GESUNDHEITS-BERICHT

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

Abteilung Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle

GESUNDHEITSBERICHT 2005

MIT DER UNTERSTÜTZUNG DES ZENTRUMS EXPLORA - PADUA

August 2006

Verfügbare Kopien:
Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes – Abteilung Gesundheitswesen
Freiheitsstraße 23 - 39100 BOZEN
Tel. 0471 411561 - 0471 411567
Fax 0471 411579

Abrufbar auf der Internetseite www.provincia.bz.it/sanita
Kontakt: carla.melani@provincia.bz.it

©Autonome Provinz Bozen 2006
Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet

Druck: Sigmaprint srl

Dr. Richard Theiner

Vorwort

Das Ressort für Gesundheit und Sozialwesen der Provinz Bozen stellt auch weiterhin mit Begeisterung und Interesse die aktualisierten Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und das System der öffentlichen und privaten Gesundheitsdienste bereit. Die Ausgabe des Jahres 2005 übernimmt dabei inhaltlich und im Layout die mit dem Vorjahresbericht eingeführte Neugestaltung.

Der Gesundheitbericht ist ein nunmehr unabdingbares Instrument zur Überwachung der Ziele des Landesgesundheitsplans und der Fähigkeit, auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu antworten. Diese neue, übersichtlichere und kürzere Version erleichtert die Kommunikation zwischen Experten, Entscheidungsträgern und Bürgern, um die Mitbeteiligung an den Entscheidungen sowie die Bewertung von Maßnahmen für die Gesundheit zu unterstützen.

Die im Bericht enthaltenen Informationen liefern nicht nur einen kompletten Überblick über unser Gesundheitswesen, sondern ziehen auch Vergleiche mit der gesamtstaatlichen und internationalen Situation.

Gerade aus diesem Grund wurde in der heurigen Ausgabe ein kurzes, aber vollständiges „Frauenprofil“ eingeführt. Das „Frauenprofil” ist eine Vertiefung der Lebens- und Gesundheitsbedingungen der Frauen. Das besondere Augenmerk auf die mit der Gesundheit der Frau zusammenhängenden Problematiken entstammt dem Bewusstsein, dass gerade die Frauen besondere gesundheitliche Anforderungen haben, einer spezifischen Versorgung bedürfen und eine wichtige Rolle in der Prävention einiger lebensstilbezogener Krankheiten übernehmen können. Auch auf internationaler Ebene tritt immer offensichtlicher die Notwendigkeit einer geschlechtlich differenzierten gesundheitsfördernden Politik zutage.

Der Gesundheitsbericht gliedert sich in drei Teile: Bevölkerung und Gesundheit, Gesundheitsdienste und Ressourcen.

Jeder Teil wird mit einer Zusammenfassung der untersuchten Themenschwerpunkte eingeleitet und ist in Kapitel unterteilt.

Um den Ansprüchen jener nachzukommen, die detaillierterer Informationen bedürfen, wird eine CD beigelegt.

Aus der umfangreichen Dokumentation geht ein klar positives Bild des Landesgesundheitswesens hervor. Die Gesundheit der Südtiroler Bevölkerung zeigt sich im Vergleich zur gesamtstaatlichen Situation besser; dies bezeugen die höhere Lebenserwartung in guter Gesundheit der Südtiroler und das stärkere Bewusstsein der Bürger, dass der gute Gesundheitszustand mit einem geringeren Zugriff auf Medikamente und mehr Bewegung zusammenhängt. Südtirol besitzt ein gut funktionierendes und effizientes Gesundheitssystem, das sich fortlaufend entwickelt und verbessert. Es lässt uns mit großer Sicherheit in die Zukunft blicken und gewährleistet der gesamten Bevölkerung eine engmaschige, angemessene und qualifizierte Versorgung.

In einem insgesamt zufriedenstellenden Kontext sind jedoch in einigen Bereichen Verbesserungen und Optimierungen erforderlich. Der Gesundheitsbericht hilft uns, diese Schwachstellen ausfindig zu machen. Die Verbreitung der im Bericht enthaltenen Daten und Ergebnisse zielt darauf ab, der Südtiroler Bevölkerung einen noch bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit ihrer Gesundheit zu vermitteln.
In Übereinstimmung mit den Richtlinien der Europäischen Union und den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO stellt der Bericht den Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik sehr nützliche Elemente zur Verfügung. Die Analyse aller Gesundheitsbereiche ist Grundlage für weitere gesundheitliche Maßnahmen, zum Beispiel die Einführung von zusätzlichen und speziellen Vorbeugungsmaßnahmen oder Initiativen zur Gesundheitsförderung.
Unsere Aufgabe bleibt es, die richtigen Voraussetzungen zu schaffen, um den neuen Herausforderungen der bevorstehenden Öffnung und Liberalisierung des Gesundheitswesens auf europäischer Ebene und der sich ändernden Bevölkerungsstruktur (Alterung der Bevölkerung und Änderung der Familienstruktur) entgegenzutreten. In Südtirol als Grenzgebiet besteht die Gefahr, dass sich Patienten an Einrichtungen außerhalb des Landes wenden. Das Ziel besteht also in der Gewährleistung der medizinischen Versorgung zu tragbaren Kosten auch für unsere zukünftigen Generationen.
Weitere strukturelle Änderungen werden erforderlich sein, um die aktuelle medizinische Grundversorgung der Bevölkerung mit den besten und angemessensten Leistungen auch weiterhin zu garantieren und die Wartelisten so weit wie möglich zu reduzieren.
Auch der sozio-ökonomische Aspekt ist von großer Bedeutung, vor allem in Bezug auf die Wahrung wichtiger Arbeitsplätze außerhalb der Stadtzentren. Zur Erreichung dieser Ziele müssen unsere Sanitätsbetriebe und alle im Gesundheitsbereich tätigen Körperschaften des Landes in Zukunft auf allen Ebenen zusammenarbeiten, Synergien schaffen und im Verwaltungs- und klinischen Bereich gemeinsam planen und handeln.
Wir möchten vor allem:
1) ein effizientes und engmaschiges öffentliches Landesgesundheitssystem beibehalten;
2) ein zweigleisiges Gesundheitssystem vermeiden;
3) jedem Bürger einen schnellen und vereinfachten Zugang zu den Diensten ermöglichen;
4) die Finanzierbarkeit des Systems garantieren;
5) der Südtiroler Bevölkerung bei komplexen Krankheiten die Versorgung in Universitätseinrichtungen in Italien und im Ausland anbieten.

Auch im Krankenhausbereich wollen wir die Abteilungen und Dienste übergeordneten Departements zuweisen. Von diesen Erneuerungen erwarten wir uns Synergien zwischen den Abteilungen und Diensten, eine bessere Nutzung der Ressourcen und wirtschaftliche Vorteile.
Für alle medizinischen Leistungen der verschiedenen Versorgungsstandards der einzelnen Krankenhäuser wollen wir zur Gewährleistung der Qualität und Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Krankenhäusern und territorialen Diensten Qualitätsstandards definieren.
Wir fördern außerdem die Schaffung von hochspezialisierten Zentren für die komplexe medizinische Versorgung. Für eine effizientere Kommunikation im Gesundheitssystem und eine detailliertere Dokumentation wollen wir ein einheitliches Informationssystem schaffen, das den Austausch und Vergleich der Daten durch vereinheitlichte Erhebungsverfahren und Informationsflüsse ermöglicht. Wir begegnen dieser Herausforderung mit

Zuversicht und setzen dabei auf die Fähigkeiten, Kreativität und Verantwortlichkeit des Gesundheitspersonals aller Ebenen, Dienste und Institutionen.
Ich danke den Führungskräften und Generaldirektoren der Sanitätsbetriebe, der Ärztekammer und allen Mitarbeitern, die zur Erarbeitung dieses Gesundheitberichts beigetragen haben.

DER LANDESRAT FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALWESEN
- Dr. Richard Theiner -

Danksagung

Ein besonderer Dank für die Erarbeitung des Gesundheitberichts 2005 gilt dem Arbeitsteam der Epidemiologischen Beobachtungsstelle und des Instituts für Forschung und statistische Analysen Explora von Padua, und insbesondere:

- Carla Melani, Koordinatorin der Epidemiologischen Beobachtungsstelle für die Koordinierung der gesamten Arbeit sowie die Überwachung und Kontrolle einiger Teile des Berichts;
- Antonio Fanolla für den Teil „Bevölkerung und Gesundheit“;
- Valeria Rossi für die Teile „Krankenhausinterne fachärztliche Versorgung“ und „Postakute Rehabilitation“;
- Roberto Picus für den Teil „Das Personal der Sanitätsbetriebe” (in Zusammenarbeit mit Frau Claudia Paulato des Amtes für Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals);
- Paola Zuech für die Teile „Mapping der chronischen Krankheiten“, „Seltene Krankheiten“ und „Das Frauenprofil“;
- Giulia Morosetti, Leiterin des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und Antje Trenkwalder, Mitarbeiterin desselben Amtes für den Teil „Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung”;
- Ilaria Vecchierelli, Daniela Qualtieri und Cristina Stupiggia des Amtes für Gesundheitsökonomie für den Teil „Ausgaben für das Gesundheitswesen”;
- Paolo Vian für den Teil „Kollektive Gesundheitsversorgung“;
- Maria Grazia Franco für den Teil „Krankenhausversorgung“;
- Bruno Genetti für die Teile „Sprengelversorgung, „Das Personal der Sanitätsbetriebe“;
- Bernhard Natter für die Lekturierung des deutschen Textes,
- all jenen, welche die im vorliegenden Bericht enthaltenen Daten geliefert und zur Kontrolle und Revision der eigenen Texte beigetragen haben, und insbesondere:
  - den Mitarbeitern der Ämter der Abteilungen Gesundheitswesen, Sozialwesen, Statistik (ASTAT) und Informatik der Autonomen Provinz Bozen;
  - den Mitarbeitern der Landesagentur für Umweltschutz und des Landesveterinärdienstes;
  - den Mitarbeitern und Leitern der Sanitätsbetriebe Bozen, Meran, Brixen und Bruneck

Inhaltsverzeichnis

ERSTER TEIL: BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1. BEVÖLKERUNG 17

1.1 Wohnbevölkerung 18

1.1.1. Die territoriale Verteilung 18
1.1.2. Die Bevölkerungsstruktur 19
1.1.3. Die Lebenserwartung 20
1.1.4. Die Sterblichkeit 23
1.1.5. Die Bevölkerungsentwicklung 29

1.2 Arbeit, Wirtschaft, Ausgaben der privaten Haushalte 30

1.2.1. Die Beschäftigung 30
1.2.2. Das Bruttoinlandsprodukt 31
1.2.3. Die Ausgaben der privaten Haushalte 32

1.3. Bildung 32

2. GESUNDHEITSFAKTOREN 36

2.1 Lebensstile: Rauchen, Ernährung, körperliche Bewegung 37

2.1.1. Rauchen 37
2.1.2. Die Ernährung 41
2.1.3. Die körperliche Bewegung 45

2.2 Drogen- und Alkoholmissbrauch 46

2.2.1. Die Drogenabhängigkeit 47
2.2.2. Die Alkoholabhängigkeit 53

2.3 Umwelt: Luft, physikalische Einwirkungen, Wasser 57

2.3.1. Luft 58
2.3.2. Elektromagnetische Strahlen 60
2.3.3. Radioaktivität 62
2.3.4. Radongas 63
2.3.5. Qualität der Gewässer 64

2.4 Soziale Ungleichheiten 66

2.4.1. Soziale Ungleichheiten und Gesundheitszustand 67
2.4.2. Wirtschaftliche Lage der Haushalte 68

3. GESUNDHEITSZUSTAND 72

3.1. Wahrgenommene und gemessene Gesundheit 73
3.2. Mapping der chronischen Krankheiten 74
3.3. Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems 78
3.4. Inzidenz und Sterblichkeit der bösartigen Tumoren 82
3.5. Atemwegerkrankungen 97
3.6. Infektionskrankheiten 100
3.7. Seltene Krankheiten 104
3.8. Geistige und psychologische Gesundheit 105
3.9. Unfälle 110

3.9.1. Verkehrsunfälle 110
3.9.2. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten 112

4. RISIKOGRUPPEN 114
4.1. Kinder 115
4.2. Ältere Menschen 120
4.3. Ausländische Wohnbevölkerung 126

ZWEITER TEIL: DIE GEWÄHRLEISTETEN VERSORGUNGSSTANDARDS
1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG 135
1.1. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung 135
1.1.1. Initiativen des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 136
1.1.2. Initiativen des Amtes für Gesundheitssprengel 137
1.1.3. Gesundheitsförderung in den Sanitätsbetrieben 137
1.1.4. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an den Schulen 139
1.2. Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten 141
1.2.1. Prophylaxe und Aufklärung zur Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten und epidemischen Herden 141
1.2.2. Reisemedizin 144
1.2.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen 145
1.3. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebens- und Arbeitsumfeld 145
1.3.1. Schutz der hygienisch-sanitären Bedingungen und Sicherheit der - vor allem öffentlichen - Einrichtungen 146
1.3.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder 148
1.3.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika 148
1.3.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer 149
1.3.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung 149
1.3.6. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Risiken im Arbeitsumfeld 151
1.4. Öffentliches Veterinärwesen 153
1.5. Sicherheit von Lebensmitteln, Überwachung und Prävention in der Ernährung 157
1.5.1. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken 158
1.5.2. Prävention der quantitativen und qualitativen Ernährungsstörungen in der Bevölkerung 165
1.6. Rechtsmedizinische und sportmedizinische Tätigkeiten 167
1.6.1. Tätigkeiten des Dienstes für Rechtsmedizin 167
1.6.2. Tätigkeiten des Dienstes für Sportmedizin 171
1.7. Tätigkeiten des Dienstes für Pneumologie 174

2. SPRENGELVERSORGUNG 177
2.1. Dienst für Basismedizin 177
2.2. Medizinische Grundversorgung 185
2.2.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl 185
2.2.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität 193
2.2.3. Der touristische Bereitschaftsdienst 194
2.3. Ambulatorische territoriale Versorgung und Hauskrankenpflege 195
2.3.1. Die programmierte Hauspflege (PHP) 196
2.3.2. Die integrierte Hauspflege (IHP) 198
2.3.3. Der Krankenpflegedienst 201
2.3.4. Der Versorgung von Mutter und Kind 203
2.3.4.1. Die kinderärztliche Beratungsstellen 203
2.3.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie 206
2.4. Territorialer Rettungsdienst 209
2.4.1. Medizinisches Notrufsystem 209
2.4.2. Territorialer Notarztdienst 210
2.4.3. Krankentransport 210
2.4.4. Noteinsätze 212
2.4.5. Nicht dringende Krankentransporte 213
2.5. Pharmazeutische Versorgung 214
2.5.1. Die Apotheken 214
2.5.2. Der Medikamentenverbrauch 217
2.5.3. Die Ausgaben für Medikamente 227
2.5.4. Die Verschreibung der Medikamente 233

3. KRANKENHAUSVERSORGUNG 236
3.1. Erste Hilfe 236
3.2. Krankenhausversorgung von Akutkranken in Form von Aufenthalten 241
3.2.1. Betten für Akutkranke 243
3.2.2. Aufenthalte von gesunden Neugeborenen 248
3.2.3. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken 248
3.2.4. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken 263
3.2.5. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit 267
3.2.5.1. Mehrfachaufenthalte 267
3.2.5.1.1. Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG 268
3.2.5.2. Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen 270
3.2.5.3. Indikatoren der Angemessenheit 271
3.2.6. Krankenhausmobilität 293
3.2.6.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen 293
3.2.6.2. Aufenthalte von Akutkranken in Österreich 299
3.2.6.3. Krankenhausmobilität insgesamt 304

3.2.7. Hospitalisierung der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen 311
3.2.8. Schlussbewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken 314
3.2.8.1. Begründungen und Bewertungskriterien 314
3.2.8.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte 314
3.3. Post-akute Krankenhausversorgung 320
3.3.1. Betten für die post-akute Versorgung 320
3.3.2. Post-akute Rehabilitation 321
3.3.2.1. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet 328
3.3.2.2. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich 331
3.3.3. Post-akute Langzeitpflege 333
3.4. Krankenhausinterne fachärztliche Versorgung 335
3.4.1. Von den Landeseinrichtungen erbrachte Leistungen 335
3.4.2. Fachärztliche Mobilität 344
3.4.2.1. Überregionale fachärztliche Mobilität 344
3.4.2.2. In Österreich erbrachte Leistungen 346
3.4.2.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt 348
3.4.3. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Südtiroler 349

DRITTER TEIL: RESSOURCEN
1. DAS PERSONAL DER SANITÄTSBETRIEBE 357
1.1. Dienstleistendes Gesundheitspersonal 357
1.1.1. Allgemeine Analyse 358
1.1.1.1. Personal nach Beschäftigungsbereich 359
1.1.1.2. Personal nach Berufsbild 361
1.1.2. Personal des strategischen Bereichs 364
1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereichs 368
1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs 370
1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst 371
1.1.5. Personal des territorialen Bereichs 380
1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich 380
1.2. Ausbildung des Gesundheitspersonals 389
1.2.1. Grundausbildung 389
1.2.2. Fachausbildung 391
1.2.3. Praktika 393
1.2.4. Allgemeinmedizin 393
1.2.5. Ständige Weiterbildung 393
1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse der Provinz 394
1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse der Sanitätsbetriebe 396
1.2.5.3. Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren 397

1.2.5.4. Stipendien für die Ausbildung und Fachausbildung der sanitären, technischen und Hilfsfachkräfte 397
1.2.6. Gleichwertigkeit der im deutschsprachigen Raum erlangten Studientitel 397

2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN 399
2.1. Die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen 401
2.2. Laufende Gesundheitsausgaben 404
2.3. Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen 409
2.4. Mobilitätssalden für Krankenhausaufenthalte und die ambulante fachärztliche Versorgung 412
2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden 412
2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden 417

ANHANG „DAS FRAUENPROFIL“ 421
1. DEMOGRAPHISCHE UND SOZIALE ENTWICKLUNG 426
1.1. Bevölkerungsstruktur 426
1.2. Häufigste Todesursachen 427
1.3. Familie und Arbeit 428
1.4. Wahrnehmung der Gesundheit 431
2. GESUNDHEITSFAKTOREN UND PRÄVENTION 433
2.1. Tabak und Alkohol 433
2.2. Gewicht und Ernährung 435
2.3. Programm zur Frühdiagnose des Zervixkarzinoms 436
2.4. Programm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms 437
3. MORBIDITÄT 440
3.1. Chronische Krankheiten 440
3.2. Krankenhausaufenthalte 443
3.3. Frauen und Medikamente 445
4. BÖSARTIGE TUMOREN 447
4.1. Inzidenz 447
4.2. Sterblichkeit 451
5. WEITERE WICHTIGE THEMEN FÜR DIE GESUNDHEIT DER FRAU 453
5.1. Ernährungsstörungen 453
5.2. Familienplanung 454
5.3. Kontrollen und Prävention in der Schwangerschaft 456

Kapitel Eins

Bevölkerung und Gesundheit

Bevölkerung und Gesundheit

1. BEVÖLKERUNG

Die Bevölkerung ist auf 20 Gesundheitssprengel und 4 Sanitätsbetriebe aufgeteilt.
Die Einwohnerzahl beläuft sich zum 31.12.2005 auf 481.095, mit einem Anstieg von 10,1‰ im Vergleich zum Jahr 2004.
Das Durchschnittsalter der Wohnbevölkerung liegt bei 40,2 Jahren. Der Altersindex entspricht 97,6%.
Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 78,2 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen.
Die Lebenserwartung frei von Beeinträchtigungen im Alter von 15 Jahren liegt bei 58,9 Jahren für die Männer und 65,1 Jahren für die Frauen.
Die Sterblichkeitsrate belief sich im Jahr 2003 auf 809,5 pro 100.000 unter den Männern und 845,1 pro 100.000 unter den Frauen.
Die höhere männliche Sterblichkeit überwiegt vor allem in der Altersklasse zwischen 20 und 24 Jahren (8,7 mal höher als jene der Frauen).
Die häufigsten Todesursachen waren im Jahr 2003 die Erkrankungen des Kreislaufsystems (296,3 pro 100.000 für die Männer und 387,5 für die Frauen) und die Tumoren (282,5 pro 100.000 für die Männer und 229,5 für die Frauen).
Im Zeitraum 1995 bis 2003 wurden durchschnittlich 420,7 Fälle vermeidbarer Sterblichkeit erfasst.
Die häufigsten vermeidbaren Todesursachen sind die Traumata und Vergiftungen unter den Männern (durchschnittlich 120,1 Fälle pro Jahr) und das Mammakarzinom unter den Frauen (durchschnittlich 28,7 Fälle pro Jahr), die jedoch einen Rückgang verzeichnen.
Die Beschäftigungsrate der Bevölkerung beträgt 71,1% und kennzeichnet sich in den letzten fünf Jahren durch einen leichten Anstieg (69,6% im Jahr 2001).
Die Arbeitslosenrate (2,8%) liegt unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (7,7%).
Das BIP pro Kopf (21.600 Euro) ergibt einen höheren erwirtschafteten Reichtum im Vergleich zur gesamtstaatlichen volkswirtschaftlichen Leistung (17.900 Euro).
Die Ausgaben der Südtiroler Familien beliefen sich im Jahr 2003 auf monatlich rund 3.092 Euro, 29,9% über dem italienischen Durchschnitt.
2002 betrugen die monatlichen Ausgaben der Südtiroler Familien für die Gesundheit durchschnittlich 146 Euro gegenüber 90 Euro auf gesamtstaatlicher Ebene.
Der Analphabetismus erreicht in Südtirol minimale Werte (1,7%), auch die Personen mit Universitätsabschluss machen jedoch nur einen geringen Anteil aus (5%).

1.1. WOHNBEVÖLKERUNG

Die vorliegenden Daten beziehen sich auf die beim Einwohnermeldeamt eingetragene Bevölkerung und wurden der Provinz von den Gemeinden übermittelt. Unterschiedliche Situationen im Vergleich zu den Vorjahren können auf die durch die Volkszählung 2001 aktualisierten Daten der kommunalen Meldeämter zurückzuführen sein.

1.1.1. Die territoriale Verteilung

Die Autonome Provinz Bozen erstreckt sich über 7.400,4 km² Bergland und ist in 116 Gemeinden unterteilt, die wiederum in 20 Gesundheitssprengel und 4 Sanitätsbetriebe zusammengefasst sind: Bozen, Meran, Brixen und Bruneck.

Zum 31.12.2005 lebten in Südtirol 481.095 Einwohner, was einer Bevölkerungsdichte von 65,0 Einwohnern pro km² entspricht (gesamtstaatliche Bevölkerungsdichte: 194,0 Einwohner). Die durchschnittliche Höhe der Gemeinden beträgt 850 m über dem Meeresspiegel.

20,4% der Landesbevölkerung leben in Gemeinden mit einer Einwohnerzahl ab 50.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 34,4%), 22,6% in Gemeinden mit einer Einwohnerzahl zwischen 10.000 und 30.000 (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 32,9%) und die restlichen 57,0% in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 32,7%).

Tabelle 1: **Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel zum 31.12. - Jahre 2003-2005**

Gesundheitssprengel	*2003*	*2004*	*2005*
Grödental	*8.903*	*8.947*	*8.974*
Eggental-Schlern	*18.701*	*18.915*	*19.114*
Salten-Sarntal-Ritten	*17.993*	*18.077*	*18.129*
Überetsch	*26.269*	*26.557*	*26.924*
Leifers-Branzoll-Pfatten	*18.685*	*18.762*	*19.159*
Unterland	*22.477*	*22.739*	*23.039*
Bozen	*96.097*	*97.895*	*98.969*
Sanitätsbetrieb Bozen	***209.125***	***211.892***	***214.308***
Oberer Vinschgau	*15.538*	*15.560*	*15.584*
Mittlerer Vinschgau	*17.692*	*17.798*	*17.908*
Naturns	*10.389*	*10.426*	*10.493*
Lana	*22.238*	*22.393*	*22.661*
Meran	*49.342*	*49.616*	*50.104*
Passeiertal	*8.622*	*8.546*	*8.564*
Sanitätsbetrieb Meran	***123.821***	***124.339***	***125.314***
Wipptal	*18.092*	*18.174*	*18.331*
Brixen	*33.345*	*33.929*	*34.427*
Klausen	*15.730*	*15.879*	*16.037*
Sanitätsbetrieb Brixen	***67.167***	***67.982***	***68.795***
Taufers	*12.609*	*12.647*	*12.701*
Bruneck	*33.913*	*34.226*	*34.609*
Hochpustertal	*15.037*	*15.082*	*15.170*
Gadertal	*10.071*	*10.113*	*10.198*
Sanitätsbetrieb Bruneck	***71.630***	***72.068***	***72.678***
INSGESAMT	***471.743***	***476.281***	***481.095***

Quelle: ASTAT

Im Einzugsgebiet des Sanitätsbetriebs Bozen sind 44,5% der Landesbevölkerung ansässig, in Meran 26,1%, in Brixen 14,3% und in Bruneck 15,1%.

1.1.2. Die Bevölkerungsstruktur

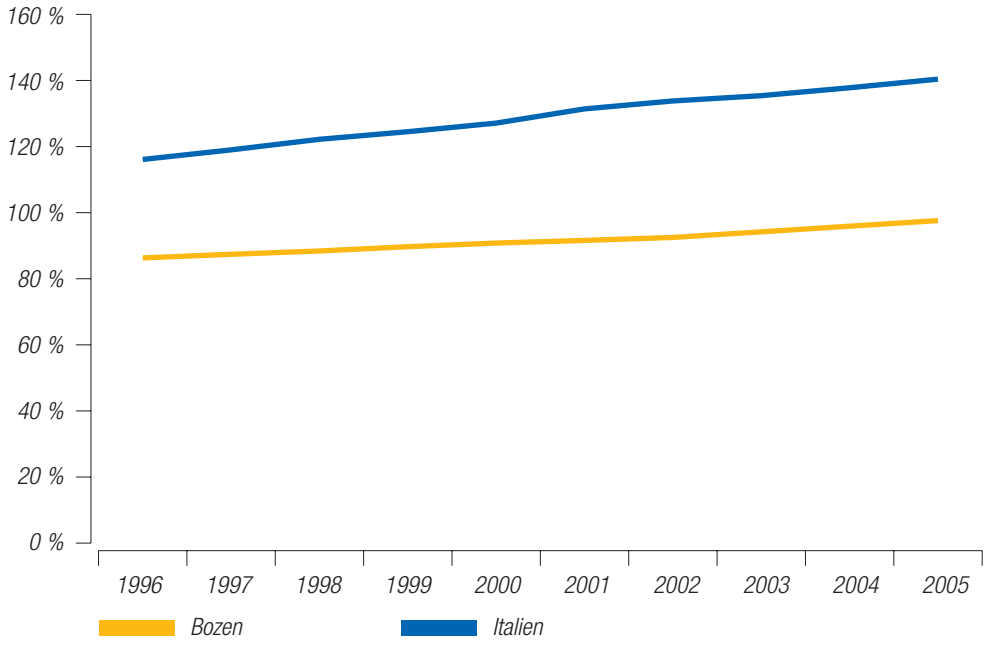
49,4% der Bevölkerung sind männlichen Geschlechts, wobei im Durchschnitt auf 100 Frauen 97,7 Männer fallen. Bis zum 50.-54. Lebensjahr gibt es mehr Männer als Frauen. In den älteren Altersklassen überwiegt hingegen aufgrund der höheren männlichen Sterblichkeitsrate die weibliche Komponente.

Das Durchschnittalter liegt bei 40,2 Jahren (38,8 Jahre für die Männer und 41,6 Jahre für die Frauen).

ALTERSINDEX

Die Landesbevölkerung unterliegt infolge der zunehmenden Lebenserwartung und der niedrigen Fruchtbarkeitsraten einem langsamen, aber progressiven Alterungsprozess. Der Altersindex (97,6%) verläuft ansteigend (von 32,4% zum Stand der Volkszählung 1971 auf 92,0% der Volkszählung 2001) und ergibt in den Sanitätsbetrieben mit niedrigeren Geburtenraten höhere Werte (113,3% im Sanitätsbetrieb Bozen, 97,5% im Sanitätsbetrieb Meran, 77,9% in Brixen und 76,7% in Bruneck). Der Landesindex bleibt jedoch deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert.

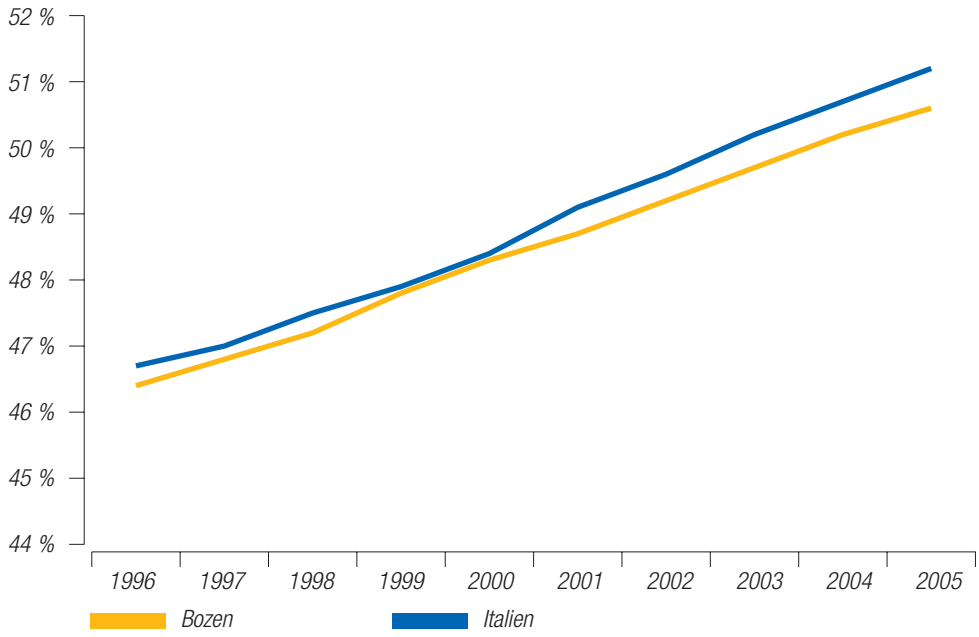
Abbildung 1: **Altersindex. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2005**



ABHÄNGIGKEITSINDEX

Der Abhängigkeitsindex (50,6%) ist wirtschaftlich und sozial relevant und gibt den Anteil der Einwohner im nicht erwerbsfähigen Alter (zwischen 0 und 14 Jahren und ab 65 Jahren) im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (zwischen 15 und 64 Jahren) an. Der Wert auf Landesebene hat gegenüber 2004 leicht zugenommen (+0,4 Prozent) und entspricht in etwa dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Abbildung 2: **Abhängigkeitsindex. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2005**



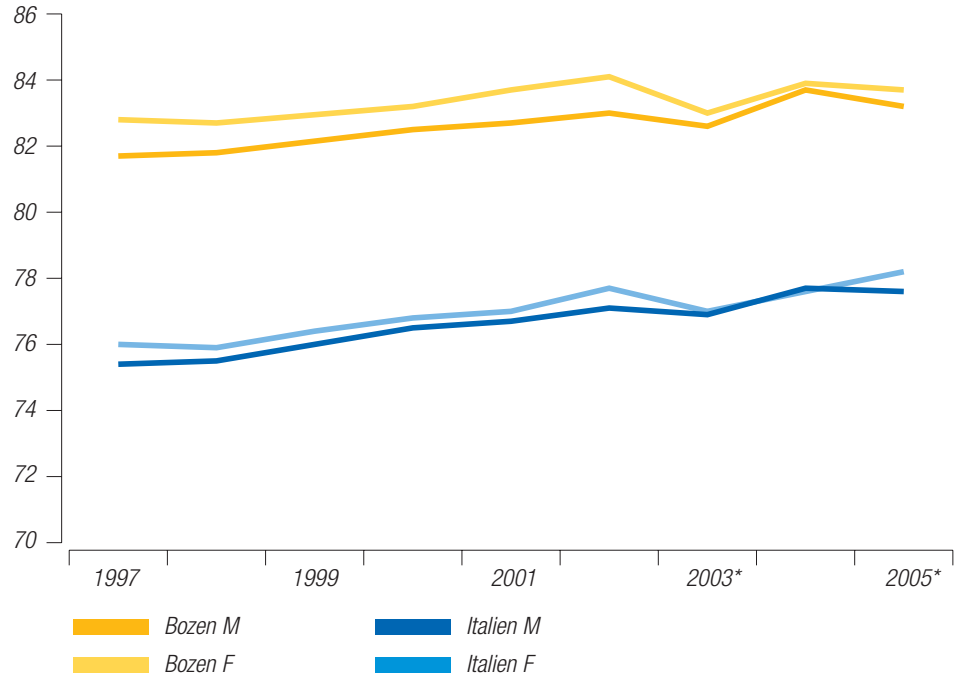
1.1.3. Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt (laut ISTAT-Schätzungen 2005) beträgt 78,2 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen und liegt somit für beide Geschlechter über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (um 0,6 Jahre für die Männer und 0,5 Jahre für die Frauen).

Die Lebenserwartung bei der Geburt stieg in den letzten Jahren ständig an. In der Provinz Bozen nahm sie für die Männer von 69,1 Jahren (Dreijahreszeitraum 1977-79) auf 77,1 Jahre (Fünfjahreszeitraum 1997-2001) und für die Frauen von 77,2 auf 83,5 Jahre im selben Zeitintervall zu.

Im Laufe von zwanzig Jahren stieg die Lebenserwartung bei der Geburt für die Männer somit um 8 Jahre an, für die Frauen um 6,3 Jahre.

Abbildung 3: **Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1997-2005**



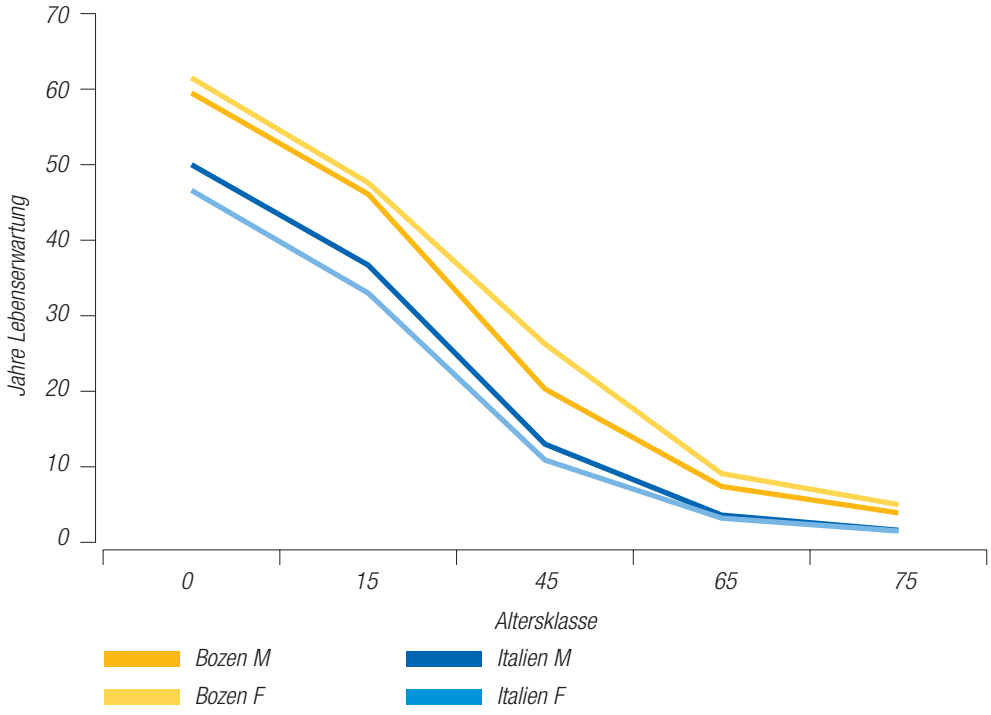
Natürlich sollte, nach dem Motto der WHO "Add life to years, not just years to life", einer höheren Lebenserwartung auch ein guter Gesundheitszustand entsprechen.

Die Lebenserwartung bei der Geburt in guter Gesundheit beträgt (laut ISTAT-Schätzungen 1999-2000) 59,5 Jahre für die Männer (50 auf gesamtstaatlicher Ebene) und 61,5 Jahre für die Frauen (46,6 Jahre auf gesamtstaatlicher Ebene).

Für einen gesunden Jungen von 15 Jahren müsste der gute Gesundheitszustand also durchschnittlich bis zum Alter von 61,1 Jahren anhalten, für ein Mädchen bis zu 62,6 Jahren. Ein Erwachsener wird im Alter von 45 Jahren seinen guten Gesundheitszustand bis zu 65,3 Jahren bewahren (66,9 für eine gleichaltrige Frau). Für einen Mann von 65 Jahren müsste der gute Gesundheitszustand bis zum Alter von 72,4 Jahren andauern (74,1 für eine Frau), für einen Senioren von 75 Jahren bis zu 78,9 Jahren (80 für eine Frau).

Im Vergleich zum nationalen Durchschnitt fällt als Erstes die höhere Lebenserwartung der Landesbevölkerung für alle Altersklassen sowie für beide Geschlechter auf. Ein zweiter Aspekt betrifft die höhere Lebenserwartung der weiblichen Landesbevölkerung im Vergleich zur männlichen Landesbevölkerung, während die Situation auf gesamtstaatlicher Ebene umgekehrt ist.

Abbildung 4: **Lebenserwartung in guter Gesundheit nach verschiedenen Altersklassen – Zeitraum 1999-2000**



LEBENSERWARTUNG OHNE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

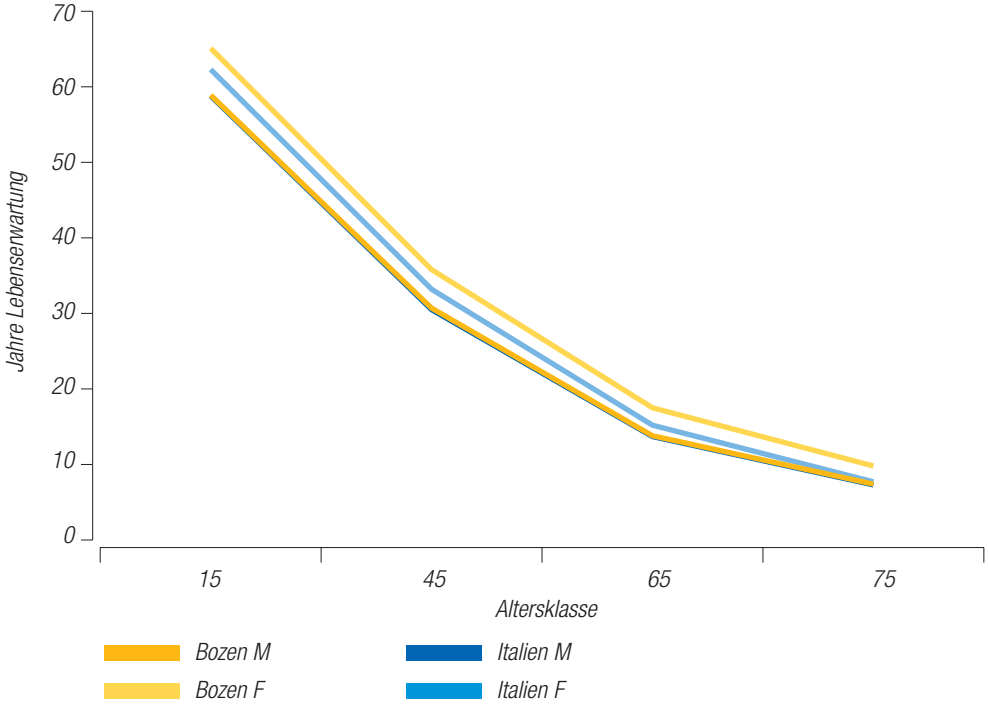
Neben der Lebenserwartung in guter Gesundheit kann auch die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigungen geschätzt werden.

Die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigungen (ISTAT-Schätzungen 1999-2000) schwankt für die Männer zwischen 58,9 Jahren im Alter von 15 Jahren und 7,4 Jahren im Alter von 75, für die Frauen zwischen 65,1 Jahren im Alter von 15 und 9,8 Jahren im Alter von 75.

Für einen 15-jährigen Jungen müsste ein Leben ohne Beeinträchtigungen durchschnittlich bis zum Alter von 73,9 Jahren erhalten bleiben, für ein Mädchen bis zu 80,1 Jahren. Für einen Mann müsste das Leben ohne Beeinträchtigungen bis zu 75,7 Jahren reichen (für eine Frau bis zu 80,8 Jahren). Ein 65-Jähriger müsste bis zu 78,8 Jahren ohne Beeinträchtigungen leben können (eine 65-Jährige bis zu 82,5 Jahren), ein 75-Jähriger bis zu 82,4 Jahren (eine 75-Jährige bis zu 84,8 Jahren).

Es besteht kein wesentlicher Unterschied in der Lebenserwartung ohne Beeinträchtigungen zwischen der männlichen Bevölkerung auf Landes- und Staatsebene; für die Südtiroler Frauen ist die Lebenserwartung höher (von +2,8 Jahren im Alter von 15 bis +2,1 Jahren im Alter von 75).

Abbildung 5: **Lebenserwartung ohne Beeinträchtigungen nach verschiedenen Altersklassen - Zeitraum 1999-2000**

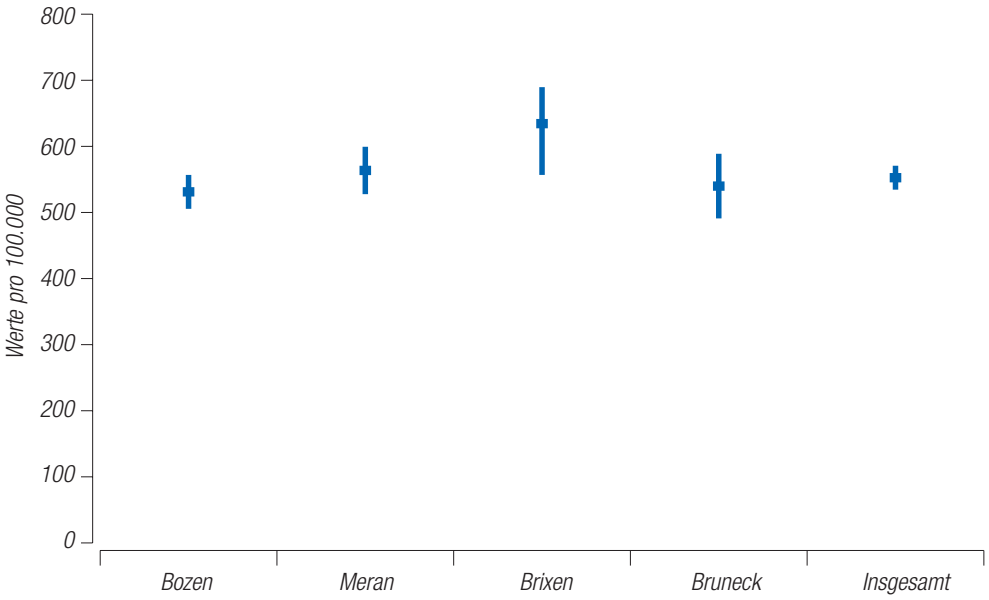


1.1.4 Sterblichkeit

ALLGEMEINE STERBLICHKEIT NACH GESCHLECHT UND ALTER

Im Laufe der Jahre 2002 und 2003 beliefen sich die Todesfälle unter der Wohnbevölkerung auf 3.610 bzw. 3.885, was einer Sterblichkeitsrate von 773,6 pro 100.000 im Jahr 2002 und von 827,6 pro 100.000 im Jahr 2003 entspricht (809,5 pro 100.000 unter den Männern und 845,1 pro 100.000 unter den Frauen).

Abbildung 6: **Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2003**



Aus einem Vergleich mit den standardisierten Raten des Jahres 2003 (europäische Standardbevölkerung) ergibt sich für den Sanitätsbetrieb Brixen im Vergleich zum Landesdurchschnitt eine höhere Sterblichkeitsrate.
Im Zeitraum 1995-2003 ist die standardisierte Sterblichkeitsrate unter den Männern rückläufig, für die Frauen bleibt der Verlauf stabil.

Abbildung 7: **Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**

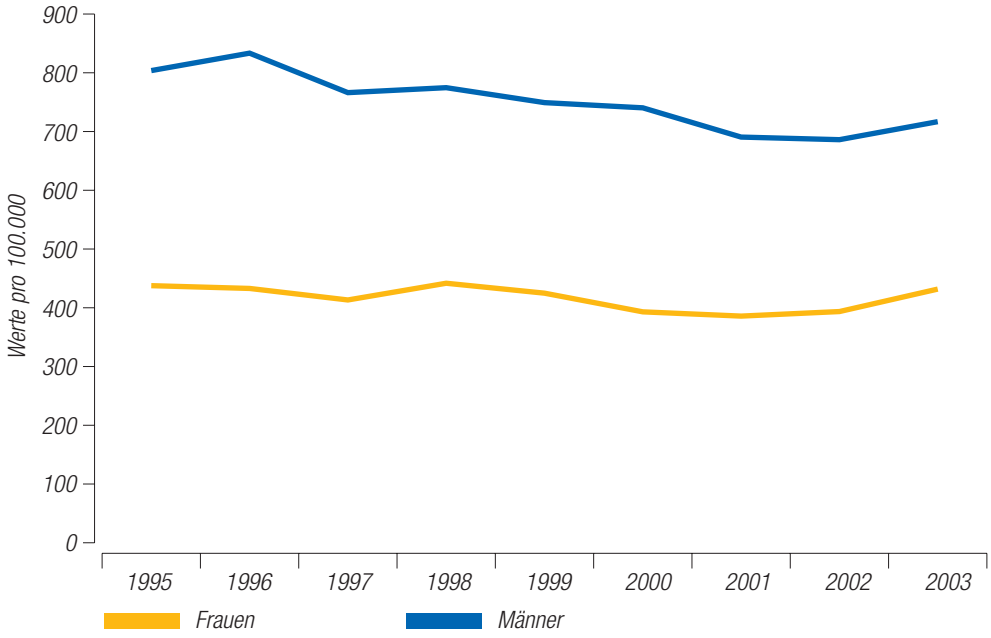
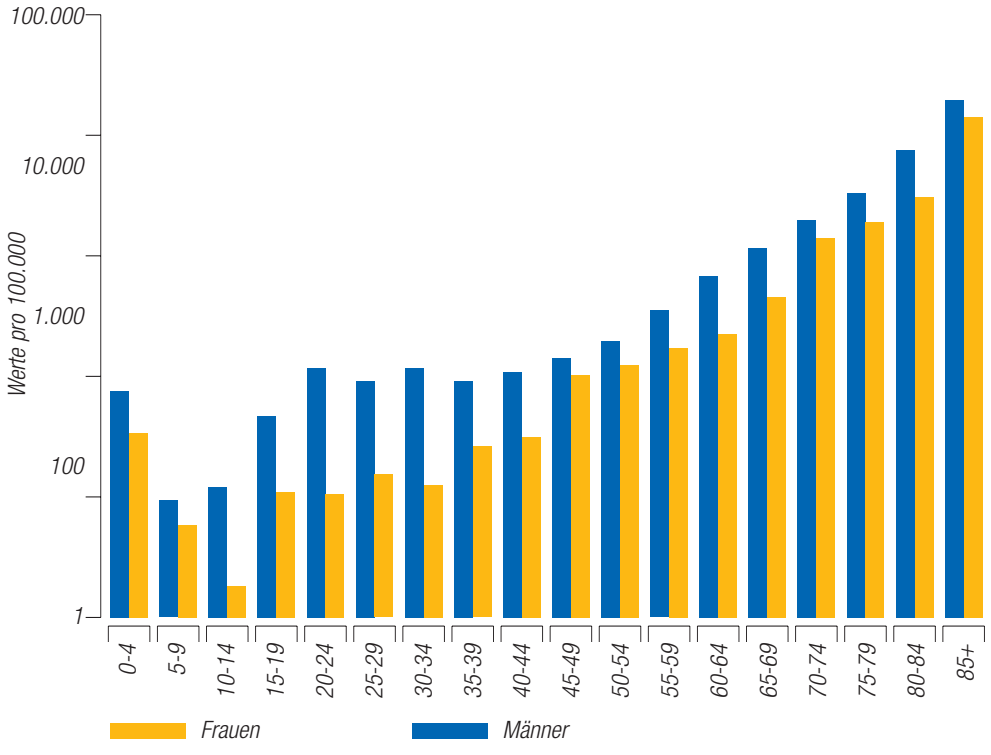


Abbildung 8: **Sterblichkeitsrate nach Altersklassen. Provinz Bozen - Jahre 2001-2003**



Die höhere männliche Sterblichkeit überwiegt in allen Altersklassen; vor allem zwischen 20 und 24 Jahren ist die Sterblichkeit unter den Männern 8,7 mal höher als jene der Frauen aufgrund der besonders häufigen Todesfälle durch Unfall.

Die häufigsten Todesursachen hängen mit den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren zusammen. In Bezug auf die Ersteren überwiegt die weibliche Sterblichkeit, während unter den Männern die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren vorherrscht. Wie bereits gesagt liegt die männliche Sterblichkeit aufgrund von gewaltsamen Todesursachen klar höher.

STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Tabelle 2: **Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht und Ursache. Provinz Bozen - Jahr 2002**

Todesursache	*Männer*		*Frauen*	
	Todesfälle	*Rate pro 100.000*	*Todesfälle*	*Rate pro 100.000*
Infektions- und parasitäre Krankheiten	14	6,1	16	6,8
Tumoren	551	239,4	489	206,7
Krankheiten der endokrinen Drüsen	23	10,0	30	12,7
Erkrankungen des Blutes	3	1,3	7	3,0
Psychische Störungen	7	3,5	16	6,8
Krankheiten des Nervensystems	32	13,9	40	16,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	661	287,2	965	408,0
Krankheiten der Atemwege	160	69,5	125	52,8
Krankheiten des Verdauungsapparats	74	32,2	51	21,6
Krankheiten des Urogenitaltraktes	20	8,7	24	10,1
Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Puerperium	-	-	-	-
Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes	-	-	1	0,4
Krankheiten der Muskeln und Knochen	3	1,3	7	3,0
Angeborene Missbildungen	7	3,0	1	0,4
Krankheitszustände perinatalen Ursprungs	11	4,8	4	1,7
Schlecht definierte Krankheitszustände	28	12,2	27	11,4
Traumata und Vergiftungen	166	72,1	46	19,4
INSGESAMT	***1.761***	***765,3***	***1.849***	***781,7***

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 3: **Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht und Ursache. Provinz Bozen - Jahr 2003**

Todesursache	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Infektions- und parasitäre Krankheiten	16	6,9	20	8,4
Tumoren	654	282,5	546	229,5
Krankheiten der endokrinen Drüsen	13	5,6	36	15,1
Erkrankungen des Blutes	4	1,7	11	4,6
Psychische Störungen	17	7,3	48	20,2
Krankheiten des Nervensystems	51	22,0	60	25,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	686	296,3	922	387,5
Krankheiten der Atemwege	155	67,0	153	64,3
Krankheiten des Verdauungsapparats	82	35,4	63	26,5
Krankheiten des Urogenitaltraktes	11	4,8	19	8,0
Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Puerperium	-	-	-	-
Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes	1	0,4	1	0,4
Krankheiten der Muskeln und Knochen	1	0,4	9	3,8
Angeborene Missbildungen	4	1,7	4	1,7
Krankheitszustände perinatalen Ursprungs	7	3,0	4	1,7
Schlecht definierte Krankheitszustände	44	19,0	68	28,6
Traumata und Vergiftungen	128	55,3	47	19,8
INSGESAMT	**1.874**	**809,5**	**2.011**	**845,1**

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Die standardisierten Sterblichkeitsraten nach den häufigsten Todesursachen verzeichnen eine rückläufigen Verlauf für die Männer, während für die Frauen die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit einem leichten Anstieg im Jahr 2003 tendenziell stabil ist.

Abbildung 9: **Standardisierte Sterblichkeitsrate nach den häufigsten Todesursachen, Männer. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**

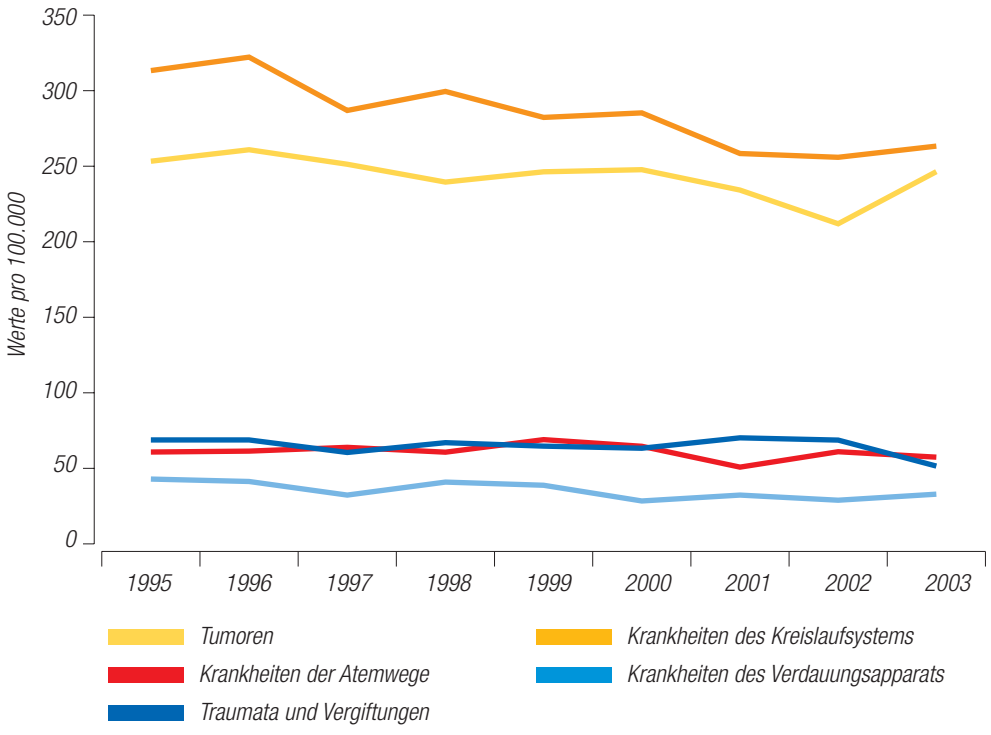
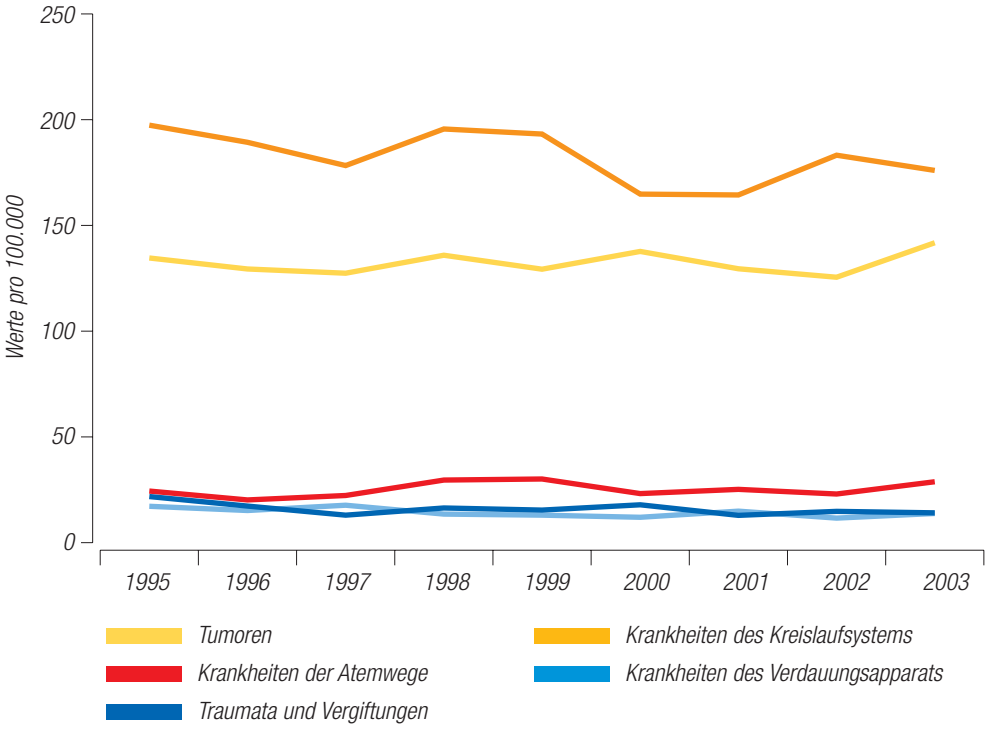


Abbildung 10: **Standardisierte Sterblichkeitsrate nach den häufigsten Todesursachen, Frauen. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**



VERMEIDBARE STERBLICHKEIT

Als vermeidbare Sterblichkeit werden solche Todesfälle bezeichnet, die in Anbetracht wirksamer Vorsorgemaßnahmen oder angemessener Therapien zumindest bei spezifischen Altersklassen verhindert werden können. Die erfassten vermeidbaren Todesfälle sind Bestandteil der Rutstein-Liste.

Zwischen 1995 und 2003 wurden 3.786 Fälle vermeidbarer Sterblichkeit erfasst, durchschnittlich 420,7 pro Jahr, 314,8 davon betrafen Männer, 105,9 Frauen.

Die häufigsten Ursachen bei den Männern waren die gewaltsamen Todesursachen im Alter zwischen 5-64 Jahren, mit einem Durchschnitt von 120,1 Fällen pro Jahr, gefolgt von den ischämischen Herzleiden im Alter von 35-64 Jahren (durchschnittlich 50,2 Fälle pro Jahr), vom Lungenkarzinom im Alter von 5-64 Jahren (34,9 Fälle pro Jahr), von der Leberzirrhose von 5-64 Jahren (26,6 Fälle pro Jahr) und von den Tumoren der oberen Verdauungs- und Atemwege (durchschnittlich 23,2 Fälle pro Jahr).

Die häufigste Todesursache bei den Frauen war hingegen das Mammakarzinom im Alter von 25-64 Jahren mit einem Jahresdurchschnitt von 28,7 Fällen, gefolgt von Traumata und Vergiftungen im Alter von 5-64 Jahren (durchschnittlich 23,0 Fälle pro Jahr).

Die durchschnittliche Rate der Todesfälle beträgt 100,8 pro 100.000 Einwohner unter den Männern und 35,5 pro 100.000 unter den Frauen. Die Werte sind sowohl für die Männer als auch für die Frauen tendenziell rückläufig.

Tabelle 4: **Vermeidbare Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Provinz Bozen - Jahr 2002**

Todesursache	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Bösartige Tumoren der ob. Verdauungs- und Atmungswege, Alter 5-64 J.	7	3,0	2	0,8
Leberkarzinome, Alter 5-64 J.	15	6,5	2	0,8
Lungenkarzinome, Alter 5-64 J.	23	10,0	9	3,8
Erkrankungen des Hirnkreislaufs, Alter 5-64 J.	14	6,1	9	3,8
Leberzirrhose, Alter 5-64 J.	15	6,5	6	2,5
Traumata und Vergiftungen, Alter 5-64 J.	119	51,7	19	8,0
Mammakarzinom, Frauen Alter 25-64 J.	-	-	20	8,5
Tumor des Gebärmutterhalses, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	1	0,4
Tumor des Gebärmutterkörpers und der Gebärmutter ohne sonstige Indikation, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	4	1,7
Infektions- und parasitäre Krankheiten, Alter 5-64 J.	3	1,3	1	0,4
Leukämie, Alter 0-64 J.	1	0,4	2	0,8
Chronische rheumatische Kardiopathien, Alter 5-44 J.	-	-	-	-
Hypertonie, Alter 35-64 J.	7	3,0	2	0,8
Ischämische Herzleiden, Alter 35-64 J.	34	14,8	10	4,2
Lungenentzündungen, Bronchitis, akute Erkrankungen der Atemwege, Alter 5-64 J.	6	2,6	-	-
Krankheiten der Atemwege, Alter 1-14 J.	2	0,9	-	-
Magengeschwür, Alter 25-64 J.	2	0,9	-	-
Blinddarmentzündung, Alter 55-64 J.	-	-	-	-
Muttersterblichkeit, alle Altersklassen (ICD IX 630)	-	-	-	-
Angeborene Herzfehler, Alter 0-14 J.	1	0,4	-	-
INSGESAMT	**249**	**108,2**	**87**	**36,8**

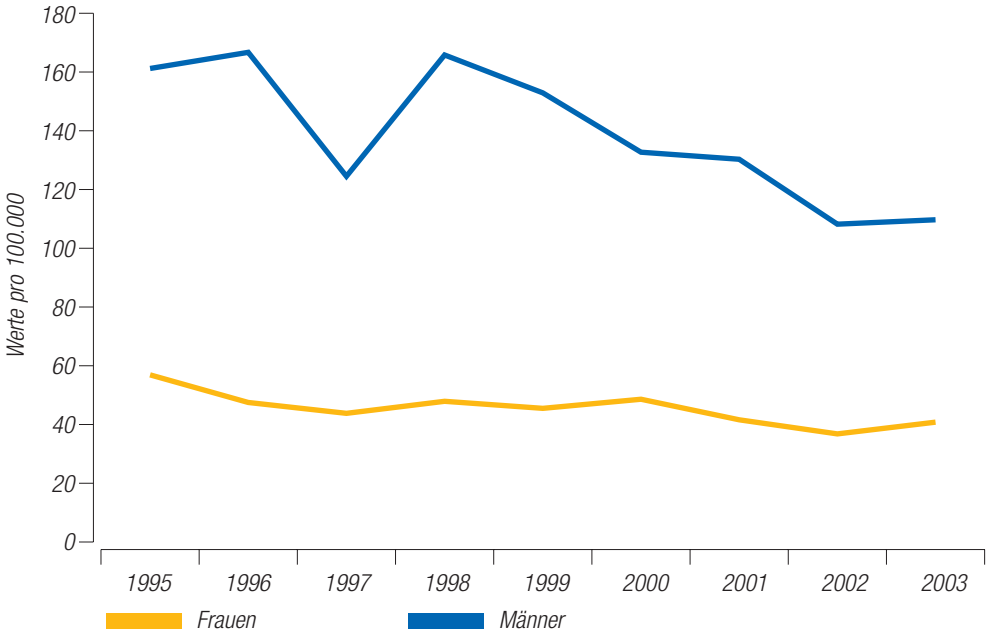
Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 5: **Vermeidbare Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Provinz Bozen - Jahr 2003**

Todesursache	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Bösartige Tumoren der ob. Verdauungs- und Atmungswege, Alter 5-64 J.	11	4,8	4	1,7
Leberkarzinome, Alter 5-64 J.	14	6,0	-	-
Lungenkarzinome, Alter 5-64 J.	32	13,8	12	5,0
Erkrankungen des Hirnkreislaufs, Alter 5-64 J.	10	4,3	10	4,2
Leberzirrhose, Alter 5-64 J.	20	8,6	6	2,5
Traumata und Vergiftungen, Alter 5-64 J.	98	42,3	18	7,6
Mammakarzinom, Frauen Alter 25-64 J.	-	-	22	9,2
Tumor des Gebärmutterhalses, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	3	1,3
Tumor des Gebärmutterkörpers und der Gebärmutter ohne sonstige Indikation, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	2	0,8
Infektions- und parasitäre Krankheiten, Alter 5-64 J.	7	3,0	4	1,7
Leukämie, Alter 0-64 J.	3	1,3	4	1,7
Chronische rheumatische Kardiopathien, Alter 5-44 J.	-	-	-	-
Hypertonie, Alter 35-64 J.	10	4,3	2	0,8
Ischämische Herzleiden, Alter 35-64 J.	42	18,1	6	2,5
Lungenentzündungen, Bronchitis, akute Erkrankungen der Atemwege, Alter 5-64 J.	5	2,2	3	1,3
Krankheiten der Atemwege, Alter 1-14 J.	-	-	-	-
Magengeschwür, Alter 25-64 J.	-	-	-	-
Blinddarmentzündung, Alter 55-64 J.	-	-	-	-
Muttersterblichkeit, alle Altersklassen (ICD IX 630)	-	-	-	-
Angeborene Herzfehler, Alter 0-14 J.	2	0,9	1	0,4
INSGESAMT	**254**	**109,7**	**97**	**40,8**

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Abbildung 11: **Vermeidbare Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**



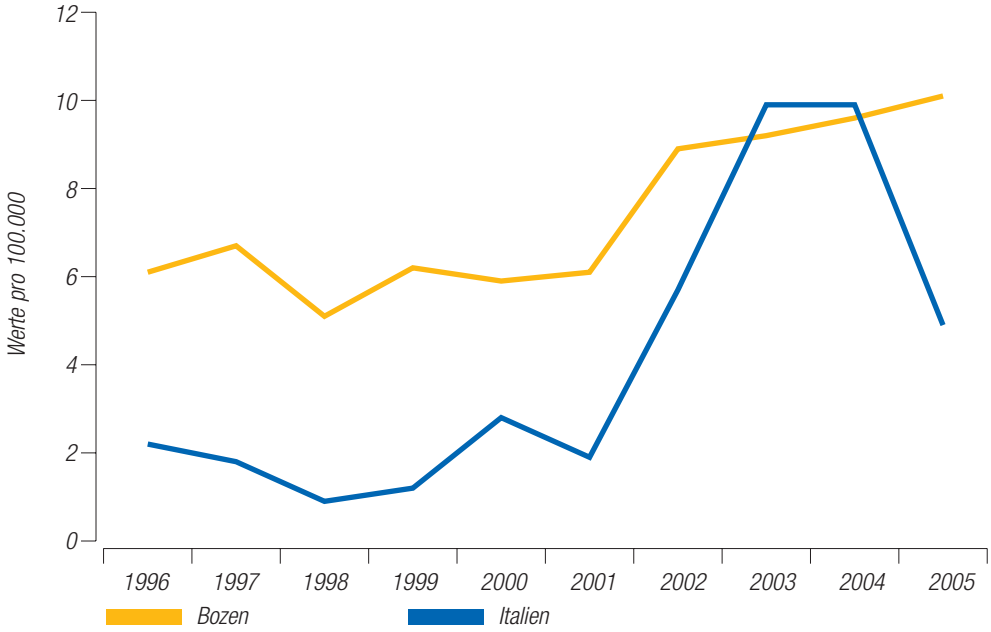
1.1.5 Die Bevölkerungsentwicklung

Der Rückgang der Geburtenraten, der in Italien nach dem Babyboom der Sechzigerjahre einsetzte und sich ab Anfang der Achtzigerjahre stabilisierte, ist eine der Ursachen der progressiven Alterung der Bevölkerung. In der Provinz Bozen wird dieser Trend teilweise durch Geburtenraten ausgeglichen, die - im Gegensatz zur gesamtstaatlichen Entwicklung - noch über den Sterblichkeitsraten liegen.

Im Jahr 2005 wuchs die Bevölkerung um 10,1 pro 1.000 Einwohner an, womit der Wert über dem gesamtstaatlichen Schätzwert desselben Jahres liegt (5,1‰). Allgemein fällt das Wachstum in den Regionen Nord- (7,7‰) und Mittelitaliens (6,9‰) hoch aus, während es im Süden (1,2‰) geringer ist.

Der Bevölkerungszuwachs ist zum größten Teil auf den Zuwanderungssaldo zurückzuführen, der sich in der Provinz Bozen auf 7,0‰ und in Italien insgesamt auf 5,2‰ beläuft. Der natürliche Saldo fällt in allen Regionen Mittel-Norditaliens mit Ausnahme des Trentino-Südtirol negativ aus (oder gleich Null). Die Provinz Bozen verzeichnet den höchsten natürlichen Wachstumssaldo (3,1‰ gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von -0,1‰).

Abbildung 12: **Wachstumsrate der Wohnbevölkerung. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2005**



1.2. ARBEIT, WIRTSCHAFT, AUSGABEN DER PRIVATEN HAUSHALTE

1.2.1. Die Beschäftigung

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

Die Arbeitskräfte, die sich aus den Beschäftigten und den Beschäftigungssuchenden zusammensetzen, stellen den Teil der Bevölkerung dar, der als voll oder teilweise erwerbsfähig bezeichnet werden kann. Die Zahl der Arbeitskräfte wurde für das Jahr 2005 auf 229.700 geschätzt und ist in den letzten zehn Jahren um rund 17.000 angestiegen.

BESCHÄFTIGTE NACH SEKTOR

Von den 223.300 Beschäftigten sind 58,4% Männer. 68,0% der Erwerbstätigen sind im Dienstleistungssektor tätig, 24,2% im produzierenden Gewerbe und 7,8% in der Landwirtschaft. Im Dienstleistungssektor überwiegen die Frauen (52,3% der Beschäftigten), während im produzierenden Gewerbe und in der Landwirtschaft vorwiegend Männer arbeiten (85,0% bzw. 68,4%). Die abhängigen Arbeitnehmer machen 71,8% der Beschäftigten aus.

In den letzten fünf Jahren ging der Anteil der in der Landwirtschaft Beschäftigten um 30,4% und jener der im produzierenden Gewerbe Tätigen um 5,4% zurück, während die Zahl der im Dienstleistungssektor Arbeitenden um 9,9% zugenommen hat.

Die Teilzeitbeschäftigten belaufen sich auf 17,5% der Beschäftigten. Unter den Vollzeitbeschäftigten überwiegen die Männer (67,9%), unter den Teilzeitbeschäftigten die Frauen (86,4%).

BESCHÄFTIGUNGSRATE

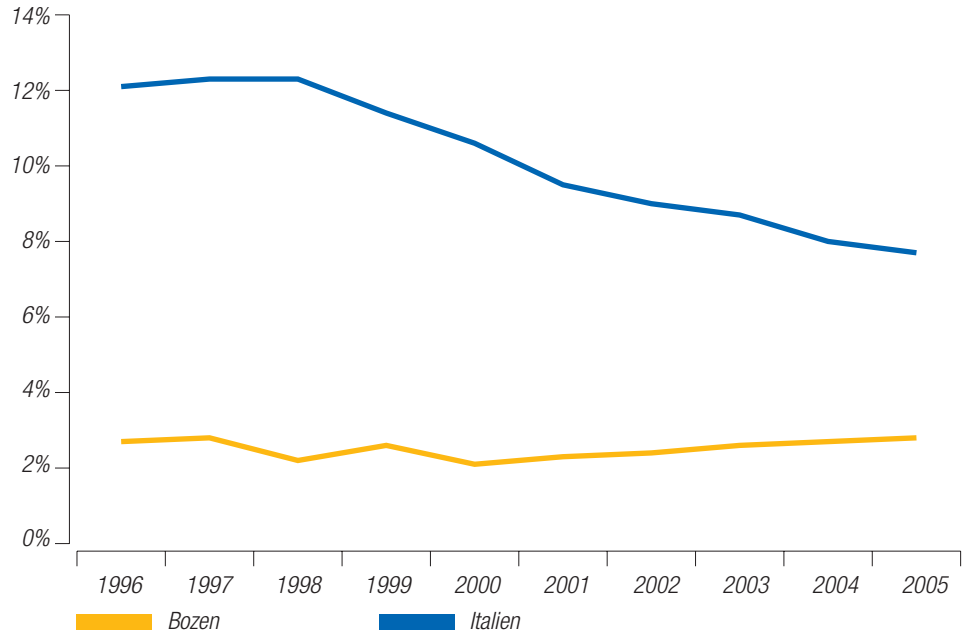
Die Beschäftigungsrate stiegt sowohl unter den Männern (von 79,5% im Jahr 2001 auf 80,7% im Jahr 2005) als unter den Frauen (von 59,6% im Jahr 2001 auf 61,2% im Jahr 2005) leicht an.

In Südtirol nahm die Beschäftigungsrate (als Anteil der Arbeitskräfte an der Bevölkerung im Alter von 15-64 Jahren) in den letzten fünf Jahren insgesamt um 1,5 Prozent zu (von 69,6% im Jahr 2001 auf 71,1% im Jahr 2005) und liegt im selben Zeitraum auch weiterhin über dem gesamtstaatlichen Wert (63,0%).

ARBEITSLOSENRATE

Die für das Jahr 2005 erfasste Arbeitslosenrate liegt im Vergleich zum Vorjahr mit 2,8% Prozent (+0,1 Prozent) leicht höher, hält sich jedoch in Grenzen. Seit 1998 ist die gesamtstaatliche Arbeitslosenrate mit 7,7% im Jahr 2004 konstant rückläufig.

Abbildung 13: **Arbeitslosenrate: Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2005**



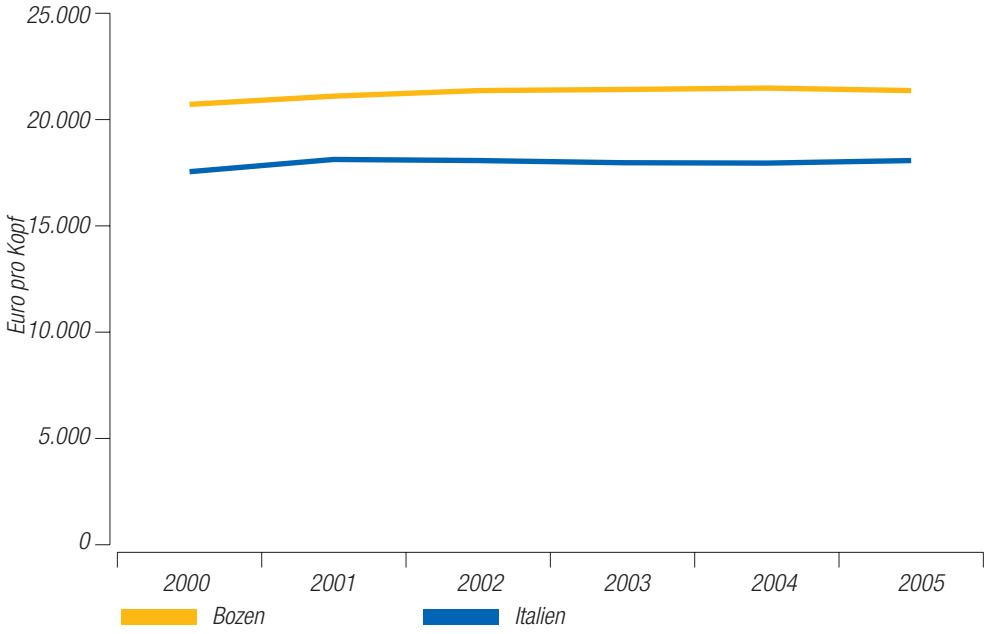
1.2.2. Das Bruttoinlandsprodukt

Die negative Wirtschaftskonjunktur und die Abschwächung des Wirtschaftswachstumstempos in den wichtigsten Industrieländern, vor allem in der Europäischen Union, wirken sich auch auf die Südtiroler Wirtschaft aus.

Auch auf Landesebene zeichnete sich ein verlangsamtes Wachstum des Bruttoinlandproduktes (BIP) mit einer BIP-Wachstumsminderung bei konstanten Preisen von 2,2% des Jahres 2001 auf 1,3% im Jahr 2005 ab.

Das BIP pro Kopf der Landesbevölkerung (21.600 Euro im Jahr 2005) hält sich konstant über dem gesamtstaatlichen Wert (17.900 Euro), was einen höheren erwirtschafteten Reichtum auf Landesebene bestätigt.

Abbildung 14: **Bruttoinlandsprodukt pro Kopf; konstante Preise 2005. Provinz Bozen und Italien - Jahre 2000-2005**



1.2.3. Die Ausgaben der privaten Haushalte

Die durchschnittlichen Monatsausgaben der privaten Haushalte beliefen sich auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2004 auf 2.381 Euro mit einem Anstieg von 68 Euro im Vergleich zum Vorjahr (+2,9%). In der Provinz Bozen betrugen die durchschnittlichen Monatsausgaben im Jahr 2004 3.092 Euro (+29,9% gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert).
Die Ausgaben unterscheiden sich auch in den einzelnen Ausgabenkapiteln. Für Lebensmittel und Getränke werden in der Provinz Bozen durchschnittlich 445€ ausgegeben, in Italien insgesamt 453€. Die Ausgaben für die Unterkunft liegen in Südtirol hingegen allgemein höher: 379€ für die Miete oder 478€ für die Darlehensrate (308€ bzw. 420€, in Italien).
Für elektrische Energie (36,6€ in Südtirol und 38,0€ in Italien) und Gas (24,8€ in Südtirol und 46,7€ in Italien) wird weniger ausgegeben, mehr jedoch für Wasser und Kondominiumsspesen (43,4€ in Südtirol und 31,4€ in Italien).

AUSGABEN FÜR DIE GESUNDHEIT

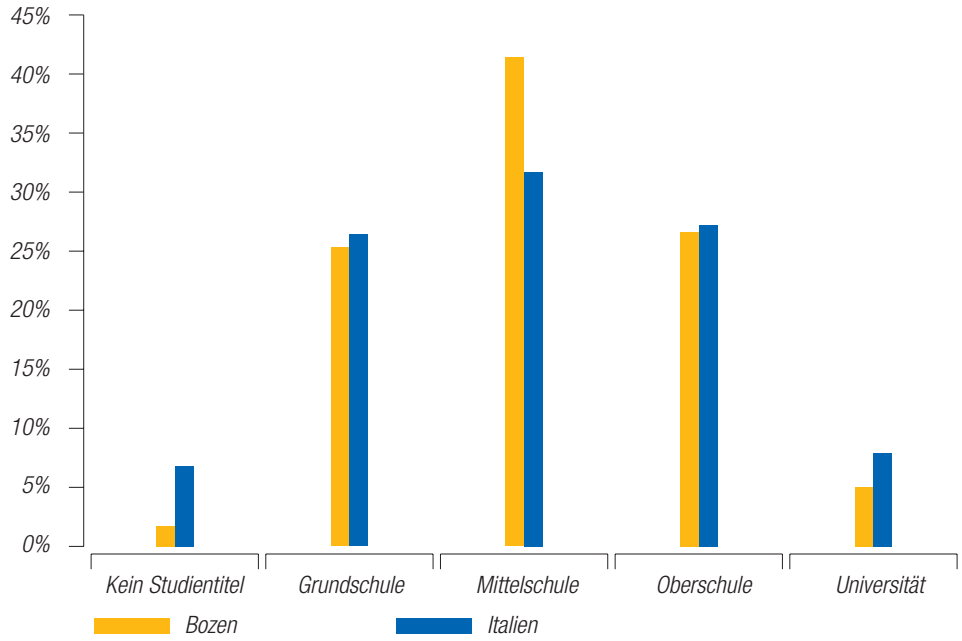
Die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich beliefen sich im Jahr 2004 auf gesamtstaatlicher Ebene auf 3,8% an den Gesamtausgaben (abzüglich der Beiträge für den Gesundheitsdienst), was rund 90 Euro pro Monat entspricht. In der Provinz Bozen betrugen die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich im Jahr 2004 146 Euro pro Monat (4,7% der Gesamtausgaben), was einem Anstieg gegenüber 2003 von rund 30 Euro gleichkommt.

1.3. BILDUNG

Die Daten der Volkszählung 2001 heben deutliche Unterschiede im Bildungsgrad der Landesbevölkerung und des gesamtstaatlichen Durchschnitts hervor.
In der Provinz Bozen ist der Anteil der Personen ohne Studientitel nach der Provinz Trient (1,0%) der niedrigste Italiens (1,7% gegenüber 6,8% des gesamtstaatlichen Durch-

schnitts). Im Vergleich mit den italienischen Regionen wird aber auch der niedrigste Anteil an Universitätsabschlüssen verzeichnet (5,0% gegenüber 7,9% auf Staatsebene). Sehr hoch ist hingegen der Prozentsatz der Personen mit Mittelschulabschluss, nämlich 41,4% der Bevölkerung gegenüber 31,7% des gesamtstaatlichen Durchschnitts.
Im Vergleich zur Volkszählung des Jahres 1991 sinkt der Anteil der Bevölkerung mit Pflichtschulstudientitel und nimmt die Zahl der Oberschul- und Universitätsabschlüsse zu. Der Prozentsatz der Personen ohne Studientitel sinkt dabei von 2,0% auf 1,7%, jener der Personen mit Grundschulabschluss von 33,9% auf 25,3%. Der Bevölkerungsanteil mit Mittelschulabschluss bleibt konstant (41,7% im Jahr 1991, 41,4% im Jahr 2001), während die Personen mit Oberschulabschluss von 19,2% auf 26,6% und mit Universitätsabschluss von 3,2% auf 5,0% zunehmen.
96,7% der Wohnbevölkerung im Alter zwischen 6 und 14 Jahren besuchten bei der Volkszählung des Jahres 2001 regelmäßig die Schule, während der nationale Durchschnittswert leicht darunter liegt (96,3%).
Der Anteil der Schüler, die nach der Mittelschule die Oberschule besuchen, beträgt 75,2% (Jahr 2003) und ist mit einem Plus von 4 Prozent zwischen 1995 und 2003 leicht ansteigend. Nach der Mittelschule setzen 83,5% der weiblichen Bevölkerung im Vergleich zu 67,2% der männlichen Bevölkerung ihr Studium fort.
Unter den Achtzehnjährigen besitzen 65,7% der Frauen und 45,4% der Männer einen Oberschulabschluss.

Abbildung 15: **Wohnbevölkerung nach Bildungsgrad. Provinz Bozen und Italien - Volkszählung 2001**



ASTAT. *Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2005.*
ASTAT. *Demographische Entwicklung in Südtirol 2005. ASTATinfo Nr. 12/2006.*
ASTAT. *Erwerbstätige und Arbeitssuchende in Südtirol 2005. ASTATinfo nr. 11/2006.*
ISTAT. *Mehrzweckerhebung der Haushalte "Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste", 1999-2000.*
ISTAT. *Mehrzweckerhebung der Haushalte "Aspekte des täglichen Lebens" - Jahr 2000.*
ASTAT. *Erhebung der Arbeitskräfte. Durchschnittliche Jahreswerte 2005. ASTAT Tabellensammlung Nr. 4/2006.*
ISTAT-ASTAT. *Der Verbrauch der privaten Haushalte. Jahre 2003, 2004.*
ISTAT. *Kurzstatistiken. Demographische Indikatoren, 2005.*

2. GESUNDHEITSFAKTOREN

Die Gesundheitsfaktoren sind Risikoelemente, welche die Ausrichtung, Beibehaltung und Veränderung des Gesundheitszustandes im Laufe des Lebens beeinflussen.
Die Krankheitsrisiken sind, abhängig von zahlreichen Faktoren wie Geschlecht, Arbeit, Ernährung, sozioökonomische Bedingungen, Wohngebiet, sehr unterschiedlich; jeder Faktor kann - allein oder im Zusammenspiel mit anderen - eine bestimme Krankheit fördern oder dieser vorbeugen.

Im Fall einer Krankheit oder Beeinträchtigung genügt es meistens nicht, den einzelnen Risikofaktor zu isolieren; es muss die Kette der Faktoren ausfindig gemacht werden, die auf einzelne Personen oder Bevölkerungsgruppen im spezifischen sozialen Umfeld gesundheitsschädigend wirken.
Eine Krankheit ist demnach die Folge einer komplexen Reihe von Faktoren, welche auf die Person einwirken; oft können die persönlichen Verhaltensweisen, die mit der Gesundheit zusammenhängen, eine Krankheit zum Teil erklären. Nicht immer setzt sich der Betroffene jedoch freiwillig diesen Risikofaktoren aus, wie zum Beispiel bei der Ausübung einer gefährlichen Sportart; seine Entscheidungsfreiheit ist im Fall von Faktoren wie Umweltbelastung und Ernährung eingeschränkt.
Die Gesundheitsfaktoren können also sehr individuell sein, abhängig von Geschlecht, Alter, Erbanlagen, oder von persönlichen Verhaltensweisen oder vom Lebensstil, von sich positiv oder nachteilig auswirkenden sozialen Faktoren, von Lebensbedingungen, Arbeit und Gesundheitsdiensten oder allgemein aus sozioökonomischer, kultureller oder umweltbezogener Sicht beeinflusst werden.

Tabelle 1: **Gesundheitsfaktoren**

Individuelle	*Sozioökonomische*	*Umweltbezogene*	*Lebensstile*	*Zugang zu den Diensten*
• *Erbanlage* • *Geschlecht* • *Alter*	• *Wirtschaftliche Lage* • *Beschäftigungslage* • *Soziokulturelles Lebensumfeld*	• *Luft* • *Wasser und Lebensmittel* • *Wohngebiet* • *Wohnung*	• *Tabakkonsum* • *Ernährung* • *Körperliche Bewegung* • *Drogen- und Medikamentenmissbrauch*	• *Schulsystem* • *Gesundheitssystem* • *Sozialdienste* • *Verkehrsmittel* • *Freizeit*

DIE SOZIOÖKONOMISCHEN FAKTOREN

In allen entwickelten Ländern besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Faktoren. Der Gesundheitszustand und die sozioökonomische Lage bedingen sich gegenseitig: die sozioökonomische Lage ist ein wichtiger Faktor des Gesundheitszustandes, und der Gesundheitszustand stellt seinerseits ein wichtiges Element der sozioökonomischen Entwicklung dar.

DIE UMWELT

Die ständige Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt ist ein wichtiger Aspekt in der Entwicklung des individuellen und kollektiven Wohlstandes.

DER LEBENSSTIL

Der individuelle Lebensstil wird stark von Aspekten wie Kultur, Beschäftigung, Bildung, Einkommen sowie vom sozialen Netz beeinflusst. Diese Elemente bringen Verhaltensweisen und Entscheidungsformen mit sich, welche den Gesundheitszustand beeinflussen.

DER ZUGANG ZU DEN DIENSTEN

In folgenden kritischen Punkten kann das Gesundheitssystem eingreifen, um Ungleichheiten der gesundheitlichen Behandlung zu ändern: die unterschiedliche Auffassung des Gesundheitsbedarfs und die unterschiedliche Nachfrage bei gleichen Gesundheitsbedingungen, das unterschiedliche Angebot und die unterschiedliche Zugangsmöglichkeit zu den Diensten bei gleicher Nachfrage; die unterschiedliche Qualität und Effizienz der angebotenen Leistungen bei gleichem Zugang zu den Diensten.

2.1. LEBENSSTILE: RAUCHEN, ERNÄHRUNG, KÖRPERLICHE BEWEGUNG

Die mit den Lebensstilen zusammenhängenden Gesundheitsprobleme können auf Verhaltensweisen zurückgeführt werden, die an das Alter (wie bei Jugendlichen und älteren Menschen) gebunden sind; allgemein werden sie jedoch auch stark von kulturellen und sozioökonomischen Faktoren beeinflusst. Zu den wichtigsten Aspekten der Lebensstile, die sich auf das Wohlbefinden des Einzelnen auswirken, gehört sicherlich der Tabakkonsum, der Alkoholmissbrauch und die Fehlernährung.

2.1.1. Rauchen

Zigarettenrauchen ist ein großer Risikofaktor für Tumor-, Kreislauf- und Atemwegerkrankungen.
Rauchen während der Schwangerschaft hängt direkt mit dem niedrigen Gewicht bei der Geburt zusammen.
Die Zahl der Raucher beläuft sich in Südtirol auf rund 82.000, 23,9% davon sind Männer, 18,9% Frauen (ab dem Alter von 14 Jahren).
Gegenüber 2003 ist der Tabakkonsum sowohl unter den Frauen als auch Männern im Abwärtstrend.
Geraucht wird am häufigsten in der Altersklasse zwischen 15 und 30 Jahren.
Der Anteil der starken Raucher beträgt 5,9% und ist gegenüber 2003 rückläufig.
2003 beliefen sich die tabakrauch-attributablen Todesfälle auf 607,1 (15,7% aller Todesfälle).

DIE SCHÄDEN FÜR DIE GESUNDHEIT

Zigarettenrauchen ist für zahlreiche Formen bösartiger Tumoren in verschiedenen Körperteilen verantwortlich: Lungen, obere Verdauungs- und Atemwege, Nieren und Blase. Rauchen ist außerdem ein großer Risikofaktor für die Erkrankungen des Kreislaufsystems (wie ischämische Herzleiden, zerebrovaskuläre Krankheiten und periphere Arteriopathien) und der Atemwege (chronisch-obstruktive Bronchopneumopathien). Das niedrige Gewicht bei der Geburt und die intrauterine Wachstumsretardierung hängen mit dem Tabakkonsum während der Schwangerschaft zusammen. Die tabakrauch-attributablen Schäden für die Gesundheit führen zu einer hohen Anzahl an vermeidbaren Todesfällen, aber auch zu vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und Beeinträchtigungen mit enormen Kosten für die Gesellschaft.
Im Unterschied zu anderen Faktoren ist Zigarettenrauchen ein theoretisch beseitigbarer

DIE RAUCHGEWOHNHEIT

Risikofaktor; die Effizienz einer Unterbrechung dieses schädlichen Verhaltens zur Verminderung der damit zusammenhängenden Risiken ist belegt und erwiesen.

Die Rauchgewohnheit ist unter der Bevölkerung nicht gleichmäßig verbreitet. Nach den Angaben der ISTAT-Mehrzweckerhebungen rauchen mehr Männer, Personen unter 30 Jahren und mit einem niedrigen Bildungsgrad.

Den Daten des Jahres 2005 zufolge werden die Raucher in der Landesbevölkerung auf ca. 82.000 geschätzt (45.000 Männer und 37.000 Frauen), was 23,9% der Bevölkerung über 14 Jahren für die Männer und 18,9% für die Frauen entspricht.

Gegenüber 2003 ist sowohl der Anteil Raucherinnen (von 22,5% auf 18,9%) als auch der Raucher (von 28,7% auf 23,9%) gesunken. Der Anteil der Raucher in Südtirol liegt im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt (28,2%) niedriger, jener der Raucherinnen höher (15,8% auf nationaler Ebene).

Geraucht wird am häufigsten in den Altersklassen bis zu 30 Jahren mit 32,1% der Raucher zwischen 14 und 19 Jahren und 36,5% zwischen 20 und 29 Jahren. Verglichen mit den gesamtstaatlichen Werten ist die Prävalenz der jungen Raucher in der Provinz höher (in Italien beträgt der Anteil der Raucher im Alter von 14-19 Jahren 14,7% unter den Männern und 8,7% unter den Frauen).

Die starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag) machen 5,9% aller Raucher aus; dieser Prozentsatz ist gegenüber 2003 rückläufig und liegt deutlich unter dem gesamtstaatlichen Wert von 31,7%.

Auf nationaler Ebene raucht die Hälfte der Raucher seit mindestens 20 Jahren, wodurch auch die Risiken für die Gesundheit zunehmen, welche direkt mit der Dauer des Tabakkonsums zusammenhängen.

Der Anteil der ehemaligen Raucher beläuft sich in Südtirol auf 26,0% der Bevölkerung (30,8% unter den Männern und 21,4% unter den Frauen). Die meisten ehemaligen Raucher gehören der Alterklasse zwischen 50 und 59 Jahren an (34,9%).

Abbildung 1: **Raucher in der Bevölkerung nach Altersklasse. Provinz Bozen - Jahr 2005**

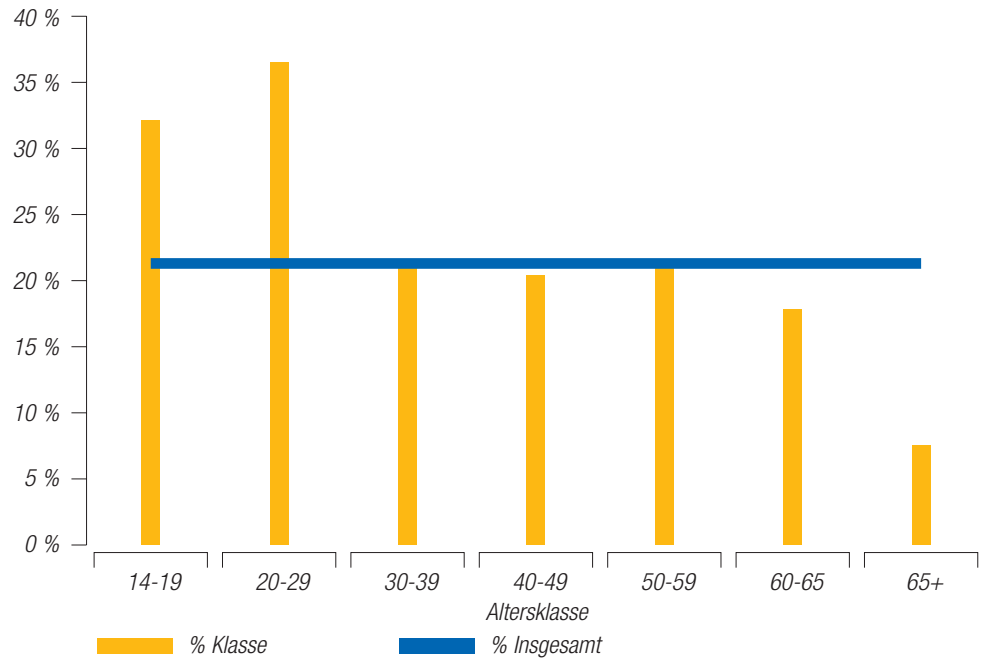
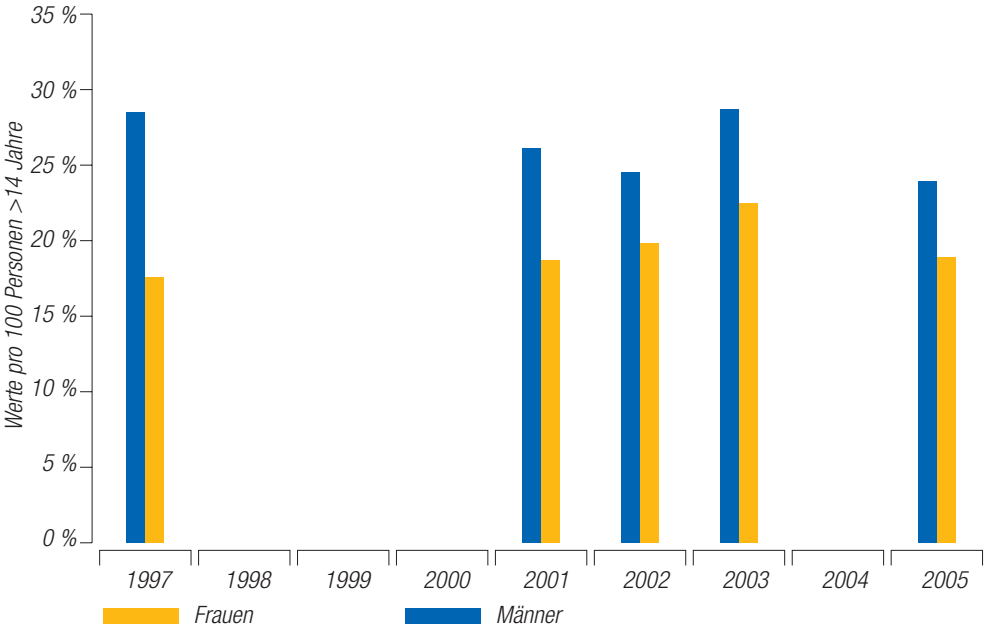


Abbildung 2: **Raucherprävalenz in der Bevölkerung nach Geschlecht. Provinz Bozen - Jahre 1997-2005**



Auf der Grundlage der Vorgaben des Programms “Smoking-Attibutable Mortality, Morbidity and Economic Costs” (SAMMEC), das 1987 vom Center for Disease Control and Prevention von Atlanta erarbeitet wurde, und der Prävalenz der Raucher und ehemaligen Raucher, die nach den ISTAT/ASTAT-Daten der Mehrzweckerhebung aus dem Jahr 1997 berechnet wurde, wurden die Schätzungen der tabakrauch-attributablen Sterblichkeit in der Provinz Bozen nach 18 Todesursachen bei Erwachsenen über 35 Jahren vorgestellt.
Die relativen Todesrisiken für die 18 tabakrauch-attributablen Pathologien unter den erwachsenen Rauchern und ehemaligen Rauchern gegenüber den Nicht-Rauchern nach Altersklassen sind dieselben, die für die amerikanische Bevölkerung verwendet wurden; sie wurden der Prevention Study der American Cancer Society (CPS-II Study) entnommen.
Die tabakrauch-attributable Fraktion (TAF) wird auf der Grundlage der Prävalenz der Raucher, Nicht-Raucher und ehemaligen Raucher in der Bevölkerung ab 35 Jahren bestimmt.
Die geschätzten Fraktionen der tabakrauch-attributablen Todesfälle in Südtirol schwanken für die Männer zwischen 14,6% für die zerebrovaskulären Krankheiten ab 65 Jahren und 90,2% für chronische Bronchitis und Emphysem. Bei den Frauen variieren diese Fraktionen zwischen 4,8% für die bösartigen Tumoren der Nieren und 77,6% für Bronchitis, Emphysem und Asthma.
Im Jahr 2002 beliefen sich die geschätzten tabakrauch-attributablen Todesfälle auf 380,8 für die Männer und 185,9 für die Frauen, im Jahr 2003 stiegen diese Werte auf 418,1 bzw. 189,0 an.
Die meisten tabakrauch-attributablen Todesfälle unter den Männern sind auf die bösartigen Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen zurückzuführen (102,6 Fälle im Jahr 2002 und 111,5 Fälle im Jahr 2003); bei den Frauen war 2002 die häufigste, tabakrauch-attributable Todesursache der Lungentumor (34,8 Fälle), im Jahr 2003 die chronische Bronchitis und Emphysem (34,9 Fälle).

Tabelle 2: **Tabakrauch-attributable Todesfälle nach Ursache und Geschlecht. Provinz Bozen - Jahr 2002**

Ursache (nach Alter ≥ 35 Jahre außer wo anders spezifiziert)	*Männer*		*Frauen*	
	TAF	*Todesfälle*	*TAF*	*Todesfälle*
Bösartige Tumoren der Lippe, Mundhöhle und des Rachens	*76,8%*	*23,0*	*44,7%*	*2,7*
Bösartige Tumoren der Speiseröhre	*72,7%*	*15,3*	*56,1%*	*0,6*
Bösartige Tumoren der Bauchspeicheldrüse	*27,4%*	*8,8*	*21,6%*	*10,1*
Bösartige Tumoren des Kehlkopfs	*84,1%*	*5,9*	*71,0%*	*0,0*
Bösartige Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen	*89,2%*	*102,6*	*69,6%*	*34,8*
Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses		*0,0*	*9,8%*	*0,8*
Bösartige Tumoren der Blase	*48,8%*	*15,1*	*24,8%*	*2,7*
Bösartige Tumoren der Nieren u. sonst. u. nicht spezifizierter Harnorgane	*40,7%*	*5,7*	*4,8%*	*0,3*
Hypertonie	*23,5%*	*9,6*	*11,9%*	*10,8*
Ischämische Herzleiden: Alter 35-64 Jahre	*40,3%*	*13,7*	*26,1%*	*2,6*
Ischämische Herzleiden: Alter ab 65 Jahren	*16,8%*	*41,9*	*10,8%*	*29,1*
Sonstige Herzkrankheiten	*21,4%*	*29,1*	*8,6%*	*21,8*
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter 35-64 Jahre	*36,6%*	*4,4*	*32,5%*	*2,3*
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter ab 65 J.	*14,6%*	*16,7*	*7,0%*	*15,6*
Arteriosklerose	*32,2%*	*14,2*	*10,6%*	*9,3*
Aortenaneurysmen	*67,0%*	*7,4*	*51,3%*	*1,5*
Sonstige Erkrankungen der Arterien	*21,2%*	*1,5*	*15,8%*	*1,4*
Pneumonie und Grippe	*23,9%*	*18,2*	*15,6%*	*10,0*
Chronische Bronchitis und Emphysem	*90,2%*	*47,8*	*77,6%*	*29,5*
Sonstiger chronischer Verschluss der Atemwege	*81,6%*	*0,0*	*73,3%*	*0,0*
INSGESAMT		***380,8***		***185,9***

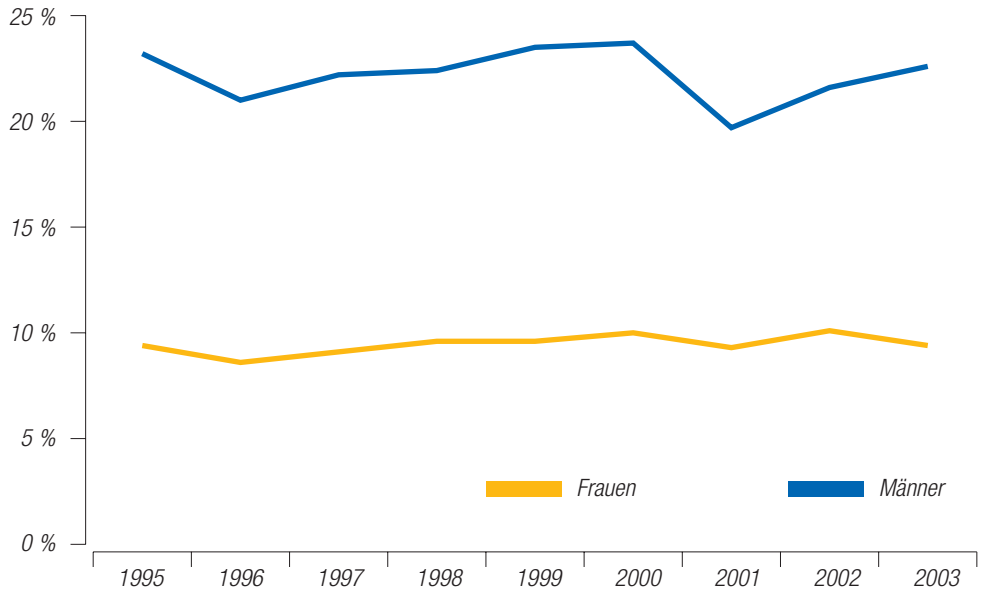
Tabelle 3: **Tabakrauch-attributable Todesfälle nach Ursache und Geschlecht. Provinz Bozen - Jahr 2003**

Ursache (nach Alter ≥ 35 Jahre außer wo anders spezifiziert)	*Männer*		*Frauen*	
	TAF	*Todesfälle*	*TAF*	*Todesfälle*
Bösartige Tumoren der Lippe, Mundhöhle und des Rachens	*76,8%*	*23,8*	*44,7%*	*4,5*
Bösartige Tumoren der Speiseröhre	*72,7%*	*16,7*	*56,1%*	*3,9*
Bösartige Tumoren der Bauchspeicheldrüse	*27,4%*	*11,2*	*21,6%*	*10,4*
Bösartige Tumoren des Kehlkopfs	*84,1%*	*8,4*	*71,0%*	*1,5*
Bösartige Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen	*89,2%*	*111,5*	*69,6%*	*25,1*
Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses		*0,0*	*9,8%*	*0,4*
Bösartige Tumoren der Blase	*48,8%*	*13,2*	*24,8%*	*3,0*
Bösartige Tumoren der Nieren u. sonst. u. nicht spezifizierter Harnorgane	*40,7%*	*9,8*	*4,8%*	*0,6*
Hypertonie	*23,5%*	*9,4*	*11,9%*	*12,1*
Ischämische Herzleiden: Alter 35-64 Jahre	*40,3%*	*16,9*	*26,1%*	*1,6*
Ischämische Herzleiden: Alter ab 65 Jahren	*16,8%*	*43,9*	*10,8%*	*30,7*
Sonstige Herzkrankheiten	*21,4%*	*28,8*	*8,6%*	*18,3*
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter 35-64 Jahre	*36,6%*	*2,9*	*32,5%*	*3,2*
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter ab 65 J.	*14,6%*	*17,2*	*7,0%*	*14,1*
Arteriosklerose	*32,2%*	*19,6*	*10,6%*	*8,4*
Aortenaneurysmen	*67,0%*	*4,7*	*51,3%*	*3,1*
Sonstige Erkrankungen der Arterien	*21,2%*	*0,8*	*15,8%*	*0,8*
Pneumonie und Grippe	*23,9%*	*16,0*	*15,6%*	*12,6*
Chronische Bronchitis und Emphysem	*90,2%*	*63,1*	*77,6%*	*34,9*
Sonstiger chronischer Verschluss der Atemwege	*81,6%*	*0,0*	*73,3%*	*0,0*
INSGESAMT		***418,1***		***189,0***

In Bezug auf alle Todesursachen und alle Altersklassen können die tabakrauch-attributablen Todesfälle im Jahr 2003 auf 22,6% für die Männer und auf 9,4% für die Frauen geschätzt werden.

Der Verlauf im untersuchten Zeitraum ist sowohl für die Männer als auch die Frauen weitgehend stabil.

Abbildung 3: **Tabakrauch-attributable Todesfälle an allen Todesfällen aufgrund aller Ursachen. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**



2.1.2. Die Ernährung

Die Ernährung ist eine der wichtigsten Gesundheitsfaktoren und hängt stark mit dem Auftreten von Tumor- und Herzkreislauferkrankungen zusammen.
Die relevantesten Nährstoffmängel in den entwickelten Bevölkerungen betreffen das Iod, die Folsäure und das Eisen.
Die Prävalenz des Kropfes in der Provinz Bozen konnte durch die Iodprophylaxe von 24% auf 1,5% reduziert werden.
Die Ausgaben der Familien für Lebensmittel ist in den letzten 30 Jahren von 40% auf 15% gesunken.
Die Prävalenz der Fettleibigen in der Bevölkerung im Alter ab 14 Jahren beträgt 8,2%, während sich der Anteil der übergewichtigen Personen auf 30,8% beläuft; in beiden Fällen liegen die Werte unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Die Ernährung gilt als einer der wichtigsten Gesundheitsfaktoren. Zusammen mit dem Tabakkonsum und dem Mangel an körperlicher Bewegung stellt sie einen der bedeutendsten Faktoren für die Herzkreislauferkrankungen und Tumoren dar. Schätzungen zufolge sind der Ernährung 30% bis 40% der Tumoren und über ein Drittel der Todesfälle aufgrund von Herzkreislauferkrankungen in Personen unter 65 Jahren zuzuschreiben. Mindestens 80% der Diabetesfälle des Typs II hängen mit der Fettleibigkeit und dem Übergewicht zusammen. Eine tierfettreiche und obst- und gemüsearme Ernährung sind, assoziiert mit Tabakkonsum, Hypertonie und Fettleibigkeit, verantwortlich für schwerwiegende Gesundheitsschäden sowie für die Entwicklung von in der Bevölkerung weit verbreiteten Krankheiten.
Die gesundheitsrelevanten Ernährungs- und Essgewohnheiten, die Qualität und Hygiene

der Lebensmittel, die Toleranzschwächen und Essstörungen sind bedeutende Aspekte in der Beziehung zwischen Ernährung und Gesundheit.
Einige gesundheitsrelevante Nährstoffmängel, die in den entwickelten Ländern auch weiterhin bestehen, sind auf Folsäure-, Iod- und Eisenmangel zurückzuführen.

FOLSÄUREMANGEL

Dem Folsäuremangel in der Frau in bestimmten Schwangerschaftsphasen ist ein Anstieg von Neuralrohrdefekten wie Spaltwirbel oder megaloplastärer Anämie zuzuschreiben. Folsäure ist in einigen Nahrungsmitteln wie grünem Blattgemüse, Orangen, Hülsenfrüchten, Getreide, Zitronen, Kiwis, Erdbeeren und in der Leber reichlich vorhanden. Beim Kochen wird der Großteil des in der Nahrung vorhandenen Folats jedoch zerstört. In den USA wurde 1998 von der Food and Drug Administration (FDA) die Anreicherung der am meist verzehrten Zerealien (Mehl, Brot, Reis und andere getreidehaltige Produkte) mit Folsäure verordnet. In Italien besteht keine Produktionspflicht von angereicherten Nahrungsmitteln, auch wenn einige Nahrungsmittelindustrien auf unserem Markt Nahrungsmittel mit Folsäurezusatz wie Frühstückszerealien, Fruchtsäfte, eine spezielle UHT-Milch und andere Produkte anbieten.

JODMANGEL

Der Jodmangel ist eine der wichtigsten Ursachen von vermeidbaren Geisteskrankheiten und weltweit, den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge, eines der weltweit schwerwiegendsten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Jodmangel führt zur verschiedenartigen Pathologien, die nach Alter und Geschlecht mehr oder weniger schwer ausfallen können, wie Hyper- oder Hypothyreose. Jod ist vor allem im Fisch enthalten, während sein Anteil im Gemüse je nach Anbauboden variiert. Das Vorkommen dieses Elements in Nahrungsmitteln und Wasser ist jedoch oft zu gering, um den menschlichen Bedarf zu decken.

DIE JODPROPHYLAXE

Eine Jodprophylaxe kann zur Prävention des endemischen Kropfes und anderen Störungen aufgrund von Jodmangel nützlich sein. Die Prophylaxe besteht in einfachen Maßnahmen wie der Aufnahme von Jodsalz; sie hat zur vollständigen Ausrottung des Kropfes in einigen europäischen Ländern wie der Schweiz und den skandinavischen Ländern geführt. Europa bleibt aber weiterhin eine der Regionen mit der geringsten Verwendung von Jodsalz in den Haushalten (27% gegenüber 90% der US-Haushalte). In Italien wurde 1997 eine nationale Kampagne zur Ernährungserziehung gestartet, der Verkauf dieses Salzes ist jedoch immer noch zu gering (rund 3% aller für die Ernährung verwendeten Salze).

DIE JODPROPHYLAXE IN DER PROVINZ BOZEN

In der Provinz Bozen wurde bereits 1982 ein Programm zur Jodprophylaxe mit einer Reihe von Sensibilisierungskampagnen eingeleitet, da der Jodmangel auf Landesebene eine starke Prävalenz des endemischen Kropfes bedingte. Durch die Bewertung des Programms mit einer Stichprobenerhebung in den Grund- und Mittelschulen des Landes konnte die Verminderung der schwersten Kropfprävalenz des Stadiums 1B von 23,6% des Jahres 1982 auf 1,5% im Jahr 2001 festgestellt werden, während die Prävalenz des Stadiums 1A von 25,5% des Jahres 1982 auf 13% im Jahr 2001 gesunken ist.
Die Verwendung von feinem Jodsalz in der Provinz ist von rund 300 Doppelzentnern im Jahr 1983 auf über 3.000 Doppelzentner zu Beginn der 90er Jahre und auf 3.500 Doppelzentner im Jahr 2000 gestiegen. Schätzungen zufolge beträgt der Verbrauch von Jodsalz rund 30% des gesamten Salzkonsums.

EISENMANGEL

Eisenmangel wirkt sich in erster Linie auf die in der Leber, Milz und im Knochenmark vorhandenen Vorräte aus, während er später zur Verminderung der mittleren Hämoglobinkonzentration führt. Eisenmangel verursacht Asthenie, Müdigkeit, Infektionsanfälligkeit

und Anämie. Ein Überschuss an Eisen schädigt hingegen die Organe, in denen es sich ansammelt.
Eisen ist in den Nahrungsmitteln in zwei verschiedenartig von unserem Organismus assimilierbaren Formen vorhanden. Das im Fisch, Fleisch und in einigen Gemüsesorten enthaltene Eisen führt zu einer stärken Biodisponibilität, während das in den Eiern und Milch-/Käseprodukten vorhandene Eisen schwieriger metabolisiert wird.

DIE ESSGEWOHNHEITEN

Die Fähigkeit des Einzelnen, gesunde Essgewohnheiten anzunehmen, ist durch makroökonomische, kulturelle und soziale Faktoren bedingt. In den letzten Jahren sind in Europa die Ausgaben der Familien für die Ernährung deutlich gesunken. In der Provinz ist der Anteil des Nahrungsmittelkonsums am Verbrauch der Haushalte insgesamt von 39,4% des Jahres 1973 auf 14,9% im Jahr 2002 gesunken (19,4% auf gesamtstaatlicher Ebene). Außerdem haben sich die Kost und Nährstoffgehalte infolge neuer Produktions- und Vermarktungsarten der Nahrungsmittel, der neuen Lebensstile sowie der Beeinflussung des Konsums durch die Massenmedien geändert.
Änderungen unterlagen die Ernährungsgewohnheiten auch hinsichtlich der sozialen Unterschiede. Fett- und fleischreich ernähren sich vor allem die sozial stärker benachteiligten Schichten, während die Personen mit einem höheren Bildungsgrad Ernährungsgewohnheiten angenommen haben, die stärker auf die Gesundheit ausgerichtet sind, was sich in der Sterblichkeit der Bevölkerung widerspiegelt, wo die Erkrankungen des Kreislaufsystems im Gegensatz zur Vergangenheit jetzt mehr unter den minderbemittelten Klassen verbreitet sind.

DIE ERNÄHRUNGSGEWOHNHEITEN IN DER PROVINZ BOZEN

Die Daten über die Ernährungsgewohnheiten in der Provinz Bozen stammen aus der vom ASTAT im Jahr 2005 durchgeführten ISTAT-Mehrzweckerhebung und beziehen sich, wo nicht anders angegeben, auf die Bevölkerung ab 3 Jahren.
Der Tag beginnt in der Landesbevölkerung üblicherweise mit dem Frühstück (94,3%); 72,1% der Interviewten erklären, ein vollständiges Frühstück mit Tee, Kaffee oder Cappuccino und Essen zu sich zu nehmen (73,2% der deutschsprachigen und 69,3% der italienischsprachigen Bevölkerung). Auf gesamtstaatlicher Ebene nehmen 77,5% der Bevölkerung ein angemessenes Frühstück ein (Jahr 2003).
Die Hauptmahlzeit des Tages ist für 83,7% der Bevölkerung das Mittagessen (77,2% in den Städten und 88,1% der ländlichen Bevölkerung). Auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Bevölkerungsanteil, der das Mittagessen als Hauptmahlzeit ansieht, geringer (70,6% im Jahr 2003). Für 10,8% der Bevölkerung ist das Abendessen die Hauptmahlzeit (21,7% auf nationaler Ebene im Jahr 2003).
75,2% der Bevölkerung essen mindestens einmal pro Tag Nudeln (87,7% auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2003). 16,8% der Bevölkerung nehmen mindestens einmal pro Tag Wurstwaren zu sich, 3,5% weißes Fleisch, 2,4% Rindfleisch, 1,2% Schweinefleisch, 46,1% Käse und Milchprodukte, 5,2% Eier, 1,2% Fisch.
24,2% der Bevölkerung essen mindestens ein paar Mal die Woche Fisch (durchschnittlich 57,2% auf nationaler Ebene im Jahr 2003). 73,0% nehmen täglich eine Gemüseportion zu sich, 25,4% zwei Gemüseportionen. 55,3% essen täglich eine Portion Obst, 35,2% zwei Portionen.
6,2% der Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren greifen täglich zu salzigen Snacks (1,3% im Gesamtdurchschnitt), 12,4% der Bevölkerung essen mindestens eine Süßspeise pro Tag.

65,2% der Bevölkerung achten auf die Salzmenge und den Genuss von salzigen Speisen, 75,5% verwenden Jodsalz (26,9% auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2003).
43,1% der Bevölkerung ab 14 Jahren trinken nur selten oder nie Mineralwasser, 84,8% greifen nur selten oder nie zu kohlensäurehaltigen Getränken (Mineralwasser ausgeschlossen).

Tabelle 4: **Nahrungsmittel nach Häufigkeit des Konsums. Werte pro 100 Personen ab 3 Jahren. Provinz Bozen - Jahr 2005**

	Mehrmals am Tag	*Einmal am Tag*	*Mehr als einmal in der Woche*	*Weniger als einmal in der Woche*	*Nie*
Brot, Nudeln, Reis	*31,7*	*43,8*	*23,7*	*1,0*	*0,1*
Wurstwaren	*1,8*	*15,0*	*46,8*	*26,8*	*9,6*
Huhn, Truthahn, Kaninchen, Kalb	*0,3*	*3,2*	*38,0*	*51,2*	*7,4*
Rindfleisch	*0,2*	*2,2*	*40,1*	*50,4*	*7,1*
Schweinefleisch, Wurstwaren ausgeschlossen	*0,1*	*1,1*	*26,9*	*51,7*	*20,2*
Fisch	*0,0*	*1,2*	*24,2*	*62,4*	*12,2*
Milch	*17,0*	*48,9*	*13,0*	*6,8*	*14,4*
Käse, Milchprodukte	*8,0*	*38,1*	*41,4*	*9,8*	*2,7*
Eier	*0,9*	*4,3*	*43,6*	*44,0*	*7,2*
Blattgemüse oder gekochtes Gemüse	*13,3*	*46,5*	*27,7*	*9,6*	*2,9*
Tomaten, Auberginen, Paprikaschoten, Fenchel	*9,0*	*32,7*	*42,4*	*12,7*	*3,2*
Obst	*28,6*	*42,1*	*22,6*	*4,8*	*1,9*
	keine Portion am Tag	***1 Portion am Tag***	***2 Portionen am Tag***	***3-4 Portionen am Tag***	***5 od. mehr Portionen am Tag***
Salat- und Gemüseportionen	*-*	*73,0*	*25,4*	*1,6*	*-*
Obstportionen	*0,1*	*55,3*	*32,5*	*10,5*	*1,5*

Quelle: SBTAT

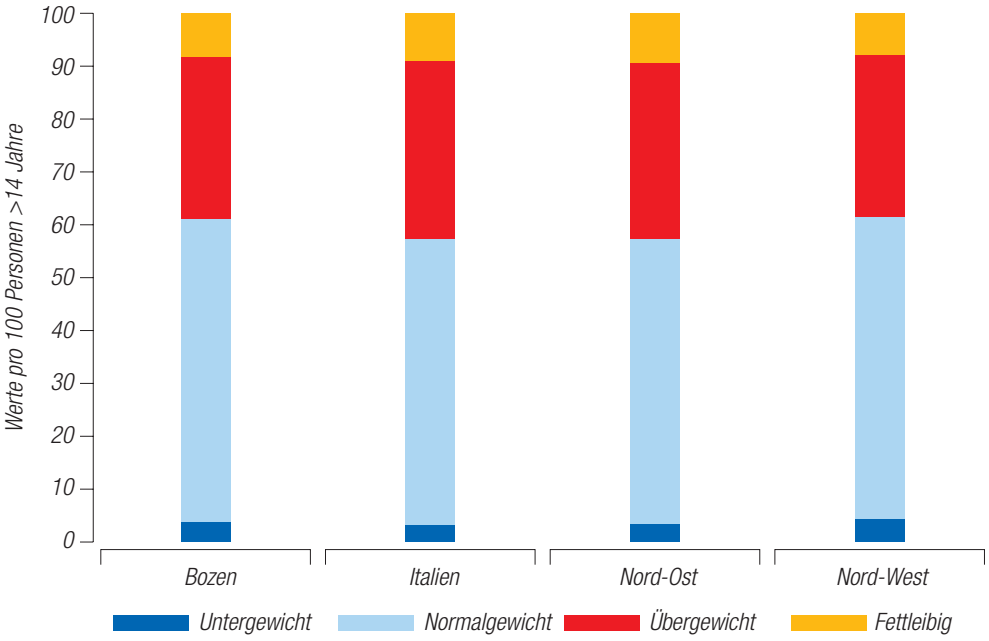
ÜBERGEWICHT UND FETTLEIBIGKEIT

Übergewicht und Fettleibigkeit steigen in ganz Europa alarmierend an. Vor allem die Fettleibigkeit stellt ein ernstes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, weil dadurch das Risiko bestimmter chronischer Krankheiten wie Herzkreislauferkrankungen, Diabetes des Typs 2 und einiger Tumoren deutlich zunimmt.
Die Fettleibigkeit nimmt in allen Altersklassen, insbesondere bei Kindern zu. Das Übergewicht in der Kindheit ist ein Risikofaktor für die Fettleibigkeit im Erwachsenenalter und für das Auftreten von Krankheiten im fortgeschrittenen Alter wie Herzkrankheiten und Hypertonie.
Auch im Fall des Übergewichtes spielen der Bildungsgrad und die soziale Zugehörigkeitsklasse eine erwiesene Rolle, auch wenn sich Männer und Frauen in der Modalität und Intensität unterschiedlich verhalten. Die Ungleichheiten sind vor allem bei den Frauen ersichtlich, wo bei niedrigem Bildungsgrad und benachteiligten sozioökonomischen Bedingungen eine übermäßige Fettleibigkeitsprävalenz vorherrscht, die mit der Verschlechterung der sozioökonomischen Bedingung zunimmt. Für die Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad ist das Risiko des Übergewichtes der Klasse I um 1,5 höher als bei den Frauen mit Universitäts- und Oberschulabschluss, um das Dreifache höher im Fall der Fettleibigkeit der Klasse II und sehr viel höher im Fall der Fettleibigkeit der Klasse III. Im Gegensatz dazu ist das Untergewicht unter den Frauen einer höheren sozioökonomischen und kulturellen Stufe stärker verbreitet.
Aus den gesamtstaatlichen Daten des Jahres 2003 geht hervor, dass die Fettleibigkeit in der Bevölkerung mit zunehmendem Alter ansteigt: 1,7% zwischen 18 und 24 Jahren,

6,2% zwischen 25 und 44 Jahren, 13% zwischen 45 und 64 Jahren, 13,4% über 64 Jahren. Die Männer sind durchschnittlich übergewichtiger (42,1% gegenüber 25,8%) und fettleibiger als die Frauen (9,3% gegenüber 8,7%).
Das Übergewicht betrifft außerdem stärker Erwachsene mit einem niedrigeren Studientitel sowohl in der männlichen als auch weiblichen Bevölkerung.
Schätzungen auf der Grundlage der Daten der Mehrzweckerhebung 2003 zufolge beläuft sich die Zahl der fettleibigen Personen (mit Body mass index ≥ 30) in der Provinz Bozen auf rund 8,2% in der Bevölkerung über 14 Jahren (5,8% im Jahr 2002, 9,0% in Italien insgesamt). Der Anteil der Personen mit Normalgewicht beträgt 57,2%, (gesamtstaatlicher Durchschnit: 54,1%), während 30,8% übergewichtig sind (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 33,6%).

FETTLEIBIGE ODER UBERGEWICHTIGE PERSONEN IN DER PROVINZ BOZEN

Abbildung 4: **Bevölkerung nach Gewichtsklassen (BMI): Provinz Bozen, Italien, Nord-Ost, Nord-West - Jahr 2003**



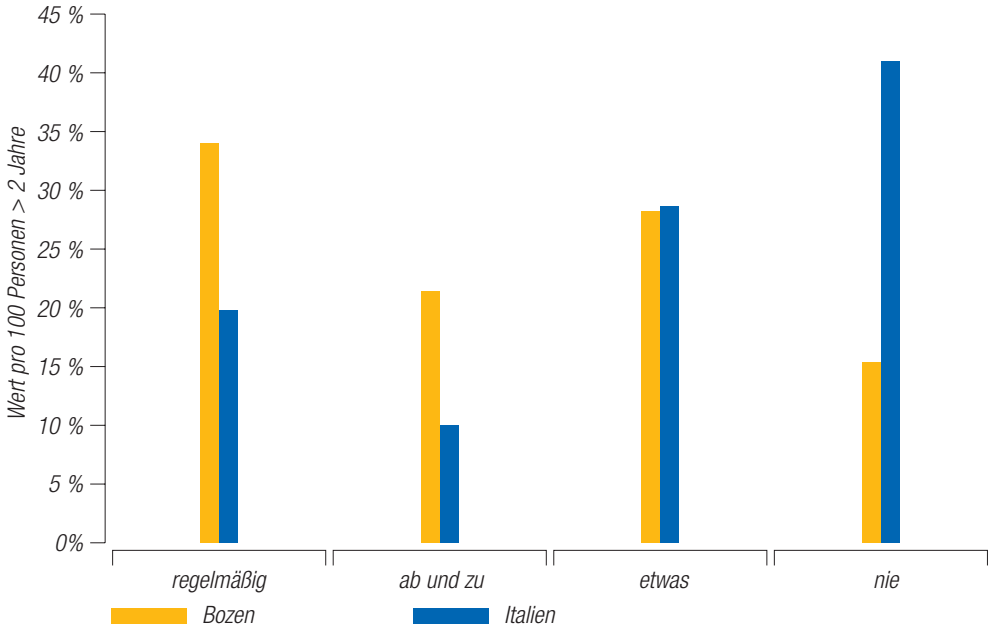
2.1.3. Die körperliche Bewegung

Körperliche Bewegung schützt vor Herzkreislauferkrankungen.
22% der Landesbevölkerung sind aktive Mitglieder eines Sportvereins.
55% der Bevölkerung betreiben zumindest ab und zu Sport, im Gegensatz zu 30% der Bevölkerung auf gesamtstaatlicher Ebene.

Eine angemessene und regelmäßige körperliche Bewegung beugt erwiesenermaßen Pathologien mit hoher Inzidenz in der allgemeinen Bevölkerung vor, wie allgemein Herzkreislauferkrankungen und insbesondere Erkrankungen der Koronararterien und Hypertonie sowie Osteoarthritis und Osteoporose.

Auf Landesebene waren im Jahr 2003 21,7% der Bevölkerung aktive Mitglieder eines Sportvereins (31,3% Männer und 12,4% Frauen).
Aus der Mehrzweckerhebung des Jahres 2002 geht außerdem hervor, dass 34,0% der Personen ab 3 Jahren regelmäßig Sport betreiben, gegenüber einem Anteil von 19,8% auf gesamtstaatlicher Ebene. 21,4% der Personen betreiben, gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnittswert von 10%, ab und zu Sport. 15,4% betreiben keinen Sport, während es auf gesamtstaatlicher Ebene insgesamt 41,0% sind.
Im Vergleich zur Mehrzweckerhebung des Jahres 1997 ist ein Anstieg der sportlich Tätigen von 7,7% auf Landesebene und von 3,1% auf nationaler Ebene zu verzeichnen, während die Personen, die keinen Sport betreiben, in der Provinz um 5,4% und italienweit um 3,1% zugenommen haben.

Abbildung 5: **Personen, die körperliche Bewegung ausüben: Provinz Bozen und Italien - Jahr 2002**



2.2. DROGEN- UND ALKOHOLMISSBRAUCH

Die Entlassungen aus Krankenanstalten von Patienten, die Drogen einnahmen, betrugen im Jahr 2005 110 (41,6 pro 100.000 Einwohner).
2005 wurden 1.328 Patienten von den DfA versorgt, 767 davon gehörten zum Patientenbestand, 84 waren neue Patienten.
Der Genuss von alkoholischen Getränken außerhalb der Mahlzeiten nimmt zu.
Der Genuss von alkoholischen Getränken außerhalb der Mahlzeiten verbreitet sich unter den Jugendlichen und Frauen immer stärker.
Aus den Landeskrankenhäusern wurden 1.568 Personen mit alkohol-assoziierten Diagnosen entlassen (327,6 pro 100.000 Einwohner).
Die alkohol-assoziierten Todesfälle beliefen sich 2003 auf 22, was 4,7 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Die 2005 von den DfA und den privaten Landeseinrichtungen in den Patientenbestand aufgenommenen Alkoholabhängigen beliefen sich auf 1.873 (3,9 pro 1.000 Einwohner).

Die krankhafte Abhängigkeit wird von internationalen, wissenschaftlichen Gremien als ein Zustand definiert, der sich durch das kompulsive Verlangen, den Stoff einzunehmen (craving - Suchtdruck), mit Verlust der Kontrolle, den Gebrauch einzuschränken, und als ein charakteristisches Abstinenzsyndrom kennzeichnet, das mit Symptomen und physischen und motivationsbezogene Zeichen des Unwohlseins auftritt, sobald die Stoffeinnahme unterbrochen wird.
Neben der direkten Beeinträchtigung der Gesundheit wirken sich die Abhängigkeitserkrankungen auch mehr oder weniger negativ auf das soziale Verhalten des Individuums aus.
Die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zur Überwachung des Phänomens vorgeschlagenen Indikatoren beziehen sich auf den Gebrauch und Missbrauch von Stoffen, auf die Behandlungsnachfrage der Suchtkrankheiten, Infektionskrankheiten und auf die sucht-assoziierten Todesfälle.
Weitere Angaben zur Entwicklung des Phänomens können den Indikatoren der drogenassoziierten Kriminalität (Anzeigen, Antidrogen-Maßnahmen, Strafverfahren, Verurteilungen und wegen Drogendelikten Inhaftierte) sowie den Meldungen wegen Besitz von Suchtstoffen entnommen werden (Art. 75 des DPR 309/90).

2.2.1. Die Drogenabhängigkeit

Die gesamtstaatlichen Daten des Jahres 2004 (Bericht an das Parlament) heben hervor, dass rund 26% der Bevölkerung zwischen 15 und 44 Jahren mindestens einmal Cannabinoiden (32,1% unter den Studenten) und 5,4% Kokain (4,8% unter den Studenten) eingenommen haben. Schutzfaktoren vor dem Drogenkonsum sind die Risikowahrnehmung (jedoch rückläufig als Schutzfaktor) und ein gutes kulturelles Niveau für die allgemeine Bevölkerung, der Besuch der Schule und gute schulische Leistungen für die jugendliche Bevölkerung.
Präventionsfaktoren sind auch die Miteinbeziehung der Eltern in das Leben der Kinder, während die Risikofaktoren im aggressiven Verhalten, in der Impulsivität und der Neigung zur Einlassung in Konfliktsituationen bestehen.

Die vom ASTAT im Jahr 2004 durchgeführte Jugendstudie bietet einen Informationsbeitrag zur Erfahrung des Konsums von illegalen Substanzen in der Provinz Bozen seitens der jugendlichen Bevölkerung (12-25 Jahre).
Am häufigsten wird Cannabis eingenommen (7,9% der Interviewten erklären, derzeit davon Gebrauch zu machen, während 29% mindestens einmal in der Vergangenheit Cannabinoiden eingenommen oder solche zumindestens einige Male probiert haben). Insgesamt nahmen 36,9% der Interviewten mindestens einmal im Leben Cannabis ein, während rund 20% erklärten, Erfahrungen mit Pharmazeutika gemacht zu haben.

Tabelle 5: **Erfahrung im Gebrauch von Drogen in der Bevölkerung von 12-25 Jahren. Prozentwerte - Jahr 2004**

	Nie	Gelegentlich	Regelmäßig	Einmal im Leben
Cannabis	63,1	29,0	7,9	36,9
Pharmazeutika	80,4	17,0	2,6	19,6
Poppers	92,8	6,8	0,4	7,2
Halluzinogene Pilze	93,7	6,0	0,3	6,3
Kokain	94,4	4,5	1,1	5,6
Produkte zum Sniffen	95,0	4,7	0,3	5,0
Ecstasy	95,1	4,4	0,5	4,9
Stimulanzien	95,6	4,0	0,4	4,4
Sonstige	96,0	3,0	1,0	4,0
LSD	96,1	3,6	0,3	3,9
Anabolika	98,6	1,1	0,3	1,4
Heroin	99,3	0,5	0,2	0,7
Methadon	99,6	0,4	0,0	0,4
Labiana	99,6	0,3	0,1	0,4

Quelle: ASTAT

DROGEN-ASSOZIIERTE KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN

Anhand der Daten der Krankenhausversorgung kann die befriedigte Nachfrage nach dem Zugang zu den Krankenhausdiensten aufgrund von Suchtkrankheiten erfasst werden. Die Diagnosedaten wurden in Übereinstimmung mit dem EMCDDA-Protokoll (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) für die drogen-assoziierten Todesfälle erarbeitet.

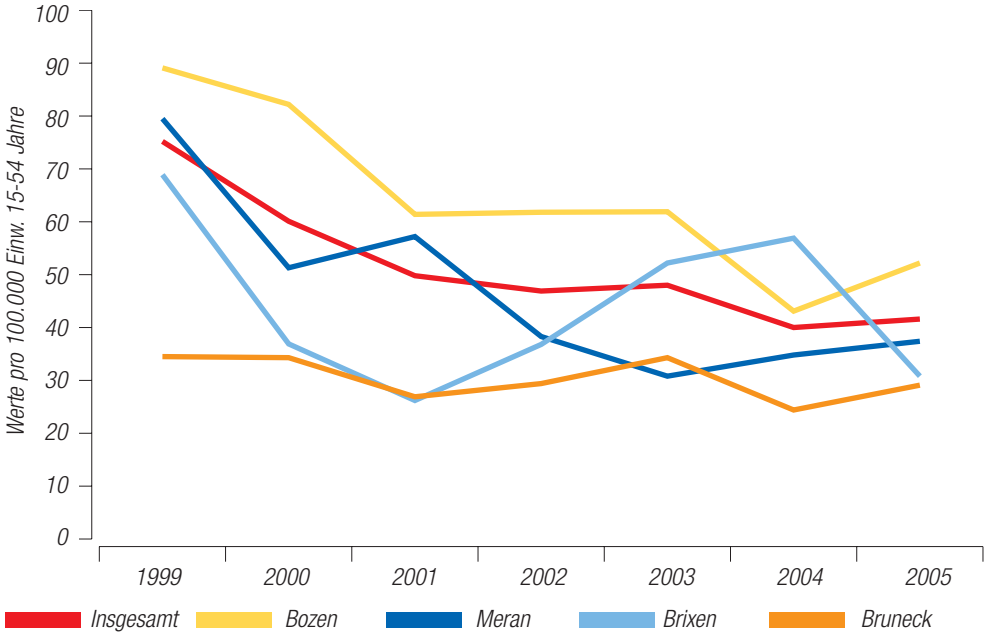
Für die drogen-assoziierten Entlassungen wurden vor allem die Kodexe ICD-IX 292 (Psychose, durch Drogen induziert), 304.0 (Abhängigkeit von Opiaten), 304.2-304.9 (Abhängigkeit von Kokain, Cannabinoiden, Amphetamin und Psychostimulantien, Halluzinogenen, Sonstigen), 305.2-305.3 (Missbrauch von Cannabinoiden und Halluzinogenen), 305.5-305.7 (Missbrauch von Opiaten, Kokain, Amphetamin), 305.9 (sonstiger Missbrauch) verwendet. Dabei wurden sowohl die primären als auch die sekundären Diagnosen berücksichtigt.

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

Im Jahr 2005 wurden 110 drogen-assoziierte Entlassungen aus Landeskrankenanstalten gezählt, was 41,6 pro 100.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Die Entlassungen aus dem Krankenhaus wegen Drogen- und Alkoholgebrauch/-missbrauch sind in den letzten Jahren rückläufig, analog zur Prävalenzquote der drogenabhängigen Patienten der DfA im selben Zeitraum.

Abbildung 6: **Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen nach Sanitätsbetrieb in der Provinz Bozen - Jahre 1999-2005**



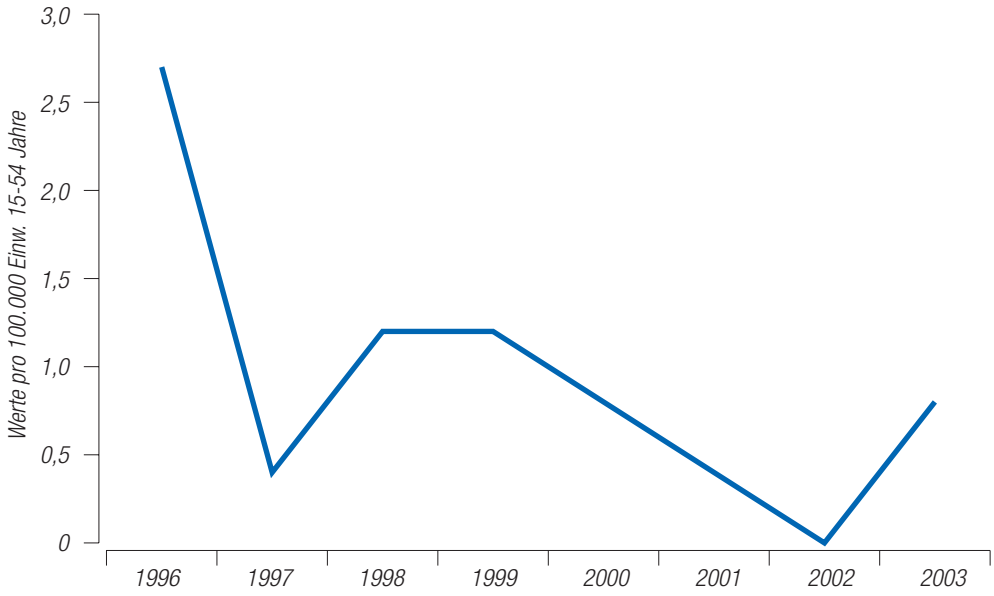
Die drogen-assoziierten Todesfälle wurden anhand des Landessterblichkeitsregisters (Primärdiagnose Todesfall) erfasst.

Die Todesfälle aufgrund von AIDS wurden mit den Kodexen ICD IX 279.1 und 042 definiert.

Die pharmaka- oder drogen-assoziierten Todesfälle wurden mit dem Kodex ICD IX 292 (Medikamentenpsychosen), 304.0 (Medikamentenabhängigkeit durch Morphium), 304.2-304.9 (Medikamentenabhängigkeit durch Kokain, Cannabinoiden, Amphetamin und Psychostimulantien, Halluzinogenen, Sonstigen), 305.2-305.3 (Missbrauch von Cannabinoiden und Halluzinogenen), 305.5-305.7 (Missbrauch von Opiaten, Kokain, Amphetamin), 305.9 (sonstiger Missbrauch) bestimmt.

In den Jahren 2001 und 2003 ergeben sich 17 Todesfälle wegen AIDS (8 im Jahr 2001, 3 im Jahr 2002 und 6 im Jahr 2003) und 3 drogen-assoziierte Todesfälle (1 im Jahr 2001 und 2 im Jahr 2003).

Abbildung 7: **Sterblichkeit aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen. Provinz Bozen - Jahre 1996-2003**



DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

Die territoriale Versorgung der Drogenabhängigen wird von den in allen vier Sanitätsbetrieben eingerichteten DfA garantiert. Die Versorgung in Therapiegemeinschaften ist auf Landesebene von der Therapiegemeinschaft "La Strada – Der Weg" gesichert. Im Rahmen der primären und sekundären Suchtprävention ist außerdem das Forum Prävention mit der Provinz konventioniert.

PATIENTEN

Im Laufe des Jahres 2005 wurden 1.328 Patienten mit Drogenproblemen von den DfA versorgt; in den Patientenbestand aufgenommen wurden 767 Patienten (57,8% der insgesamt versorgten Patienten). Die Fremdpatienten beliefen sich auf 148.

Tabelle 6: **Von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Patienten	455	213	56	43	**767**
Fremdpatienten	91	24	13	20	**148**
Sonstige Patienten	218	65	56	74	**413**
INSGESAMT	**764**	**302**	**125**	**137**	**1.328**

Quelle: DfA

Pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren ergibt sich auf Landesebene eine durchschnittliche punktuelle Prävalenz von 2,9 Patienten, mit unterschiedlichen Werten von 1,0 für den DfA Bruneck bis 4,0 pro 1.000 für den DfA Bozen. Das Phänomen erscheint in den letzten Jahren progressiv rückläufig.

Abbildung 8: **Von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten - Jahr 2005**

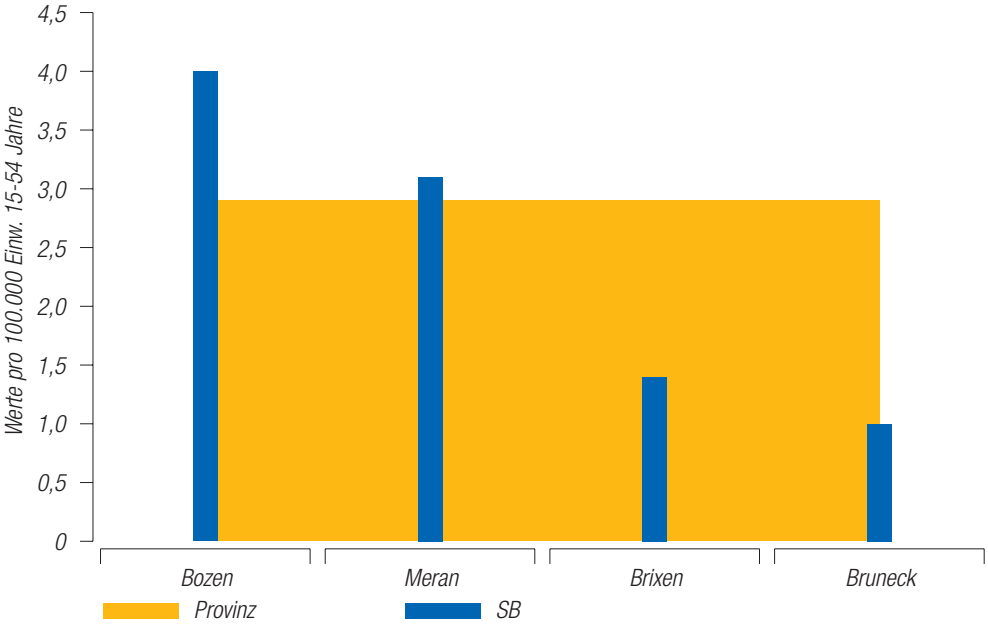
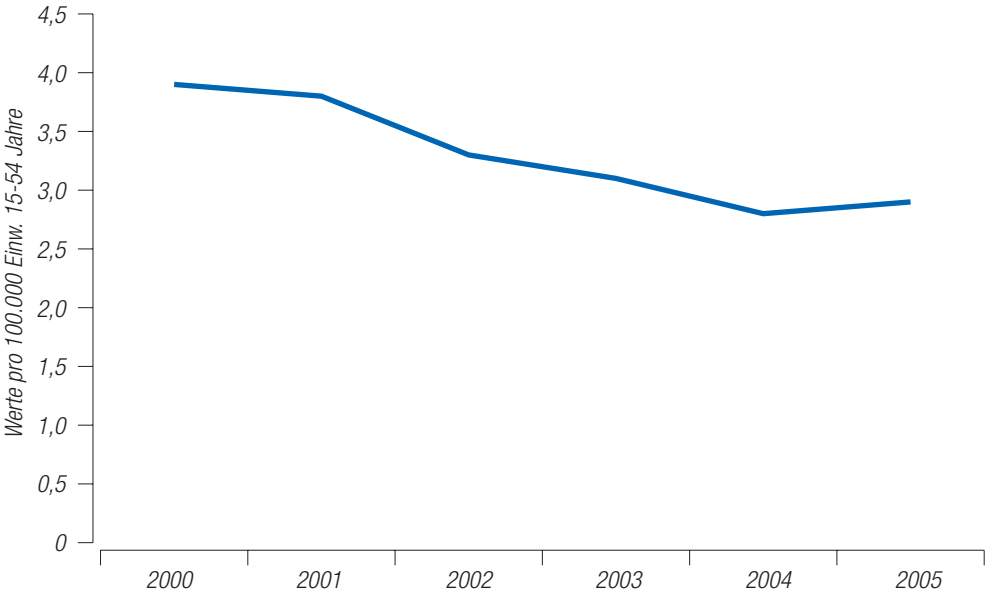


Abbildung 9: **Prävalenz der von den DfA in der Provinz Bozen versorgten DA-Patienten - Jahre 2000-2005**



Das Durchschnittsalter der Patienten des Patientenbestandes beträgt 36,7 Jahre für die Männer (36,1 im Jahr 2003) und 38,4 Jahre für die Frauen (36,4 im Jahr 2003). 24,5% der Patienten sind unter 30 Jahre alt. 59,7% sind jünger als 40 Jahre.

Für 68,2% der DA-Patienten ist die Primärdroge Heroin (75,1% im Jahr 2004). Für 13,7% der Fälle handelt es sich bei der Primärdroge um Cannabinoiden (11,7% im Jahr 2003) und in 6,8% um Kokain. Der Anteil der Patienten mit der Primärdroge Heroin beträgt für den DfA Bozen 74,5%, für den DfA Meran 66,2%, für den DfA Brixen 46,4% und für den DfA Bruneck 39,5%.

Für 59,2% der Patienten bis zu 24 Jahren bestand die Primärdroge in Cannabinoiden, während ab 25 Jahren Heroin als Primärdroge die erste Stellung einnimmt (63,7% zwischen 25 und 34 Jahren, 81,9% zwischen 35 und 44 Jahren, 78,5% ab 45 Jahren).

NEUE PATIENTEN

Im Laufe des Jahres 2005 wandten sich 231 Patienten an die DfA des Landes; 84 davon (36,4%) wurden als neue Patienten in den Patientenbestand aufgenommen. 47 Patienten waren bereits von den DfA versorgt worden und wurden im Jahr 2005 wieder in den Patientenbestand aufgenommen; 100 neue Patienten wurden vom Regierungskommissariat, anderen Präfekturen, vom Jugendgericht oder von der überörtlichen Ärztekommission gemeldet, von denen es in den vorhergehenden Jahren keine Meldungen gab.
Pro 10.000 Einwohner im Alter von 15-54 Jahren lässt sich eine durchschnittliche Inzidenz von 3,2 neuen Patienten im Patientenbestand feststellen, wobei die Werte zwischen 2,2 für den DfA Bozen und 5,1 für den DfA Brixen schwanken.

Abbildung 10: **Neue, von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten im Patientenbestand - Jahr 2005**

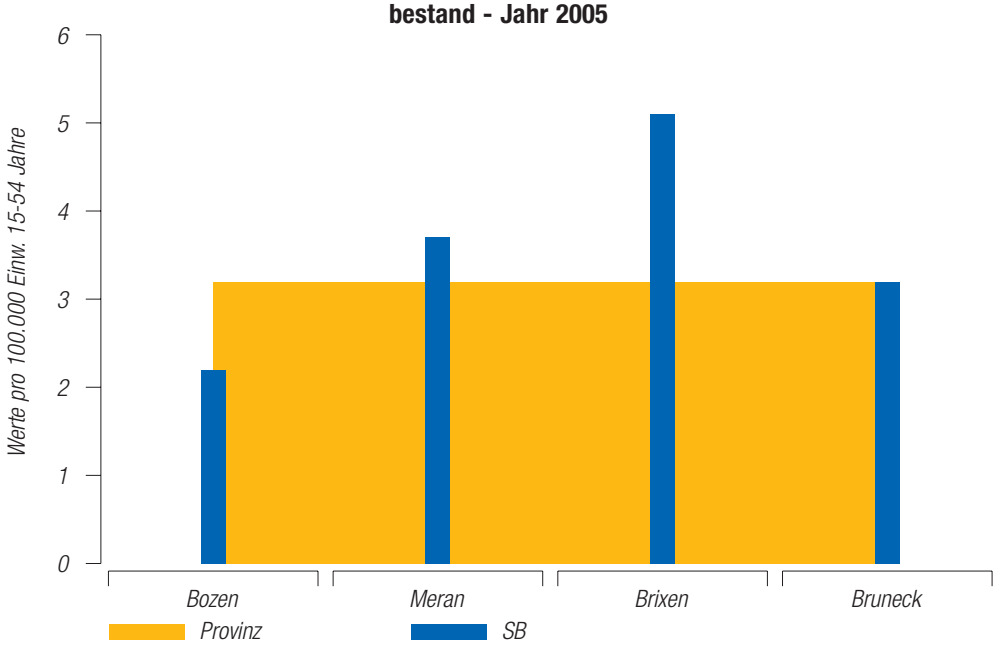
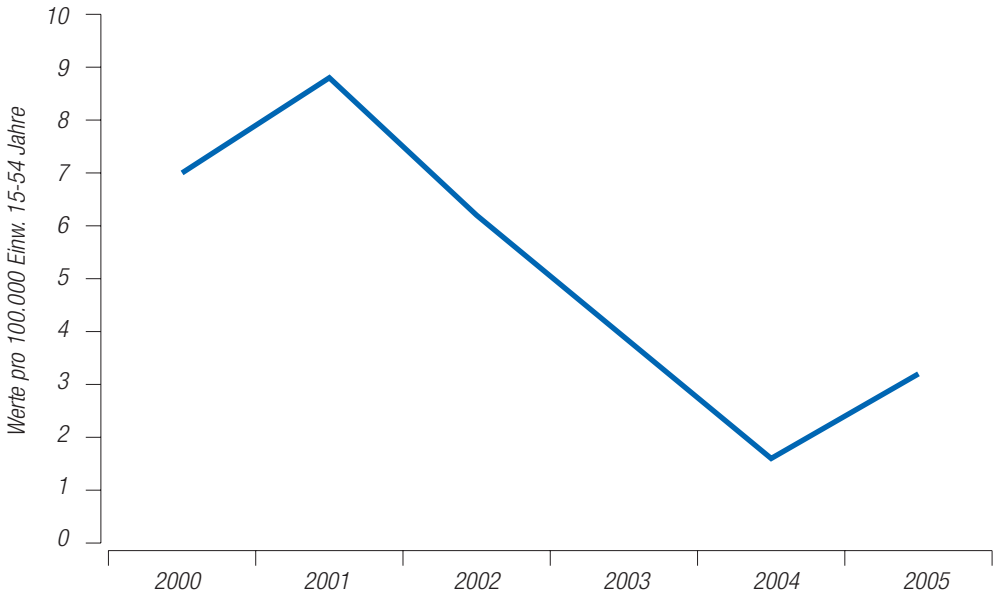
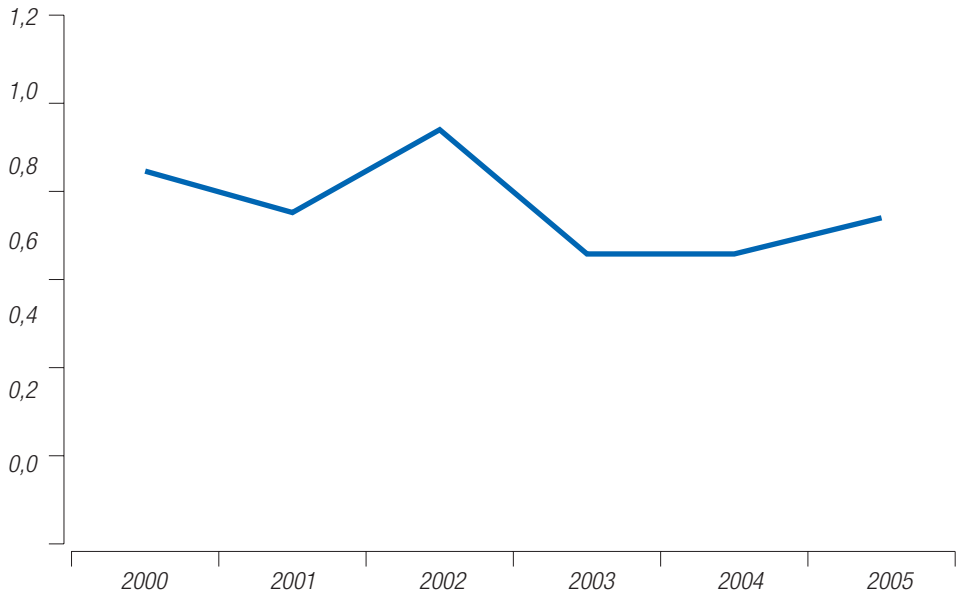


Abbildung 11: **Inzidenz neuer, von den DfA in der Provinz Bozen versorgter DA-Patienten - Jahre 2000-2005**



Insgesamt wurden in den DfA 593 pharmakologische Behandlungen (Methadon, Naltrexon, Clonidin und sonstige Pharmaka) durchgeführt, was 0,8 Behandlungen pro Patient entspricht; dieser Indikator ist im Zeitraum 2000-2006 tendenziell rückläufig.

Abbildung 12: **Pharmakologische Behandlungen pro DfA-Patient in der Provinz Bozen - Jahre 2000-2005**



ERGEBNISSE DER HIV-, HEPATITIS B- UND C-TESTS

Der an 144 Patienten des Patientenbestandes mit bekannten Ergebnissen durchgeführte HIV-Test fiel für 37,5% der Fälle positiv aus. Der an 350 Patienten mit bekannten Ergebnissen durchgeführte Hepatitis B-Test war für 67,7% der Fälle positiv. Der an 308 Patienten mit bekannten Ergebnissen durchgeführte Hepatitis B-Test war für 90,6% der Fälle positiv.

2.2.2. Die Alkoholabhängigkeit

Nach den Schätzungen der WHO sind 9% der Gesamtausgaben für die Gesundheit in Europa auf den Konsum von alkoholischen Getränken zurückzuführen, was einem variablen BIP-Anteil zwischen 1% und 3% entspricht. Der Alkohol spielt bei der Erhöhung des Risikos für organische Erkrankungen wie Leberzirrhose, einige Tumoren, Hypertonie, Ischämie und angeborene Missbildungen eine ausschlaggebende Rolle.

Der Alkoholmissbrauch ist außerdem für Psychopathien der affektiven und kognitiven Sphäre sowie für schwere Störungen des sozialen und sexuellen Verhaltens verantwortlich und steigert das Risiko von familiären, beruflichen und sozialen Problemen; er verursacht Abhängigkeit, Unfälle, Delikte, Suizide sowie Umweltschäden. Ein variabler Anteil zwischen 40% und 60% der Todesfälle durch Unfall geht auf den Alkohol zurück.

DER ALKOHOLKONSUM IN DER PROVINZ BOZEN

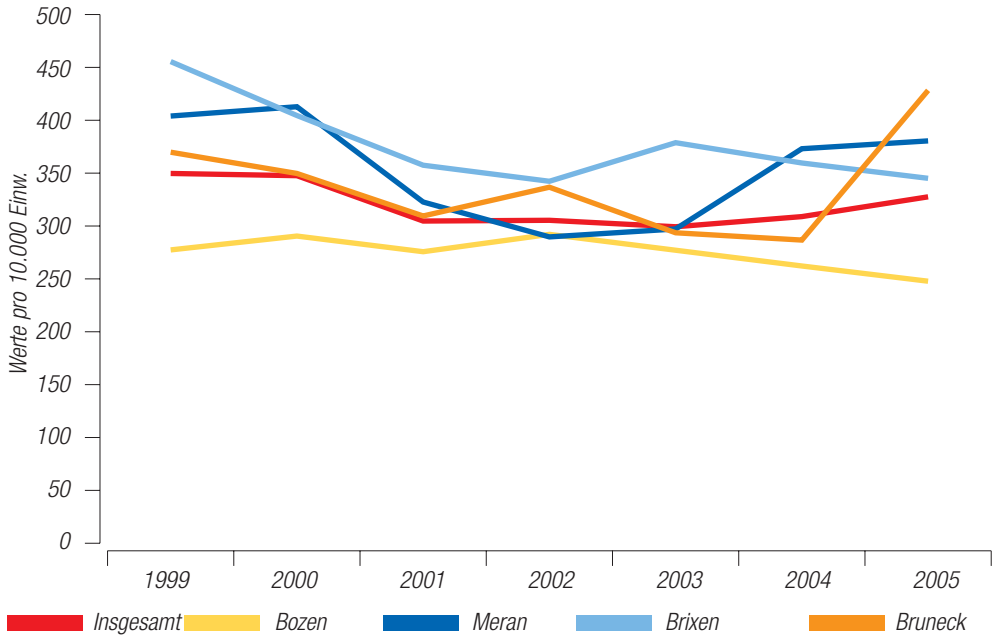
Aus den Daten der Mehrzweckerhebungen der Jahre 1997 und 2005 in Bezug auf die Bevölkerung ab 15 Jahren ergeben sich für die Provinz Bozen widersprüchliche Daten zum Alkoholkonsum. Rückläufig ist insbesondere der - auch gelegentliche - Bierkonsum (von 55,8% auf 53,5% gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnittswert des Jahres 2003 von 47,2%), während der - auch nur gelegentliche - Weinkonsum von 60,8% auf 63,8% (gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert des Jahres 2003 von 55,9%) und der

Genuss von alkoholischen Getränken außerhalb der Mahlzeiten von 47,9% auf 55,5% (gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert des Jahres 2003 von 25,8%) ansteigen.
Der Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten verbreitet sich immer stärker auch unter den Frauen, deren Anteil von 30,4% des Jahres 1997 auf 41,9% des Jahres 2005 zunimmt (gesamtstaatlicher Vergleichswert des Jahres 2003: 14,3%). Die größten Alkoholkonsumenten sind die Männer: 71,7% trinken Bier (35,7% der Frauen), 73,5% trinken Wein (54,3% der Frauen), 69,5% konsumieren alkoholische Getränke außerhalb der Mahlzeiten.
Der Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten ist typisch für die Jugendlichen und Erwachsenen bis zu 50 Jahren mit einem Anteil von 77,6% zwischen 20 und 29 Jahren und 62,5% zwischen 30 und 39 Jahren.

ALKOHOL-ASSOZIIERTE KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN

Die alkohol-assoziierten Entlassungen aus Krankenanstalten wurden anhand des Entlassungsformulars des Krankenhauses (EFK) erfasst. Dafür wurden vor allem die Kodexe ICD-IX 291 (Alkoholpsychosen), 303 (Alkoholabhängigkeitssyndrom), 305.0 (Alkoholmissbrauch), 357.5 (alkoholische Polyneuropathie), 425.5 (alkoholische Myokardiopathie), 535.3 (alkoholische Gastritis), 571.0-571.3 (alkoholische Fettleber, akute Alkoholhepatitis und alkoholische Leberzirrhose), 790.3 (übermäßiger Alkoholgehalt im Blut) und 977.3 (Vergiftung durch Alkohol-Antagonisten) verwendet. Dabei wurden sowohl die primären als auch die sekundären Diagnosen berücksichtigt.
Die Entlassenen aus den Landeskrankenhäusern wegen Alkoholvergiftung beliefen sich im Jahr 2005 auf 1.568, was einer Rate von 327,6 pro 100.000 Einwohner entspricht. Das Phänomen ist auf Landesebene tendenziell rückläufig, verläuft in den vier Sanitätsbetrieben jedoch unterschiedlich. Der Sanitätsbetrieb Bruneck verzeichnet im Jahr 2005 den höchsten Wert (428,3 pro 100.000), der Sanitätsbetrieb Bozen den niedrigsten (247,8 pro 100.000).

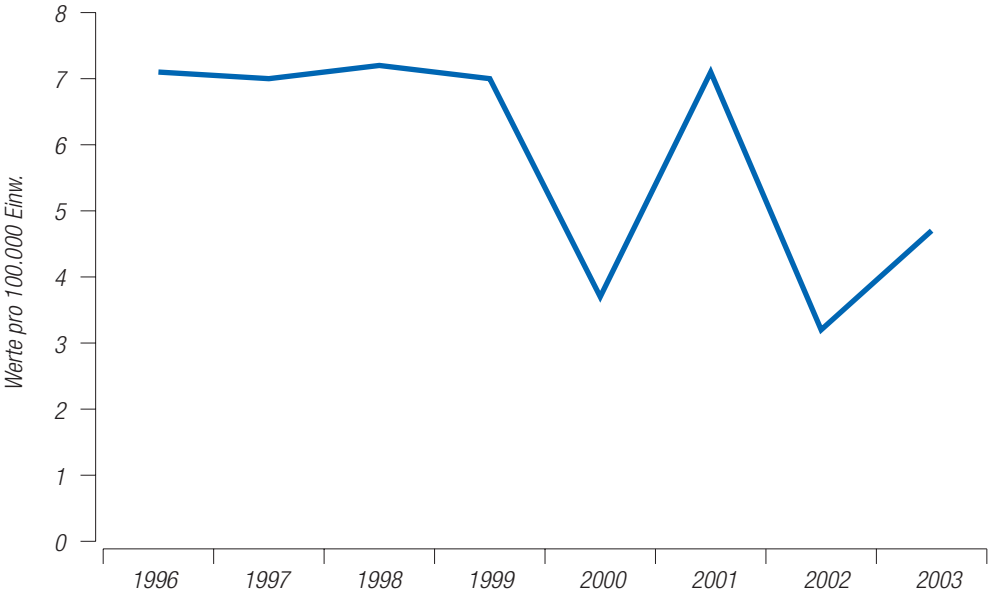
Abbildung 13: **Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen. Provinz Bozen - Jahre 1999-2005**



DIE ALKOHOL-ASSOZIIERTE STERBLICHKEIT

Schätzungen zufolge sterben in Italien aufgrund von Alkohol jährlich zwischen 15.000 und 22.000 Personen. Die durch einen unangemessenen Alkoholkonsum verursachten Schäden haben nicht nur direkte Auswirkungen, wie im Fall eines chronischen Missbrauchs (Alkoholpsychose, Leberzirrhose, einige Tumoren), sondern führen auch zu indirekten Schäden, auch bei mäßigem Konsums (Verkehrs-, Haus- und Arbeitsunfälle).
Für die Schätzung der alkohol-assoziierten Todesfälle in der Provinz Bozen wurden die Kodexe ICD-IX 291 (Alkoholpsychose), 303 (Alkoholabhängigkeitssyndrom), 305.0 (Alkoholmissbrauch), 357.5 (alkoholische Polyneuropathie), 425.5 (alkoholische Myokardiopathie), 535.3 (alkoholische Gastritis), 571.0-571.3 (alkoholische Fettleber, akute Alkoholhepatitis und alkoholische Leberzirrhose), 790.3 (übermäßiger Alkoholgehalt im Blut) und 977.3 (Vergiftung durch Alkohol-Antagonisten) verwendet.
Die alkohol-assoziierten Todesfälle beliefen sich im Jahr 2003 auf 22. Nach einer weitgehenden Stabilität bis zum Jahr 1999 zeigt sich das Phänomen nun tendenziell rückläufig, mit Sterblichkeitsraten von 4,7 pro 100.000 im Jahr 2003.

Abbildung 14: **Sterblichkeit aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen in der Provinz Bozen - Jahre 1996-2003**



DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

Die territoriale Versorgung von Alkoholabhängigen in der Provinz wird von den DfA und den privaten Vereinigungen “Hands” und “Caritas-Schlanders” gewährleistet, die in Konvention mit den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran arbeiten. Die Versorgung in Therapiegemeinschaften auf Landesebene wird außerdem auch vom Zentrum Bad Bachgart sowie von der Vereinigung Hands gesichert.
Im Laufe des Jahres 2005 wurden von den DfA des Landes 2.318 Personen mit Alkoholsuchtproblemen versorgt; 1.070 davon gehörten zum Patientenbestand der DfA (46,2% der Patienten). Die Fremdpatienten, die vorübergehend vom Dienst versorgt wurden, machten 17 aus (0,7%), während sich die Zahl der Personen, die nicht vom Dienst in Behandlung genommen wurden, auf 1.231 belief (53,1% der Patienten).
Von der privaten Vereinigung Hands wurden insgesamt 942 Patienten versorgt, 824 davon (87,5%) als fester Patientenstand. Das Zentrum für Psychosoziale Beratung Caritas Schlanders zählte außerdem 165 Patienten, 132 davon im Patientenbestand (80,0%).

Die im Laufe des Jahres von den DfA und der Vereinigung Hands in den Patientenbestand aufgenommenen Patienten beliefen sich auf 182.
Insgesamt wurden im Laufe des Jahres in der Provinz 1.873 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, was einer Intervall-Prävalenzquote von 3,9 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht, wobei die Werte von 3,4 pro 1.000 für den Sanitätsbetrieb Bozen bis 4,6 pro 1.000 für den Sanitätsbetrieb Brixen schwanken. Im Vergleich zum Vorjahr werden keine bedeutenden Unterschiede verzeichnet.
Die altersspezifische Verteilung des alkoholabhängigen Patientenbestandes der DfA und der Vereinigungen Hands und Caritas Schlanders zeigt für beide Geschlechter vorherrschend die Altersklasse zwischen 40 und 49 Jahren (30,1% aller Patienten) mit einem Durchschnittsalter von 48,9 Jahren für die Männer und 49,7 Jahren für die Frauen. 68,4% der Patienten sind Männer.
In den Landestherapiegemeinschaften Bad Bachgart und Hands wurden im Laufe des Jahres insgesamt 219 Patienten in den Patientenstand aufgenommen, für einen Gesamtverbrauch von 13.178 Aufenthaltstagen (durchschnittlich 50,7 in Bad Bachgart und 88,3 in der Gemeinschaft Hands).
7 Alkoholabhängige wurden außerdem in österreichische Einrichtungen überwiesen; der Verbrauch an Aufenthaltstagen belief sich dabei auf 160.

Tabelle 7: **In der Provinz Bozen versorgte Alkoholabhängige nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	DfA-, Hands- oder Caritas-Patienten	*Bad Bachgart-Patienten*	*TG Hands-Patienten*
Bozen	*718*	*58*	*43*
Meran	*513*	*44*	*5*
Brixen	*315*	*33*	*4*
Bruneck	*327*	*30*	*2*
INSGESAMT	***1.873***	***165***	***54***

Quelle: DfA

Abbildung 15: **Von den DfA in der Provinz Bozen versorgte AA-Patienten - Jahr 2005**

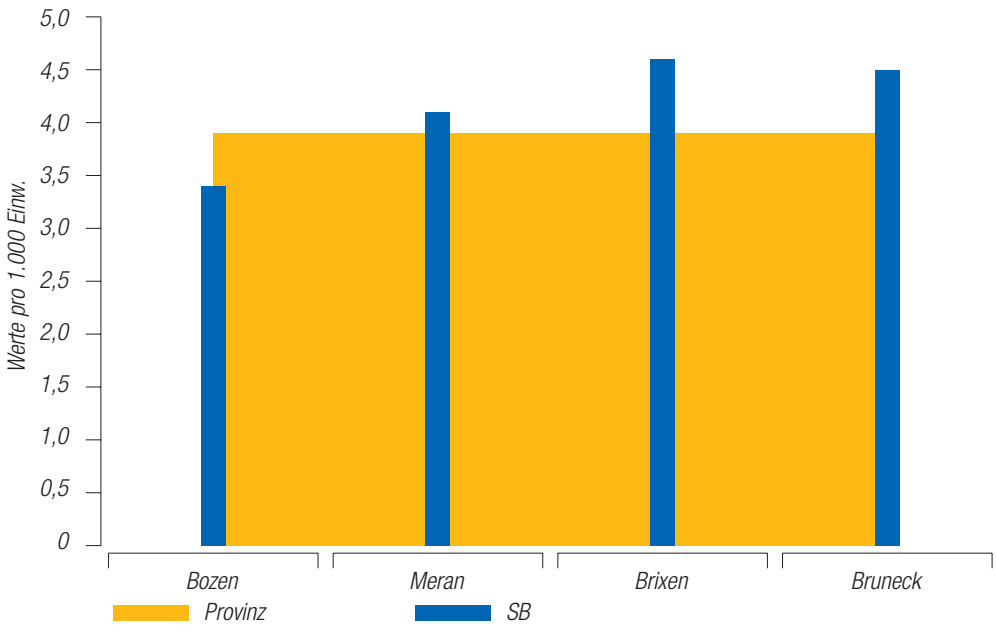
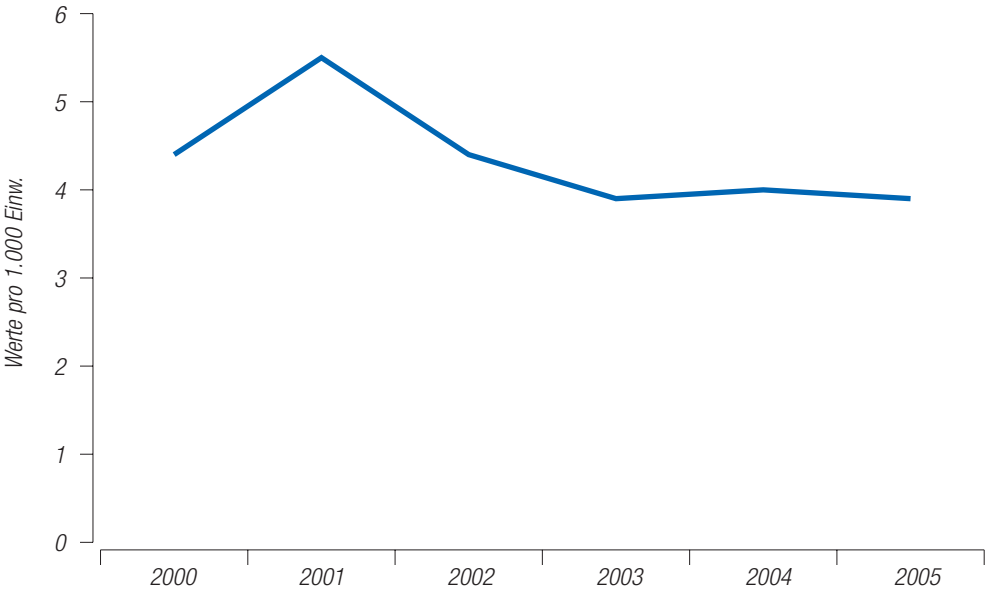


Abbildung 16: **In der Provinz Bozen von einem DfA, von Hands oder Caritas versorgte AA-Patienten - Jahre 2000-2005**



2.3. UMWELT: LUFT, PHYSIKALISCHE EINWIRKUNGEN, WASSER

Die Umweltverschmutzung ist für 4,7% aller Todesfälle sowie, im Kindesalter, für 28,6% der akuten Bronchitiden und für 8,7% der Asthmaanfälle verantwortlich.

In der Provinz Bozen sind die Konzentrationen von Feinstaub (PM10), Stickstoffdioxid, Ozon und der polycyclischen, aromatischen Kohlenwasserstoffe (PAK) noch hoch.

Trotz widersprüchlicher Ergebnisse ist ein Zusammenhang zwischen der Niederfrequenz-Magnetfeld-Exposition und Leukämien im Kindesalter erkennbar.

Die bisher durchgeführten Studien haben den eventuellen Zusammenhang zwischen Radiofrequenzen und Leukämien noch nicht endgültig geklärt.

In Südtirol werden Maßnahmen eingeleitet, welche geringere Expositionsschwellen der elektromagnetischen Strahlen festlegen.

Die ständige Belastung mit geringen Mengen an ionisierenden Strahlungen verursachen eine Herabsetzung der Lebenserwartung und ein hohes Tumorerkrankungsrisiko.

Das Radongas kann als Hauptelement der ionisierenden Bestrahlung angesehen werden.

Dem Radongas werden schätzungsweise zwischen 5% und 20% der Lungentumoren zugeschrieben.

Die größte Radongaskonzentration in der Provinz wird im Oberen Vinschgau, im Gebiet um Franzensfeste und Lüsen und im Hochpustertal verzeichnet.

Rund 15% der Erdgeschoss-Wohnungen sind Radongaskonzentrationen aus-

gesetzt, welche die auf europäischer Ebene festgesetzten Grenzwerte überschreiten.
Die Südtiroler Seen eignen sich als Badegewässer.
Die größten Probleme der Südtiroler Flüsse werden durch die Wasserableitungen zur Stromerzeugung verursacht.

2.3.1. Luft

Die größte Quelle der Luftverschmutzung in den Städten ist der Kfz-Verkehr, während die Heizung der Privatgebäude und die Emissionen der Industriezonen in minderem Maße dazu beitragen.
Der Verkehr ist für über 60% der Stickstoffoxide und für über 90% des Kohlenmonoxids in den städtischen Gebieten verantwortlich.
Dem Kfz-Verkehr sind außerdem über 75% der Gesamtbenzolemissionen zuzuschreiben, von denen 65% in den Städten verursacht werden.

AUSWIRKUNGEN DER WICHTIGSTEN LUFTSCHADSTOFFE AUF DIE GESUNDHEIT

Die Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit werden üblicherweise in kurz- und langfristige Auswirkungen unterschieden.
Die kurzfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit sind wenige Tage nach den Belastungsspitzenwerten zu beobachten und bestehen in der Reizung der Atemwege oder im Auftreten oder in der Verschlechterung von Herzkreislauf- oder Atemwegerkrankungen. Sie können tödliche Folgen haben.
Die langfristigen Auswirkungen sind nach einer langen Exposition und Jahre nach dem Beginn der Risikoaussetzung zu beobachten und können in chronischen Bronchitiden und Lungentumoren bestehen. Die Folgen können auch in diesem Fall tödlich sein.
Ein klassisches Beispiel einer Umweltbelastung mit starken gesundheitlichen Folgen ist jenes aus dem Jahr 1952 in London. Zu Beginn des Monats Dezember hüllten die Schadstoffe, die durch die enormen Kohlemengen, welche die Bevölkerung zum Heizen der Häuser in einem sehr strengen Winter verwendeten, die Stadt infolge einer Temperaturumkehr in eine Giftblase. In jener Woche erhöhte sich die allgemeine Sterblichkeit um das 2,6-Fache gegenüber demselben Vorjahreszeitraum; die Todesfälle aufgrund von Ateminsuffizienz, akuter Bronchitis und Pneumonie stiegen um das 9,3-Fache an. Unter diesen besonderen Bedingungen belief sich das Sterblichkeitsdifferenzial aufgrund der Luftverschmutzung auf rund 4.000 Personen in einer Woche.
Die Langzeiteffekte der städtischen Luftverschmutzung, d.h. der Mischung aus Schwebstoffen (TSP) und Schwefeldioxid (SO2) gehen klar aus der übermäßigen Lungentumor-Inzidenz von 46% unter den Menschen, die in den verschmutzen Gebieten Krakaus lebten, hervor. In dieser Stadt betrugen die durchschnittlichen, jährlichen Konzentrationen von schwarzem Rauch über 150 µg/m3 und die SO2-Konzentrationen über 104 µg/m3. Diese Werte waren viele Jahre vor den ersten Tumormeldungen vorhanden gewesen (Jedrychowski et al., 1990).

FEINSTAUB (PM10)

Besonders gefährlich unter den Luftschadstoffen sind die PM10. Diese feinen Staubpartikel sind sehr komplex (Schwermetalle, Sulfate, Nitrate, Ammon, organischer Kohlenstoff, polycyclische, aromatische Kohlenstoffe, Dioxine/Furane) und messen weniger als 10 Mikrometer Durchschnitt.
Zahlreiche Untersuchungen in verschiedenen Städten der USA und Deutschlands (mit

mittleren PM10-Konzentrationen zwischen 40 und 60 µg/m3) haben einen Anstieg der täglichen Gesamtsterblichkeitsrate um 1% bis 2% im Zusammenhang mit einer Erhöhung der PM10-Konzentration von 10 µg/m3 ergeben. Der Anstieg aufgrund der Atemwegerkrankungen war höher (3-4%).

Weitere Studien, welche den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Atemwegerkrankungen und den täglichen TSP-, Rauch- oder PM10-Konzentrationen berücksichtigten, haben ergeben, dass die tägliche Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten und pädiatrischen Untersuchungen aufgrund von akuten Atemwegerkrankungen um 37% bei einer Zunahme der TSP-Konzentrationen von 10 auf 70 µg/m3 anstiegen (Schwartz et al., 1991).

EINE STUDIE IN ACHT ITALIENISCHEN STÄDTEN

Eine italienische Studie, die in Zusammenarbeit mit der WHO durchgeführt wurde, hat die Auswirkungen des Feinstaubs (PM10) auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den acht größten italienischen Städten (Turin, Genua, Mailand, Bologna, Florenz, Rom, Neapel, Palermo) gemessen.

Den Ergebnissen zufolge sind rund 4,7% der Todesfälle insgesamt (gewaltsame Todesursachen ausgeschlossen) auf eine übermäßige PM10-Konzentration (über 30 µg/m3) mit variablen Werten von 3,5% in Palermo bis 5,7% in Turin zurückzuführen.

Die Luftverschmutzung ist außerdem für 3,0% der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegerkrankungen und für 1,7% der Einweisungen wegen Herzkreislauferkrankungen verantwortlich.

Die schwersten Auswirkungen der Luftverschmutzung wurden in Bezug auf akute Bronchitiden bei Kindern unter 15 Jahren mit einem Anteil von 28,6% beobachtet, der zwischen 23,3% in Palermo und 32,3% in Turin schwankt.

Auch im Fall der Verschlimmerung des Asthmas sind die Resultate für die Bevölkerung im Kindesalter offensichtlich; die den PM10 zuzuschreibenden Schäden werden auf 8,7% geschätzt. Für die erwachsene Bevölkerung ergeben sich im Gegensatz dazu keine besonders ersichtlichen Folgen.

Die durch die Luftverschmutzung verursachten Einschränkungen der täglichen Tätigkeiten belaufen sich schätzungsweise auf 14,3%, während die Atemsymptome eine Frequenz von 11,3% erreichen.

