



GESUNDHEITS- BERICHT

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

GESUNDHEITSBERICHT 2006

**MIT DER UNTERSTÜTZUNG DES
ZENTRUMS EXPLORA - PADUA**

August 2007

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 2007
Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet*

Druck: Fotolito Varesco



Dr. Richard Theiner

Vorwort

Das Ressort für Gesundheit und Sozialwesen der Autonomen Provinz Bozen stellt wieder mit Begeisterung und Interesse die aktualisierten Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung und das System der öffentlichen und privaten Gesundheitsdienste bereit.

Der Gesundheitsbericht ist ein nunmehr unerlässliches Instrument zur Überwachung der Ziele des Landesgesundheitsplans und um eine Übersicht über die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zu geben. Die

Ausgabe des Jahres 2006 hat dieselbe inhaltliche und graphische Gestaltung des Vorjahresberichts: in ihrer kurzen und übersichtlichen Version erleichtert sie die Kommunikation zwischen Experten, Entscheidungsträgern und Bürgern, um die Mitbeteiligung an den Entscheidungen sowie die Bewertung von politischen Maßnahmen für die Gesundheit zu unterstützen. Die im Bericht enthaltenen Informationen liefern nicht nur einen kompletten Überblick über unser Gesundheitswesen, sondern zeigen auch gesamtstaatliche und internationale Vergleiche auf.

Bereits in der Vorjahresausgabe wurde das „Frauenprofil“ eingeführt, das die Lebens- und Gesundheitsbedingungen der Frauen vertiefen soll. Heuer enthält der Bericht außerdem das „Ausländerprofil“, einen kurzen, aber erschöpfenden Anhang zur ausländischen Wohnbevölkerung Südtirols. Die ständig zunehmende Präsenz ausländischer Bürger auf dem Landesgebiet macht eine gezielte Analyse ihrer Gesundheitsprobleme, ihrer besonderer gesundheitlichen Bedürfnisse und der sich daraus ergebenden Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung erforderlich.

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. Für eine Vertiefung der im Bericht enthaltenen Informationen wird eine CD beigelegt.

Aus der umfangreichen Dokumentation geht ein klar positives Bild des Landesgesundheitswesens hervor. Die Gesundheit der Südtiroler Bevölkerung zeigt sich besser als auf gesamtstaatlicher Ebene: 8 von 10 Bürgern erklären ihren Gesundheitszustand als gut, es werden weniger Medikamente eingenommen und der Anteil der sportlich aktiven Personen ist höher. Die Lebenserwartung der Südtiroler ist in den letzten 25 Jahren um 8,9 Jahre für die Männer und 6,5 für die Frauen angestiegen, was auf ein gut funktionierendes und effizientes Gesundheitssystem hinweist, das sich fortlaufend entwickelt und verbessert. Es gewährleistet der gesamten Bevölkerung eine engmaschige, angemessene und qualifizierte Versorgung.

In einem insgesamt zufriedenstellenden Kontext sind in einigen Bereichen jedoch Verbesserungen anzustreben. Der Gesundheitsbericht hilft, diese Schwachstellen ausfindig zu machen und den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu überwachen und zu bewerten. 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 analysiert der Bericht alle Gesundheitsbereiche und stellt den Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik nützliche Elemente für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Verfügung.

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 mit Verbreitung von degenerativen chronischen Krankheiten, die oft zu Pflegefällen führen, 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.

Strukturelle Änderungen wie die Zusammenlegung der vier Sanitätsbetriebe zu einem einzigen Südtiroler Sanitätsbetrieb ab 1. Januar 2007 haben das Ziel, die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung auch weiterhin mit besseren, angemesseneren und zeitlich kurzfristigeren Leistungen zu garantieren.

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 arbeiten unsere Einrichtungen und alle im Gesundheitsbereich tätigen Körperschaften des Landes auf allen Ebenen zusammen, schaffen Synergien und planen und handeln im Verwaltungs- und klinischen Bereich gemeinsam.

Wir möchten vor allem:

- 1) ein effizientes und engmaschiges öffentliches Landesgesundheitssystem beibehalten;
- 2) ein zwei Klassen 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 Universitäts-einrichtungen in Italien und im Ausland anbieten.

Im Krankenhausbereich werden die Abteilungen und Dienste weiterhin übergeordneten Departements zugewiesen: die daraus hervorgehenden Synergien werden eine bessere Nutzung der Ressourcen ermöglichen und wirtschaftliche Vorteile schaffen.

Für alle medizinischen Leistungen der verschiedenen Versorgungsstandards der einzelnen Krankenhäuser wollen wir zur Gewährleistung der Qualität und Zusammenarbeit zwischen diesen Einrichtungen und den territorialen Diensten verstärkt 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 haben wir das Projekt des einheitlichen Informationssystems eingeleitet, das in Kürze 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 Direktoren der Gesundheitsbezirke, der Ärztekammer und allen Mitarbeitern, die zur Erarbeitung dieses Gesundheitsberichts beigetragen haben.



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

Danksagung

Ein besonderer Dank für die Erarbeitung des Gesundheitsberichts 2006 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 Koordination 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 „Ambulante fachärztliche Versorgung“ und „Post-akute Rehabilitation“;
- Roberto Picus für die Teile „Das Personal der Sanitätsbetriebe“ (in Zusammenarbeit mit Frau Claudia Paulato des Amtes für Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals) und „Stationäre Rehabilitation“;
- Paola Zuech für die Teile „Mapping der chronischen Krankheiten“, „Seltene Krankheiten“ und „Frauenprofil“;
- Giulia Morosetti, Leiterin des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und Antje Trenkwalder, Mitarbeiterin desselben Amtes für den Teil „Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung“;
- Karin Bianchini, Paola Moretti, Cristina Stupiggia und Patrick Targa 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“, „Pharmazeutische Versorgung“ und das „Ausländerprofil“;
- 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	22
1.1.5. Die Bevölkerungsentwicklung	27
1.2. Arbeit, Wirtschaft, Ausgaben	28
1.2.1. Die Beschäftigung	28
1.2.2. Das Bruttoinlandsprodukt	29
1.2.3. Die Ausgaben der Familien	30
1.3. Bildung	30
2. GESUNDHEITSAKTOREN	34
2.1. Lebensstile: Rauchen, Ernährung, körperliche Bewegung	35
2.1.1. Rauchen	35
2.1.2. Die Ernährung	39
2.1.3. Die körperliche Bewegung	43
2.2. Drogen- und Alkoholmissbrauch	44
2.2.1. Die Drogenabhängigkeit	45
2.2.2. Die Alkoholabhängigkeit	51
2.3. Umwelt: Luft, physikalische Einwirkungen, Wasser	56
2.3.1. Luft	57
2.3.2. Elektromagnetische Strahlen	59
2.3.3. Radioaktivität	61
2.3.4. Radongas	62
2.3.5. Die Qualität der Gewässer	63
2.4. Soziale Unterschiede	65
2.4.1. Soziale Unterschiede und Gesundheitszustand	66
2.4.2. Die wirtschaftliche Lage der Familien	67
3. GESUNDHEITZUSTAND	71
3.1. Wahrgenommene und gemessene Gesundheit	71
3.2. Mapping der chronischen Krankheiten	73
3.3. Krankheiten des Herzkreislaufsystems	78
3.4. Inzidenz und Sterblichkeit der bösartigen Tumoren	81
3.5. Atemwegerkkrankungen	98
3.6. Infektionskrankheiten	101
3.7. Seltene Krankheiten	104
3.8. Geistige und psychologische Gesundheit	105
3.9. Unfälle	111
3.9.1. Verkehrsunfälle	111
3.9.2. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	113

4. RISIKOGRUPPEN	115
4.1. Kinder	116
4.2. Ältere Menschen	121

ZWEITER TEIL: DIE GEWÄHRLEISTETEN VERSORGUNGSSTANDARDS

1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG	131
1.1. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung	131
1.1.1. Initiativen des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit	132
1.1.2. Vom Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit finanzierte Initiativen und Institutionen (Beiträge und Projektfinanzierung)	133
1.1.3. Gesundheitserziehung und -förderung an den Schulen	134
1.1.4. Initiativen des Amtes für Gesundheitssprengel	136
1.1.5. Vom Amt für Gesundheitssprengel finanzierte Initiativen, öffentliche Ämter und Organisationen	137
1.2. Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten	139
1.2.1. Prophylaxe und Aufklärung zur Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten und epidemischen Herden	139
1.2.2. Reisemedizin	141
1.2.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen	142
1.3. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebens- und Arbeitsumfeld	143
1.3.1. Schutz der hygienisch-sanitären Bedingungen und Sicherheit der - vor allem öffentlichen - Einrichtungen	143
1.3.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder	145
1.3.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika	146
1.3.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer	147
1.3.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung	147
1.3.6. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Risiken im Arbeitsumfeld	149
1.4. Öffentliches Veterinärwesen	151
1.5. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken	155
1.6. Rechtsmedizinische und sportmedizinische Tätigkeiten	164
1.6.1. Tätigkeiten der Dienste für Rechtsmedizin	164
1.6.2. Tätigkeiten der Dienste für Sportmedizin	167
1.7. Tätigkeiten des Dienstes für Pneumologie	169
2. SPRENGELVERSORGUNG	172
2.1. Dienst für Basismedizin	172
2.2. Medizinische Grundversorgung	180
2.2.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl	180
2.2.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität	188
2.2.3. Der touristische Bereitschaftsdienst	189
2.3. Territoriale Versorgung und Hauskrankenpflege	191
2.3.1. Die programmierte Hauspflege (PHP)	192
2.3.2. Die integrierte Hauspflege (IHP)	194
2.3.3. Der Krankenpflegedienst	197

2.3.4. Die Versorgung von Mutter und Kind	199
2.3.4.1. Die kinderärztlichen Beratungsstellen	199
2.3.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie	203
2.4. Ambulante fachärztliche Versorgung	206
2.4.1. Von den Landeseinrichtungen erbrachte Leistungen	206
2.4.2. Fachärztliche Mobilität	213
2.4.2.1. Überregionale fachärztliche Mobilität	213
2.4.2.2. In Österreich erbrachte Leistungen	215
2.4.2.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt	217
2.4.3. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch die Einwohner der Autonomen Provinz Bozen	219
2.5. Stationäre Rehabilitation	221
2.5.1. Organisation der Versorgung	221
2.5.2. Versorgungstätigkeit	223
2.5.2.1. Tule-Wieserhof - Versorgungstätigkeit	223
2.5.2.2. Salus Center - Versorgungstätigkeit	226
2.6. Territorialer Rettungsdienst	229
2.6.1. Medizinisches Notrufsystem	229
2.6.2. Territorialer Notarztdienst	230
2.6.3. Krankentransport	230
2.6.4. Noteinsätze	232
2.6.5. Nicht dringende Krankentransporte	233
2.7. Pharmazeutische Versorgung	233
2.7.1. Die Apotheken	234
2.7.2. Der Medikamentenverbrauch	235
2.7.3. Die Ausgaben für Medikamente	248
2.7.4. Die Verschreibung der Medikamente	254
3. KRANKENHAUSVERSORGUNG	257
3.1. Erste Hilfe	257
3.2. Krankenhausversorgung von Akutkranken	262
3.2.1. Betten für Akutkranke	264
3.2.2. Aufenthalte von gesunden Neugeborenen	269
3.2.3. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken	269
3.2.4. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken	283
3.2.5. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit	287
3.2.5.1. Mehrfachaufenthalte	287
3.2.5.2. Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen	290
3.2.5.3. Indikatoren der Angemessenheit	291
3.2.6. Krankenhausmobilität	313
3.2.6.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen	313
3.2.6.2. Aufenthalte von Akutkranken in Österreich	319
3.2.6.3. Krankenhausmobilität insgesamt	324
3.2.7. Hospitalisierung der Südtiroler	331
3.2.8. Schlussbewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken	334
3.2.8.1. Begründungen und Bewertungskriterien	334

3.2.8.2 Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte	335
3.3. Post-akute Krankenhausversorgung	340
3.3.1. Betten für die post-akute Versorgung	340
3.3.2. Post-akute Rehabilitation	341
3.3.2.1. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet	348
3.3.2.2. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich	351
3.3.3. Post-akute Langzeitpflege	353
DRITTER TEIL: DIE RESSOURCEN	
1. DAS PERSONAL DER SANITÄTSBETRIEBE	359
1.1. Dienstleistendes Gesundheitspersonal	359
1.1.1. Allgemeine Analyse	360
1.1.1.1. Personal nach Beschäftigungsbereich	360
1.1.1.2. Personal nach Berufsbild	363
1.1.2. Personal des strategischen Bereichs	366
1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereichs	370
1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs	373
1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst	373
1.1.5. Personal des territorialen Bereichs	384
1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich	384
1.2. Ausbildung des Gesundheitspersonals	393
1.2.1. Grundausbildung	393
1.2.2. Fachausbildung	395
1.2.3. Praktika	397
1.2.4. Allgemeinmedizin	397
1.2.5. Ständige Weiterbildung	397
1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse des Landes	398
1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse der Sanitätsbetriebe	401
1.2.5.3. Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren	401
1.2.5.4. Stipendien für die Ausbildung und Fachausbildung der sanitären, technischen und Hilfsfachkräfte	401
1.2.6. Gleichwertigkeit der im deutschsprachigen Raum erlangten Studientitel	402
2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN	404
2.1. Die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen	406
2.2. Laufende Gesundheitsausgaben	409
2.3. Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen	412
2.4. Mobilitätssalden für Krankenhausaufenthalte und die ambulante fachärztliche Versorgung	415
2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden	415
2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden	420

ANHANG „DAS FRAUENPROFIL“

1. DEMOGRAPHISCHE, SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE FAKTOREN	429
1.1. Bevölkerungsstruktur	429
1.2. Häufigste Todesursachen	430
1.3. Soziale Faktoren in Zahlen	431
1.4. Gesundheitsfaktoren	433
1.5. Wahrnehmung der Gesundheit	436
2. MORBIDITÄT	438
2.1. Chronische Krankheiten	438
2.2. Krankenhausaufenthalte	440
2.3. Frauen und Medikamente	442
3. BÖSARTIGE TUMOREN UND SCREENING-PROGRAMME	445
3.1. Inzidenz der bösartigen Tumoren	445
3.2. Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Tumoren	449
3.3. Programm zur Frühdiagnose des Zervixkarzinoms	450
3.4. Programm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms	451
4. SCHWANGERSCHAFT UND FAMILIENPLANUNG	454
4.1. Geburtenrate	454
4.2. Mutterschaftsalter und Familienstand	455
4.3. Bildungsgrad und Beschäftigungslage	456
4.4. Schwangerschaft	457
4.5. Entbindung	458
4.6. Familienplanung	459
4.7. Prävention	461

ANHANG „DAS AUSLÄNDERPROFIL“

1. AUSLÄNDISCHE WOHNBEVÖLKERUNG	469
1.1. Struktur der ausländischen Bevölkerung	469
1.2. Bevölkerungsentwicklung	474
2. GESUNDHEITZUSTAND	477
3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE	483
3.1. Krankenhausaufenthalte	483
3.2. Ambulante Leistungen	487
3.3. Medikamentenverbrauch	492
4. DAS FANON-BALINT-PROJEKT	499
4.1. Sozio-demographische Merkmale der Betreuten	499
4.2. Die Betreuung	499



Erster Teil

Bevölkerung und Gesundheit

Bevölkerung und Gesundheit

1. BEVÖLKERUNG

Die Bevölkerung ist auf 20 Gesundheitssprengel und 4 Sanitätsbetriebe aufgeteilt.

Die Einwohnerzahl betrug zum 31.12.2006 485.841, was gegenüber 2005 einem Anstieg von 9,9‰ entspricht.

Das Durchschnittsalter der Wohnbevölkerung liegt bei 40,4 Jahren. Der Altersindex entspricht 100,3%.

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 78,0 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen.

Die Sterblichkeitsrate betrug im Jahr 2006 733,8 pro 100.000 Männer und 751,9 pro 100.000 Frauen.

Im Alter von 18 Jahren ist die männliche Sterblichkeit zweimal höher als jene der Frauen, im Alter von 20 Jahren viermal höher und im Alter von 32 Jahren achtmal höher.

Die häufigsten Todesursachen waren im Jahr 2004 die Krankheiten des Kreislaufsystems (264,5 pro 100.000 Männer und 372,8 pro 100.000 Frauen) und die Tumoren (293,2 pro 100.000 Männer und 210,0 pro 100.000 Frauen).

Im Zeitraum 1995 bis 2004 wurden durchschnittlich 413,2 Fälle vermeidbarer Sterblichkeit erfasst.

Die häufigsten vermeidbaren Todesursachen sind Traumata und Vergiftungen unter der männlichen Bevölkerung (durchschnittlich 116,3 Fälle pro Jahr) und das Mammakarzinom für die weibliche Bevölkerung (durchschnittlich 29,0 Fälle pro Jahr), die jedoch einen Rückgang verzeichnen.

Die Beschäftigungsrate der Bevölkerung beträgt 71,5% und verläuft seit den letzten fünf Jahren leicht ansteigend (71,0% im Jahr 2002).

Die Arbeitslosenrate (2,6%) liegt unter dem gesamtstaatlichen Wert (6,8%).

Das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (21.600 Euro im Jahr 2005) ergibt einen höheren erwirtschafteten Reichtum im Vergleich zum gesamten Staatsgebiet (17.900 Euro).

Die Ausgaben der Südtiroler Familien betrugen im Jahr 2005 monatlich rund 3.238 Euro, 35% über dem italienischen Durchschnitt.

2004 betrugen die monatlichen Ausgaben der Südtiroler Familien für die Gesundheit durchschnittlich 146 Euro gegenüber 90 Euro auf gesamtstaatlicher Ebene.

Der Analphabetismus verzeichnet in Südtirol minimale Werte (1,7%), andererseits gibt es auch wenige Personen mit Universitätsabschluss (5%).

1.1. WOHNBEVÖLKERUNG

Die vorliegenden Daten beziehen sich auf die beim Einwohnermeldeamt eingetragene Bevölkerung und wurden der Provinz von den Gemeinden übermittelt.

Unterschiede zu den Vorjahren können auf die durch die Volkszählung 2001 aktualisierten Daten der 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 31.12.2006 lebten in Südtirol 485.841 Einwohner, was einer Bevölkerungsdichte von 65,7 Einwohnern pro km² entspricht (gesamtstaatliche Bevölkerungsdichte: 194,0 Einwohner). Die durchschnittliche Höhe der Gemeinden beträgt 850 m über dem Meeresspiegel.

20,5% der Landesbevölkerung leben in Gemeinden mit über 50.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 34,5%), 22,7% in Gemeinden mit 10.000 bis 50.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 33,5%) und die restlichen 56,8% in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 31,9%).