Tabelle 8: **Auswirkungen auf die Gesundheit aufgrund von PM10-Konzentrationen über 30 µg/m³ nach Ursachen und Risikogruppen**

Ursachen	*Punktuelle Schätzwerte %*	*Unterer Grenzwert IC 95%*	*Oberer Grenzwert IC 95%*	*Anmerkungen*
Sterblichkeit (ausgenommen die Todesfälle durch Unfall)	*4,7*	*1,7*	*7,5*	*Alter >30 Jahre*
Krankenhausaufenthalte wegen Herzkreislauferkrankungen	*1,7*	*1,2*	*2,5*	
Krankenhausaufenthalte wegen Atemwegerkrankungen	*3,0*	*2,5*	*3,7*	
Akute Bronchitiden	*28,6*	*18,4*	*32,9*	*Alter <15 Jahre*
Asthmaanfälle	*8,7*	*8,1*	*9,2*	*Alter <15 Jahre*
Asthmaanfälle	*0,8*	*0,0*	*1,5*	*Alter >15 Jahre*
Einschränkung der Tätigkeiten	*14,3*	*12,5*	*15,9*	*Alter >20 Jahre*
Frequenz der Atemsymptome	*11,3*	*3,7*	*11,0*	

Quelle: WHO

EINE STUDIE IN DREIZEHN ITALIENISCHEN STÄDTEN

Eine weitere Studie “Gesundheitliche Auswirkungen des Feinstaubs PM10 und Ozons in 13 italienischen Städten”, die von der WHO für die Agentur für Umweltschutz und technischen Dienste (APAT) durchgeführt wurde, hebt die Auswirkungen der Umweltverschmutzung in 13 italienischen Städten auf über 200.000 Einwohner hervor: Turin, Genua, Mailand, Triest, Padua, Venedig-Mestre, Verona, Bologna, Florenz, Rom, Neapel, Catania und Palermo.
Als Folge von PM10-Konzentrationen über 20 µg/m3 wurden zwischen 2002 und 2004 durchschnittlich rund 8.220 Todesfälle pro Jahr geschätzt, darunter 742 Fälle von Lungentumor, 2.562 Fälle von Infarkt und 329 Fälle von Ischämie.
Aus der Studie geht des Weiteren die Gefährlichkeit des Ozons hervor, Usache von 516 Todesfällen pro Jahr in den größten Städten Italiens.

LUFTVERSCHMUTZUNG IN DER PROVINZ BOZEN

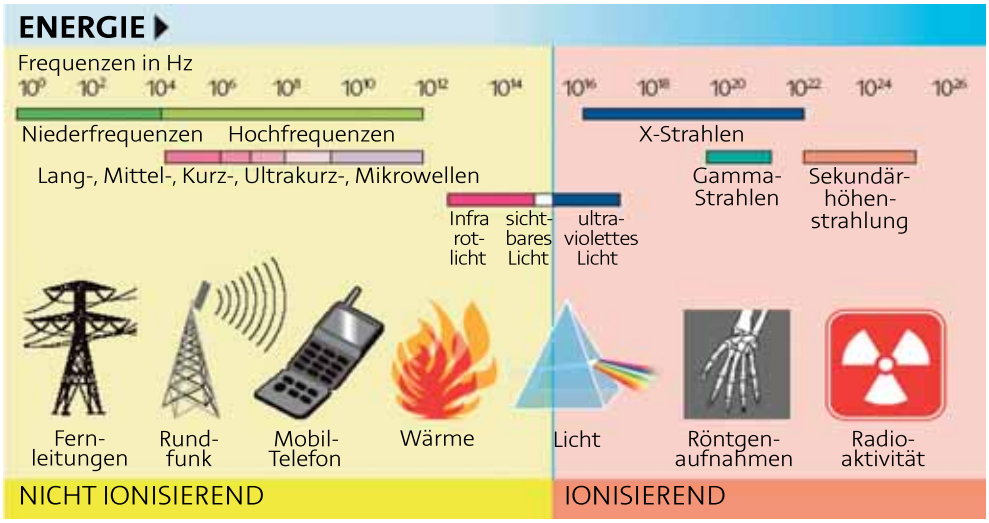
Die Luftqualität in der Provinz Bozen wird auf die von der Europäischen Union für die Luftschadstoffe festgesetzten Grenzwerte kontrolliert, welche in die nationale und lokale Gesetzgebung aufgenommen wurden.
Die meist verbreitetsten Luftschadstoffe sind der Feinstaub (PM10), das Stickstoffdioxid (NO2), Benzol und Ozon (O3).
Auf Landesebene führt der Feinstaub vor allem im Winter zu Problemen, während sich für das Stickstoffdioxid, wenngleich rückläufig in den letzten Jahren, übermäßige Konzentrationen vor allem in den dichtbesiedelten oder stark dem Verkehr ausgesetzten städtischen Gebieten ergeben.
Das Benzol weist zwar örtlich noch immer Konzentrationen über den Grenzwerten auf, ist aber durch die immer stärkere Katalysierung der Benzinmotoren konstant rückläufig.
Im Laufe des Jahres 2005 wurden an einigen Standorten der größten Landesstädte Benzol-Messungsserien durchgeführt. Die höchste durchschnittliche Jahreskonzentration betrug in der Stadt Bozen 4,7 µg/Nm^3, in Meran 5,9 µg/Nm^3, in Brixen 4,3 µg/Nm^3 und in Bruneck 2,7 µg/Nm^3. Der Grenzwert von 10µg/Nm^3 wurde also nicht überschritten (zulässige Schwelle bis 2009), während nur in Meran die 5 µg/Nm^3 überschritten wurden (zulässige Schwelle ab 2010).
Ozon verzeichnet im Gegensatz zum Feinstaub die höchsten Konzentrationen in den wärmsten Monaten des Jahres (von Mai bis September); die Ozonkonzentrationen sind stationär, liegen aber jedenfalls noch über den gesetzlichen Grenzwerten.
Die polycyclischen, aromatischen Kohlenstoffe (Benzopyren) sind zwar tendenziell rückläufig, liegen aber immer noch in der Nähe der Grenzwerte. Die Schwefeldioxid-, Kohlenmonoxid- und Bleikonzentrationen haben seit einigen Jahren die Grenzwerte unterschritten.
Die größte Verschmutzungsquelle ist der Verkehr: er trägt zu 80% der Stickstoffoxid-Emissionen, zu 56% der Feinstaub-Emissionen und zu 98% der Benzolemissionen bei.

2.3.2. Elektromagnetische Strahlen

Die elektromagnetischen Strahlen können auf der Grundlage der Emissionsfrequenz nach dem in der Abbildung gezeigten elektromagnetischen Spektrum dargestellt und klassifiziert werden. Die wichtigste Unterteilung des elektromagnetischen Spektrums erfolgt in nicht ionisierende Strahlungen (z.B. Radiowellen, Mikrowellen) und ionisierende Strahlungen (z.B. X- und Gammastrahlen).
Die nicht ionisierenden Strahlungen sind auch bei hoher Intensität nicht fähig, die den

Organismus zusammensetzenden Moleküle zu brechen, sondern setzen diese nur in Bewegung und erzeugen dadurch Energie.
Die ionisierenden Strahlungen hingegen greifen in die Molekularstruktur ein und können dem Organismus auch bedeutende Schäden wie Hauttumoren oder Leukämie zufügen.

Abbildung 17: **Das elektromagnetische Spektrum**



Quelle Landesagentur für Umweltschutz – Abteilung Gesundheitswesen

Die nicht ionisierenden Strahlungen können ihrerseits in Niederfrequenz- oder Hochfrequenzfelder eingeteilt werden. Die ELF-Felder (Felder mit sehr niedriger Frequenz) bilden sich vorwiegend um Geräte oder Stromkabel im privaten oder beruflichen Umfeld oder in der Nähe von Hochspannungsleitungen oder Transformatoren.

ELF-FELDER

In einem Studienbericht, der vom Höheren Institut für Gesundheitswesen über die Langzeiteffekte der ELF-Felder durchgeführt und vorgestellt wurde, ergaben die Resultate einen Zusammenhang mit der Leukämie im Kindesalter, wobei die Auswirkungen auf gesamtstaatlicher Ebene auf einen Todesfall und zwei/drei neue Krankheitsfälle pro Jahr geschätzt wurden. Die kausale Beziehung zwischen den ELF-Feldern und Leukämien im Kindesalter ist widersprüchlich, auch wenn aus den Studien allgemein ein übermäßiges Risiko unter den Personen hervorgeht, die einer magnetischen Induktion ausgesetzt sind, die über den durchschnittlich im Haushalt vorhandenen Werten liegt.

RADIOFREQUENZEN

Die Radiowellen- und Mikrowellenfelder werden vor allem in Bereichen Telekommunikation und Mobilfunk sowie in den Haushaltsmikrowellenherden verwendet.
Die bisher durchgeführten Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen der Radiofrequenzexposition und dem Auftreten von Leukämie haben keine klaren und eindeutigen Resultate ergeben.
Eine erste, an der Bevölkerung von Oahu auf den Hawaiiinseln durchgeführte Untersuchung, die im Umkreis von 4 km einer starken Radiofrequenzemissionsquelle lebten, hat keine statistisch relevanten Leukämie-Risiken im Kinderalter aufgrund der Radiofrequenzexposition ergeben.
Eine analoge, in Australien in drei Gemeinden im Umkreis von 4 km dreier starker TV-Sender durchgeführte Studie hat ein bescheidenes, wenngleich bedeutendes Übermaß an Leukämien in den Erwachsenen erhoben.
Zwei in England an der in der Nähe der 21 größten Radio- und TV-Sender lebenden

Bevölkerung durchgeführte Studien haben keinen Zusammenhang zwischen der Exposition und den Tumorerkrankungen in den Erwachsenen erwiesen.
Eine in Schweden durchgeführte Untersuchung zur Erforschung des Zusammenhangs zwischen Hirntumoren und der Verwendung von Mobiltelefonen hat zu keinen bedeutenden Ergebnissen geführt. Die Untersuchung bot jedoch nur für die TACS-Telefone verwertbare Daten (welche mit potenteren Emissionen arbeiten), während für die GMS-Telefone die Expositionszeiten für die Erzielung von eventuellen Ergebnissen noch zu kurz waren.

DIE SITUATION IN DER PROVINZ BOZEN

Zur Installation neuer, fester Telekommunikations- und Radio-TV-Anlagen oder auch zum Eingriff in die bereits vorhanden, muss seit 1999 eine technisch-umwelttechnische Bewertung vorgelegt werden, welche vom Landeslabor für Physikalische Chemie überprüft wird.
Die Maßnahmen zur Herabsetzung der durch die Anlagen hervorgerufenen Bestrahlung berücksichtigen - in Funktion der Machbarkeit - einen angemessenen Abstand von den nahegelegensten Bauten, die Ausrichtung des Signals (auch anhand von höheren Antennen) nicht in Richtung der anliegenden Bauten und eine Einschränkung der Sendeleistung.
Anhand dieser Maßnahmen konnten in den neuen Anlagen Expositionswerte für die Landesbevölkerung festgelegt werden, die klar unter den gesetzlichen Höchstwerten (6 V/m) lagen, mit einer variablen Stärke unter 1 V/m in ländlichen Gebieten bis zu Werten, die normalerweise, auch in den dicht besiedeltsten Gebieten, nicht 3 V/m überschreiten.
Auch für die älteren Anlagen werden die gesetzlichen Grenzwerte allgemein nicht überschritten, oder es können Eingriffe vorgenommen werden, welche die Exposition der Bevölkerung elektromagnetischen Feldern gegenüber einschränken.

2.3.3. Radioaktivität

FOLGEN FÜR DIE GESUNDHEIT

Die Folgen der ionisierenden Bestrahlung können je nach Strahlungsdosis, Exposition sowie Sensibilität des bestrahlten Gewebes vorübergehend oder permanent sein.
Auch im Fall von Strahlungsdosen, die nicht ausreichen, um die Zellen sofort zu zerstören, können Verletzungen aufgrund der Exposition im Nachhinein, oft auch nach Jahren, auftreten.
Die strahlungsempfindlichsten Gewebe sind jene, in denen der Großteil der Zellenerneuerung stattfindet, also das Knochenmark, die Haut, die Schleimhäute und die Samenzellen.
Die Auswirkungen infolge der ionisierenden Bestrahlung können die Gewebe des Organismus betreffen oder sich auf die Fortpflanzungszellen ausdehnen und genetische Änderungen in der Nachkommenschaft der der Strahlung ausgesetzten Person verursachen.
Die absorbierte Strahlungsdosis wird in Gray gemessen (Gy).
Dosen bis zu einem 1 Gy verursachen reversible, akute Störungen, in denen das Risiko eines Todesfalles fast Null beträgt. Dosen bis zu 2 Gy führen zu einer geschwächten Symptomatologie mit niedrigem Sterblichkeitsrisiko. Die Schäden sind an den Geweben und vor allen an der Haut lokalisiert, mit Verletzungen verschiedenartigen Grades, die bis zur Geschwürbildung mit langsamer Heilung reichen.
Für Dosen zwischen 2 und 4,5 Gy besteht ein hohes Sterblichkeitsrisiko; die Blutzellen des Knochenmarks erleiden schwere Schäden mit Beeinträchtigungen des Gastrointestinaltrakts, Erbrechen, Durchfall und Gewichtsverlust, Hautverletzungen, Sterilität, fetaler Schädigung.

Für Dosen über 5-6 Gy tritt der Tod unvermeidlich innerhalb weniger Tage aufgrund von schwerer gastrointestinaler Blutung oder Dehydratation oder schwerer Schädigung des zentralen Nervensystems ein.
Im Fall einer kontinuierlichen, geringen Bestrahlung bestehen die Folgen für die Gesundheit in einer verminderten Lebenserwartung und in einer hohen Tumorerkrankungswahrscheinlichkeit: des Blutes oder der Knochen nach einer Latentzeit von zwei Jahren, der Brust, Schilddrüse, Lungen oder Haut nach einer längeren Latentzeit (5 Jahre).

KONTROLLTÄTIGKEIT IN DER PROVINZ

Die Radioaktivitätskontrollen in der Provinz Bozen werden von der Landesagentur für Umweltschutz durchgeführt, welche ein automatisches Messnetzwerk verwaltet, das als Frühwarnsystem mit allen Vorrichtungen und Gegenmaßnahmen für den Schutz der Bevölkerung fungiert.

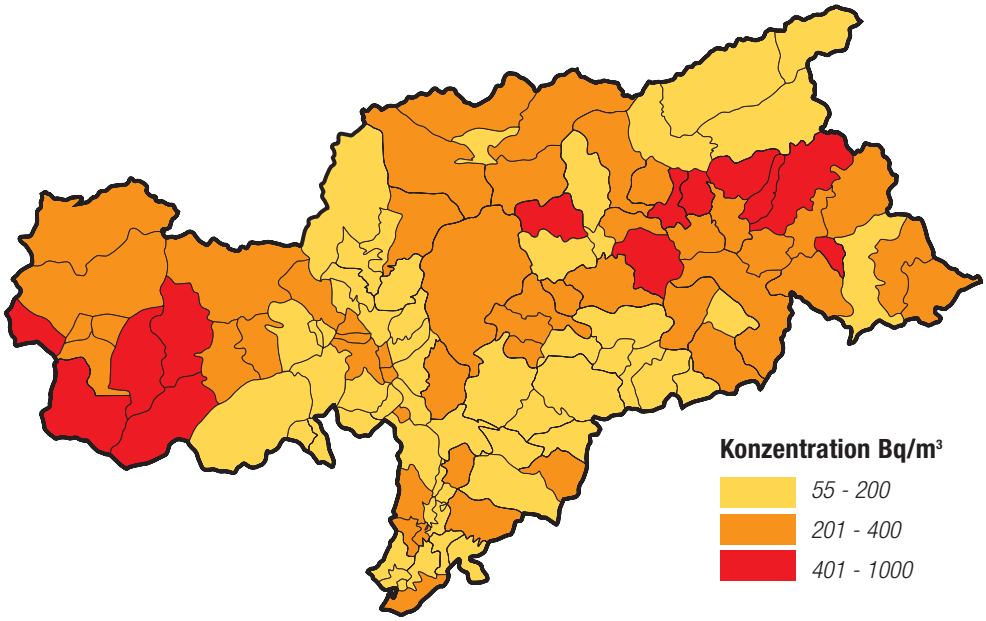
2.3.4. Radongas

Das Radon ist ein in der Natur vorkommendes, radioaktives Edelgas, das aufgrund seiner unterschiedlichen Verbreitung als Hauptelement der ionisierenden Bestrahlung angesehen werden kann.
Das Radongas ist vorwiegend in Böden geologischer Zusammensetzung wie Granit, Porphyr, Quarzphyllit und Tuffstein vorhanden.
Aufgrund des vorhandenen Radons sind jedoch auch jene Faktoren wichtig, die es dem Gas ermöglichen, in geschlossene Räume einzudringen; die Permeabilität des Bodens und der Isolierungsgrad der Fußböden und Wände mit direktem Bodenkontakt nehmen also eine wichtige Bedeutung ein.
Dem Radongas werden schätzungsweise zwischen 5% und 20% aller Lungentumoren zugeschrieben.

DAS RADONGAS IN DER PROVINZ

Südtirol besitzt eine Radonlandkarte, die vom Labor für Physikalische Chemie der Landesagentur für Umweltschutz erstellt wurde. Nach der Klassifizierung der Gemeinden auf der Grundlage des 75. Perzentils der erfassten Konzentrationen wurden die höchsten Radongaskonzentrationen in Wohnhäusern im Oberen Vinschgau, im Gebiet um Franzensfeste und Lüsen sowie im Hochpustertal gemessen.
Berücksichtigt man, dass die Radongaskonzentrationen im Winter durchschnittlich doppelt so hoch wie im Sommer sind, ergibt sich für ganz Südtirol eine mittlere Konzentration von rund 170 Bq/m³ (für die Wohnungen im Erdgeschoss). Den bisher in Italien durchgeführten Studien zufolge liegt der italienische Durchschnittswert bei ca. 70 Bq/m³ (für die Wohnhäuser allgemein).
85,4% der Kontrollen in den Erdgeschoss-Wohnungen haben eine Radonkonzentration unter dem von der Europäischen Union festgelegten Grenzwert von 400 Bq/m3 ergeben. In 11,0% der Fälle schwankten die Messwerte zwischen 400 und 1.000 Bq/m3, während in 3,6% der Fälle Werte über 1.000 erreicht wurden.

Abbildung 18: **75. Perzentil der Radonkonzentration nach Gemeinde in der Provinz Bozen, Jahr 2003**



Quelle: Landesagentur für Umweltschutz

2.3.5. Qualität der Gewässer

BADESEEN

Die Qualität der Badeseen wird auf ihre gesetzliche Übereinstimmung in Bezug auf das Vorhandensein von Kolibakterien (Total- und Fäkalkoliforme), Streptokokken, Salmonellen, Mineralöl, Tensiden, Phenolen, auf die Menge des darin gelöstem Sauerstoffes sowie auf den pH-Wert, die Farbe und Transparenz überprüft.

Die Kontrollen auf die Eignung als Badeseen in Südtirol betreffen den Völser Weiher, Wolfsgrubenersee, kleinen und großen Montiggler See, Kalterersee, Fennbergsee, Tretsee und Vahrnersee.

Ende Mai 2006 erwiesen sich alle Gewässer als Badeseen geeignet.

Kritische Aspekte des Zustandes der Südtiroler Seen sind die partielle Einleitung von Abwässern oder die nicht ausreichend guten Bedingungen ihrer Zuflüsse (Haidersee und Wolfsgrubenersee) sowie der hohe Nährstoffgehalt, die intensive, anthropogene Nutzung und die geringe, natürliche Gewässererneuerung (Montigglerseen).

FLIEßGEWÄSSER

Ein geeigneter Bioindikator für die Bewertung des ökologischen Zustandes eines Flusses ist der Makrozoobenthos; eine Veränderung seiner Lebensgemeinschaft steht für eine organische oder toxische Belastung. Die Ergebnisse sind im Umfassenden Biotischen Index (I.B.E.) zusammengefasst; zur Berechnung des Indexes sind zwei Faktoren ausschlaggebend, und zwar die Artenvielfalt und das Vorkommen bestimmter, sensibler Arten wie Plecoptera. Für eine vereinfachte Interpretation wird der Biotische Index in Güteklassen umgewandelt.

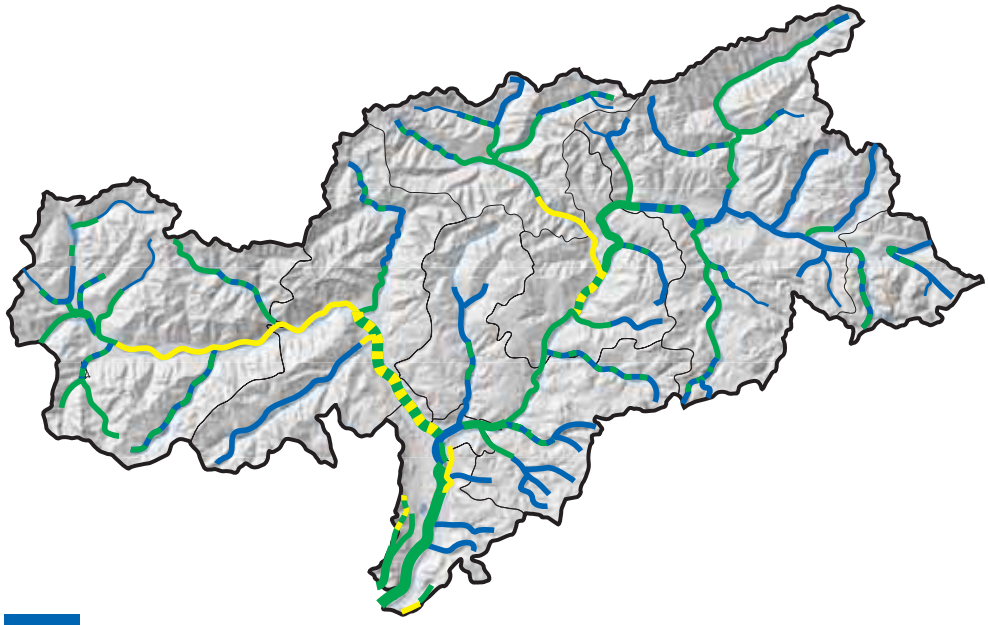
Tabelle 9: **I.B.E.-Werte und Güteklassen der Fließgewässer**

Güteklasse	Biotischer Index (I.B.E.)	Beurteilung	Farbe
Güteklasse I	>10	Unbelastet bis gering belastet	blau
Güteklasse II	8-9	Mäßig belastet	grün
Güteklasse III	6-7	Kritisch belastet	gelb
Güteklasse IV	4-5	Stark belastet	orange
Güteklasse V	1-3	Sehr stark belastet	rot

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz

Die Resultate der biologischen Qualität der Fließgewässer, bezogen auf den Untersuchungszeitraum 2002-2005, sind auf der Karte dargestellt.
Die Etsch weist im Vinschgau aufgrund der geringen Restwasserdotation eine Belastung auf. Grund für diese kritische Belastung ist vor allem die Wasserausleitung zur Stromerzeugung. Unterhalb von Bozen steigt die Wassergüte der Etsch an (1990 war sie noch kritisch bis stark belastet): Grund für diese deutliche Verbesserung sind die gut funktionierende Kläranlage von Bozen sowie das Selbstreinigungspotential des Flusses.
Der Einsack weist seine kritischste Belastung zwischen Mittewald und Waidbruck auf, während er in den restlichen Abschnitten eine zweite Güteklasse beibehält. Die Situation des Eisack hat sich nach Inbetriebnahme der A.R.A Freienfeld verbessert, durch die massive Ableitung des Wassers bei Franzensfeste zwecks Stromerzeugung bleibt der Fluss jedoch auch weiterhin kritisch belastet. Zwischen der Mündung in die Talfer und Etsch zeigt sich der Eisack nicht belastet.
Die Rienz ist im oberen Gewässerabschnitt von einer geringen Beeinträchtigung gekennzeichnet; zwischen Toblach und Niederdorf weist der Fluss eine deutliche Belastung auf. Zwischen Welsberg und Bruneck erholt er sich wieder, ab Kiens verschlechtert sich die Situation erneut und endet mit einer mäßigen Belastung in Brixen. Diese Verschlechterung ist hauptsächlich dem Schwallbetrieb und den Ausleitungen zur Stromerzeugung zuzuschreiben.
Die Drau verlässt die Provinz unbelastet und verzeichnet somit einen deutlichen Qualitätssprung im Vergleich zur Situation vor zehn Jahren, als sie noch belastet in Österreich mündete.

Abbildung 19: **Biologische Güte der Fließgewässer - Jahre 2002-2005**



I: unbeeinträchtigt
II: mäßig belastet
III: kritisch belastet
IV: stark verunreinigt
V: sehr stark verunreinigt
I.B.E. Der Farbwechsel stellt Übergangssituationen zwischen den Güteklassen dar

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz

2.4. SOZIALE UNGLEICHHEITEN

Die Armut ist mit einer höheren Kindersterblichkeit, einer höheren Morbidität, mit ungesunden Lebensstilen und einer höheren Umweltrisikofaktorexposition verbunden.

Die Armutsschwelle in der Provinz Bozen entsprach 2003 einem jährlichen Familieneinkommen von rund 13.000 Euro.

Der Anteil der Südtiroler Familien, die als arm gelten (im Jahr 2003 gleich 11,1%), ist im Jahr 2004 auf 4,6% gesunken.

2,5% der Südtiroler Familien bezeichnen ihre finanziellen Ressourcen im Jahr 2005 als ausgezeichnet, 69,8% als angemessen, 27,7% als gering oder unzureichend.

Für 30% der Familien hat sich die eigene wirtschaftliche Lage im Jahr 2005 verschlechtert.

2.4.1. Soziale Ungleichheiten und Gesundheitszustand

Fachkräfte und Beobachter dieses Sektors sind einhellig der Meinung, dass die Armut eine wichtige Rolle unter den Faktoren des schlechten Gesundheitszustandes spielt, da sie mit einer höheren Kindersterblichkeit, einer höheren Morbidität, einer geringeren Aufmerksamkeit den gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, wenig körperliche Bewegung) und einer höheren Umweltrisikofaktorexposition (Risiken im Wohn-, Arbeits- und Sozialbereich) zusammenhängt.
Studienschätzungen in verschiedenen, europäischen Ländern zufolge ist die Sterblichkeit in 20% der ärmeren Bevölkerung bis zu fünfmal höher als in 20% der reicheren Bevölkerung. Diese Ungleichheit hat sich auch in italienischen Regionen wie im Piemont und Latium erwiesen, in denen analoge Untersuchungen durchgeführt wurden.
In den mittel-niedrigen Gesellschaftsschichten wird ein höherer Anteil an Fettleibigkeit und Hypercholesterinämie verzeichnet; außerdem wird mehr geraucht und mehr Alkohol konsumiert. Dem Zigarettenrauchen werden 50% des Sterblichkeitsdifferenzials zwischen wohlhabenden und benachteiligten Schichten sowie wachsende Unterschiede in der Lebenserwartung zugeschrieben.
In den Frauen der niedrigen Gesellschaftsschichten wurde eine höhere Inzidenz des Brusttumors erfasst.
Die in Turin, Livorno und Florenz durchgeführten, italienischen Längsschnittstudien dokumentieren, dass sich die Mortalitätskluft in diesen Jahren trotz der allgemeinen Besserung der Gesundheitsbedingungen vertieft hat. Das relative Sterblichkeitsrisiko in der männlichen Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren wird auf 2,6 bis 3,3 mal höher unter den Personen ohne Studientitel im Vergleich zu den Personen mit Universitätsabschluss geschätzt, auf 1,5 bis 1,7 mal höher unter den Arbeitern im Vergleich zur Bürgerschicht, auf 1,7 bis 2,0 mal höher für die Bewohner von kleinen Wohnungen im Vergleich zu jenen, die in sehr großen Wohnungen leben.
Drei im Latium durchgeführte Studien haben einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und dem Krankheitsausgang aufgezeigt; berücksichtigt wurden dabei die Wahrscheinlichkeit einer Nierentransplantation bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, das Überleben von Patienten mit AIDS-Diagnose vor und nach der Einführung der Therapien mit antiretroviraler Wirkung und die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen in Patienten mit aortokoronarem Bypass.
Für die Patienten mit Universitäts- oder Oberschulabschluss lag die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 36 Monaten ab der ersten Dialyse einer Transplantation unterzogen zu werden, 2,4 mal höher als für die Patienten mit Grund- oder Mittelschulabschluss.
Unter den AIDS-Kranken wurden keine Überlebensdifferenzen aufgrund der wirtschaftlichen Lage vor der Einführung der Pharmaka mit antiretroviraler Wirkung verzeichnet. Ab der Einführung dieser Medikamente ergaben sich jedoch deutliche Unterschiede: in den niedrigeren Gesellschaftsschichten war das Risiko eines Todesfalls 2,6 mal höher als in den wohlhabenderen Klassen.
Bei Patienten mit aortokoronarem Bypass liegt die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (ohne Berücksichtigung der Alters, Geschlechts und Schweregrads des Patienten im Moment der Einlieferung und der Art des Krankenhauses) bedeutend höher (2,4 mal) für die sozioökonomisch benachteiligten Klassen.
Eine Studie über die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung, die an den Krankenhauspatienten der Gemeinde Rom durchgeführt wurde, hat einen klaren Zusammen-

hang zwischen der sozioökonomischen Lage und der Hospitalisierung insgesamt ergeben, mit einem um 44% und 25% höheren Risiko für die Männer der benachteiligten Schichten in Bezug auf die ordentlichen Krankenhausaufenthalte und Tagesklinikaufenthalte. Dagegen ergaben sich keine großen Differenzen beim Zugang zu effizienten, herkömmlichen Behandlungen wie der Aufnahme in Intensivtherapieeinrichtungen aufgrund von akutem Myokardinfarkt oder der Zulassung zu chirurgischen Therapien im Fall eines Oberschenkelbruches.

2.4.2. Wirtschaftliche Lage der Haushalte

Die wirtschaftliche Deprivation kann sowohl auf das verfügbare Einkommen als auch auf die Ausgaben der Personen nach ihrem familiären Kontext bezogen werden. In der Europäischen Union wird das Einkommen als relevante Variable definiert, während auf gesamtstaatlicher Ebene die Armutsquote auf den Ausgaben basiert.

Nach der international anerkannten Definition wird eine zweiköpfige Familie mit einem Einkommen unter dem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen der Bevölkerung als arm angesehen.

Im Jahr 2003 betrug diese Schwelle auf nationaler Ebene 874,74 Euro pro Monat, im Jahr 2004 919,98 Euro. Die Inzidenz der Armut wurde 2003 in der Provinz Bozen auf 11,1% geschätzt (gesamtstaatlicher Durchschnittswert: 10,8%), während sich der Schätzwert im Jahr 2004 deutlich besserte: 4,6% gegenüber einem nationalen Durchschnitt von 11,7%. Die Inzidenz der Armut betrug 2004 4,7% in Norditalien, 7,3% in Mittelitalien und 25,0% in Süditalien.

Der im Jahr 2005 durchgeführten ASTAT-Mehrzweckuntersuchung zufolge bezeichnen 2,5% der Südtiroler Familien ihre finanziellen Ressourcen als ausgezeichnet (-1,3% gegenüber 2000), 69,8% als angemessen (-1,3% gegenüber 2000), 26,1% als geringfügig (+9,1%) und 1,6% als absolut unzureichend (+0,5%). Das Gefühl der Verschlechterung der eigenen finanziellen Lage gegenüber 2004 wird von 30% der Familien geäußert, vor allem in den Stadtzentren. 59,3% der Familien konnten außerdem während des Jahres keine Ersparnisse beiseite legen.

BIBLIOGRAPHIE

Region Piemont. La Salute in Piemonte, 2000.
Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute, 2004.
Europäische Kommission. Öffentliche Gesundheit.
URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm
Region Emilia Romagna. Regionale Gesundheitsagentur.
URL: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/determinanti_salute.html
Gesundheitsministerium. Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2001-2002.
Provinz Turin. Relazione sullo stato di salute nella provincia di Torino, 2001.
Krieger N.. A glossary for social epidemiology. J Epidemiol Community Health 2001;55:693-700
Cardano M., Costa G., Demarca M., Merler E., Buggeri A.. Le diseguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240
Rapiti E., Peducci C.A., Agabiti N. et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240
Materia E., Spadea T., Rossi L. et al.. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. In Epidemiologia e Prevenzione 1999;23:133-240
ISTAT. Lebensstile und Gesundheitszustand, 2005.
ASTAT. Tabellensammlung. Mehrzweckerhebung der Haushalte, 2005.
ASTAT. Sozialporträt Südtirol, 2004.
ASTAT. Sozialporträt Südtirol, 1998.
ASTAT. Ernährungsgewohnheiten. ASTATinfo Nr. 29/2004
Epicentro – Nationales Zentrum für Epidemiologie, Überwachung und Förderung der Gesundheit
URL: http://www.epicentro.iss.it/defalut.htm
ASTAT. Der Verbrauch der Haushalte, 2002.
ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2004.
ASTAT. Sportorganisationen in Südtirol, 2003.
Doxa. Il fumo in Italia. URL: http://www.iss.it/sitp/ofad/fumo/fpdf/0021.pdf
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2003.
ISTAT. Kurzstatistiken. Die Raucher in Italien, Dezember 2004-März 2005.
OEDT. Relazione annuale 2004.
WHO. Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies, 2001.
WHO. Drinking among young Europeans, 2001.
ASTAT. Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Haushalte in Südtirol, 2003-2004.
Europäische Union. Armut und soziale Ausgliederung in Italien. Anlage zum NAP/inc 2003.
Autonome Provinz Bozen. Landesagentur für Umweltschutz. Ressort für Gesundheit. Elektromagnetische Strahlung und Gesundheit.
Regionalagentur für Umweltschutz von Venetien.
URL: http://www.arpa.veneto.it/salute/htm/inquinamento_at.asp
URL: http://www.arpa.veneto.it/agenti_fisici/htm/radioattivita_salute.asp
Gemeinde Turin. URL: http://www.comune.torino.it/ambiente/inquinamento/aria_salute.html
Landesagentur für Umweltschutz. URL: http://www.provincia.bz.it/agenzia-ambiente/index_i.asp
Regionalagentur für Umweltschutz Piemont. URL: http://www.arpa.piemonte.it/index.php
Martuzzi M., Galassi, C. Ostro B., Forastiere F. Bertolini R. Exposure to PM10 in the eight major

Italian cities and quantification of the health effects. URL: http://www.euro.who.int/document/E75492.pdf

ARPAT News. I risultati di uno studio WHO-APAT. Nr. 107-2006

WHO. Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. URL: http://www.euro.who.int/document/e79097.pdf

Palange S., Porta D., Forestiere F., Peducci C.A. Differenze sociali nella sopravvivenza delle persone con AIDS. In Epidemiologia e Prevenzione 2005;29:26-32.

Terracini B. Il Vaticano uccide con l'onda? La difficile questione dell'interpretazione dei dati. In Epidemiologia e Prevenzione 2001; 25:231-232.

Michelozzi P., Kirchmayer U., Capon A. et al. „Mortalità per leucemia e incidenza di leucemia infantile in prossimità della stazione di Radio Vaticana di Roma. In Epidemiologia e Prevenzione 2001;25:2496-255.

La Vecchia C. "Disuguaglianza e fattori di rischio: il consumo di tabacco. In Epidemiologia e Prevenzione 2001;25: 81-82.

ISTAT. Kurzstatistiken. Die relative Armut in Italien 2004.

3. GESUNDHEITSZUSTAND

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheits- und anderen Dienstleistungen ab, sondern auch von zahlreichen anderen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren. Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung, wie die Lebenserwartung bei der Geburt und die Kindersterblichkeitsrate, wird in der Folge auf andere Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen: die wahrgenommene Gesundheit, die Sterblichkeit nach Ursachen und vermeidbare Sterblichkeit, die Inzidenz von Neoplasien, die Verbreitung der Kreislauf-, Atemweg- und Infektionskrankheiten, die Verkehrs- und Arbeitsunfälle und die geistige Gesundheit.

79,9% der Personen halten ihren Gesundheitszustand für gut.
28,0% der Bevölkerung erklären, an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden.
Die häufigste Krankheit unter den Todesfällen aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems bestand im Dreijahreszeitraum 2001-2003 in den ischämischen Herzleiden (127,8 pro 100.000 unter den Männern und 112,6 pro 100.000 unter den Frauen).
Die Windpocken waren die im Jahr 2005 am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit (301,4 Fälle pro 100.000 Einwohner).
Die Prävalenz der Herz- und Gefäßkrankheiten betrug 2004 137,4 Fälle pro 1.000 Einwohner.
1,2% der Bevölkerung leiden an Herzdekompensation.
Die Prävalenz von chronischen Bronchopathien in der Bevölkerung beläuft sich auf 21,6 Fälle pro 1.000.
Die Inzidenz der AIDS-Fälle betrug im Jahr 2005 0,6 pro 100.000.
2005 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit 8.637 Personen mit psychiatrischen Problemen versorgt.
Zwischen 1995 und 2004 gab es 584 Suizidfälle, was einer durchschnittlichen Jahresrate von 12,6 pro 100.000 entspricht.
2004 starben 62 Personen in Verkehrsunfällen, 2.139 wurden dabei verletzt.
2004 wurden insgesamt 17.268 Arbeitsunfälle gemeldet, 13 davon mit tödlichem Ausgang, sowie 288 Berufskrankheiten.

3.1. WAHRGENOMMENE UND GEMESSENE GESUNDHEIT

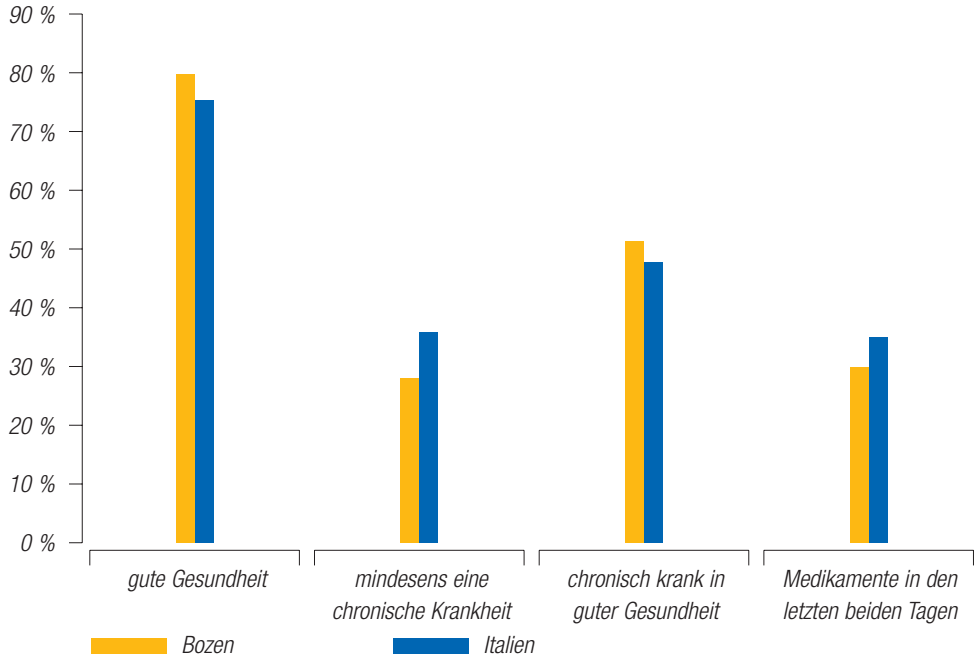
ERKLÄRTE GESUNDHEIT

Die über die von der Bevölkerung wahrgenommene Gesundheit gesammelten Informationen stammen von der periodischen Untersuchung "Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste", die auf gesamtstaatlicher Ebene vom ISTAT und auf Landesebene vom ASTAT durchgeführt wurde.
Im Jahr 2003 erklärten 79,9% der Südtiroler ihren Gesundheitszustand als gut (80,2% im Jahr 2002); auf gesamtstaatlicher Ebene betrug der Prozentsatz 75,4. Auf Landesebene bezeichneten nur 6,0% ihren Zustand als schlecht.

ERKLÄRTE CHRONISCHE KRANKHEITEN

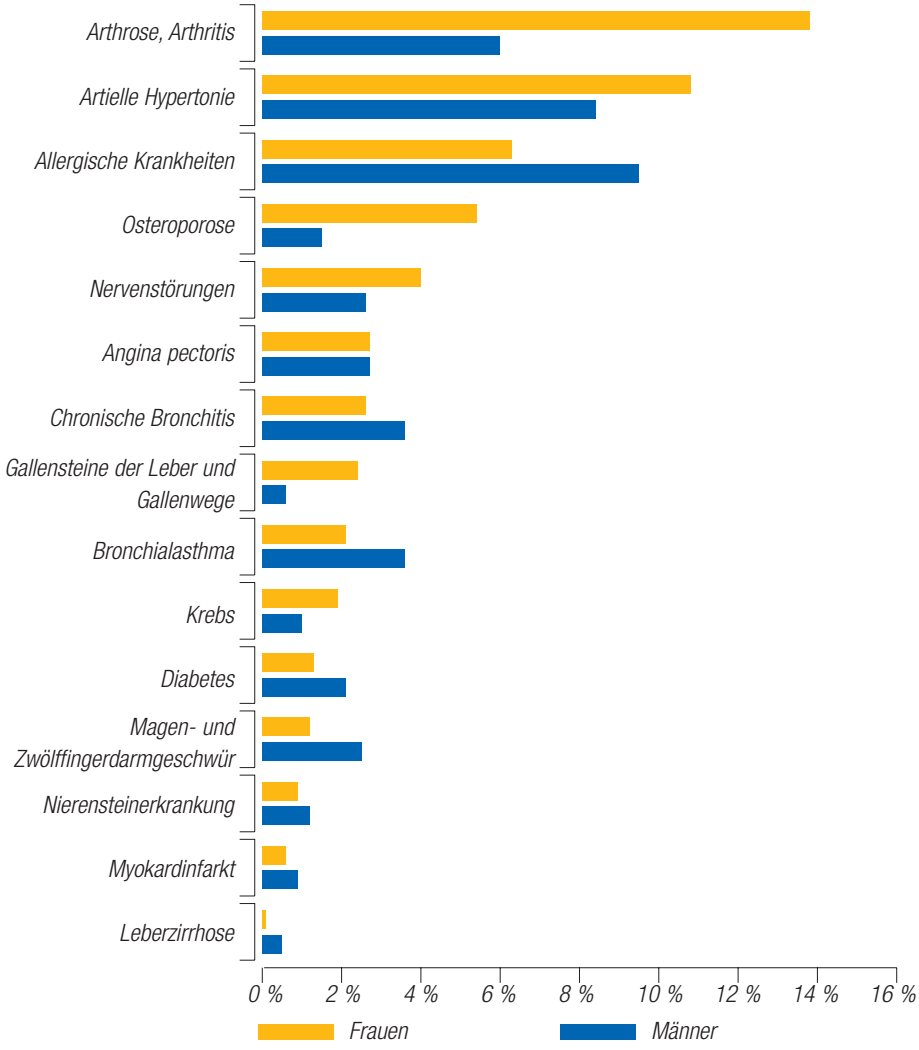
Da bei der Erhebungsmethode des direkten Interviews die subjektive Komponente bei der Beantwortung der Fragen einen Einfluss hat, kann angenommen werden, dass für die chronischen Krankheiten die geschätzten Werte unter den reellen liegen; der Grund dafür ist, dass die chronische Krankheit allgemein nur bei Auswirkungen auf das tägliche Leben erklärt wird, oder dass die Anwesenheit von kranken Personen in den Familien nur ungern zugegeben wird.
28,0% der Bevölkerung leidet mindestens an einer chronischen Krankheit, gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 35,9%. 4,5% der Bevölkerung erklärt, an mindestens einer schweren chronischen Krankheit zu leiden und pflegebedürftig zu sein.
51,3% der chronisch Kranken bezeichnet ihren Gesundheitszustand als gut, im Vergleich zum italienischen Durchschnitt von 47,7%.
29,9% der Bevölkerung nahm in den beiden Tagen vor der Erfassung Medikamente ein (34,9% in Italien).

Abbildung 1: **Indikatoren für den von der Bevölkerung erklärten Gesundheitszustand. Provinz Bozen und Italien - Jahr 2003**



Zu den am häufigsten angegebenen chronischen Krankheiten gehören Arthrose/Arthritis (13,8% der Frauen und 6,0% der Männer), Hypertonie (10,8% der Frauen und 8,4% der Männer) und die allergischen Krankheiten (9,5% der Männer und 6,3% der Frauen).

Abbildung 2: **Erklärte chronische Krankheiten nach Geschlecht. Provinz Bozen - Jahr 2003**



3.2. MAPPING DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

DIE STUDIE

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

Die Informationen über die einzelnen chronischen Krankheiten sind nicht immer leicht aufzufinden, da es keine Ad-hoc-Informationsflüsse gibt. Andere Tätigkeitsflüsse (KEB, pharmazeutische und fachärztliche Tätigkeiten...), die zu Verwaltungszwecken eingeführt wurden und sich heute auch für epidemiologische und wirtschaftliche Zwecke geeignet erweisen, haben sich seit vielen Jahren jedoch konsolidiert. Allgemein könnte angenommen werden, chronisch Kranke würden beim Sanitätsbetrieb um die krankheitsbezogene Befreiung ansuchen; in Wirklichkeit aber ist die Datenbank der Ticket-Befreiungen nicht erschöpfend, wie es auch die Mapping-Studie der chronischen Krankheiten bestätigt, da ein chronisch Kranker oft, um nicht „etikettiert“ zu werden, die Ticket-Befreiungen gar nicht oder zumindest nicht für alle chronischen Krankheiten verlangt. Somit ging

man also dazu über, anhand spezieller Untersuchungen oder mithilfe der Datenbanken jene Patienten ausfindig zu machen, die aufgrund einer chronischen Krankheit häufiger und vor allem zeitlich beständiger pharmakologische Behandlungen und/oder Krankenhausaufenthalte und/oder besondere fachärztlicher Leistungen in Anspruch nehmen. Diese neue Studie ermöglichte es, über 50% der chronischen Krankheiten zu erheben, die andernfalls vielleicht nicht als solche erkannt worden wären.
Die Daten der Studie, die in diesem Gesundheitsbericht vorgestellt werden, sind nur ein geringer Teil der zahlreichen Ergebnissen des Projektes (die Epidemiologische Beobachtungsstelle wird zu diesem Thema in Kürze eine eigene Publikation veröffentlichen), und beziehen sich nur auf das Jahr 2004, da die Studie aufgrund ihrer Komplexität zum Teil noch Versuchscharakter hat.
Der Sanitätsbetrieb Bozen nahm bei der Festlegung und Änderung der Wahlkriterien aktiv am Projekt teil.

Die chronischen Krankheiten treten im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann sicherlich ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronischen Krankheiten angenommen werden. Die versorgungsberechtigte Bevölkerung Südtirols ist mit einem mittleren Alter von 39,9 Jahren und einem Altersindex von 101,4 Jahren (101 ältere Menschen pro 100 junge Menschen) im Jahr 2004 jung. Auf der Ebene der Sanitätsbetriebe weist Bozen eine ältere Bevölkerungsstruktur mit einem Altersindex von 118,4 auf, während Bruneck die jüngsten Einwohner mit 78,4 älteren Menschen pro 100 junge Menschen verzeichnet.

Tabelle 1: **Versorgungsberechtigte Bevölkerung und chronisch Kranke in der Provinz Bozen - Jahr 2004**

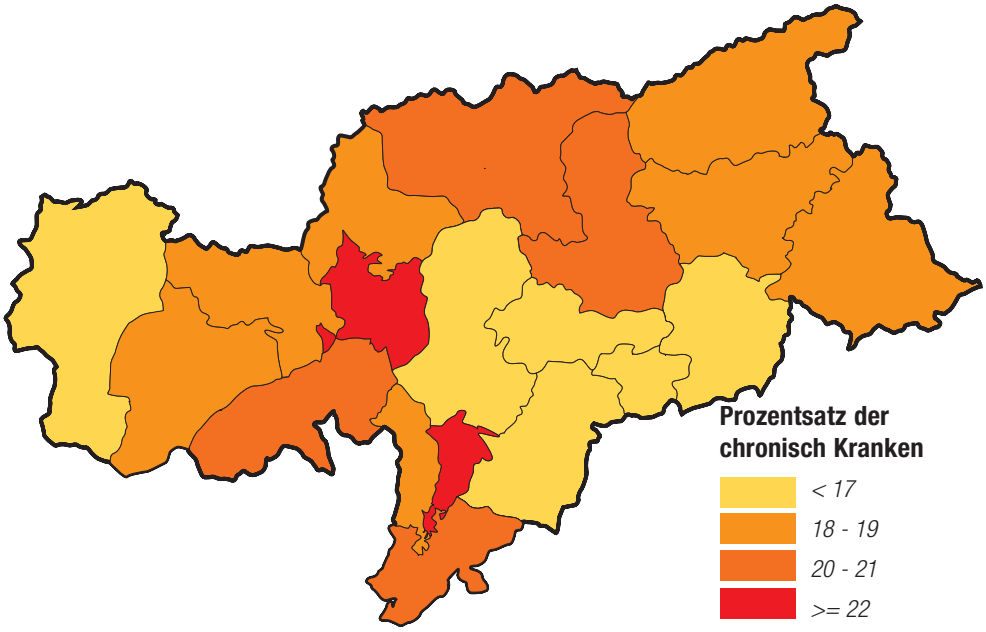
Sanitäts-betrieb	*Versorgungs-berechtigte Bevölkerung*	*Durchschnitts-alter der ver-sorgungsbe-rechtigten Bevölkerung*	*Altersindex*	*Chronisch Kranke*	*% der chronisch Kranken*	*Durchschnitts-alter der chronisch Kranken*
Bozen	*216.622*	*41,4*	*118,4*	*49.749*	*23,0*	*63,3*
Meran	*124.690*	*39,8*	*101,4*	*26.459*	*21,2*	*62,7*
Brixen	*68.590*	*38,0*	*80,5*	*13.246*	*19,3*	*61,5*
Bruneck	*72.856*	*37,7*	*78,4*	*13.646*	*18,7*	*61,6*
PROVINZ INSGESAMT	***482.758***	***39,9***	***101,4***	***103.100***	***21,4***	***62,7***

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

Südtirol verzeichnete im Jahr 2004 482.758 Versorgungsberechtigte[1]. 21,4% davon (103.100 versorgungsberechtigte Personen) sind chronisch krank und durchschnittlich 62,7 Jahre alt. In Bezug auf die einzelnen Sanitätsbetriebe und die Altersstruktur der Bevölkerung weist der Sanitätsbetrieb Bozen einen sehr viel höheren Anteil an chronisch Kranken an seinen Versorgungsberechtigten auf (23,0%), während Bruneck den geringsten Anteil verzeichnet (18,7%).

[1] *Unter versorgungsberechtiger Bevölkerung verstehen sich in dieser Studie alle in einem der vier Sanitätsbetriebe gemeldeten Ansässigen, Nicht-Ansässigen, Geborenen, Verstorbenen und im Laufe des Erhebungsjahres umgesiedelten Personen.*

Abbildung 3: **Prävalenz der chronisch Kranken in der Provinz Bozen – Jahr 2004**



Nahezu 12 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie (11,5% der versorgungsberechtigten Bevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 68,5 Jahren); es folgen die Herzkranken mit 5,6% und einem Altersdurchschnitt von 72,5 Jahren und die Diabetiker mit 3,0% bei durchschnittlich 66,9 Jahren.

Die Prävalenzindikatoren der verschiedenen chronischen Krankheiten sind nicht immer gleichmäßig auf die vier Sanitätsbetriebe verteilt: für dieselbe chronische Krankheit verzeichnet der Sanitätsbetrieb Bozen höhere Anteile von Patienten mit Hypertonie, Alzheimer und leicht höhere Werte für den Großteil der Autoimmunkrankheiten. Im Sanitätsbetrieb Meran werden höhere Werte pro 100.000 Einwohner für die Dyslipämie verzeichnet. In den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck, in denen die Prävalenz der einzelnen chronischen Krankheiten aufgrund der jüngeren Bevölkerung niedriger ausfällt, sind leicht höhere Wert für die Parkinson-Krankheit (Brixen), Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen und Psychosen (Bruneck) zu vermerken.

Diese Unterschiede können sowohl aus demographisch-genetischen Gründen der Patienten in den einzelnen Betrieben als auch aufgrund des höheren Interesses und/oder der Diagnosenkompetenz einiger Krankheiten im Vergleich zu anderen zu rechtfertigen sein (der Sanitätsbetrieb Bruneck besitzt z.B. einen Diabetiker-Anteil von 2,14%, was sowohl im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt als auch zur Landesebene ein entschieden zu tiefer Wert ist).

Tabelle 2: **Chronische Krankheiten nach Sanitätsbetrieb in der Provinz Bozen - Jahr 2004**
Werte pro 100.000 Einwohner

Chronische Krankheiten	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz Insgesamt
Transplantatträger	96,48	70,58	88,93	56,28	82,65
Niereninsuffizienz	456,56	382,55	414,05	340,40	413,87
HIV und AIDS	68,78	34,49	33,53	8,24	45,78
Neoplasie	2.789,65	2.732,38	2.427,47	2.263,37	2.643,97
Diabetes	3.362,08	3.020,29	2.692,81	2.137,09	2.993,84
Hypertonie	13.084,08	10.762,69	10.433,01	9.155,05	11.514,88
Kardiopathie	5.621,77	5.933,11	5.443,94	5.204,79	5.613,99
Vaskulopathie	991,59	996,07	635,66	794,72	912,47
Bronchopneumopatie	2.444,81	2.207,88	1.787,43	1.567,48	2.157,81
Hepato-Enteropathie	799,09	745,85	567,14	336,28	682,54
MRGE	635,21	741,84	740,63	528,44	661,62
Epilepsie	494,41	566,20	548,18	619,03	539,40
Parkinson	620,44	619,94	756,67	538,05	627,23
Alzheimer	278,83	165,21	83,10	107,06	195,75
Multiple Sklerose	104,79	112,28	77,27	70,00	97,56
Neuromyelitis optica	--	1,60	1,46	--	0,62
Demenz	234,05	171,63	96,22	75,49	174,41
Rheumatoide Arthritis	318,99	312,78	279,92	285,49	306,78
LES	76,17	40,10	71,44	43,92	61,31
Systemische Sklerose	23,54	13,63	13,12	17,84	18,64
Sjörgen-Syndrom	30,93	12,03	11,66	4,12	19,26
Spondylitis ankylosans	29,54	12,83	11,66	21,96	21,54
Myasthenia gravis	10,62	9,62	10,21	5,49	9,53
Hashimoto-Thyreoiditis	423,78	101,05	53,94	72,75	234,90
Hämolytische Anämie	3,23	9,62	8,75	5,49	6,01
Akromegalie	12,93	10,43	7,29	5,49	10,36
Diabetes insipidus	6,00	5,61	10,21	8,24	6,84
Addison-Krankheit	12,00	13,63	13,12	9,61	12,22
Hyper-Hypoparathyreoidismus	24,00	15,24	11,66	42,55	22,79
Hypothyreose	2.204,30	2.841,45	2.176,70	2.940,05	2.475,98
Cushing-Syndrom	3,69	5,61	5,83	5,49	4,76
Basedow-Krankheit	96,94	155,59	132,67	119,41	120,56
Hypophysärer Minderwuchs	34,16	13,63	27,70	27,45	26,93
Dyslipämie	2.731,95	3.264,90	1.434,61	2.618,86	2.668,21
Psychosen	545,19	578,23	924,33	1.321,79	724,79

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

3.3. KRANKHEITEN DES HERZ-KREISLAUFSYSTEMS

Die Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar. Den Daten der ISTAT-Mehrzweckerhebung zufolge ist die Hypertonie - einer der größten Risikofaktoren - die zweitverbreitetste chronische Krankheit in Italien.

RISIKOFAKTOREN

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

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

Die Daten der Mehrzweckerhebung aus dem Jahr 2003 ergeben, dass in der Provinz Bozen die Hypertoniepatienten 8,4% unter den Männern (10,8% in Italien im Jahr 2002) und 10,8% unter den Frauen (14,2% in Italien) ausmachen. Aus dem Italienischen Atlas der Herz-Kreislauferkrankungen geht ein Anteil an Hypertoniekranken in der Bevölkerung im Alter zwischen 35 und 74 Jahren von 33% unter den Männern und 31% unter den Frauen hervor. Bei Personen mit einer Herz-Kreislauferkrankung wurde in 41% der Männer und in 54% der Frauen eine Hypertonie erfasst.

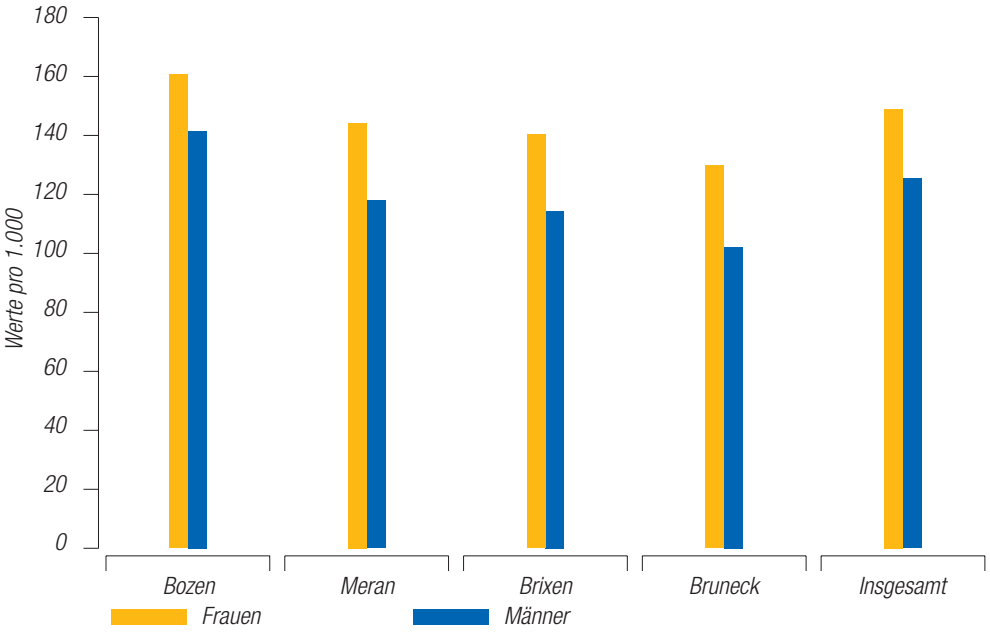
Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie. Der Anteil der an Hypercholesterinämie Erkrankten entspricht 21% der männlichen Bevölkerung zwischen 35 und 74 Jahren und 25% der weiblichen Bevölkerung. Die Erfahrung einer Hypercholesterinämie in Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen beläuft sich auf 24% unter den Männern und 34% unter den Frauen.

KARDIOVASKULOPATHIEN

Die Prävalenz der in Südtirol aus dem Mapping-Projekt der chronischen Krankheiten hervorgehenden chronischen Kardiovaskulopatien entspricht 137,4 Fällen pro 1.000 Einwohner (125,4 unter den Männern und 148,9 unter den Frauen), mit einem Altersdurchschnitt der Kranken von 68,4 Jahren für die Männer und 70,5 Jahren für die Frauen. Darunter sind 1,2 Fälle von Herzdekompensation zu verzeichnen.

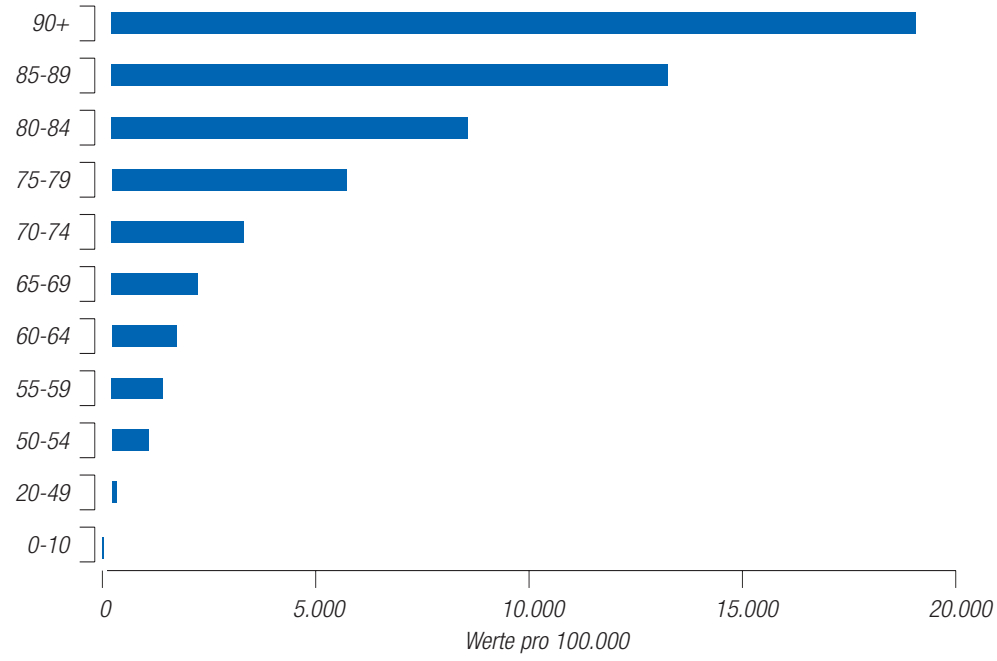
Die Prävalenz fällt im Sanitätsbetrieb Bruneck niedriger aus, im Sanitätsbetrieb Bozen höher.

Abbildung 4: **Prävalenz der chronischen Kardiovaskulopathien nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb. Provinz Bozen - Jahr 2004**



Die Herzdekompensation ist eine der häufigsten Morbiditäts- und Mortalitätsursachen in den Industrieländern und nimmt zahlreiche Ressourcen des Gesundheitssystems in Anspruch. Die Zahl der Ansässigen mit Herzdekompensation beträgt für das Jahr 2004 5.405 (51,2% davon sind Männer) und entspricht einem Bevölkerungsanteil von 1,2%. Die Prävalenz der Krankheit nimmt mit dem Alter von 0,1 Fällen pro 100 Einwohner zwischen 20 und 49 Jahren auf 18,8 Fälle pro 100 Einwohner im Alter über 90 Jahren zu. Die Sterblichkeitsrate aufgrund dieser Krankheit liegt bei 16,9%.

Abbildung 5: **Prävalenz der chronischen Kardiovaskulopathien nach Altersklasse. Provinz Bozen - Jahr 2004**



KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen von Einwohnern mit einer Krankheit des Kreislaufsystems als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2005 insgesamt auf 10.566, mit einer Hospitalisierungsrate von 2.340,9 pro 100.000 für die Männer und 2.076,8 pro 100.000 für die Frauen. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren die anderen Herzkrankheiten und insbesondere die Herzinsuffizienz (1.406 Aufenthalte insgesamt). Zu den häufigsten Aufenthaltsursachen zählen auch die Erkrankungen des Hirnkreislaufs, davon 527 Verschlusskrankheiten der Zerebralarterien, 467 transitorische ischämische Attacken und 394 Verschlusskrankheiten und Stenosen der precerebralen Arterien. Häufig diagnostiziert wurden auch die ischämischen Herzleiden, darunter auch der akute Myokardinfarkt (374 unter den Männern, also 70 weniger als 2004, und 293 unter den Frauen, 21 weniger als 2004).

Tabelle 3: **Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Erkrankung des Kreislaufsystems. Provinz Bozen - Jahre 2003-2005**

	Aufenthalte 2005	*Hospitalisierungs-rate 2005 (x100.000)*	*Todesfälle 2003*	*Sterblich-keitsrate 2001-03 (x 100.000)*
MÄNNER				
Akutes Gelenkrheuma	*1*	*0,4*	*-*	*-*
Chronische rheumatische Kardiopathien Hypertonie	*6*	*2,5*	*2*	*0,4*
Hypertonie	*138*	*58,3*	*40*	*16,5*
Ischämische Herzleiden	*1.448*	*612,2*	*304*	*127,8*
Erkrankungen des Lungenkreislaufs	*85*	*35,9*	*12*	*6,2*
Sonstige Herzkrankheiten	*1.684*	*711,9*	*122*	*51,8*
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	*1.245*	*526,4*	*128*	*57,5*
Arterienerkrankungen Venenerkrankungen	*579*	*244,8*	*72*	*27,6*
Venenerkrankungen	*351*	*148,4*	*6*	*1,7*
INSGESAMT	***5.537***	***2.340,9***	***686***	***289,6***
FRAUEN				
Akutes Gelenkrheuma	*2*	*0,8*	*-*	*0,1*
Chronische rheumatische Kardiopathien Hypertonie	*16*	*6,6*	*2*	*1,8*
Hypertonie	*273*	*112,7*	*102*	*36,5*
Ischämische Herzleiden	*804*	*332,0*	*291*	*112,6*
Erkrankungen des Lungenkreislaufs	*134*	*55,3*	*18*	*7,4*
Sonstige Herzkrankheiten	*1.710*	*706,2*	*192*	*93,7*
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	*1.457*	*601,7*	*211*	*86,8*
Arterienerkrankungen Venenerkrankungen	*322*	*133,0*	*90*	*42,0*
Venenerkrankungen	*311*	*128,4*	*16*	*2,6*
INSGESAMT	***5.029***	***2.076,8***	***922***	***383,5***

Quelle: KEB, Landessterblichkeitsregister

STERBLICHKEIT

Die häufigsten Pathologien unter den Todesursachen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems sind ischämische Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 304 Todesfällen unter den Männern (127,8 pro 100.000 im Dreijahreszeitraum 2001-2003) und 291 unter den Frauen (112,6 pro 100.000 im Dreijahreszeitraum 2001-2003) im Jahr 2003.

Vor allem unter den Frauen ist die Zahl der Erkrankungen des Hirnkreislaufs hoch (211 Fälle, 86,8 pro 100.000 im Dreijahreszeitraum 2001-2003), während diese bei den Männern weniger häufig auftreten (128 Fälle, 57,5 pro 100.000).

Bedeutend ist auch der Anteil der anderen Herzkrankheiten (122 Fälle unter den Männern und 192 unter den Frauen, Jahr 2003), darunter die Herzinsuffizienz, für welche 62 Fäl-

le unter den Männern (26,8 pro 100.000) und 143 unter den Frauen (60,1 pro 100.000) verzeichnet werden.
Die Todesfälle aufgrund ischämischer Herzleiden sind tendenziell rückläufig, vor allem bei den Männern. Die anderen Herzkrankheiten verzeichnen für die Männer einen Rückgang, für die Frauen jedoch einen Anstieg. Zunehmend ist auch die weibliche Sterblichkeit aufgrund von Hypertonie.

Abbildung 6: **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen, Männer. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**

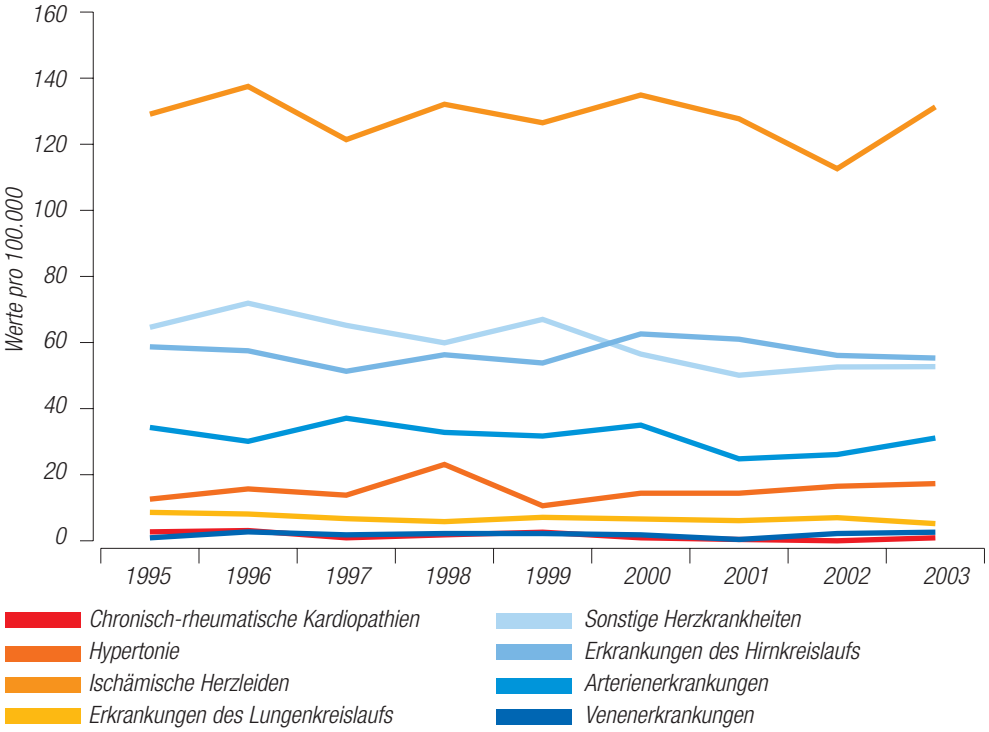
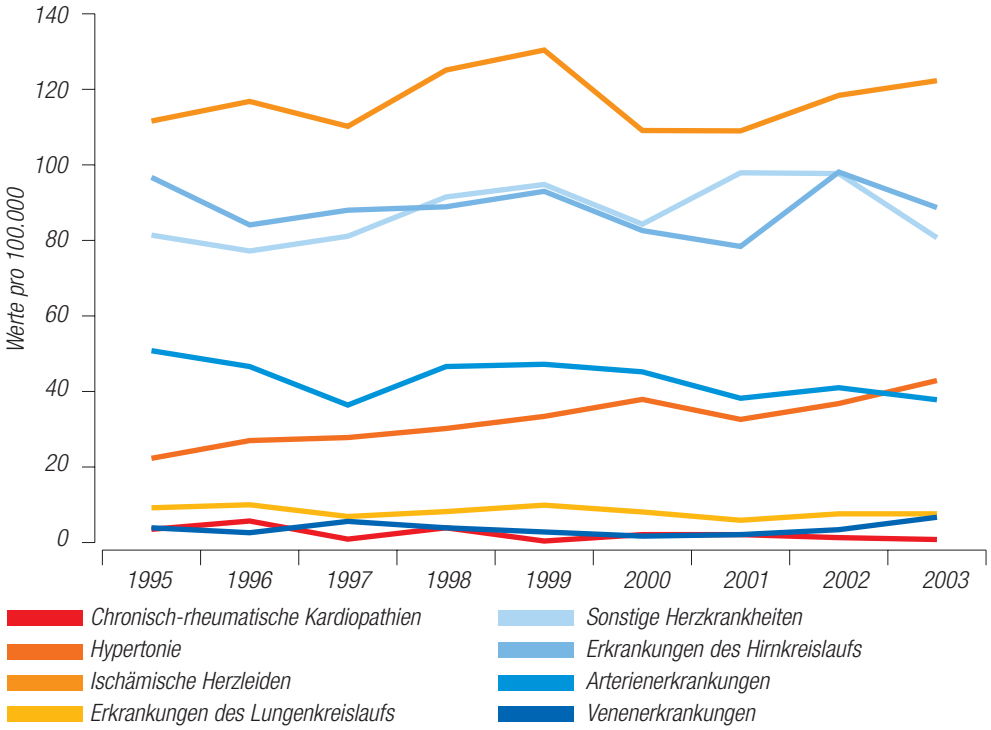


Abbildung 7 **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen, Frauen. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**



3.4. INZIDENZ UND STERBLICHKEIT DER BÖSARTIGEN TUMOREN

Im Fünfjahreszeitraum 1999-2003 wurden in der Autonomen Provinz Bozen 12.430 neue Fälle bösartiger Tumoren diagnostiziert. Durchschnittlich erkrankten im besagten Zeitraum jährlich rund 2.486 Personen, 1.386 Männer und 1.100 Frauen.
Hauttumoren ausgeschlossen (ICD IX: 173) beträgt die unbereinigte Inzidenzrate pro Jahr 574 Fälle pro 100.000 Männer und 442 Fälle pro 100.000 Frauen.
Die häufigsten Lokalisationen sind: Prostata, Kolon-Rektum und Lunge in der männlichen Bevölkerung, Brust, Kolon-Rektum und Magen unter den Frauen.
Durchschnittlich sterben pro Jahr aufgrund von Tumorerkrankungen 596 Männer (260 Todesfälle pro 100.000 Männer) und 492 Frauen (209 Todesfälle pro 100.000 Frauen).

TUMORREGISTER SÜDTIROL

Das Tumorregister Südtirol wurde mit Landesbeschluss Nr. 2076/92 eingeführt und begann 1995 mit seiner Tätigkeit. Es wird vom Chefarzt des überbetrieblichen Dienstes für Pathologische Anatomie geleitet.
Das Tumorregister führt eine ständige Erhebung der neuen Fälle von bösartigen Tumoren (Inzidenz) und Sterblichkeit aufgrund von Tumorerkrankungen in der Wohnbevölkerung Südtirols und gleichzeitig periodische Qualitätsprüfungen der bereits archivierten Daten durch. Seine institutionellen Aufgaben umfassen die Bereitstellung von Informationen

über die Inzidenz und Verbreitung der Tumorerkrankungen, die Erstellung einer Datenbank der möglichen Ursachen sowie die Förderung einer Sozial- und Gesundheitspolitik, die auf die Planung und Bewertung von Präventionsprogrammen und die Planung der Versorgung der an Neoplasien leidenden Patienten ausgerichtet ist.
Was die Klassifikationskriterien betrifft, listet das Tumorregister alle sicher diagnostizierbaren bösartigen Tumore auf, wie sie im ICD IX-Kodex Sektion 140.0 - 208.9 zu finden sind. Fälle mit multipler Tumorentstehung in ein und demselben Subjekt werden entsprechend den Regeln des IARC (Internationales Institut für Krebsforschung – International Agency for Research on Cancer) registriert. Bösartige Tumore, die in paarig angelegten Organen entstehen, werden nur dann als multipel erkannt, wenn sie sich morphologisch unterscheiden. Die Tumoren der Haut sind dem Kodex ICD IX 172 (Melanome) und 173 (Hautkarzinome) zugeordnet. Nicht invasive Neoplasien werden zwar registriert, sind aber von der Berechnung der Inzidenzraten ausgenommen. Ausnahmen bilden die Tumoren der Blase inklusive der nicht invasiven Karzinome und der Neoplasien unklarer Dignität.

INFORMATIONSQUELLEN DES TUMORREGISTERS

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

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

2001 wurde das Tumorregister Südtirol vom Internationalen Institut für Krebsforschung (IARC) und der Italienischen Vereinigung der Tumorregister (AIRT) akkreditiert. Die Daten des Fünfjahreszeitraumes 1998-2002 werden von diesen Organismen nun auf ihre Korrektheit und Vollständigkeit bewertet.

INZIDENZ IM ZEITRAUM 1998-2003

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumore beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 1999-2003 (die Daten für das Jahr 2003 liegen noch nicht endgültig vor). Der verfügbare Datenerfassungszeitraum garantiert stabile Raten, deren Werte vor allem für weniger häufig auftretende Tumoren durch die geringe Anzahl der Südtiroler Bevölkerung beeinflusst werden können.
Im Zeitraum 1999-2003 wurden in der Autonomen Provinz Bozen 6.932 neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung (1.386 Fälle/Jahr) und 5.498 Fälle (1.1004 Fälle/Jahr) in der weiblichen Wohnbevölkerung diagnostiziert. Hauttumore ausgeschlossen (ICD IX: 173) wurden 6.579 Fälle (573,9 Fälle pro 100.000 Männer) und 5.204 Fälle (441,7 Fälle pro 100.000 Frauen) erfasst. Von diesen wurden bei den Männern 33 Fälle (0,48%) in der Altersklasse 0-14 Jahre und 4.444 Fälle (64,1%%) in der Altersklasse über 65 Jahren beobachtet; bei den Frauen zählte man einen bösartigen Tumor in 28 Mädchen (0,51%) unter 15 Jahren und 3.087 Fälle (56,2%) ab 65 Jahren.

Tabelle 4: **Neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Bevölkerung - Jahre 1999-2003**

ICD IX	Lokalisation	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
140	Lippen	9	2	1	1	13
141	Zunge	30	10	7	6	53
142	Speicheldrüsen	9	6	1	1	17
143-145	Mund	33	16	14	9	72
146	Oropharynx	25	15	10	7	57
147	Rhinopharynx	7	1	-	4	12
148	Hypopharynx	28	26	16	13	83
149	Rachen, n.a.d.	11	3	3	5	22
150	Speiseröhre	44	31	23	22	120
151	Magen	155	94	42	73	364
152	Dünndarm	11	7	4	2	24
153	Kolon	269	133	61	64	527
154	Rektum	142	75	48	44	309
155	Leber	124	71	36	31	262
156	Gallenwege	26	19	11	11	67
157	Bauchspeicheldrüse	91	34	21	14	160
160	Nasenhöhlen	9	7	3	5	24
161	Kehlkopf	75	30	22	10	137
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	370	207	77	63	717
163-164	Andere Toraxorgane	7	2	1	1	11
MES	Mesotheliom	9	5	2	1	17
170	Knochen	4	2	3	1	10
171	Weichteile	19	7	4	6	36
KAP	Karposisarkom	5	1	-	1	7
172	Melanome der Haut	87	30	16	20	153
173	Haut, Nicht-Melanome	203	75	44	31	353
175	Brust (Mann)	6	5	1	1	13
185	Prostata	839	393	186	168	1.586
186	Hoden	33	24	14	17	88
187	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	7	2	2	-	11
188	Blase	324	159	57	88	628
189	Nieren und andere Harnwege	125	51	34	30	240
190	Augen	2	2	2		6
191-192	Großhirn und ZNS	45	32	5	14	96
193	Schilddrüse	22	11	8	2	43
194	Andere endokrine Drüsen	4	-	1	-	5
201	Hodgkin-Lymphom	18	8	6	3	35
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	102	56	31	25	214
203	Myelom	21	19	9	8	57
204	Lymphatische Leukämie	42	19	12	10	83
205	Myeloische Leukämie	37	15	4	7	63
206	Monozytische Leukämie	4	2	-	-	6
207	Sonst. definierte Leukämien	2	-	-	-	2
208	Leukämie, n.a.d.	2	1	-	-	3
	Schlecht def. Lokalisationen*	52	39	17	18	126
	ALLE LOKALISATIONEN	**3.489**	**1.747**	**859**	**837**	**6.932**

* umfasst die Kodexe ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Quelle: Tumorregister Südtirol

Tabelle 5: **Neue Fälle von bösartigen Tumoren in der weiblichen Bevölkerung - Jahre 1999-2003**

ICD IX	Lokalisation	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
140	Lippen	2	1	1	-	4
141	Zunge	10	3	2	2	17
142	Speicheldrüsen	5	3	3	-	11
143-145	Mund	16	7	4	3	30
146	Oropharynx	6	1	3		10
147	Rhinopharynx	-	2	1	2	5
148	Hypopharynx	7	1	-	-	8
149	Rachen, n.a.d.	2	2	-	-	4
150	Speiseröhre	14	10	2	-	26
151	Magen	127	97	53	46	323
152	Dünndarm	4	2	3	3	12
153	Kolon	217	148	54	59	478
154	Rektum	91	55	31	32	209
155	Leber	41	22	4	2	69
156	Gallenwege	58	33	10	19	120
157	Bauchspeicheldrüse	101	46	29	24	200
160	Nasenhöhlen	1	3	-	1	5
161	Kehlkopf	14	1	2	-	17
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	134	67	32	22	255
163-164	Andere Toraxorgane	1	-	2	1	4
MES	Mesotheliom	4	-	1	1	6
170	Kochen	3	2	4	1	10
171	Weichteile	10	6	3	4	23
KAP	Karposisarkom	3	1	-	1	5
172	Melanome der Haut	100	51	25	21	197
173	Haut, Nicht-Melanome	132	66	35	61	294
174	Brust (Frau)	713	373	172	163	1.421
179	Gebärmutter, n.a.d.	12	3	5	2	22
180	Gebärmutterhals	49	38	21	15	123
181	Plazenta	1	-	-	-	1
182	Gebärmutterkörper	114	66	33	37	250
183	Eierstock	102	58	25	30	215
184	Sonst. weibl. Geschlechtsorgane	28	8	1	5	42
188	Blase	83	45	20	14	162
189	Nieren und andere Harnwege	72	43	25	21	161
190	Augen	4	1	3	1	9
191-192	Großhirn und ZNS	47	19	10	15	91
193	Schilddrüse	58	14	14	11	97
194	Andere endokrine Drüsen	2	2	-	-	4
201	Hodgkin-Lymphom	12	5	3	2	22
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	97	57	21	19	194
203	Myelom	35	19	8	6	68
204	Lymphatische Leukämie	28	12	8	13	61
205	Myeloische Leukämie	34	17	11	8	70
206	Monozytische Leukämie	1	-	-	-	1
207	Sonstige definierte Leukämien	-	1	-	-	1
208	Leukämie, n.a.d.	-	2	-	1	3
	Schlecht definierte Lokalisationen*	64	40	15	19	138
	ALLE LOKALISATIONEN	**2.659**	**1.453**	**699**	**687**	**5.498**

* umfasst die Kodexe ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Quelle: Tumorregister Südtirol

Tabelle 6: **Durchschnittliche jährliche Inzidenzraten der bösartigen Tumoren pro 100.000 Einwohner – Jahre 1999-2003**

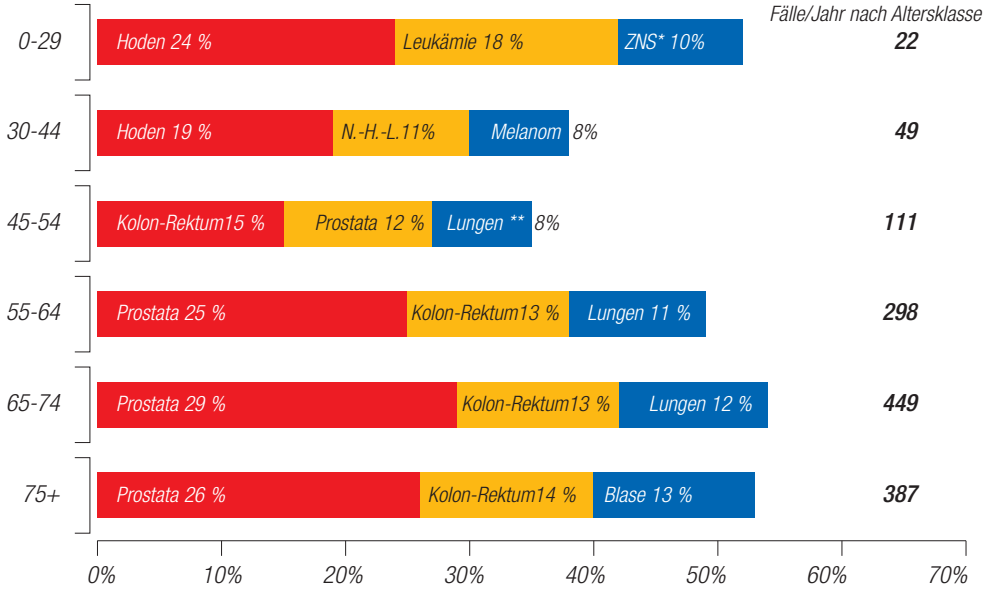
ICD IX	Lokalisation	Unbereinigte Raten		Standardisierte Raten (europ. Bevölk.)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
140	Lippen	1,1	0,3	1,0	0,2
141	Zunge	4,6	1,4	4,5	1,2
142	Speicheldrüsen	1,5	0,9	1,4	0,8
143-145	Mund	6,3	2,5	6,0	2,0
146	Oropharynx	5,0	0,8	4,7	0,7
147	Rhinopharynx	1,0	0,4	1,0	0,4
148	Hypopharynx	7,2	0,7	7,0	0,6
149	Rachen, n.a.d.	1,9	0,3	1,9	0,3
150	Speiseröhre	10,5	2,2	9,7	1,8
151	Magen	31,8	27,4	28,5	17,1
152	Dünndarm	2,1	1,0	1,9	0,8
153	Kolon	46,0	40,6	41,8	28,1
154	Rektum	27,0	17,7	24,8	12,6
155	Leber	22,9	5,9	21,2	3,7
156	Gallenwege	5,8	10,2	5,2	6,5
157	Bauchspeicheldrüse	14,0	17,0	12,8	11,1
160	Nasenhöhlen	2,1	0,4	2,0	0,4
161	Kehlkopf	11,9	1,4	11,3	1,1
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	62,5	21,6	56,4	15,3
163-164	Andere Toraxorgane	1,0	0,3	0,9	0,3
MES	Mesotheliom	1,5	0,5	1,4	0,3
170	Kochen	0,9	0,8	0,8	0,9
171	Weichteile	3,1	2,0	2,9	1,5
KAP	Karposisarkom	0,6	0,4	0,5	0,3
172	Melanome der Haut	13,3	16,7	12,6	14,0
173	Haut, Nicht-Melanome	30,8	25,0	27,7	14,3
174	Brust (Frau)	-	120,6	-	100,9
175	Brust (Mann)	1,1	-	1,0	-
179	Gebärmutter, n.a.d.	-	1,9	-	1,4
180	Gebärmutterhals	-	10,4	-	9,2
181	Plazenta	-	0,1	-	0,1
182	Gebärmutterkörper	-	21,2	-	16,2
183	Eierstock	-	18,2	-	15,0
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	-	3,6	-	2,2
185	Prostata	138,3	-	124,3	-
186	Hoden	7,7	-	6,8	-
187	Penis u. sonst. männl. Geschlechtsorgane	1,0	-	0,9	-
188	Blase	54,8	13,7	49,3	9,0
189	Nieren und andere Harnwege	20,9	13,7	19,1	10,0
190	Augen	0,5	0,8	0,5	0,7
191-192	Großhirn und ZNS	8,4	7,7	7,8	6,1
193	Schilddrüse	3,8	8,2	3,5	7,5
194	Andere endokrine Drüsen	0,4	0,3	0,5	0,3
201	Hodgkin-Lymphom	3,1	1,9	2,8	1,8
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	18,7	16,5	17,3	12,6
203	Myelom	5,0	5,8	4,5	3,6
204	Lymphatische Leukämie	7,2	5,2	6,8	3,5
205	Myeloische Leukämie	5,5	5,9	4,9	4,2
206	Monozytische Leukämie	0,5	0,1	0,5	0,0
207	Sonstige definierte Leukämien	0,2	0,1	0,1	0,1
208	Leukämie, n.a.d.	0,3	0,3	0,3	0,1
	Schlecht definierte Lokalisationen*	11,0	11,7	10,2	7,2
	ALLE LOKALISATIONEN	**604,7**	**466,6**	**551,3**	**348,2**

* umfasst die Kodexe ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Quelle: Tumorregister Südtirol

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD IX 173), betreffen die am häufigsten bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (1.586 Fälle, was 24,1% entspricht), Kolon-Rektum (836 Fälle, 11,7%), Lunge (717 Fälle, 10,9%), Blase (628 Fälle, 9,5%) und Magen (364 Fälle, 5,5%).

Abbildung 8: **Die häufigsten 3 Lokalisationen für die großen Altersklassen (ausgeschl. ICD IX 173) – Männer, Jahre 1999-2003**

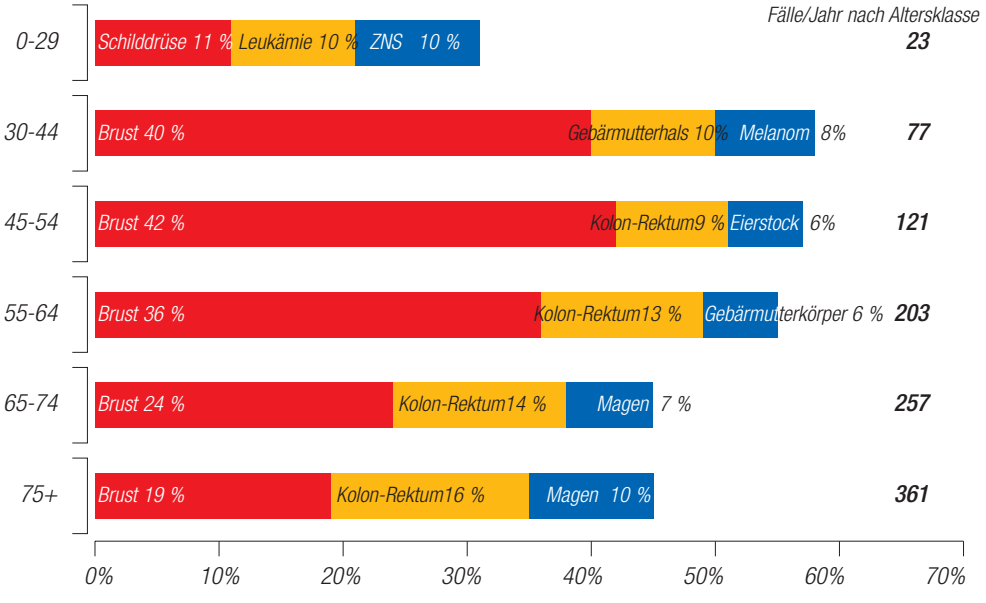


* Melanom: 11%; ** Blase: 8%

Quelle: Tumorregister Südtirol

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (1.421 Fälle, 27,3%) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (687 Fälle, 13,2%), Magenkarzinom (323 Fälle, 6,2%), Lungenkarzinom (255 Fälle, 4,9%) und von den hormonassoziierten Tumoren wie Uteruskarzinom (250 Fälle, 4,8%) und Ovarialkarzinom (215 Fälle, 4,1%).

Abbildung 9: **Die häufigsten 3 Lokalisationen für die großen Altersklassen (ausgeschl.ICD IX 173) – Frauen, Jahre 1999-2003**

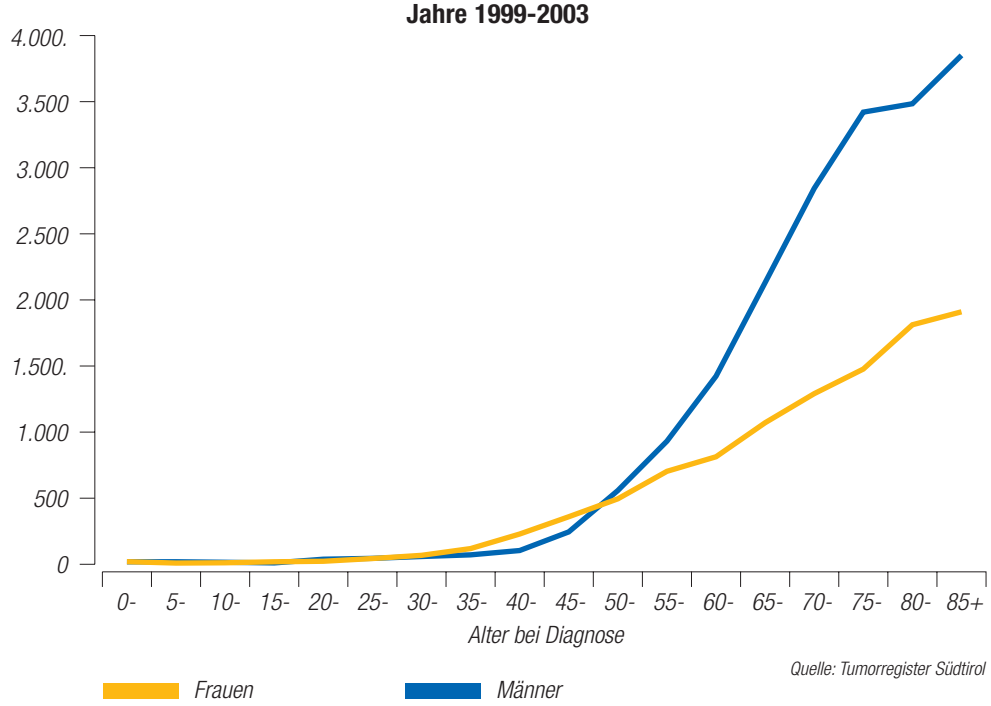


Quelle: Tumorregister Südtirol

SPEZIFISCHE INZIDENZRATEN NACH ALTER

Die Analyse der unbereinigten Inzidenzraten (Anzahl der pro 100.000 Einwohner beobachteten Fälle) an den gesamten Tumorerkrankungen (ausgeschlossen die Hauttumoren) ergibt bei Männern einen deutlichen Anstieg ab der Altersklasse von 60 Jahren im Vergleich zu den Frauen sowie Spitzenwerte im fortgeschrittenen Alter von 3.850 Fällen pro 100.000 Männer gegenüber den 1.910 Fällen pro 100.000 Frauen.

Abbildung 10: **Unbereinigte Inzidenzraten (pro 100.000 Einw.) (Ausgeschl. ICD IX 173) - Jahre 1999-2003**

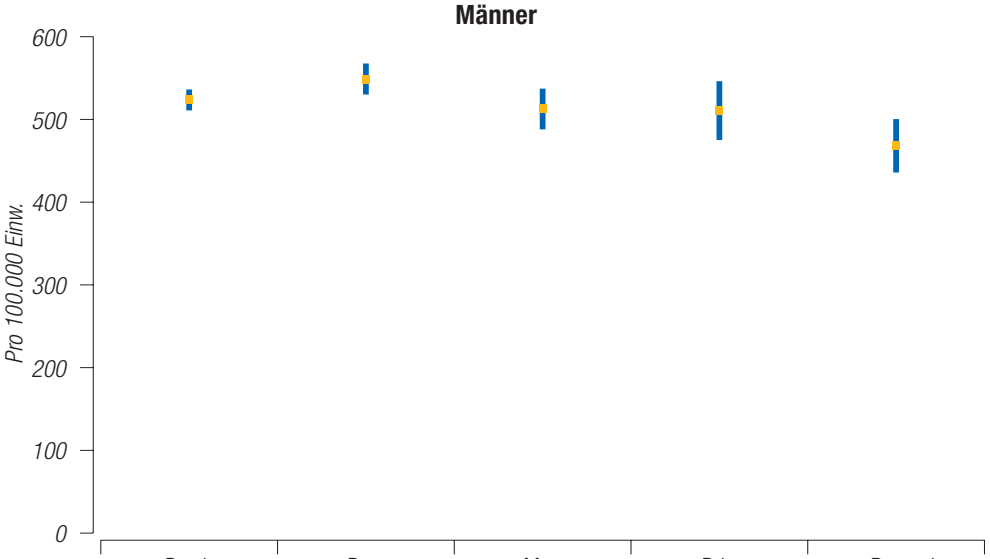


Quelle: Tumorregister Südtirol

TERRITORIALER VERGLEICH DER INZIDENZRATEN ALLER TUMORE

Die in den Sanitätsbetrieben beobachteten Inzidenzraten wurden für einen Vergleich mit der europäischen Standardbevölkerung standardisiert (SIR). In Bezug auf die gesamten Tumoren (mit Ausnahme der Hautkarzinome) verzeichnet die männliche Bevölkerung im Sanitätsbetrieb Bruneck auch im Zeitraum 1999-2003 eine standardisierte jährliche Inzidenzrate, die mit 468,1 pro 100.000 deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt (523,6 pro 100.000). Auch der Sanitätsbetrieb Brixen (591,5) weicht mit einer besonders hohen Verbreitung einiger Neoplasien deutlich vom Landesdurchschnitt ab. Die in der weiblichen Wohnbevölkerung Südtirols beobachtete standardisierte Rate (333,9 pro 100.000) unterscheidet sich hingegen in keinem Sanitätsbetrieb wesentlich vom Durchschnitt.

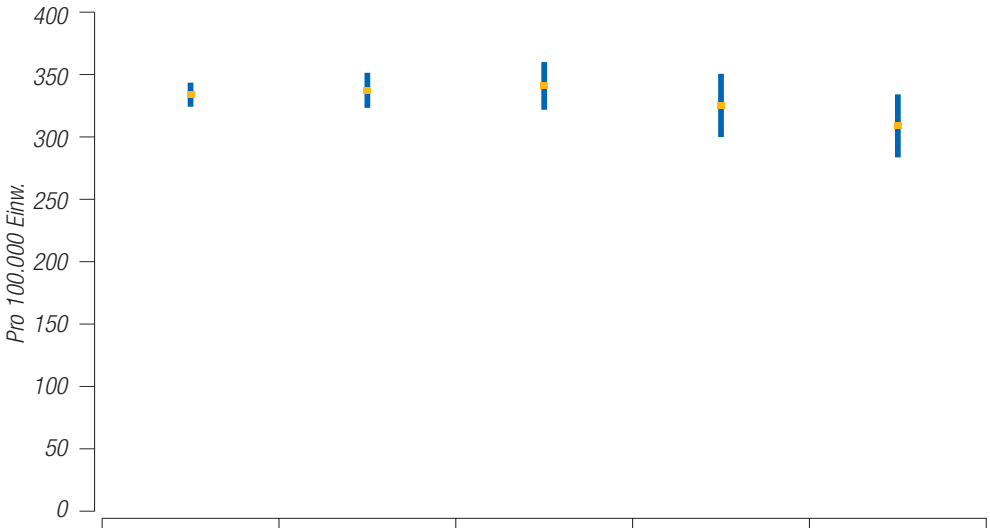
Abbildung 11: **Standardisierte Inzidenzraten - alle Tumore (ausgeschl. ICD IX 173) (IC 95%) Männer**



	Provinz	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
low	510,0	530,1	488,0	475,2	435,8
sir	523,6	548,8	512,6	510,3	468,1
high	536,2	567,6	537,2	546,2	500,4

Quelle: Tumorregister Südtirol

Abbildung 12: **Standardisierte Inzidenzraten - Alle Tumoren (ausgeschl. ICD IX 173) (IC 95%) Frauen**



	Provinz	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
low	324,2	323,3	321,8	299,9	283,6
sir	333,9	337,3	340,9	324,8	308,8
high	343,5	351,4	360,0	350,6	334,1

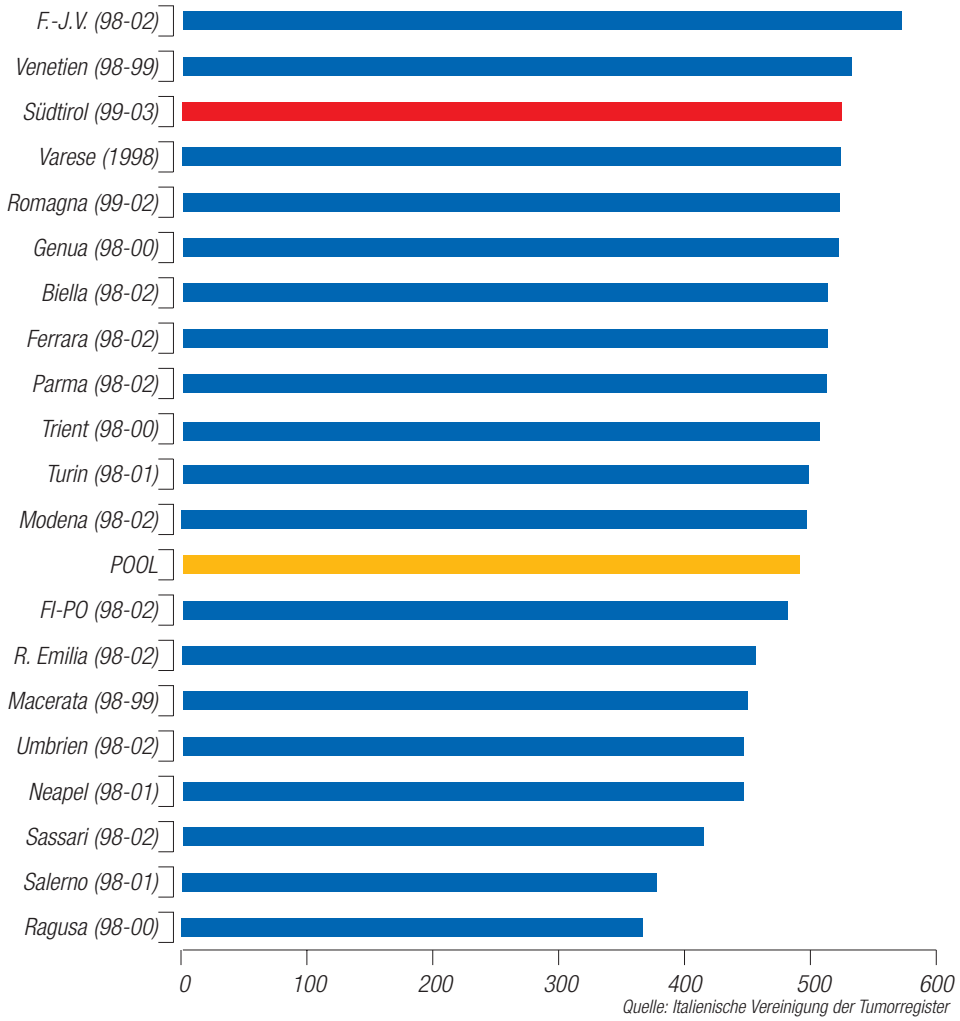
Quelle: Tumorregister Südtirol

Der Vergleich mit den Inzidenzraten auf gesamtstaatlicher Ebene wurde auf der Grundlage der neuesten, zu Beginn des Jahres 2006 von der Italienischen Vereinigung der Tumorregister (AIRT) veröffentlichten Daten in "I tumori in Italia - Rapporto 2006: Incidenza, mortalità e stime (Die Tumoren in Italien – Bericht 2006: Inzidenz, Mortalität und Schätzungen) gezogen, welche sich auf die im Zeitraum 1998-2002 gesammelten Daten 21 italienischer Tumorregister beziehen und ein Einzugsgebiet von 15 Millionen Italiener decken.

Insgesamt platziert die Inzidenzrate der Tumoren (ausgeschlossen die Hautkarzinome) in der männlichen Bevölkerung während des Fünfjahreszeitraums 1999-2003 die Autonome Provinz Bozen an einer oberen Stellung in der Rangliste der standardisierten Raten zusammen mit der Provinz Varese und hinter der Region Friaul-Julisch Venetien (das in absoluten Zahlen die höchste Inzidenz verzeichnet) und Venetien. Südtirol verzeichnet mit 523,6 pro 100.000 eine Rate, die über den von den italienischen Registern für die Jahre 1998-02 (490,1 pro 100.000) berechneten Werten liegt. Diese Position ist stark durch die hohe Inzidenz des Prostatakarzinoms bedingt, das rund ein Viertel der neuen diagnostizierten Tumorfälle unter den Südtirolern ausmacht und einen ansteigenden Trend im untersuchten Zeitraum hervorhebt.

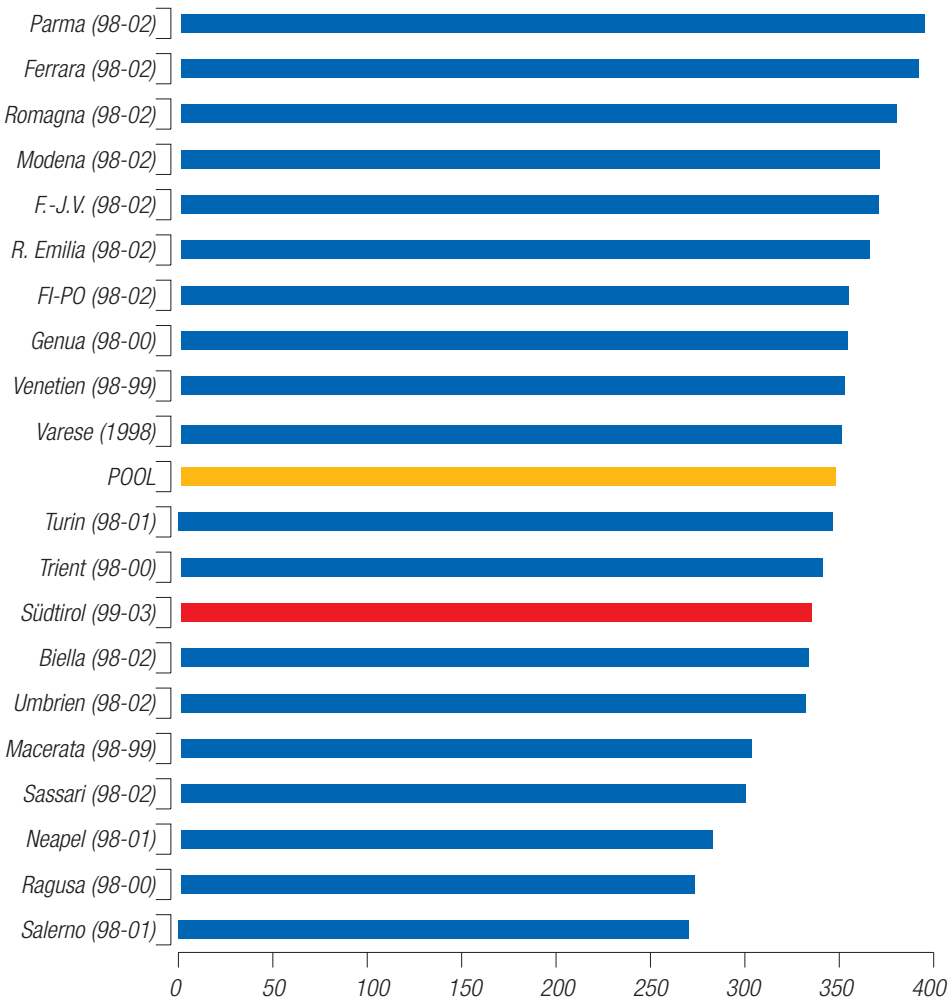
In Bezug auf die Südtiroler Frauen zeigt sich die Lage im Vergleich zu den anderen italienischen Provinzen positiver, vor allem aufgrund der minderen Häufigkeit des Mammakarzinoms, das normalerweise über 25% der bösartigen Tumoren bei den Frauen ausmacht. Die Daten der Autonomen Provinz Bozen (333,9 pro 100.000, standardisierte Rate) liegen unter dem durchschnittlichen Schätzwert der italienischen Register (346,5 pro 100.000, Jahre 1998-02), nicht weit entfernt von den süditalienischen Registern (Ragusa, Salerno, Neapel), welche allgemein die niedrigen, auch für die Männer beobachteten Inzidenzraten bestätigen.

Abbildung 13: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) alle Tumoren (ausgeschl. ICD IX 173) Männer - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 14: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) alle Tumoren (ausgeschl. ICD IX 173) Frauen - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

STERBLICHKEIT AUFGRUND VON TUMOREN

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

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

Archiv vermerkt wurden (Death Certificate Only – DCO – wichtigster Qualitätsindikator laut der WHO).

DAS LANDESSTERBLICHKEITSREGISTER

Mit Landesbeschluss Nr. 4215 vom 13. November 2000 wurde beim Tumorregister Südtirol in enger Zusammenarbeit mit den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe und mit der Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes das Landessterblichkeitsregister eingeführt.

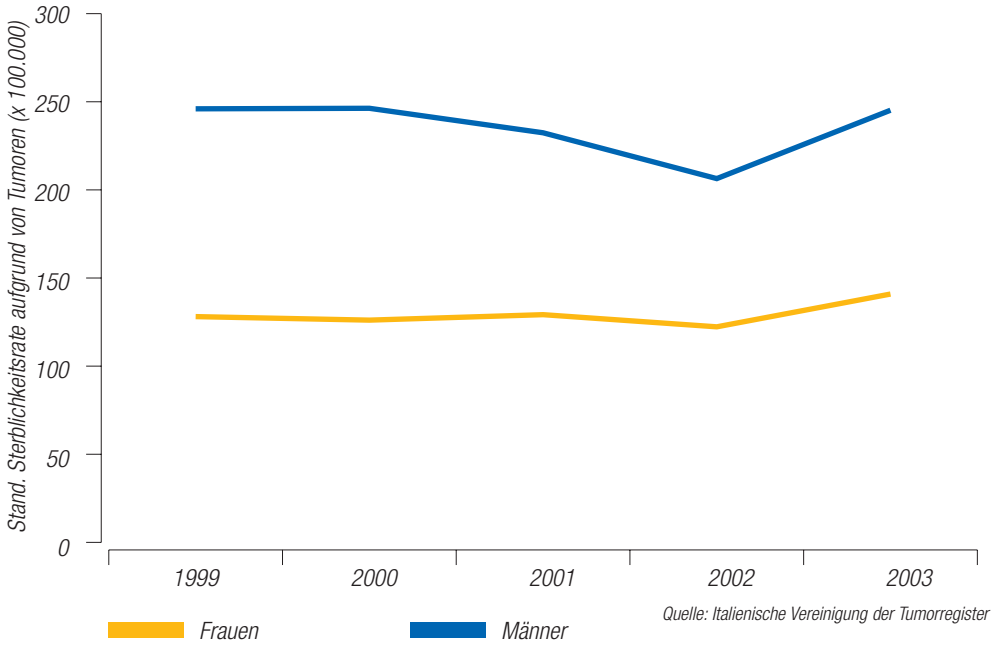
Das Landessterblichkeitsregister überprüft und registriert jede Information der ISTAT-Totenscheine, die vom Personal der vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Landes in die Datenbanken eingefügt werden und weist der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zu. Diese betreffen die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

In der Folge werden die Werte bezüglich der Todesfälle aufgrund von bösartigen Neoplasien in der Wohnbevölkerung während des Zeitraums 1999-2003 dargelegt: sie beruhen auf der Ausarbeitung der Totenscheine, für welche die Haupttodesursache ein bösartiger Tumor (Kodex ICD IX: 140 –208) war. Der Vergleich auf gesamtstaatlicher Ebene erfolgte mittels Standardisierung der Raten (Std.) in der italienischen Standard-Bevölkerung.

STERBLICHKEIT AUFGRUND VON TUMOREN 1999-2003

Im Zeitraum 1998-2003 verstarben 2.982 Männer (durchschnittlich 596 Todesfälle pro Jahr) mit einer Rate von 260,0 Todesfällen pro 100.000 Einwohner und 2.461 Frauen (durchschnittlich 492 pro Jahr) mit einer Rate von 208,9 Todesfällen pro 100.000 Frauen aufgrund von Tumorerkrankungen.

Abbildung 15: **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren (pro 100.000) - Alle Tumoren - Männer und Frauen**

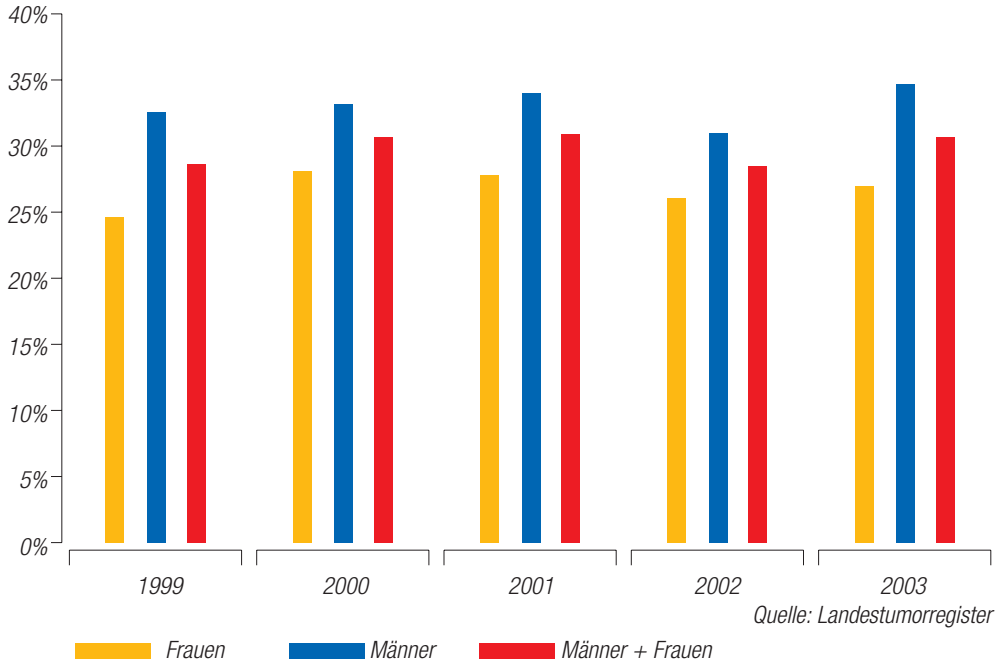


Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Der Verlauf der standardisierten Sterblichkeitsrate unter den Männern hebt im Zeitraum 1999-2003 einen rückläufigen Trend ab 2000 hervor, der sich 2003 jedoch brüsk umkehrt (245,2 Todesfälle pro 100.000 gegenüber 206,4 pro 100.000 im Vorjahr). Bei den Frauen zeigt sich das Phänomen im berücksichtigten Zeitraum konstanter und bestätigt eine Zunahme im Jahr 2003. Das Verhältnis zwischen der Anzahl der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren und den Todesfällen insgesamt ist zeitlich sehr stabil, mit Schwankungen zwischen 28,5% (2002) und 30,9% (2001). In der männlichen Bevölke-

rung ist die Todesursache in rund einem Drittel der Fälle eine Tumorerkrankung (33,1%), während dieser Prozentsatz bei den Frauen auf 26,7% sinkt.

Abbildung 16: **Anteil der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren an allen Todesfällen - Männer und Frauen**



Quelle: Landestumorregister

Tabelle 7: **Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung – Jahre 1999-2003**

ICD IX	Lokalisation	Todes-fälle	Unbereinigte Rate (x 100.000)	Std.-Rate (EU) (x 100.000)
140	Lippen	2	0,2	0,2
141	Zunge	22	1,9	1,9
142	Speicheldrüsen	7	0,6	0,6
143-145	Mund	24	2,1	2,0
146	Oropharynx	33	2,9	2,7
147	Rhinopharynx	6	0,5	0,5
148	Hypopharynx	39	3,4	3,2
149	Rachen, n.a.d.	16	1,4	1,4
150	Speiseröhre	101	8,8	8,0
151	Magen	246	21,5	19,3
152	Dünndarm	12	1,0	0,9
153	Kolon	213	18,6	16,7
154	Rektum	123	10,7	9,7
155	Leber	178	15,5	14,2
156	Gallenwege	56	4,9	4,3
157	Bauchspeicheldrüse	150	13,1	11,9
160	Nasenhöhlen	3	0,3	0,3
161	Kehlkopf	41	3,6	3,2
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	631	55,0	49,4
163-164	Andere Toraxorgane	5	0,4	0,4
MES	Mesotheliom	25	2,2	2,0
170	Knochen	6	0,5	0,5
171	Weichteile	13	1,1	1,0
KAP	Karposisarkom	-	-	-
172	Melanome der Haut	29	2,5	2,4
173	Haut, Nicht-Melanome	14	1,2	1,2
175	Brust (Mann)	3	0,3	0,2
185	Prostata	331	28,9	25,7
186	Hoden	1	0,1	0,1
187	Penis und sonstige männl. Geschlechtsorgane	2	0,2	0,2
188	Blase	139	12,1	10,9
189	Nieren und andere Harnwege	88	7,7	7,0
190	Augen	2	0,2	0,2
191-192	Großhirn und ZNS	76	6,6	6,2
193	Schilddrüse	13	1,1	1,0
194	Andere endokrine Drüsen	4	0,3	0,3
201	Hodgkin-Lymphom	3	0,3	0,2
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	82	7,2	6,5
203	Myelom	41	3,6	3,2
204	Lymphatische Leukämie	38	3,3	3,0
205	Myeloische Leukämie	50	4,4	3,8
206	Monozytische Leukämie	3	0,3	0,2
207	Sonst. definierte Leukämien	1	0,1	0,1
208	Leukämie, n.a.d.	2	0,2	0,2
	Schlecht defin. Lokalisationen	108	9,4	8,5
	ALLE LOKALISATIONEN	**2.982**	**260,1**	**235,3**

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 8: **Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der weiblichen Wohnbevölkerung - Jahre 1999-2003**

ICD IX	Lokalisation	Todesfälle	Unbereinigte Rate (x 100.000)	Std.-Rate (EU) (x 100.000)
1140	Lippen	1	0,1	0,0
141	Zunge	5	0,4	0,3
142	Speicheldrüsen	5	0,4	0,3
143-145	Mund	10	0,8	0,6
146	Oropharynx	3	0,3	0,2
147	Rhinopharynx	1	0,1	0,1
148	Hypopharynx	4	0,3	0,3
149	Rachen, n.a.d.	4	0,3	0,2
150	Speiseröhre	20	1,7	1,2
151	Magen	206	17,5	10,2
152	Dünndarm	8	0,7	0,5
153	Kolon	228	19,4	11,2
154	Rektum	105	8,9	5,3
155	Leber	57	4,8	2,9
156	Gallenwege	96	8,1	5,0
157	Bauchspeicheldrüse	192	16,3	10,1
160	Nasenhöhlen	3	0,3	0,2
161	Kehlkopf	6	0,5	0,3
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	217	18,4	12,4
163-164	Andere Toraxorgane	3	0,3	0,2
MES	Mesotheliom	21	1,8	1,2
170	Kochen	2	0,2	0,2
171	Weichteile	7	0,6	0,4
KAP	Karposisarkom	1	0,1	0,1
172	Melanome der Haut	32	2,7	1,7
173	Haut, Nicht-Melanome	20	1,7	0,8
174	Brust (Frau)	398	33,8	23,6
179	Gebärmutter, n.a.d.	11	0,9	0,4
180	Gebärmutterhals	27	2,3	1,5
181	Plazenta	-	-	-
182	Gebärmutterkörper	65	5,5	3,2
183	Eierstock	138	11,7	7,7
184	Sonst. weibl. Geschlechtsorgane	24	2,0	1,1
188	Blase	58	4,9	2,6
189	Nieren und andere Harnwege	56	4,8	2,7
190	Augen	5	0,4	0,3
191-192	Großhirn und ZNS	70	5,9	4,1
193	Schilddrüse	21	1,8	1,0
194	Andere endokrine Drüsen	3	0,3	0,1
201	Hodgkin-Lymphom	4	0,3	0,2
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	71	6,0	3,9
203	Myelom	45	3,8	2,5
204	Lymphatische Leukämie	25	2,1	1,2
205	Myeloische Leukämie	51	4,3	2,6
206	Monozytische Leukämie	1	0,1	0,0
207	Sonstige Leukämie	-	-	-
208	Leukämie, n.a.d.	7	0,6	0,4
	Schlecht definierte Lokalisationen	124	10,5	6,0
	ALLE LOKALISATIONEN	**2.461**	**208,9**	**131,1**

Quelle: Landessterblichkeitsregister

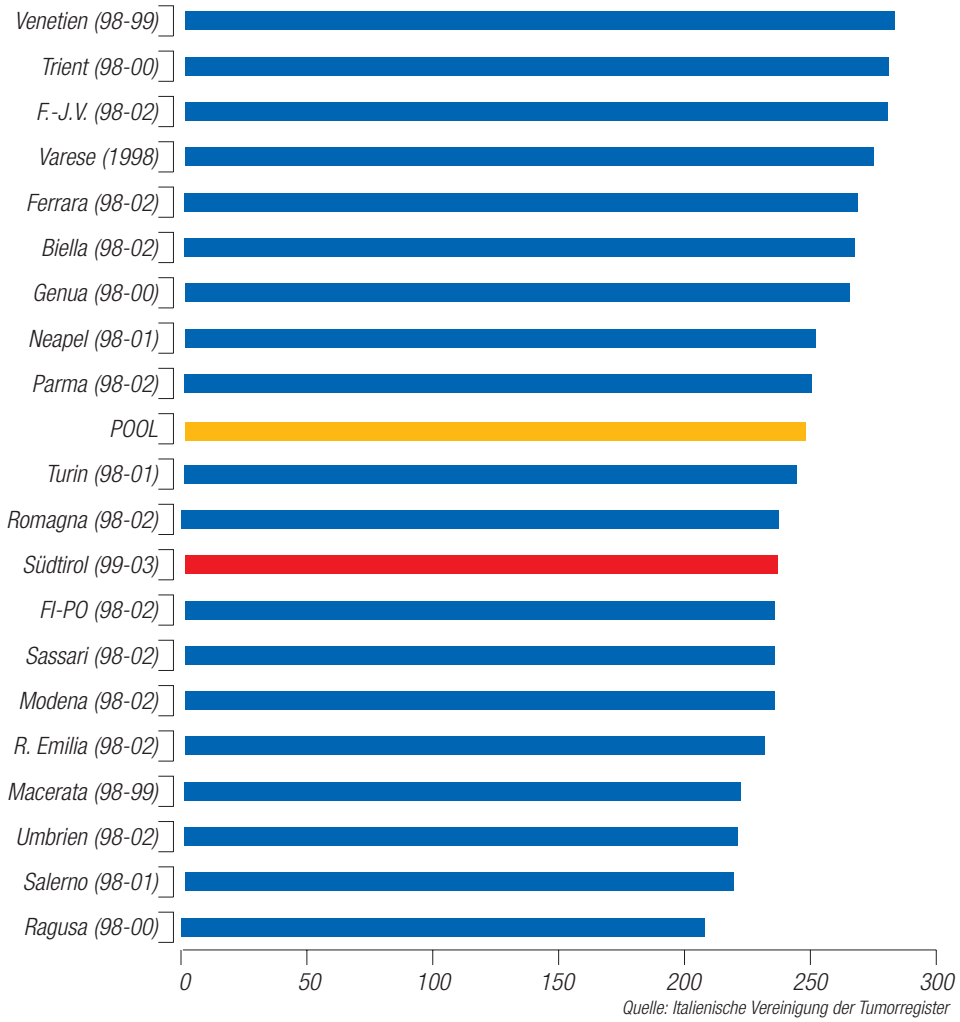
HÄUFIGSTE TODESURSACHEN AUFGRUND VON TUMOREN

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (631 Todesfälle, was 21,2% der gesamten Todesfälle aufgrund von Neoplasien entspricht), das Kolon-Rektum-Karzinom (336 Todesfälle, 11,3%), das Prostatakarzinom (331 Todesfälle, 11,1%), das Magenkarzinom (246 Todesfälle, 8,2%) und das Leberkarzinom (178 Todesfälle, 6,0%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom die häufigste Todesursache aufgrund von Neoplasien (398 Todesfälle, 16,2%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (333 Todesfälle, 13,6%), vom Lungenkarzinom (217 Todesfälle, 8,8%), vom Magenkarzinom (206 Todesfälle, 8,4%) und vom Pankreaskarzinom (192 Todesfälle, 7,8%).

STERBLICHKEIT AUFGRUND ALLER TUMOREN

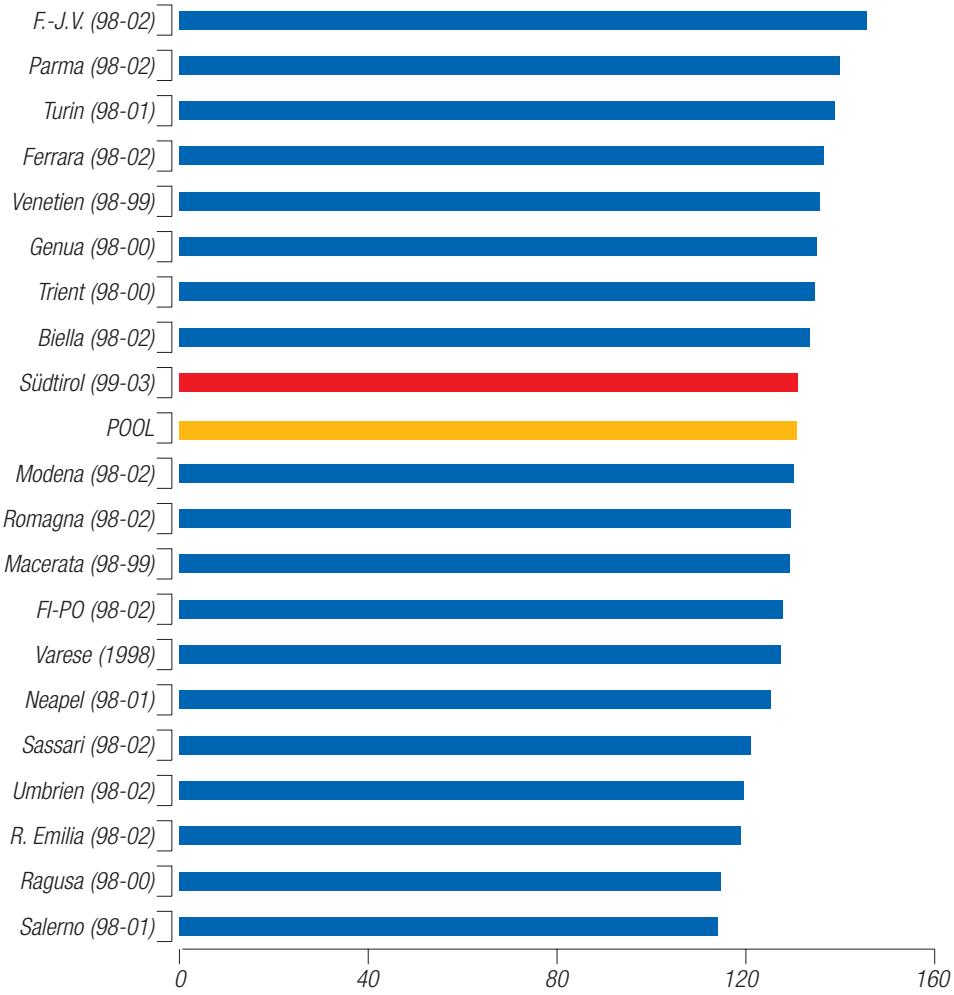
Insgesamt verweist die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren in der männlichen Bevölkerung die Autonome Provinz Bozen in den Jahren 1999-2003 an eine untere Stelle in der Rangliste der standardisierten Raten der italienischen Tumorregister (235,3 Todesfälle pro 100.000). Auf gesamtstaatlicher Ebene schwanken die standardisierten Raten für die Männer von 281,7 pro 100.000 (Venetien) bis 207,8 pro 100.000 (Ragusa). Im Vergleich der Sterblichkeitsraten bei Frauen liegt die Autonome Provinz Bozen mit 131,1 Todesfällen pro 100.000 an einer zentralen Stelle der italienischen Rangliste und entspricht in etwa dem gewichteten Durchschnitt (130,9). Die Sterblichkeitsraten aufgrund von Tumoren nehmen bei den Frauen niedrigere Werte als bei den Männern an und schwanken zwischen 114,0 pro 100.000 (Salerno) und 146,6 pro 100.000 (Friaul-Julisch Venetien).

Abbildung 17: **Standardisierte Sterblichkeitsraten (pro 100.000) alle Tumoren – Männer - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 18: **Standardisierte Sterblichkeitsraten (pro 100.000) alle Tumoren – Frauen - Italien**



Quelle: Vereinigung der italienischen Tumorregister

3.5. ATEMWEGERKRANKUNGEN

Die Atemwegerkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren die dritte Todesursache in der Provinz. Die an chronischer Bronchitis Leidenden belaufen sich nach den Daten der Mehrzweckerhebung 2003 auf 3,6% der männlichen Bevölkerung und auf 2,6% der weiblichen Bevölkerung, während die Asthmatiker 3,6% unter den Männern und 2,1% unter den Frauen ausmachen. Bei den Bronchitiden nimmt die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) eine Vorrangstellung ein.

RISIKOFAKTOREN

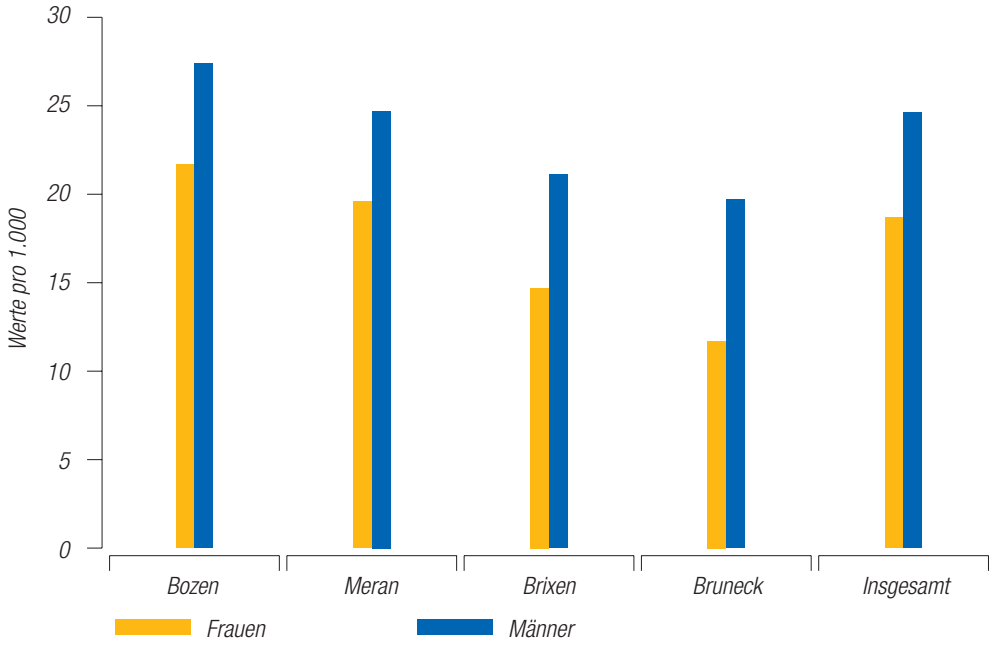
Die Risikofaktoren für die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie können umweltbedingten (Zigarettenrauch, Luftverschmutzung, Atemweginfektionen im Kindesalter) oder individuellen, genetischen Ursprungs sein.
Tabakrauchen ist der wichtigste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20% der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidierenden Atmungsinsuffizienz.

MAPPING DER CHRONISCHEN BRONCHOPATHIEN

Die Prävalenz der in Südtirol aus dem Mapping-Projekt der chronischen Krankheiten hervorgehenden chronischen Bronchopathien entspricht 21,6 Fällen pro 1.000 Einwohner

(24,6 unter den Männern und 18,7 unter den Frauen), mit einem Altersdurchschnitt der Kranken von 56,3 Jahren für die Männer und 57,4 Jahren für die Frauen.
Die Prävalenz fällt im Sanitätsbetrieb Bruneck niedriger aus, im Sanitätsbetrieb Bozen höher.

Abbildung 19: **Prävalenz der chronischen Bronchopathien nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb. Provinz Bozen - Jahr 2004**



KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen von Einwohnern mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2005 insgesamt auf 6.325, mit einer Hospitalisierungsrate von 1.544,8 pro 100.000 für die Männer und 1.103,0 pro 100.000 für die Frauen. Die häufigstsen Aufenthaltsdiagnosen sind Pneumonie und Grippe sowohl unter den Männern (1.105 Aufenthalte) als auch unter den Frauen (828 Aufenthalte). Außerdem sind zahlreiche Aufenthalte aufgrund von chronischen Rachen-Mandelhyperplasien und die Aufenthalte aufgrund von chronischer Bronchitis (845 Fälle für beide Diagnosen) zu vermerken.

Tabelle 9: **Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Atemwegerkrankung. Provinz Bozen - Jahre 2003-2005**

	Aufenthalte 2005	Hospitalisierungsrate 2005	Todesfälle 2003	Sterblichkeitsrate 2001-03
MÄNNER				
Akute Infektionen der Atemwege	555	234,6	1	0,6
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	853	360,6	-	-
Pneumonie und Grippe	1.105	467,2	67	29,1
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	637	269,3	73	27,9
Pneumokoniosen	85	35,9	9	3,6
Sonstige Atemwegerkrankungen	419	177,1	5	3,3
INSGESAMT	**3.654**	**1.544,8**	**155**	**64,6**
FRAUEN				
Akute Infektionen der Atemwege	452	186,7	2	0,4
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	621	256,4	-	-
Pneumonie und Grippe	828	341,9	81	32,4
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	441	182,1	49	17,0
Pneumokoniosen	50	20,6	13	3,2
Sonstige Atemwegerkrankungen	279	115,2	8	4,9
INSGESAMT	**2.671**	**1.103,0**	**153**	**58,0**

Quelle: KEB, Landessterblichkeitsregister

Die Pneumonie und Grippe stellen unter den Atemwegerkrankungen die häufigste Todesursache (29,1 pro 100.000 für die Männer im Zeitraum 2001-2003 und 32,4 pro 100.000 für die Frauen). Die chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten sind die zweithäufigste Todesursache, vor allem für die Männer, für die sie im gesamten Zeitraum außer für das Jahr 2002 die erste Todesursache waren.

Abbildung 20: **Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen, Männer. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**

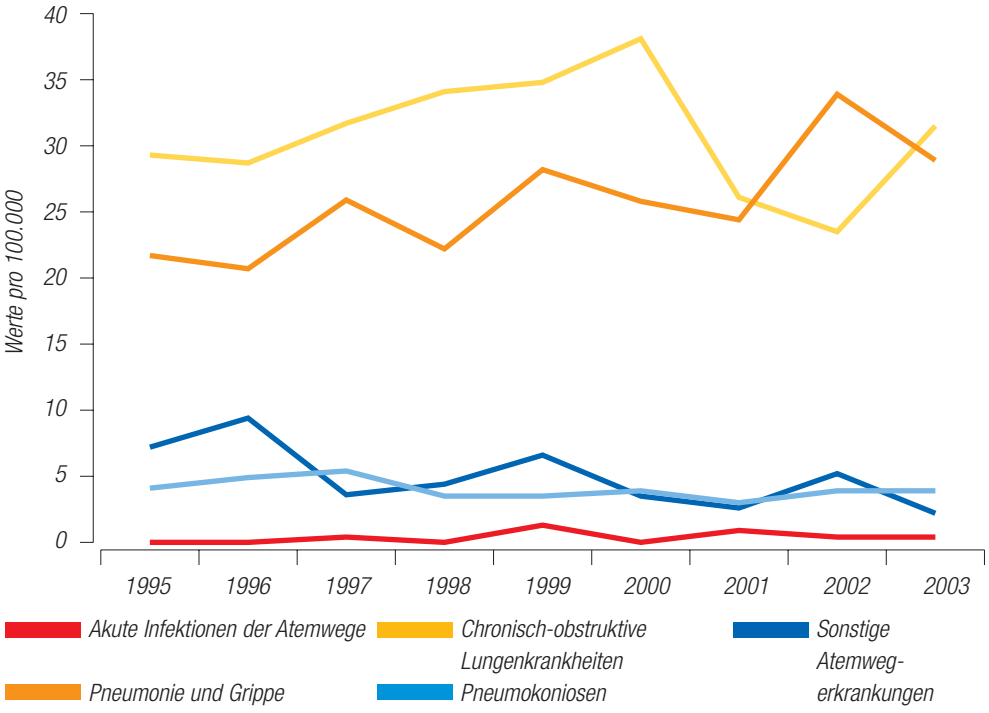
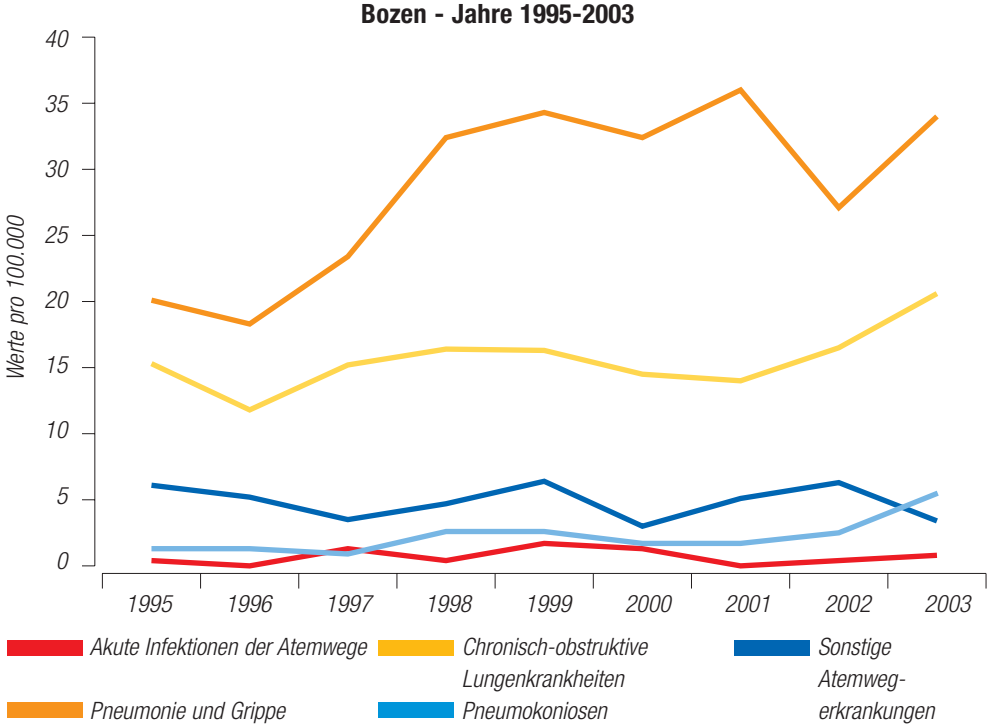


Abbildung 21: **Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen, Frauen. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**



3.6. INFEKTIONSKRANKHEITEN

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

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

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

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

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

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

Die am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 1.443 Fällen, was einer Inzidenz von 301,4 pro 100.000 Einwohner entspricht.

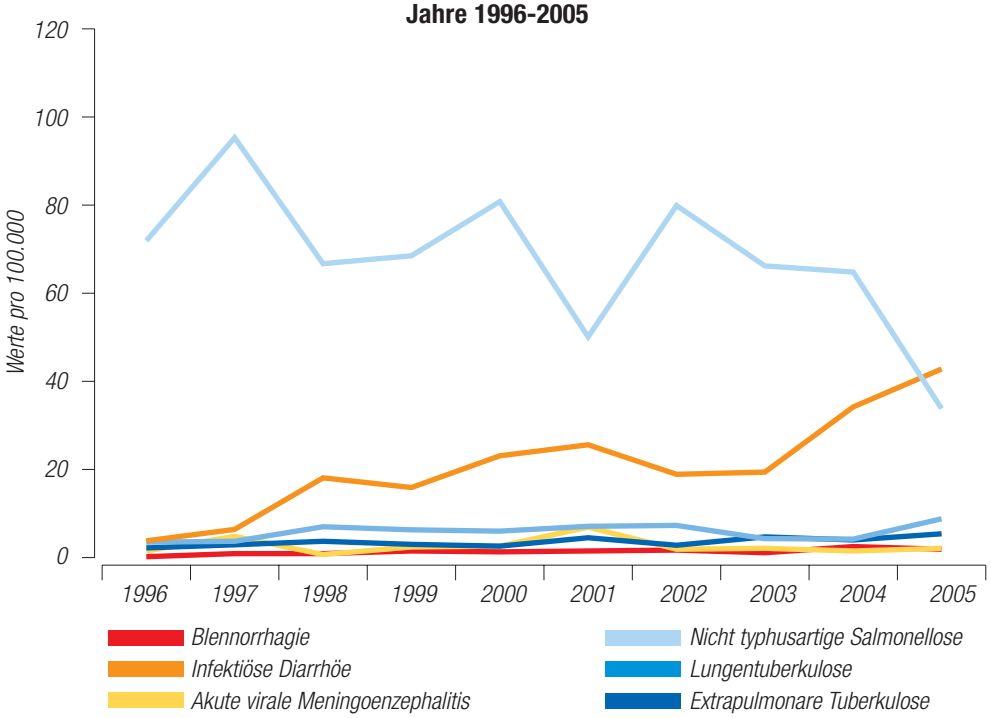
Tabelle 10: **Gemeldete Fälle von Infektionskrankheiten und Raten pro 100.000 Einwohner. Provinz Bozen - Jahr 2005**

	Meldungen	*Meldungen x 100.000*
Blennorrhagie	*9*	*1,9*
Infektiöse Diarrhöe	*205*	*42,8*
Virushepatitis A	*9*	*1,9*
Virushepatitis B	*3*	*0,6*
Typhusfieber	*1*	*0,2*
Legionellose	*1*	*0,2*
Listeriose	*2*	*0,4*
Meningokokkenmeningitis	*3*	*0,6*
Akute virale Meningoenzephalitis	*10*	*2,1*
Epidemischer Mumps	*54*	*11,3*
Keuchhusten	*92*	*19,2*
Röteln	*28*	*5,8*
Nicht typhusartige Salmonellose	*162*	*33,8*
Scharlach	*550*	*114,9*
Syphilis	*8*	*1,7*
Windpocken	*1.443*	*301,4*
INSGESAMT KLASSE II	***2.580***	***539,0***
Lungentuberkulose	*42*	*8,8*
Extrapulmonare Tuberkulose	*26*	*5,4*
INSGESAMT KLASSE III	***55***	***11,5***

Quelle: SIMI

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

Abbildung 22: **Melderaten für einige Infektionskrankheiten. Provinz Bozen - Jahre 1996-2005**



AUFENTHALTE AUFGRUND VON INFEKTIONSKRANKHEITEN

2005 wurden 1.691 Krankenhausentlassungen mit einer Infektionskrankheit als primäre Aufenthaltsdiagnose verzeichnet; in 46,1% der Fälle waren die Ursachen Darminfektionen, in 24,9% andere bakterielle Erkrankungen und in 11,0% virale Erkrankungen mit Exanthem.

Die Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten im Laufe der Jahre 2002 und 2003 beliefen sich auf 30 bzw. 36 mit einem Durchschnitt von 4,5 Todesfällen pro 100.000 Einwohner im Zeitraum 2001-2003. Ein beträchtlicher Teil der Todesfälle erfolgte aufgrund von Septikämie (12 Fälle sowohl 2002 als auch 2003).

AIDS

Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2005 wurden in der Provinz Bozen 237 Fälle von AIDS gemeldet. Die Inzidenz der AIDS-Fälle ist seit 1996 mit einem Wert von 0,6 Fällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2005 progressiv rückläufig (2004 waren es 2,1 pro 100.000 und auf gesamtstaatlicher Ebene 2,0 pro 100.000 im Jahr 2005).

Den gesamtstaatlichen Daten zufolge stieg das Durchschnittsalter bei der Diagnose von 29 Jahren im Jahr 1985 auf 41 Jahre im Jahr 2005 unter den Männern und von 24 Jahren auf 38 Jahre unter den Frauen an. Ansteigend ist außerdem der Anteil der Fälle, die heterosexuellen Kontakten zuzuschreiben sind, welche seit 2002 die häufigste Übertragungsmodalität darstellen (42,0% der Fälle im Zweijahreszeitraum 2004-2005), gefolgt von der Risikogruppe der Drogenabhängigen (30,8%) und Homo-/Bisexuellen (19,7%).

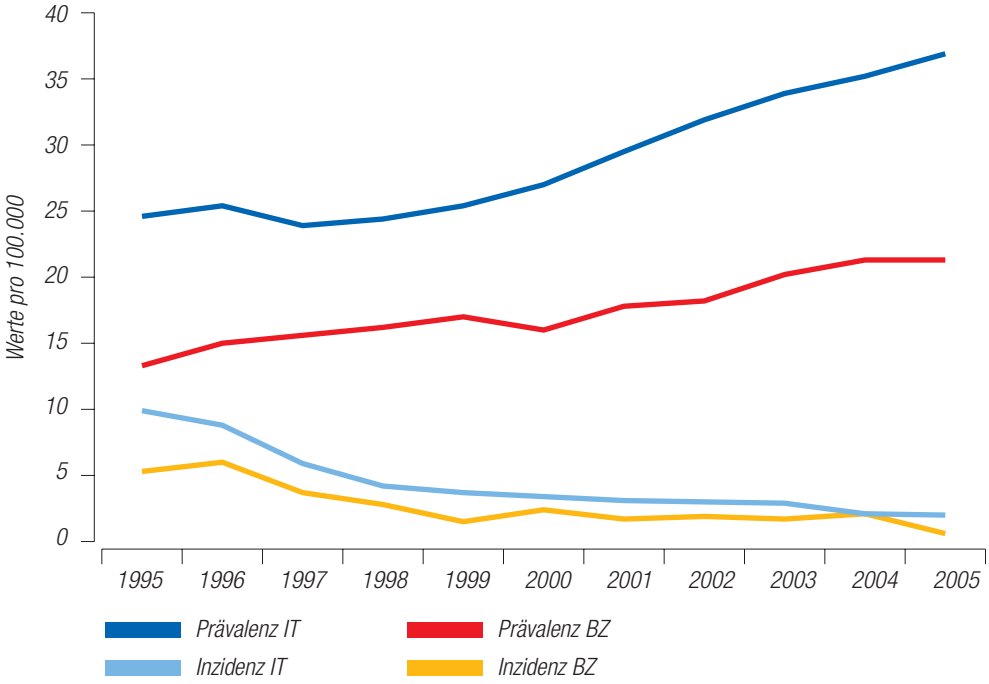
Die neuen HIV-Infektionen in der Provinz Bozen machten 2004 einen Anteil von 4,1 pro 100.000 Einwohner aus (3,5 im Jahr 2003).

Tabelle 11: **Aufenthalte, Todesfälle und Sterblichkeitsraten aufgrund von Infektionskrankheiten. Provinz Bozen - Jahre 2003-2005**

	Krankenhausentlassungen 2005			Todesfälle		Sterblichkeitsrate
	Männer	Frauen	Insges.	2002	2003	2001-2003 (x100.000)
Darminfektionen	362	418	780	3	5	0,4
Tuberkulose	33	19	52	3	2	0,6
Von Tieren übertragene bakterielle Erkrankungen	1	-	1	-	-	-
Sonstige bakterielle Erkrankungen	205	216	421	16	19	2,4
HIV/AIDS	1	2	3	-	2	0,1
Poliomyelitis und andere virale Krankheiten des zentralen Nervensystems	10	15	25	-	1	0,1
Virale Krankheiten mit Exanthem	85	101	186	1	-	0,1
Viruskrankheiten durch Arthropoden	1	1	2	-	-	-
Andere Virus- und Clamydia-Krankheiten	58	52	110	4	4	0,3
Rickettsiose	5	5	10	-	-	0,1
Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten	5	-	5	-	-	-
Andere Krankheiten durch Spirochäten	-	-	-	-	-	-
Mykose	18	13	31	1	1	0,1
Helminthiasen	14	7	21	-	-	-
Sonstige Infektions- und parasitäre Krankheiten	24	27	51	2	2	0,2
Folgeerscheinungen von Infektions- und parasitären Krankheiten	-	3	3	-	-	-
INSGESAMT	**812**	**879**	**1.691**	**30**	**36**	**4,5**

Quelle: SIMI, KEB

Abbildung 23: **Inzidenz- und Prävalenzraten von AIDS. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1995-2005**



3.7. SELTENE KRANKHEITEN

WAS SIND SELTENE KRANKHEITEN

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

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

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

VERSORGUNGSNETZ

Mit dem DM 279/2001 wurde das nationale Versorgungsnetz für die seltenen Krankheiten eingeführt; die Regionen haben die Aufgabe, es zu planen und zu verwalten. Die Autonome Provinz Bozen unterzeichnete mit den Regionen Venetien, Friaul-Julisch Venetien und der Autonomen Provinz Trient ein Abkommen, um im Gebiet der Drei Venetien ein weitreichendes Versorgungsnetz für die seltenen Krankheiten einzurichten. Das Ziel ist die Konzentration der Versorgung in einigen wenigen Zentren, welche die komplexesten Pathologien zu behandeln imstande sind und gleichzeitig Verfahren einleiten können, um dem häufig chronischen und beeinträchtigten Patient die beste Behandlung an seinem Wohnort gewährleisten zu können. Die Festlegung von Versorgungswegen, welche dem Patient die Inanspruchnahme der verschiedenen Elemente des Versorgungssystems (einschlägige Zentren, Krankenhäuser, Sprengel und Hausärzte) und deren Überwachung erleichtern, kennzeichnen die Tätigkeiten, welche die in das Projekt einbezogenen Verwaltungen umsetzen wollen.

EINIGE DATEN

Anhand der Untersuchung der KEB von 2002 bis 2004 konnte die Anzahl der von seltenen Krankheiten betroffenen Patienten in der Provinz Bozen auf rund 2.600 geschätzt werden. 2004 zählten die aktiven Ticket-Befreiungen aufgrund von seltenen Krankheiten wenig mehr als 1.200 Personen für insgesamt über 100 verschiedene Krankheiten, was beweist, dass nicht alle von diesen Krankheiten betroffenen Patienten um die Ticket-Befreiungen ansuchen. Die häufigste Ticket-Befreiungen aufgrund einer seltenen Krankheit war im Jahr 2004 in der Provinz Bozen jene für zöliakische Sprue. Kürzlich beschloss das Gesundheitsministerium, die Zöliakie – deren schwerste Form dieses Syndrom darstellt – mit einem eigenen Gesetz zu schützen und diese Krankheit nicht mehr in die seltenen Krankheiten einzustufen. Die zweithäufigste Ticket-Befreiung erfolgt aufgrund des Keratokonus (Verwölbung der Hornhaut). Im Vergleich zu den in den Landesarchiven registrierten Ticket-Befreiungen bleiben jedoch alle neuromuskulären Krankheiten sowie alle Chromosomenkrankheiten ausgeschlossen, die einen beträchtlichen Versorgungsaufwand und große Leiden mit sich bringen.

Tabelle 12: **Häufigste Ticket-Befreiungen aufgrund von aktiven seltenen Krankheiten im Jahr 2004 in der Provinz Bozen**

Seltene Krankheiten	Männer	Frauen	Insgesamt	Durchschn. Alter
Angeborener Mangel an Alpha-1-Antitrypsin	23	20	43	27,7
Angeborene adrenogenitale Syndrome	14	21	35	24,9
Angeborerene Alterationen des Eisenstoffwechsels	53	15	68	51,5
Primäre Immuninsuffizienzen	15	19	34	36,2
Vererbte Anämien	13	17	30	33,0
Vererbte Koagulopathien	46	21	67	36,8
Keratokonus	46	36	82	39,7
Netzhaut-Dystrophie	26	26	52	45,5
Einheimische Sprue	82	244	326	32,1
Dermatomyositis	13	17	30	47,7
Dysplastischer Nävuszellnävus	15	21	36	35,2
Sonstige Befreiungen aufgrund seltener Krankheiten	165	247	412	37,9
INSGESAMT	**511**	**704**	**1.215**	**36,7**

Quelle: Ticket-Befreiungen

3.8. GEISTIGE UND PSYCHOLOGISCHE GESUNDHEIT

Das Netz der Psychiatrischen Dienste umfasst alle Einrichtungen für psychisch Kranke, die direkt von den Sanitätsbetrieben verwaltet oder benutzt werden, und die sozio-psychiatrischen Einrichtungen, die von den Sozialdiensten verwaltet werden.

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

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

Die gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes sind das Zentrum für Geistige Gesundheit (ZGG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, der Dienst Day-and-Night Hospital, die Rehabilitationszentren und weitere Einrichtungen für die stationäre und halbstationäre Versorgung.

ZGG-PATIENTEN

2005 wurden 8.637 Personen von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes versorgt, was 18,0 pro 1.000 Einwohner entspricht. Die geringste Patientenprävalenz verzeichnet das ZGG von Meran (13,8 pro 1.000), die höchste das ZGG von Bruneck (23,3 pro 1.000).

Abbildung 24: **Von den ZGG versorgte Patienten pro 1.000 Einwohner. Provinz Bozen - Jahre 1999-2005**

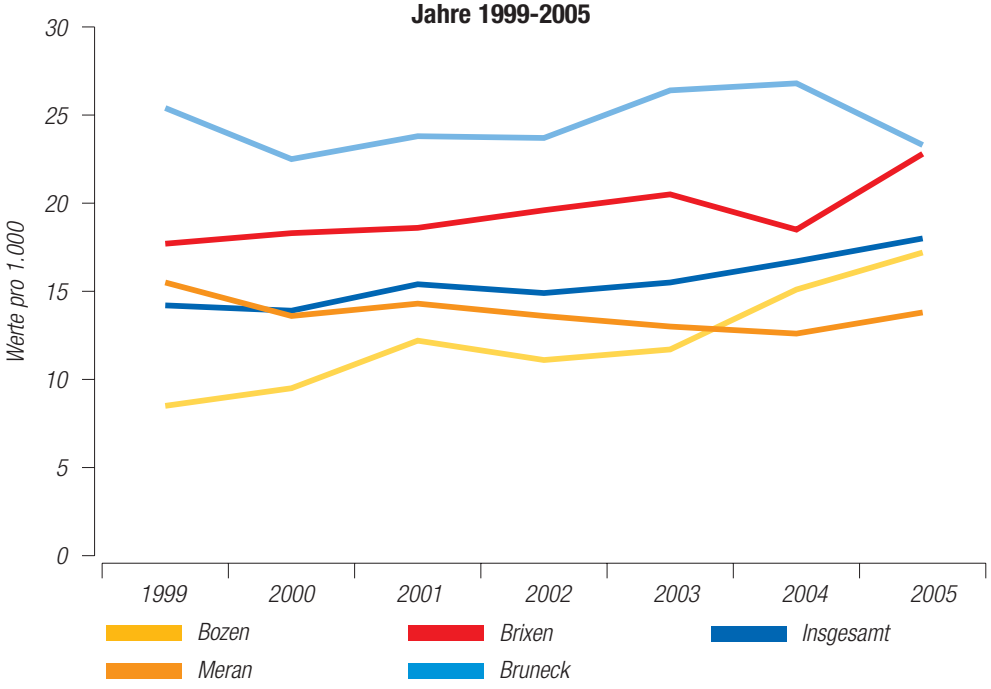


Tabelle 13: **Von den ZGG erbrachte Leistungen* nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Zugunsten des Patienten erbrachte Leistungen				
Psychiatrische/s Untersuchung und Gespräch	9.747	7.678	6.423	4.857
Klinisches psychologisches Gespräch	852	1.980	13	1.098
Sonstiges Gespräch	234	12.789	130	1.011
Beratung	974	19.644	683	41.212
Rechtsmedizinische Ermittlungen	19	-	-	113
Standardisierte Bewertung/Tests	9	539	5	68
Verabreichung von Medikamenten	1.482	12.490	4.222	2.874
Individuelle Psychotherapie	3.436	1.718	8.203	3.500
Familienpsychotherapie	77	100	11	500
Gruppenpsychotherapie	327	367	38	298
Zugunsten der Familien erbrachte Leistungen				
Gespräch	-	935	-	1.112
Aufklärungs- und psychotherapeutische Erziehungsmaßnahmen	-	1.225	-	921
Behandlungsintegration				
Versammlungen mit MMG	-	1.657	784	1.933
Verschiedene Eingriffe	3.277	4.995	-	11.420
Sozialfürsorgliche Eingriffe	-	15.389	805	17.362

** die Daten sind nicht zwischen den einzelnen Sanitätsbetrieben vergleichbar, da sie mit verschiedenen Kriterien erfasst wurden*

Quelle: ZGG

PATIENTEN DER PSYCHOLOGISCHEN DIENSTE

Im Jahr 2005 wurden von den Psychologischen Diensten 7.174 Patienten versorgt, 40,5% davon waren neue Patienten. Insgesamt wurden 61.374 Leistungen erbracht, was (mit Ausnahme der Präventionsleistungen) 7,9 Leistungen pro Patient entspricht.

Tabelle 14: **Von den Psychologischen Diensten versorgte Patienten nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Patienten	davon neue Patienten	Patienten pro 1.000 Einw.
Bozen	2.581	995	17,6
Meran	2.125	1.003	17,0
Brixen	1.186	400	17,3
Bruneck	1.282	505	17,7
INSGESAMT	**7.174**	**2.903**	**17,4**

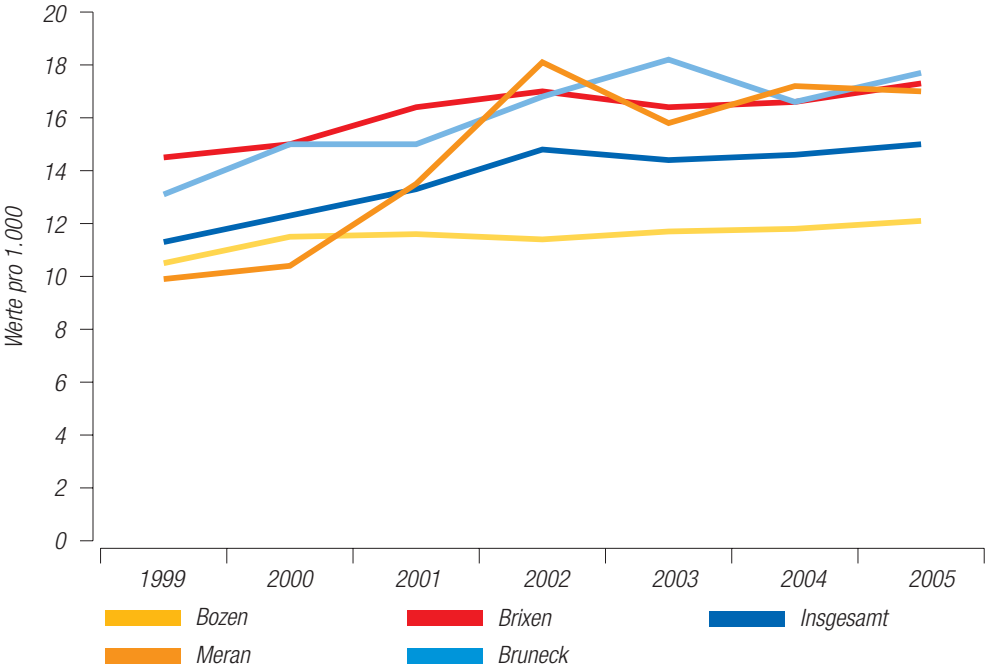
Quelle: Psychologische Dienste

Tabelle 15: **Von den Psychologischen Diensten erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Diagnostische Auswertung	5.236	3.967	2.622	3.939	15.764
Psychologische Beratung	7.020	8.764	4.811	3.021	23.616
Psychotherapie	4.790	1.573	2.551	2.445	11.359
Falldiskussion/ Interdisziplinarbesprechungen	1.889	1.548	1.353	919	5.709
Prävention	1.188	1.890	873	975	4.926
INSGESAMT	**20.123**	**17.742**	**12.210**	**11.299**	**61.374**

Quelle: Psychologische Dienste

Abbildung 25: **Von den Psychologischen Diensten versorgte Patienten pro 1.000 Einwohner. Provinz Bozen - Jahre 1999-2005**



Die häufigste Entlassungsdiagnose der von den ZGG versorgten Patienten war die affektive Psychose (44,7% der Fälle), gefolgt von den neurotischen Störungen (14,2%) und schizophrenen Psychosen (10,4%). Die schizophrenen Psychosen sind unter den Männern stärker verbreitet (14,5% gegenüber 7,8% und 15,7% gegenüber 10,9%) , während die affektiven Psychosen und die neurotischen Störungen häufiger Frauen betreffen (38,2% gegenüber 48,8% bzw. 13,3% gegenüber 14,7%).

Die Krankenhausentlassungen von Patienten mit psychiatrischer Primärdiagnose waren insgesamt 3.508, was 732,8 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Auch im Fall der Krankenhausentlassungen überwiegen die Diagnosen der affektiven Psychosen (25,2%), gefolgt vom Alkoholabhängigkeitssyndrom (15,6%), den neurotischen Störungen (11,1%) und den schizophrenen Psychosen (9,6%).

Tabelle 16: **Von den ZGG versorgte Patienten und Krankenhausentlassungen nach Ursache. Provinz Bozen - Jahr 2005**

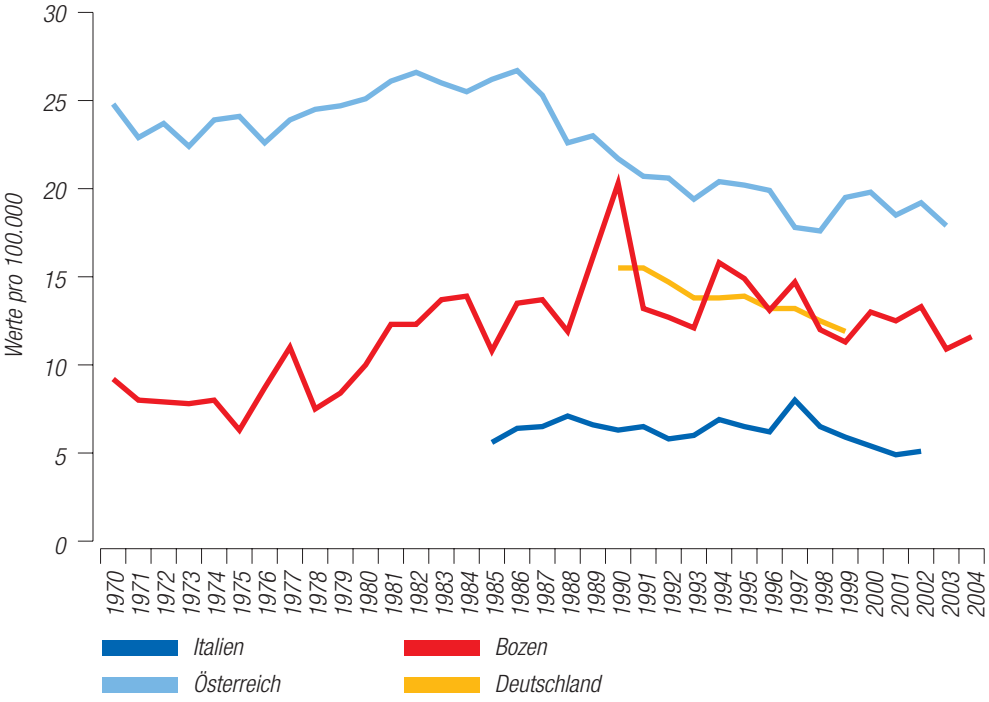
	ZGG-Patienten	Krankenhausentlassungen	
		Fälle	Rate x 100.000
Organische senile und präsenile psychotische Zustände	109	311	65,0
Alkoholpsychosen	23	104	21,7
Medikamentenpsychosen	5	34	7,1
Vorübergehende organische psychotische Zustände	40	59	12,3
Sonstige organische psychotische Zustände	18	24	5,0
Schizophrene Psychosen	517	338	70,6
Affektive Psychosen	2231	884	184,7
Wahnsinnszustände	118	36	7,5
Sonstige, nicht organische Psychosen	118	63	13,2
Psychosen mit spezifischem Ursprung in der Kindheit	3	3	0,6
Neurotische Störungen	707	391	81,7
Persönlichkeitsstörungen	184	151	31,5
Abweichendes Sexualverhalten und sexuelle Störungen	1	-	-
Alkoholabhängigkeitssyndrom	80	547	114,3
Medikamentensucht	9	37	7,7
Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit	14	227	47,4
Somatische Funktionsstörungen	135	34	7,1
Besondere Symptome oder Syndrome	65	87	18,2
Akute Reaktion auf Stresssituationen	31	26	5,4
Anpassungsreaktionen	221	111	23,2
Spezifische psychische Störungen	20	21	4,4
Nicht klassifizierte depressive Störungen	2	5	1,0
Verhaltensstörungen	12	13	2,7
Emotivitätsstörungen	53	-	-
Kindliches Hyperkinesesyndrom	39	1	0,2
Spezifische Retardierung der Entwicklung	0	4	0,8
Mit sonstigen, anderswo klassifizierten Krankheiten zusammenhängende psychische Faktoren	1	-	-
Leichte Oligophrenie	84	18	3,8
Sonstige spezifizierte Oligophrenien	27	9	1,9
Nicht spezifizierte Oligophrenie	19	-	1,9
INSGESAMT	**4.886**	**3.538**	**739,1**

Quelle: ZGG, KEB

SUIZIDE

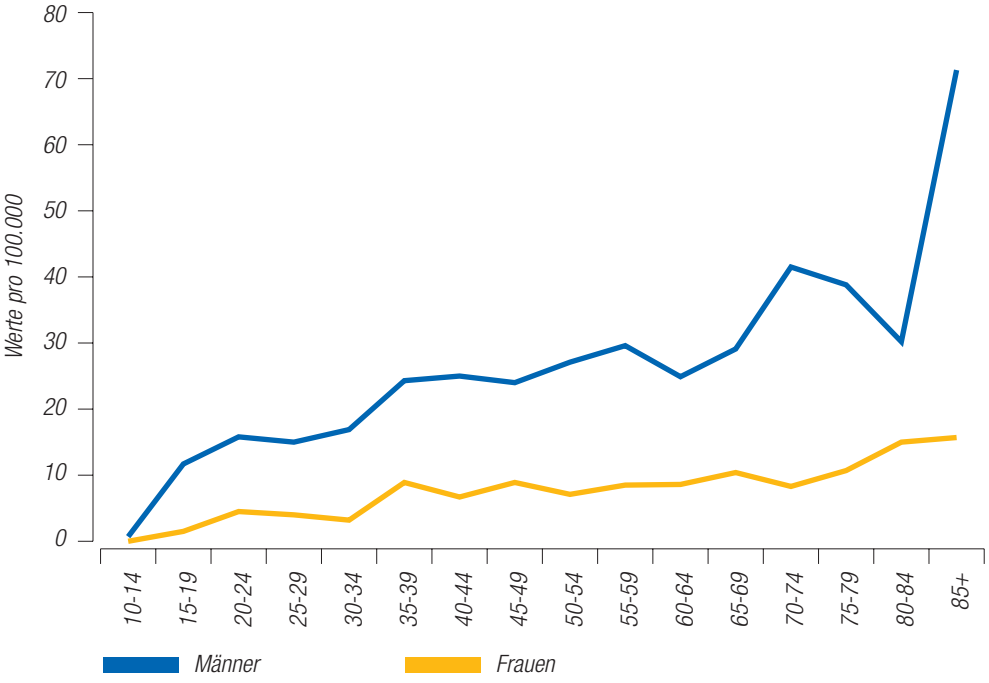
Im Jahrzent 1995-2004 gab es in Südtirol 584 Suizidfälle, was einer durchschnittlichen jährlichen Rate von 12,6 pro 100.000 entspricht. Nach einer Spitze von 20,3 Fällen pro 100.000 im Jahr 1990 ist das Phänomen progressiv rückläufig und nähert sich den Durchschnittswerten Deutschlands, auf halbem Weg zwischen den nationalen und österreichischen Daten.

Abbildung 26: **Selbstmordrate in angrenzenden Gebieten - Jahre 1970-2004**



Die Männer sind dem Suizidrisiko 4 mal stärker ausgesetzt als die Frauen. Das Risiko steigt mit dem Alter an; unter der älteren männlichen Bevölkerung beläuft sich die Rate auf 71,3 Fälle pro 100.000 Personen ab dem Alter von 85 Jahren.

Abbildung 27: **Selbstmordrate nach Altersklassen. Provinz Bozen - Jahre 1995-2004**



3.9. UNFÄLLE

3.9.1. Verkehrsunfälle

2004 ereigneten sich in Südtirol 1.645 Verkehrsunfälle, in denen 62 Menschen ums Leben kamen und 2.139 verletzt wurden. In absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Zahl der Verkehrsunfälle um 4,1% gegenüber 2003 gesunken. Auch die Zahl der Toten und Verletzten ist rückläufig: gegenüber 2003 um 4,6% bzw. 1,7%. Die meisten Unfälle spielten sich auf Staatstraßen (39,9%) und Gemeindestraßen (38,2%) ab.

AUSGÄNGE DER VERKEHRSUNFÄLLE

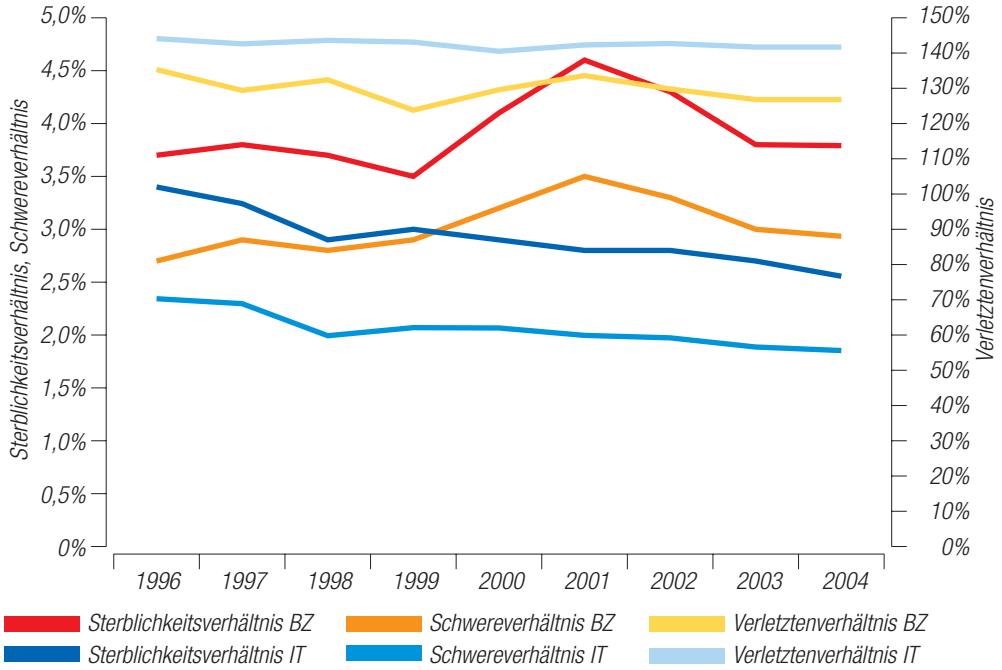
Die Ausgänge der Verkehrsunfälle unterscheiden sich je nach Art der Straße. 66,1% der Todesfälle ereigneten sich auf Staatstraßen, 12,9% auf Gemeindestraßen und 11,3% auf der Autobahn. 43,7% der Verletzten waren in einem Unfall auf Staatsstraßen, 12,9% auf Gemeindestraßen und 11,3% auf Landesstraßen verwickelt.

Das Schwereverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Verletzten) ist höher auf den Autobahnen (5,8%) und geringer auf den Landestraßen (1,2%). Eine analoge Situation ergibt sich für das Sterblichkeitsverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Unfälle), das höher für die Unfälle auf der Autobahn (9,1%) und geringer auf Landestraßen (1,3%) ausfällt. Das Verletztenverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Verletzten und der Zahl der Unfälle) ist höher auf der Autobahn (155,8%) und geringer auf den Gemeindestraßen (116,5%).

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

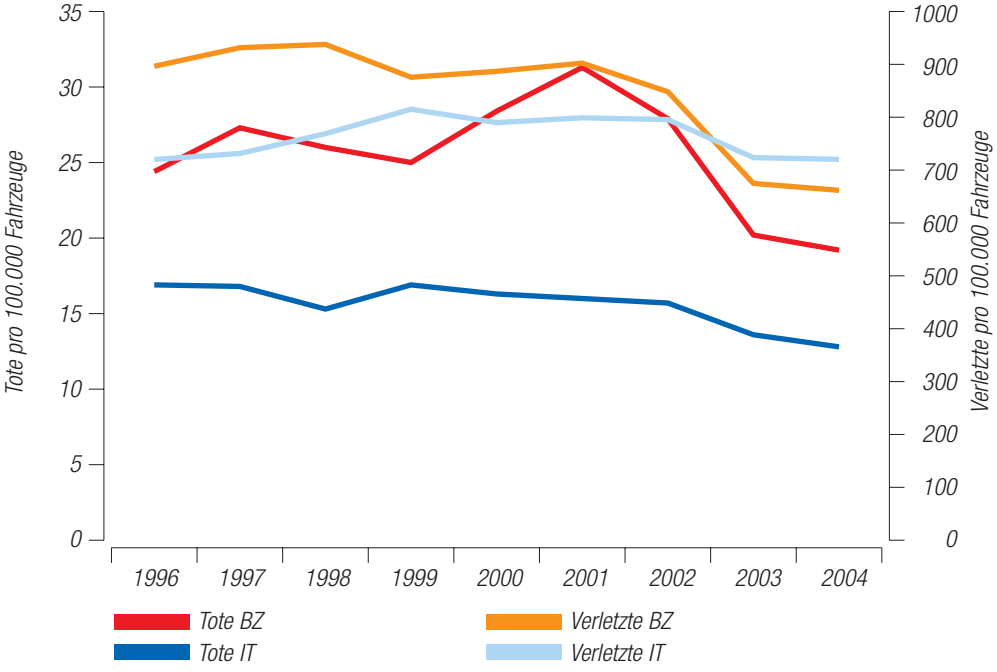
Eine Schätzung der sozialen Kosten der Verkehrsunfälle, welche die menschlichen und gesundheitlichen Kosten, den Verlust der Produktionskapazität und die Materialschäden berücksichtigen, gibt in 1,28 Millionen Euro die sozialen Kosten für jede in einem Verkehrsunfall verstorbene Person und in 24.700 Euro die sozialen Kosten für jede in einem Verkehrsunfall verletzte Person an. Gegenüber dem Stand des Jahres 2004 ergibt sich also ein Gesamtschätzwert der sozialen Kosten von 132,4 Millionen Euro in der Provinz Bozen, davon 52,9 aufgrund der Verletzungen in den Verkehrsunfällen und 79,5 aufgrund der Todesfälle. Für jeden Einwohner können die Kosten der Verkehrsunfälle im Jahr 2004 auf 279,2 Euro geschätzt werden.

Abbildung 28: **Sterblichkeits-, Schwere- und Verletztenverhältnis der Verkehrsunfälle. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2004**



Die Zahl der Todesfälle im Vergleich zum Fahrzeugbestand des Jahres 2004 betrug 19,2 pro 100.000 Fahrzeuge, während sich die Verletztenzahl auf 661,7 pro 100.000 Fahrzeuge belief. Der Indikator liegt im Vergleich zu jenem der Toten über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, der Indikator der Verletzen für die Jahre 2003 und 2004 hingegen darunter.

Abbildung 29: **Tote und Verletzte pro Verkehrsunfall im Vergleich zum Fahrzeugbestand. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2004**



3.9.2. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

2004 wurden insgesamt 17.268 Arbeitsunfälle gemeldet (+3,7% gegenüber 2003), 13 davon mit tödlichem Ausgang (17 im Jahr 2003), sowie 288 Berufskrankheiten (52 weniger als im Jahr 2003).

85,1% der Arbeitsunfälle und 8 der 13 tödlichen Unfälle ereigneten sich im produzierenden Gewerbe, die restlichen 5 Todesfälle in der Landwirtschaft.

Vergleicht man für den Dreijahreszeitraum 2001-03 die Südtiroler Daten mit jenen der anderen Regionen Italiens, so stellt man fest, dass in Südtirol die relative Häufigkeit der entschädigten Vorfälle gegenüber der Zahl der Meldungen (37,95 pro 1.000) über den gesamtstaatlichen Mittelwerten liegt (33,91 pro 1.000).

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

Im Jahresdurchschnitt verlor auf Landesebene jeder Arbeitnehmer im Dreijahreszeitraum 2001-03 infolge eines Arbeitsunfalls 2,99 Arbeitstage. Der Schweregrad der in Südtirol gemeldeten Arbeitsunfälle liegt über den nationalen Durchschnittswerten (2,89).

BIBLIOGRAPHIE

Region Piemont. La Salute in Piemonte, 2000.

Italienischer Atlas der Herz-Gefäßkrankheiten. In Italian Heart Journal. 2003;4.

Höheres Institut für Gesundheitswesen. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2005.

ASTAT. ASTAT. Verkehrsunfälle in Südtirol, 2004. ASTATInfo Nr. 23/2005

ACI. Serie storiche sullo sviluppo della motorizzazione e sull'incidentalità stradale in Italia negli anni 1921-2003.

ACI. Statistisches Jahrbuch 2005. URL: http://www.aci.it/index.php?id=222

ISTAT. Statistiken der Verkehrsunfälle. Jahre 2003-2004.