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

Tabelle 1: Wohnbevölkerung nach Sprengel und Sanitätsbetrieb - Jahre 2004-2006

	2004	2005	2006
Sanitätsbetrieb Bozen	211.892	214.308	216.375
Grödenal	8.947	8.974	8.970
Eggental-Schlern	18.915	19.114	19.306
Salten-Sarnatal-Ritten	18.077	18.129	18.314
Überetsch	26.557	26.924	27.258
Leifers-Branzoll-Pfatten	18.762	19.159	19.557
Unterland	22.739	23.039	23.178
Bozen	97.895	98.969	99.792
Sanitätsbetrieb Meran	124.339	125.314	126.701
Oberer Vinschgau	15.560	15.584	15.657
Mittlerer Vinschgau	17.798	17.908	18.002
Naturns	10.426	10.493	10.582
Lana	22.393	22.661	22.943
Meran	49.616	50.104	50.891
Passeiertal	8.546	8.564	8.626
Sanitätsbetrieb Brixen	67.982	68.795	69.450
Wipptal	18.174	18.331	18.444
Brixen	33.929	34.427	34.849
Klausen	15.879	16.037	16.157
Sanitätsbetrieb Bruneck	72.068	72.678	73.315
Taufers	12.647	12.701	12.775
Bruneck	34.226	34.609	34.998
Hochpustertal	15.082	15.170	15.245
Gadertal	10.113	10.198	10.297
INSGESAMT	476.281	481.095	485.841

Quelle: ASTAT

1.1.2. Die Bevölkerungsstruktur

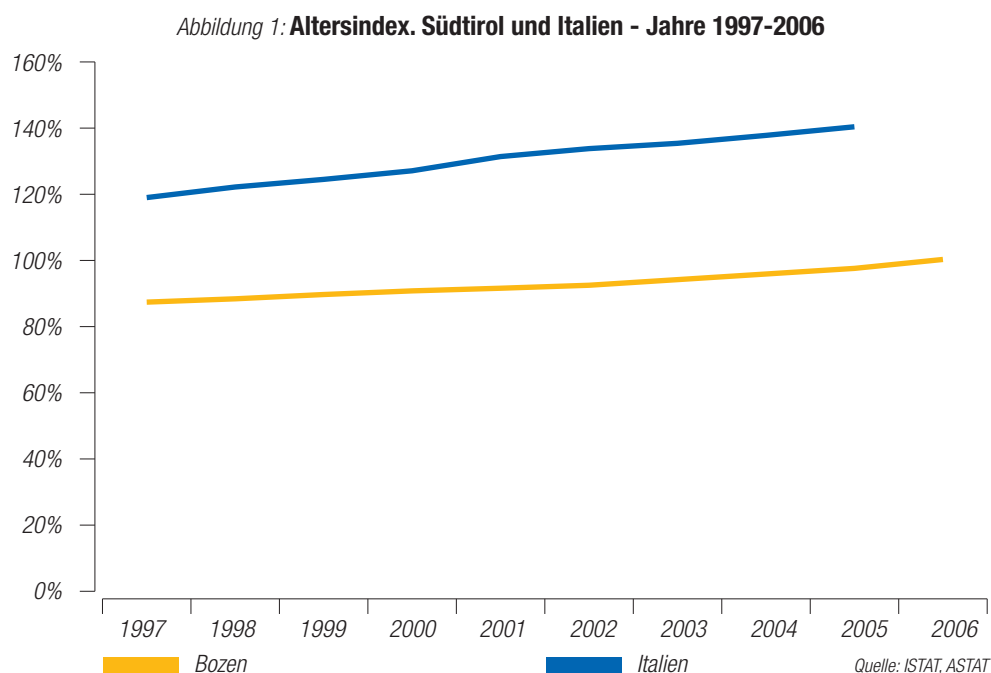
49,5% der Bevölkerung sind männlichen Geschlechts, wobei im Durchschnitt auf 100 Frauen 97,8 Männer fallen. Bis zum 50.-54. Lebensjahr gibt es mehr Männer als Frauen. In den älteren Altersklassen überwiegt hingegen aufgrund der höheren männlichen Sterblichkeitsrate die weibliche Komponente.

Das Durchschnittsalter liegt bei 40,4 Jahren (39,0 Jahre für die Männer und 41,7 Jahre für die Frauen).

Die Landesbevölkerung unterliegt infolge der zunehmenden Lebenserwartung und der niedrigen Fruchtbarkeitsraten einem langsamen, aber progressiven Alterungsprozess.

Der Altersindex (100,3%) 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 (116,0% im Sanitätsbetrieb Bozen, 100,2% im Sanitätsbetrieb Meran, 80,4% in Brixen und 79,4% in Bruneck). Der Landesindex bleibt jedoch deutlich unter dem gesamtstaatlichen Wert.

ALTERSINDEX

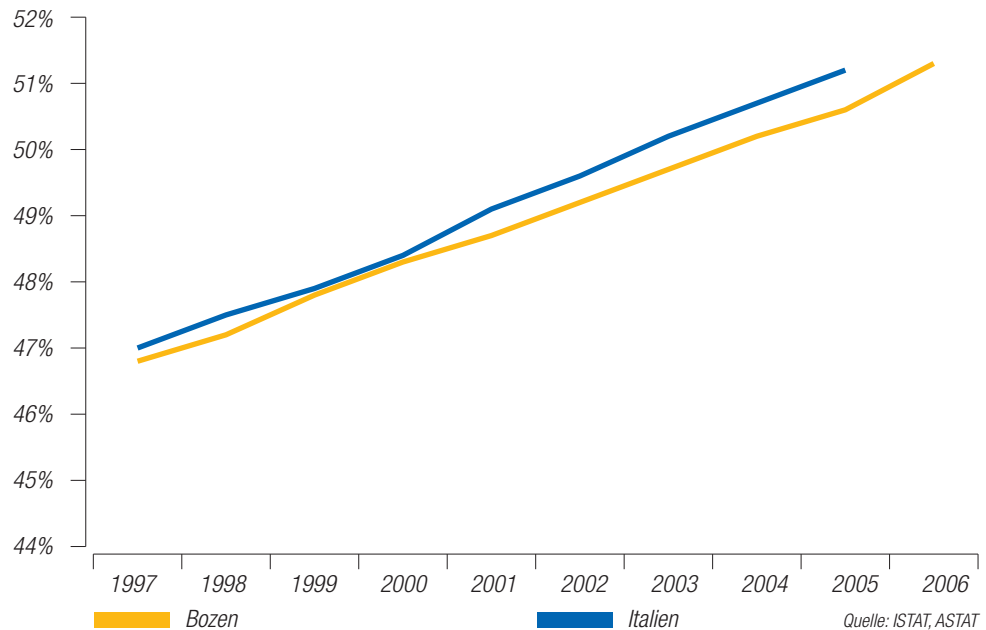


Der Abhängigkeitsindex (51,3%) ist wirtschaftlich und sozial relevant und gibt den Anteil der Einwohner im nicht erwerbsfähigen Alter (zwischen 0 und 14 Jahren und ab 65 Jahren) im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (zwischen 15 und 64 Jahren) an. Der Index verläuft seit den letzten zehn Jahren konstant ansteigend und liegt unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

ABHÄNGIGKEITSINDEX

LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT

Abbildung 2: Abhängigkeitsindex. Südtirol und Italien - Jahre 1997-2006

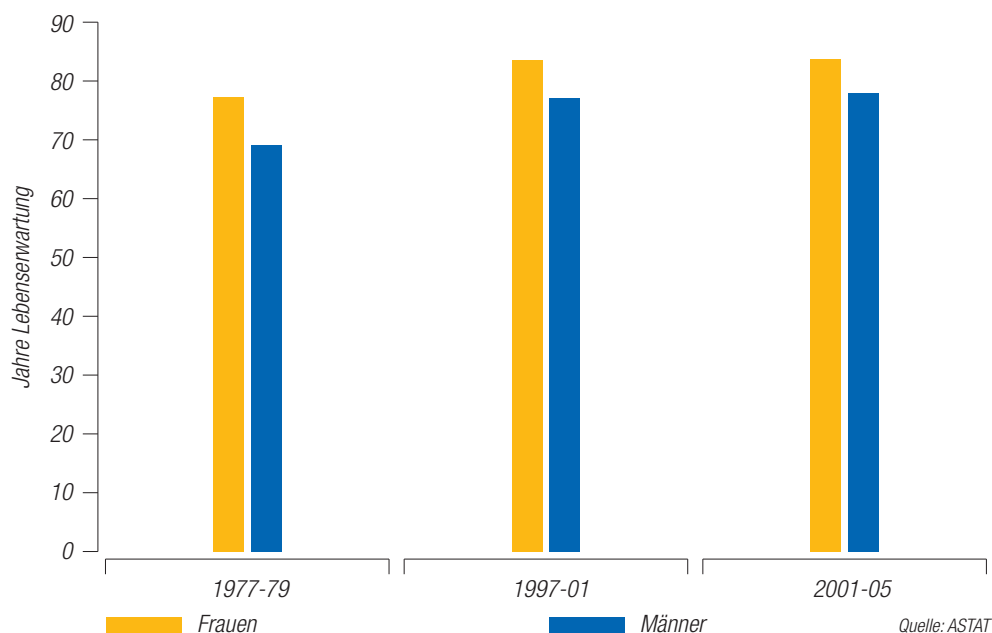


1.1.3. Die Lebenserwartung

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Sterbetafeln der Südtiroler Bevölkerung für den Zeitraum 2001-2005 78,0 Jahre für die Männer und 83,7 Jahre für die Frauen. Die Werte entsprechen dem gesamtstaatlichen Durchschnitt und zählen auf internationaler Ebene zu den höchsten.

Die Lebenserwartung bei der Geburt verzeichnet in den letzten Jahren einen konstanten Anstieg: für die männliche Bevölkerung Südtirols von 69,1 Jahren (Sterbetafel des Dreijahreszeitraums 1977-79) auf 77,1 Jahre (Sterbetafel des Fünfjahreszeitraums 1997-2001), für die weibliche Bevölkerung Südtirols von 77,2 auf 83,5 Jahre im selben Zeitintervall. Im letzten Vierteljahrhundert verlängerte sich die Lebenserwartung der Männer also um 8,9 Jahre, der Frauen um 6,5 Jahre.