SOCITRAS. Dati statistici sugli incidenti stradali (Istat-Aci). URL: http://www.socitras.org/Menudocumenti.htm

INAIL. Statistische Datenbank. URL: http://bancadati.inail.it/prevenzionale/

4. RISIKOGRUPPEN

Die Totgeburtenrate beträgt 2,1 pro 1.000; sie liegt unter dem nationalen Durchschnitt und gehört zu den niedrigsten Europas.
Die Geburtenrate (11,5 pro 1.000) gehört zu den höchsten Italiens.
7% der Neugeborenen hatten bei der Geburt ein niedriges oder sehr niedriges Gewicht.
2005 wurden 92 angeborene Missbildungen in Neugeborenen gezählt.
Die Zahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr belief sich im Jahr 2005 auf 17.
Die Kindersterblichkeitsrate (3,1 pro 1.000) ist eine der niedrigsten Italiens.
66% der Todesfälle im Kindesalter erfolgt im ersten Lebensmonat, was das hohe Gewicht der endogenen Mortalitätsfaktoren bestätigt.
Die Impfdeckungen im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2003 verzeichnen auf Landesebene Deckungen unter dem optimalen Grad von 95%: 89,1% für Kinderlähmung, 88,1% für Diphtherie-Tetanus, 88,4% für Hepatitis B, 58,4% für Masern und 87,3% für HiB.
Die Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren (1999-2000) beträgt 7,4 Jahre für die Männer und 9,1 Jahre für die Frauen.
65,2% der alten Menschen leiden mindestens an einer chronischen Krankheit: 43,6% an Hypertonie, 25,9% an Kardiopathien, 10,9% an Diabetes.
Die Hospitalisierungsraten der älteren Bevölkerung betragen 512,2 pro 1.000 für die über 64-Jährigen und 665,4 pro 1.000 für die über 74-Jährigen.
Zum 31.12.2005 belief sich die ausländische Wohnbevölkerung auf über 25.000; dabei handelt es sich vorwiegend um Jugendliche (der Altersindex entspricht 24,8%).
9% der Ausländer leiden mindestens an einer chronischen Krankheit.
Die häufigsten chronischen Krankheiten unter den Ausländern sind: Hypertonie (3,1%), Kardiopathien (1,8%), Diabetes (1,7%) und Bronchopneumopathien (1,5%).
Unter den ausländischen Frauen sind die häufigsten Hospitalisierungsursachen jene, die mit der Schwangerschaft, Entbindung und dem Puerperium zusammenhängen (42,9% der Entlassungen), während unter den Männern die Traumata und Vergiftungen vorherrschen (17,0%).

Beim Gesundheitsschutz der Bevölkerung müsste vor allem den Risikogruppen, die aufgrund ihrer Merkmale höheren Gefahren ausgesetzt sind, eine besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Diesen Gruppen können Kinder, schwangere Frauen sowie ältere Menschen und die Einwanderer zugeordnet werden.
Die Gesundheit von Mutter und Kind ist ein prioritärer gesundheitlicher Bereich, in dem mit Maßnahmen zur Verbesserung des Ansatzes und Zuganges zur Versorgung eingegrif-

fen werden kann: durch eine qualifiziertere Versorgung, pharmakologische Behandlungen und die Ausbildung der Bediensteten sowie durch eine einfache Prävention während der Schwangerschaft, Entbindung und der ersten Lebensjahre des Kindes.
Die Gesundheit der älteren Menschen hat in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und des sich daraus ergebenden Ressourcenverbrauchs eine immer größere Bedeutung erlangt. Somit wird es zur dringlichen Aufgabe, die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung zu erkennen und sie mit dem Angebot der verfügbaren Versorgungsleistungen abzustimmen.
Die Gesundheitsprobleme der eingewanderten Bevölkerung sind komplex und auf den epidemiologischen Rahmen der Ausgangsbevölkerung, den Anpassungsproblemen und die Aussetzung anderen gesundheitlichen Risiken in der Zielbevölkerung zurückzuführen. Die bedeutendsten Risikofaktoren für die Gesundheit der eingewanderten Bevölkerung können in der prekären Beschäftigungs- und Unterkunftslage, in den ernährungsbezogenen Mängeln und Unausgewogenheiten, in den klimatischen Unterschieden, im Mangel an affektiver Unterstützung sowie in den Eingliederungsschwierigkeiten und Zugangsproblemen zu den Gesundheitsdiensten zusammengefasst werden.

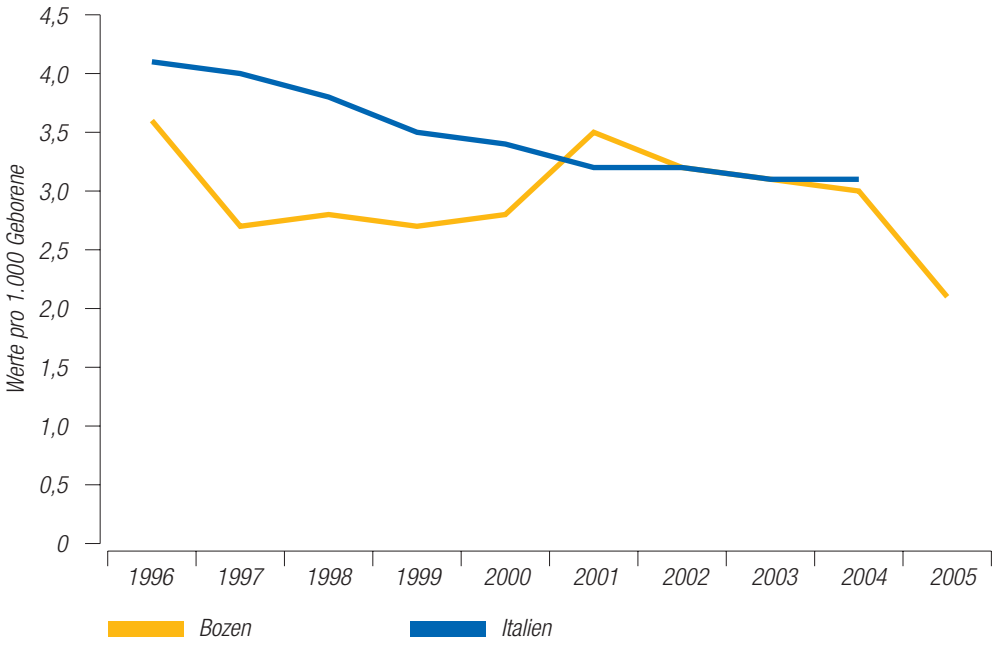
4.1. KINDER

Der Schutz des Kindes beginnt bereits vor der Schwangerschaft mit der Prävention vor angeborenen Missbildungen, die durch Impfungen (Röteln), Gentests für die risikobehafteten Eltern oder Strategien gegen Nährstoffmängel (Folsäure) erfolgen kann. Der Schutz wird alsdann durch die Versorgung während der Schwangerschaft und bei der Entbindung fortgesetzt, um der Frau einen rechtzeitigen Zugang zu den fachärztlichen Behandlungen im Fall von Komplikationen zu gewährleisten.
Während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollte die Frau über die angemessensten Verhaltensweisen für den Schutz des Neugeborenen informiert werden, wie Stillen oder die richtige Lage des Babys beim Schlafen.
In der Kindheit erfährt das Kind über die Impfungen den ersten Kontakt mit den gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen sowie den ersten Versorgungsbedarf.

TOTGEBURTENRATE

Die Definition der Totgeburt ist nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit jener der tardiven fetalen Sterblichkeit vergleichbar, die sich auf eine Schwangerschaftsdauer von über 28 Wochen bezieht. Die Dauer der Schwangerschaft, die nach der italienischen Gesetzgebung zwischen Fehlgeburt und Totgeburt unterscheidet, entspricht 180 Tagen (25 Wochen + 5 Tage).
Die Totgeburtenrate in Südtirol liegt mit 2,1 Totgeborenen pro 1.000 Geborene im Jahr 2005 (11 Fälle) unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt und gehört zu den niedrigsten in Europa.

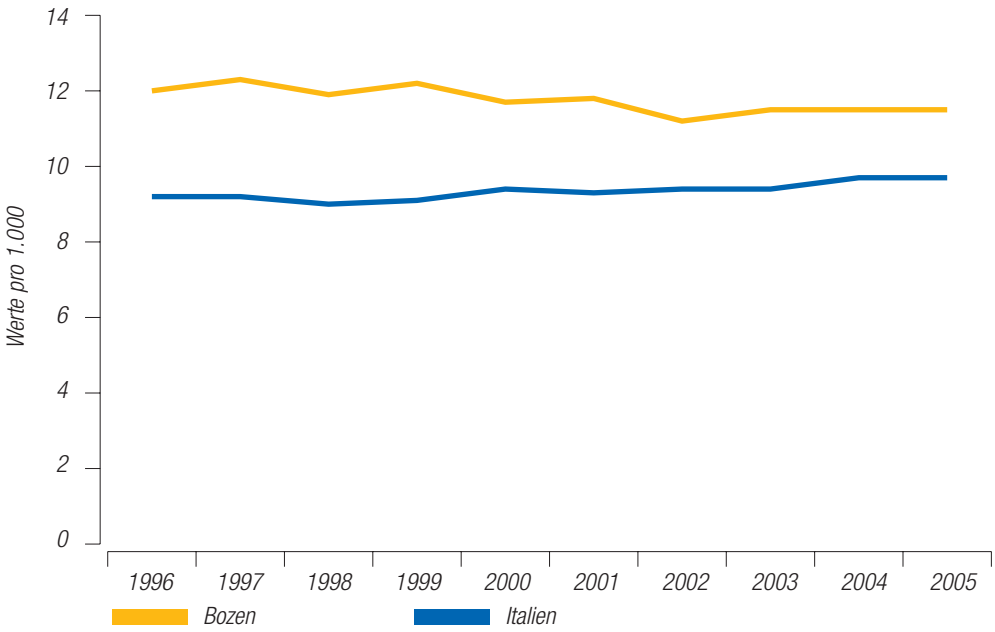
Abbildung 1: **Totgeburtenrate. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2005**



GEBURTENRATE

Im Jahr 2005 wurden in der Wohnbevölkerung 5.525 Geburten verzeichnet, was einer Geburtenrate von 11,5 pro 1.000 Einwohner entspricht. Der Trend der letzten zehn Jahre ist auch infolge der Alterung der Bevölkerung leicht rückläufig, obwohl sich auf gesamtstaatlicher Ebene, wenngleich mit minderen Werten als auf Landesebene, ein Umkehrtrend abzeichnet, der auf die Geburtenrate der eingewanderten Bevölkerung zurückzuführen ist.

Abbildung 2: **Geburtenrate. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1996-2005**



MAßE BEI DER GEBURT

Die häufigsten Werte bei den Neugeborenen sind ein Gewicht zwischen 3.000 und 3.500 g (41,1%), eine Größe von 50 bis 54 cm (63,0%) und ein Kopfumfang zwischen 35 und 39 cm (53,35%).
Die Neugeborenen mit niedrigem Gewicht machen 5,6% am Gesamtwert aus, jene mit sehr niedrigem Gewicht 1,4%.

Tabella 1: **Gewicht, Größe und Kopfumfang der Neugeborenen der Provinz Bozen in der Wohnbevölkerung - Jahr 2005**

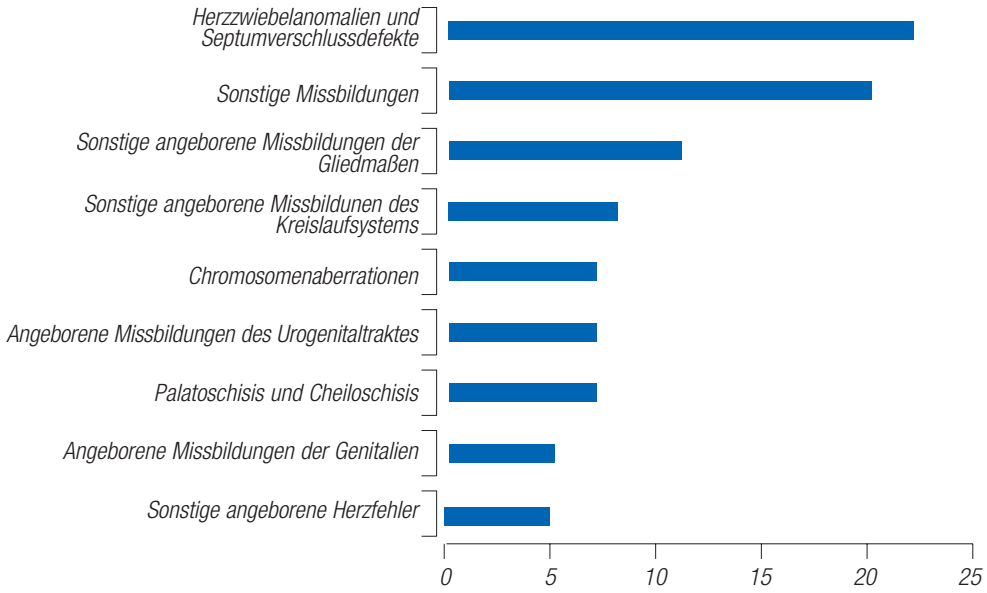
GEWICHT			GRÖSSE			KOPFUMFANG		
Gramm	A. W.	%	Zentimeter	A. W.	%	Zentimeter	A. W.	%
bis zu 1.499	73	1,4	bis zu 30	5	0,1	bis zu 20	0	0
1.500-2.499	300	5,6	30-39	65	1,2	20-24	16	0,3
2.500-2.999	1.050	19,7	40-44	97	1,8	25-29	72	1,3
3.000-3.499	2.186	41,1	45-49	1.683	31,6	30-34	2.381	44,8
3.500-3.999	1.395	26,2	50-54	3.350	63,0	35-39	2.836	53,3
4.000-4.999	314	5,9	55 +	121	2,3	40-44	4	0,1
5.000 +	3	0,1				über 45	12	0,2

Quelle: CEDAP

ANGEBORENE MISSBILDUNGEN

Im Jahr 2005 wurden 92 angeborene Missbildungen bei den Neugeborenen in Südtirol in der Wohnbevölkerung verzeichnet (1,7%), 22 davon waren Herzzwiebelanomalien oder Septumverschlussdefekte (23,9%).

Abbildung 3: **Angeborene Missbildungen bei Neugeborenen in der Provinz Bozen in der Wohnbevölkerung - Jahr 2005**



KINDERSTERBLICHKEIT

Die Zahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder betrug 17, was einer Kindersterblichkeitsrate von 3,1 pro 1.000 entspricht. Die Südtiroler Kindersterblichkeitsrate gehört zu den niedrigsten Italiens.

Im Zeitraum 1995-2003 erfolgten 66% der Todesfälle im ersten Lebensmonat, 80% innerhalb des dritten Monats, was auf das hohe Gewicht der endogenen Mortalitätsfaktoren hinweist.

Unter den Ursachen der Kindersterblichkeit überwiegen die perinatalen Erkrankungen (58,4% der Fälle im Zeitraum 1995-2003): in 35,1% der Fälle ist der Tod auf eine kurze Schwangerschaft oder auf ein niedriges Gewicht bei der Geburt, in 7,0% der Fälle auf ein Atemnotsyndrom, in 6,6% auf eine intrauterine Hypoxie oder auf eine Asphyxie bei der Geburt zurückzuführen. Die angeborenen Missbildungen sind in 23,8% der Fälle (in 10,8% der Fälle sind es Herzfehler, in 5,4% Chromosomenaberrationen) für den Tod verantwortlich, während in 3,5% der Todesfälle die Ursache eine Infektionskrankheit ist.

KRANKENHAUSENTLASSUNGEN IN DER BEVÖLKERUNG ZWISCHEN 0-1 JAHR

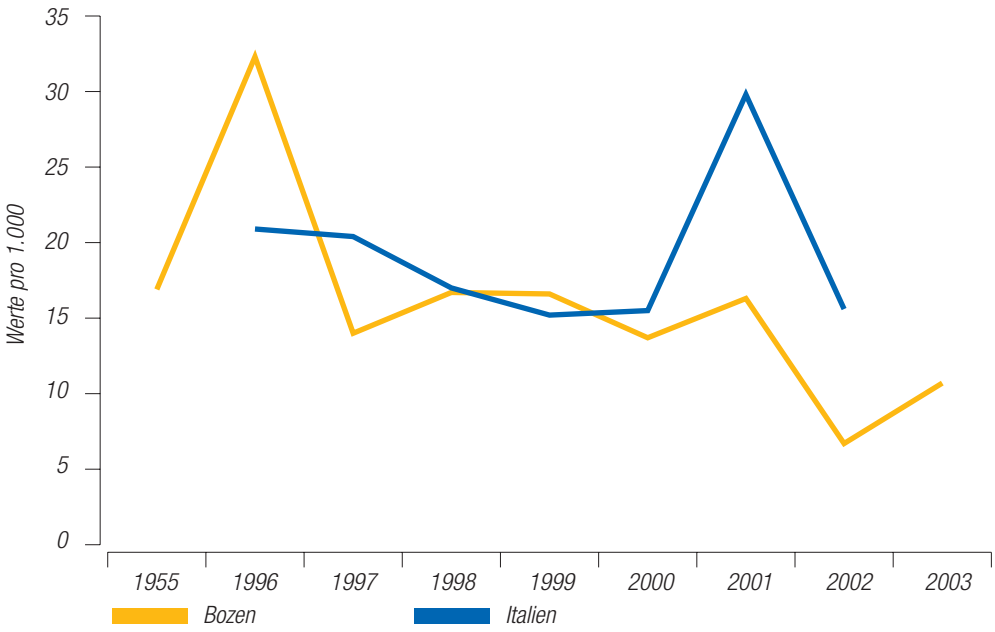
Im Jahr 2005 wurden (die gesunden Lebendgeborenen ausgeschlossen) 2.605 Krankenhausentlassungen aus Abteilungen für Akutkranke von ansässigen Kindern im ersten Lebensjahr verzeichnet (471,5 pro 1.000 Lebendgeborene), 42,6% davon aufgrund von perinatalen Erkrankungen, 12,1% aufgrund von Krankheiten der Atemwege und 7,8% aufgrund von angeborenen Missbildungen.

STERBLICHKEIT IN DER BEVÖLKERUNG ZWISCHEN 1-14 JAHREN

Im Jahr 2003 wurden in der Provinz 8 Todesfälle (6,7 pro 100.000) in der Bevölkerung zwischen 1 und 14 Jahren verzeichnet, gegenüber einem jährlichen Durchschnittswert von 11,6 Todesfällen im Zeitraum 1995-2003. Die Landesdaten sind trotz des unterschiedlichen Ausmaßes des Phänomens mit den gesamtstaatlichen Werten vergleichbar.

Von den 104 im Zeitraum 1995-2003 verzeichneten Todesfälle sind 40,4% auf Traumata und Vergiftungen zurückzuführen (42 Fälle), 14,4% auf Tumoren (15 Fälle, 6 davon bösartige Hirntumoren). Es folgen die Infektionskrankheiten (9,6%), die Erkrankungen des Nervensystems (8,7%) und die angeborenen Missbildungen (8,7%).

Abbildung 4: **Sterblichkeitsrate in der Bevölkerung von 1-14 Jahren. Provinz Bozen und Italien - Jahre 1995-2003**



2005 wurden 7.901 Krankenhausentlassungen aus Abteilungen für Akutkranke in der Wohnbevölkerung zwischen 1-14 Jahren verzeichnet (103,9 pro 1.000 Einwohner). Die primäre Entlassungsdiagnose war in 20,9% der Fälle eine Erkrankung der Atemwege, in 16,3% der Fälle ein Trauma oder eine Vergiftung und in 12,2% der Fälle eine Erkrankung des Verdauungsapparats.

KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN IN DER BEVÖLKERUNG ZWISCHEN 1-14 JAHREN

Die Impfung der Neugeborenen gegen DT, Tetanus, Kinderlähmung und Hepatitis B ist gesetzlich vorgeschrieben. Außerdem wird die Prophylaxe gegen andere Krankheiten, für die ein sicherer und effizienter Impfstoff zur Verfügung steht, stark empfohlen, wie gegen Keuchhusten, Masern, Röteln, Mumps, Haemophilus Influenzae Typ B.

IMPFDECKUNG

Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2003 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95% sowohl für die Pflichtimpfungen (89,1% für Kinderlähmung, 88,1% für DT, 88,4% für Hepatitis B) als auch für die empfohlenen Impfungen (58,4% für Masern und 87,3% für HiB).

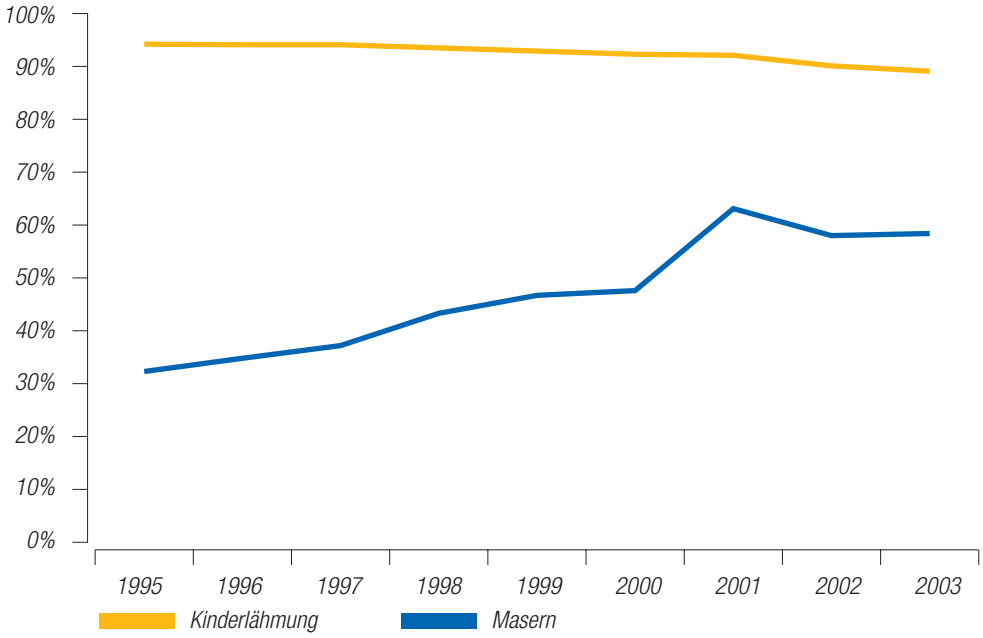
Tabella 2: **Impfdeckungen im Alter von 24 Monaten nach Sanitätsbetrieb. Provinz Bozen, Geburtenfolge 2003**

	Kinderlähmung	DT	Hepatitis B	Masern	HiB
Bozen	88,9%	87,3%	88,4%	65,5%	87,9%
Meran	90,3%	89,8%	89,3%	43,3%	84,9%
Brixen	85,0%	84,8%	84,1%	54,6%	85,9%
Bruneck	91,2%	90,9%	90,6%	65,7%	90,5%
INSGESAMT	**89,1%**	**88,1%**	**88,4%**	**58,4%**	**87,3%**

Quelle: Sanitätsbetriebe, Südtiroler Gemeindenverband

Die Deckungsraten für Impfungen im Alter von 24 Monaten sind für die Kinderlähmung rückläufig, während die Deckungsraten für Masern von 32,3% für die Geburtenfolge 1995 auf 58,4% für die Geburtenfolge 2003 gestiegen sind.

Abbildung 5: **Impfdeckungsrate im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung und Masern. Provinz Bozen, Geburtenfolgen 1995-2003**



4.2. ÄLTERE MENSCHEN

Die Alterung der Bevölkerung hat die Verhaltensweisen der älteren Bevölkerung, die mit verstärkter Aufmerksamkeit die Notwendigkeit verspürt, sich zur zeitlichen Aufschiebung der negativen Auswirkungen des fortschreitenden Alters um die eigene Gesundheit zu sorgen, weitgehend verändert.

Einer Censis-Untersuchung zufolge sind sich 54,0% der älteren Menschen der Beziehung zwischen Lebensstilen und Gesundheitsfaktoren bewusst und versuchen, korrekte Verhaltensweisen anzunehmen, um den eigenen Gesundheitszustand auf das Beste erhalten zu können. Die gesundheitlichen Probleme, welche die älteren Menschen betreffen, sind die chronischen Krankheiten (worunter 80,6% leiden), insbesondere Arthritis oder Arthrose (56,5%), Hypertonie (39,7%), Osteoporose (25,3%) und Diabetes (13,4%). Eine immer größere Bedeutung in der Situation der älteren Menschen nehmen außerdem die Pflegebedürftigkeit und der kontinuierliche Versorgungsbedarf ein.

ÄLTERE BEVÖLKERUNG

Die Südtiroler Wohnbevölkerung über 64 Jahren belief sich zum 31. Dezember 2005 auf 79.898, die Bevölkerung über 74 Jahren auf 37.142. Die Frauen überwiegen in der älteren Bevölkerung mit einem Anteil von 58,4% an den über 64-Jährigen und von 64,1% an den über 74-Jährigen.

Zwischen 1996 und 2005 ist die Zahl der über 64-Jährigen um 20,2% (von 14,7% auf 16,6%) der Gesamtbevölkerung angestiegen, die Zahl der über 74-Jährigen um 37,2% (von 6,0% auf 7,7%).

Tabella 3: **Ältere Bevölkerung nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb. Provinz Bozen - Jahr 2005**

	Über 64 Jahre		*Über 74 Jahre*	
	Männer	*Frauen*	*Männer*	*Frauen*
Bozen	*15.980*	*22.843*	*6.377*	*11.802*
Meran	*8.566*	*12.138*	*3.510*	*6.208*
Brixen	*4.123*	*5.792*	*1.640*	*2.932*
Bruneck	*4.576*	*5.880*	*1.819*	*2.854*
INSGESAMT	***33.245***	***46.653***	***13.346***	***23.796***

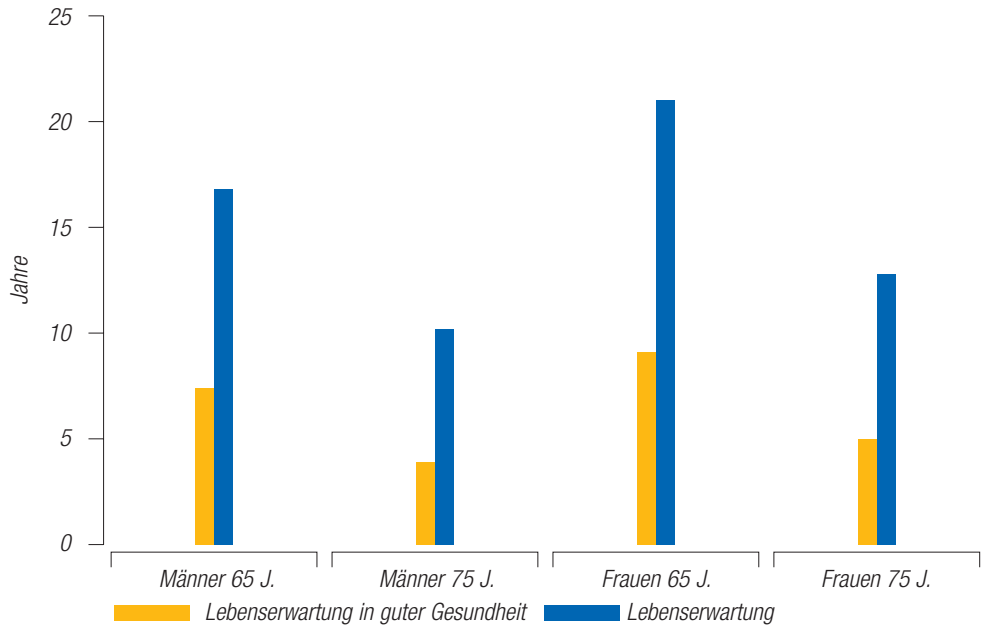
Quelle: ASTAT

LEBENSERWARTUNG

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren (1997-2001) beträgt 16,8 Jahre für die Männer und 20,9 Jahre für die Frauen, also mit einer voraussichtlichen Lebensdauer von 81,8 Jahren für die Männer und 85,9 Jahren für die Frauen. Die Lebenserwartung im Alter von 75 entspricht 10,1 Jahren für die Männer und 12,8 Jahren für die Frauen, also mit einer voraussichtlichen Lebensdauer von 85,1 Jahren bzw. 87,8 Jahren. Die Lebenserwartung der älteren Bevölkerung in Südtirol entspricht weitgehend den gesamtstaatlichen Werten.

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren in guter Gesundheit beträgt 7,4 Jahre für die Männer und 9,1 Jahre für die Frauen, während sie für die 75-Jährigen 3,9 Jahren (Männer) und 5,0 Jahren (Frauen) entspricht. Weniger als die Hälfte der Lebenserwartungsjahre im fortgeschrittenen Alter wird also in guter Gesundheit verbracht werden.

Abbildung 6: **Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit der älteren Bevölkerung. Provinz Bozen - Zeitraum 1999-2000**



Die Zahl der chronisch kranken älteren Menschen in Südtirol betrug im Jahr 2004 nach dem Mapping-Projekt 53.452, 59,3% davon waren Frauen. Die Prävalenz der chronisch Kranken in der älteren Bevölkerung entspricht 65,2% (21,4% in der gesamten Bevölkerung) und insbesondere 58,2% bei den 65- und 74-Jährigen und 72,8% ab 74 Jahren. 43,6% der alten Menschen leiden an Hypertonie, 25,9% an Kardiopathien und 10,9% an Diabetes. Die Parkinson-Krankheit betrifft 2,7% der älteren Bevölkerung, die Alzheimer-Krankheit 1,1%.

Tabelle 4: **Prävalenz der chronischen Krankheiten in der Bevölkerung ab 65 Jahren nach Sanitätsbetrieb. Werte pro 100.000 Einwohner. Provinz Bozen - Jahr 2004**

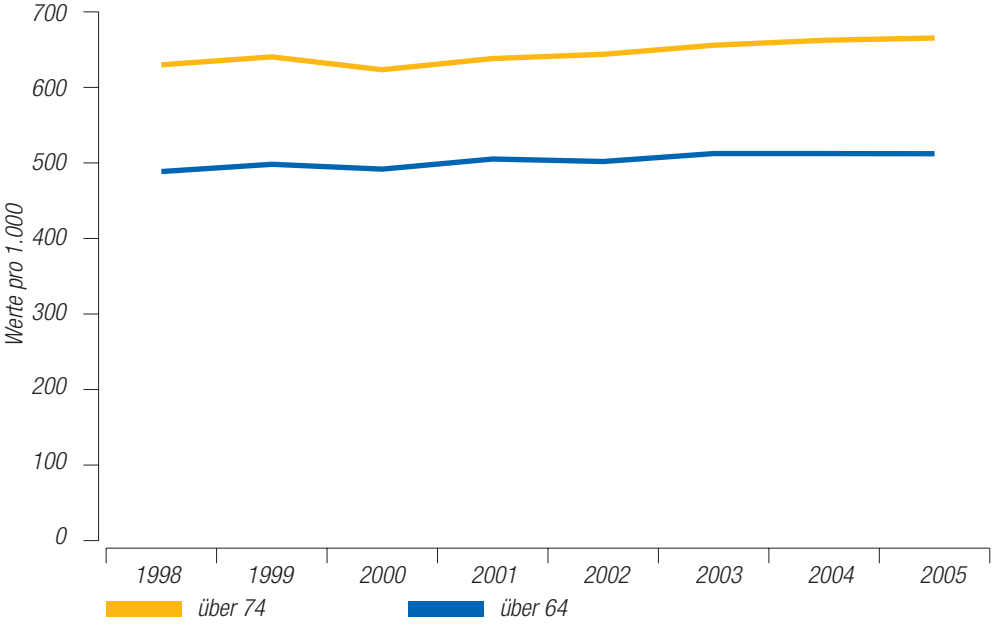
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Hypertonie	46.100,4	41.675,3	42.080,2	39.855,7	43.645,4
Kardiopathie	23.785,6	27.745,9	28.860,7	27.588,8	25.931,9
Diabetess	11.326,2	10.645,5	11.006,4	9.389,9	10.858,3
Dyslipämie	9.650,3	11.909,2	5.468,4	10.289,2	9.806,0
Neoplasie	8.369,6	8.808,6	9.011,5	8.059,2	8.522,0
Bronchopneumopathie	6.271,0	6.332,8	6.331,9	5.632,1	6.211,4
Hypothyreose	4.680,1	6.346,9	6.659,4	9.305,6	5.957,7
Vaskulopathie	3.742,1	4.293,9	2.580,4	3.111,2	3.660,5
Parkinson	2.666,5	2.729,5	3.195,7	2.595,8	2.738,7
MRGE	2.401,3	2.884,5	3.334,7	2.380,3	2.638,7
Niereninsuffizienz	1.603,4	1.493,9	1.597,9	1.180,8	1.519,3
Alzheimer	1.445,8	930,2	506,2	674,7	1.096,2
Demenz	1.258,2	977,2	605,4	496,7	1.006,0
Hepato-Enteropathie	993,1	1.151,0	903,1	581,0	969,4
Epilepsie	858,0	864,4	893,2	1.321,3	924,3
Rheumatoide Arthritis	765,4	723,5	754,3	665,4	740,1
Psychose	385,2	535,6	595,5	1.133,9	547,5
Hashimoto-Thyreoiditis	192,6	70,5	39,7	18,7	119,5
Basedow-Krankheit	62,5	103,4	178,6	84,3	90,2
Transplantatträger	105,1	79,9	79,4	56,2	89,0
Multiple Sklerose	45,0	112,8	59,6	37,5	63,4
LES	85,1	28,2	99,3	56,2	62,3
Hyper-Hypoparathyreoidismus	42,5	28,2	29,8	121,8	47,6
Systemische Sklerose	55,0	18,8	-	37,5	36,6
Sjörgen-Syndrom	47,5	32,9	9,9	9,4	34,1
Myasthenia gravis	30,0	18,8	29,8	28,1	26,8
Akromegalie	25,0	18,8	19,9	18,7	22,0
Spondylitis ankylosans	37,5	9,4	-	-	20,7
Addison-Krankheit	15,0	23,5	29,8	28,1	20,7
Hämolytische Anämie	5,0	28,2	19,9	28,1	15,9
HIV und AIDS	12,5	9,4	9,9	-	9,8
Diabetes insipidus	5,0	4,7	9,9	9,4	6,1
Cushing-Syndrom	5,0	-	-	9,4	3,7
Hypophysärer Minderwuchs	-	-	9,9	-	1,2

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN

Die Krankenhausentlassungen von ansässigen älteren Menschen beliefen sich im Jahr 2005 auf 40.412 für die über 64-Jährigen und auf 24.311 für die über 74-Jährigen. Die Hospitalisierungsraten stiegen zwischen 1998 und 2005 für die Bevölkerung über 64 Jahren von 488,6 auf 512,2 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner, während in der Bevölkerung über 74 Jahren ein Anstieg von 629,9 auf 665,4 pro 1.000 verzeichnet wurde.
Die Hospitalisierungsraten der männlichen Bevölkerung liegen konstant über jenen der weiblichen Bevölkerung. Im Jahr 2005 wurden für die über 64-Jährigen 547,8 Entlassungen pro 1.000 Einwohner unter den Männern und 487,0 unter den Frauen verzeichnet, für die über 74-Jährigen betrugen die Raten 743,8 und 620,0 pro 1.000.

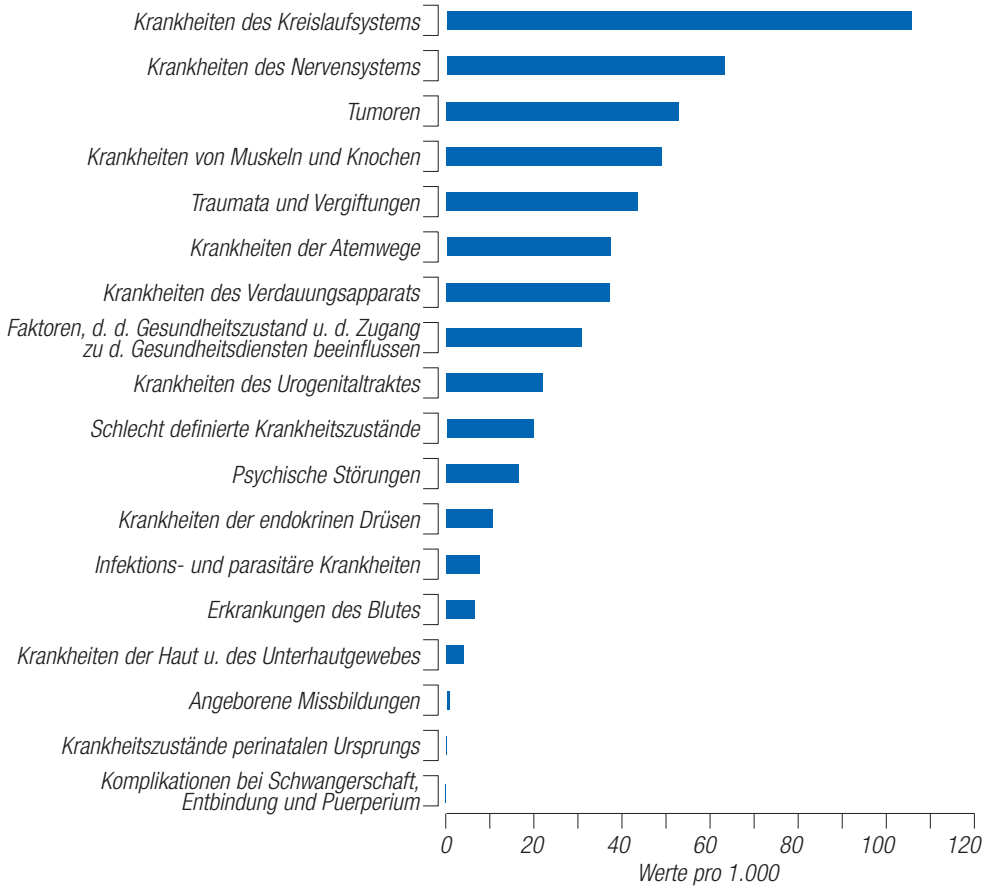
Abbildung 7: **Hospitalisierungsraten in der älteren Bevölkerung. Provinz Bozen - Jahre 1998-2005**



Die häufigsten Entlassungsursachen unter den über 64-jährigen Männern sind die Krankheiten des Kreislaufsystems (22,4%), gefolgt von den Tumoren (11,6%) und von den Krankheiten des Nervensystems (10,5%). Auch unter den Frauen sind die häufigsten Ursachen die Krankheiten des Kreislaufsystems (22,4%), gefolgt von den Krankheiten des Nervensystems (13,4%), den Traumata (11,2%) und den Krankheiten von Muskeln und Knochen (11,1%).

Die Krankheiten des Kreislaufsystems stellen insgesamt die höchste Hospitalisierungsrate (105,5 pro 1.000 Einwohner über 64 Jahren), gefolgt von den Krankheiten des Nervensystems (63,1 pro 1.000), den Krankheiten von Muskeln und Knochen (52,7 pro 1.000), von den Tumoren (48,9 pro 1.000) und den Traumata und Vergiftungen (43,4 pro 1.000).

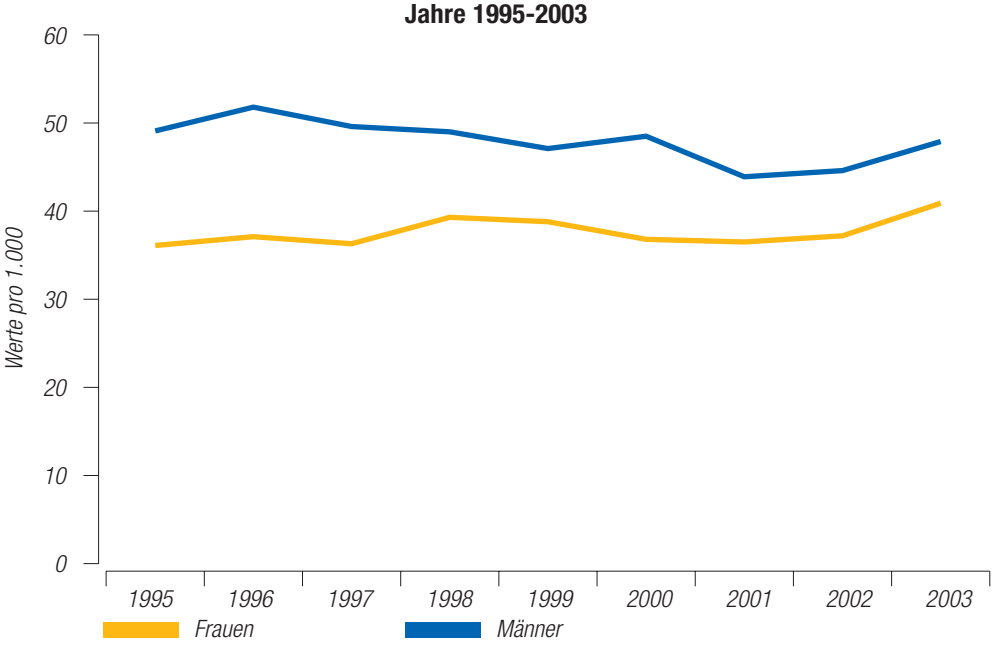
Abbildung 8: **Hospitalisierungsrate nach Ursache in der älteren Bevölkerung. Provinz Bozen - Jahr 2005**



TODESFÄLLE

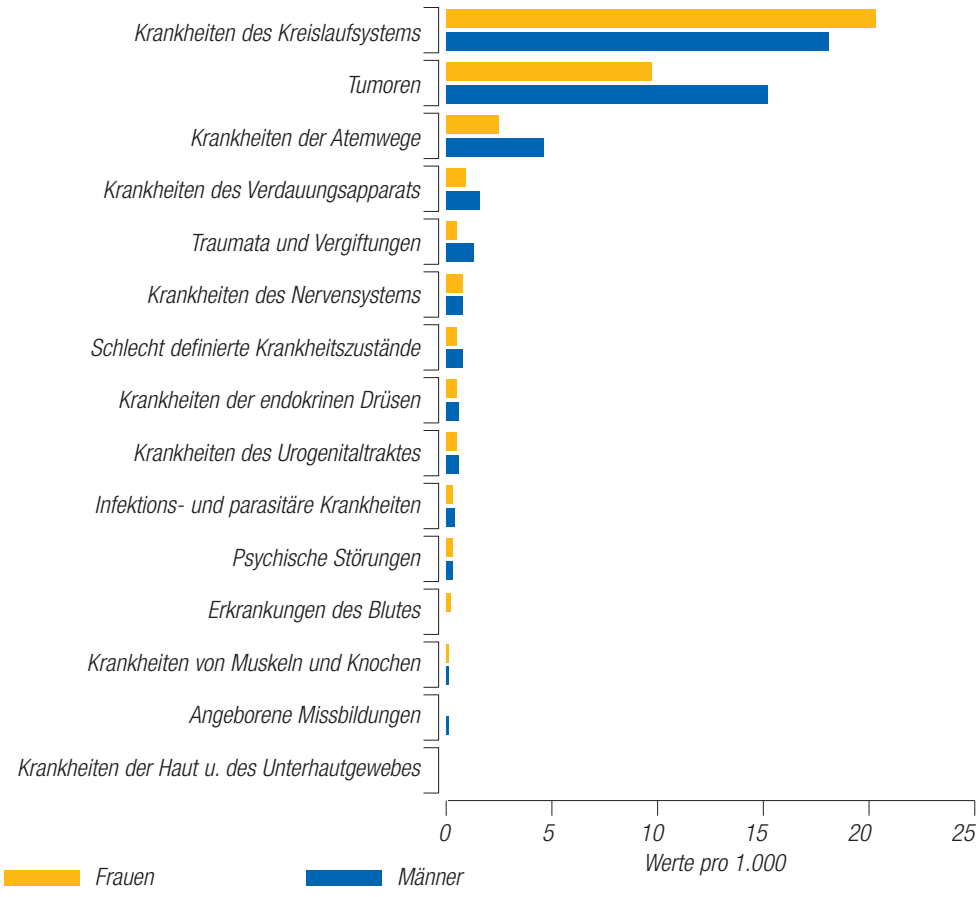
Die in der Bevölkerung über 65 Jahren im Jahr 2003 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 1.466 unter den Männern und 1.812 unter den Frauen, was einer spezifischen Sterblichkeitsrate von 47,9 pro 1.000 bzw. 40,9 pro 1.000 entspricht.

Abbildung 9: **Sterblichkeitsrate in der älteren Bevölkerung. Provinz Bozen - Jahre 1995-2003**



Unter den Todesursachen in der Bevölkerung über 64 Jahren überwiegen die Krankheiten des Kreislaufsystems und die Tumoren, welche die Männer mit 16,4 pro 1.000 und die Frauen mit 9,7 pro 1.000 betreffen.

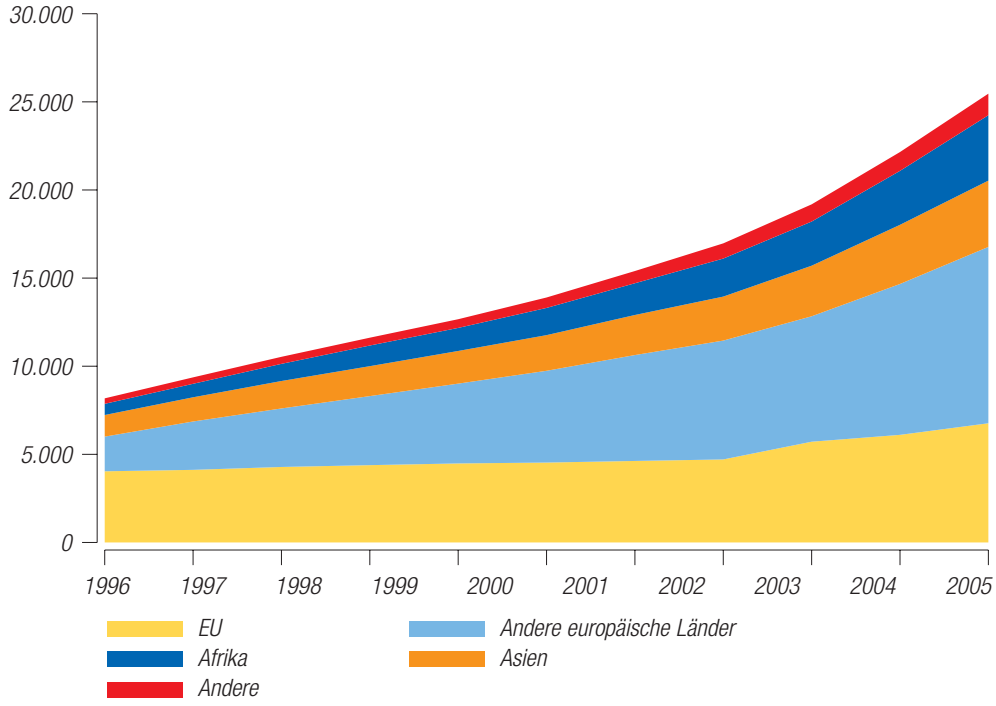
Abbildung 10: **Sterblichkeitsrate nach Ursache und Geschlecht in der älteren Bevölkerung. Provinz Bozen - Jahr 2003**



4.3. AUSLÄNDISCHE WOHNBEVÖLKERUNG

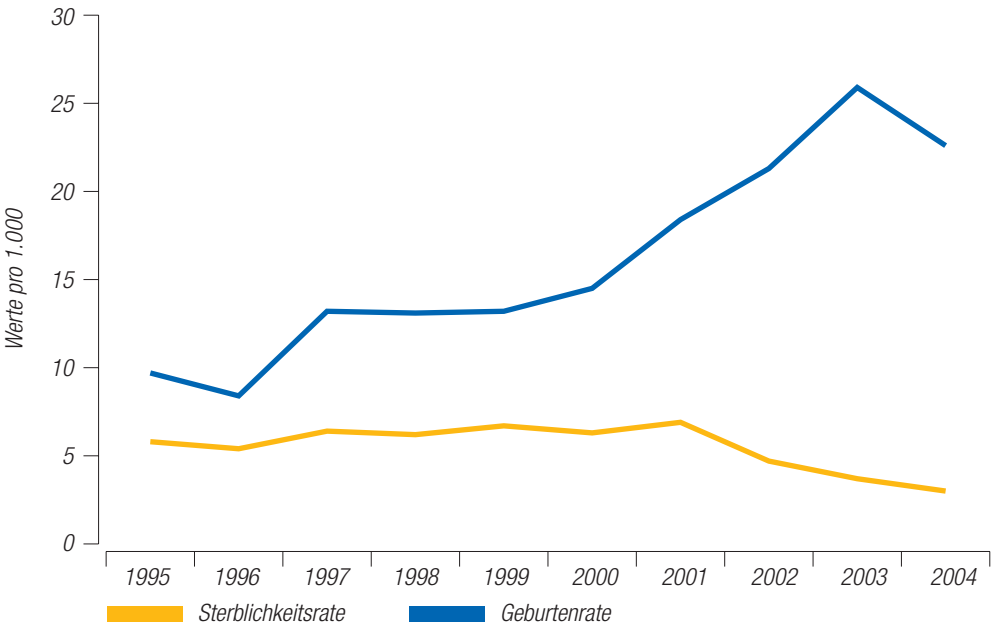
Die ausländische Wohnbevölkerung belief sich in Südtirol zum 31. Dezember 2005 auf 25.466 Personen (5,3 pro 100 Ansässige). 26,6% davon stammen aus 15 EU-Staaten, 39,3% aus anderen europäischen Ländern, 14,8% aus Afrika und 14,6% aus Asien.
Im Zeitraum 1996-2005 wurde ein Zuwachs von 172% der in Südtirol ansässigen ausländischen Bürger verzeichnet; die Zahl der Bürger aus Nicht-EU-Ländern ist auf 7.262 angestiegen (+265%), jene aus Asien auf 2.943 (+384%).

Abbildung 11: **Ausländische Wohnbevölkerung nach Herkunftsgebiet. Provinz Bozen - Jahre 1996-2005**



In der ausländischen Bevölkerung überwiegen die Männer (104,5 pro 100 Frauen) und die Jugendlichen, mit einem Altersindex von 24,8% (gegenüber dem Gesamtindex auf Landesebene von 97,6%). Die Sterblichkeits- und Geburtenraten werden von der unterschiedlichen Alterstruktur beeinflusst: die Geburtenrate beträgt fast das Doppelte gegenüber jener der Gesamtbevölkerung (22,6 pro 1.000 gegenüber 11,5 pro 1.000 im Jahr 2004), während die Sterblichkeitsrate mit 3,0 pro 1.000 im Jahr 2004 deutlich darunter liegt (7,9 pro 1.000, anwesende Bevölkerung 2004).

Abbildung 12: **Geburten- und Sterblichkeitsraten in der ausländischen Wohnbevölkerung. Provinz Bozen - Jahre 1995-2004**



Die Prävalenz der chronischen Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung beträgt 9%, in der italienischen Bevölkerung 2,4 mal mehr (22%). In Bezug auf die häufigsten Krankheiten liegen in der italienischen Bevölkerung die Dyslipämie und Hypertonie (3,9 mal häufiger), die Kardiopathien (3,1 mal häufiger) und die Hypothyreose (2,9 mal häufiger) an erster Stelle. Niedriger ist dagegen das Prävalenzverhältnis für Diabetes (1,7 mal häufiger unter den Italienern) und die Bronchopneumopathien (1,5 mal häufiger). Die einzigen Krankheiten, für welche die Prävalenz in der ausländischen Bevölkerung höher ausfällt, sind HIV und AIDS mit 201 Fällen unter den Italienern (43,8 pro 100.000) und 20 Fällen unter den Ausländern (83,7 pro 100.000).

Tabelle 5: **Prävalenz der chronischen Krankheiten in der Bevölkerung nach Staatsbürgerschaft. Werte pro 100.000 Einwohner. Provinz Bozen - Jahr 2004**

	Italien. Bevölkerung	*Ausländ. Bevölkerung*
Hypertonie	*11.953,3*	*3.100,4*
Kardiopathie	*5.810,4*	*1.845,2*
Diabetes	*3.058,5*	*1.753,1*
Bronchopneumopathie	*2.193,3*	*1.477,0*
Neoplasie	*2.734,2*	*912,1*
Hypothyreose	*2.559,0*	*882,9*
Dislipidemie	*2.770,4*	*707,1*
Hepato-Enteropathie	*696,1*	*422,6*
Psychose	*743,6*	*364,0*
Vaskulopathie	*943,4*	*318,0*
Epilepsie	*555,7*	*225,9*
MRGE	*684,5*	*221,8*
Parkinson	*648,8*	*213,4*
Niereninsuffizienz	*425,0*	*200,8*
Rheumatoide Arthritis	*316,7*	*117,2*
Hashimoto-Thyreoiditis	*241,0*	*117,2*
Basedow-Krankheit	*122,0*	*92,1*
HIV und AIDS	*43,8*	*83,7*
Transplantatträger	*83,7*	*62,8*
Alzheimer	*202,9*	*58,6*
Demenz	*180,7*	*54,4*
Multiple Sklerose	*101,1*	*29,3*
LES	*63,2*	*25,1*
Sjörgen-Syndrom	*19,4*	*16,7*
Spondylitis ankylosans	*22,0*	*12,6*
Hyper-Hypoparathyreoidismus	*23,3*	*12,6*
Akromegalie	*10,5*	*8,4*
Hypophysärer Minderwuchs	*27,9*	*8,4*
Systemische Sklerose	*19,4*	*4,2*
Myasthenia gravis	*9,8*	*4,2*
Hämolytische Anämie	*6,1*	*4,2*
Diabetes insipidus	*7,0*	*4,2*
Neuromyelitis	*0,7*	*0,0*
Addison-Krankheit	*12,9*	*0,0*
Cushing-Syndrom	*5,0*	*0,0*
INSGESAMT	***22,0***	***9,0***

Quelle: OEP -Mapping der chronischen Krankheiten

KRANKENHAUS-ENTLASSUNGEN

2005 betrug die Zahl der Krankenhausentlassungen von ansässigen ausländischen Bürgern aus Abteilungen für Akutkranke 4.755 (2.188 mehr als 2004, +85,2%), 55,4% davon waren Frauen.

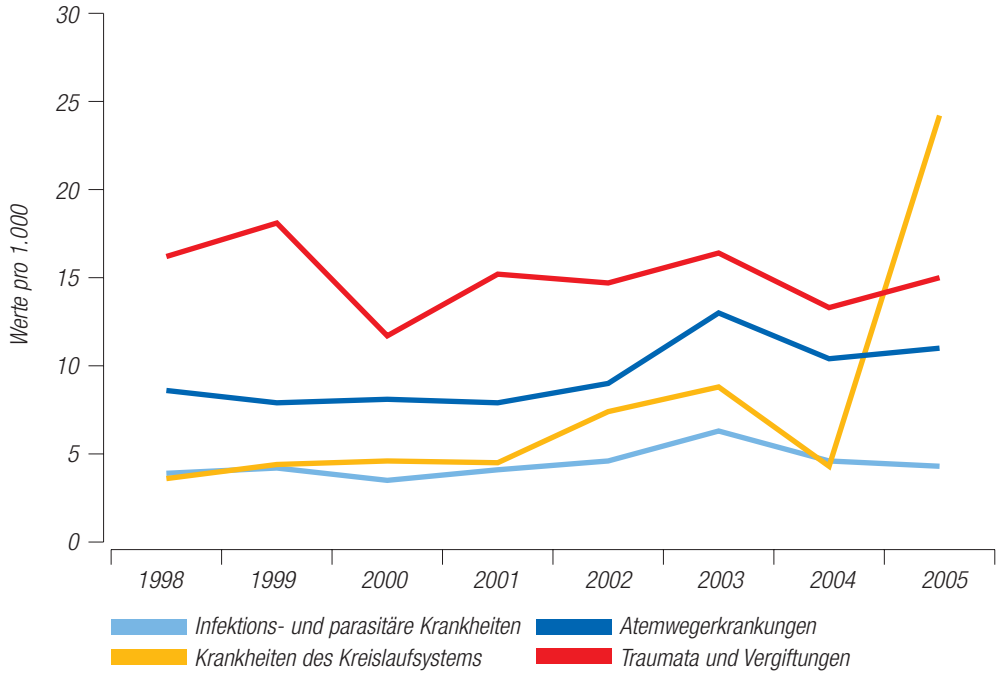
Die Hospitalisierungsrate der ausländischen Wohnbevölkerung entspricht 199,7 pro 1.000 und kann in zwei Klassen unterteilt werden: jene der EU-Bürger, mit einer sehr niedrigen Hospitalisierungsrate (83,6 pro 1.000), und jene der restlichen ausländischen Bürger, mit Werten, die zwischen 173,4 pro 1.000 für Asien und die anderen europäischen Länder und 213,2 pro 1.000 für Afrika liegen.

Die Hospitalisierungsrate wird klar von der hohen Geburtenrate beeinflusst: in der weiblichen Bevölkerung sind 42,9% der Entlassungen auf Ursachen zurückzuführen, die mit der Schwangerschaft, Entbindung und dem Puerperium zusammenhängen. Unter den Männern besteht die häufigste Entlassungsdiagnose in Traumata und Vergiftungen (17,0%), während sowohl unter der Männern als auch unter den Frauen der Entlassungsanteil aufgrund von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und die Inan-

spruchnahme der Gesundheitsdienste (14,4% unter den Männer und 9,9% unter den Frauen) sehr hoch ausfällt.

Die Raten der Hospitalisierungsursachen sind mit jenen der Gesamtbevölkerung vergleichbar: 4,3 pro 1.000 für die Infektionskrankheiten (3,3 pro 1.000 in der Gesamtbevölkerung), 24,2 pro 1.000 für die Krankheiten des Kreislaufsystems (gegenüber 20,9 pro 1.000), 11,0 pro 1.000 für die Atemwegerkrankungen (gegenüber 12,7 pro 1.000), 15,0 pro 1.000 für Traumata und Vergiftungen gegenüber 16,8 pro 1.000 der Gesamtbevölkerung.

Abbildung 13: **Hospitalisierungsrate der ausländischen Wohnbevölkerung nach einigen Ursachengruppen. Provinz Bozen - Jahre 1998-2005**



BIBLIOGRAPHIE

ISTAT. Bevölkerungsentwicklung in Zahlen. Interaktive Datenbank. URL: http://demo.istat.it/

ISTAT. System der territorialen Indikatoren. Interaktive Datenbank. URL: http://sitis.istat.it/sitis/html/index.htm

ISTAT. Statistisches Jahrbuch für Italien 2005.

ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol. Jahre 1995-2004.

WHO. Maternal and newborn health in the WHO European Region: the challenges and the way forward. Fact sheet EURO/03/05

Grandolfo M., Donati S., Giusti A. Ihdagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. URL: http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf

Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann. Ist. Super. Sanità, 35, 289-296.

Gesundheitsministerium. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001-2002.

Gesundheitsministerium. Salute degli anziani. Comunicato stampa, 20 luglio 2005.

Gesundheitsministerium. Statistiche sui ricoveri ospedalieri. Banca dati interattiva. URL: http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ricinformazioni/default.jsp

Censis. L'a condizione dell'anziano non autosufficiente -Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive." 2004

ASTAT. Sterbetafeln der Bevölkerung Südtirols. 1997-2001. ASTATInfo 25/02.

ASTAT. Ausländer in Südtirol, 2004, 2004. ASTATInfo 14/05

Kapitel Zwei

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 legt, in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans, unter anderem die „Kollektive Gesundheitsversorgung im Lebens- und Arbeitsumfeld" fest. Das Ziel dieses Bereichs besteht darin, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch die Gewährleistung folgender Leistungen zu fördern:

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

Diese Versorgungsbereiche werden durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Rechtsmedizin, Sportmedizin, die überbetrieblichen Diensten für Arbeitsmedizin, durch den Tierärztlichen Dienst und den Dienst für Pneumologie gewährleistet, mit der Unterstützung einer Vielzahl von Personen, die in gesundheitlichen und sonstigen Einrichtungen tätig sind.

1.1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die Provinz förderte und finanzierte auf Landesebene über das Landesressort für Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit den Sanitätsbetrieben, der Schule und anderen Einrichtungen Initiativen zur Gesundheitsförderung und -erziehung vor allem in den Bereichen: gesunde Ernährung, Suchtprävention, Bewegung, Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und besonderer Risikogruppen (Frauen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, bestimmte Berufsgruppen, Einwanderer) und die geistige Gesundheit.

PRIORITÄRE EINGREIFBEREICHE

Aufgrund der Ressourcenknappheit und der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen müssen bei einigen prioritären Bereichen, bei denen verhaltensbezogene oder organisatorisch-strukturelle Änderungen notwendig sind, Schwerpunkte festgelegt werden, um das Risiko einer Erkrankung (oder mehrerer, an dieselben Faktoren gebundene Krankheiten) zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Dazu gehören:

- die gesunde Ernährung und körperliche Bewegung;
- die Prävention von Suchtmitteln mit besonderem Augenmerk auf den Tabak- und Alkoholkonsum;

- der Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und aller Bevölkerungsgruppen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind (Frauen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, bestimmte Berufsgruppen, Einwanderer);
- der Schutz der geistigen Gesundheit.

1.1.1. Initiativen des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Die Tätigkeit des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit im Bereich der Gesundheitsförderung und -erziehung umfasste im Jahr 2005 folgende Initiativen:

- Initiativen zur Förderung der Raucherentwöhnung: Infostand am Welt-Nichtrauchertag; Erarbeitung eines Plans für die Prävention, Entwöhnung und Behandlung der Nikotinsucht in Südtirol; Einleitung einer Informationskampagne auf Landesebene mit Anzeigen, Plakaten, Werbeflächen, Rundfunk-Fernseh-Sports und Internet; Herausgabe einer Info-Broschüre mit Tipps und Tricks zur eigenständigen Raucherentwöhnung; Start des Pilotprojektes zur Entwicklung spezifischer Raucherausstiegsmodule für die Jugendliche.
- Fortsetzung des Entwurfs des „Konzepts zu einer umfassenden Alkoholprävention in Südtirol 2006-2008“; Vorarbeiten zur Organisation einer dreijährigen Kampagne auf Landesebene.
- Teilnahme an der „Internationalen Herbstmesse“ vom 10. bis 18. September 2005 mit dem Stand zum Thema „Guten Appetit – Vertrauen in gesunde und kontrollierte Produkte“.
- Ausarbeitung eines Leitfadens für die Betriebe in der Lebensmittelverarbeitung und im Gastgewerbe über das Hygiene- und Selbstkontrollsystem (HACCP-Leitfaden).
- Initiativen anlässlich des Weltgesundheitstags am 7. April 2005 mit Verteilung von Info-Broschüren „Impfung schützt“, „Die Ernährung in der Schwangerschaft“ und „Die Ernährung des gesunden Säuglings“.
- Teilnahme an der Initiative „Wir Kinder radeln“ vom 12. bis 14. April 2005 zur Sensibilisierung der Kinder für die Straßenverkehrsordnung und zur Anleitung zur Bewegung durch korrekte Benutzung des Sturzhelms und des Fahrrads.
- „Südtirol bewegt sich – Erster Südtiroler Wandertag am 23. Oktober 2005“ mit dem Ziel, Exkursionen und Wanderungen in Bozen, Meran und Brixen mittels Anzeigen, Rundfunkspots und Verteilung einer Info-Broschüre, zu fördern.
- Initiativen anlässlich der Europäischen Impfwoche der WHO (17. – 23. Oktober 2005) mit zwei Informationsabenden für die Bevölkerung, einem Workshop für das Gesundheitspersonal und themenspezifischen Arbeitsunterlagen und Info-Broschüren.
- Ausarbeitung einer Info-Broschüre über Zecken als Sonderbeilage der Tageszeitungen Dolomiten und Alto Adige.
- Internet-Chat zur Vogelgrippe im Herbst 2005 mit FAQ und Antworten.
- Erarbeitung eines „Aktionsplans zum Schutz der Bevölkerung bei ersten Vogelgrippefällen in Südtirol“.
- Teilnahme an der Messe „Salus“ (11. - 13. März 2005) mit dem Stand zum Thema „Umwelt und Gesundheit“ zur Aufklärung über Pollenallergien, Luftverschmutzung und Lärmbelastung (Lärm, Geruch, Tastsinn, Rauchen) mit einer Reihe von Minikonferenzen.
- Erster öffentlicher Auftritt von „Netzwerk Südtirol Vital“ am 9. April 2005 mit Initiativen zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung.

- WHO Regions for Health Network (RHN) – Netzwerk der Regionen für Gesundheit: Projekt zum Thema „Regional public health strategies to reach the target of measles elimination by the year 2010“ (Regionale Gesundheitsstrategien zur Erreichung des Ziels der Ausrottung der Masern innerhalb 2010).
- Projekt „Mini Med Studium“ 2005, Veranstaltungsreihe in Form von neun Vorträgen zu Gesundheitsthemen seitens führender Mediziner der Universitätsklinik Innsbruck und der Südtiroler Sanitätsbetriebe (Anzahl der angesprochenen Personen: rund 4.500).
- Fernseh-Info-Sendungen in deutscher Sprache im Bereich der Gesundheitserziehung und Prävention („Gesundheitsmagazin“), übertragen vom RAI Sender Bozen.
- Rundfunksendungen zur Gesundheitserziehung und Prävention in italienischer Sprache: „Punto e a capo“, übertragen von Radio RAI.
- Gesundheits-Fernsehreihe „Vital – Mehr vom Leben“ im Programm des RAI Senders Bozen mit Themen rund um die Bereiche Bewegung und Ernährung sowie Tipps für einen möglichst gesunden Lebensstil.
- HBSC-Studie: Vorarbeiten zu der von der WHO unterstützten internationalen Studie über das Gesundheitsverhalten von Schulkindern.
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Befragung zur Erhebung des Bekanntheitsgrads der Präventionskampagnen im Gesundheitswesen von 2002 - 2004 und der Umfrage zu den Bestimmungen zum Schutz der Gesundheit der Nichtraucher (ASTAT-Erhebung 2005).

1.1.2. Initiativen des Amtes für Gesundheitssprengel

Die Tätigkeit des Amtes für Gesundheitssprengel im Bereich der Gesundheitsförderung und -erziehung umfasste im Jahr 2005 folgende Initiativen:

- Förderung der geistigen Gesundheit durch das EU-Projekt „Europäische Allianz gegen Depression“ mit dem Ziel der besseren Versorgung von depressiven Menschen durch Aufklärung und Sensibilisierung, durch die Förderung der Volontariatsarbeit und die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften. Zu den Initiativen gehören: Rundfunk- und Fernsehbeiträge, Artikel in lokalen Printmedien, Druck von Broschüren und Plakaten, Tagung, Kunstausstellung zum Thema Depression, Schulung von sogenannten „Multiplikatoren“ (Apotheker, Ärzte, Krankenpfleger, Altenpfleger, Psychologen, Lehrpersonen, Priester), Förderung von Freiwilligeninitiativen und Gründung von Selbsthilfegruppen.
- Durchführung eines Projektes zur Förderung von spezifischen Sensibilisierungs- und Behandlungsangeboten für Kokain- und Ecstasy-Konsumenten und Ausarbeitung einer Info-Broschüre.
- Auch im Schuljahr 2004/2005 wurde das Projekt „Kariesprophylaxe im Entwicklungsalter“ in allen ersten und dritten Grundschulklassen in Südtirol erfolgreich durchgeführt. Über 100 freiberuflich tätige Zahnärzte klärten insgesamt 8.265 Kinder über eine korrekte Zahnhygiene auf und unterzogen diese anschließend einer Kontrollvisite. 57% aller untersuchten Kinder waren frei von Karies, womit der WHO-Richtwert (50%) eindeutig überschritten ist.

1.1.3. Gesundheitsförderung in den Sanitätsbetrieben

Jeder Sanitätsbetrieb förderte und realisierte spezifische Projekte zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung; alle Projekte wurden mit den zuständigen Organen der

Landesverwaltung, der Schule und anderen miteinbezogenen Institutionen diskutiert und vereinbart, wodurch parallele, überlagerte und kontrastierende Vorhaben vermieden werden konnten. Auch innerhalb der Sanitätsbetriebe wurden die Projekte integriert mit allen betroffenen Diensten abgewickelt.

Sanitätsbetrieb di Bozen	
Dienst für Basismedizin	*Projekt „Ich war, ich bin, ich werde“*
Dienst für Basismedizin und Gesundheitssprengel Don Bosco	*Prävention, Risikofaktoren und Symptome der Herzkreislauferkrankungen; die Gesundheit in den Wechseljahren; Hautkrankheiten: atopische Dermatitis, Ekzeme, Vorbeugung von Melanomen*
Gesundheitssprengel Don Bosco	*Sozial- und Gesundheitssprengel: Informationsgeber und Berater für Pflegepersonen von nicht selbstständigen Demenzkranken*
Dienst für Basismedizin und Dienst für Diät und klinische Ernährung	*Gesunde Ernährung*

Sanitätsbetrieb di Meran	
Dienst für Diät und klinische Ernährung	*Gruppentherapie für übergewichtige Kinder und deren Eltern*
Dienst für Basismedizin	*Projekt „Lebensstil“*
Sprengel Passeiertal	*Der Notfall im Hinterpasseierl*
Dienst für Diät und klinische Ernährung	*Tainingsprogramm für Gruppen „Vernünftig abnehmen“*

Sanitätsbetrieb di Brixen	
Rehabilitationsdienst	*Initiative zur Haltungsförderung*

Es war dagegen nicht möglich, jene Projekte zu erfassen, die nicht gemäß Beschlussfassung finanziert, sondern autonom von den Sanitätsbetrieben realisiert wurden.
Außerdem stellte das Landesamt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit im Jahr 2005 20 Südtiroler Non-Profit-Vereinigungen auf dem gesamten Landesgebiet Beiträge für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung zur Verfügung. Schwerpunktthemen waren: Prävention und Bekämpfung von Tumorerkrankungen, chronischen und invalidisierenden Krankheiten (Diabetes, Herzkreislauferkrankungen), Gesundheitsvorsorge durch Bewegung für über 65-Jährige, psychische Erkrankungen (Depression, Angst), falsche Ernährungsgewohnheiten, Probleme in der Schwangerschaft und bei der Geburt.

Forum Prävention (Suchtprävention)

Nach 5 Tätigkeitsjahren gilt das Forum Prävention als Kompetenzzentrum für die Suchtprävention in Südtirol. Als öffentliche Servicestelle steht es all jenen Personen und Institutionen in Südtirol zur Verfügung, die Präventions-, Informations- und Fortbildungsprojekte durchführen möchten. Das Engagement der Fachstelle gilt auch der politischen Auseinandersetzung mit den Bereichen Suchtarbeit sowie Familien- und Jugendpolitik, mit dem Ziel, in Südtirol möglichst lebensfreundliche und soziale Rahmenbedingungen zu schaffen.
Von der Südtiroler Landesregierung ist das Forum Prävention mittels Konvention mit der Durchführung von Angeboten im Rahmen der universellen und selektiven Suchtprävention betraut.
Das Forum – ein als juridische Person des Privatrechts anerkannter Verein – setzt sich aus Vertretern öffentlicher und privater Einrichtungen, welche in der Sucht- und Präventionsarbeit tätig sind, zusammen.
Die ständig aktualisierte Webseite www.forum-p.it gibt einen Überblick über alle laufenden Tätigkeiten des Forums.

1.1.4. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an den Schulen

Die Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung an Kindergärten und Schulen orientieren sich in erster Linie an pädagogischen Zielsetzungen zur Stärkung des Selbstwertes und zum Aufbau von gesundheitsfördernden Ressourcen. Die dabei angewandten Methoden befähigen junge Menschen, eigene Entscheidungen zu treffen, zu denen sie verantwortungsbewusst stehen können und die ihnen eine befriedigende Lebensgestaltung erlauben.
Das Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit finanzierte verschiedene Maßnahmen zur Gesundheitserziehung, die von den Diensten für Gesundheitserziehung der drei Schulämter organisiert wurden.

Die Dienststelle für Gesundheitserziehung, Integration und Schulberatung des Deutschen Schulamtes

Im Arbeitsbereich der Gesundheitserziehung verfolgt die Dienststelle langfristig das Ziel, Schulleiter, Lehrpersonen, Erzieher, Betreuer, Eltern und Schüler für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren und Kindergarten und Schule als gesundheitsfördernde Lebenswelt zu gestalten.
Zur Unterstützung der derzeit laufenden Initiativen und in Richtung eines gesundheitsfördernden Arbeitsansatzes lehnt sich der Dienst an den Grundsatz der Salutogenese und an einen gezielten Einsatz der Ressourcen an, der auf den folgenden Säulen beruht:

1. **Gestaltung von Kindergarten und Schule als gesundheitsfördernde Lern-, Arbeits- und Lebenswelt**
   Im Arbeitsjahr 2005 begannen die 4 Schuldirektionen, das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule der Weltgesundheitsorganisation umzusetzen und damit Gesundheitsförderung in einem übergreifenden und systematischen Kontext zu betreiben. Die 4 miteinbezogenen Schuldirektionen umfassen 16 Schulen, rund 220 Lehrpersonen und 2.600 Schüler.

2. **Beratung und Begleitung der Initiativen und Projekte**
   Die Mitarbeiter des Dienstes unterstützten pädagogische Fachkräfte in Kindergarten und Schule bei der Planung, Umsetzung und Reflexion von gesundheitsfördernden Vorhaben; dabei spielten die Berücksichtigung der vor Ort gegebenen Bedingungen und Bedürfnisse sowie der Einbezug der Schüler- und Elternschaft eine besondere Rolle. Gerade diese Beratungsfunktion stellt den Kernbereich der Tätigkeit dar und versucht, die Ressourcen der Lehrpersonen und Erzieher für die Durchführung der Vorhaben optimal zu nutzen.

3. **Implementierung von Unterrichtsprogrammen und Initiativen zum Schutz der Gesundheit**
   Den Kindergärten und Schulen stehen eine Reihe von Unterrichtsprogrammen und Initiativen zu verschiedenen Aspekten der Gesundheit zur Verfügung;
   - Suchtprävention;
   - Sexualerziehung;
   - Soziales Lernen (Eigenständig werden, Schlichterprogramme);

- Suizidprävention;
- Zentrum für Information und Beratung.

4. **Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften für gesundheitsfördernde Arbeit**
   Lehrpersonen, Erzieher und Betreuer werden in Fortbildungsveranstaltungen dazu befähigt, Gesundheitsthemen mit Kindern und Jugendlichen zu thematisieren, um den einzelnen gesundheitsfördernden Maßnahmen eine höhere Wirksamkeit zu verleihen. Darüber hinaus beteiligte sich die Dienststelle an der Umsetzung verschiedener Projekte der Abteilung Gesundheitswesen (Europäische Impfwoche, Kariesprophylaxe im Entwicklungsalter) oder anderer Träger und wirkte an der Entwicklung von Konzepten zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit spezieller Zielgruppen mit (Kampagne zur Vorbeugung des Alkoholmissbrauchs 2006-2008, Konzept für Nikotinsuchtprävention, -entwöhnung und -behandlung in Südtirol, Konzeption von Ausstiegshilfen für jugendliche Raucher).

Initiativen an den italienischen Schulen

Die Tätigkeit der Dienststelle für Gesundheitserziehung des Italienischen Schulamtes im Schuljahr 2004/2005 betraf folgende Themenschwerpunkte:

1. „Sprechenwirdarüber“: Schalter für psychologische Beratung und Orientierung zu den territorialen Diensten.
2. Erziehung zur gesunden Ernährung:
   a) Weiterbildung für Lehrpersonal aller Schulen und Schulstufen;
   b) Pilotprojekt „Schulmensen“.
3. Suchtprävention;
   a) Weiterbildung für Lehrpersonal der Mittel- und Oberschulen;
   b) Treffen für Mittelschüler im Rahmen des Projektes „Sprechenwirdarüber“ zur Nikotin- und Alkoholsuchtprävention;
   c) Treffen für Oberschüler:
   d) Pilotprojekt „Kopf-Herz-Hand“.
4. Lernstörungen:
   a) Weiterbildung für Grundschullehrer über Dyslexie.
5. Erziehung zum Gefühlsvermögen und zur Sexualität:
   a) Pilotprojekt „Sexualität und Gefühlsvermögen, zwischen Prävention und Ressourcen“;
   b) Treffen für Oberschüler.
6. Beziehungsschwierigkeiten:
   a) Weiterbildung für Lehrpersonal aller Schulen und Schulstufen zu Gewalt und Aggressivität;
   b) Spezielles Projekt „Vater sein: Lehrgang zum Austausch zwischen Eltern und Erziehern“ für Lehrpersonal und Eltern im Kindergarten;
   c) Treffen für Mittelschüler im Rahmen des Projektes „Sprechenwirdarüber“ zu Themen der Gewalt;
   d) Treffen für Oberschüler zur Toleranz und Akzeptanz der Vielfältigkeit.
7. Das Netz Schule/Dienste:
   a) Weiterbildung für Lehrpersonal der Kindergärten „Das Kind in Schwierigkeiten: Schule, Familie, Dienste“;

b) Spezielle Projekte „Die Netzwerkarbeit zwischen Schule und Sprengel“ in Bozen Zentrum/Bozner Boden, Leifers und Bozen Don Bosco.

Initiativen an den ladinischen Schulen

Schwerpunktthema der Gesundheitserziehung an den ladinischen Schulen war im Jahr 2005 die Bewegung, die in den Schulen oft in kreative Tätigkeiten wie Musik, Malerei oder Tanz eingegliedert wurde.

Konkrete Suchtprävention wurde durch die Initiative „Gläserne Schule“ im Rahmen der Fastenaktion „Weniger ist mehr“ an drei Schulen durchgeführt, wobei das Thema Tabak, Drogen und andere Formen der Abhängigkeit angesprochen wurde.

Zum Abbau aggressiven Handelns wurden Lehrkräfte und dann auch ganze Klassenverbände in effiziente Konfliktlösungsstrategien eingeführt.

Mehrere Grund- und Mittelschulen führten Projekte zur gesunden Ernährung durch und bezogen dabei einige Diätberaterinnen mit konkreten Initiativen direkt in den Unterricht mit ein.

Außerdem nahmen die ladinischen Schulen an der von der Abteilung Gesundheitswesen geförderten Initiative zur Kariesprophylaxe im Entwicklungsalter teil.

1.2. PROPHYLAXE GEGEN INFEKTIONS- UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol in der Bevölkerung unter 18 Jahren 99.384 empfohlene Impfungen durchgeführt; 55,3% davon (54.994) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe leisteten 1.726 gesundheitliche Beratungen und Aufklärungen für Auslandsreisende; außerdem führten sie 431 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durch.

1.2.1. Prophylaxe und Aufklärung zur Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten und epidemischen Herden

IMPFKALENDER

In der folgenden Tabelle ist der Landes-Impfkalender - genehmigt mit Beschluss Nr. 2923 vom 10.08.2005 - wiedergegeben, der ein einheitliches harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2005-2007 vorgesehenen Kinderschutzimpfungen umfasst.

Tabelle 1: **Impfkalender für das Jahr 2005**

Impfung	*3. Monat*	*5. Monat*	*11. Monat*	*12. Monat*	*15. Monat*	*5-6 Jahre*	*14-15 Jahre*
Dtp	*DTaP*	*DTaP*	*DTaP*			*DTaP*	*dTaP*[1]
Kinderlähmung	*IPV*	*IPV*	*IPV*			*IPV*	
Hepatitis B[2]	*HB*	*HB*	*HB*				
Hib	*Hib*	*Hib*	*Hib*				
MPR[3]				*MPR 1*		*MPR 1/2**	*MPR 1/2***
Pneumokokken	*Pneumokokken*[4]						
Windpocken			*Windpocken*[5]				

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

DTaP: *Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten*
dTaP: *Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten für Erwachsene*
IPV: *Impfstoff mit inaktivierten Viren gegen Kinderlähmung - Injektion*
HB: *Impfung gegen Hepatitis B*
Hib: *Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ B (Grippe)*
MPR: *Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln*
PVC: *Impfung gegen Pneumokokken*
Windpocken: *Impfung gegen Windpocken*

1. *Die Impfung DtaP wird bis zum Alter von 5-6 Jahren verabreicht, anschließend wird die Impfung dTaP (Dosis für Erwachsene) verwendet. Es wird eine Nachimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten im Alter von 5-6 Jahren und 11-15 Jahren empfohlen. Anschließend wird eine Nachimpfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten alle 10 Jahre empfohlen. Die Impfung gegen Keuchhusten kann unabhängig anderer vorhergehender Impfungen gegen Keuchhusten erfolgen.*
2. *Die Neugeborenen von positiven Müttern müssen sofort nach der Geburt geimpft werden.*
3. *Die 1. Impfdosis gegen Masern, Mumps und Röteln muss zwischen dem 12. und 15. Monat verabreicht werden. Im Alter von 5-6 Jahren muss die 2. MPR-Dosis gleichzeitig mit der IPV- und DtaP-Nachimpfung oder die 1. Dosis für noch nicht geimpfte Kinder (MPR 1/2*) verabreicht werden. Kindern im Alter von 11-15 Jahren muss die 2. Dosis bzw. noch nicht geimpften Kindern muss die 1. Dosis (MPR 1/2**) verabreicht werden.*
4. *Impfung gegen Pneumokokken: für risikobehaftete Personen.*
5. *Impfung gegen Windpocken: für risikobehaftete Personen.*

Dem Gesundheitsministerium zufolge wurden in Italien kürzlich ausgezeichnete Ergebnisse bei der Kontrolle einiger der durch Impfungen vorbeugbaren Krankheiten erzielt. Die Diphtherie wurde ausgerottet (der letzte Fall im Kindesalter geht auf das Jahr 1991 zurück), und Italien erlangte 2002 das offizielle Zertifikat für die Ausrottung der Kinderlähmung. Seit einigen Jahrzehnten werden keine Tetanusfälle im Kindes- oder Jugendalter verzeichnet; die Inzidenz der Virushepatitis B ist seit 1991 radikal rückläufig (Rückgang von über 80% in den Altersklassen, die einer Impfung unterzogen werden: 0-14 und 15-24 Jahre).

DURCHGEFÜHRTE IMPFUNGEN

2005 wurden in Südtirol an Kindern bis zum 18. Lebensjahr 99.384 empfohlene Impfungen vorgenommen; 55,3% (54.994) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Tabelle 2: **Durchgeführte Impfungen nach Art und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Art der Impfung	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Provinz*
Kinderlähmung (alle Dosen)	*7.930*	*4.667*	*2.943*	*3.223*	*18.763*
Diphtherie-Tetanus (alle Dosen)	*9.166*	*4.690*	*3.079*	*3.431*	*20.366*
Keuchhusten (alle Dosen)	*8.681*	*4.461*	*2.925*	*3.362*	*19.429*
Hib (alle Dosen)	*6.282*	*3.685*	*2.269*	*2.570*	*14.806*
Hepatitis B (alle Dosen)	*6.811*	*3.960*	*2.402*	*2.692*	*15.865*
Masern-Mumps-Röteln (alle Dosen)	*5.323*	*1.623*	*1.377*	*1.832*	*10.155*
INSGESAMT	***44.193***	***23.086***	***14.995***	***17.110***	***99.384***

Quelle: Sanitätsbetriebe - Informatisiertes Gemeindesysteme für die Impfprophylaxe

EPIDEMIOLOGISCHE ERMITTLUNGEN UND/ODER ÜBERWACHUNGEN

Im Rahmen der Vorbeugung der Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit insgesamt 5.854 epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Pedikulose, bakterielle Meningitis, Salmonellose und sonstige Lebensmittelvergiftungen. Insgesamt ist im Vergleich zum Jahr 2004 ein Zuwachs der Eingriffe zwecks epidemio-

logischer Überwachung der Ektoparasiten (4.189 Untersuchungen im Jahr 2005 gegenüber 3.958 des Jahres 2004, +5,8%) und der bakteriellen Meningitis (655 im Jahr 2005 gegenüber 149 des Jahres 2004) zu verzeichnen. Die Kontrollen auf Salmonellose (630 Ermittlungen im Jahr 2005 gegenüber 1.314 im Jahr 2004) und auf andere Lebensmittelvergiftungen (230 im Jahr 2005 gegenüber 328 im Jahr 2004) verzeichnen hingegen einen Rückgang.

Tabelle 3: **Prophylaxe und Kontrolle der Infektionskrankheiten - Jahr 2005**

Anz. der epidemiologischen Ermittlungen und/oder Überwachungen bez. Infektions- und parasitärer Krankheiten:	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insgesamt*
Salmonellose	*150*	*101*	*74*	*305*	*630*
Sonstige Lebensmittelvergiftungen	*30*	*4*	*4*	*192*	*230*
Legionellose	*-*	*37*	*-*	*1*	*38*
Bakterielle Meningitis	*136*	*109*	*2*	*408*	*655*
Hepatitis A	*7*	*18*	*8*	*2*	*35*
Ektoparasiten	*413*	*823*	*705*	*2.248*	*4.189*
Sonstige	*52**	*16+*	*9++*	*-*	*77*

** Shigella, Giardia, Rotavirus, Campylobacter und Salm. Typhii*

+ Shigella, Campylobacter, Guardia Lamblia

++ Shigella, Gastroenterite n.d.d.

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

TUBERKULOSE

Der überbetriebliche Dienst für Pneumologie befasst sich mit der Prophylaxe gegen Tuberkulose, wie in folgender Tabelle dargestellt wird.

Tabelle 4: **TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests – Jahr 2005**

Art der Leistung	*Bozen*	*Neumarkt*	*Meran*	*Schlanders*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insges.*
TBC-Impfung	*214*	*-*	*97*	*-*	*19*	*-*	*330*
Tuberkulin-Hautreaktionstest	*2.174*	*55*	*440*	*222*	*681*	*507*	*4.079*

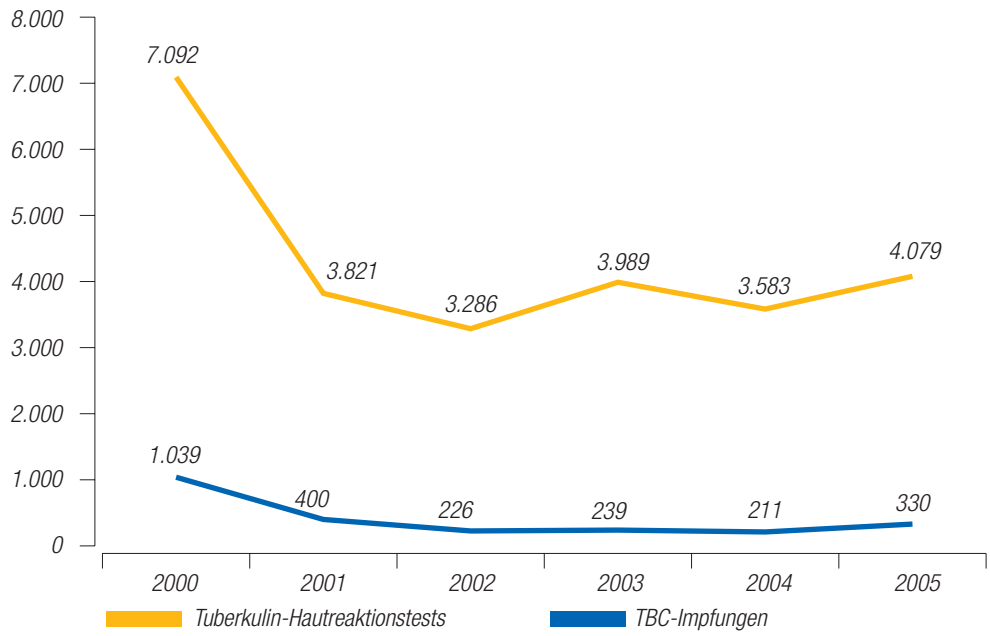
Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pneumologie

In den letzten Jahren war eine starke Verminderung der durchgeführten TBC-Impfungen sowie ein Rückgang in der Zahl der Tuberkulin-Hautreaktionstests zu beobachten. Dieses Phänomen ist zum Großteil auf die veränderte Gesetzgebung zurückzuführen, welche die auf nationaler Ebene vorgesehene TBC-Prophylaxe regelt. Seit dem 30.06.2001 besteht aufgrund des Gesetzes Nr. 388/2000 (Haushaltsgesetz 2001) keine Tuberkulin-Hautreaktionstest-Pflicht in den Schulen und keine Impfpflicht für die Bediensteten im Gesundheitswesen und Berufssoldaten mehr. Die TBC-Impfung muss nur in den folgenden Fällen verabreicht werdeni:

a) Neugeborene und Kinder unter 5 Jahren mit negativem TBC-Test, die in Gemeinschaft oder in engem Kontakt mit TBC-Kranken in ansteckender Phase leben;
b) Neugeborene und Kinder unter 5 Jahren mit negativem TBC-Test, die Gruppen mit hohem Infektionsrisiko angehören und für welche sich eine normale Überwachung und die Behandlungsprogramme als nicht effizient zeigten, wie bei Personen aus Epidemieländern mit Zugangsschwierigkeiten zu den Gesundheitsdiensten und in benachteiligten Lebensbedingungen;
c) Bedienstete, die in einer Umgebung mit hohem Expositionsrisiko multipharmakoresistenten Stämmen gegenüber arbeiten;
d) risikobehaftete Bedienstete, welche klinische Kontraindikationen für die Benutzung der Präventivtherapie aufweisen.

Nach 6 Jahren können die Auswirkungen des angewandten Gesetzes Nr. 388/2000, das die Eingreifbereiche der TBC-Prophylaxe radikal geändert hat, genauestens bewertet werden.
Die Zahl der im Jahr 2005 verabreichten Impfungen liegt leicht über jener des Vorjahres (330 gegenüber 211 des Jahres 2004), ist jedoch immer noch niedrig im Vergleich zum Wert des Jahres 2000 (-68,2%); außerdem werden jährlich rund 4.000 Tuberkulin-Hautreaktionstests vorgenommen, wo eine Verminderung von 42,5% gegenüber 2000 verzeichnet wird.

Abbildung 1: **TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstest – Jahre 2000-2005**



1.2.2. Reisemedizin

Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist den 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, japanische Enzephalitis, Gelbfieber, Hantavirus-Infektionen, Malaria, Rift-Tal-Fieber, bakterielle Ruhr oder Shigellose, typhusartiges Fieber).
Eine unzureichende Aufklärung über die zu beobachtenden Vorschriften vor, während und nach der Reise hat zur Folge, dass ein Tourist von vier (nach den Angaben des Gesundheitsministeriums) mit gesundheitlichen Problemen nach Hause zurückkehrt: von der einfachen Reisediarrhöe bis zu Krankheiten mit viel schlimmeren Folgen.
Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die Vorbeugung in diesem Bereich auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Tabelle 5: **Gesundheitliche Beratung und Aufklärung für Auslandsreisende - Jahre 2000-2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Jahr 2000	629	496	210	200	1.535
Jahr 2001	437	446	167	180	1.230
Jahr 2002	390	425	170	66	1.051
Jahr 2003	336	495	218	101	1.150
Jahr 2004	362	601	396	400	1.759
Jahr 2005	204	687	375	460	1.726

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.2.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen

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

Tabelle 6: **Meldungen und Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen nach Art der Einrichtung - Jahr 2005**

Art der Maßnahme	Bozen*	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Anz. der Meldungen, öffentl. Einrichtungen und Plätze	203	7	2	9	221
Anz. der Maßnahmen, öffentl. Einrichtungen und Plätze	237	7	2	16	262
Anz. der Meldungen, private Wohnungen und Plätze	101	5	1	7	114
Anz. der Meldungen, private Wohnungen und Plätze	157	5	-	7	169
Anz. der Maßnahmen zwecks Überwachung der von Dritten ausgeführten Desinfektionstätigkeit	-	8	-	-	8

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

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

2005 wurden in den vier Sanitätsbetrieben 431 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 60,8% davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 39,2% öffentliche Plätze und Privatgebäude.

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

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe bewerteten im Laufe des Jahres 2005 die hygienisch-sanitären Bedingungen von 328 öffentlichen Einrichtungen auf Landesebene.

Zwecks Schwimmbadkontrolle wurden 751 Wasserproben für chemisch-physische Analysen (27,3% davon resultierten als nicht regulär) und 653 Wasserproben für mikrobiologische Analysen (16,1% davon erwiesen sich als nicht regulär) entnommen.

Die Luft- und Lärmbelastung wurde von der überbetrieblichen Sektion für Umweltmedizin (eingerichtet beim Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesund-

heit von Bozen), vom Labor für Luft- und Lärmanalysen und vom Labor für Physikalische Chemie kontolliert. Überschreitungen der vorgeschriebenen Gesundheitsschutzschwellen wurden für Stickstoffdioxid (NO_2), Feinstaub (PM_{10}) und Ozon (O_3) gemessen.

Das Arbeitsinspektorat führte 1.002 Lokalaugenscheine zur Feststellung der beruflichen Risiken und 310 Gesundheitsaufklärungs- und -erziehungsmaßnahmen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch.

Beim Arbeitsinspektorat gingen 2005 229 Meldungen von Berufskrankheiten ein. Der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin führte 10.592 ärztliche Untersuchungen und klinische Ermittlungen an den Arbeitnehmern durch.

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

Die Maßnahmen zur Kontrolle, Überwachung und Überprüfung der hygienisch-sanitären Bedingungen der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen werden hauptsächlich von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe vorgenommen.

Tabelle 7: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Einrichtungen - Jahr 2005**

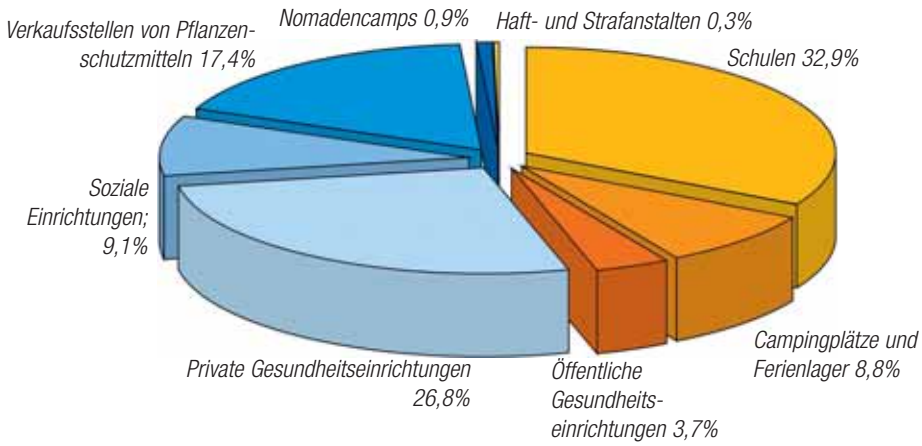
Art der kontrollierten Einrichtung	*Bozen*		*Meran*		*Brixen*		*Bruneck*	
	Anz. erfasst. Einricht.	*Anz. kontr. Einricht.*	*Anz. erfasst. Einricht.*	*Anz. kontr. Einricht.*	*Anz. erfasst. Einricht.*	*Anz. kontr. Einricht.*	*Anz. erfasst. Einricht.*	*Anz. kontr. Einricht.*
Öffentliche und private schulische und vorschulische Einrichtungen (Schulkantinen ausgeschlossen)	*350*	*77*	*209*	*5*	*143*	*6*	*155*	*20*
Campingplätze und Ferienlager	*n.d.*	*10*	*21*	*8*	*4*	*3*	*14*	*8*
Öffentliche Gesundheitseinrichtungen (KH, Sprengel, Polyambulatorien, Pflegestätten, Einrichtungen für psychiatrische Patienten, Therapiegemeinschaften für DA)	*51*	*4*	*29*	*1*	*7*	*3*	*8*	*4*
Private Gesundheitseinrichtungen (Privatkliniken, Ambulatorien für Physiotherapie und Massagen, Pflegeheime, Therapiegemeinschaften für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulatorien, Studios, Zahnarzt- und Optikerlabors)	*559*	*39*	*285*	*6*	*37*	*28*	*112*	*15*
Soziale Einrichtungen (Altersheime, Tageszentren für alte Menschen)	*30*	*8*	*24*	*17*	*8*	*-*	*9*	*5*
Nomadencamps	*n.d.*	*1*	*1*	*1*	*1*	*1*	*-*	*-*
Haft- und Strafanstalten	*1*	*1*	*1*	*-*	*1*	*-*	*-*	*-*
Verkaufsstellen von Pflanzenschutzmitteln	*30*	*30*	*26*	*20*	*4*	*4*	*3*	*3*
INSGESAMT	***N.D.***	***170***	***596***	***58***	***205***	***45***	***301***	***55***
Gelegentliche Veranstaltungen (Märkte, Messen, Wiesenfeste)	*269*	*n.d.*	*n.d.*	*15*	*n.d.*	*9*	*n.d.*	*13*
Sonstige	*n.d.*	*20**	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*	*-*
INSGESAMT	***N.D.***	***N.D.***	***N.D.***	***73***	***N.D.***	***54***	***N.D.***	***68***

14 Naturkostläden,
5 Apotheken
1 Medikamentenproduktionslabor

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

2005 wurden insgesamt 328 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in Schulen (32,9%), privaten Gesundheitseinrichtungen (26,8%) und in Verkaufs- und oder Konfektionsstellen von Pflanzenschutzmitteln (17,4%) vorgenommen.

Abbildung 2: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Einrichtungen – Jahr 2005**



Die Tätigkeiten in diesem Bereich betreffen vorwiegend Inspektionen für den Erlass von Bewohnbarkeits- bzw. Unbewohnbarkeitsbescheinigungen, die Überprüfung von Bauprojekten und die Genehmigung zur Eröffnung von öffentlichen Dienstleistungen zur Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten.

Tabelle 8: **Leistungen der Mitarbeiter der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit im Bereich der Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Einrichtungen nach ihrer Verwendung - Jahr 2005**

Erbrachte Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Inspektionen zur Ausstellung von Bewohnbarkeits- bzw. Unbewohnbarkeitsbescheinigungen	21*	350	15	-+	386
Überprüfung von Bauprojekten zur Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten	978**	766	842	-+	2.586
Bescheinigungen über hygienische Mängel in Wohnungen	23	9	3	-+	35
Hygienisch-sanitäre Gutachten zur Genehmigung der Eröffnung von öffentlichen Dienstleistungen gemäß LG 58/88	79	42	30	-+	151
Hygienisch-sanitäre Gutachten und/oder Überprüfungsberichte zur Genehmigung der Eröffnung und/oder Führung von Gesundheitseinrichtungen od. Erbringung von Dienstleistungen durch im Gesundheitsbereich tätige Freiberufler	11	1	6	4	22
Hygienisch-sanitäre Gutachten (Anzahl d. Akten) für die Eröffnung und/oder Führung von:					
- Verkaufsstellen	23	18	9	-+	50
- Stands für zeitweilige Veranstaltungen	269	68	66	-+	403
Hygienische Entsprechung der Räume für die Verarbeitung landwirtschaftlicher Produkte	-	4	3	3	10

* Einschließlich 10 Unbewohnbarkeitsbescheinigungen und 1 Gutachten für Rekurs gegen Unbewohnbarkeitsgutachten

** 621 Leistungen in Bozen, 32 in Branzoll, 226 in Leifers und 99 in Sarnthein

\+ Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder

KONTROLLE DER SCHWIMMBÄDER

2005 wurden 751 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 27,3% davon resultierten als nicht regulär. Mikrobiologische Analysen wurden an 653 Wasserproben durchgeführt, 16,1% davon erwiesen sich als nicht regulär.

Tabelle 9: **Kontrollen der öffentlichen Schwimmbäder - Jahr 2005**

Sanitätsbetrieb	*Lokalaugen-scheine*	*Entnommene Stichproben*	*Nicht reguläre Stichproben*
Bozen			
Chemisch-physische Analysen	*237*	*217*	*66*
Mikrobiologische Analysen	*237*	*234*	*22*
Meran			
Chemisch-physische Analysen	*97*	*273*	*9*
Mikrobiologische Analysen	*97*	*145*	*66*
Brixen			
Chemisch-physische Analysen	*128*	*230*	*123*
Mikrobiologische Analysen	*128*	*237*	*14*
Bruneck			
Chemisch-physische Analysen	*31*	*31*	*7*
Mikrobiologische Analysen	*31*	*37*	*3*

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika

KONTROLLE DER KOSMETIKA

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

Tabelle 10: **Überwachung und Kontrolle der Kosmetika. Erfasste Einrichtungen und von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte Einrichtungen - Jahr 2005**

Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	*Produktionsstätten von Kosmetika*		*Schönheitssalons/ Beautyfarmen*		*Tätowier-/ Piercing-Geschäfte*	
	Erfasste Einricht.	*Kontroll. Einricht.*	*Erfasste Einricht.*	*Kontroll. Einricht.*	*Erfasste Einricht.*	*Kontroll. Einricht.*
Bozen	*6*	*-*	*484*	*80*	*21*	*8*
Meran	*3*	*2*	*257*	*78*	*8*	*3*
Brixen	*-*	*-*	*42*	*28*	*2*	*1*
Bruneck	*2*	*2*	*160*	*20*	*1*	*1*
INSGESAMT	***11***	***4***	***943***	***206***	***32***	***13***

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Eine weitere Art der in diesem Bereich durchgeführten Kontrollen betrifft gemäß LG 11/72 die Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten zur Erteilung der Genehmigung für die Eröffnung von Herren- und Damenfriseurläden, Beautyfarmen und Wellnesszentren.

Tabelle 11: **Hygienisch-sanitäre Gutachten zur Erteilung der Genehmigung für die Eröffnung von Herren- und Damenfriseurläden, Beautyfarmen und Wellnesszentren - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*	Insgesamt
Hygienisch-sanitäre Gutachten	50	12	4	-*	66

** Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen*

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer

LEICHENPOLIZEILICHE TÄTIGKEITEN

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

Tabelle 12: **Leichenpolizeiliche Tätigkeiten - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*	Insges.
Inspektionen auf Friedhöfen	-	-	6	-	6
Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport	88*	355	172	-	615
Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen	5	14	2	-	21
Autopsien	438**	119	85	-	642
Genehmigung d. Fahrzeuge für den Leichentransport	17	9	5	-	31

** Ab 28. Februar 2005 Zuständigkeitsbereich des Bestattungsamtes der Gemeinde Bozen*

*** Die Daten beziehen sich auf Bozen, Leifers, Eppan*

+ Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung

LANDESAGENTUR FÜR UMWELTSCHUTZ

In der Autonomen Provinz Bozen ist für die Überwachung der Umweltverschmutzung die Landesagentur für Umweltschutz zuständig. Die Agentur leistet den Gesundheitsdiensten, vor allem den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit sowie allen anderen Einrichtungen, die sich mit der Umweltkontrolle zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung beschäftigen, technische und instrumentelle Unterschützung.

SEKTION FÜR UMWELTMEDIZIN

Im Jahr 2003 wurde zur Erkennung, Erfassung, Überwachung und Auslegung der medizinischen Umweltrisiken für die menschliche Gesundheit und Einleitung von angemessenen Präventions- und Behandlungsmaßnahmen für die Bevölkerung beim Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen eine überbetriebliche Sektion für Umweltmedizin eingerichtet.

Die überbetriebliche Sektion für Umweltmedizin arbeitet eng mit dem Landesressort für Gesundheit, mit dem überbetrieblichen Dienst für Arbeitsmedizin und mit der Landesagentur für Umweltschutz zusammen. Im Laufe des Jahres 2005 erbrachte sie die folgenden Tätigkeiten::

- Sanitäre und gesetzliche Beratung und Unterstützung des Ressorts für Gesundheit in Bezug auf Landesbeschlüsse über Umweltthemen (wie: Plan der Wasserqualität, Maßnahmen zur vorübergehenden Verkehrseinschränkung, etc.);
- Tätigkeit des Landesreferenten für die akute Vergiftung durch Pestizide; gezielte Unter-

suchung von Vergiftungsfällen mit Berichterstattung an das Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit;
- Tätigkeit des Verantwortlichen als Mitglied des Landeskomitees für Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) für Großprojekte wie: Brennerbasistunnel, neue Straßenabschnitte, Wasserkraftwerke, Gruben, etc.;
- Zusammenarbeit mit der Landesagentur für Umweltschutz in Bezug auf die wichtigsten Umweltthemen;
- Überprüfung (auf Meldung) des Schimmelpilzgehalts in der Luft in Schulen oder anderen öffentlichen Einrichtungen;
- Erarbeitung der Eingreifpläne im Fall der Überschreitung der für den Feinstaub PM10 (in den Wintermonaten) und Ozon (in den Sommermonaten) festgelegten Grenzwerte;
- Rückblickende Studie für die Jahre 2000-2002 und 2003-2004 über die kurzfristigen Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit; Analyse der gesundheitlich-sanitären und umwelttechnischen Daten in den sechs größten Städten der Provinz; Vergleich der durchschnittlichen Tageskonzentrationen verschiedener Schadstoffe und Aufkommen von Herzkreislauf-, Atemweg- und Herzerkrankungen (in Zusammenarbeit mit: Landesagentur für Umweltschutz, Universität Udine);
- Geographisches Mapping der Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (Todesfälle und Aufenthalte) der Luftverschmutzung der Stadt Bozen in Zusammenarbeit mit der Gemeinde;
- Serologische Analyse der von Zecken übertragenen Krankheiten (Borrelia und FSME-Antikörpertiter) in rund 120 Ansässigen im Gebiet Überetsch (in Zusammenarbeit mit dem Biologischen Labor der Landesagentur für Umweltschutz);
- Beratung, Lokalaugenscheine, Vorschläge von Maßnahmen zu Umweltthemen auf Anfrage des Landesressorts für Gesundheit; die Lokalaugenscheine werden auf dem gesamten Landesgebiet und insbesondere in Schulgebäuden, Müllhalden, Fabriken oder Betrieben, Kompostanlagen sowie zu sanierenden, geschlossenen Einrichtungen aufgrund von Asbest, Kohlenwasserstoffen etc. durchgeführt;
- Vorstellung von Studien, Berichten und Forschungen zu Umwelt- und Gesundheitsthemen anlässlich Tagungen, Kursen, Konferenzen und Treffen mit der Bevölkerung (z. B.: Fokus Feinstaub, Vorbereitung des Standes auf der Messe Salus, nationaler Kongress ANMDO, Referate beim Grundkurs für Umweltmedizin, etc.).

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

LABOR FÜR LUFT- UND LÄRMANALYSEN

Das Labor für Luft- und Lärmanalysen ist für die Überwachung von Benzolkonzentrationen und anderer Schadstoffe an verschiedenen Stationen der Stadt Bozen (44 Messstationen), Meran (24 Stationen), Brixen (13 Stationen) und Bruneck (10 Stationen) zuständig.

Im Jahr 2005 wurde gegenüber 2004 eine deutliche Verminderung der durchschnittlichen jährlichen Benzolkonzentration an allen kritischen Stellen verzeichnet; außerdem wurden keine Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit gemessen (10 µg/m^3/Jahr), was in erster Linie auf die Zunahme der Anzahl der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen ist.

Die Analyse der Messungen des Jahres 2005 ergab für die anderen Schadstoffe in der Stadt Bozen folgende Situation:

• Benzopyren: der Jahresdurchschnittswert für diesen Schadstoff betrug 1,7 ng/m^3, der

somit über dem von der nationalen Gesetzgebung vorgeschriebenen Grenzwert (1 ng/m³) und dem im Jahr 2004 gemessenen jährlichen Durchschnitt (0,8 ng/m³) liegt;
- Feinstaub (PM10): dieser Schadstoff ist aufgrund der Emissionen der Heizanlagen, Industrien und Motoren immer noch in bedeutenden Konzentrationen vorhanden;
- Blei: die Schadstoffkonzentration in der Luft der Stadt Bozen ist ständig rückläufig; der durchschnittliche Jahreswert für 2005 betrug 0,03 µg/m³ (Grenzwert 0,5 µg/m³).

LABOR FÜR PHYSIKALISCHE CHEMIE

Das Labor für Physikalische Chemie befasst sich ebenfalls mit der Überprüfung der Luftqualität; die an den Messstationen ständig erfassten chemischen Schadstoffe sind: Schwefeldioxid (SO_2), Stickstoffdioxid (NO_2) und Stickstoffoxide (NO_x), Kohlenmonoxid (CO), Ozon (O_3), Feinstaub (PM_{10}) und Benzol. Das Labor verwaltet dreizehn Messstationen für die Erfassung der Luftverschmutzung: drei in Bozen, eine in Leifers (eingerichtet am 30.09.2005), eine in Salurn, zwei in Meran (die zweite wurde am 01.12.2005 eingerichtet) und jeweils eine in Brixen, Sterzing, Bruneck, Latsch, am Rittner Horn und auf der Brennerautobahn zwischen Brixen und Klausen.
Auf Landesebene ist die Luftverschmutzung im Jahr 2005 in Bezug auf die einzelnen Schadstoffe folgendermaßen gekennzeichnet:
- Schwefeldioxid (SO_2): die für diesen Schadstoff erfassten Werte liegen deutlich unter den Grenzwerten (die Werte werden auch weiterhin unter Kontrolle gehalten);
- Kohlenmonoxid (CO): die geltenden Grenzwerte wurden nicht überschritten. Die Verminderung der Schadstoffkonzentration in der Luft ist, wie auf internationaler Ebene, auf die Zunahme der Zahl der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen;
- Stickstoffdioxid (NO_2): die durchschnittliche Jahreskonzentration hat Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit (40 µg/m³) an den Stationen in Bozen (Hadrianplatz, Claudia Augusta-Straße), in Meran (Grünau) und auf der Brennerautobahn verzeichnet;
- Ozon (O_3): die durchschnittliche stündliche Schadstoffkonzentration überschritt einige Male die Vorsichtsschwelle von 180 µg/m³ (gemessener Höchstwert) an den Messstationen von Bozen (Amba Alagi-Straße), Meran (Trogmann-Straße), Brixen, Ritten, Latsch, Salurn. 2005 wurden an den Stationen von Bozen (Amba Alagi-Straße), Ritten und Salurn außerdem einige Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit (120 µg/m³) und des Zielwertes für den Schutz der Vegetation (18.000 µg/m³/h) verzeichnet);
- Feinstaub (PM10): in den letzten Jahren wurde das Problem des Feinstaubs in Angriff genommen; der Grenzwert für den Schutz der Gesundheit (20 µg/m³), der innerhalb 2010 zu erreichen ist, wurde an allen Landesmessstationen für diesen Schadstoff überschritten;
- Benzol: 2005 wurde keine Überschreitung des Grenzwertes für den Gesundheitsschutz (5 µg/m³) erfasst.

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

Der Dienst für Arbeitsmedizin, der beim Sanitätsbetrieb Bozen als überbetriebliche Dienststelle eingerichtet ist, befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer und führt Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen zugunsten dieser durch. Der Dienst für Arbeitsmedizin ist in zwei Bereiche unterteilt: Arbeitsinspektorat und Klinischer Bereich für Arbeitsmedizin.

ARBEITSINSPEKTORAT

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

Tabelle 13: **Tätigkeit des Arbeitsinspektorats – Jahre 2004-2005**

Art der Tätigkeit	*2004*	*2005*
Lokalaugenscheine in Unternehmen mit Information und Beratung	*185*	*251*
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste Hilfe-Maßnahmen	*162*	*310*
Informationen an Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	*15*	
Periodische Versammlungen zur Prävention – Teilnahme an Arbeitskommissionen oder -gruppen	*26*	*165*
Überwachung der Durchführung der ASPP - Datenanforderungen	*574*	*751*
Vorschläge und/oder Überprüfungen der Programme für Arztvisiten	*6*	*24*
Ermittlungen (f. d. Staatsanwaltschaft) über Berufskrankheiten und Verstöße gegen geltende Bestimmungen	*31*	*33*
Rekurse gegen Eignungsurteile	*5*	*1*
Tauglichkeitsbeurteilung von Heizern	*9*	*22*
Tauglichkeitsbeurteilung von Minderjährigen	*242*	*237*
Bestimmungen im Bereich der Arbeitsmedizin	*51*	*62*
Verwaltungsstrafen	*1*	*1*
Mitteilungen der Vorschriften	*30*	*28*
Genehmigung von Arbeitsplänen zur Beseitigung von Asbest	*116*	*144*
Sonstige Mitteilungen an die Unternehmen über Aufschub, Befreiung, Verpflichtungen, Nicht-Erfüllung von Verpflichtungen	*161*	*138*
Sonstige Ermittlungen	*28*	*44*
Mitteilungen/Meldungen an andere Ämter	*n.d.*	*32*
Einberufungen	*n.d.*	*52*
Teilnahme an Konferenzen/Fortbildungskursen/Tagungen etc.	*n.d.*	*15*
Umwelttechnische Messungen: Lärm, Mikroklima, Helligkeit (Arbeitplätzen)	*n.d.*	*1*

Quelle: Sanitätsbetrieb di Bozen – Überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

Die Anzahl der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen nahm gegenüber dem Vorjahr von den 187 im Jahr 2004 gemeldeten Berufskrankheiten auf 229 im Jahr 2005 zu (+ 22,5%).

Außerdem beziehen sich fast 44,5% der im Jahr 2005 eingegangenen Meldungen auf Probleme oder Beschwerden aufgrund von Hyperakusis durch Lärm.

Tabelle 14: **Art der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen – Jahre 2003-2005**

Eingegangene Meldungen	*Anzahl der eingegangenen Meldungen*		
	Jahr 2003	*Jahr 2004*	*Jahr 2005*
Wegen Hypoakusis durch Lärm	*198*	*130*	*102*
Wegen Latexallergie und allergischer Kontaktdermatitis	*12*	*11**	*19**
Wegen Ekzemen und Hautsensibilität	*8*	*9*	*2*
Wegen Diskushernie	*9*	*12*	*28*
Wegen Lumbago (Ischialgie)	*-*	*2*	*1*
Wegen Karpaltunnelsyndrom	*9*	*6*	*21*
Wegen Epicondylitis	*-*	*4*	*13*
Wegen Tendinitis	*-*	*3*	*1*
Wegen Mesotheliom der Pleura	*1*	*4*	*1*
Wegen Asbestose	*-*	*1*	*1*
Wegen TBC-Verdacht	*-*	*2*	*5*
Wegen Diskopathie	*-*	*-*	*7*
Sonstige	*-*	*3*	*28*
INSGESAMT	***237***	***187***	***229***

** Einschließlich Asthma-Rhinitis*

Quelle: Sanitätsbetrieb di Bozen – Überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

KLINISCHER BEREICH FÜR ARBEITSMEDIZIN

Der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern sowie alle dem gemäß gesetzesvertretendem Dekret 626/94 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch.
Die Untersuchungen werden von den in den Sanitätsbetrieben angestellten bzw. konventionierten und in privaten Praxen 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 15: **Tätigkeit des Klinischen Bereichs für Arbeitsmedizin - Jahre 2004-2005**

Art der Tätigkeit	*N. interv. 2004*	*N. interv. 2005*
Untersuchung der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit im Sinne der Gesetze 303/56, 277/91, 626/94	*10.728*	*10.592*
Sehtests	*1.000*	*1.518*
Hörtests	*3.290*	*2.962*
Spirometrie Fluss-Volumen-Diagramm (einfache Spirometrie)	*3.911*	*3.479*
Globale Spirometrie	*21*	*4*
Spirometrie mit Diffusion	*16*	*4*
EKG	*22*	*17*
Venöse Blutentnahme	*294*	*210*
Lokalaugenschein in Unternehmen mit Information und Beratung	*1.294*	*1.068*
Protokoll der präventiven und periodischen gesundheitlichen Ermittlungen (ASPP), Berichte und Beratungen	*1.308*	*874*
Informationen an Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	*22*	*83*
Periodische Versammlungen zur Prävention	*52*	*83*
Unterstützung od. Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste Hilfe-Maßnahmen	*34*	*55*
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, bis zu 5 Personen	*2.032*	*2.313*
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, über 5 Personen	*1.248*	*908*

Quelle: Sanitätsbetrieb di Bozen – Überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

LABOR FÜR WASSERANALYSEN
LABOR FÜR LUFT- UND LÄRMANALYSEN

Der Dienst für Arbeitsmedizin bedient sich des Labors für Wasseranalysen und des Labors für Luft- und Lärmanalysen für einige Tätigkeiten, welche die Bewertung der Risiken im Arbeitsumfeld betreffen.
Das Labor für Wasseranalysen führt vorwiegend toxikologische Analysen von Blut- und Harnproben von Arbeitnehmern durch, während sich das Labor für Luft- und Lärmanalysen mit dem Gesundheitsgrad des Arbeitsumfeldes beschäftigt und spezifische Kontrollen der Lärm- und Vibrationsbelastung und die Abnahmeprüfungen von Produktionsanlagen vornimmt.

1.4. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Gemäß Pflichtsanierungsplänen des Jahres 2005 kontrollierte der Landesveterinärdienst insgesamt 181.919 Stück Vieh. Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. In den Viehzuchtbetrieben wurden auf Landesebene 130 Fälle von BVD/MD erfasst.

AUFGABEN DES LANDES-VETERINÄRDIENSTES

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

AUFGABEN DES ÜBERBETRIEBLICHEN TIERÄRZTLICHEN DIENSTES

Der überbetriebliche 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 Tiertransport und Fahrzeugen sowie mit der Herstellung, Verarbeitung und dem Vertrieb von Produkten für Tiere; außerdem wacht die Sektion 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. Sie sorgt für die Inspektion und Überwachung von Erzeugnissen tierischen Ursprungs und deren Derivaten bei der Herstellung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung, Vermarktung, im Groß- und Einzelhandel sowie bei deren Verabreichung. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger.

Zur Gewährleistung der landesweiten tierärztlichen Versorgung bedient sich der überbetriebliche Tierärztliche Dienst, dessen Sitz sich in Bozen befindet, operativer Einheiten in den Sanitätsbetrieben Meran, Brixen und Bruneck.

VIEHBESTAND

2005 belief sich der Viehbestand (Rinder, Schafe, Ziegen, Pferde und Schweine) auf 227.726 Stück, was einem Anstieg von 0,8% gegenüber dem Vorjahr gleichkommt (225.838 Stück im Jahr 2004). Insgesamt überwiegen die Rinder mit 64,0% am Gesamtbestand.

Tabelle 16: **Viehbestand nach Tierart - Jahr 2005**

Tierart	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insgesamt*
Rinder	*32.145*	*36.741*	*32.821*	*44.019*	*145.726*
Schafe/Ziegen	*9.246*	*37.066*	*7.590*	*7.098*	*61.000*
Pferde	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*7.000**
Schweine	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	*14.000**
INSGESAMT	***n.d.***	***n.d.***	***n.d.***	***n.d.***	***227.726***

**Die Daten wurden nur für die Provinz insgesamt geliefert*

Quelle: Landesveterinärdienst

In Bezug auf die Verteilung des Viehbestandes im Landesgebiet wird eine gleichmäßige Rinderdichte in allen vier Sanitätsbetrieben verzeichnet. Für die Schafe und Ziegen weist der Sanitätsbetrieb Meran mit 60,8% am erfassten Gesamtbestand die höchste Viehdichte auf.

Abbildung 3: **Verteilung des Viehbestandes nach Tierart - Jahr 2005**

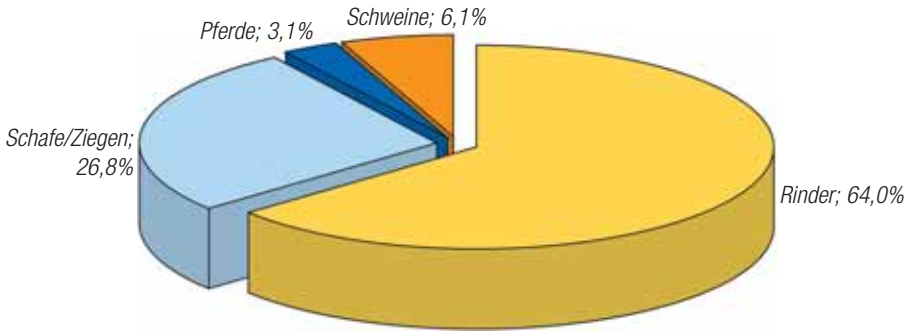


Tabelle 17: **Prozentmäßige Verteilung der Rinder und Schafe/Ziegen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Tierart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Rinder	22,1%	25,2%	22,5%	30,2%	100%
Schafe/Ziegen	15,2%	60,8%	12,4%	11,6%	100%

Quelle: Landesveterinärdienst ; Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Tabelle 18: **Tierzuchtbetriebe in der Provinz Bozen nach Tierart – Jahre 2003-2005**

Tierart	Jahr 2003	Jahr 2004	Jahr 2005
Rinder	9.044	9.074	8.942
Schafe/Ziegen	3.804	4.642	3.909
Pferde	1.800	1.800	1.800
Schweine	3.610	4.241	4.209
Geflügel/Kaninchen	49	48	108
Forellenzucht	5	5	5
INSGESAMT	**18.312**	**19.810**	**18.973**

Quelle: Landesveterinärdienst

2005 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landesveterinärdienstes auf die Rinder-TBC, Bruzellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, die Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Viren, Blue Tongue, Skrapies und CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen). In Übereinstimmung mit den für das Jahr 2005 gesetzlich vorgeschriebenen Sanierungsplänen wurden insgesamt 181.919 Stück Vieh kontrolliert.
Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden auch Stichproben an der Milch der Milchtanks vorgenommen. Hierzu wurden 5.707 Analysen (Bruzellose bei Rindern, IBR und Rinderleukose) durchgeführt.
2005 wurden das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen) und das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen Pseudotuberkulose fortgesetzt.
Die Provinz Bozen beteiligt sich außerdem an einem nationalen Überwachungsprogramm der Blue Tongue, in dessen Rahmen 8.035 Blutproben entnommen wurden.

Tabelle 19: **Im Rahmen der Pflichtsanierungspläne in der Autonomen Provinz Bozen vorgenommene Kontrollen und Impfungen - Jahre 2003-2005**

Art der Kontrolle	Anzahl der kontrollierten Tiere		
	2003	2004	2005
Rindertuberkulose	5.342	126.495	147
Rinderbruzellose	15.171	23.709	21.491
Bruzellose der Schafe und Ziegen	22.089	32.102	16.323
Brucella ovis*	1.639	2.434	2.287
IBR	59.366	23.635	23.765
Vesikulärkrankheit der Schweine	522	702	607
Schweinepest	532	732	690
Aujesky-Krankheit der Schweine	533	608	590
Rinderleukose	15.159	23.635	20.651
BVD/MD-Antikörper	169	5.408	8.121
BVD/MD-Virus	20.617	35.944	13.985
BVD/MD-Epithelvirus	-	-	56.605
Blue Tongue	7.875	8.454	8.035
Skrapies - Genotypisierung	4	857	1.710
CAEV	874	19.209	6.912
KONTROLLEN INSGESAMT	**149.892**	**303.924**	**181.919**

* Brucella ovis-Schafböcke

Art der Impfungen	Anzahl der geimpften Tiere		
	2003	2004	2005
Symptomatischer Milzbrand	7.160	7.320	7.285
Milzbrand			138
IMPFUNGEN INSGESAMT	**7.160**	**7.320**	**7.423**

Quelle: Landesveterinärdienst

ERFASSTE TIERKRANKHEITEN

Auch 2005 wurden, wie nunmehr seit verschiedenen Jahren, keine Fälle von Rinder-TBC verzeichnet. Es wurden auch keine Fälle von Rinderbruzellose oder Bruzellose der Schafen/Ziegen festgestellt.
In den Viehzuchtbetrieben des Landes traten dagegen 130 neue Fälle von BVD/MD auf.

Tabelle 20: **Vom überbetrieblichen Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen – Bereich Gesundheit der Tiere – Jahre 2004-2005**

Vom Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	Jahr 2004	Jahr 2005
Eingefangene streunende Tiere	443	415
Eingefangene streunende Tiere	236	223
Sterilisation von Katzen	1.034	1.661
Untersuchungen am Zuchtvieh - Hengste und Stiere	170	166
Kontrolle der pharmakologischen Behandlungen der Tiere (Registerkontrolle)	783	700
Futterkontrolle	333	326
Radioaktivitätskontrolle des Futters	6	6
Kontrolle des bei der Zucht und/oder für die Produktion von Lebensmitteln tierischen Ursprungs verwendeten Wassers	113	138
Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen	6.278	1.648
Reisepässe für Hunden, Katzen und Frettchen für EU-Reisen (seit 1.7.04)	1.177	1.701
Reisepässe für pferdeartige Tiere (seit 1.10.05)	-	269
Amtstierärztliche Bescheinigungen für die Mitnahme von Hunden und Katzen auf Auslandsreisen	104	-
Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von lebenden Tieren	573	460
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierarztambulatorien	1	2
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierhandlungen	-	2
Abgabe von Mikrochips	597	1.229
INSGESAMT	**11.848**	**8.946**

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Im Bereich der Tiergesundheit führt der überbetriebliche Tierärztliche Dienst auch Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen (1.648 Entnahmen) durch; außerdem beschäftigt er sich mit dem Gesundheitsschutz des Zuchtviehs (166 kontrollierte Hengste und Stiere), stellt Gesundheitszeugnisse für den Viehhandel und Schlachtungen aus (56.541 zertifizierte Tiere) und nimmt Kontrollen der pharmakologischen Behandlungen der Tiere vor (700 Behandlungsregister mit kontrollierten, tiermedizinischen Arzneimitteln).
Im Bereich der Kontrollmaßnahmen der Tierfütterung wurden 326 Futterproben (4 davon erwiesen sich als nicht regulär) und 138 Wasserproben (15 davon waren nicht regulär) durchgeführt; es wurden auch Radioaktivitätskontrollen an 6 Futterproben vorgenommen.
Der Dienst beschäftigt sich außerdem mit der Bekämpfung der streunenden Tiere (415 eingefangene streunende Tiere im Jahr 2005) und mit der Identifizierung der Hunde mittels Mikrochips. Dieses Verfahren wurde in allen Gemeinden Südtirols eingeführt und erleichtert die Rückgabe der Tiere an ihre Besitzer und verkürzt somit deren Aufenthaltszeit im Tierheim.

1.5. SICHERHEIT VON LEBENSMITTELN, ÜBERWACHUNG UND PRÄVENTION IN DER ERNÄHRUNG

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte 1.159 Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs. Der Anteil der nicht regulären Betriebe beträgt 2,6% und entspricht dem Vorjahreswert.
Alle geschlachteten Rinder über 24 Monate wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen (10.542 kontrollierte Rinder).
Die von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit durchgeführten spezifischen Kontrollen der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs betrafen 1.494 Produktionsstätten; auf Landesebene ist der Anteil der Betriebe mit Verstößen auch weiterhin sehr hoch (30,3%).
Im hygienisch-sanitären Schutz der Lebensmittel analysierten das Labor der Anstalt für Tierprophylaxe und die Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Lebensmittelanalysen und Biologisches Labor) 1.839 Lebensmittelstichproben, wobei sich 87 Proben als nicht regulär erwiesen.
Zwecks Kontrolle des Trinkwassers der öffentlichen Wasserleitungen entnahmen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.950 Wasserproben für chemisch-physische Analysen und 3.020 Wasserproben für mikrobiologische Analysen. Der Anteil der nicht regulären Wasserproben ist sehr niedrig (3,6% für die chemisch-physischen Analysen und 7,4% für die mikrobiologischen Analysen), was die Vorjahreswerte bestätigt.

1.5.1. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken

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

Die Kontrolle der Lebensmittel tierischen Ursprungs erfolgt durch die Tierärzte des überbetrieblichen Tierärztlichen Dienstes.

Tabelle 21: **Ergebnisse der Kontrollen von Einrichtungen für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs und ergriffene Maßnahmen - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	*Kontrollierte Einrichtung*	*Einrichtung mit Verstößen*	*Zahl der Inspektionen*	*Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen*
Primäre Erzeugung	*166*	*1*	*135*	*7*
Produktion und Verpackung	*201*	*6*	*480*	*8*
Großhandel	*48*	*1*	*272*	*4*
Einzelhandel	*257*	*9*	*462*	*11*
Transport (sanitäre Genehmigungen)	*199*	*-*	*-*	*-*
Öffentliche Gastronomie	*44*	*3*	*45*	*7*
Kollektive Gastronomie	*7*	*-*	*10*	*14*
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	*237*	*10*	*350*	*25*
INSGESAMT	***1.159***	***30***	***1.754***	***76***

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2005 insgesamt 1.159 Einrichtungen, bei 30 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,5 Inspektionen pro kontrollierte Einrichtung durch.

Der Anteil der nicht regulären Einrichtungen an den kontrollierten Einrichtungen beträgt 2,6% und entspricht somit dem Vorjahreswert.

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

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

Tabelle 22: **Leistungen seitens des überbetrieblichen Tierärztlichen Dienstes – Bereich Hygiene der Lebensmittel tierischen Ursprungs - Jahre 2004-2005**

Vom Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	*Jahr 2004*	*Jahr 2005*
Bakteriologische Untersuchungen des Fleisches	*130*	*320*
Trichinoskopien	*9.473*	*9.117*
BSE-Test	*13.699*	*10.542*
Skrapies-Test	*216*	*414*
Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und Risikomaterial	*8.012*	*7.031*
Sanitäre Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von Lebensmitteln	*191*	*199*
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Fleischverarbeitungsbetrieben, Lagerstätten etc.	*34*	*37*
Inspektionen von Almen, auf denen Käse hergestellt wird	*63*	*44*

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

MAßNAHMEN AN SCHLACHTTIEREN

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol 49.015 Tiere geschlachtet (Rinder/Pferde/Schweine/Schafe), 3,7% weniger als im Jahr 2004. Alle geschlachteten Rinder über 24 Monate wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen. 2005 wurden 10.542 Rinder kontrolliert, alle Ergebnisse fielen negativ aus. Außerdem wurden 414 Schafe und Ziegen, die bei ihrer Schlachtung über 18 Monate alt waren, auf Skrapies untersucht, alle mit negativen Ergebnissen. An den geschlachteten Schweinen und Pferden wurden 9.117 Trichinoskopien vorgenommen: das gesamte untersuchte Fleisch ergab sich als regulär. Von den bakteriologischen Untersuchungen von 320 Fleischproben erwiesen sich 21 als nicht regulär (6,6%).

Insgesamt wurden 2.398 Tonnen zerlegtes und in den anerkannten Lagerstätten gelagertes Fleisch kontrolliert.

Im Rahmen der Privatschlachtungen wird zwischen den Schlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen und den Hausschlachtungen in Zuchtbetrieben unterschieden. Der Anteil der Privatschlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen stieg in den letzten fünf Jahren von 57,8% des Jahres 2001 auf 84,4% des Jahres 2005 an. Der wachsende Trend der Privatschlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen wird vom überbetrieblichen Tierärztlichen Dienst mit Maßnahmen zur Gesundheitserziehung und Sensibilisierungskampagnen in der Bevölkerung zugunsten der öffentlichen Schlachthöfe, die im Vergleich zu den Privatschlachtungen bessere hygienisch-sanitäre Bedingungen garantieren, gefördert.

KONTROLLPLAN AUF DEN ALMEN

Im Laufe des Jahres 2005 wurde der Kontrollplan der Almen, die Butter und Käse für Privatkonsumenten/Wiederverkäufer herstellen, und der Almen, welche Milchprodukte ausschließlich für den Endverbraucher herstellen, verkaufen und abgeben, fertiggestellt. Die Kontrollen bezogen sich auf die hygienisch-sanitären Bedingungen der Einrichtungen, die Geräteausstattung und auf die Hygiene des Personals.

KONTROLLE DER LEBENSMITTEL NICHT TIERISCHEN URSPRUNGS DIENSTE FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst beteiligt sich des Weiteren am vom Gesundheitsministerium geförderten und koordinierten Tätigkeitsprogramm „Nationaler Rückständeplan“. Dabei handelt es sich um ein Jahresüberwachungsprogramm der Lebensmittel und Produkte tierischen Ursprungs zur Erfassung von Rückständen von für die menschliche Gesundheit schädlichen Substanzen. Alle im Jahr 2005 im Rahmen des Nationalen Rückständeplans entnommenen Stichproben erwiesen sich aus regulär.

Die Kontrollen der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs werden hingegen von den Hygieneinspektoren der vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Sanitätsbetriebe vorgenommen.

Tabelle 23: **Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einrich-tungen	Einricht. mit Verstößen	Zahl der Inspek-tionen	Verwaltungs-maßnahmen und/ oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	13	5	20	8
Großhandel	22	1	36	1
Einzelhandel	46	7	67	10
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	-	-	-	-
Öffentliche Gastronomie	146	109	163	188
Kollektive Gastronomie	15	4	16	4
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	25	15	32	36
INSGESAMT	**267**	**141**	**334**	**247**

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen

Tabelle 24: **Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Meran - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einrich-tungen	Einricht. mit Verstößen	Zahl der Inspek-tionen	Verwaltungs-maßnahmen und/ oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	48	2	124	10
Großhandel	15	-	27	4
Einzelhandel	95	1	193	41
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	1	-	1	-
Öffentliche Gastronomie	295	11	387	264
Kollektive Gastronomie	50	-	62	6
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	96	3	117	43
INSGESAMT	**600**	**17**	**911**	**368**

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Meran

Tabelle 25: **Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einrich-tungen	Einricht. mit Verstößen	Zahl der Inspek-tionen	Verwaltungs-maßnahmen und/ oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	16	8	26	11
Großhandel	17	3	17	16
Einzelhandel	40	19	45	47
Transport (Überwachung)	25	1	21	2
Transport (sanitäre Genehmigungen)	12	3	12	2
Öffentliche Gastronomie	152	109	184	153
Kollektive Gastronomie	35	19	45	24
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	31	14	38	21
INSGESAMT	**328**	**176**	**388**	**276**

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen

Tabelle 26: **Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bruneck - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	*Kontrollierte Einrich-tungen*	*Einricht. mit Verstößen*	*Zahl der Inspek-tionen*	*Verwaltungs-maßnahmen und/ oder Strafanzeigen*
Produktion und Verpackung	18	2	25	2
Großhandel	11	-	15	1
Einzelhandel	28	3	49	8
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	9	1	9	2
Öffentliche Gastronomie	197	102	197	141
Kollektive Gastronomie	28	5	28	5
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	8	5	8	7
INSGESAMT	***299***	***118***	***331***	***166***

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bruneck

Tabelle 27: **Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	*Kontrollierte Einrich-tungen*	*Einricht. mit Verstößen*	*Zahl der Inspek-tionen*	*Verwaltungs-maßnahmen und/ oder Strafanzeigen*
Produktion und Verpackung	95	17	195	31
Großhandel	65	4	95	22
Einzelhandel	209	30	354	106
Transport (Überwachung)	25	1	21	2
Transport (sanitäre Genehmigungen)	22	4	22	4
Öffentliche Gastronomie	790	331	931	746
Kollektive Gastronomie	128	28	151	39
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	160	37	195	107
INSGESAMT	***1.494***	***452***	***1.964***	***1.057***

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Im Jahr 2005 wurden 1.494 Einrichtungen, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind, kontrolliert: die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (52,9% der kontrollierten Einrichtungen insgesamt).

Auf Landesebene bleibt der Anteil der Einrichtungen mit Verstößen auch weiterhin hoch (30,3%); der Wert ist im Vergleich zum Vorjahr jedoch rückläufig (35,8% im Jahr 2004).

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

Tabelle 28: **Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der mykologischen Risikofaktoren nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Genießbarkeitsbescheinigungen von für den Verkauf bestimmten Pilzen	409	-	1	39	449
Mykologische Beratung für private Pilzsammler	319	69	32	29	449

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 29: **Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Risikofaktoren im Lebensmittelbereich durch die Mitarbeiter der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für:					
- Lebensmittellagerstätten für den Großhandel	4	2	2	-	8
- Lebensmittelverarbeitungsbetriebe	69	31	24	n.d.	n.d.
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für die Erteilung der Genehmigung zum Lebensmitteltransport	34	2	6	4	46
INSGESAMT	**107**	**35**	**32**	**n.d.**	**n.d.**

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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

ANSTALT FÜR TIERPROPHYLAXE

Die Anstalt für Tierprophylaxe führte mikrobiologische Analysen an 763 Lebensmittelstichproben durch und erfasste dabei insgesamt 13 Verstöße (1,7%).

Tabelle 30: **Kontrollen von Lebensmitteln durch das Institut für Tierprophylaxe - Jahr 2005**

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	175	-
Eier und Derivate	55	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	367	9
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	22	1
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGES.	**619**	**10**

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Eis und Desserts	109	-
Süßspeisen	1	-
Fertiggerichte	34	3
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	**144**	**3**

Quelle: Anstalt für Tierprophylaxe

LABOR FÜR LEBENSMITTELANALYSEN

Das Labor für Lebensmittelanalysen untersuchte im Laufe des Jahres 701 Stichproben und erfasste dabei 63 Verstöße (9,0%). Eine hohe Anzahl von Verstößen ergab sich dabei vor allem in nicht alkoholischen Getränken, in Fetten und Ölen nicht tierischen Ursprungs und in Sonderprodukten (Diätprodukte, Babynahrung).

Tabelle 31: **Kontrolle von Lebensmitteln durch das Labor für Lebensmittelanalysen - Jahr 2005**

Lebensmittel tierischen Ursprungs	*Anzahl der analysierten Stichproben*	*Anzahl der Verstöße*
Molkereiprodukte	*88*	*3*
Eier und Derivate	*7*	*-*
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	*106*	*8*
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	*32*	*3*
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGES.	***233***	***14***

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	*Anzahl der analysierten Stichproben*	*Anzahl der Verstöße*
Fette und Öle nicht tierischen Ursprungs	*80*	*14*
Zerealien und Backwaren	*31*	*5*
Obst und Gemüse	*148*	*2*
Kräuter, Gewürze, Kaffee und Tee	*15*	*-*
Wein	*34*	*-*
Kakao und Kakaopräparate	*2*	*-*
LEBENSMITTEL PFLANZL. URSPRUNGS INSGES.	***310***	***21***

Sonstige Lebensmittel	*Anzahl der analysierten Stichproben*	*Anzahl der Verstöße*
Suppen, Brühen, Saucen	*13*	*1*
Nicht alkoholische Getränke	*53*	*11*
Alkoholische Getränke außer Wein	*17*	*3*
Süßspeisen	*5*	*1*
Trockenschalenfrüchte, Snacks	*6*	*-*
Sonderprodukte (Diätprodukte, Babynahrung)	*26*	*10*
Sonstige Präparate nicht tierischen Ursprungs	*33*	*2*
Konfitüren	*5*	*-*
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	***158***	***28***

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz, Labor für Lebensmittelanalysen

Das Biologische Labor kontrollierte im Jahr 2005 375 Stichproben und erfasste dabei 11 Verstöße (2,9%).

Tabelle 32: **Kontrolle von Lebensmitteln durch das Biologische Labor - Jahr 2005**

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	12	-
Eier und Derivate	1	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	5	1
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	37	5
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGESAMT	**55**	**6**

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Zerealien und Backwaren	7	-
Obst und Gemüse	9	-
LEBENSMITTEL PFLANZL. URSPRUNGS INSGESAMT	**16**	**-**

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Suppen, Brühen, Saucen	8	-
Nicht alkoholische Getränke	14	-
Alkoholische Getränke außer Wein	1	-
Eis und Desserts	4	-
Süßspeisen	89	2
Fertiggerichte	176	3
Sonstige Präparate	12	-
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	**304**	**5**

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz, Biologisches Labor

ÜBERWACHUNG DER FÜR MENSCHLICHEN GEBRAUCH BESTIMMTEN GEWÄSSER DIENSTE FÜR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Die Überwachung der Qualität der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.
Dabei wird zwischen den Eignungsermittlungen der Wasserleitungen und den Kontrollen an denselben unterschieden.

Tabelle 33: **Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen - Jahr 2005**

Sanitätsbetrieb	Kontrolle der öffentlichen Wasserleitung				
	Anzahl der Wasserleitungen	Anzahl der kontroll. Wasserleitungen	Ent. Stichproben insges.	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Nicht reguläre Stichproben
Bozen	123	123			
Chemisch-physische Analysen			467	424	10
Mikrobiologische Analysen			698	680	46
Meran	150	150			
Chemisch-physische Analysen			577	462	24
Mikrobiologische Analysen			907	746	41
Brixen	146	146			
Chemisch-physische Analysen			502	441	12
Mikrobiologische Analysen			782	557	61
Bruneck	102	102			
Chemisch-physische Analysen			404	318	13
Mikrobiologische Analysen			633	315	23
INSGESAMT	**521**	**521**			
CHEMISCH-PHYSISCHE ANALYSEN			**1.950**	**1.645**	**59**
MIKROBIOLOGISCHE ANALYSEN			**3.020**	**2.298**	**171**

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 34: **Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der privaten Wasserleitungen öffentlichen Interesses - Jahr 2005**

Sanitätsbetrieb	Kontrolle der öffentlichen Wasserleitung				
	Anzahl der Wasser-leitungen	Anzahl der kontroll. Wasser-leitungen	Ent.-Stichproben insges.	Ent. Stich-proben bei Gebrauch	Nicht reguläre Stichproben
Bozen	282	11			
Chemisch-physische Analysen			11	11	1
Mikrobiologische Analysen			15	12	1
Meran	472	108			
Chemisch-physische Analysen			146	134	25
Mikrobiologische Analysen			98	94	14
Brixen	194	37			
Chemisch-physische Analysen			64	35	1
Mikrobiologische Analysen			92	40	10
Bruneck	231	35			
Chemisch-physische Analysen			35	35	1
Mikrobiologische Analysen			42	33	8
INSGESAMT	**1.179**	**191**			
CHEMISCH-PHYSISCHE ANALYSEN			**256**	**215**	**28**
MIKROBIOLOGISCHE ANALYSEN			**247**	**179**	**33**

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 35: **Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer - Eignungsermittlungen - Jahr 2005**

Sanitätsbetrieb	Anzahl der Ermittlungen	Chem.-phys. Analyse der entnommenen Stichproben	Mikrobiol. Analyse der entnommenen Stichproben
Bozen	14	52	85
Meran	20	92	149
Brixen	9	59	71
Bruneck	19	27	58
INSGESAMT	**62**	**230**	**363**

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

In Bezug auf die Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil an nicht regulären Wasserproben sehr niedrig (3,6% für die chemisch-physischen Analysen und 7,4% für die mikrobiologischen Analysen), was die Werte der Vorjahre bestätigt.

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

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

1.5.2. Prävention der quantitativen und qualitativen Ernährungsstörungen in der Bevölkerung

Die Prävention der Ernährungsstörungen in der Bevölkerung erfolgt durch die vier Dienste für Diät und Ernährung der Sanitätsbetriebe: zu ihren Aufgaben gehört die Überwa-

chung und Erarbeitung von Ernährungsplänen für die Gastronomie sowie die Ernährungsberatung.

EIGNUNGSKONTROLLEN DER ERNÄHRUNGSPLÄNE

Im Bereich der Gastronomie führen die Dienste für Diät und Ernährung Eignungskontrollen der Ernährungspläne und die Überwachung der Nahrungsmittelkette vor allem in den Schulen (Kindergärten, Grund- und Mittelschulen), in den öffentlichen Krankenhäusern, in den Pflege- und Altersheimen sowie in den sozialen Behindertenzentren durch.

Tabelle 36: **Eignungskontrollen der Ernährungspläne und Überwachung der Nahrungsmittelkette in der Gastronomie - Jahr 2005**

Art der kontrollierten Einrichtung	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck	
	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontroll.	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontroll.	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontroll.	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontroll.
Kindergärten	93	211	-	-	14	14	-	-
Grundschulen	19	27	1	7	2	2	-	-
Mittelschulen	8	11	-	-	1	1	-	-
Oberschulen	1	3	-	-	-	-	-	-
Öffentl. Krankenhäuser	1	1+	-	-	2	2+	-	-
Privatkliniken	-	-	-	-	-	-	-	-
Pflegeheime	1	3	-	-	3	52	-	-
Altersheime	25	39	3	11	4	52	-	-
Soz. Behindertenzentren	7	15	1	13	1	1	-	-
Sonstige Einrichtungen	9*	35	-	-	2*	5	-	-
INSGESAMT	**164**	**345**	**5**	**31**	**29**	**129**	**-**	**-**

+ Ständig überwachte Einrichtungen

** Für den SB Bozen handelt es sich um das Country Hospital Sarnthein und andere Einrichtungen, für den SB Brixen um Kinderhorte und das Rehabilitationszentrum für Alkohol- und Drogenabhängige Bad Bachgart (in dieser Einrichtung werden die Kontrollen an jedem Arbeitstag durchgeführt)*

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Diät und Ernährung

Alle in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran kontrollierten Einrichtungen erwiesen sich als angemessen, während der Dienst für Diät und Ernährung von Brixen die Ernährungspläne in 14 Kindergärten, 2 Grundschulen und 1 Mittelschule als unangemessen bewertete.

UNTERSTÜTZUNG BEI DER ERARBEITUNG DER ERNÄHRUNGSPLÄNE

Im Anschluss an die Kontroll- und Überwachungstätigkeit erarbeiteten die Dienste für Diät und Ernährung von Bozen, Brixen und Bruneck angemessene ernährungsspezifische Verbesserungsvorschläge zu den verabreichten Mahlzeiten und unterstützten den Großteil der betroffenen Einrichtungen aktiv bei der Erstellung der Ernährungspläne.

Tabelle 37: **Unterstützung bei der Erarbeitung von Ernährungsplänen für die Gastronomie - Jahr 2005**

Art der kontrollierten Einrichtung	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck	
	Kontroll. Einricht.	Besteh. Einricht.	Kontroll. Einricht.	Besteh. Einricht.	Kontroll. Einricht.	Besteh. Einricht.	Kontroll. Einricht.	Besteh. Einricht.
Kindergärten	93	109	-	-	14	56	16	n.d.
Grundschulen	19	24	-	-	2	50	3	n.d.
Mittelschulen	8	15	-	-	1	8	5	n.d.
Oberschulen	1	n.d.	-	-	-	9	-	-
Öffentl. Krankenhäuser	1	1	-	-	2	2	-	-
Privatkliniken	-	1	-	-	-	-	-	-
Pflegeheime	1	2	-	-	3	3	-	-
Altersheime	25	31	-	-	4	7	6	n.d
Soz. Behindertenzentren	7	10	-	-	1	2	1	n.d
Sonstige Einrichtungen	9+	15	-	-	2++	4	-	-
INSGESAMT	**164**	**n.d.**	**-**	**-**	**29**	**141**	**31**	**n.d.**

+ Gemeinschaftskantinen, Essen auf Rädern, Kochzentren, Country Hospital Sarnthein

++ Kinderhorte, Rehabilitationszentrum für Alkohol- und Drogenabhängige Bad Bachgart

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Diät und Ernährung

1.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

Im Jahr 2005 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin knapp 35.000 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.
Die Dienste für Sportmedizin führten insgesamt 19.688 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durch: nicht erteilt wurde das Eignungsattest 23 Leistungssportlern.

1.6.1. Tätigkeiten des Dienstes für Rechtsmedizin

ORGANISATION DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

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

- Bereich Hygiene und Öffentliche Gesundheit;
- Bereich Rechtsmedizin.

Im Sanitätsbetrieb Bozen werden rechtsmedizinische Leistungen von einer unabhängigen Dienststelle erbracht.

AUFGABEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

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

fung einer eventuellen beruflichen Haftung seitens des Gesundheitspersonals; technische Gutachten über rechtsmedizinische Fragen im Gesundheitswesen; Ermittlungen für die Anerkennung der Zivilinvalidität und des Behinderungsgrades.

TÄTIGKEITEN DES DIENSTES FÜR RECHTSMEDIZIN DES SANITÄTSBETRIEBS BOZEN

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

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Im Jahr 2005 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin fast 35.000 Leistungen, darunter ambulatorische Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Tabelle 38: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Rechtsmedizin - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insges.*
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht bei besonderer Komplexität. Rechtsmedizinische Gutachten	5	-	-	-	5
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Parkausweis für Invaliden	379	236	50	-	665
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Zertifikate für Private (z. B. Wehrdienst etc.)	-	27	-	-	27
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	551	78	47	76	752
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulante Visiten der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	2	180	40	16	238
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit od. vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region od. Provinz auf Anfrage von Privatunternehmen. Kollegialvisiten m. schriftl. Bericht	25	2	-	-	27
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit od. vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region od. Provinz auf Anfrage von Privatunternehmen. Anamnestische Vorvisiten mit schriftlichem Bericht	12	-	-	-	12
Kollegialvisiten für die Hauspflege (*)	139	-	330	-	469
INSGESAMT	***1.113***	***523***	***467***	***92***	***2.195***

(*) In den SB Meran und Bruneck werden diese Kollegialvisiten von anderen Diensten des Sanitätsbetriebs vorgenommen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin

Tabelle 39: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Invalidenversorgung - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Rechtsmedizinische Leistungen, die von Gesetzen oder Bestimmungen vorgesehen sind oder von öffentl. Ämtern od. Privatpersonen angefordert werden, mit schriftlichem Bericht (Visiten zur Verschreibung von Prothesen, Abnahmeprüfungen, Kontrollen für Kuren oder Einweisung von Invaliden) (*)	1.916	1.404	-	1.721	5.041
Beratung zu Scheinen oder klinischen Dokumenten (Genehmigung der Verschreibung von Prothesen/ Hilfsmitteln/Tutors) (*)	4.238	2.500	170	1.721	8.629
Kollegialvisiten außerhalb des Tarifs	114	68	51	38	271
INSGESAMT	**6.268**	**3.972**	**221**	**3.480**	**13.941**

(*) Im SB Brixen werden diese rechtsmedizinischen Beratungen auch von anderen Diensten der Sanitätsbetriebe geleistet

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin und andere Dienste der Sanitätsbetriebe

Tabelle 40: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Invalidenkommission - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Hausvisiten zur Feststellung der Zivilinvalidität	136	95	13	61	305
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung der Zivilinvalidität	2.363	1.208	716	620	4.907
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung des Behinderungsgrads (G 104/92)	380	193	134	100	807
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Arbeitsvermittlung von Invaliden (G 68/99)	141	86	32	37	296
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung von Blindheit (*)	104	-	-	-	104
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung von Taubstummheit (*)	7	-	-	-	7
Außerordentliche Revisionen	-	1	-	2	3
DPR 698 (Post Mortem)	32	7	2	1	42
INSGESAMT	**3.163**	**1.590**	**897**	**821**	**6.471**

(*) Nur vom Dienst für Rechtsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin und andere Dienste der Sanitätsbetriebe

Tabelle 41: **Auf Initiative der Dienste für Rechtsmedizin oder im Interesse oder auf Anfrage von öffentlichen Ämtern erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht. Schadensfälle, Schadenersatzforderungen	137	-	-	-	137
Beratung zu Scheinen oder klinischen Dokumenten. Noteinweisungen im Ausland. Gutachten zu TFR. Gutachten bez. Sauerstoffzentrum	679	-	23	-	702
Beratung zu Scheinen oder klinischen Dokumenten in Fällen besonderer Komplexität. Gutachten, Beratung	186	33	-	-	219
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Von öffentlichen Verwaltungen angeforderte Zertifikate (INPDAP, Autonome Provinz Bozen, etc.) (*)	90	-	-	-	90
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit od. Unfall der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	1.404	292	171	85	1.952
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulatorische Visiten der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	9	57	6	6	78
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit, Dienstbefreiung, Entschädigung, gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von öffentlichen Ämtern. Beratungs-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht	215	24	-	1	240
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit od. vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region od. Provinz auf Anfrage von öffentlichen Ämtern. Anamnestische Vor-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht (*)	90	-	-	-	90
INSGESAMT	**2.810**	**406**	**200**	**92**	**3.508**

(*) Nur vom Dienst für Rechtsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin

SONSTIGE LEISTUNGEN DES DIENSTES FUR RECHTSMEDIZIN VON BOZEN

Neben den in der Tabelle angeführten Leistungen führte der Dienst für Rechtsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen 6.597 kollegiale gesundheitliche Ermittlungen zur Ausstellung, Revision oder Erneuerung von Führerscheinen für Personen mit psychophysischen Störungen durch (örtliche Ärztekommission) und nahm auch 1.985 rechtsmedizinische Kontrollen von Bescheinigungen und klinischen Dokumenten (Ticketkontrollen) vor.

DIENSTE FUR HYGIENE UND ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Einige rechtsmedizinische Leistungen wurden auch vom Personal der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und von den Sprengelhygienikern der vier Sanitätsbetriebe des Landes erbracht.

Tabelle 42: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit erbrachte rechtsmedizinische Leistungen - Jahr 2005**

Erbrachte Leistungen	Bozen*	Meran	Brixen	Bruneck
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen	198	41	37	-
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	7.886	1.013	1.076	-
Visiten zur Abtretung des Fünftels	48	5	9	-
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	1.139	242	131	-
Visiten zur Ausstellung von Arbeitsbüchern für Minderjährige	83	77	5	-
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Gesundheitsausweisen	1.071	339	286	-

* Die Gemeinden Sarnthein, Leifers und Branzoll (seit 01.03.05) und Eppan (seit 01.07.05) werden direkt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen verwaltet

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 43: **Von den Sprengelhygienikern erbrachte rechtsmedizinische Leistungen - Jahr 2005**

Erbrachte Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	5.913	6.561	4.550	5.989
Visiten zur Abtretung des Fünftels	20	797+	16	8
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	189		277	941
Sanitäre Ermittl. für die Ausstellung von Waffenscheinen	380	532	280	343
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Gesundheitsausweisen	100	730	395	402

\+ Bezieht sich auf die Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen, auf die Visiten zur Abtretung des Fünftels und auf die Eignungsbescheinigungen für den Gebrauch von Giftgasen und den Betrieb von Dampfanlagen

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.6.2. Tätigkeiten des Dienstes für Sportmedizin

AUFGABEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

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

ORGANISATION DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

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

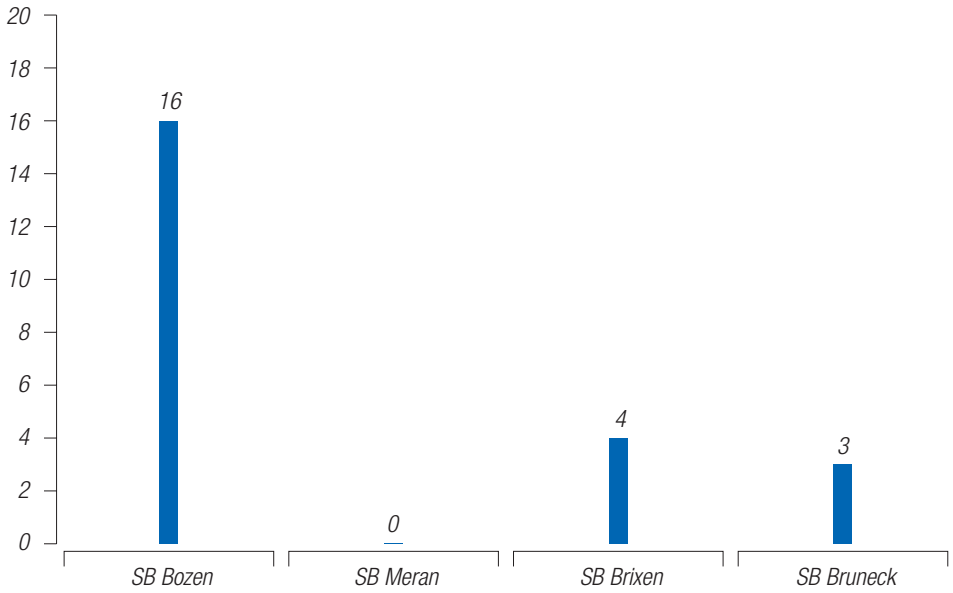
Der Dienst für Sportmedizin des Sanitätbetriebs Bozen führt Visiten und Feststellungen zur Eignung zum Leistungssport am Sitz des Sanitätsbetriebs Bozen sowie in den Sprengeln St. Ulrich (Grödental), Kardaun (Eggental-Schlern) und Neumarkt (Unterland) durch.

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

VISITEN ZUR FESTSTELLUNG DER EIGNUNG ZUM LEISTUNGSSPORT

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 19.688 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durchgeführt: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 23 Leistungssportlern.

Abbildung 4: **Nicht für den Leistungssport geeignete Sportler - Jahr 2005**



Quelle: A.P.B. – Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 44: **Leistungen der Dienste für Sportmedizin nach Art der Leistung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Tipologia di prestazione	*Bozen*	*Meran**	*Brixen*	*Bruneck+*	*Insges.*
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab.a der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, EKG)	796	84	163	104	1.147
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab.b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit zwei Masterstufen)	6.846°	6.578	2.154	2.592	18.170
Bescheinigungen für Leistungssportarten gemäß Tab.b d. Ministerialverordnung vom 18.02.82 mit Herzkreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer (einschl.: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer)	-°°	-	285	86	371
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufband-ergometer od. Pulsfrequenzmesser) m. Laktatbestimmung (einschl.: EKG, Belastungs-EKG, Messung der Herzschlag-frequenz und des Arterienblutdrucks, Laktat-Test, Bestim-mung der aeroben und anaeroben Schwelle, Schlussbe-richt mit Trainingsempfehlungen)	-	-	-	26	26
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (od. Laufband-ergometer od. Pulsfrequenzmesser) mit direkter Messung der Sauerstoffaufnahme (einschl.: EKG, Belastungs-EKG, Messung der Messung der Herzschlagfrequenz und des Arterienblutdrucks, Lungenfunktionsmessung: VO2, VO2/Kg, VCO2, VE, Atemminutenvolumen, max. VO2, max. aeroben und anaeroben Leistung, aerobe und anaerobe Schwelle, Schlussbericht mit Trainingsempfehlungen)	-	-	-	7	7
Sport-Gesundheitscheck (einschl.: ärztliche Visite, Harn-untersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer, Schlussbericht)	-	-	43	41	84
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufband-ergometer oder Pulsfrequenzmesser) m. direkter Messung der Sauerstoffaufnahme und Laktat-Test.	-	-	8	5	13
Anamnese und Bewertung - Geschichte und Kurzbewertung. Zweitvisite	842	-	-	122	964
Gesamtberatung	736	-	-	82	818
Einfache Spirometrie	119	-	121	49	289
Leistungstest mit zwei Masterstufen	-	-	121	-	121
Herzkreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer	799	-	-	64	863
Dynamisches EKG - Holter	-	-	40	-	40
Elektrokardiogramm (EKG)	132	-	147	21	300
Laktat	2.138	-	-	302	2.440
Monofunktionsbewertung - mit Psycho-Verhaltens-Skala. Vorbehandlungscheck der Kommunikations- und Sprach-störungen, Sprachfunktionstest	626	-	-	405	1.031
Diätetische Bewertung. Diättherapie - Erstellung des Ernährungsprogramms. Diättherapiekontrolle. Pro Sitzung	1	-	-	128	129
Orthoptische Bewertung	88	-	-	26	114

** Im Sanitätsbetrieb Meran werden die sportmedizinischen Leistungen von den konventionierten Fachärzten erbracht*

+ Neben den angeführten Leistungen führte der Dienst für Sportmedizin von Bruneck auch 24 komplette Harnuntersuchungen, 21 Audiometrien, 74 Blutentnahmen und 81 andere Leistungen (lokale Infiltration, Infusion, Injektion SC+IM, Tetanus-Impfung) durch

° Einschließlich 499 Visiten im Sprengel Neumarkt – Unterland, 407 Visiten im Sprengel Kardaun – Eggental, 363 Visiten im Sprengel St. Ulrich – Gröden tal

°° Nicht gebräuchlicher Kodex im Dienst für Sportmedizin von Bozen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Sportmedizin

1.7. TÄTIGKEITEN DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

Der Überbetriebliche Dienst für Pneumologie nahm im Jahr 2005 11.133 ambulatorische Visiten und 800 Hausbesuche vor; außerdem wurden Proben und Diagnoseuntersuchungen, Allergietests, Pharmakotherapien und Atmungstrainings durchgeführt.

ORGANISATION DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

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

AUFGABEN DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

Die Tätigkeit des überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie gilt der Prävention, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Atemwege, Respirationsleistungen zu Hause, der Bekämpfung der Tuberkulose und der Vorbeugung der Nikotinsucht.
Der Dienst führt die Prophylaxe und Impfungen gegen die Tuberkulose, Untersuchungen zur Erforschung der Ansteckungsquellen, die ambulatorischen Diagnosen ersten Grades der Lungenkrankheiten, die ambulatorischen Respirationstherapien und die epidemiologischen Untersuchungen durch. Auf Anfrage der Krankenhäuser Meran, Schlanders, Brixen und Bruneck leistet er auch pneumologische Beratungstätigkeit. Zusätzlich erbringt er Respirationsleistungen bei chronischer Ateminsuffizienz zu Hause (Sauerstofftherapie, Lüftungstherapie), befasst sich mit gesundheitlicher Aufklärung über die Erkrankungen der Atemwege (Kurse für Patienten mit Asthma und chronischen Atembeschwerden, Massenaufklärungskampagnen, Gesundheitserziehung in den Schulen gegen die Nikotinsucht) und leistet Beratungen und Untersuchungen zur Raucherentwöhnung und Respirationsrehabilitation.

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Der überbetriebliche Dienst für Pneumologie nahm im Laufe des Jahres 2005 11.133 ambulante Visiten und 800 Hausbesuche vor. Dabei wird ein leichter Rückgang der ambulanten Visiten (11.133 im Jahr 2005 gegenüber 12.096 im Jahr 2004, -8,0%) und der Hausbesuche (800 im Jahr 2005 gegenüber 1.011 des Jahres 2004, -20,9%) verzeichnet. Die durchgeführten Bronchodilatationstests (1.692 im Jahr 2005 gegenüber 1.434 des Jahres 2004, +18,0%) und die Atmungstrainings (+13,4%) nahmen hingegen zu.

Tabelle 45: **Leistungen seitens des Überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie - Jahr 2005**

	Bozen	Neumarkt	Meran	Schlanders	Brixen	Bruneck	Insges.
Ambulatorische Visiten	6.283	592	1.565	720	1.114	859	11.133
Pneumolog. Beratung im Krankenhaus	-	-	63	8	25	31	127
Globale Spirometrie	46	-	-	-	-	-	46
Polysomnographie	16	-	7	-	3	-	26
Ergospirometrie (Fahrrad)	4	-	-	-	-	-	4
Einfache Spirometrie (F/V)	1.616	177	609	201	232	148	2.983
Spirometrie mit Reservevolumen	-	-	25	9	4	1	39
Bronchodilatationstest	881	89	288	170	198	66	1.692
Bronchostenosetest	131	-	27	-	5	13	176
Diffusionskapazitätstest (DLCO)	96	4	68	8	34	18	228
Kompletter Allergietest	279	49	84	43	17	15	487
Haltungsdrainage	331	-	-	-	-	-	331
Aerosoltherapie mit Arzneimitteln	190	-	-	-	-	-	190
Atmungstraining	734	-	-	-	-	-	734
Test Pe Max-Pi Max	3	-	6	-	-	-	9
Hausbesuche durch den Arzt	19	6	13	1	-	12	51
Hausbesuche durch die Sanitätsassistentin	226	52	148	49	132	142	749
Pulsoximetrie	865	177	435	247	296	389	2.409
Belastungstest	98	-	8	-	2	-	108
Arterielle Blutentnahme	478	93	167	80	42	156	1.016
Blutgasanalyse	478	2	-	-	-	-	480
INSGESAMT	**12.774**	**1.241**	**3.513**	**1.536**	**2.104**	**1.850**	**23.018**
Thorax RX Standard	5.650	67	-	112	-	-	5.829
INSGESAMT COMPLESSIVO	**18.424**	**1.308**	**3.513**	**1.648**	**2.104**	**1.850**	**28.847**

**Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pneumologie*

2. SPRENGELVERSORGUNG

2.1. DIENST FÜR BASISMEDIZIN

DIENSTE FÜR BASISMEDIZIN

Die Dienste für Basismedizin der Sanitätsbetriebe beschäftigen sich mit der Organisation und Verwaltung der Gesundheitssprengel sowie mit der Koordinierung der Beziehungen zu den Allgemeinmedizinern und konventionierten Kinderärzten freier Wahl.
Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 überträgt den Diensten für Basismedizin die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung und Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Eingriffe der ersten Stufe und Ersten Hilfe im Ambulatorium, zu Hause und in halbstationärer Unterbringung. Die Dienste für Basismedizin beschäftigen sich außerdem mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wieder herzustellen.

GESUNDHEITSSPRENGEL

Dafür bedient sich der Dienst für Basismedizin der 20 Gesundheitssprengel, welche technisch-funktionale Einheiten sind.
Im Laufe des Jahres 2005 führten die Dienste für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe Projekte zur Verwaltung und zum Ausbau der Sprengel durch, um das Angebot der Dienstleistungen zu optimieren und den Anforderungen der verschiedenen Ziel- und Patientengruppen besser nachzukommen; zur Umsetzung dieser bereichsübergreifenden Vorhaben wurden andere Gesundheitsdienste, Institutionen, die Sozialdienste sowie weitere lokale Ämter miteinbezogen.
In der Provinz Bozen umfassen die Gesundheitssprengel normalerweise 4-6 Gemeinden mit einer Bevölkerung von 15.000 bis 20.000 Einwohnern (eine Ausnahme bildet der Sprengel Bozen mit rund 100.000 Einwohnern). Jeder Sprengel verfügt über einen Hauptsitz, zu dem mehrere auf dem Gebiet verteilte Sprengelstützpunkte hinzukommen.
Für die Durchführung des Investitionsprogramms zwecks Bau und/oder Modernisierung der Gebäude der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1993 (1. Finanzierungsjahr) bis heute ungefähr 102.000.000 Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von 135.000.000 Euro aus. Alle Sprengel und die dazugehörigen Stützpunkte sind bereits in Betrieb genommen; einige Sprengel sind noch provisorisch untergebracht, da sie über kein den Anforderungen entsprechendes neues oder renoviertes Gebäude verfügen.
Im Jahr 2005 wurde der Sprengelsitz Naturns-Umgebung fertig gestellt; die Arbeiten für den Sprengelsitz Quirein/Gries in Bozen wurden begonnen. Außerdem wurden Planungen für verschiedene neue Sitze und der Ausbau bestehender Sitze in die Wege geleitet.
Alle seit 1994 errichteten Sitze werden gemeinsam von den Gesundheits- und Sozialsprengeln benutzt.

Tabelle 1: **Von den Diensten für Basismedizin eingeleitete Projekte und miteinbezogene Dienste und Ämter – Jahr 2005**

Sanitäts-betrieb	*Projekt*	*Miteinbezogene Dienste/Ämter/Berufsbilder*
Bozen	*Überprüfung der Verschreibungstätigkeit der Allgemeinmediziner und Krankenhausärzte und Untersuchung des Mobilitätsphänomens*	*Verbuchungsamt für Rezepte, Epidemiologische Beobachtungsstelle*
	Übernahme der Sanitätsdirektion der Alters- und Pflegeheime	*Abteilung Geriatrie, Krankenpflegedirektion, Verein der Südtiroler Altersheime*
	Erarbeitung des neuen Informationsdokuments für die Dienste der Sprengel Überetsch/Leifers-Branzoll-Pfatten/Unterland	*Bezirksgemeinschaft Überetsch/Unterland*
	Schaffung einer den Allgemeinmedizinern und Kinderärzten freier Wahl vorbehaltenen Area auf der Homepage des Betriebs für Mitteilungen, Informationen, Formulare, etc.	*Amt für die Beziehungen mit dem Publikum*
	Neuorganisation des betrieblichen Informations-systems zur Erfassung der fachärztlichen Leis-tungen auf Sprengelebene	*Abteilung Informationssystem*
Meran	*Strategische Planung der Sprengeltätigkeiten des Sanitätsbetriebs Meran mit Erarbeitung der Vorhaben, strategischen Ziele und Ernennung der Verantwortlichen für jede Tätigkeit*	*Territoriale Krankenpflegedirektion, territoriale V erwaltungsdirektion, Ärztekoordinatoren, Krankenpflegekoordinatoren, Sprengelverwalter*
	Projekt zur Prävention der Hauttumoren	*MMG, SÜGAM*
	Projekt zur Prävention des Prostatakarzinoms	*MMG, SÜGAM*
	Projekt Geriatrie-Assessment	*MMG, SÜGAM*
	Projekt zur Prävention der Herz-Gefäß-krankheiten und Projekt TAONET-MMG	*MMG, Abteilung Medizin, Transfusionszentrum, EDV*
	Erarbeitung eines betrieblichen Präventionsplans	*Sanitätsdirektion, Chefärzte des SB Meran*
	Projekt „Lebensstile" in den Grundschulen	*Deutsches Schulamt, Schule Frankenberg*
Brixen	*Projekt „Palliative"*	*MMG, Fachärzte und Krankenpfleger*
	Projekt „Rückenschmerzen"	*MMG, Fachärzte (Traumatologen, Physiotherapeuten und Neurologen)*
	Projekt „Karies und Prophylaxe"	*Sanitätsassistenten, Zahnärzte, Grundschulen*
	Initiative „Richtige Körperhaltung"	*Fachärzte (Kinderorthopäden und Physio-therapeuten) und Grundschulen*
Bruneck	*Projekt Geriatrie-Assessment*	*MMG, SÜGAM*
	Projekt „Karies und Prophylaxe"	*Sanitätsassistenten, Zahnärzte, Grundschulen*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 2: **Gesundheitssprengel mit Sitzen und Stützpunkten und Durchführungsstand der Gebäude - Stand zum 31.12.2005**

Sanitäts-betrieb	Sprengel	Aktivierte Sprengel-sitze	Realisierungs-phase der Sitze	Stützpunkt-sitze	Realisierungsphase der Stützpunkt-gebäude
Bozen	Grödental	St. Ulrich	Fertiggestellt		
	Eggental-Schlern	Kardaun	Fertiggestellt	Welschnofen Deutschnofen Völs Kastelruth	Fertiggestellt Fertiggestellt In Planung In Planung
	Salten-Sarntal-Ritten	Bozen	Fertiggestellt	Sarnthein Ritten Mölten	Fertiggestellt Fertiggestellt Fertiggestellt
	Überetsch	Eppan	Fertiggestellt	Terlan Kaltern	Fertiggestellt Fertiggestellt
	Leifers-Branzoll-Pfatten	Leifers	Fertiggestellt		
	Unterland	Neumarkt	Fertiggestellt		
	Bozen	Don Bosco Europa Altstadt-Rentsch Quirein/Gries Oberau	Fertiggestellt Fertiggestellt Fertiggestellt Im Bau Fertiggestellt		
Meran	Oberer Vinschgau	Mals	Fertiggestellt	Prad a. Stj.	Fertiggestellt
	Mittlerer Vinschgau	Schlanders	Fertiggestellt		
	Naturns-Umgebung	Naturns	Im Bau Einziger Sitz		
	Lana-Umgebung	Lana	Fertiggestellt	St. Walburg	Kein Projekt
	Meran-Umgebung	Meran	Fertiggestellt		
	Passeiertal	St. Leonhard	Fertiggestellt		
Brixen	Wipptal	Sterzing	In Planung		
	Brixen-Umgebung	Brixen	In Planung	Mühlbach	Fertiggestellt
	Klausen-Umgebung	Klausen	Fertiggestellt		
Bruneck	Taufers-Ahrntal	Taufers	Fertiggestellt		
	Bruneck-Umgebung	Bruneck	Fertiggestellt	Olang	Fertiggestellt
	Hochpustertal	Innichen	Fertiggestellt	Welsberg	Planung unterbrochen
	Gadertal	St. Martin	Fertiggestellt		

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

TERRITORIALE VERTEILUNG DER IN DEN SPRENGELN ANGEBOTENEN LEISTUNGEN

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

Tabelle 3: **In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bozen angebotene Leistungen (ausgenommen Sprengel Bozen) - Jahr 2005**

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																						
		Verwaltung	Entnahmen	Ambulat. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat. Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk.(**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliches Amb.	Röntgenambulatorium	Pneumolog. Amb.	Arbeitsmed. Amb.	Sportmed. Amb.	Augenärztliches Amb.	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Hygiene u. Öffentl. Gesundheit	EKG	Kardiologie	Rheumatologie	Impfamt	Urologie
Grödental	**St. Ulrich**	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X		X	X	X						
	Wolkenstein				X	a																		
Eggental-Schlern	**Kardaun**	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X				X				X						X
	Kastelruth	X	X	X	X	Pa		d	X															
	Völs	X	X	X	X	Pa																		
	Welschnofen	X	X	X	X	Pa	G		X															
	Deutschnofen	X	X	X	X	Pa			X								X	X						
Salten-Sarnthein-Ritten	Klobenstein	X	X	X	X	Pa	G	d	X									X						
	Mölten	X		X	X	Pa	G	d	X															
	Jenesien			X	X	Pa	G	d	X															
	Sarnthein	X	X	X	X	Pa	G	d	X								X	X						
Überetsch	**Eppan St. Michael**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X					X		X	X	X				X	X
	Kaltern	X	X	X	X	a	Go	d									X							
	Girlan			X		a																		
	St. Pauls					a																		
	Terlan	X	(2)	X	X	a	Go	d																
Leifers-Branzoll-Pfatten	**Leifers**	X	X (3)	X	X	a	Go	d	X	X							X	X	X	X			X	X
Unterland	**Neumarkt**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X
	Aldein			X	X	a																		
	Altrei				X																			
	Kurtatsch			X	X	a																		
	Kurtinig			X	X																			
	Laag			X	X																			
	Magreid a.d. Weinstr.				X																			
	Montan			X		a																		
	Auer		X	X	X	a	Go																	
	Salurn			X	X	a																		
	Tramin				X	a																		
	Truden			X	X	a	o																	

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

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

(2) Blutentnahmen zu Hause

(3) Seit dem 17.10.2005 ist die Blutentnahmestelle offen

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 4: **Im Gesundheitssprengel Bozen des Sanitätsbetriebs Bozen angebotene Leistungen - Jahr 2005**

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																				
		Verwaltung	Entnahmen	Ambulat. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat. Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk.(**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliches Amb.	Röntgenambulatorium	Augenärztliches Amb.	EKG	Kardiologie	Rheumatologie	Dermatologie	Orthopädie	HNO	Neurologie	Onkologie	Diabetologie	Urologie	Akupunktur
Bozen	**Gries-Quirein**	X		X	X	a		Dd	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Bozen-Boden-Rentsch	X	X	X	X	a	Go		X													X	
	Don Bosco	X		X	X	a	Go	d	X	X	X											X	
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X												X	
	Oberau	X	X	X	X	a	o												X		X	X	

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

(1) Umfassen: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Massagen *Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen*

Außerdem bestehen auch Dienste, die derzeit von einem einzigen Sanitätsbetrieb für alle Sprengel oder sogar von einem einzigen Sprengel eines Sanitätsbetriebs angeboten werden, wie es zum Beispiel für das Ambulatorium für Kardiologie und Rheumatologie von Gries-Quirein (Sprengel Bozen), das Impfamt in Eppan (Überetsch) und Leifers oder für das Enterostomie-Ambulatorium in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran der Fall ist.

In den folgenden Tabellen werden die Arten der von jedem Sprengel erbrachten Leistungen nach Sanitätsbetrieb angeführt.

Die im Sanitätsbetrieb Bozen erbrachten Leistungen werden aufgrund der Fachausrichtung des Sprengels Gries-Quirein in zwei verschiedenen Tabellen vorgestellt.

Zum Angebot der Gesundheitsdienste des Sprengels Gries-Quirein (Amba Alagi-Straße) gehören die Leistungen der Fachrichtungen Zahnheilkunde, Dermatologie, Orthopädie, HNO, Neurologie, Onkologie, Diabetologie, Urologie und Akupunktur. Diese wurden vorher von krankenhausinternen Polyambulatorien in der Amba Alagi-Straße vorgenommen und von der Ärztlichen Leitung des Krankenhauses verwaltet; nun unterstehen sie dem Dienst für Basismedizin. Im Gesundheitssprengel Meran werden außerdem fachärztliche Leistungen in den Bereichen Neurologie, Dermatologie und Schmerztherapie angeboten.

Tabelle 5: **In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran angebotene Leistungen - Jahr 2005**

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																			
		Verwaltung	Entnahmen	Ambulat. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat. Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk.(**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Zahnärztliches Amb.	Enterostomie-Amb.	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Dermatologie	Amt für Zivilinvaliden	DfA	Hygiene u. Öffentl. Gesundheit	Lymphdrainage	Neurologie	Genetische Beratung	Schmerztherapie
Oberer Vinschgau	**Mals**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X		X	X		X						
	Burgeis				X																	
	Graun		X	X	X																	
	Glurns			X	X																	
	Matsch			X	X																	
	Prad a. Stilfserjoch	X	X	X	X	a		d														
	Reschen			X	X																	
	Schluderns		X		X																	
	Stilfs		X	X	X																	
	Taufers			X	X																	
Mittlerer Vinschgau	**Schlanders**	X		X	X	a		d	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		
	Kastelbell		X	X	X	a																
	Latsch		X	X	X	a																
	Laas		X	X	X	a																
Naturns -Umgebung	**Naturns**	X	X	X	X	a	Ga	d		X						X						
	Karthaus			X	X																	
	Unser Frau			X	X		a															
	Partschins			X	X	a	a	d														
	Plaus			X	X																	
	Rabland			X	X																	
Lana-Umgebung	**Lana**	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X					X		X				
	Tscherms				X																	
	Gargazon			X	X																	
	Laurein	X	X	X	X			d														
	Burgstall			X	X			d														
	Proveis	X		X	X	Pa		d					X									
	St. Pankra	X			X	Pa		d														
	St. Felix	X	X	X	X			d														
	Tisens				X	a																
	Ulten	X	X	X	X	Pa		d														
Meran-Umgebung	**Meran**	X		X	X	a	Go	Dd	X	X	X		X	X	X	X			X	X	X	X
	Algund			X	X																	
	Marling			X	X																	
	Riffian			X	X	a																
	Schenna			X	X																	
	Dorf Tirol			X	X																	
	Vöran			X	X	a																
Passeiertal	**St. Leonhard**	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X	X		X	X			X					
	Moos			X	X	Pa		d	X							X						
	St. Martin			X	X	Pa		d	X													

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

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 6: **In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Brixen angebotene Leistungen - Jahr 2005**

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

(*) P=Kinderarzt; a=Sanitätsassistentin

(**) G=Gynäkologe; o=Hebamme

(***) D=Ernährungsberater; d=Diätberater

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen

Tabelle 7: **In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bruneck angebotene Leistungen - Jahr 2005**

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

(*) P=Kinderarzt; a=Sanitätsassistentin

(**) G=Gynäkologe; o=Hebamme; (***) D=Ernährungsberater; d=Diätberater

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.2. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Im Jahr 2005 zählte der Landesgesundheitsdienst 473.395 Versorgungsberechtigte, 89,1% davon wurden von den Allgemeinmedizinern versorgt. Insgesamt waren 250 Allgemeinmediziner und 51 Kinderärzte tätig. Die verschiedenartigen territorialen Bedingungen ergeben eine unterschiedliche durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt. In Bezug auf das optimale Verhältnis von 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner ergibt sich ein Mangel an Allgemeinmedizinern vor allem in den Sprengeln Bozen, Leifers-Branzoll-Pfatten und Wipptal. Nur in 15 Sprengeln ist ein Kinderarzt freier Wahl tätig.
Die Grundversorgung der Versorgungsberechtigten seitens des Arztes wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr und von 8.00 bis 10.00 Uhr an den Vorfeiertagen unter der Woche gewährleistet. Die Versorgung für die Notfälle in der Nacht, an Feiertagen und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeiten als den oben angegebenen auf verschiedene Art gesichert.
Der saisonbedingte Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen wird nur in den Sanitätsbetrieben Bozen und Bruneck eingesetzt; im Sanitätsbetrieb Brixen wird die Versorgung der Touristen durch den normalen Bereitschaftsdienst unter der Woche und an den Wochenenden von den Allgemeinmedizinern der einzelnen Sprengel gewährleistet.

2.2.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl

DIE WAHL DES BASISARZTES

Zum 31. Dezember 2005 zählte der Landesgesundheitsdienst 473.395 Versorgungsberechtigte (1,0% mehr als 2004); davon wurden ungefähr 421.000 von Allgemeinmedizinern und weitere 50.000 von Kinderärzten freier Wahl versorgt. Die Zahl der Versorgungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 69.389 (+0,6% gegenüber 2004), 68,9% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Tabelle 8: **Wahl der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Wahlen zugunsten von	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Provinz*
Allgemeinmediziner	*188.297*	*108.858*	*58.430*	*65.996*	*421.581*
Kinderärzte freier Wahl	*23.286*	*14.558*	*7.723*	*6.247*	*51.814*
WAHLEN INSGESAMT	***211.583***	***123.416***	***66.153***	***72.243***	***473.395***

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 9: **Versorgungsberechtigte der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Altersklasse und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Allgemeinmediziner		Kinderärzte freier Wahl		Versorgungsberech.		
	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	Insges.
Bozen	8.058	180.239	21.213	2.073	29.271	182.312	211.583
Meran	4.495	104.363	13.584	974	18.079	105.337	123.416
Brixen	2.996	55.434	7.346	377	10.342	55.811	66.153
Bruneck	6.028	59.968	5.669	578	11.697	60.546	72.243
PROVINZ	**21.577**	**400.004**	**47.812**	**4.002**	**69.389**	**404.006**	**473.395**

Quelle: Sanitätsbetriebe

DURCHSCHNITTLICHE PATIENTENBELASTUNG PRO BASISARZT

Zum 31. Dezember 2005 waren insgesamt 301 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 250 Allgemeinmediziner und 51 Kinderärzte freier Wahl. Das Verhältnis zwischen der Anzahl der getroffenen Wahlen und der Anzahl der Ärzte ergibt für Südtirol einen durchschnittlichen Wert von 1.686 Versorgungsberechtigten pro Allgemeinmediziner und von 1.016 pro Kinderarzt freier Wahl. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2004 des Gesundheitsministeriums) überschreiten diese Indikatoren den gesamtstaatlichen Durchschnitt.

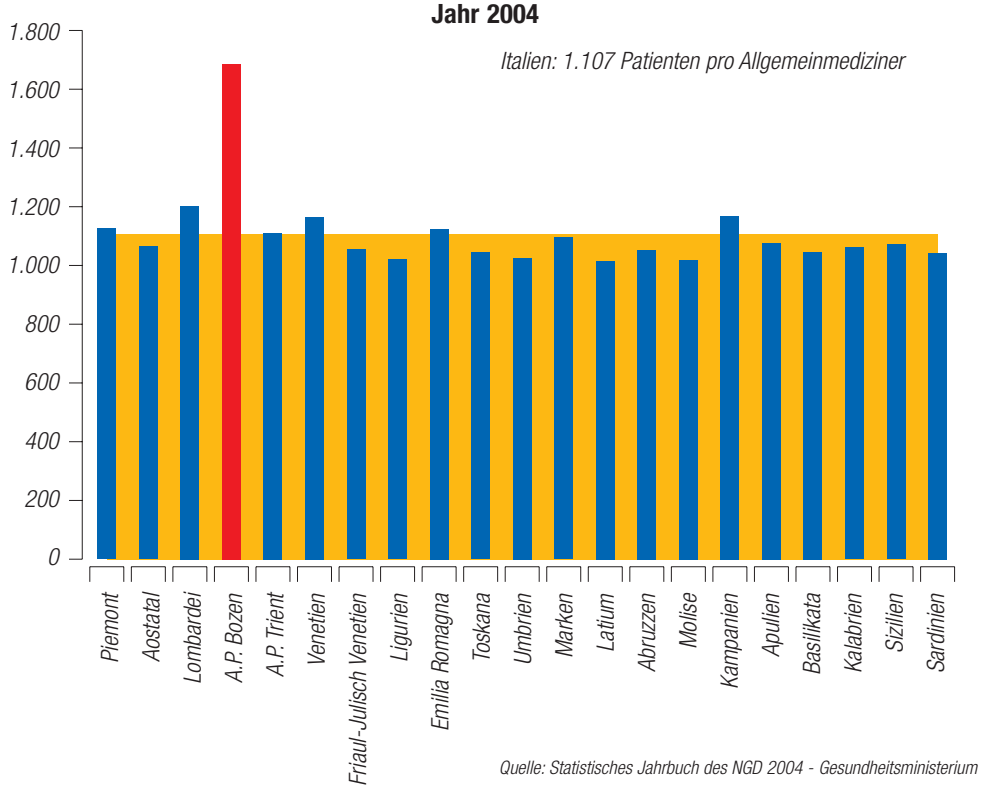
Tabelle 10: **Durchschnittliche Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl - Stand zum 31.12.2005**

Sprengel/Betriebe	Allgemeinmediziner			Kinderärzte freier Wahl		
	Ärzte	Wahlen	Durch. Belast.	Kinderärzte	Wahlen	Durch. Belast.
Grödental	5	9.338	1.868	1	888	888
Eggental-Schlern	10	17.759	1.776	-	-	-
Salten-Sarntal-Ritten	11	16.794	1.527	1	478	478
Überetsch	13	22.253	1.712	4	4.531	1.133
Leifers-Branzoll-Pfatten	8	16.030	2.004	3	3.058	1.019
Unterland	13	20.744	1.596	2	2.099	1.050
Bozen	52	85.379	1.642	12	12.232	1.019
SB Bozen	**112**	**188.297**	**1.681**	**23**	**23.286**	**1.012**
Oberer Vinschgau	9	14.250	1.583	1	1.180	1.180
Mittlerer Vinschgau	8	15.085	1.886	2	2.641	1.321
Naturns -Umgebung	5	9.068	1.814	1	1.249	1.249
Lana-Umgebung	12	19.730	1.644	2	2.428	1.214
Meran-Umgebung	27	42.214	1.563	7	7.060	1.009
Passeiertal	4	8.511	2.128	-	-	-
SB Meran	**65**	**108.858**	**1.675**	**13**	**14.558**	**1.120**
Wipptal	7	14.666	2.095	1	1.175	1.175
Brixen-Umgebung	19	30.241	1.592	5	4.496	899
Klausen-Umgebung	8	13.523	1.690	3	2.052	684
SB Brixen	**34**	**58.430**	**1.719**	**9**	**7.723**	**858**
Taufers-Ahrntal	6	12.286	2.048	-	-	-
Bruneck-Umgebung	19	28.712	1.511	6	6.247	1.041
Hochpustertal	7	14.811	2.116	-	-	-
Gadertal	7	10.187	1.455	-	-	-
SB Bruneck	**39**	**65.996**	**1.692**	**6**	**6.247**	**1.041**
PROVINZ	**250**	**421.581**	**1.686**	**51**	**51.814**	**1.016**

Quelle: Sanitätsbetriebe

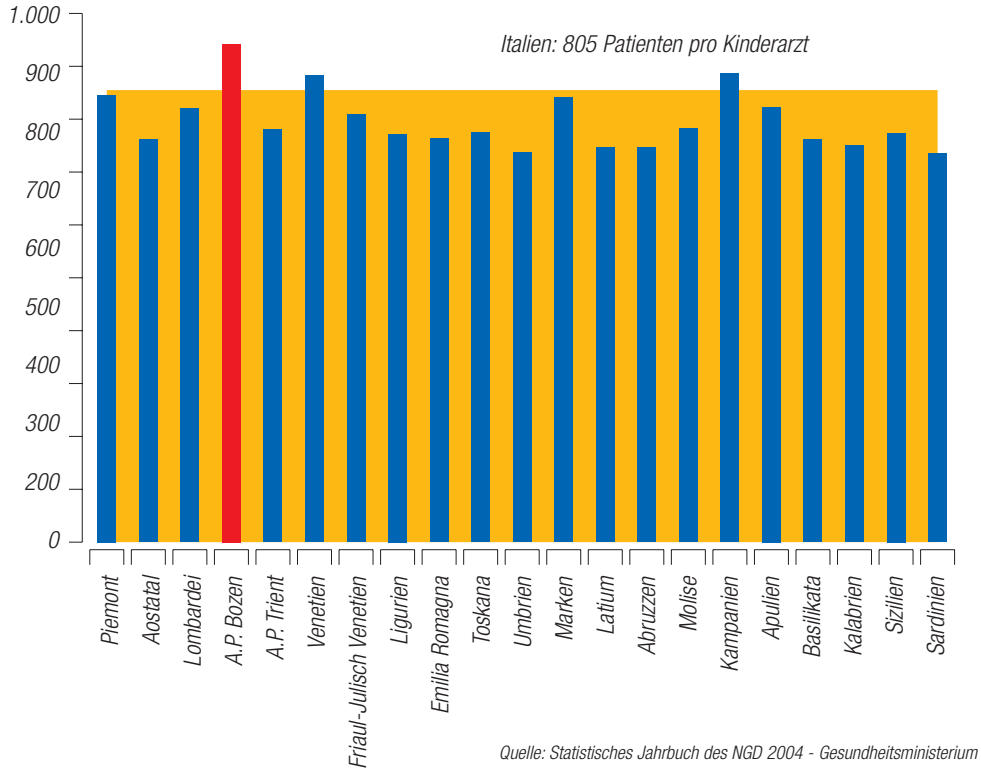
Die unterschiedliche Verteilung der Basisärzte auf die Sanitätsbetriebe und einzelnen Gesundheitssprengel sowie die territorialen Bedingungen ergeben eine unterschiedliche durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt. Nur in 15 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig.

Abbildung 1: **Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner in den Regionen Italiens – Jahr 2004**



Quelle: Statistisches Jahrbuch des NGD 2004 - Gesundheitsministerium

Abbildung 2: **Patientenbelastung pro Kinderarzt freier Wahl in den Regionen Italiens – Jahr 2004**



Quelle: Statistisches Jahrbuch des NGD 2004 - Gesundheitsministerium

Tabelle 11: **Allgemeinmediziner, Bevölkerung im Alter über 14 Jahren, Verhältnis Einwohner/Ärzte, geschätzter Bedarf an zusätzlichen Ärzten pro Sprengel - Stand zum 31.12.2005**

Sprengel/Betriebe	Ärzte	Einw. > 14	Einw. pro Arzt	Geschätzer Bedarf
Grödental	5	7.171	1.434	
Eggental-Schlern	10	15.476	1.548	0,3
Salten-Sarntal-Ritten	11	14.564	1.324	
Überetsch	13	22.280	1.714	1,9
Leifers-Branzoll-Pfatten	8	15.995	1.999	2,7
Unterland	13	18.981	1.460	
Bozen	52	85.585	1.646	5,1
SB Bozen	**112**	**180.052**	**1.608**	
Oberer Vinschgau	9	12.778	1.420	
Mittlerer Vinschgau	8	14.635	1.829	1,8
Naturns -Umgebung	5	8.612	1.722	0,7
Lana-Umgebung	12	18.593	1.549	0,4
Meran-Umgebung	27	42.569	1.577	1,4
Passeiertal	4	6.894	1.724	0,6
SB Meran	**65**	**104.081**	**1.601**	
Wipptal	7	15.175	2.168	3,1
Brixen-Umgebung	19	28.077	1.478	
Klausen-Umgebung	8	12.823	1.603	0,5
SB Brixen	**34**	**56.075**	**1.649**	
Taufers-Ahrntal	6	10.274	1.712	0,8
Bruneck-Umgebung	19	28.178	1.483	
Hochpustertal	7	12.357	1.765	1,2
Gadertal	7	8.229	1.176	
SB Bruneck	**39**	**59.038**	**1.514**	
PROVINZ	**250**	**399.246**	**1.597**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

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

BEDARF AN ALLGEMEINMEDIZINERN

Der Vergleich zwischen dem tatsächlichen und optimalen Verhältnis gibt Aufschluss über den Mangel an Allgemeinmedizinern. Auf diese Weise schätzt man beispielsweise einen zusätzlichen Bedarf von 5,1 Allgemeinmedizinern im Sprengel Bozen, von 3,1 im Sprengel Wipptal, von 2,7 im Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten, von 1,9 im Sprengel Überetsch und von 1,8 im Sprengel Mittlerer Vinschgau. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei dieser Schätzung die unterschiedlichen territorialen Bedingungen einiger Sprengel nicht berücksichtigt wurden, und auch nicht der Umstand, dass von der Gesamtanzahl der Versorgungsberechtigten die Patienten der Altersheime ausgeschlossen sind; auch die Möglichkeit, bis zum 16. Lebensjahr vom Kinderarzt betreut zu werden, wurde nicht miteinbezogen. Deshalb sind diese Angaben nur richtungsweisend und überschätzen manchmal den effektiven Mangel an Allgemeinmedizinern.

Abbildung 3: **Allgemeinmediziner nach Anzahl der Versorgungsberechtigten Provinz Bozen - Stand zum 31.12.2005**

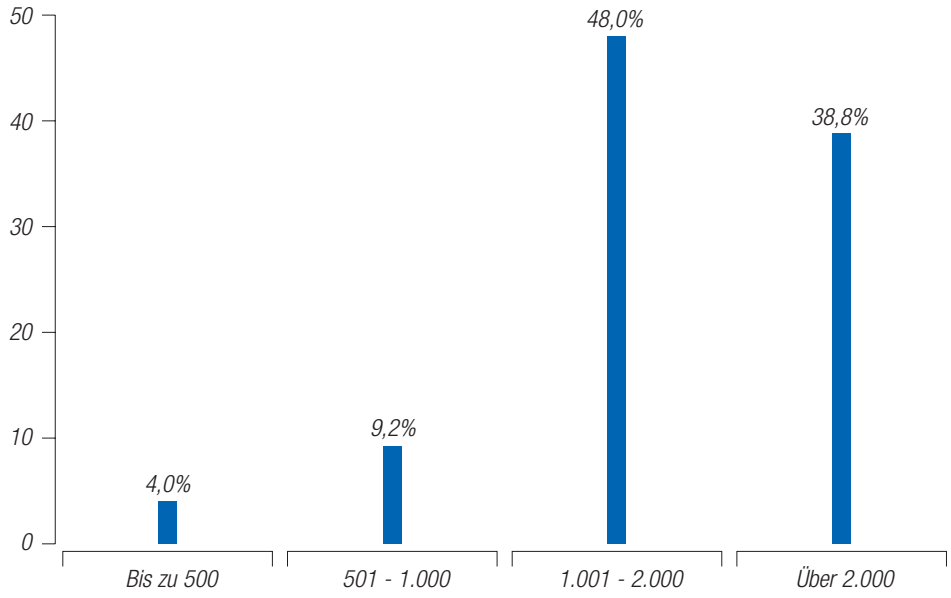


Abbildung 4: **Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten Provinz Bozen – Stand zum 31.12.2005**

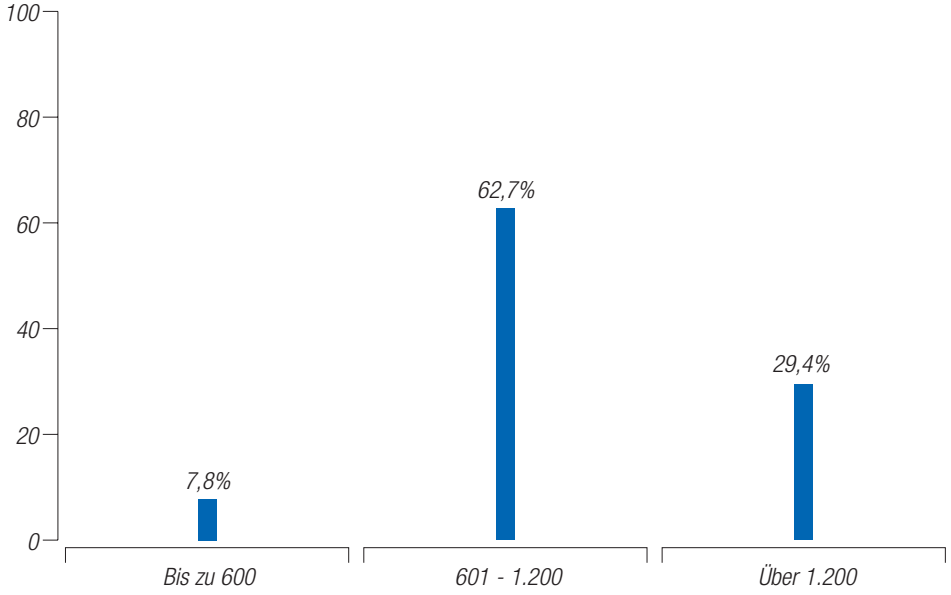


Tabelle 12: **Allgemeinmediziner nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Sanitätsbetrieb - Stand zum 31.12.2005**

Patientengruppen	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Provinz*
Bis zu 500	*3*	*1*	*5*	*1*	*10*
501 – 1.000	*10*	*5*	*2*	*6*	*23*
1.001 – 2.000	*62*	*38*	*7*	*13*	*120*
Über 2.000	*37*	*21*	*20*	*19*	*97*
ALLGEMEINMEDIZINER INSGESAMT	***112***	***65***	***34***	***39***	***250***

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 13: **Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Sanitätsbetrieb - Stand zum 31.12.2005**

Patientengruppen	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Provinz*
Bis zu 600	*3*	*1*	*-*	*-*	*4*
601 – 1.200	*14*	*5*	*9*	*4*	*32*
Über 1.200	*6*	*7*	*-*	*2*	*15*
KINDERÄRZTE FREIER WAHL INS.	***23***	***13***	***9***	***6***	***51***

Quelle: Sanitätsbetriebe

PATIENTENHÖCHSTZAHL

Zum 31. Dezember 2005 überschritten 38,8% der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Versorgungsberechtigten (DLR Nr. 4504 vom 18.10.1999).
Die vorgesehene Höchstschwelle für die Kinderärzte freier Wahl beträgt 1.200. Diese Schwelle kann infolge der vom Art. 24 des Kollektivvertrags - DLR Nr. 2912 vom 11.08.2000 vorgesehenen Abweichungen überschritten werden. Die Schwelle wurde Ende 2005 von 29,4% der Kinderärzte überschritten.

WÖCHENTLICHE ÖFFNUNGSZEITEN DER AMBULATORIEN

Die Öffnungszeiten der Ambulatorien (Stunden am Tag und Tage in der Woche) sind ein wichtiger Indikator für den Zugang zu den Diensten für Allgemeinmedizin und Pädiatrie freier Wahl; der Zugang muss den Patienten also durch angemessene Öffnungszeiten erleichtert werden. Durchschnittlich waren in der Provinz im Jahr 2005 die Ambulatorien der Allgemeinmediziner für 17 Stunden und 27 Minuten pro Woche geöffnet. Der Sanitätsbetrieb Bruneck bot die durchschnittlich längste Öffnungszeit mit 18 Stunden und 30 Minuten an; im Sanitätsbetrieb Bozen reduzierte sich die Öffnungszeit auf 16 Stunden und 57 Minuten pro Woche.
2005 hielten 106 Allgemeinmediziner (42,4%) auch nach 18.00 Uhr geöffnet, nur 1 Arzt war auch Samstag vormittags im Ambulatorium tätig; 45 Ärzte (18,0%) boten mehr als 20 Stunden Öffnungszeit pro Woche an.
Die wöchentlichen Öffnungszeiten der Ambulatorien der Kinderärzte freier Wahl liegen deutlich unter denen der Allgemeinmediziner: im Durchschnitt 15 Stunden und 21 Minuten. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass der geltende Landesvertrag der Kinderärzte freier Wahl und Allgemeinmediziner eine zur Anzahl der Versorgungsberechtigten proportionale Öffnungszeit vorsieht.
2005 gewährte nur ein Kinderarzt freier Wahl eine Öffnungszeit von über 20 Stunden pro Woche, während 8 Kinderärzte das Ambulatorium auch nach 18.00 Uhr geöffnet hatten.

Abbildung 5: **Durchschn. wöchentl. Öffnungsstunden und -minuten pro Allgemeinmediziner – Jahr 2005**

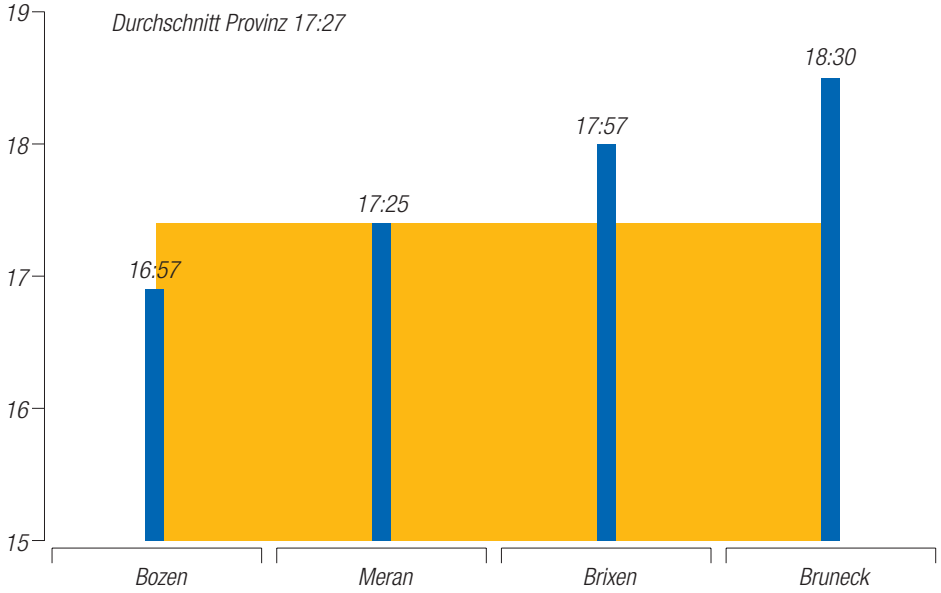
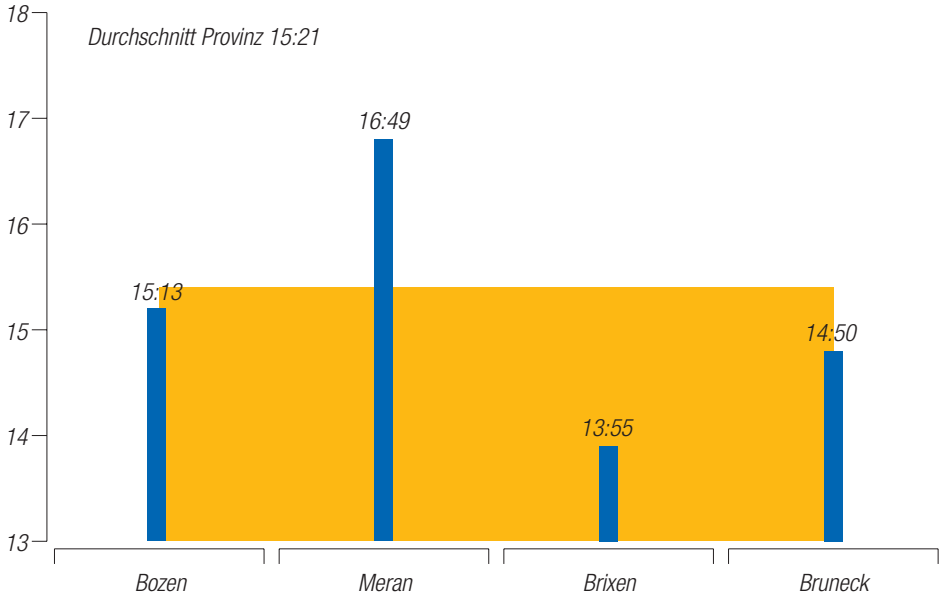


Abbildung 6: **Durchschn. wöchentl. Öffnungsstunden und -minuten pro Kinderarzt freier Wahl – Jahr 2005**



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

Tabelle 14: **Von den Allgemeinmedizinern zusätzlich erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Erste Wundbehandlung	5.242	4.443	3.275	1.199	14.159
Nähen einer Oberflächenwunde	1.020	266	238	222	1.746
Nachfolgende Wundbehandlungen	8.252	5.842	3.450	1.952	19.496
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	2.723	2.128	1.492	1.385	7.728
Blasenkatheterisierung bei Männern	193	163	47	140	543
Blasenkatheterisierung bei Frauen	1	12	43	1	57
Vordere Nasentamponade	31	23	4	9	67
Infusion	129	89	-	43	261
Gammaglobulin-Spritzen oder Tetanusspritzen	670	976	280	35	1.961
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung	41	65	2	33	141
Pharynxtamponade für bakteriologischen Test (nur bei gehunfähigen Patienten)	-	12	-	-	12
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Auge	122	160	33	98	413
Entfernen eines Zeruminalpfropfs	6.491	4.957	2.475	2.774	16.697
Infusionszyklen	1.497	1.749	235	242	3.723
Behandlungszyklus m. endoven. Spritzen	1.358	291	-	1.112	2.761
Impfungen, d. keine Pflichtimpf. sind	2.995	6.591	2.970	2.149	14.705
Endovenöse Spritzen	535	57	547	40	1.179
INSGESAMT	**31.300**	**27.824**	**15.091**	**11.434**	**85.649**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 15: **Von den Kinderärzten freier Wahl zusätzlich erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Nähen einer Oberflächenwunde	13	-	-	5	18
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	148	186	66	45	445
Entfernen von Fremdkörpern aus der Nase	3	-	-	-	3
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Auge	-	7	-	-	7
Entfernen von Fremdkörpern aus dem Ohr	1	-	-	-	1
Erste Wundbehandlung	284	137	37	60	518
Nachfolgende Wundbehandlungen	197	103	128	65	493
Geschlossene Reposition von Phimose und Paraphimose	2	54	-	2	58
Reposition eines Leistenbruchs	-	3	-	-	3
Durchschneidung der Verwachsung der kleinen Schamlippen	60	12	6	1	79
Spülung bei Paronychie	12	4	-	3	19
Reposition von schmerzhafter Pronation der Ulna	6	1	-	3	10
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung (pro Sitzung)	-	13	-	-	13
Warzenentfernung	179	111	25	55	370
Endovenöse Spritzen	-	3	-	12	15
Scotch-Test auf Oxyuren	23	2	-	-	25
Pharynxtamponade für schnellen Streptokokkentest	1.182	869	525	800	3.376
Vorläufige Behandlung einer Fraktur oder Luxation mittels Ruhigstellung durch geeignete Mittel:					
- kleine Segmente	3	1	-	-	4
- große Segmente	1	-	-	-	1
Spirometrie	30	-	-	15	45
Pricktest	26	-	45	23	94
EKG	6	-	-	30	36
Echographie, pro Sprengel	286	524	-	96	906
Harnprobe mit Analysator und gedrucktem Bericht	183	66	478	662	1.389
INSGESAMT	**2.645**	**2.096**	**1.310**	**1.877**	**7.928**

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.2.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität

DER DIENST FÜR VERSORGUNGS-KONTINUITÄT

Die Versorgung seitens des Arztes für Grundversorgung der eigenen Versorgungsberechtigten wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr und von 8.00 bis 10.00 an den Vorfeiertagen unter der Woche gewährleistet. Die Versorgungskontinuität für die Notfälle in der Nacht und an Feier- und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeiten als den oben angegebenen auf verschiedene Art garantiert.

DIE AKTIVE VERSORGUNGS-KONTINUITÄT

Der aktive Dienst mit Einsatzzentrale wurde in den Sprengeln Bozen, Leifers-Branzoll-Pfatten und Überetsch sowie in den Gemeinden Mölten, Jenesien und Tiers sowie in der Fraktion Kardaun (Gemeinde Karneid) eingerichtet. Der Dienst deckt rund 70% der Bevölkerung des Sanitätsbetriebs Bozen. Der aktive Bereitschaftsdienst sieht zwei Ärzte in den Nachtturnussen (von 20.00 bis 8.00) Uhr) von Montag bis Freitag, drei Ärzte in den Nachtturnussen am Wochenende und vier Ärzte untertags (von 8.00 bis 20.00 Uhr) samstags, sonntags, feiertags und vorfeiertags unter der Woche vor. Für ärztliche Einsätze, die im Ambulatorium stattfinden können, richtete der Sanitätsbetrieb Bozen im Jahr 2003 an den Sitzen Eppan und Leifers der Sprengel Überetsch und Leifers-Branzoll-Pfatten zwei Ambulatorien mit ärztlichem Bereitschaftsdienst ein: in diesen Ortschaften kommt die ambulatorische Tätigkeit der Ärzte zu den Hausbesuchen hinzu. Im Jahr 2005 erbrachten die Ärzte des aktiven Bereitschaftsdienstes 14.994 ärztliche Leistungen (+23,1% gegenüber 2004), 3.729 davon waren Hausbesuche, 2.124 ambulatorische Visiten (an den Sitzen Eppan und Leifers) und 9.141 telefonische Beratungen.

DIE VERSORGUNGS-KONTINUITÄT IN FORM DER ERREICHBARKEIT

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

DIE VERSORGUNGS-KONTINUITÄT SEITENS DER KINDERÄRZTE

Die Versorgungskontinuität durch die Kinderärzte wird im Sanitätsbetrieb Bozen am Samstag, Sonntag und an den Feiertagen von 16.00 bis 20.00 Uhr (das ganze Jahr über) mit einem Kinderarzt freier Wahl im Krankenhaus Bozen und in Brixen am Samstag Nachmittag von 14.00 bis 17.00 Uhr (von Oktober bis Mai) mit einem Kinderarzt freier Wahl in der Kinderärztlichen Beratungsstelle gewährleistet.

In Meran wird der Dienst sonntags im Krankenhaus angeboten. Außerhalb der Städte sichern viele Kinderärzte einzeln oder in Form von Zusammenschlüssen die Versorgungskontinuität während der Nacht unter der Woche. In Bruneck garantieren die Kinderärzte die Versorgungskontinuität am Samstag Nachmittag von 14.00 bis 17.00 Uhr mit einem Kinderarzt freier Wahl und einer Sanitätsassistentin in der Kinderärztlichen Beratungsstelle.

2.2.3. Der touristische Bereitschaftsdienst

DER SAISONBEDINGTE DIENST FÜR DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG DER TOURISTEN

Der saisonbedingte Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen wird nur in einigen Landesteilen folgender Sprengel eingesetzt: Grödental, Eggental-Schlern und Gadertal. Im Sanitätsbetrieb Brixen können alle Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl auf Anfrage der Touristen Dienst leisten. Die Dauer der „Fremdenverkehrssaison" wird von den einzelnen Sanitätsbetrieben festgelegt; deshalb weichen die Öffnungszeiten der Ambulatorien leicht voneinander ab.

Im Jahr 2005 gab es im Sanitätsbetrieb Bozen 3 Dienststellen für Touristen mit Bereitschaftsdienst, die unter der Woche und feiertags rund um die Uhr geöffnet waren.

Die Wintersaison wurde in allen Gemeinden vom 24. Dezember 2004 bis 28. März 2005 für insgesamt 95 Tage vom Dienst gedeckt; dabei wurden 3.085 Leistungen erbracht (+18,6% gegenüber 2004). Die Sommersaison wurde hingegen für 92 Tage gedeckt (1. Juli 2005 bis 30. September 2005) mit insgesamt 2.703 erbrachten Leistungen (+18,8% gegenüber 2004).

Tabelle 16: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2004/2005 im Sanitätsbetrieb Bozen (untertags und in der Nacht)**

Gemeinde	Öffnungs-stunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Zusätzliche Leistungen	Durch. Einsätze pro Tag*
St. Ulrich/ Wolkenstein	2.256	1.110	312	21	15,2
Kastelruth	2.256	777	230	14	10,7
Welschnofen/Deutschnofen	2.256	400	216	5	6,5
INSGESAMT	**6.768**	**2.287**	**758**	**40**	**32,5**

* Dabei wurden 95 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 17: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Sommer 2005 im Sanitätsbetrieb Bozen**

Gemeinde	Öffnungs-stunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Zusätzliche Leistungen	Durch. Einsätze pro Tag*
St. Ulrich/ Wolkenstein	2.184	799	121	16	10,2
Kastelruth	2.184	1.064	88	11	12,6
Welschnofen/Deutschnofen	2.184	557	45	2	6,6
INSGESAMT	**6.552**	**2.420**	**254**	**29**	**29,4**

* Dabei wurden 92 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Im Sanitätsbetrieb Meran wurde im Jahr 2005 der touristische Bereitschaftsdienst nicht angeboten. Im Sanitätsbetrieb Brixen wird der Dienst von den Allgemeinmedizinern der einzelnen Gesundheitssprengel im Rahmen ihrer normalen Erreichbarkeit unter der Woche und am Wochenende geleistet.

Im Sprengel Gadertal wurden 2 Dienststellen für den Winter und für den Sommer eingerichtet, die von Montag bis Freitag geöffnet waren. In der Wintersaison (vom 27. Dezember 2004 bis 31. März 2005) wurden 68 Tage gedeckt und 962 ambulatorische Visiten und Hausbesuche durchgeführt (+55,4% gegenüber 2004). In der Sommersaison wurden 54 Tage gedeckt (vom 1. Juli bis 15. September 2005) und 397 Visiten geleistet (+1,0% gegenüber 2004).

Tabelle 18: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2004/2005 im Sanitätsbetrieb Bruneck (nur tagsüber)**

Gemeinde	Öffnungsstunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Durch. Einsätze pro Tag*
Zwischenwasser und St. Martin in Thurn	749,5	376	134	7,5
Wengen, Abtei und Corvara	793,0	358	94	6,6
INSGESAMT	**1.542,5**	**734**	**228**	**14,1**

** Ausgenommen die zusätzlichen Leistungen wurden 68 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt*

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

Tabelle 19: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Sommer 2005 im Sanitätsbetrieb Bruneck (nur tagsüber)**

Gemeinde	Öffnungsstunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Durch. Einsätze pro Tag*
Zwischenwasser und St. Martin in Thurn	520	177	13	3,5
Wengen, Abtei und Corvara	520	198	9	3,8
INSGESAMT	**1.040**	**375**	**22**	**7,4**

** Ausgenommen die zusätzlichen Leistungen wurden 54 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt*

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.3. AMBULATORISCHE TERRITORIALE VERSORGUNG UND HAUSKRANKENPFLEGE

Zum 31.12.2005 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf einen Hauspflegebeitrag auf Landesebene 3.807; für diesen Dienst wurden im Jahr 2005 18.519.082,15 Euro ausgegeben.

2005 wurden in der Programmierten Hauspflege von den Diensten für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe 1.871, Patienten versorgt, in der Integrierten Hauspflege 351.

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der am meisten verbreitete Dienst auf Sprengelebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulatorische Leistungen als auch Leistungen zu Hause des Patienten. Im Jahr 2005 wurden den Patienten 739.615 Krankenpflegeleistungen erbracht.

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln der Autonomen Provinz Bozen, Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in 15 von 20 Sprengeln.

ZIELE DER HAUSKRANKENPFLEGE

Über die Hauskrankenpflege führen die Mitarbeiter des Gesundheitswesens medizinische Maßnahmen zu Hause durch, mit dem vorrangigen Ziel, missbräuchliche Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und den Verlust der Selbstständigkeit der gefährdeten Personen so lange wie möglich hinauszuschieben. Der Hausbesuch bietet nämlich eine vollständigere Analyse der Situation des Versorgungsberechtigten sowie die Möglichkeit, den

Familien nicht nur therapeutische, sondern auch präventive Anweisungen zu geben.
Der Landeskollektivvertrag, der die Vereinbarungen mit den Allgemeinmedizinern enthält, sieht zwei Arten von Hauspflegedienst vor: die programmierte Hauspflege (PHP), die für Patienten bestimmt ist, die sich zu Hause und in geschützten Heimen nicht mehr fortbewegen können (keine Pflegefälle), und die integrierte Hauspflege (IHP).

HAUSPFLEGEBEITRAG

Das Landesgesetz Nr. 33, Artikel 21 „Hauspflegedienst" vom 18. August 1988 in geltender Fassung sieht die Auszahlung eines Tagesbeitrags durch einen Fonds des Landesgesundheitsdienstes an die Personen vor (Familienangehörige oder Lebensgefährten), welche zu Hause einen schweren Pflegefall betreuen. Der Beitrag hat das Ziel, die Hauspflege von Pflegefällen zu fördern, und stellt eine Alternative zum Krankenhausaufenthalt dar. Die Auszahlung dieses Beitrags setzt eine Bewertung der Hauspflege der Person voraus, wobei der Grad des Pflegefalls und die Angemessenheit der geleisteten Versorgung erfasst werden. Zum 31.12.2005 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf Landesebene 3.807 (+4,3% gegenüber 2004); für diesen Dienst wurden im Jahr 2005 18.519.082,15 Euro ausgegeben (+3,5% gegenüber 2004).

Tabelle 20: **Tätigkeiten in Bezug auf den Antrag auf Hauspflegebeiträge für die Versorgung von Pflegefällen seitens des Dienstes für Basismedizin - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Im Jahr 2005 gestellte neue Anträge	902	482	239	306	1.929
Im Jahr 2005 gewährte Beiträge	545	352	180	234	1.311
Prozentsatz der angenommenen Anträge	60,4%	73,0%	75,3%	76,5%	68,0%
Rekurse mit positivem Ausgang im Jahr 2005	53	17	6	14	90
Rekurse mit negativem Ausgang im Jahr 2005	61	30	8	6	105
Revisionen im Jahr 2005	50	88	125	1	264
Revisionen mit Bestätigung des Rechts auf den Beitrag im Jahr 2005	33	73	110	-	216
Anzahl der Patienten mit 60-70 Punkten	1.587	760	216	236	2.799
Anzahl der Patienten mit >=71 Punkte	463	310	126	109	1.008
DIENSTNUTZER ZUM 31.12.05 INSGESAMT	**2.050**	**1.070**	**342**	**345**	**3.807**
AUSGEZAHLTE BEITRÄGE INSGESAMT	**9.632.068,82**	**5.120.986,70**	**1.964.458,65**	**1.801.567,98**	**18.519.082,15**

Quelle: Sanitätsbetriebe, Amt für Gesundheitssprengel

2.3.1. Die Programmierte Hauspflege (PHP)

PROGRAMMIERTE HAUSPFLEGE (PHP)

Die PHP wird dann nötig, wenn die Patienten nicht mehr gehfähig sind, nicht mehr transportiert werden können oder wenn sie an besonders entkräftigenden Krankheiten leiden. Der Pflegefall kann entweder durch die Gesundheits- oder Sozialdienste oder durch die Familie bzw. durch den Vertrauensarzt gemeldet werden. Letzterer muss einen begründeten Pflegeantrag an den Leiter des Dienstes für Basismedizin abfassen, in dem er die Anzahl der programmierten Hausbesuche, die medizinischen Versorgungsbedürfnisse und die eventuellen Personalerfordernisse anführt. Das Pflegeprogramm wird kurzfristig

innerhalb von 15 Tagen ab Meldung eingeleitet. Der größte Teil der Genehmigungen wird für ein Jahr ausgestellt.
Der Basisarzt - der oft den Patient allein versorgt - wird gegebenenfalls von einem Krankenpfleger unterstützt.
Im Jahr 2005 wurden in der PHP von den Diensten für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe 1.871 Patienten versorgt, 8,4% weniger als im Vorjahr (2.043 im Jahr 2004). Jeder der beteiligten Ärzte (56,8% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 13,2 Patienten; dafür erhielt er im Laufe des Jahres 4.492,48 Euro, d.h. 340,96 Euro pro Patient.

Tabelle 21: **Datenüberblick über die Programmierte Hauspflege in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anzahl der von den Allgemeinmedizinern untersuchten Anträge auf PHP, Jahr 2005	1.057	554	244	86	1.941
Anzahl der genehmigten PHP-Anträge im Jahr 2005	1.057	554	244	86	1.941
% der im Jahr 2005 genehmigten PHP-Anträge	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Anzahl der PHP-Patienten	1.057	492	244	78	1.871
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für PHP-Einsätze bezahlt wurden	63	49	22	8	142
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten PHP-Patienten	1,00	2,59	1,50	1,55	1,66
Insgesamt für die PHP-Vergütung gezahlter Betrag in Euro	**298.627,00**	**254.310,93**	**70.500,00**	**14.493,90**	**637.931,83**

Quelle: Sanitätsbetriebe

PHP-PATIENTEN NACH ALTER UND GESCHLECHT

79,2% der versorgten Patienten der Sanitätsbetriebe sind über 75 Jahre alt. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt 1,8 Frauen pro Mann: die höhere Lebenserwartung der Frauen bringt auch eine häufigere Inanspruchnahme der Programmierten Hauspflege in den höheren Altersklassen mit sich.

Tabelle 22: **Verteilung der PHP-Patienten nach Alter und Geschlecht in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2005**

	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck			Provinz		
	M	F	ins.	M	F	ins.	M	F	ins.	M	F	ins.	M	F	ins.
Bis zu 64 Jahre	17	28	45	33	24	57	6	6	12	2	-	2	58	58	116
65-74	48	61	109	21	38	59	43	52	95	9	2	11	121	153	274
75-84	166	295	461	62	110	172	42	62	104	7	19	26	277	486	763
85 und älter	137	305	442	44	160	204	11	22	33	9	30	39	201	517	718
INSGESAMT	**368**	**689**	**1.057**	**160**	**332**	**492**	**102**	**142**	**244**	**27**	**51**	**78**	**657**	**1.214**	**1.871**

Quelle: Sanitätsbetriebe

PHP-PATIENTEN NACH HAUPTZUSTAND

Die Programmierte Hauspflege wird vorwiegend für Krankheiten des Kreislaufsystems praktiziert (periphere Arteriopathien, Herzinsuffizienz, Ischämie: 52,2%); es folgen die PHP-Patienten aufgrund von degenerativen Krankheiten der Knochen und Gelenke mit einem Landesdurchschnittswert von 16,4% und aufgrund von Tumoren mit 9,3%.

Tabelle 23: **PHP-Patienten nach Zustand und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
	Absolute Werte				
Schwere periphere Arteriopathien	623*	192	13	10	838
Schwere Herzinsuffienz NYHA 3-4	-*	-	77	20	97
Tumoren	88	66	15	5	174
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	186	101	-	20	307
Bronchopneumopathien	36	31	23	4	94
Ischämie mit Parese	-*	-	35	7	42
Psychiatrische Krankheiten	87	-	-	2	89
Neurologische Krankheiten (Multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	7	49**	66	9	131
Angeborene u. perinatale Pathologien	30	-	-	1	31
Sonstige/r Krankheit/Zustand	-	53	15	-	68
INSGESAMT	**1.057**	**492**	**244**	**78**	**1.871**
	Prozentwerte				
Schwere periphere Arteriopathien	58,9	39,0	5,3	12,8	44,8
Schwere Herzinsuffienz NYHA 3-4	-	-	31,6	25,6	5,2
Tumoren	8,3	13,4	6,1	6,4	9,3
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	17,6	20,5	-	25,6	16,4
Bronchopneumopathien	3,4	6,3	9,4	5,1	5,0
Ischämie mit Parese	-	-	14,3	9,0	2,2
Psychiatrische Krankheiten	8,2	-	-	2,6	4,8
Neurologische Krankheiten (Multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	0,7	10,0	27,0	11,5	7,0
Angeborene u. perinatale Pathologien	2,8	-	-	1,3	1,7
Sonstige/r Krankheit/Zustand	-	10,8	6,1	-	3,6
INSGESAMT	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

* Einschließlich Patienten mit Ischämie und schwerer Herzinsuffizienz

** Umfasst auch die Patienten mit Atherosklerose

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.3.2. Die Integrierte Hauspflege (IHP)

INTEGRIERTE HAUSPFLEGE (IHP)

In besonders komplexen sozialmedizinischen Fällen, die den Einsatz mehrerer Berufsbilder erfordern, wird hingegen die integrierte Hauspflege angeboten. Das Pflegeteam, dessen Zusammensetzung sich nach den besonderen Erfordernissen des Patienten richtet, ist ein multidisziplinäres Team, in dem Krankenpfleger, Sozialassistenten, Altenpfleger, Fachärzte, Physiotherapeuten, Diätberater etc. vertreten sein können. Der Basisarzt übernimmt die Koordinierung der von den Fachkräften geleisteten Tätigkeiten und ist Hauptansprechpartner. Die IHP als Ersatz des Krankenhausaufenthaltes richtet sich häufig an Todkranke im Endstadium oder an Patienten, die eine begleitete Entlassung aus Krankenanstalten benötigen.

Der Pflegeantrag kann vom Basisarzt, von den Sozialdiensten, den Familienangehörigen des Patienten oder vom Leiter der Krankenhausabteilung bei der Entlassung gestellt werden. Innerhalb von 48 Stunden nach der Meldung ermächtigt der Leiter des Dienstes für Basismedizin den Vertrauensarzt des Patienten, die Integrierte Hauskrankenpflege einzuleiten.

Im Jahr 2005 wurden im Rahmen der IHP von den Diensten der Basismedizin der Sanitätsbetriebe insgesamt 351 Patienten versorgt, rund 73 pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr ist ein starker Anstieg der IHP-Patienten zu verzeichnen (192 Patienten

im Jahr 2004, +82,8%), vor allem im Sanitätsbetrieb Brixen (216 Patienten im Jahr 2005 gegenüber 83 im Jahr 2004). Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2004 des Gesundheitsministeriums) liegt dieser Indikator jedoch weit unter dem nationalen Durchschnitt.

Im Vergleich zur Programmierten Hauspflege sind von der Integrierten Hauspflege weniger Patienten und auch weniger Allgemeinmediziner betroffen; andererseits ist die IHP erheblich aufwendiger, sowohl was die Anzahl der Einsätze als auch die finanziellen Ausgaben seitens des Landesgesundheitsdienstes betrifft.

34,0% der Allgemeinmediziner der Provinz Bozen wurden 2005 in Programme der Integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient 8,4 Einsätze im Monat mit Unterstützung seitens verschiedener Berufsbilder geleistet. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zwischen den Sanitätsbetrieben die Daten diesbezüglich stark variieren, was auf die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse der Patienten zurückzuführen ist: in Meran wurden durchschnittlich 20,8 Einsätze pro Patient und Monat verzeichnet, in Brixen 3, in Bozen 3,3 und in Bruneck 6,4.

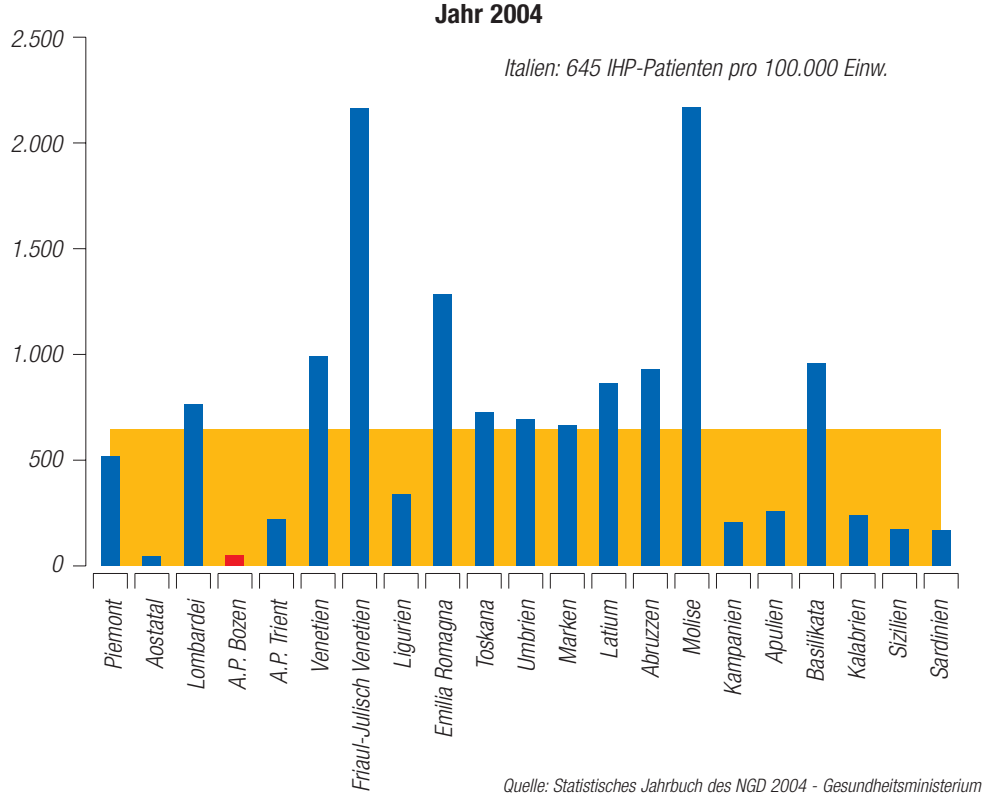
Jeder der betroffenen Ärzte versorgte durchschnittlich 4,1 Patienten, für die jeweils (für die Entlohnung der miteinbezogenen Allgemeinmediziner) 530,79 Euro ausgegeben wurden.

Tabelle 24: **Datenüberblick über die Integrierte Hauspflege in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anzahl der von den Allgemeinmedizinern untersuchte Anträge auf IHP, Jahr 2005	*63*	*56*	*230*	*24*	*373*
Anzahl der genehmigten IHP-Anträge im Jahr 2005	*59*	*56*	*216*	*24*	*355*
% der im Jahr 2005 genehmigten IHP-Anträge	*93,7%*	*100,0%*	*93,9%*	*100,0%*	*95,2%*
Anzahl der IHP-Patienten	*59*	*53*	*216*	*23*	*351*
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für IHP-Einsätze bezahlt wurden	*29*	*23*	*23*	*10*	*85*
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten IHP-Patient	*3,30*	*20,79*	*3,00*	*6,37*	*8,37*
Insgesamt für die IHP-Vergütung gezahlter Betrag in Euro	***52.143,10***	***30.856,73***	***93.621,00***	***9.686,66***	***186.307,49***

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 7: **Anzahl der IHP-Patienten pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens – Jahr 2004**



Quelle: Statistisches Jahrbuch des NGD 2004 - Gesundheitsministerium

IHP-PATIENTEN NACH ALTER UND GESCHLECHT

Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt 1,3 Frauen pro Mann: 71,5% der Patienten sind über 75 Jahre alt.

Tabelle 25: **Verteilung der IHP-Patienten nach Alter und Geschlecht - Jahr 2005**

	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck			Provinz		
	M	F	ins.	M	F	ins.	M	F	ins.	M	F	ins.	M	F	ins.
Bis zu 64 Jahre	3	7	10	5	4	9	4	5	9	1	3	4	13	19	32
65-74	9	6	15	3	9	12	15	22	37	2	2	4	29	39	68
75-84	9	14	23	14	13	27	41	54	95	4	1	5	68	82	150
85 und älter	6	5	11	3	2	5	29	46	75	3	7	10	41	60	101
INSGESAMT	**27**	**32**	**59**	**25**	**28**	**53**	**89**	**127**	**216**	**10**	**13**	**23**	**151**	**200**	**351**

Quelle: Sanitätsbetriebe

IHP-PATIENTEN NACH HAUPTZUSTAND

Knapp die Hälfte (45,3%) der im Jahr 2005 im Rahmen der IHP versorgten Patienten litten an Neoplasien, gefolgt von den Patienten mit einer Kreislauferkrankung (periphere Arteriopathien, Herzinsuffizienz, Ischämie: 42,7%).

Von den 351 IHP-Patienten wurden im Jahr 2005 61,5% im Sanitätsbetrieb Brixen, 16,8% im Sanitätsbetrieb Bozen, 15,1% im Sanitätsbetrieb Meran und nur 6,6% im Sanitätsbetrieb Bruneck versorgt.

Tabelle 26: **IHP-Patienten nach Zustand und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
	Absolute Werte				
Schwere periphere Arteriopathien	8	8	-	5	21
Schwere Herzinsuffienz NYHA 3-4	5	-	65	-	70
Tumoren	35	35	74	15	159
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	4	1	-	-	5
Bronchopneumopathien	1	1	-	-	2
Ischämie mit Parese	2	-	57	-	59
Psychiatrische Krankheiten	1	-	12	-	13
Neurologische Krankheiten (Multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	1	2*	8	3	14
Sonstige/r Krankheit/Zustand	2	6	-	-	8
INSGESAMT	**59**	**53**	**216**	**23**	**351**
	Prozentwerte				
Schwere periphere Arteriopathien	13,6	15,1	-	21,7	6,0
Schwere Herzinsuffienz NYHA 3-4	8,5	-	30,1	-	19,9
Tumoren	59,3	66,0	34,3	65,2	45,3
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	6,8	1,9	-	-	1,4
Bronchopneumopathien	1,7	1,9	-	-	0,6
Ischämie mit Parese	3,4	-	26,4	-	16,8
Psychiatrische Krankheiten	1,7	-	5,6	-	3,7
Neurologische Krankheiten (Multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	1,7	3,8	3,7	13,0	4,0
Sonstige/r Krankheit/Zustand	3,4	11,3	-	-	2,3
INSGESAMT	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

* Umfasst auch die Patienten mit Atheroskleros

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.3.3. Der Krankenpflegedienst

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der am meisten verbreitete Dienst auf Sprengelebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulatorische Leistungen als auch Leistungen zu Hause des Patienten.

Im Jahr 2005 wurden den Patienten auf Landesebene 739.615 Krankenpflegleistungen erbracht; da die Daten einiger Sprengelleistungen nicht zur Verfügung stehen, entspricht diese Zahl nicht den effektiv erbrachten Leistungen.

Die am häufigste erbrachte Leistung ist die Messung der lebenswichtigen Parameter (161.611 im Jahr 2005, rückläufig gegenüber dem Vorjahr mit -2,2%). Es folgen die venöse Blutentnahme mit 114.745 Leistungen (+14,6% gegenüber 2004) und die Zubereitung und parenterale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen (90.963 Leistungen). Auch in der Gesundheitserziehung für die Patienten und/oder Familienangehörigen zwecks Prävention spielt das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (53.779 Einsätze im Jahr 2005).

Tabelle 27: **Anzahl der am häufigsten direkt den Patienten erbrachten Leistungen (absolute Werte und Prozentwerte) seitens der Krankenpflegedienste der Sprengel auf Landesebene - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz	%
Messung der lebenswichtigen Parameter u./od. Bewertung d. Zustandes eines oder mehrerer Organe/Systeme	48.922	37.192	17.255	58.242	161.611	21,9%
Venöse Blutentnahme	70.270	27.438	4.256	12.781	114.745	15,5%
Zubereitung, parenterale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	46.237	16.394	4.896	23.436	90.963	12,3%
Wundbehandlungen und/oder einfache Bandagen	30.333	12.061	8.959	16.036	67.389	9,1%
Gesundheitserziehung des Patienten u./oder der Familie zwecks Prävention, hygienisch-sanitäre Aufklärung und Teilnahme am Maßnahmenprogramm	23.131	15.590	8.476	6.582	53.779	7,3%
Wundbehandlungen und/oder komplexe Bandagen	21.053	5.901	11.627	5.468	44.049	6,0%
Kapillare Blutentnahme	9.460	8.176	4.921	13.365	35.922	4,9%
Prophylaxemaßnahmen an Patienten mit verminderter Compliance	4.765	4.950	12.036	4.132	25.883	3,5%
Kontrolle und normale Behandlungen der Haut und/oder Schleimhaut (Drainagen, Katheter Stomien und Sonden)	7.755	3.220	3.711	3.005	17.691	2,4%
Erarbeitung des Dossiers des Patienten	6.190	9.693	1.233	165	17.281	2,3%
Zubereitung, topische Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	4.356	5.905	3.091	1.513	14.865	2,0%
Festlegung der vorgesehenen versorgungstechnischen und therapeutischen Ziele	1.745	4.910	6.784	25	13.464	1,8%
Zubereitung, orale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	2.983	3.089	1.992	3.771	11.835	1,6%
Bewertung der NAS-Kontrolle*	3.504	6.755	57	10	10.326	1,4%
Vorbereitung und Unterstützung des bettlägerigen Patienten bei der kompletten Körperhygiene	2.267	2.891	1.205	2.596	8.959	1,2%
Nicht sterile Aufsammlung von Exkreten und Sekreten	672	2.167	896	3.093	6.828	0,9%
Beistand bei emotiver Fragilität	1.052	1.061	1.776	1.249	5.138	0,7%
Vorbereiten, Anschließen, Überwachen und Entfernen von Kurzzeit- und Dauerinfusionen	1.920	1.185	1.000	971	5.076	0,7%
Angebot und Anbringung einer Schutzvorrichtung am Bett, für die Bekleidung, Haut und Schleimhäute im Fall von Harn- und Stuhlinkontinenz	1.476	1.339	768	58	3.641	0,5%
Bewertung der Pflegebedürftigkeit	1.305	576	558	248	2.687	0,4%
Teilsumme (erste 20 Leistungen)	**289.396**	**170.493**	**95.497**	**156.746**	**712.132**	**96,3%**
Gesamtsumme	**299.277**	**178.970**	**101.775**	**159.593**	**739.615**	**100,0%**

**Die Erfassung dieser Daten erfolgte nicht einheitlich für alle Gesundheitssprengel*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Eine weitere Krankenpflegeleistung ist die Patientenbeurteilung zu Hause gemäß LG 33/88 (insgesamt 2.498 Leistungen auf Landesebene).

Weitere vom Krankenpflegedienst geleistete Tätigkeiten, die aber von vielen Sprengeln nicht quantifiziert werden, sind: Patientenbeurteilung in Krankenanstalten auf der Grundlage des LG 33/88, Art. 21, die „indirekten krankenpflegerischen Tätigkeiten" wie Gespräche mit dem Allgemeinmediziner des Patienten, mit Krankenhausabteilungen und Verwandten, das Verfahren im Zusammenhang mit der Zuweisung von Pflegehilfsmitteln,

die Begleitung der Patienten zu den ärztlichen Untersuchungen und das Abholen der Medikamente aus der Apotheke. Zu den Gruppentätigkeiten zählen dagegen Besprechungen mit den Familienangehörigen des Patienten, Gesundheitserziehungsveranstaltungen für Bürger, Studenten der Schulen für Gesundheitsberufe, Informationen für Selbsthilfegruppen und die Ausbildung von Volontariatsmitarbeitern.

Tabelle 28: **Die am häufigsten erbrachten Direktleistungen der Krankenpflegedienste im Ambulatorium und zu Hause der Patienten; Leistungen in den Sprengeln insgesamt – Jahr 2005**

	Messung der lebenswichtigen Parameter		Venöse Blutentnahme		Zubereitung und Verabreich. von Pharmaka		Leist. ins.* pro
Sprengel/Betriebe	Amb.	Haus	Amb.	Haus	Amb.	Haus	Sprengel
Grödental	1.059	204	3.942	195	431	299	10.717
Eggental-Schlern	5.216	5.035	7.166	490	1.297	940	50.065
Salten-Sarntal-Ritten	4.047	3.608	6.678	331	543	572	28.200
Überetsch	2.698	1.249	11.205	664	2.624	1.029	35.989
Leifers-Branzoll-Pfatten	6.118	1.023	760	328	2.990	645	20.415
Unterland	7.763	3.220	16.622	1.119	2.430	1.171	50.579
Bozen	5.762	1.920	16.692	4.078	26.324	4.942	103.312
SB Bozen	**32.663**	**16.259**	**63.065**	**7.205**	**36.639**	**9.598**	**299.277**
Oberer Vinschgau	3.240	814	6.829	389	1.880	1.451	28.702
Mittlerer Vinschgau	3.461	3.006	2.490	413	1.390	1.143	26.608
Naturns -Umgebung	3.198	1.325	3.300	290	1.058	439	25.282
Lana-Umgebung	3.577	3.783	6.548	690	840	1.172	37.121
Meran-Umgebung	9.192	940	-	2.761	4.590	658	41.965
Passeiertal	1.953	2.703	3.381	347	775	998	19.292
SB Meran	**24.621**	**12.571**	**22.548**	**4.890**	**10.533**	**5.861**	**178.970**
Wipptal	749	3.500	117	475	761	743	27.256
Brixen-Umgebung	5.750	4.227	45	602	1.862	760	53.057
Klausen-Umgebung	904	2.125	2.699	318	350	420	21.462
SB Brixen	**7.403**	**9.852**	**2.861**	**1.395**	**2.973**	**1.923**	**101.775**
Taufers-Ahrntal	7.395	7.141	5.886	359	2.779	1.609	38.687
Bruneck-Umgebung	14.219	7.588	836	756	7.933	2.829	56.007
Hochpustertal	8.649	6.642	27	544	3.330	2.397	43.302
Gadertal	2.935	3.673	4.106	267	1.592	967	21.597
SB Bruneck	**33.198**	**25.044**	**10.855**	**1.926**	**15.634**	**7.802**	**159.593**
PROVINZ	**97.885**	**63.726**	**99.329**	**15.416**	**65.779**	**25.184**	**739.615**

** Da in einigen Sprengeln eine oder mehrere erbrachte Leistungen nicht erhoben wurden, handelt es sich nicht um die effektive Gesamtsumme, sondern um die erbrachten und gezählten Leistungen insgesamt*

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.3.4. Die Versorgung von Mutter und Kind

2.3.4.1. Die Kinderärztlichen Beratungsstellen

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln der Autonomen Provinz Bozen; in den Kinderärztlichen Beratungsstellen ist der Kinderarzt in jenen Sprengeln vorhanden, in denen kein Kinderarzt freier Wahl tätig ist; in den Sprengeln mit Kinderarzt freier Wahl ist in den Beratungsstellen nur die Sanitätsassistentin anwesend. In den Kinderärztlichen Beratungsstellen des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachten die Kinderärzte im Jahr 2005 insgesamt 4.054 Leistungen einschließlich der Erstuntersuchungen (12,2%), Kontrolluntersuchungen (35,5%) und Impfungen (52,2%).

Die von den Kinderärzten der Beratungsstellen der Sanitätsbetriebe Meran, Brixen und Bruneck am häufigsten erbrachten Leistungen sind hingegen die Gesundheitschecks (51,2% bzw. 100,0% bzw. 53,7%).

Die Sanitätsassistentinnen in den Kinderärztlichen Beratungsstellen des Sanitätsbetriebs

Bozen führen allgemeine Kontrollen bei Kindern unter 12 Monaten und Kontrollen auf Läuse/Parasiten durch. In den Sanitätsbetrieben Meran und Brixen überwiegt der Beistand bei den Kontrolluntersuchungen und der Beistand bei den Folgeuntersuchungen. Im Sanitätsbetrieb Bruneck führten die Sanitätsassistentinnen vorwiegend orthoptische Bewertungen der Kinder und Kontrollen auf Läuse/Parasiten durch.
Im Laufe des Jahres 2005 wurden in den Grund- und Mittelschulen einiger Sprengel Kariesprophylaxekurse, Kurse zur Körperhygiene und Kurse zur Affektivitäts- und Sexualerziehung organisiert.

Tabelle 29: **Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln erbrachte Leistungen – Jahr 2005**

Sprengel/Betriebe	*Erstuntersuchungen*	*Kontrolluntersuchungen*	*Impfungen*	*Gesundheitschecks**	*Insgesamt*
Grödental	108	36	254	-	398
Eggental-Schlern	195	1.044	300	-	1.539
Salten-Sarntal-Ritten	192	361	457	-	1.010
Überetsch	-	-	1.107	-	1.107
Leifers-Branzoll-Pfatten	-	-	-	-	-
Unterland	-	-	-	-	-
Bozen	-	-	-	-	-
SB Bozen	***495***	***1.441***	***2.118***	***-***	***4.054***
Oberer Vinschgau	-	-	-	356	356
Mittlerer Vinschgau	-	-	-	40	40
Naturns -Umgebung	-	-	281	182	463
Lana-Umgebung	285	782	-	292	1.359
Meran-circond.	-	-	-	-	-
Passeiertal	102	109	-	767	978
SB Meran	***387***	***891***	***281***	***1.637***	***3.196***
Wipptal	-	-	-	175	175
Brixen-Umgebung	-	-	-	-	-
Klausen-Umgebung	-	-	-	352	352
SB Brixen	***-***	***-***	***-***	***527***	***527***
Taufers-Ahrntal	-	-	158	267	425
Bruneck-Umgebung	-	-	58	188	246
Hochpustertal	-	-	469	290	759
Gadertal	11	136	135	376	658
SB Bruneck	***11***	***136***	***820***	***1.121***	***2.088***
PROVINZ	***893***	***2.468***	***3.219***	***3.285***	***9.865***

** Einschließlich der Kontrollen bis zu 12 Monaten, 1-3 Jahren, 3-6 Jahren, 9-10 Jahren, 12-14 Jahren*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 30: **Von den Sanitätsassistentinnen der kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen – Jahr 2005**

	Gröden-tal	Schlern	Ritten	Über-etsch	Leifers	Unter-land	Bozen	SB Bozen
Beistand bei Erstuntersuch.	108	195	192	275	-	216	-	986
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	36	1.044	361	1.988	-	416	-	3.845
Hausbesuche	44	132	82	346	95	165	208	1.072
Wundbehandlung	5	16	84	252	45	-	1.634	2.036
Kontrollen bis zu 12 Monat.	725	1.477	1.499	-	2.356	-	18.145	24.202
Kontrollen 1-3 Jahre	129	208	360	-	367	-	1.518	2.582
Kontrollen 3-6 Jahre	10	22	61	-	8	-	107	208
Orthoptische Bewertung	309	332	538	876	630	724	4.671	8.080
Infantiler audiometr. Test	269	316	424	668	169	492	3.388	5.726
Boel Test	136	165	245	346	233	294	1.909	3.328
Zahnkontrolle/ Kariesprophylaxe	261	190	-	-	187	410	24	1.072
Impfungen (Beistand und Ausführung)	254	300	457	1.573	-	126	7	2.717
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	459	1.111	872	921	1.101	838	11.114	16.416
Fußreflexzonenmassage	180	-	-	164	49	67	128	588
Beratung zum Stillen	221	33	286	206	-	-	1.357	2.103
Hausbesuch d. Neugeborenen/ Treffen mit Eltern der Neugeborenen	34	27	64	58	-	39	60	282
Sonstiges	-	-	-	-	282	-	-	282
INSGESAMT	**3.180**	**5.568**	**5.525**	**7.673**	**5.522**	**3.787**	**44.270**	**75.525**
Beratungen (auch telefonisch)	240	583	618	607	1.244	728	3.036	7.056

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 31: **Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

	Oberer Vinschg.	Mittlerer Vinschg.	Naturns	Lana	Meran	Passeier-tal	SB Meran
Beistand bei Erstuntersuchungen	114	155	-	528	286	200	1.283
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	1.186	1.808	1.895	2.154	2.701	1.116	10.860
Hausbesuche	122	65	30	174	186	24	601
Wundbehandlung	-	-	436	120	548	-	1.104
Kontrollen bis zu 12 Monaten	-	-	-	-	-	210	210
Kontrollen 1-3 Jahre	-	-	-	-	-	167	167
Kontrollen 3-6 Jahre	-	-	-	-	-	192	192
Kontrollen 9-10 Jahre	175	-	72	-	-	198	776
Kontrollen 12-14 Jahre	181	40	110	-	-		
Orthoptische Bewertung	-	377	229	441	-	226	1.273
Zahnkontrolle/ Kariesprophylaxe	15	222	-	174	-	-	411
Impfungen (Beistand und Ausführung)	-	-	281	1.565	220	-	2.066
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	-	760	960	865	-	-	2.585
Beratung zum Stillen	42	25	-	158	-	-	225
Sonstiges	-	197	-	384	949	156	1.686
INSGESAMT	**1.835**	**3.649**	**4.013**	**6.563**	**4.890**	**2.489**	**23.439**
Beratungen (auch telefonisch)	1.294	360	567	2.490	3.566	246	8.523

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 32: **Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Brixen erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

	Wipptal	Brixen	Klausen	SB Brixen
Beistand bei Erstuntersuchungen	197	553	303	1.053
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	919	2.745	1.082	4.746
Hausbesuche	9	19	22	50
Kontrollen bis zu 12 Monaten	15	-	352	367
Kontrollen 1-3 Jahre	58	-	-	58
Kontrollen 3-6 Jahre	102	-	-	102
Orthoptische Bewertung	556	-	704	1.260
Infantiler audiometrischer Test	-	1.179	219	1.398
Boel Test	-	-	220	220
Zahnkontrolle/ Kariesprophylaxe	383	916	327	1.626
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	667	-	511	1.178
Sonstiges	-	2.012	-	2.012
INSGESAMT	**2.906**	**7.424**	**3.740**	**14.070**
Beratungen (auch telefonisch)	-	213	164	377

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen

Tabelle 33: **Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

	Taufers-Ahrntal	Bruneck	Hochpustertal	Gadertal	SB Bruneck
Beistand bei Erstuntersuchungen	-	-	-	11	11
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	-	-	-	136	136
Hausbesuche	-	9	-	-	9
Kontrollen bis zu 12 Monaten	-	-	-	45	45
Kontrollen 1-3 Jahre	-	-	-	58	58
Kontrollen 3-6 Jahre	2	-	-	33	35
Controlli 9-10 Jahre	119	52	153	125	449
Controlli 12-14 Jahre	146	136	137	115	534
Orthoptische Bewertung	520	890	542	358	2.310
Infantiler audiometrischer Test	-	-	-	-	-
Boel Test	140	403	183	104	830
Zahnkontrolle/ Kariesprophylaxe	210	1.432	253	474	2.369
Impfungen (Beistand und Ausführung)	158	58	469	135	820
INSGESAMT	**1.295**	**2.980**	**1.737**	**1.594**	**7.606**
Beratungen (auch telefonisch)	925	3.274	1.683	910	6.792

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.3.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie

Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt es in 15 von 20 Sprengeln.

Neben den Gynäkologen, die in allen 15 Sprengeln, die diesen Dienst anbieten, vorhanden sind, werden in einigen Fällen die Leistungen auch von Hebammen erbracht, in anderen von Krankenpflegerinnen oder Sanitätsassistentinnen. In den Sprengeln, in denen es keine Beratungsstelle für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt, wird die Tätigkeit in den Krankenhäusern erbracht.

Im Jahr 2005 wurden in einigen Sprengeln Geburtsvorbereitungskurse, Post-Partum-Kurse, Brustkontrollkurse und Beckenbodentrainings organisiert.

Tabelle 34: **Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen -Jahr 2005**

	Gröden-tal	Schlern	Ritten	Über-etsch	Leifers	Unter-land	Bozen	SB Bozen
Erstgespräch mit der Patientin	254	58	257	n.d.	248	711	1.081	n.d.
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Handgriff etc.)	164	256	260	475	385	1.479	1.305	4.324
Schwangerschaftskontrolle/ Besuch der Hebamme	-	-	-	-	80	-	-	80
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,…)	-	-	-	3	28	16	-	47
Brustkontrolle	173	103	94	139	10	481	122	1.122
Echographie (Brust)	-	-	-	n.d.	11	-	-	n.d.
Paptest	149	136	235	399	187	921	906	2.933
Vaginale Entnahme für bak-teriol. Untersuchung	37	17	1	416	10	187	162	830
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	361	190	80	177	88	437	318	1.651
Kolposkopie	-	-	-	-	38	-	399	437
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Ge-burtshilfeberatungen	243	30	78	147	180	1.103	367	2.148
Fetus-Herzschlagmessung	11	-	15	88	80	486	129	809
Informationen (über Verhütung Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	42	-	60	n.d.	80	343	207	n.d.
Sonstiges	405	253	79	-	-	-	330	1.067
INSGESAMT	**1.839**	**1.043**	**1.159**	**n.d.**	**1.425**	**6.164**	**5.326**	**n.d.**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 35: **Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran* erbrachte Leistungen -Jahr 2005**

	Oberer Vinschg.	Meran	Passeier-tal	SB Meran (*)
Erstgespräch mit der Patientin	366	592	-	958
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Hangriff etc.)	383	1.084	334	1.801
Schwangerschaftskontrolle/Besuch der Hebamme	-	245	22	267
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,…)	1	6	-	7
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	181	323	4	508
Echographie (Brust)	-	134	-	134
Paptest	308	-	272	580
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	10	828	3	841
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	307	481	-	788
Kolposkopie	-	418	-	418
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	-	136	-	136
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	58	-	58
INSGESAMT	**1.556**	**4.305**	**635**	**6.496**

(*) Die Leistungen der Sprengel Naturns und Lana stehen nicht zur Verfügung

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 36: **Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

	Klausen	SB Brixen	Taufers-Ahrntal	Gadertal	SB Bruneck
Erstgespräch mit der Patientin	387	387	n.d.	n.d	n.d
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Hangriff etc.)	478	478	784	378	1.162
Schwangerschaftskontrolle/Besuch der Hebamme	2	2	-	-	-
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,…)	-	-	n.d.	n.d.	n.d.
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	431	431	747	363	1.110
Paptest	430	430	691	347	1.038
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	9	9	3	1	4
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	74	74	-	-	-
Kolposkopie	-	-	5	1	6
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	68	68	43	13	56
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	-	n.d.	n.d.	n.d.
Sonstiges	2	2	77	19	96
INSGESAMT	**1.881**	**1.881**	**n.d.**	**n.d.**	**n.d.**

Quelle: Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck

Tabelle 37: **Von den Hebammen/Krankenpflegerinnern in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

	Gröden-tal	Schlern	Über-etsch	Leifers	Unter-land	Bozen	SB Bozen
Erstgespräch mit der Patientin	140	134	n.d.	154	13	1.170	n.d.
Beistand bei gynäk. Untersuchung	-	-	-	60	-	-	60
Schwangerschaftskontrolle/Besuch der Hebamme	228	196	98	169	115	604	1.410
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,…)	-	-	-	8	-	-	8
Paptest	38	73	166	250	286	892	1.705
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuch.	9	9	27	46	-	76	167
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	551	470	969	600	929	2.271	5.790
Fetus-Herzschlagmessung	58	45	47	78	36	131	395
Hausbesuche (nach der Geburt, Wundbehandlungen, etc.)	117	151	-	9	17	56	350
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	-	n.d.	-	370	-	n.d.
Sonstiges	-	-	n.d.	215	2	-	n.d.
INSGESAMT	**1.141**	**1.078**	**n.d.**	**1.589**	**1.768**	**5.200**	**n.d.**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 38: **Von den Hebammen/Krankenpflegerinnern in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Sprengel der Sanitätsbetriebe Meran und Brixen erbrachte Leistungen - Jahr 2005**

	Meran	Passeier-tal	SB Meran	Klausen	SB Brixen
Erstgespräch mit der Patientin	592	-	592	42	42
Schwangerschaftskontrolle/Besuch d. Hebamme	-	-	-	22	22
Schwangerschaftstest	26	-	26	-	-
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,…)	6	-	6	34	34
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	238	-	238	-	-
Kolposkopie	418	-	418	-	-
Fetus-Herzschlagmessung	134	-	134	-	-
Harnuntersuchung	365	43	408	-	-
Sonstiges	488	-	488	12	12
INSGESAMT	***2.267***	***43***	***2.310***	***110***	***110***

Quelle: Sanitätsbetriebe Meran und Brixen

2.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Im Jahr 2005 wurden 55.255 Noteinsätze geleistet, was einem Durchschnitt von rund 151 Einsätzen pro Tag entspricht, sowie ca. 95.472 geplante Krankentransporte für durchschnittlich 262 Transporteinsätze pro Tag.

2.4.1. Medizinisches Notrufsystem

Dem Landesgesundheitsplan 2000-2002 zufolge ist das Medizinische Notrufsystem Bestandteil des Medizinischen Notfallsystems mit dem Ziel der interdisziplinären und koordinierten Verwaltung der medizinischen Notfälle auf dem gesamten Landesgebiet. Das Medizinische Notrufsystem wird von der Landesnotrufzentrale 118 verwaltet (eingerichtet im Jahr 1991 und aktiv seit 1993), in der alle medizinischen Notrufe zusammenlaufen. Seit 1998 wird die Notrufzentrale 118 vom Sanitätsbetrieb Bozen verwaltet. Diese Dienststelle, die rund um die Uhr arbeitet, koordiniert die Tätigkeit des Personals und der Einsatzwagen auf dem gesamten Landesgebiet und stellt die Verbindung mit dem Krankenhaus her.

FUNKTIONEN DER NOTRUFZENTRALE 118

Die wichtigsten Funktionen der Notrufzentrale sind:

- Entgegennahme der Notrufe;
- Bewertung des Schwierigkeitsgrads des durchzuführenden Einsatzes;
- Aktivierung und Koordinierung des Rettungseinsatzes.

Außerdem koordiniert sie die nicht dringenden Krankentransporte der Patienten von Krankenhaus zu Krankenhaus, führt Transporte von medizinischem Material (Blutplasma, Laborproben, etc.) durch und sorgt für den Transport von Organen und Medikamenten.

PERSONAL DER NOTRUFZENTRALE 118

Zur Durchführung dieser Aufgaben stehen der Notrufzentrale erfahrenes Krankenpflegepersonal, ausgebildete Mitarbeiter der Rettungsorganisationen und ärztlicher Beistand zur Verfügung.

Der Verantwortliche für die Notrufzentrale 118 ist ein Arzt der zweiten Leitungsebene, Chefarzt des überbetrieblichen Dienstes für dringende Einsätze und medizinische Notfälle. Die operative Verantwortung für die Entgegennahme, Aufzeichnung und Auswahl der

Notrufe und die Bestimmung des Schwierigkeitsgrads des Einsatzes trägt hingegen das Krankenpflegepersonal der Notrufzentrale gemäß den Vereinbarungen mit dem leitenden Arzt der Zentrale.

TECHNOLOGISCHE RESSOURCEN

Die Notrufzentrale 118 ist mit einem Telekommunikations- und Funksystem ausgestattet, das folgende Funktionen ermöglicht:

- Entgegennahme aller Notrufe aus dem gesamten Landesgebiet;
- direkte Verbindung mit anderen öffentlichen Diensten für Noteinsätze (Erste Hilfe-Dienste, Feuerwehr, Carabinieri, Polizei);
- direkte Verbindung mit dem Standort der Fahrzeuge und mit den Rettungsfahrzeugen selbst.

Außerdem verfügt die Notrufzentrale 118 über ein Informationssystem zum Abruf von aktualisierten Daten in Echtzeit über die Erste Hilfe-Dienste, den Standort der Rettungsfahrzeuge sowie über Angaben zum Einsatzort (kartographische Bezugspunkte und Straßenlage).

2.4.2. Territorialer Notarztdienst

Der Territoriale Notarztdienst, eingerichtet mit Beschluss der Landesregierung von 1991, ist Bestandteil des landesweiten Notfallsystems. Dieser Dienst gewährleistet den rechtzeitigen Einsatz des Notarztes auf dem gesamten Landesgebiet.

LEISTUNGEN DES TERRITORIALEN NOTARZTES

Je nach Schwierigkeitsgrad des Einsatzes leisten die territorialen Notärzte Erste Hilfe und fortgeschrittene Lebensrettung (auch traumatologische und pädiatrische) mit dem Ziel, den klinischen Zustand des Patienten für den Transport im Rettungswagen zu stabilisieren. Den Notärzten obliegt außerdem die Wahl des Zielkrankenhauses und die Ablieferung des Patienten an die Erste Hilfe-Dienste der Krankenhäuser.

ORGANISATION DES DIENSTES

Die Organisation des Territorialen Notarztdienstes auf Landesebene sieht im Rahmen des Einzugsgebiets jedes Krankenhauses den Einsatz von Krankenhausärzten vor, deren Tätigkeit von einem leitenden Arzt für jedes Krankenhaus koordiniert wird. Außerhalb der territorialen Bereiche der öffentlichen Landeskrankenhäuser wird die Tätigkeit des Territorialen Notarztdienstes auch von einigen Basisärzten ausgeübt, die per Funk mit der Notrufzentrale 118 verbunden sind und spezifischen Ausbildungs- und Ausrüstungsanforderungen entsprechen.

Für den Einsatz der Notärzte können je nach Situation und örtlichen Bedingungen Rettungswagen, Arztwagen und tagsüber auch Rettungshubschrauber verwendet werden.

2.4.3. Krankentransport

Der mittels Konvention mit den Rettungsverbänden Weißes und Rotes Kreuz organisierte Krankentransport der Provinz Bozen garantiert den Bürgern folgende Leistungen:

LEISTUNGEN DES KRANKENTRANSPORTDIENSTES

a. Dringende Krankentransporte mit Notarzt
b. Dringende Krankentransporte ohne Notarzt
c. Nicht dringende Krankentransporte, um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten
d. Krankentransporte mit Fahrzeugen, die nicht über eine medizinische Ausstattung verfügen, zum Beispiel für den Transport von Nieren- und Krebskranken, die zur Dialyse bzw. Strahlentherapie gebracht werden
e. Transport von Laborproben, Befunden, Muttermilch, Blutplasma, etc., der dringend oder nicht dringend sein kann.

INDIKATOREN FÜR DIE TERRITORIALE VERTEILUNG

Im Laufe des Jahres 2001 legte die Landesregierung mit eigener Beschlussfassung Nr. 4326/2001 sechs Indikatoren für die territoriale Verteilung der Standorte und Rettungsfahrzeuge fest. Die folgende Tabelle enthält eine Übersicht über diese Indikatoren mit den entsprechenden Grenzwerten.

Tabelle 39: **Indikatoren für die territoriale Verteilung der Standorte und Rettungsfahrzeuge. Beschlussfassung der Landesregierung Nr. 4326/2001**

Indikatoren	*Festgelegte Grenzwerte für die Indikatoren – Einsätze mit Arzt*	*Festgelegte Grenzwerte für die Indikatoren – Ensätze ohne Arzt*
1. Prozentanteil der Einsätze mit Dauer unter 20 Minuten (Berechnete Dauer ab Start vom Standort bis zur Ankunft am Einsatzort. Nur Einsätze mit gelbem und rotem Code)	*MIN. Grenzwert 90%*	*MIN. Grenzwert 85%*
2. Distanz zwischen den Standorten der Rettungsfahrzeuge	*MIN. Grenzwert 25 km MAX. Grenzwert 35 km*	*MIN. Grenzwert 10 km MAX. Grenzwert 30 km*
3. Bevölkerung in den Einzugsgebieten der Standorte d. Rettungsfahrzeuge	*MIN. Grenzwert 20.000 Einwohner*	*MIN. Grenzwert 5.000 Einwohner*
4. Anzahl der Rettungsfahrzeuge pro 100.000 Einwohner in den Einzugsgebieten der Standorte	*MIN. Grenzwert 1 fortschrittl. Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner*	*MIN. Grenzwert 3 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 20 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner*
5. Anzahl der jährlichen Einsätze pro Rettungsfahrzeug	*MAX. Grenzwert 2.000 pro fortschrittlichen Rettungswagen (NAW – NEF)*	*MIN. Grenzwert 500 Einsätze pro pro Rettungswagen (RTW) MAX. Grenzwert 2.000 Einsätze pro Rettungswagen (RTW)*
6. Anzahl der Rettungsfahrzeuge pro 100.000 Einwohner in den Bezirken	*MIN. Grenzwert 1 fortschrittlicher Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 3 fortschrittlicher Rettungswaen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner*	*MIN. Grenzwert 6 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 10 Rettungswagen (RTW) 100.000 Einwohner*

Auf der Grundlage der von diesen Indikatoren angenommenen Werte wurde die Lage der Standorte der Rettungsfahrzeuge sowie die Anzahl der Fahrzeuge für den Notfalltransport an den verschiedenen Standorten festgelegt.

STANDORTE DER RETTUNGSFAHRZEUGE

Im Jahr 2005 gab es auf Landesebene 31 Rettungswagen-Standorte, die rund um die Uhr einsatzbereit waren. Der Verband Weißes Kreuz verfügt in der Provinz über 30 Standorte (7 davon mit Arzt), während das Rote Kreuz 5 Standorte hat (1 davon mit Arzt).

Tabelle 40: **Ausstattung mit Krankentransportwagen. Stand zum 31.12.2005**

	Notarztwagen (NAW, NEF)	*Fortschrittl. Basis-Rettungswagen (RTW)*	*Krankenwagen für den gem. Transport (NKTW)*	*Krankentrans-transport-wagen (KTW)*	*Langstrecken-Transport-wagen (LKTW)*	*PKWs*
Weißes Kreuz	*9*	*27*	*6*	*109*	*3*	*29**
Rotes Kreuz	*3*	*9*	*-*	*8*	*1*	*6*
INSGES.	***12***	***36***	***6***	***117***	***4***	***35***

** Einschließlich 5 BTW (Wagen für den Transport von Menschen mit Behinderung/Blutplasma/Organen)*

Quelle: Weißes Kreuz und Rotes Kreuz

2005 erfuhr die Gesamtausstattung der aktiven Standorte der Rettungsfahrzeuge in der Provinz Bozen im Vergleich zum Jahr 2004 einige Änderungen.

KRANKENWAGEN

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 12 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 36 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 6 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 121 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 35 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

PERSONAL DES KRANKENTRANSPORTDIENSTES HUBSCHRAUBERRETTUNGSDIENST

Der Landeshubschrauberrettungsdienst, Bestandteil des Krankentransportdienstes, wurde von der Provinz der Arbeitsgemeinschaft AVS-BRD, CAI-CNSA und Weißes Kreuz übertragen; Letzteres übernimmt koordinierende Funktion.

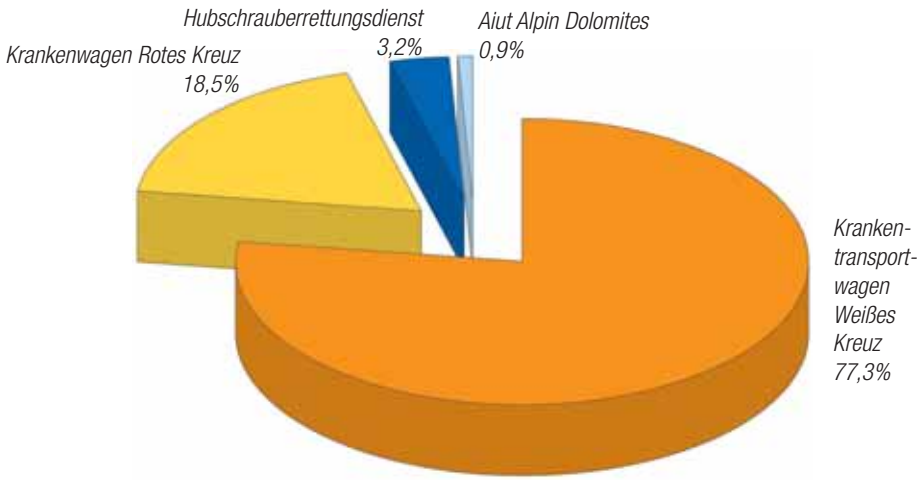
Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen) ausgestattet. Falls nötig steht ein weiterer Hubschrauber des Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung..

2.4.4. Noteinsätze

Im Jahr 2005 wurden 55.255 Noteinsätze geleistet, was einem Durchschnitt von rund 151 Einsätzen pro Tag entspricht. Gegenüber dem Vorjahr ist ein Anstieg von 4,1% zu verzeichnen.

In 77,3% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 18,5% der Fälle jene des Roten Kreuzes. Auf den Hubschrauberrettungsdienst entfielen 3,2% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 0,9%.

Abbildung 8: **Noteinsätze nach Rettungsverband – Jahr 2005**



EINSÄTZE, TRANSPORTIERTE PERSONEN, ZURÜCKGELEGTE KILOMETER

Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2005 fast 1 1/2 Millionen Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 28 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.291 Einsätze für insgesamt 1.256 Flugstunden durch (rund 33 Flugminuten pro Einsatz).

Tabelle 41: **Von den Landesrettungsverbänden durchgeführte Einsätze, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer – Jahr 2005**

Rettungsverbände	Anzahl der Einsätze	Anzahl transport. Personen	Zurückgelegte Kilometer/Flugminuten
Weißes Kreuz	42.729	44.154	1.271.210
Rotes Kreuz	10.235	10.406	201.000
Hubschr.-rettungsd Weißes Kreuz	1.786	1.702	57.258
Aiut Alpin Dolomites	505	503	18.114
INSGESAMT	**55.255**	**56.765**	

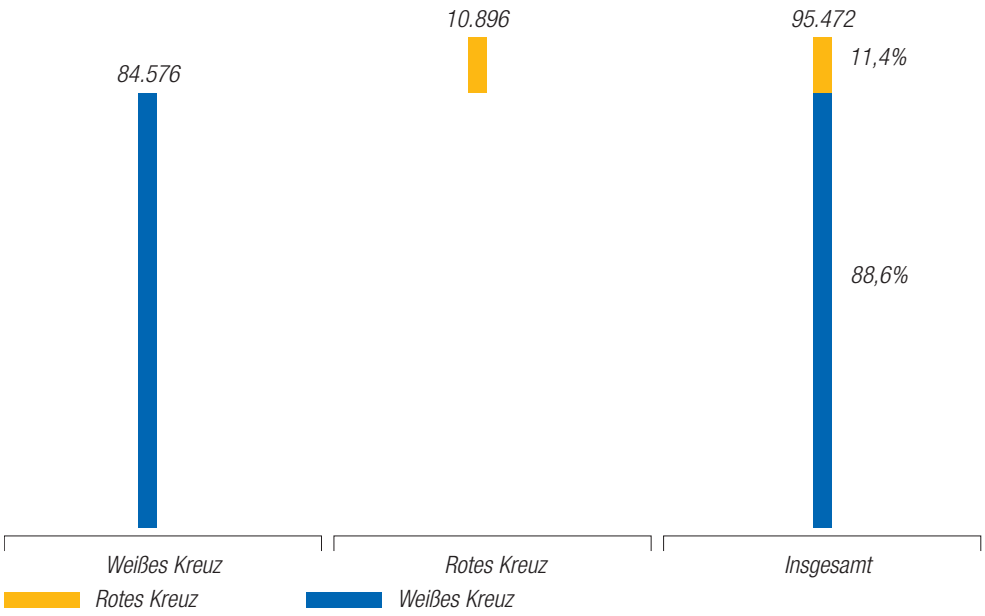
Quelle: Weißes Kreuz und Rotes Kreuz

2.4.5.Nicht dringende Krankentransporte

TRANSPORTE

2005 tätigte der Krankentransportdienst 95.472 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 262 Transporteinsätzen pro Tag.
In 88,6% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 11,4% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Abbildung 9: **Nicht dringende Krankentransporte nach Transportverband - Jahr 2005**



ZURÜCKGELEGTE KILOMETER

Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2005 rund 5 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 53 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt

Tabelle 42: **Von den Krankentransportverbänden durchgeführte nicht dringende Krankentransporte, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer - Jahr 2005**

Krankentransportverbände	Anzahl der Krankentransporte	Anzahl der transportierten Personen	Anzahl der zurückgelegten Kilometer
Weißes Kreuz	84.576	106.537	3.764.497
Rotes Kreuz	10.896	12.628	1.298.558
INSGESAMT	**95.472**	**119.165**	**5.063.055**

Quelle: Weißes Kreuz und Rotes Kreuz

Im Vergleich zum Vorjahr fanden 2005 pro Tag ca. 34 Krankentransporte weniger statt, was einem jährlichen Rückgang von 11,6% entspricht. Außerdem wurden 87 Hubschraubereinsätze zwecks Übung und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 6.742 Flugminuten getätigt.

2.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Im Jahr 2005 gab es in der Provinz 107 Apotheken mit einem Deckungsgrad von 85,6% gegenüber dem Stellenplan.
Im Jahr 2005 wurden ca. 2,5 Millionen Rezepte ausgestellt, was 5,0 Verschreibungen pro Kopf und durchschnittlich 10,2 Medikamentenpackungen pro Bürger entspricht. Am häufigsten wurden von der Südtiroler Bevölkerung Medikamente für das Herzkreislaufsystem eingenommen (über 1,9 Millionen verschriebene Packungen, was durchschnittlich 261 täglichen Dosen pro 1.000 Einwohner entspricht).
2005 beliefen sich die Nettoausgaben des Landesgesundheitsdienstes auf knapp 70 Millionen Euro mit einem Rückgang gegenüber 2004 von 6,7% bei einem gesamtstaatlichem Rückgang von 1,1%.
Der größte Teil der Medikamente (85,6%) wird von Allgemeinmedizinern verschrieben.

Die von den Sanitätsbetrieben über die Apotheken gewährleistete pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Arzneimitteln und Galenika an die Versorgungsberechtigten mit oder ohne Ticket.
Es gibt konventionierte Privatapotheken und öffentliche Apotheken. Die öffentlichen Apotheken unterteilen sich außerdem in interne, wenn sie ausschließlich im Dienst der Inhaberkörperschaft, zum Beispiel des Sanitätsbetriebs, stehen, und in externe Apotheken, wie zum Beispiel Gemeindeapotheken.
Sämtliche in diesem Kapitel enthaltene Angaben betreffen die Dienste, die von den privaten und Gemeindeapotheken angeboten werden.

2.5.1. Die Apotheken

VERTEILUNG DER APOTHEKEN AUF DEM LANDESGEBIET

Die Gesundheitsbehörden regeln die Verteilung der Apotheken auf dem Landesgebiet so, dass mindestens eine Apotheke pro 5.000 Einwohner in den Gemeinden mit einer Bevölkerung bis zu 12.500 Einwohnern und eine pro 4.000 Einwohner in den übrigen Gemeinden vorhanden ist. Zum 31.12.2005 gab es in der Provinz 107 Apotheken, ungefähr die Hälfte davon befindet sich im Sanitätsbetrieb Bozen.

Tabelle 43: **Durchschnittliche Kundenanzahl pro Apotheke nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Apotheken	50	27	12	18	107
Einwohner pro Apotheke	4.286	4.641	5.733	4.038	4.496

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

Im Jahr 2005 reduzierte sich der Deckungsgrad der bestehenden Apotheken gegenüber den vorgesehenen im Vergleich zum Vorjahr (85,6%) um 1,4% infolge der erhöhten Anzahl der insgesamt vorgesehenen Apotheken. Mit Bezug auf die im Beschluss der Landesregierung Nr. 4707 vom 05.12.2005 enthaltenen Standards erfolgte die größte Anpassung im Sanitätsbetrieb Bruneck, wo ein 100%iger Deckungsgrad erreicht wurde. Die durchschnittliche Pro-Kopf-Anzahl der Apotheken pro 10.000 Einwohner beträgt 2,2 und schwankt von einem Mindestwert von 1,7 im Sanitätsbetrieb Brixen bis zu einem Höchstwert von 2,5 im Sanitätsbetrieb Bruneck.

Tabelle 44: **Geplante und eingerichtete Apotheken nach Sprengel, Deckungsgrad des Stellenplans, Apotheken pro 10.000 Einwohner - Jahr 2005**

	Geplant	Einger.	% Deckung Stellenplan	Apotheken/ 10.000 Einw.
Grödental	3	3	100,0	3,3
Eggental-Schlern	6	6	100,0	3,1
Salten-Sarntal-Ritten	5	3	60,0	1,7
Überetsch	5	4	80,0	1,5
Leifers-Branzoll-Pfatten	5	4	80,0	2,1
Unterland	7	5	71,4	2,2
Bozen	25	25	100,0	2,5
Bozen	**56**	**50**	**89,3**	**2,3**
Oberer Vinschgau	4	2	50,0	1,3
Mittlerer Vinschgau	4	4	100,0	2,2
Naturns -Umgebung	3	2	66,7	1,9
Lana-Umgebung	5	5	100,0	2,2
Meran-Umgebung	12	12	100,0	2,4
Passeiertal	3	2	66,7	2,3
Meran	**31**	**27**	**87,1**	**2,2**
Wipptal	6	3	50,0	1,6
Brixen-Umgebung	9	7	77,8	2,0
Klausen-Umgebung	5	2	40,0	1,2
Brixen	**20**	**12**	**60,0**	**1,7**
Taufers-Ahrntal	2	2	100,0	1,6
Bruneck-Umgebung	8	8	100,0	2,3
Hochpustertal	4	4	100,0	2,6
Gadertal	4	4	100,0	3,9
Bruneck	**18**	**18**	**100,0**	**2,5**
INSGESAMT	**125**	**107**	**85,6**	**2,2**

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

DURCHSCHNITTLICHE KUNDENANZAHL PRO APOTHEKE

Durchschnittlich hat jede Apotheke in der Provinz einen potenziellen Kundenkreis von 4.496 Einwohnern. Auf Sprengelebene schwanken die Zahlen jedoch sehr stark: im Gadertal beträgt die Anzahl der Einwohner pro Apotheke 2.550, im Sprengel Klausen über 8.000. Diese durchschnittlichen Kundenzahlen berücksichtigen jedoch den Touristenzustrom im Sommer und Winter in den wichtigsten Fremdenverkehrszentren Südtirols nicht.

Abbildung 10: **Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Bozen - Jahr 2005**

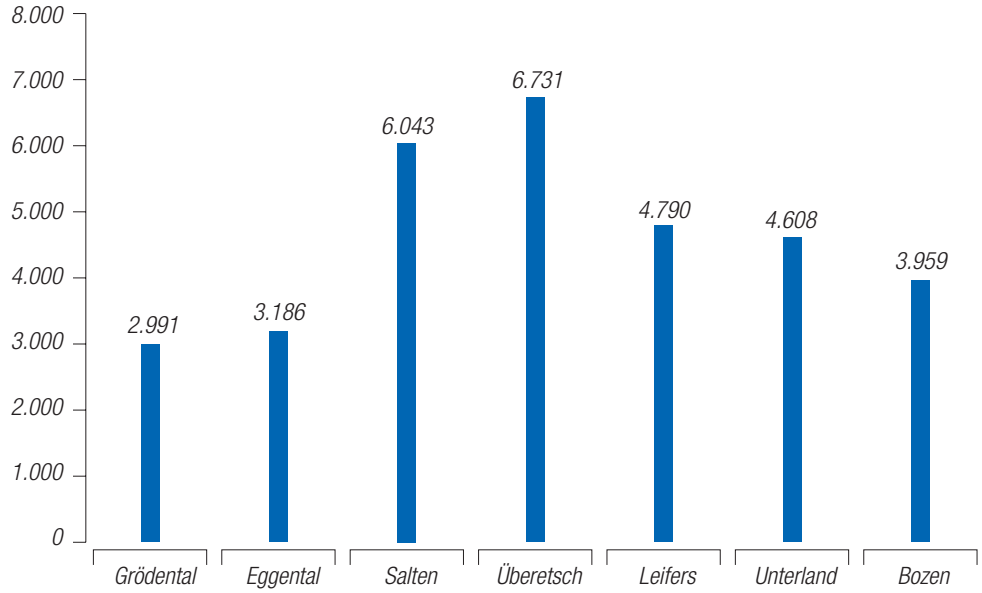


Abbildung 11: **Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Meran - Jahr 2005**

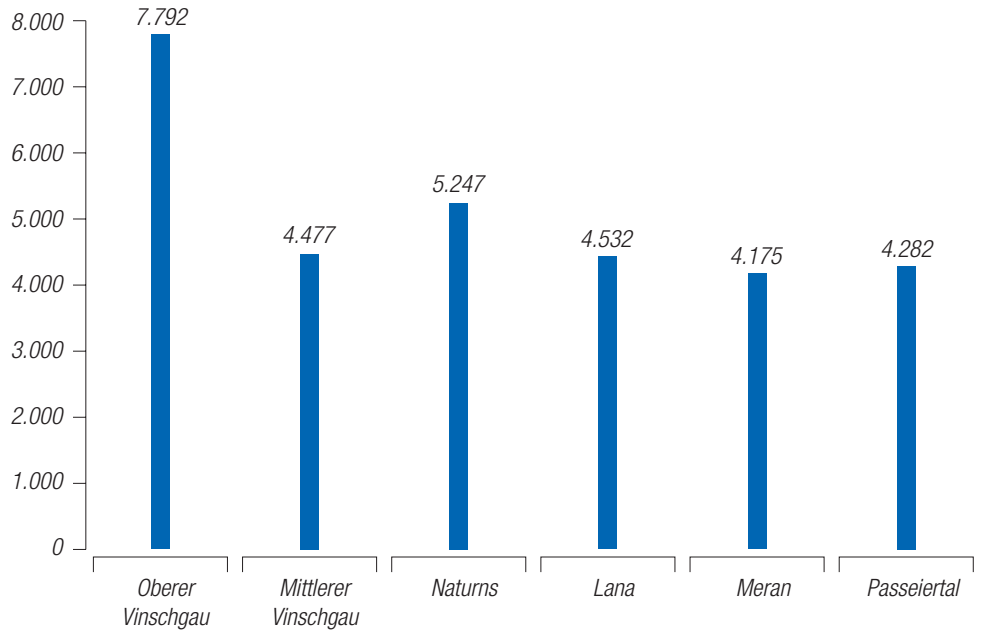


Abbildung 12: **Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Brixen - Jahr 2005**

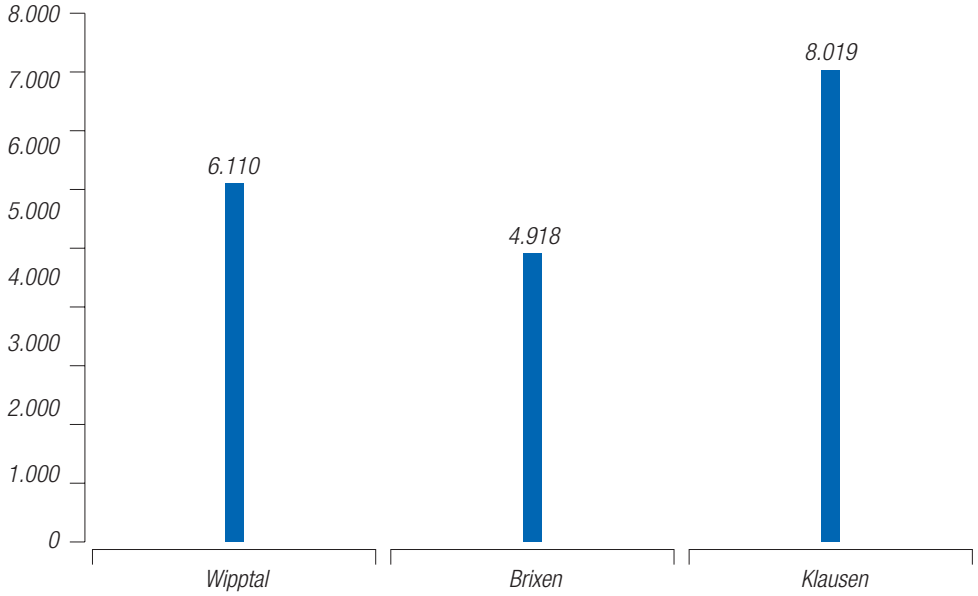
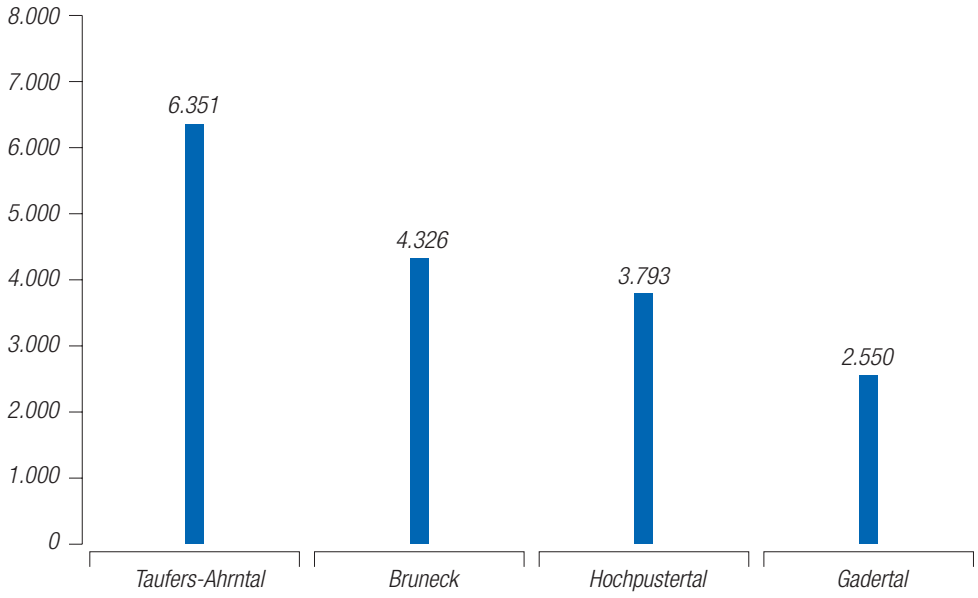


Abbildung 13: **Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Bruneck - Jahr 2005**



2.5.2. Der Medikamentenverbrauch

Die pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Medikamenten an die Versorgungsberechtigten, normalerweise auf Verschreibung des behandelnden Arztes; in einigen Fällen erfolgt die Abgabe kostenlos, in anderen unter teilweiser oder voller Beteiligung des Bürgers an den Kosten, je nach der Bedeutung der verschriebenen Arzneimittel für die Gesundheit.

KLASSIFIKATIONSKRITERIEN DER MEDIKAMENTE

Das Gesetz Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, Art. 8 (Bestimmungen im Bereich Gesundheitswesen) legt die Kriterien fest, nach denen die „Commissione Unica del Farmaco“ (CUF) die abzugebenden Medikamente klassifizieren muss. Die von der Gesetzgebung für das Jahr 2003 vorgesehenen Klassen sind[1]:

Klasse A - Essentielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten, voll zu Las-

[1] *Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Medikamente*

ten des Nationalen Gesundheitsdienstes NGD. Die Klasse A sieht auch eine Untergruppe (Klasse H) vor, welche Medikamente umfasst, deren Kosten ausschließlich dann rückerstattet werden, wenn sie im Krankenhaus oder Tagesklinikbetrieb verwendet werden;
Klasse C - Pharmaka zu Lasten der Bürger, die für leichte oder gerinngere Krankheiten eingesetzt werden. Sie umfasst:
1. Medikamente C-bis (Gesetz 311/2004) für leichte oder geringere Krankheiten (Antineuralgika, Antipyretika, Nasenabschwellungsmittel, Laxativa etc.), die keiner ärztlichen Verschreibung bedürfen und für die Werbung gemacht werden darf;
2. Medikamente, die keiner ärztlichen Verschreibung bedürfen und für die nicht geworben werden darf;
3. Medikamente, die vom Arzt verschrieben werden müssen und nur für kurze Zeitspannen zur Vermeidung von potenziellen Missbräuchen verwendet werden können (Benzodiazepinderivate).
Auf der Grundlage des Gesetzes Nr. 326 vom 24. November 2003, welches bei Überschreitung der für die pharmazeutische Versorgung geplanten Ausgaben den Ausgleich der Differenz durch die Aufteilung der Kosten (60% zu Lasten der Pharmaunternehmen und 40% zu Lasten der Regionen) vorsieht, setzte die Regierung mit Gesetzesdekret Nr. 202 vom 02.08.2004 ein Korrekturmanöver in Kraft. Das Ziel dieses Manövers war die Reduzierung der Schere zwischen den geplanten Ausgaben (von 13% der Ausgaben für das Gesundheitswesen) und den effektiven Ausgaben. Im Laufe des Jahres 2005 wurde die Anwendung des 6,8%-Rabatts auf den Anteil des Produzenten fortgesetzt, um die konventionierten Medikamentenausgaben des Jahres 2004 zu korrigieren.
Seit 01.01.2005 ist das neue Nationale Handbuch der Medikamente in Kraft, das einerseits die Preisschwankungen zwischen homogenen Medikamentengruppen reduzieren und andererseits die pharmazeutische Versorgung durch die Rückerstattbarkeit neuer Pharmaka erweitern soll[2].

EINFÜHRUNG DES TICKETS AB 1. JULI 2002

Auf Landesebene wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27. Mai 2002 die Mitbeteiligung an den Gesundheitsausgaben seitens der Bürger für alle Leistungen des Landesgesundheitsdienstes eingeführt. Im Rahmen der pharmazeutischen Versorgung kam es dadurch zur Einführung des Tickets ab 1. Juli 2002 nach folgenden Modalitäten:

1. Nicht befreite Bevölkerung: zwei Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung bei maximal vier Euro für zwei oder mehrere Packungen;
2. Wegen Krankheit oder Einkommen oder nicht hohem Invaliditätsgrad befreite Bevölkerung: ein Euro pro Rezept;
3. Bevölkerung, die steuerrechtlich zu Lasten eines oder beider Elternteile ist: ein Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung und zwei Euro für zwei oder mehrere verschriebene Packungen;
4. Bevölkerung mit hohem Invaliditätsgrad oder Kinder, deren Familien wegen Einkommen ticketbefreit sind: kein Ticket.

Mit dem Rundschreiben vom 8. August 2000 wurde in Umsetzung des ministeriellen Rundschreibens die Ticketbefreiung für Bürger mit Kriegsrente auf Lebenszeit, welche auch die Pharmaka C völlig zu Lasten des NGD vorsieht, mit Attest der bewiesenen Zweckdienlichkeit seitens des verschreibenden Arztes eingeführt.

[2] *Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Medikamente*

Mit dem Rundschreiben vom 30. Oktober 2003, Durchführungsverordnung des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 „Neuordnungsgesetz des Landesgesundheitssystems", fand die Ticketbefreiung für Bürger mit einigen seltenen Krankheiten (Lymphödem und Fibromyalgie) Anwendung.

Die nachstehenden Analysen des Medikamentenverbrauchs in der Provinz Bozen im Jahr 2005 beziehen sich auf die Medikamente zu Lasten des NGD; ausgeschlossen sind also die Pharmaka, die vollständig zu Lasten der Bürger sind. Die Informationsquellen der Datenerfassung sind:

- das Amt für Gesundheitssprengel (Anzahl der Apotheken und deren Gebietsverteilung, Anzahl der Rezepte, Gesamtausgaben pro Sanitätsbetrieb und deren Zusammensetzung);
- das Verbuchungsamt für Rezepte des Sanitätsbetriebs Bozen (es stellt die anonymen Daten der Medikamentenverschreibung der Apotheken im Landesgebiet bereit, zusammen mit den Informationen über die meldeamtlichen Daten der Kunden).

Im Jahr 2005 wurden insgesamt 2.429.360 Rezepte ausgestellt, was einem Rückgang auf Landesebene von 3,3% im Vergleich zum Vorjahr entspricht und den niedrigsten Wert der letzten vier Jahre darstellt; der deutlichste Rückgang (4,7%) ist im Sanitätsbetrieb Meran zu verzeichnen.

Tabelle 45: **Allgemeine Indikatoren für den Medikamentenverbrauch nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

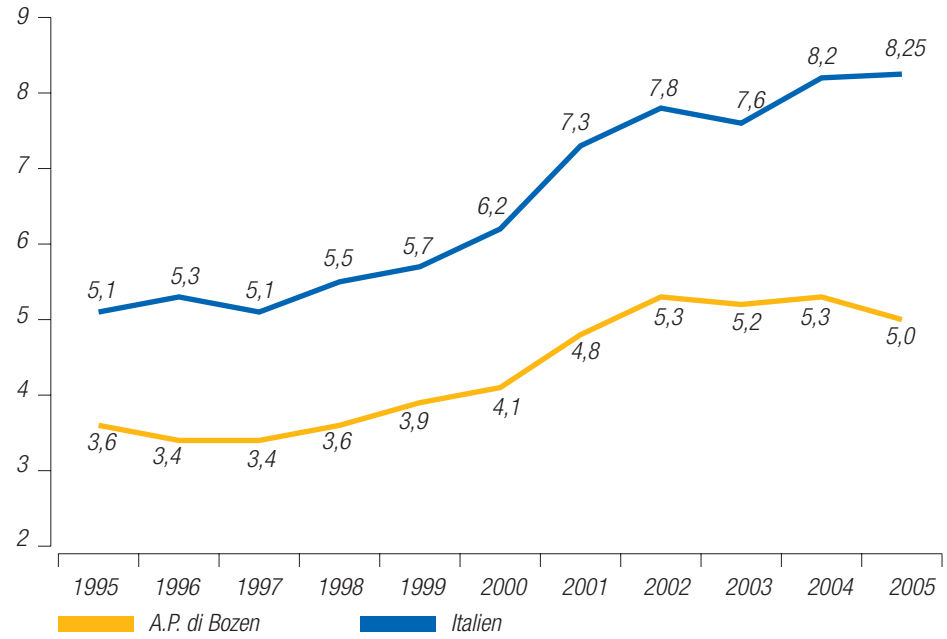
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Rezepte insgesamt	1.153.194	612.220	329.018	334.928	2.429.360
Rezepte pro Kopf	5,4	4,9	4,8	4,6	5,0
Stück insgesamt	2.342.601	1.209.172	680.313	676.815	4.908.901
Stück pro Kopf	10,9	9,6	9,9	9,3	10,2

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

In Bezug auf die letzten elf Jahre stieg die Pro-Kopf-Anzahl der verschriebenen Medikamente von 1998 bis 2002 an; der nachfolgende Dreijahreszeitraum verlief stationär bis zur Trendumkehr im Jahr 2005.

Im Jahr 2003 kam es in ganz Italien zu einer vorübergehenden Verlangsamung des Wachstumstrends der Verschreibungen aufgrund der zahlreichen Maßnahmen zur Rationalisierung der Ausgaben; im Vergleich zur Entwicklung auf Landesebene sind konstant höhere Werte zu beobachten, wobei sich diese Schere in den letzten beiden Jahren zusehends erweitert.

Abbildung 14: **Durchschn. Rezeptanzahl pro Kopf in der A.P. Bozen und in Italien 1995-2005**



MEDIKAMENTEN-VERSCHREIBUNG (ANZAHL DER PACKUNGEN

Die Anzahl der verschriebenen Medikamentenpackungen sank im Jahr 2005 unter 5 Millionen (4.908.901 Stück), was 10,2 Medikamentenpackungen pro Kopf entspricht. Die höchsten Werte wurden dabei im Sanitätsbetrieb Bozen, die geringsten im Sanitätsbetrieb Bruneck verzeichnet.

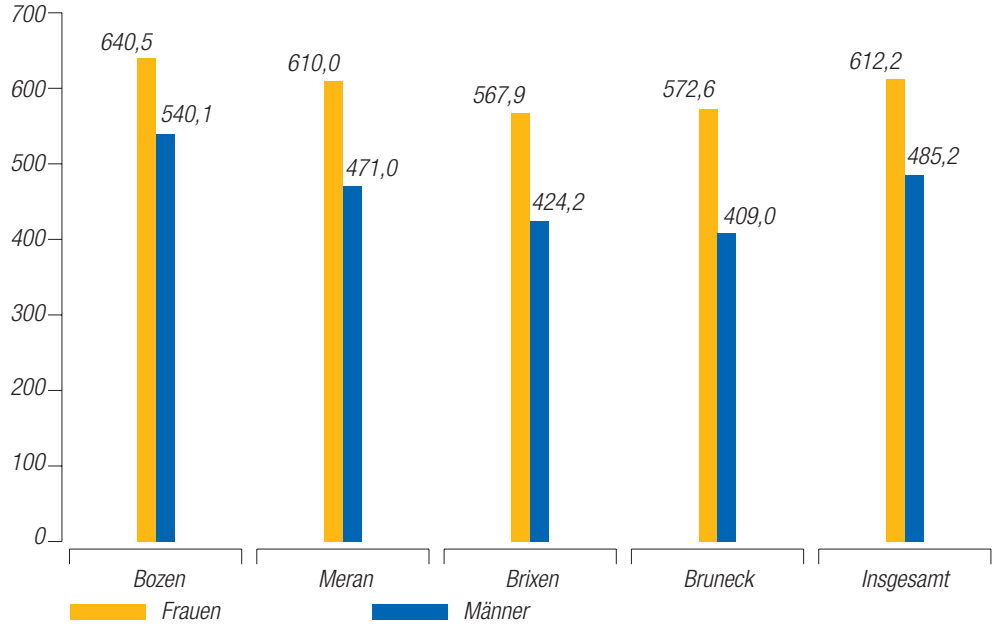
INTERNATIONALE KLASSIFIKATION DER MEDIKAMENTE ATC

Um einen Vergleich zwischen den der Südtiroler Bevölkerung im Jahr 2005 verschriebenen Medikamentenmengen nach den verschiedenen Arten von Pharmaka und Verbrauchsmodalitäten in den Sanitätsbetrieben anstellen zu können, wurden bei der Analyse des Verbrauchs die internationale Klassifikation der Medikamente ATC (Anatomische, Therapeutische, Chemische Klassifikation) und die Standardmenge der verschriebenen Medikamentendosis (DDD - Defined Daily Dose) herangezogen. DDD ist die tägliche Medikamentendosis, die in Bezug auf den aktiven Wirkstoff im Medikament und für eine pharmakologische Behandlungsdauer, die der in einer Packung enthaltenen Medikamentenmenge entspricht, verschrieben wird.

DEFINED DAILY DOSE DDD

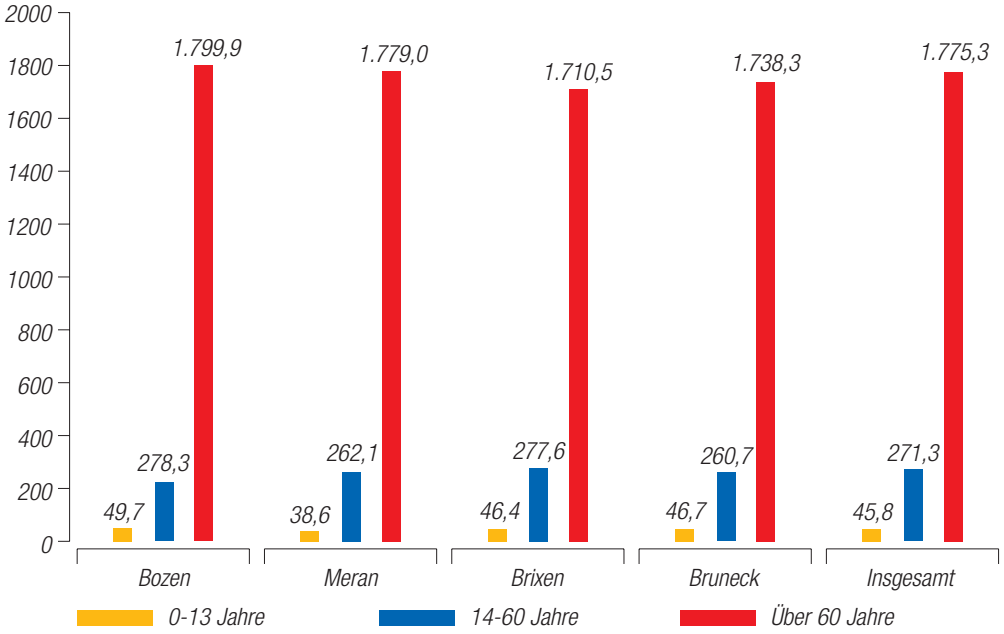
Der Indikator DDD/1.000 Einwohner stellt also die durchschnittliche Medikamentenmenge (in Standard-Einheiten) dar, die im Bezugszeitraum (Monat, Halbjahr, Jahr, etc.) pro 1.000 Einwohner verschrieben wird.

Abbildung 15: **Durchschn. Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner) nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: im Jahr 2005 verbrauchten die Männer durchschnittlich 485 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (8,7 Packungen pro Kopf im gesamten Jahr), während es bei den Frauen durchschnittlich 612 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen waren (10,8 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf). Im Vergleich zum Vorjahr ist ein stärkerer Rückgang des Medikamentenverbrauchs in der weiblichen Bevölkerung gegenüber der männlichen zu beobachten (-6,8% bzw. -2,0%).

Abbildung 16: **Durchschn. Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner) nach Alter und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



MEDIKAMENTEN-VERBRAUCH NACH ALTER UND GESCHLECHT

Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Datenbank der verschriebenen Medikamente in einigen Fällen nicht Informationen über das Geschlecht und/oder Alter enthielt, was somit Differenzen bei der abgegebenen Stückzahl (Tabelle 46) im Vergleich zum Wert von Tabelle 45 ergibt.

Tabelle 46: **Abgegebene Stückzahl nach Alter, Geschlecht und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

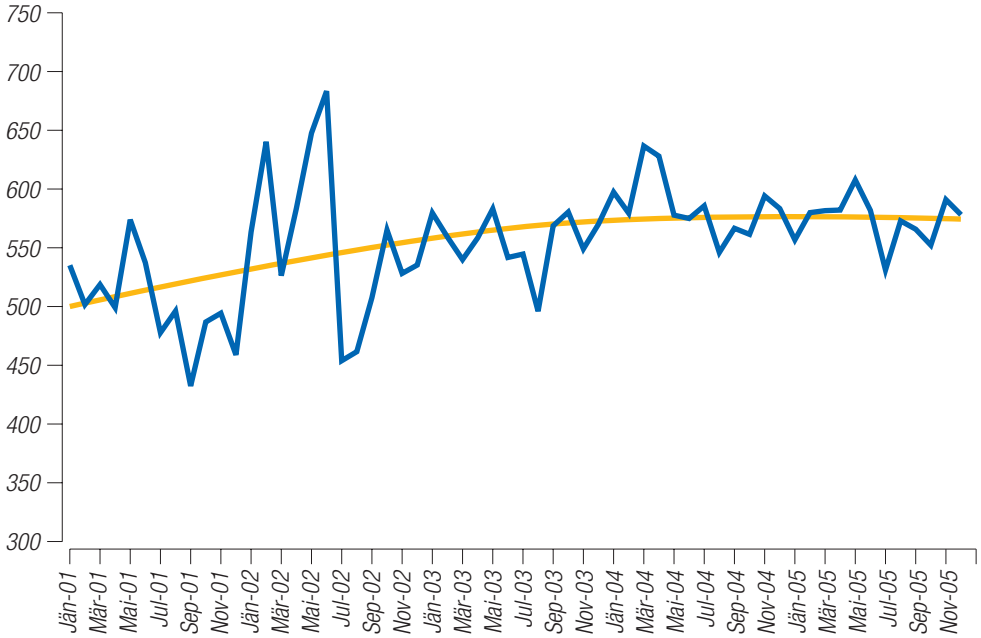
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
			Männer		
0-13 Jahre	31.908	15.517	10.969	11.680	70.074
14-60 Jahre	300.597	153.486	97.297	86.895	638.275
Über 60 Jahre	675.519	339.416	168.647	176.028	1.359.610
INSGESAMT	**1.008.024**	**508.419**	**276.913**	**274.603**	**2.067.959**
			Frauen		
0-13 Jahre	26.414	12.595	9.087	9.755	57.851
14-60 Jahre	367.518	206.094	124.867	121.924	820.403
Über 60 Jahre	851.391	444.437	224.367	230.751	1.750.946
INSGESAMT	**1.245.323**	**663.126**	**358.321**	**362.430**	**2.629.200**
			Insgesamt		
0-13 Jahre	58.322	28.112	20.056	21.435	127.925
14-60 Jahre	668.115	359.580	222.164	208.819	1.458.678
Über 60 Jahre	1.526.910	783.853	393.014	406.779	3.110.556
INSGESAMT	**2.253.347**	**1.171.545**	**635.234**	**637.033**	**4.697.159**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Große Unterschiede gibt es im Verbrauch nach Alter: im Kindesalter liegt der durchschnittliche Verbrauch im Jahr 2005 bei rund 46 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Kinder (ungefähr 1,5 Packungen pro Kind im Jahr), mit Schwankungen zwischen 39 (Meran) und 50 (Bozen); im Erwachsenenalter beträgt der durchschnittliche Verbrauch 270 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner (261 Bruneck; 278 Bozen), was rund 5 Packungen pro Kopf im gesamten Zeitraum entspricht; im fortgeschrittenen Alter wächst der Verbrauch erheblich an und übersteigt durchschnittlich 1.700 tägliche Dosen pro 1.000 Einwohner (1.710 Brixen; 1.800 Bozen), was in etwa 31 Packungen pro Kopf im Jahr gleichkommt.

Der Trend der letzten Jahre in den vier Sanitätsbetrieben hält auch weiterhin an, d.h. es lassen sich starke Unterschiede im Verbrauch nach Alter und Geschlecht der Patienten feststellen: von den ca. 4.700.000 in der Provinz im Jahr 2005 verteilten Stück waren 56,0% für Frauen bestimmt, in 66,2% der Fälle im Alter von über 60 Jahren.

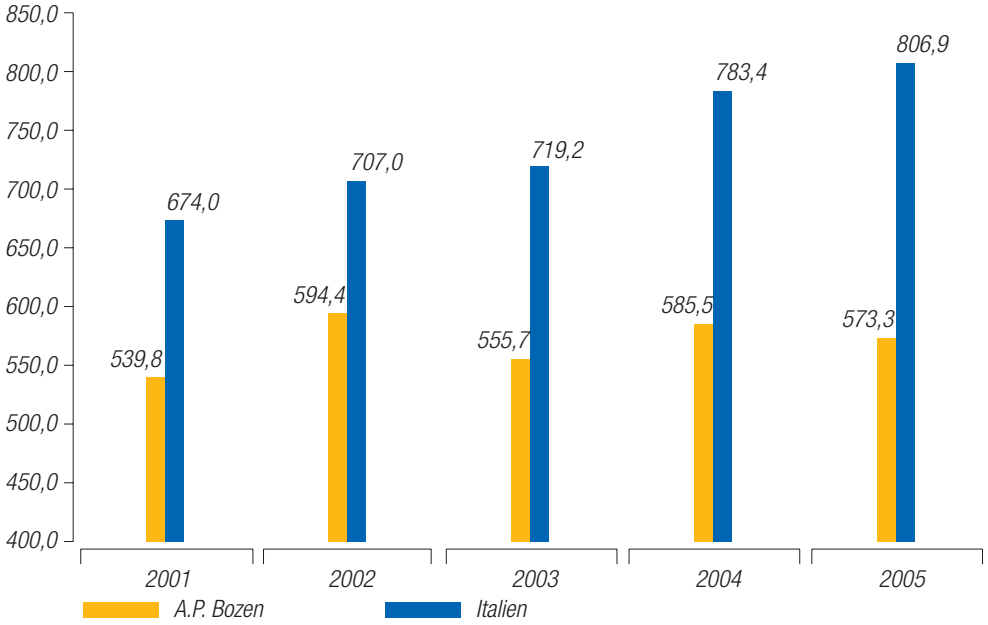
Abbildung 17: **Durchschn. Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler im Fünfjahreszeitraum 2001-2005**



Der tägliche Medikamentenverbrauch pro 1.000 Südtiroler Einwohner im Fünfjahreszeitraum 2001 – 2005 verläuft ansteigend und sehr variabel in den ersten beiden Jahren. 2002 sind außerdem Spitzenwerte bei der Medikamentenabgabe im Juni zu verzeichnen, gefolgt von einem Rückgang des Verbrauchs im Juli, als der Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27.05.02 über die Ticketeinführung für Medikamente in Kraft trat. Im Biennium 2004-2005 stabilisiert sich der Verbrauch mit gleichzeitig geringeren saisonalen und monatlichen Schwankungen.

Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Verlauf zeigt sich der Medikamentenverbrauch auf Landesebene in den letzten beiden Jahren konstant, was die Schere zwischen den durchschnittlichen Verbrauchwerten auf Staats- und Landesebene erweitert (Abbildung 18).

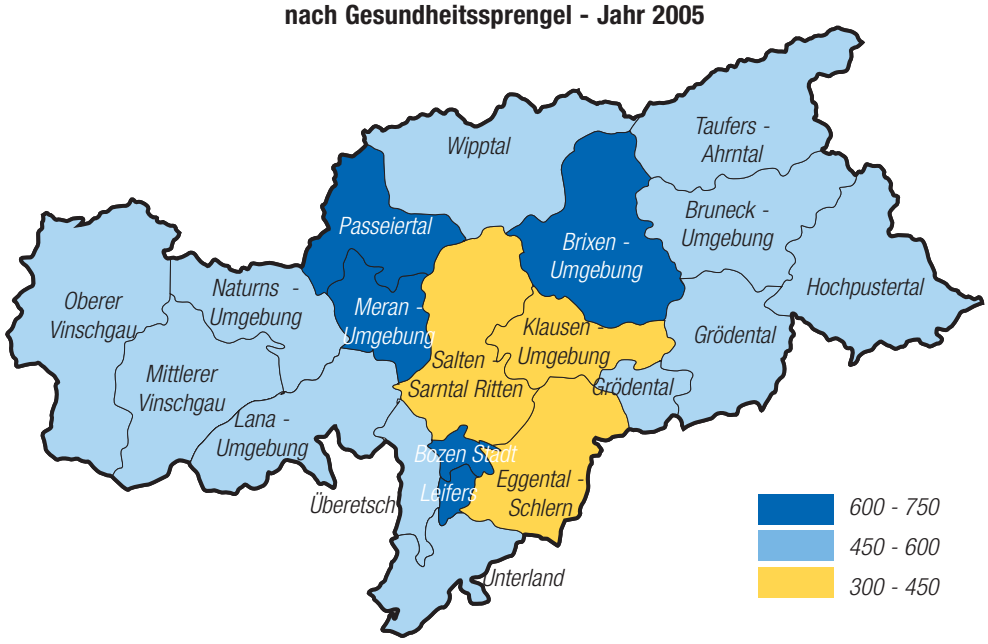
Abbildung 18: **Durchschn. Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner) in der A.P. Bozen und in Italien 2001-2005**



GEWICHTESYSTEM AUFGRUND DER DEMOGRAPHISCHEN MERKMALE

Zur Beseitigung der Unterschiede im Medikamentenverbrauch auf der Grundlage der demographischen Merkmale der Bevölkerung (Geschlecht und Alter) im Vergleich zwischen den Gesundheitssprengeln und Sanitätsbetrieben wurde ein Gewichtesystem eingeführt, das von der Planungsabteilung des Gesundheitsministeriums für die Aufteilung der Pro-Kopf-Quote des Nationalen Gesundheitsfonds (NGF) benutzt wird.

Abbildung 19: **Durchschn. Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler nach Gesundheitssprengel - Jahr 2005**



Der Medikamentenverbrauch auf Sprengelebene hebt eine hohe Inanspruchnahme der Pharmakotherapie in den dicht besiedelten Wohngebieten (mit Ausnahme von Bruneck) hervor, während die Gesundheitssprengel Salten-Sarntal-Ritten, Eggental-Schlern und

Klausen von einem minderen Medikamentenverbrauch im Vergleich zu den anderen Gebieten gekennzeichnet sind.

Tabelle 47: **Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl) nach ATC und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Abgegebene Stückzahl				
Herzkreislaufsysstem	954.247	493.620	236.381	255.758	1.940.006
Gastrointestinaltrakt	276.884	136.934	76.784	65.592	556.194
Zentrales Nervensystem	243.003	126.570	88.658	96.305	554.536
Blut und blutbildende Organe	167.307	106.117	48.067	55.908	377.399
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	141.976	78.301	50.814	47.909	319.000
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	164.832	82.748	51.285	49.518	348.383
Muskel- und Skelettsystem	112.779	62.425	36.138	31.049	242.391
Respirationstrakt	112.399	52.765	27.361	23.965	216.490
Systemisch Hormonpräparate	77.871	49.037	22.901	25.930	175.739
Sinnesorgane	43.761	18.688	6.071	6.272	74.792
Zytostatika	28.985	12.608	6.296	6.945	54.834
Dermatologika	13.219	6.107	5.220	4.369	28.915
Antiparasitäre Pharmaka	8.586	2.684	1.479	1.520	14.269
Sonstige	2.065	1.373	723	444	4.605
INSGESAMT	**2.347.914**	**1.229.977**	**658.178**	**671.484**	**4.907.553**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Für einige Medikamente wurden die Informationen über den verschreibenden Arzt nicht in die Datenbank eingegeben; dadurch ergeben sich Differenzen in der insgesamt vom Amt für Gesundheitssprengel des Ressorts für Gesundheit erfassten Packungen (Tabelle 45) gegenüber dem Wert von Tabelle 47.

MEDIKAMENTEN-VERBRAUCH (DDD/ 1.000 EINW./TAG)

Die Verteilung der durchschnittlich pro 1.000 Einwohner Südtirols im Jahr 2005 verschriebenen täglichen Medikamentenmengen nach der therapeutischen Gruppe ATC zeigt auf den ersten fünf Plätzen die Medikamentengruppe für das Herzkreislaufsystem, für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel, für den Urogenitaltrakt und die Sexualhormone, für das Blut und die blutbildenden Organe und für das zentrale Nervensystem.

Die Sanitätsbetriebe der Provinz verzeichnen Unterschiede beim Medikamentenverbrauch vor allem zwischen den süd-westlichen Gebieten (Sanitätsbetriebe Bozen und Meran) und nord-östlichen Gebieten (Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck). Bei den Ersteren lässt sich eine größere Inanspruchnahme von Pharmakotherapien für das Herzkreislaufsystem und den Respirationstrakt beobachten, während in Brixen und Bruneck die meisten Verschreibungen Medikamente für das Blut und die blutbildenden Organe und das zentrale Nervensystem betreffen.

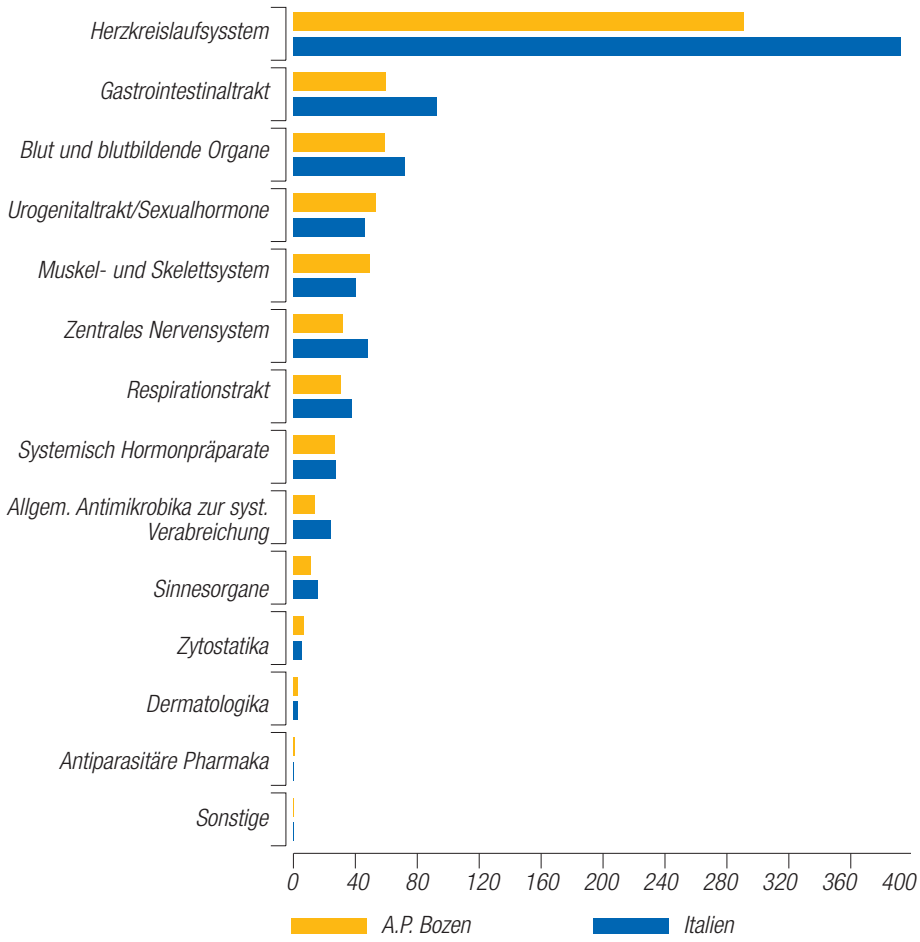
Tabelle 48: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner pro Tag) nach ATC und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	DDD/1.000 Einwohner pro Tag				
Herzkreislaufsysstem	278,5	265,3	222,3	235,9	261,4
Gastrointestinaltrakt	57,8	51,1	53,7	47,5	54,0
Zentrales Nervensystem	44,8	40,8	51,9	60,3	46,9
Blut und blutbildende Organe	49,4	59,1	52,8	57,5	53,5
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	42,1	42,7	53,6	45,8	44,3
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	12,9	11,2	13,5	12,2	12,4
Muskel- und Skelettsystem	27,1	28,2	31,6	25,3	27,7
Respirationstrakt	32,0	27,5	26,2	22,0	28,7
Systemisch Hormonpräparate	22,5	25,7	24,7	28,0	24,4
Sinnesorgane	13,0	10,1	6,1	5,8	10,3
Zytostatika	7,2	5,1	4,4	4,8	5,9
Dermatologika	3,0	2,4	3,6	3,1	2,9
Antiparasitäre Pharmaka	0,9	0,4	0,4	0,4	0,6
Sonstige	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2
INSGESAMT	**591,2**	**569,4**	**544,9**	**548,8**	**573,3**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Zwischen dem restlichen Staatsgebiet und der Südtiroler Bevölkerung sind Unterschiede zu erkennen: auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Zugriff auf Medikamente für das Herzkreislaufsystem, den Gastrointestinaltrakt, das Blut und die blutbildenden Organe und den Respirationstrakt stärker als in der Provinz Bozen. Auf Landesebene wird ein gleichmäßiger Verbrauch für die verschiedenen therapeutischen Gruppen, mit Ausnahme der Medikamente für das Herzkreislaufsystem, verzeichnet.".

Abbildung 20: **Verteilung DDD/1.000 Einwohner - A.P. Bozen und Italien - Jahr 2005**



2.5.3. Die Ausgaben für Medikamente

BRUTTOAUSGABEN FÜR DIE PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Die allgemeinen, von der Autonomen Provinz Bozen getragenen Bruttoausgaben für die über die Apotheken verteilten Medikamente erfuhren im Jahr 2005 einen Rückgang von 5,4% im Vergleich zu 2004 (gegenüber -0,6% auf gesamtstaatlicher Ebene) und erreichten rund 80 Millionen Euro.

Die allgemeinen Bruttoausgaben für Medikamente umfassen nur die von den konventionierten Apotheken dem Verbuchungsamt für Rezepte des Sanitätsbetriebs Bozen gesendeten Rezepte. Der Gesamtbetrag der Tickets entspricht der tatsächlichen Beteiligung der Versorgten an den Ausgaben des Landes für Arzneimittel; gegenüber 2004 ist der Beitrag der Südtiroler Bürger an den Medikamentenausgaben um 5,3% gesunken, auf gesamtstaatlicher Ebene um durchschnittlich 14,2%.

Tabelle 49: **Ausgaben für konventionierte Medikamente - A.P. Bozen und Italien - Jahre 2004-2005**

Tausend Euro	Jahr 2004		Jahr 2005		Differenzen % 2004-2005	
	A.P. BZ	Italien	A.P. BZ	Italien	A.P. BZ	Italien
Bruttoausgaben	84.651,02	13.492.272,85	80.071,97	13.408.139,41	-5,4	-0,6
Tickets	4.506,98	600.017,19	4.266,44	514.966,73	-5,3	-14,2
Rabatt Apotheken	6.183,24	910.720,67	6.796,87	1.045.568,40	9,9	14,8
Nettoausgaben zu Lasten des NGD	73.960,80	11.981.534,99	69.008,65	11.847.604,28	-6,7	-1,1

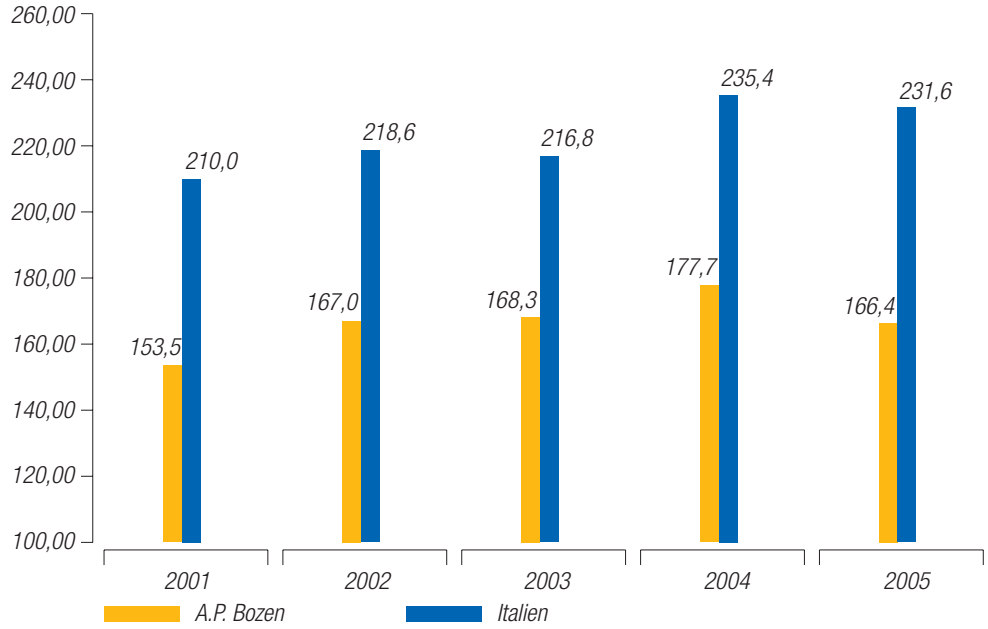
Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitssprengel; Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Medikamente

Der Rückgang der Ausgaben hängt mit der geringeren Medikamentenverschreibung und gleichzeitig, nach Aussagen der Federfarma, mit der Senkung der durchschnittlichen Rezeptkosten infolge der Verminderung der Medikamentenpreise zusammen. Letzte Verminderung steht im Zusammenhang mit der Reduzierung jener Medikamentenpreise, die im Jahr 2004 zu den Kostenerhöhungen aufgrund der Überarbeitung des Nationalen Handbuches für Medikamente, das seit 1. Januar 2005 in Kraft ist, geführt haben.

BRUTTO- UND NETTOAUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE

Gemäß den nationalen Bestimmungen müssen die Apotheken dem Nationalen/Landesgesundheitsdienst einen Rabatt auf die auf den Packungen angegebenen Preise gewähren; zieht man von den Bruttoausgaben den von den Bürgern gezahlten Ticketbetrag und den Rabatt der Apotheken ab, erhält man die gesamten Nettoausgaben, die dem Betrag entsprechen, den die Autonome Provinz Bozen den Apotheken rückerstattet.

Abbildung 21: **Bruttoausgaben für Medikamente pro Kopf in der A.P. Bozen und in Italien. Jahre 2001 - 2005**



Im Jahr 2005 nahmen die Nettoausgaben des Landesgesundheitsdienstes im Vergleich zum Vorjahr um 6,7% ab; die beträchtlichsten Senkungen sind in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran zu verzeichnen (7,2% bzw. 7,9%), die mäßigsten im Sanitätsbetrieb Brixen (3,7%).

Tabelle 50: **Indikatoren für die Ausgaben für die konventionierten Medikamente nach Sanitätsbetrieb -Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Indikatoren für die Ausgaben für Medikamente				
Bruttoausgaben (Tausend Euro)	39.623,26	19.508,10	9.946,78	10.993,82	80.071,97
Tickets (Tausend Euro)	2.051,41	1.057,24	582,40	575,39	4.266,44
Rabatt Apotheken (Tausend Euro)	3.497,50	1.630,74	822,08	846,55	6.796,87
Nettoausgaben zu Lasten des NGD (Tausend Euro)	34.074,35	16.820,12	8.542,31	9.571,88	69.008,65
Nettoausgaben pro Kopf abzüglich des Alters (Euro)	152,71	134,72	131,66	140,29	143,44
Durchschnittliche Bruttoausgaben pro DDD	0,82	0,75	0,77	0,80	0,80
	Änderung in Prozent 2004-2005				
Bruttoausgaben	-5,8	-6,7	-2,4	-4,2	-5,4
Tickets	-5,5	-6,8	-2,9	-4,4	-5,3
Rabatt Apotheken	9,7	9,1	13,9	8,9	9,9
Nettoausgaben zu Lasten des NGD	-7,2	-7,9	-3,7	-5,2	-6,7
Nettoausgaben pro Kopf abzüglich des Alters	-8,2	-8,7	-4,7	-6,3	-7,6
Durchschnittliche Bruttoausgaben pro DDD	-4,6	-4,9	-2,6	-4,0	-4,4

Quelle: : Datenverarbeitung A.P.B. - Amt für Gesundheitssprengel

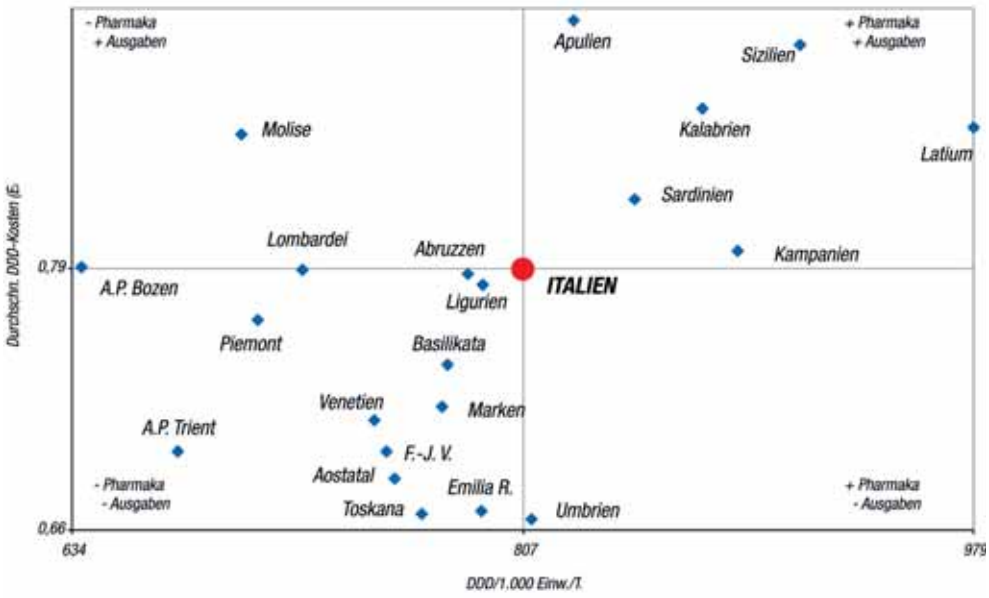
Der Landesgesundheitsdienst gab durchschnittlich rund 145 Euro pro Kopf für die pharmazeutische Versorgung aus, 30% weniger im Vergleich zum nationalen Durchschnitt mit 205 Euro. Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben abzüglich des Alters entstanden im Sanitätsbetrieb Bozen (152,71 Euro), die niedrigsten im Sanitätsbetrieb Brixen (131,66 Euro).

Die territoriale Verteilung nach Region und Sanitätsbetrieb des durchschnittlichen täglichen Medikamentenverbrauchs (DDD/1.000 Einwohner pro Tag) im Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten pro DDD ermöglicht einige interessante Betrachtungen über den Medikamentenverbrauch sowohl in Bezug auf die Menge als auch aus wirtschaftlicher Sicht.

Die folgenden Schaubilder stellen eine in vier Quadranten eingeteilte Zone dar, die durch die Schnittpunkte des durchschnittlichen Tageskonsums auf gesamtstaatlicher Ebene (Landesebene) und der durchschnittlichen gesamtstaatlichen Kosten (Kosten auf Landesebene) pro DDD-Einheit festgelegt werden. Die Regionen (Sanitätsbetriebe und Gesundheitssprengel) ordnen sich innerhalb der Quadranten nach der durchschnittlichen, im Jahr 2003 pro Tag eingenommenen Medikamentenmenge in DDD-Standard-Einheiten und nach den Einheitskosten pro eingenommene Dosis an.

DURCHSCHNITTLICHER TÄGLICHER MEDIKAMENTENVERBRAUCH NACH DURCHSCHNITTLICHEN EINHEITSKOSTEN PRO TÄGLICHE DOSIS

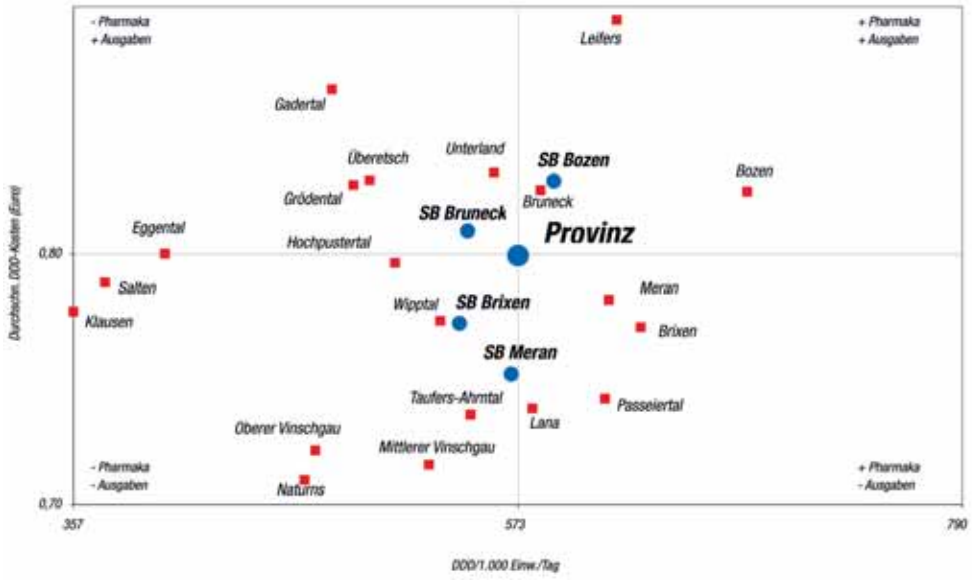
Abbildung 22: **Nationaler Vergleich durchschn. DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner pro Tag - Jahr 2005**



MEDIKAMENTENKOSTEN IM VERHÄLTNIS ZUM VERBRAUCH. ÜBERREGIONALER VERGLEICH

Die nördlichen Regionen und die Regionen Marken, Abruzzen und Basilikata sind gekennzeichnet von einem Medikamentenverbrauch und Einheitskosten pro Tagesdosis, die unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegen. Die Autonome Provinz Bozen weist den niedrigsten Konsum auf gesamtstaatlicher Ebene auf, während die Region Umbrien die niedrigsten Einheitskosten verzeichnet. Die süditalienischen Regionen kennzeichnen sich durch hohe und teure Medikamentenkonsume.

Abbildung 23: **Landesvergleich durchschn. DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner pro Tag - Jahr 2005**



MEDIKAMENTENKOSTEN IM VERHÄLTNIS ZUM VERBRAUCH. ÜBERBETRIEBLICHER VERGLEICH

Auf Landesebene wird im Sanitätsbetrieb Bozen der höchste und teuerste Verbrauch verzeichnet, insbesondere in dicht besiedelten Wohngebieten (Sprengel Bozen und Leifers-Branzoll-Pfatten); die Sanitätsbetriebe Meran und Brixen kennzeichnen sich durch Werte unter dem Landesdurchschnitt, mit Ausnahme der Sprengel Meran, Passeiertal, Lana und Brixen, die sich in die Zonen mit dem höchsten Verbrauch zu geringsten Kosten einordnen.

Die prozentmäßige Verteilung der Landesbruttoausgaben für die pharmazeutische Versorgung nach Hauptkörperteilen ATC setzt die Medikamentenausgaben für das Herzkreislaufsystem (32,6%) an die erste und jene für das zentrale Nervensystem (14,3%) an die zweite Stelle; es folgen die Medikamente für den Gastrointestinaltrakt mit einem Anteil von 10,4%.

Die Informationen über die Art der verschriebenen Medikamente wurden in einigen Fällen nicht in die Datenbank eingegeben; dadurch ergeben sich Differenzen bei den Bruttoausgaben (Tabelle 51) im Vergleich zum Wert der Tabelle 50.

Tabelle 51: **Bruttoausgaben für den Medikamentenverbrauch nach ATC-Kategorie und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2005**

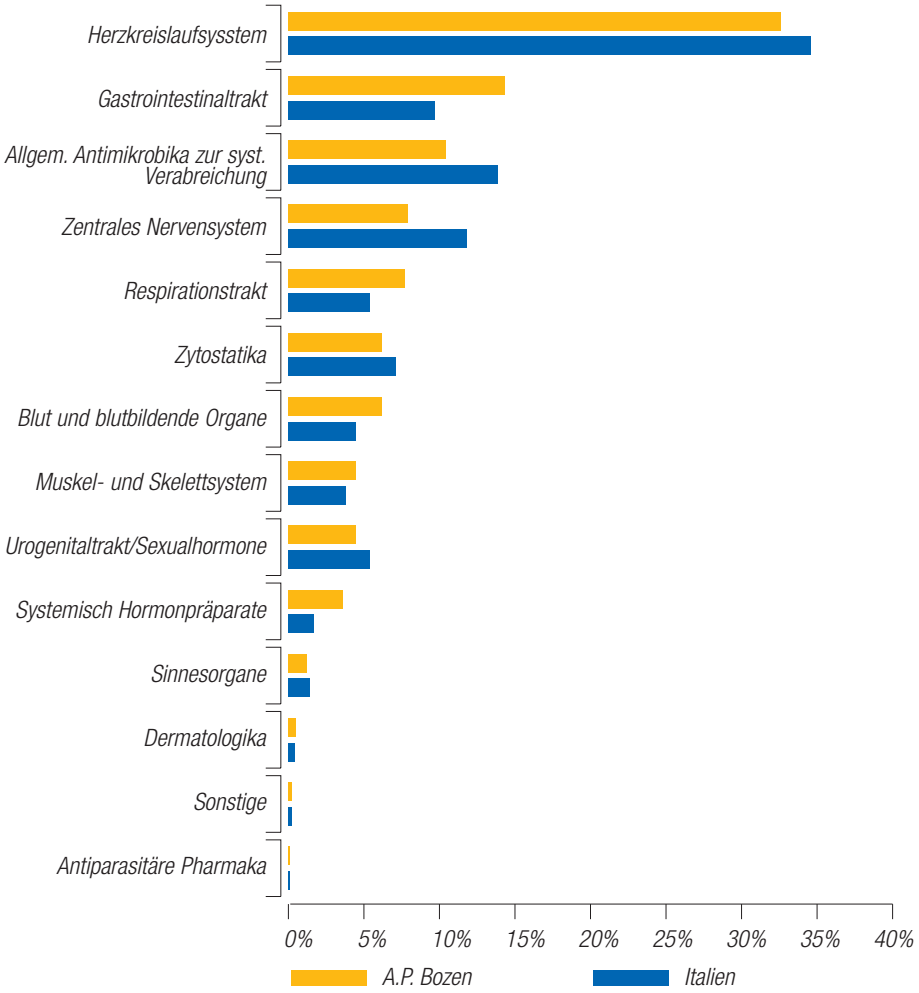
(Euro)	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Absolute Werte				
Gastrointestinaltrakt	4.029.425,60	2.103.120,66	1.173.191,69	1.024.072,81	8.329.810,76
Blut und blutbildende Organe	1.879.037,89	743.686,12	394.543,68	582.104,03	3.599.371,72
Herzkreislaufsysstem	13.092.569,57	6.803.796,37	2.860.784,38	3.306.760,39	26.063.910,71
Dermatologika	156.187,65	84.006,81	76.747,53	65.266,85	382.208,84
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	2.332.477,06	1.128.121,34	723.388,71	752.171,51	4.936.158,62
Systemisch Hormonpräparate	1.511.131,62	490.700,99	449.380,16	452.243,87	2.903.456,64
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	2.997.767,52	1.630.596,92	886.500,06	835.831,62	6.350.696,12
Zytostatika	3.444.316,80	1.370.380,03	620.671,15	766.379,53	6.201.747,51
Muskel- und Skelettsystem	1.696.728,57	979.050,87	493.401,57	462.515,59	3.631.696,60
Zentrales Nervensystem	5.315.763,85	2.486.582,13	1.546.311,54	2.083.879,62	11.432.537,14
Antiparasitäre Pharmaka	59.985,98	18.773,15	11.560,39	10.770,27	101.089,79
Respirationstrakt	2.455.940,14	1.376.427,32	622.982,55	525.998,59	4.981.348,60
Sinnesorgane	545.999,11	252.826,27	70.882,30	87.830,54	957.538,22
Sonstige	92.649,87	31.007,37	11.183,48	31.978,30	166.819,02
INSGESAMT	**39.609.981,23**	**19.499.076,35**	**9.941.529,19**	**10.987.803,52**	**80.038.390,29**
	Prozentwerte				
Gastrointestinaltrakt	10,2	10,8	11,8	9,3	10,4
Blut und blutbildende Organe	4,7	3,8	4,0	5,3	4,5
Herzkreislaufsysstem	33,1	34,9	28,8	30,1	32,6
Dermatologika	0,4	0,4	0,8	0,6	0,5
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	5,9	5,8	7,3	6,8	6,2
Systemisch Hormonpräparate	3,8	2,5	4,5	4,1	3,6
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	7,6	8,4	8,9	7,6	7,9
Zytostatika	8,7	7,0	6,2	7,0	7,7
Muskel- und Skelettsystem	4,3	5,0	5,0	4,2	4,5
Zentrales Nervensystem	13,4	12,8	15,6	19,0	14,3
Antiparasitäre Pharmaka	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Respirationstrakt	6,2	7,1	6,3	4,8	6,2
Sinnesorgane	1,4	1,3	0,7	0,8	1,2
Sonstige	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2
INSGESAMT	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

MEDIKAMENTEN-AUSGABEN NACH ATC

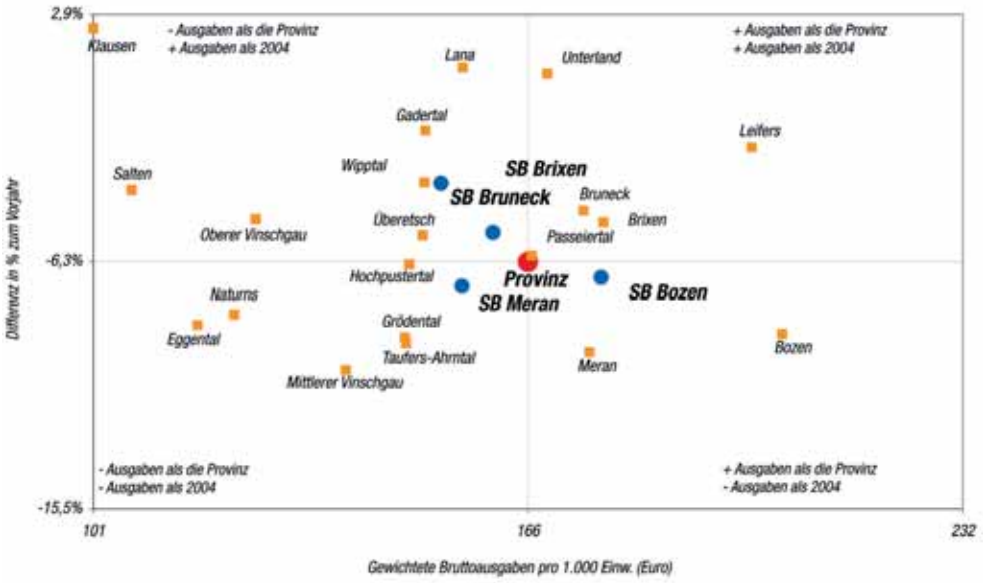
Deutliche Unterschiede gehen aus dem Vergleich zwischen der Provinz und Italien hervor: das Südtiroler Gesundheitswesen trägt prozentmäßig höhere Ausgaben für die Erkrankungen des zentralen Nervensystems, für die Erkrankungen des Urogenitaltrakts und des Muskel- und Skelettsystems sowie für Antineoplastika und die systemischen Hormonpräparate gegenüber prozentmäßig niedrigeren Ausgaben für Antimikrobika zur systematischen Verabreichung, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Erkrankungen des Respirationstrakts und des Blutes und der blutbildenden Organe.

Abbildung 24: **Prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC-Klasse - A.P. Bozen und Italien - Jahr 2005**



Unterteilt man wie vorher beschrieben eine Zone in vier Quadranten, können die Entwicklung der Bruttoausgaben für Medikamente des Jahres 2005 auf territorialer Ebene und die Abweichungen vom Vorjahr berechnet werden.

Abbildung 25: **Landesvergleich der gewichteten Bruttoausgaben pro 1.000 Einwohner und Änderung in % der Bruttoausgaben 2004-2005**



Die Abbildung 25 hebt höhere Medikamentenausgaben in den Städten oder Ortszentren als in ländlichen Gebieten hervor; in den Sprengeln Bozen, Eggental, Grödental, Meran, Mittlerer Vinschgau, Naturns und Taufers-Ahrntal wird gegenüber 2004 ein deutlicher Rückgang der Medikamentenausgaben verzeichnet.

2.5.4. Die Verschreibung der Medikamente

Die konventionierten Ärzte, d.h. die Ärzte, die ermächtigt sind, die vom Landesgesundheitsdienst ausgegebenen Pharmaka zu verschreiben, können Allgemeinmediziner, Kinderärzte freier Wahl, Krankenhausärzte oder Fachärzte sein.

Tabelle 52: **Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl und DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibender Ärztekategorie und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Absolute Werte				
Basisärzte	2.029.176	1.071.977	542.092	530.831	4.174.076
Fachärzte	306.554	145.434	113.423	139.062	704.473
INSGESAMT	**2.335.730**	**1.217.411**	**655.515**	**669.893**	**4.878.549**
	DDD / 1.000 Einwohner / Tag				
Basisärzte	516,1	497,1	452,7	438,5	491,6
Fachärzte	72,0	66,1	90,0	108,9	78,1
INSGESAMT	**588,0**	**563,2**	**542,7**	**547,4**	**569,7**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

VERSCHREIBUNG DER MEDIKAMENTE

Der größte Teil der Medikamentenverschreibungen geht auf Allgemeinmediziner zurück, deren Rezepte (Anzahl der Packungen) durchschnittlich 85,6% der Verschreibungen in der Provinz insgesamt decken; die diesbezüglichen Werte schwanken dabei zwischen 80% und 88% in den Sanitätsbetrieben Bruneck und Brixen.

Auch in diesem Fall führt die Nicht-Angabe des verschreibenden Arztes zu einer Differenz bei den insgesamt verschriebenen Packungen (Tabelle 52) im Vergleich zum Wert von Tabelle 45.

Tabelle 53: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibendem Arzt und Hauptkörperteil - Jahr 2005**

	Basisärzte	Fachärzte	Insgesamt
Gastrointestinaltrakt	44,0	9,8	53,7
Blut und blutbildende Organe	44,2	9,0	53,1
Herzkreislaufsystem	240,9	18,9	259,8
Dermatologika	1,7	1,2	2,9
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	36,4	7,6	44,0
Systemisch Hormonpräparate	20,4	3,9	24,3
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	9,2	3,2	12,3
Zytostatika	4,1	1,8	5,9
Muskel- und Skelettsystem	23,2	4,4	27,6
Zentrales Nervensystem	35,3	11,3	46,6
Antiparasitäre Pharmaka	0,5	0,2	0,6
Respirationstrakt	24,5	4,0	28,5
Sinnesorgane	7,4	2,9	10,2
Sonstige	0,1	0,1	0,2
INSGESAMT	**491,6**	**78,1**	**569,7**

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Während der größte Teil der Verschreibungen seitens beider Ärztekategorien das Herzkreislaufsystem betrifft, wird ein höherer Anteil von Medikamenten für Krankheiten des zentralen Nervensystems von den Fachärzten verschrieben.

3. KRANKENHAUSVERSORGUNG

3.1. ERSTE HILFE

Im Jahr 2005 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste insgesamt 258.816 Zugänge.
Die Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner betrug in Südtirol für das Jahr 2005 538,0 und liegt somit über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Alle öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen verfügen über einen Erste Hilfe-Dienst. Die Erste Hilfe-Dienste bilden gemeinsam mit dem medizinischen Notrufsystem, dem territorialen Notarztdienst und dem Netz der Departements für Notfälle und dringende Einsätze das landesweite medizinische Notfallsystem, das für die Notfälle und dringenden Einsätze auf Landesebene zuständig ist.

PERSONAL DER ERSTE HILFE-DIENSTE

Der Erste Hilfe-Dienst des Krankenhauses Bozen verfügt über einen eigenen Stellenplan für Ärzte und wird von einem Arzt der zweiten Leitungsebene geführt. Im Krankenhaus Meran besteht ein Departement für Erste Hilfe und Medizinische Aufnahme, das von einem in Anästhesie und Reanimation spezialisierten Arzt der ersten Leitungsebene geleitet wird. In den anderen Krankenhäusern verfügt die Erste Hilfe über keinen eigenen ärztlichen Stellenplan, sondern ist in interdisziplinärer Form organisiert und wird organisatorisch vom ärztlichen Leiter des Krankenhauses koordiniert.
Alle Erste Hilfe-Dienste verfügen über spezifisches Krankenpflegepersonal, das bei Bedarf durch anderes, von den verschiedenen Abteilungen abwechselnd zur Verfügung gestelltes Krankenpflegepersonal ergänzt wird.

ZUGÄNGE ZUR ERSTEN HILFE

Im Laufe des Jahres 2005 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste der öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen 258.816 Zugänge.
Obwohl mit der Neuorganisation des Informationssystems der Ersten Hilfe bereits begonnen wurde, sind die Landesleitlinien für die Aufzeichnung und Sendung der Daten über die Tätigkeit an die Provinz noch nicht in Kraft. Aufgrund der unterschiedlichen internen Organisation und der verschiedenen Informationssysteme kann die Erfassung der Zugänge in den verschiedenen Erste Hilfe-Einrichtungen in den Krankenhäusern also sehr unterschiedlich ausfallen.
In der Ersten Hilfe von Bozen werden als Zugänge alle Patienten berechnet, für die ein Erste Hilfe-Formular angelegt wurde und die von einem diensthabenden Arzt untersucht wurden; in Bruneck umfassen die Zugänge zur Ersten Hilfe auch die nicht dringenden Zugänge.

Tabelle 1: **Anzahl der Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck (chirugisch und traumatologisch)	Innichen
Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe insgesamt	81.449*	60.159	12.829	25.246	12.775**	53.241***	13.117
Anzahl der Zugänge mit darauffolgender Einweisung ins Krankenhaus insgesamt	16.403	6.793	n.d.	4.023	1.825	2.744	n.d.
Prozentsatz der eingewiesenen EH-Patienten an der Anzahl der Zugänge insgesamt	20,1%	11,3%	n.d.	15,9%	14,3%	5,2%	5-10%

** Die Gesamtzahl der Patienten, für die ein Erste Hilfe-Formular angelegt wurde und die mindestens einmal von den Erste Hilfe-Ärzten untersucht wurden, ausgenommen die Patienten mit dringender fachärztlicher Visite, die Patienten mit direktem Zugang zu den Fachabteilungen und alle geplanten Zugänge und die Kontrollvisiten von Wundbehandlungen*

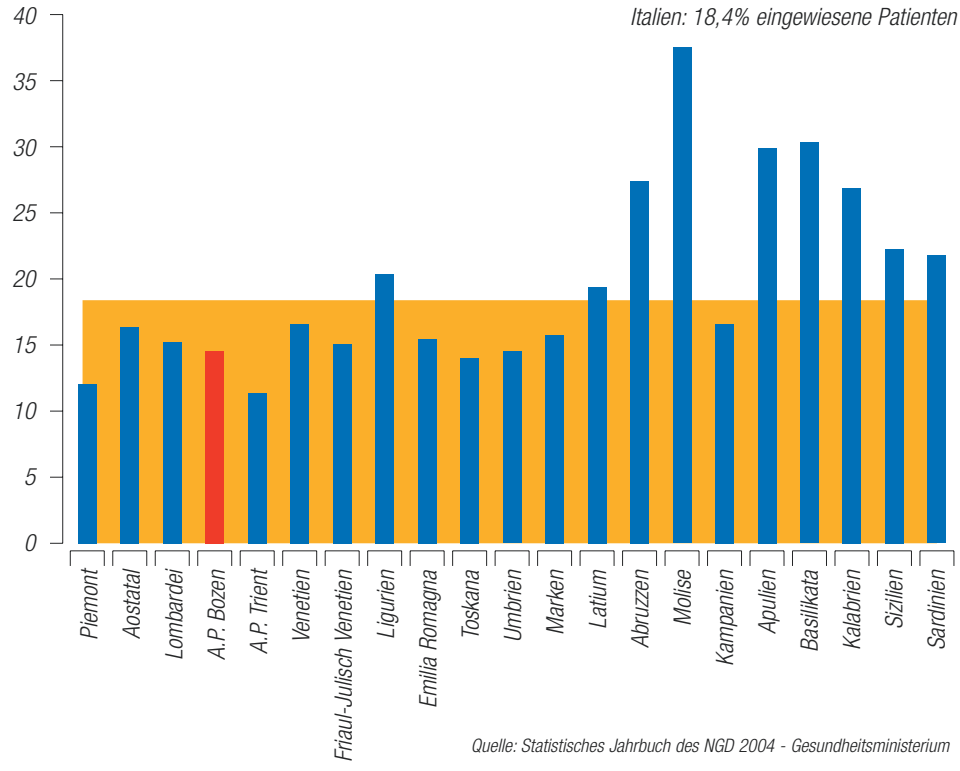
*** Eingeschlossen alle Erste Hilfe-Zugänge von Patienten ohne dringende fachärztliche Visite*

**** Eingeschlossen die nicht dringenden Zugänge (Kontrollvisiten, etc.)*

Quelle: Erste Hilfe-Dienste der Sanitätsbetriebe

In Bezug auf die Zugänge mit einer Einweisung ins Krankenhaus verzeichnen die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: von 20,1% des Krankenhauses Bozen zu 5,2% der Erste Hilfe-Patienten von Bruneck (sowohl traumatologisch als auch chirurgisch). Diese Unterschiede sind zum Teil auch auf die organisatorischen Unterschiede und die verschiedenartigen Datenerfassungsmodalitäten und die Vollständigkeit der Daten der Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

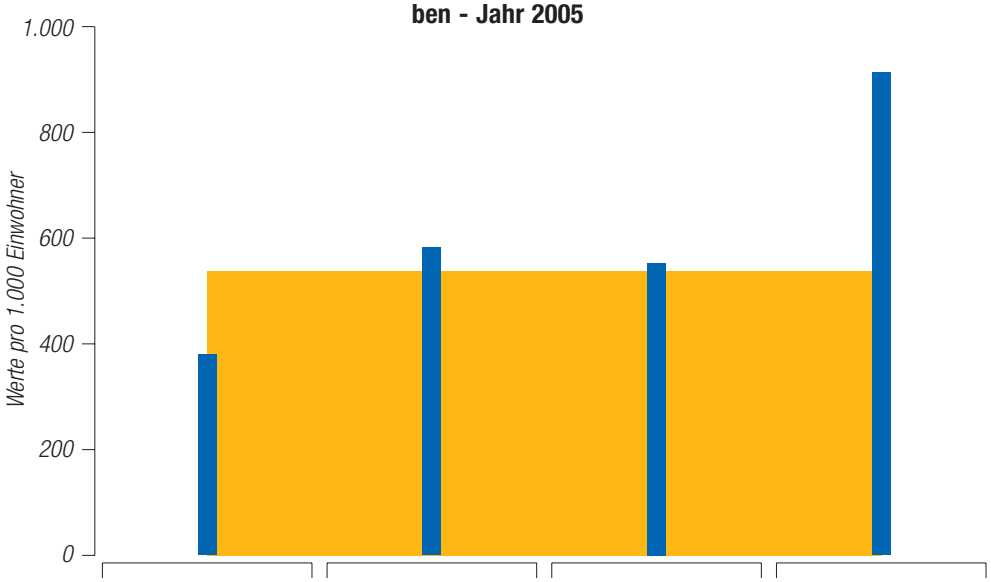
Abbildung 1: **Anteil der eingewiesenen Erste Hilfe-Patienten in den italienischen Regionen - Jahr 2004**



Quelle: Statistisches Jahrbuch des NGD 2004 - Gesundheitsministerium

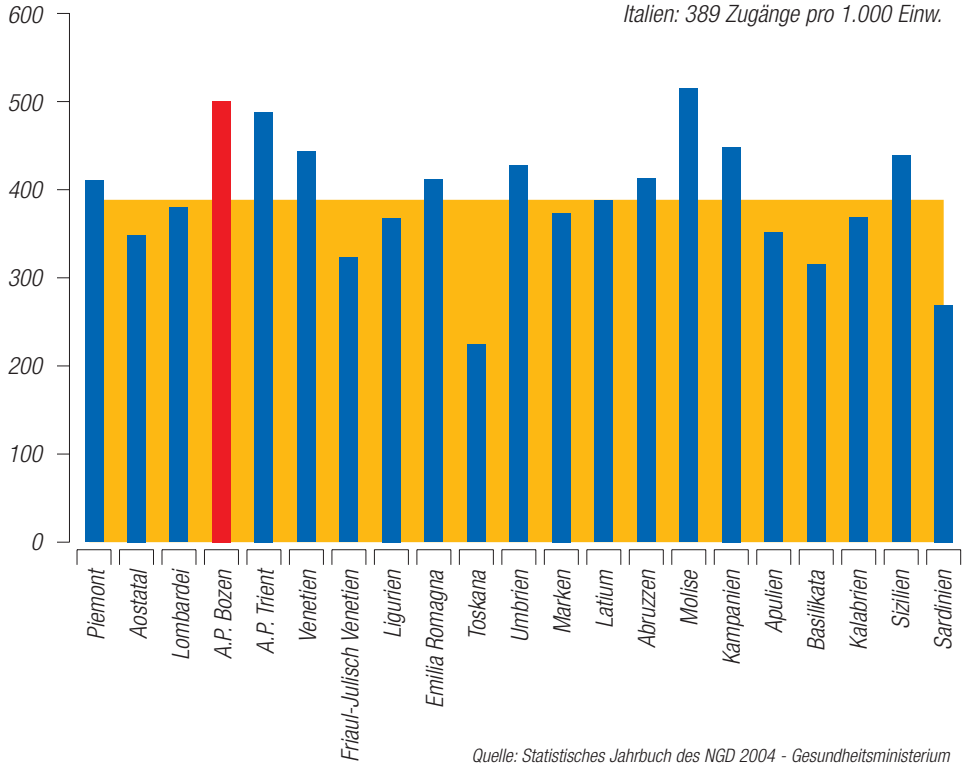
Setzt man die Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten mit den Einwohnern des Landes ins Verhältnis, erhält man einen Indikator, der einen Vergleich der Anfrage an medizinischen Notfallleistungen seitens der Wohnbevölkerung zwischen den vier Sanitätsbetrieben ermöglicht. Da keine Daten über die Zugänge nach Wohnsitz für alle Sanitätsbetriebe vorliegen, wird der Indikator auf der Grundlage aller Zugänge berechnet. Hohe Werte spiegeln somit auch die Zugänge zur Ersten Hilfe seitens der Touristen wider.
Dieser Indikator erreichte auf Landesebene im Jahr 2005 einen Wert von 538,0 Zugängen pro 1.000 Einwohner und liegt somit höher als im Jahr 2004. Der Vergleich mit den anderen italienischen Regionen (Daten 2004 des Gesundheitsministeriums) ergibt für Südtirol Werte über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Abbildung 2: **Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2005**



	SB Bozen	SB Meran	SB Brixen	SB Bruneck
Provinz	538,0	538,0	538,0	538,0
SB	380,1	582,4	552,7	913,0

Abbildung 3: **Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner in den italienischen Regionen - Jahr 2004**



Quelle: Statistisches Jahrbuch des NGD 2004 - Gesundheitsministerium

MEDIZINISCHE EINWEISUNGEN AUS DER ERSTEN HILFE

Im Jahr 2005 wurden 16.079 dringende medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer bis zu 3 Tagen erhoben (KEB-Landesdatenbank). Aufgrund der Dringlichkeit des Aufenthaltes kann angenommen werden, dass er von der Ersten Hilfe kommt und daher kann der Anteil dieser Art von Aufenthalten zu den gesamten Aufenthalten, laut Gesundheitsministerium, als Indikator für die Filterfunktion der Ersten Hilfe verwendet werden. Dieser Indikator nimmt auf Landesebene einen Wert von 62,1 pro 1.000 Zugänge ein und liegt im Krankenhaus Meran mit ca. 43 medizinischen Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen pro 1.000 Zugänge zur Ersten Hilfe am niedrigsten. Die höchsten Werte weisen hingegen die Krankenhäuser Bozen und Schlanders auf (82,0 bzw. 89,2 Aufenthalte pro 1.000 Zugänge).