Abbildung 3: Lebenserwartung bei der Geburt. Sterbetafeln 1977-79/1997-01/2001-05



Die Lebenserwartung der Frauen ist in allen Altersklassen höher als jene der Männer: im Alter von 18 Jahren ist das männliche Sterblichkeitsrisiko zweimal höher als jenes der Frauen, im Alter von 20 Jahren viermal höher und im Alter von 32 Jahren achtmal höher. Diese unterschiedliche Lebenserwartung nach Geschlecht verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren der Sterbetafel 1977-79 auf 5,7 Jahre der neueren Tafel). Die höhere Lebenserwartung der Frauen ist einem geringeren Risiko von Herz-Kreislaufkrankheiten, Tumoren und Unfällen zuzuschreiben. Entscheidend sind in dieser Hinsicht die geschlechtlich unterschiedlichen individuellen Verhaltensweisen und Lebensstile sowie die geringere Risikoexposition im Arbeitsumfeld.

LEBENSERWARTUNG NACH ALTER

Abbildung 4: Sterblichkeitsrisiko nach Geschlecht und Alter. Sterbetafel 2001-05

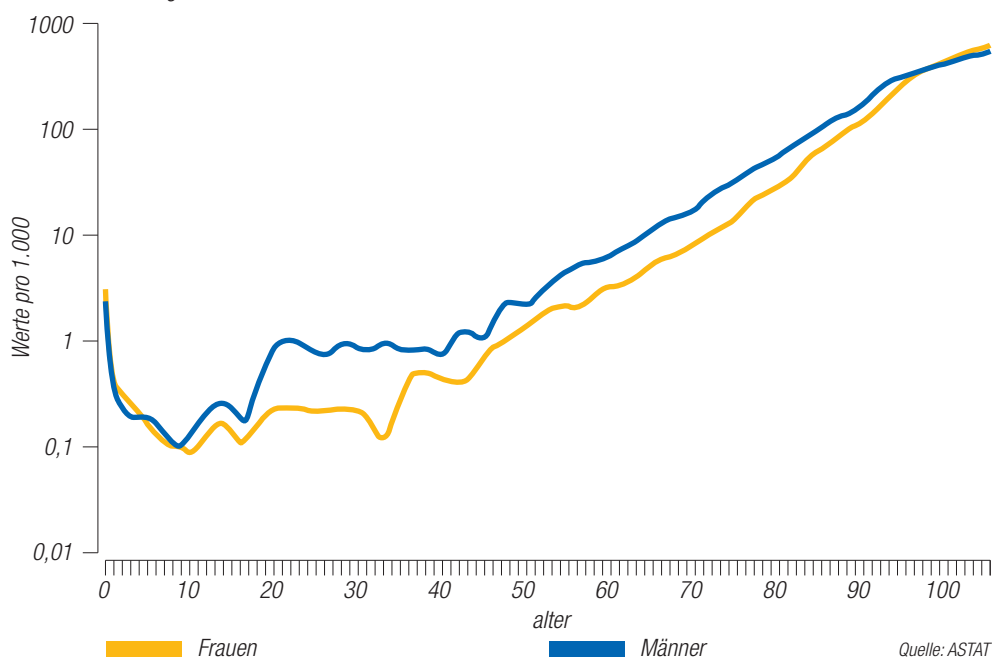
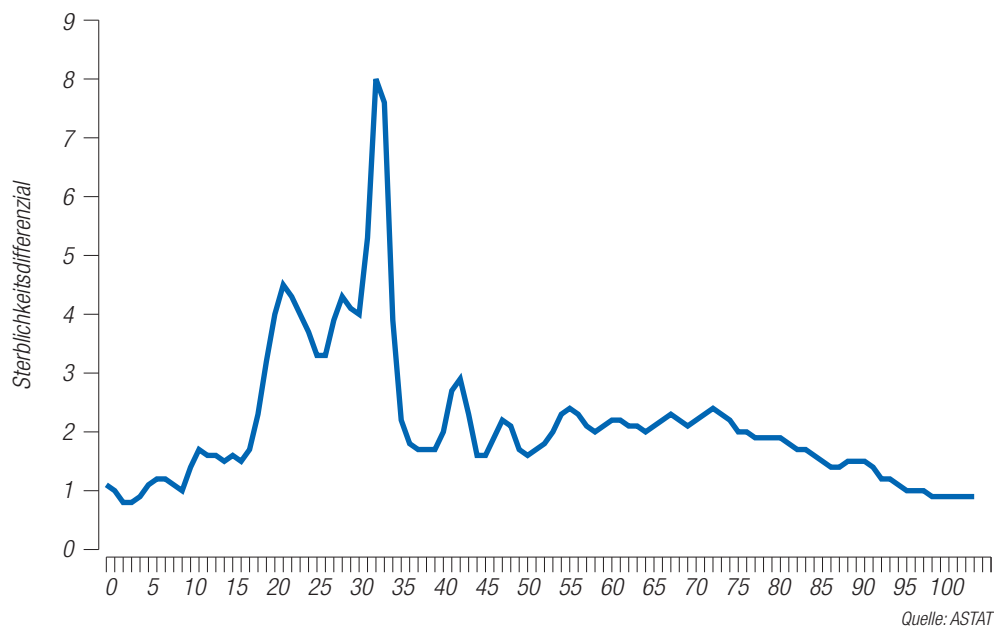


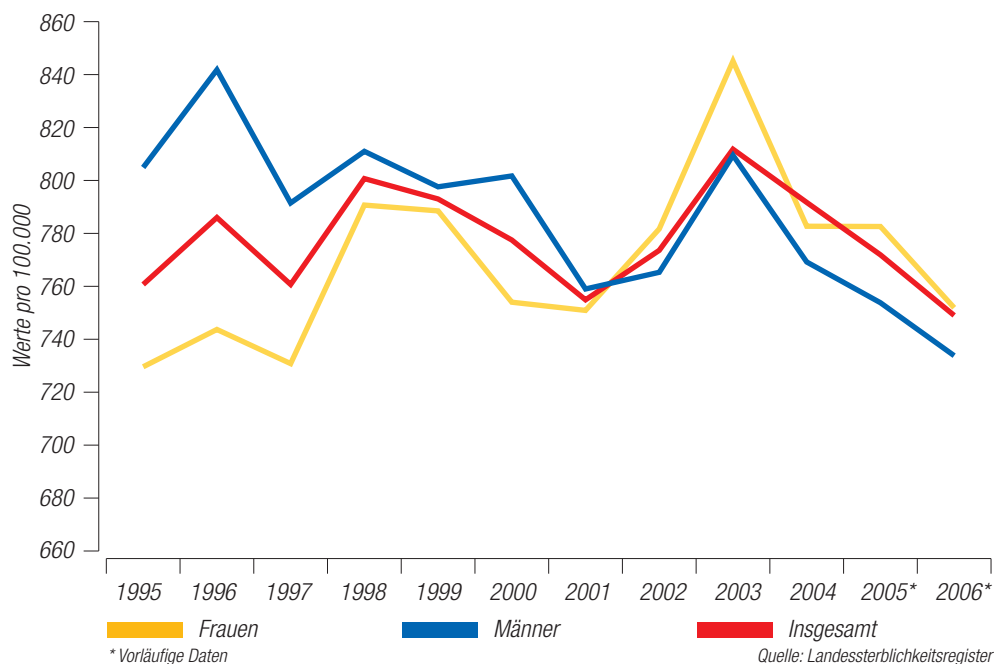
Abbildung 5: Männliches Sterblichkeitsdifferenzial nach Alter. Sterbetafel 2001-05



1.1.4. Die Sterblichkeit

In absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Sterblichkeitsrate der Wohnbevölkerung in den letzten drei Jahren rückläufig (3.753 im Jahr 2004, 3.695 im Jahr 2005 und 3.621 im Jahr 2006), auch wenn die Daten für die Jahre 2005 und 2006 als vorläufig anzusehen sind. Die relative Sterblichkeitsrate betrug im Jahr 2004 791,7 pro 100.000, im Jahr 2005 771,9 pro 100.000 und im Jahr 2006 749,0 pro 100.000.

Abbildung 6: Unbereinigte Sterblichkeitsrate nach Geschlecht - Jahre 1995-2006



Der Rückgang der standardisierten Sterblichkeitsrate zeigt sich vor allem unter den Männern deutlich, betrifft aber, auch wenn in geringerem Ausmaß, auch die Frauen. Zwischen den Sanitätsbetrieben lassen sich im Verlauf 2006 keine starken Unterschiede erkennen.