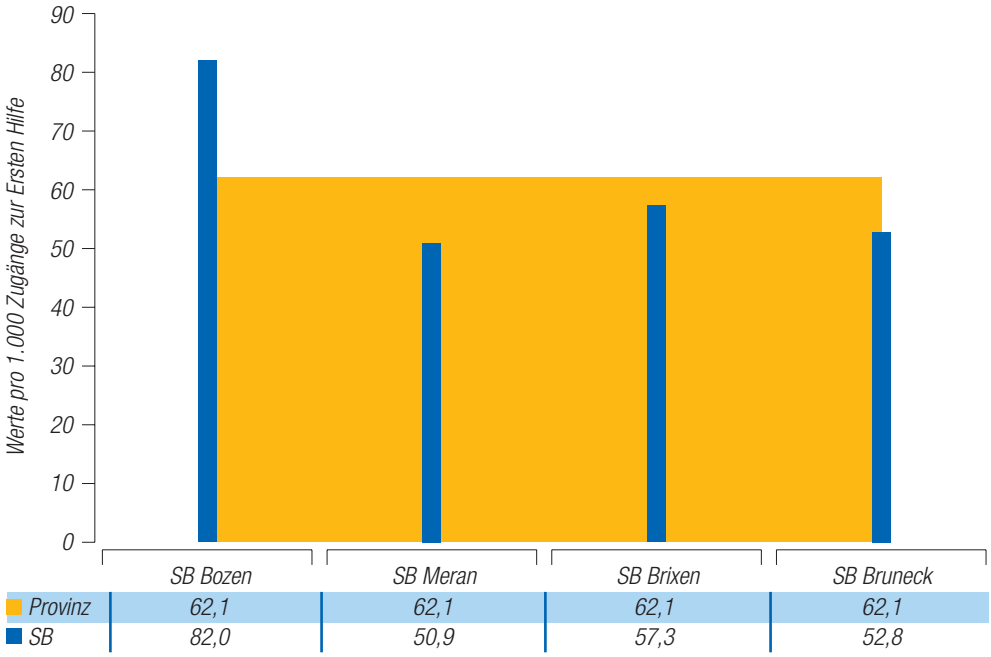
Tabelle 2: **Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen* - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen	6.677	2.574	1.144	1.516	663	2.728	777
Prozentsatz der medizin. Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen an den medizin. Einweisungen aus d. Ersten Hilfe insgesamt	41,3%	36,9%	37,7%	48,1%	55,8%	46,7%	47,4%
Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen an den Zugängen zur Ersten Hilfe insgesamt (pro 1.000)	82,0	42,8	89,2	60,0	51,9	51,2	59,2

**Der Indikator wurde anhand der Informationen der KEB-Datenbank berechnet; als Proxy für die Herkunft aus der Ersten Hilfe wurde die Variable der „Dringlichkeit" des Aufenthalts verwendet*

Quelle: Sanitätsbetriebe – KEB-Archiv

Abbildung 4: **Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen pro 1.000 Zugänge zur Ersten Hilfe - Jahr 2005**



LEISTUNGEN DER ERSTE HILFE-DIENSTE

Folgende Tabelle enthält eine Übersicht über einige der von den Erste Hilfe-Diensten im Laufe des Jahres 2005 erbrachten Leistungen. Sehr häufig erbrachte, aber derzeit nicht gleichmäßig von den Landesdiensten erfassbare Leistungen (zum Beispiel arterielle und venöse Blutentnahmen, Bandagen und einfache Verbände, Injektionen oder Infusionen, etc.) wurden nicht angeführt.

Tabelle 3: **Einige der von den Erste-Hilfe Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser erbrachten Leistungen - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck (chirug. und traumatolog.)	Innichen
Ärztliche Untersuchung	81.449	69.813*	12.829	24.976	12.775	36.632+	13.117
Periphere Anästhesie-behandlung	3.725	5.957	920	4.403	2.350	2.566	1.217
Anlegen von Geräten/ Gipsverbänden	8.645	8.064**	605	4.958	857	6.180	1.324
Nähen	3.864	3.153	920	4.004	1.460	2.253	652
Durchführung kleiner chirurgischer Eingriffe	192	9.281***	-	2.567	580	171	490
Instrumental-diagnostik:							
ECHO	2.420	3.470	74°	118	850	1.266	1.380
EKG	12.435	8.765	2.668	4.091	1.825	865	69
SKOPIEN	34	1.143	23	19	40	48	175
Einfache Wiederbelebung und Defibrillation	95	30	n.d.	12	20	12	3
Impfungen, Tetanusprophy-laxe mit Immunglobulinen	2.324	1.353	n.d.	1.176	755	600	168
Gelenkpunktion	448	325****	83	43	180	834	158
Interkostale Thoraxdrainage	12	20	1	-	28	52	6

** Einschließlich der Beratungsvisiten (nicht als Zugänge gezählt) und ausschließlich der neurologischen, gynäkologischen und augenärztlichen Visiten*
*** Ausschließlich Minerva-Gips*
**** Diese Daten umfassen alle kleinen Eingriffe an EH-Patienten und unterscheiden sich vom Vorjahreswert (2.305 im Jahr 2004) aufgrund der genaueren Erfassung der Leistungen*
***** Ausschließlich Gelenkpunktion wegen Biopsie der Gelenke, Medikamenteninjektion und Arthrographie*
° Unvollständige Daten aufgrund der fehlenden ECHO-Anzahl der endogenen Organe (Abdomen)
+ Einschließlich der nicht dringenden Zugänge
Quelle: Erste Hilfe-Dienste der Sanitätsbetriebe

3.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN IN FORM VON AUFENTHALTEN

Im Jahr 2005 wurden 103.215 Aufenthalte von Akutkranken verzeichnet, davon 77.515 ordentliche Aufenthalte und 25.700 (24,9%) Tagesklinik-Aufenthalte. 94,5% der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern.

Die Landeskrankenanstalten konnten die Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 2.058 Betten für Akutkranke (90,0% in öffentlichen Krankenhäusern) mit 4,3 Betten pro 1.000 Einwohner zufrieden stellen. Dieser Wert liegt über dem Standard von 3,5 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner. Für den Tagesklinik-Betrieb standen 187 Betten zur Verfügung. In den Krankenanstalten waren außerdem 86 Säuglingskrippen vorhanden, 10 davon in den Privatkliniken.

Die Hospitalisierungsrate der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen entsprach 2005 206,6 Aufenthalten von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (155,6 ordentliche Aufenthalte und 51,0 Tagesklinik-Aufenthalte). Trotz der Verminde-

rung um 2,7 gegenüber 2004 liegt die Hospitalisierungsrate noch weit über dem Zielwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner, wie vom nationalen Plan als Ziel für das Jahr 2007 vorgesehen.
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 Ansässigen außerhalb der Provinz, ist 2005, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 3.803 (produzierte Aufenthalte = 103.215, Inanspruchnahme von Aufenthalten durch Ansässige = 99.412).
In Bezug auf die Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit gibt es folgende problematische Aspekte:

- Die Bettenauslastungsrate (75,3% für die öffentlichen und privaten Einrichtungen, 77,4% für die öffentlichen Krankenhäuser) liegt auf Landesebene unter dem vom Gesundheitsplan festgelegten Wert von 80%. In einigen Krankenanstalten weist dieser Indikator auf eine übermäßige Bettenausstattung hin.
- Der Case-mix-Index (0,896) liegt unter dem gesamtstaatlichen Standardwert (1,0).
- Die Organisation der Versorgung ist teilweise noch sehr unangemessen, vor allem in Bezug auf den Tagesklinik-Betrieb: die Inzidenz der „angemessenen" Tagesklinik-Aufenthalte ist (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003) niedrig.

Betrachtet man alle genannten Punkte, ergibt sich eine Situation, die durch die Umsetzung der vom Landesgesundheitsplan 2000-2002 vorgeschriebenen Bestimmungen folgendermaßen verbessert werden kann:

- Kohärente Anpassung des Personalbestandes der Krankenhäuser durch Verminderung der Bettenanzahl.
- Verstärkte Umwandlung der ordentlichen Aufenthalte in Tagesklinik-Aufenthalte sowie Ausbau der zum Krankenhausaufenthalt alternativen Aufenthaltsformen.
- Reduzierung der Unangemessenheit auch durch immer strengere Kontrollen.
- Erhöhung der Bettenauslastungsrate.
- Reduzierung der passiven Mobilität durch Anpassung der Leistungen und Steigerung der wahrgenommenen und technisch-beruflichen Qualität.
- Neuorganisation der Krankenhausproduktion durch die verstärkte Einführung der Departements.

Die Krankenhausversorgung von Akutkranken wird in der Autonomen Provinz Bozen von den vier Sanitätsbetrieben über die öffentlichen und privaten Krankenanstalten gewährleistet.
Die Landeskrankenanstalten gliedern sich in öffentliche Krankenhäuser, Privatkliniken und einer Pflegestätte.

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

ÖFFENTLICHE KRANKENHÄUSER

Die öffentlichen Krankenhäuser teilen sich wie folgt auf die Sanitätsbetriebe auf:

Sanitätsbetrieb Bozen:

- Zentralkrankenhaus Bozen

Sanitätsbetrieb Meran:

- Schwerpunktkrankenhaus Meran
- Krankenhaus für die Grundversorgung Schlanders

Sanitätsbetrieb Brixen:

- Schwerpunktkrankenhaus Brixen
- Krankenhaus für die Grundversorgung Sterzing

Sanitätsbetrieb Bruneck:

- Schwerpunktkrankenhaus Bruneck
- Krankenhaus für die Grundversorgung Innichen.

PRIVATKLINIKEN

Die Privatkliniken werden normalerweise von Privatpersonen geführt. Einige wurden vorläufig akkreditiert und in den Haushaltsvoranschlag des Gesundheitswesens aufgenommen, wobei die Kosten vom Landesgesundheitsdienst übernommen werden. In diesen erhält der Patient die Leistungen kostenlos, und der Privatklinik wird der einschlägige Tarif für die DRG, die dem Aufenthalt zugeordnet wird, vergütet.

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

Derzeit arbeiten folgende Privatkliniken in Südtirol:

Sanitätsbetrieb Bozen:

- „Marienklinik“
- Privatklinik „L. Bonvicini” (vorläufig akkreditiert für die Rehabilitation und die post-akute Langzeitpflege)
- Privatklinik „Villa Melitta” (vorläufig akkreditiert für die Rehabilitation und die post-akute Langzeitpflege)
- Pflegestätte Sarnthein

Sanitätsbetrieb Meran:

- Privatklinik „Villa St. Anna” (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Medizin)
- Privatklinik „Martinsbrunn“.

AUFENTHALTE VON AKUTKRANKEN

Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums[1] gelten als Akutkranke die Fälle, die aus anderen Abteilungen als Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen, d.h. die Neugeborenen, die in die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ eingeordnet werden können.

Die vorliegenden Daten sind das Ergebnis der Datenverarbeitung des Landesarchivs der Krankenhausaufenthalte vom 12.04.2006.

3.2.1. Betten für Akutkranke

In den Landeseinrichtungen stehen insgesamt 2.058 Betten für Akutkranke (4,3 pro 1.000 Einwohner) und 86 Säuglingskrippen zur Verfügung.

[1] *Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte – Gesundheitsministerium*

Tabelle 4: **Betten für Akutkranke (ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) in den Krankenanstalten nach Art, einschließlich der Betten in der Säuglingskrippe - Jahr 2005**

Krankenanstalten	Betten für ordentliche Aufenthalte			TK-Betten	Insgesamt
	Öffentliche*	akkr. Private	nicht akkr. Private		
Krankenhaus Bozen	771	-	-	75**	846
Krankenhaus Meran	324	-	-	26	350
Krankenhaus Brixen	217	-	-	23	240
Krankenhaus Bruneck	208°	-	-	24	232
Krankenhaus Schlanders	111°°	-	-	6	117
Krankenhaus Sterzing	68	-	-	10	78
Krankenhaus Innichen	66	-	-	9	75
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	**1.765**	**-**	**-**	**173**	**1.938**
Marienklinik	-	-	98	14	112
PK St. Anna	-	45	11	-	56
PK Martinsbrunn	-	-	18	-	18
Pflegestätte Sarnthein	-	20***	-	-	20
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**-**	**65**	**127**	**14**	**206**
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	**1.765**	**65**	**127**	**187**	**2.144**

** Einschließlich der Betten in der Säuglingskrippe: 15 in Bozen, 20 in Meran, 10 in Brixen, 10 in Bruneck, 8 in Schlanders, 7 in Sterzing, 6 in Innichen und 10 in der Marienklinik*

° Die Betten in der Abteilung Augenheilkunde wurden ab Mai an den Wochenenden nicht benutzt

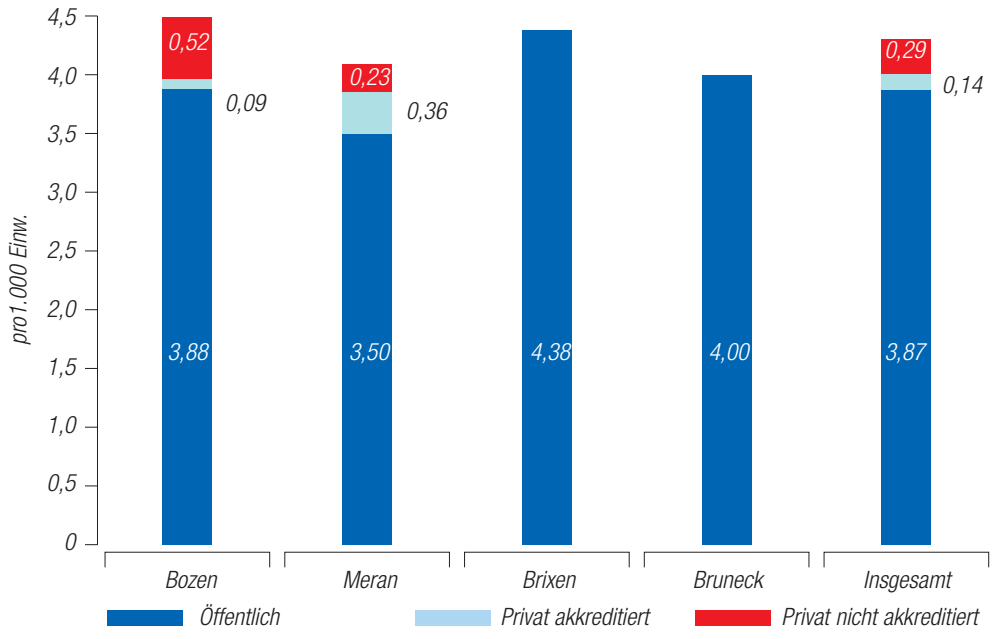
°° Ab dem 18.10.2005 wurden die Betten von 27 auf 32 in der Allgemeinen Chirurgie erhöht und von 16 auf 14 in der Geburtshilfe und Gynäkologie, von 7 auf 5 in der Pädiatrie und von 8 auf 6 in der Säuglingskrippe reduziert; ab dem 15.05.2005 wurden die Betten in der Allgemeinen Medizin von 59 auf 53 und ab dem 18.10.2005 von 53 auf 50 reduziert

*** Am 23.05.2005 wurde 1 Bett in der Abteilung Kardiologie und am 08.03.2005 wurde 1 Bett in der Neurochirurgie eingerichtet*

**** Seit April 2005 auf 15 Betten reduziert* *Quelle: Sanitätsbetriebe*

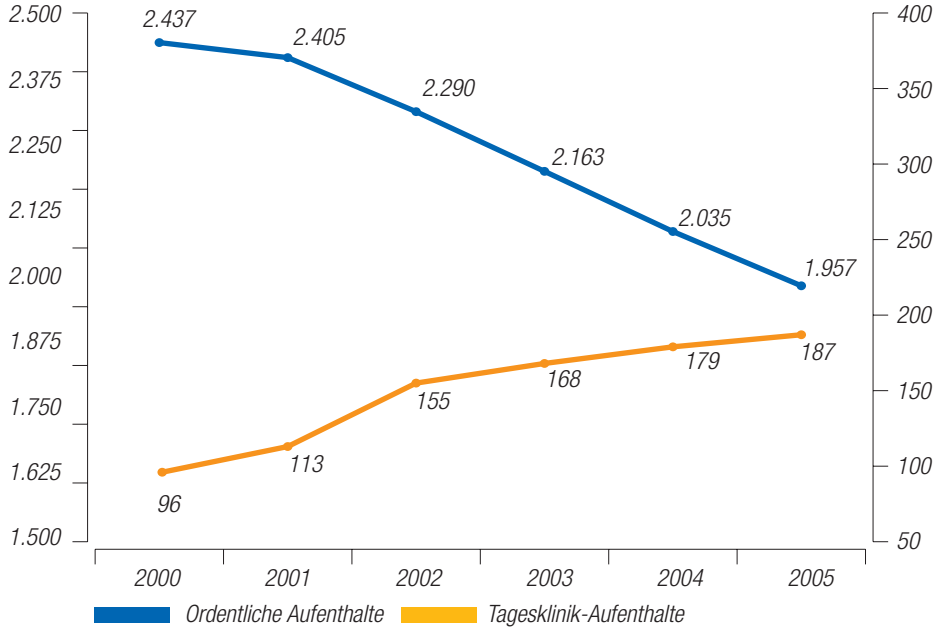
Die von den Sanitätsbetrieben gelieferten Daten (siehe Tabelle) geben die Durchschnittswerte des Jahres 2005 wieder. Die Bettenausstattung änderte sich im Laufe der Jahre gemäß Aufenthaltsbedarf (siehe Fußnoten).

Abbildung 5: **Betten für Akutkranke (Säuglingskrippen eingeschlossen) (ordentl. Aufenthalte und TK-Auftenhalte) pro 1.000 Einwohner in den Krankenanstalten - Jahr 2005**



Die Bettenausstattung für Akutkranke (Säuglingskrippen ausgeschlossen) beträgt in der Provinz Bozen 4,3 Betten pro 1.000 Einwohner und liegt noch über dem Zielwert von 3,5 Betten für Akutkranke pro 1.000, der innerhalb 2007[2] erreicht werden soll.

Abbildung 6: **Betten für Akutkranke (Säuglingskrippen eingeschlossen) (ordentl. Aufenthalte und TK-Auftenhalte) pro 1.000 Einwohner in den Krankenanstalten - Jahre 2000-2005**



Insgesamt gibt es 1.957 Betten für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken (Säuglingskrippen eingeschlossen), 90,2% davon in öffentlichen Einrichtungen. In den Privatkliniken stehen insgesamt 192 Betten (Säuglingskrippen eingeschlossen) zur Verfügung (9,8% der Gesamtbettenanzahl), die sich ausschließlich in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran befinden. In den öffentlichen und privaten Einrichtungen stehen für den Tagesklinik-Betrieb insgesamt 187 Betten zur Verfügung, was 8,7% der Betten für Akutkranke in der Provinz entspricht, also 0,39 pro 1.000 Einwohner.
Schließt man die Säuglingskrippen aus, sind pro 1.000 Einwohner 3,9 Betten für Akutkranke in öffentlichen Einrichtungen und 0,41 Betten für Akutkranke in privaten Einrichtungen vorhanden.

[2] *Arbeitsgruppe für die Beziehungen zwischen Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen – März 2005*

Tabelle 5: **Betten für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser, Säuglingskrippen eingeschlossen – Jahr 2005**

Kod.	Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Brun-eck	Schlan-ders	Sterzing	Innichen	Insge-samt
5100	Beobachtungsstation	18	-	-	-	-	-	-	18
800	Kardiologie	21	10	-	-	-	-	-	31
900	Allgemeine Chirurgie	-	37	10	38	27	24	24	160
901	Chirurgie 1	36	-	-	-	-	-	-	36
902	Chirurgie 2	35	-	-	-	-	-	-	35
1100	Kinderchirurgie	12	-	-	-	-	-	-	12
1400	Gefäßchirurgie	31	-	8	-	-	-	-	39
5200	Dermatologie	14	3	-	4	-	-	-	21
1800	Hämatologie	18	-	-	-	-	-	-	18
5800	Gastroenterologie	22	-	-	-	-	-	-	22
2100	Geriatrie	62	37	-	-	-	-	-	99
2400	Infektions- u. Tropenkrankh.	17	-	-	-	-	-	-	17
2600	Allgemeine Medizin	-	48	-	47	53	21	20	189
2601	Medizin 1	71	-	36	-	-	-	-	107
2602	Medizin 2	61	-	19	-	-	-	-	80
2900	Nephrologie	15	-	-	-	-	-	-	15
3000	Neurochirurgie	21	-	-	-	-	-	-	21
3200	Neurologie	24	14	-	-	-	-	-	38
3100	Säuglingskrippe	15	20	10	10	8	7	6	76
3400	Augenheilkunde	6	5	-	9	-	-	-	20
3600	Orthopädie und Traumatologie	62	50	51	47	-	-	-	210
3700	Geburtshilfe und Gynäkologie	40	37	22	22	16	11	11	159
3800	HNO	24	11	14	-	-	-	-	49
3900	Pädiatrie	23	14	13	12	7	5	5	79
6800	Pneumologie	25	-	-	-	-	-	-	25
4000	Psychiatrie	24	9	16	13	-	-		62
4900	Intensivtherapie	17	8	6	6	-	-	-	37
7300	Intensivtherapie f. Säuglinge	24	-	-	-	-	-	-	24
5000	Koronareinheit	8	5	-	-	-	-	-	13
4300	Urologie	25	16	12	-	-	-	-	53
BETTEN F. AKUTKRANKE INSGES.		**771**	**324**	**217**	**208°**	**111°°**	**68**	**66**	**1.765**

** Abteilung Augenheilkunde wurden ab Mai an den Wochenenden nicht benutzt*

°° Ab dem 18.10.2005 wurden die Betten von 27 auf 32 in der Allgemeinen Chirurgie erhöht und von 16 auf 14 in der Geburtshilfe und Gynäkologie, von 7 auf 5 in der Pädiatrie und von 8 auf 6 in der Säuglingskrippe reduziert; ab dem 15.05.2005 wurden die Betten in der Allgemeinen Medizin von 59 auf 53 und ab dem 18.10.2005 von 53 auf 50 reduziert

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 6: **Betten für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser - Jahr 2005**

Kod.	Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Brun-eck	Schlan-ders	Sterzing	Innichen	Insg.
0900	Allgemeine Chirurgie	-	4	4	2	2	4	3	19
0901	Chirurgie 1	1	-	-	-	-	-	-	1
0902	Chirurgie 2	3	-	-	-	-	-	-	3
1100	Kinderchirurgie	2	-	-	-	-	-	-	2
1400	Gefäßchirurgie	1	-	2	-	-	-	-	3
5200	Dermatologie	2	1	-	1	-	-	-	4
1800	Hämatologie	1	-	-	-	-	-	-	1
5800	Gastroenterologie	4	-	-	-	-	-	-	4
2100	Geriatrie	15	-	-	-	-	-	-	15
1900	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten	3	-	-	-	-	-	-	3
2400	Infektions- und Tropenkrankheiten	1	-	-	-	-	-	-	1
2600	Allgemeine Medizin	-	2	-	4	2	3	4	15
2601	Medizin 1	1	-	5	-	-	-	-	6
2602	Medizin 2	1	-	-	-	-	-	-	1
2900	Nephrologie	1	-	-	-	-	-	-	1
3200	Neurologie	5	1	-	1	-	-	-	7
3400	Augenheilkunde	6	4	-	4	-	-	-	14
6400	Onkologie	4	-	-	-	-	-	-	4
3600	Orthopädie und Traumatologie	1	4	4	2	-	-	-	11
3700	Geburtshilfe und Gynäkologie	4	3	3	7	1	1	1	20
3800	HNO	2	2	1	-	-	-	-	5
3900	Pädiatrie	6	2	1	2	1	2	1	15
6800	Pneumologie	1	-	-	-	-	-	-	1
4000	Psychiatrie	6	1	1	1	-	-	-	9
5000	Koronareinheit	-	1	-	-	-	-	-	1
4300	Urologie	2	1	2	-	-	-	-	5
800	Kardiologie	1	-	-	-	-		-	1
3000	Neurochirurgie	1	-	-	-	-		-	1
BETTEN F. AKUTKRANKE INSGES.		**75***	**26**	**23**	**24**	**6**	**10**	**9**	**173**

** Am 23.05.2005 wurde 1 Bett in der Kardiologie und am 08.03.2005 wurde 1 Bett in der Neurochirurgie eingerichtet*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 7: **Betten für ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der Privatkliniken – Jahr 2005**

Kod.	Abteilung	Pflege-stätte Sarnstein akkr.	Marienklinik nicht akkreditiert		St. Anna		Martins.-brunn nicht akkr.	Insgesamt	
			ord. Auf.	TK-Auf.	akkr.	nicht akkr.		akkr.	nicht akkr.
0900	Allgemeine Chirurgie	-	9	1	-	11	-	-	21
1400	Gefäßchirurgie	-	6	2	-	-	-	-	8
2600	Allgemeine Medizin	20	28	1	45	-	18	65	47
3100	Säuglingskrippe	-	10	-	-	-	-	-	10
3400	Augenheilkunde	-	1	5	-	-	-	-	6
3500	Zahnheilkunde u. Stomatologie	-	3	-	-	-	-	-	3
3600	Orthopädie u. Traumatologie	-	24	1	-	-	-	-	25
3700	Geburtshilfe u. Gynäkologie	-	8	2	-	-	-	-	10
3800	HNO	-	3	1	-	-	-	-	4
4300	Urologie	-	6	1	-	-	-	-	7
BETTEN F. AKUTKRANKE INSGES.		**20***	**98**	**14**	**45**	**11**	**18**	**65**	**141**

** Seit April 2005 auf 15 Betten reduziert*

Quelle: Privatkliniken

AUFENTHALTE VON NEUGEBORENEN

3.2.2. Aufenthalte von gesunden Neugeborenen

Die Erfassung der Krankenhausaufenthalte von Neugeborenen erfolgte seit jeher anhand der KEB (Krankenhausentlassungsbögen) , wobei jedoch die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe nicht berücksichtigt werden mussten. Mit Ministerialdekret vom 30.06.1997 wurde die Erhebungspflicht auch auf die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe ausgedehnt.

Als gesunde Neugeborene gelten die in den Krankenhäusern anwesenden Neugeborenen, die der DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener" zugeordnet werden können. Außerdem wurden die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe als Untergruppe der gesunden, 0 Tage alten (Geburtsdatum gleich Aufnahmedatum) und in der Aufenthaltseinrichtung geborenen Neugeborenen klassifiziert.

Tabelle 8: **Gesunde Neugeborene (Alter 0-28 Tage) in den öffentlichen und privaten Einrichtungen der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Neugeb. 0 Tage	Neugeb. 1-28 Tage	Aufenthaltstage
Krankenhaus Bozen	1.234	14	4.104
Krankenhaus Meran	517	12	2.018
Krankenhaus Brixen	463	9	1.872
Krankenhaus Bruneck	419	5	2.012
Krankenhaus Schlanders	299	4	1.428
Krankenhaus Sterzing	485	-	1.945
Krankenhaus Innichen	181	1	943
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**3.598**	**45**	**14.322**
Marienklinik	248	1	1.273
PK St. Anna	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**248**	**1**	**1.273**
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	**3.846**	**46**	**15.595**

Quelle: Sanitätsbetriebe

In den Einrichtungen der Autonomen Provinz Bozen wurden im Jahr 2005 insgesamt 5.603 Kinder geboren, 3.846 (68,5%) (Italien 2003 72,4%) wurden gesund geboren oder wurden Diagnoseuntersuchungen unterzogen, die jedenfalls zur Diagnose des unauffälligen Neugeborenen und zur Zuweisung zur DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener" geführt haben. Die Zahl der Aufenthalte von Neugeborenen im Alter von 1-28 Tagen betrug hingegen 46.

3.2.3. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken

In diesem Kapitel wird die Versorgung von Akutkranken in Form ordentlicher Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen beschrieben.

Dafür werden sowohl klassische Indikatoren (durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Bettenauslastungsrate, Turnover-Intervall, Rotationsindex der Betten) verwendet, die sich nur auf die Zahl der berücksichtigten Ereignisse beziehen, als auch Indikatoren nach dem Kriterium der DRG-Aufenthalte (durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit, durchschnittliches DRG-Gewicht pro Aufenthalt, durchschnittlicher Landestarif pro Aufenthalt, Case-mix-Index und Vergleichsindex Performance), welche die Komplexität der Fälle, die nach dem DRG-Kriterium bewertet wurden, berücksichtigen.

Maßeinheiten für die Erhebung:

a) **Krankenhausaufenthalt** (oder Entlassung): gesamtes Aufenthaltsereignis ab dem Augenblick der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung aus der Krankenanstalt.

b) **Abteilungsaufenthalt:** Aufenthalt in einer Abteilung ab dem Augenblick des Eingangs des Patienten in die Abteilung durch Aufnahme oder Verlegung aus einer anderen Abteilung bis zum Verlassen der Abteilung wegen Verlegung in eine andere Abteilung oder Entlassung.

KRANKENHAUS-AUFENTHALT UND ABTEILUNGSAUFENTHALT

Im Falle eines Aufenthaltes ohne interne Verlegung fallen die beiden Einheiten zusammen; bei internen Verlegungen desselben Krankenhausaufenthalts ergibt sich 1 Krankenhausaufenthalt mit zwei oder mehreren Abteilungsaufenthalten, je nach Anzahl der stattgefundenen Verlegungen. Die Einheit des Abteilungsaufenthalts dient der Planung der Tätigkeiten und der Betriebskontrolle (Anwendung der Budgetmethodik).

Die ordentliche Aufenthaltstätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

ORDENTLICHE AUFENTHALTSTÄTIGKEIT JEDER KRANKENANSTALT

Die Berechnung der klassischen Indikatoren, auf der Grundlage der nach den zwei Erfassungseinheiten definierten Aufenthalte, bringt keine Schwierigkeiten mit sich. Bei der Auslegung der Ergebnisse muss natürlich auch die Art der jeweiligen Einheit berücksichtigt werden.

KLASSISCHE INDIKATOREN DER KRANKENHAUSEFFIZIENZ

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist die durchschnittliche Zeit, die ein Patient in der jeweiligen Abteilung oder Einrichtung verbringt; sie wird berechnet, indem die Aufenthaltstage der Patienten durch die Anzahl der Aufenthalte geteilt werden.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

Die Bettenauslastungsrate ist der Zeitanteil, in dem ein Bett während eines Jahres durchschnittlich genutzt wird.

BETTENAUSLASTUNGS-RATE

Das Turnover-Intervall ist die durchschnittliche Zeit, die zwischen der Entlassung eines Patienten aus einem Bett und der Aufnahme des nächsten Patienten verstreicht.

TURNOVER-INTERVALL

Der Rotationsindex der Betten ist die durchschnittliche Anzahl von Patienten, die im Laufe eines Jahres dasselbe Bett belegen.

ROTATIONSINDEX

Die Indikatoren, die sich auf die DRG-Klassifikation der Aufenthalte stützen, benützen für die Einheit Krankenhausaufenthalt (Entlassung) festgelegte Gewichts- und Tariftabellen. Diese Indikatoren werden somit immer auf die Krankenhausaufenthalte bezogen.

INDIKATOREN FÜR DIE DRG-KLASSIFIKATION DER AUFENTHALTE

Durch die Gewichtung der produzierten Krankenhausaufenthalte mit dem Gewicht der entsprechenden DRG[3] erhält man die äquivalente DRG-Produktion der Krankenhausaufenthalte.

ÄQUIVALENTE DRG-PRODUKTION DER KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Teilt man die Gesamtanzahl der Aufenthaltstage durch die äquivalente DRG-Produktion der Krankenhausaufenthalte, erhält man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalenten DRG-Aufenthalt.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER PRO ÄQUIVALENTEN DRG-KRANKENHAUSAUFENTHALT

Teilt man die äquivalente DRG-Produktion der Aufenthalte durch die Anzahl der effektiv produzierten Aufenthalte, erhält man das durchschnittliche DRG-Gewicht pro Krankenhausaufenthalt.

DURCHSCHNITTLICHES DRG-GEWICHT PRO AUFENTHALTSEINHEIT

Wendet man auf die einzelnen Krankenhausaufenthalte den entsprechenden DRG-Tarif des Aufenthalts gemäß Landestarifverzeichnis an, erhält man den Gesamttarifwert der Produktion von Krankenhausaufenthalten.

TARIFWERTE DER PRODUKTION VON KRANKENHAUSAUFENTHALTEN

[3] *Das System der Gewichte ist das offiziell im Landestarifverzeichnis (Beschluss der Landesregierung Nr. 2797 vom 27.08.01) angenommene.*

DURCHSCHNITTLICHER LANDESTARIF PRO KRANKENHAUSAUFENTHALT

Teilt man den Tarifwert der Produktion durch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, erhält man den durchschnittlichen Landestarif pro Krankenhausaufenthalt.

CASE-MIX-INDEX

Der Case-mix-Index ergibt sich, wenn man das durchschnittliche äquivalente DRG-Gewicht des Krankenhausaufenthalts der jeweiligen Abteilung durch das äquivalente durchschnittliche Gewicht des Krankenhausaufenthalts einer typischen Aufenthaltsbevölkerung, z. B. der nationalen, teilt[4].

VERGLEICHSINDEX PERFORMANCE

Der Vergleichsindex Performance ist das Verhältnis zwischen der durchschnittlichen äquivalenten DRG-Aufenthaltsdauer einer Produktionseinheit und dem entsprechenden Wert der äquivalenten DRG-Aufenthaltsdauer einer typischen Aufenthaltsbevölkerung, z.B. der nationalen.

ORDENTLICHE AUFENTHALTE VON AKUTKRANKEN

Im Laufe des Jahres 2005 wurden 77.515 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in Krankenanstalten der Autonomen Provinz Bozen verzeichnet, die insgesamt 521.732 Aufenthaltstage umfassten. 94,9% der Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und bezogen sich auf 92,8% aller Aufenthaltstage. 40,8% aller Krankenhausaufenthalte betrafen Krankenanstalten im Gebiet des Sanitätsbetriebs Bozen, 37,4% davon das Zentralkrankenhaus Bozen.

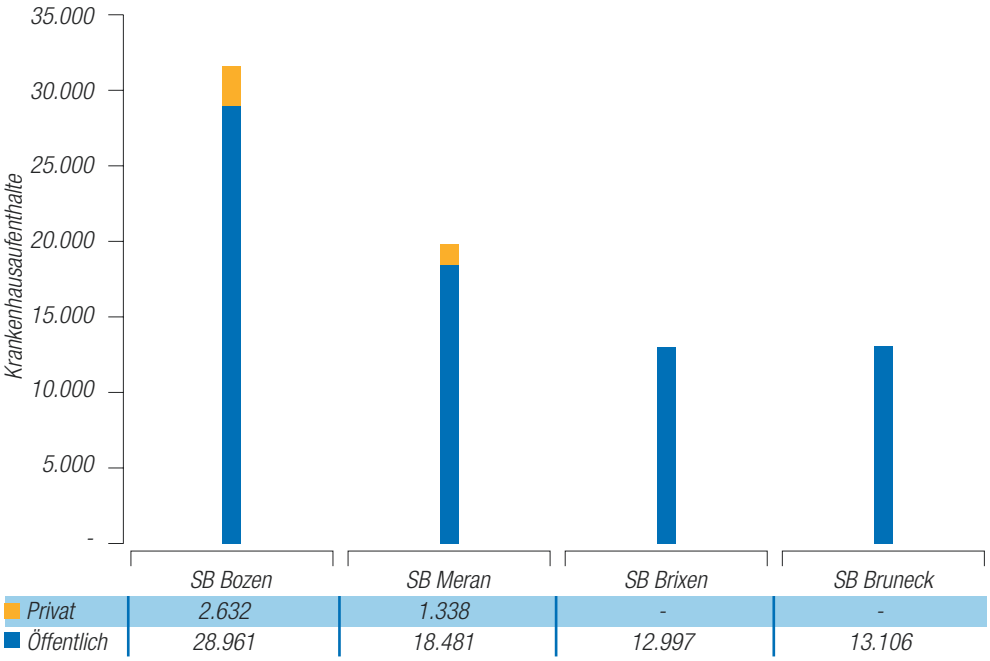
Tabelle 9: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte (ausgeschlossen Säuglingskrippen) und Aufenthaltstage nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

Krankenanstalt	*Krankenhausaufenthalte*	*Aufenthaltstage*
Krankenhaus Bozen	*28.961*	*212.310*
Krankenhaus Meran	*14.203*	*94.526*
Krankenhaus Brixen	*9.979*	*61.438*
Krankenhaus Bruneck	*10.413*	*58.865*
Krankenhaus Schlanders	*4.278*	*28.063*
Krankenhaus Sterzing	*3.018*	*14.255*
Krankenhaus Innichen	*2.693*	*14.883*
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	***73.545***	***484.340***
Marienklinik	*2.449*	*16.127*
PK St. Anna	*1.241*	*14.337*
PK Martinsbrunn	*97*	*1.758*
Pflegestätte Sarnthein	*183*	*5.170*
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	***3.970***	***37.392***
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	***77.515***	***521.732***

Quelle: Sanitätsbetriebe

[4] Die nationalen und Landessysteme der DRG-Gewichte stimmen nicht überein. Der Case-mix-Index der Produktion von Krankenhausaufenthalten einer Landesproduktionseinheit ist jedoch erhältlich, indem das durchschnittliche DRG-Gewicht der Produktionseinheit durch das durchschnittliche Gewicht der nationalen Produktion geteilt wird, die als Standard-Bevölkerung angesehen wird.

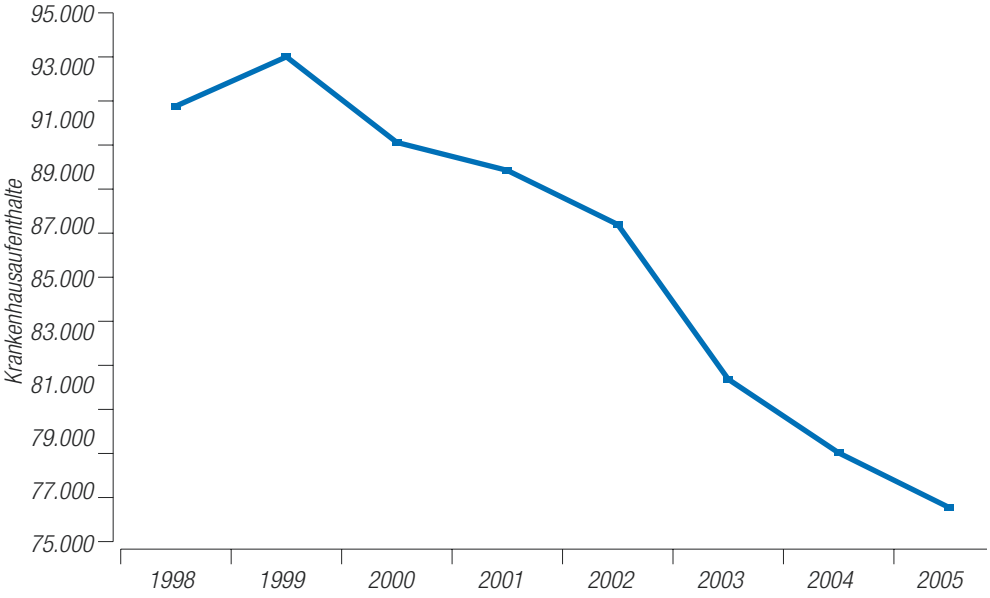
Abbildung 7: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in öffentlichen und privaten Krankenanstalten nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



	SB Bozen	SB Meran	SB Brixen	SB Bruneck
Privat	2.632	1.338	-	-
Öffentlich	28.961	18.481	12.997	13.106

Die ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Landeskrankenhäusern verzeichneten bis 1999 einen Zuwachs (1999 wurden 94.004 Krankenhausaufenthalte produziert); ab 2000 nahm die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den öffentlichen Einrichtungen laufend ab. In den letzten Jahren betrug der Rückgang rund 4,0%, zwischen 2004 und 2005 3,3%.

Abbildung 8: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Krankenanstalten, Jahre 1998-2005**

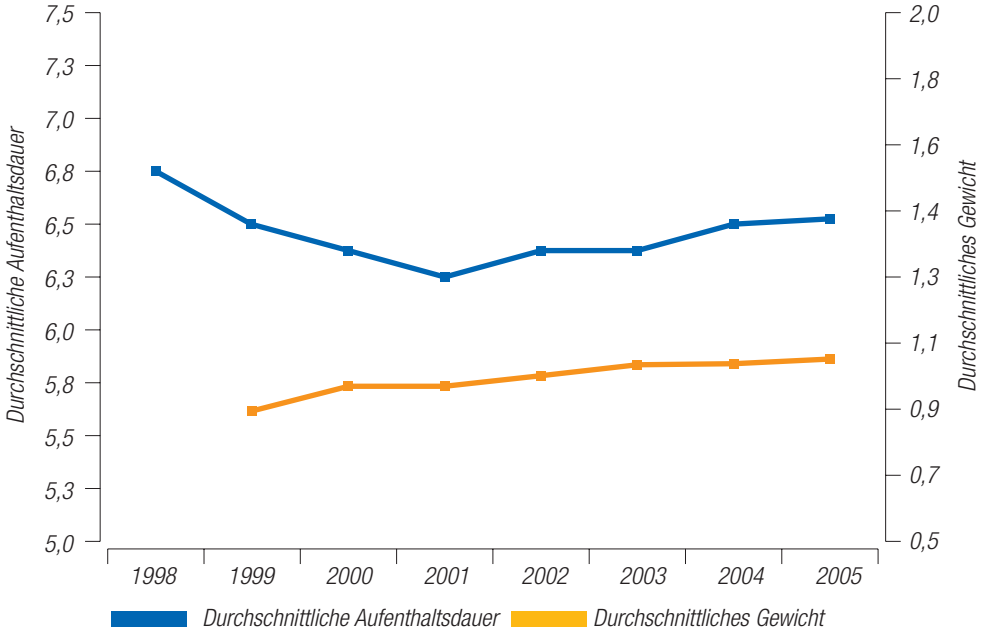


Seit 2003 werden die gesunden Neugeborenen nicht mehr eingeschlossen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeseinrichtungen, bei der auch die gesunden Neugeborenen für einen Vergleich mit den Vorjahren berücksichtigt

werden, verzeichnete einen leichten Rückgang von 6,8 Tagen im Jahr 1998 auf 6,4 im Jahr 2003 und einen erneuten Anstieg auf 6,6 im Jahr 2005.

Abbildung 9: **Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und durchschnittliches Gewicht der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenanstalten, Jahre 1998-2005**



Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (gesunde Neugeborene ausgeschlossen) beträgt für das Jahr 2005 6,7 Tage und entspricht somit den Vorjahres- und gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2003 (6,7 Tage).

INDIKATOREN DER EFFIZIENZ

Insgesamt waren die Betten zu 75,3% der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 41,7 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 2,2 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

Tabelle 10: **Indikatoren der Effizienz der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten, Krankenhausaufenthalte - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durchschn. AD	Auslastungs-rate %*	Turnover-Intervall*	Rotations-index*
Krankenhaus Bozen	7,3	76,9	2,2	39,2
Krankenhaus Meran	6,7	81,6	1,5	45,5
Krankenhaus Brixen	6,2	79,9	1,5	48,2
Krankenhaus Bruneck	5,7	80,3	1,4	52,2
Krankenhaus Schlanders	6,6	72,1	2,5	40,9
Krankenhaus Sterzing	4,7	65,3	2,5	51,5
Krankenhaus Innichen	5,5	65,7	2,9	43,6
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**6,6**	**77,4**	**1,9**	**43,7**
Marienklinik	6,6	48,6	6,8	27,5
PK St. Anna	11,6	70,1	4,9	22,2
PK Martinsbrunn	18,1	26,8	49,6	5,4
Pflegestätte Sarnthein	28,3	87,2	4,1	11,3
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**9,4**	**56,3**	**7,1**	**22,4**
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	**6,7**	**75,3**	**2,2**	**41,7**

** Bei der Berechnung wurden die Aufenthalte und die Aufenthaltstage, einschließlich jener der gesunden Neugeborenen, und die im effektiven Tätigkeitszeitraum belegten Betten, einschließlich der Säuglingskrippen, berücksichtigt; die Aufenthalte der gesunden Neugeborenen belaufen sich auf 3.892*

Quelle: Sanitätsbetriebe

ABTEILUNGS-VERLEGUNGEN

Den 77.515 Krankenhausaufenthalten entsprechen 82.427 ordentliche Abteilungsaufenthalte, 95,2% davon in den öffentlichen Krankenhäusern. Die Differenz ergibt sich aus den 4.912 Abteilungsverlegungen in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. In 3.431 Krankenhausaufenthalten ergab sich mindestens 1 Abteilungsverlegung.

Tabelle 11: **Abteilungsverlegungen und Anzahl der betroffenen ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Verlegungen	Aufebnthalte mit Verlegungen	Verlegungen insgesamt	% der Aufenthalte mit Verlegungen
1	2.277	2.277	3,096
2	946	1.892	1,286
3	131	393	0,178
4	53	212	0,072
5	12	60	0,016
6	9	54	0,012
7	1	7	0,001
8	1	8	0,001
9	1	9	0,001
INSGESAMT	**3.431**	**4.912**	**4,665**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Auf der Grundlage des DRG-Systems, das die Aufenthalte klassifiziert, ist es möglich, die Aufenthaltsproduktion der Krankenhäuser in äquivalenten Einheiten zu bemessen und zu vergleichen, indem jedem Aufenthalt das entsprechende Gewicht zugeordnet wird.

Tabelle 12: **Indikatoren nach dem DRG-Kriterium der ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den öffentlichen Landeskrankenhäusern – Jahr 2005**

Krankenhäuser	Äquival. DRG-Aufenthalte	Äquival. druchschn. AD	Durchschn. Gewicht pro Aufent.	Durchschn. Landestarif (Euro)	Case-mix-Index*	Vergleichs-index Performance**
Krankenhaus Bozen	34.949	6,1	1,21	3.283,77	0,989	1,11
Krankenhaus Meran	15.661	6,0	1,10	2.729,70	0,904	1,10
Krankenhaus Brixen	11.187	5,5	1,12	2.786,77	0,919	1,00
Krankenhaus Bruneck	9.888	6,0	0,95	2.348,86	0,778	1,08
Krankenhaus Schlanders	3.820	7,3	0,89	2.083,39	0,732	1,34
Krankenhaus Sterzing	2.492	5,7	0,83	1.926,40	0,677	1,04
Krankenhaus Innichen	2.378	6,3	0,88	2.059,30	0,724	1,14
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**80.375**	**6,0**	**1,09**	**2.806,60**	**0,896**	**1,10**

* Berechnet mit dem durchschnittlichen Gewicht in Italien im Jahr 2003 von 1,22

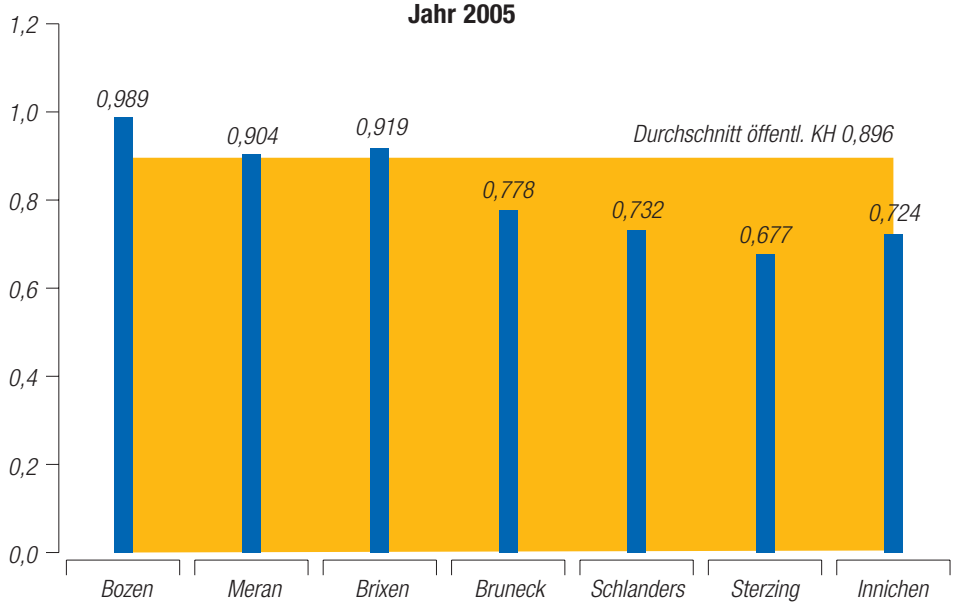
** Berechnet mit der durchschnittlichen äquivalenten Aufenthaltsdauer in Italien im Jahr 2003 von 5,5

Quelle: Sanitätsbetriebe

CASE-MIX-INDEX

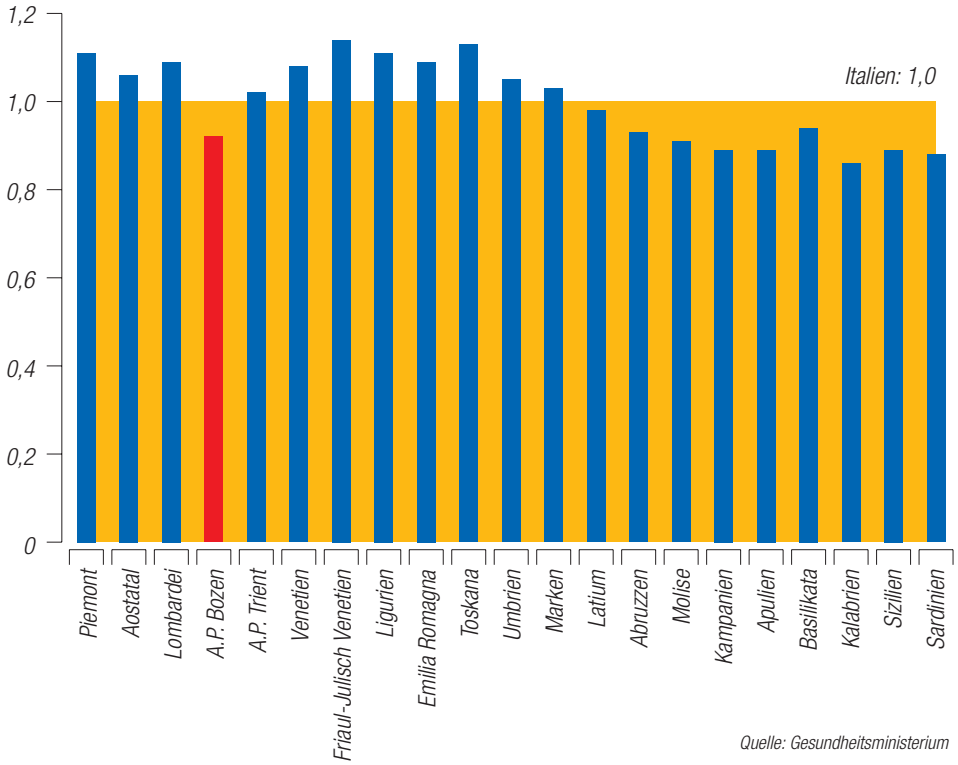
Der Case-mix-Index drückt die Komplexität der von einem bestimmten Krankenhaus behandelten Fälle gegenüber einem Bezugsstandard aus.
Ein Wert über 1 ist ein Zeichen für eine komplexere Kasuistik im Vergleich zum Bezugsstandard, und umgekehrt zeugen niedrigere Werte von einer geringeren Komplexität.

Abbildung 10: **Case-Mix-Index der ordentlichen Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2005**



Alle öffentlichen Krankenhäuser der Provinz weisen einen niedrigeren Komplexitätsgrad als die gesamtstaatliche Bezugsgruppe[5] (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser 1,09) auf; so nimmt der Case-mix-Index in allen öffentlichen Krankenhäusern des Landes 2005 einen Wert von 0,896 an, mit sehr niedrigen Werten in den Krankenhäusern Bruneck, Schlanders, Innichen und Sterzing.

Abbildung 11: **Case-Mix-Index in den italienischen Regionen - Jahr 2003**



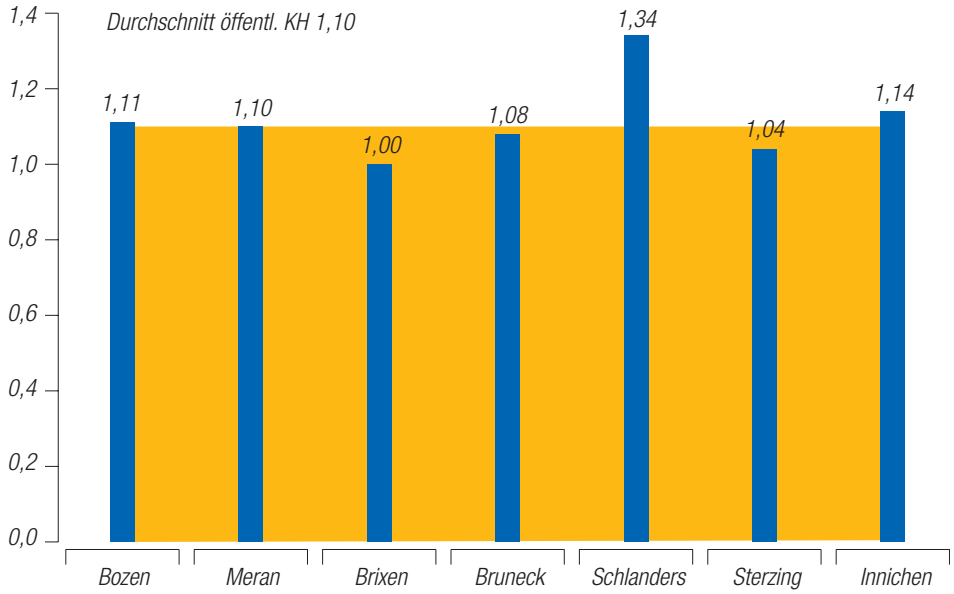
Quelle: Gesundheitsministerium

[5] *Das Durchschnittsgewicht der Autonomen Provinz Bozen, das mit den Gewichten gemäß Ministerialverordnung vom 30.06.1997 berechnet wurde, beträgt für das Jahr 2005 1,19; 2003 belief es sich laut Daten des Jahresberichtes über die Krankenhausaufenthalte - Gesundheitsministerium auf 1,11. Der gesamtstaatliche Durchschnittswert (alle Krankenanstalten) machte 2003 1,22 aus.*

VERGLEICHSINDEX PERFORMANCE

Über das DRG-System ist es außerdem möglich, den Vergleichsindex Performance festzustellen, der die Effizienz eines Krankenhauses - verstanden als durchschnittliche Aufenthaltsdauer - im Verhältnis zur durchschnittlichen Effizienz einer Gruppe von Bezugskrankenhäusern ausdrückt. Auch in diesem Fall besteht der gewählte Bezugsstandard in der Gesamtanzahl der Entlassungen aus allen italienischen Einrichtungen im Jahr 2003 (die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Gewichtseinheit beträgt 5,5 Tage).
VIP-Werte unter 1 zeugen davon, dass die Effizienz eines Krankenhauses (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) bei gleichen Kasuistiken über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegt, bzw. dass für eine äquivalente Aufenthaltseinheit eine geringere Anzahl von Aufenthaltstagen zur Behandlung aufgewendet wurde.
Die öffentlichen Krankenhäuser der Provinz Bozen weisen insgesamt eine niedrigere Performance im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt auf, insbesondere in den Krankenhäusern Schlanders (VIP = 1,34) und Innichen (VIP = 1,14).

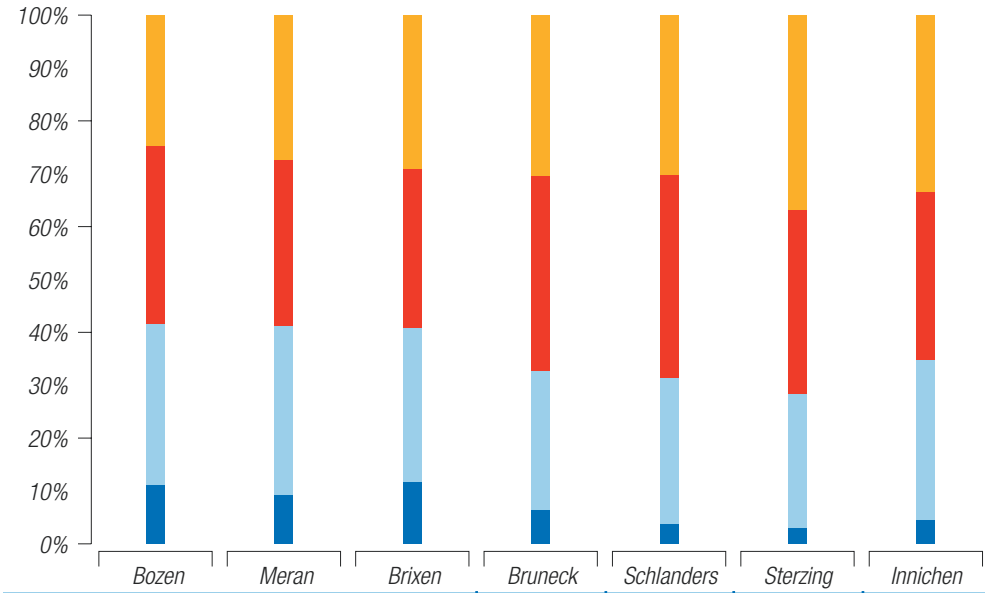
Abbildung 12: **Vergleichsindex Performance der ordentlichen Aufenthalte für die öffentlichen Krankenhäuser - Jahr 2005**



DRG NACH GEWICHTSKLASSE

Die häufigsten Aufenthalte sind jene, denen eine DRG mit mittlerem bis niedrigem Gewicht zugeordnet wird (größer oder gleich 0,7 und kleiner als 1,0); sie machen 33,5% aller Aufenthalte in den Krankenanstalten aus. 27,1% der Aufenthalte verzeichnen eine DRG mit niedrigem Gewicht (unter 0,7), 30,3% besitzen ein mittleres Gewicht (zwischen 1,0 und 1,9). Nur 9,1% weisen ein hohes Gewicht auf (größer oder gleich 2,0).

Abbildung 13: **Ordentliche Aufenthalte nac DRG-Gewichtsklasse in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2005**



	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Schlanders	Sterzing	Innichen
niedrig (0,1-0,6)	24,7%	27,4%	29,1%	30,3%	30,1%	36,8%	33,3%
mittel-niedrig (0,7-0,9)	33,,6%	31,4%	30,0%	37,0%	38,3%	34,9%	31,8%
mittel (1,0-1,9)	30,5%	31,8%	29,2%	26,3%	27,8%	25,2%	30,4%
hoch (>=2,0)	11,2%	9,4%	11,7%	6,4%	3,7%	3,1%	4,5%

Der Vergleich zwischen den öffentlichen Krankenhäusern zeigt hinsichtlich der Zusammensetzung der Aufenthalte nach Komplexität der Fälle den größten Anteil der DRGs mit niedrigem Gewicht für das Krankenhaus Sterzing (rund 36,8% der Fälle) und der DRGs mit hohem Gewicht für die Krankenhäuser Bozen und Brixen (11,2% bzw. 11,7% der Fälle).

MEDIZINISCHE UND CHIRURGISCHE DRGS

63,7% der Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten wurden einer medizinischen DRG, 32,7% einer chirurgischen DRG und 3,6% einer DRG ohne genaue Klassifizierung zugeordnet[6]. Die Verteilung der ordentlichen Aufenthalte nach DRG (medizinisch, nicht klassifizierbar und chirurgisch) entspricht den gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2003 von 64,2% bzw. 35,8%, obwohl in den norditalienischen Regionen ein höherer Anteil von chirurgischen DRGs zu verzeichnen ist (40,2%).

[6] *Die nicht klassifizierbaren DRGs entsprechen den DRGs der Primärdiagnosekategorien MDC 15 „Krankheiten und Störungen der Pränatalzeit" (DRGs von 385 bis 391), MDC 20 „Alkohol-/Drogenmissbrauch" (DRGs von 433 bis 438) und den anomalen DRGs (DRG 469 und 470).*

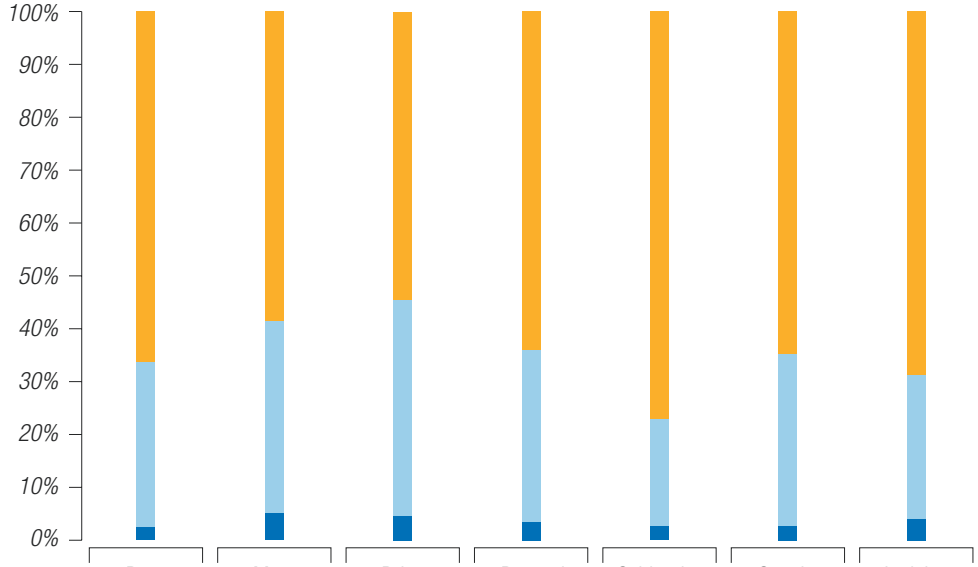
Tabelle 13: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den Landeskrankenanstalten nach Art der DRG - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Med. DRG	Chir. DRG	Nicht klassifizierbar	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	19.183	9.024	754	28.961
Krankenhaus Meran	8.326	5.136	741	14.203
Krankenhaus Brixen	5.422	4.093	464	9.979
Krankenhaus Bruneck	6.661	3.376	376	10.413
Krankenhaus Schlanders	3.298	860	120	4.278
Krankenhaus Sterzing	1.956	981	81	3.018
Krankenhaus Innichen	1.849	736	108	2.693
ÖFF. KRANKENHAUSER INS.	**46.695**	**24.206**	**2.644**	**73.545**
Marienklinik	1.508	925	16	2.449
PK St. Anna	939	203	99	1.241
PK Martinsbrunn	90	1	6	97
Pflegestätte Sarnthein	182		1	183
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**2.719**	**1.129**	**122**	**3.970**
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	**49.414**	**25.335**	**2.766**	**77.515**

Quelle: Sanitätsbetriebe

In den öffentlichen Krankenhäusern stellen die ordentlichen Aufenthalte mit medizinischer DRG einen Anteil von 54,3% bis 77,1% aller Aufenthalte, während der Anteil der chirurgischen DRGs zwischen 20,1% und 41,0% schwankt.
In der Marienklinik sind 37,8% aller Aufenthalte chirurgischer Natur, während in der Privatklinik St. Anna 75,7% medizinischer Art sind.

Abbildung 14: **Ordentliche Aufenthalte nach Art der DRG in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2005**



	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Schlanders	Sterzing	Innichen
medizin.	66,2%	58,6%	54,3%	64,0%	77,1%	64,8%	68,7%
chirurg.	31,2%	36,2%	41,0%	32,4%	20,1%	32,5%	27,3%
nicht klass.	2,6%	5,2%	4,6%	3,6%	2,8%	2,7%	4,0%

Die ordentlichen Aufenthalte lassen sich im Rahmen der Krankenhausversorgung von Akutkranken wie folgt einteilen:

EINTAGSAUFENTHALTE

- Eintagsaufenthalte: Aufenthalte mit einer Dauer von unter zwei Tagen, und damit sowohl die Fälle von Patienten, die am selben Tag eingeliefert und entlassen werden, als auch die Fälle von Patienten, die eine Nacht im Krankenhaus verbringen.

NORMALE AUFENTHALTE

- Normale ordentliche Aufenthalte: Aufenthalte, deren Dauer länger oder gleich zwei Tage und gleichzeitig kleiner oder gleich dem spezifischen Grenzwert für die jeweilige Aufenthalts-DRG ist.

ANOMALE AUFENTHALTE

- Anomale Aufenthalte: Aufenthalte, deren Dauer über dem im Tarifverzeichnis festgelegten Grenzwert liegt.

Insgesamt beträgt der Anteil der ordentlichen Eintagsaufenthalte 13,8% an allen ordentlichen Aufenthalten (entspricht dem Vorjahreswert) mit Spitzenwerten von 20,5% im Krankenhaus Innichen, 19,0% im Krankenhaus Sterzing und 18,2% im Krankenhaus Bruneck. Hinsichtlich der Inzidenz der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert der spezifischen DRG liegt der Anteil unter den Vorjahreswerten (1,2% auf Landesebene). Höher fällt der Anteil in den Privatkliniken aus (2,3%), vor allem in der Pflegestätte Sarnthein.

Tabelle 14: **Ordentliche Eintagsaufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) und Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Krankenanstalt	*Eintags-aufenth.*	*% Eintagsa. am. Gesamtw.*	*Aufenth. über Grenzwert*	*% Aufenth. über Grenzw. am Gesamtw.*
Krankenhaus Bozen	*3.919*	*13,5*	*458*	*1,6*
Krankenhaus Meran	*1.565*	*11,0*	*115*	*0,8*
Krankenhaus Brixen	*1.246*	*12,5*	*97*	*1,0*
Krankenhaus Bruneck	*1.892*	*18,2*	*96*	*0,9*
Krankenhaus Schlanders	*606*	*14,2*	*52*	*1,2*
Krankenhaus Sterzing	*574*	*19,0*	*15*	*0,5*
Krankenhaus Innichen	*551*	*20,5*	*28*	*1,0*
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	***10.353***	***14,1***	***861***	***1,2***
Marienklinik	*246*	*10,0*	*12*	*0,5*
PK St. Anna	*86*	*6,9*	*21*	*1,7*
PK Martinsbrunn	*3*	*3,1*	*8*	*8,2*
Pflegestätte Sarnthein	*14*	*7,7*	*52*	*28,4*
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	***349***	***8,8***	***93***	***2,3***
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	***10.702***	***13,8***	***954***	***1,2***

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb des Grenzwertes bezieht sich auf die durchschnittliche Dauer der normalen ordentlichen Aufenthalte und versteht sich als durchschnittliche Aufenthaltsdauer, wenn keine anomalen Aufenthalte vorliegen (Eintagsaufenthalte und Aufenthalte über dem Grenzwert), die sich auf die durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer auswirken und sie senken bzw. erhöhen.

Tabelle 15: **Durchschnittliche Dauer der ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) innerhalb des Grenzwertes und durchschnittliche Aufenthaltsdauer insgesamt in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durch. AD innerhalb Grenzwert	Durch. AD insgesamt
Krankenhaus Bozen	7,7	7,3
Krankenhaus Meran	6,9	6,7
Krankenhaus Brixen	6,6	6,2
Krankenhaus Bruneck	6,4	5,7
Krankenhaus Schlanders	7,2	6,6
Krankenhaus Sterzing	5,5	4,7
Krankenhaus Innichen	6,5	5,5
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**7,1**	**6,6**
Marienklinik	7,2	6,6
PK St. Anna	11,9	11,6
PK Martinsbrunn	15,7	18,1
Pflegestätte Sarnthein	16,2	28,3
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**9,2**	**9,4**
IKRANKENANSTALTEN INSGESAMT	**7,2**	**6,7**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Trotz der niedrigeren Inzidenz (in %) der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert ist die Summer dieser Aufenthalte höher als die Summe der Eintagsaufenthalte. Die kombinierte Wirkung der Aufenthalte über dem Grenzwert und der Eintagsaufenthalte ergibt eine Reduzierung der gesamten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern um 0,5 Tage im Vergleich zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der ordentlichen Aufenthalte. Diese Situation bleibt im Vergleich zum Vorjahr unverändert.

Tabelle 16: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach den häufigsten DRGs, kumulierter % der Aufenthalte und % der Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenth.	% kumul. Aufenth.	% Aufenth. ü. Grenzw.
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	3.951	5,1	2,3
243	Medizinische Rückenbeschwerden	1.872	7,5	0,4
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	1.455	9,4	0,5
209	Haupteingriffe an größ. Gelenken u. Replantation d. unt. Gliedmaßen	1.446	11,3	0,3
127	Herzinsuffizienz und Schock	1.440	13,1	1,9
430	Psychosen	1.324	14,8	2,0
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter >17, ohne Komplikationen	1.079	16,2	0,1
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	1.029	17,5	0,4
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.019	18,9	2,6
14	Spezifische zerebrovaskuläre Krankheiten ausschl. TIA	1.009	20,2	0,7
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	1.000	21,4	0,2
112	Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem	963	22,7	1,5
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	911	23,9	0,3
390	Neugeborene mit sonstigen signifikanten Problemen	900	25,0	0,3
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	871	26,1	0,3
89	Einf. Lungenentzündung und Pleuritis, Alter >17 mit Komplikationen	859	27,3	1,3
88	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit	752	28,2	1,1
15	TIA und präzerebrale Verstopfungen	683	29,1	1,0
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	680	30,0	8,7
AUFENTHALTE INSGESAMT		**77.515**		**1,2**

Quelle: Sanitätsbetriebe

HÄUFIGSTE DRGs

19 DRGs decken 30,0% der Krankenhausaufenthalte der Provinz; die häufigste DRG ist die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (5,1% der Aufenthalte insgesamt).

AUFENTHALTE ÜBER DEM GRENZWERT

Die Häufigkeit der Aufenthalte über dem Grenzwert ist sehr hoch für die DRGs 467, 371 und 373 mit Anteilen von 8,7% bzw. 2,6% bzw. 2,3%.

CHIRURGISCHE DRGs

Die Aufenthalte mit einer chirurgischen DRG und einem chirurgischen Eingriff (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version ’97 unter ‘8700’) betragen insgesamt 25.332 (32,7% aller Krankenhausaufenthalte). 95,5% der Aufenthalte mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff wurden in öffentlichen Krankenhäusern vorgenommen.

Tabelle 17: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff* oder nur Diagnose- und Therapieverfahren in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

Krankenanstalt	*Chirurgische Eingriffe*	*Diagnoseverfahren*
Krankenhaus Bozen	*9.022*	*2*
Krankenhaus Meran	*5.136*	*-*
Krankenhaus Brixen	*4.092*	*1*
Krankenhaus Bruneck	*3.376*	*-*
Krankenhaus Schlanders	*860*	*-*
Krankenhaus Sterzing	*981*	*-*
Krankenhaus Innichen	*736*	*-*
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	***24.203***	***3***
Marienklinik	*925*	*-*
PK St. Anna	*203*	*-*
PK Martinsbrunn	*1*	*-*
Pflegestätte Sarnthein	*-*	*-*
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	***1.129***	***-***
KRANKENANSTALTEN INSGES.	***25.332***	***3***

** Chirurgische Eingriffe = Eingriffe mit Kodex (Version 1997) < ‘8700’; Diagnoseverfahren = Eingriffe und Verfahren mit Kodex ICD9CM (Version 1997) > ‘8700’*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation der (nicht dringenden) Eingriffe mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff in den Landeskrankenanstalten beträgt 1,24 Tage (in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,31 Tage; in den Privatkliniken: 0,08 Tage).

Abbildung 15: **Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation von (nicht dringenden) ordentlichen Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2005**

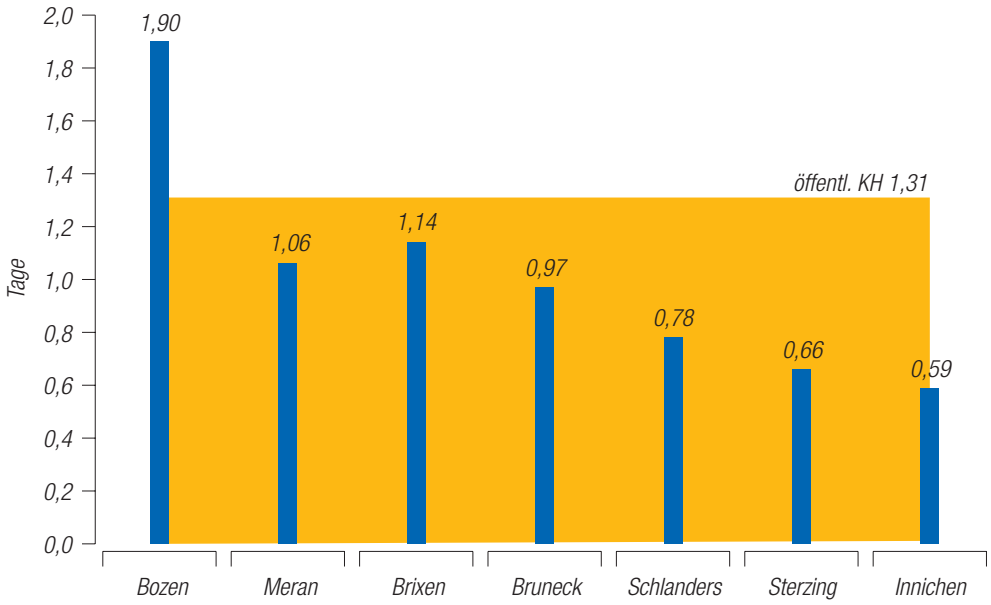


Tabelle 18: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte (ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen) mit den häufigsten chirurgischen DRGs und chirurgischen Eingriffen (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version '97 unter '8700'), kumulierter % der Aufenthalte, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenthalte	% kumul. Aufenth.	Durch. AD	Durch. AD vor der Op.*
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	1.446	5,7	12,1	1,6
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter >17, ohne Komplikationen	1.079	10,0	6,6	0,8
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.019	14,0	6,5	0,7
112	Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem	963	17,8	6,6	1,3
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	911	21,4	5,3	0,9
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	871	24,8	4,2	0,6
60	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	588	27,1	2,9	0,9
39	Eingriffe an d. Linse des Auges m. od. o. Vitrektomie	574	29,4	2,3	0,6
225	Eingriffe am Fuß	540	31,5	4,7	0,8
167	Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen	532	33,6	3,8	0,5
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Kompl.	522	35,7	2,6	0,8
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	498	37,7	3,2	0,8
55	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	492	39,6	3,3	0,9
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikat.	489	41,5	4,0	0,9
211	Eingriffe an Hüfte und Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplikationen	452	43,3	9,2	1,0
494	Laparoskopische Cholezystektomie ohne Exploration des Ductus cysticus, ohne Komplikationen	447	45,1	4,4	0,7
311	Transurethrale Eingriffe, ohne Kompl.	399	46,7	3,9	1,2
215	Eingriffe an Rücken und Hals, ohne Kompl.	382	48,2	6,1	1,2
162	Eingriffe wegen Hernia inguinalis und femoralis, Alter > 17 ohne Komplikationen	374	49,7	3,1	0,8
AUFENTHALTE INSGESAMT		**25.332**		**6,9**	**1,2**

** Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer vor der Operation wurden nur die nicht dringenden gezählt; als Eingriffsdatum wurde das Datum des Eingriffs (Kodex < '8700') verwendet, das als erstes in die Felder für Eingriffe/Verfahren in das KEB eingetragen wurde*

Quelle: Sanitätsbetriebe

19 DRGs ergeben 50% der chirurgischen Gesamttätigkeit auf Landesebene. Die häufigste chirurgische DRG mit chirurgischem Eingriff (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version '97 unter '8700') war die DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen", die in 1.446 Fällen zur Anwendung kam, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 12,1 Tagen.

Bei den am häufigsten ausgeführten chirurgischen Eingriffsarten mit chirurgischer DRG beträgt die durchschnittliche niedrigste Aufenthaltsdauer 2,3 Tage für die DRG 39 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie". Die Zeit vor der Operation ab Einlieferung ins Krankenhaus ist länger für die DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen" (1,6 Tage) und kürzer für die DRG 167 „Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen" (0,5 Tage).

KRANKENHAUS-VERLEGUNGEN

Als Krankenhausverlegungen gelten die Fälle, in denen der Patient aus einem Landeskrankenhaus entlassen und in einem anderen Landeskrankenhaus innerhalb des auf die

Entlassung folgenden Tages aufgenommen wurde. Die angeführten Daten beziehen sich auf die Gesamtheit der Aufenthalte, die sich aus den Aufenthaltspaaren n und n+1 der verlegten Patienten zusammensetzen.
Für das Jahr 2005 ergeben sich 1.465 Krankenhausverlegungen in der Autonomen Provinz Bozen. In 95,4% der Fälle wurde die Aufnahme in das zweite Krankenhaus am Entlassungstag aus dem ersten verzeichnet, während in den restlichen 4,6% (69 Fälle) die Aufnahme am darauffolgenden Tag stattfand.
Aus dem Zentralkrankenhaus Bozen erfolgten 64,9% der Verlegungen in ein Schwerpunktkrankenhaus, während in Richtung Krankenhaus Bozen 54,6% der Verlegungen aus Schwerpunktkrankenhäusern, 40,5% aus Krankenhäusern der Grundversorgung und 56,4% aus Privatkliniken gingen.

Tabelle 19: **Krankenhausverlegungen nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten - Jahr 2005**

Art des Herkunfts-KH	*Art des Ziel-KH*				*Insgesamt*
	Zentral-KH	*Schwer-punkt-KH*	*KH f. d. Grundvers.*	*Privatklinik*	
Zentral-KH	-	327	84	93	504
Schwerpunkt-KH	294	61	113	70	538
KH f. d. Grundver.	124	181	-	1	306
Privatklinik	66	36	6	9	117
INSGESAMT	***484***	***605***	***203***	***173***	***1.465***

Quelle: Sanitätsbetriebe

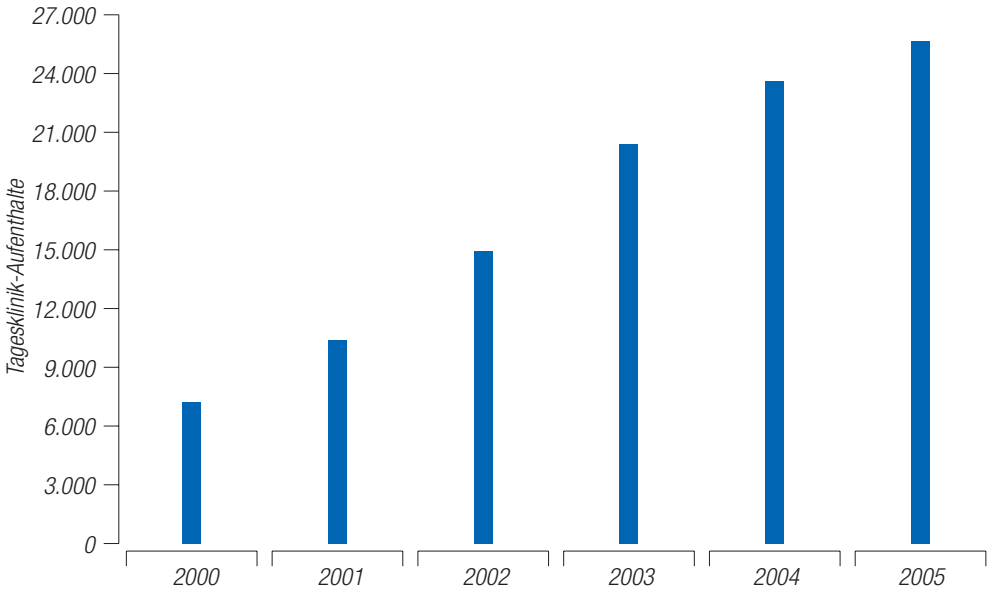
3.2.4. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken

In diesem Kapitel wird die Versorgung von Akutkranken in Form von Tagesklinik-Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen beschrieben. Dafür werden die klassischen Indikatoren verwendet, die sich auf die Zahl der berücksichtigten Ereignisse beziehen (durchschnittliche Zahl der Zugänge, Bettenauslastungsrate, Rotationsindex der Betten). Für die Berechnung der Bettenauslastungsrate und des durchschnittlichen täglichen Rotationsindex im Tagesklinik-Betrieb wurden die Öffnungstage der Abteilungen auf 250 festgesetzt; für die Berechnung der Bettenauslastungsrate wurde außerdem ein durchschnittlicher täglicher Rotationsindex von 1 verwendet.
Die Tagesklinik-Aufenthalte lassen sich als einzelne Zugänge (allgemein mit chiurgischer DRG) oder geplante Aufenthaltszyklen (d.h. mehrere Zugänge desselben Patienten wegen der gleichen Krankheit, typisch für die medizinischen DRGs) klassifizieren. Im Falle des einzelnen Zugangs wird ein Versorgungstag gezählt, im Falle eines Behandlungszyklus wird eine Anzahl von Aufenthaltstagen gerechnet, die der Gesamtanzahl der geplanten und geleisteten Aufnahmen entspricht.

TAGESKLINIK-AUFENTHALTE UND ZUGÄNGE

Im Jahr 2005 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 25.700, 23.974 (93,3%) davon betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser.
Gegenüber 2004 erhöhte sich die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte in allen öffentlichen Krankenhäusern (+ 7,7%) sowie in der Marienklinik (+ 21,6%); vor allem in den Krankenhäusern Bruneck und Innichen war ein hoher Anstieg zu verzeichnen (von 3.164 auf 4.122 gleich 30,3% bzw. von 818 auf 965 gleich 18,0%).

Abbildung 16: **Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahre 2000-2005**



TAGESKLINIK-TÄTIGKEIT DER KRANKENANSTALTEN

Die ordentliche Tagesklinik-Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

Tabelle 20: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Anzahl der Zugänge und klassische Indikatoren für den Tagesklinik-Betrieb in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Betten	Aufenth.	Tage insgesamt	Zugänge m. med. DRG	Bettenauslastung%**	Rotationsindex**	
						jährl.	täglich
Krankenhaus Bozen	75*	8.619	23.345	3,7	125,5	115,8	1,25
Krankenhaus Meran	26	4.534	10.650	4,4	163,8	174,4	1,64
Krankenhaus Brixen	23	3.312	5.323	2,5	92,6	144,0	0,93
Krankenhaus Bruneck	24	4.122	6.804	2,8	113,4	171,8	1,13
Krankenhaus Schlanders	6	894	1.578	3,4	105,2	149,0	1,05
Krankenhaus Sterzing	10	1.528	2.125	2,0	85,0	152,8	0,85
Krankenhaus Innichen	9	965	2.314	4,3	102,8	107,2	1,03
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**173**	**23.974**	**52.139**	**3,5**	**121,0**	**139,0**	**1,21**
Marienklinik	14	1.503	1.506	1,0	43,0	107,4	0,43
PK St. Anna	-	223	223	1,0	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGES.	**14**	**1.726**	**1.729**	**1,0**	**49,4**	**123,3**	**0,49**
INSGES. ISTITUTI DI CURA	**187**	**25.700**	**53.868**	**3,4**	**115,6**	**137,9**	**1,16**

** Am 23.05.2005 wurde 1 Bett in der Kardiologie und am 08.03.2005 wurde 1 Bett in der Neurochirurgie eingerichtet*

*** Für die Berechnung der Bettenauslastungsrate und des durchschnittlichen täglichen Rotationsindex im Tagesklinik-Betrieb wurden die Öffnungstage der Abteilungen auf 250 festgesetzt; für die Berechnung der Bettenauslastungsrate wurde ein durchschnittlicher täglicher Rotationsindex von 1 verwendet*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 21: **Tagesklinik-Aufenthalte und Aufenthaltstage (mit medizinischer od. nicht klassifizierbarer und chirurgischer DRG) in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Med. oder nicht klassif. DRG		Chir. DRG	
	Aufenth.	Tage insg.	Aufenth.	Tage insg.
Krankenhaus Bozen	5.246	19.508	3.373	3.837
Krankenhaus Meran	1.806	7.901	2.728	2.749
Krankenhaus Brixen	1.333	3.344	1.979	1.979
Krankenhaus Bruneck	1.503	4.184	2.619	2.620
Krankenhaus Schlanders	280	963	614	615
Krankenhaus Sterzing	587	1.179	941	946
Krankenhaus Innichen	404	1.752	561	562
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**11.159**	**38.831**	**12.815**	**13.308**
Marienklinik	383	386	1.120	1.120
PK St. Anna	6	6	217	217
PK Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**389**	**392**	**1.337**	**1.337**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**11.548**	**39.223**	**14.152**	**14.645**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Von den Tagesklinik-Aufenthalten kennzeichnen sich 11.548 durch eine medizinische oder nicht klassifizierbare DRG bei insgesamt 39.223 Zugängen.
Die durchschnittliche Anzahl der medizinischen Zugänge zum Tagesklinik-Betrieb schwankt zwischen 2,0 für das Krankenhaus Sterzing und 4,4 für das Krankenhaus Meran.
Die chirurgischen Tagesklinik-Aufenthalte betrugen hingegen 14.152 für insgesamt 14.645 Aufenthaltstage.

Tabelle 22: **Häufigste medizinische oder nicht klassifizierbare DRGs in der Tagesklinik der Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

DRG	Descrizione DRG	Aufenth.	% kumul.
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	1.149	9,9
369	Menstruationsstörungen und sonst. Störungen des weibl. Geschlechtsapparates	647	15,6
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	638	21,1
12	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	447	24,9
243	Medizinische Rückenbeschwerden	312	27,6
131	Erkrankungen der peripheren Blutgefäße, ohne Komplikationen	286	30,1
187	Ziehen und Reparatur von Zähnen	285	32,6
47	Sonstige Augenkrankheiten, Alter > 17 ohne Kompl.	265	34,9
35	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	243	37,0
429	Organische und Geistesstörungen	232	39,0
13	Multiple Sklerose und Hirnataxie	230	41,0
26	Konvulsionen und Kopfschmerzen Alter < 18	227	43,0
301	Endokrine Krankheiten, ohne Komplikationen	225	44,9
184	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	190	46,6
430	Psychosen	181	48,1
	MEDIZIN. OD. NICHT KLASSIFIZIERBARE TAGESKLINIK-AUFENTH. INSGES.	**11.548**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 23: **Häufigste Entlassungsdiagnosen der Tagesklinik mit medizinischer oder nicht klassifizierbarer DRG in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

Kodex ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Aufenth.	% kumuliert
V58	Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen	1.316	11,4
628	Weibliche Unfruchtbarkeit	535	16,0
521	Erkrankungen des Hartgewebes der Zähne	301	18,6
331	Andere zerebrale Degenerationen	287	21,1
340	Multiple Sklerose	222	23,0
724	Sonstige und nicht spezifizierte Rückenbeschwerden	206	24,8
333	Extrapyramidale Erkrankungen und andere Erkrankungen mit abnormalem Bewegungsmuster	202	26,6
290	Organische senile und präsenile psychotische Zustände	200	28,3
427	Herzrhythmusstörungen	195	30,0
V07	Isolation und andere Prophylaxemaßnahmen	182	31,6
345	Epilepsie	178	33,1
440	Atherosklerose	154	34,4
780	Allgemeine Symptome	152	35,8
V10	Persönliche Anamnese eines bösartigen Tumors	149	37,1
278	Fettleibigkeit und andere Zustände aufgrund von Überernährung	140	38,3
V64	Personen, die die Gesundheitsdienste für spezifische, nicht ausgeführte Eingriffe in Anspruch nehmen	136	39,4
	MED. OD.NICHT KLASSIFIZIERBARE TK-AUFENTHALTE INSGESAMT	**11.548**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Im Jahr 2005 trat unter den medizinischen und nicht klassifizierbaren DRGs die DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ mit 9,9% der Aufenthalte am häufigsten auf. Die häufigste Entlassungsdiagnose für den Tagesklinik-Aufenthalt war „Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen” (11,4%).

Tabelle 24: **Häufigste chirurgische DRGs in der Tagesklinik der Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenth.	% kumuliert
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	3.038	21,5
119	Venenligatur und Venenstripping	1.102	29,3
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	1.091	37,0
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration o. Hysterotomie	1.088	44,7
359	Eingriff an Gebärmutter u. Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, o. Komplikat.	895	51,0
162	Eingriffe wegen Hernia inguinalis und femoralis, Alter > 17 ohne Komplikationen	724	56,1
364	Dilatation und Ausschabung, Konisation, außer wegen maligner Neoplasien	713	61,1
6	Dekompression am Karpaltunnel	539	64,9
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	505	68,5
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Kompl.	417	71,5
270	Andere Eingriffe an der Haut, am Unterhautgewebe und an der Brust, ohne Komplikationen	345	73,9
60	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	316	76,1
	TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT CHIRURGISCHER DRG INSGESAMT	**14.152**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die häufigste chirurgische DRG war die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“ (21,5%), die häufigste Entlassungsdiagnose hingegen „Grauer Star“ (21,2%).

Tabelle 25: **Häufigste chirurgische Entlassungsdiagnosen in der Tagesklinik in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Kodex ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Aufenth.	% kumuliert
366	Grauer Star	2.998	21,2
717	Interne Verletzungen des Knies	1.152	29,3
454	Krampfadern an den unteren Gliedmaßen	1.111	37,2
628	Weibliche Unfruchtbarkeit	798	42,8
550	Hernia inguinalis	758	48,2
354	Mononeuritis der oberen Gliedmaßen und Mononeuritis multiplex	546	52,0
635	Legaler Schwangerschaftsabbruch	531	55,8
V54	Sonstige weitere orthopädische Behandlung	460	59,0
727	Sonstige Störungen der Synovialis, der Sehnen und der Schleimbeutel	386	61,8
474	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	367	64,4
605	Vorhauthypertrophie und Phimose	306	66,5
621	Gebärmuttererkrankungen, nicht anders klassifiziert	306	68,7
632	Missed abortion	285	70,7
	TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT CHIRURGISCHER DRG INSGESAMT	**14.152**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.2.5. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

3.2.5.1. Mehrfachaufenthalte

Als Mehrfachaufenthalte wurden jene Fälle definiert, in denen der Patient im Jahr mindestens zwei Aufenthalte in Einrichtungen des Landes absolviert hat, wobei die Krankenhausverlegungen ausgenommen werden. Unter Mehrfachaufenthalten versteht man alle Aufenthalte, die auf den ersten folgen, ausgenommen die Tagesklinik-Aufenthalte, die Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, postakute Langzeitpflege und Psychiatrie und die Aufenthalte für die DRG 409 „Strahlentherapie", DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden" und DRG 492 „Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden".

Von den 16.120 im Jahr 2005 verzeichneten Mehrfachaufenthalten entfallen 42,6% auf das Herkunftskrankenhaus Bozen, 40,0% auf Schwerpunktkrankenhäuser, 11,8% auf Krankenhäuser der Grundversorgung und 5,6% auf Privatkliniken. Die Art des Herkunfts- und Zielkrankenhauses stimmt bei 14.117 Aufenthalten, d.h. in 87,6% der Fälle überein.

Tabelle 26: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten - Jahr 2005**

Art des Herkunfts-KH	Art des Ziel-KH				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerpunkt-KH	KH f.d. Grundvers.	Privatklinik	
Zentral-KH	6.313	260	75	216	6.864
Schwerpunkt-KH	305	5.758	205	187	6.455
KH f. d. Grundver.	91	225	1.560	21	1.897
Privatklinik	210	181	27	486	904
INSGESAMT	**6.919**	**6.424**	**1.867**	**910**	**16.120**

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.2.5.1.1. Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG

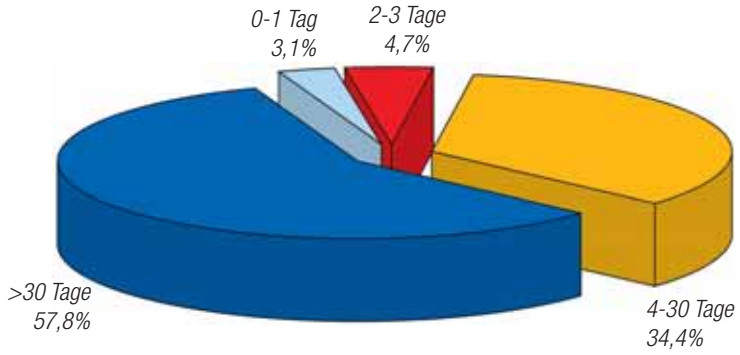
Im Jahr 2005 wurden in den Abteilungen der Krankenanstalten der Provinz (ausgenommen die Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie) 3.047 Mehrfachaufenthalte in derselben Einrichtung und mit derselben DRG verzeichnet (ausgeschlossen die DRG 409 „Strahlentherapie", DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden" und DRG 492 „Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden"), was 4,0% der gesamten Aufenthalte ausmacht.
In 86,4% dieser Fälle wurde der Patient nach Hause entlassen.

Tabelle 27: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Art der Entlassung und Zeitintervall zwischen den Aufenthalten - Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Zeitintervall zwischen den Aufenthalten	*Entlassung nach Hause*	*Andere Entlassungsart*	*Insgesamt*
0-1 Tag	*86*	*9*	*95*
2-3 Tage	*113*	*29*	*142*
4-30 Tage	*878*	*170*	*1.048*
>30 Tage	*1.556*	*206*	*1.762*
INSGESAMT	***2.633***	***414***	***3.047***

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 17: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Zeitintervall zwischen den Aufenthalten - Jahr 2005**



ZEITINTERVALL ZWISCHEN DEN AUFENTHALTEN

Das zwischen einem Aufenthalt und dem nächsten verstrichene Zeitintervall betrug in 57,8% der Fälle über 30 Tage, in 34,4% zwischen 4 und 30 Tagen, in 4,7% der Fälle zwischen 2 und 3 Tagen und in 3,1% der Fälle wurde der Patient entlassen und am selben oder am nächsten Tag im selben Krankenhaus und mit derselben DRG wieder aufgenommen.

MEHRFACHAUFENTHALTE MIT ZEITINTERVALL VON 0-1 TAGEN

Von den 199 Mehrfachaufenthalten mit Zeitintervall zwischen 0 und 3 Tagen und Entlassung des Patienten nach Hause fanden 44,2% im Krankenhaus Bozen statt, 20,6% im Krankenhaus Meran, 4,5% im Krankenhaus Bruneck und 12,6% im Krankenhaus Brixen. Die Mehrfachaufenthalte von nicht in der Provinz ansässigen Patienten betrugen 15. Der Gesamtbetrag dieser 199 Mehrfachaufenthalte belief sich auf 451.417,94 Euro. Die Summe der 15 Mehrfachaufenthalte von nicht in der Provinz ansässigen Patienten machte 33.685,90 Euro aus.

Tabelle 28: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt, mit derselben DRG, mit Entlassung nach Hause und Zeitintervall zwischen den Aufenthalten von 0-3 Tagen nach Krankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außerh.	
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Prov.	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	73	4	1	-	10	88
Krankenhaus Meran	5	33	-	-	3	41
Krankenhaus Brixen	1	-	7	1	-	9
Krankenhaus Bruneck	1	-	1	22	1	25
Krankenhaus Schlanders	-	14	-	-	-	14
Krankenhaus Sterzing	-	-	6	-	-	6
Krankenhaus Innichen	-	-	-	7	1	8
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**80**	**51**	**15**	**30**	**15**	**191**
Marienklinik	4	-	-	-	-	4
PK St. Anna	2	-	-	-	-	2
PK Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	2	-	-	-	-	2
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**8**	**-**	**-**	**-**	**-**	**8**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**88**	**51**	**15**	**30**	**15**	**199**

Quelle: Sanitätsbetriebe

MEHRFACHAUFENTHALTE MIT ZEITINTERVALL VON 4-30 TAGEN

Von den 878 Mehrfachaufenthalten mit Zeitintervall von 4 bis 30 Tagen und Entlassung des Patienten nach Hause betrafen 43,8% das Krankenhaus Bozen, 16,4% das Krankenhaus Meran, 10,0% das Krankenhaus Brixen, 10,8% das Krankenhaus Bruneck, 6,4% das Krankenhaus Schlanders, 3,8% das Krankenhaus Sterzing, 4,1% das Krankenhaus Innichen und die restlichen 4,7% die Privatkliniken.

Tabelle 29: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt, mit derselben DRG, mit Entlassung nach Hause und Zeitintervall zwischen den Aufenthalten von 4 bis 30 Tagen nach Krankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außerh.	
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Prov.	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	313	21	10	10	31	385
Krankenhaus Meran	7	137	-	-	-	144
Krankenhaus Brixen	21	1	54	7	5	88
Krankenhaus Bruneck	1	-	7	86	1	95
Krankenhaus Schlanders	1	55	-	-	-	56
Krankenhaus Sterzing	2	-	31	-	-	33
Krankenhaus Innichen	1	-	-	30	5	36
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**346**	**214**	**102**	**133**	**42**	**837**
Marienklinik	20	1	1	1	-	23
PK St. Anna	5	10	-	-	-	15
PK Martinsbrunn	-	1	-	-	-	1
Pflegestätte Sarnthein	2	-	-	-	-	2
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**27**	**12**	**1**	**1**	**-**	**41**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**373**	**226**	**103**	**134**	**42**	**878**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Mehrfachaufenthalte mit einer Differenz zwischen dem Entlassungs- und Neuaufnahme-Datum von 4 bis 30 Tagen seitens nicht in der Provinz Ansässiger betrugen 42.
Der Gesamtbetrag dieser 878 Mehrfachaufenthalte belief sich auf 2.746.004,81 Euro. Die Summe der 42 Mehrfachaufenthalte von nicht in der Provinz ansässigen Patienten machte 330.080,03 Euro aus.

KURZAUFENTHALTE NACH KRANKENANSTALT

Die Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten in Bezug auf die Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt, mit derselben DRG und mit Entlassung des Patienten nach Hause kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

3.2.5.2. Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen

KURZAUFENTHALTE NACH ART DER ENTLASSUNG UND DRG

Im Jahr 2005 wurden in den Abteilungen der Landeskrankenanstalten (ausgenommen die Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie) 20.935 ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen verbraucht, was 27,6% der 75.899 ordentlichen Aufenthalte insgesamt (ausgenommen Psychiatrie) entspricht.

Tabelle 30: **Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen nach Art der Entlassung und DRG in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Art der Entlassung	*Med. DRG*	*Chir. DRG*	*Nicht klassifiz. DRG*	*Insgesamt*	*%*
Entlassung nach Hause	*11.662*	*7.824*	*399*	*19.885*	*95,0*
Verstorben	*217*	*23*	*2*	*242*	*1,2*
Andere Entlassungsart	*635*	*146*	*27*	*808*	*3,9*
INSGESAMT	***12.514***	***7.993***	***428***	***20.935***	***100,0***

Quelle: Sanitätsbetriebe

In 95,0% der Fälle (19.885 Aufenthalte) wurde der Patient nach Hause entlassen. 59,8% der Kurzaufenthalte wurde eine medizinische DRG zugeordnet, 38,2% eine chirurgische DRG und den restlichen 2,0% eine nicht klassifizierbare DRG.

KURZAUFENTHALTE MIT ENTLASSUNG NACH HAUSE UND MEDIZINISCHER DRG

Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und mit medizinischer DRG betrugen 11.662 (55,7% der Aufenthalte insgesamt). 97,0% davon betrafen die öffentlichen Krankenhäuser (40,7% das Krankenhaus Bozen), die restlichen 3,0% die Privatkliniken, vor allem die Marienklinik.

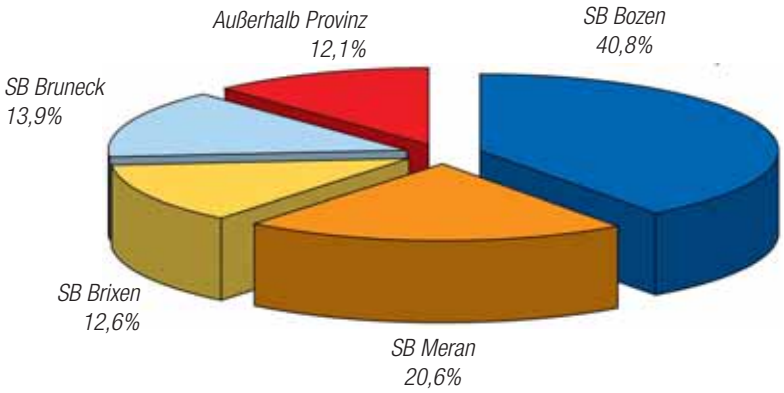
Die 1.413 Aufenthalte (12,1% der 11.662 Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG) wurden von nicht in der Provinz ansässigen Patienten in Anspruch genommen: 36,0% davon im Krankenhaus Bozen und 19,0% im Krankenhaus Bruneck.

Tabelle 31: **Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG nach Landeskrankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2005**

Krankenanstalt	*Wohnsitz-Sanitätsbetrieb*				*Außerh. Prov.*	*Insgesamt*
	Bozen	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*		
Krankenhaus Bozen	*3.972*	*169*	*44*	*53*	*509*	*4.747*
Krankenhaus Meran	*157*	*1.504*	*4*	*3*	*182*	*1.850*
Krankenhaus Brixen	*248*	*12*	*980*	*84*	*184*	*1.508*
Krankenhaus Bruneck	*25*	*4*	*62*	*1.204*	*268*	*1.563*
Krankenhaus Schlanders	*3*	*633*	*1*	*1*	*71*	*709*
Krankenhaus Sterzing	*85*	*16*	*367*	*3*	*67*	*538*
Krankenhaus Innichen	*4*	*2*	*-*	*260*	*129*	*395*
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	***4.494***	***2.340***	***1.458***	***1.608***	***1.410***	***11.310***
Marienklinik	*250*	*29*	*14*	*10*	*1*	*304*
PK St. Anna	*6*	*32*	*1*	*-*	*2*	*41*
PK Martinsbrunn	*1*	*2*	*-*	*-*	*-*	*3*
Pflegestätte Sarnthein	*4*	*-*	*-*	*-*	*-*	*4*
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	***261***	***63***	***15***	***10***	***3***	***352***
KRANKENANSTALTEN INSGES.	***4.755***	***2.403***	***1.473***	***1.618***	***1.413***	***11.662***

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 18: **Ordentliche Kurzaufenthalte mit Entlassung nach Hause und medizinischer DRG in den Landeskrankenanstalten nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2005**



In Bezug auf die Aufenthalte von Südtirolern in anderen Regionen Italiens betrug die Aufenthaltsdauer in 1.062 Fällen 2 oder 3 Tage, was 32,9% der außerhalb der Provinz in Anspruch genommenen Aufenthalte entspricht. Für detaillierte Angaben hierzu wird auf den Abschnitt der Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen verwiesen.
Die Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten in Bezug auf die Kurzaufenthalte mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

3.2.5.3. Indikatoren der Angemessenheit

Die Verordnung des Ministerpräsidenten vom 29.11.01 (ordentliches Ergänzungsblatt Nr. 26 des Amtsblatts vom 08.02.02) „Definition der Versorgungsstandards" legt neben den vom Nationalen Gesundheitsdienst gewährleisteten Gesundheitsleistungen eine Reihe von Indikatoren und die „kritischen Bereiche" der derzeit erbrachten Versorgungsstandards fest.
Die dargelegten Indikatoren sollen bei der Implementierung eines Informationssystems berücksichtigt werden, das nicht nur die Effizienz, sondern auch die Qualität steigern soll. Diese Indikatoren tragen zur Umgestaltung der Krankenhausleistungen und der Förderung einer Neugestaltung des Krankenhauses durch Programme zur strukturellen Neuordnung, technologischen Anpassung und Entwicklung des Netzes der territorialen Dienstleistungen bei.
Zur Überprüfung der Qualität der Versorgungsstandards im Krankenhausbereich betrifft der Verweis auf die kritischen Bereiche Leistungen, die ein potenziell unangemessenes Organisationsprofil aufweisen, oder für die angemessenere Erbringungsmodalitäten festgelegt werden müssen. Somit werden jene ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte als potenziell „unangemessen" definiert, welche die Einrichtungen in einem anderen Organisations- und Versorgungsrahmen mit gleichem Nutzen/Ergebnis für den Patient und gleichzeitig bei einem geringeren Einsatz von Ressourcen erbringen können. Die Kontrolle muss vor allem hinsichtlich einer Liste von 43 DRGs „mit hohem Unangemessenheitsrisiko" erfolgen, wenn sich diese auf ordentliche Aufenthalte gemäß DPCM beziehen. Bei der Analyse der 43 DRGs mit „hohem Unangemessenheitsrisiko" wurden die Aufenthalte der Einwohner berücksichtigt, um die Aufenthalte, die aus logistischen Gründen

angemessen erscheinen könnten, auf ein Minimum zu reduzieren (Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort).
In der Folge werden die von den „Indikatoren der Angemessenheit" für die Autonome Provinz Bozen angenommenen Werte dargelegt, die aus den Krankenhausentlassungsbögen berechnet werden können.
Im Vergleich zwischen der Situation der Autonomen Provinz Bozen und den anderen Regionen Italiens (siehe Abbildungen) werden die vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Werte verwendet. Für das Jahr 2005 wurden die Daten dem KEB-Archiv des Landes der im Jahr 2005 Entlassenen entnommen.
Außerdem wurden bei der Berechnung der Hospitalisierungsraten für spezifische Krankheiten die Aufenthalte der Südtiroler in Österreich und im restlichen Italien nicht berücksichtigt. Die Differenzen sind somit mit Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 32: **Indikatoren der Angemessenheit für alle Einrichtungen (öffentliche und private) der Autonomen Provinz Bozen – Jahre 2004-2005**

Indikatoren der Angemessenheit	*Jahr 2004*	*Jahr 2005*
Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt (1)	*23,0*	*23,2*
Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen an den aus chirurgischen Abteilungen Entlassenen insgesamt (2)	*41,5*	*43,6*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Diabetes (3)	*137,3*	*145,1*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Asthma (4)	*42,0*	*39,5*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Herzdekompensation (5)	*287,2*	*281,0*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen TURP Männer >49 J. (6)	*419,4*	*346,4*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Appendektomie (7)	*170,1*	*149,0*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Hysterektomie Frauen >45 J. (8)	*423,6*	*418,8*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Tonsillektomie (9)	*267,3*	*262,7*
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Gastroenteritis im Kindesalter	*503,1*	*329,7*
Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik	*64,3*	*84,1*
Venenligatur und Venenstripping in der Tagesklinik	*72,5*	*84,7*

(1) Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung der DRGs 370, 371, 372, 373, 374, 375
(2) Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung der ordentlichen Aufenthalte in den Abteilungen Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde und Stomatologie, Orthopädie und Traumatologie, HNO, Geburtshilfe und Gynäkologie und Urologie
(3) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 250.xx
(4) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 493.xx
(5) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 428.xx
(6) Primäreingriff entsprechend dem Kodex ICD9CM 60.2 für Aufenthalte mit Prostata-Hyperplasie
(7) Primärdiagnose entsprechend den Kodexen ICD9CM 47.0 und 47.1
(8) Primäreingriff entsprechend den Kodexen ICD9CM 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7 und 68.9
(9) Primäreingriff entsprechend den Kodexen ICD9CM 28.2, 28.3, 28.6 und 28.7 der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte

Quelle: Sanitätsbetriebe

KAISERSCHNITT

Eines der Ziele des Nationalen Gesundheitsplans 2002-2004 ist die Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte auf einen gesamtstaatlichen Wert von 20%. Die Provinz Bozen verzeichnet einen Wert von 23,2%, der sich dem nationalen Standard annähert und dem Durchschnittswert der Europäischen Union von 23,7% im Jahr 2003[7] entspricht.
Der Anteil der Kaiserschnitte an allen Geburten im Krankenhaus fällt für das Jahr 2005 in den verschiedenen Krankenanstalten unterschiedlich aus. Fälle von Muttersterblichkeit traten im Laufe des Jahres nicht auf.

[7] Der von der WHO bereits im Jahr 1985 empfohlene Höchstwert beträgt 15%.

Tabelle 33: **Krankenhausaufenthalte aufgrund von Geburt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Aufenth. wegen Kaiserschnitt	Aufenth. wegen Geburt	% der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt
Krankenhaus Bozen	381	1.565	24,3
Krankenhaus Meran	279	1.180	23,6
Krankenhaus Brixen	184	775	23,7
Krankenhaus Bruneck	152	596	25,5
Krankenhaus Schlanders	61	356	17,1
Krankenhaus Sterzing	111	523	21,2
Krankenhaus Innichen	51	253	20,2
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**1.219**	**5.248**	**23,2**
Marienklinik	60	258	23,3
PK St. Anna	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**60**	**258**	**23,3**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**1.279**	**5.506**	**23,2**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 19: **Anteil der Aufenthalte wegen Kaiserschnitt an den Aufenthalten wegen Geburt insgesamt in den öff. KH - Jahre 2002-2005**

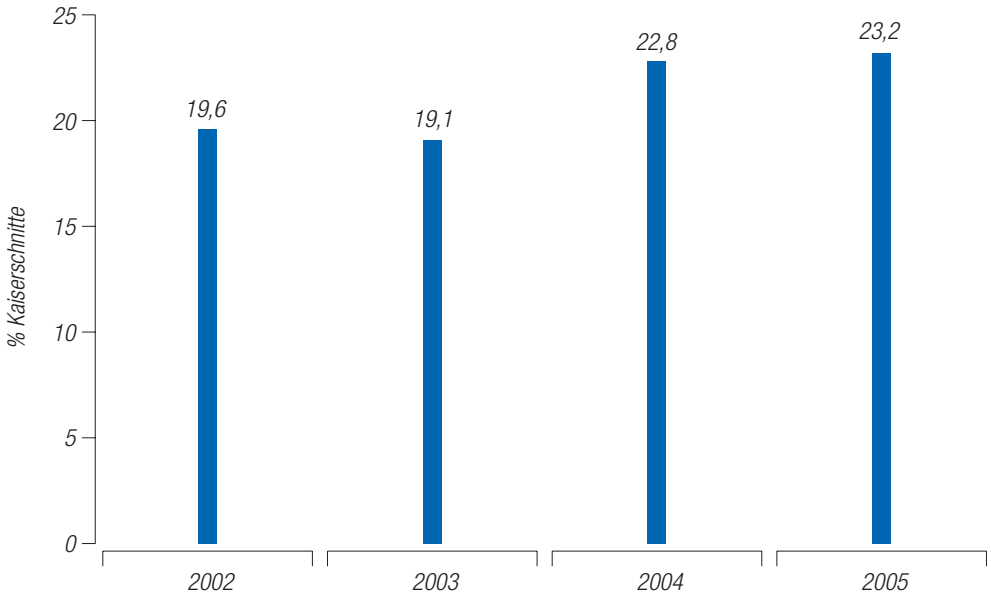
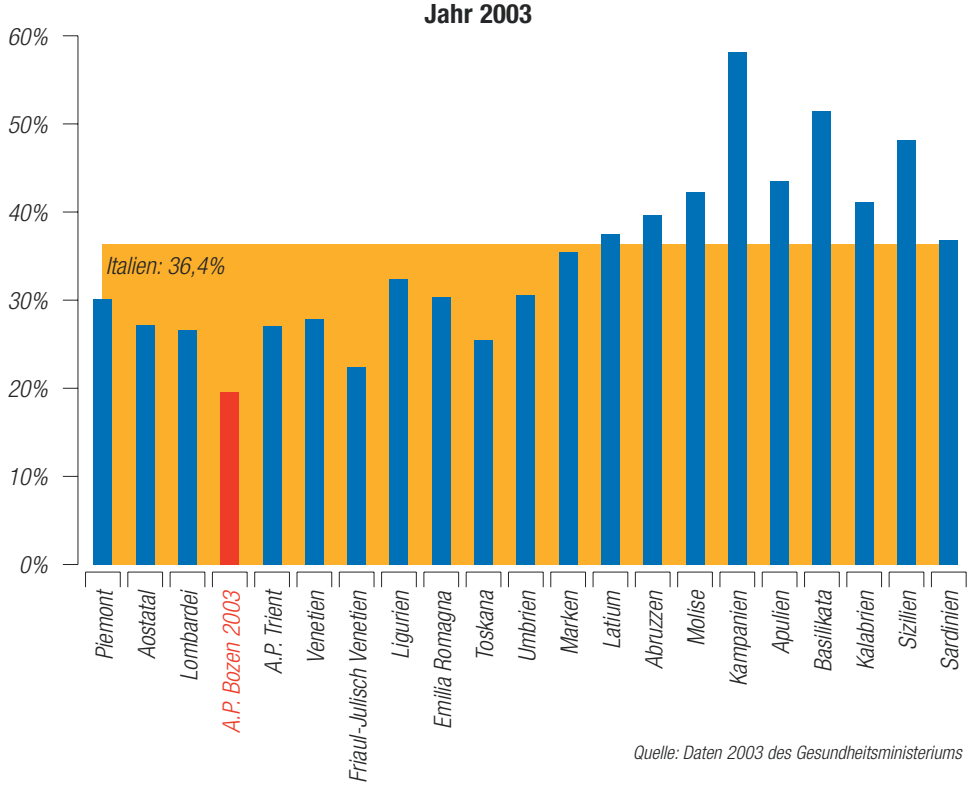


Abbildung 20: **% der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Die Situation des Jahres 2005 bleibt in Bezug auf den Indikator „Medizinische DRGs in chirurgischen Abteilungen", der einen „Proxy"-Indikator für den unangemessenen Aufenthalt im fachärztlichen Bereich darstellt, im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert.

Tabelle 34: **Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen* mit medizinischer DRG und Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen insgesamt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

Krankenanstalt	*Entlassungen m. med. DRG*	*Entlassungen aus chir. Abt. insg.*	*% Entlassungen aus chir. Abt. mit med DRGs*
Krankenhaus Bozen	5.941	13.572	43,8
Krankenhaus Meran	2.931	7.557	38,8
Krankenhaus Brixen	2.742	6.581	41,7
Krankenhaus Bruneck	2.587	5.717	45,3
Krankenhaus Schlanders	990	1.745	56,7
Krankenhaus Sterzing	891	1.770	50,3
Krankenhaus Innichen	770	1.452	53,0
ÖFF. KRANKENHAUSER INS.	**16.852**	**38.394**	**43,9**
Marienklinik	652	1.569	41,6
PK St. Anna	24	222	10,8
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**676**	**1.791**	**37,7**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**17.528**	**40.185**	**43,6**

** Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde und Stomatologie, Orthopädie und Traumatologie, HNO, Geburtshilfe und Gynäkologie und Urologie*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Dieser Indikator nimmt 2005 einen Wert von 43,6% an, ist ansteigend und liegt über dem gesamtstaatlichen Wert von 38,5% des Jahres 2003.

Abbildung 21: **% der Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG in den öff. KH - Jahre 2002-2005**

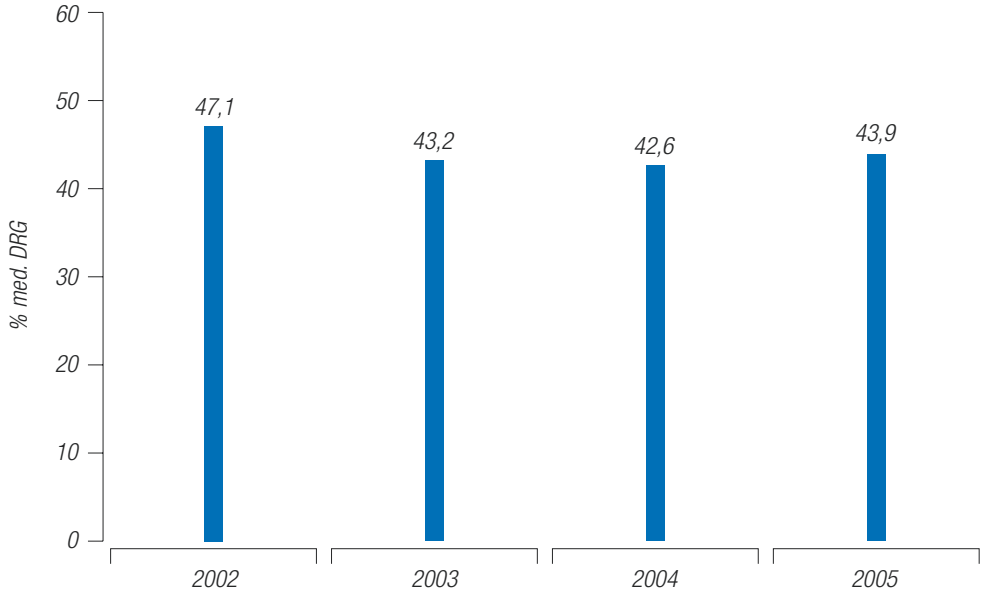
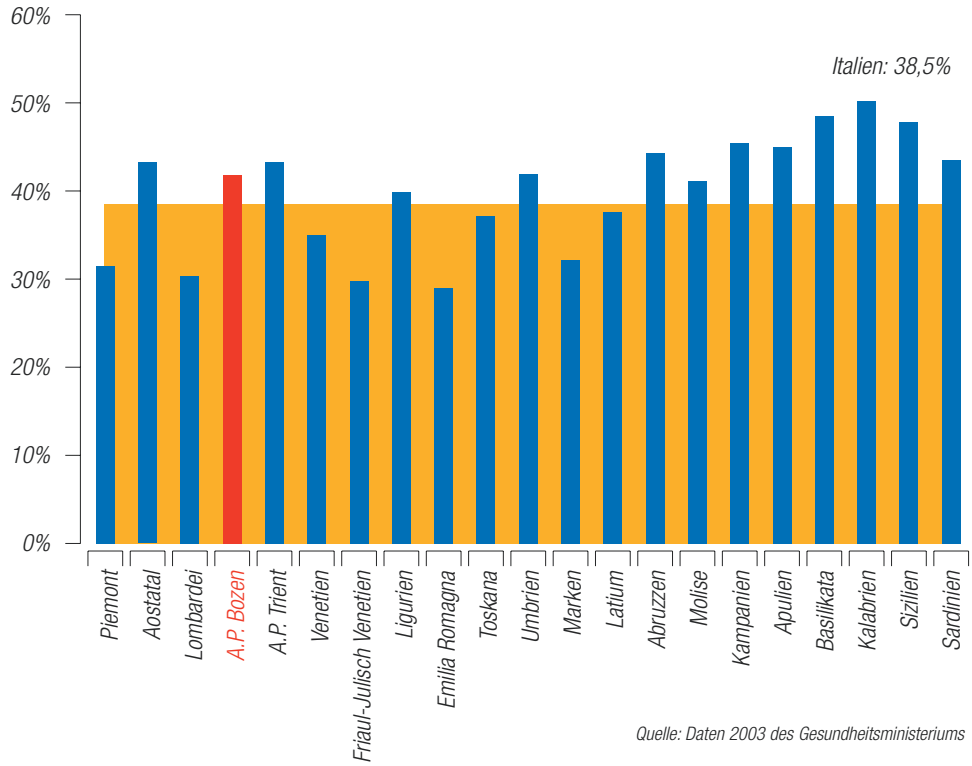


Abbildung 22: **% der Entlassungen aus Chir. Abt. mit med. DRG an den Entlassungen aus chir. Abt. insgesamt in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN DIABETES

Im Jahr 2005 betrug die Hospitalisierungsrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Diabetes in der Provinz 145,1 pro 100.000 Einwohner. Die gesamten Aufenthalte aufgrund von Diabetes pro 1.000 Einwohner beliefen sich in der Provinz auf 151,9 pro 100.000 Einwohner, sind im Vergleich zum Vorjahr ansteigend und liegen über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2003 (Italien 114,7).

Abbildung 23: **Aufenthalte wegen Diabetes pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

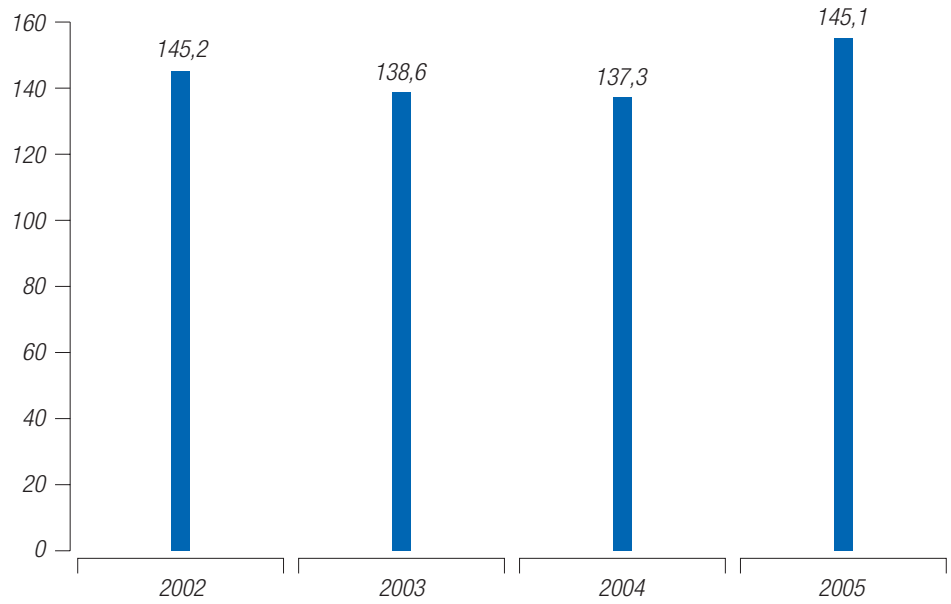
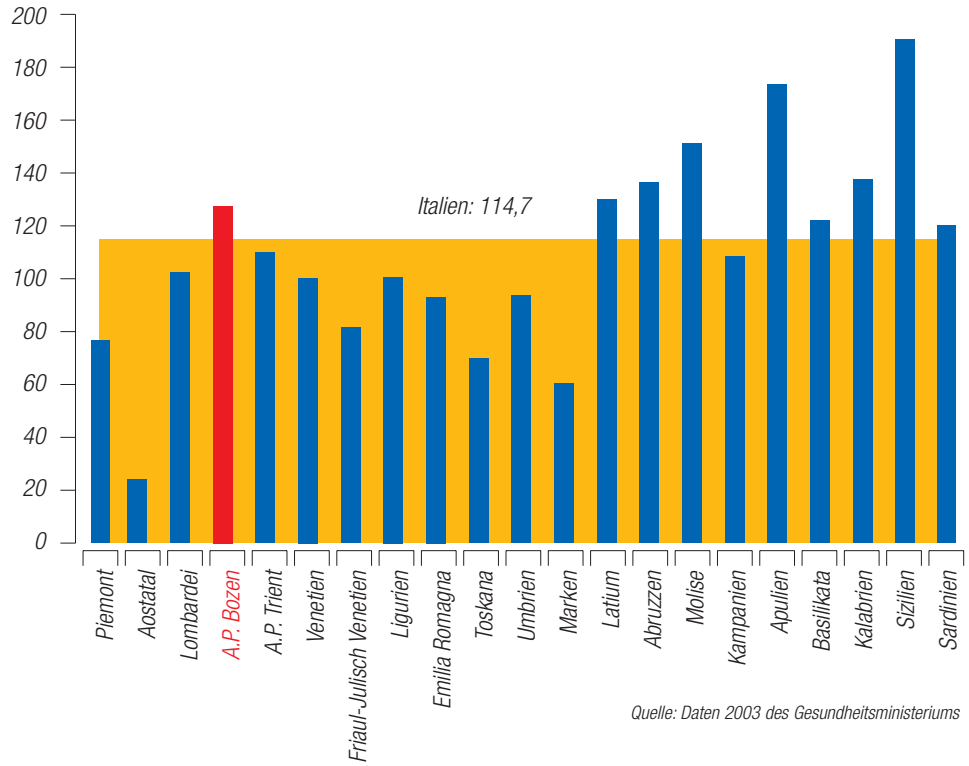


Abbildung 24: **Aufenthalte wegen Diabetes pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Die Hospitalisierungsrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Asthma betrug 2005 39,5 pro 100.000 Einwohner. Die Zahl der in den Landeseinrichtungen wegen Asthma verbrauchten Aufenthalte pro 100.000 Einwohner von 45,5 ist im Vergleich zum Jahr 2004 rückläufig, liegt aber leicht über den gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2003 (Italien 44,7).

Abbildung 25: **Aufenthalte wegen Asthma pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

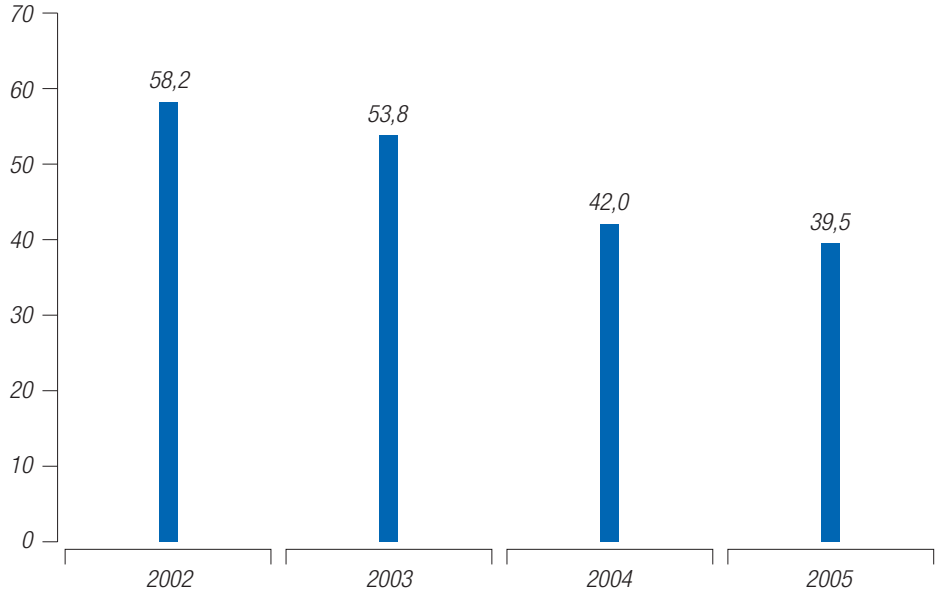
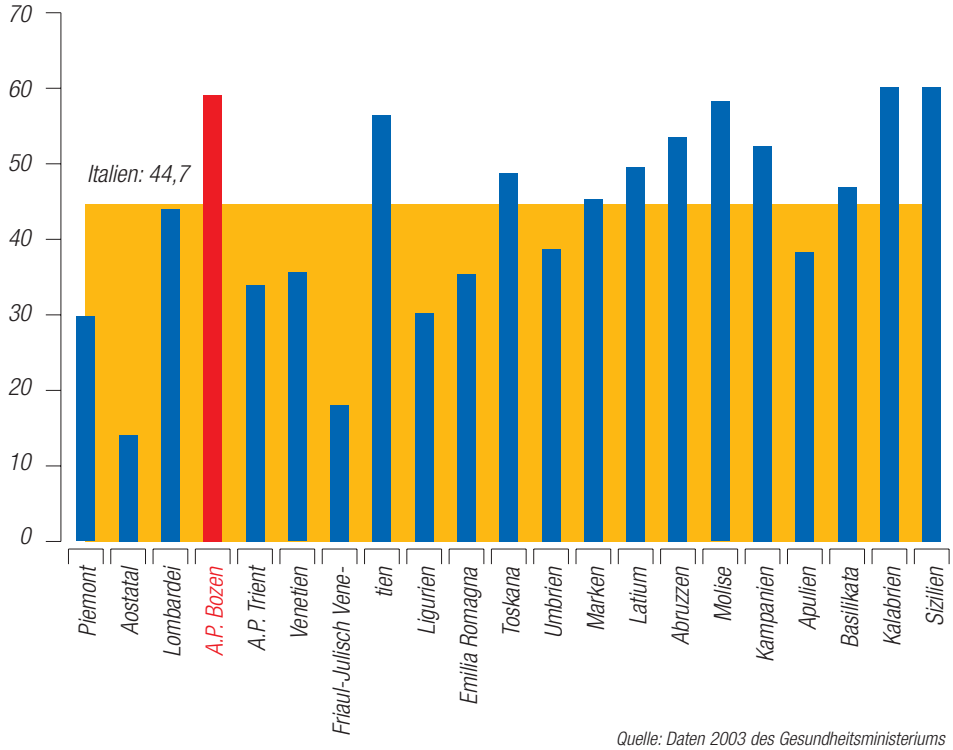


Abbildung 26: **Aufenthalte wegen Asthma pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN HERZDEKOMPENSATION

Die Hospitalisierungrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Herzdekompensation beträgt 281,0 pro 100.000 Einwohner. Die Provinz liegt in Bezug auf die in den Landeseinrichtungen getätigten Aufenthalte wegen Herzdekompensation pro 100.000 Einwohner mit 296,8 im Jahr 2005 (rückläufig gegenüber 2004) unter den gesamtstaatlichen Werten (Italien 314,0 im Jahr 2003).

Abbildung 27: **Aufenthalte wegen Herzdekompensation pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

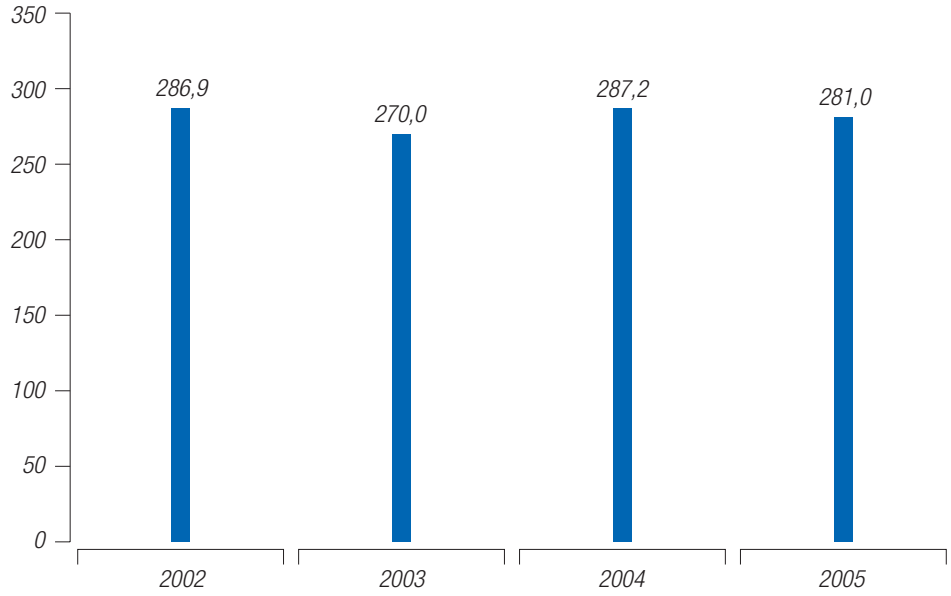
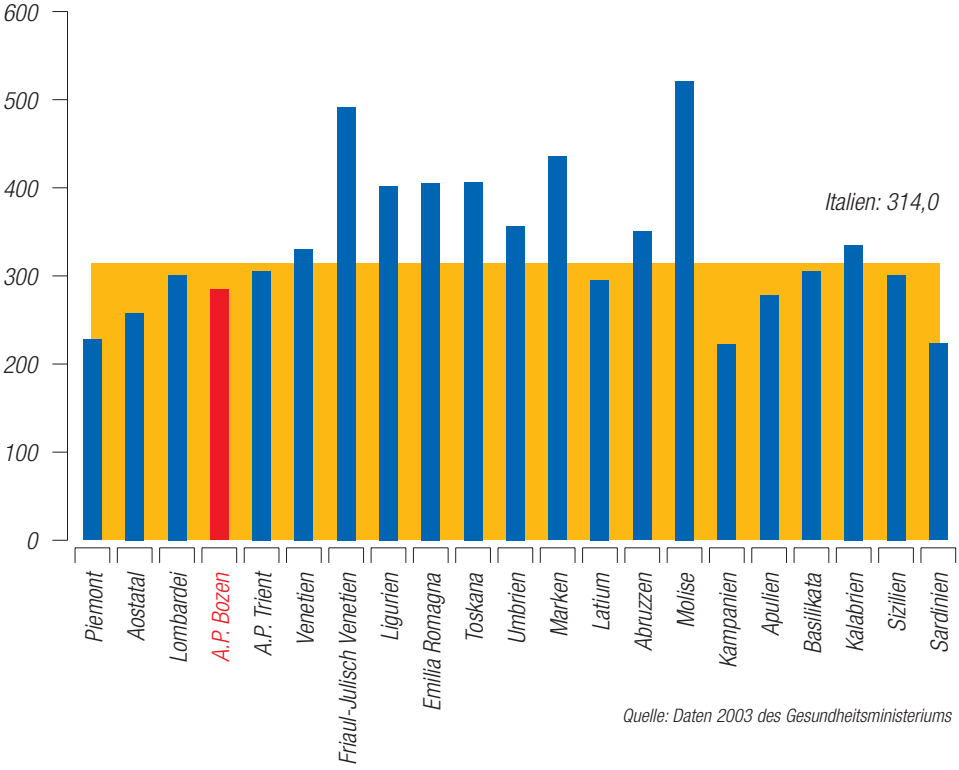


Abbildung 28: **Aufenthalte wegen Herzdekompensation pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens – Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN TURP

In der Autonomen Provinz Bozen betrugen die Prostatektomien insgesamt 287, 264 (92,0%) davon wurden transurethral (TURP) ausgeführt und zeigen somit einen angemessenen Gebrauch der Turp-Techniken gegenüber der Laparotomie.
Die Hospitalisierungsrate wegen Turp, assoziert mit der Diagnose Prostata-Hyperblasie, bei Männern im Alter über 49 Jahre, beträgt 346,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.

Abbildung 29: **Hospitalisierungsrate wegen Turp (Männer >49 Jahre) pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

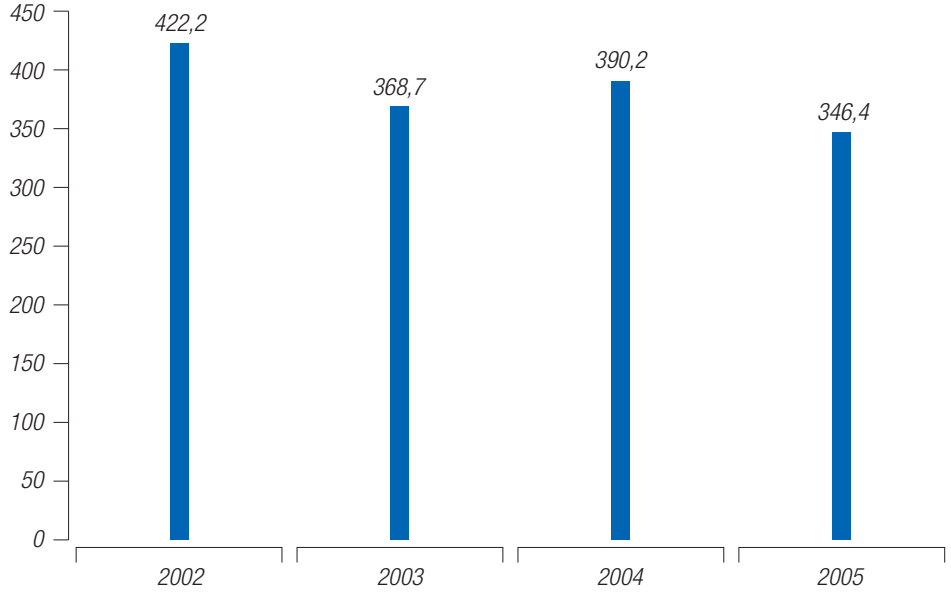
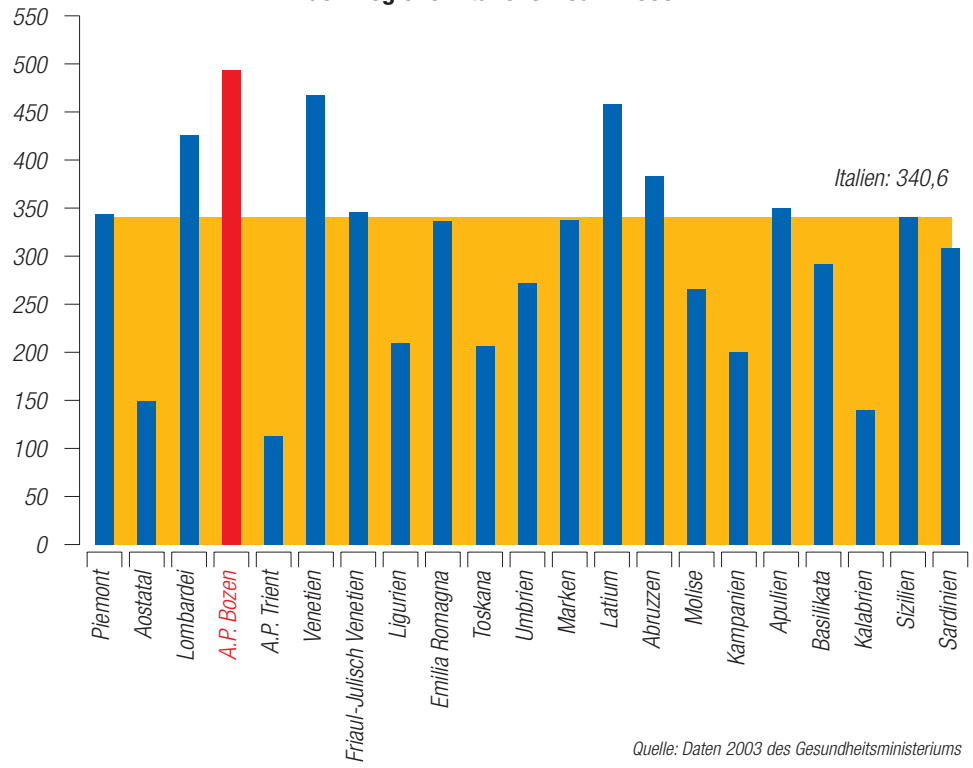


Abbildung 30: **Hospitalisierungsrate wegen Turp (Männer >49 Jahre) pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Betrachtet man die Prostatektomie-Eingriffe mit Turp-Technik, assoziert mit allen vorkommenden Diagnosen, beträgt die Hospitalisierungsrate wegen Turp bei Männern im Alter über 49 Jahren, 388,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner; dies ist rücklaüfig im Vergleich zum Jahre 2004, liegt aber über dem gesamtstaatlichen Wert des Jahres 2003 (Italien, 340,6).

HOSPITALISIERUNGSRATEN: APPENDEKTOMIE, HYSTEREKTOMIE, TONSILLEKTOMIE

Zur Überprüfung der Begrenzung der nicht unbedingt nötigen chirurgischen Eingriffe im Vergleich zu anderen Behandlungsarten wurden für das Jahr 2005 folgende berechnet: die Hospitalisierungsrate für Appendektomie mit 149,0 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner (Italien 108,2), die Hospitalisierungsrate für Hysterektomie bei Frauen über 45 Jahren mit 418,8 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner (Italien 382,4) und die Hospitalisierungsrate für Tonsillektomie in Bezug auf ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von 262,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner (Italien 134,8).

Für diese Indikatoren werden im Jahr 2005 in der Provinz immer noch Werte über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2003 verzeichnet, vor allem für die Hospitalisierungsraten wegen Appendektomie und Tonsillektomie.

Hospitalisierungsrate wegen Gastroenteritis im Kindesalter

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN GASTROENTERITIS IM KINDESALTER

Die Hospitalisierungsrate wegen Gastroenteritis im Kindesalter (0-13 Jahre) liegt im Jahr 2005 bei 329,7 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner und ist gegenüber dem Wert von 2004 rückläufig (503,1).

Abbildung 31: **Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

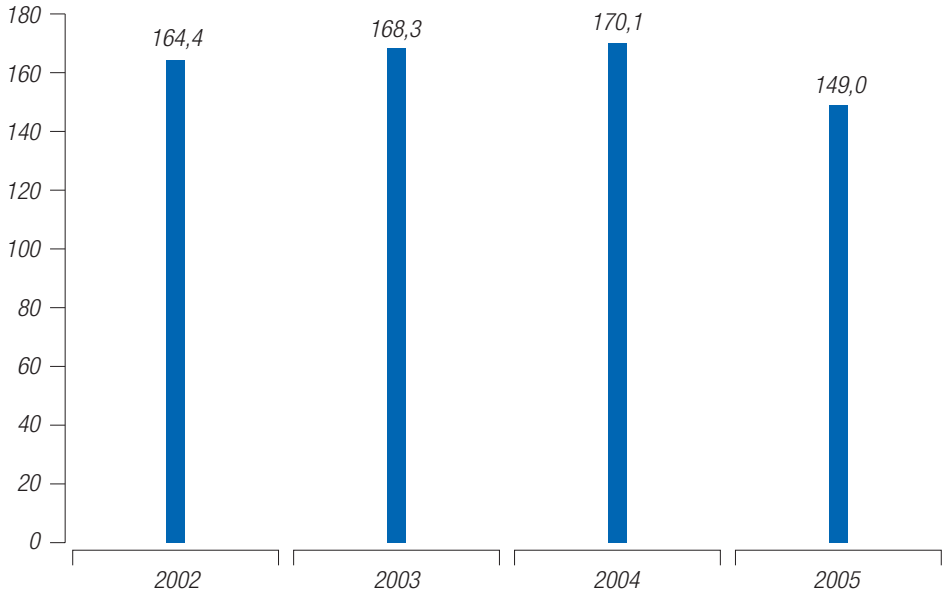
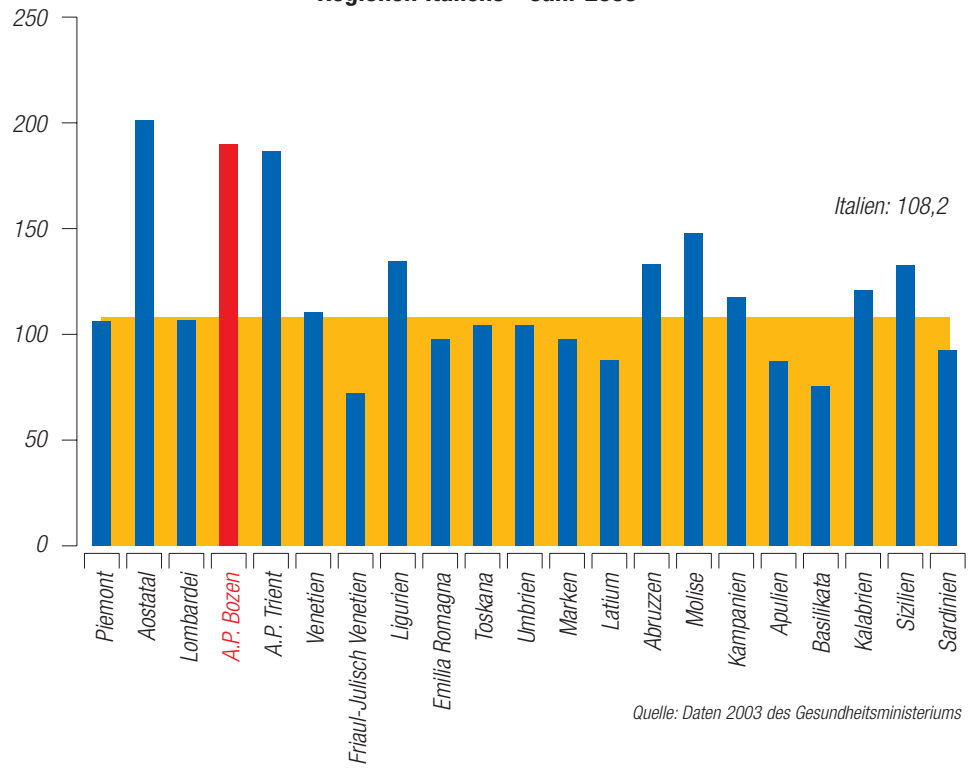


Abbildung 32: **Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Abbildung 33: **Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie (Frauen >45 Jahre) pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

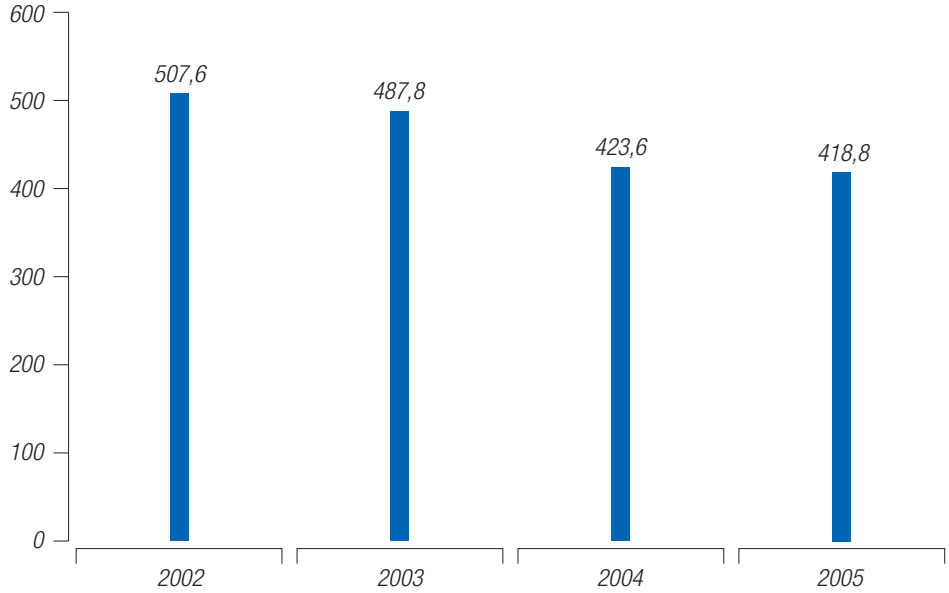
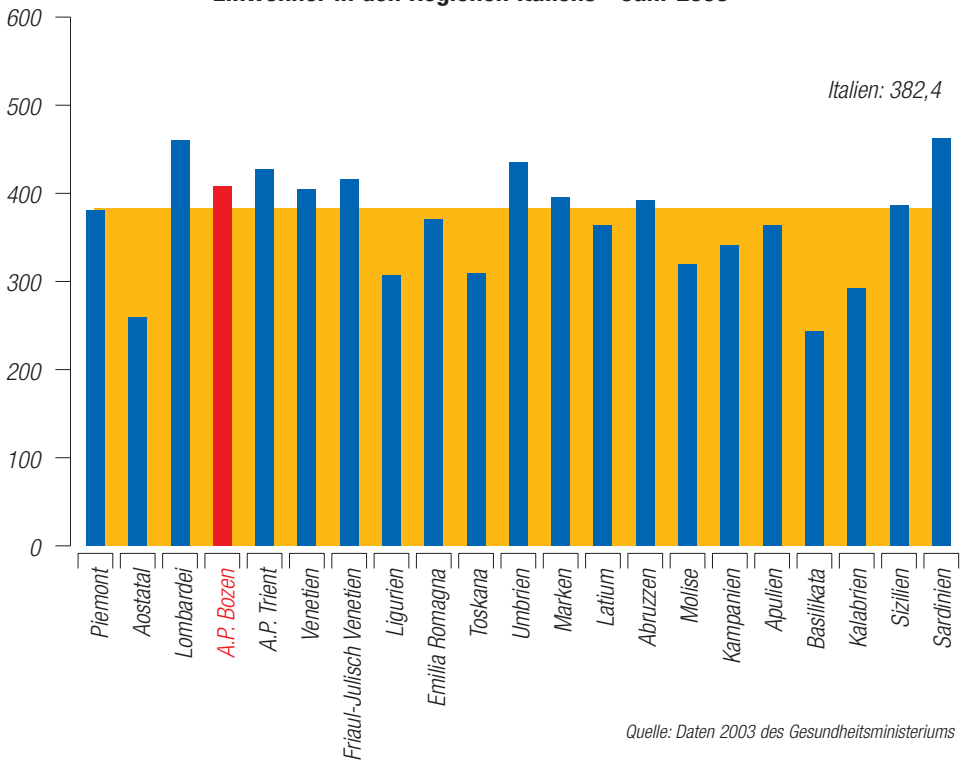


Abbildung 34: **Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie (Frauen >45 Jahre) pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Abbildung 35: **Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2005**

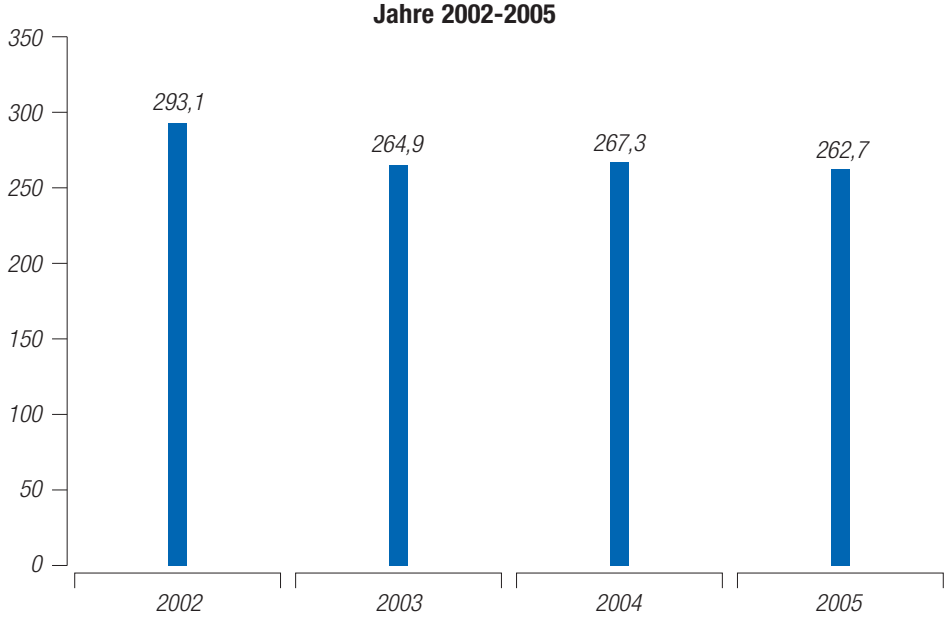
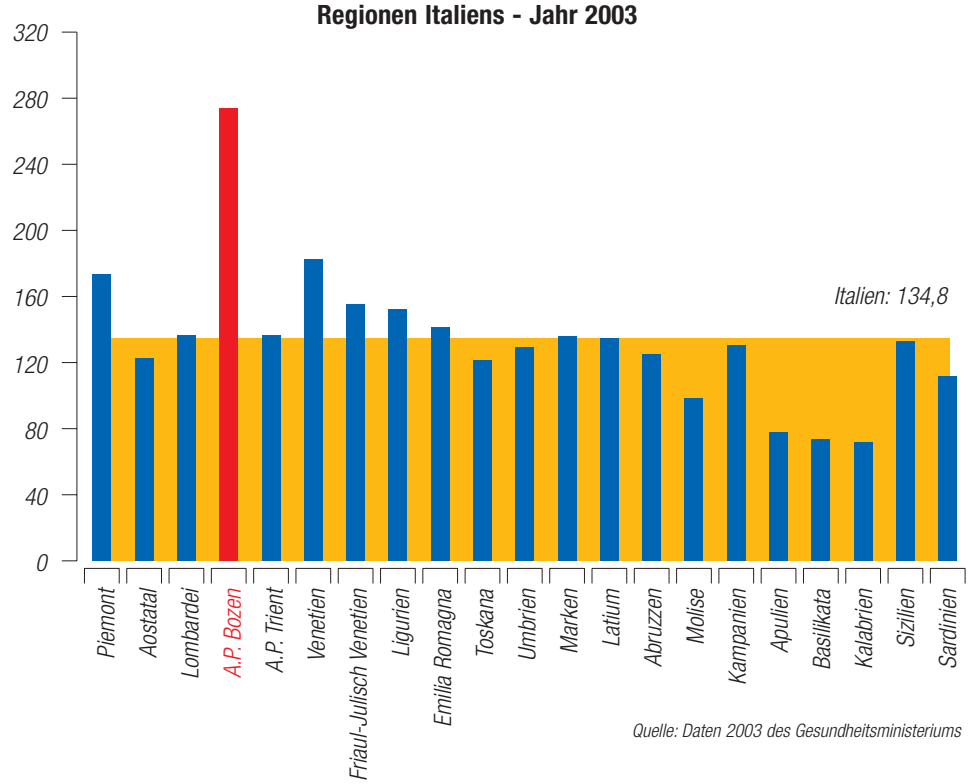


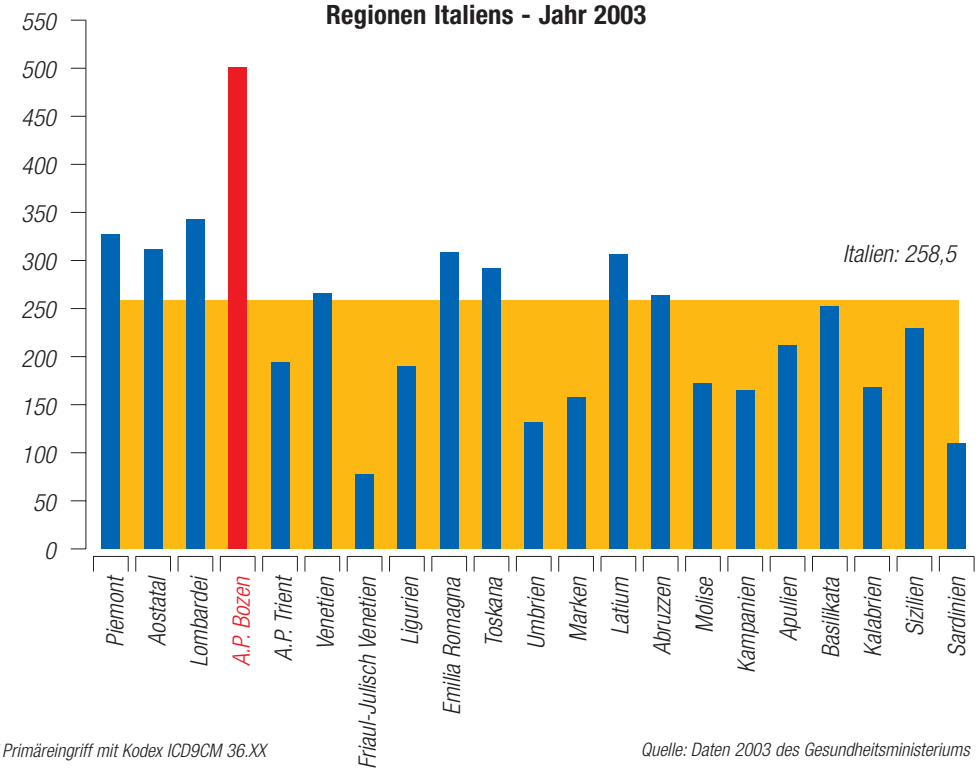
Abbildung 36: **Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Im Jahr 2005 betrug die Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie[8] für die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in der Bevölkerung ab 65 Jahren 709,7 pro 100.000 Einwohner; dieser Indikator ist in der Provinz Bozen im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens sehr hoch (gesamtstaatlicher Durchschnitt im Jahr 2003: 258,5).

Abbildung 37: **Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie (>= 65 Jahre) für ordentliche und TK-Aufenthalte pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



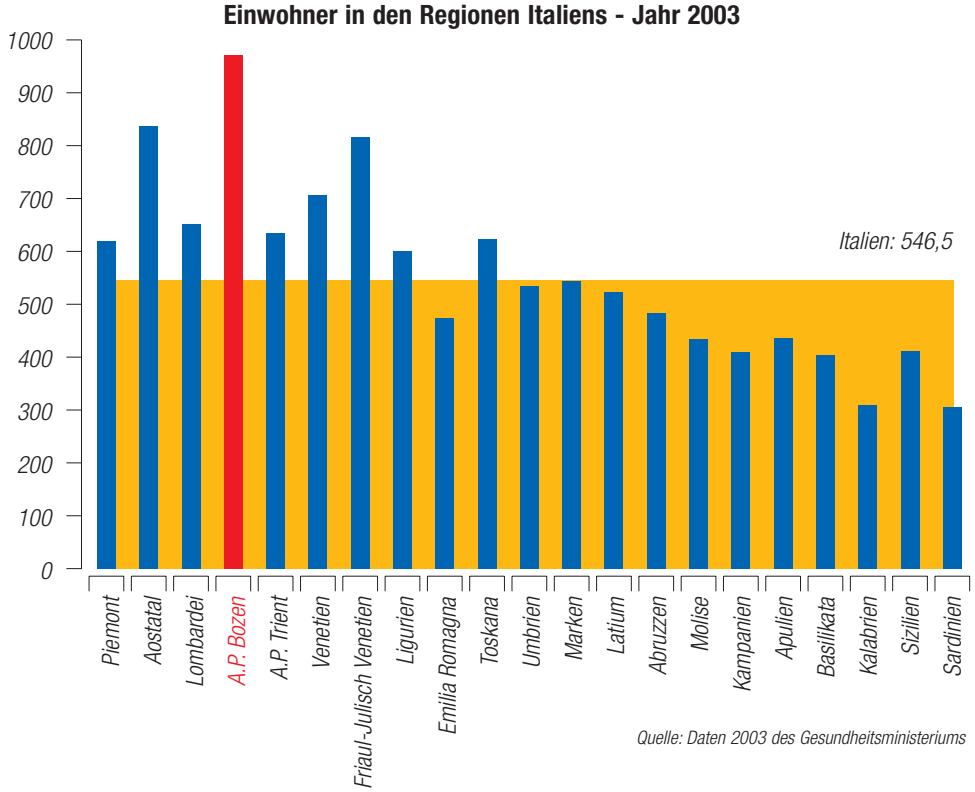
[8] Primäreingriff mit Kodex ICD9CM 36.XX

Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN HÜFTGELENKERSATZ

Auch die Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenkersatz[9] in der Bevölkerung ab 65 Jahren von 867,4 pro 100.000 Einwohner ist in der Provinz Bozen sehr hoch gegenüber den Werten der anderen Regionen Italiens (gesamtstaatlicher Durchschnitt des Jahres 2003: 546,5).
Die Werte der Autonomen Provinz Bozen entsprechen für die in der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahren) häufigen chirurgischen Eingriffe oder Diagnose- und Therapieverfahren annähernd jenen der nördlichen Regionen, wo allgemein höhere Werte anzutreffen sind.

Abbildung 38: **Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenksersatz (>= 65 Jahre) pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

EINGRIFFE AM KRISTALLIN UND VENENLIGATUR UND -STRIPPING

Für die Inanspruchnahme der Tagesklinik im Vergleich zu den ordentlichen Aufenthalten hat die Autonome Provinz Bozen positive Werte für die Eingriffe am Kristallin und Venenligatur und -stripping. Diese Indikatoren, für welche die Behandlung in der Tagesklinik viel angemessener gilt als ein ordentlicher Aufenthalt, verzeichnen Anteile der Tagesklinik-Aufenthalte an allen Aufenthalten (ordentliche und in der Tagesklinik) von 84,1% für die Eingriffe am Kristallin und von 84,7% für Venenligatur und -stripping. Beide Anteile liegen über den gesamtstaatlichen Vergleichswerten von 73,8% und 52,0%.

[9] *Primäreingriff mit Kodexen ICD9CM 81.51, 81.52, 81.53*

Tabelle 35: **Krankenhausaufenthalte mit Eingriff am Kristallin und Venenligatur und -stripping nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Eingriffe am Krisstallin		Venenligatur u. -stripping	
	Anz. Fälle in TK	% an Eingr. insges.	Anz. Fälle in TK	% an Eingr. insges.
Krankenhaus Bozen	1.044	94,1	-	-
Krankenhaus Meran	617	74,7	125	91,9
Krankenhaus Brixen	-	-	153	93,3
Krankenhaus Bruneck	972	76,9	163	90,1
Krankenhaus Schlanders	-	-	175	92,1
Krankenhaus Sterzing	-	-	134	96,4
Krankenhaus Innichen	-	-	119	83,2
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**2.633**	**82,3**	**869**	**84,0**
Marienklinik	405	98,3	169	89,9
PK St. Anna	-	-	64	81,0
PK Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**405**	**98,3**	**233**	**87,3**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**3.038**	**84,1**	**1.102**	**84,7**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 39: **% der Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik - Jahre 2002-2005**

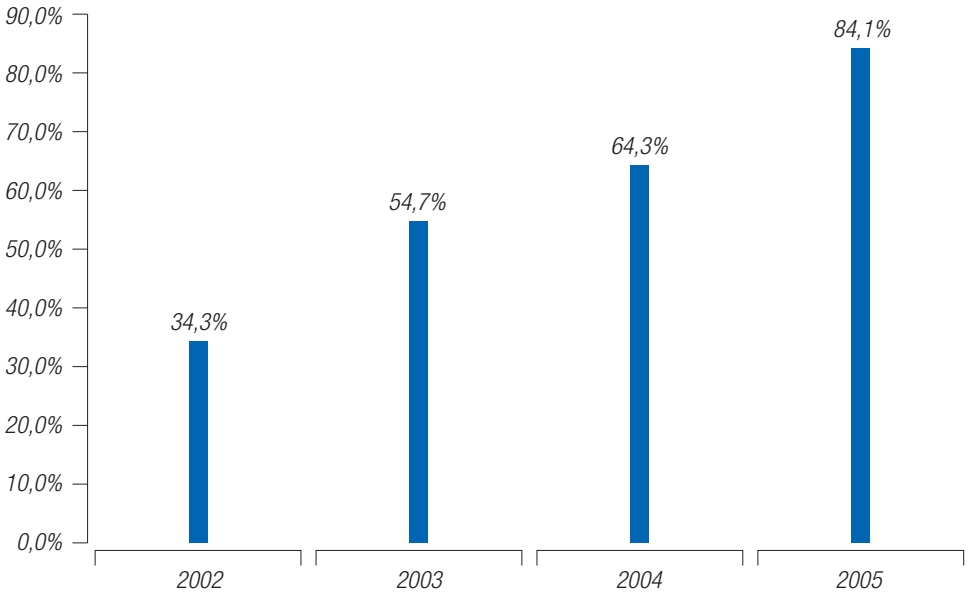
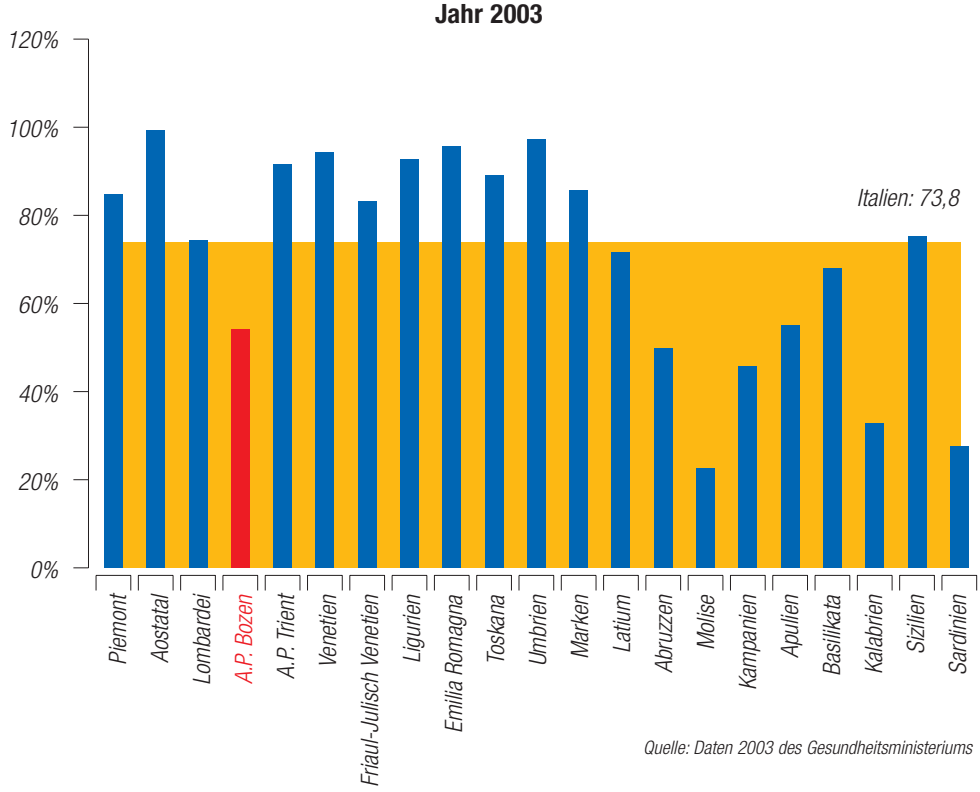


Abbildung 40: **% der Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

Abbildung 41: **% von Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik - Jahre 2002-2005**

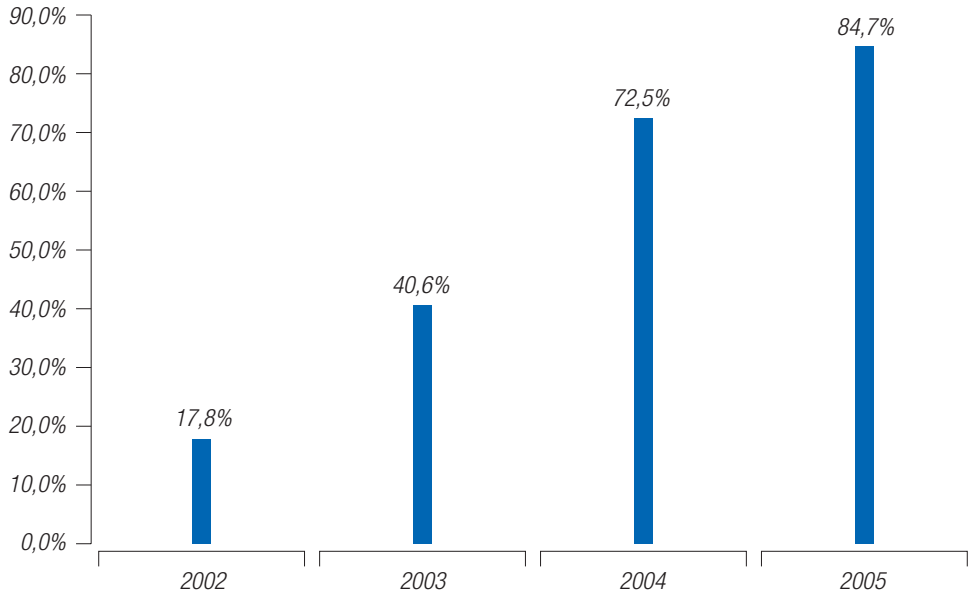
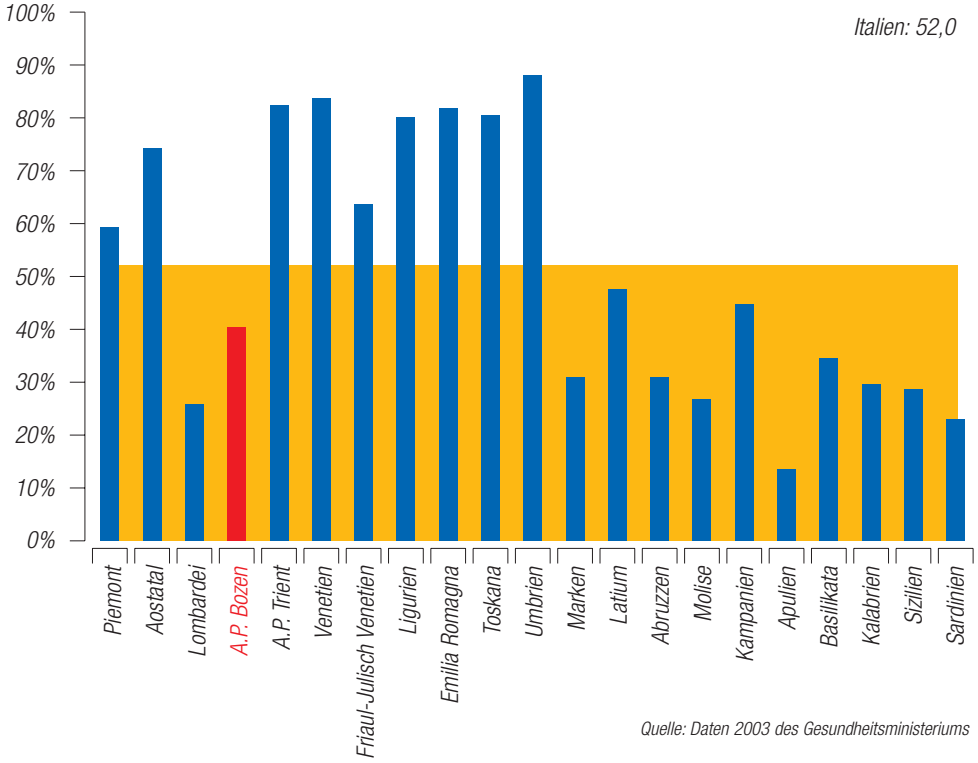


Abbildung 42: **% von Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik in den Regionen Italiens - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 des Gesundheitsministeriums

KRANKENHAUS-AUFENTHALTE IM KINDESALTER

Die Krankenhausaufenthalte, die Patienten im Kindesalter betrafen, d.h. Patienten im Alter von unter 14 Jahren, betrugen insgesamt 8.558, 99,1% davon wurden in öffentlichen Krankenhäusern getätigt.

In 947 Fällen (11,1% der Fälle insgesamt) wurden diese Patienten nicht in Pädiatrieabteilungen (Säuglingskrippe, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Intensivtherapie für Säuglinge) versorgt.

Der Anteil der Aufenthalte im Kindesalter in Nicht-Pädiatrieabteilungen ist für die Krankenhäuser Brixen und Bozen hoch, während in den anderen öffentlichen Landeskrankenhäusern geringe Werte verzeichnet werden.

Insgesamt wurden 56,6% der von Nicht-Pädiatrieabteilungen versorgten Kinder in die HNO-Abteilungen eingeliefert; die häufigste DRG war die DRG 060 „Tonsillektomie, Alter unter 18 Jahren" (41,8%).

Tabelle 36: **Krankenhausaufenthalte von Patienten im Kindesalter (unter 14 Jahren), insgesamt und in Nicht-Pädiatrieabteilungen nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Aufenth. von Patienten im Kindesalter (< 14 J.) in Nicht-Pädiatrieabt.	Aufenth. von Patienten im Kindesalter (<14 J.)
Krankenhaus Bozen	480	2.997
Krankenhaus Meran	113	1.970
Krankenhaus Brixen	245	1.101
Krankenhaus Bruneck	27	1.329
Krankenhaus Schlanders	17	501
Krankenhaus Sterzing	7	279
Krankenhaus Innichen	3	315
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**892**	**8.492**
Marienklinik	38	49
PK St. Anna	17	17
PK Martinsbrunn	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**55**	**66**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**947**	**8.558**

Quelle: Sanitätsbetriebe

TODESFÄLLE IM KRANKENHAUS

Die Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Patienten betrug 1.696 (2,2% der Krankenhausaufenthalte insgesamt); in 1.522 Fällen (89,7% der Todesfälle) trat der Tod innerhalb von 30 Tagen ab dem Einlieferungsdatum ein.
Der Anteil der Todesfälle innerhalb von 30 Tagen ab Einlieferung ist in den verschiedenen Einrichtungen ziemlich konstant und nimmt den niedrigsten Wert im Krankenhaus Bozen (87,9% der Todesfälle) und den höchsten Wert im Krankenhaus Brixen (95,8%) ein.

Tabelle 37: **Krankenhausaufenthalte mit Tod des Patienten, insgesamt und innerhalb von 30 Tagen ab Einlieferung nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Todesfälle	Todesfälle innerh. 30 Tagen ab Einlieferung	% der Todesfälle inner. 30 Tagen an Todesfällen insgesamt
Krankenhaus Bozen	901	792	87,9
Krankenhaus Meran	280	251	89,6
Krankenhaus Brixen	119	114	95,8
Krankenhaus Bruneck	175	156	89,1
Krankenhaus Schlanders	60	55	91,7
Krankenhaus Sterzing	36	34	94,4
Krankenhaus Innichen	51	48	94,1
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**1.622**	**1.450**	**89,4**
Marienklinik	38	38	100,0
PK St. Anna	19	18	94,7
PK Martinsbrunn	2	2	100,0
Pflegestätte Sarnthein	15	14	93,3
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**74**	**72**	**97,3**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**1.696**	**1.522**	**89,7**

Quelle: Sanitätsbetriebe

AKUTER MYOKARDINFARKT

Die Krankenhausaufenthalte wegen akutem Myokardinfarkt betrugen insgesamt 924; in 112 Fällen (12,1%) verstarb der Patient; für 45 Patienten erfolgte der Tod innerhalb von 2 Tagen ab der Einlieferung. Die Todesfälle aufgrund von akutem Myokardinfarkt machten 6,6% der Todesfälle im Krankenhaus aus.

Tabelle 38: **Todesfälle wegen akutem Myokardinfarkt insgesamt und innerhalb von 2 Tagen ab der Einlieferung und Krankenhausaufenthalte wegen Infarkt nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Todesfälle wegen Infarkt insgesamt	Todesfälle wegen Infarkt innerh. 2 Tagen ab Einlief.	KH-Aufenthalte wegen Infarkt insgesamt
Krankenhaus Bozen	74	30	500
Krankenhaus Meran	23	7	169
Krankenhaus Brixen	3	-	90
Krankenhaus Bruneck	5	4	81
Krankenhaus Schlanders	4	2	44
Krankenhaus Sterzing	-	-	17
Krankenhaus Innichen	1	1	17
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**110**	**44**	**918**
Marienklinik	2	1	6
PK St. Anna	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**2**	**1**	**6**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**112**	**45**	**924**

Quelle: Sanitätsbetriebe

CHOLEZYSTEKTOMIE

Die Krankenhausaufenthalte wegen Cholezystektomie betrugen insgesamt 724, in 575 Fällen (79,4%) wurde eine laparoskopische Cholezystektomie ausgeführt.

Tabelle 39: **Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien* an den Cholezystektomien insgesamt nach Landeskrankenanstalt – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Laparoskopische Cholezystektomie	% laparoskopische Cholezystektomien an Cholezystektomien ins.
Krankenhaus Bozen	175	65,3
Krankenhaus Meran	92	80,7
Krankenhaus Brixen	81	84,4
Krankenhaus Bruneck	89	90,8
Krankenhaus Schlanders	50	96,2
Krankenhaus Sterzing	40	97,6
Krankenhaus Innichen	26	89,7
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**553**	**79,2**
Marienklinik	13	76,5
PK St. Anna	9	100,0
PK Martinsbrunn	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**22**	**84,6**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**575**	**79,4**

* Mindestens ein Kodex ICD9CM 51.21, 51.22, 51.23, 51.24 in den Feldern für Eingriffe/Verfahren; die letzten beiden Kodexe beziehen sich auf laparoskopische Cholezystektomien

Quelle: Sanitätsbetriebe

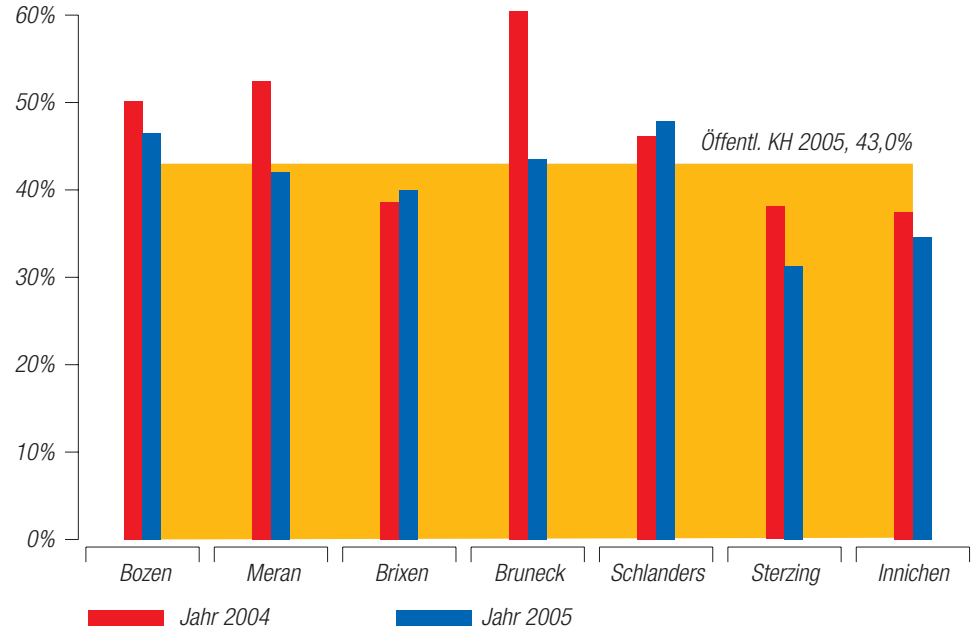
DRGs MIT UNANGEMESSENHEITSRISIKO

Laut Ministerialverordnung (DPCM vom 29.11.01) wird die eventuelle organisatorische Unangemessenheit bei der Behandlung der klinischen Fälle durch die Bestimmung von „Risikobereichen", bestehend aus 43 DRGs, bemessen, für welche die Inanspruchnahme eines Aufenthalts als „potenziell unangemessen" gilt. Es handelt sich dabei um Aufenthalte, für die das klinische Problem mit derselben Effizienz auf einer weniger intensiven Versorgungsstufe und folglich mit einem minderen Einsatz von Ressourcen behandelt werden könnte.

Somit ist es für die Provinz wichtig, die „Risikoaufenthalte" regelmäßig zu überprüfen und deren Anzahl laufend zu reduzieren, um sie nur mehr in Ausnahmefällen rechtfertigen zu müssen. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass nicht für alle DRGs der

„Risikoaufenthalte" andere Versorgungsformen angewandt werden können.
Die Steigerung der Effizienz und Leistungsfähigkeit muss bei der Behandlung der Fälle mit geringem Schweregrad mit einer Dauer von über 1 Tag verfolgt werden. Bestimmte ordentliche Aufenthalte mit einer Aufenthaltsdauer von über 1 Tag können hinsichtlich besonderer Schweregrade der klinischen Bedingungen und des Selbstständigkeitsgrads oder aufgrund sozialer Faktoren wie familiäre Lage und Unterstützung von „Caregivers" sowie logistischer Faktoren (Distanz der Versorgungseinrichtung vom Wohnort des Patienten) „toleriert" werden.
In dieser Hinsicht hat die Autonome Provinz Bozen mit Beschluss der Landesregierung Nr. 4434 vom 09.12.2003 die „Zulässigkeitsschwellen" für die Erbringung der 43 DRGs mit Unangemessenheitsrisiko bei ordentlichen Aufenthalten in öffentlichen und privaten Krankenanstalten gemäß Anhang 2C des DPCM Nr. 26 vom 29.11.2001 festgelegt.
Die nachstehend angeführten Daten sind das Ergebnis der Analyse der „Bereiche mit Unangemessenheitsrisiko" mit Wahl der Fälle gemäß DPCM vom 29.11.01; sie bezwecken, die kritischsten Bereiche in der Provinz und auch im Vergleich mit dem übrigen Italien aufzuzeigen. Diese Analyse hat das Ziel, innerhalb jedes Sanitätsbetriebs die Bewertung der Leistung in Bezug auf die Angemessenheit zu fördern, welche die Inanspruchnahme und die Leistungen, die dem Prinzip der organisatorischen Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit bei der Verwendung der Ressourcen nicht nachkommen, beschränken soll (wie gemäß DPCM für die Versorgungsstandards durch Förderung der Entwicklung von effizienten und leistungsfähigen Organisationsmodellen bei der Versorgung vorgeschrieben).
Die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte, die zu den 43 DRGs gehören, die als „Risikobereiche" angesehen werden, betrugen im Jahr 2005 insgesamt 17.481 und machten 16,9% aller Krankenhausaufenthalte aus. 57,4% davon wurden in der Tagesklinik behandelt.

Abbildung 43: **Prozentanteil der ordentlichen Krankenhausaufenthalte von Einwohnern mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs" in den öff. KH - Jahre 2004-2005**



Hohe Anteile von ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko“ in öffentlichen Krankenhäusern wurden für die Krankenhäuser Schlanders (47,9%) und Bozen (46,5%) verzeichnet, während das Krankenhaus Sterzing den niedrigsten Wert aufwies (31,3%). Auf der Ebene der Sanitätsbetriebe ist der Anteil der ordentlichen Aufenthalte mit „Risiko-DRG” sehr hoch für Bozen (46,5%), niedrig dagegen im Sanitätsbetrieb Brixen (37,0%).

Bei der Auslegung der Ergebnisse müsste auch der Anteil der ambulatorisch erbrachten Tätigkeiten berücksichtigt werden, vor allem für einige DRGs wie „Dekompression am Karpaltunnel“, „Venenligatur und Venenstripping“, „Eingriffe an der Linse des Auges“, die jedoch derzeit nicht zur Verfügung stehen.

Die Hospitalisierungsrate der Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern bezüglich der 43 Risiko-DRGs betrug 2005 insgesamt 324,0 und liegt niedriger als im Jahr 2004 (352,3); höhere Werte im Vergleich zum Landesdurchschnitt wurden in den Sanitätsbetrieben Bruneck und Brixen verzeichnet, wobei Brixen jedoch im Vergleich zum Jahr 2003 eine deutliche Verminderung des Indikatorwertes erzielen konnte (-62,2%).

Auf Landesebene betrug der Anteil der ordentlichen Aufenthalte über der Zulässigkeitsschwelle im Jahr 2005 9,6%. Sehr hoch fiel der Wert vor allem im Krankenhaus Schlanders aus (22,1%). Aufgrund der Einführung der neuen Landesschwellen werden jedoch auch die Krankenhäuser Meran, Brixen, Bruneck und Sterzing die den 43 DRGs zugeordneten ordentlichen Aufenthalte senken müssen. Diese Krankenhäuser überschreiten die Zulässigkeitsschwellen um rund 10% der ordentlichen Aufenthalte.

Die Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten in Bezug auf die ordentlichen und Tagsklinik-Aufenthalte mit „Unangemessenheitsrisiko“ kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

Abbildung 44: **Hospitalisierungsrate der Aufenthalte mit „Ungemessenheitsrisiko-DRGs“ pro 10.000 Einwohner in den öffentlichen KH - Jahre 2004-2005**

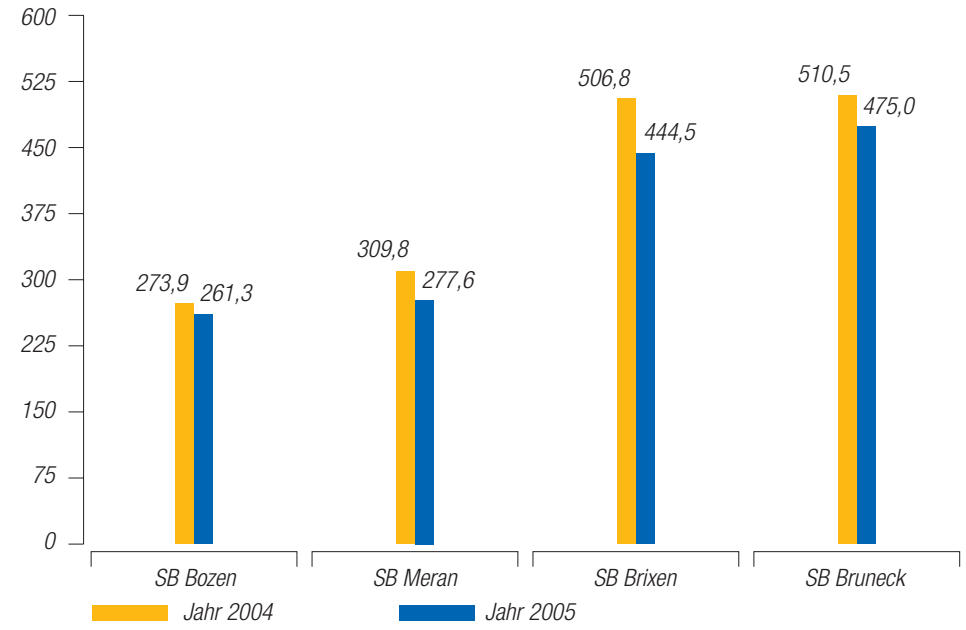


Tabelle 40: **Aufenthalte von Ansässigen mit „Risiko-DRGs“ in den Krankenanstalten der Autonomen Provinz Bozen – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Ordentl. Aufent.	TK-Aufenthalt	% ordentl. Aufent.	% Aufenth. über Schwelle am Gesamtw. ord. A.	Var. % Aufenth. über Schwelle 2004
Krankenhaus Bozen	2.603	2.997	46,5	5,0	-2,1
Krankenhaus Meran	1.162	1.599	42,1	12,4	2,7
Krankenhaus Brixen	801	1.201	40,0	11,4	0,3
Krankenhaus Bruneck	1.286	1.672	43,5	11,9	-0,9
Krankenhaus Schlanders	344	374	47,9	22,1	3,9
Krankenhaus Sterzing	331	725	31,3	10,9	1,7
Krankenhaus Innichen	171	323	34,6	8,8	0,4
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**6.698**	**8.891**	**43,0**	**9,6**	**-0,4**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Schließlich kann noch ein anderer Indikator aus den KEB-Daten berechnet werden, der aus dem Anteil der atypischen (DRG 468 „Ausgedehnter chirurgischer Eingriff, nicht an die Primärdiagnose gebunden“, DRG 476 „Chirurgischer Eingriff an der Prostata, nicht an die Primärdiagnose gebunden“ und DRG 477 „Nicht ausgedehnter chirurgischer Eingriff, nicht an die Primärdiagnose gebunden“) und der anomalen DRGs (DRG 469 „Primärdiagnose nicht gültig als Entlassungsdiagnose“ und DRG 470 „Keiner anderen DRG zuzuordnen“) an den gesamten Aufenthalten stammt; obwohl er mehr Angaben zur Qualität der Informationen als zur Qualität der Leistungen liefert, stellt er trotzdem einen Wert dar, der überwacht werden muss.

Die mit atypischen und anomalen DRGs klassifizierbaren Aufenthalte machen insgesamt knapp über 0,17% (177 Fälle) der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten aus; der Wert liegt unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2003 (Italien 0,29).

Tabelle 41: **Atypische und anomale DRGs (ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2005**

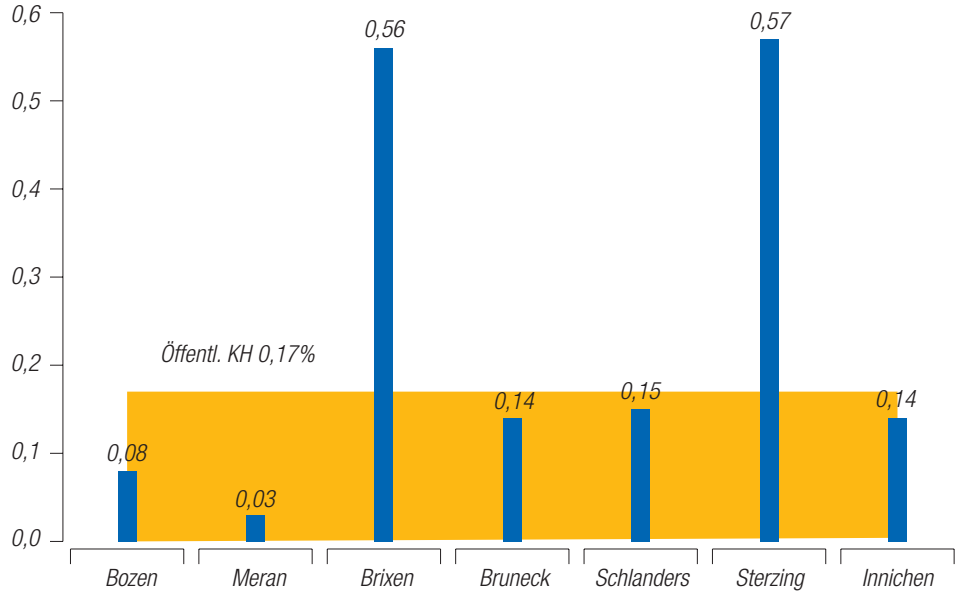
Krankenanstalt	Atypische DRGs (DRG 468, 476, 477)		Anormale DRGs (DRG 469, 470)	
	Aufenth.	% Aufenth.	Aufenth.	% Aufenth.
Krankenhaus Bozen	30*	0,08	-	-
Krankenhaus Meran	5	0,03	-	-
Krankenhaus Brixen	71	0,53	3	0,02
Krankenhaus Bruneck	16	0,11	5	0,03
Krankenhaus Schlanders	8	0,15	-	-
Krankenhaus Sterzing	20	0,44	6	0,13
Krankenhaus Innichen	5	0,14	-	-
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**155**	**0,16**	**14**	**0,01**
Marienklinik	8	0,20	-	-
PK St. Anna	-	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**8**	**0,14**	**-**	**-**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**163**	**0,16**	**14**	**0,01**

** 23 Fälle mit DRG 468 des KH Bozen wurden nach dem Abschluss des Landesarchivs korrigiert; unter Berücksichtigung dieser Korrektur beträgt der Anteil der DRG 468 im KH Bozen 0,02%*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Ziemlich hohe Anteile (in Bezug auf die absoluten Werte halten sich die Anteile jedoch in Grenzen) von atypischen und anomalen DRGs an den ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten insgesamt werden in den Krankenhäusern Brixen und Sterzing verzeichnet.

Abbildung 45: **Anteil der Aufenthalte mit atypischen DRGs (DRG 468, 476, 477) und anomalen DRGs (DRG 469, 470) in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2005**



3.2.6. Krankenhausmobilität

Die Daten über die Krankenhausversorgung von Akutkranken in Einrichtungen außerhalb der Provinz beziehen sich auf Krankenhausaufenthalte von Ansässigen im übrigen Italien, für die der Ausgleich der überregionalen Mobilität durchgeführt wird, und auf die Aufenthalte in konventionierten österreichischen Einrichtungen. Sowohl für die überregionale Mobilität als auch auf die Aufenthalte in Österreich stammen die Daten aus dem Jahr 2005.

3.2.6.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen

ORDENTLICHE AUFENTHALTE IN NATIONALEN EINRICHTUNGEN

Im Laufe des Jahres 2005 wurden 4.402 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz verzeichnet (20 mehr als im Jahr 2004). Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte betrug 3.225 (6,7 pro 1.000 Einwohner) bei insgesamt 21.565 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6,7 Tagen. Die Tagesklinik-Aufenthalte beliefen sich auf 1.177 für insgesamt 2.079 Zugänge.

Außerdem wurden weitere 271 Aufenthalte in Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 56.00) und 48 Aufenthalte in Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60.00) in Anspruch genommen.

Tabelle 42: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittl. Aufenthaltsdauer, durchschnittl. Tarif (Euro) und Gesamtbetrag (Euro) nach Art des Aufenthalts in nationalen Einrichtungen außerhalb der Provinz nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

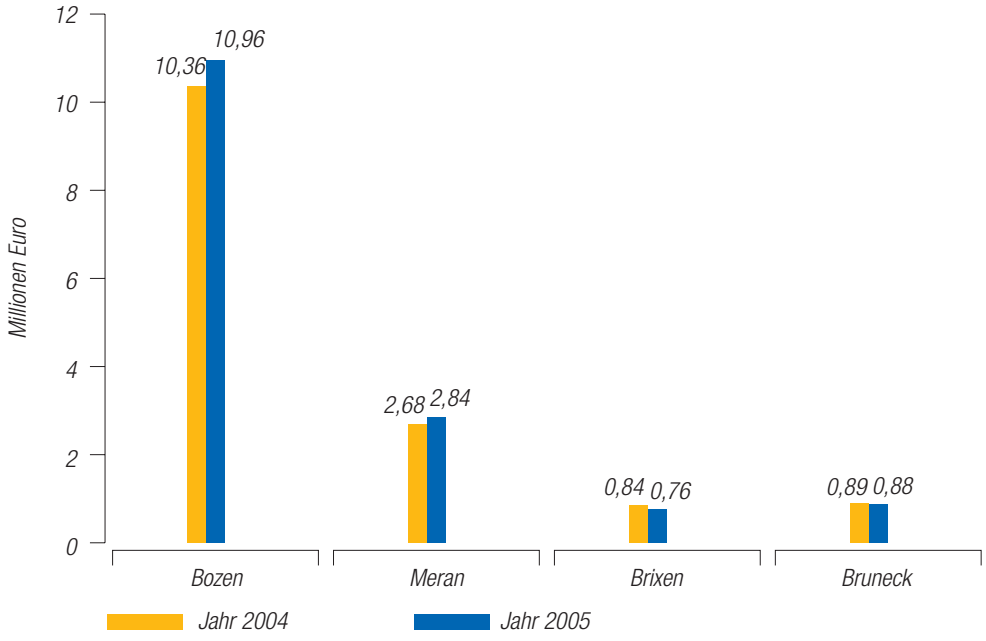
Wohnsitz-Sanitätsbetrieb	Aufenth.	Aufenthalts-tage	Durchschn. AD	Durch. Tarif (Euro)	Gesamtbetrag (Euro)
Ordentliche Aufenthalte					
Bozen	2.279	14.685	6,4	4.254,47	9.695.943,09
Meran	592	4.296	7,3	4.527,69	2.680.394,58
Brixen	163	1.161	7,1	4.302,97	701.383,51
Bruneck	191	1.423	7,5	4.136,11	789.997,69
ORDENTL. AUFENTHALTE INSG.	**3.225**	**21.565**	**6,7**	**4.300,07**	**13.867.718,87**
Tagesklinik-Aufenthalte					
Bozen	922	1.575	1,7	1.370,73	1.263.814.93
Meran	128	256	2,0	1.262,92	161.654,05
Brixen	58	102	1,8	1.071,65	62.155,88
Bruneck	69	146	2,1	1.374,74	94.857,13
TK-AUFENTHALTE INSG.	**1.177**	**2.079**	**1,8**	**1.344,50**	**1.582.481,99**
AUFENTHALTE IN NATIONALEN EINRICHTUNGEN INSGESAMT	**4.402**	**23.644**		**3.509,81**	**15.450.200,86**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

In 72,7% der Fälle stammen die Patienten aus dem Sanitätsbetrieb Bozen und in 16,4% aus dem Sanitätsbetrieb Meran. Die anderen beiden Sanitätsbetriebe senden weitaus weniger Patienten in italienische Einrichtungen: Brixen 5,0% und Bruneck 5,9%.

Im Jahr 2005 machte der Gesamtbetrag für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in anderen italienischen Regionen 15,450 Millionen Euro aus, 70,9% davon für Ansässige des Sanitätsbetriebs Bozen, 18,4% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Meran, 4,9% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Brixen und 5,7% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Bruneck.

Abbildung 46: **Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in nationalen Einrichtungen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahre 2004-2005**



Venetien (35,8%) und die Autonome Provinz Trient (28,5%) sind die häufigsten Anlaufstellen. Gegenüber 2004 kam es zu einem Zuwachs der ordentlichen Aufenthalte (99 Aufenthalte), vor allem für die Krankenanstalten in der Lombardei, in Venetien und in der Emilia Romagna. Die Tagesklinik-Aufenthalte verzeichneten hingegen einen Rückgang (79 Aufenthalte) vor allem in der Autonomen Provinz Trient, Emilia Romagna und in Sizilien.

Tabelle 43: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im übrigen Italien nach Aufenthaltsregion – Jahr 2005**

Aufenthaltsregion	Ordentliche Aufenthalte		Tagesklinik-Aufenthalte		Insgesamt	
	Anz. Entlassungen	Diff. d. Aufent. ggü. 2004	Anz. Entlassungen	Diff. d. Aufent. ggü. 2004	Anz. Entlassungen	Prozentsatz
Venetien	1.265	58	313	34	1.578	35,8
A.P. Trient	735	-7	518	-72	1.253	28,5
Lombardei	426	69	98	-7	524	11,9
Emilia Romagna	307	46	97	-30	404	9,2
Latium	82	1	17	-5	99	2,2
Toskana	64	-18	25	9	89	2,0
Friaul-Julisch Venetien	48	-18	22	8	70	1,6
Apulien	64	7	6	-5	70	1,6
Kalabrien	37	2	10	1	47	1,1
Kampanien	36	-8	7	-	43	1,0
Ligurien	20	4	18	-	38	0,9
Sizilien	23	-7	11	-10	34	0,8
Piemont	23	-17	8	-9	31	0,7
Marken	22	-1	7	1	29	0,7
Sardinien	25	-11	4	2	29	0,7
Abruzzen	25	-4	3	-	28	0,6
Umbrien	11	-3	4	2	15	0,3
Ospedale Bambin Gesù	5	4	6	1	11	0,2
Basilikata	4	2	2	2	6	0,1
Molise	3	1	1	1	4	0,1
Aostatal	-	-1	-	-	-	-
INSGESAMT	**3.225**	**99**	**1.177**	**-79**	**4.402**	**100,0**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 44: **Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im übrigen Italien nach MDC und Betrag (Euro) – Jahr 2005**

MDC	Beschreibung der MDC	Anz. Aufenth.	% A.	Gesamtbetrag (Euro)
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	724	22,4	2.679.117,17
5	Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems	526	16,3	4.216.521,89
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	201	6,2	871.714,60
3	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	182	5,6	453.557,59
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	175	5,4	533.438,93
17	Myeloproliferative Krankheiten und Störungen und schwach differenzierte Neoplasien	173	5,4	869.471,62
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	168	5,2	725.960,28
14	Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium	135	4,2	221.692,18
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	122	3,8	308.907,67
15	Krankheiten und Störungen der Neonatalzeit	100	3,1	235.127,03
19	Geisteskrankheiten und -störungen	97	3,0	239.997,19
7	Krankheiten und Störungen des Leber- und Gallensyst. u. Pankreas	92	2,9	376.118,82
10	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten u. -störungen	90	2,8	250.351,87
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	90	2,8	256.846,80
13	Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystems	81	2,5	203.523,30
2	Krankheiten und Störungen des Auges	69	2,1	147.333,04
12	Krankheiten und Störungen des männlichen Fortpflanzungssystems	47	1,5	186.274,26
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	40	1,2	58.710,02
21	Traumata, Vergiftungen und toxische Wirkung von Pharmaka	30	0,9	86.057,97
-	Sonstige DRGs	27	0,8	703.484,02
18	Infektions- und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht spezifizierter Lokalisation)	20	0,6	64.882,82
20	Alkohol-/Drogenmissbrauch und alkohol-/drogeninduzierte organische Geistesstörungen	14	0,4	18.336,70
16	Krankheiten und Störungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	10	0,3	36.130,08
22	Verbrennungen	5	0,2	50.020,24
24	Relevante multiple Traumata	4	0,1	48.960,54
25	HIV-Infektionen	3	0,1	25.182,24
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		**3.225**	**100,0**	**13.867.718,87**

Quelle: : Amt für Gesundheitsökonomie

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 (22,4%) und in den Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems (16,3%).

3,1% der Patienten werden mit der DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen“, 2,9% mit der DRG 222 „Eingriffe am Knie, ohne Komplikationen” und 2,4% mit der DRG 215 „Eingriffe an Rücken und Hals, ohne Komplikationen” entlassen.

Tabelle 45: **Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien nach den häufigsten DRGs und Betrag (Euro) - Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Anz. Aufenth.	% kumuliert	Gesamtbetrag (Euro)
209	Haupteingriffe an größ. Gelenken u. Replantation d. unt. Gliedmaßen	100	3,1	901.102,51
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	93	6,0	200.160,77
215	Eingriffe an Rücken und Hals, ohne Kompl.	79	8,4	326.794,74
107	Koronar-Bypass ohne Katheterisierung	70	10,6	1.082.166,35
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure a usgenommen Hüfte und Femur	66	12,7	155.347,44
408	Myeloproliferative Krankheiten oder schwach differenzierte Neoplasien	63	14,6	366.399,42
105	Eingriffe an den Herzklappen ohne Herzkatheterisierung	62	16,5	1.163.428,64
112	Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem	62	18,4	417.185,61
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	59	20,3	82.122,14
391	Unauffälliger Neugeborener	56	22,0	29.457,28
63	Sonstige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	46	23,4	163.205,80
430	Psychosen	45	24,8	106.448,95
409	Strahlentherapie	43	26,2	264.199,29
410	Chemotherapie, nicht an d. Sekundärdiagn.akute Leukämie gebunden	37	27,3	70.126,78
225	Eingriffe am Fuß	35	28,4	76.085,26
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	35	29,5	88.850,67
127	Herzinsuffizienz und Schock	33	30,5	97.704,44
1	Trepanation, Alter > 17, außer wegen Trauma	31	31,5	313.626,77
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	31	32,4	48.586,97
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	30	33,4	58.483,52
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter >17, ohne Komplikationen	28	34,2	80.246,75
428	Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle	28	35,1	80.874,71
243	Medizinische Rückenbeschwerden	26	35,9	27.457,79
75	Größere Eingriffe am Thorax	25	36,7	280.630,76
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	25	37,5	74.027,86
36	Eingriffe an der Retina	24	38,2	66.020,78
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	24	38,9	61.277,81
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	23	39,7	24.736,98
55	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	22	40,3	40.676,61
119	Venenligatur und Venenstripping	22	41,0	34.248,24
125	Herzkreislauf-Erkrankungen außer akutem Myokardinfarkt mit Herz-katheterisierung und nicht komplizierter Diagnose	22	41,7	42.795,21
260	Subtotale Mastektomie aufgrund bösartiger Neoplasien, ohne Kompl.	21	42,4	53.817,75
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	21	43,0	18.663,54
203	Bösartige Tumoren im Lebergallenapparat und Pankreas	20	43,6	64.841,50
223	Größere Eingriffe an Schulter und Ellbogen oder andere Eingriffe an oberen Gliedmaßen, mit Komplikationen	20	44,2	46.990,88
227	Eingriffe am Weichgewebe, ohne Kompl.	20	44,9	37.840,18
266	Hauttransplantation und/oder Durchschneidung außer wegen Hautgeschwüren/Zellulitis, ohne Kompl.	20	45,5	59.321,41
297	Ernährungsstörungen und verschiedene Störungen des Stoffwechsels, Alter> 17 ohne Kompl.	20	46,1	50.060,87
169	Eingriffe am Mund, ohne Kompl.	19	46,7	46.753,65
261	Eingriffe an der Brust nicht wegen bösartiger Neoplasien außer Mammabiopsie und lokaler Exzision	19	47,3	34.552,40
14	Spezifische zerebrovaskuläre Krankheiten ausschl. TIA	18	47,8	67.818,26
88	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit	18	48,4	42.865,48
108	Sonstige Eingriffe im Herzgefäßsystem	18	49,0	303.850,21
158	Eingriffe an Anus und Enterostoma, ohne Komplikationen	18	49,5	25.307,90
234	Sonstige Eingriffe an den Muskeln, am Skelett oder Bindegewebe, ohne Kompl.	18	50,1	58.426,43
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		**3.225**		**13.867.718,87**

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie

KURZAUFENTHALTE VON 2 ODER 3 TAGEN

Bei 1.062 ordentlichen Aufenthalten von Südtirolern im Jahr 2005 außerhalb der Provinz betrug die Aufenthaltsdauer 2 oder 3 Tage (mit Ausnahme der Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation, Langzeitpflege und Psychiatrie), was 32,9% der außerhalb der Provinz getätigten ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken entspricht. Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrugen 1.007, die Aufenthalte, nach denen der Patient auf eine andere Art entlassen wurde, 55.
39,8% der Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrafen Krankenanstalten der Region Venetien, 23,7% bezogen sich auf Einrichtungen in der Autonomen Provinz Trient.

Tabelle 46: **Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen von Südtirolern in Krankenanstalten im übrigen Italien nach Aufenthaltsregion und Entlassungsart – Jahr 2005**

Aufenthaltsregion	Entlassung nach Hause	Andere Entlassungsart	Insgesamt
Venetien	401	13	414
A.P. Trient	239	16	255
Lombardei	131	7	138
Emilia Romagna	94	3	97
Latium	25	3	28
Toskana	21	2	23
Apulien	16	1	17
Kalabrien	16	1	17
Abruzzen	10	3	13
Kampanien	9	2	11
Sizilien	9	-	9
Friaul-Julisch Venetien	8	-	8
Ligurien	8	-	8
Marken	7	-	7
Piemont	6	-	6
Sardinien	1	3	4
Umbrien	2	1	3
Ospedale Bambin Gesù	3	-	3
Molise	1	-	1
Aostatal	-	-	-
ORDENTL. KURZAUFENTH. INSG.	**1.007**	**55**	**1.062**

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie

Die Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause seitens Südtiroler in allen Krankenanstalten im übrigen Italien betrugen 425. Die häufigste DRG war die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose" mit 36 Aufenthalten, gefolgt von der DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden" mit 23 Aufenthalten.
2005 machte der Gesamtbetrag für Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG seitens Ansässiger im restlichen Italien 957.421,45 Euro aus.

Tabelle 47: **Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause seitens Südtiroler in Krankenanstalten im übrigen Italien nach häufigster DRG und Betrag (Euro) – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Anz Aufenth.	%	Gesamtbetrag (Euro)
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	36	8,5	49.755,22
410	Chemotherapie, nicht an d. Sekundärdiagn. akute Leukämie gebund.	23	13,9	43.663,58
125	Herzkreislauf-Erkrankungen außer akutem Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung und nicht komplizierter Diagnose	17	17,9	33.350,50
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	16	21,6	47.826,30
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	15	25,2	27.980,87
297	Ernährungsstörungen und verschiedene Störungen des Stoffwechsels, Alter> 17 ohne Kompl.	14	28,5	35.640,36
138	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen, mit Kompl.	9	30,6	31.091,21
243	Medizinische Rückenbeschwerden	9	32,7	14.033,30
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	9	34,8	9.490,60
98	Bronchitis und Asthma, Alter < 18	8	36,7	11.435,89
369	Menstruationsstör. und sonst. Stör. des weibl. Geschlechtsapparates	7	38,4	8.545,15
409	Strahlentherapie	7	40,0	24.492,55
492	Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	7	41,6	50.038,66
14	Spezifische zerebrovaskuläre Krankheiten ausschl. TIA	6	43,1	23.174,14
236	Frakturen der Hüfte und des Beckens	6	44,5	25.536,20
379	Drohender Frühabort	6	45,9	12.284,75
15	TIA und präzerebrale Verstopfungen	5	47,1	13.329,22
35	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	5	48,2	11.960,85
70	Mittelohrentzündung und Infektion der Atemwege, Alter < 18	5	49,4	6.666,88
74	Sonst. Diagnosen in Bezug auf Ohren, Nase, Mund und Rachen, Alter < 18	5	50,6	6.845,96
KURZAUFENTHALTE MIT MEDIZINISCHER DRG UND ENTLASSUNG DES PATIENTEN NACH HAUSE INSGESAMT		**425**	**100,0**	**957.421,45**

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie

3.2.6.2. Aufenthalte von Akutkranken in Österreich

AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH

Um den Bürgern der Provinz unter Achtung der jeweiligen ethnisch-sprachlichen Merkmale eine vollständige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, ist die Autonome Provinz Bozen mit Universitätskliniken und öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Österreich für Krankenhausdienste für akute und post-akute Patienten konventioniert, die das Südtiroler Gesundheitswesen nicht anbieten kann. Folgende Einrichtungen leisten Krankenhausversorgung für Akutkranke:

a) Universitätsklinik Innsbruck, für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in klinischen Fällen, die aufgrund ihres hohen wissenschaftlich-technologischen Inhalts bzw. der Komplexität der Maßnahmen den Einsatz einer Universitätsstruktur erfordern. In den Fällen, in denen die Universitätsklinik Innsbruck nicht in der Lage ist, diese hochspezialisierten Leistungen zu erbringen, ist sie befugt, die Patienten in die Universitätskliniken Wien und Graz zu überweisen. In diesen Fällen trägt die Landesverwaltung die Kosten für den Transport und die Pflegesätze für den Aufenthalt, welche sie direkt zahlt;

b) Landeskrankenanstalten von Salzburg für die Behandlung von Nierenkrankheiten, der Gaumenspalte und für kardiochirurgische Operationen;

c) „Landeskrankenhaus Natters", für phtiseo-pneumolologische Behandlungen;

d) „Magistrat der Stadt Wien – AKH", für die Behandlung der aus der Universitätsklinik Innsbruck überwiesenen schwersten Fälle von Patienten.

Die hier angeführten Daten müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die Ergebnisse von der Qualität der von den österreichischen Einrichtungen weitergeleiteten Angaben und von der daraus folgenden Korrektheit/Vollständigkeit der Landesdatenbank abhängen.
Im Laufe des Jahres 2005 wurden insgesamt 2.347 ordentliche Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, die 19.400 Aufenthaltstage in Anspruch nahmen.
Unterscheidet man nach Art des Aufenthalts, ergeben sich 2.285 ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen mit insgesamt 19.170 Aufenthaltstagen, einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 8,4 Tagen und einem durchschnittlichen Betrag von 5.605,50 Euro. Die Aufenthaltszyklen beliefen sich auf 62. Insgesamt fanden 230 Aufenthaltstage statt, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 3,7 Tagen und einem Betrag von 2.620,34 Euro.

Tabelle 48: **Ordentliche Aufenthalte und Aufenthaltszyklen, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittliche Anzahl der Zugänge, Gesamtbetrag (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke seitens Patienten aus der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2005**

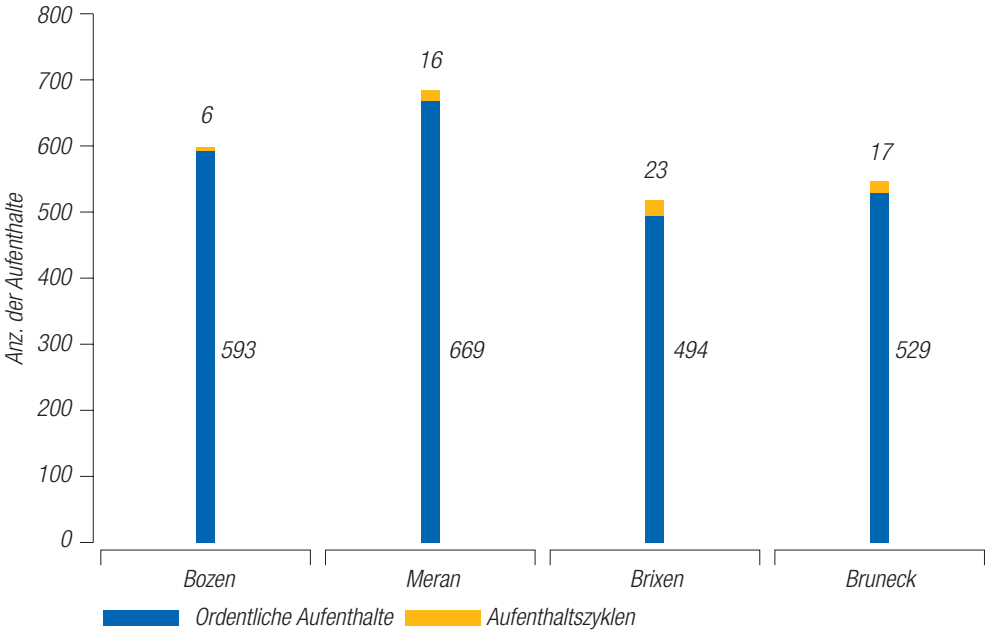
Einrichtungen	*Aufenth.*	*Patienten*	*Aufenthalts-tage*	*Durch. AD*	*Gesamtbetrag (Euro)*	*Durch. Tarif (Euro)*
	Ordentliche Aufenthalte					
Universitätsklinik Innsbruck	*2.192*	*1.377*	*18.594*	*8,5*	*12.581.638,50*	*5.739,80*
Landeskrankenhaus Natters	*77*	*34*	*405*	*5,3*	*127.350,00*	*1.653,90*
Landeskrankenanstalten Salzburg	*16*	*12*	*171*	*10,7*	*99.574,80*	*6.223,43*
ORD. AUFENT. INSGES.	***2.285***	***1.423***	***19.170***	***8,4***	***12.808.563,30***	***5.605,50***
	Aufenthaltszyklen von der Dauer 1 Tages					
Universitätsklinik Innsbruck	*54*	*54*	*208*	*3,9*	*153.691,00*	*2.846,13*
Landeskrankenhaus Natters	*8*	*8*	*22*	*2,8*	*8.770,00*	*1.096,25*
AUFENTH.ZYKLEN INSG.	***62***	***62***	***230***	***3,7***	***162.461,00***	***2.620,34***
AUFENTHALTE IN ÖSTERR. EINRICHTUNGEN INSGESAMT	***2.347***	***1.485***	***19.400***		***12.971.024,30***	***5.526,64***

Quelle: A.P.B. - Amt für Krankenhäuser

HERKUNFTS-SANITÄTSBETRIEB

In 29,3% der Aufenthalte in Österreich stammen die Patienten aus dem Wohnsitz-Sanitätsbetrieb Meran; es folgen Bozen (26,0%), Brixen (21,6%)und Bruneck (23,2%).
Berücksichtigt man die gesamten Aufenthalte von Südtirolern, so machte die Inanspruchnahme von österreichischen Einrichtungen 2,4% der gesamten Aufenthalte aus: 3,9% für Brixen, 3,5% für Bruneck, 2,7% für Meran und 1,3% für Bozen.

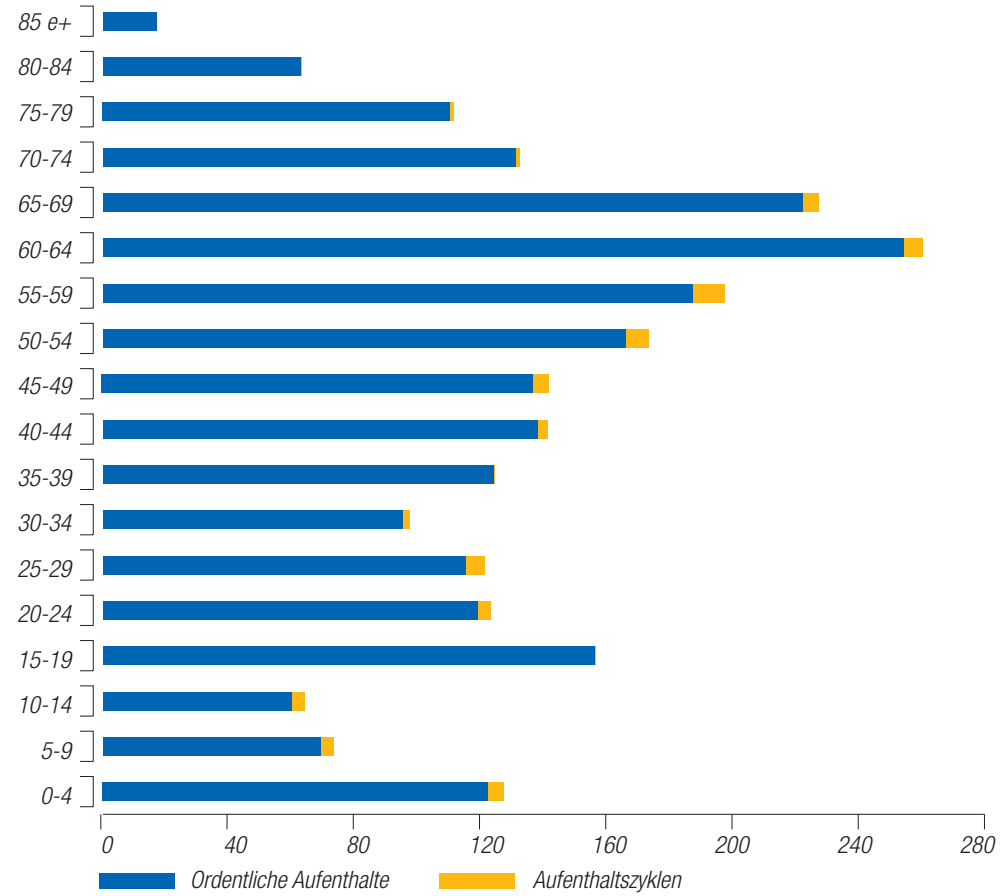
Abbildung 47: **Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke nach Art des Aufenthalts und Herkunfts-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



Die häufigsten Altersklassen der Aufenthalte in Österreich sind jene von 60-64 Jahren (11,1%) und 65-69 Jahren (9,7%).

ALTERSKLASSEN

Abbildung 48: **Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke nach Art des Aufenthaltes und Altersklasse- Jahr 2005**



DIAGNOSEN

Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen „Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen" (mit 6,8% der ordentlichen Aufenthalte und 25,8% der Aufenthaltszyklen) und „Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust" (mit 16,1% der Aufenthaltszyklen und 4,6% der ordentlichen Aufenthalte).

Tabelle 49: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (ordentliche Aufenthalte) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten - Jahr 2005**

ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Anz. Aufenth.	% kumuliert
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	156	6,8
190-199	Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen	149	13,3
150-159	Bösartige Tumoren der Organe des Verdauungsapparats und des Peritoneums	122	18,7
720-724	Rückenleiden	116	23,8
520-529	Erkrankungen der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	108	28,5
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	106	33,1
740-759	Angeborene Missbildungen	104	37,7
420-429	Sonstige Herzkrankheiten	88	41,5
300-316	Neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und sonstige psychische, nicht psychotische Störungen	79	45,0
360-379	Krankheiten der Augen und Annexe	72	48,1
780-789	Symptome, Hinweiszeichen und schlecht definierte Krankheitszustände	60	50,8
210-229	Gutartige Tumoren	60	53,4
570-579	Sonstige Krankheiten des Verdauungsapparats	59	56,0
140-149	Bösartige Tumoren der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	55	58,4
730-739	Osteopathien, Chondropathien u.erworb. Missbild. der Muskeln u. d. Skeletts	53	60,7
905-909	Folgeerscheinungen von Traumata, Vergiftungen, toxischen Auswirkungen und sonstigen externen Ursachen	48	62,8
160-165	Bösartige Tumoren des Respirationstrakts und der Thoraxorgane	45	64,8
996-999	Komplikationen von medizinischen und chirurgischen Eingriffen, nicht anders klassifiziert	42	66,6
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	40	68,4
800-829	Fraktur	39	70,1
INSGESAMT ORDENTLICHE AUFENTHALTE		**2.285**	

Quelle: A.P.B. - Amt für Krankenhäuser

Tabelle 50: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (Aufenthaltszyklen) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten - Jahr 2005**

ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Anz. Aufenth.	% kumuliert
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	16	25,8
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	10	41,9
150-159	Bösartige Tumoren der Organe des Verdauungsapparats und des Peritoneums	7	53,2
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	5	61,3
510-519	Sonstige Krankheiten der Atemwege	4	67,7
160-165	Bösartige Tumoren des Respirationstrakts und der Thoraxorgane	3	72,6
780-789	Symptome, Hinweiszeichen und schlecht definierte Krankheitszustände	3	77,4
AUFENTHALTSZYKLEN INSGESAMT		**62**	

Quelle: A.P.B. - Amt für Krankenhäuser

UNIVERSITÄTSKLINIK INNSBRUCK

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 96,0% der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen; die der gesamtstaatlichen Klassifizierung entsprechenden, am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren Orthopädie und Traumatologie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie, Chirurgie 1 und Zahnheilkunde und Stomatologie.

In Bezug auf die Aufenthaltszyklen deckte die Klinik 87,1% der Aufenthalte; die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie und Allgemeine Medizin.

Tabelle 51: **Ordentliche Aufenthalte nach Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck – Jahr 2005**

Aufenthaltsabteilung	Anz. Aufenth.	% Aufenth.	Aufenthalts-tage	% Tage
Anästhesie und Reanimation	12	0,5	257	1,4
Kardiochirurgie	103	4,7	997	5,4
Kardiologie	37	1,7	166	0,9
Chirurgie	29	1,3	445	2,4
Chirurgie 1	159	7,3	1.957	10,5
Kinderchirurgie	17	0,8	130	0,7
Plastische Chirurgie	173	7,9	1.387	7,5
Gefäßchirurgie	21	1,0	211	1,1
Dermatologie	32	1,5	436	2,3
Hämatologie	33	1,5	279	1,5
Gastroenterologie	91	4,2	543	2,9
Medizin 1	1	0,0	9	0,0
Medizin 2	2	0,1	3	0,0
Allgemeine Medizin	47	2,1	316	1,7
Nuklearmedizin	104	4,7	612	3,3
Nephrologie	12	0,5	180	1,0
Neurochirurgie	160	7,3	1.273	6,8
Neurologie	80	3,6	644	3,5
Neuropsychiatrie für Kinder	32	1,5	558	3,0
Säuglingskrippe	2	0,1	12	0,1
Augenheilkunde	77	3,5	382	2,1
Zahnheilkunde und Stomatologie	156	7,1	960	5,2
Onkologie	6	0,3	6	0,0
Orthopädie und Traumatologie	223	10,2	1.929	10,4
Geburtshilfe und Gynäkologie	123	5,6	866	4,7
HNO	61	2,8	436	2,3
Pädiatrie	117	5,3	1.370	7,4
Pneumologie	1	0,0	1	0,0
Psychiatrie	57	2,6	670	3,6
Strahlentherapie	77	3,5	538	2,9
Onkologische Strahlentherapie	1	0,0	1	0,0
Intensivtherapie	12	0,5	359	1,9
Urologie	95	4,3	501	2,7
Kinderurologie	39	1,8	160	0,9
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT	**2.192**	**100,0**	**18.594**	**100,0**

Quelle: A.P.B. - Amt für Krankenhäuser

Tabelle 52: **Aufenthaltszyklen nach Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck - Jahr 2005**

Aufenthaltsabteilung	Anz. d. Aufenth.	% Aufenth.	Aufent-haltstage	% Aufent-haltstage
Plastische Chirurgie	1	1,9	2	1,0
Dermatologie	1	1,9	2	1,0
Hämatologie	4	7,4	23	11,1
Gastroenterologie	2	3,7	4	1,9
Allgemeine Medizin	10	18,5	43	20,7
Onkologie	2	3,7	5	2,4
Geburtshilfe und Gynäkologie	11	20,4	38	18,3
Pädiatrie	11	20,4	56	26,9
Strahlentherapie	4	7,4	12	5,8
Onkologische Strahlentherapie	1	1,9	3	1,4
Urologie	6	11,1	18	8,7
Kinderurologie	1	1,9	2	1,0
INSGESAMT	**54**	**100,0**	**208**	**100,0**

Quelle: A.P.B. - Amt für Krankenhäuser

VERSCHREIBENDE ÄRZTE

179 Südtiroler Ärzte verschrieben Aufenthalte in Österreich; 41,3% davon gehören dem Sanitätsbetrieb Bozen an (mit rund 25% der verschriebenen Aufenthalte), 26,3% sind Ärzte des Sanitätsbetriebs Meran (mit demselben Anteil von verschriebenen Aufenthalten), 31 Ärzte (17,3%) gehören zum Sanitätsbetrieb Brixen (22,0% der Aufenthalte) und 27 Ärzte (15,1%) sind im Sanitätsbetrieb Bruneck tätig (23,3% der verschriebenen Aufenthalte).

Tabelle 53: **Ordentliche Aufenthalte und Aufenthaltszyklen insgesamt in österreichischen Einrichtungen nach Sanitätsbetrieb des verschreibenden Arztes und Anzahl der Aufenthalte von Südtirolern nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten – Jahr 2005**

Sanitätsbetriebe	Aufenth. in Ö. nach SB des verschreibenden Arztes insge.	Aufenth. in Ö. pro Arzt	% Aufenth. in Ö. an Aufenth. von Ansässigen	Aufenth. von Südtirolern nach Wohnsitz-SB des Patienten
Bozen	599	8,1	1,5	40.587
Meran	685	14,6	2,8	24.441
Brixen	517	16,7	4,2	12.425
Bruneck	546	20,2	3,7	14.729

Quelle: A.P.B. - Amt für Krankenhäuser

KRANKENHAUS-MOBILITÄT

3.2.6.3. Krankenhausmobilität insgesamt

Die Anwendung des Kriteriums der freien Wahl der Versorgung seitens der Bürger führt zu verschiedenen territorialen Mobilitätsflüssen der Aufenthalte.

Die aktive Mobilität besteht aus den Aufenthalten in Krankenanstalten eines Gebiets seitens der Ansässigen anderer Gebiete. Die passive Mobilität besteht aus Aufenthalten von in einem bestimmten Gebiet Ansässigen in Krankenanstalten anderer Gebiete. In beiden Fällen muss zwischen provinzinterner Mobilität (zwischen Gebieten der vier Sanitätsbetriebe, also überbetrieblicher) und provinzexterner Mobilität (zwischen dem Landesgebiet und anderen externen Gebieten, also überregionaler) unterschieden werden. Zu den nicht im Wohnsitz-Sanitätsbetrieb liegenden Gebieten gehören provinzexterne Krankenanstalten im übrigen Italien und im Ausland, insbesondere in Österreich.

Bezüglich der Mobilität der Versorgungsberechtigen der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck in den Abteilungen Augenheilkunde, Dermatologie, HNO und Urologie ist darauf hinzuweisen (da diese Abteilungen nicht in beiden Sanitätsbetrieben vorhanden sind),

dass eine Konvention besteht, der zufolge die Augenheilkunde und Dermatologie des Krankenhauses Bruneck auch für die Ansässigen des Sanitätsbetriebs Brixen Leistungen erbringen, während die Abteilungen HNO und Urologie des Krankenhauses Brixen Leistungen für die Einwohner des Sanitätsbetriebs Bruneck erbringen.
In der Folge werden die Daten zur Krankenhausmobilität insgesamt angeführt; für detaillierte Analysen der Landesmobilität siehe die diesem Bericht beiliegende CD-Rom.
Die Einrichtungen der Provinz produzierten im Laufe des Jahres 77.515 ordentliche Aufenthalte. Die Südtiroler nahmen im gleichen Zeitraum insgesamt 74.883 ordentliche Aufenthalte in Anspruch, 68.892 in Landeskrankenanstalten, 3.225 in Einrichtungen im übrigen Italien, 2.285 in Österreich und 481 in Krankenanstalten in anderen Staaten (Jahr 2004).

Tabelle 54: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in den Krankenanstalten der Sanitätsbetriebe und außerhalb der Provinz nach Wohnsitz des Patienten – Jahr 2005**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	25.785	1.527	565	484	28.361	3.232°	31.593
Meran	1.728	16.755	57	40	18.580	1.239°°	19.819
Brixen	2.526	210	7.707	847**	11.290	1.707	12.997
Bruneck	345	69	508*	9.739	10.661	2.445	13.106
AUFENTH. IN D.PROVINZ	**30.384**	**18.561**	**8.837**	**11.110**	**68.892**	**8.623**	**77.515**
Übriges Italien	2.279	592	163	191	3.225		
Österreich	593	669	494	529	2.285		
Andere Staaten (Jahr 2004)	196	135	62	88	481		
AUFENTHALTE SEITENS ANSÄSSIGER INSGES.	**33.452**	**19.957**	**9.556**	**11.918**	**74.883**		

** Einschließlich 233 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen*
*** Einschließlich 558 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck*
° Einschließlich 7 nicht konventionierte Aufenthalte in der Marienklinik von nicht in der Provinz ansässigen Patienten
°° Einschließlich 3 nicht konventionierte Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie in der Klinik St. Anna von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten und 2 nicht konventionierte Aufenthalte in der Klinik Martinsbrunn von nicht in der Provinz ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe

Im Rahmen der überbetrieblichen Mobilität verzeichnet Brixen unter den Sanitätsbetrieben - mit 3.025 Aufenthalten von Südtirolern, die in einem anderen Sanitätsbetrieb ansässig sind - die größte Attraktion, was 26,8% der Aufenthaltsproduktion des Sanitätsbetriebs Brixen für Ansässige entspricht.

Tabelle 55: **Aktive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Ordentliche Aufenthalte – Jahr 2005**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	81,6	4,8	1,8	1,5	89,8	10,2	100,0
Meran	8,7	84,5	0,3	0,2	93,7	6,3	100,0
Brixen	19,4	1,6	59,3	6,5	86,9	13,1	100,0
Bruneck	2,6	0,5	3,9	74,3	81,3	18,7	100,0
INSGESAMT	**39,2**	**23,9**	**11,4**	**14,3**	**88,9**	**11,1**	**100,0**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Sanitätsbetrieb, in dem die meisten ordentlichen Aufenthalte von in der Provinz Ansässigen verbraucht werden, ist Meran mit 93,7%, 84,5% davon gehen auf die eigenen Ansässigen zurück.

Der Sanitätsbetrieb, der die größte Produktion von ordentlichen Aufenthalten zugunsten von außerhalb der Provinz Ansässigen aufweist, ist Bruneck mit 18,7%.

Tabelle 56: **Passive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Ordentliche Aufenthalte – Jahr 2005**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Bozen	77,1	7,7	5,9	4,1	37,9
Meran	5,2	84,0	0,6	0,3	24,8
Brixen	7,6	1,1	80,7	7,1	15,1
Bruneck	1,0	0,3	5,3	81,7	14,2
AUFENTH. IN DER PROVINZ	**90,8**	**93,0**	**92,5**	**93,2**	**92,0**
Übriges Italien	6,8	3,0	1,7	1,6	4,3
Österreich	1,8	3,4	5,2	4,4	3,1
Andere Staaten (Jahr 2004)	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6
AUFENTH. SEITENS ANSÄSSIGER INSGES.	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die ordentlichen Aufenthalte von Ansässigen in der Provinz betreffen in 92,0% der Fälle Landeseinrichtungen. Der Sanitätsbetrieb mit dem größten Anteil von Aufenthalten seitens Ansässiger in den Landeseinrichtungen war Bruneck (93,2%), während Bozen 6,8% der ordentlichen Aufenthalte seitens Ansässiger in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz aufweist, und Brixen 5,2% in österreichischen Einrichtungen. Die ordentlichen Aufenthalte von Ansässigen in Einrichtungen in anderen Staaten im Jahr 2004 machen einen geringen Anteil (0,6%) der Aufenthalte seitens Ansässiger für alle Sanitätsbetriebe aus.

Im Jahr 2005 wurden in der Autonomen Provinz Bozen außerdem 25.700 Tagesklinik-Aufenthalte produziert, 90,6% davon zugunsten von Ansässigen. 9,4% der Aufenthalte wurden von Ansässigen außerhalb der Provinz in Anspruch genommen, 38,1% dieser wurden im Sanitätsbetrieb Bozen versorgt.

Auch für den Tagesklinik-Betrieb lässt sich im Rahmen der überbetrieblichen Mobilität die größte Attraktion für den Sanitätsbetrieb Brixen feststellen; die Aufenthalte seitens in einem anderen Sanitätsbetrieb des Landes Ansässiger betragen 1.571, was 35,1% der Aufenthaltsproduktion für Ansässige des eigenen Sanitätsbetriebs entspricht.

Tabelle 57: **Tagesklinik-Aufenthalte in den Krankenanstalten der Sanitätsbetriebe und außerhalb der Provinz nach Wohnsitz des Patienten – Jahr 2005**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	7.852	819	298	234	9.203	919	10.122
Meran	611	4.776	25	21	5.433	218°	5.651
Brixen	1.284	145	2.687	365**	4.481	359	4.840
Bruneck	456	140	578*	2.999	4.173	914	5.087
AUFENTH. IN D. PROVINZ	**10.203**	**5.880**	**3.588**	**3.619**	**23.290**	**2.410**	**25.700**
Übriges Italien	922	128	58	69	1.177		
Österreich	6	16	23	17	62		
AUFENTH. SEITENS ANSÄSSIGER INSGESAMT	**11.131**	**6.024**	**3.669**	**3.705**	**24.529**		

* Einschließlich 431 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Einschließlich 233 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Einschließlich 7 konventionierte Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie der Klinik St. Anna von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Sanitätsbetrieb mit den meisten Tagesklinik-Aufenthalten seitens Ansässiger in der Provinz ist Meran mit 96,1%; 84,5% dieser gingen an Ansässige des eigenen Sanitätsbetriebs.

Tabelle 58: **Aktive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Tagesklinik-Aufenthalte – Jahr 2005**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	77,6	8,1	2,9	2,3	90,9	9,1	100,0
Meran	10,8	84,5	0,4	0,4	96,1	3,9	100,0
Brixen	26,5	3,0	55,5	7,5	92,6	7,4	100,0
Bruneck	9,0	2,8	11,4	59,0	82,0	18,0	100,0
INSGESAMT	**39,7**	**22,9**	**14,0**	**14,1**	**90,6**	**9,4**	**100,0**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Sanitätsbetrieb mit der größten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion für Ansässige außerhalb der Provinz war Bruneck mit 18,0%.
Die Tagesklinik-Aufenthalte der Ansässigen in der Provinz betreffen in 94,9% der Fälle Landeseinrichtungen. Die Sanitätsbetriebe Meran, Brixen und Bruneck weisen einen Anteil von 98% an den Tagesklinik-Aufenthalten seitens Ansässiger in Landeseinrichtungen auf, während der Sanitätsbetrieb Bozen 8,3% der Tagesklinik-Aufenthalte seitens Ansässiger in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz verzeichnet. Die Tagesklinik-Aufenthaltszyklen seitens Ansässiger in österreichischen Einrichtungen machen nur einen geringen Anteil (0,3%) an den insgesamt von Ansässigen in der Provinz getätigten Aufenthalten aus.

Tabelle 59: **Passive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Tagesklinik-Aufenthalte – Jahr 2005**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Bozen	70,5	13,6	8,1	6,3	37,5
Meran	5,5	79,3	0,7	0,6	22,1
Brixen	11,5	2,4	73,2	9,9	18,3
Bruneck	4,1	2,3	15,8	80,9	17,0
AUFENTH. IN DER PROVINZ	**91,7**	**97,6**	**97,8**	**97,7**	**94,9**
Übriges Italien	8,3	2,1	1,6	1,9	4,8
Österreich	0,1	0,3	0,6	0,5	0,3
AUFENTH. SEITENS ANSÄSSIGER INSGES.	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Quelle: Sanitätsbetriebe

AKTIVE MOBILITÄT DER ORDENTLICHEN UND TAGESKLINIK-AUFENTHALTE IN SÜDTIROL

Im Jahr 2005 produzierten die Landeskrankenanstalten 103.215 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte für Akutkranke, 11.033 davon für Ansässige außerhalb der Provinz (einschließlich der 19 Aufenthalte, die nicht zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes waren). Die Aufenthalte von Südtirolern in Landeseinrichtungen außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs betrugen 13.882 (einschließlich der zwischen den Sanitätsbetrieben Bruneck und Brixen 1.445 konventionierten Aufenthalte).
Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - abzüglich der Aufenthalte, die nicht zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes waren und der konventionierten Aufenthalte - betrug 10,7% für die überregionale aktive Mobilität. Der Anteil von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Südtirolern, die nicht im

Sanitätsbetrieb ansässig waren, in dem sie aufgenommen wurden, machte 12,0% an den insgesamt produzierten Aufenthalten aus.
Die Attraktionsindizes des Jahres 2005 für die einzelnen Sanitätsbetriebe sind in der folgenden Tabelle angeführt: der Attraktionsanteil im Vergleich zur gesamten ordentlichen Aufenthaltsproduktion schwankt in den einzelnen Betrieben stark: von 19,3% in Bozen bis 37,3% in Brixen.

Tabelle 60: **Übersicht der aktiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

Aktive Mobilität (der Produktion)	*Aufenthalts-Sanitätsbetrieb*				
	Bozen	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insgesamt*
	Absolute Werte				
Von anderen Sanitätsbetrieben	*3.927*	*2.482*	*4.596***	*1.432**	*12.437*
Von außerhalb der Provinz	*4.144°*	*1.445°°*	*2.066*	*3.359*	*11.014*
INSGESAMT	***8.071***	***3.927***	***6.662***	***4.791***	***23.451***
PRODUZIERTE AUFENTHALTE INSGESAMT	***41.715***	***25.470***	***17.837***	***18.193***	***103.215***
	Prozentwerte				
Von anderen Sanitätsbetrieben	*9,4*	*9,7*	*25,7***	*7,9**	*12,0*
Von außerhalb der Provinz	*9,9°*	*5,7°°*	*11,6*	*18,5*	*10,7*
INSGESAMT	***19,3***	***15,4***	***37,3***	***26,3***	***22,7***

** Ausgeschlossen 664 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen*
*** Ausgeschlossen 781 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck*
° Ausgeschlossen 7 nicht konventionierte Aufenthalte in der Marienklinik von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten
°° Ausgeschlossen 10 nicht konventionierte Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie in der Klinik St. Anna von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten und 2 nicht konventionierte Aufenthalte in der Klinik Martinsbrunn von nicht in der Provinz ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe

PASSIVE MOBILITÄT DER ORDENTLICHEN UND TAGESKLINIK-AUFENTHALTE IN SÜDTIROL

In der Tabelle wird eine Übersicht der ordentlichen passiven Mobilität in Südtirol nach Sanitätsbetrieb in Bezug auf das Jahr 2005 vorgestellt.
Von den 99.412 ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Akutkranken seitens Ansässiger in der Provinz fanden 7.230 in Krankenanstalten außerhalb der Provinz statt (7,3% überregionaler Fluchtindex, davon 4,4% in Richtung übriges Italien, 2,4% in Richtung Österreich und 0,5% in Richtung andere Staaten im Jahr 2004); weitere 13.882 wurden von Südtirolern innerhalb der Provinz in Anspruch genommen, jedoch in Krankenanstalten, die sich nicht im Gebiet des eigenen Wohnsitz-Sanitätsbetriebs befinden (12,6%).

Tabelle 61: **Übersicht der passiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) und Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

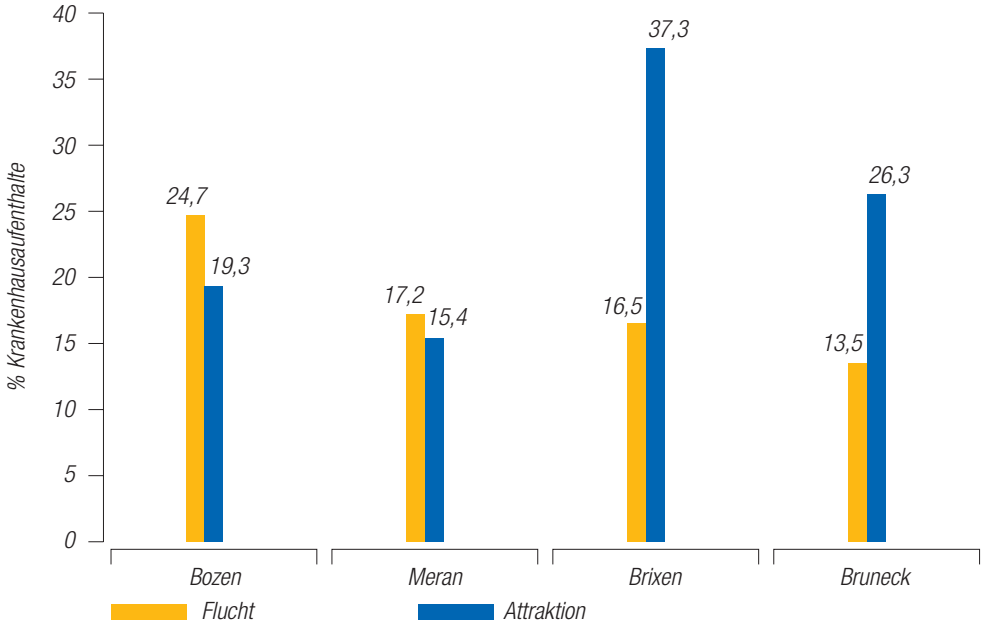
Passive Mobilität (des Aufenthaltsverbrauchs von Ansässigen)	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Absolute Werte				
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	6.950	2.910	1.367*	1.210**	12.437
In Richtung übriges Italien	3.201	720	221	260	4.402
In Richtung Österreich	599	685	517	546	2.347
In Richtung andere Staaten (Jahr 2004)	196	135	62	88	481
INSGESAMT	**10.946**	**4.450**	**2.167**	**2.104**	**19.667**
VERBRAUCHTE AUFENTHALTE INS.	**44.583**	**25.981**	**13.225**	**15.623**	**99.412**
	Prozentwerte				
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	15,7	11,3	10,4*	7,8**	12,6
In Richtung übriges Italien	7,2	2,8	1,7	1,7	4,4
In Richtung Österreich	1,3	2,7	3,9	3,5	2,4
In Richtung andere Staaten (Jahr 2004)	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5
INSGESAMT	**24,7**	**17,2**	**16,5**	**13,5**	**19,9**
PRODUZIERTE AUFENTHALTE VON VERBRAUCHTEN AUFENTHALTEN (PRO 100)	**93,6**	**98,0**	**134,9**	**116,5**	**103,8**

* Ausgeschlossen 664 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen
** Ausgeschlossen 781 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Sanitätsbetrieb mit dem höchsten Attraktionsindex für Aufenthalte von Nicht-Ansässigen ist Brixen, wobei 37,3% der Patienten außerhalb des Gebietes des Sanitätsbetrieb ansässig waren, während Meran den geringsten Attraktionsindex aufweist (15,4%).

Abbildung 49: **Attraktions- und Fluchtindizes der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte insgesamt nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



Der Sanitätsbetrieb Bruneck kennzeichnet sich durch die geringste passive Mobilität mit 13,5% der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in Krankenanstalten außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs; der Sanitätsbetrieb Bozen weist die höchste passive Mobilität

auf (24,7% der Aufenthalte von Ansässigen in Einrichtungen außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs).

Insbesondere muss die starke passive überbetriebliche Mobilität und die Mobilität in Richtung übriges Italien der Ansässigen des Sanitätsbetriebs Bozen hervorgehoben werden: die Flucht in Richtung Krankenhäuser anderer Sanitätsbetriebe der Provinz betrug im Jahr 2005 15,7% der Aufenthalte von Ansässigen, die Flucht in Richtung übriges Italien 7,2%.

Das Phänomen der passiven Mobilität muss positiv für die Garantie der freien Wahl des Bürgers gewertet werden, hat aber auch negative Aspekte, wenn man die Unannehmlichkeiten berücksichtigt, die mit der Entfernung des Pflegeorts vom Wohnort verbunden sind (wahrgenommene Qualität) und gegenüber der nicht genutzten Auslastung der Produktionsleistungen der Sanitätsbetriebe, deren Bettenauslastungsgrad durchschnittlich unter dem Planstandard von 80% liegt (Sterzing, Innichen und Schlanders liegen unter 75%).

MOBILITÄTSSALDO

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der Menge der im Gebiet der Provinz oder der Sanitätsbetriebe produzierten ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte und der Anzahl der Aufenthalte von Ansässigen außerhalb der Provinz oder außerhalb des Gebiets des Wohnsitz-Sanitätsbetriebs ermöglicht es, das Verhältnis zwischen der Produktion und dem Verbrauch der Aufenthalte auf Landes- oder Betriebsebene darzustellen.

Mit Bezug auf die gesamte Provinz war der Saldo der überregionalen Mobilität im Jahr 2005 positiv, da die produzierten Aufenthalte (103.215) die von den Ansässigen in der Provinz insgesamt in Anspruch genommenen Aufenthalte (99.412) um 3.803 überschritten.

In den einzelnen Sanitätsbetrieben lag das Verhältnis zwischen den produzierten ordentlichen Aufenthalten und von den ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen im Jahr 2005 über 100% (positiver Saldo) für die Sanitätsbetriebe Brixen (134,9%) und Bruneck (116,5%), für die Sanitätsbetriebe Meran und Bozen leicht darunter (98,0% bzw. 93,6%).

PATHOLOGIEN

Die Analyse der Attraktions- und Fluchtkapazität in Bezug auf besondere Pathologien wie Mammakarzinom, Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom (einschließlich Adnexe), den Hüftgelenkersatz und Eingriff wegen grauem Star liefert direkte Informationen über die Qualität des Landesgesundheitssystems als Antwort auf die Gesundheitsbedürfnisse der Einwohner und die Zugangsschwierigkeiten zu den Leistungen im Verhältnis zu den österreichischen und nationalen Gesundheitseinrichtungen. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Werte für das Jahr 2005 angeführt.

Tabelle 62: **Attraktions- und Fluchtindizes für besondere Pathologien nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insgesamt*
	Aktive Mobilität (der Produktion)				
Mammakarzinom	*4,9*	*-*	*1,2*	*6,5*	*2,9*
Uterus-, Ovarialkarzinom (einschl. Adnexe)	*5,9*	*3,4*	*6,9*	*8,3*	*5,6*
Hüftgelenkersatz	*5,9*	*8,4*	*19,2*	*11,5*	*12,0*
Grauer Star (DRG 039)	*5,9*	*9,8*	*-*	*6,4*	*7,0*
	Passive Mobilität (des Aufenthaltsverbrauchs von Ansässigen)				
Mammakarzinom	*19,6*	*7,8*	*13,6*	*33,3*	*17,7*
Uterus-, Ovarialkarzinom (einschl. Adnexe)	*6,8*	*5,5*	*32,1*	*54,2*	*18,5*
Hüftgelenkersatz	*9,7*	*0,8*	*0,7*	*2,5*	*5,3*
Grauer Star (DRG 039)	*10,2*	*1,2*	*0,6*	*1,3*	*5,9*

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.2.7. Hospitalisierung der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen

HOSPITALISIERUNGSRATE

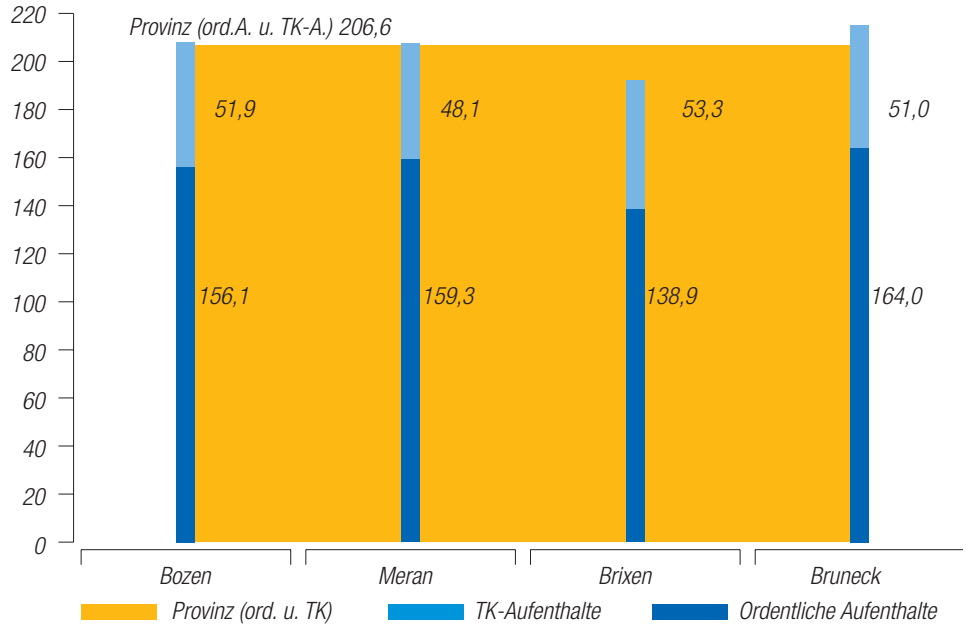
Die Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung seitens Südtiroler wird an der Hospitalisierungsrate der Ansässigen gemessen, die sich aus dem Verhältnis zwischen allen Krankenhausaufenthalten der Ansässigen und der Wohnbevölkerung ergibt. Das Phänomen der Hospitalisierung der Ansässigen nimmt eine besondere Bedeutung für den Landesgesundheitsdienst ein, da daran (und nicht an der Aufenthaltsproduktion) der Ressourcenverbrauch zu Lasten der Provinz bemessen wird.

Im Jahr 2005 nahmen die Südtiroler 99.412 Aufenthalte in Anspruch, 74.883 davon waren ordentliche Aufenthalte und 24.529 Tagesklinik-Aufenthalte, was 206,6 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner entspricht: 155,6 ordentliche und 51,0 Tagesklinik-Aufenthalte. Von den 99.412 Aufenthalten von Südtirolern wurden 92.182 in öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen getätigt (92,7%), 68.892 bezogen sich auf ordentliche Aufenthalte, 23.290 auf Tagesklinik-Aufenthalte.

DIE HOSPITALISIERUNG IN DEN SANITÄTSBETRIEBEN

Die Hospitalisierungsrate der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte pro 1.000 Einwohner betrug 208,0 für den Sanitätsbetrieb Bozen, 207,3 für den Sanitätsbetrieb Meran, 192,2 für den Sanitätsbetrieb Brixen und 215,0 für den Sanitätsbetrieb Bruneck. Im Vergleich zum Jahr 2004[10] reduzierte sich die Anzahl auf Landesebene um 2,7 Punkte pro 1.000 Einwohner: 3,8 Punkte in Bozen, 1,1 in Meran, 4,1 in Brixen und 0,8 in Bruneck.

Abbildung 50: **Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



Im Zeitraum 1998-2005 unterlag die Gesamt-Hospitalisierungsrate keinen weitgehenden Veränderungen, obwohl eine Umwandlung der ordentlichen Aufenthalte in Tagesklinik-Aufenthalte deutlich wurde. Die Rate des Jahres 2005 bleibt im Vergleich zum auf nationaler Ebene vorgesehenen Standard von 180 und Zielwert des Landesgesundheitsplans

[10] *Laut den Daten des Gesundheitsministeriums belief sich im Jahr 2003 die Hospitalisierungsrate (abzüglich der überregionalen Mobilität) der Autonomen Provinz Bozen für die ordentlichen Aufenthalte auf 165,87 und für die Tagesklinik-Aufenthalte auf 41,01. Die standardisierte Hospitalisierungsrate für die ordentlichen Aufenthalte betrug 176,75.*

(144 für die ordentlichen Aufenthalte und 36 für die Tagesklinik-Aufenthalte) immer noch hoch.

Tabelle 63: **Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner in Bezug auf die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte und alle Aufenthalte – Jahre 1998-2005***

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ordentl. Aufenthalte	206,1	215,1	202,6	193,5	188,9	170,7	161,9	155,6
TK-Aufenthalte	4,4	7,9	15,6	21,2	31,1	40,8	47,4	51,0
INSGESAMT	**210,5**	**223,0**	**218,2**	**214,7**	**220,0**	**211,5**	**209,3**	**206,6**

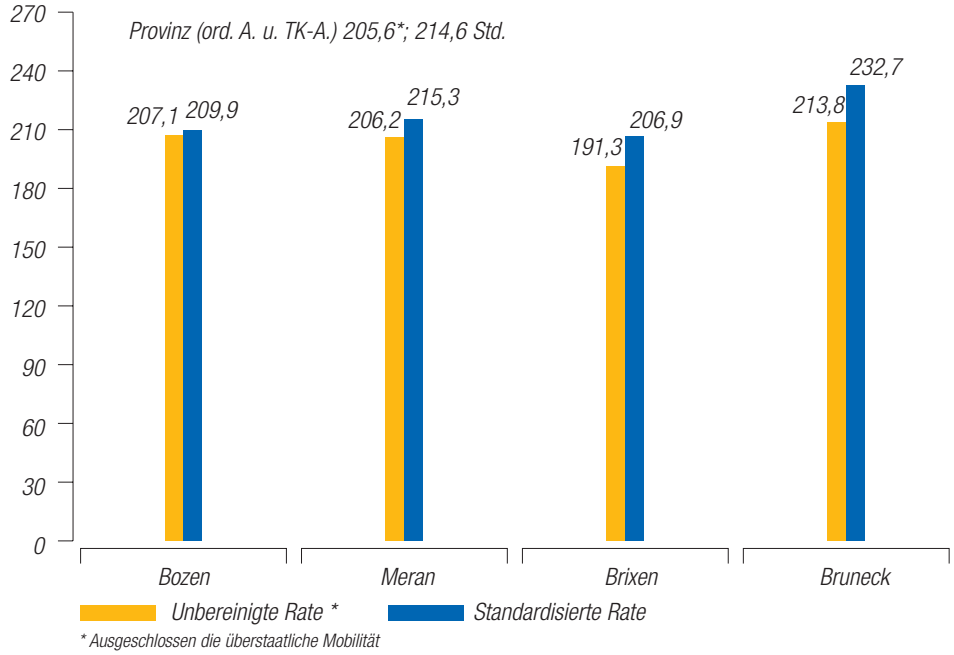
* Seit 2003 werden die gesunden Neugeborenen nicht mehr eingeschlossen — Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Hospitalisierungsrate betrug in Italien im Jahr 2003 für die ordentlichen Aufenthalte 146,4 und für die Tagesklinik-Aufenthalte 61,9, bei insgesamt 208,3 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

Der Tagesklinik-Betrieb liegt in der Provinz Bozen mit 36 pro 1.000 Einwohner über dem gesamtstaatlichen Standard: im Jahr 2004 betrug die Hospitalisierungsrate 47,4, im Jahr 2005 51,0. Die Werte der Provinz ähneln jedenfalls den durchschnittlichen Vergleichswerten der anderen Regionen Italiens. Der Tagesklinik-Betrieb sollte gegenüber der Gesamtaufenthaltsproduktion verstärkt als zusätzliche Tätigkeit anstelle der ordentlichen Aufenthalte gefördert werden, während die unangemessene Inanspruchnahme der Intensivversorgung, falls nicht unbedingt nötig, begrenzt werden müsste.

Die standardisierte Hospitalisierungsrate der Provinz Bozen nach Alter im Vergleich zur gesamtstaatlichen Bevölkerung beträgt 214,6 pro 1.000 Einwohner: die Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens Ansässiger in der Autonomen Provinz Bozen liegt über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, obwohl die Südtiroler Wohnbevölkerung deutlich jünger als die Staatsbevölkerung ist, vor allem in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck.

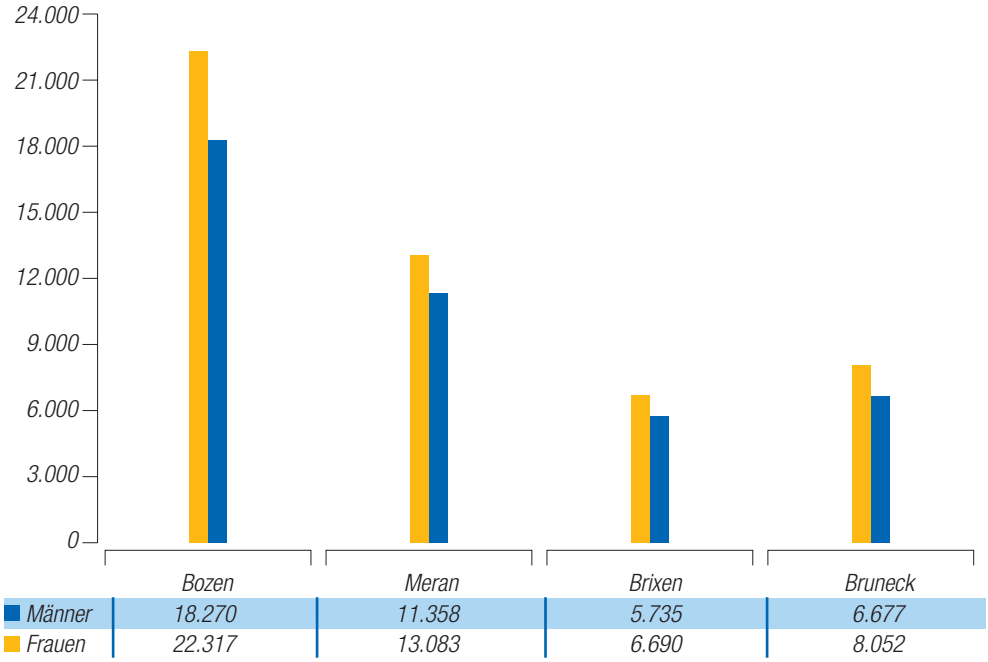
Abbildung 51: **Unbereinigte und standardisierte Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



AUFENTHALTE NACH GESCHLECHT

54,4% der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in Landeseinrichtungen betreffen weibliche Patienten, wobei der Anteil zwischen 53,5% im Sanitätsbetrieb Meran und 55,0% im Sanitätsbetrieb Bozen schwankt.

Abbildung 52: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in den Landeskrankenanstalten nach Geschlecht und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



AUFENTHALTE NACH ALTER

Der Verlauf der Aufenthalte nach Altersklassen lässt den starken Anstieg der Hospitalisierungsrate ab der Altersklasse 60-64 erkennen.

Tabelle 64: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb und Altersklasse in den Landeseinrichtungen - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt	Spezifische Hospitalisierungsrate nach Altersklasse (pro 100 Einw.)
0-4	2.086	2.063	980	1.292	6.421	23,9
5-9	932	811	425	446	2.614	9,3
10-14	773	638	283	344	2.038	7,5
15-19	805	630	360	395	2.190	8,4
20-24	1.003	748	499	527	2.777	10,1
25-29	1.677	1.127	685	844	4.333	14,3
30-34	2.523	1.402	943	1.002	5.870	15,5
35-39	2.428	1.444	849	975	5.696	13,4
40-44	2.018	1.224	668	820	4.730	11,6
45-49	1.774	1.061	560	695	4.090	12,3
50-54	1.786	1.168	624	736	4.314	15,7
55-59	2.322	1.285	661	783	5.051	18,4
60-64	2.996	1.667	782	1.000	6.445	24,5
65-69	3.141	1.771	795	976	6.683	28,7
70-74	3.640	2.029	904	1.145	7.718	39,7
75-79	4.237	2.105	1.042	1.156	8.540	51,7
80-84	3.790	1.826	906	935	7.457	60,2
85-89	1.464	824	240	377	2.905	63,2*
90-94	982	494	177	232	1.885	
95 +	210	124	42	49	425	
INSGES.	**40.587**	**24.441**	**12.425**	**14.729**	**92.182**	**19,2**

** Bei der Berechnung der Rate wurden die drei letzten Altersklassen zusammen berücksichtigt*

Quelle: Sanitätsbetriebe, A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

3.2.8. Schlussbewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken

3.2.8.1. Begründungen und Bewertungskriterien

GRUND DER BEWERTUNG

Abschließend zum Teil über die Krankenhausversorgung in der Autonomen Provinz Bozen wird eine Schlussbewertung vorgeschlagen. Die Begründungen und Bezugskriterien sind:

- Die Krankenhausversorgung stellt ca. 50% der Produktion im Rahmen des Gesundheitswesens und des Ressourcenverbrauchs des Landesgesundheitsdienstes dar.
- Die Produktionsprozesse und die Krankenhausproduktion haben gefestigte und anerkannte Standards erreicht, sodass es hier relativ einfacher als für die anderen Versorgungsstufen erscheint, landesinterne, nationale und internationale Vergleiche zu ziehen.
- Die Anwendung des DRG-Systems für die Klassifizierung der Aufenthalte vereinfacht die Auswertung der Produktion und die Bewertungen der Produktionseffizienz.
- Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 enthält präzise Zielvorgaben für die Krankenhausproduktion der Landeseinrichtungen und für die Inanspruchnahme der Krankenhausdienste seitens der Einwohner der Provinz Bozen.
- Für einige Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung kann der Verlauf mit zeitlich vergleichbaren Daten rekonstruiert werden, wonach die Bewertung der Situation des Jahres 2005 auf die Entwicklungstendenzen in Südtirol zurückgeführt werden kann.
- Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 legt fest, dass der Landesgesundheitsbericht auch Informationen über das Umsetzungsverfahren des Landesgesundheitsplans beinhalten muss.

INHALT DER BEWERTUNG

Unter Berücksichtigung der Bestimmungen des LGP 2000-2002 werden die zu bewertenden Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung in drei Bereiche unterteilt:

1) Krankenhausproduktion der Landeseinrichtungen, vor allem der öffentlichen Einrichtungen (sieben Krankenhäuser der vier Sanitätsbetriebe).
2) Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens der Einwohner der Autonomen Provinz Bozen, vor allem jene zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes.
3) Aktive und passive Mobilität der Krankenhausaufenthalte..

3.2.8.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte

DIMENSION DER BETTENAUSSTATTUNG

Die Landeskrankenanstalten für Akutkranke und für die post-akute Versorgung verfügten im Jahr 2005 über 1.957 ordentliche Betten für Akutkranke (einschließlich der 86 Säuglingskrippen), 187 Betten für die Tagesklinik und 329 Betten für die post-akute Versorgung (davon 10 Tagesklinik-Betten). Insgesamt beläuft sich die Anzahl der Betten (die 86 Säuglingskrippen ausgeschlossen) auf 2.387 (2.245 öffentliche und akkreditierte private), was 4,95 pro 1.000 Einwohner entspricht, davon 4,27 für Akutkranke und 0,68 für die post-akute Versorgung. Schließt man die Betten der nicht akkreditierten Einrichtungen aus, sinkt der Wert auf 4,67 Betten pro 1.000 Einwohner, davon 0,65 für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege. Im Jahr 1996 betrug die Bettenanzahl 2.827 (6,2 pro 1.000 Einwohner). In neun Jahren sind die Betten für Akutkranke und die post-akute Versorgung um 1,25 pro 1.000 Einwohner gesunken.

DIMENSION DER KRANKENHAUS-PRODUKTION

Die Anzahl der Betten der Krankenhausproduktion pro 1.000 Einwohner in einer Provinz mit 481.095 Einwohnern, die sehr offen für die Mobilität von außen ist, ist nicht direkt mit der auf nationaler Ebene festgelegten Anzahl zu vergleichen, da ein Vergleich mit den

äquivalenten Betten der von den Einwohnern überall getätigten Aufenthalte angemessener wäre. Die Bettenausstattung liegt jedoch auch weiterhin über dem gesamtstaatlichen Standardwert[11] von 3,5 Betten pro 1.000 Einwohner, von denen 1 pro 1.000 Einwohner der post-akuten Rehabilitation und Langzeitpflege vorbehalten ist. Auch weiterhin bleibt ein kleines Ungleichgewicht zwischen den Betten für Akutkranke und für die post-akute Versorgung zugunsten der Ersteren bestehen (0,68 anstatt 1,0 pro 1.000 Einwohner).
Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in der Provinz ist in den letzten neun Jahren von 93.538 Aufenthalten des Jahres 1996 auf 77.515[12] im Jahr 2005 gesunken. Der Anteil der Aufenthalte in öffentlichen Einrichtungen ist dagegen von 93,0% auf 94,9% angestiegen.
In diesen letzten neun Jahren unterlag die Hospitalisierungsrate keinen weitgehenden Veränderungen und liegt somit immer noch weit über dem Standardwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner (206,6 im Jahr 2005).
2005 produzierten die öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen 106.997 Aufenthalte, davon 103.215 für Akutkranke. Die Aufenthalte von Akutkranken seitens außerhalb der Provinz Ansässiger betrugen11.033 (19 davon waren nicht zu Lasten des LGD). Der überregionale Attraktionsindex entsprach 2005 10,7% und ist gegenüber dem Vorjahr rückläufig.
Vor neun Jahren, im Jahr 1996, war die Situation sehr ähnlich: der Attraktionsindex betrug 10,5%.
2005 fanden 7.230 Aufenthalte von akutkranken Südtirolern in Einrichtungen außerhalb der Provinz statt, was einem Fluchtindex von 7,3% der Aufenthalte von Südtirolern entspricht, der nur knapp unter dem Vergleichswert des Jahres 1996 (7,8%) liegt.

Tabelle 65: **Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Produktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten – Jahre 1996 und 2005**

Indikatoren	*Autonome Provinz Bozen*	
	1996	*2005*
Bettenausstattung für Akutkranke	*2.653*	*2.058*
Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation	*174*	*329*
Prozentsatz der öffentlichen Betten (akut+post-akut)	*82,6%*	*82,7%*
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (akut+post-akut)	*6,22*	*4,95*
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (post-akut)	*0,38*	*0,68*
Bettenauslastungsrate für Akutkranke pro 100 (öff. KH)	*73,7*	*77,4*
Durchschnitt. Aufenthaltsdauer pro äquiv. DRG-Aufenthaltseinheit (Tage) (öff. KH)	*8,1*	*6,0*
Aufenthalte von Akutkranken und der post-akuten Versorgung in den öffentlichen und privaten Einrichtungen	*95.143*	*106.997*
Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen und privaten Einrichtungen	*93.538*	*77.515***
Prozentsatz der Aufenthalte von Akutkranken in den öffentl. Krankenhäusern	*93,0%*	*94,9%*
Durchschnittliches DRG-Gewicht der ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Krankenhäusern	*0,88*	*1,09*
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (ordentliche Aufenthalte von Akutkranken)	*203,0*	*155,6*
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken)	*4,4**	*51,0*
Überregionaler Attraktionsindex (Aufenthalte von Akutkranken)	*10,5*	*10,7*
Überregionaler Fluchtindex (Aufenthalte von Akutkranken)	*7,8*	*7,3*

** Wert des Jahres 1998*
*** Ausgeschlossen 3.892 gesunde Neugeborene*

Quelle: Sanitätsbetriebe

[11] Arbeitsgruppe für die Beziehungen zwischen Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen – März 2005
[12] Ausgeschlossen 3.892 gesunde Neugeborene

ZEHN EFFIZIENZ- UND QUALITÄTSINDIKATOREN

Zehn Indikatoren der Effizienz, Qualität und Angemessenheit wurden ausgewählt, um einige wichtige Phänomene im Bereich der öffentlichen Krankenhausproduktion von ordentlichen Aufenthalten von Akutkranken in der Autonomen Provinz Bozen dazulegen, für die der LGP spezifische Ziele oder zu verfolgende Entwicklungstendenzen vorschreibt. Die ersten beiden Indikatoren der Tabelle 66 messen die Aspekte hinsichtlich der Krankenhauseffizienz: die Nutzungsrate der maximalen Produktionsleistung und entsprechenden Fixkosten sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Effizienz der Krankenhaustätigkeit insgesamt).

Tabelle 66: **Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Produktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Akutkranken nach öffentlichem Krankenhaus – Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
1. Bettenauslastungsrate	76,9%	81,6%	72,8%	79,9%	65,3%	80,2%	65,7%
2. Durchschnittl. Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage)	6,1	6,0	7,3	5,5	5,7	6,0	6,3
3. Durchschnittliches DRG-Gewicht der Aufenthalte	1,21	1,10	0,89	1,12	0,83	0,95	0,88
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	24,3%	23,6%	17,1%	23,7%	21,2%	25,5%	20,2%
5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	6,8%	6,3%	8,6%	7,3%	11,7%	10,6%	12,3%
6. Prozentsatz der angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an den Aufenthalten insgesamt (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	16,1%	19,5%	14,7%	18,9%	22,4%	17,4%	20,4%
7. Prozentsatz der nicht angemessenen medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte an den medizinischen Tagesklinik-Aufenthalten insges. (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	71,0%	51,3%	56,8%	57,8%	84,8%	82,7%	71,8%
8. Prozentsatz der Aufenthalte über dem Grenzwert, zulässig für die 43 Risiko-DRGs (DLR Nr. 4434 vom 9.12.2003)	5,0%	12,4%	22,1%	11,4%	10,9%	11,9%	8,8%
9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten insges. (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	3,2%	1,7%	1,9%	3,8%	2,2%	2,5%	3,0%
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	19,3	16,8	7,0	40,5	35,0	26,1	31,9

Quelle: Sanitätsbetriebe

Unter Berücksichtigung der Bedeutung der organisatorischen Angemessenheit bei der ständigen Qualitätssteigerung zur Rationalisierung der Ressourcen wurden 7 Indikatoren eingeführt (von Nr. 3 bis 9), die für die Überwachung und Kontrolle der Versorgungsqualität und der Angemessenheit der erbrachten Leistungen sowie für den Vergleich zwischen den Krankenhäusern nützlich sind. Sie wurden nach den vom kürzlichen Landesbeschluss Nr. 2464 vom 3.07.06 „Interne und externe gesundheitliche Kontrollen der Krankenhausaufenthalte der Provinz Bozen“ vorgesehenen Angaben festgelegt.

Dabei wurde

a) der Indikator „5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)“ berechnet, indem:
   - die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:
     - Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten,
     - Aufenthalte von Patienten im Alter unter 1 Jahr oder über 75 Jahren,
     - Aufenthalte von Patienten, die auf Entscheidung des Patienten oder aufgrund einer zusätzlichen Komplikation keinem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden,
     - Aufenthalte in der Psychiatrieabteilung,
     - Aufenthalte aufgrund von Chemotherapie oder Strahlentherapie,
     - Aufenthalte wegen drohender Fehlgeburt oder falschen Wehen,
     - Aufenthalte, die im Tagesklinik-Betrieb erbracht werden können.

b) Der Indikator „6. Prozentsatz der angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an den Aufenthalten insgesamt (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)” wurde 2005 im Unterschied zu 2004 berechnet, indem 30% der medizinischen Tagesklinik-Aufentalte, die kein Verfahren aus der Liste der Tagesklinik-Aufenthalte enthielten, als angemessen angenommen wurden. Man ging davon aus, dass dieser Anteil jene Tagesklinik-Aufenthalte enthalten konnte, deren Behandlungen ambulatorisch nicht möglich waren, um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten (Verabreichung von besonderen Medikamenten, besondere klinische Zustände des Patienten, etc.).

c) Der Indikator „9. Prozentsatz der in Tagsklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten insgesamt (ausgeschlossen Notfälle) (gemäß DRL Nr. 3878 vom 4.11.2003)” wurde berechnet, indem
   - die folgenden Elemente berücksichtigt:
     - Eintagsaufenthalte mit einem Eingriff aus der Liste der Tagesklinik-Aufenthalte und anderen Verfahren oder chirurgischen Eingriffen,
     - Aufenthalte der Dauer von 2 Tagen mit einem Eingriff aus der Liste der Tagesklinik-Aufenthalte mit eventuellen Verfahren (Kodexe ICD 9 CM > “8700”),
   - und die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:
     - dringende Aufenthalte,
     - Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten,
     - Aufenthalte von Patienten im Alter unter 1 Jahr oder über 75 Jahren,
     - Aufenthalte von Patienten, die auf Entscheidung des Patienten keinem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden,
     - Aufenthalte mit psychiatrischen DRGs,
     - Aufenthalte aufgrund von Chemotherapie oder Strahlentherapie.

Im Bewertungsmodell wurde außerdem ein Indikator eingeführt, der die Attraktion der Krankenhäuser misst, welche einen indirekten Maßstab für die von den Bürgern wahrgenommene Qualität darstellt.

BEWERTUNGSMODELL

Für eine zusammenfassende Bewertung der Leistungen der öffentlichen Krankenhäuser in der Autonomen Provinz Bozen wird in Tabelle 67 ein Übersichtsmodell der Qualitäts- und Effizienzindikatoren auf der Grundlage der 10 genannten Indikatoren vorgeschlagen. Für jeden Indikator und jedes Krankenhaus gibt es eine Punkteanzahl P auf der Skala 25

– 100, die mit der Leistung proportional ansteigt (25= akzeptables Minimum, 100= vorzügliche Situation). Die Berechnung der Punkteanzahl P ergibt den Wert des Indikators: V_P schlechtester Wert, an den eine niedrige Leistung gebunden ist, akzeptables Minimum des Phänomens, und somit ein Wert P von 25 Prozentpunkten; V_M = bester Wert, vorzügliche Situation des Phänomens, P= 100. Die Berechnung von P für Zwischenwerte V_E des Indikators zwischen V_P und V_M erfolgt auf der Grundlage folgender Formeln (Proportionalitätshypothese):

a) Für Indikatoren mit direkt zur Leistung proportionalen Werten

$$P = 25+(100-25)\frac{V_E - V_P}{V_M - V_P}$$

b) Für Indikatoren mit umgekehrt zur Leistung proportionalen Werten

$$P = 25+(100-25)\frac{V_P - V_E}{V_P - V_M}$$

Die Wahl der Zielwerte erfolgte für einige auf der Grundlage der von den Landes- oder nationalen Plänen definierten Standardparameter, für andere durch den internen Vergleich der Indikatoren in den sieben öffentlichen Krankenhäusern der Provinz. Die zusammenfassende Punkteanzahl pro Krankenhaus ist der einfache Durchschnitt der 10 Indikatoren. Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Sanitätsbetrieb wurde erreicht, indem der arithmetische gewichtete Durchschnitt der mittleren Punkteanzahl der jeweiligen Krankenhäuser mit den Gewichten der Anzahl der ordentlichen Aufenthalte berechnet wurde.

Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Krankenhaus erreicht Werte von 41 (Krankenhaus Schlanders) bis 68 (Krankenhaus Meran). Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Sanitätsbetrieb schwankt zwischen P=53 des Sanitätsbetriebs Bruneck und P=63 des Sanitätsbetriebs Meran.

Tabelle 67: **Indikatoren P (25≤P≤100) der Qualität und Effizienz der öffentlichen Krankenhäuser, ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - Jahr 2005**

Indikatoren	Zielwerte		Bozen	Meran	Schlanders	Brixenone	Sterzing	Bruneck	Innichen
	Schlecht. (P=25)	Bester (P=100)	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005	P 2005
1. Bettenauslastungsrate pro 100	75,0%	80,0%	54	100	25	99	25	100	25
2. Durchschnittl. Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage)	7,5	6,0	96	98	33	100	100	100	87
3. Durchschnittl. DRG-Gewicht der Aufenth.	0,9	1,3	83	63	25	66	25	34	25
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	22,0%	15,0%	25	25	77	25	33	25	45
5. Prozentsatz der Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	10,0%	5,0%	73	81	47	66	25	25	25
6. Prozentsatz der angemessenen TK-Aufenthalte an den Aufenthalten insgesamt (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	15,0%	20,0%	41	92	25	84	100	61	100
7. Prozentsatz d. nicht angemessenen medizinischen TK-Aufenth. (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	70,0%	30,0%	25	60	50	48	25	25	25
8. Prozentsatz d. Aufenthalte über dem Grenzwert, zulässig für die 43 Risiko-DRGs (DLR Nr. 4434 vom 9.12.2003)	10,0%	5,0%	100	25	25	25	25	25	43
9. Prozentsatz d. in TK-Aufenthalte umwandelbaren ordentl. Aufenthalte (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	3,0%	1,5%	25	88	81	25	67	52	25
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	10,0%	30,0%	60	51	25	100	100	86	100
DURCHSCHN. P-WERTE PRO KH			**58**	**68**	**41**	**64**	**53**	**53**	**50**
DURCHSCHN. P-WERTE PRO SB			**58**	**63**		**61**		**53**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Landesdurchschnitt der Qualität und Effizienz der Produktion von öffentlichen ordentlichen Krankenhausaufenthalten von Akutkranken beträgt P=55. Im Vergleich zum Variabilitätsfeld P von 25 bis 100 erreicht der Landesdurchschnitt 40% des Weges in Richtung vorzügliche Situation, welchen die besten Zielwerte der 10 benutzten Indikatoren vorgaben.

3.3. POST-AKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

In den letzten neun Jahren ist die Zahl der Betten für die post-akute Versorgung von 174 Betten des Jahres 1996 auf 329 (davon sind 15 nicht akkreditiert) des Jahres 2005 stark angestiegen. Die Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege entspricht 0,67 pro 1.000 Einwohner und liegt noch unter dem nationalen Standardwert von 1 pro 1.000.
2005 wurden in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten des Landes 1.825 Aufenthalte in den Abteilungen für Langzeitpflege und 1.883 Aufenthalte in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation getätigt. Weitere 48 Langzeitpflege-Aufenthalte wurden von Südtirolern in nationalen Einrichtungen in Anspruch genommen. Höher ist die Inanspruchnahme von Einrichtungen außerhalb der Provinz für die Rehabilitation: 2005 wurden 337 Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz verzeichnet, davon 271 in italienischen Einrichtungen, 61 in österreichischen Einrichtungen, 5 in Spinalzentren und 5 in Neuro-Rehabilitationsabteilungen.
Über ein Drittel der Entlassungsdiagnosen der außerhalb der Provinz in Anspruch genommenen Aufenthalte sind schwere Pathologien wie Myeloläsionen (z.B. Paraplegie oder Tetraplegie), die Strukturen erfordern, welche die Provinz Bozen derzeit nicht anbieten kann.

3.3.1. Betten für die post-akute Versorgung

BETTEN FÜR DIE POST-AKUTE REHABILITATION UND LANGZEITPFLEGE

In den Landeskrankenanstalten stehen insgesamt 329 Betten für die post-akute Versorgung zur Verfügung, 32,8% davon befinden sich in öffentlichen Einrichtungen. Die privaten Einrichtungen, die insgesamt 221 Betten für die post-akute Versorgung anbieten (67,2% des Gesamtwertes), liegen ausschließlich in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran.
Für die post-akute Rehabilitation sind 163 Betten (0,34 pro 1.000 Einwohner) vorhanden, für die post-akute Langzeitpflege 166 Betten (0,35 pro 1.000 Einwohner).

Tabelle 68: **Betten für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege in den Krankenanstalten – Jahr 2005**

	Betten für die akute Rehabilitation (Kodex 56.00)	Betten für die post-akute Langzeitpflege (Kodex 60.00)	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	10°	-	10
Krankenhaus Meran	20	10	30*
Krankenhaus Brixen	15**	11	26
Krankenhaus Bruneck	8	19	27
Krankenhaus Schlanders	-	6°°	6
Krankenhaus Sterzing	4	5	9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**57**	**51**	**108**
Marienklinik	-	15 (nicht akkreditiert)	15
PK Martinsbrunn	18	33°°°	51
PK Bonvicini	44	42	86
PK Villa Melitta	44	25	69
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**106**	**115**	**221**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**163**	**166**	**329**

* Ein Bett der post-akuten Rehabilitation ist dem Tagesklinik-Betrieb vorbehalten; die Betten der post-akuten Langzeitpflege sind seit dem 15.11.2005 eingerichtet
** 4 Betten sind dem Tagesklinik-Betrieb vorbehalten
° Davon 5 Betten für ordentliche Aufenthalte und 5 Betten für den Tagesklinik-Betrieb
°° Eingerichtet seit dem 18.10.2005
°°° Ausgeschlossen 6 Betten in der Palliativstation

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3.2. Post-akute Rehabilitation

Die in diesem Kapitel analysierten Daten stützen auf den Auszügen des KEB-Archivs von Ende Mai 2006; die Entlassungsformulare mit einem späteren Einsendedatum wurden nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2005 gab es insgesamt 2.033 Aufenthalte in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen, davon 76 im Tagesklinik-Betrieb. Von den 1.957 ordentlichen Aufenthalten des Jahres 2005 wurden 69,3% in privaten Einrichtungen der Provinz getätigt

Tabelle 69: **Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Mittelwert in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	% an Aufenth.	Aufenthaltsdauer*	Durchschn. AD	Mittelwert
Krankenhaus Bozen	35	1,8	984	28,1	21
Krankenhaus Meran	282	14,4	6.185	21,9	16
Krankenhaus Brixen	152	7,8	3.783	24,9	19
Krankenhaus Bruneck	89	4,5	2.469	27,7	18
Krankenhaus Sterzing	43	2,2	902	21,0	14
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**601**	**30,7**	**14.323**	**23,8**	**17**
Privatklinik Bonvicini	492	25,1	14.258	29,0	28
Privatklinik Villa Melitta	579	29,6	15.971	27,6	24
Privatklinik Martinsbrunn	285	14,6	6.357	22,3	21
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**1.356**	**69,3**	**36.586**	**27,0**	**26**
INSGESAMT	**1.957**	**100,0**	**50.909**	**26,0**	**23**

(*) Die bewilligten Tage wurden abgezogen

Quelle: Sanitätsbetriebe

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

Bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zeichnen sich zwei verschiedene Versorgungsstrategien ab: die Krankenhäuser Meran, Sterzing, die Privatklinik Martinsbrunn behandeln die Patienten durchschnittlich 21 Tage, in den Krankenhäusern Bozen, Bruneck und den Privatkliniken Bonvicini, Villa Melitta verweilen die Patienten durchschnittlich 7 Tage länger.

Tabelle 70: **Tagesklinik-Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und Mittelwert in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	% an Aufenth.	Aufenthalts-dauer	Durchschn. AD	Mittel-wert
Krankenhaus Bozen	19	25,0	366	19,3	14,0
Krankenhaus Meran	1	1,3	21	21,0	21,0
Krankenhaus Brixen	55	72,4	963	17,5	13,0
Krankenhaus Sterzing	1	1,3	5	5,0	5,0
INSGESAMT	**76**	**100,0**	**1.355**	**17,8**	**13,5**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 71: **Gesamttarif, Durchschnittstarif und Mitteltarif der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	Gesamttarif	Durchschn. Tarif	Mittel-Tarif
Krankenhaus Bozen	54	255.914,09	4.739,15	3.843,95
Krankenhaus Meran	283	1.216.983,37	4.300,29	3.297,00
Krankenhaus Brixen	207	910.173,37	4.396,97	3.626,10
Krankenhaus Bruneck	89	502.663,75	5.647,91	4.239,00
Krankenhaus Sterzing	44	192.878,87	4.383,61	3.092,85
Privatklinik Bonvicini	492	2.650.910,93	5.388,03	5.335,96
Privatklinik Villa Melitta	579	2.824.021,75	4.877,41	4.383,11
Privatklinik Martinsbrunn	285	1.189.528,50	4.173,78	4.001,97
INSGESAMT	**2.033**	**9.743.074,63**	**4.792,46**	**4.266,00**

Quelle: Sanitätsbetriebe

AUFENTHALTE NACH DRG

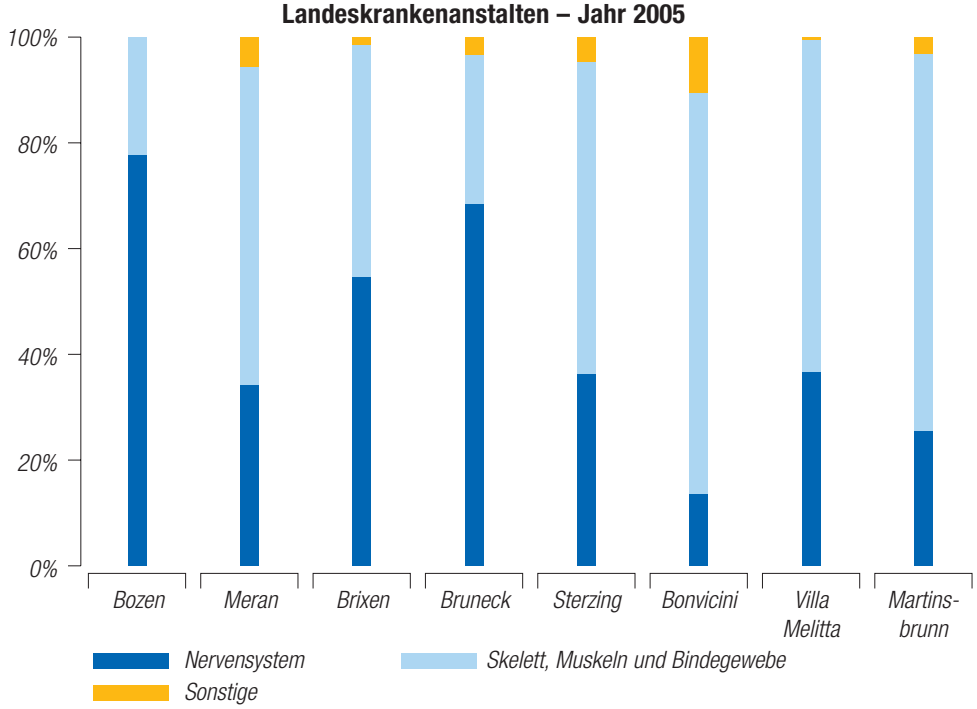
Aus Tabelle 72 bezüglich der Aufenthalte nach DRG (Diagnosis Related Groups) gehen die beträchtlichen Anteile für die Rehabilitation aufgrund von Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes (DRG 256) in den Krankenhäusern Meran, Sterzing und Brixen hervor. Die Patienten mit degenerativen Krankheiten des Nervensystems (DRG 012) werden vorwiegend in den Krankenhäusern Brixen, Bruneck, Bozen und in der Privatklinik Villa Melitta behandelt.

Tabelle 72: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte nach DRG in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der DRG	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Sterzing	PK Bonvicini	PK Villa Melitta	PK Martinsbrunn	Insgesamt
256	Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	7	95	54	7	21	143	200	136	663
012	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	14	58	57	37	9	39	152	50	416
249	Rehabilitation aufgrund von Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	3	56	18	4	3	139	92	39	354
243	Med. Rückenbeschwerden	1	11	7	-	2	44	49	20	134
034	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, m. Komplik.	8	18	23	8	-	1	14	6	78
009	Krankheiten und Traumata der Rückenmarks	13	11	6	9	2	2	9	2	54
018	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven mit Komplikationen	1	-	2	3	2	7	16	4	35
035	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	6	4	11	2	1	2	4	3	33
248	Tendinitis, Myositis und Schleimbeutelentzündung	-	-	-	-	-	20	8	4	32
013	Multiple Sklerose und Hirnataxie	-	6	7	1	-	-	12	4	30
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	-	7	-	-	2	7	-	3	19
019	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven ohne Komplikationen	-	-	3	-	-	10	4	1	18
245	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, ohne Komplikationen	-	1	3	3	-	5	3	-	15
239	Pathologische Frakturen u. bösartige Neoplasien des Muskel- u. Skelettsystems und Bindegewebes	1	-	1	-	-	5	7	-	14
244	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit Komplikationen	-	1	-	-	-	8	3	1	13
088	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit	-	-	-	-	-	10	-	-	10
014	Spezifische zerebrovasku. Krankheiten ausschl. TIA	-	-	1	-	2	6	-	-	9
	TEILSUMME	**54**	**268**	**193**	**74**	**44**	**448**	**573**	**273**	**1.927**
	INSGESAMT	**54**	**283**	**207**	**89**	**44**	**492**	**579**	**285**	**2.033**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 53: **Verteilung in % der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte nach MDC in den Abteilungen für Post-Akute Rehabilitation nach Landeskrankenanstalten – Jahr 2005**



Die Analyse der Aufenthalte nach primärer Diagnosekategorie MDC (Major Diagnostic Categories), welche die Krankheiten und Störungen eines Organs oder Systems zusammenfasst, ergibt, dass 1.263 Aufenthalte (62% des Gesamtwertes) unter die MDC „Krankheiten und Störungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes" und 682 (33%) unter die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" fallen.

Für die Aufenthalte in Abteilungen für die post-akute Rehabilitation wurde im KEB ein Feld eingeführt, das es ermöglicht, die Rehabilitationsaufenthalte in post-akute Aufenthalte, Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und Bewertungsaufenthalte zu gliedern:

- Post-akute Rehabilitationsaufenthalte: post-akute Rehabilitationsaufenthalte wegen funktionsbeeinträchtigender Krankheiten, für die ein akutes Ereignis erkennbar ist, das eine Rehabilitation erforderlich macht, wie zerebrale Ischämie, Trauma, chirurgischer Eingriff. Diese Aufenthalte finden in der unmittelbaren post-akuten Phase der Krankheit, d.h. innerhalb von 30 Tagen ab der Entlassung aus den Krankenhausabteilungen für Akutkranke oder Rehabilitationsabteilungen statt (2. und 3. Grades).
- Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes: Aufenthalte zur Ergänzung der Wiederherstellung und des Rehabilitationsprojektes oder zur Prävention des Fortschreitens der Krankheit. Erfolgt nicht im Anschluss an die unmittelbare post-akute Phase der Krankheit. Zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus für Akutkranke und diesen Aufenthalten vergehen mehr als 30 Tage.
- Geplante Bewertungsaufenthalte: geplante Aufenthalte zur Bewertung, die maximal 10 Aufenthaltstage erfordern, in denen ein hoher diagnostischer fachärztlicher Aufwand mit therapeutischer Ausrichtung oder eine Überprüfung der möglichen, effektiven Durchführung der Rehabilitationsprogramme nötig ist.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Zuordnung jedes Aufenthaltes zu einer der drei Kategorien von der klinischen Bewertung seitens der Ärzte jeder Einrichtung abhängt.

Im Jahr 2005 wurden 94,7% der Rehabilitationsaufenthalte als post-akute Aufenthalte klassifiziert, 4,1 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und 1,1% als Bewertungsaufenthalte.

Tabelle 73: **Ordentliche Rehabilitationsaufenthalte nach Art des Rehabilitationsaufenthaltes und Landeseinrichtung – Jahr 2005**

	Post-akut	Erhaltung	Bewertung	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	30	5	-	35
Krankenhaus Meran	258	21	3	282
Krankenhaus Brixen	125	22	5	152
Krankenhaus Bruneck	56	19	14	89
Krankenhaus Sterzing	42	1	-	43
Privatklinik Bonvicini	492	-	-	492
Privatklinik Villa Melitta	579	-	-	579
Privatklinik Martinsbrunn	272	13	-	285
INSGESAMT	**1.854**	**81**	**22**	**1.957**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Um den funktionellen Zustand und die klinischen Merkmale (Schädigungen) der Patienten in rehabilitativer Behandlung zu messen, wird die Punkteanzahl der FIM-Skala analysiert. Die FIM-Skala setzt sich insgesamt aus 18 Teilen zusammen, die in 6 Ebenen zusammengefasst sind; die ersten 13 beschreiben den funktionellen motorischen „Bereich" und betreffen die Behandlung des Patienten, die Kontrolle der Schließmuskel, die Mobilität und die Bewegung, während die letzten fünf den „kognitiven Bereich" beschreiben und die Kommunikation und die relationalen/kognitiven Fähigkeiten betreffen. Die Bewertung der Beeinträchtigung erfolgt, indem jedem Posten eine Punkteanzahl von 1 bis 7 zugewiesen wird, wobei 7 die komplette Selbstständigkeit und 1 den totalen Pflegefall und somit die vollständige Nicht-Selbstständigkeit darstellen.
Die Punkteanzahl reicht insgesamt von mindestens 18 (totaler Pflegefall) bis zu höchstens 126 (komplette Selbstständigkeit).
Die Patienten müssen sowohl bei der Aufnahme in die Rehabilitationsabteilung als auch bei ihrer Entlassung bewertet werden; auf diese Weise können eine Verbesserung des Zustandes des Patienten und die Effizienz der Rehabilitation überprüft werden.
In das FIM-System wurde eine Diagnose-Klassifikation (Rehabilitation Impairment Codes oder RIC) eingeführt, die 14 Makrokategorien auf der Basis des betroffenen Organs oder Systems festlegt. Eine weitere Unterteilung bestimmt 69 nosologische, sich gegenseitig ausschließende Einheiten. Die Tabelle 74 stellt die Makrokategorien auf Landesebene und in den Bezugsdaten dar, welche ergeben, dass sich über die Hälfte der Aufenthalte (58,5%) auf orthopädische Pathologien bezieht.
Aus den Analysen der FIM-Bewertung wurden die Aufenthalte von verstorbenen Patienten sowie die Aufenthalte mit einer Dauer von unter 7 Tagen ausgeschlossen; da die FIM-Bewertung ein erstes Mal innerhalb von 72 Stunden ab Aufenthaltsbeginn und ein zweites Mal in den 72 Stunden vor der Entlassung durchgeführt werden muss, könnten die FIM-Erfassungen, würden diese Aufenthalte nicht ausgenommen, zeitlich zu schnell aufeinanderfolgen und somit keine signifikanten Ergebnisse erzielen.
Im Jahr 2005 betrugen die Aufenthalte mit einer Aufenthaltsdauer ab 7 Tagen (keine Kurzaufenthalte) in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation (ausgeschlossen auch die 14 Aufenthalte von verstorbenen Patienten) insgesamt 1.876.

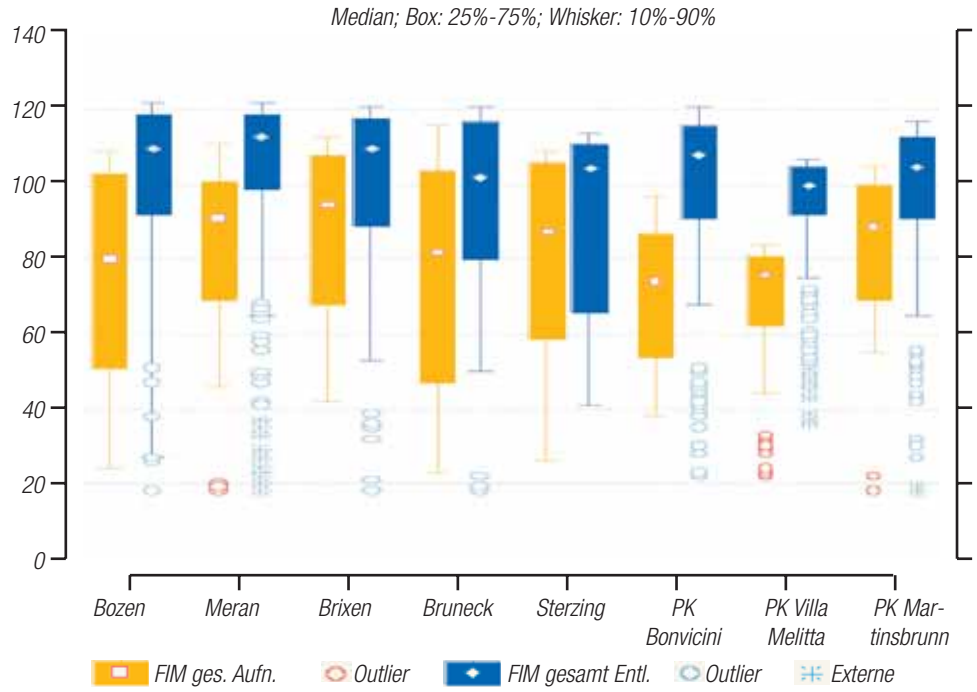
Tabelle 74: **Ordentliche Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) nach Pathologie gemäß RIC-FIM-Skala – Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Sterzing	PK Bonvicini	PK Villa Melitta	PK Martinsbrunn	Insgesamt
Orthopädische Pathologie	6	144	64	11	25	317	348	183	1.098
Zerebrale Ischämie	7	49	37	30	10	21	129	39	322
Neurologie Krankheit	5	8	10	11	2	10	53	11	110
Gehirnkrankheit	7	20	15	14	3	15	20	10	104
Myelopathie	7	14	2	8	1	13	14	11	70
Arthropathie	-	4	1	12	-	18	-	1	36
Algie -	6	-	-	-	27	1	2	36	
Polytrauma	-	3	15	-	1	6	4	1	30
Kardiopathien	-	-	-	2	-	16	-	2	20
Lungen-erkrankungen	-	1	-	-	-	14	-	2	17
Weitere funktions-beeinträchtigende Schädigungen	-	1	-	-	-	8	1	6	16
Amputation von Gliedmaßen	1	4	2	1	-	3	2	2	15
Angeborene Missbildungen	-	1	-	-	-	-	-	1	2
INSGESAMT	**33**	**255**	**146**	**89**	**42**	**468**	**572**	**271**	**1.876**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die durchschnittliche FIM-Punkteanzahl zu Beginn betrug 75,9 Punkte. Unter dem Landesdurchschnitt liegen die Krankenhäuser Bozen (73,2 Punkte) und Bruneck (75,1 Punkte) und die Privatkliniken Bonvicini (70,9 Punkte) und Villa Melitta (70,3 Punkte), während das Krankenhaus Brixen durchschnittlich die höchste Anzahl verzeichnete: 85,8 Punkte. Bei der Punkteanzahl bei der Entlassung (Landesdurchschnitt 99,4) verzeichnen die einzelnen Einrichtungen deutliche Schwankungen: das Krankenhaus Meran bestätigt die hohe Punkteanzahl des Beginns (102,8 Punkte), die Krankenhäuser Sterzing (89,6 Punkte), Bruneck (93,8 Punkte) und Bozen (94,3 Punkte) weisen niedrigere Werte auf.
In Abbildung 54 stellt der mittlere Punkt der Boxplot den Median dar, das untere Quartil und das obere Quartil entsprechen dem 25. und 75. Quantil, während sich die unteren und oberen Whiskers auf das 10%- und 90%-Quantil ausdehnen. Als „milde Ausreißer" werden die Fälle definiert, die von 1,5*IQR bis 3*IQR (IQR - Interquartilsabstand - Länge der Box) vom unteren oder oberen Quartil entfernt sind. Als „extreme Ausreißer" werden die Fälle in einem Abstand über 3*IQR bezeichnet.

Abbildung 54: **Gesamt-FIM-Punktezahl zu Beginn und bei der Entlassung - Jahr 2005**



In den folgenden Tabellen werden die FIM-Punktewerte zu Beginn und bei der Entlassung getrennt für den motorischen und kognitiven Bereich angeführt.

Tabelle 75: **FIM zu Beginn, motorischer Bereich: durchschnittliche Punkteanzahl, geringste und höchste Punkteanzahl, Median und Standardabweichung – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durchschnitt	Min.	Max.	Median	Standardabw.
Krankenhaus Bozen	46,0	13	81	51,0	24,2
Krankenhaus Meran	54,8	13	91	59,0	19,2
Krankenhaus Brixen	57,9	13	91	62,5	21,2
Krankenhaus Bruneck	50,5	13	90	53,0	24,7
Krankenhaus Sterzing	48,9	13	78	54,0	23,4
Privaltklinik Bonvicini	45,5	14	83	47,0	15,8
Privaltklinik Villa Melitta	43,2	13	70	47,0	12,0
Privaltklinik Martinsbrunn	54,1	13	89	59,0	17,1
PROVINZ	**48,6**	**13**	**91**	**50,0**	**17,6**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 76: **FIM bei Entlassung, motorischer Bereich: durchschnittliche Punkteanzahl, geringste und höchste Punkteanzahl, Median und Standardabweichung – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durchschnitt	Min.	Max.	Median	Standardabw.
Krankenhaus Bozen	65,1	13	91	77,0	27,9
Krankenhaus Meran	72,2	13	91	80,0	19,5
Krankenhaus Brixen	70,4	13	91	79,0	20,7
Krankenhaus Bruneck	66,2	13	91	75,0	21,9
Krankenhaus Sterzing	60,3	13	85	71,5	21,9
Privaltklinik Bonvicini	70,9	15	90	76,0	16,0
Privaltklinik Villa Melitta	66,7	13	84	70,5	11,9
Privaltklinik Martinsbrunn	68,0	13	90	75,0	17,9
PROVINZ	**68,8**	**13**	**91**	**74,0**	**17,0**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 77: **FIM zu Beginn, kognitiver Bereich: durchschnittliche Punkteanzahl, geringste und höchste Punkteanzahl, Median und Standardabweichung – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durch-schnitt	Min.	Max.	Median	Standard-abw.
Krankenhaus Bozen	27,2	5	35	31,0	9,7
Krankenhaus Meran	29,2	5	35	33,0	7,6
Krankenhaus Brixen	27,8	5	35	31,0	8,7
Krankenhaus Bruneck	24,6	5	35	29,0	10,3
Krankenhaus Sterzing	28,6	6	35	33,0	9,3
Privaltklinik Bonvicini	25,4	6	35	27,0	6,9
Privaltklinik Villa Melitta	27,1	8	35	29,0	4,6
Privaltklinik Martinsbrunn	29,4	5	35	30,0	4,9
PROVINZ	**27,3**	**5**	**35**	**29,0**	**6,8**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 78: **FIM bei Entlassung, kognitiver Bereich: durchschnittliche Punkteanzahl, geringste und höchste Punkteanzahl, Median und Standardabweichung – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durch-schnitt	Min.	Max.	Median	Standard-abw.
Krankenhaus Bozen	29,3	5	35	32,0	8,6
Krankenhaus Meran	30,6	5	35	34,0	6,7
Krankenhaus Brixen	28,6	5	35	32,0	8,1
Krankenhaus Bruneck	27,7	5	35	30,0	7,9
Krankenhaus Sterzing	29,2	7	35	33,0	8,7
Privaltklinik Bonvicini	30,1	7	35	32,0	5,8
Privaltklinik Villa Melitta	28,9	14	35	30,0	3,0
Privaltklinik Martinsbrunn	30,0	5	35	31,0	4,8
PROVINZ	**29,5**	**5**	**35**	**30,0**	**5,7**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Setzt man den FIM-Gewinn (Differenz zwischen den FIM-Punkten zu Beginn und bei der Entlassung) mit der Aufenthaltsdauer (täglicher Zuwachs) ins Verhältnis, geht aus der Tabelle 79 hervor, dass der höchste Wert in den Privatkliniken Villa Melitta und Bonvicini sowie im Krankenhaus Meran mit 1,1 Punkten verzeichnet wird.

Tabelle 79: **Individueller täglicher durchschnittlicher Gewinn an FIM-Punkten insgesamt (Effizienz) nach Einrichtung - Jahr 2005**

Krankenanstalt	Durch.	Stanardabw.	Min.	Max.	Durch.
Krankenhaus Bozen	0,8	1,0	-0,1	5,3	0,6
Krankenhaus Meran	1,1	0,9	-3,3	4,4	1,0
Krankenhaus Brixen	0,6	0,5	-0,2	2,4	0,5
Krankenhaus Bruneck	0,6	0,9	-1,8	6,7	0,4
Krankenhaus Sterzing	0,7	0,8	-0,6	3,1	0,5
Privaltklinik Bonvicini	1,1	0,4	0,0	3,8	1,0
Privaltklinik Villa Melitta	1,0	0,4	0,0	2,4	1,0
Privaltklinik Martinsbrunn	0,7	0,5	-1,2	2,0	0,7
PROVINZ	**0,9**	**0,6**	**-3,3**	**6,7**	**0,9**

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3.2.1. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet

In diesem Absatz werden die von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationsabteilungen in anderen italienischen Einrichtungen in Anspruch genommenen Aufenthalte analysiert. Dabei wird kurz auf die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen

(Kodex 7500) und in den Spinalzentren (Kodex 2800) im übrigen Italien eingegangen. Was die Rehabilitationsaufenthalte von Südtiroler Patienten in österreichischen Einrichtungen betrifft, wird auf den nachfolgenden Absatz „Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich“ verwiesen.

Tabelle 80: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in den Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2005**

Leistungserbr. Region	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Piemont	2	1	-	-	3
Lombardei	43	9	3	1	56
A.P. Trient	63	7	3	1	74
Venetien	71	20	3	13	107
Friaul-Julisch Venetien	1	-	-	-	1
Ligurien	1	-	-	-	1
Emilia Romagna	13	2	2	1	18
Toskana	-	-	-	1	1
Latium	1	2	3	-	6
Abruzzen	3	-	-	-	3
Kampanien	1	-	-	-	1
INSGESAMT	**199**	**41**	**14**	**17**	**271**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) in anderen Regionen Italiens nahmen von 216 des Jahres 2004 auf 271 im Jahr 2005 zu (33 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug für die ordentlichen Aufenthalte 17,7 Tage, für die Tagesklinik-Aufenthalte 13,5 Tage.
Die Gebiete mit der größten Attraktion für die Südtiroler Patienten sind die Autonome Provinz Trient und die Region Venetien.

Tabelle 81: **Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche, Mindest- und Höchstaufenthaltsdauer, Standardabweichung von Südtirolern in post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2005**

Leistungserbr. Region	Aufenth.	Aufenth. Tage	Durch. AD	AD-Mittelwert	Min. AD	Max. AD	Standard abw.
Piemont	3	80	26,7	25,0	18	37	9,6
Lombardei	48	653	13,6	12,0	1	37	9,3
A.P. Trient	61	1.063	17,4	18,0	1	72	8,9
Venetien	99	1.647	16,6	18,0	1	53	9,3
Friaul-Julisch V.	1	23	23,0	23,0	23	23	-
Emilia Romagna	17	479	28,2	23,0	13	106	20,6
Toskana	1	2	2,0	2,0	2	2	-
Latium	4	203	50,8	58,0	27	60	15,9
Abruzzen	3	56	18,7	21,0	14	21	4,0
Kampanien	1	10	10,0	10,0	10	10	-
INSGESAMT	**238**	**4.216**	**17,7**	**18,0**	**1**	**106**	**11,8**

Quelle: : A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 82: **Tagesklinik-Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 5600**

Leistungserbr. Region	Aufenth.	Aufenthaltstage	Durch. AD
Lombardei	8	26	3,3
A.P. Trient	13	115	8,8
Venetien	8	260	32,5
Ligurien	1	3	3,0
Emilia Romagna	1	13	13,0
Latium	2	28	14,0
INSGESAMT	**33**	**445**	**13,5**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

AUFENTHALTE IN ANDEREN REGIONEN NACH DRG

Berücksichtigt man die DRGs in den Abteilungen 5600 (Tabelle 83), zeigt sich, dass die häufigste DRG die DRG 256 „Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" mit 21,4% von den Aufenthalten insgesamt war.

Tabelle 83: **Aufenthalte von Südtirolern in den Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens nach DRG – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der DRG	Anz.	%	% kumul.
256	Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	58	21,4	21,4
462	Rehabilitation	33	12,2	33,6
145	Sonst. Diagnosen in Bezug auf das Herzkreislaufsystem ohne Komplikationen	26	9,6	43,2
9	Krankheiten und Traumata der Rückenmarks	25	9,2	52,4
12	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	14	5,2	57,6
247	Hinweiszeichen und Symptome in Bezug auf die Muskeln, das Skelett und das Bindegewebe	10	3,7	61,3
13	Multiple Sklerose und Hirnataxie	9	3,3	64,6
34	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, mit Komplikationen	9	3,3	67,9
243	Medizinische Rückenbeschwerden	7	2,6	70,5
245	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, ohne Komplikationen	7	2,6	73,1
249	Rehabilitation aufgrund von Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	7	2,6	75,6
	TEILSUMME	**205**	**75,6**	
	INSGESAMT	**271**	**100,0**	

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

AUFENTHALTE IN ANDEREN REGIONEN NACH MDC

Bei der Verteilung der Aufenthalte nach MDC ist ein Rückgang der Aufenthalte der Kategorie „Nervensystem" von 30% der Aufenthalte des Jahres 2004 auf 24% des Jahres 2005 zu verzeichnen, während sich der Anteil der Aufenthalte für die Kategorie „Muskeln, Skelett und Bindegewebe" von 20% des Jahres auf 37% erhöht.

Abbildung 55: **Post-Akute Rehabilitationsaufenthalte (Kodex 5600) nach MDC, Passive Mobilität - Jahr 2005**

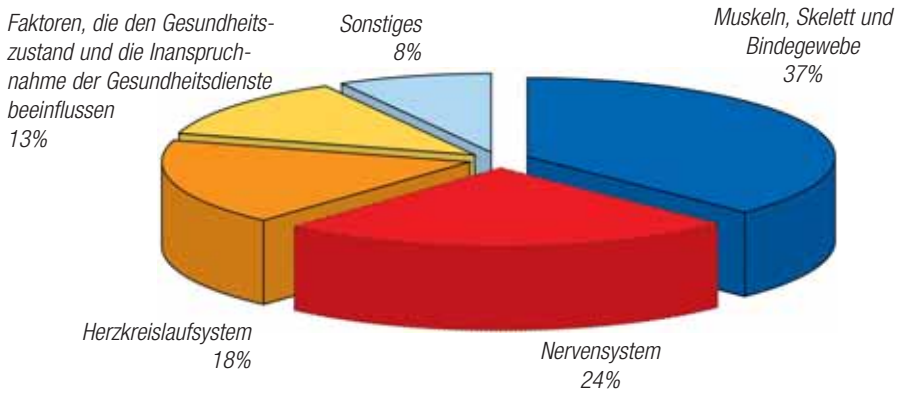


Tabelle 84: **Anzahl, Gesamtbetrag und durchschnittlicher Tarif der Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahr 2005**

Leistungserbr. Region	Anz. Aufenth.	Gesamtbetrag	Durchschn. Tarif
Piemont	3	16.370,40	5.456,80
Lombardei	56	165.026,82	2.946,91
A.P. Trient	74	217.110,53	2.933,93
Venetien	107	446.796,60	4.175,67
Friaul-Julisch Venetien	1	5.566,00	5.566,00
Ligurien	1	578,01	578,01
Emilia Romagna	18	148.574,46	8.254,14
Toskana	1	481,68	481,68
Latium	6	60.087,52	10.014,59
Abruzzen	3	14.742,98	4.914,33
Kampanien	1	2.550,10	2.550,10
INSGESAMT	**271**	**1.077.885,10**	**3.977,44**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

In Bezug auf die Beträge der Aufenthalte 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 von der Autonomen Provinz Bozen - im Zuge der Kompensation der Mobilität - anerkannten Beträge, von den obgenannten Daten abweichen.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und Spinalzentren (Kodex 2800) betreffen meistens schwere Krankheiten, weshalb die durchschnittliche Aufenthaltsdauer viel höher als jene in den Abteilungen für die funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 5600) ist.

Tabelle 85: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Gesamtbetrag und durchschnittlicher Tarif in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und Spinalzentren (Kodex 2800) anderer Regionen Italiens – Jahr 2005**

Leistungserbr. Region	Aufenth.	Aufenth.-Tage	Durch. AD	Gesamtbetrag	Durchschn. Tarif
	Spinalzentren (Kodex 2800)				
Lombardei	1	1	1,0	393,54	393,54
Venetien	4	156	39,0	61.390,68	15.347,67
INSGESAMT	**5**	**157**	**31,4**	**61.784,22**	**12.356,84**
	Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500)				
Lombardei	1	11	11,0	4.040,24	4.040,24
A.P. Trient	1	45	45,0	9.661,95	9.661,95
Emilia Romagna	2*	6**	3,0***	2.395,83	1.197,92
Sizilien	1	67	67,0	24.976,00	24.976,00
INSGESAMT	**5**	**129**	**25,8**	**41.074,02**	**8.214,80**

** Tagesklinik-Aufenthalte*
***Aufenthaltstage insgesamt*
**** Durchschnittliche Aufenthaltsdauer*

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

3.3.2.2. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich

Um den Bürgern eine vollständige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, ist die Autonome Provinz Bozen mit Universitätskliniken und öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Österreich für Krankenhausdienste konventioniert, die das Südtiroler

Gesundheitswesen nicht anbieten kann. Drei konventionierte Einrichtungen leisten Krankenhausversorgung in Form der post-akuten Rehabilitation:

1. „Rehabilitationszentrum Häring“ für physische und neurologische Rehabilitation;
2. „Krankenhaus orthopädische Chirurgie und Rehabilitation“ von Rovinj für die Sommerkuren der Patienten, die sich in Häring befinden;
3. „Landesnervenkrankenhaus Hochzirl“ für die physische Rehabilitation.

Auch im Jahr 2005 ging, wie bereits im Vorjahr gegenüber 2003, die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich zurück und betrug 61 (66 im Jahr 2004).

Tabelle 86: **Aufenthalte, Patienten, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Gesamtbetrag und durchschnittlicher Tarif in Bezug auf die in österreichischen post-akuten Rehabilitationsabteilungen aufgenommenen Südtiroler Patienten – Jahr 2005**

Österr. Einricht.	Anz. Aufenth.	Aufenth.-Tage	Durch. AD	Gesamtbetrag	Durchschn. Tarif	Patienten
Häring	35	913	26,1	322.135,00	9.203,86	30
Hochzirl	24	805	33,5	214.789,50	8.949,56	14
Rovinj	2	44	22,0	3.701,60	1.850,80	2
TOTALE	**61**	**1.762**	**28,9**	**540.626,10**	**8.862,72**	**46**

Quelle: Sanitätsbetriebe

AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH NACH WOHNSITZ-SANITÄTSBETRIEB

In Bezug auf die Aufenthalte in Österreich nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten verzeichnet der Sanitätsbetrieb Meran 28 Aufenthalte (0,22 Patienten pro 1.000 Einwohner) und der Sanitätsbetrieb Bozen 18 Aufenthalte (0,08 Patienten pro 1.000 Einwohner); die anderen beiden Sanitätsbetriebe entsendeten keine Patienten nach Österreich.

Tabelle 87: **Südtiroler Patienten, die sich an österreichische Einrichtungen gewendet haben, absolute Werte und Werte pro 1.000 Einwohner – Jahr 2005**

Österr. Einricht.	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb		
	Bozen	Meran	Provinz
Häring	7	23	30
Rovinj	-	2	2
Hochzirl	11	3	14
INSGESAMT	**18**	**28**	**46**
Bevölkerung	214.308	125.314	481.095
AUFENTHALTE PRO 1.000 EINWOHNER	**0,08**	**0,22**	**0,10**

Quelle: Sanitätsbetriebe

AUFENTHALTE NACH ENTLASSUNGSDIAGNOSE

Die häufigste Entlassungsdiagnose war in den österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen die Kategorie „Folgeerscheinungen von Traumen des Nervensystems“ mit 23,3%, was annähernd dem Wert des Jahres 2004 entspricht; die Kategorie „Sonstige Paralyse-Syndrome“, die 2004 mit 33,3% die häufigste Diagnose stellte, machte 2005 nur 4,9% aus.

Tabelle 88: **Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen post-akuten Rehabiliationseinrichtungen nach Primärdiagnosekategorie ICD9-CM - Jahr 2005**

ICD9-CM	Beschreibung der Diagnose	Häring	Hochzirl	Rovinj	Ins.	%	% kum.
907	Folgeerschein. von Traumen d. Nervensystems	14	-	-	14	23,0	23,0
905	Folgeerscheinungen und Traumen der Muskeln-Knochen und des Bindegewebes	10	-	1	11	18,0	41,0
853	Sonstige und nicht spezifizierte intrakranielle Hämorragien infolge von Traumen	-	6	-	6	9,8	50,8
342	Hemiplegie und Hemiparese	2	2	-	4	6,6	57,4
430	Subarachnoidalblutung	-	4	-	4	6,6	63,9
344	Sonstige Paralyse-Syndrome	3	-	-	3	4,9	68,9
433	Verschluss und Stenose der Zerebralarterien	-	3	-	3	4,9	73,8
906	Folgeerscheinungen von Traumen der Haut und des Unterhautgewebes	2	-	-	2	3,3	77,0
288	Krankheiten der Leukozyten	-	1	-	1	1,6	78,7
310	Spezifische psychische, nicht psychotische Störungen aufgrund organ. Hirnschädigung	-	1	-	1	1,6	80,3
336	Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks	-	1	-	1	1,6	82,0
348	Sonstige Erkrankungen des Hirnkreislaufs	-	1	-	1	1,6	83,6
414	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Kardiopathie	-	-	1	1	1,6	85,2
434	Verschluss der Zerebralarterien	-	1	-	1	1,6	86,9
437	Sonst. u. schlecht def. zerebr. Vaskulopathien	-	1	-	1	1,6	88,5
	TEILSUMME	**31**	**21**	**2**	**54**	**88,5**	
	INSGESAMT	**35**	**24**	**2**	**61**	**100,0**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3.3. Post-akute Langzeitpflege

Die Abteilungen für post-akute Langzeitpflege in der Provinz verzeichneten 1.825 Aufenthalte mit 46.843 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 25,7 Tagen.

2005 fanden außerdem 48 post-akute Langzeitpflege-Aufenthalte von Südtirolern in nationalen Einrichtungen außerhalb der Provinz statt, deutlich weniger im Vergleich zu den 53 des Jahres 2004.

Des Weiteren wurden 2005 94 Aufenthalte von stabilisierten Langzeitkranken in der Marienklinik und in der Privatklinik Bonvicini (Abteilungskodex 60.01) für insgesamt 6.842 Aufenthaltstage sowie 128 Aufenthalte aufgrund von palliativen Behandlungen in der Privatklinik Martinsbrunn (Abteilungskodex 60.02) mit 1.989 Aufenthaltstagen getätigt.

Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der post-akuten Langzeitpflege-Aufenthalte sind die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (36,7%) und die „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" (19,3%).

Tabelle 89: **Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege nach Krankenanstalt* – Jahr 2005**

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufenthaltstage	Durch. AD
Krankenhaus Meran	2	35	17,5
Krankenhaus Brixen	163	2.637	16,2
Krankenhaus Sterzing	83	1.495	18,0
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	**248**	**4.167**	**16,8**
Marienklinik	307	5.340	17,4
Privatklinik Martinsbrunn	363	13.300	36,6
Privatklinik Bonvicini	560	14.870	26,6
Privatklinik Villa Melitta	347	9.166	26,4
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	**1.577**	**42.676**	**27,1**
KRANKENANSTALTEN INSGES.	**1.825**	**46.843**	**25,7**

** Die Betten im Krankenhaus Bruneck befinden sich in den Abteilungen für Akutkranke. Die Langzeitpflege-Aufenthalte wurden nicht mit eigenen Kodexen unterschieden, weshalb die Anzahl der Aufenthalte und die Aufenthaltstage nicht zur Verfügung stehen*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 90: **Aufenthalte nach der häufigsten Primärdiagnosekategorie (MDC) in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2005**

MDC	Beschreibung der MDC	Aufenth.	% kumuliert
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	669	36,7
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	353	56,0
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	146	64,0
5	Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems	142	71,8
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	116	78,1
19	Geisteskrankheiten und -störungen	83	82,7
17	Myeloproliferative Krankh. u. Störungen und schwach differenzierte Neoplasien	69	86,5
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	44	88,9
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	40	91,1
7	Krankheiten und Störungen des Leber- und Gallensystems und Pankreas	39	93,2
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	24	94,5
10	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten und -störungen	23	95,8
POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE-AUFENTHALTE INSGESAMT		**1.825**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 91: **Aufenthalte nach den häufigsten Primärdiagnosen in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2005**

ICD9CM	Beschreibung der Diagnose	Aufenth.	% kumuliert
V57	Rehabilitation	118	6,5
715	Arthrose	106	12,3
721	Spondylosis und assoziierte Erkrankungen	101	17,8
438	Folgeerscheinungen von zerebrovaskulären Krankheiten	93	22,9
905	Folgeerscheinungen von Traumen der Knochen-Muskeln u. d. Bindegewebes	93	28,0
722	Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben	78	32,3
733	Sonstige Beschwerden der Knochen und Knorpel	63	35,7
728	Erkrankungen der Muskeln, der Bänder und der Faszien	62	39,1
V43	Organ- oder Gewebsersatz mit anderen Mitteln	60	42,4
428	Herzinsuffizienz (Herzdekompensation)	53	45,3
332	Parkinson-Krankheit	42	47,6
V10	Persönliche Anamnese eines bösartigen Tumors	36	49,6
437	Sonstige und schlecht definierte zerebrale Vaskulopathien	34	51,5
290	Organische senile und präsenile psychotische Zustände	31	53,2
296	Affektive Psychosen	31	54,8
331	Andere zerebrale Degenerationen	25	56,2
434	Verschluss der Zerebralarterien	25	57,6
491	Chronische Bronchitis	25	59,0
820	Schenkelhalsfraktur	20	60,1
POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE-AUFENTHALTE INSGESAMT		**1.825**	

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.4. KRANKENHAUSINTERNE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Im Jahr 2005 wurden in der Provinz Bozen 6.987.269 ambulatorische fachärztliche Leistungen erbracht, 92,9% davon in öffentlichen Einrichtungen. Bei einem Tarifwert der erbrachten Leistungen von 80.971.452,36 Euro zogen die öffentlichen Einrichtungen einen Ticketbetrag von 15.110.847,96 Euro ein (18,7%).
Der Betrag, den die Sanitätsbetriebe hingegen den privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberuflern rückerstatten mussten, entsprach (abzüglich des Tickets) 5.693.858,00 Euro.
Die konventioniert mit den privaten Landeseinrichtungen erbrachten Leistungen waren vorwiegend Laboruntersuchungen und Rehabilitationsleistungen.
Die Südtiroler nahmen außerdem 94.603 Leistungen in nationalen Einrichtungen und 58.015 Leistungen in österreichischen Einrichtungen in Anspruch. Dafür entrichtete die Provinz einen Betrag von 1.763.201,37 Euro an die anderen Regionen Italiens und 1.532.293,16 Euro an Österreich.
Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der Menge der im Gebiet der Provinz zugunsten von nicht ansässigen Patienten erbrachten Leistungen und der Anzahl der zugunsten der Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachten Leistungen ist für das Jahr 2005, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 205.009 Leistungen (für nicht Ansässige produzierte Leistungen = 357.627 und Inanspruchnahme von Leistungen durch Ansässige = 152.618).

3.4.1. Von den Landeseinrichtungen erbrachte Leistungen

EINRICHTUNGEN, DIE FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN ANBIETEN

Die ambulatorische fachärztliche Versorgung besteht in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und in Therapie- und Rehabilitationsleistungen.
Die Einrichtungen, die im Landesgebiet ambulatorische fachärztliche Leistungen anbieten, lassen sich wie folgt klassifizieren:

1. krankenhausinterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien und Krankenhausambulatorien, Labors, Röntgendienste, etc.) oder krankenhausexterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien in der A. Alagi-Straße in Bozen, betriebliche und überbetriebliche Dienste, etc.): öffentliche oder interne fachärztliche Versorgung;
2. mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte und vorläufig akkreditierte private Einrichtungen (z.B. Villa Melitta für Physiotherapie- und Röntgenleistungen, Drusus- und Marienlabor für Laboruntersuchungen, etc.) und mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Freiberufler, die ihre Tätigkeit in privaten Einrichtungen ausüben: externe oder private fachärztliche Versorgung;
3. noch nicht akkreditierte private Einrichtungen und nicht konventionierte Freiberufler.

Die konventionierten privaten Einrichtungen und Freiberufler (Punkt 2) erbringen Leistun-

gen für und zu Lasten der territorial zuständigen Sanitätsbetriebe. Die Patienten legen die Einweisung des Landesgesundheitsdienstes vor und zahlen das Ticket wie bei den öffentlichen Einrichtungen. Der zuständige Sanitätsbetrieb erstattet den privaten Einrichtungen die Differenz zwischen dem Betrag der erbrachten Leistungen und dem bereits bezahlten Ticket zurück.

In den privaten Ambulatorien und bei den nicht konventionierten Freiberuflern (Punkt 3) erhalten die Bürger, die Leistungen der sogenannten „schlecht ausgestatteten Fachbereiche“ in Anspruch nehmen, eine Kostenrückerstattung von den Sanitätsbetrieben; diese Form der Versorgung wird als „indirekte fachärztliche Versorgung“ bezeichnet.

In diesem Abschnitt wird eine Analyse der ambulatorischen fachärztlichen Leistungen geliefert, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens für die ambulatorische Fachmedizin (SPA) erhoben wurden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Erste Hilfe-Leistungen, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen (Punkte 1 und 2); ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung“, da dafür kein Informationsverfahren zur Verfügung steht.

Die Tabelle 92 enthält die Aufteilung der erbrachten Leistungen auf öffentliche und konventionierte private Einrichtungen sowie auf die vier Sanitätsbetriebe.

Nur 7,1% der in der Provinz erbrachten Leistungen beziehen sich auf konventionierte private Einrichtungen; bezüglich der Tarifwerte erhöht sich dieser Anteil um 1,2%.

Die Beteilung des Patienten an den Gesundheitsausgaben wird am Ticket gemessen, das den Tarifwert der Leistungen zu Lasten des Patienten darstellt. Da das Ticket an die Einweisung und somit an den Fachbereich gebunden ist, wird die Produktion nach Fachbereich analysiert.

Tabelle 92: **Anzahl, Tarifwert, Ticketbetrag der von den öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Art des Leistungs-erbringers	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb					
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz	% Provinz
	Leistungen					
Privat	393.538	105.273	-	-	498.811	7,1%
Öffentlich	2.948.484	1.556.677	972.550	1.010.747	6.488.458	92,9%
	3.342.022	**1.661.950**	**972.550**	**1.010.747**	**6.987.269**	**100,0%**
	Tarifwert					
Privat	5.607.682,89	1.085.084,03	-	-	6.692.766,92	8,3%
Öffentlich	33.617.744,94	16.729.456,25	12.637.807,74	11.293.676,51	74.278.685,44	91,7%
	39.225.427,83	**17.814.540,28**	**12.637.807,74**	**11.293.676,51**	**80.971.452,36**	**100,0%**
	Ticketbetrag					
Privat	651.079,37	347.829,77	-	-	998.909,14	6,2%
Öffentlich	5.344.527,75	3.686.880,93	3.150.881,57	2.928.557,71	15.110.847,96	93,8%
	5.995.607,12	**4.034.710,70**	**3.150.881,57**	**2.928.557,71**	**16.109.757,10**	**100,0%**

Quelle: SPA-Fluss

Die von öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen (Tabelle 93) konnten nicht immer einem Fachbereich zugeordnet werden; die Definition „nicht zugewiesener Fachbereich“ bezieht sich auf Einweisungen, die Leistungen unterschiedlicher, untereinander nicht vereinbarer Fachbereiche enthalten, sowie Leistungen seitens Einrichtungen, für die kein eigener Fachbereich vorgesehen ist (z.B. Pädiatrie, Medizin).

Die Definition „fachärztliche Visiten“ umfasst außerdem alle Erst- und Kontrollvisiten, die ihrerseits keinem Fachbereich zugeordnet wurden.
Zusammenfassend sind 56,7% der von den öffentlichen Einrichtungen der drei Gruppen erbrachten Leistungen Laboruntersuchungen, 5,8% Diagnoseleistungen und 32,5% klinische Leistungen. Die restlichen 4,9% der Gesamtproduktion wurden keinem Fachbereich zugewiesen.

Tabelle 93: **Von den öffentlichen Einrichtungen erbrachte Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2005**

Fachbereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie	1.962	321	2.514	1.144	5.941
Kardiologie	55.662	22.943	39.498	14.099	132.202
Allgemeine Chirurgie	21.036	13.115	27.902	39.318	101.371
Plastische Chirurgie	12.739	7.393	5.353	5.534	31.019
Gefäßchirurgie	8.516	221	9.642	3	18.382
Dermatologie	36.583	14.465	17.279	20.653	88.980
Nuklearmedizin	3.608	1.371	-	-	4.979
Röntgendiagnostik	112.511	86.852	100.920	72.173	372.456
Endokrinologie	-	1	3.220	1.186	4.407
Gastroenterologie	12.552	3.070	4.892	4.294	24.808
Analyselabor	1.857.469	815.694	454.061	551.907	3.679.131
Rehabilitation	232.043	152.766	88.281	94.743	567.833
Nephrologie	20.710	5.605	6.677	3.503	36.495
Neurochirurgie	5.634	9	411	1.390	7.444
Neurologie	21.534	12.537	3.688	7.208	44.967
Augenheilkunde	41.609	34.930	17.130	24.981	118.650
Zahnheilkunde und Stomatologie	23.506	11.397	8.804	6.126	49.833
Onkologie	58.660	1.551	169	17	60.397
Orthopädie	36.965	23.178	53.409	49.149	162.701
Geburtshilfe	53.327	22.011	51.634	38.807	165.779
HNO	26.468	30.779	17.382	12.793	87.422
Pneumologie	32.838	1.694	4.017	1.588	40.137
Psychiatrie	29.840	11.597	11.390	8.706	61.533
Strahlentherapie	24.055	2	-	-	24.057
Urologie	13.011	3.060	11.757	685	28.513
Fachärztliche Visiten	129.931	84.266	9.097	25.273	248.567
Nicht zugewiesener Fachbereich	75.715	195.849	23.423	25.467	320.454
INSGESAMT	**2.948.484**	**1.556.677**	**972.550**	**1.010.747**	**6.488.458**

Quelle: SPA-Fluss

Tabelle 94: **Tarifwert der von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2005**

Fachbereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie	18.018,80	2.757,90	35.485,42	22.356,34	78.618,46
Kardiologie	1.598.129,30	699.352,42	948.356,95	337.544,68	3.583.383,35
Allgemeine Chirurgie	213.181,10	165.118,26	343.808,93	472.578,18	1.194.686,47
Plastische Chirurgie	163.587,20	118.038,72	81.106,10	93.667,70	456.399,72
Gefäßchirurgie	154.344,88	7.400,80	152.835,86	292,80	314.874,34
Dermatologie	585.860,88	167.539,40	224.064,40	272.506,05	1.249.970,73
Nuklearmedizin	268.345,80	146.154,30	-	-	414.500,10
Röntgendiagnostik	3.674.042,33	2.623.348,30	2.972.691,30	2.164.320,46	11.434.402,39
Endokrinologie	-	34,08	45.459,80	14.731,32	60.225,20
Gastroenterologie	484.228,96	176.934,70	281.707,20	309.934,80	1.252.805,66
Analyselabor	11.587.981,51	3.724.683,54	1.937.492,80	2.370.389,36	19.620.547,21
Rehabilitation	1.845.803,97	1.028.703,43	637.099,34	744.285,32	4.255.892,06
Nephrologie	2.301.717,18	1.159.322,42	1.343.798,90	781.234,20	5.586.072,70
Neurochirurgie	71.072,95	93,70	4.151,10	17.522,06	92.839,81
Neurologie	338.087,42	181.823,40	62.042,77	105.583,88	687.537,47
Augenheilkunde	651.292,06	428.201,22	266.251,42	410.133,00	1.755.877,70
Zahnheilkunde u. Stomatologie	459.263,14	230.668,00	173.593,76	101.549,40	965.074,30
Onkologie	597.681,00	17.332,20	1.662,70	260,10	616.936,00
Orthopädie	551.922,05	352.249,20	887.381,98	874.375,42	2.665.928,65
Geburtshilfe	1.238.988,11	532.963,12	899.336,62	682.716,94	3.354.004,79
HNO	384.707,25	407.429,08	247.169,64	180.833,46	1.220.139,43
Pneumologie	743.874,50	40.219,60	99.505,50	34.185,48	917.785,08
Psychiatrie	501.646,79	185.258,70	171.601,60	134.921,34	993.428,43
Strahlentherapie	1.040.763,90	85,70	-	-	1.040.849,60
Urologie	527.564,60	82.367,48	231.907,97	15.295,18	857.135,23
Fachärztliche Visiten	2.098.308,70	1.202.767,20	154.359,90	411.152,10	3.866.587,90
Nicht zugewies. Fachbereich	1.517.330,56	3.048.609,38	434.935,78	741.306,94	5.742.182,66
INSGESAMT	**33.617.744,94**	**16.729.456,25**	**12.637.807,74**	**11.293.676,51**	**74.278.685,44**

Quelle: SPA-Fluss

Bei den von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen überwiegen das Labor (57,3%) und die Rehabilitation (33,7%).

Tabelle 95: **Von den privaten Einrichtungen erbrachte Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2005**

Fachbereich	Bozen	Meran	Provinz
Anästhesie	4.014	984	4.998
Kardiologie	-	1.317	1.317
Gastroenterologie	-	1.047	1.047
Analyselabor	198.094	87.681	285.775
Nephrologie	8.138	-	8.138
HNO	2.202	-	2.202
Röntgendiagnostik	12.859	7.582	20.441
Rehabilitation	168.231	-	168.231
Sonstige Leistungen (Sportmedizin)	-	6.662	6.662
INSGESAMT	**393.538**	**105.273**	**498.811**

Quelle: SPA-Fluss

Tabelle 96: **Tarifwert der von den privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2005**

Fachbereich	*Bozen*	*Meran*	*Provinz*
Anästhesie	*310.798,27*	*68.434,93*	*379.233,20*
Kardiologie	*-*	*39.237,00*	*39.237,00*
Gastroenterologie	*-*	*69.045,70*	*69.045,70*
Analyselabor	*715.028,54*	*294.480,30*	*1.009.508,84*
Nephrologie	*1.912.430,00*	*-*	*1.912.430,00*
HNO	*36.361,10*	*-*	*36.361,10*
Röntgendiagnostik	*1.026.986,90*	*271.636,30*	*1.298.623,20*
Rehabilitation	*1.606.078,08*	*-*	*1.606.078,08*
Sonstige Leistungen (Sportmedizin)	*-*	*342.249,80*	*342.249,80*
INSGESAMT	***5.607.682,89***	***1.085.084,03***	***6.692.766,92***

Quelle: SPA-Fluss

In den folgenden Tabellen werden die Leistungen nicht nach Fachbereich, sondern nach leistungserbringender Abteilung angeführt.

Für die öffentlichen Einrichtungen wurden die leistungserbringenden Abteilungen nach Fachgebiet zusammengefasst, um die Liste übersichtlicher und verständlicher zu gestalten; der Posten „Zahnheilkunde“ umfasst zum Beispiel die Kostenstellen Zahnheilkunde und Zahnheilkunde-Stomatologie. Aufgrund des unterschiedlichen Aufbaus des Kostenstellenplans in den vier Sanitätsbetrieben besitzen einige Dienste, obwohl sie in allen Sanitätsbetrieben eingerichtet sind, nicht ihre entsprechende Kostenstelle, da sie einer anderen und weniger analytischen Kostenstelle angegliedert wurden; nicht immer entspricht eine bestimmte Kostenstelle eines Sanitätsbetriebs deshalb jener eines anderen Sanitätsbetriebs (die Leistungen des Diabetologischen Dienst des Sanitätsbetriebs Bozen sind z.B. zum Teil an die Kostenstelle Medizin angegliedert, während sie im Sanitätsbetrieb Brixen eine eigene Kostenstelle haben).

2005 erbrachten die öffentlichen Einrichtungen insgesamt 6.488.458 ambulatorische fachärztliche Leistungen; 45,4% wurden im Sanitätsbetrieb Bozen getätigt, 24,0% im Sanitätsbetrieb Meran und 15,0% bzw. 15,6% in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck.

Das Fachgebiet, das die meisten Leistungen verbucht, ist das Labor (45,6% der Leistungen insgesamt), gefolgt von der Rehabilitation (8,3%) und vom Röntgendienst (5,2%).

VON DEN ÖFFENTLICHEN EINRICHTUNGEN ERBRACHTE FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Tabelle 97: **Von den öffentlichen Landeseinrichtungen erbrachte ambulatorische fachärztliche Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Fachgebiet und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Fachgebiet/Dienst	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie und Reanimation	80	14	2.812	2.072	4.978
Kardiologie	46.101	1	-	-	46.102
Chirurgie	15.905	24.072	34.450	45.179	119.606
Gesichts- und Kieferchirurgie	-	-	3.564	-	3.564
Kinderchirurgie	4.693	-	-	-	4.693
Gefäß- und Thoraxchirurgie	12.120	-	6.290	-	18.410
Dermatologie	51.705	40.849	21.815	28.715	143.084
Hämatologie	120.353	-	-	-	120.353
Hämodialyse	-	5.877	5.923	4.003	15.803
Gastroenterologie	11.943	-	-	-	11.943
Geriatrie	4.179	4.998	-	-	9.177
Analyselabor	1.309.708	716.279	419.163	510.797	2.955.947
Infektionskrankheiten	6.552	-	-	-	6.552
Medizin	136.442	15.769	48.515	46.605	247.331
Sportmedizin	8.370	-	3.414	4.446	16.230
Nuklearmedizin	6.235	1.502	-	-	7.737
Nephrologie	21.372	-	-	-	21.372
Neurochirurgie	2.282	-	-	592	2.874
Neurologie	18.484	-	3.532	7.365	29.381
Augenheilkunde	32.820	2.395	16.932	24.875	77.022
Zahnheilkunde und Stomatologie	12.486	-	-	-	12.486
Orthopädie und Traumatologie	21.100	-	35.034	44.582	100.716
Geburtshilfe und Gynäkologie	56.812	15.931	75.608	58.658	207.009
HNO	26.054	-	18.720	12.903	57.677
Pädiatrie	45.640	2.033	13.588	13.471	74.732
Pneumologie	11.942	-	-	-	11.942
Krankenhausinterne Polyambulatorien	2.692	291.091	-	-	293.783
Erste Hilfe-Beobachtungsstation	136.138	-	41.801	19.663	197.602
Psychiatrie	14.058	-	-	6.759	20.817
Territoriale Gesundheitsdienste und Sprengeldienste	135.590	29.815	2.438	3.456	171.299
Dienst für Pathologische Anatomie	92.410	-	-	-	92.410
Dienst für Genetische Beratung	1.304	-	-	-	1.304
Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion	230.850	73.111	-	-	303.961
Medizinischer Röntgendienst	104.664	86.300	79.947	67.640	338.551
Dienst für Physische Rehabilitation	180.866	176.407	84.984	93.576	535.833
Diabetologischer Dienst	75	26.584	5.554	3.308	35.521
Dienst für Diät und Ernährung	10.698	7.445	2.229	2.231	22.603
Zahnärztlicher Notdienst	-	-	3.179	6.152	9.331
Dienst für Pneumologie	24.014	-	3.771	-	27.785
Dienst für Sozialmedizin	506	117	-	10	633
Psychiatrischer Dienst	392	5.128	8.669	-	14.189
Psychologischer Dienst	14.135	7.861	2.935	2.013	26.944
Urologie	16.611	22.661	27.497	-	66.769
Sonstiges	103	437	186	1.676	2.402
INSGESAMT	**2.948.484**	**1.556.677**	**972.550**	**1.010.747**	**6.488.458**

Quelle: SPA-Fluss

Tabelle 98: **Von den öffentlichen Landeseinrichtungen erbrachte ambulatorische fachärztliche Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Fachgebiet, leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und pro Sanitätsbetrieb eingezogenem Ticketbetrag - Jahr 2005**

Fachgebiet/Dienst	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie und Reanimation	2.888,60	192,30	69.762,12	48.070,34	120.913,36
Kardiologie	1.441.067,80	18,10	-	-	1.441.085,90
Chirurgie	199.297,00	326.714,90	566.299,53	632.978,08	1.725.289,51
Gesichts- und Kieferchirurgie	-	-	64.849,50	-	64.849,50
Kinderchirurgie	64.882,00	-	-	-	64.882,00
Gefäß- und Thoraxchirurgie	188.993,98	-	103.338,06	-	292.332,04
Dermatologie	658.823,48	466.462,40	280.865,70	381.057,79	1.787.209,37
Hämatologie	886.032,19	-	-	-	886.032,19
Hämodialyse	-	1.156.902,42	1.331.681,70	782.312,30	3.270.896,42
Gastroenterologie	461.882,16	-	-	-	461.882,16
Geriatrie	66.299,00	40.097,40	-	-	106.396,40
Analyselabor	6.253.946,03	2.817.438,30	1.747.603,90	2.197.047,40	13.016.035,63
Infektionskrankheiten	63.427,10	-	-	-	63.427,10
Medizin	2.545.553,01	399.503,80	1.365.022,50	1.053.502,02	5.363.581,33
Sportmedizin	393.142,60	-	158.902,10	168.756,30	720.801,00
Nuklearmedizin	350.639,20	150.624,50	-	-	501.263,70
Nephrologie	2.266.924,88	-	-	-	2.266.924,88
Neurochirurgie	35.861,55	-	-	10.165,54	46.027,09
Neurologie	238.507,42	-	57.804,17	113.243,58	409.555,17
Augenheilkunde	526.689,76	27.120,40	265.054,82	409.215,82	1.228.080,80
Zahnheilkunde und Stomatologie	247.440,22	-	-	-	247.440,22
Orthopädie und Traumatologie	324.876,67	-	533.363,78	813.019,60	1.671.260,05
Geburtshilfe und Gynäkologie	1.132.995,95	300.796,82	1.097.905,56	789.016,78	3.320.715,11
HNO	384.162,93	-	263.093,94	180.955,64	828.212,51
Pädiatrie	830.007,15	40.829,30	299.650,69	230.292,50	1.400.779,64
Pneumologie	228.815,50	-	-	-	228.815,50
Krankenhausinterne Polyambulatorien	30.021,30	5.125.910,50	-	-	5.155.931,80
Erste Hilfe-Beobachtungsstation	1.809.900,48	-	658.982,08	303.004,78	2.771.887,34
Psychiatrie	208.870,29	-	-	100.937,44	309.807,73
Territoriale Gesundheitsdienste und Sprengeldienste	1.256.418,45	220.387,70	52.831,86	36.005,30	1.565.643,31
Dienst für Pathologische Anatomie	1.182.319,10	-	-	-	1.182.319,10
Dienst für Genetische Beratung	22.854,80	-	-	-	22.854,80
Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion	3.021.470,80	705.675,04	-	-	3.727.145,84
Medizinischer Röntgendienst	3.450.784,00	2.695.691,30	2.118.705,80	2.057.494,16	10.322.675,26
Dienst für Physische Rehabilitation	1.416.713,94	1.409.516,63	601.246,64	738.832,32	4.166.309,53
Diabetologischer Dienst	195,00	155.885,88	88.184,30	55.996,92	300.262,10
Dienst für Diät und Ernährung	136.740,00	88.306,10	24.762,40	22.762,60	272.571,10
Zahnärztlicher Notdienst	-	-	60.639,70	101.776,00	162.415,70
Dienst für Pneumologie	391.109,40	-	62.159,50	-	453.268,90
Dienst für Sozialmedizin	7.864,90	1.155,20	-	194,00	9.214,10
Psychiatrischer Dienst	5.062,90	70.257,62	124.395,82	-	199.716,34
Psychologischer Dienst	236.889,00	131.543,60	50.491,60	34.643,30	453.567,50
Urologie	646.708,70	391.989,64	588.241,37	-	1.626.939,71
Sonstiges	665,70	6.436,40	1.968,60	32.396,00	41.466,70
GESAMTTARIFWERT	**33.617.744,94**	**16.729.456,25**	**12.637.807,74**	**11.293.676,51**	**74.278.685,44**
EINGEZOGENER TICKETBETRAG	**5.344.527,75**	**3.686.880,93**	**3.150.881,57**	**2.928.557,71**	**15.110.847,96**

Quelle: SPA-Fluss

TARIFWERT DER FACHÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Der Tarifwert, d.h. der Tarif der gesamten, von den öffentlichen Landeseinrichtungen gemäß Landestarifverzeichnis erbrachten Leistungen, betrug im Jahr 2005 74.278.685,44 Euro.

Fachgebiete mit einem sehr hohen Tarifwert sind das Labor mit 13.016.036,00 Euro (17,5% des Gesamtwertes der erbrachten Leistungen) und der Röntgendienst mit 10.322.675,00 Euro (13,9%).

Im Jahr 2005 waren in der externen fachärztlichen Versorgung folgende konventionierte private Einrichtungen und Freiberufler tätig:

Konventioniert mit dem Sanitätsbetrieb Bozen

- Drusus-Labor - Laboruntersuchungen
- Eisack-Labor - Laboruntersuchungen
- Marienklinik - Laboruntersuchungen
- Privatklinik Bonvicini - Röntgenaufnahmen und Kernspinresonanz
- Fisiocenter - Rehabilitation
- Mayr Rudi - Rehabilitation
- Studio Cadamuro- Rehabilitation
- Lo Faro Marina - Rehabilitation
- Cure fisiche Gries- Rehabilitation
- Europa Center - Rehabilitation
- Privatklinik Villa Melitta - Rehabilitation und HNO
- Dr. Paolo Pellegrini - HNO
- Sauerstoffzentrum Bozen - Sauerstofftherapien
- Dialysezentrum Südtirol - Hämodialyse

Konventioniert mit dem Sanitätsbetrieb Meran

- Privatklinik St. Anna - Röntgendiagnostik und CT, Laboruntersuchungen, Kardiologie, Neurologie, Gastroenterologie
- Privatklinik Martinsbrunn - Rehabilitation, Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen und Kardiologie
- Dr. Regele Max - Sportmedizin
- Marienklinik - Laboruntersuchungen
- Sauerstoffzentrum Bozen - Sauerstofftherapien

Tabelle 99: **Konventioniert von den privaten Einrichtungen und Freiberuflern erbrachte Leistungen, Anzahl der Einweisungen und Patienten pro Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Beschreibung	Leistungen	Einweis.	Patienten
Bozen	**393.538**	**59.849**	**31.206**
Dialysezentrum Südtirol	8.138	1.327	72
Dr. Paolo Pellegrini	2.098	1.609	722
Eisack-Labor	45.877	9.401	4.175
Marienlabor	65.673	11.838	5.312
Drusus-Labor	86.544	15.418	6.733
PK Bonvicini	12.859	9.685	8.241
Europa Center	6.772	397	271
Fisiocenter	53.061	3.485	2.059
Mayr Rudi	20.203	988	642
Studio Cadamuro	18.257	900	514
PK Villa Melitta	39.153	2.661	1.376
Lo Faro Marina	1.414	95	61
Cure fisiche Gries	29.475	1.486	894
Sauerstoffzentrum (*)	4.014	559	134
Meran	**105.273**	**27.999**	**17.653**
Sauerstoffzentrum	984	132	35
PK St. Anna	39.915	10.789	5.817
PK Martinsbrunn	2.993	1.989	1.598
Marienklinik	54.719	8.427	3.585
Dr. Regele Max	6.662	6.662	6.618
PROVINZ (*)	**498.811**	**87.848**	**48.859**

(*) Ausgenommen die 19 vom Sauerstoffzentrum den Patienten des Sanitätsbetriebs Bruneck erbrachten Leistungen *Quelle: Sanitätsbetriebe*

KONVENTIONIERTE LEISTUNGEN

Aus Tabelle 99 geht hervor, dass im Jahr 2005 78,9% der insgesamt konventioniert erbrachten Leistungen im Sanitätsbetrieb Bozen und 21,1% im Sanitätsbetrieb Meran erbracht wurden.

TARIFWERT DER KONVENTIONIERTEN LEISTUNGEN

Der Tarifwert der konventioniert erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen betrug 6.692.766,92 Euro. Zieht man von diesem Betrag die vom Patient als Ticket getragenen Kosten ab (998.909,14 Euro), erhält man den Betrag, den die Sanitätsbetriebe den privaten Einrichtungen bzw. den konventionierten Freiberuflern rückerstatten müssen; 2005 entsprach dieser Betrag 5.693.857,78 Euro.

Tabelle 100: **Tarifwert der in den Sanitätsbetrieben konventioniert erbrachten fachärztlichen Leistungen, den Einrichtungen rückzuerstattender Nettobetrag und von den Patienten gezahltes Ticket – Jahr 2005**

Beschreibung	*Tarifwert*	*Nettobetrag*	*Ticketbetrag*
Bozen	***5.607.682,89***	***4.956.603,52***	***651.079,37***
Dialysezentrum Südtirol	*1.912.430,00*	*1.912.430,00*	*0*
Dr. Paolo Pellegrini	*34.845,50*	*24.985,62*	*9.859,88*
Eisack-Labor	*152.371,30*	*115.625,09*	*36.746,21*
Marienlabor	*234.426,04*	*117.471,14*	*116.954,90*
Drusus-Labor	*328.231,20*	*186.209,22*	*142.021,98*
PK Bonvicini	*1.026.986,90*	*838.252,16*	*188.734,74*
Europa Center	*72.063,08*	*63.028,19*	*9.034,89*
Fisiocenter	*387.318,63*	*341.681,27*	*45.637,36*
Mayr Rudi	*219.372,81*	*205.207,28*	*14.165,53*
Studio Cadamuro	*189.031,79*	*174.108,39*	*14.923,40*
PK Villa Melitta	*417.687,85*	*384.499,70*	*33.188,15*
Lo Faro Marina	*18.558,73*	*16.827,70*	*1.731,03*
Cure fisiche Gries	*303.560,79*	*277.137,91*	*26.422,88*
Sauerstoffzentrum Bozen (*)	*310.798,27*	*299.139,85*	*11.658,42*
Meran	***1.085.084,03***	***737.254,26***	***347.829,77***
Sauerstoffzentrum Bozen	*68.434,93*	*65.181,42*	*3.253,51*
PK St. Anna	*439.800,90*	*283.903,81*	*155.897,09*
PK Martinsbrunn	*60.550,50*	*34.259,09*	*26.291,41*
Marienklinik	*174.047,90*	*74.890,41*	*99.157,49*
Dr. Regele Max	*342.249,80*	*279.019,53*	*63.230,27*
PROVINZ (*)	***6.692.766,92***	***5.693.857,78***	***998.909,14***

(*) Ausgenommen die 19 vom Sauerstoffzentrum den Patienten des Sanitätsbetriebs Bruneck erbrachten Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.4.2. Fachärztliche Mobilität

Diees Kapitel behandelt die im Rahmen der überregionalen ambulatorischen fachärztlichen Mobilität und in Österreich erbrachten Leistungen.

3.4.2.1. Überregionale fachärztliche Mobilität

In diesem Abschnitt werden die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen untersucht, welche die Landeseinrichtungen zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern erbracht haben, sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbracht haben. Im ersten Fall handelt es sich um aktive Mobilität, der eine Forderung der Provinz Bozen gegenüber den anderen italienischen Regionen entspricht, während es sich im zweiten Fall um passive Mobilität handelt, die zu einer Verbindlichkeit gegenüber den anderen Regionen führt. Diese Leistungen wurden direkt mittels Erhebungsverfahren für die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen (SPA) erfasst.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die ausgewerteten Daten von den einzelnen Regionen und Provinzen für die Leistungen zugunsten Patienten anderer Regionen gemeldet wurden und von den tatsächlich von den übrigen Regionen im Rahmen der Kompensation der Mobilität im Gesundheitswesen anerkannten Leistungen abweichen können.

ÜBERREGIONALE MOBILITÄT - LEISTUNGEN

In Bezug auf die Leistungen des Jahres 2005 verzeichnen alle Sanitätsbetriebe einen positiven Saldo, d.h. sie erbrachten zugunsten von nicht in der Provinz Ansässigen mehr Leistungen, als sie für ihre Einwohner seitens Einrichtungen außerhalb der Provinz erhielten, auch wenn der Saldo für Meran viel geringer als für die anderen ausfällt.

Der Sanitätsbetrieb Bozen übt auf die Einwohner von Trient eine starke Attraktion aus, der Sanitätsbetrieb Bruneck für die in Venetien Ansässigen.

Tabelle 101: **Überregionale aktive und passive Mobilität in Bezug auf die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen, absolute Werte und Werte pro 100 Einwohner – Jahr 2005**

	Absolute Werte			Werte pro 100 Einwohner		
	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
Bozen	106.459	62.763	43.696	49,7	29,3	20,4
Meran	22.772	18.113	4.659	18,2	14,5	3,7
Brixen	34.762	6.549	28.213	50,5	9,5	41,0
Bruneck	82.983	7.178	75.805	114,2	9,9	104,3
INSGESAMT	**246.976**	**94.603**	**152.373**	**51,3**	**19,7**	**31,7**

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 56: **Leistungen nach Wohnsitz-Region des Patienten, aktive Mobilität - 2005**

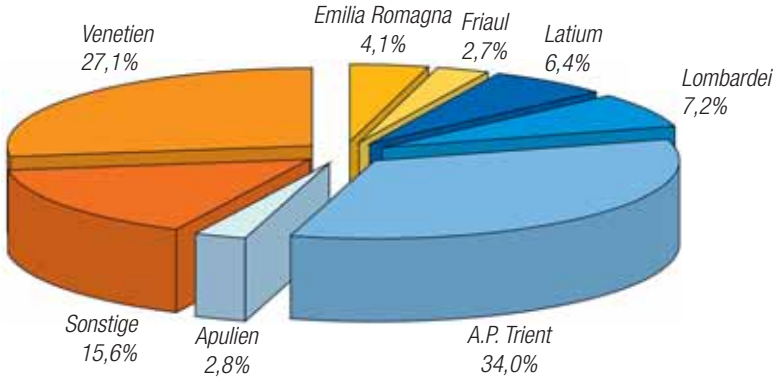
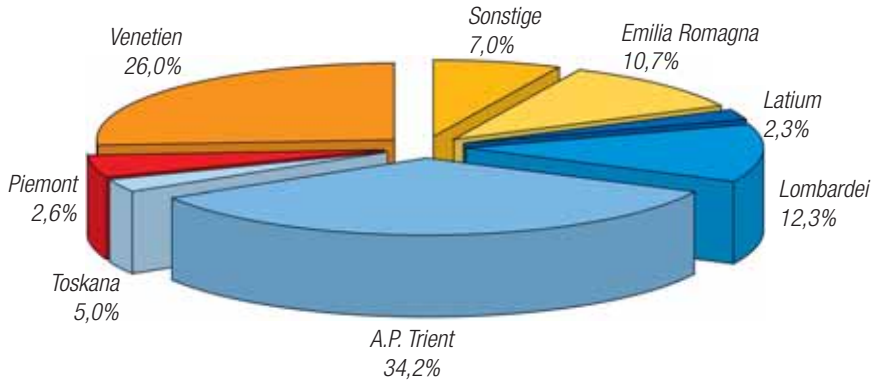


Abbildung 57: **Leistungen nach leistungserbringender Region, passive Mobilität - 2005**



Berechnet man den wirtschaftlichen Saldo zwischen der aktiven und passiven überregionalen fachärztlichen Mobilität, ergibt sich für das Jahr 2005 für die Autonome Provinz Bozen ein mehr als doppelt so hoher positiver Saldo als in den beiden Vorjahren mit 1.107.267 Euro gegenüber den 519.116 Euro des Jahres 2004 und 540.338 Euro des Jahres 2003.