Abbildung 7: **Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Geschlecht - Jahre 1995-2006**

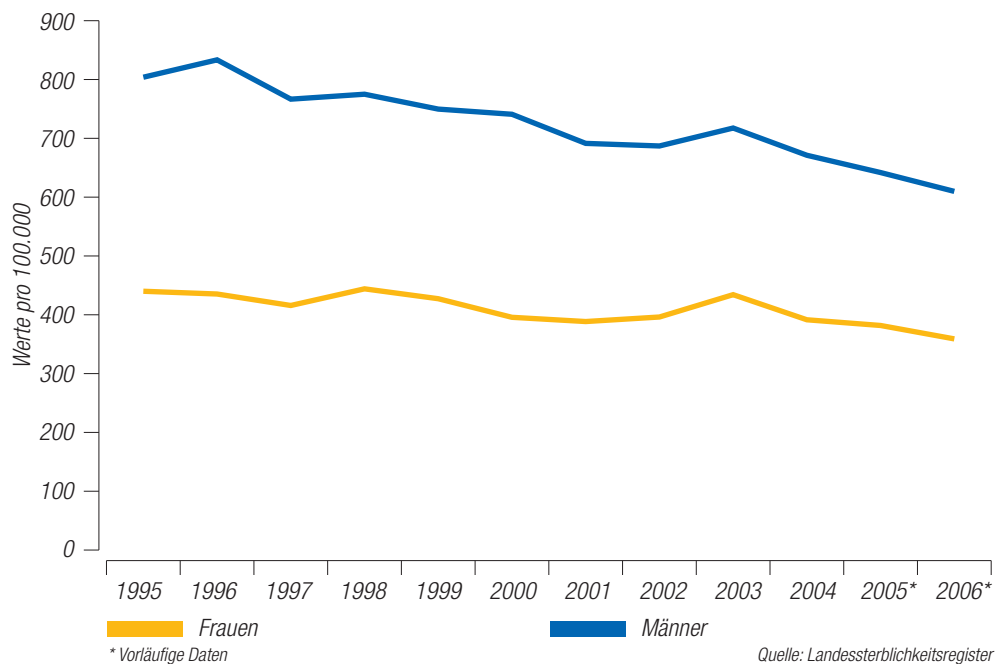
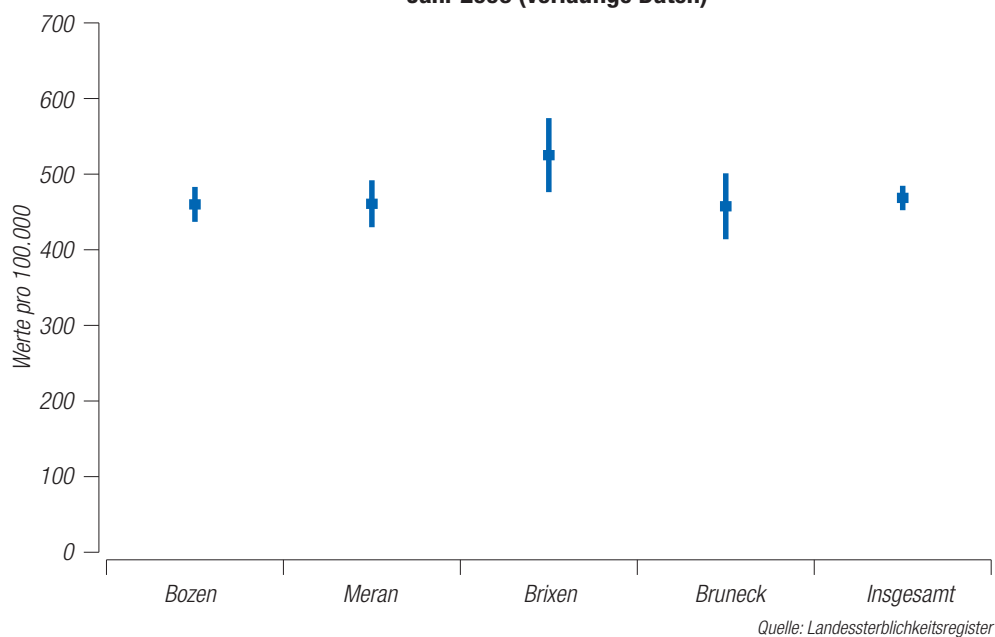


Abbildung 8: **Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2006 (vorläufige Daten)**



TODESURSACHEN

Die häufigsten Todesursachen des Jahres 2004 sind an Krankheiten des Kreislaufsystems und Tumoren gebunden. 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 deutlich höher (49,6 pro 100.000 gegenüber 17,9 pro 100.000).

Tabelle 2: **Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht und Ursache - Jahr 2004**

Todesursache	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Infektions- und parasitäre Krankheiten	12	5,1	12	5,0
Tumoren	686	293,2	504	210,0
Krankheiten der endokrinen Drüsen	23	9,8	42	17,5
Erkrankungen des Blutes	9	3,8	7	2,9
Psychische Störungen	17	7,3	26	10,8
Krankheiten des Nervensystems	41	17,5	55	22,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	619	284,5	895	372,8
Krankheiten der Atemwege	148	63,2	136	56,7
Krankheiten des Verdauungsapparats	54	23,1	60	25,0
Krankheiten des Urogenitaltraktes	24	10,3	27	11,2
Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Puerperium	-	-	-	-
Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes	-	-	1	0,4
Krankheiten der Muskeln und Knochen	2	0,9	8	3,3
Angeborene Missbildungen	2	0,9	2	0,8
Krankheitszustände perinatalen Ursprungs	-	-	-	-
Schlecht definierte Krankheitszustände	23	9,8	55	22,9
Traumata und Vergiftungen	116	49,6	43	17,9
INSGESAMT	1.800	769,2	1.879	782,7

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Die standardisierten Sterblichkeitsraten sind bei den Männern für die Krankheiten des Kreislaufsystems, die Traumata und die Krankheiten des Verdauungsapparats rückläufig. Bei den Frauen ist bei den Krankheiten des Kreislaufsystems ein rückläufiger Trend zu verzeichnen, während die Sterblichkeit aufgrund anderer Ursachen tendenziell stabil ist.

Abbildung 9: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach den häufigsten Todesursachen, Männer - Jahre 1995-2004

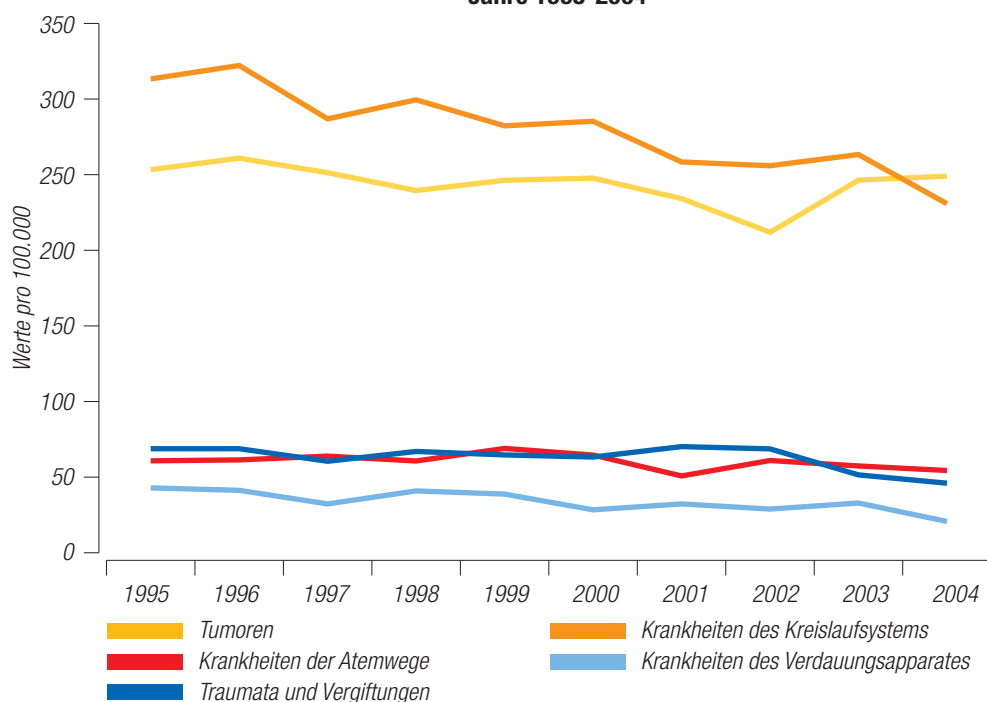
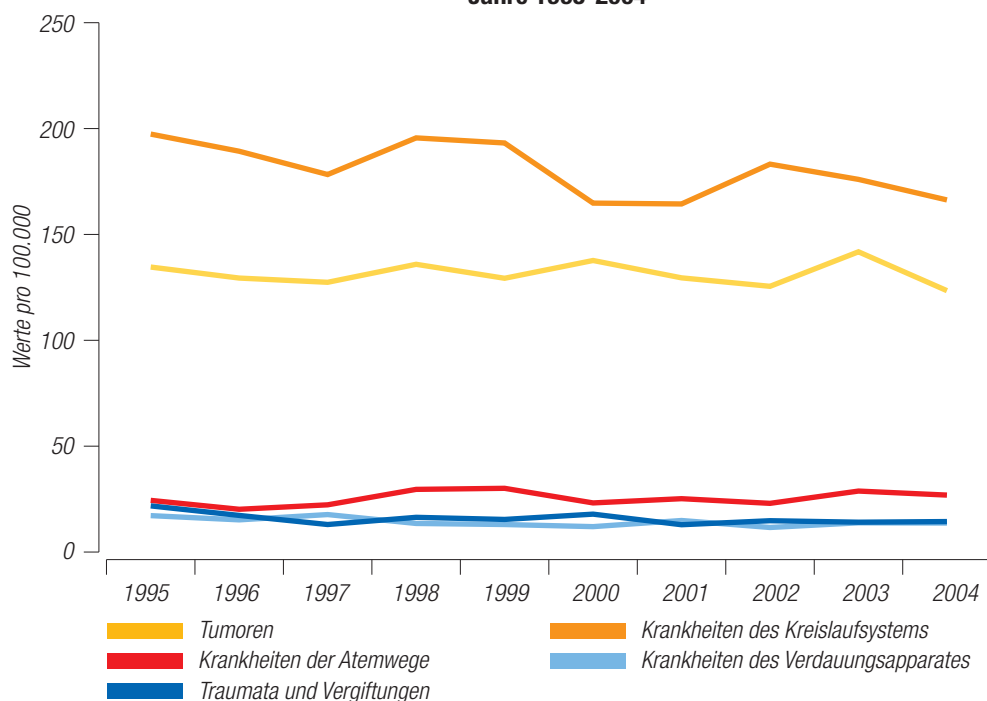


Abbildung 10: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach den häufigsten Todesursachen, Frauen - Jahre 1995-2004



Unter vermeidbare Sterblichkeit fallen solche Todesfälle, 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 2004 wurden 4.132 Fälle vermeidbarer Sterblichkeit erfasst, durch-

**VERMEIDBARE
STERBLICHKEIT**

schnittlich 413,2 pro Jahr: 306,9 davon betrafen Männer, 106,3 Frauen.

Die häufigsten Ursachen bei den Männern waren die gewaltsamen Todesursachen im Alter zwischen 5-64 Jahren, mit einem Durchschnitt von 116,3 Fällen pro Jahr, gefolgt von den ischämischen Herzleiden im Alter von 35-64 Jahren (durchschnittlich 49,7 Fälle pro Jahr), vom Lungenkarzinom im Alter von 5-64 Jahren (35,2 Fälle pro Jahr), von der Leberzirrhose von 5-64 Jahren (25,0 Fälle pro Jahr) und von den Tumoren der oberen Verdauungs- und Atemwege (durchschnittlich 22,7 Fälle pro Jahr).

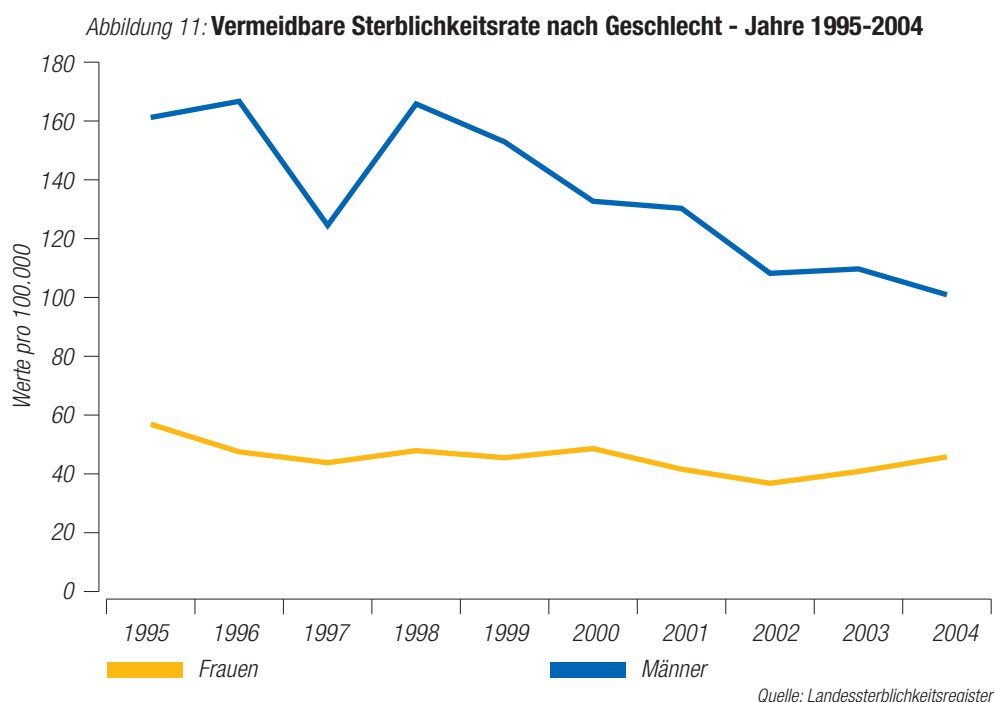
Die häufigste Todesursache bei den Frauen war hingegen das Mammakarzinom im Alter von 25-64 Jahren mit einem Jahresdurchschnitt von 29,0 Fällen, gefolgt von Traumata und Vergiftungen im Alter von 5-64 Jahren (durchschnittlich 22,7 Fälle pro Jahr).

Die durchschnittliche Rate der Todesfälle des Jahres 2004 beträgt 100,9 pro 100.000 Einwohner für die Männer und 45,8 pro 100.000 für die Frauen. Die Werte sind für beide Geschlechter tendenziell rückläufig.

Tabelle 3: **Todesfälle und vermeidbare Sterblichkeitsrate nach Geschlecht - Jahr 2004**

Todesursache	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Spezifische Rate pro 100.000	Todesfälle	Spezifische Rate pro 100.000
Bösartige Tumoren der ob. Verdauungs- und Atemwege, Alter 5-64 J.	18	9,5	7	3,9
Leberkarzinome, Alter 5-64 J.	12	6,4	2	1,1
Lungenkarzinome, Alter 5-64 J.	38	20,2	6	3,3
Erkrankungen des Hirnkreislaufs, Alter 5-64 J.	6	3,2	3	1,7
Leberzirrhose, Alter 5-64 J.	11	5,8	9	5,0
Traumata und Vergiftungen, Alter 5-64 J.	82	43,5	20	11,0
Mammakarzinom, Frauen Alter 25-64 J.	-	-	32	24,7
Tumor des Gebärmutterhalses, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	1	0,6
Tumor des Gebärmutterkörpers und der Gebärmutter ohne sonstige Indikation, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	2	1,3
Infektions- und parasitäre Krankheiten, Alter 5-64 J.	5	2,7	1	0,6
Leukämie, Alter 0-64 J.	6	3,0	3	1,5
Chronische rheumatische Kardiopathien, Alter 5-44 J.	-	-	-	-
Hypertonie, Alter 35-64 J.	7	7,2	4	4,2
Ischämische Herzleiden, Alter 35-64 J.	45	43,1	14	14,7
Lungenentzündungen, Bronchitis, akute Erkrankungen der Atemwege, Alter 5-64 J.	3	1,6	15	2,8
Erkrankungen der Atemwege, Alter 1-14 J.	-	-	1	2,7
Magengeschwür, Alter 25-64 J.	1	0,7	-	-
Blinddarmentzündung, Alter 55-64 J.	-	-	-	-
Muttersterblichkeit, alle Altersklassen (ICD IX 630)	-	-	-	-
Angeborene Herzfehler, Alter 0-14 J.	2	4,8	-	-
INSGESAMT UND UNBEREINIGTE RATE	236	100,9	110	45,8

Quelle: Landessterblichkeitsregister



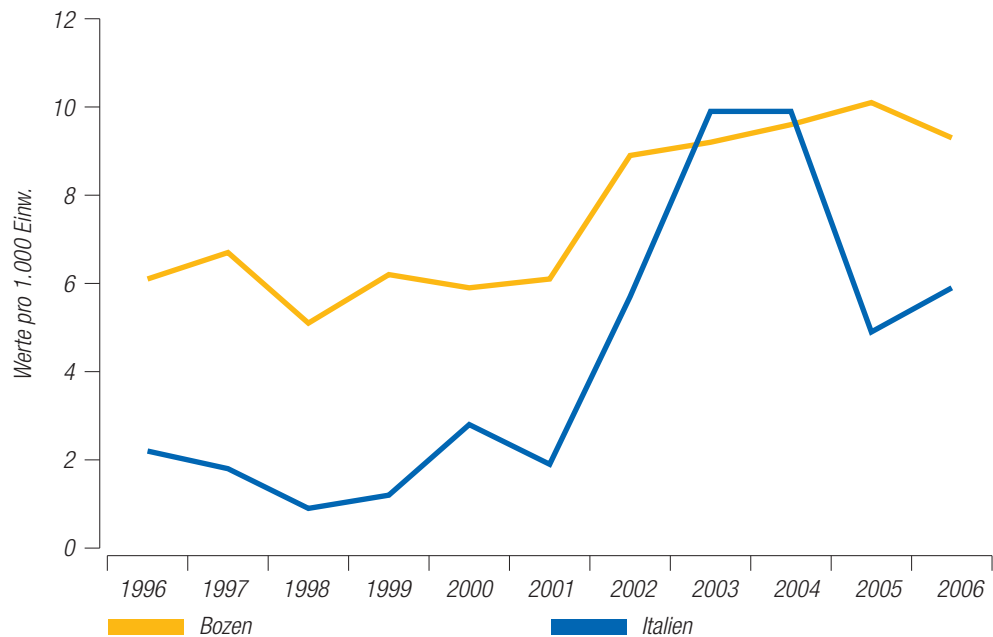
1.1.5. Die Bevölkerungsentwicklung

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 Südtirol wird dieser Trend teilweise durch Geburtenraten ausgeglichen, die - im Gegensatz zur gesamtstaatlichen Entwicklung - noch über den Sterblichkeitsraten liegen.

Im Jahr 2006 wuchs die Bevölkerung um 9,9 pro 1.000 Einwohner an, womit der Wert über dem gesamtstaatlichen liegt (6,5‰). Allgemein fällt das Wachstum in den nördlichen Regionen (7,6‰ im Nord-Osten und 5,1‰ im Nord-Westen) und in Mittelitalien (19,2‰ aufgrund eines Zuwanderungssaldos von +19,9‰) hoch aus, während es auf den Inseln (0,5‰) fast Null beträgt und im Süden (-0,6‰) negativ ist.

Der Bevölkerungszuwachs ist zum größten Teil auf den Zuwanderungssaldo zurückzuführen, der in Südtirol 6,8‰ und in Italien insgesamt 6,4‰ beträgt. Der natürliche Saldo fällt in allen Regionen Mittel- und Norditaliens mit Ausnahme der Regionen Trentino-Südtirol (+3,5‰), Lombardei (+1,1‰) und Venetien (+1,0‰) negativ aus oder beträgt fast Null. Südtirol verzeichnet in absoluten Zahlen den höchsten natürlichen Wachstumssaldo (3,5‰).

Abbildung 12: Wachstumsrate der Wohnbevölkerung. Südtirol und Italien - Jahre 1996-2006



Quelle: ISTAT, ASTAT

1.2. ARBEIT, WIRTSCHAFT, AUSGABEN

1.2.1. Die Beschäftigung

Die angeführten Daten sind das Ergebnis der vom ASTAT trimestral durchgeführten Stichprobenerhebung über die Beschäftigung der Arbeitskräfte und zeigen den durchschnittlichen Jahresverlauf auf.