ÜBERREGIONALE MOBILITÄT – BETRÄGE

Tabelle 102: **Aktive und passive überregionale Mobilität in Bezug auf die Tarifwerte abzüglich des Tickets, absolute Werte und Werte pro 100 Einwohner – Jahr 2005**

	Absolute Werte			Werte pro 100 Einwohner		
	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
Bozen	1.581.706,04	1.184.307,88	397.398,16	738,05	552,62	185,43
Meran	218.130,34	366.306,99	-148.176,65	174,07	292,31	-118,24
Brixen	297.820,36	91.401,95	206.418,41	432,91	132,86	300,05
Bruneck	772.811,51	121.184,55	651.626,96	1.063,34	166,74	896,59
INSGESAMT	**2.870.468,25**	**1.763.201,37**	**1.107.266,88**	**596,65**	**366,50**	**230,16**

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

3.4.2.2. In Österreich erbrachte Leistungen

Jene Leistungen, die nicht von den Landesdiensten gewährleistet werden können, werden - auf der Grundlage der zwischen der Provinz Bozen und den österreichischen Organen vereinbarten Konventionen - in Abhängigkeit ihrer spezifischen Zweckbestimmung und der technischen und fachärztlichen Merkmale, von Universitätskliniken und öffentlichen Krankenhäusern in Österreich erbracht.

Für die ambulatorische fachärztliche Versorgung ist die Autonome Provinz Bozen mit den folgenden Einrichtungen in Österreich konventioniert:

- Universitätsklinik Innsbruck
- Institut für Pathologie der Universität Innsbruck
- Institut für Bakteriologie und Serologie der Universität Innsbruck
- Institut für Hygiene der Universität Innsbruck
- Institut für Medizinische Chemie und Biochemie der Universität Innsbruck
- Institut für Allgemeine und Experimentelle Pathologie der Universität Innsbruck
- Institut für Genetische Beratung und Untersuchung der Universität Innsbruck
- Krankenhaus Hochzirl
- Krankenhaus Salzburg

Die von der Universitätsklinik Innsbruck erbrachten Leistungen werden vorwiegend von Patienten in Anspruch genommen, die sich direkt an die Abteilungen der besagten Einrichtung wenden.

Die von den verschiedenen Instituten der Universität Innsbruck erbrachten Leistungen beziehen sich ausschließlich auf Laboruntersuchungen, die von den Krankenhausabteilungen (sowohl von Krankenhäusern der Provinz als auch österreichischen Krankenhäusern, in die der einzelne Patient eingeliefert wurde oder an die er sich gewendet hat) angefordert wurden.

Tabelle 103: **Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach leistungserbringender Einrichtung und versorgendem Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

Leistungserbringende Einrichtung in Österreich	Versorgender Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Universitätsklinik Innsbruck	14.562	15.924	15.975	10.086	56.547
Institute der Universität Innbruck	1.177	157	-	39	1.373
Krankenhaus Salzburg	16	8	-	-	24
Krankenhaus Hochzirl	33	38	-	-	71
INSGESAMT	**15.788**	**16.127**	**15.975**	**10.125**	**58.015**

Quelle: Sanitätsbetriebe

Aus Tabelle 103 geht hervor, dass 97,5% der 58.015 in Österreich für Südtiroler Patienten erbrachten Leistungen von der Universitätsklinik Innsbruck erbracht wurden.

IN ÖSTERREICHISCHEN EINRICHTUNGEN ERBRACHTE LEISTUNGEN

Abbildung 58: **Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach versorgendem Sanitätsbetrieb – Jahre 1996- 2005**

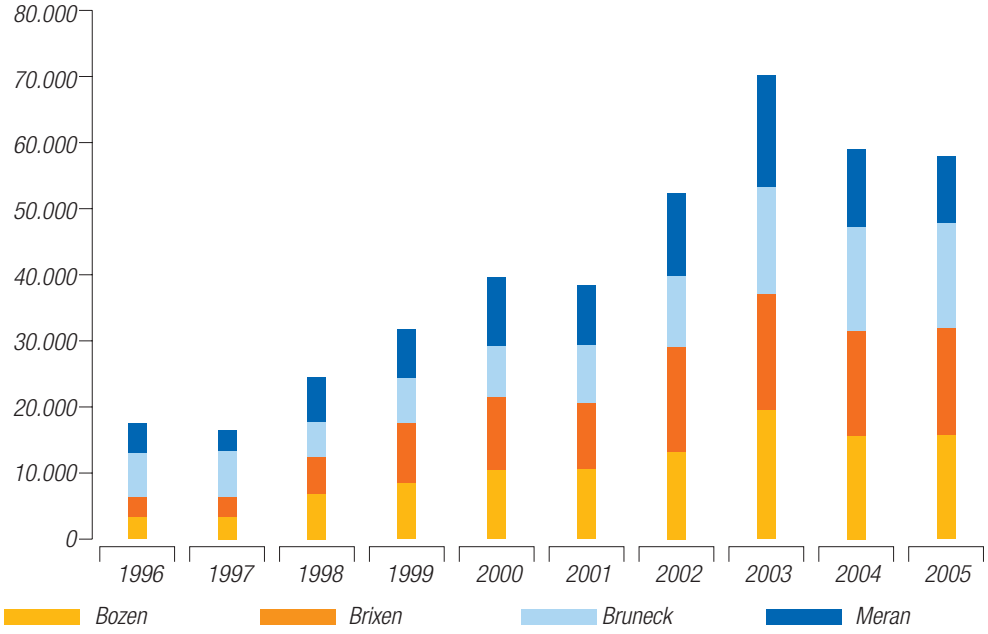
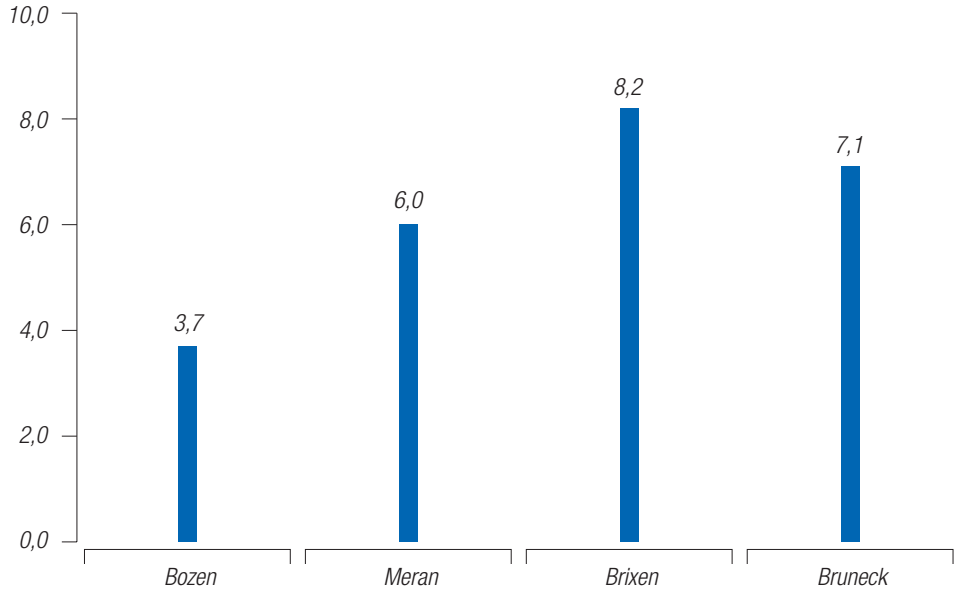


Abbildung 59: **Anzahl der Patienten pro 1.000 Eiwohner, die sich an österreichische Einrichtungen gewendet haen - Jahr 2005**



PATIENTEN, DIE SICH AN ÖSTERREICHISCHE EINRICHTUNGEN GEWENDET HABEN

Setzt man die absoluten Zahlen der Leistungen mit der Einwohneranzahl jedes Sanitätsbetriebs ins Verhältnis, geht hervor, dass sich vorwiegend die Ansässigen des Sanitätsbetriebs Brixen an österreichische Einrichtungen gewendet haben, gefolgt von den Ansässigen des Sanitätsbetriebs Bruneck.

Tabelle 104: **Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen und Beträge pro versorgenden Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

Versorgender Sanitätsbetrieb	Leistungen	Beträge
Bozen	15.788	390.572,87
Meran	16.127	398.953,28
Brixen	15.975	453.290,28
Bruneck	10.125	289.476,73
INSGESAMT	**58.015**	**1.532.293,16**

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.4.2.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt

In den folgenden Tabellen wurden die von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen und die entsprechenden Beträge nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten getrennt. Für die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck ergibt sich allgemein eine sehr hohe aktive Mobilität. Das Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch zeigt, dass die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck viel mehr Leistungen produzieren als verbrauchen.

Tabelle 105: **Ambulatorische fachärztliche Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2005**

Leistungserbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten							
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leist. f. Ansässige	Ausland	Übriges Italien	Leist. insges.
Bozen	3.037.973	117.188	32.565	28.894	3.216.620	19.580	106.459	3.342.659
Meran	49.644	1.552.387	2.512	2.125	1.606.668	31.748	22.772	1.661.188
Brixen	141.697	12.649	739.459	24.172	917.977	19.778	34.762	972.517
Bruneck	9.930	2.501	21.100	854.744	888.275	39.545	82.983	1.010.803
IN DER PROVINZ ERBRACHTE LEISTUNGEN	**3.239.244**	**1.684.725**	**795.636**	**909.935**	**6.629.540**	**110.651**	**246.976**	**6.987.167**
Übriges Italien	62.763	18.113	6.549	7.178	94.603			
Österreich	15.788	16.127	15.975	10.125	58.015			
LEISTUNGEN FUR ANSASSIGE INSG.	**3.317.795**	**1.718.965**	**818.160**	**927.238**	**6.782.158**			

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 106: **Prozentindizes der passiven Mobilität nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2005**

Leistungserbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leistungen für Ansässige
Bozen	91,6%	6,8%	4,0%	3,1%	47,4%
Meran	1,5%	90,3%	0,3%	0,2%	23,7%
Brixen	4,3%	0,7%	90,4%	2,6%	13,5%
Bruneck	0,3%	0,1%	2,6%	92,2%	13,1%
IN D. PROVINZ ERBRACHTE LEISTUNGEN	**97,6%**	**98,0%**	**97,2%**	**98,1%**	**97,7%**
Übriges Italien	1,9%	1,1%	0,8%	0,8%	1,4%
Österreich	0,5%	0,9%	2,0%	1,1%	0,9%
LEISTUNGEN FUR ANSASSIGE	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 107: **Prozentindizes der aktiven Mobilität nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten - Jahr 2005**

Leistungserbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten							
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leist. f. Ansäss.	Ausland	Übriges Italien	Insges.
Bozen	90,9%	3,5%	1,0%	0,9%	96,2%	0,6%	3,2%	100,0%
Meran	3,0%	93,5%	0,2%	0,1%	96,7%	1,9%	1,4%	100,0%
Brixen	14,6%	1,3%	76,0%	2,5%	94,4%	2,0%	3,6%	100,0%
Bruneck	1,0%	0,1%	2,1%	84,6%	87,9%	3,9%	8,2%	100,0%
TOTALE	**46,4%**	**24,1%**	**11,4%**	**13,0%**	**94,9%**	**1,6%**	**3,5%**	**100,0%**

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 108: **Prozentindizes der Mobilität und Prozentverhältnis zwischen Produktion und Verbrauch der Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Aktive Mobilität (der Produktion)	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Von anderen Sanitätsbetrieben	5,3%	3,3%	18,4%	3,3%
Von außerhalb der Provinz	3,8%	3,3%	5,6%	12,1%
PRODUZIERTE LEISTUNGEN INSGESAMT	**9,1%**	**6,5%**	**24,0%**	**15,4%**
Passive Mobilität (des Verbrauchs von Leistungen seitens Ansässiger)				
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	6,1%	7,7%	6,9%	6,0%
In Richtung übriges Italien	1,9%	1,1%	0,8%	0,8%
In Richtung Österreich	0,5%	0,9%	2,0%	1,1%
VERBRAUCHTE LEISTUNGEN INSGESAMT	**8,4%**	**9,7%**	**9,6%**	**7,8%**
PRODUZIERTE LEISTUNGEN VON VERBRAUCHTEN LEISTUNGEN (PRO 100)	**100,7%**	**96,6%**	**118,9%**	**109,0%**

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

3.4.3. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch Südtiroler

Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Südtiroler misst sich am Verhältnis zwischen den von den Ansässigen angeforderten (und überall erbrachten) Leistungen und der Wohnbevölkerung. Dieses Phänomen nimmt eine besondere Bedeutung für den Landesgesundheitsdienst ein, da daran (und nicht an der Aufenthaltsproduktion) der Ressourcenverbrauch zu Lasten der Provinz bemessen wird.

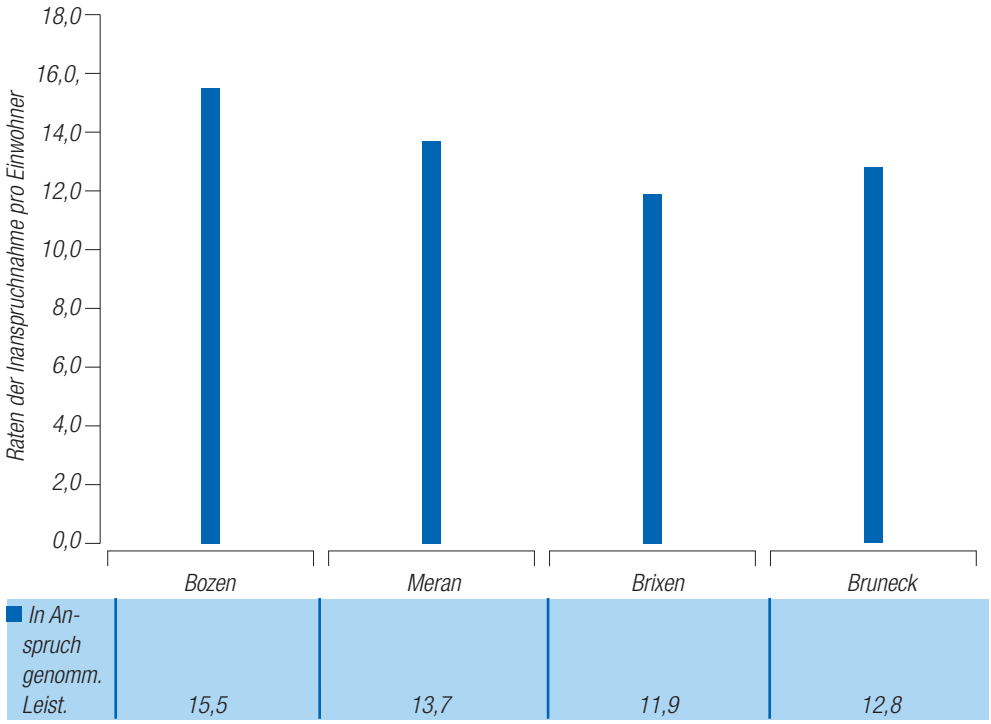
Tabelle 109: **Inanspruchnahme von Leistungen durch Südtiroler nach leistungserbringendem Gebiet und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

Wohnsitz	Leistungserbringendes Gebiet			
	Provinz	Übriges Italien	Österreich	Insgesamt
Bozen	3.239.244	62.763	15.788	3.317.795
Meran	1.684.725	18.113	16.127	1.718.965
Brixen	795.636	6.549	15.975	818.160
Bruneck	909.935	7.178	10.125	927.238
INSGESAMT	**6.629.540**	**94.603**	**58.015**	**6.782.158**
% DES GESAMTWERTES	**97,7%**	**1,4%**	**0,9%**	**100,0%**

Quelle: SPA-Fluss

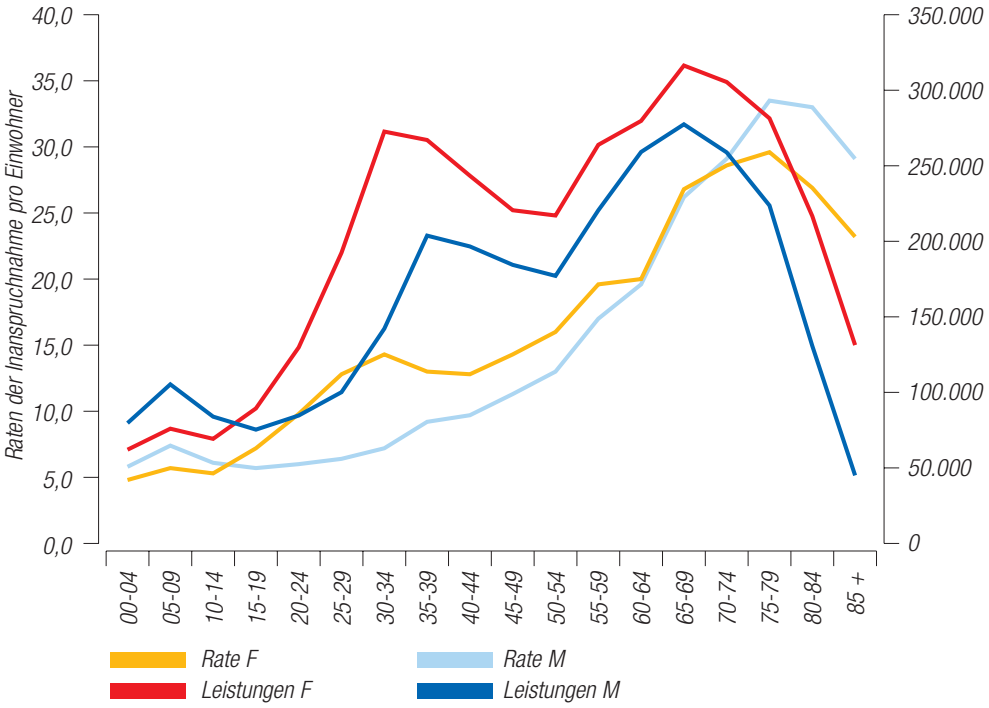
Von den 6.782.158 von ansässigen Südtirolern angeforderten Leistungen wurden 6.081.610 in der Provinz erbracht (97,75%).
Der Sanitätsbetrieb Bozen verzeichnete 15,5 in Anspruch genommene Leistungen pro Einwohner, der Sanitätsbetrieb Brixen 11,9 Leistungen pro Einwohner.

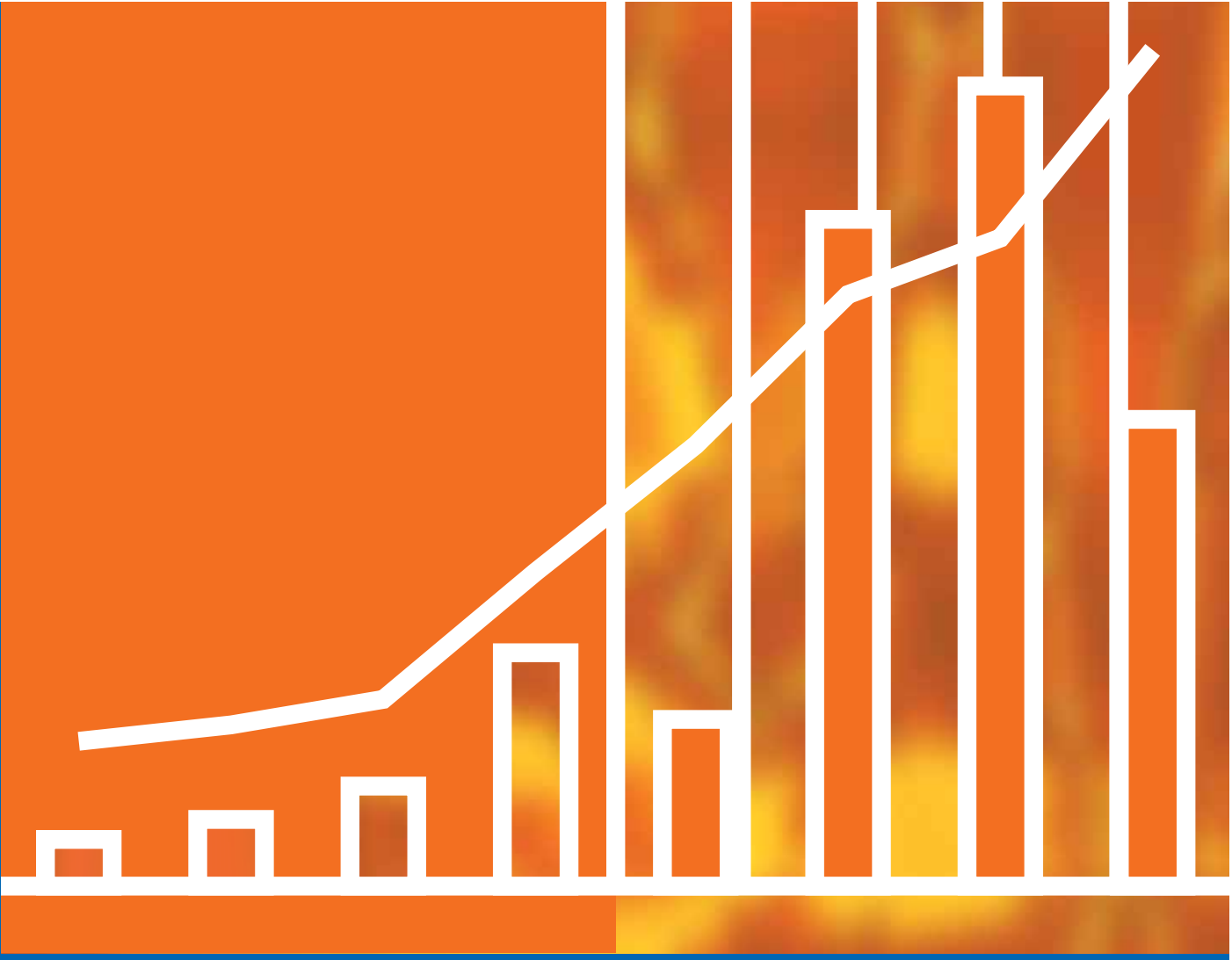
Abbildung 60: **Von den Einwohnern der Provinz Bozen in Anspruch genommene Leistungen – Jahr 2005**



Die Inanspruchnahme ambulatorischer fachärztlicher Leistungen nach Altersklasse und Geschlecht ist in der Abbildung 61 wiedergegeben. Die graphische Darstellung der spezifischen Raten des Ressourcenverbrauchs zeigt einen Verlauf, der jenen der unbereinigten Verteilung widerspiegelt, außer für die extremen Klassen, wo ein Umkehrtrend zwischen den Geschlechtern ersichtlich wird.
Aus der Verteilung der Anzahl der Leistungen nach Altersklasse und Geschlecht geht hervor, dass 55,9% der gesamten Nachfrage nach Leistungen auf die Frauen oder 41,3% auf die Patienten im Alter zwischen 55 und 80 Jahren zurückzuführen ist.

Abbildung 61: **Verteilung der Anzahl der von den ansässigen in der Provinz Bozen (überall) angeforderten Leistungen und Raten der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Altersklasse, Inzidenz - Jahr 2005**





Dritter Teil

Ressourcen

Ressourcen

1. DAS PERSONAL DER SANITÄTSBETRIEBE

1.1. DIENSTLEISTENDES GESUNDHEITSPERSONAL

Zum 31.12.2005 betrug der Personalbestand der Sanitätsbetriebe der Autonomen Provinz Bozen 8.758 Mitarbeiter, was 7.733,85 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.
30,3% des Personals sind Teilzeitbeschäftigte (2.655 Mitarbeiter).
44,5% der laufenden Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe (436,028 Millionen Euro) werden vom Personal in Anspruch genommen.
Der Sanitätsbetrieb mit dem größten Personalbestand ist der Sanitätsbetrieb Bozen mit 3.327,25 äquivalenten Mitarbeitern (43,0% des gesamten Personals in der Provinz), gefolgt vom Sanitätsbetrieb Meran mit 2.060,75 äquivalenten Mitarbeitern (26,6%), Bruneck mit 1.189,25 äquivalenten Mitarbeitern (15,4%) und Brixen mit 1.156,50 äquivalenten Mitarbeitern (15,0%). Der Großteil der Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe der Autonomen Provinz Bozen ist im Krankenhausbereich beschäftigt (59,8%), unter den Berufsbildern ist das Krankenpflegepersonal am häufigsten vertreten (37,5%).
In Südtirol gibt es 16,1 äquivalente Mitarbeiter im Gesundheitsbereich pro 1.000 Einwohner.

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitswesens und nimmt 44,5% der laufenden Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe der Provinz in Anspruch.
Im öffentlichen Gesundheitswesen wird Personal eingesetzt, das verschiedenen Berufskategorien angehört und laut Gesetz auf unterschiedlichen Ebenen eingestuft ist. Die Klassifizierung des Personals entspricht derjenigen, die im DPR Nr. 761 vom 20. Dezember 1979 und im DPR Nr. 384 vom 28. November 1990 festgelegt wurde. Im Zuge der größtmöglichen Aggregation fasst das Gesetz vier Berufskategorien zusammen: Gesundheitspersonal, Fachpersonal, technisches Personal und Verwaltungspersonal.
Zum Gesundheitspersonal zählen Ärzte (einschließlich Zahnärzte und Tierärzte), Krankenpfleger, technisch-sanitäres Personal, Rehabilitationspersonal, Aufsichts- und Inspektionspersonal (Techniker für Umwelt- und Arbeitsschutz) und andere im Gesundheitsbereich tätige Akademiker (Apotheker, Biologen, Chemiker, Physiker, Psychologen). Dem technischen Personal werden Raumpfleger, Fachhilfskräfte, Techniker, technische Assistenten, Sozialassistenten, Analytiker, Statistiker und Soziologen zugerechnet. Das Fachpersonal umfasst Seelsorger, Rechtsanwälte, Architekten, Ingenieure und Geologen. Zum Verwaltungspersonal gehören Boten, Amtswarte, Sekretariatsassistenten, Verwaltungsassistenten, Übersetzer, Verwaltungsmitarbeiter, Verwaltungsinspektoren, Buchhalter, Techniker sowie auch die

Berufsbilder der Verwaltungsdirektion (Vizedirektor und Verwaltungsdirektor).
Auch in der diesjährigen Ausgabe des Landesgesundheitsberichts wurde das Informationsverfahren für die Erhebung des Gesundheitspersonals der Sanitätsbetriebe des Landes (SIPS) genutzt.
Dieses Informationsverfahren erfasst – nach einer mit dem Beschluss der Landesregierung Nr. 1193 vom 11.04.2005 festgelegten und von den einzelnen Sanitätsbetrieben übernommenen Struktur - das Gesundheitspersonal pro betriebliche Kostenstelle und wird periodisch anhand der Daten, welche die Datenverarbeitungszentren der Sanitätsbetriebe dem Amt für Gesundheitspersonal des Landesressorts senden, aktualisiert.
Das Personal ist in absoluten Zahlen (Personal nach Art der Vertragsverhältnisses - Teilzeit oder Vollzeit - zum 31.12.2005) und in äquivalenten Einheiten dargestellt, um die effektive Beschäftigungszeit des Personals im Jahr 2005 auszudrücken (Vollzeit, Teilzeit zu 33%, 50%, 75% etc.). Die äquivalenten Zahlen erklären auch die Dezimalwerte in den Tabellen und liefern präzisere Angaben als die rohen Zahlen, da es sich um einheitliche Werte über die Menge der in diesen Diensten tätigen Humanressourcen handelt.
Die Daten über das äquivalente Personal geben also die effektive Zeit der Anstellung des Personals an. Bei einer gleichzeitigen Eintragung desselben Mitarbeiters in zwei verschiedene Kostenstellen (zum Beispiel effektive Anstellung in der Abteilung Medizin und Auftrag in der Endoskopie) wird die Anstellung in der auftraggebenden Kostenstelle gewählt. Der Analysezeitraum umfasst das Jahr 2005 (Beschäftigungszeitraum vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2005).
Im Vergleich zum Gesundheitsbericht des Vorjahres wurde der Berechnungsalgorithmus des äquivalenten Personals vereinfacht: zur Berechnung der effektiven Beschäftigungszeit wurde die vertragliche Position jedes Mitarbeiters ohne Abzug der Absenzen (Urlaub, genehmigte Tage, Feiertage, etc.) berücksichtigt. Die Datenanalyse einiger Sanitätsbetriebe, für welche die effektiv aufgebrachte Zeit zur Verfügung stand, ergab, dass die Überstunden die Absenzen deckten und überschritten. Somit wurde im Gesundheitsbericht 2005 das äquivalente Gesundheitspersonal allein auf der Grundlage des vertraglich festgelegten Arbeitsverhältnisses berechnet.
Aus diesem Grund ergibt sich für das Jahr 2005 mehr äquivalentes dienstleistendes Personal als 2004, als von der Berechnung alle Absenzen abgezogen wurden.
Das vorliegende Kapitel enthält eine allgemeine Analyse des in den Sanitätsbetrieben angestellten Personals. Für detailliertere Informationen über die einzelnen Sanitätsbetriebe und die einzelnen Einrichtungen wird auf die dem Gesundheitsbericht beiliegende CD-ROM verwiesen. Die CD-ROM-Tabellen enthalten die Daten des Personals der einzelnen Sanitätsbetriebe und der einzelnen Aufenthaltseinrichtungen nach Beschäftigungsbereich und Dienst.

1.1.1. Allgemeine Analyse

Die in der Folge dargestellten Daten beziehen sich auf das in den Sanitätsbetrieben angestellte Personal. Die in den Tabellen und Abbildungen benutzten Abkürzungen haben folgende Bedeutung:
P.T.= Teilzeitbeschäftigtes Personal
T.P.= Vollzeitbeschäftigtes Personal
EQ = Äquivalentes Personal
N = Anzahl der Mitarbeiter (Anzahl der zum 31.12.2005 anwesenden Mitarbeiter)

1.1.1.1. Personal nach Beschäftigungsbereich

Zum 31.12.2005 betrug der Personalbestand der Sanitätsbetriebe 8.758 Mitarbeiter (davon 2.655 Teilzeitbeschäftigte), was - bei einem Anstieg des Bestands von 2,0% gegenüber 2004 - 7.733,85 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.
Auf Landesebene wird ein Wert von 16,1 äquivalenten Mitarbeitern pro 1.000 Einwohner verzeichnet (berechnet an der durchschnittlichen Wohnbevölkerung im Jahr 2005).

Tabelle 1: **Beschäftigtes Personal nach Bereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Strategischer Bereich	50	48	25	33	156
Nicht sanitärer Bereich	131	171	68	36	406
Krankenhausbereich	542	357	278	353	1.530
Territorialer Bereich	249	152	70	84	555
Nicht angegeben	8	-	-	-	8
INSGESAMT	**980**	**728**	**441**	**506**	**2.655**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Strategischer Bereich	229	155	57	87	528
Nicht sanitärer Bereich	365	413	156	123	1.057
Krankenhausbereich	1.610	863	599	627	3.699
Territorialer Bereich	484	188	75	64	811
Nicht angegeben	8	-	-	-	8
INSGESAMT	**2.696**	**1.619**	**887**	**901**	**6.103**
	Äquivalentes Personal				
Strategischer Bereich	261,65	185,75	72,25	106,25	625,90
Nicht sanitärer Bereich	451,00	516,40	196,75	143,00	1.307,15
Krankenhausbereich	1.953,75	1.074,75	769,00	829,25	4.626,75
Territorialer Bereich	647,70	283,85	118,50	110,75	1.160,80
Nicht angegeben	13,25	-	-	-	13,25
INSGESAMT	**3.327,35**	**2.060,75**	**1.156,50**	**1.189,25**	**7.733,85**
Beschäftigte pro 1.000 Einwohner	15,5	16,4	16,8	16,4	16,1

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Abbildung 1: **Äquiv. Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

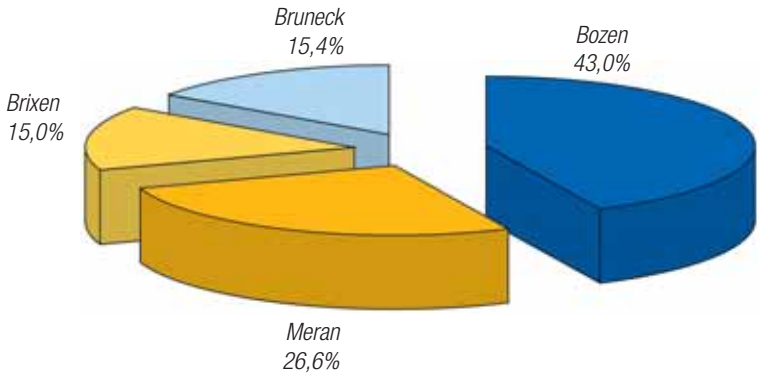


Tabelle 2: **Differenz in % zwischen 2005-2004, absolute Werte des Personalsbestands nach Bereich**

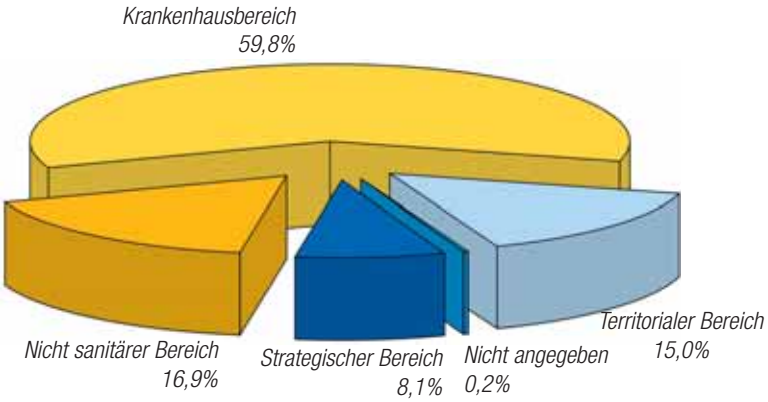
Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Strategischer Bereich	6,4%	17,1%	-7,4%	6,5%	6,8%
Nicht sanitärer Bereich	0,0%	32,6%	30,8%	5,9%	17,3%
Krankenhausbereich	-2,9%	7,9%	4,1%	9,0%	3,4%
Territorialer Bereich	-0,4%	12,6%	1,4%	7,7%	4,3%
INSGESAMT	**-0,6%**	**14,5%**	**6,3%**	**8,4%**	**6,0%**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Strategischer Bereich	1,3%	-0,6%	10,9%	-2,2%	-1,3%
Nicht sanitärer Bereich	1,1%	-2,8%	6,8%	0,8%	0,3%
Krankenhausbereich	5,0%	-2,2%	-2,1%	-3,4%	0,6%
Territorialer Bereich	1,0%	-6,9%	-1,3%	12,3%	-0,4%
INSGESAMT	**3,7%**	**-2,8%**	**-1,2%**	**-1,7%**	**0,4%**
	Äquivalentes Personal				
Strategischer Bereich	2,2%	3,0%	-9,9%	0,0%	0,4%
Nicht sanitärer Bereich	0,8%	5,4%	13,1%	1,9%	4,5%
Krankenhausbereich	2,9%	0,6%	-0,2%	0,7%	1,4%
Territorialer Bereich	0,5%	0,9%	0,0%	9,6%	1,5%
INSGESAMT	**2,5%**	**2,0%**	**1,1%**	**1,7%**	**2,0%**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

In absoluten Zahlen ausgedrückt verzeichnet das teilzeitbeschäftigte Personal gegenüber dem 31.12.2004 einen Zuwachs von 6% mit einem Spitzenanteil von 14,5% im Sanitätsbetrieb Meran.

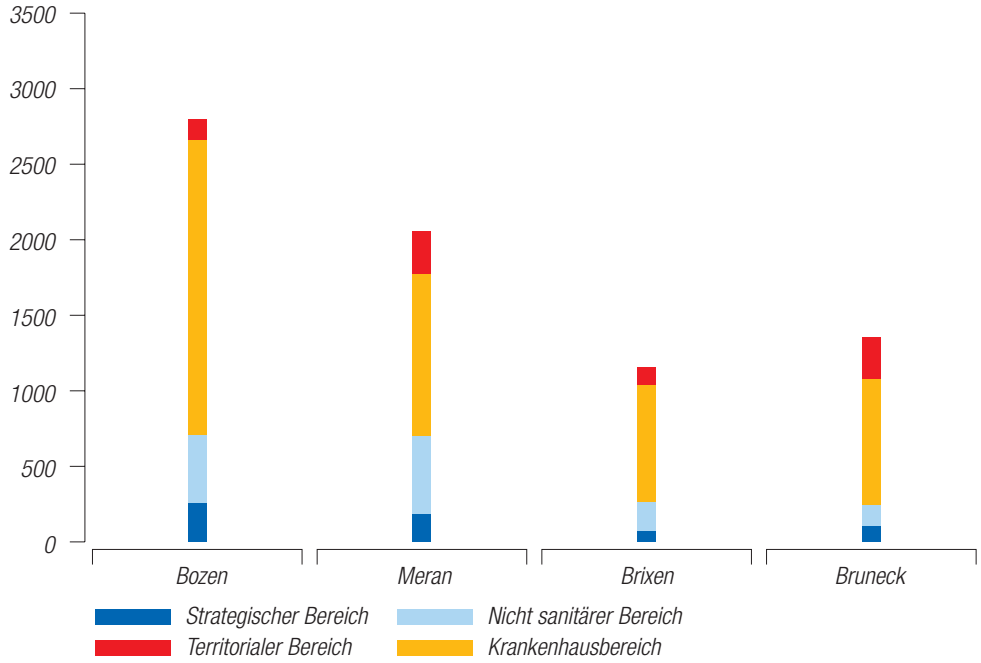
Der nicht sanitäre Bereich weist gegenüber 2004 den größten Anstieg auf, während im Krankenhaus- und territorialen Bereich der Personalbestand nicht stark zunahm. Die Tabelle 2 gibt die Differenzanteile für jeden Sanitätsbetrieb im Detail an.

Abbildung 2: **Äquiv. Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2005**



Eine Analyse der Beschäftigungsbereiche des Personals in den einzelnen Sanitätsbetrieben ergibt einen hohen Anteil an Personal im Krankenhausbereich. Im Sanitätsbetrieb Meran ist der Anteil der äquivalenten Mitarbeiter im nicht sanitären Bereich mit 25,1 höher als in den anderen Sanitätsbetrieben. Die Sanitätsbetriebe Bruneck und Brixen verzeichnen hohe Anteile von Personal im Krankenhausbereich mit 69,7% bzw. 66,5%. Der Anteil des Sanitätsbetriebs Bozen entspricht 58,7%, jener des Sanitätsbetriebs Meran beträgt 52,2%.

Abbildung 3: **Durchschn. äquiv. Personal der Sanitätsbetriebe - nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2005**



1.1.1.2. Personal nach Berufsbild

60,4% der äquivalenten Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe gehören der Berufskategorie des Gesundheitspersonals an; es folgen das technische Personal mit 25,4% und das Fachpersonal mit 0,3%.

Für 8 äquivalente Mitarbeiter des Sanitätsbetriebs Bozen konnte keine Zuordnung zur Berufskategorie/zum Berufsbild erfolgen, da diese Daten nicht im SIPS-Datenfluss enthalten waren.

Tabelle 3: **Personal nach Berufskategorie / Berufsbild und Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

Kategorie / Berufsbild	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	11	2	9	3	25
Krankenpflegepersonal	412	302	217	216	1.147
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	18	9	8	3	38
Techn.-sanit., Reha-Personal	184	89	49	47	369
Gesundheitspersonal	**625**	**402**	**283**	**269**	**1.579**
Fachpersonal	**4**	**-**	**1**	**-**	**5**
Technisches Personal	**140**	**202**	**82**	**162**	**586**
Verwaltungspersonal	**208**	**124**	**75**	**75**	**482**
Nicht angegeben	**3**	**-**	**-**	**-**	**3**
INSGESAMT	**980**	**728**	**441**	**506**	**2.655**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	494	194	130	142	960
Krankenpflegepersonal	716	460	321	310	1.807
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	73	38	28	26	165
Techn.-sanit., Reha-Personal	382	175	102	109	768
Gesundheitspersonal	**1.665**	**867**	**581**	**587**	**3.700**
Fachpersonal	**12**	**5**	**3**	**2**	**22**
Technisches Personal	**649**	**550**	**213**	**196**	**1.608**
Verwaltungspersonal	**364**	**197**	**90**	**116**	**767**
Nicht angegeben	**6**	**-**	**-**	**-**	**6**
INSGESAMT	**2.696**	**1.619**	**887**	**901**	**6.103**
	Äquivalentes Personal				
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	501,00	195,25	134,75	144,00	975,00
Krankenpflegepersonal	979,75	642,15	456,25	436,75	2.514,90
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	84,75	44,50	32,50	27,50	189,25
Techn.-sanit., Reha-Personal	501,10	226,95	131,75	134,75	994,55
Gesundheitspersonal	**2.066,60**	**1.108,85**	**755,25**	**743,00**	**4.673,70**
Fachpersonal	**14,00**	**5,00**	**3,75**	**2,00**	**24,75**
Technisches Personal	**740,20**	**673,40**	**259,75**	**287,50**	**1.960,85**
Verwaltungspersonal	**498,55**	**273,50**	**137,75**	**156,75**	**1.066,55**
Nicht angegeben	**8,00**	**-**	**-**	**-**	**8,00**
INSGESAMT	**3.327,35**	**2.060,75**	**1.156,50**	**1.189,25**	**7.733,85**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

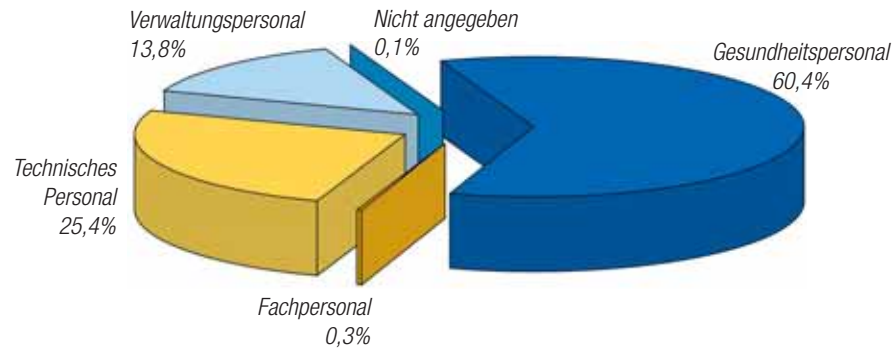
Tabelle 4: **Prozentsatz des Personals nach Berufskategorie / Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Kategorie / Berufsbild	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	1,1%	0,3%	2,0%	0,6%	0,9%
Krankenpflegepersonal	42,0%	41,5%	49,2%	42,7%	43,2%
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	1,8%	1,2%	1,8%	0,6%	1,4%
Techn.-sanit., Reha-Personal	18,8%	12,2%	11,1%	9,3%	13,9%
Gesundheitspersonal	**63,8%**	**55,2%**	**64,2%**	**53,2%**	**59,5%**
Fachpersonal	**0,4%**	**-**	**0,2%**	**-**	**0,2%**
Technisches Personal	**14,3%**	**27,7%**	**18,6%**	**32,0%**	**22,1%**
Verwaltungspersonal	**21,2%**	**17,0%**	**17,0%**	**14,8%**	**18,2%**
Nicht angegeben	**0,3%**	**-**	**-**	**-**	**0,1%**
INSGESAMT	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	18,3%	12,0%	14,7%	15,8%	15,7%
Krankenpflegepersonal	26,6%	28,4%	36,2%	34,4%	29,6%
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	2,7%	2,3%	3,2%	2,9%	2,7%
Techn.-sanit., Reha-Personal	14,2%	10,8%	11,5%	12,1%	12,6%
Gesundheitspersonal	**61,8%**	**53,6%**	**65,5%**	**65,1%**	**60,6%**
Fachpersonal	**0,4%**	**0,3%**	**0,3%**	**0,2%**	**0,4%**
Technisches Personal	**24,1%**	**34,0%**	**24,0%**	**21,8%**	**26,3%**
Verwaltungspersonal	**13,5%**	**12,2%**	**10,1%**	**12,9%**	**12,6%**
Nicht angegeben	**0,2%**	**-**	**-**	**-**	**0,1%**
INSGESAMT	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
	Äquivalentes Personal				
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	15,1%	9,5%	11,7%	12,1%	12,6%
Krankenpflegepersonal	29,4%	31,2%	39,5%	36,7%	32,5%
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	2,5%	2,2%	2,8%	2,3%	2,4%
Techn.-sanit., Reha-Personal	15,1%	11,0%	11,4%	11,3%	12,9%
Gesundheitspersonal	**62,1%**	**53,8%**	**65,3%**	**62,5%**	**60,4%**
Fachpersonal	**0,4%**	**0,2%**	**0,3%**	**0,2%**	**0,3%**
Technisches Personal	**22,2%**	**32,7%**	**22,5%**	**24,2%**	**25,4%**
Verwaltungspersonal	**15,0%**	**13,3%**	**11,9%**	**13,2%**	**13,8%**
Nicht angegeben	**0,2%**	**-**	**-**	**-**	**0,1%**
INSGESAMT	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Analysiert man die Lage nach Sanitätsbetrieb, ergibt sich für Brixen der größte Anteil von äquivalentem Gesundheitspersonal (65,3%), während im Sanitätsbetrieb Bozen die meisten Beschäftigten (15,0%) zur Kategorie des Verwaltungspersonals gehören.

Abbildung 4: **Durchschn. Äquiv. Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Kategorie - Jahr 2005**



PERSONAL NACH KATEGORIE GEMESSEN AN DER WOHNBEVÖLKERUNG

Gemessen an der Wohnbevölkerung gibt es auf Landesebene 9,7 äquivalente Mitarbeiter des Gesundheitspersonals pro 1.000 Einwohner, 4,1 äquivalente Mitarbeiter des technischen Personals und 2,2 äquivalente Mitarbeiter des Verwaltungspersonals pro 1.000 Einwohner. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Sanitätsbetrieben gehen aus Tabelle 5 hervor.

Tabelle 5: **Durchschnittliches äquivalentes Personal nach Sanitätsbetrieb und Kategorie pro 1.000 Einwohner – Jahr 2005**

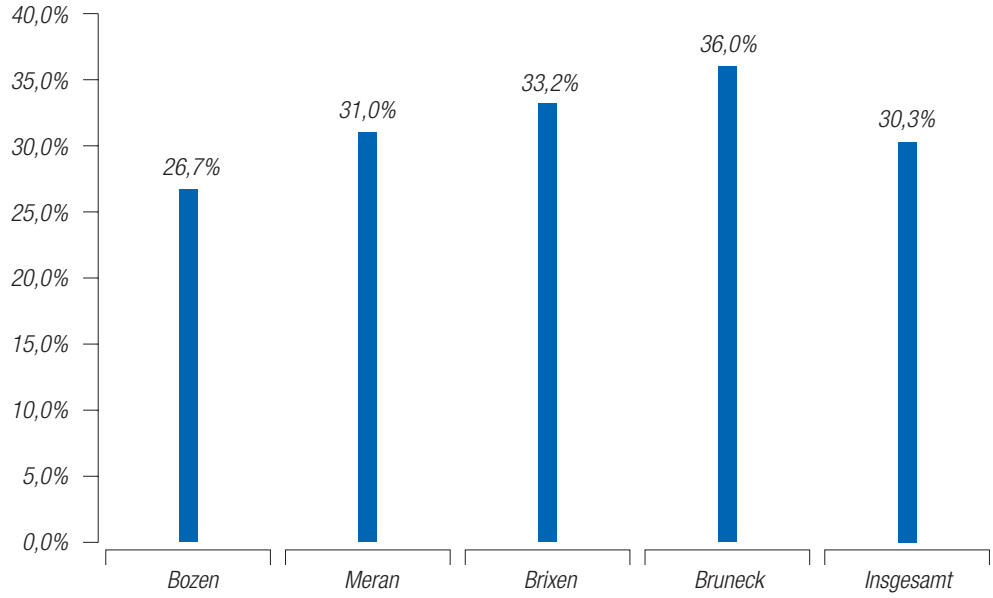
Kategorie	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Gesundheitspersonal	9,6	8,8	11,0	10,2	9,7
Fachpersonal	0,1	-	0,1	-	0,1
Technisches Personal	3,5	5,4	3,8	4,0	4,1
Verwaltungspersonal	2,3	2,2	2,0	2,2	2,2
INSGESAMT	**15,5**	**16,4**	**16,8**	**16,4**	**16,1**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

TEILZEIT- UND VOLLZEITBESCHÄFTIGTES PERSONAL

Eine Analyse des Personalbestandes zum 31.12.2005 nach Beschäftigungszeit ergibt deutliche Unterschiede zwischen den vier Sanitätsbetrieben. 30,3% des auf Landesebene angestellten Personals sind teilzeitbeschäftigt (Zuwachs von 1,1% im Vergleich zum Stand des 31.12.2004 und von 2,7% gegenüber 2003). Bruneck verzeichnet den höchsten Anteil an Teilzeitbeschäftigten mit 36,0% gegenüber 26,7% des Sanitätsbetriebs Bozen. Im Vergleich zum Jahr 2004 weist der Sanitätsbetrieb Meran den höchsten Anstieg von teilzeitbeschäftigtem Personal auf (+ 3,4%).

Abbildung 5: **Teilzeitbeschäftigtes Personal am Personal insgesamt der Sanitätsbetriebe zum 31.12.2005**



1.1.2. Personal des strategischen Bereichs

Für die Datenerhebung im strategischen Bereich wurde das Personal den folgenden Verantwortungsbereichen zugeordnet: Gemeinkosten, Verwaltungsdirektion des Sanitätsbetriebs, Verwaltungsdirektion des Krankenhauses, Generaldirektion, Pflegedirektion, Ärztliche Direktion des Krankenhauses, Sanitätsdirektion des Sanitätsbetriebs, Amt für die Beziehungen mit dem Publikum.

Der unterschiedliche Personalbestand in den Diensten mit ähnlicher Benennung in den einzelnen Sanitätsbetrieben ist nicht nur auf die unterschiedliche Planung der Humanressourcen seitens der Verwaltungsdirektionen zurückzuführen, sondern auch auf die verschiedenartige Organisation der Sanitätsbetriebe selbst (z.B. einige Kostenstellen mit ähnlicher Benennung können – auf eine ausdrückliche organisatorische Entscheidung der Sanitätsbetriebe hin – unter andere Abteilungen fallen).

Im strategischen Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte), Inspektoren, Fachpersonal (Seelsorger, Rechtsanwälte und Anwaltsanwärter), Gesundheitspersonal (Krankenpflegeleiter, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, Ärzte, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), sonstiges technisches Personal (Sozialassistenten, technische Assistenten, Soziologen), Hilfsfachkräfte (sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte), Techniker.

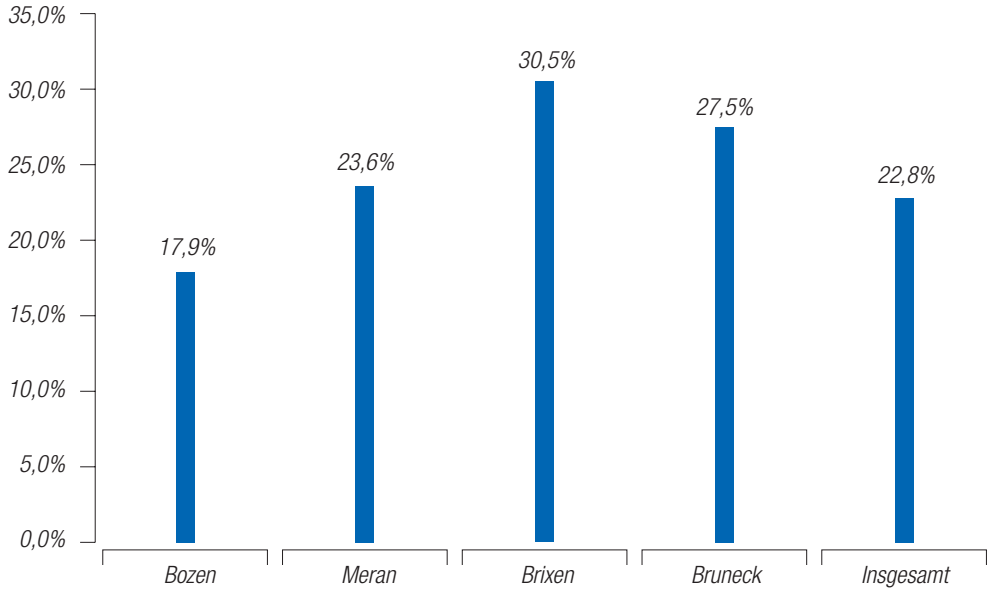
Die Anzahl der zum 31.12.2005 im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe beschäftigten Mitarbeiter betrug 684, was 625,90 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2005 entspricht.

Tabelle 6: **Im strategischen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Abteilung	*Bozen*	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*	*Insges.*
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Gemeinkosten	1	-	-	1	2
Verwalt.-Direkt. d. SB	8	1	1	-	10
Verwalt. Direkt. d. KH	9	14	7	21	51
Generaldirektion	1	-	-	-	1
Pflegedirektion	9	2	2	-	13
Ärztl. Direkt. d. KH	19	31	10	11	71
Sanit.-Direkt. d. SB	-	-	5	-	5
Amt f.d. Bez. m.d. Publikum	3	-	-	-	3
INSGESAMT	**50**	**48**	**25**	**33**	**156**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Gemeinkosten	3	-	-	-	3
Verwalt.-Direkt. d. SB	10	10	1	-	21
Verwalt. Direkt. d. KH	58	55	21	68	202
Generaldirektion	5	3	1	2	11
Pflegedirektion	42	8	5	5	60
Ärztl. Direkt. d. KH	108	78	26	11	223
Sanit.-Direkt. d. SB	-	1	3	-	4
Amt f.d. Bez. m.d. Publikum	3	-	-	1	4
INSGESAMT	**229**	**155**	**57**	**87**	**528**
	Äquivalentes Personal				
Gemeinkosten	3,50	-	-	0,75	4,25
Verwalt.-Direkt. d. SB	15,25	10,75	1,75	-	27,75
Verwalt. Direkt. d. KH	64,00	64,25	25,00	79,00	232,25
Generaldirektion	5,75	3,00	1,00	2,00	11,75
Pflegedirektion	48,00	9,25	6,25	5,00	68,50
Ärztl. Direkt. d. KH	120,40	97,50	31,75	18,50	268,15
Sanit.-Direkt. d. SB	-	1,00	6,50	-	7,50
Amt f.d. Bez. m.d. Publikum	4,75	-	-	1,00	5,75
INSGESAMT	**261,65**	**185,75**	**72,25**	**106,25**	**625,00**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Abbildung 6: **Strategischer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2005**



Das vorherrschende Berufsbild ist jenes der Techniker mit insgesamt 225,25 äquivalenten Mitarbeitern, was rund 40% des im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals entspricht.

Tabelle 7: **Personal des strategischen Bereichs insgesamt nach Berufsbild – Jahr 2005**

Abteilung		Inspek-toren	Verw.-Ass. / Mitarb.*	Techniker	Hilfsfach-kräfte	Sonst. techn. Personal	Gesund-heitsper-sonal	Fach-personal	Insge-samt
Gemeinkosten	N	-	1	-	1	-	3	-	5
	EQ	-	0,50	-	1,00	-	2,75	-	4,25
Verwaltungsdirektion	N	6	17	2	4	-	-	2	31
des Sanitätsbetriebs	EQ	5,75	14,00	2,00	4,00	-	-	2,00	27,75
Verwaltungsdirektion	N	6	78	133	34	1	1	-	253
des Krankenhauses	EQ	6,00	69,00	127,00	28,25	1,00	1,00	-	232,25
Generaldirektion	N	3	7	-	-	1	1	-	12
	EQ	3,00	6,75	-	-	1,00	1,00	-	11,75
Pflegedirektion	N	-	19	4	3	-	47	-	73
	EQ	-	17,75	3,75	2,50	-	44,50	-	68,50
Ärztliche Direktion	N	1	49	99	80	7	42	16	294
des Krankenhauses	EQ	1,00	41,75	92,50	74,60	6,30	38,25	13,75	268,15
Sanitätsdirektion d.	N	-	8	-	-	-	1	-	9
Sanitätsbetriebs	EQ	-	6,50	-	-	-	1,00	-	7,50
Amt f. d. Beziehun-	N	1	6	-	-	-	-	-	7
gen m.d. Publikum	EQ	1,00	4,75	-	-	-	-	-	5,75
INSGESAMT	N	**17**	**185**	**238**	**122**	**9**	**95**	**18**	**684**
	EQ	**16,75**	**161,00**	**225,25**	**110,35**	**8,30**	**88,50**	**15,75**	**625,90**

* Einschließlich der Amtswarte

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Die verwaltungstechnischen Berufsbilder (Verwaltungsassistent/ Verwaltungsmitarbeiter) machen 25,7% des in diesem Bereich beschäftigten Personals insgesamt aus.
Die Abteilungen, welche die meisten Mitarbeiter des strategischen Bereichs beschäftigen, sind die Ärztliche Direktion des Krankenhauses (42,8%) und die Verwaltungsdirektion des Krankenhauses (37,1%).

Abbildung 7: **Äquiv. Personal des strategischen Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

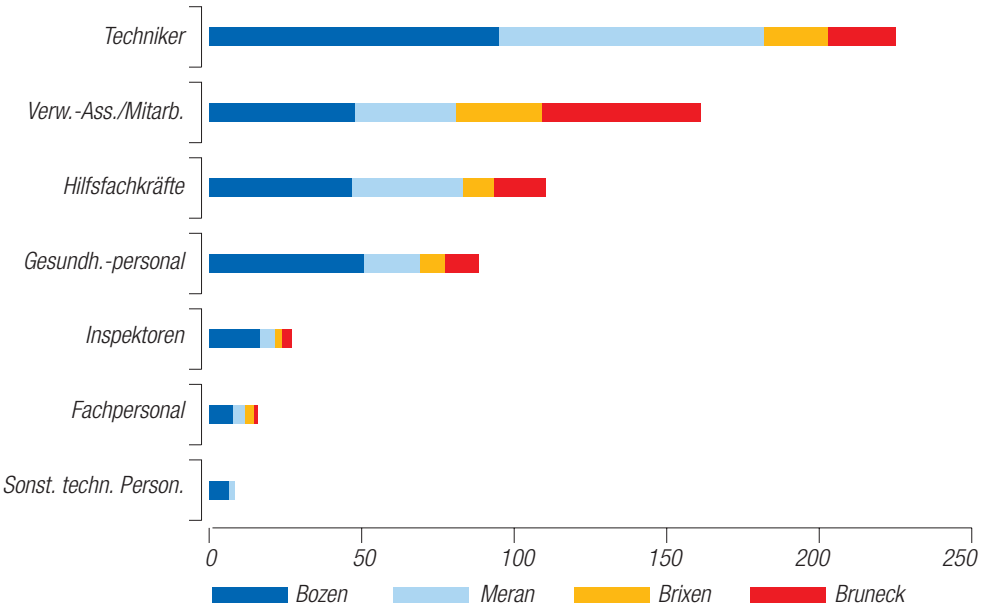
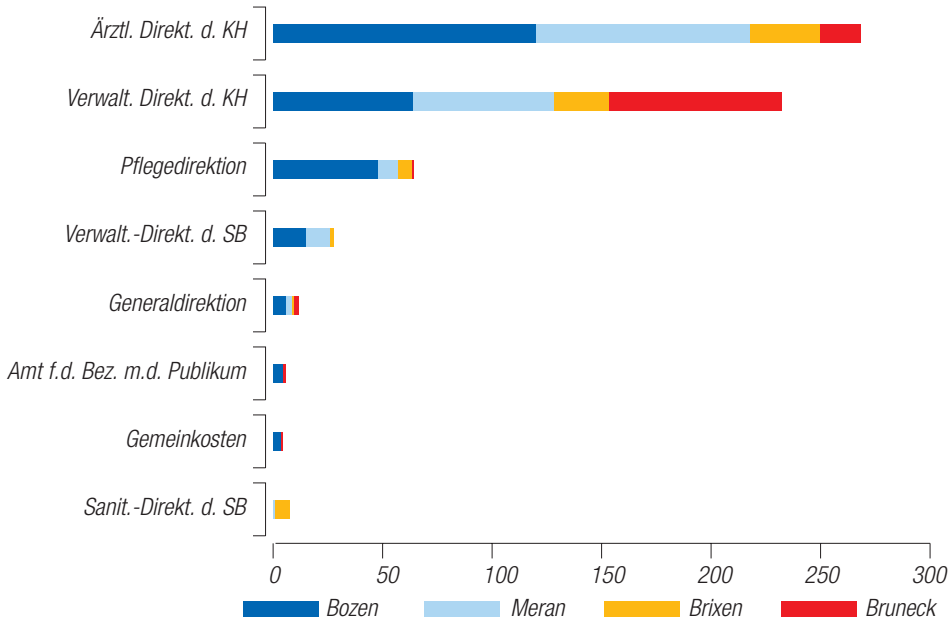


Abbildung 8: **Äquiv. Personal des strategischen Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Abteilung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereichs

Für die Datenerhebung im nicht sanitären Bereich wurde das Personal den folgenden Verantwortungsbereichen zugeordnet: Amt für Allgemeine Angelegenheiten, Abteilung für Einkauf, Abteilung für Wirtschaft und Finanzen, Abteilung für Informatik, Abteilung für Vermögen und Technik, Abteilung für Personal, Abteilung für Dienstleistungen, Ausbildung - Schulen.

Auch in diesem Bereich ist der unterschiedliche Personalbestand in den Diensten mit ähnlicher Benennung nicht nur auf die unterschiedliche Planung der Humanressourcen seitens der Verwaltungsdirektionen zurückzuführen, sondern auch auf die verschiedenartige Organisation der Sanitätsbetriebe selbst.

Tabelle 8: **Personal des nicht sanitären Bereichs insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Amt für Allgemeine Angelegenheiten	3	4	-	-	7
Abteilung für Einkauf	57	130	33	22	242
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	7	6	8	3	24
Abteilung für Informatik	4	-	-	3	7
Abteilung für Vermögen und Technik	9	3	5	2	19
Abteilung für Personal	16	10	13	4	43
Abteilung für Dienstleistungen	35	16	9	-	60
Ausbildung – Schulen	-	2	-	2	4
INSGESAMT	**131**	**171**	**68**	**36**	**406**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Amt für Allgemeine Angelegenheiten	3	3	-	2	8
Abteilung für Einkauf	158	269	66	57	550
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	31	6	14	4	55
Abteilung für Informatik	26	13	8	10	57
Abteilung für Vermögen und Technik	76	64	44	22	206
Abteilung für Personal	34	23	11	17	85
Abteilung für Dienstleistungen	37	28	13	5	83
Ausbildung – Schulen	-	7	-	6	13
INSGESAMT	**365**	**413**	**156**	**123**	**1.057**
	Äquivalentes Personal				
Amt für Allgemeine Angelegenheiten	4,90	5,50	-	2,00	12,40
Abteilung für Einkauf	194,60	347,65	84,50	68,75	695,50
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	36,10	9,75	19,25	5,50	70,60
Abteilung für Informatik	28,35	13,00	8,00	12,00	61,35
Abteilung für Vermögen und Technik	82,40	66,25	46,75	23,00	218,40
Abteilung für Personal	44,65	29,00	19,75	19,25	112,65
Abteilung für Dienstleistungen	60,00	37,00	18,50	5,00	120,50
Ausbildung – Schulen	-	8,25	-	7,50	15,75
INSGESAMT	**451,00**	**516,40**	**196,75**	**143,00**	**1.307,15**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Im nicht sanitären Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:
Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter), Inspektoren, Fachpersonal (Architekten, Ingenieure), Gesundheitspersonal (Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, technisch-sanitäres Personal), sonstiges technisches Personal (Analytiker, technische Assistenten), Hilfsfachkräfte (Hilfsfachkräfte), Techniker.

Die Anzahl der zum 31.12.2005 im nicht sanitären Bereich der Sanitätsbetriebe beschäftigten Mitarbeiter betrug 1.463, was 1.307,15 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2005

entspricht, mit einem Zuwachs von 4,5% gegenüber dem Stand vom 31.12.2004.
Das vorherrschende Berufsbild ist jenes der Hilfsfachkräfte mit insgesamt 498,20 äquivalenten Mitarbeitern, was 38,1% des im nicht sanitären Bereich der Sanitätsbetriebe insgesamt tätigen Personals entspricht.
Das Berufsbild der Techniker macht 24,9% des in diesem Bereich beschäftigten Personals aus, die verwaltungstechnischen Berufsbilder 23,8%.
Zum 31.12.2005 waren 27,8% des im nicht sanitären Bereich tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte, mit einem Zuwachs gegenüber 2004 von 6,0 % bzw. 4,1% in den Sanitätsbetrieben Meran und Brixen.

Abbildung 9: **Nicht sanitärer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2005**

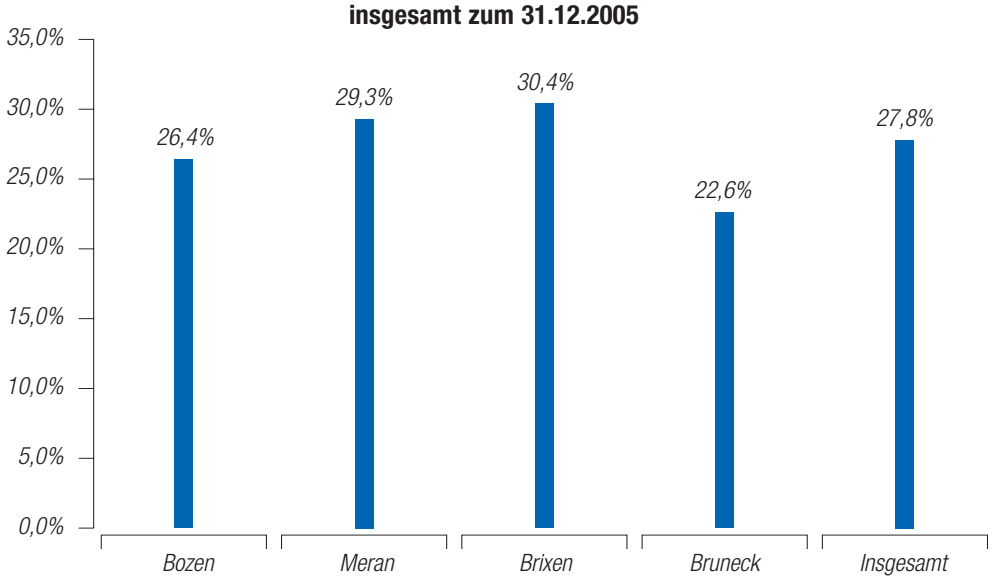


Tabelle 9: **Im nicht sanitären Bereich beschäftigtes Personal nach Berufsbild - Jahr 2005**

Abteilung		Inspektoren	Verw.-Ass. / Mitarb.*	Techniker	Hilfsfachkräfte	Sonst. techn. Personal	Gesundheitspersonal	Fachpersonal	Insges.
Amt für Allgemeine	N	5	9	-	1	-	-	-	15
Angelegenheiten	EQ	5,00	6,40	-	1,00	-	-	-	12,40
Abteilung für	N	15	70	164	542	1	-	-	792
Einkauf	EQ	14,85	61,20	156,00	462,45	1,00	-	-	695,50
Abteilung für Wirt-	N	7	45	-	-	-	27	-	79
schaft und Finanzen	EQ	7,00	38,25	-	-	-	25,35	-	70,60
Abteilung für	N	4	9	12	-	38	-	1	64
Informatik	EQ	4,00	7,00	12,00	-	37,35	-	1,00	61,35
Abteilung für Ver-	N	5	15	157	34	9	-	5	225
mögen und Technik	EQ	5,00	12,60	154,55	32,25	9,00	-	5,00	218,40
Abteilung für	N	20	105	-	2	1	-	-	128
Personal	EQ	19,50	90,65	-	1,50	1,00	-	-	112,65
Abteilung für	N	11	113	4	1	-	14	-	143
Dienstleistungen	EQ	10,75	94,75	3,50	1,00	-	10,50	-	120,50
Ausbildung - Schulen	N	-	-	-	-	-	17	-	17
	EQ	-	-	-	-	-	15,75	-	15,75
Insgesamt	**N**	**67**	**366**	**337**	**580**	**49**	**58**	**6**	**1.463**
	EQ	**66,10**	**310,85**	**326,05**	**498,20**	**48,35**	**51,60**	**6,00**	**1.307,15**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Die Abteilung, welche die meisten Mitarbeiter des nicht sanitären Bereichs der Sanitätsbetriebe beschäftigt, ist jene für Einkauf mit einem Anteil von 53,2% am in diesem Bereich beschäftigten Personal insgesamt (Abbildung 11).

Abbildung 10: **Äquiv. Personal des nicht sanitären Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2005**

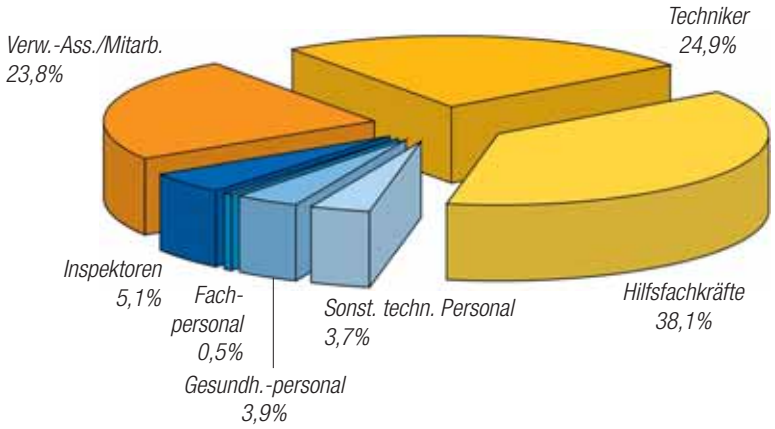
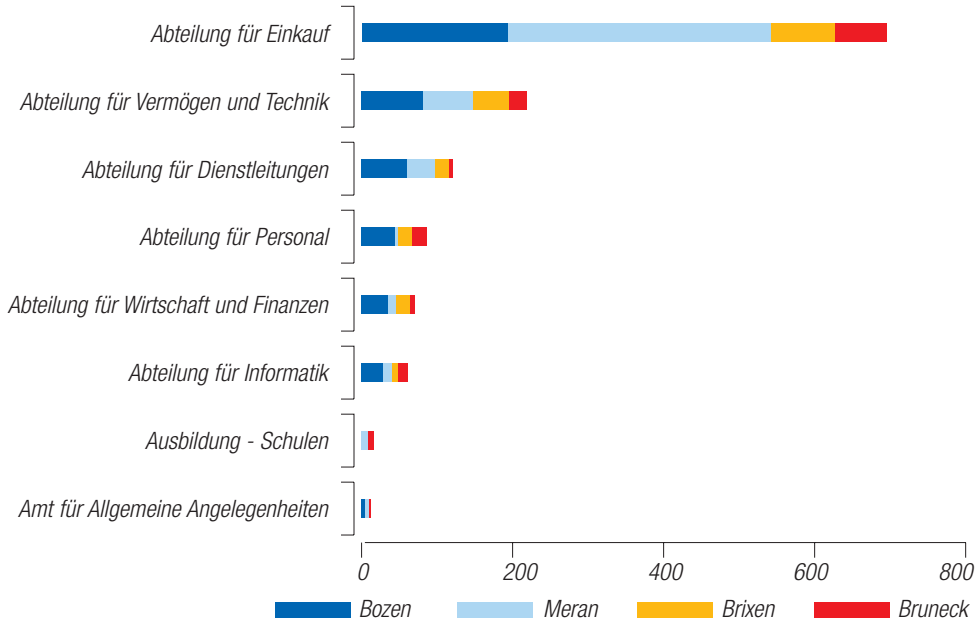


Abbildung 11: **Äquiv. Personal des nicht sanitären Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Abteilung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs

Im Krankenhausbereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:
Verwaltungspersonal (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Inspektoren), Fachpersonal (Ingenieure), sonstiges Gesundheitspersonal (Biologen, Chemiker, Apotheker, Physiker, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), Krankenpflegepersonal (Krankenpflegepersonal), Ärzte (Ärzte und Zahnärzte), technisches Personal (technische Assistenten, sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte, Techniker).

1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst

Im Krankenhausbereich sind 59,8% der äquivalenten Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe beschäftigt, was 4.626,75 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

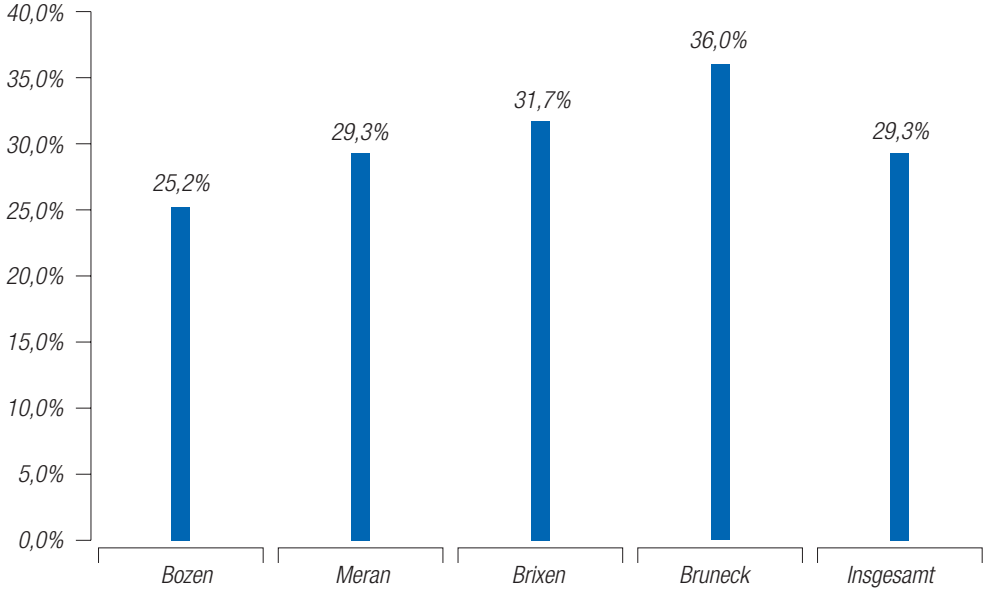
Tabelle 10: **Im Krankenhausbereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
KH-Abteilungen insges.	304	217	198	214	933
KH-Dienste insgesamt	238	140	80	139	597
INSGESAMT	**542**	**357**	**278**	**353**	**1.530**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
KH-Abteilungen insges.	948	537	419	419	2.323
KH-Dienste insgesamt	662	326	180	208	1.376
INSGESAMT	**1.610**	**863**	**599**	**627**	**3.699**
	Äquivalentes Personal				
KH-Abteilungen insges.	1.140,10	668,05	540,25	544,25	2.892,65
KH-Dienste insgesamt	813,65	406,70	228,75	285,00	1.734,10
INSGESAMT	**1.953,75**	**1.074,75**	**769,00**	**829,25**	**4.626,75**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

62,5% der äquivalenten Mitarbeiter des Krankenhausbereichs sind in den Krankenhausabteilungen der Landeskrankenanstalten tätig.
42,2% des im Krankenhausbereich beschäftigten Personals sind im Krankenhaus Bozen tätig, 16,6% in den Krankenhäusern des Sanitätsbetriebs Brixen.

Abbildung 12: **Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2005**



29,3% des im Krankenhausbereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals sind Teilzeitbeschäftigte. Die Unterschiede bei der Zusammensetzung des Personals nach Beschäftigungszeit in den einzelnen Sanitätsbetrieben gehen aus der Abbildung 12 hervor.

Personal der Krankenhausabteilungen

Vom äquivalenten Personal der Sanitätsbetriebe, das in den jeweiligen Krankenhausabteilungen tätig ist, arbeiten 15,7% in den Abteilungen Medizin, 11,0% in den Abteilungen Anästhesie und Reanimation, 9,7% in der Geburtshilfe und Gynäkologie, 9,5% in den Abteilungen Chirurgie und 8,7% in der Orthopädie und Traumatologie. Diese 5 Krankenhausabteilungen beschäftigen 54,6% des insgesamt in den Krankenhausabteilungen der Sanitätsbetriebe tätigen Personals.

Auf Landesebene sind 28,7% des in den Krankenhausabteilungen tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte (+ 0,5% gegenüber 2004 und + 1,4% gegenüber 2003).

Tabelle 11: **In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

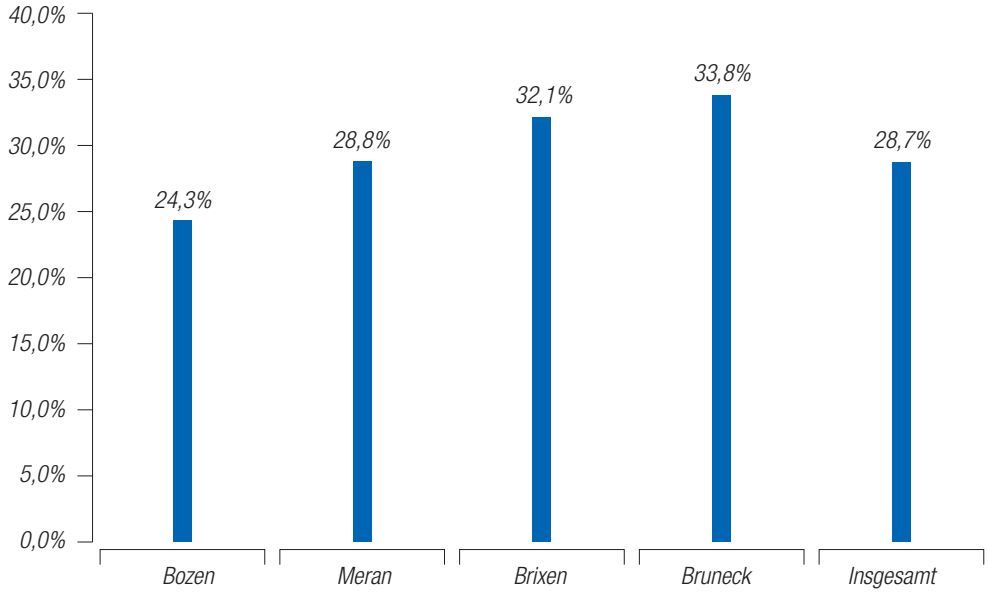
Abteilung		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Anästhesie und Reanimation	Teilzeit. Person.	16	16	12	12	56
	Vollzeit. Person.	113	65	66	42	286
	Äquival. Person.	122,75	75,00	72,00	49,50	319,25
Kardiologie	Teilzeit. Person.	17	3	-	-	20
	Vollzeit. Person.	62	20	-	-	82
	Äquival. Person.	72,25	22,00	-	-	94,25
Chirurgie 1	Teilzeit. Person.	5	23	23	34	85
	Vollzeit. Person.	29	59	40	65	193
	Äquival. Person.	32,25	72,75	55,25	85,25	245,50
Chirurgie 2	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	26	-	-	-	26
	Äquival. Person.	27,75	-	-	-	27,75
Kinderchirurgie	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	19	-	-	-	19
	Äquival. Person.	20,50	-	-	-	20,50
Gefäß- und Thoraxchirurgie	Teilzeit. Person.	16	-	-	-	16
	Vollzeit. Person.	19	-	3	-	22
	Äquival. Person.	28,25	-	3,00	-	31,25
Dermatologie	Teilzeit. Person.	19	9	-	1	29
	Vollzeit. Person.	25	10	-	7	42
	Äquival. Person.	37,00	16,25	-	7,50	60,75
Hämatologie	Teilzeit. Person.	16	-	-	-	16
	Vollzeit. Person.	53	-	-	-	53
	Äquival. Person.	62,25	-	-	-	62,25
Gastroenterologie	Teilzeit. Person.	10	-	-	-	10
	Vollzeit. Person.	40	-	-	-	40
	Äquival. Person.	47,00	-	-	-	47,00
Geriatrie	Teilzeit. Person.	23	9	-	-	32
	Vollzeit. Person.	41	31	-	-	72
	Äquival. Person.	55,50	37,00	-	-	92,50
Langzeitpflege	Teilzeit. Person.	-	2	-	-	2
	Vollzeit. Person.	-	6	-	-	6
	Äquival. Person.	-	7,00	-	-	7,00
Infektionskrankheiten	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	23	-	-	-	23
	Äquival. Person.	25,00	-	-	-	25,00
Medizin 1	Teilzeit. Person.	10	36	39	43	128
	Vollzeit. Person.	44	102	71	96	313
	Äquival. Person.	51,00	124,25	94,50	121,75	391,50

Abteilung		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Medizin 2	Teilzeit. Person.	10	-	9	-	19
	Vollzeit. Person.	32	-	20	-	52
	Äquival. Person.	38,00	-	25,25	-	63,25
Nephrologie / Hämodialyse	Teilzeit. Person.	12	8	2	6	28
	Vollzeit. Person.	28	10	10	7	55
	Äquival. Person.	35,50	14,75	11,50	11,25	73,00
Neurochirurgie	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Person.	21	-	-	-	21
	Äquival. Person.	22,10	-	-	-	22,10
Neurologie	Teilzeit. Person.	7	-	-	4	11
	Vollzeit. Person.	27	8	-	5	40
	Äquival. Person.	32,05	8,00	-	7,00	47,05
Säuglingskrippe	Teilzeit. Person.	13	16	-	5	34
	Vollzeit. Person.	9	15	-	5	29
	Äquival. Person.	16,75	24,75	-	8,50	50,00
Augenheilkunde	Teilzeit. Person.	15	-	-	7	22
	Vollzeit. Person.	19	5	-	18	42
	Äquival. Person.	28,65	5,00	-	22,25	55,90
Zahnheilkunde-Stomatologie	Teilzeit. Person.	4	-	-	2	6
	Vollzeit. Person.	14	-	-	4	18
	Äquival. Person.	16,50	-	-	5,50	22,00
Medizinische Onkologie	Teilzeit. Person.	2	7	-	-	9
	Vollzeit. Person.	12	5	-	-	17
	Äquival. Person.	13,25	9,00	-	-	22,25
Orthopädie und Traumatologie	Teilzeit. Person.	10	15	22	34	81
	Vollzeit. Person.	40	60	50	55	205
	Äquival. Person.	46,25	69,30	63,50	73,50	252,55
Geburtshilfe und Gynäkologie	Teilzeit. Person.	16	32	41	28	117
	Vollzeit. Person.	48	58	44	62	212
	Äquival. Person.	59,00	76,20	69,00	76,75	280,95
HNO	Teilzeit. Person.	12	14	5	-	31
	Vollzeit. Person.	27	23	19	-	69
	Äquival. Person.	34,30	31,00	22,25	-	87,55
Pädiatrie	Teilzeit. Person.	34	12	31	20	97
	Vollzeit. Person.	79	27	35	26	167
	Äquival. Person.	101,30	33,30	53,75	37,50	225,85
Pneumologie	Teilzeit. Person.	7	-	-	-	7
	Vollzeit. Person.	35	-	-	-	35
	Äquival. Person.	39,60	-	-	-	39,60
Psychiatrie	Teilzeit. Person.	6	4	8	18	36
	Vollzeit. Person.	39	13	45	27	124
	Äquival. Person.	42,25	15,75	50,00	38,00	146,00
Urologie	Teilzeit. Person.	13	11	6	-	30
	Vollzeit. Person.	24	20	16	-	60
	Äquival. Person.	33,10	26,75	20,25	-	80,10
INSGESAMT	**Teilzeit. Person.**	**304**	**217**	**198**	**214**	**933**
	Vollzeit. Person.	**948**	**537**	**419**	**419**	**2.323**
	ÄQUIVAL. PERSON.	**1.140,10**	**668,05**	**540,25**	**544,25**	**2.892,65**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Das in den Krankenhausabteilungen der Sanitätsbetriebe vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 52,4% an den äquivalenten Mitarbeitern insgesamt (1.512,50). Die Ärzte machen 24,1% aus, die restlichen 23,5% bestehen aus Verwaltungspersonal, technischem und sonstigem Gesundheitspersonal.

Abbildung 13: **Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Abteilungen insgesamt zum 31.12.2005**



Die Abteilung mit den meisten Ärzten ist die Anästhesie und Reanimation (98,0 äquivalente Mitarbeiter), während der Großteil des Krankenpflegepersonals in der Medizin mit 236,75 äquivalenten Mitarbeitern beschäftigt ist. Die Medizin ist auch die Abteilung, in welcher das meiste Verwaltungs- und technische Personal tätig ist (25,00 bzw. 83,50 äquivalente Mitarbeiter).

Abbildung 14: **Äquiv. Personal der Krankenhausabteilungen des Krankenhausbereichs der einzelnen Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2005**

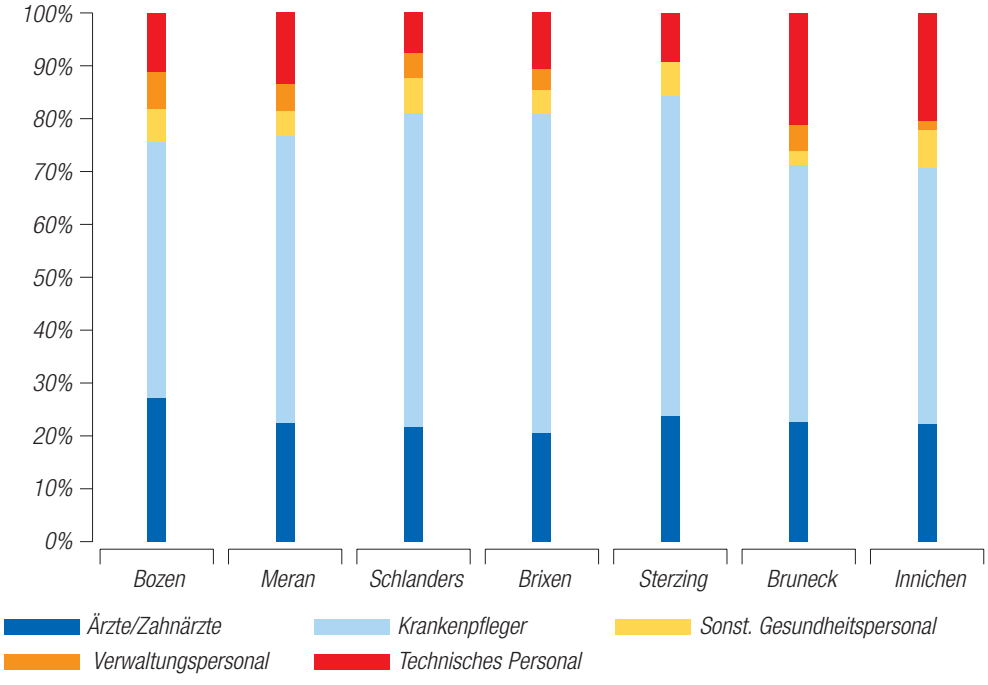


Tabelle 12: **In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2005**

Abteilung	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken-pfleger		Sonst. Gesundh.-pers.		Verwaltungspersonal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Anästh. u. Reanimation	99	98,00	209	194,75	-	-	7	6,50	27	20,00	342	319,25
Kardiologie	25	24,75	64	58,50	-	-	8	6,00	5	5,00	102	94,25
Chirurgie 1	60	60,00	147	128,75	-	-	12	9,25	59	47,50	278	245,50
Chirurgie 2	10	10,00	15	13,75	-	-	2	2,00	2	2,00	29	27,75
Kinderchirurgie	6	6,00	12	11,00	-	-	2	1,50	2	2,00	22	20,50
Gefäß- und Thoraxchir.	9	9,00	19	14,50	-	-	6	4,50	4	3,25	38	31,25
Dermatologie	21	20,75	37	29,25	-	-	11	9,00	2	1,75	71	60,75
Hämatologie	13	13,00	31	27,25	12	11,75	5	3,75	8	6,50	69	62,25
Gastroenterol.	13	13,00	26	23,75	-	-	5	4,75	6	5,50	50	47,00
Geriatrie	24	23,75	53	46,25	-	-	8	6,25	19	16,25	104	92,50
Langzeitpflege	-	-	5	4,50	-	-	-	-	3	2,50	8	7,00
Infektionskrankheiten	6	6,00	17	16,00	-	-	2	2,00	1	1,00	26	25,00
Medizin 1	90	89,00	236	209,00	-	-	28	22,25	87	71,25	441	391,50
Medizin 2	21	20,50	33	27,75	-	-	3	2,75	14	12,25	71	63,25
Nephrolo. / Hämodial.	8	8,00	64	55,50	-	-	3	2,25	8	7,25	83	73,00
Neurochirurgie	5	5,00	14	13,50	-	-	2	1,60	2	2,00	23	22,10
Neurologie	21	21,00	21	18,75	-	-	4	2,30	5	5,00	51	47,05
Säuglingskrippe	-	-	59	46,25	2	1,75	-	-	2	2,00	63	50,00
Augenheilkunde	25	23,75	19	16,00	8	6,00	5	4,25	7	5,90	64	55,90
Zahnheilk.-Stomatolo.	5	5,00	6	5,25	1	1,00	3	1,75	9	9,00	24	22,00
Med. Onkologie	4	4,00	18	15,00	-	-	4	3,25	-	-	26	22,25
Orthop. u. Traumato.	60	60,00	157	136,30	-	-	19	14,75	50	41,50	286	252,55
Geburtshilfe u. Gynäk.	51	50,50	133	108,40	91	81,80	18	12,75	36	27,50	329	280,95
HNO	18	18,00	46	39,50	22	17,80	7	6,00	7	6,25	100	87,55
Pädiatrie*	51	49,50	160	131,70	20	16,75	13	10,15	17	14,75	261	222,85
Pneumologie	12	11,50	21	19,60	-	-	5	4,50	4	4,00	42	39,60
Psychiatrie	25	24,50	64	59,25	14	11,50	4	3,00	53	47,75	160	146,00
Urologie	21	21,00	49	42,50	4	3,10	8	6,00	8	7,50	90	80,10
INSGESAMT	**703**	**695,50**	**1.735**	**1.512,50**	**174**	**151,45**	**194**	**153,05**	**447**	**377,15**	**3.253**	**2.889,65**

** Für 3 Mitarbeiter wurde das Berufsbild nicht angegeben (äquivalentes Personal=3,00)*

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Personal der Krankenhausdienste

Vom gesamten äquivalenten Personal der Sanitätsbetriebe, das in den jeweiligen Krankenhausdiensten tätig ist, arbeiten 21,5% in den Diensten für Physische Rehabilitation der Landeskrankenhäuser (einschließlich der Dienste für Logopädie und Physische Rehabilitation des Sanitätsbetriebs Bozen). 12,9% der Mitarbeiter sind in den Röntgendiensten beschäftigt, 11,9% in den Analyselabors und Polyambulatorien, während 11,8% in den Krankenhausdirektionen arbeiten. Außerdem gehören 9,3% des äquivalenten Personals zu den Erste Hilfe-Diensten und zur Beobachtungsstation der Krankenhäuser. Diese 6 Beschäftigungsbereiche decken rund 79,3% des insgesamt in den Krankenhausdiensten beschäftigten Personals.

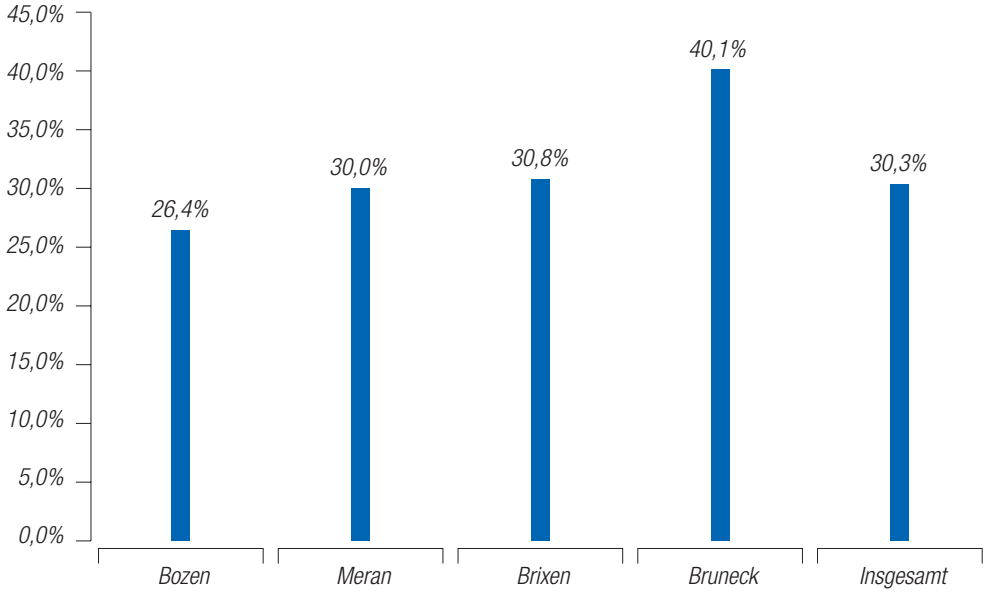
Tabelle 13: **In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Genetische Beratung	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit Pers.	6	-	-	-	6
	Äquival. Person.	7,25	-	-	-	7,25
Funktionsdiagnostik	Teilzeit. Person.	-	7	-	-	7
	Vollzeit Pers.	-	11	-	-	11
	Äquival. Person.	-	15,25	-	-	15,25
Operationssäle	Teilzeit. Person.	20	14	10	11	55
	Vollzeit Pers.	57	48	35	31	171
	Äquival. Person.	70,10	56,30	41,00	37,75	205,15
Histologie und Pathologische Anatomie	Teilzeit. Person.	9	-	-	-	9
	Vollzeit Pers.	54	-	-	-	54
	Äquival. Person.	60,00	-	-	-	60,00
Analyselabor	Teilzeit. Person.	24	12	13	16	65
	Vollzeit Pers.	86	32	24	26	168
	Äquival. Person.	101,25	38,75	32,25	34,50	206,75
Nuklearmedizin	Teilzeit. Person.	2	1	-	-	3
	Vollzeit Pers.	15	3	-	-	18
	Äquival. Person.	16,25	3,75	-	-	20,00
Polyambulatorien	Teilzeit. Person.	32	24	8	52	116
	Vollzeit Pers.	38	29	9	38	114
	Äquival. Person.	56,75	42,30	14,00	93,00	206,05
Erste Hilfe- Beobachtungsstation	Teilzeit. Person.	18	19	2	1	40
	Vollzeit Pers.	72	33	19	14	138
	Äquival. Person.	83,10	43,75	20,50	14,50	161,85
Röntgendienst	Teilzeit. Person.	25	8	9	10	52
	Vollzeit Pers.	79	53	34	26	192
	Äquival. Person.	95,20	57,50	39,00	31,50	223,20
Dienst für Medizinische Strahlenphysik	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit Pers.	13	-	-	-	13
	Äquival. Person.	14,25	-	-	-	14,25
Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion	Teilzeit. Person.	11	1	1	-	13
	Vollzeit Pers.	38	17	-	-	55
	Äquival. Person.	45,75	17,50	0,50	-	63,75
Dienst für Medizintechnik	Teilzeit. Person.	-	1	-	-	1
	Vollzeit Pers.	28	-	-	-	28
	Äquival. Person.	28,00	0,75	-	-	28,75
Dienst für Strahlentherapie	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit Pers.	7	-	-	-	7
	Äquival. Person.	8,25	-	-	-	8,25
Dienst für Physische Rehabilitation	Teilzeit. Person.	19	47	32	41	139
	Vollzeit Pers.	52	80	49	57	238
	Äquival. Person.	63,50	107,60	68,00	53,00	292,10
Dienst für Physische Rehabilitation - Logopädie	Teilzeit. Person.	13	-	-	-	13
	Vollzeit Pers.	15	-	-	-	15
	Äquival. Person.	22,75	-	-	-	22,75
Dienst für Physische Rehabilitation - Fagenstraße	Teilzeit. Person.	38	-	-	-	38
	Vollzeit Pers.	34	-	-	-	34
	Äquival. Person.	58,75	-	-	-	58,75
Diabetologischer Dienst	Teilzeit. Person.	10	1	2	-	13
	Vollzeit Pers.	6	2	1	-	9
	Äquival. Person.	12,75	2,50	2,25	-	17,50
Dienst für Diät und Ernährung	Teilzeit. Person.	5	4	3	4	16
	Vollzeit Pers.	27	10	4	9	50
	Äquival. Person.	30,50	12,00	6,25	11,25	60,00
Pharmazeutischer Dienst	Teilzeit. Person.	6	1	-	4	11
	Vollzeit Pers.	35	8	5	7	55
	Äquival. Person.	39,25	8,75	5,00	9,50	62,50
INSGESAMT	Teilzeit. Person.	**238**	**140**	**80**	**139**	**597**
	Vollzeit Pers.	**662**	**326**	**180**	**208**	**1.376**
	Äquival. Person.	**813,65**	**406,70**	**228,75**	**285,00**	**1.734,10**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Auf Landesebene sind 30,3% des in den Krankenhausdiensten der Sanitätsbetriebe tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte (+ 0,8% gegenüber 2004) mit Spitzenwerten im Sanitätsbetrieb Bruneck von 40,1% (+ 6,6%). Der beträchtliche Zuwachs des Personals des Sanitätsbetriebs Bruneck in den Krankenhausdiensten gegenüber 2004 ist auf die im Jahr 2005 andere Klassifizierung der Kostenstellen in Bezug auf den Posten „Polyambulatorien“ zurückzuführen.

Abbildung 15: **Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Krankenhausdienste insgesamt zum 31.12.2005**



Die am häufigsten in den Krankenhausdiensten der Sanitätsbetriebe eingesetzten äquivalenten Berufsbilder (ausgenommen die Rehabilitation) sind das sonstige Gesundheitspersonal (34,0%), das Krankenpflegepersonal (31,7%), das technische Personal (15,3%) und das Verwaltungspersonal (10,2%). Die Ärzte machen 8,5% aus, die restlichen 0,2% gehören zum Fachpersonal.

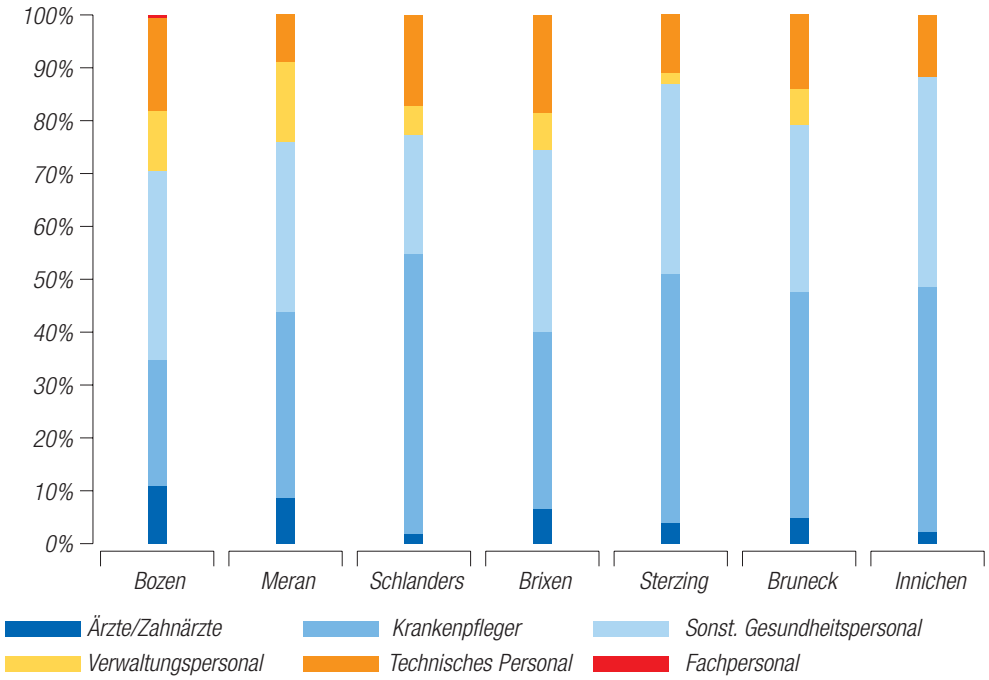
Der Großteil des Verwaltungspersonals ist in den Polyambulatorien der Krankenhäuser beschäftigt (27,25 äquivalente Mitarbeiter). Die Ärzte sind vorwiegend in den Röntgendiensten tätig (38,00 äquivalente Mitarbeiter), das Krankenpflegepersonal konzentriert sich vor allem in den Operationssälen (122,65).

Tabelle 14: **In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2005**

Dienst		Ärzte/ Zahnä.	Kranken-pfleger	Sonst. Gesund-heitspers.	Verwal-tungspers.	Techn. Personal	Fach-pers.	Insge-samt
Genetische Beratung	N	2	2	3	1	-	-	8
	EQ	2,00	1,75	2,50	1,00	-	-	7,25
Funktionsdiagnostik	N	-	15	-	3	-	-	18
	EQ	-	12,25	-	3,00	-	-	15,25
Operationssäle	N	-	134	-	3	89	-	226
	EQ	-	122,65	-	2,00	80,50	-	205,15
Histologie und Patholo-gische Anatomie	N	13	-	28	11	11	-	63
	EQ	13,00	-	27,25	9,25	10,50	-	60,00
Analyselabor	N	19	21	151	24	18	-	233
	EQ	18,50	12,50	139,50	20,25	16,00	-	206,75
Nuklearmedizin	N	5	-	12	3	1	-	21
	EQ	5,00	-	11,25	2,75	1,00	-	20,00
Polyambulatorien	N	2	147	24	33	24	-	230
	EQ	2,00	113,55	19,75	27,25	17,25	-	179,80
Erste Hilfe-Beobachtungsstation	N	17	132	-	15	14	-	178
	EQ	17,00	117,85	-	13,50	13,50	-	161,85
Röntgendienst	N	38	4	155	30	17	-	244
	EQ	38,00	4,00	141,70	24,75	14,75	-	223,20
Dienst für Medizinische Strahlenphysik	N	-	-	11	2	2	-	15
	EQ	-	-	10,75	2,00	1,50	-	14,25
Dienst für Immunhämato. und Bluttransfusion	N	10	18	30	5	5	-	68
	EQ	10,00	16,25	28,00	4,75	4,75	-	63,75
Dienst für Medizintechnik	N	-	-	-	5	21	3	29
	EQ	-	-	-	4,75	21,00	3,00	28,75
Dienst f. Strahlentherapie	N	1	4	3	-	1	-	9
	EQ	1,00	3,25	3,00	-	1,00	-	8,25
Diabetologischer Dienst	N	-	20	2	-	-	-	22
	EQ	-	15,50	2,00	-	-	-	17,50
Dienst für Diät und Ernährung	N	7	-	54	4	1	-	66
	EQ	6,75	-	48,25	4,00	1,00	-	60,00
Pharmazeutischer Dienst	N	-	4	20	19	23	-	66
	EQ	-	3,25	20,00	17,25	22,00	-	62,50
INSGESAMT	**N**	**114**	**501**	**493**	**158**	**227**	**3**	**1.496**
	EQ	**113,25**	**422,80**	**453,95**	**136,50**	**204,75**	**3,00**	**1.334,25**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Abbildung 16: **Äquiv. Personal der anderen Dienste des Krankenhausbereichs der einzelnen Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2005**



Personal der Dienste für Physische Rehabilitation

Das in den Diensten für Physische Rehabilitation im Krankenhausbereich der Sanitätsbetriebe der Provinz tätige Personal beträgt 399,85 äquivalente Arbeitskräfte. 36,3% davon sind im Sanitätsbetrieb Bozen beschäftigt, 26,9% im Sanitätsbetrieb Meran, 19,8% im Sanitätsbetrieb Bruneck und 17,0% im Sanitätsbetrieb Brixen.

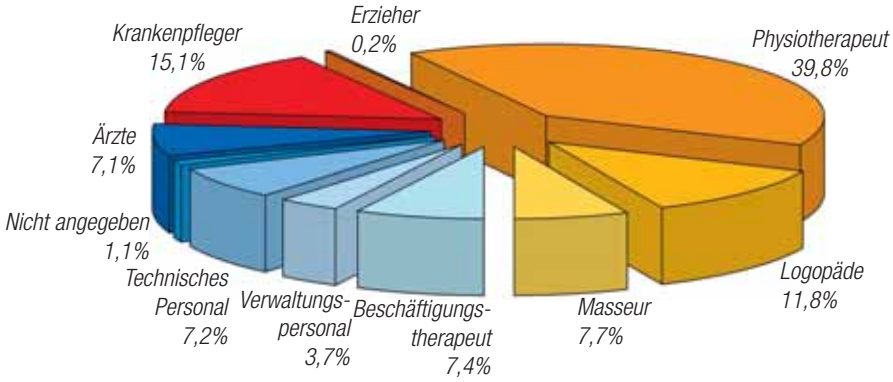
Tabelle 15: **In den Diensten für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Bereich	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Ärzte	6	6,00	7	7,00	7	6,50	9	9,00	29	28,50
Krankenpfleger	23	19,25	20	17,75	17	12,75	14	10,75	74	60,50
Erzieher	1	0,75	-	-	-	-	-	-	1	0,75
Physiotherapeut	77	66,25	48	41,00	33	28,75	27	23,00	185	159,00
Logopäde	26	21,25	16	11,10	2	2,00	15	12,75	59	47,10
Masseur	15	12,50	10	8,25	6	4,25	2	1,50	33	26,50
Beschäftigungstherapeut	5	5,00	14	12,50	5	5,00	8	7,25	32	29,75
Verwaltungspersonal	7	5,00	5	3,50	3	2,75	6	3,50	21	14,75
Technisches Personal	6	4,75	7	6,50	8	6,00	17	11,50	38	28,75
Nicht angegeben	5	4,25	-	-	-	-	-	-	5	4,25
INSGESAMT	**171**	**145,00**	**127**	**107,60**	**81**	**68,00**	**98**	**79,25**	**477**	**399,85**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Das in den Diensten für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs des Sanitätsbetriebs Bozen beschäftigte Personal entspricht 145,00 äquivalenten Mitarbeitern.

Abbildung 17: **Äquiv. Personal der Dienste für physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2005**



Das vorherrschende Berufsbild in den Diensten für Physische Rehabilitation der Sanitätsbetriebe der Provinz ist der Physiotherapeut (39,8%), gefolgt vom Krankenpflegepersonal (15,1%) und vom Logopäden (11,8%). 7,4% gehören zum Berufsbild des Beschäftigungstherapeuten, 7,2% zum technischen Personal, 7,1% zu den Ärzten und 6,6% zu den Masseuren. Die restlichen 5,0% setzen sich aus Verwaltungspersonal und sonstigem Personal zusammen.

43,8% des in den Rehabilitationsdiensten des Sanitätsbetriebs Bozen beschäftigten Personals sind beim Dienst für Physische Rehabilitation des Krankenhauses Bozen tätig, 40,5% beim Dienst für Physische Rehabilitation in der Fagenstraße und die restlichen 15,7% beim Dienst für Logopädie.

1.1.5. Personal des territorialen Bereichs

Im territorialen Bereich sind folgende Berufsbilder tätig:

Verwaltungspersonal (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte, Inspektoren), Ärzte (Ärzte), Krankenpflegepersonal (Krankenpflegepersonal), sonstiges Gesundheitspersonal (Personal mit Rehabilitationsfunktionen, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), technisches Personal (Sozialassistenten, sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte, Techniker, Soziologen).

1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich

Der territoriale Bereich wurde in sechs Bereiche gegliedert. Der Bereich mit dem größten äquivalenten Personalbestand ist die territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung (31,7%, was 367,85 äquivalenten Mitarbeitern entspricht).

Tabelle 16: **Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal nach Bereich und Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
	Teilzeitbeschäftigtes Personal				
Sprengelversorgung	130	71	37	52	290
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	7	-	7
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	41	69	18	22	150
Basismedizin	-	-	-	-	-
Prävention	67	11	8	10	96
Allg. und Verwaltungsdienste d. Territoriums	11	1	-	-	12
INSGESAMT	**249**	**152**	**70**	**84**	**555**
	Vollzeitbeschäftiges Personal				
Sprengelversorgung	89	63	16	19	187
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	24	-	24
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	127	91	21	34	273
Basismedizin	36	-	-	-	36
Prävention	185	23	14	11	233
Allg. und Verwaltungsdienste d. Territoriums	47	11	-	-	58
INSGESAMT	**484**	**188**	**75**	**64**	**811**
	Äquivalentes Personal				
Sprengelversorgung	174,00	107,55	38,50	46,75	366,80
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	28,50	-	28,50
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	154,30	134,05	32,25	47,25	367,85
Basismedizin	36,00	-	-	-	36,00
Prävention	229,55	30,75	19,25	16,75	296,30
Allg. und Verwaltungsdienste d. Territoriums	53,85	11,50	-	-	65,35
INSGESAMT	**647,70**	**283,85**	**118,50**	**110,75**	**1.160,80**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Die konventionierte territoriale Versorgung, die nur im Sanitätsbetrieb Brixen angeboten wird, verzeichnet hingegen den geringsten Personalbestand mit 28,50 äquivalenten Arbeitskräften.

Abbildung 18: **Äquiv. Personal des territorialen Bereichs insgesamt nach Makrobereich - Jahr 2005**

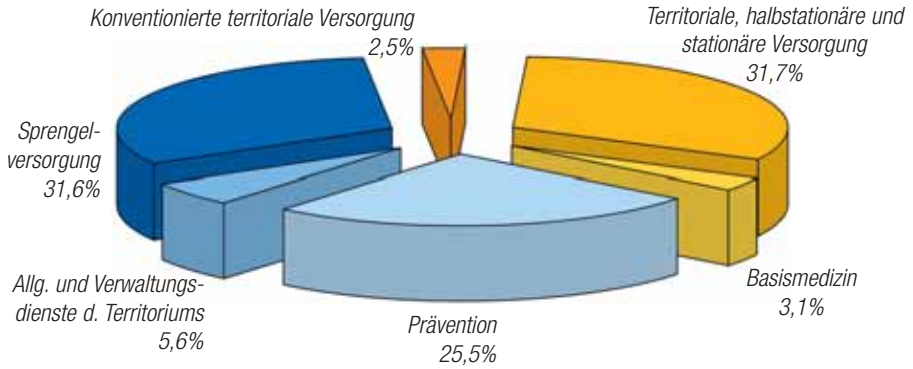
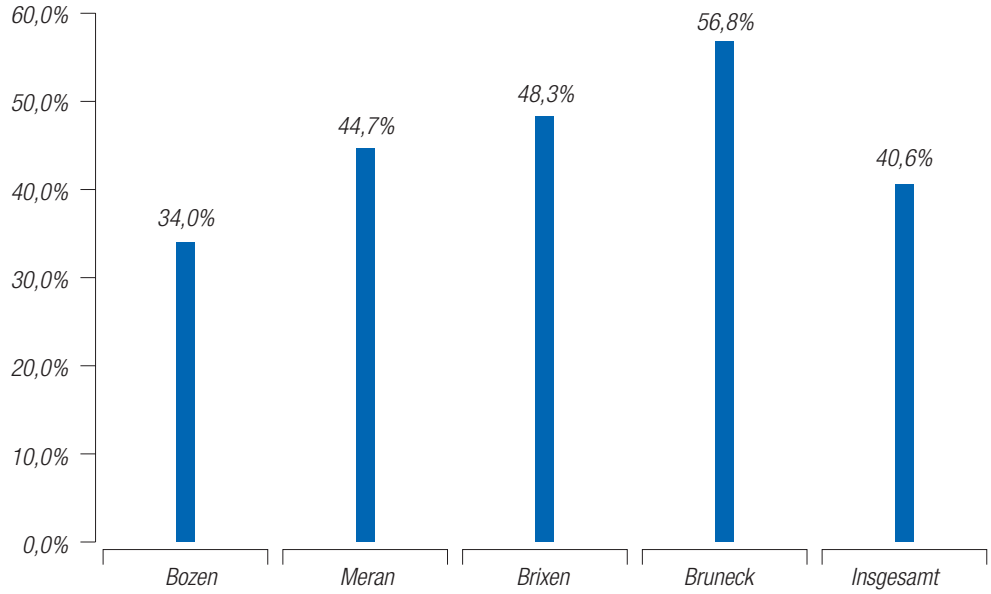
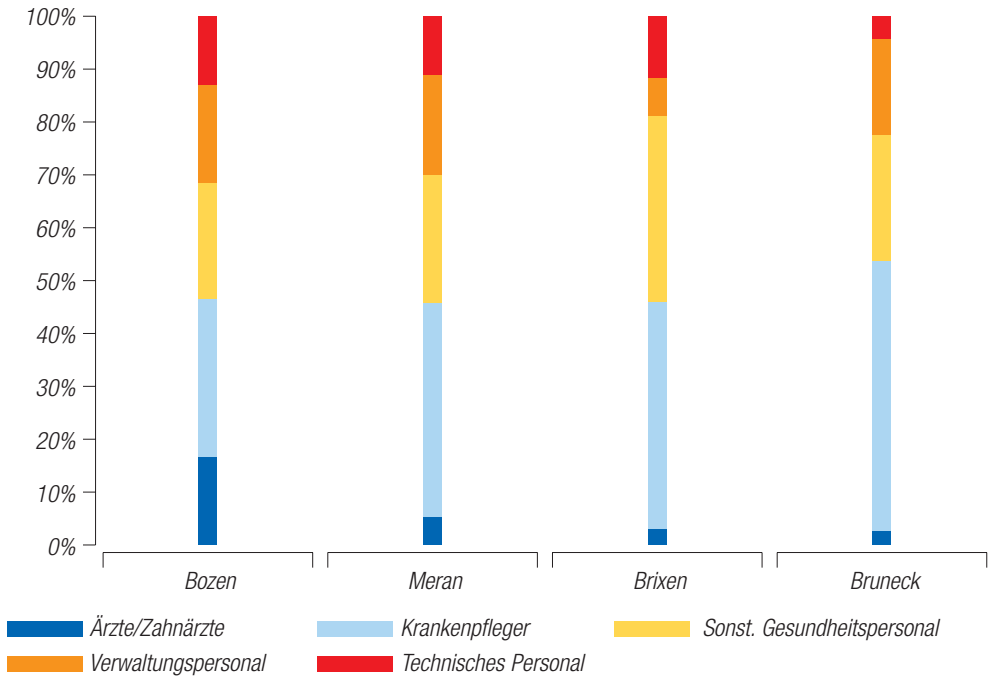


Abbildung 19: **Territorialer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2005**



40,6% des im territorialen Bereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals sind Teilzeitbeschäftigte. Für den Sanitätsbetrieb Bruneck ergibt sich der höchste Anteil von Beschäftigten mit Teilzeitvertrag (56,8%), für den Sanitätsbetrieb Bozen der niedrigste (34,0%).

Abbildung 20: **Äquiv. Personal des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb – Jahr 2005**



Das im territorialen Bereich der Sanitätsbetriebe am häufigsten vertretene Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 35,8% am Personal (415,35 äquivalente Mitarbeiter). Das sonstige Gesundheitspersonal macht 24,0%, aus, gefolgt vom Verwaltungspersonal mit 17,4%. Das technische Personal verzeichnet 11,5% des im territorialen Bereich beschäftigten Personals, die Ärzte 11,2%.

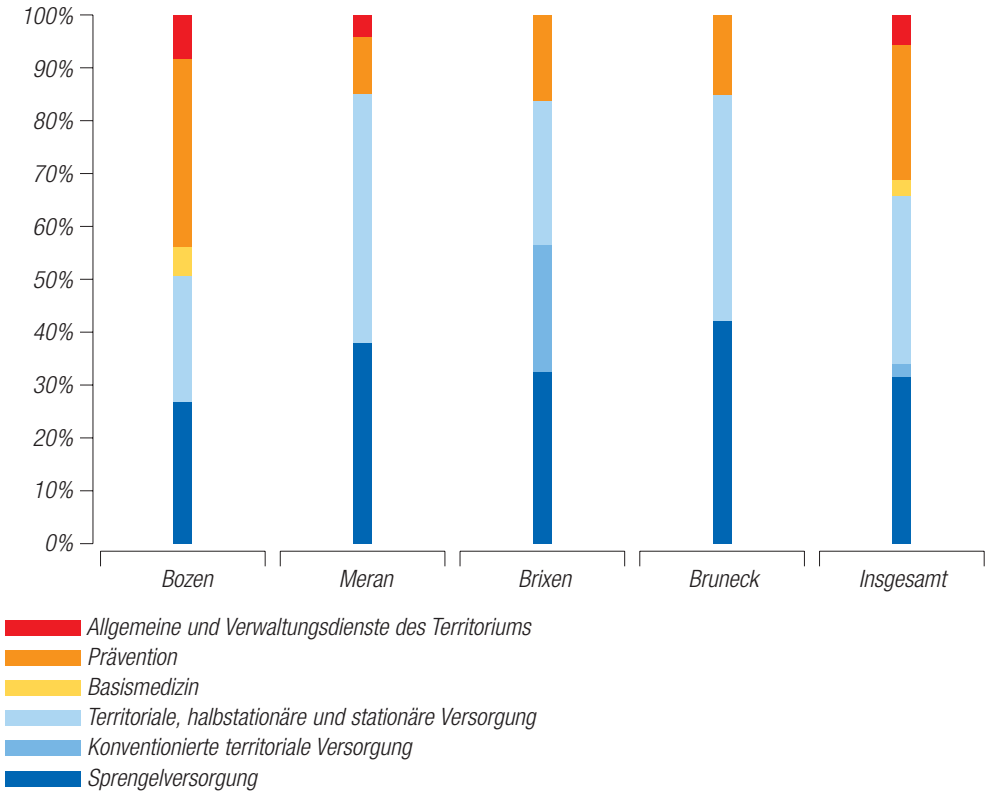
Tabelle 17: **Personal des territorialen Bereichs insgesamt nach Makrobereich und Berufsbild - Jahr 2005**

Bereich	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken-pfleger		Sonst. Gesundheits-personal		Verwal-tungs-personal		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Sprengelversorgung	1	1,00	287	215,20	95	70,05	78	66,80	16	13,75	477	366,80
Konventionierte territoriale Versorgung	2	1,75	14	13,25	8	7,50	2	2,00	5	4,00	31	28,50
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung*	31	31,00	162	130,15	116	107,00	23	18,75	90	80,20	422	367,10
Basismedizin	4	4,00	14	14,00	-	-	2	2,00	16	16,00	36	36,00
Prävention	83	82,00	48	39,00	102	92,40	80	66,90	16	16,00	329	296,30
Allgemeine und Verwaltungs-dienste des Territoriums	10	10,00	4	3,75	2	2,00	50	45,85	4	3,75	70	65,35
INSGESAMT	**131**	**129,75**	**529**	**415,35**	**323**	**278,95**	**235**	**202,30**	**147**	**133,70**	**1.365**	**1.160,05**

** Für 1 Mitarbeiter wurde das Berufsbild nicht angegeben (äquivalentes Personal=0,75)*

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Abbildung 21: **Äquiv. Personal des territorialen Bereichs nach Makrobereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



Die Ärzte (einschließlich der Tierärzte) sind vor allem in der Prävention tätig. Das Krankenpflegepersonal ist mit 215,20 äquivalenten Mitarbeitern in der Sprengelversorgung vertreten, das technische Personal (80,20 äquivalente Mitarbeiter) überwiegt in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung. Im Bereich Prävention konzentriert sich auch der höchste Anteil von Verwaltungspersonal (66,90 äquivalente Mitarbeiter).

Sprengelversorgung

Zum 31.12.2005 waren in der Sprengelversorgung der Sanitätsbetriebe 477 Mitarbeiter tätig (60,8% Teilzeitbeschäftigte), was 366,80 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Tabelle 18: **Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal nach Sprengel und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Sprengel	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Grödental	9	2	8,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eggental-Schlern	15	10	20,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salten-Sarntal-Ritten	12	6	13,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Überetsch	14	13	20,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leifers-Branzoll-Pfatten	16	7	17,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterland	23	9	23,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bozen	41	41	70,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberer Vinschgau	-	-	-	10	5	11,75	-	-	-	-	-	-
Mittlerer Vinschgau	-	-	-	15	11	19,75	-	-	-	-	-	-
Naturns-Umgebung	-	-	-	6	8	11,75	-	-	-	-	-	-
Lana-Umgebung	-	-	-	14	8	17,25	-	-	-	-	-	-
Meran-Umgebung	-	-	-	20	22	34,50	-	-	-	-	-	-
Passeiertal	-	-	-	6	9	12,55	-	-	-	-	-	-
Wipptal	-	-	-	-	-	-	7	4	8,25	-	-	-
Brixen-Umgebung	-	-	-	-	-	-	21	7	20,00	-	-	-
Klausen-Umgebung	-	-	-	-	-	-	9	5	10,25	-	-	-
Taufers- Ahrntal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	3	9,75
Bruneck-Umgebung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	10	22,25
Hochpustertal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	7,50
Gadertal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	7,25
INSGESAMT	**130**	**89**	**174,00**	**71**	**63**	**107,55**	**37**	**16**	**38,50**	**52**	**19**	**46,75**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Der Sprengel mit dem höchsten Anteil von äquivalenten Mitarbeitern ist Bozen (70,05 äquivalente Mitarbeiter), während im Gadertal die geringste Anzahl von äquivalentem Personal tätig ist (7,25).

Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung

Zum 31.12.2005 waren in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung der Sanitätsbetriebe 423 Mitarbeiter beschäftigt (35,5% davon waren Teilzeitbeschäftigte), was 367,85 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Das im Makrobereich der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 35,5% des insgesamt in diesem Bereich beschäftigten Personals (130,15 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen das sonstige Gesundheitspersonal mit 29,1% (107,00 äquivalente Mitarbeiter) und das technische Personal mit 21,8%. Das restliche Personal setzt sich aus Ärzten (8,4%) und Verwaltungspersonal (5,1%) zusammen.

Tabelle 19: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt nach Dienst und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen (DfA)	P.T.	4	6	4	2	16
	T.P.	26	14	7	8	55
	EQ	28,854	17,75	9,25	9,25	65,10
Psychiatrische Versorgung – Tagesstätten	P.T.	-	-	-	-	-
	T.P.	3	-	-	-	3
	EQ	3,00	-	-	-	3,00
Psychiatrische Versorgung – Zentrum für psychiatrische Rehab. Stadion	P.T.	15	-	-	-	15
	T.P.	28	1	-	-	29
	EQ	37,70	1,00	-	-	38,70
Psychiatrische Versorgung (ZGG)	P.T.	10	17	5	3	35
	T.P.	43	44	1	10	98
	EQ	49,00	55,75	4,75	11,75	121,25
Psychiatrische Versorgung – Geschützte Gemeinschaften	P.T.	1	7	4	7	19
	T.P.	1	15	3	4	23
	EQ	1,75	20,00	5,25	8,25	35,25
Stationäre Versorgung der alten Menschen	P.T.	3	32	-	8	43
	T.P.	6	10	-	2	18
	EQ	8,00	28,30	-	6,75	43,05
Pflegeheime	P.T.	-	6	-	-	6
	T.P.	-	5	-	-	5
	EQ	-	8,50	-	-	8,50
Psychologischer Dienst	P.T.	8	1	5	2	16
	T.P.	20	2	10	10	42
	EQ	26,00	2,75	13,00	11,25	53,00
INSGESAMT	P.T.	**41**	**69**	**18**	**22**	**150**
	T.P.	**127**	**91**	**21**	**34**	**273**
	EQ	**154,30**	**134,05**	**32,25**	**47,25**	**367,85**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Abbildung 22: **Äquiv. Personal in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

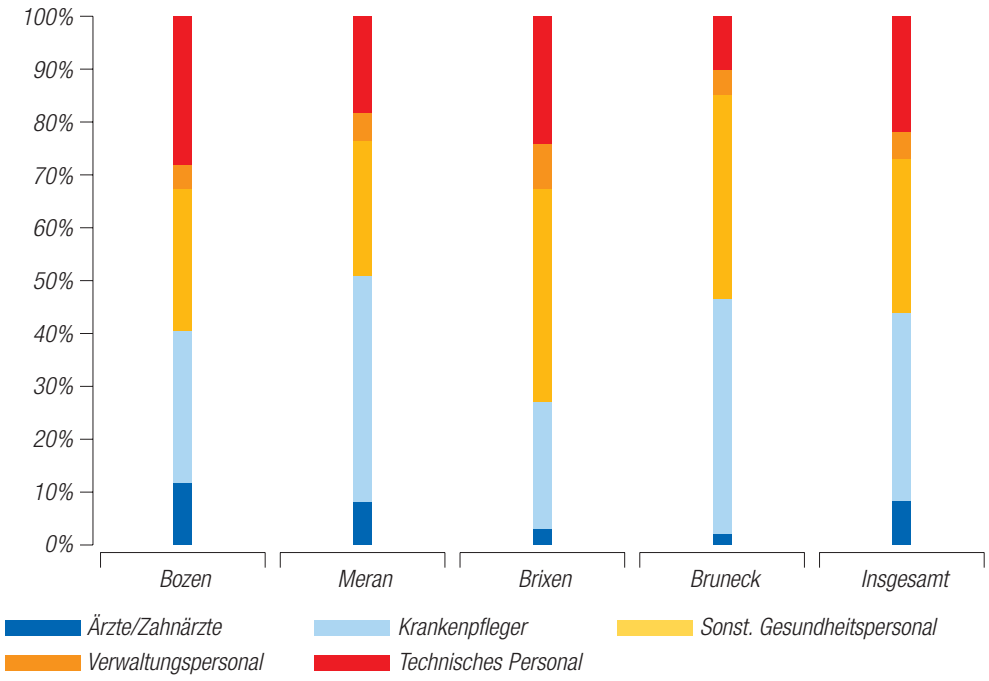


Tabelle 20: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung nach Berufsbild - Jahr 2005**

Dienst	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken-pfleger		Sonst. Gesundheits-personal		Verwal-tungs-personal		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen (DfA)	9	9,00	20	18,50	24	22,50	6	4,50	12	10,60	71	65,10
Psychiatrische Versorgung – Tagesstätten	-	-	2	2,00	-	-	-	-	1	1,00	3	3,00
Psychiat. Versorg.g – Zentr. f. psychiatrische Rehab. Stadion*	3	3,00	12	10,60	2	2,00	2	2,00	24	20,35	43	37,95
Psychiat. Versorgung (ZGG)	19	19,00	37	32,25	40	36,50	8	6,25	29	27,25	133	121,25
Psychiatrische Versorgung – Geschützte Gemeinschaften	-	-	21	16,25	1	1,00	-	-	20	18,00	42	35,25
Stationäre Versorgung der alten Menschen	-	-	60	42,55	-	-	-	-	1	0,50	61	43,05
Pflegeheime	-	-	10	8,00	-	-	-	-	1	0,50	11	8,50
Psychologischer Dienst	-	-	-	-	49	45,00	7	6,00	2	2,00	58	53,00
INSGESAMT	**31**	**31,00**	**162**	**130,15**	**116**	**107,00**	**23**	**18,75**	**90**	**80,20**	**422**	**367,10**

** Für 1 Mitarbeiter wurde das Berufsbild nicht angegeben (äquivalentes Personal=0,75)*

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Den größten Bestand an Ärzten, Verwaltungspersonal und technischem Personal verzeichnet die Psychiatrische Versorgung der Zentren für Geistige Gesundheit (19,00 bzw. 6,25 bzw. 27,25 äquivalente Mitarbeiter). Die stationäre Versorgung der alten Menschen umfasst am meisten Krankenpflegepersonal, während das sonstige Gesundheitspersonal (vorwiegend Psychologen) seinen höchsten Anteil beim Psychologischen Dienst aufweist.

Bereich Prävention

Zum 31.12.2005 waren im Bereich Prävention der Sanitätsbetriebe 329 Mitarbeiter tätig (29,1% Teilzeitbeschäftigte), was 296,30 äquivalenten Arbeitskräften entspricht. 32,4% des äquivalenten Personals insgesamt (96,10 äquivalente Mitarbeiter) arbeiten in den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Sanitätsbetriebe. Es folgen die Tierärztlichen Dienste mit 24,6% (72,85 äquivalente Mitarbeiter), die Dienste für Rechtsmedizin mit 12,4% (36,75 äquivalente Mitarbeiter), das Personal der Dienste für Pneumologie mit 10,8% (32,10 äquivalente Mitarbeiter und der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen mit 10,0% (29,75 äquivalente Mitarbeiter). Die restlichen Arbeitskräfte sind bei den Diensten für Sportmedizin sowie bei der Hygiene des Dienstes für Arbeitsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen tätig.

Tabelle 21: **Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt nach Dienst und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Teilzeit. Pers.	15	7	5	5	32
	Vollzeit Pers.	38	17	12	9	76
	Äquiv. Pers.	46,85	21,75	15,50	12,00	96,10
Sportmedizin	Teilzeit. Pers.	3	-	3	5	11
	Vollzeit Pers.	10	-	1	2	13
	Äquiv. Pers.	12,00	-	2,75	4,75	19,50
Rechtsmedizin	Teilzeit. Pers.	12	4	-	-	16
	Vollzeit Pers.	20	6	-	-	26
	Äquiv. Pers.	27,75	9,00	-	-	36,75
Dienst für Arbeitsmedizin - Klinischer Bereich	Teilzeit. Pers.	8	-	-	-	8
	Vollzeit Pers.	24	-	-	-	24
	Äquiv. Pers.	29,75	-	-	-	29,75
Dienst für Arbeitsmedizin - Hygiene	Teilzeit. Pers.	2	-	-	-	2
	Vollzeit Pers.	8	-	-	-	8
	Äquiv. Pers.	9,25	-	-	-	9,25
Dienst für Pneumologie	Teilzeit. Pers.	17	-	-	-	17
	Vollzeit Pers.	19	-	1	-	20
	Äquival. Pers.	31,10	-	1,00	-	32,10
Tierärztlicher Dienst	Teilzeit. Pers.	10	-	-	-	10
	Vollzeit Pers.	66	-	-	-	66
	Äquiv. Pers.	72,85	-	-	-	72,85
INSGESAMT	Teilzeit. Pers.	**67**	**11**	**8**	**10**	**96**
	Vollzeit Pers.	**185**	**23**	**14**	**11**	**233**
	Äquiv. Pers.	**229,55**	**30,75**	**19,25**	**16,75**	**296,30**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Das im Bereich Prävention vorherrschende Berufsbild ist jenes des sonstigen Gesundheitspersonals, das 31,2% des gesamten äquivalenten Personals dieses Bereichs deckt (92,40 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen die Ärzte (Tierärzte eingeschlossen) und das Verwaltungspersonal mit 27,7% (82,00 äquivalente Mitarbeiter) bzw. 22,6% (66,90 äquivalente Mitarbeiter). Das Krankenpflegepersonal macht 13,2% (39,00 äquivalente Mitarbeiter) aus, die restlichen 5,4% (16,00 äquivalente Mitarbeiter) setzen sich aus technischem Personal zusammen.

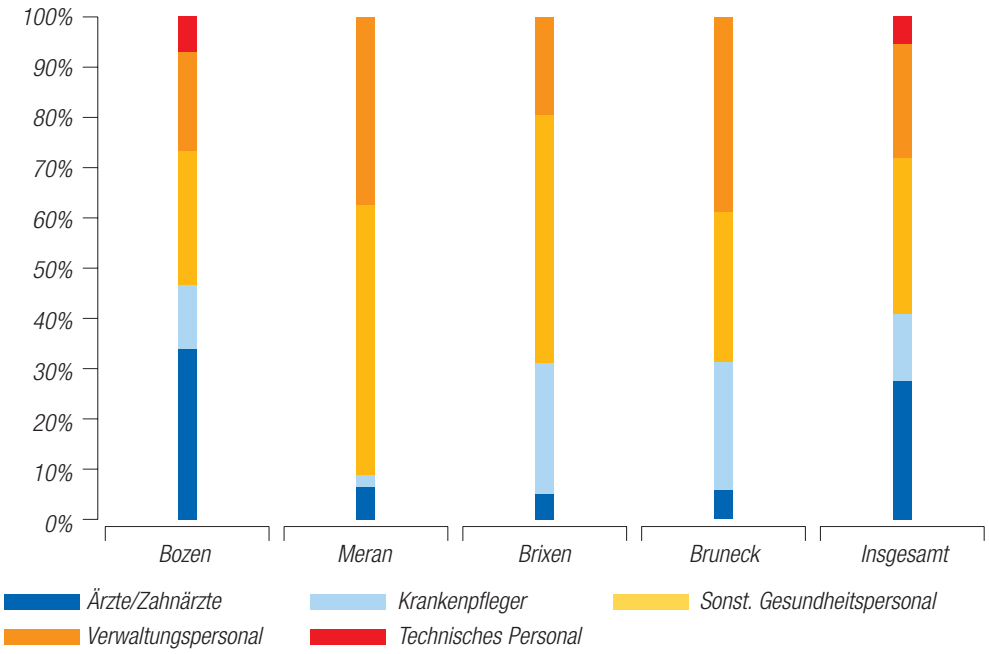
Der größte Bestand an Ärzten/Tierärzten ist im Tierärztlichen Dienst zu verzeichnen (38,00 äquivalente Mitarbeiter). Den größten Anteil an Krankenpflegepersonal weist der Dienst für Pneumologie mit 10,25 äquivalenten Mitarbeitern auf. Das meiste Verwaltungspersonal konzentriert sich im Dienst für Rechtsmedizin (24,50 äquivalente Mitarbeiter).

Tabelle 22: **Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2005**

Dienst	Ärzte/ Tierärzte		Kranken-pfleger		Sonst. Ge-sundheits personal		Verwal-tungspers.		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Hygiene u. Öffentl. Gesundheit	11	11,00	9	7,25	62	56,55	24	19,30	2	2,00	108	96,10
Sportmedizin	5	5,00	13	9,75	1	1,00	5	3,75	-	-	24	19,50
Rechtsmedizin	5	4,50	5	3,75	2	2,00	28	24,50	2	2,00	42	36,75
Dienst für Arbeitsmedizin - Klinischer Bereich	14	14,00	9	8,00	5	3,75	3	3,00	1	1,00	32	29,75
Dienst für Arbeitsmedizin - Hygiene	2	1,75	-	-	6	6,00	2	1,50	-	-	10	9,25
Dienst für Pneumologie	8	7,75	12	10,25	12	9,35	5	4,75	-	-	37	32,10
Tierärztlicher Dienst	38	38,00	-	-	14	13,75	13	10,10	11	11,00	76	72,85
INSGESAMT	**83**	**82,00**	**48**	**39,00**	**102**	**92,40**	**80**	**66,90**	**16**	**16,00**	**329**	**296,30**

Quelle: Sanitätsbetriebe – SIPS-Daten

Abbildung 23: **Äquiv. Personal in der Prävention des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



1.2. AUSBILDUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS

Im Schuljahr 2005/2006 betrug die Zahl der an der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ angemeldeten Schüler 568; die Zahl der Absolventen des Jahres 2005 belief sich auf 177.
Im Jahr 2005 schlossen 239 sozio-sanitäre Mitarbeiter die einschlägigen Kurse ab.
Den Ärzten wurden 106 Stipendien für Fachausbildungen im Ausland und 38 Stipendien für Fachausbildungen in Italien gewährt.
Im Rahmen der ständigen Weiterbildung wurden 97 Kurse und 13 Tagungen von der Provinz sowie 827 Kurse von den Sanitätsbetrieben organisiert.

Die Autonome Provinz Bozen fördert und ergreift – direkt oder durch Konventionen mit Körperschaften und Sanitätsbetrieben – koordinierte Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung, die der organisatorischen Entwicklung der Gesundheitsdienste sowie dem einschlägigen kurz- und mittelfristigen Bedarf an qualifizierten Humanressourcen entsprechen.
Die Aus- und Weiterbildungstätigkeit gliedert sich in Grundausbildung, Fachausbildung und ständige Weiterbildung. Dazu kommen noch die Pflicht-Praktika vor dem Universitätsabschluss für die angehenden Ärzte und die Ausbildung für die Basisärzte.
Die Planung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Ausbildung des Gesundheitspersonals des Landes erfolgt im Dreijahresplan, der gemäß den Bestimmungen des Landesgesundheitsplans 2000-2002 unter Berücksichtigung der vom Landesressort für Gesundheit ermittelten Personalanforderungen der Gesundheitsdienste sowie der von den Sanitätsbetrieben gemeldeten Prioritäten ausgearbeitet wird. Dieser Plan wird jährlich durch neue Initiativen ergänzt, die in den Terminplan der im Jahresverlauf durchzuführenden Maßnahmen (Seminare, Tagungen, Ausbildungskurse) aufgenommen werden.
Die Aus- und Weiterbildungskurse für das Personal in den Gesundheitseinrichtungen werden sowohl auf Landesebene als auch auf der Ebene der Sanitätsbetriebe organisiert.

1.2.1. Grundausbildung

Die Grundausbildung bereitet das Personal auf eine berufliche Qualifizierung vor und bezieht sich auf Kurse und Schulen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, nach deren Abschluss ein Diplom/Studientitel ausgestellt wird.
Mit dem Schuljahr 1996/97 hat die neue (nach Einführung der „Universitätsdiplome” und auf gesamtstaatlicher Ebene gegründete) „Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe – Claudiana“ ihre Tätigkeit aufgenommen. Zu diesem Zweck wurden Konventionen mit 4 Universitäten abgeschlossen (Verona, Ferrara, Rom, Innsbruck) während die didaktische Organisation den Modellen der deutschsprachigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union angepasst ist.
Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass nach der Universitätsreform des Schuljahres 2002/2003 die Universitätsdiplome zu Universitätsabschlüssen der 1. Ebene wurden.

Tabelle 23: **Angemeldete Schüler der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe nach Studienjahr - Jahr 2005/2006**

Berufsbild	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Insgesamt
Diplom-Krankenpfleger	130	117	70	317
Hebammen	-	14	11	25
Röntgentechniker	-	13	-	13
Labortechniker	-	-	12	12
Physiotherapeuten	18	18	19	55
Ergotherapeuten	-	-	19	19
Diätberater	15	-	12	27
Zahnhygieniker	-	12	-	12
Logopäden	20	-	-	20
Kinderkrankenpfleger	-	-	22	22
Umwelttechniker	-	-	16	16
Orthoptisten	9	-	-	9
Master Management	-	21	-	21
INSGESAMT	**192**	**195**	**181**	**568**

Quelle: A.P.B. - Amt für Personalausbildung

Auch im Schuljahr 2004/05 wurden die Kurse für Pflegehilfen-sozio-sanitäre Mitarbeiter sowie die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter abgehalten. Diese Mitarbeiter leisten ihre Tätigkeit sowohl im sozialen als auch im gesundheitlichen Bereich in sozial-fürsorglichen und sozial-gesundheitlichen, stationären oder halbstationären Diensten, im Krankenhaus, territorial oder zu Hause des Patienten.
Die Kurse fanden in den Sanitätsbetrieben, in italienischen und deutschen Schulen für die Gesundheitsberufe und beim KVW („Katholischer Verband der Werktätigen") statt; 2005 schlossen 25,1% Mitarbeiter mehr als 2004 diese Kurse ab.

Tabelle 24: **Anzahl der diplomierten sozio-sanitären Mitarbeiter nach besuchtem Institut – Jahr 2005**

Institut	Anzahl der diplomierten Schüler
Sanitätsbetriebe	53
Italienische Schulen für Gesundheitsberufe	76
Deutsche Schulen für Gesundheitsberufe	76
KVW	34
DIPLOMIERTE SOZIO-SANITÄRE MITARBEITER INSGESAMT	**239**

2005 wurde im Sanitätsbetrieb Bozen außerdem das Spezialisierungsmodul in der Psychiatrie abgeschlossen.

Abbildung 24: **Anmeldungen zu den Grundausbildungskursen Schuljahre 1995/1996 - 2005/2006**

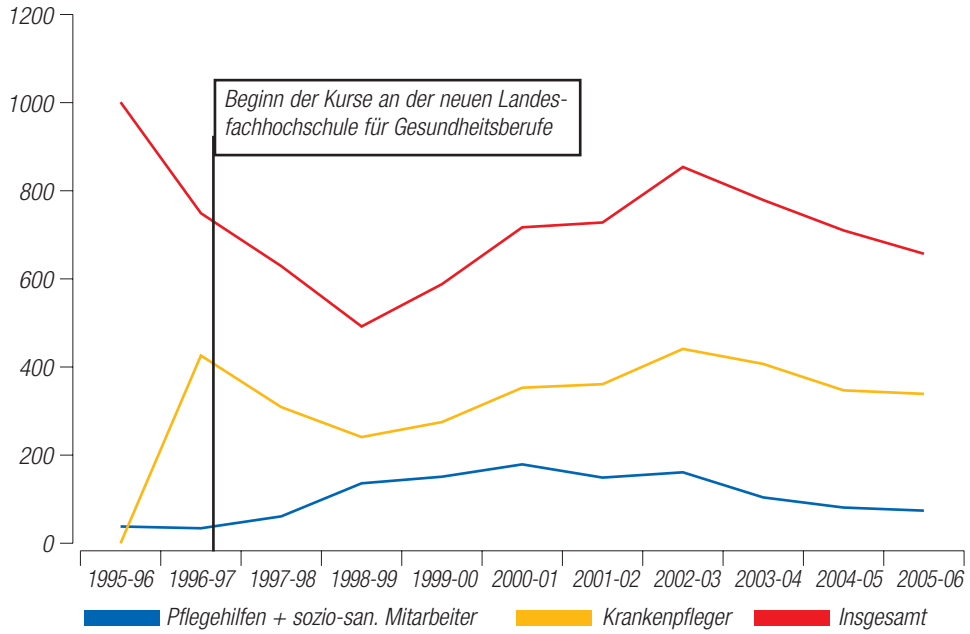


Tabelle 25: **Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ nach Berufsbild - Jahr 2005**

Berufsbild	*Anz. der Absolventen*	*Prozentsatz der Schüler des letzten Jahres*
Diplom-Krankenpfleger	*78*	*93,9 %*
Kinderkrankenpfleger	*17*	*80,9%*
Sanitätsassistenten	*14*	*100%*
Physiotherapeuten	*16*	*100%*
Logopäden	*13*	*68,4%*
Orthoptisten	*11*	*100%*
Hebammen	*12*	*66,6%*
Röntgentechniker	*12*	*92,3%*
Orthopädische Techniker	*4*	*100%*
INSGESAMT	***177***	***88,9%***

Quelle:A.P.B. - Amt für Personalausbildung

Die Gesamtanzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ und der Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter im Schuljahr 2004/2005 betrug 416. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der Absolventen um rund 4,1% gesunken. Die Gesamtzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe ist 2005 gegenüber 2004 hingegen um 36 angestiegen; wobei die Anzahl der Diplom-Krankenpfleger gesunken ist (von 85 des Jahres 2004 auf 78 im Jahr 2005), während es 31 Absolventen in im Jahr 2004 nicht vorhandenen Studiengängen gab (17 Kinderkrankenpfleger, zu denen 14 Sanitätsassistenten hinzukamen).

1.2.2. Fachausbildung

Die Fachausbildung ermöglicht es den Besitzern eines akademischen Studientitels der Medizin und Chirurgie, ihre Ausbildung in einem bestimmten Bereich fortzusetzen.
Die Autonome Provinz Bozen fördert die Fachausbildung von Ärzten und anderen akademischen Berufsbildern des Gesundheitswesens (Psychologen, Biologen, Physiker, Apotheker etc.) durch Konventionen mit italienischen und österreichischen Universitäten

bzw. Hochschulen anderer EU-Mitgliedstaaten im deutschsprachigen Kulturraum und mittels Gewährung von Stipendien.
Der Bedarf an Fachärzten wird für jeden Fachbereich von der Landesregierung aufgrund der Angaben der Sanitätsbetriebe und der konventionierten Einrichtungen sowie unter Berücksichtigung der Ziele des Landesgesundheitsplans festgelegt.
Außerdem wurde das neue Landesgesetz Nr. 14/2002 über die fachärztliche Ausbildung in Einklang mit der neuen staatlichen und europäischen Gesetzgebung in diesem Bereich angenommen. Die entsprechenden Durchführungsverordnungen werden im Laufe des Jahres 2006 in Kraft treten.

Tabelle 26: **Anzahl der Stipendien für die Fachausbildung - Schuljahr 2004-2005**

Art der Fachausbildung	*Ausland*	*Italien*
Anästhesie und Reanimation	*16*	*1*
Kardiologie	*-*	*3*
Allgemeine Chirurgie	*10*	*1*
Gesichts- und Kieferchirurgie	*-*	*3*
Plastische Chirurgie	*1*	*-*
Thorax-Chirurgie	*-*	*2*
Dermatologie und Venerologie	*3*	*1*
Hämatologie	*-*	*2*
Geriatrie	*-*	*2*
Geburtshilfe und Gynäkologie	*10*	*2*
Physikalische Medizin und Rehabilitation	*4*	*1*
Interne Medizin	*10*	*6*
Neurochirurgie	*1*	*-*
Neurologie	*5*	*-*
Neuropsychiatrie für Kinder	*1*	*-*
Ophthalmologie	*5*	*-*
Orthopädie und Traumatologie	*7*	*1*
HNO	*3*	*-*
Pädiatrie	*19*	*5*
Psychiatrie	*4*	*-*
Klinische Psychologie	*-*	*3*
Röntgendiagnostik	*3*	*3*
Urologie	*3*	*-*
Ernährungswissenschaften	*-*	*1*
Hygiene und Präventivmedizin	*1*	*1*
INSGESAMT	***106***	***38***

Quelle: A.P.B. - Amt für Personalausbildung

2005 erhielten Biologen, Ernährungsberater, Ärzte und Psychologen außerdem einen Beitrag für kurze Fachausbildungen oder Praktika gemäß den Bestimmungen des Landesgesetzes Nr. 14/2002, Art. 4 für einen Gesamtbetrag in Höhe von 368.257,00 Euro.

Tabelle 27: **Anzahl der Beiträge für Fachausbildungen oder Praktika (LG Nr. 14/2002, Art. 4) – Jahr 2005**

Art der Fachausbildung	*Ausland*	*Italien*
Biologen	*-*	*1*
Ernährungsberater	*1*	*-*
Ärzte	*1*	*-*
Psychologen	*8*	*12*
INSGESAMT	***10***	***13***

Quelle: A.P.B. - Amt für Personalausbildung

1.2.3. Praktika

Im Jahr 2005 ist die Anzahl der Anträge auf Studienbeihilfen für das Praktikum für die Zulassung zum Staatsexamen von Psychologen und Tierärzten im Vergleich zum Vorjahr von 43 auf 48 Anträge für einen Gesamtbetrag von 445.510,00 Euro leicht angestiegen.

Tabelle 28: **Anträge auf Studienbeihilfen für Praktika von Biologen, Psychologen und Tierärzten und aufgewendeter Betrag - Jahre 1993-2005**

Jahr	Anträge			Gesamtbetrag (Euro)
	Biologen	Psychologen	Tierärzte	
1993	10	-	-	27.891,00
1994	13	19	-	108.942,00
1995	12	13	-	81.165,00
1996	13	7	-	113.495,00
1997	15	11	1	191.281,00
1998	16	25	-	247.077,00
1999	16	13	-	274.873,00
2000	11	26	3	257.093,00
2001	3	25	2	297.232,00
2002	-	32	3	246.955,00
2003	-	39	1	318.722,00
2004	-	43	2	348.247,00
2005	-	48	-	445.510,00

Quelle: A.P.B. - Amt für Personalausbildung

1.2.4. Allgemeinmedizin

Im Jahr 2005 wurde der dreijährige Fachausbildungskurs in Allgemeinmedizin mit 15 Teilnehmern fortgesetzt. Mit der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin wurde die Konvention für den theoretischen Teil der Ausbildung erneuert. Der wissenschaftliche Ausschuss versammelte sich vier Mal.

1.2.5. Ständige Weiterbildung

Die ständige Weiterbildung bietet den Fachärzten die Möglichkeit, im Laufe ihrer Karriere neue Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlangen, welche es ihnen erlauben, ihr Fachwissen immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik in ihrem Bereich zu halten und ihre Arbeit mit Sachverstand unter Berücksichtigung der vom Landesgesundheitsplan vorgesehenen Entwicklung des Landesgesundheitssystems zu leisten.

Am 5.3.2001 trat das Landesgesetz Nr. 7 in Kraft, das im Art. 49 die Einrichtung der Landeskommission für die ständige Weiterbildung vorsieht (tätig seit Dezember 2002). Dabei handelt es sich um ein mit dem derzeitigen nationalen System (ECM – ständige medizinische Weiterbildung) kohärentes Organ der Provinz. Auf der Grundlage dieses Systems der „Ausbildungscredits" muss jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Arzt, Krankenpfleger oder andere) nach der Grundausbildung seine berufliche Weiterbildung fortsetzen. Für jeden Mitarbeiter ist deshalb eine Fortbildung seines theoretischen Fachwissens, seiner praktischen Fähigkeiten und der Kompetenzen im Bereich Kommunikation und auf Beziehungsebene vorgesehen.

Das bedeutet in der Praxis, dass jeder Mitarbeiter verpflichtet ist, innerhalb eines bestimmten Zeitraums 150 Ausbildungscredits zu erlangen (10 Credits waren für das Jahr 2002 vorgesehen, 20 Credits für 2003, 30 für 2004 und 30 für 2005).

Gemäß den nationalen Bestimmungen und in Bezug auf die Autonomie der Autonomen

Provinz Bozen erarbeitete die Landeskommission für die ständige Weiterbildung:

a) die Ausbildungsziele im Gesundheitswesen
b) die Bewertungskriterien der Ausbildungsinitiativen in Südtirol und die Bewertungskriterien der Ausbildungserfahrungen der Mitarbeiter des Landesgesundheitsdienstes im Ausland. Die in den anderen Regionen oder Provinzen angebotenen Ausbildungsmaßnahmen werden auf örtlicher Ebene bewertet, falls das System dort implementiert ist, oder von der nationalen Kommission. Die Zuweisung der Punkteanzahl gemäß LG Nr. 14/2002 und die entsprechende Durchführungsverordnung wurden den Berufsverbänden/Kammern und Kollegien übertragen.

1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse der Provinz

Die Entscheidung des Amtes für Personalausbildung, in der Provinz überbetriebliche Projekte der ständigen Weiterbildung anstelle der einzelnen, voneinander unabhängigen Initiativen zu fördern, erwies sich als richtig und berücksichtigt auch die Rolle der Provinz im Rahmen der ständigen Weiterbildung. Einen Ausbau erfuhren dabei jene Themenbereiche, die für die gesamte Provinz von Belange sind; auch das Ausbildungsangebot musste entsprechend gestaltet werden.

Das Ziel war die Zusammenlegung der Ressourcen, die Förderung der Interdisziplinarität und die Entwicklung von Kooperationsnetzen.

Zu den Projektthemen gehörten: Palliative Care, Evidence Based Nursing, Virtuelle Medizinische Bibliothek, E-Learning, Management, Psychosomatik, Ethik, Komplementärmedizin und Umweltmedizin.

Palliative Care: Es wurden der 2. interdisziplinäre Grundkurs in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern eingeleitet und der 3. „Tag der Palliativtherapien“ in Sterzing abgehalten, der eine große Teilnahme verzeichnete.

Evidence Based Nursing: Es wurde die Planung des EBN-Implementierungsprojektes für die Krankenpflege und Ausbildung der Krankenpfleger in Zusammenarbeit mit Krankenpflege-Vertretern der Sanitätsbetriebe, dem Berufsverband und der Landesfachhochschule für Gesundheitswesen „Claudiana“ fortgesetzt.

Virtuelle Medizinische Bibliothek: Es wurde ein Instrument zur Unterstützung der täglichen Arbeit des Südtiroler Gesundheitspersonals bei der Versorgung, Verwaltung, im Studium, bei der ständigen Erziehung und in der Forschung eingerichtet. Dieses für medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse offene Portal richtet sich an das Südtiroler Gesundheitswesen und bietet Zugriff auf die maßgebendsten, online verfügbaren Quellen. Die Website „www.bmv.Bolzano.it“ ist allen zugänglich. Zu den Ressourcen der elektronischen Fachzeitschriften und Datenbanken der Virtuellen Medizinischen Bibliothek haben Folgende Zugang:

- das Personal der Sanitätsbetriebe der Autonomen Provinz Bozen
- das Personal und die Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitswesen „Claudiana“
- das Personal des Departements für Gesundheitswesen und Sozialpolitik der Autonomen Provinz Bozen

E-learning: Es wurden E-Learning-Initiativen zu wichtigen gesundheitlichen Interessensbereichen eingeleitet. Die Kurse richteten sich an verschiedene Berufsbilder des Gesundheitswesens: Ärzte jeder Fachrichtung sowohl auf Krankenhausebene als auch Allgemeinmediziner, Krankenpflegepersonal und Verwaltungspersonal. Damit sollte ein ange-

messenes Ausbildungsangebot für die Tätigkeiten im Gesundheitswesen geschaffen und die größt mögliche Anzahl von Mitarbeitern im Südtiroler Gesundheitswesen zu einer angemessenen und effizienten gesundheitlichen Versorgung motiviert werden. Das E-Learning ist außerdem ein nützliches Instrument für die ständige Fortbildung, eine virtuelle Stätte des Austausches, der Erarbeitung und Diskussion von Themenbereichen, die einem ständigen „Lernen“ unterliegen..

Management und Führung: 2005 wurden die ersten beiden Kurse für Führungskräfte im Gesundheitswesen gemäß DPR Nr. 484/1997 und LG Nr. 5/1998 mit Gültigkeit auf dem gesamten Staatsgebiet mit 42 abgeschlossen. Zugelassen waren auch Mitarbeiter in nicht-leitenden Positionen, um den Sanitätsbetrieben die Schaffung eines Pools neuer Führungskräfte zu ermöglichen; außerdem beteiligten sich einige Verwaltungsleiter, um ein Netz der Verbindung der Anforderungen des medizinischen Bereichs und des verwaltungstechnischen Bereichs zu schaffen. Die Schwerpunkte der didaktischen Module waren das Personalmanagement, die Betriebsführung und die Organisation. Die inhaltliche Organisation der Kurse wurde den Universitäten Bocconi von Mailand und Innsbruck übertragen, die Koordinierung fand vor Ort statt. Des Weiteren wurden zwei neue Kurse mit insgesamt 44 Teilnehmern eingeleitet.

Psychosomatik: Im Schuljahr 2004/05 wurde erstmals eine Veranstaltungsreihe mit 5 Initiativen zu diesem Themenschwerpunkt für Ärzte und Psychologen in Therapiezentrum „Bad Bachgart“ organisiert. Unter anderem wurden die somatoformen Störungen des Respirationstraktes, Herzgefäßsystems und Gastrointestinaltraktes sowie spezifische Pathologien wie Kopfschmerzen und Rückenleiden behandelt.

Ethik: Das Landeskomitee für Ethik setzte auch im Jahr 2005 seine Arbeit fort und hielt drei Vollversammlungen und einige Sitzungen der Untergruppen zur Überprüfung diverser Themen ab. Das Hauptthema des Jahres war „Ethik in der Kommunikation“, zu dem eine Vortragsreihe für das Gesundheitspersonal und Interessierte und drei Konferenzen für die Öffentlichkeit organisiert wurden. Auf der Webseite wurde ein Informationsdokument zum Referendum über die medizinisch assistierte Fortpflanzung und die sogenannte „Abtreibungspille“ RU 486 veröffentlicht. Zahlreiche, von den Bürgern per E-Mail eingesendete Fragen wurden von den Komiteemitgliedern beantwortet. Außerdem wurden Stellungnahmen über verschiedene Forschungen abgegeben, und die Homepage erfuhr eine völlige Neugestaltung.

Komplementärmedizin: Es wurden ein Fortbildungskurs in Homöopathie für Apotheker in Zusammenarbeit mit der Universität Camerino, der „Società Italiana di Medicina Omeopatica“ und der Südtiroler Apothekerkammer sowie ein Fortbildungskurs in Akupunktur für Ärzte in Zusammenarbeit mit dem Institut „Matteo Ricci“ von Bologna, der DÄGFA (Deutsche Ärztegesellschaft für Akupunktur) und der Südtiroler Ärztekammer abgehalten.

Umweltmedizin: Es wurden ein „Grundausbildungskurs in Umweltmedizin“ für Allgemeinmediziner und Fachärzte sowie die Tagung „Fokus Feinstaub: Ursachen, Auswirkungen auf die Gesundheit, Maßnahmen“ veranstaltet, an denen Gesundheitspersonal, politische Vertreter, Fachkräfte von Körperschaften der Provinz und Gemeinden und Vertreter von Umweltverbänden teilnahmen.

Im Jahr 2005 organisierte die Autonome Provinz Bozen 97 Kurse und 13 Tagungen für das akademische und nicht akademische Krankenpflege-, technische, Rehabilitations- und Hilfspersonal der Sanitätsbetriebe.

Die Weiterbildungskurse wurden von 3.390 Mitarbeitern im Gesundheitswesen besucht.

Das unter den Kursteilnehmern vorherrschende Berufsbild war das Krankenpflegepersonal (962 Teilnehmer), gefolgt von den Ärzten (940). Die Anzahl der für die ständige Weiterbildungstätigkeit aufgebrachten Stunden betrug rund 1.881, die entsprechenden Ausgaben beliefen sich auf ca. 536.003 €.
An den 13 von der Provinz organisierten Tagungen nahmen 1.313 Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe teil, 712 davon waren Ärzte. Die Zahl der den Tagungen gewidmeten Stunden war 103, dafür wurde ein Betrag von rund 189.689 € aufgewendet.

Tabelle 29: **Weiterbildungstätigkeit des Personals der Gesundheitsdienste der Provinz – Jahr 2005**

Berufsbild	*Anzahl der Teilnehmer an Kursen für die ständige Weiterbildung*	*Anz. der Teilnehmer an Tagungen*
Ärzte	*940*	*712*
Psychologen	*412*	*22*
Psychiater	*38*	*1*
Tierärzte	*63*	*2*
Biologen, Physiker, Apotheker, Chemiker	*151*	*84*
Verwaltungspersonal	*122*	*34*
Krankenpflegepersonal	*962*	*197*
Rehabilitationspersonal	*132*	*19*
Technisch-sanitäres Personal	*148*	*45*
Hilfspersonal	*4*	*-*
Sonstiges nicht-akademisches Personal	*418*	*197*
INSGESAMT	***3.390***	***1.313***

Quelle: A.P.B. - Amt für Personalausbildung

1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse der Sanitätsbetriebe

Auch die Sanitätsbetriebe veranstalteten 2005 zahlreiche Weiterbildungskurse sowohl für die Mitarbeiter der territorialen Dienste als auch für das Krankenhauspersonal. Insgesamt organisierten die Sanitätsbetriebe über 827 Kurse, einige davon wurden während des Jahres mehrfach wiederholt (die diesbezüglichen Daten des Sanitätsbetriebs Bruneck waren beim Redaktionsschluss dieses Gesundheitsberichtes nicht verfügbar).
Wie jedes Jahr behandelten die Kurse verschiedene Themen, von der Vertiefung der medizinischen Kenntnisse bis hin zur Krankenpflege, mit besonderem Hinweis auf die Ausbildung im Bereich der Informatik für alle Berufsbilder der Sanitätsbetriebe.

Tabelle 30: **Anzahl der Kurse und Gesamtausgaben für die Ausbildungsmaßnahmen der Sanitätsbetriebe - Jahr 2005**

	Bozen	*Meran*	*Brixen*	*Bruneck*
Kurse	*154*	*368*	*305*	*n.d.*
Gesamtausgaben (in Euro)	*93.304*	*206.120*	*149.053*	*n.d.*

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 31: **Anzahl der Teilnehmer an den Ausbildungsmaßnahmen der Sanitätsbetriebe - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Ärzte	*1.103*	*741*	*437*	*n.d.*
Sonstige Akademiker	*72*	*178*	*161*	*n.d.*
Krankenpflegepersonal	*1.059,0*	*3.186,0*	*2.853*	*n.d.*
Rehabilitationspersonal	*232*	*247*	*307*	*n.d.*
Technisch-sanitäres Personal	*516*	*208*	*32*	*n.d.*
Verwaltungspersonal	*397*	*269*	*282*	*n.d.*
Sonstige Berufsbilder	*320*	*423*	*851*	*n.d.*

Quelle: Sanitätsbetriebe

1.2.5.3. Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren

Das Landesgesetz Nr. 14/02 sieht Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen vor, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren. 2005 wurden 25 Anträge eingereicht und angenommen; dafür wurden Beiträge für insgesamt rund Euro 503.699,00 zugewiesen.

1.2.5.4. Stipendien für die Ausbildung und Fachausbildung der sanitären, technischen und Hilfsfachkräfte

Das Landesgesetz Nr. 14/02 sieht außerdem Stipendien für den Besuch von Schulen oder Kursen der Grund-, Fachausbildung und ständigen Weiterbildung vor. 2005 wurden 76 Anträge eingereicht (6 davon wurden zurückgewiesen); der dafür bereitgestellte Gesamtbetrag belief sich auf 216.725,00 Euro.

Aus diesem Betrag ausgeschlossen sind die Anträge, die von den Schülern der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ eingereicht wurden, und die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter, da diese in die Zuständigkeiten des Amtes für Schul- und Hochschulfürsorge fallen.

1.2.6. Gleichwertigkeit der im deutschsprachigen Raum erlangten Studientitel

Art. 6 des DPR Nr. 197 vom 26. Januar 1980 sieht vor, dass die Autonome Provinz Bozen eine Gleichwertigkeitserklärung für die von Bürgern der Europäischen Union in einem deutschsprachigen Land (Deutschland, Österreich und Schweiz) erlangten Studientitel für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, unter Berücksichtigung des Bedarfs an Mitarbeitern im Gesundheitsdienst der Provinz Bozen, ausstellen kann. Diese Gleichwertigkeit gilt nur für das Gebiet der Provinz Bozen.

Die Gleichwertigkeitserklärung wird nur ausgestellt, wenn der Kandidat die in Italien für die Erlangung derselben Ausbildung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Außerdem muss die im Ausland absolvierte und abgeschlossene Ausbildung dieselbe Dauer sowohl für den theoretischen Unterricht als auch für das Praktikum haben.

2005 wurden 14 Gleichwertigkeitserklärungen ausgestellt. Mit der Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 18.06.2002 war die Autonome Provinz Bozen (wie auch die anderen betroffenen Regionen) ermächtigt, Ermittlungsverfahren für die Anerkennung der Befähigungstitel im Gesundheitsbereich (Krankenpfleger und sanitäre Röntgentechniker) anzustellen, die in Nicht-EU-Ländern erlangt worden waren (gemäß Art. 1, Absatz 10-ter der Gesetzesverordnung Nr. 402 vom 12.11.01, umgewandelt in Gesetz durch Art. 1 des Gesetzes Nr. 1 vom 8.1.2002). Mit dieser Ermächtigung wurde die Durchführung der Verfahren beschleunigt.

2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen betrugen im Jahr 2005 1.121,791 Millionen Euro (2.331,75 Euro pro Kopf).
Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen machten 92,7% der von den Sanitätsbetrieben und vom Land getragenen Gesamtausgaben aus (1.039,982 Millionen Euro; 2.161,70 Euro pro Kopf).
Die laufenden Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen des Landes am BIP entsprachen 2005 7,5% (auf gesamtstaatlicher Ebene 6,8%).
Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität war 2005 insgesamt positiv mit 3,687 Millionen Euro.
Auch der Saldo der überregionalen fachärztlichen Mobilität des Jahres 2005 war mit 1,107 Millionen Euro positiv.

ÖFFENTLICHE UND PRIVATE AUSGABEN

In den nachstehenden Absätzen werden die öffentlichen Ausgaben der Provinz Bozen für das Gesundheitswesen, d.h. die vom Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben analysiert. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen setzen sich zusammen aus:

- den von den Sanitätsbetrieben getragenen Führungskosten und Investitionen, die den Haushaltplänen bzw. den Beschlussfassungen der Landesregierung entnommen werden können;
- den direkt von der Provinz getragenen laufenden Ausgaben und Investitionsausgaben, die sich aus dem Landeshaushalt ergeben

Die makroökonomische Analyse der Ausgaben für das Gesundheitswesen ergibt, dass die italienischen Familien in den letzten Jahren immer mehr für die Gesundheit ausgegeben haben.
Die nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich, da die privaten Gesundheitsausgaben aufgrund der spärlichen Informationsquellen schwierig zu bemessen sind.

LAUFENDE AUSGABEN UND INVESTITIONS-AUSGABEN

Die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich können in laufende Ausgaben (Absatz 2.2) und Ausgaben aus Kapitalbewegungen (Investitionsausgaben) (Absatz 2.3) unterteilt werden.
Laufende Ausgaben sind Führungskosten, z.B. Ausgaben für das Personal und den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen; sie setzen sich aus den Führungskosten der Sanitätsbetriebe und den Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes zusammen. Die Ausgaben aus Kapitalbewegungen oder Investitionsausgaben sind die Kosten für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung von dauerhaften Gütern; sie bestehen aus den von den Sanitätsbetrieben getätigten Investitionen und den Investitionsausgaben des Landes.

VON DEN SANITÄTS-BETRIEBEN GETRAGENE KOSTEN UND KOSTEN-DARSTELLUNG

Die Daten der Kosten der Sanitätsbetriebe wurden dem Kontenplan des Haushaltes der Sanitätsbetriebe entnommen. Die Ausarbeitung der Daten erfolgte nach der Kostendarstellung des Gesundheitsministeriums. Die Kosten der Sanitätsbetriebe setzen sich folgendermaßen zusammen: Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und

gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen…), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (z.B. Rückstellungen für das Personal) und Ausgaben für die passive Mobilität außerhalb der Provinz und im Ausland. Nicht unter die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten fallen die provinzinterne passive Mobilität, für die ein Ausgleich zwischen den Sanitätsbetrieben stattfindet, und die Amortisationen und die Entwertungen der Forderungen. Die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten für die Erbringung der Zusatzleistungen (Versorgung, die über die nationalen LEA-Standards hinausgeht) wurden ebenfalls abgezogen, da sie den vom Land getragenen Kosten zugerechnet werden; Ausgabenduplikationen wurden somit vermieden. Diese Kostendarstellung wird seit 2002, Jahr der Einführung der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung in den Sanitätsbetrieben, benutzt. Vor 2002 wurde die Finanzbuchhaltung angewandt; ein zeitlicher Vergleich der beiden Buchhaltungssysteme ist aufgrund der unterschiedlichen Grundlagen nicht immer möglich. Die Datenquelle für die Jahre 2002, 2003 und 2004 ist also die Haushaltsabrechnung der Sanitätsbetriebe, für das Jahr 2005 hingegen die Rohbilanz.

INVESTITIONEN DER SANITÄTSBETRIEBE

Die Investitionen der Sanitätsbetriebe wurden auf der Grundlage der betrieblichen Zuweisungen mittels Beschlussfassungen der Landesregierung berechnet. Diese Zuweisungen stammen aus Landesbeiträgen zu Lasten des Landeshaushaltes 2005, wobei die Anteile der Neuzuweisung der Rückstände nicht berücksichtigt wurden, weil sie nicht zum Geschäftsjahr gehören.

LAUFENDE AUSGABEN DES LANDES

Die laufenden Ausgaben, die direkt vom Land getragen werden, sind in der Gewinn- und Verlustrechnung des IV. Trimesters 2005 enthalten. Die Gewinn- und Verlustrechnung wurde mit dem Ziel überarbeitet, auch den Anteil der Zusatzausgaben, die von den Führungskosten der Sanitätsbetriebe ausgegliedert worden waren, zu berücksichtigen, und die erhaltenen Daten somit um jene Kostenanteile zu bereinigen, die bereits den Sanitätsbetrieben zugeschrieben wurden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden. Die laufenden Ausgaben des Landes umfassen somit sowohl die Versorgung, die in die nationalen LEA-Versorgungsstandards fällt (DPCM vom 22.11.2001), als auch die Versorgung, die über die nationalen LEA-Standards hinausgeht. Nicht in den laufenden Ausgaben des Landes enthalten sind die Anteile zur Deckung der sozio-sanitären Ausgaben (Beiträge für Klimakuraufenthalte für Minderjährige, Beiträge für sozio-sanitäre Initiativen und Beiträge zugunsten der Blutspendervereinigungen).

INVESTITIONS-AUSGABEN DES LANDES

Die Investitionsausgaben des Landes ergeben sich aus den Zweckbindungen der Landeshaushaltskapitel zur Finanzierung der Investitionsausgaben.

KOEFFIZIENTEN FÜR DIE UMRECHNUNG VON LAUFENDEM EURO IN KONSTANTEN EURO, AUSGEDRÜCKT IN EURO 2005

Um einen zeitlichen Vergleich zu ermöglichen, wurden die Koeffizienten für die Umrechnung von laufendem Euro in konstanten Euro, ausgedrückt in Euro 2005, auf die Nennwerte der verschiedenen Jahre angewendet. Diese Koeffizienten, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind, wurden angesichts des unterschiedlichen Verlaufs der Inflationsraten der Provinz Bozen und Italiens für beide Gebiete berechnet und ergeben sich aufgrund der durchschnittlichen ASTAT/ISTAT-Indizes der Veränderung der Lebenshaltungskosten für die Arbeiter- und Angestelltenfamilien.

Tabelle 1: **Koeffizienten für die Umrechnung von laufender Lira, ausgedrückt in Euro, in konstante Lira, ausgedrückt in Euro 2005: Provinz (Gemeinde Bozen) und Italien**

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Provinz	1,546	1,460	1,389	1,294	1,226	1,187	1,162	1,143	1,119	1,092	1,060	1,034	1,017	1,000
Italien	1,430	1,372	1,320	1,253	1,206	1,185	1,165	1,146	1,118	1,089	1,063	1,037	1,017	1,000

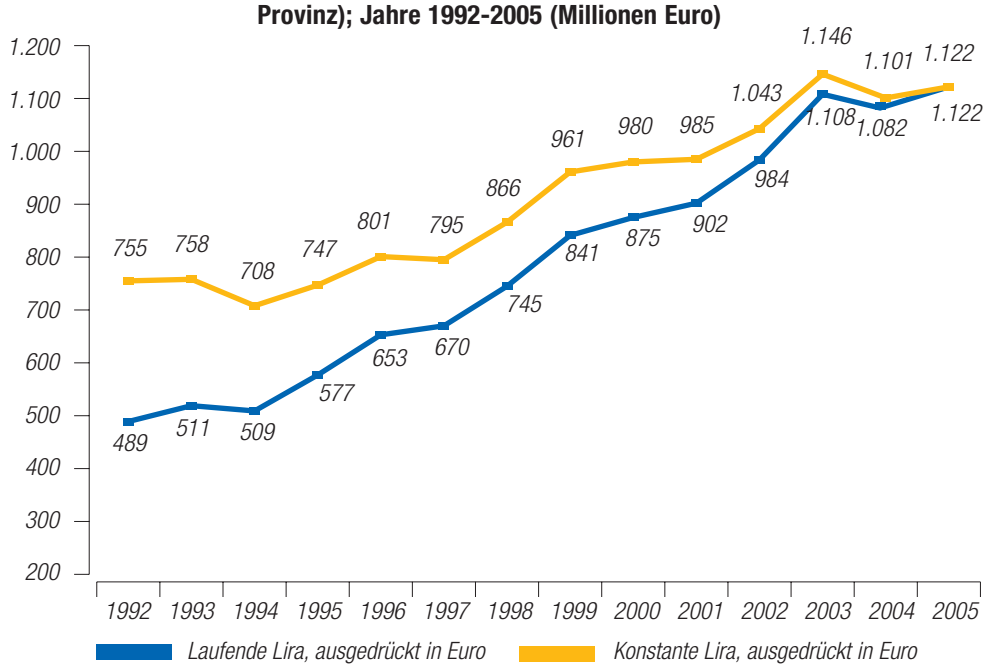
Quelle: ASTAT / ISTAT

Die Angaben über die Gesundheitsausgaben und das Bruttoinlandsprodukt für ganz Italien, die für einen Vergleich zur Landessituation herangezogen wurden, wurden für den Zeitraum 1990-95 der IRIS-Veröffentlichung 1996 entnommen; die Daten über die laufenden Gesundheitsausgaben für ganz Italien in den Jahren 1996-99 stammen aus dem allgemeinen Bericht über die Wirtschaftslage des Landes -1999; die gesamtstaatlichen Daten für die darauffolgenden Jahre wurden vom Gesundheitsministerium bereitgestellt. Das Verhältnis zwischen den nationalen Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem BIP zu Marktpreisen wurde von 1999 bis 2003 den Bewertungen im „Allgemeinen Bericht über die wirtschaftliche Lage des Landes 2003" entnommen. Die Quelle des BIP zu Marktpreisen für die Jahre 2004 und 2005 ist Eurostat.
Die Daten über das Bruttoinlandsprodukt des Landes für die Jahre 1992-2005 wurden vom ASTAT geliefert. Die Daten der Jahre 2002 und 2003 sind vorläufig, für die Jahre 2004 und 2005 gibt es nur Vorausschätzungen.

2.1. DIE ÖFFENTLICHEN AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen ergeben sich aus der Summe der direkt vom Land für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben (laufende Ausgaben und Investitionsausgaben), zu denen die von den Sanitätsbetrieben getragenen Führungskosten und Investitionen hinzukommen. Der Landesgesundheitsdienst wird vom Landesgesundheitsfonds finanziert (der sich vorwiegend aus Abgaben und Steuern zusammensetzt), aus der Mitbeteiligung der Bürger an den Gesundheitsausgaben und aus den ordentlichen und außerordentlichen Erträgen der Sanitätsbetriebe.

Abbildung 1: **Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (Sanitätsbetriebe und Provinz); Jahre 1992-2005 (Millionen Euro)**



Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen belaufen sich für das Jahr 2005 auf insgesamt 1.121,791 Millionen Euro, was 2.331,75 Euro pro Kopf entspricht. Die Abbildung 1 zeigt den Verlauf der öffentlichen Gesundheitsausgaben des Landes im Zeitraum 1992-2005. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Gesamtausgaben des Jahres 2003 über denen der beiden nachfolgenden Jahre liegen; die Differenz ist dadurch zu rechtfertigen, dass im Jahr 2003 der Landesgesundheitsdienst über eine einmalige Summe von mehr als 60 Millionen Euro verfügen konnte, die vom Staat zur Finanzierung der Investitionsausgaben bereit gestellt wurde.