Die Arbeitskräfte, die sich aus den Beschäftigten und den Beschäftigungssuchenden zusammensetzen, stellen jenen Teil der Bevölkerung dar, der als voll oder teilweise erwerbsfähig bezeichnet werden kann. Die Zahl der Arbeitskräfte wird für das Jahr 2006 auf 233.700 geschätzt und stieg in den letzten zehn Jahren um rund 19.000 an.

Von den 227.700 Beschäftigten sind 58,4% Männer. 69,3% der Erwerbstätigen sind im Dienstleistungssektor tätig, 24,0% im produzierenden Gewerbe und 6,6% in der Landwirtschaft. Im Dienstleistungssektor überwiegen die Frauen (51,8% der Beschäftigten), während im produzierenden Gewerbe und in der Landwirtschaft vorwiegend Männer arbeiten (84,6% bzw. 70,0%). 72,1% der Beschäftigten sind abhängige Arbeitnehmer.

In den letzten fünf Jahren ging der Anteil der in der Landwirtschaft Beschäftigten um 40,0% und jener der im produzierenden Gewerbe Tätigen um 4,4% zurück, während die Zahl der im Dienstleistungssektor Arbeitenden um 14,3% zugenommen hat.

Teilzeitbeschäftigte gibt es 17,3%. Unter den Vollzeitbeschäftigten überwiegen die Männer (67,7%), unter den Teilzeitbeschäftigten die Frauen (86,3%).

Die Beschäftigungsrate (Anteil der Arbeitskräfte an der Bevölkerung im Alter von 15-64 Jahren) hielt sich in den letzten fünf Jahren insgesamt immer über 70% (71,5% im Jahr 2006) und liegt also konstant über dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (62,7%).

Sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen nahm die Rate leicht zu (von 81,1% im Jahr 2002 auf 81,3% im Jahr 2006 bzw. von 60,6% im Jahr 2002 auf 61,4% im Jahr 2006).

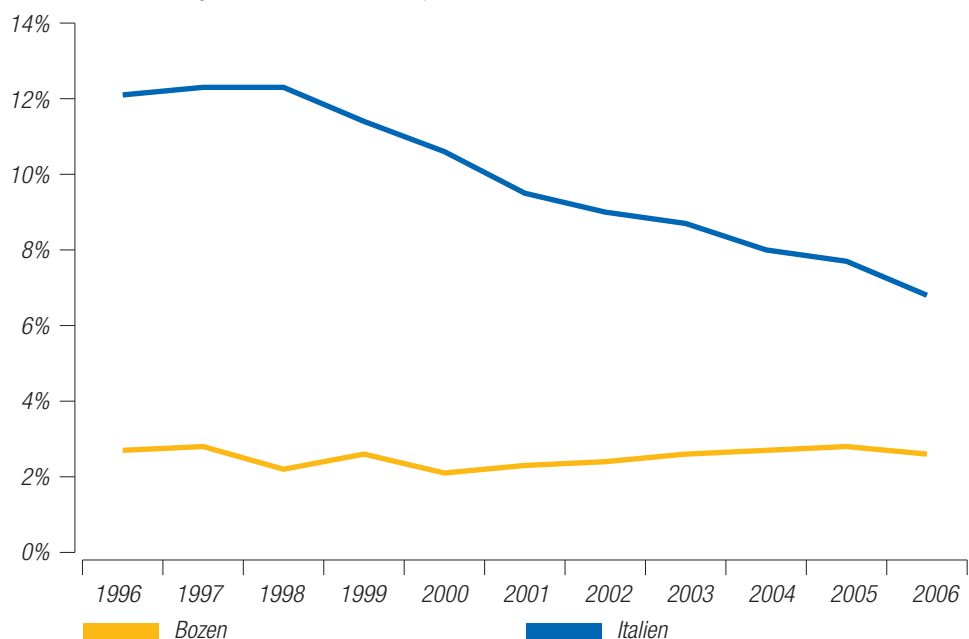
BESCHÄFTIGTE NACH
SEKTOR

BESCHÄFTIGUNGSRATE

ARBEITSLOSENRATE

Die für das Jahr 2006 erfasste Arbeitslosenrate von 2,6% ist im Vergleich zum Vorjahr etwas niedriger (-0,2 Prozent) und liegt somit im vertretbaren Bereich. Seit 1998 ist die gesamtstaatliche Arbeitslosenrate mit 6,8% im Jahr 2006 konstant rückläufig.

Abbildung 13: Arbeitslosenrate, Südtirol und Italien - Jahre 1996-2006



Quelle: ISTAT, ASTAT

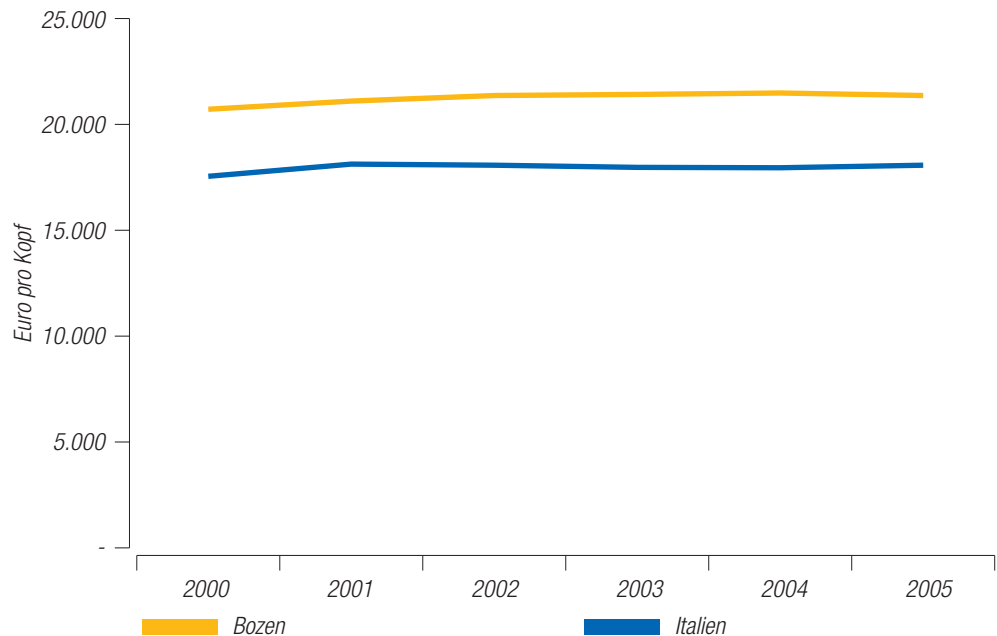
1.2.2. Das Bruttoinlandsprodukt

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

Auf Landesebene zeichnete sich ein verlangsamtes Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) mit einer BIP-Wachstumsmindeung 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 bei konstanten Preisen 2005. Südtirol und Italien - Jahre 2000-2005



1.2.3. Die Ausgaben der Familien

Die durchschnittlichen Monatsausgaben der Familien betrugen auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2005 2.398 Euro mit einem Anstieg von 17 Euro im Vergleich zum Vorjahr (+0,7%). In Südtirol betrugen die durchschnittlichen Monatsausgaben im Jahr 2005 3.238 Euro (+35,0% gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert).

Die Ausgaben unterscheiden sich auch in den einzelnen Ausgabenkapiteln. Für Lebensmittel werden in Südtirol durchschnittlich 439 Euro ausgegeben, in Italien insgesamt 456 Euro. Die Ausgaben für die Unterkunft einschließlich Kondominiumsspesen und Kosten für die ordentliche und außerordentliche Instandhaltung liegen in Südtirol dagegen allgemein höher: 819 Euro gegenüber 619 Euro.

Für elektrische Energie (36,6 Euro in Südtirol und 38,0 Euro in Italien) und Gas (24,8 Euro in Südtirol und 46,7 Euro in Italien) wird weniger ausgegeben, mehr jedoch für Wasser und Kondominiumsspesen (43,4 Euro in Südtirol und 31,4 Euro in Italien).

Die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich betrugen im Jahr 2004 auf gesamtstaatlicher Ebene 3,8% der Gesamtausgaben (Gesundheitssteuer nicht dazugerechnet), was rund 90 Euro pro Monat entspricht. In Südtirol erreichten 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 zwischen Landes- und Staatsbevölkerung hervor.

In Südtirol ist der Anteil der Personen ohne Studientitel nach der Provinz Trient (1,0%) der niedrigste Italiens (1,7% gegenüber 6,8% des gesamtstaatlichen Durchschnitts). Ande-

rerseits gibt es im Vergleich zu den anderen italienischen Regionen den geringsten Anteil von Personen mit Universitätsabschluss (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% auf nationaler Ebene.

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 geht dabei von 2,0% auf 1,7% zurück, 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.

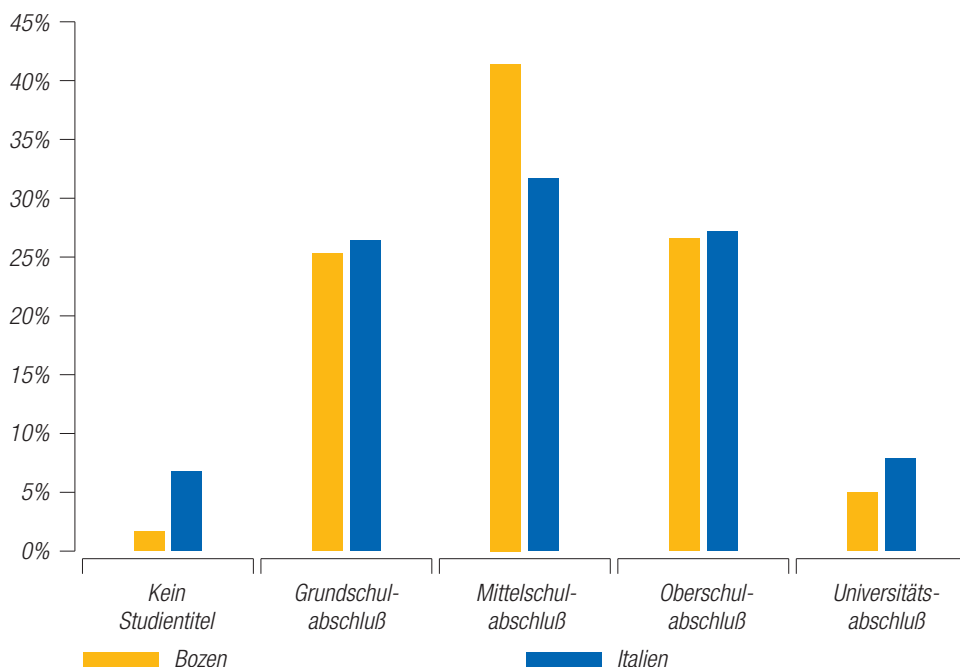
96,7% der Wohnbevölkerung im Alter zwischen 6 und 14 Jahren besuchten bei der Volkszählung des Jahres 2001 regelmäßig die Schule, während der nationale Durchschnittswert leicht darunter liegt (96,3%).