LAUFENDE AUSGABEN UND INVESTITIONSAUSGABEN

Wie aus der in Abbildung 2 dargestellten Verteilung der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – hervorgeht, entfallen 92,7% der Gesamtausgaben des Jahres 2005 auf die laufenden Kosten; die restlichen 7,3% betreffen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

Abbildung 2: **Laufende Ausgaben und Investitionsausgaben - Jahr 2005**

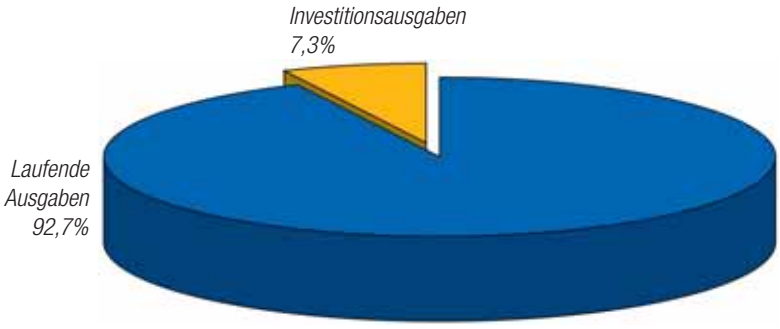


Abbildung 3: **Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe und der Provinz - Jahr 2005 (Tausend Euro)**

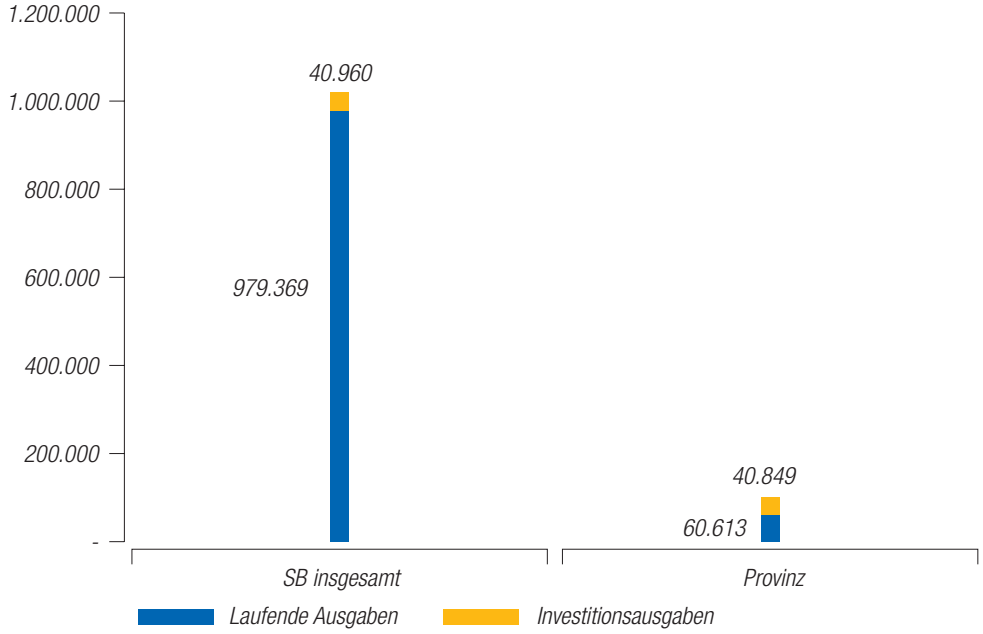


Tabelle 2: **Zusammensetzung der Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Sanitätsbetrieb und Provinz: absolute Werte und Pro-Kopf-Werte. Jahr 2005**

Ausg. f. d. Gesundheitswesen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB insg.	Provinz*	Insges.
Absolute Werte (in Tausend Euro)							
Laufende Ausgaben	497.021	223.161	134.521	124.666	979.369	60.613	1.039.982
Investitionsausgaben	20.967	2.995	11.030	5.968	40.960	40.849	81.809
Insgesamt	***517.988***	***226.156***	***145.551***	***130.634***	***1.020.329***	***101.462***	***1.121.791***
Pro-Kopf-Werte (in Euro)							
Laufende Ausgaben	2.319,19	1.780,81	1.955,38	1.715,32	2.035,71	125,99	2.161,70
Investitionsausgaben	97,83	23,90	160,33	82,11	85,14	84,91	170,05
Insgesamt	***2.417,02***	***1.804,71***	***2.115,71***	***1.797,43***	***2.120,85***	***210,90***	***2.331,75***

**Die Zusatzausgaben sind der Provinz zuzuschreiben*

Quelle: Abt. Gesundheitswesen – Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 4: **Laufende Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben der Sanitätsbetriebe - Jahr 2005**

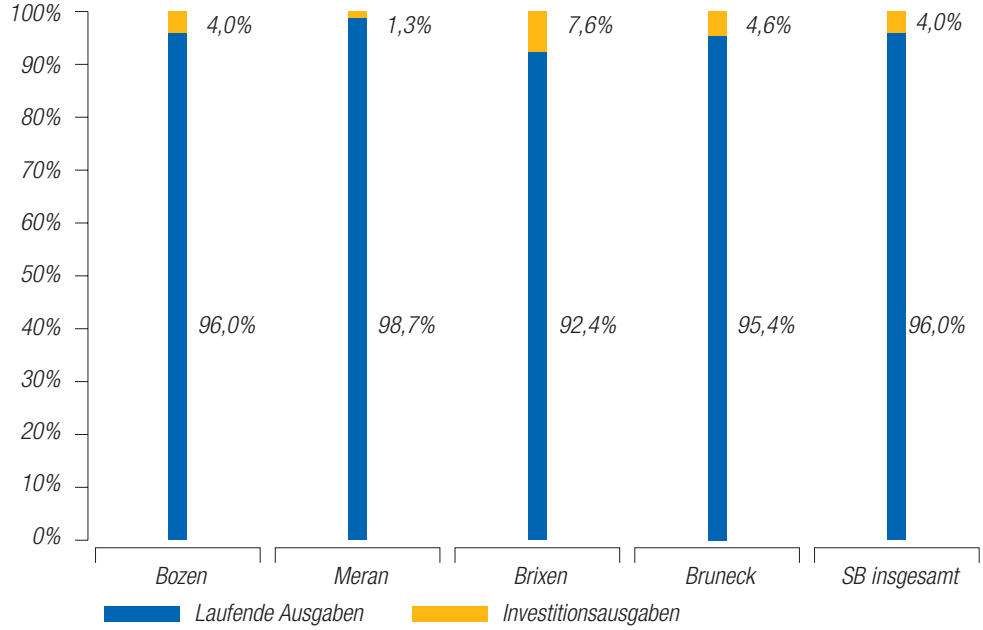
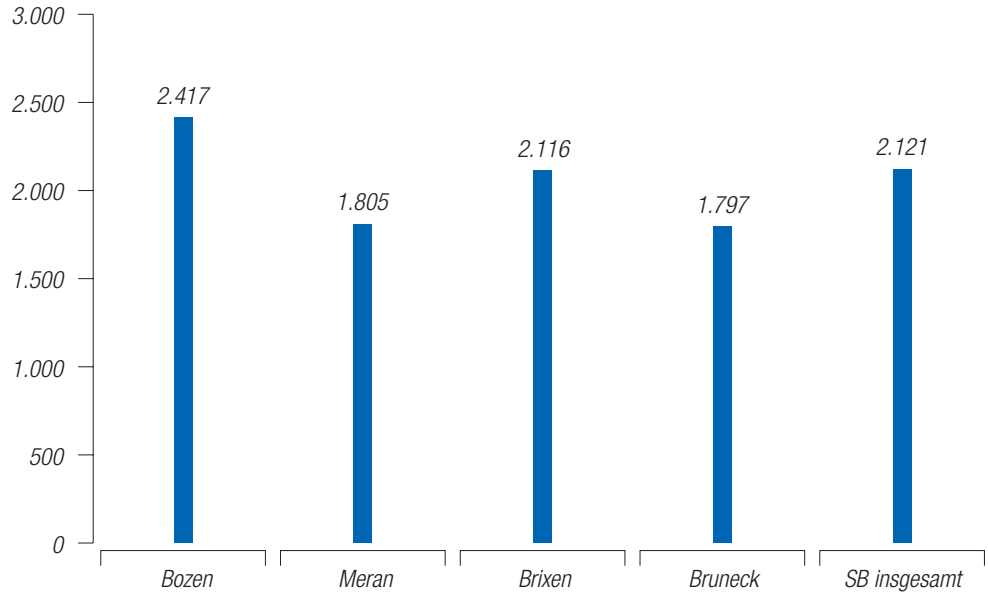


Abbildung 5: **Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005 (in Euro)**



GESUNDHEITSAUSGABEN NACH SANITÄTSBETRIEB

Auf lokaler Ebene ist die anteilsmäßige Verteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Gesamtkosten für die beiden Komponenten – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – von Betrieb zu Betrieb unterschiedlich, mit Höchst- und Tiefstwerten der laufenden Ausgaben für den Sanitätsbetrieb Meran (98,7%) bzw. Brixen (92,4%) (Abbildung 4).

PRO-KOPF-AUSGABEN

Pro Kopf (Abbildung 5) betragen die Gesundheitskosten der Sanitätsbetriebe insgesamt 2.120,85 Euro, mit Höchstwerten für den Sanitätsbetrieb Bozen (2.417,02 Euro) und Tiefstwerten für den Sanitätsbetrieb Bruneck (1.797,43 Euro). Zur Vermeidung von falschen Auslegungen wird präzisiert, dass in den Ausgaben der Sanitätsbetriebe auch die für die nicht ansässigen Bürger getragenen Kosten enthalten sind.

2.2. LAUFENDE GESUNDHEITSAUSGABEN

LAUFENDE GESUNDHEITSAUSGABEN DES LANDES UND AUSGABEN DER SANITÄTSBETRIEBE

Die laufenden Gesundheitsausgaben machten 92,7% der von den Sanitätsbetrieben und vom Land getragenen Gesamtausgaben aus und belaufen sich für 2005 auf rund 1.039,982 Millionen Euro, was 2.161,70 Euro pro Kopf entspricht.

Die laufenden Gesundheitsausgaben setzen sich aus laufenden Standard-Ausgaben und aus laufenden Zusatzausgaben zusammen. Unter laufenden Standard-Ausgaben sind die Ausgaben zu verstehen, die zur Gewährleistung der national einheitlichen Versorgungsstandards für die Wohnbevölkerung und Anspruchsberechtigten aufgewendet werden. In der Provinz Bozen werden außerdem Zusatzleistungen angeboten, die von einschlägigen Landesgesetzen vorgesehen sind, deren Kosten vorwiegend den laufenden Ausgaben zugeschrieben werden, wie zum Beispiel die zahnärztlichen Leistungen (Landesgesetz 16/88), die Hauspflege (Landesgesetz 33/88) oder die nicht im Tarifverzeichnis vorgesehene außerordentliche Prothesenversorgung (Landesgesetz 2/86).

VON DEN SANITÄTSBETRIEBEN GETRAGENE KOSTEN

Wie bereits erwähnt, setzen sich die Kosten der Sanitätsbetriebe folgendermaßen zusammen: Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen…), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (wie die Rückstellungen für das Personal) und Ausgaben für die passive Mobilität

außerhalb der Provinz und im Ausland. Nicht unter die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten fallen die provinzinterne passive Mobilität, für die ein Ausgleich zwischen den Sanitätsbetrieben stattfindet, und die Amortisationen. Die von den Sanitätsbetrieben für die Erbringung der Zusatzleistungen getragenen Kosten wurden ebenfalls abgezogen, da sie den Kosten des Landes zugerechnet werden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden.

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, machen die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten 94,2% der laufenden Gesamtausgaben und die laufenden Ausgaben des Landes 5,8% am Gesamtwert aus.

Abbildung 6: **Laufende Gesundheitsausgaben der Provinz und der Sanitätsbetriebe - Jahr 2005**
Laufende Ausgaben insgesamt: 1.039,982 Mio. Euro

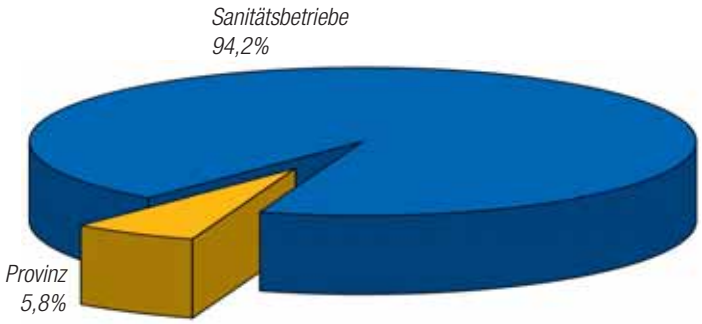
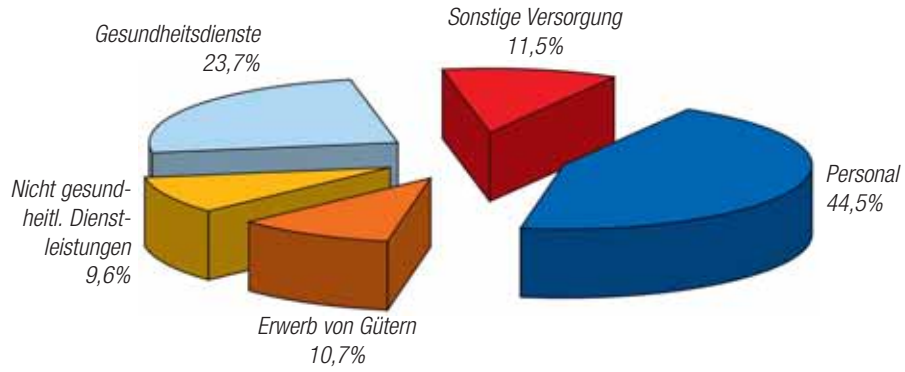


Abbildung 7: **Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kostenart**
Gesamtkossten der Sanitätsbetriebe:
979,369 Mio. Euro - Jahr 2005



979,369 Millionen Euro von den 1.039,982 Millionen Euro sind, in absoluten Werten berechnet, von den Sanitätsbetrieben getragene Kosten; sie werden größtenteils für das Personal, für den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen, für die Grundversorgung und sonstige konventionierte Gesundheitsleistungen verwendet (Tabelle 3). In Abbildung 7 wird die Unterteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten dargestellt, aus denen der hohe Anteil der Personalkosten hervorgeht. In den nachstehenden Tabellen werden die Kosten der Sanitätsbetriebe nach den wichtigsten Kostenarten in absoluten Werten und Pro-Kopf-Werten angeführt.

Tabelle 3: **Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kostenart, Werte in Tausend Euro - Jahr 2005**

Kostenart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB ins.
1) Personal	201.417	103.021	67.798	63.793	436.028
2) Erwerb von Gütern	53.122	21.310	16.582	13.603	104.617
3) Nicht gesundheitliche Dienstleistungen	62.888	12.283	10.240	8.592	94.003
4) Gesundheitsdienste	121.212	61.023	25.564	24.745	232.544
4.1) Allgemeinmed. Versorgung	17.927	11.486	6.177	6.446	42.037
4.2) Pharmazeutische Versorgung	34.017	16.807	8.544	9.570	68.937
4.3) Rehabilitation	2.905	2.019	1	156	5.080
4.4) Konv. fachärztliche Versorgung	3.462	737	11	21	4.231
4.5) Prothesenversorgung und konvent. integr. Haupflege	11.542	2.471	1.565	1.155	16.734
4.6) Konv. KH-Versorgung	12.565	7.022	38	107	19.733
4.7) Sonstige Versorgung	38.794	20.480	9.228	7.290	75.792
5) Sonst. (Finanzierungen, außerord. Kosten, Rückstellungen,…)	58.382	25.525	14.337	13.933	112.177
SUMME	**497.021**	**223.161**	**134.521**	**124.666**	**979.369**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 4: **Pro-Kopf-Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kostenart, Werte in Euro - Jahr 2005**

Kostenart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB ins.
1) Personal	940	822	986	878	906
2) Erwerb von Gütern	248	170	241	187	217
3) Nicht gesundheitliche Dienstleistungen	293	98	149	118	195
4) Gesundheitsdienste	566	487	372	340	483
4.1) Allgemeinmed. Versorgung	84	92	90	89	87
4.2) Pharmazeutische Versorgung	159	134	124	132	143
4.3) Rehabilitation	14	16	0	2	11
4.4) Konv. fachärztliche Versorgung	16	6	0	0	9
4.5) Prothesenversorgung und konvent. integr. Haupflege	54	20	23	16	35
4.6) Konv. KH-Versorgung	59	56	1	1	41
4.7) Sonstige Versorgung	181	163	134	100	158

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

LAUFENDE AUSGABEN DES LANDES

Die vom Land getragenen laufenden Ausgaben entsprechen für das Jahr 2005 60,613 Millionen Euro. Sie umfassen die Beiträge für die Ausbildung des Gesundheitspersonals, die Ausgaben für die Umsetzung der Ziele des Landesgesundheitsplans und die Kostenrückerstattungen für die verschiedenen Formen der Zusatzleistungen, darunter Hauspflege und zahnärztliche Leistungen. Die laufenden Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes erscheinen im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig, da der Krankentransportdienst, der Hubschrauberrettungsdienst, die Versorgung in Österreich und die indirekte Versorgung gemäß Art. 76 des Landesgesetzes Nr. 7/2001 den Sanitätsbetrieben übertragen wurden.

Abbildung 8: **Laufende Gesundheitsausgaben (Provinz und Sanitätsbetriebe); Jahre 1992-2005 (Millionen Euro)**

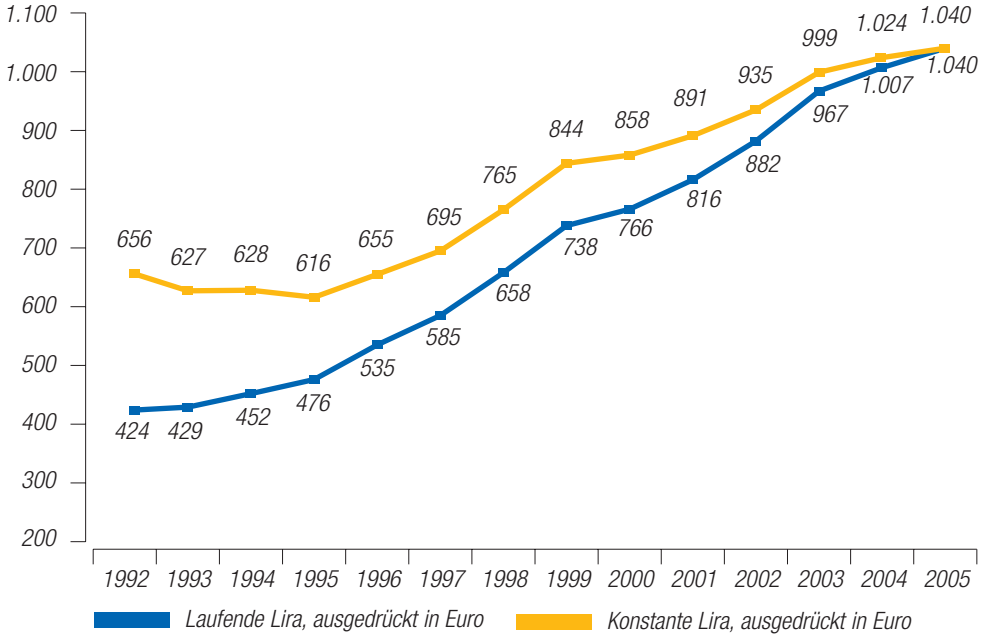
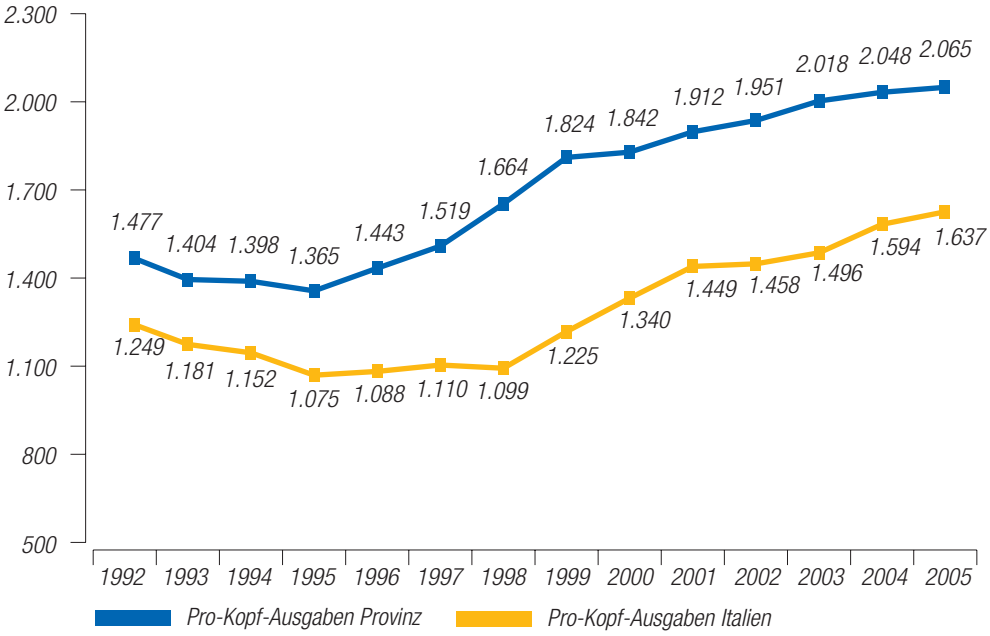


Abbildung 9: **Laufende Pro-Kopf-Ausgaben in konstanter Lira, Ausgedrück in Euro Jahre 1992-2005**



ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER LAUFENDEN AUSGABEN

Die zeitliche Entwicklung der von der Landesverwaltung getragenen laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen, zu denen die Kosten der Sanitätsbetriebe (Abbildung 8) hinzukommen, folgt im Wesentlichen dem bereits zuvor beschriebenen Trend der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen, da sich diese zu über 90% aus laufenden Ausgaben zusammensetzen. Eine Ausnahme bildet dabei das Jahr 2003, in dem die Investitionsausgaben die Gesamtausgaben stärker beeinflusst haben, da der Landesgesundheitsdienst über 60 Millionen Euro für Investitionen durch staatliche Fonds verfügen konnte.

LAUFENDE PRO-KOPF-AUSGABEN DER PROVINZ UND ITALIENS

Interessant ist auch der Vergleich des Verlaufs der laufenden Pro-Kopf-Ausgaben der Provinz mit jenen Italiens von 1992 bis 2005. Da der Landesgesundheitsdienst Leistungen erbringt, die über die nationalen Standards hinausgehen, übersteigen die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben jene auf gesamtstaatlicher Ebene (siehe Abbildung 9). Für den Vergleich zwischen den Daten der Provinz und jenen Italiens wurden die Ersteren nach dem vom Gesundheitsministerium vorgeschlagenen Modell in der Kostendarstellung des LGD nach Ausgabenfunktionen erarbeitet, wobei die passive Mobilität (um Ausgabenduplikationen auf nationaler Ebene zu vermeiden) und die anderen wirtschaftlichen Posten (Amortisationen, Entwertung der Forderungen...) abgezogen wurden.

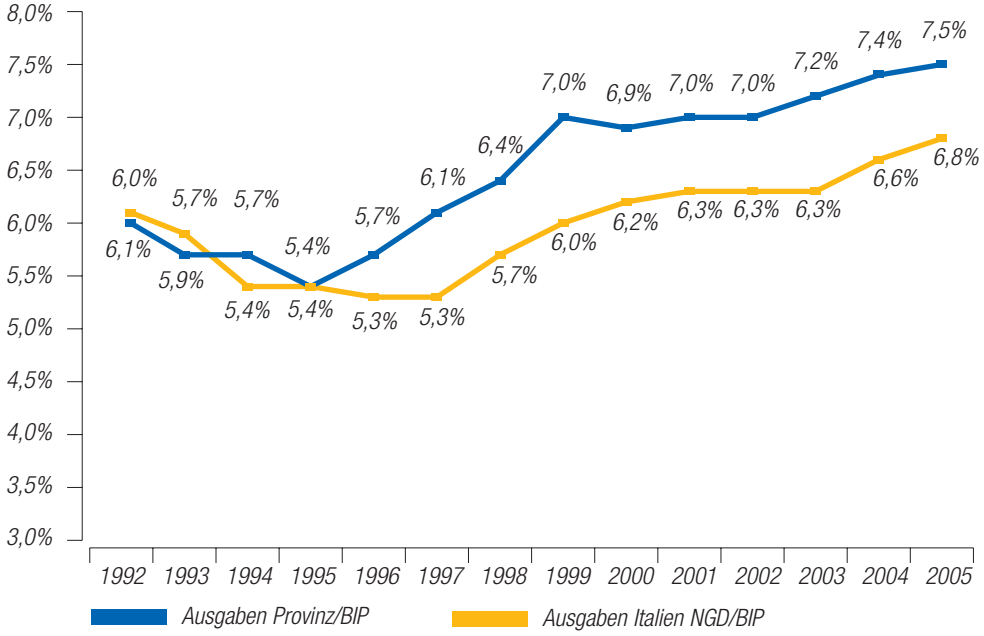
Die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben sind höher als jene auf gesamtstaatlicher Ebene, wobei die Differenz im Laufe der letzten Jahre zugenommen hat.

Eine weitere Bewertungsform der Entwicklung der laufenden Gesundheitskosten ist das Verhältnis zwischen den laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP).

LAUFENDE AUSGABEN UND BIP

Dieses Verhältnis drückt die Quote der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung aus, die für den Gesundheitsschutz durch das öffentliche Gesundheitswesen bestimmt ist. In Abbildung 10 ist die Entwicklung des prozentmäßigen Verhältnisses zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt auf Provinz- und Staatsebene dargestellt. Ab 1994 überschreiten die Werte Südtirols jene Italiens; im Jahr 1999 beläuft sich die Differenz auf 1 Prozentpunkt, während sich die Kluft anschließend langsam wieder schließt. Auch in diesem Fall wurden für den Vergleich der Daten von den Kosten der Provinz (Sanitätsbetriebe und Land) die Mobilität und die wirtschaftlichen Posten abgezogen (Modell der Kostendarstellung des Gesundheitsministeriums).

Abbildung 10: **Laufende Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP - Jahre 1992-2005**

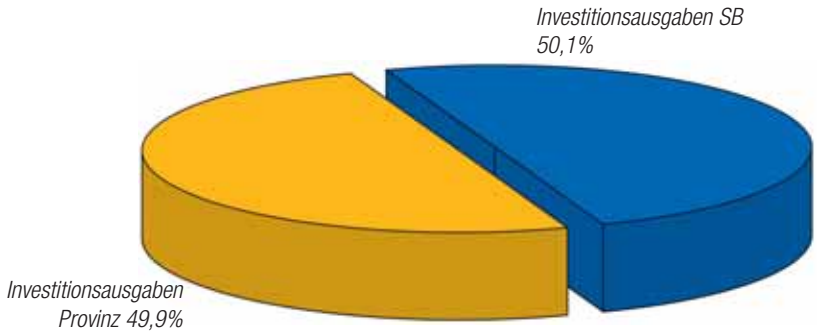


2.3. INVESTITIONSAUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

INVESTITIONSAUSGABEN DER SANITÄTSBETRIEBE UND DES LANDES

Die insgesamt von den Sanitätsbetrieben und vom Land getragenen Gesundheitsausgaben für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte beliefen sich im Jahr 2005 auf rund 81,809 Millionen Euro, was 7,3% der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen entspricht. Davon waren 40,960 Millionen Euro zu Lasten des Haushalts der Sanitätsbetriebe und 40,849 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts (Abbildung 11).

Abbildung 11: **Aufteilung in Prozent der Investitionsausaben - Jahr 2005**



ZEITLICHE ENTWICKLUNG

In den letzten Jahren ist festzustellen, dass die prozentmäßige Verteilung der Investitionen zu Lasten der Betriebe und des Landes eine zeitlich unterschiedliche Entwicklung erlebt hat. Zu Beginn des berücksichtigten Zeitraums zwischen 1992 und 1995 waren die Investitionsausgaben zu Lasten des Landes höher als jene der Sanitätsbetriebe; von 1996 bis 1998 drehte sich die Lage um: höhere Kosten entfielen auf die Sanitätsbetriebe. Von 1999 - 2002 und für 2004 ergaben sich erneut höhere Ausgaben für das Land; im Jahr 2003 wird wieder eine Trendumkehr verzeichnet (Abbildung 13), die auf die vom Staat bereit gestellten Fonds zur Unterstützung der Investitionsausgaben zurückzuführen ist. Im Jahr 2005 entfiel eine Hälfte der Investitionsausgaben auf die Sanitätsbetriebe, die andere Hälfte auf das Land.

Der unterschiedliche Verlauf in den einzelnen Jahren beruht auf der Art der Investitionen, insbesondere solcher, die umfangreiche Finanzierungen erfordern.

Abbildung 12: **Investitionsausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz) - Jahre 1992-2005**

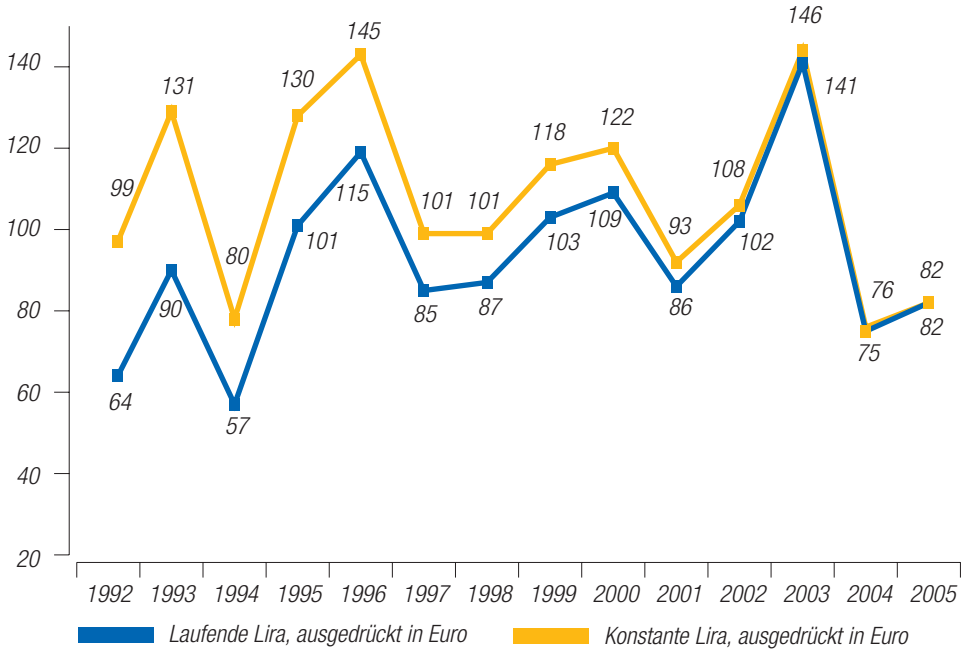
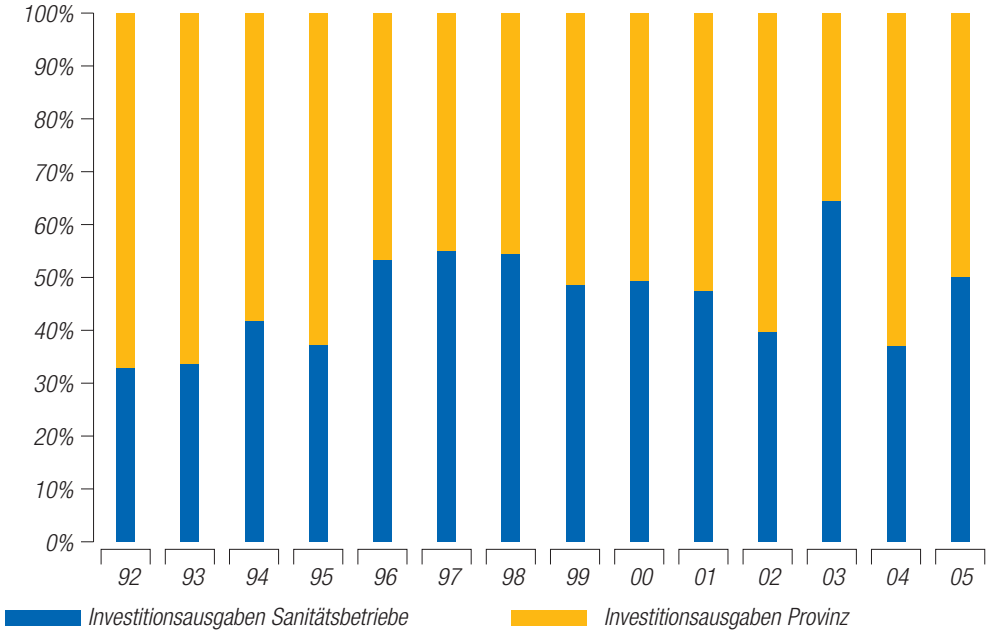


Abbildung 13: **Investitionsausgabe, unterteilt auf Sanitätsbetriebe und Provinz - Jahre 1992-2005**



Der Verlauf der Investitionsausgaben in der Provinz im Zeitraum 1992 – 2005 zeigt nominal und real, dass der Einsatz von finanziellen Mitteln von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich war. Vor allem in den Jahren 1995, 1996 und 2003 waren die Investitionsaufwendungen besonders hoch (Abbildung 12). Dieses Resultat ergibt sich auch aus der zeitlichen Analyse der prozentmäßigen Verteilung der Investitionskosten der Sanitätsbetriebe und Provinz im Verhältnis zu den laufenden Ausgaben insgesamt (Abbildung 13). 1996 erreichten die Investitionsausgaben 22,2% der laufenden Gesundheitsausgaben gegenüber 7,9% des Jahres 2005 (Abbildung 14).

Abbildung 14: **Investitionsausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz) an den laufenden Ausgaben - Jahre 1992-2005**

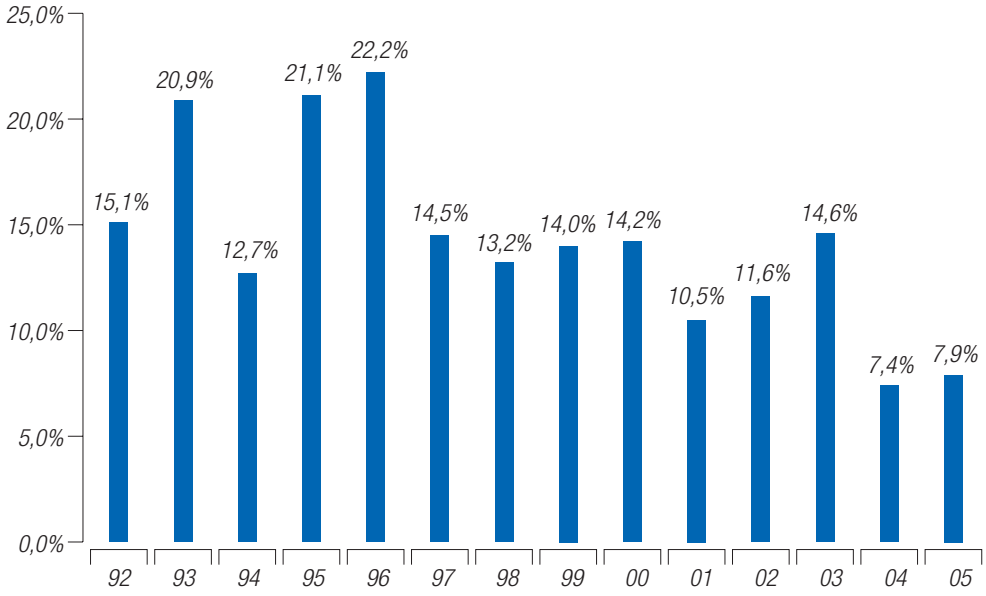
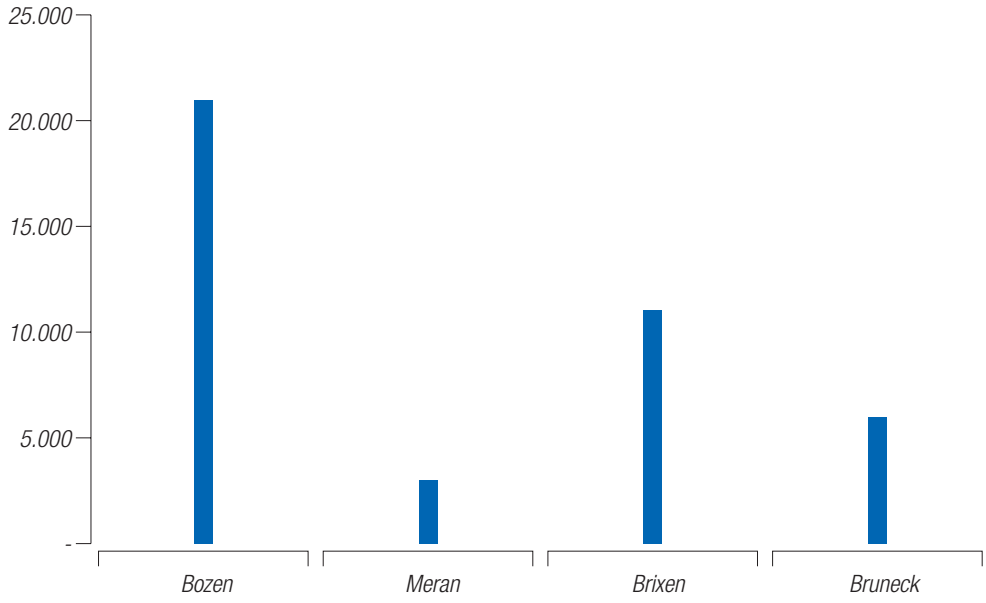


Abbildung 15: **Investitionsausgaben nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**



INVESTITIONSAUSGABEN NACH SANITÄTSBETRIEB

Bei der Aufgliederung der Investitionsausgaben des Jahres 2005 nach Sanitätsbetrieb ergeben sich für den Sanitätsbetrieb Bozen hohe Ausgaben in absoluten Werten gegenüber den bescheideneren des Sanitätsbetriebs Meran (Abbildung 15).
Gegenüber 2004 ist ein größerer Ressourcenaufwand für Investitionen in den Sanitätsbetrieben Bozen, Brixen und Bruneck zu verzeichnen (+ 32,7% bzw. + 226,1% bzw. + 118,9%).

2.4. MOBILITÄTSSALDEN FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND DIE AMBULATORISCHE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Das Tarifverzeichnis für Krankenhausaufenthalte wird laut Bestimmungen für die Kompensation der überbetrieblichen, überregionalen und internationalen Mobilität im Gesundheitswesen verwendet. Die Mobilität (sowohl aktiv als auch passiv) zwischen den Sanitätsbetrieben des Landes wird als überbetriebliche Mobilität bezeichnet und direkt zwischen den Betrieben kompensiert. Diejenige mit anderen italienischen Regionen wird als überregionale Mobilität bezeichnet, und die entsprechende Kompensation erfolgt auf der Ebene der Regionen und der Autonomen Provinzen. Die Mobilität mit dem Ausland (internationale Mobilität) wird auf gesamtstaatlicher Ebene kompensiert.
In finanzieller Hinsicht gelten als Passivposten die vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten für eigene Einwohner, die Aufenthalte in anderen Sanitätsbetrieben in Anspruch nehmen (passive Mobilität); als Aktivposten gelten die Einnahmen für Aufenthalte, die vom Sanitätsbetrieb geleistet und von nicht im Zuständigkeitsgebiet des Sanitätsbetriebs ansässigen Bürgern in Anspruch genommen werden (aktive Mobilität). Der Saldo, der sich aus der Differenz zwischen passiver und aktiver Mobilität ergibt, ist Gegenstand der Kompensation.

2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden

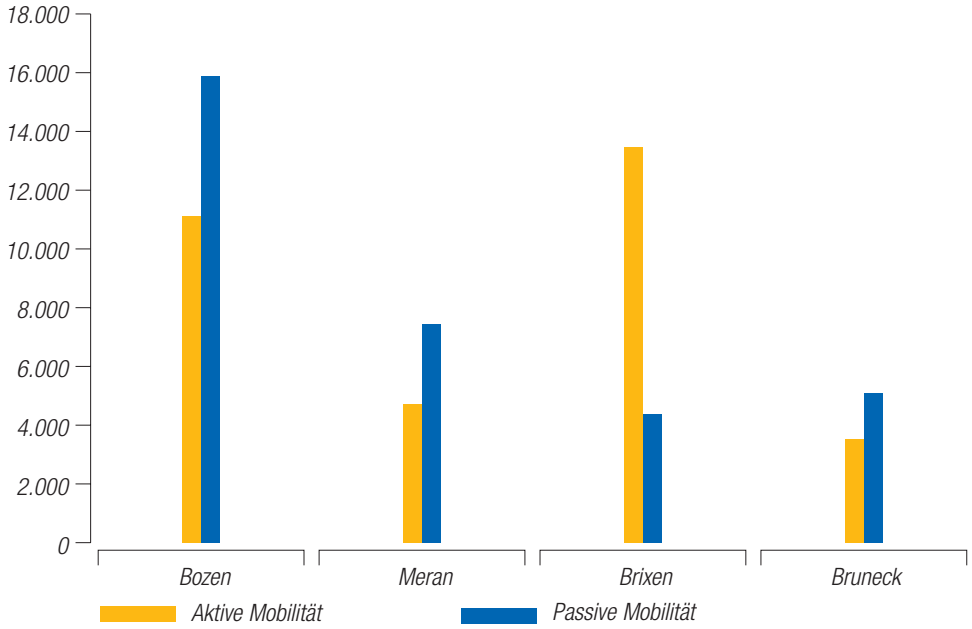
In Bezug auf die überbetriebliche Mobilität verzeichnet der Sanitätsbetrieb Brixen im Jahr 2005 die höchsten Werte für die aktive Mobilität mit 5.743 Aufenthalten. Für die passive überbetriebliche Mobilität weist der Sanitätsbetrieb Bozen hinsichtlich der Aufenthalte die höchsten absoluten Werte im Vergleich zu den anderen Sanitätsbetrieben auf, nämlich 6.997 (Tabelle 5 und Abbildung 16).

Tabelle 5: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	*3.133*	*2.219*	*5.743*	*2.119*	*13.214*
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	*11.114*	*4.700*	*13.461*	*3.536*	*32.811*
Passive Mobilität					
Aufenthalte	*6.997*	*2.422*	*1.851*	*1.944*	*13.214*
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	*15.896*	*7.446*	*4.382*	*5.087*	*32.811*
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	***-4.782***	***-2.746***	***9.079***	***-1.551***	***0***

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 16: **Aktive und passive überbetriebliche öffentliche Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2005**



In Bezug auf die überregionale Mobilität des Jahres 2005 verzeichnen die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck in absoluten Aufenthaltswerten eine höhere aktive als passive Mobilität (Tabelle 6 und Abbildung 17).

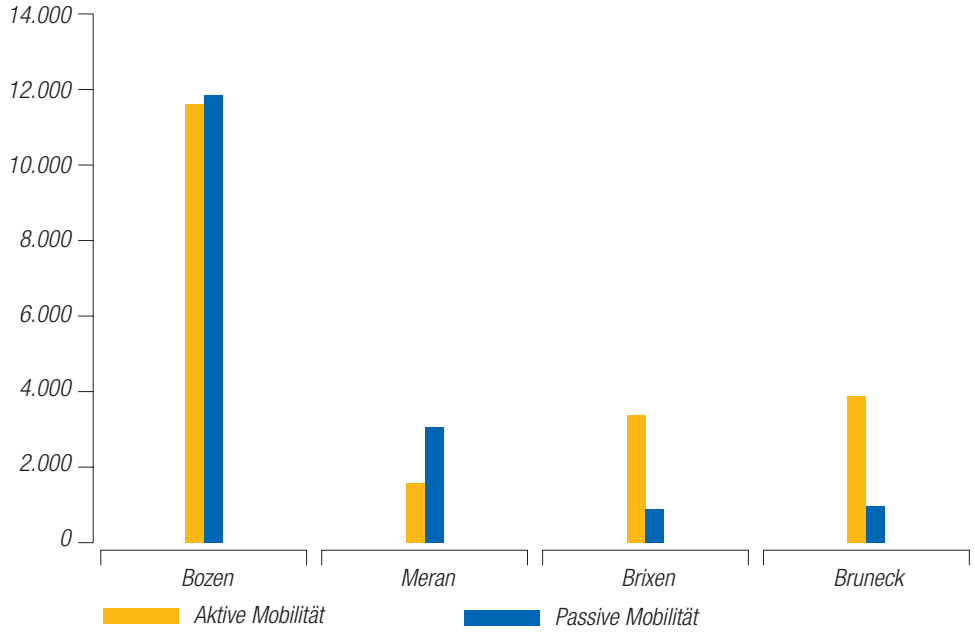
Wie im Jahr 2004 weist nur der Sanitätsbetrieb Meran einen Negativsaldo von rund 1.484 Millionen Euro auf, zu dem 2005 der Sanitätsbetrieb Bozen mit –241.000 Euro hinzukommt. Die beiden anderen Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck verzeichnen einen positiven Saldo zwischen aktiver und passiver Mobilität.

Tabelle 6: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag – Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.352	692	1.363	2.488	7.895
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	11.614	1.564	3.375	3.892	20.445
Passive Mobilität					
Aufenthalte	3.432	785	236	279	4.732
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	11.855	3.048	887	968	16.758
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	***-241***	***-1.484***	***2.488***	***2.924***	***3.687***

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 17: **Aktive und passive überregionale Krankhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2005**



Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität ist jedoch insgesamt positiv mit rund 3,6 Millionen Euro.

Berücksichtigt man hingegen die gesamte überregionale Mobilität (Krankenhausaufenthalte und andere Versorgungsformen wie fachärztliche und pharmazeutische Versorgung), ergibt sich für den Sanitätsbetrieb Bruneck der höchste Saldo, für den Sanitätsbetrieb Meran ein Negativsaldo (Abbildung 18).

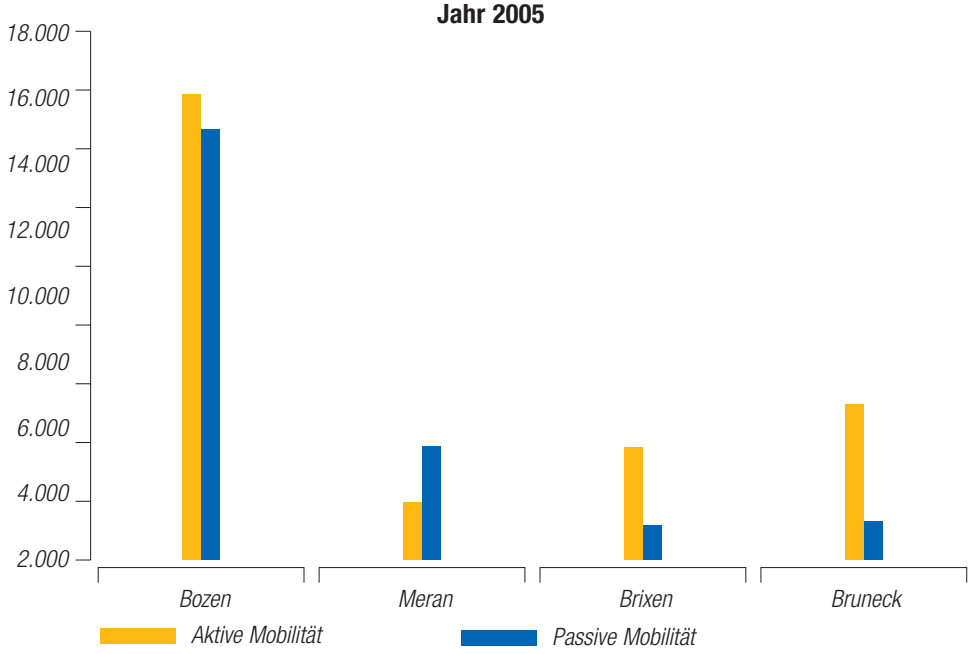
Tabelle 7: **Leistungen in Bezug auf die aktive und passive überregionale Mobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Leistungen	*193.215*	*28.457*	*41.505*	*100.635*	*363.812*
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	*15.849*	*1.943*	*3.825*	*5.280*	*26.897*
Passive Mobilität					
Leistungen	*180.799*	*54.064*	*18.354*	*21.812*	*275.029*
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	*14.658*	*3.850*	*1.183*	*1.307*	*20.998*
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	***1.191***	***-1.907***	***2.642***	***3.973***	***5.899***

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Insgesamt ist der Saldo der überregionalen Mobilität des Jahres 2005 positiv mit knapp 6 Millionen Euro (6,6 im Jahr 2004).

Abbildung 18: **Aktive und passive überregionale Mobilität insgesamt (Tausend Euro) - Jahr 2005**



Für die internationale Mobilität sind hingegen nur Daten von 2002 über den Gesamtaufenthaltswert verfügbar, mit Ausnahme der Krankenhausaufenthalte in Österreich, die durch spezifische Konventionen geregelt sind.

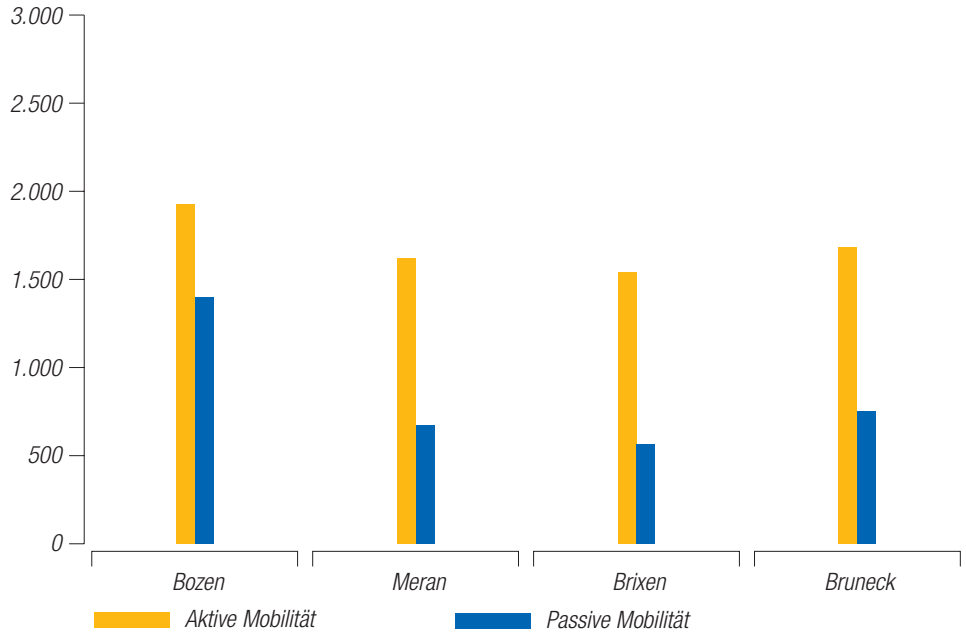
Tabelle 8: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive internationale Krankenhausmobilität (ausschließlich Krankenhausversorgung in Österreich) - Jahr 2002**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	*1.924*	*1.619*	*1.540*	*1.680*	*6.763*
Passive Mobilität					
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	*1.398*	*671*	*566*	*753*	*3.388*
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	***526***	***948***	***974***	***927***	***3.375***

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Wie aus Tabelle 8 und Abbildung 19 hervorgeht, ist der gesamte Saldo der internationalen Krankenhausmobilität für das Jahr 2002 gegenüber 2001 zusätzlich angestiegen und mit 3,3 Millionen Euro positiv.

Abbildung 19: **Aktive und passive internationale Krankenhausmobilität 2002 (ausgenommen Österreich) (Tausend Euro)**



Die Abbildungen 20 und 21 zeigen die Zusammensetzung der Ausgaben für die aktive und passive Mobilität im überregionalen und internationalen Bereich. Was die passive internationale Mobilität betrifft, so werden Aufenthalte im Ausland am häufigsten von Patienten des Sanitätsbetriebs Bruneck in Anspruch genommen. Hinsichtlich der aktiven Mobilität übt der Sanitätsbetrieb Meran die größte Attraktion für Ausländer aus.
Auf überregionaler Ebene wird der Sanitätsbetrieb Bozen von den außerhalb der Provinz Bozen ansässigen Italienern bevorzugt.

Abbildung 20: **Ausgaben für die passive überregionale (2005) und internationale (2002) KH-Mobilität (Tausend Euro)**

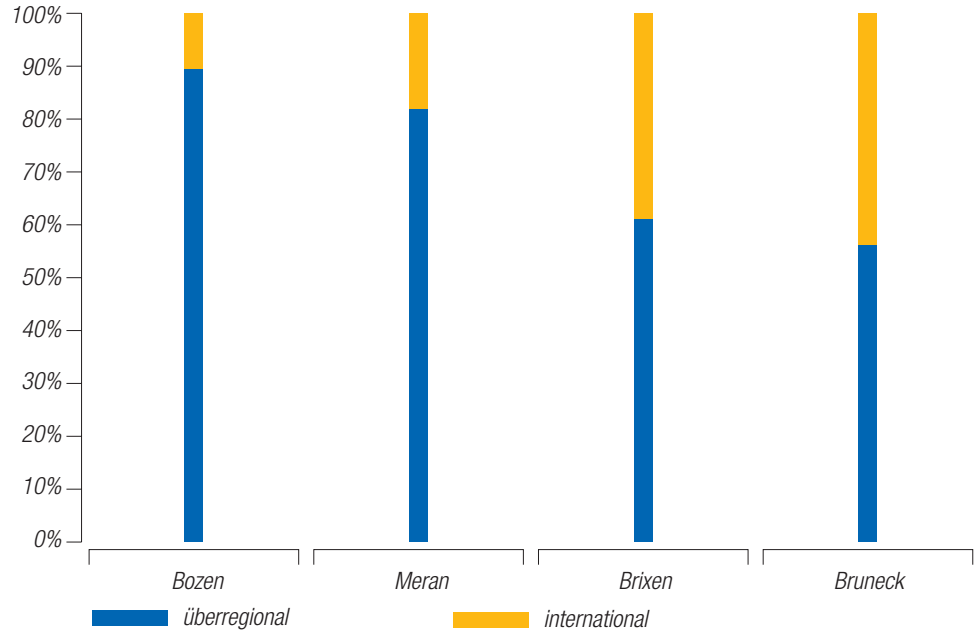
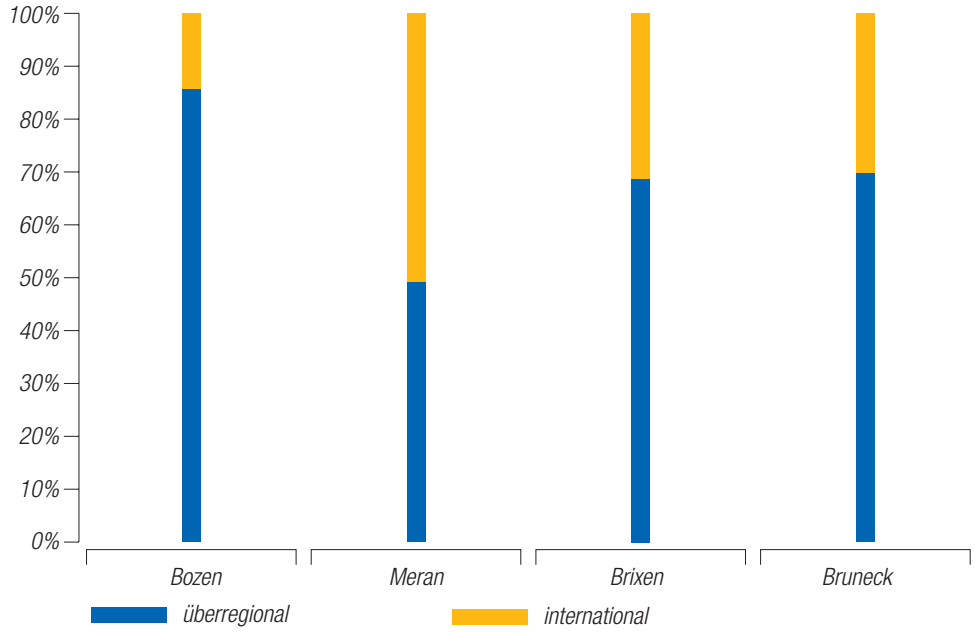


Abbildung 21: **Einnahmen für die aktive überregionale (2005) und internationale (2002) KH-Mobilität (Tausend Euro)**



2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden

Die Sanitätsbetriebe müssen den Bürgern die von den Versorgungsstandards vorgesehenen fachärztlichen Leistungen in den Ambulatorien, Instrumentaldiagnostiken und Laboruntersuchungen gewährleisten und sich dazu eigener Dienste oder anderer öffentlicher und privater Anbieter bedienen. Im zweiten Fall findet als Vergütungssystem die Zahlung nach Leistung Anwendung (Gesetzesverordnung Nr. 502/92 in geltender Fassung). Ebenso wie für die Krankenhausaufenthalte hat die Landesverwaltung auch für die ambulatorischen Leistungen ein eigenes Tarifverzeichnis laut nationalen Bestimmungen angenommen, das sowohl für die Zahlung des Tickets als auch für die Vergütung der zwischen den anbietenden Einrichtungen ausgetauschten Leistungen oder von den mit dem Landesgesundheitssystem konventionierten privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen gilt.
Auf der Internetseite der Landesgesundheitsdienste www.provincia.bz.it/sanita/2303/tarspec oder der Beobachtungsstelle für Preise und Tarife der Autonomen Provinz Bozen (www.provincia.bz.it/osservatorio-tariffe) ist das Tarifverzeichnis mit aktuellen Informationen und genauen Angaben zur Anwendung der Tarife abrufbar. Die Tarife entsprechen der maximalen Vergütung, die den Einrichtungen für im Rahmen des Landesgesundheitssystems erbrachte fachärztliche Leistungen bezahlt werden darf.

Tabelle 9: **Betrag für die überregionale fachärztliche Mobilität - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktiv (Tausend Euro)	1.582	218	298	773	2.871
Passiv (Tausend Euro)	1.185	367	91	121	1.764
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	**397**	**-149**	**207**	**652**	**1.107**

Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 22: **Werte der aktiven und passiven überregionalen fachärztlichen Mobilität (in tausend Euro) - Jahr 2005**

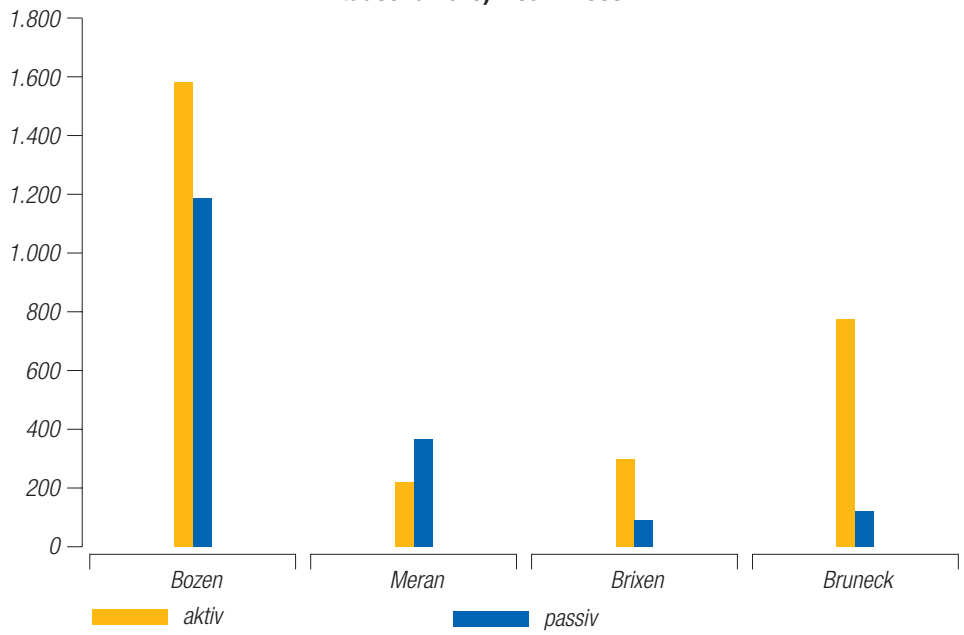
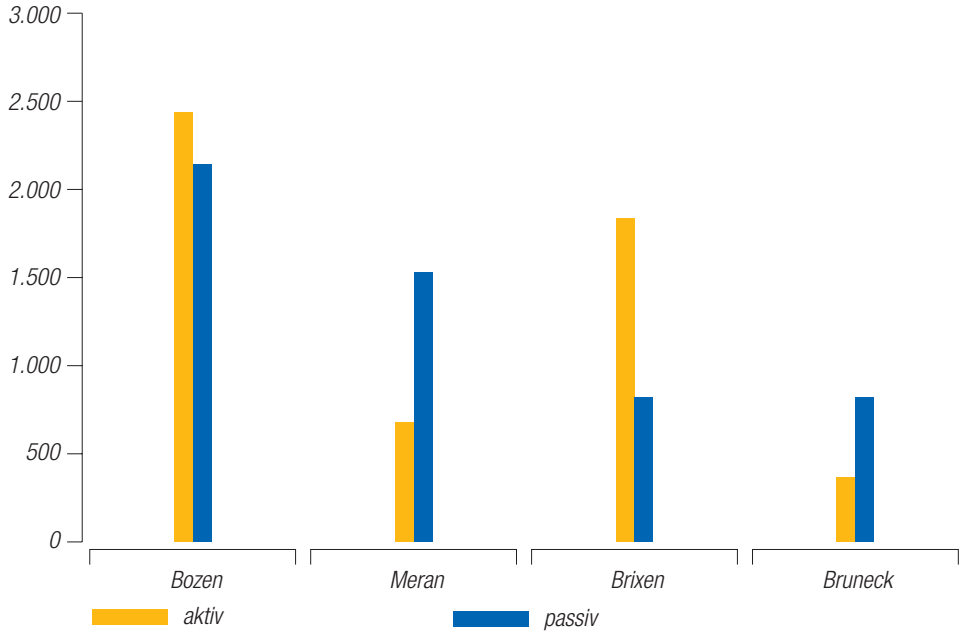


Tabelle 10: **Betrag für die überbetriebliche fachärztliche Mobilität - Jahr 2005**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktiv (Tausend Euro)	2.439	678	1.833	364	5.314
Passiv (Tausend Euro)	2.143	1.531	820	820	4.632
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	**296**	**-853**	**1.013**	**-456**	

Quelle: Abt. Gesundheitswesen – Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 23: **Werte der aktiven und passiven überbetrieblichen fachärztlichen Mobilität (in Tausend Euro) - Jahr 2005**



AKTIVE UND PASSIVE FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Auch in diesem Fall werden die Tarifverzeichnisse für die Kompensation der aktiven und passiven Mobilität verwendet. In finanzieller Hinsicht ist das Phänomen völlig identisch mit der Krankenhausmobilität.

Im Jahr 2005 – wie auch 2004 - war der überbetriebliche Mobilitätssaldo in der fachärztlichen Versorgung für den Sanitätsbetrieb Brixen positiv; 2005 verzeichnete auch der Sanitätsbetrieb Bozen einen positiven Saldo; die Sanitätsbetriebe Meran und Bruneck hatten negative Salden.

Auf überregionaler Ebene wies erneut der Sanitätsbetrieb Bruneck den höchsten Aktivsaldo auf; auch der Saldo der Sanitätsbetriebe Bozen und Brixen war positiv, während Meran einen negativen Saldo hatte.

Anhang

Das Frauenprofil

Das Frauenprofil

„Das Frauenprofil“ soll als Teil des Gesundheitsberichtes einen Überblick über die wichtigsten Interessensbereiche für die Gesundheit der Frau liefern.
Auf der ganzen Welt wird die Notwendigkeit einer geschlechtsorientierten Gesundheitspolitik deutlich; der Gesundheitsschutz bedarf nicht nur Daten über Krankheiten und Beschwerden der beiden Geschlechter, sondern auch Informationen über deren Lebensstile, deren Rollen in der Arbeitswelt und deren unterschiedliche Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken.
Den Schlussfolgerungen des kürzlich veröffentlichten Jahresberichtes des IOM (Institute of Medicine) in *Understanding the biology of sex and gender differences* zufolge wirft der Geschlechtsunterschied Fragen zu zahlreichen Problematiken auf, die man sich bis heute gar nicht vorgestellt hatte. Die Gesundheit der Frau hat sich auch durch die Wandlung ihrer sozialen Stellung geändert. Heute ist die Frau überbelastet: d.h., sie muss mehr Verpflichtungen nachkommen, als sie zu erfüllen imstande ist. Die Eile, größere Sorgen, mehr Stress und damit zusammenhängende Beschwerden sind nur einige der Probleme, die viele Frauen zu bewältigen haben. Frauen leiden häufiger an psychiatrischen Störungen als Männer, die Herzkreislauferkrankungen sind die häufigste Todesursache unter den Frauen. Die Umschreibung des Infarktes als the *widow maker disease* (Krankheit, die zu Witwen macht) gilt heute also nicht mehr.
Ein Dokument der OMS (Abteilung für die Gesundheit der Frau) in *gender and health* hebt die Wichtigkeit und Komplexität der Diversität der Frau hervor, wobei auf Unkenntnisse und Unterbewertung dieses Themas hingewiesen wird. Krankheiten - so das Dokument - können im Mann und in der Frau unterschiedlich verlaufen; Männer und Frauen reagieren auf verschiedene Art und Weise. Das Dokument spricht auch die beträchtlichen Vorurteile in der medizinischen Forschung an: *„Heute wird stets klarer, dass die medizinische Forschung immer vom männlichen Geschlecht beeinflusst war. Die Schwerpunkte, die Methoden und auch die Datenanalysen geben männliche Perspektiven wieder (..). Dieses Vorurteil ist darüber hinaus in zahlreichen Forschungsverfahren erkennbar. Bei den Krankheiten, die beide Geschlechter betreffen, ignorierten viele Forscher die potenziellen geschlechtlichen Unterschiede in Bezug auf die Diagnoseindikatoren, die Symptome, die Prognosen und die Effizienz unterschiedlicher Behandlungen (...).*
Solange die Forscher von einem männlichen Standard ausgehen, wird die den Frauen angebotene Behandlung immer das Nachsehen haben“.
Die Unterbewertung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Frau in der klinischen und pharmakologischen Forschung, die auf den Mann und dessen biologische und soziale Realität ausgerichtet ist, hindert daran, die Differenzen zu erkennen, obwohl die je nach Geschlecht unterschiedlichen Verhaltensweisen und therapeutischen Reaktionen der Pharmaka wissenschaftlich immer deutlicher Bestätigung finden.
Das Leben einer Frau wird von zahlreichen, unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, welche die Wahrung des Gesundheitszustandes tiefgreifend beeinflussen. Einige davon sind sozialer, kultureller, wirtschaftlicher, andere biologischer Natur.
Ein größeres Augenmerk auf die gesundheitlichen Probleme der Frau und deren Charakteristika kam in den letzten Jahren auf; im NGP 2006 – 2008 wird auf einige Pathologien Bezug genommen, welche besondere Auswirkungen auf die weibliche Bevölkerung haben, wie die Osteoporose (23% der Frauen im Alter über 40 Jahren und 14% der Männer über 60 Jahren - OSMED-Bericht 2004); außerdem sind Initiativen zur Prävention der Brust- und Gebärmuttertumoren vorgesehen, vor allem aber wird die Frau zum Focus von

Kommunikationskampagnen für die Prävention einiger mit dem Lebensstil verbundenen Krankheiten (Tabakkonsum, Ernährung, Bewegung), da sie auf die Risikofaktoren des täglichen Lebens eine direkte Kontrolle ausübt.
Auch auf Landesebene hielt man es deshalb für sinnvoll, einen Teil des Gesundheitsberichtes 2005 der Frau, ihrem gesundheitlichen Profil und ihren gesundheitlichen Bedürfnissen zu widmen.

Die Frauen unterliegen, wie oft gesagt wird, einem gesundheitlichen Paradox, d.h. einerseits leben sie länger, andererseits sind sie häufiger von invalidisierenden Krankheiten betroffen; in der Tat verzeichnen sie nicht nur höhere Prävalenzquoten für mindestens eine chronische Krankheit, sondern beklagen sich auch häufiger über ihren Gesundheitszustand und unterstreichen das schwierige Verhältnis Frau-Gesundheit. Frauen greifen häufiger zu Medikamenten, paradoxerweise fand dieser Aspekt jedoch bis heute nur geringe Aufmerksamkeit, da nur wenige klinische Studien auch Frauen miteinbezogen.
In der Provinz Bozen bestätigen die sozial-gesundheitlichen Indikatoren diese allgemeine Situation der Frau in der Welt der Gesundheit:

- Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 83,9 Jahre für die Frauen, 77,6 Jahre für die Männer.
- 23,5% der gesamten weiblichen Bevölkerung leiden an mindestens einer chronischen Krankheit, der entsprechende Anteil der Männer beträgt 19,2%.
- 18,8% der Frauen halten gegenüber 12,4% der Männer ihren Gesundheitszustand für nicht gut.
- 70% der Frauen wurde mindestens ein Arzneimittel verschrieben, gegenüber 50,5% der Männer.

Südtirol kennzeichnet sich im gesamtstaatlichen Vergleich durch eine niedrigere Sterblichkeitsrate (8 pro 1.000 gegenüber knapp 10 pro 1.000 auf nationaler Ebene), höhere Fruchtbarkeitsraten (1,5 Kinder pro Frau in der Provinz Bozen gegenüber dem italienischen Durchschnitt von 1,2) und durch ein höheres Augenmerk auf die Prävention und gesunde Lebensstile (niedrigere Anteile von übergewichtigen Frauen und weniger „ungesunde“ Ernährungsgewohnheiten, aber leider ein höherer Anteil von Raucherinnen im Vergleich zum restlichen Italien), wodurch sich für die Südtiroler Frauen also ein allgemein positives Bild abzeichnet.
Bei den Daten über die Schwangerschaften und Geburten darf ein grundlegender Faktor nicht vernachlässigt werden: die Staatsbürgerschaft.
Das durchschnittliche Alter bei der Entbindung liegt für die ausländischen Einwohnerinnen bei 29,1 Jahren, für die italienischen Staatsbürgerinnen bei 31,5 Jahren.
Die erste Schwangerschaftsvisite erfolgt erst nach der 11. Schwangerschaftswoche für mindestens eine ausländische Frau von 3, gegenüber 17% der italienischen Frauen.
Die Fehlgeburtenrate beträgt 250 pro 1.000 von ausländischen Müttern Geborenen gegenüber 83,2 pro 1.000 von italienischen Müttern Geborenen.

Die Zahl der ausländischen, vorwiegend jungen Frauen steigt in der Provinz ständig an und stellt sicherlich neue Anforderungen an das Gesundheits- und Versorgungssystem im Bereich des Schutzes von Mutter und Kind.

1. DEMOGRAPHISCHE UND SOZIALE ENTWICKLUNG

1.1. BEVOLKERUNGSSTRUKTUR

50,6% der Südtiroler Bevölkerung sind Frauen. Dieser Prozentsatz liegt sowohl unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (51,4%) als auch unter dem Durchschnittswert der Europäischen Union (51,2%), da die Südtiroler Bevölkerung durchschnittlich jünger ist. Ausgehend von einem konstanten biologischen Verhältnis der Geschlechter bei der Geburt zugunsten der männlichen Bevölkerung (2005 kamen auf 100 neugeborene Jungen 93 neugeborene Mädchen) überwiegt der Anteil der Frauen erst nach 55/60 Jahren deutlich und beträgt 3 Frauen pro Mann in der Bevölkerung über 85 Jahren.

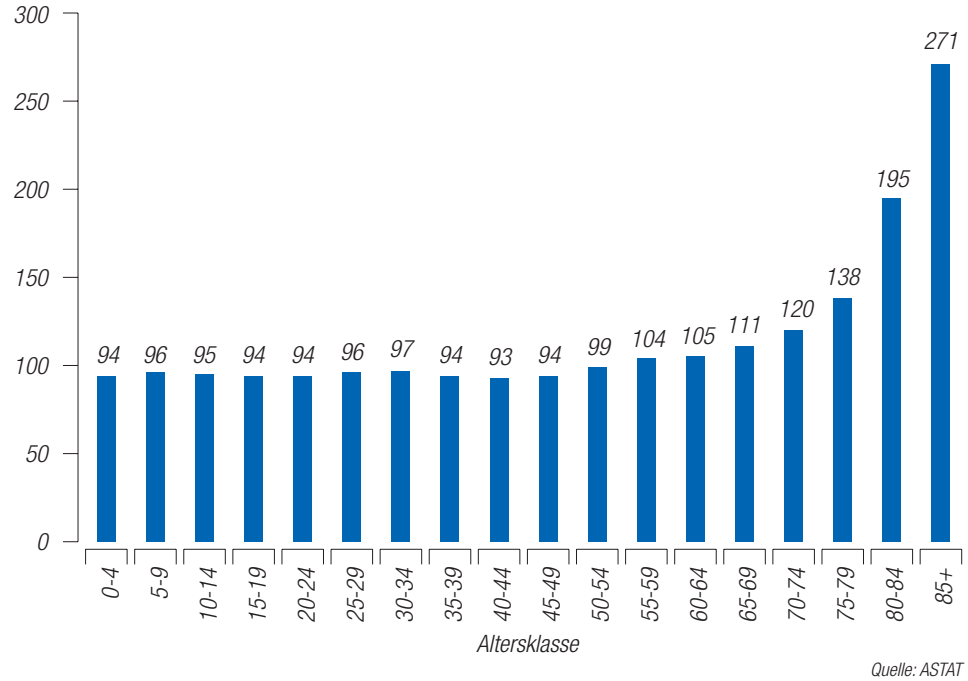
Tabelle 1: **Weibliche Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in den Ländern der Europäischen Union – Jahr 2000**

Land	*Gesamtbevölkerung**	*Anzahl der Frauen**	*Frauen in %*
EU 25	*451.265*	*231.213*	*51,2*
Lettland	*2.379,9*	*1.284,5*	*54,0*
Estland	*1.372,1*	*739,4*	*53,9*
Litauen	*3.512,1*	*1.867,8*	*53,2*
Ungarn	*10.221,6*	*5.356,4*	*52,4*
Portogal	*10.198,2*	*5.278,8*	*51,8*
Österreich	*8.002,2*	*4.133,9*	*51,7*
Italien	*57.679,9*	*29.676,6*	*51,5*
Frankreich	*58.748,7*	*30.215,3*	*51,4*
Polen	*38.653,6*	*19.870,2*	*51,4*
Slowakei	*5.398,7*	*2.773,6*	*51,4*
Tschechische Republik	*10.278,1*	*5.277,0*	*51,3*
Deutschland	*82.163,5*	*42.072,7*	*51,2*
Finnland	*5.171,3*	*2.648,3*	*51,2*
Slovenien	*1.987,8*	*1.017,0*	*51,2*
Belgien	*10.239,1*	*5.233,1*	*51,1*
Spanien	*39.733,0*	*20.297,2*	*51,1*
Zypern	*690,5*	*350,8*	*50,8*
Luxemburg	*435,7*	*221,1*	*50,8*
Vereinigtes Königreich	*59.623,4*	*30.252,8*	*50,7*
Griechenland	*10.554,4*	*5.354,6*	*50,7*
Dänemark	*5.330,0*	*2.695,9*	*50,6*
Schweden	*8.861,4*	*4.481,3*	*50,6*
Niederlande	*15.864,0*	*8.017,7*	*50,5*
Malta	*388,8*	*196,3*	*50,5*
Irland	*3.776,6*	*1.901,3*	*50,3*
Südtirol (2000)	*464,5*	*235,4*	*50,7*
Südtirol (2005)	*481,1*	*243,3*	*50,6*

** Werte in Tausend*

Quelle: Eurostat, ASTAT

Abbildung 1: **Anzahl der Frauen pro 100 Männer – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

Der große Anteil der Frauen in den höchsten Altersklassen ist auch zum Teil das Ergebnis einer unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen. In der Provinz Bozen leben die Frauen, im Einklang mit den Werten auf gesamtstaatlicher und europäischer Ebene, durchschnittlich 6 Jahre länger als die Männer (die Lebenserwartung einer Südtirolerin bei der Geburt betrug 2004 83,9 Jahre gegenüber 77,6 Jahren für den Mann).

In der ausländischen Bevölkerung machten die Frauen im Jahr 2004 hingegen nur 48,1% an der Bevölkerung insgesamt aus. Dieser Anteil stieg in den Jahren jedoch beträchtlich an, da nicht mehr nur einzelne Personen einwandern und sich ansiedeln, sondern ganze Familien.

1.2. HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

In Vergleich zur Gesamtbevölkerung fällt die weibliche Sterblichkeitsrate niedriger als jene der Männer aus; Frauen sind, so heißt es oft, von einem gesundheitlichen Paradox betroffen: einerseits leben sie länger, andererseits leiden sie häufiger an invalidisierenden Krankheiten.

Die allgemeine Sterblichkeitsrate in Italien betrug 2002 für die italienischen Frauen 953,5 pro 100.000 Einwohner (1.009,1 für die Männer). Auch Südtirol verzeichnet weibliche Sterblichkeitsraten unter jenen der Männer; in der Provinz senken die allgemein jüngere Bevölkerung und die guten Gesundheitsbedingungen die Werte im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt jedoch deutlich, wobei sich in den Jahren eine Konvergenz für beide Geschlechter um rund 8 pro 1.000 abzeichnet.

Tabelle 2: **Häufigste Todesursachen nach Altersklasse in der weiblichen Bevölkerung in der Provinz Bozen – Jahr 2002**

Altersklasse	*Häufigste Todesursachen*	*%*
15-29	*Externe Ursachen*	*70,0*
30-44	*Tumoren*	*53,3*
45-59	*Tumoren*	*65,1*
60-69	*Tumoren*	*52,6*
70-79	*Erkrankungen des Kreislaufsystems*	*42,9*
80+	*Erkrankungen des Kreislaufsystems*	*61,9*
INSGESAMT	*Erkrankungen des Kreislaufsystems*	*52,4*

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Die Todesursachen zeigen sich in den einzelnen Altersklassen unterschiedlich. Ein Vergleich der häufigsten Todesursachen in der weiblichen Bevölkerung Südtirols mit jenen der gesamtstaatlichen Bevölkerung weist keine bedeutenden Unterschiede auf.
In der jüngsten Altersklasse (15-29 Jahre) – wo die Anzahl der Todesfälle gering ausfällt (48 Todesfälle in Südtirol) – nehmen die externen Ursachen (Verkehrsunfälle und sonstige zufällige Ursachen) eine größere Bedeutung ein. In den anderen drei berücksichtigten Altersklassen (von 30 bis 69 Jahren) bleiben die Tumoren die erste Todesursache, mit besonders hohen Anteilen in der Altersklasse 45-59 Jahre. Ab dem Alter von 70 Jahren überwiegen hingegen die Krankheiten des Kreislaufsystems.

1.3. FAMILIE UND ARBEIT

Das allgemeine Gesellschaftsbild ist von einschneidenden Veränderungen gekennzeichnet. Seitdem sich in unserer Kultur neue Verhaltensmodelle behauptet haben, müssen sich die Gesellschaftsanalytiker auch verstärkt mit der Auslegung und Klärung der neuen Trends befassen.
Der Rückgang der Eheschließungen und Geburtenraten entspricht genau dem gesamtstaatlichen und europäischen Verlauf, obwohl sich auch heute noch, vor allem in der Provinz Bozen, ein Großteil der Frauen für die Familie entscheidet.

EHESCHLIEßUNGEN UND TRENNUNGEN

Die Eheschließungsraten verzeichnen einen deutlichen Rückgang (in der Provinz Bozen von 5,9 pro 1.000 Einwohner im Jahr 1990 auf 4,0 im Jahr 2003) und gleichzeitig einen Anstieg des Durchschnittsalter der Frauen bei der ersten Eheschließung (von 26 auf 31 Jahre), proportional zu jenem der Männer (von 29 auf 34 Jahre). Ansteigend ist auch die Zahl der Zusammenlebenden (ISTAT-Schätzungen aus dem Jahr 2000 zufolge ziehen es 12,8% der jungen Menschen vor, vor der Ehe zusammenzuleben, und allgemein verstreichen 4 Jahre Zusammenleben vor der Eheschließung). Die Anzahl der standesamtlichen Trauungen überschreitet die kirchlichen Trauungen (im Jahr 2003 wurden 57,7% der Südtiroler Ehen standesamtlich geschlossen); die Trennungen des Jahres 2003 haben sich im Vergleich zum Jahr 1990 verdoppelt, wenngleich die Zahlen leicht unter dem europäischen Durchschnitt liegen, während die Zahl der Scheidungen und als Folge davon auch die Alleinerzieherfamilien leicht zugenommen haben.

Tabelle 3: **Demographische Indikatoren für Eheschließungen – Provinz Bozen, Jahre 1990-2003**

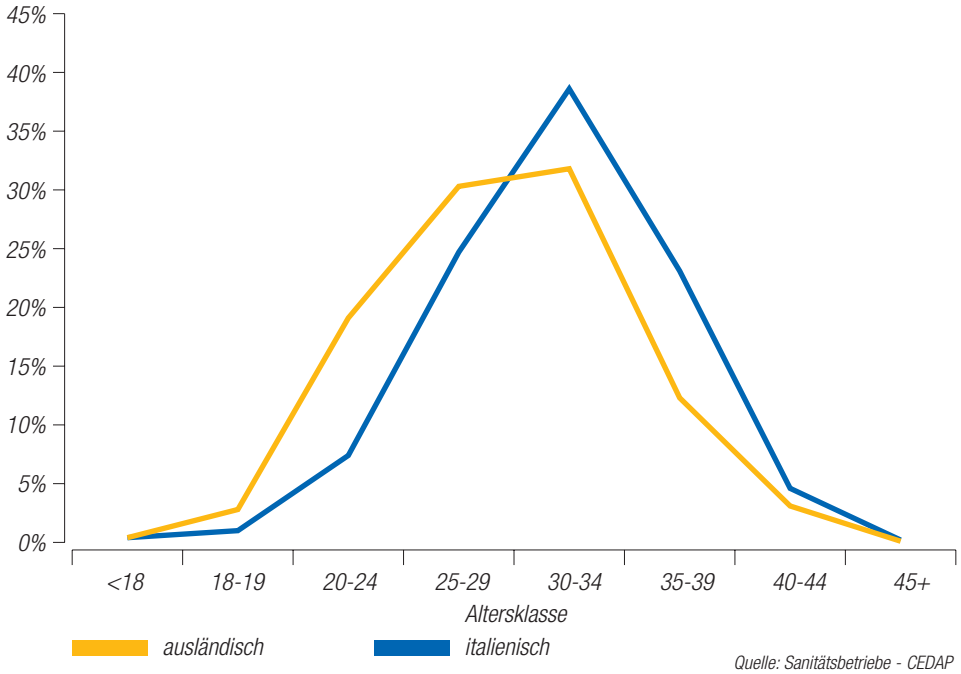
Jahre	*Eheschließungsrate*	*Standesamtliche Eheschließungen (%)*	*Scheidungsrate*	*Trennungsrate*
1990	*5,9*	*38,1*	*0,6*	*0,7*
1993	*5,3*	*39,3*	*0,6*	*0,8*
1995	*5,5*	*39,6*	*0,6*	*1,1*
1998	*4,5*	*42,0*	*0,7*	*1,3*
2000	*4,6*	*49,0*	*0,7*	*1,1*
2003	*4,0*	*57,7*	*0,8*	*1,4*

Quelle: ASTAT

Es gibt also nicht mehr nur ein Familienmodell; Gesellschaftsstudien und die täglichen Gegebenheiten zeigen, dass auch die traditionelle Familienform Änderungen unterlag, was sicherlich zum Teil auf den Übergang der letzten Jahrzehnte vom unbestrittenen männlichen Familienoberhaupt zu einer immer polyzentrischeren Realität, mit zunehmender Gleichberechtigung, gegenseitiger Achtung zwischen den Ehepartnern und an Bedeutung gewinnender Rolle der Frau in der Beziehung zu den Kindern, zurückzuführen ist.

Eine weitere Folge der neuen Familienstrukturen und Lebensstile, welche auch einen höheren Bildungsgrad und eine größere Miteinbeziehung der Frauen in die Arbeitswelt mit sich bringen, ist - bei einem Rückgang der Fruchtbarkeitsraten (rund 1,5 Kinder pro Frau im Jahr 2004 mit einem Rückgang von 45% gegenüber den 70er Jahren) - das höhere durchschnittliche Alter der Mütter aufgrund des Aufschubs der Entscheidungen für ein Kind. Im Jahr 2005 betrug das durchschnittliche Alter der Südtiroler Mütter bei der Geburt 31,1 Jahre (anfangs der 80er Jahre waren es noch 27,8 Jahre). Das Alter der Mütter mit vorhergehenden Entbindungen (Multiparen) betrug 32,3 Jahre, während das Alter der Nulliparen 29,5 Jahre war. Bedeutende Unterschiede ergeben sich in Bezug auf die Staatsbürgerschaft: für die Südtiroler Mütter italienischer Staatsbürgerschaft wurde ein Durchschnittsalter bei der Geburt von 31,5 Jahren verzeichnet, für die ausländischen Mütter in der Provinz sinkt es auf 29,1 Jahre (unterschiedliche Verteilung vor allem in den extremen Altersklassen).

Abbildung 2: **Alter der Mütter bei der Geburt nach Altersklassen und Staatsbürgerschaft – Provinz Bozen, Jahr 2005**



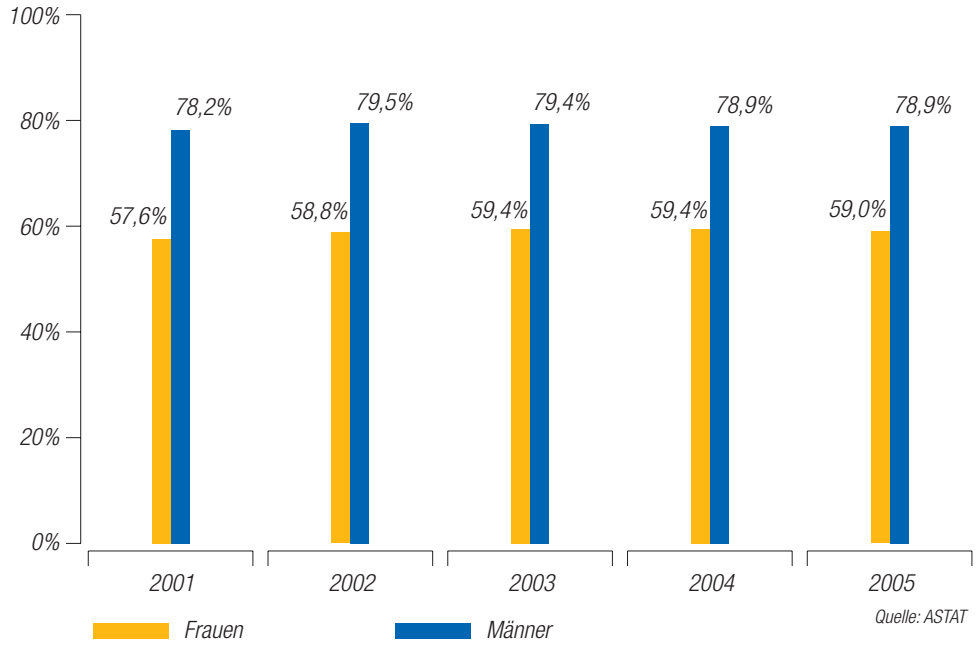
Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

In den letzten Jahren verlief die weibliche Beschäftigungsrate ansteigend; der Druck der Frauen, die mit einer allgemein hohen Ausbildung und Qualifikation (55% der Südtiroler, die derzeit die Universität besuchen, sind Frauen) in die Arbeitswelt eintreten und diese trotz Ehe oder Mutterschaft nicht verlassen, bleibt hoch.

Auf gesamtstaatlicher Ebene trug laut ISTAT im Jahr 2004 die weibliche Komponente stärker als die männliche zur Erhöhung der Beschäftigungsrate bei, wenngleich mäßiger als in den Vorjahren. Der Anteil der Frauen an den Beschäftigten insgesamt erreichte im Jahr 2004 40,3%, wobei in Italien die weibliche Beschäftigungsrate weit unterhalb der EU-15 (43,5% im Jahr 2003) und der anderen großen Volkswirtschaften Europas (45,7% in Frankreich, 44,9% in Deutschland) liegt.

In der Provinz Bozen betrug die weibliche Beschäftigungsrate im Jahr 2005 59% (jene der Männer 79%). Die Arbeitslosenrate der Frauen entspricht in etwa jener der letzten Jahre und liegt auch weiterhin über der Arbeitslosenrate der Männer, wenn auch unter dem durchschnittlichen Vergleichswert der 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union: die Arbeitslosenrate der Frauen betrug 3,5% (10,0% EU-25) gegenüber 2,2% der Männer (8,4% EU-25). Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Frauen überwiegt dabei: 36,2% gegenüber 4,1% der teilzeitbeschäftigten Männer, wobei in den meisten Fällen der Grund für diese Entscheidung die Familie ist. Höher ist der Anteil der Frauen auch für die befristeten Arbeitsverträge unter den abhängigen Arbeitnehmern: 16,9% Frauen, 7,8% Männer.

Abbildung 3: **Beschäftigungsrate nach Geschlecht – Provinz Bozen, Jahre 2001-2005**



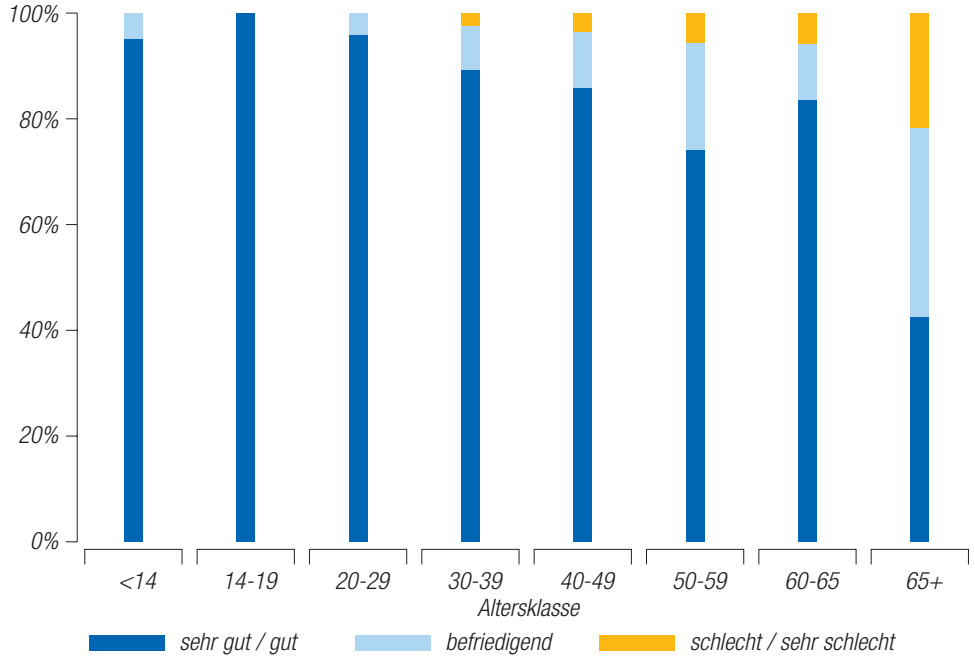
Quelle: ASTAT

Die Gleichberechtigung am Arbeitsplatz ist für die italienischen Frauen jedoch lange noch nicht erreicht. Nach einer im Jahr 2005 vom World Economic Forum veröffentlichten Studie hält Italien den negativen Rekord bei der Mitbeteiligung, den wirtschaftlichen Möglichkeiten zwischen den Geschlechtern und bei der Teilnahme der Frauen an der Macht, verzeichnet jedoch unter seinen Stärken den Schutz der Gesundheit und der Mutterschaft.

1.4. WAHRNEHMUNG DER GESUNDHEIT

„Die Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Freiheit von Krankheiten“ (WHO, Weltgesundheitsorganisation); seine Wahrnehmung wird in vielen europäischen Ländern als globaler Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung verwendet.

Abbildung 4: **Wahrnehmung des Gesundheitszustandes – Weibliche Bevölkerung in der Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

Im Jahr 2005 bezeichneten 80% der Südtirolerinnen ihren Gesundheitszustand als gut/sehr gut. Dieser Prozentsatz ist natürlich höher in den jüngeren Altersklassen und sinkt mit ansteigendem Alter. Unabhängig vom Alter wird jedoch unter den Frauen ein höherer Anteil jener verzeichnet, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut nennen, allgemein 18,8% gegenüber 12,4% der Männer, der auf 67,4% für die Frauen gegenüber 42,7% für die Männer in den höchsten Altersklassen ansteigt. Diese Unterschiede können zum Teil als Auswirkung der Langlebigkeit der Frauen ausgelegt werden; dabei muss jedoch auch das schwierige Verhältnis Frau-Gesundheit unterstrichen werden, in dem das Binom „längeres Leben = besserer Gesundheitszustand“ sicherlich nicht der Wahrheit entspricht.

2. GESUNDHEITSFAKTOREN UND PRÄVENTION

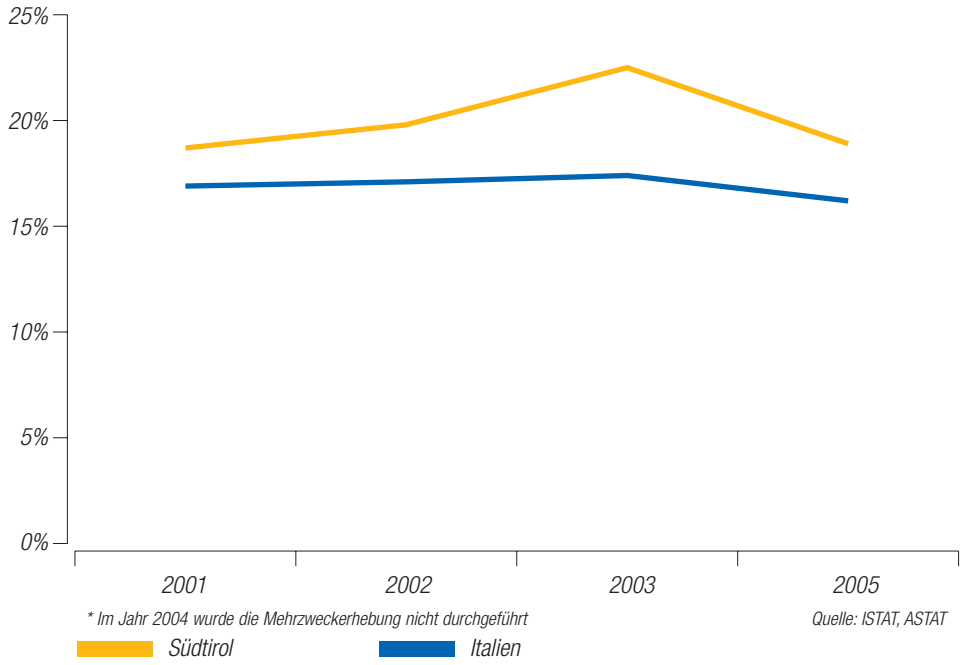
Die persönlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erklären eine Reihe von Krankheiten: so bezeugen epidemiologische Studien, dass 60% der Herzkreislauferkrankungen durch eine Verminderung der individuellen Risikofaktoren (wie Tabakkonsum, fettreiche und ballaststoffarme Ernährung und wenig Bewegung) vermieden werden können. Schätzungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) zufolge sind in den fortschrittlichsten europäischen Ländern fast 25% der Krankheiten bei den Frauen (fast 50% für die Männer) auf ungesunde Lebensstile zurückzuführen.

2.1. TABAK UND ALKOHOL

TABAKKONSUM

Die Zigarette übt auch heute noch einen großen Reiz auf Frauen aus. Die Eroberung der Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau führte leider auch zu einem Anstieg der Raucherinnen, der sich auch in den Jahren fortsetzte, in denen die Zahl der männlichen Raucher zusehends abnahm. Erst in letzter Zeit fiel der Anteil der Südtiroler Raucherinnen nach einem bedeutenden Anstieg in den letzten Jahren (durchschnittlich fast zwei Prozentpunkte pro Jahr) wieder auf die Prävalenzwerte von 2000 zurück (um die 18% mit einem durchschnittlichen Zigarettenkonsum pro Tag von 9), liegt aber immer noch über den gesamtstaatlichen Durchschnittswerten.

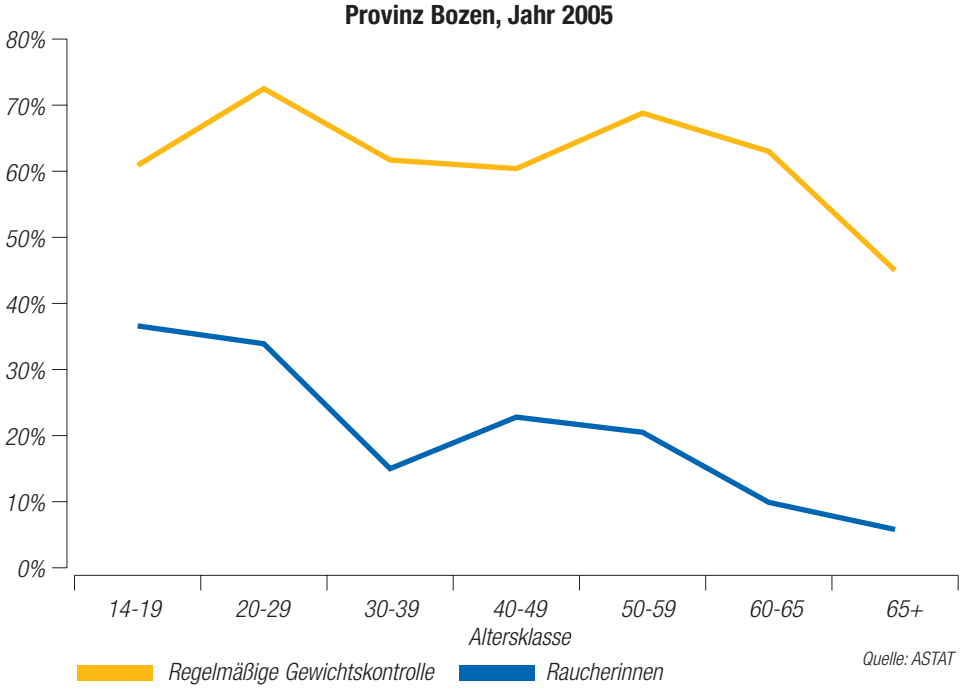
Abbildung 1: **Anteil der Raucherinnen – Vergleich Italien, Provinz Bozen, Jahre 2001-2005***



Einer der ausschlaggebenden Gründe, welche die Frauen zum Rauchen bewegen, ist, dass Rauchen das Körpergewicht reduziert; viele Frauen ziehen es in der Tat vor, Skla-

vinnen der Zigarette zu bleiben, anstatt zuzunehmen. Die Daten zeigen, dass in den weiblichen Altersklassen mit höheren Prävalenzwerten der Raucherinnen auch ein deutlich höheres Augenmerk auf die Gewichtskontrolle herrscht.

Abbildung 2: **Raucherinnen und Gewichtskontrolle nach Altersklasse – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

ALKOHOLKONSUM

Rauchen geht oft mit anderen risikobehafteten Verhaltensweisen einher, beispielsweise mit einem übermäßigen Alkoholgenuss. Nationalen und internationalen Studien zufolge betrifft der Alkoholmissbrauch immer häufiger die Jugendlichen und vor allem die Mädchen, die auf Alkohol zurückgreifen, um wahrscheinlich mehr Sicherheit zu erlangen und von der Gruppe akzeptiert zu werden; ein weiteres „Risikoalter" der Frauen ist jenes zwischen 40-50 Jahren, sobald viele eine - leider oft enttäuschende - Lebensbilanz ziehen. Die WHO-Schätzungen für die europäischen Länder in Bezug auf alkoholhaltige Produkte als Ursachen aller Krankheiten sprechen von 8-10%.

Die Prävalenz der Alkoholkonsumentinnen betrug in Italien im Jahr 2005 58,1%; der entsprechende Anteil in der Provinz Bozen liegt höher: 67,0%. Der Alkoholgenuss außerhalb der Mahlzeiten und das „Binge Drinking" (Rauschtrinken) stellen Gesundheitsrisiken dar. In Bezug auf den ersten Fall erklärten 5,2% der Südtiroler Frauen, mindestens einmal pro Woche Wein oder Alkohol außerhalb der Mahlzeiten zu sich zu nehmen, während 9,5% der weiblichen Bevölkerung in der Provinz Bozen einen hohen Alkoholkonsum zu einem einzigen Anlass mindestens einmal im Jahr zugeben (durchschnittlich 5 „Binge Drinking"-Episoden in einem Jahr).

Tabelle 1: **Prozentanteil der Frauen, die mindestens ein alkoholisches Getränk im Jahr zu sich genommen haben, nach Alterklasse – Provinz Bozen, Jahr 2005**

	Altersklasse							Insgesamt
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-65	65+	
% d. Frauen	65,9	88,9	63,7	67,2	73,6	62,9	53,1	67,0

Quelle: ASTAT

2.2. GEWICHT UND ERNÄHRUNG

Die Verbreitung von nicht korrekten Ernährungsgewohnheiten und die Fettleibigkeit stellen ein großes epidemiologisches, soziales und wirtschaftliches Problem dar, da sie zusammen mit zuwenig Bewegung zu den größten Risikofaktoren zahlreicher chronisch-degenerativer Krankheiten zählen.

BODY MASS INDEX

Die Südtiroler Frauen (weibliche Bevölkerung ab 14 Jahren) achten mehr auf ihre Linie. Gegenüber einem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 8,7% Frauen mit Fettleibigkeitsproblemen und 25,8% (1 Frau von 4) übergewichtigen Frauen (Istat-Daten des Jahres 2003) verzeichnet Südtirol im Jahr 2005 geringere Werte: 6,6% für die Fettleibigkeit und 22,8% für die Prävalenz der Südtirolerinnen mit Übergewicht. Deutlich anders zeigt sich hingegen die Lage der Männer: die Südtiroler übersteigen den nationalen Durchschnitt um 7% (fast jeder Zweite ist in Südtirol übergewichtig oder fettleibig).

Tabelle 2: **Ernährungsgewohnheiten in der weiblichen Bevölkerung ab 3 Jahren in der Provinz Bozen – Konsum pro Tag, Jahr 2005**

Alters-klasse	*Nahrungsmittel*										
	Brot, Nudeln	*Wurst-waren*	*Weißes Fleisch*	*Rind-fleisch*	*Milch*	*Käse*	*Eier*	*Fisch*	*Gemüse und Blatt-gemüse*	*Sonstiges Gemüse*	*Obst*
03-13	73,0	15,3	2,7	1,1	79,2	57,4	2,2	1,1	45,9	22,4	79,0
14-19	69,5	5,8	3,7	-	63,6	44,4	2,1	-	56,4	40,5	74,2
20-29	74,2	9,0	5,7	4,9	64,2	48,8	8,4	3,3	56,9	39,8	59,8
30-39	74,2	15,8	1,6	3,2	74,4	53,3	6,2	-	56,2	53,1	73,8
40-49	71,6	9,6	-	-	62,6	46,9	7,3	-	74,1	54,1	80,7
50-59	74,6	18,1	1,4	-	60,3	47,4	-	-	71,0	45,6	78,9
60-65	79,6	11,6	2,0	2,0	68,3	45,2	9,1	3,6	85,3	62,5	96,2
65+	79,6	7,2	4,0	2,7	72,1	46,2	4,1	1,4	70,0	39,8	81,8
INSG.	***74,8***	***11,8***	***2,6***	***1,9***	***68,9***	***49,2***	***5,0***	***1,0***	***64,0***	***44,3***	***77,5***

Quelle: ASTAT

NAHRUNGS-MITTELKONSUM

Täglich Wurstwaren, Fleisch oder Käse zu sich nehmen gilt als „übermäßiger Konsum“ und somit als gesundheitsschädigend. Von den Südtirolerinnen konsumieren 11,8% mindestens täglich Wurstwaren, während nur 1 Frau von 2 in ihrer täglichen Ernährung auch Käse vorsieht. Der Großteil der „ungesunden“ Ernährungsgewohnheiten hängt umgekehrt proportional mit dem Bildungsgrad zusammen: solche Ernährungsgewohnheiten täglich oder mehrmals am Tag nehmen bei den Südtiroler Frauen mit niedrigerem Bildungsgrad im Vergleich zu den Frauen mit Oberschul- oder Universitätsabschluss fast um das Dreifache zu. Besonders die Frauen mit dem niedrigsten Bildungsgrad neigen stärker dazu, Gemüse aus ihrer Ernährung auszuschließen oder zumindest zu reduzieren und übermäßig Wurstwaren, weißes Fleisch und Käse zu konsumieren.

2.3. PROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES ZERVIXKARZINOMS

LANDESPROGRAMM FÜR DAS SCREENING DES ZERVIXKARZINOMS

Seit Februar 2001 läuft in Umsetzung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 4034 vom 20.09.1999 ein Landesprogramm für die Verstärkung der Frühdiagnose des Zervixkarzinoms. Da sich zahlreiche Südtirolerinnen spontan dem Paptest unterziehen, besteht die Zielbevölkerung des Programms aus allen ansässigen Frauen im Alter zwischen 23 und 65 Jahren, die in den letzten drei Jahren keinen Paptest in einer Landesgesundheitseinrichtung vornehmen ließen.

ZIELBEVÖLKERUNG DES PROGRAMMS

Im Jahr 2005 wurden 32.194 Frauen eingeladen, am Screening-Programm teilzunehmen: 18.481 Frauen (57,4%) erhielten die Einladung zum ersten Mal, für die restlichen 13.713 (42,6%) handelte es sich um die erste und/oder zweite Aufforderung.

Das Verhältnis zwischen den eingeladenen und ansässigen Frauen entspricht auf Landesebene einem Wert von 23,3%, der sich innerhalb der einzelnen Sanitätsbetriebe homogen zeigt.

TEILNAHME AM PROGRAMM

Insgesamt nahmen im Laufe des Jahres 7.357 Frauen am Programm teil (22,9%). Die Teilnahme am Programm war in den jungen Altersklassen (23-29 Jahre) höher und sinkt mit ansteigendem Alter auf 19,8% für die 65-jährigen Frauen.

Analysiert man die Daten der Programmteilnahme nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau, schwankt die Teilnahme zwischen 20,7% (SB Meran) und 25,1% (SB Bruneck). Der Sprengel mit der höchsten Quote ist Taufers-Ahrntal (28,6%); den niedrigsten Anteil von 19,7% verzeichnen hingegen die Einwohnerinnen des Oberen Vinschgau.

Das Verhältnis zwischen den teilnehmenden und ansässigen Frauen beträgt insgesamt 5,3%, wobei die Werte zwischen 4,5% (SB Meran) und 5,9% (SB Bruneck) schwanken.

PAPTEST-ERGEBNISSE

In über 96% der Fälle hatte der von den teilnehmenden Frauen durchgeführte Paptest ein negatives Ergebnis. Für 55 Frauen (0,7%) wurde eine Dysplasie diagnostiziert; in zwei Fällen ergab der Test eine Karzinomdiagnose.

Tabelle 3: **Verteilung der am Zervix-Screening teilnehmenden Frauen nach Altersklasse und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2005**

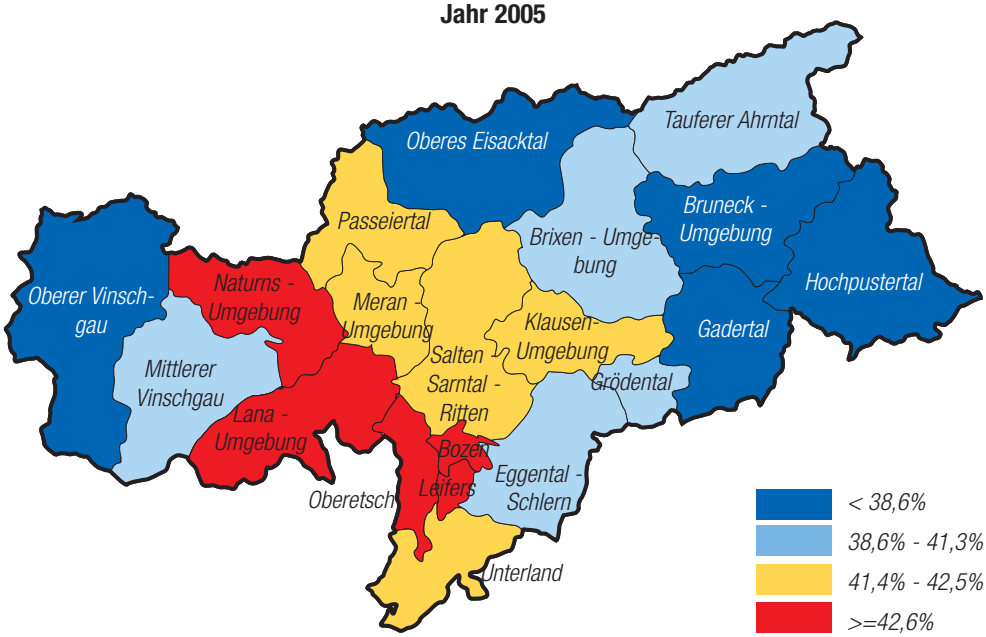
Altersklasse	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen	abs. Wert	% von eingelad. Frauen
23-24	204	23,2	113	22,7	83	27,7	112	28,8	512	24,8
25-29	330	23,4	191	25,4	123	26,9	120	23,3	764	24,4
30-34	429	25,8	210	24,9	130	27,5	169	30,8	938	26,6
35-39	433	25,0	229	23,2	161	26,9	169	27,9	992	25,3
40-44	424	22,4	216	21,8	136	22,3	169	26,3	945	22,8
45-49	355	22,6	170	19,5	101	19,2	113	21,9	739	21,2
50-54	337	22,5	133	17,1	84	19,2	110	24,1	664	21,0
55-59	399	21,4	133	16,2	89	17,3	102	21,9	723	19,7
60-64	491	23,5	190	18,0	108	20,4	124	22,4	913	21,6
65	92	22,0	33	16,5	20	18,7	22	18,3	167	19,8
INSGES.	**3.494**	**23,2**	**1.618**	**20,7**	**1.035**	**22,7**	**1.210**	**25,1**	**7.357**	**22,9**

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

FLÄCHENDECKUNG DER BEVÖLKERUNG IM JAHR 2005

Zur Schätzung der Flächendeckung in der weiblichen Bevölkerung, d.h. des Anteils der Frauen, die mindestens einen Paptest durchgeführt haben, muss zum Screening auf Einladung der Prozentsatz der Frauen hinzugezählt werden, die im Jahr 2005 den Paptest spontan vornehmen ließen. Im Jahr 2005 ließen 57.410 Frauen im Alter zwischen 23-65 Jahren mindestens einen Paptest durchführen, was 41,5% der weiblichen Wohnbevölkerung entspricht. Weitet man die Analyse auf den Dreijahreszeitraum 2003-2005 aus, wird geschätzt, dass für 76,8% Südtirolerinnen im Alter von 20-65 Jahre mindestens eine zytologische Diagnose vorliegt.

Abbildung 3: **Territoriale Verteilung der Teilnehmerquote in der weiblichen Bevölkerung – Jahr 2005**



Die Europäische Gemeinschaft erhofft sich für dieses Programm eine Teilnehmerquote nicht unter 85% der Zielbevölkerung. In Italien gelten Deckungsgrade über 65% als annehmbar, der erwünschenswerte Standard beträgt über 80%.
Nach der ISTAT-Mehrzweckerhebung „Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste“ der Jahre 1999-2000 schwankt der Anteil der Frauen, die den Paptest regelmäßig alle drei Jahre vornehmen lassen, zwischen 25,6% (Süden) und 61,0% (Nord-Osten). Die 2005 an einem Sample von in 123 Sanitätsbetrieben ansässigen Frauen durchgeführte PASSI-Studie (Fortschritte der Sanitätsbetriebe für die Gesundheit in Italien) informiert kürzlich, dass 70% der Interviewten erklären, in den letzten drei Jahren mindestens 1 Paptest durchgeführt zu haben.

2.4. PROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES MAMMAKARZINOMS

GESETZESVERWEISE

Das Screening des Mammakarzinoms ist in der Provinz Bozen im Programm für die Prävention und Bekämpfung der Neoplasien vorgesehen, das mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2076 vom 27.04.1992 in geltender Fassung genehmigt wurde.

NEUES LANDESPROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES MAMMAKARZINOMS

Im Juli 2003 wurde offiziell das Landesprogramm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms eingeleitet, das eine Zielbevölkerung von 56.323 ansässigen Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren vorsieht, die in den vergangenen 18 Monaten keine mammographische Untersuchung vorgenommen haben.
Das Mammographie-Screening findet an den Sitzen der Röntgendienste in den öffentlichen Krankenhäusern statt.
Die Röntgenbefunde werden vom Röntgendienst des Krankenhauses Bozen analysiert und bewertet; eine Ausnahme bilden dabei die Mammographien der im Sanitätsbetrieb Brixen ansässigen Frauen, die von den Radiologen der Krankenhäuser Brixen und Sterzing untersucht werden.

ERGEBNISSE DER PROGRAMMRUNDE 2003-2005

Die während des Zeitraums eingeladene Bevölkerung betrug 98,6% (55.534 Frauen) der Zielbevölkerung.
34.720 Frauen wurden bis zum 31. Dezember 2005 einem Mammographie-Screening unterzogen; 27.351 davon (78,8% der untersuchten Frauen) gingen nach Erhalt der Einladung zur Kontrolle (49,2% der eingeladenen Frauen), während 7.369 Frauen (21,2%) schon vor Erhalt der Einladung eine Kontrolle durchführen ließen (13,3% der eingeladenen Frauen).

TEILNAHME AN DER PROGRAMMRUNDE 2003-2005

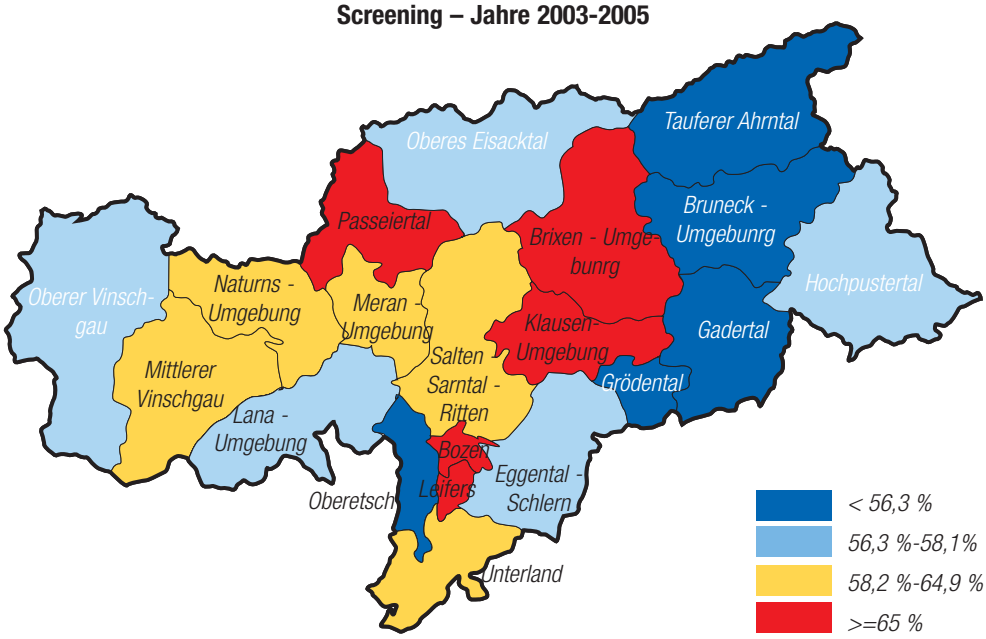
Die unbereinigte Teilnahmerate an der Mammographiekontrolle, berechnet an den eingeladenen Frauen, betrug auf Landesebene 62,5%, wobei diese Daten auch die spontan durchgeführten Kontrollen beinhalten; sie schwankt zwischen 56,3% für den Sanitätsbetrieb Bruneck und 64,8% für den Sanitätsbetrieb Bozen. Aufgrund von organisatorischen Problemen erhielt nur ein Teil der nicht teilnehmenden Frauen im Abstand von 2 Monaten eine zweite Einladung. Die derzeit von der Italienischen Gruppe für das Mammographie-Screening (GISMa) für diesen Parameter empfohlenen Werte sind ≥50% (annehmbar) und ≥70% (erwünschenswert).

Tabelle 4: **Zielbevölkerung und teilnehmende Frauen nach Art der Teilnahme und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau für das Mammographie-Screening - Jahre 2003-2005**

Sanitätsbetrieb	Zielbev.	Teilnehm. Bev. (%)	Teilnahme auf Einladung		Spontane Teilnahme		Teilnahme insgesamt	
			abs. Wert	% teiln. Bev.	abs. Wert	% teiln. Bev.	abs. Wert	% teiln. Bev.
Bozen	27.138	98,3	14.203	53,2	3.097	11,6	17.300	64,8
Meran	14.398	98,7	6.155	43,3	2.566	18,0	8.721	61,3
Brixen	7.258	99,0	3.592	50,0	908	12,6	4.500	62,6
Bruneck	7.519	99,2	3.398	45,6	797	10,7	4.195	56,3
Nicht angegeben	10	100,0	3	30,0	1	10,0	4	40,0
INSGESAMT	**56.323**	**98,6**	**27.351**	**49,2**	**7.369**	**13,3**	**34.720**	**62,5**

Quelle: Tumorregister Südtirol

Abbildung 4: **Territoriale Verteilung der unbereinigten Teilnahmequoten am Mammographie-Screening – Jahre 2003-2005**



Quelle: Tumorregister Südtirol

Auf gesamtstaatlicher Ebene belaufen sich die unbereinigten Teilnahmequoten am Screening der eingeleiteten Programme nach den Angaben des Vierten Berichtes der Nationalen Screening-Beobachtungsstelle (Jahr 2003) auf 58,3%.

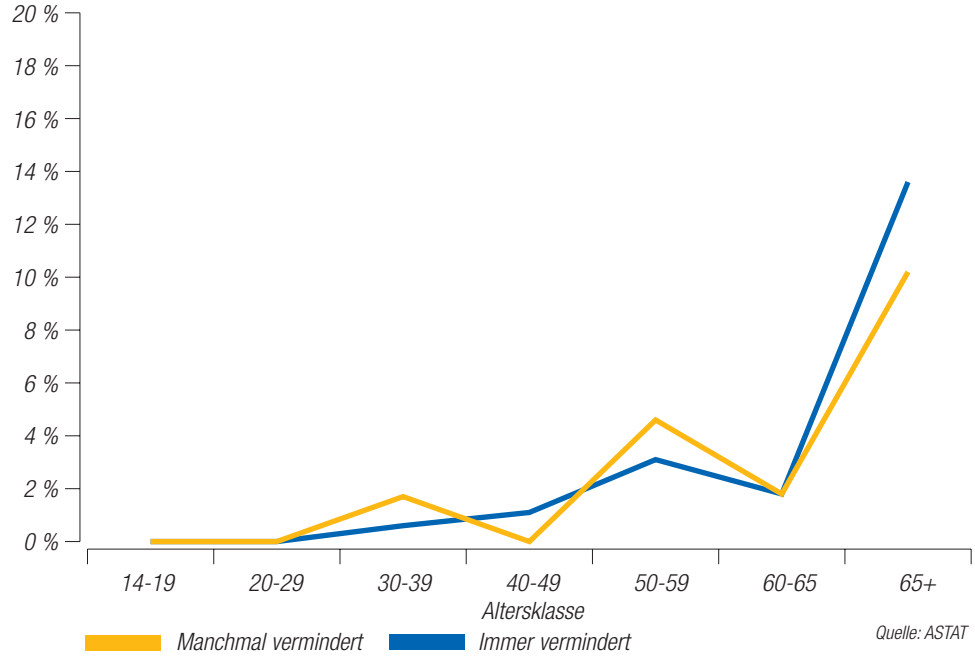
Mit Bezug auf die Screening-Zielbevölkerung der Jahre 2003-2005 wurden insgesamt 318 Fälle von bösartigen Brusttumoren diagnostiziert, bei denen eine histologische Bestätigung vorliegt. 122 davon wurden in der Screening-Phase erfasst. Die Daten gelten als leicht unterschätzt, da sie nicht die nur auf klinisch-instrumenteller Basis durchgeführten Tumordiagnosen beinhalten. Für die Eingeladenen beträgt die unbereinigte Identifikationsrate (begrenzt auf die Diagnosen mit positiver Histologie) also 3,5 Tumoren pro 1.000 Frauen.

3. MORBIDITÄT

3.1. CHRONISCHE KRANKHEITEN

Die Lebenserwartung allein kann nicht die Lebensqualität beschreiben: wie bereits im vorhergehenden Kapitel angedeutet leben die Frauen zwar länger als die Männer, sie leiden gleichzeitig aber auch häufiger an chronischen Krankheiten und deren invalidisierenden Folgen und verbringen einen längeren Teil ihres Lebens also in einem schlechten Gesundheitszustand. Im Jahr 2005 erklärte jede vierte Südtirolerin im Alter über 65 Jahren eine gelegentliche oder kontinuierliche Verminderung ihrer Selbstständigkeit aufgrund von chronischen Krankheiten oder Invalidität.

Abbildung 1: **Prozentsatz der Frauen, die ihre eigene Selbstständigkeit aufgrund von Krankheit und Invalidität als vermindert erklären – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

2004 litten in der Provinz Bozen 23,5% der gesamten weiblichen Bevölkerung an mindestens einer chronischen Krankheit (57.572 Personen), gegenüber 19,2% der Männer (45.528 Personen). Gerade ab dem Alter von 15 Jahren, in dem die ersten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auftreten, verzeichnen die Frauen zunehmend höhere Werte chronischer Krankheiten als die Männer.

Tabelle 1: **Raten der chronischen Krankheiten nach Geschlecht und Altersklasse pro 100.000 Einwohner – Provinz Bozen, Jahr 2004**

Altersklasse	*Frauen*	*Männer*
0	*4.136,8*	*4.783,3*
01-04	*1.742,5*	*2.692,4*
05-14	*1.934,0*	*2.581,7*
15-44	*7.255,6*	*5.972,7*
45-64	*31.123,2*	*28.768,5*
65-74	*58.410,5*	*57.920,8*
74+	*73.110,5*	*72.237,6*
INSGESAMT	***23.484,9***	***19.160,6***

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

Von den insgesamt 35 analysierten chronischen Krankheiten weisen die Frauen in 54% der Fälle höhere Raten auf. Die höhere Prävalenz der Frauen betrifft: die Kardiovaskulopathien allgemein, vor allem in Bezug auf die Hypertonie, während die Kardiopathien (vor allem in den fortgeschrittenen Altersklassen) unter den Männern stärker verbreitet sind; die Neuropathien, vor allem für die Alzheimer-Krankheit, die mit ansteigendem Alter eine fast doppelt so hohe Inzidenz im Vergleich zur männlichen Bevölkerung annimmt; und insbesondere die Autoimmunkrankheiten wie rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes und Hashimoto-Thyreoiditis (für die letztere Krankheit bestätigen die Daten die Aussagen der Fachliteratur, nach denen die chronische, autoimmune Thyreoiditis im weiblichen Geschlecht deutlich höher liegt - in Südtirol betrug die Prävalenz im Jahr 2004 422,61 Fälle pro 100.000 Frauen gegenüber 41,24 Fälle bei den Männern -; diese Krankheit entwickelt sich häufig zur Hypothyreose, die ihrerseits Werte von 4.036,01 Fällen pro 100.000 Frauen gegenüber 866,55 Fällen pro 100.000 Männer aufweist).

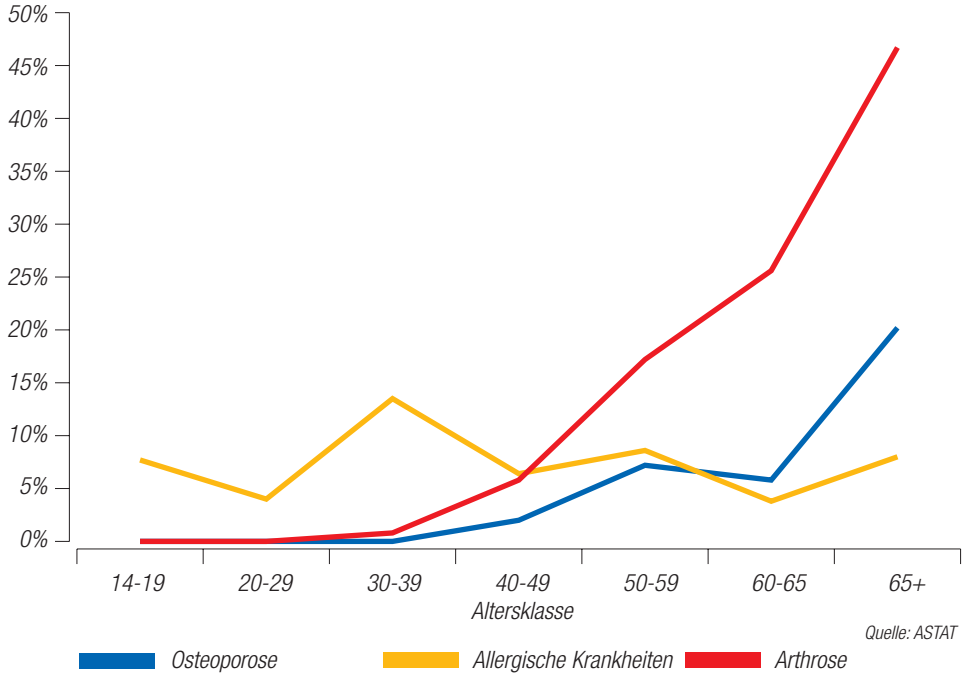
Tabelle 2: **Chronische Krankheiten nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner – Provinz Bozen, Jahr 2004**

Chronische Krankheiten	Frauen	Männer
Transplantatträger	59,6	106,5
Niereninsuffizienz	312,9	518,1
HIV und AIDS	29,8	62,3
Neoplasie	2.698,8	2.587,4
Diabetes	2.881,2	3.110,2
Hypertonie	12.760,7	10.229,8
Kardiopathie	5.673,8	5.552,4
Vaskulopathie	757,5	1.072,4
Bronchopneumopatie	1.866,3	2.458,7
Hepato-Enteropathie	514,4	856,0
MRGE	648,6	675,1
Epilepsie	498,1	582,1
Parkinson	708,6	543,3
Alzheimer	272,5	116,6
Multiple Sklerose	130,1	64,0
Neuromyelitis optica	0,4	0,8
Demenz	229,3	117,8
Rheumatische Arthritis	443,8	165,4
LES	101,2	20,2
Systemische Sklerose	29,4	7,6
Sjörgen-Syndrom	33,9	4,2
Spondylitis ankylosans	13,9	29,5
Myasthenia gravis	11,8	7,2
Hashimoto-Thyreoiditis	422,6	41,2
Hämolytische Anämie	5,7	6,3
Akromegalie	11,4	9,3
Diabetes Insipidus	6,5	7,2
Addison-Krankheit	12,2	12,2
Hyper-Hypoparathyreoidismus	32,6	12,6
Hypothyreose	4.036,0	866,6
Cushing-Syndrom	7,3	2,1
Basedow-Krankheit	188,5	50,5
Hypophysärer Minderwuchs	22,0	32,0
Dyslipämie	2.621,7	2.716,2
Psychosen	895,0	549,2

Quelle: OEP - Mapping der chronischen Krankheiten

Neben den 35 in der Mapping-Studie analysierten Krankheiten gibt es natürlich weitere chronische Krankheiten, deren offizielle Prävalenzdaten jedoch aus ISTAT-Stichprobenerhebungen hervorgehen, die mehr auf subjektiven Erklärungen der Interviewten als auf epidemiologischen Daten basieren. Daraus geht hervor, dass Osteoporose und Arthrose 5,0% bzw. 12,6% der weiblichen Südtiroler Bevölkerung betreffen, im Alter von 40-44 Jahren auftreten und, im Fall der Arthrose, im fortgeschrittensten Alter fast jede zweite Frau befallen.

Abbildung 2: **Osteoporose, allergische Krankheiten und Arthrose – Weibliche Bevölkerung in der Provinz Bozen, Jahr 2005**

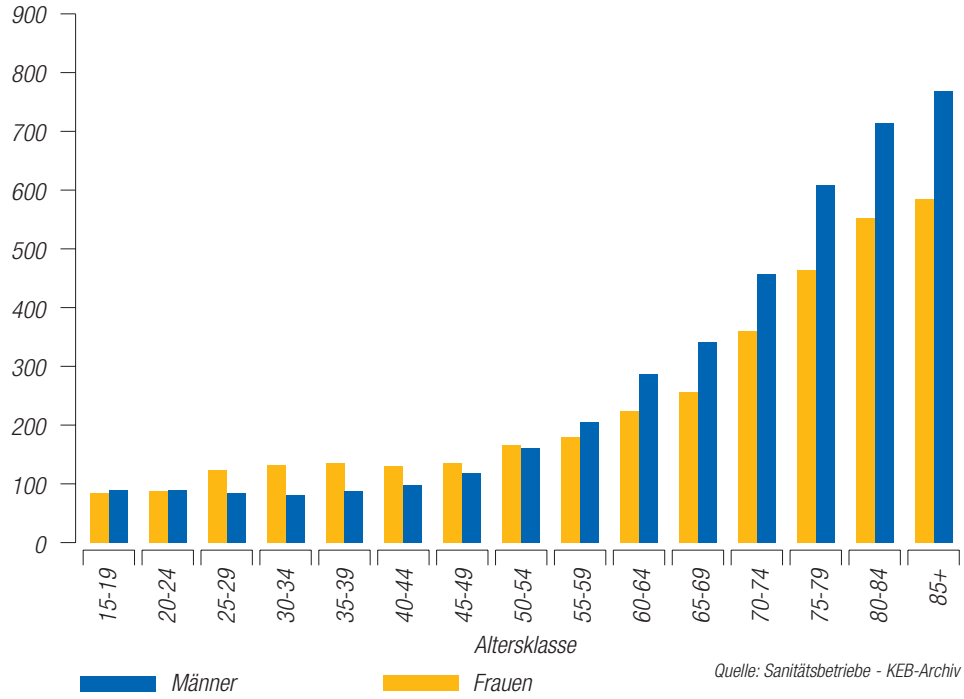


3.2. KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Bei den Krankenhausaufenthalten sind keine großen Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu verzeichnen, außer in Bezug auf die Schwangerschaft, die Entbindungen und die damit zusammenhängenden Krankheiten, die natürlich die Ursachen und Häufigkeit der Aufenthalte der Frauen beeinflussen können.

Während die Hospitalisierungsraten der Männer für Aufenthalte von Akutkranken in den extremen Alterklassen höher ausfallen (vor allem aufgrund einer höheren Inzidenz von Traumata im Jugendalter und Kreislauferkrankungen in den fortgeschrittensten Altersklassen), sind die Hospitalisierungsraten der Frauen in den mittleren Altersklassen, eben aufgrund der Krankheiten und Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und dem weiblichen Fortpflanzungssystem (ausgeschlossen die Aufenthalte wegen Geburt) höher, was folglich weitgehend zu einem Gleichgewicht zwischen den durchschnittlichen Aufenthaltsraten insgesamt führt (Hospitalisierungsrate aufgrund von Aufenthalten von Akutkranken im Jahr 2005 von 189,19 pro 100.000 Frauen und 181,89 pro 100.000 Männer).

Abbildung 3: **Hospitalisierungsraten aufgrund von Aufenthalten von Akutkranken (ausgeschlossen die Aufenthalte aufgrund von Geburt) nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Schließt man die Aufenthalte aufgrund von Geburt aus, die in der Bevölkerung immer die erste Stelle in der Rangliste der Aufenthalte einnehmen, sind für die Südtiroler Frauen die häufigsten Aufenthalts-DRGs die DRG 359 „Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor“ mit ziemlich hohen Prävalenzwerten vor allem in der Altersklasse 45-49 Jahre (rund 11% der gesamten Aufenthalte in derselben weiblichen Altersklasse) und die DRG 243 „Medizinische Rückenbeschwerden“ mit hohen Aufenthaltsraten vor allem in der Altersklasse 55-64 Jahre.

Tabelle 3: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte (Geburten ausgeschlossen) der Südtiroler Frauen nach den häufigsten DRGs, kumulierter % der Aufenthalte – Jahr 2005**

DRG	Beschreibung der DRG	Aufenthalt	% kumuliert
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	851	2,7
243	Medizinische Rückenbeschwerden	820	5,3
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	809	7,9
430	Psychosen	789	10,4
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	767	12,8
127	Herzinsuffizienz und Schock	732	15,1
14	Spezifische zerebrovaskuläre Erkrankungen außer transitorisch ischämischer Attacke (TIA)	482	16,6
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen, ohne Komplikationen	465	18,1
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	447	19,5
390	Neugeborene mit sonstigen signifikanten Problemen	404	20,8

Quelle: Sanitätsbetriebe – KEB-Archiv

Im Erwachsenenalter hängen die Aufenthalte der Frauen häufig mit den Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystems zusammen, zwischen 55 und 75 Jahren stellen hingegen die Krankheiten und Beschwerden der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes die wichtigsten Aufenthaltsursachen dar, während für die über 75-jährigen Frauen wie für die Männer derselben Altersklasse die Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems überwiegen.

Tabelle 4: **Häufigste DRGs der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken (Frauen) nach Altersklasse (Geburten ausgeschlossen) – Provinz Bozen, Jahr 2005**

Altersklasse	*DRG*	*Beschreibung der DRG*	*%*
15-24	*183*	*Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten*	*4,3*
25-44	*359*	*Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen*	*6,7*
45-54	*359*	*Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen*	*8,5*
55-64	*243*	*Medizinische Rückenbeschwerden*	*3,6*
65-74	*209*	*Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen*	*5,8*
74+	*127*	*Herzinsuffizienz und Schock*	*6,2*

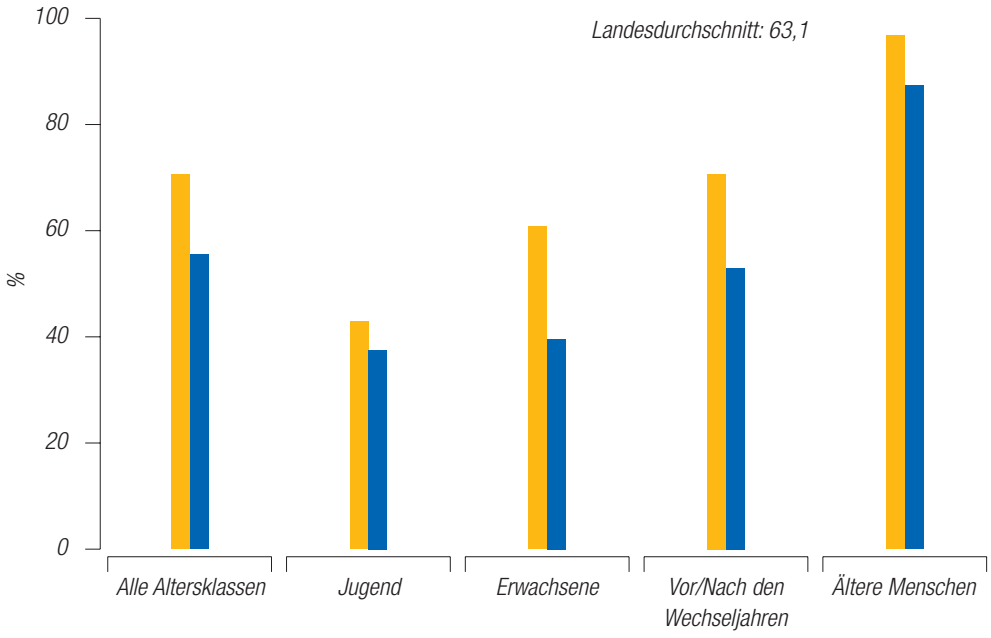
Quelle: Sanitätsbetriebe – EFK-Archiv

3.3. FRAUEN UND MEDIKAMENTE

Die internationalen wissenschaftlichen Gremien haben die Wichtigkeit der geschlechtsspezifischen Forschung und klinischen und pharmakologischen Erprobung anerkannt. Der Schutz der Gesundheit der Frau und eine effiziente Antwort auf die gesundheitliche Bedürfnisse müssen mit der Bewertung der biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern einhergehen, die notwendigerweise zu einer differenzierten Antwort auf die Pharmakotherapie führen müssen (man denke nur an die Hormonschwankungen, die das Fortpflanzungsleben der Frau von der Pubertät bis in die Wechseljahre beeinflussen, oder an die tiefgreifenden Änderungen während der Schwangerschaft). Bis heute wurde diesem Aspekt jedoch nur wenig Aufmerksamkeit zuteil, da die klinischen Studien nur selten auch Frauen miteinbezogen.

Wie aus den nationalen pharmako-epidemiologischen Untersuchungen hervorgeht, greifen Frauen häufiger als Männer zu Medikamenten. Im Jahr 2005 wurde 70,6% der Südtirolerinnen mindestens ein Medikament verschrieben (mit einer Differenz von 15% im Vergleich zu den Männern). Diese Werte schwanken in den verschiedenen Lebensphasen stark: im Jugendalter weisen die Mädchen im Vergleich zu den Jungen eine geringere Differenz in der Anzahl der Medikamentenverschreibungen auf, im fruchtbaren Alter ist die Differenz beträchtlich und nimmt dann vor und nach den Wechseljahren und im fortgeschrittenen Alter langsam ab (in dieser letzten Phase bedürfen fast alle Frauen einer Pharmakotherapie).

Abbildung 4: **Medikamentenverschreibungen nach Alter und Geschlecht – Provinz Bozen, Jahr 2005**



	Alle Altersklassen	Jugend	Erwachsene	Vor/Nach den Wechseljahren	Ältere Menschen
Männer	55,5	37,5	39,6	53,0	87,3
Frauen	70,6	42,9	60,8	70,7	96,8

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Sanitätsbetrieb Bozen

Die Frauen weisen höhere Werte auch in Bezug auf die täglichen Medikamentendosen auf (fast 26% mehr als die Männer). Sie verzeichnen einen höheren Medikamentenverbrauch für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel (+23%), für das Muskel- und Skelettsystem (+86%) und das Nervensystem (71%).

Tabelle 5: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner pro Tag) nach ATC und Geschlecht - Provinz Bozen, Jahr 2005**

	Frauen	Männer
	DDD/1.000 Einwohner pro Tag	
Gastrointestinaltrakt/ Stoffwechsel	57,2	46,4
Blut und blutbildende Organe	55,3	47,0
Herzkreislaufsystem	259,9	242,8
Dermatologika	2,3	3,3
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	59,3	26,0
Systemische Hormonpräparate	33,7	13,0
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	12,5	11,1
Zytostatika	6,5	4,8
Muskel- und Skelettsystem	34,3	18,4
Zentrales Nervensystem	56,4	33,0
Antiparasitäre Pharmaka	0,9	0,3
Respirationstrakt	23,7	31,7
Sinnesorgane	11,4	8,5
Sonstige	0,1	0,2
INSGESAMT	**613,7**	**486,6**

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Sanitätsbetrieb Bozen

4. BÖSARTIGE TUMOREN

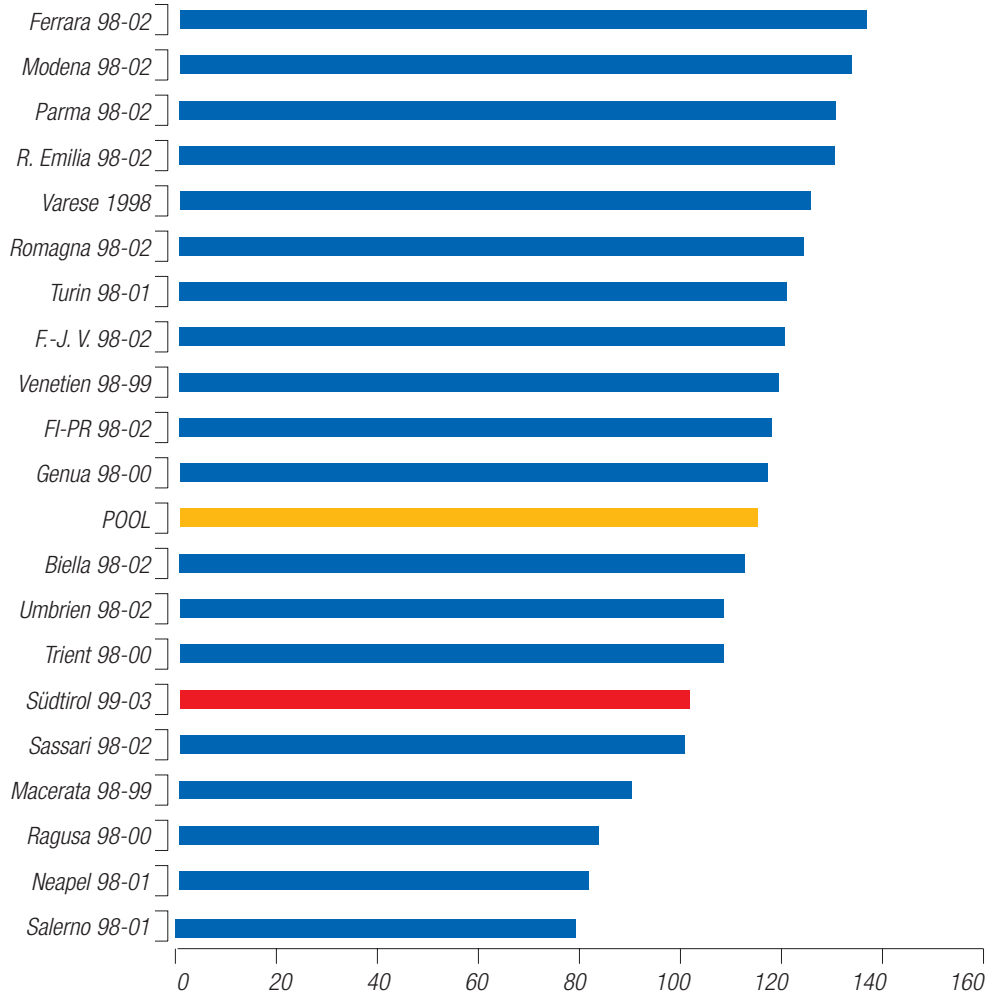
4.1. INZIDENZ

Die Inzidenz der Tumorerkrankungen verzeichnet in der weiblichen Bevölkerung Südtirols im gesamtstaatlichen Vergleich allgemein niedrigere Werte. Für verschiedene Tumorerkrankungen liegen die Landeswerte auf oder unter den geschätzten Vergleichswerten der 21 auf nationaler Ebene aktiven Tumorregister. Dieses Ergebnis steht sicherlich im Zusammenhang mit dem gesünderen Lebensstil (ausgewogene Ernährung, Bewegung, kein Tabak), den die Südtiroler periodisch erklären. Insbesondere muss auf die geringere Häufigkeit des Mammakarzinoms in den Südtiroler Frauen verwiesen werden. Dieser Tumor tritt in der weiblichen Bevölkerung am häufigsten auf und macht allgemein 25% aller neuen diagnostizierten Tumorfälle aus. Auf nationaler Ebene werden über 36.000 neue Tumordiagnosen pro Jahr geschätzt; für eine Frau beträgt das Risiko einer Mammakarzinom-Diagnose bis zu 74 Jahren rund 90,2‰ (jede elfte Frau erkrankt daran). In Bezug auf die Sterblichkeit ist die Tumorerkrankung für knapp ein Fünftel der Todesfälle die Hauptursache. Auf Landesebene wurden im Fünfjahreszeitrum 1999-2003 1.421 neue Tumorerkrankungen diagnostiziert (120,6 Fälle pro 100.000 Frauen), mit einem Durchschnitt von über 280 Fällen pro Jahr. Ab dem Alter von 30 Jahren ist das Mammakarzinom die häufigste Neoplasie mit einem Anteil zwischen 42% aller in den jüngeren Frauen diagnostizierten Tumoren bis 19% in den älteren Frauen.

Im gesamtstaatlichen Vergleich nimmt Südtirol eine untere Stelle in der Rangliste der standardisierten Inzidenzraten ein, mit einem Wert von 100,9 pro 100.000 gegenüber dem Vergleichswert der anderen italienischen Tumorregister von 111,4.

MAMMAKARZINOM

Abbildung 1: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) – Mammakarzinom – Frauen - Italien**

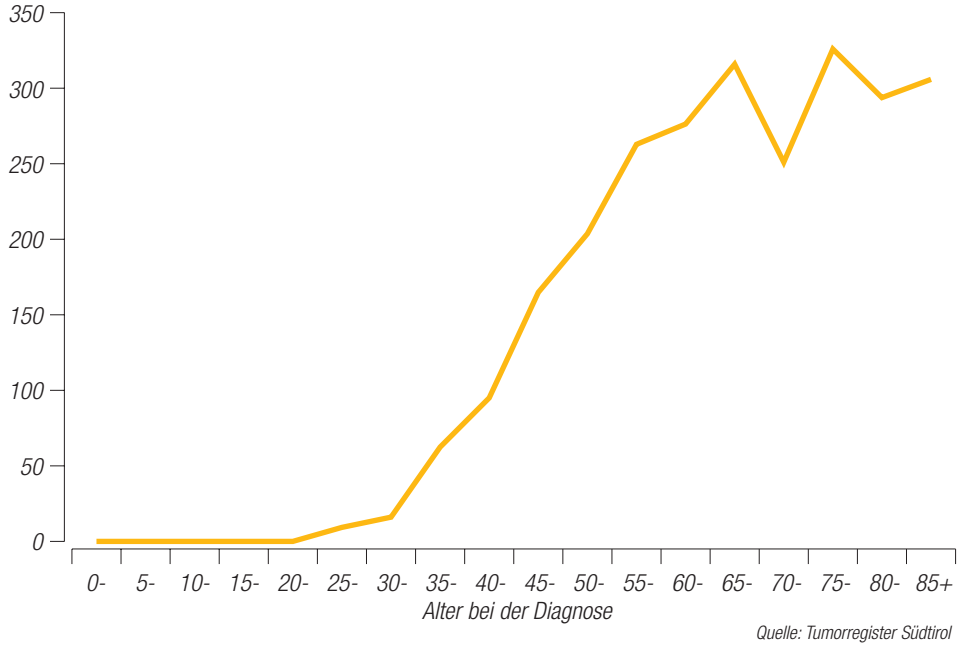


Quelle: Tumorregister Südtirol

DIE DIAGNOSTISCHE ANTIZIPATION

Knapp die Hälfte der Tumoren (47,8%) wird den Frauen im Alter von 50-69 Jahren diagnostiziert, was der Altersklasse der Frühdiagnose für diesen Tumor entspricht. Die Inzidenzkurve nach Altersklassen hebt eine diagnostische Antizipation des Tumors in den Frauen unter 70 Jahren hervor: im Laufe der ersten Screening-Runde 2003-2005 des Landesprogramms auf Einladung wurde bei 120 Frauen, die sich dem Mammographie-Screening unterzogen, eine Tumorerkrankung diagnostiziert. Deshalb ist es wichtig, die Beteiligung der Frau an einer so wichtigen Initiative für den Gesundheitsschutz mit jedem Mittel zu fördern, da bereits seit geraumer Zeit nachgewiesen werden kann, dass sie auf die Sterblichkeitsrate durch Neoplasie in erheblichen Maße Einfluss nehmen kann.

Abbildung 2: **Spezifische Inzidenzraten nach Alter (pro 100.000) – Mammakarzinom – Jahre 1999 - 2003**



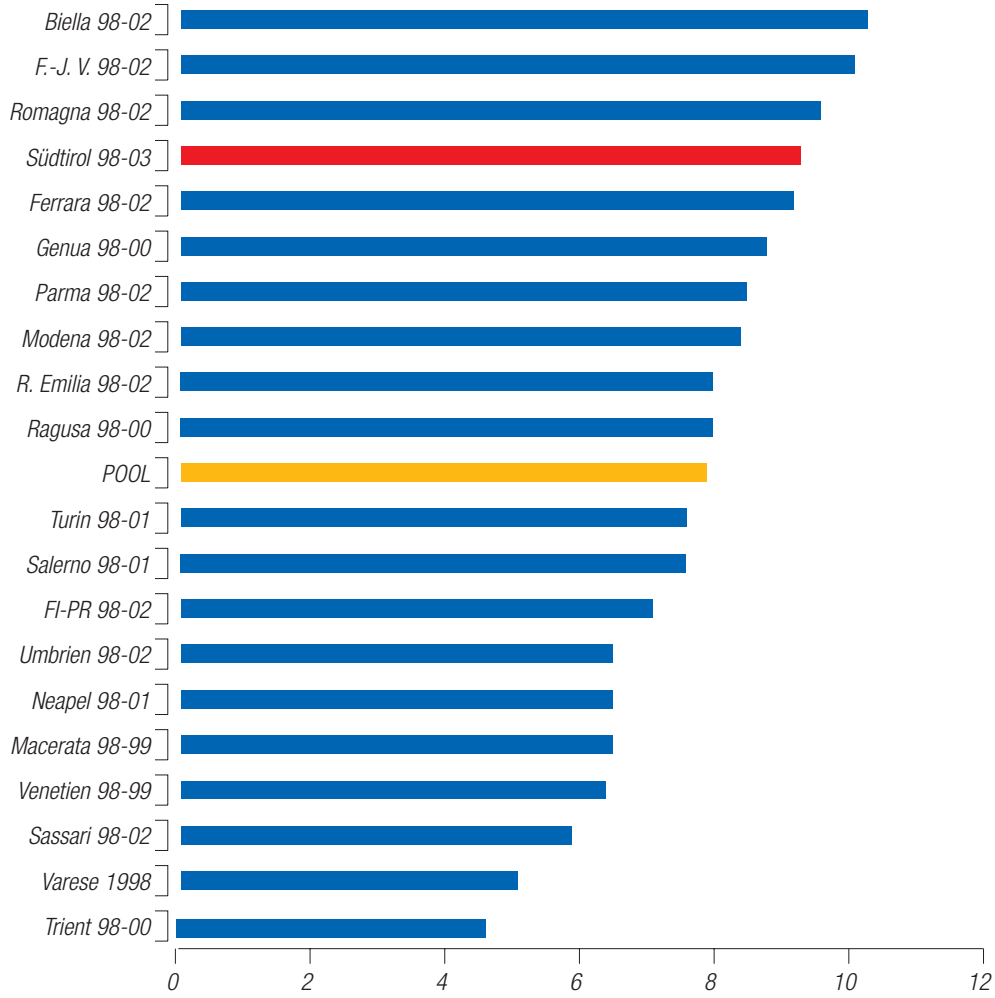
Quelle: Tumorregister Südtirol

Die Daten 1999-2003 ergeben mehr neue Fälle unter den Einwohnerinnen der Sanitätsbetriebe Bozen und Meran (mit standardisierten Raten von 106,8 bzw. 101,7 Fällen pro 100.000) als unter den Frauen von Brixen (90,7) und Bruneck (88,5).

ZERVIXKARZINOM

Eine zweite Neoplasie, für die eine effiziente Frühdiagnose besteht, ist das Zervixkarzinom. Auch in diesem Fall verfügt die Frau über ein Instrument (den Paptest), das die Läsionen erkennt und somit frühzeitig deren Entwicklung in Krebszellen verhindert. Die Prävention durch Screening mit und ohne Einladung wird in der Provinz Bozen bei einem großen Teil der Bevölkerung durchgeführt und hat sicherlich einen Einfluss auf die niedrige Inzidenz der Krankheit: durchschnittlich werden weniger als 25 neue Fälle pro Jahre verzeichnet (10 pro 100.000 Einwohnerinnen). Auf gesamtstaatlicher Ebene schwanken die standardisierten Raten zwischen 5 und 10 Fällen pro 100.000, was eine hohe Aufmerksamkeit seitens der weiblichen Bevölkerung auf nationaler Ebene bestätigt.

Abbildung 3: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) – Zervixkarzinom – Frauen - Italien**

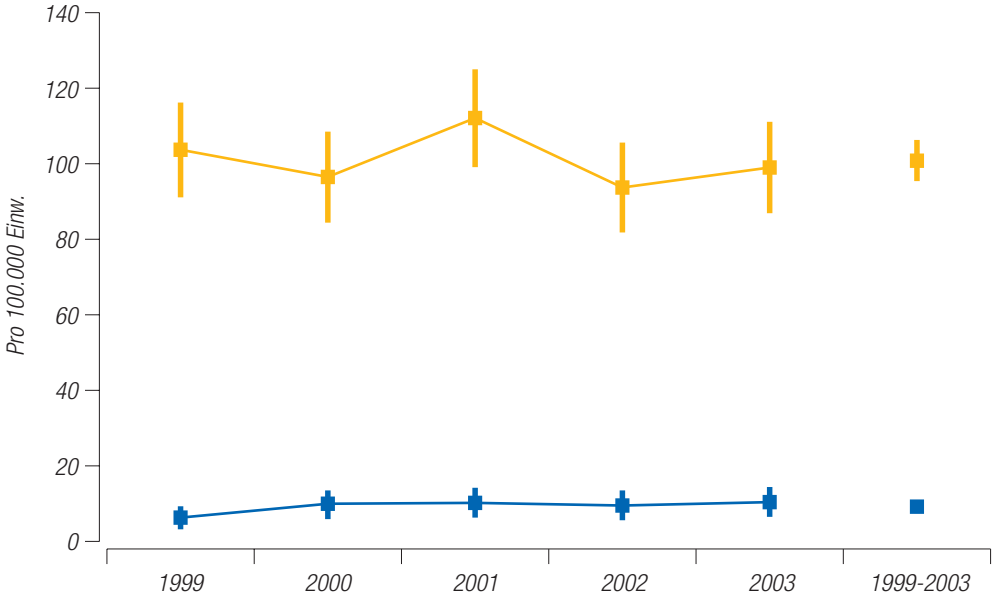


Quelle: Tumorregister Südtirol

ZEITLICHER VERLAUF

Für beide Tumorerkrankungen hebt der zeitliche Verlauf zwischen 1999 und 2003 keine besonderen Trends hervor. Der Verlauf des Zervixkarzinoms ist zeitlich sehr stabil. Das Mammakarzinom verzeichnet zwar Schwankungen in der Anzahl der neuen Fälle (von 264 bis 316 pro Jahr), die Raten weichen jedoch nicht wesentlich von den Durchschnittswerten des gesamten Zeitraums ab.

Abbildung 4: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) – Mammakarzinom und Zervixkarzinom – Jahre 1999 - 2003**

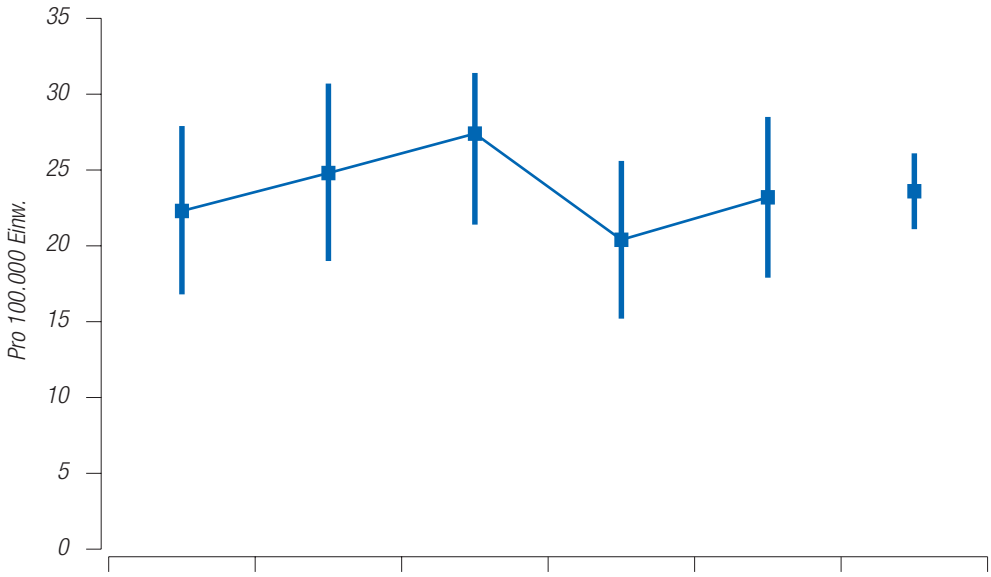


Quelle: Tumorregister Südtirol

4.2. STERBLICHKEIT

Die Sterblichkeit aufgrund von Tumorerkrankungen in der weiblichen Bevölkerung Südtirols in den Jahren 1999-2003 (131,1 Todesfälle pro 100.000) entspricht in etwa dem Durchschnittswert der italienischen Register (130,9). Jedes Jahr sterben knapp 500 in Südtirol ansässige Frauen aufgrund eines Tumors: es handelt sich vorwiegend um das Mammakarzinom (16% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (13,6%) oder das Lungenkarzinom (8,8%). Das Durchschnittsalter der Frau beim Tod beträgt rund 74 Jahre, sinkt jedoch auf 71 Jahre im Fall des Mammakarzinoms (durchschnittlich 80 Todesfälle pro Jahr). Die Analyse des zeitlichen Verlaufs zeigt eine gewisse Variabilität der standardisierten Sterblichkeitsraten aufgrund dieses Tumors, ohne jedoch beträchtlich von den Durchschnittswerten des untersuchten Zeitraums abzuweichen. Die Überlebenschance von 5 Jahren wird auf nationaler Ebene für diesen Tumor auf rund 75% geschätzt und entspricht den europäischen Vergleichswerten.

Abbildung 5: **Standardisierte Sterblichkeitsraten (Pro 100.000) - Mammakarzinom – Jahre 1999-2003**



	1999	2000	2001	2002	2003	1999-2003
LOW	16,8	19,0	21,4	15,2	17,9	21,1
SIR	22,3	24,8	27,4	20,4	23,2	23,6
HIGH	27,9	30,7	31,4	25,6	28,5	26,1

Quelle: Tumorregister Südtirol

Niedriger sind die Sterblichkeitsraten aufgrund des Zervixkarzinoms: 27 Südtirolerinnen verstarben innerhalb von 5 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren. Die Überlebenschance ist in allen in den ersten Phasen der Krankheit diagnostizierten Fällen sehr hoch und sinkt anschließend von 20% auf 65% in den fortgeschritteneren Tumorstadien.

5. WEITERE WICHTIGE THEMEN FÜR DIE GESUNDHEIT DER FRAU

5.1. ERNAHRUNGSSTORUNGEN

Gestörte Ernährungs- und Essverhalten (Anorexia nervosa, Bulimie, sonstige Störungen) nahmen auf nationaler Ebene in den letzten Jahrzehnten mit Inzidenz und Prävalenz stark zu und stellen ein schweres sozial-gesundheitliches Problem in allen entwickelten Ländern dar. In Italien werden die Personen mit Ernährungsstörungen auf rund 3 Millionen geschätzt, insbesondere leiden rund 9 Mädchen pro 100 daran. Im Mittelpunkt der Ernährungsstörung steht eine obsessive Überbewertung des Körpergewichtes und dessen Kontrolle.

Nach den Daten des Gesundheitsministeriums sind 90%, die von diesen Störungen betroffen sind, Frauen; der Grund ist in der problematischen Beziehung, den die Frauen mit dem eigenen Körper, der eigenen Identität und ihrem Selbstbewusstsein haben, zu suchen; Frauen haben zweifellos ein konfliktreichere Beziehung zum eigenen Körper als die Männer. Anorexie, Bulimie, psychogene Fettleibigkeit sind oft Krankheiten, die einem problematischen Verhältnis zu den Eltern, vor allem zur Mutter, entstammen; es sind Krankheiten der Trennung: Mutter und Tochter haben oft Mühe, eine getrennte Identität aufzubauen und tendieren dazu, in der Mutter-Tochter-Position „verankert“ zu bleiben.

Tabelle 1: **Ticketbefreiungen, ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte aufgrund von Ernährungsstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie, Ernährungsstörungen) in Landeseinrichtungen – Jahre 2004-2005**

	2004		2005
Altersklasse	Ticketbefreiung	Aufenthalte	Aufenthalte
15-19	41	12	20
20-24	46	9	11
25-29	36	7	12
30-34	25	4	5
35-39	22	4	7
40-44	14	1	11
45-49	5	2	1
50-54	3	3	1
55-59	1	-	-
60-64	-	1	-
65-69	-	-	-
70-74	-	1	1
75-79	-	-	-
80-84	-	1	-
84+	-	-	2
Insgesamt	**193**	**45**	**71**

Quelle: Sanitätsbetriebe – Befreiungen, KEB-Archiv

Im Laufe des Jahres 2004 betrugen die aktiven Ticketbefreiungen von Südtirolerinnen aufgrund von Anorexia nervosa und Bulimie 193, über 60% davon wurden Mädchen unter 30 Jahren erteilt (rund 3 Mädchen pro 1.000 zwischen 15 und 29 Jahren). Die Zahl der ordentlichen Aufenthalte von Frauen mit der Diagnose Anorexia nervosa oder Anorexia mit nicht spezifizierter Ursache, Bulimia nervosa und nicht spezifizierte Ernährungsstörungen nahm von 2003 bis 2005 über 55% zu; der Anstieg betrifft dabei nicht mehr nur die Mädchen, sondern auch die Frauen im Alter von 35 bis 44 Jahren.

5.2. FAMILIENPLANUNG

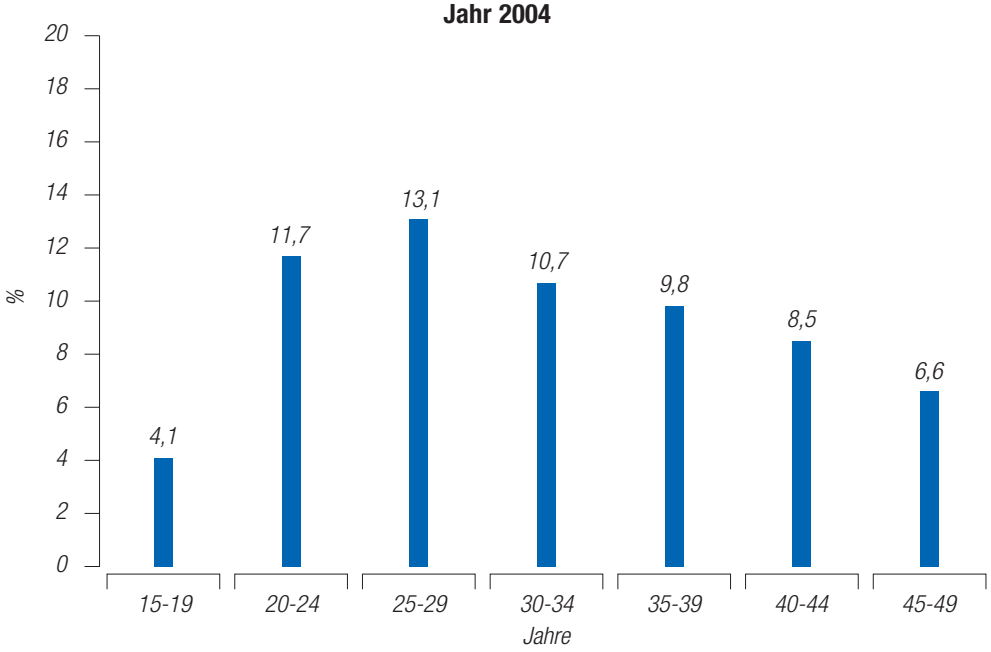
Wie bereits im ersten Kapitel erwähnt, sind für den demographischen und sozialen Bereich Begründungen notwendig, die menschliche Verhaltensweisen in Bezug auf die derzeitigen gesellschaftlichen Prozesse - vor allem das Fortpflanzungsverhalten, das durch einen starken Geburtenrückgang in den entwickelten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

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

ORALE KONTRAZEPTIVA

In Bezug auf die vom NGD erlaubten oralen Kontrazeptiva betrug der Anteil der Frauen im fruchtbaren Alter, welche die Pille verwendet haben, 9,3%, bei insgesamt über 101.000 Packungen. Der höchste Prozentsatz fällt dabei in die Altersklasse 25-29 Jahre.

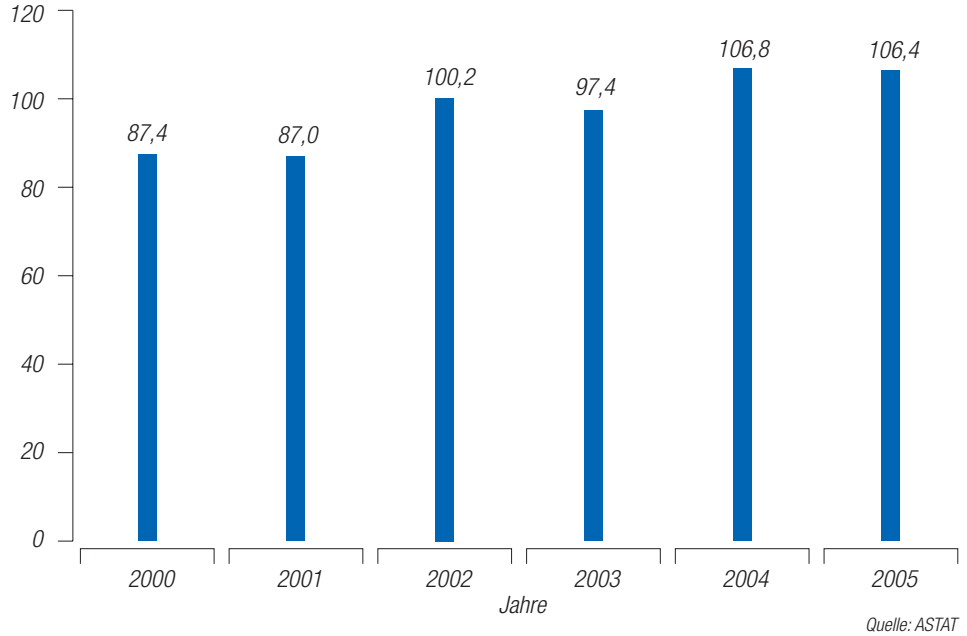
Abbildung 1: **Prozentsatz der Südtirolerinnen, die orale Kontrazeptiva verwenden – Jahr 2004**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte – Sanitätsbetrieb Bozen

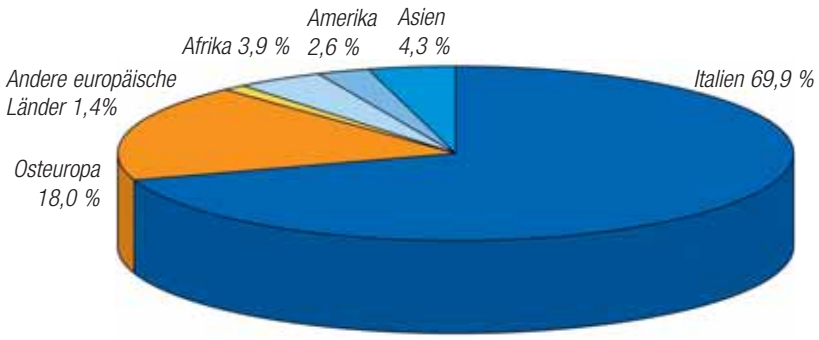
Von 2000 bis 2005 erfuhr die Abtreibungsrate (freiwilliger Schwangerschaftsabbruch) in Südtirol einen Anstieg von 22% (von 87,4 auf 106,4 pro 1.000 Lebendgeborene), liegt aber immer noch weit unter den gesamtstaatlichen Vergleichswerten. 30% der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche des Jahres 2005 wurden von Frauen ausländischer Staatsbürgerschaft vorgenommen; dieser Anteil steigt proportional zum konstanten Zuwachs der ausländischen Frauen in der Provinz in den letzten Jahren.

Abbildung 2: **Abtreibungsrate – Provinz Bozen, Jahre 2000-2005**



Quelle: ASTAT

Abbildung 3: **Freiwillige Schwangerschaftsabbrüche nach Staatsbürgerschaft in den Landeseinrichtungen - Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

3,4% der Frauen, die 2005 ein Kind zur Welt brachten, hatten bereits einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch hinter sich: für 82,2% dieser war es ein einziger Abbruch, für 13,1% waren es zwei Abbrüche und für die restlichen 4,7% drei oder mehrere Abbrüche vor der letzten Entbindung.

Tabelle 2: **Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche vor der letzten Entbindung nach Alter der Mutter – Provinz Bozen, Jahr 2005**

Alter	*Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche*			
	1	*2*	*3*	*3+*
Frauen <35 Jahre	*102*	*15*	*2*	*2*
Frauen >=35 Jahre	*55*	*10*	*5*	*-*
INSGESAMT	***157***	***25***	***7***	***2***

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

5.3. KONTROLLEN UND PRÄVENTION IN DER SCHWANGERSCHAFT

Die beste Behandlung besteht seit jeher in der Prävention, und gerade in der Schwangerschaft hat dieses Konzept seine höchste Applikation gefunden. Eine Frau mit Kinderwunsch sollte wissen, dass Prävention bereits vor der Schwangerschaft beginnt; anhand der sogenannten „präkonzeptionellen Kontrollen“ können einige Erbkrankheiten erkannt (wie die angeborene Anämie) und die Immunabwehr der Mutter gegenüber den verbreitetsten Infektionskrankheiten wie Röteln und Toxoplasmose, der allgemeine Zustand des Organismus, die vergangenen Krankheiten und eventuell verwendete Medikamente bewertet werden. Auch die rechtzeitige Feststellung der Schwangerschaft und das sofortige Aufsuchen einer Krankenanstalt oder des Arztes gehören zur Prävention. Regelmäßige Kontrollen trugen in Italien und weltweit in den letzten 40 Jahren dazu bei, die Probleme für Mutter und Kind drastisch zu reduzieren.

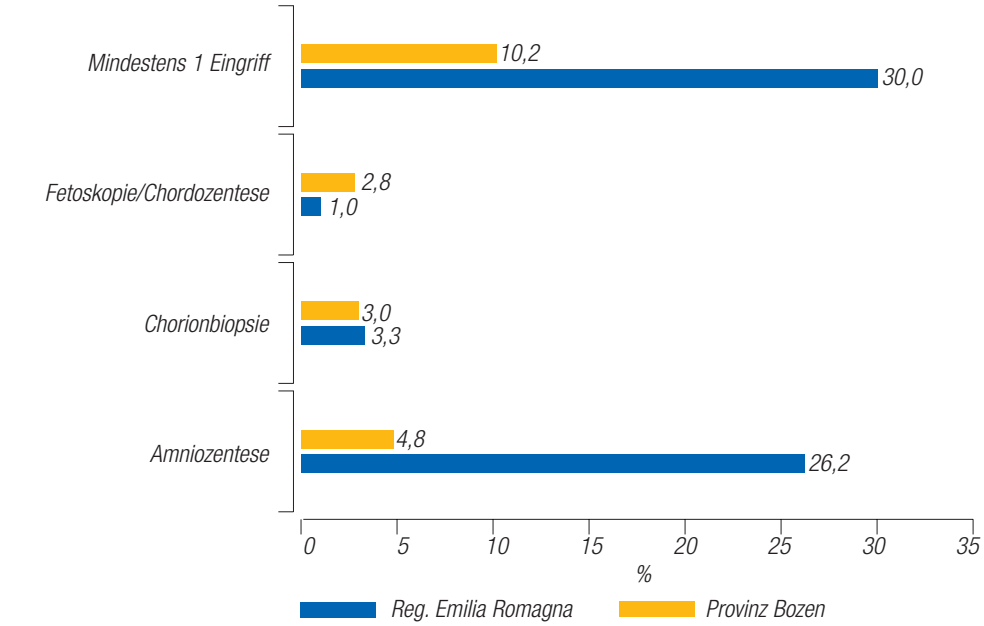
Die Zahl der Frauen, die im Jahr 2005 in Südtirol entbunden haben und mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen, beträgt 579 (10,2%). 4,8% ließen eine Amniozentese vornehmen, 3,0% eine Chorionbiopsie; außerdem wurden 156 Fetoskopien/Chordozentesen durchgeführt (2,8% der Frauen). Im Vergleich zu anderen italienischen Regionen (wie Emilia Romagna) ließen anteilsmäßig jedoch nur wenige Südtirolerinnen eine Amniozentese vornehmen. Bei den Frauen im Alter über 35 Jahren (Risikofaktor) ist eine invasive Pränataldiagnostik in 25% der Fälle zu beobachten.

Tabelle 3: **Verteilung der Geburten nach Durchführung von Pränataldiagnostiken und Alter der Mutter – Provinz Bozen, Jahr 2005**

Alter	Pränataldiagnostik							
	Amniozentese		Chorionbiopsie		Fetoskopie/ Chordozentese		Mindestens ein Eingriff	
		%		%		%		%
Frauen<35 Jahre	74	1,8	20	0,5	117	2,8	208	5,0
Frauen>=35 Jahre	197	13,3	150	10,1	39	2,6	371	25,0
Insgesamt	**271**	**4,8**	**170**	**3,0**	**156**	**2,8**	**579**	**10,2**

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

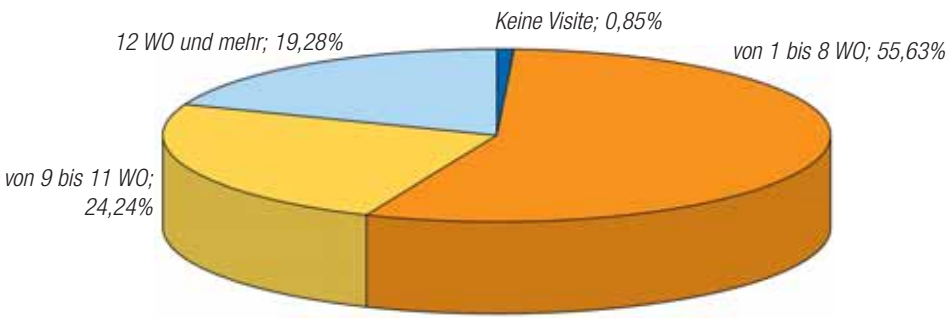
Abbildung 4: **Durchführung von Pränataldiagnostiken – Vergleich Provinz Bozen, Region Emilia Romagna**



Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP, Region Emilia Romagna

92,4% der werdenden Südtiroler Mütter führten im Jahr 2005 mehr als vier Visiten während der Schwangerschaft durch. 55,6% der Frauen nahmen die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche vor. Die Primigravide führen im Vergleich zu den Plurigravide weniger häufig eine Erstvisite erst nach der 11. Schwangerschaftswoche durch (17,2% gegenüber 21,1%). Die ausländischen Bürgerinnen lassen die erste Schwangerschaftsvisite später vornehmen (fast eine ausländische Frau von 3 erst nach der 11. Schwangerschaftswoche).

Abbildung 5: **Zeitpunkt (in Wochen) der ersten Schwangerschaftsvisite – Provinz Bozen, Jahr 2005**



Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

BIBLIOGRAPHIE

ASSR, Monitor Nr.12, 2005. Donne e Farmaci, 59-62
ASTAT. Gender-Bericht, 2006.
ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2005.
ASTAT. Tabellensammlung. Mehrzweckerhebung der Haushalte, 2005.
ASTAT. Erwerbstätige und Arbeitssuchende in Südtirol, 2001-2005 .
ASTAT. Sozialporträt Südtirol, 2004.
Commision of the European Communities. The state of women's healt in the European Community, Brussel 1997
CNR. Report, La nuova immagine della famiglia nelle società avanzate, 1998, 94-95
Corriere della Sera. „Wef: in Italia donne discriminate sul lavoro", 17.05.2005
EUROSTAT. Bevölkerungstatistik, 2004.
http://it.wikipedia.org/wiki/Tiroidite_di_Hashimoto
http://www.provincia.torino.it/salute/dwd/pdf/determinanti.pdf
http://www.sceglitu.it/newsletter/arisi.php
IOM. Report annuale, Understanding the biology of sex and gender differences
ISS. DossieR, alcol, donna e salute, 57-67
ISTAT. Statistisches Jahrbuch für Italien 2005.
ISTAT. Kurzstatistiken. Der Gebrauch und Missbrauch von Alkohol in Italien, 2006
Gesundheitsministerium. Nationaler Gesundheitsplan 2006-2008
Gesundheitsministerium. Le donne in Italia tra salute, dipendenza e solitudine, 2005.
Gesundheitsministerium. Fumo, alcol, alimentazione errata e sedentarietà sono causa di malattie per la metà degli europei, 2006
Gesundheitsministerium. L'emancipazione non passa per il fumo, 2004
Gesundheitsministerium. Centri per la cura dei disturbi alimentari (Anoressia e bulimia)
Ministerium für Chancengleichheit, Gesundheitsministerium. Anoressia, bulimia e obesità psicogena.
WHO. (Abteilung Gesundheit für die Frau), Gender and Healt
OSMED. L'uso dei farmaci in Italia, 2004
Ministerpräsidentschaft, Nationale Kommission für die Chancengleichheit. Kit Candidata.
Provinz Turin. Quaderni della Salute nr.2, La salute delle donne, 2005.