75,0% der Schüler besuchen nach der Mittelschule eine Oberschule (Schuljahr 2004/2005); dieser Anteil ist mit einem Plus von 4 Prozent zwischen 1995/96 und 2004/05 ansteigend. Nach der Mittelschule setzen 85,5% der Schülerinnen im Vergleich zu 65,1% der Schüler ihr Studium fort.

Von den Achtzehnjährigen besitzen 69,7% der Frauen und 48,2% der Männer einen Oberschulabschluss (Schuljahr 2004-2005).

**FORTSETZUNG DES
STUDIUMS**

Abbildung 15: Wohnbevölkerung nach Bildungsgrad. Südtirol und Italien - Volkszählung 2001



Quelle: ISTAT, ASTAT

Bibliographie

ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2006.

ASTAT. Demographische Entwicklung in Südtirol, 2005. ASTATinfo Nr. 13/2007.

ASTAT. Erwerbstätige und Arbeitssuchende in Südtirol, 2002-2006. ASTATinfo Nr. 16/2007.

ISTAT. Mehrzweckerhebung der Haushalte „Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste“, 1999-2000.

ISTAT. Mehrzweckerhebung der Haushalte „Aspekte des täglichen Lebens“, Jahr 2000.

ISTAT-ASTAT. Der Verbrauch der privaten Haushalte, Jahre 2003, 2004.

ISTAT. Kurzstatistiken. Demographische Indikatoren, 2006.

ASTAT. Sterbetafeln der Bevölkerung Südtirols. 2001-2005. ASTATinfo 7/2007.

ISTAT. Statistisches Jahrbuch für Italien, 2006.

2. GESUNDHEITSFAKTOREN

Die Gesundheitsfaktoren sind Risikoelemente, welche die Ausrichtung, Beibehaltung und Veränderung des Gesundheitszustandes im Laufe des Lebens beeinflussen.

Die Krankheitsrisiken sind von zahlreichen Faktoren wie Geschlecht, Arbeit, Ernährung, sozioökonomischen Bedingungen und Wohngebiet abhängig und sehr unterschiedlich; jeder Faktor kann - allein oder im Zusammenspiel mit anderen - eine bestimmte 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 aufgedeckt 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 mit der Gesundheit zusammenhängenden persönlichen Verhaltensweisen eine Krankheit zum Teil erklären. Nicht immer setzt sich der Betroffene jedoch freiwillig diesen Risikofaktoren aus, wie zum Beispiel bei einer gefährlichen Sportart; seine Entscheidungsfreiheit ist im Fall von Faktoren wie Umweltbelastung und Ernährung eingeschränkt.

Die Gesundheitsfaktoren können also sehr individuell sein (geschlechts-, alters- oder erb-anlagenabhängig) oder von persönlichen Verhaltensweisen und 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**

<i>Individuelle</i>	<i>Sozioökonomische</i>	<i>Umweltbezogene</i>	<i>Lebensstile</i>	<i>Zugang zu den Diensten</i>
• 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

SOZIOÖKONOMISCHE FAKTOREN

In allen entwickelten Ländern besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozioökonomischen Faktoren. Der Gesundheitszustand und die sozioökonomische Lage sind voneinander abhängig: die sozioökonomische Lage ist ein wichtiger Faktor für den Gesundheitszustand und umgekehrt ist der Gesundheitszustand wichtig für das Erreichen einer bestimmten sozioökonomischen Lage.

UMWELT

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

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, die den Gesundheitszustand beeinflussen.

ZUGANG ZU DEN DIENSTEN

An den folgenden kritischen Stellen kann das Gesundheitssystem eingreifen, um Ungleichheiten in der gesundheitlichen Behandlung zu ändern: unterschiedliche Auffassung des Gesundheitsbedarfs und unterschiedliche Nachfrage bei gleichen Gesundheitsbedin-

gungen, unterschiedliches Angebot und unterschiedliche Zugangsmöglichkeit zu den Diensten bei gleicher Nachfrage, 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 - beispielsweise bei Jugendlichen und älteren Menschen - an das Alter 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 einem niedrigen Gewicht bei der Geburt zusammen.

Die Zahl der Raucher beträgt in Südtirol rund 78.500, 24,4% davon sind Männer, 15,0% Frauen (ab dem Alter von 14 Jahren).

Gegenüber 2003 liegt der Tabakkonsum sowohl bei den Frauen als auch Männern im Abwärtstrend.

Geraucht wird am häufigsten in der Altersklasse zwischen 20 und 39 Jahren. Der Anteil der starken Raucher beträgt 6,5%.

Im Jahr 2004 beliefen sich die tabakrauch-attributablen Todesfälle auf 603,6 (16,1% aller Todesfälle).

Zigarettenrauchen ist die Ursache für zahlreiche Formen bösartiger Tumoren in verschiedenen Körperteilen: Lungen, obere Verdauungs- und Atemwege, Nieren und Blase. Rauchen ist außerdem ein großer Risikofaktor für die Krankheiten des Kreislaufsystems (wie ischämische Herzleiden, zerebrovaskuläre Krankheiten und periphere Arteriopathien) und der Atemwege (chronisch-obstruktive Bronchopneumopathien). Ein niedriges 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, die enorme Kosten für die Gesellschaft mit sich bringen.

Im Unterschied zu anderen Faktoren ist Zigarettenrauchen ein theoretisch beseitigbarer Risikofaktor und die Effizienz einer Unterlassung dieses schädlichen Verhaltens zur Verminderung der damit zusammenhängenden Risiken ist belegt und erwiesen.

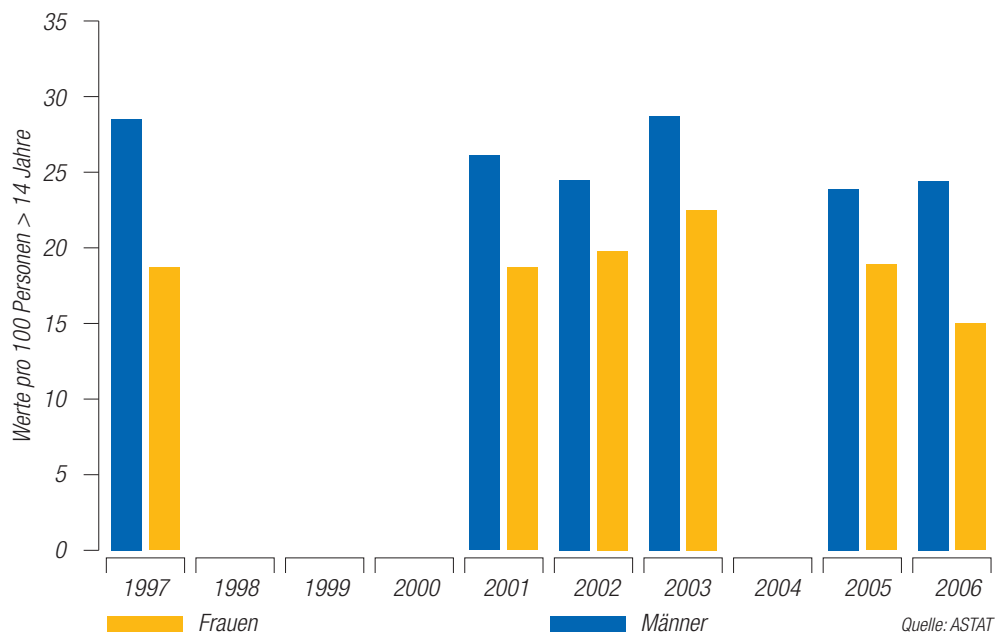
Die Rauchgewohnheit ist unter der Bevölkerung nicht gleichmäßig verbreitet. Nach den Angaben der ISTAT-Mehrzweckerhebungen rauchen mehr Männer, mehr Personen unter 30 Jahren und mehr Menschen mit niedrigem Bildungsgrad.

**DIE SCHÄDEN FÜR DIE
GESUNDHEIT**

DIE RAUCHGEWOHNHEIT

Den Daten des Jahres 2006 zufolge werden die Raucher in der Landesbevölkerung auf ca. 78.500 geschätzt (47.900 Männer und 30.600 Frauen), was 24,4% der männlichen Bevölkerung über 14 Jahren und 15,0% der weiblichen Bevölkerung im selben Alter entspricht. Gegenüber 2003 ist sowohl der Anteil der Raucherinnen (22,5% im Jahr 2003) als auch der Raucher (28,7% im Jahr 2003) gesunken. Im Jahr 2006 lag die Raucherprävalenz in Südtirol im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt für beide Geschlechter niedriger (gesamtstaatlicher Vergleichswert: 28,8% für die Männer und 17,0% für die Frauen).

Abbildung 1: **Raucherprävalenz in der Bevölkerung nach Geschlecht - Jahre 1997-2006**



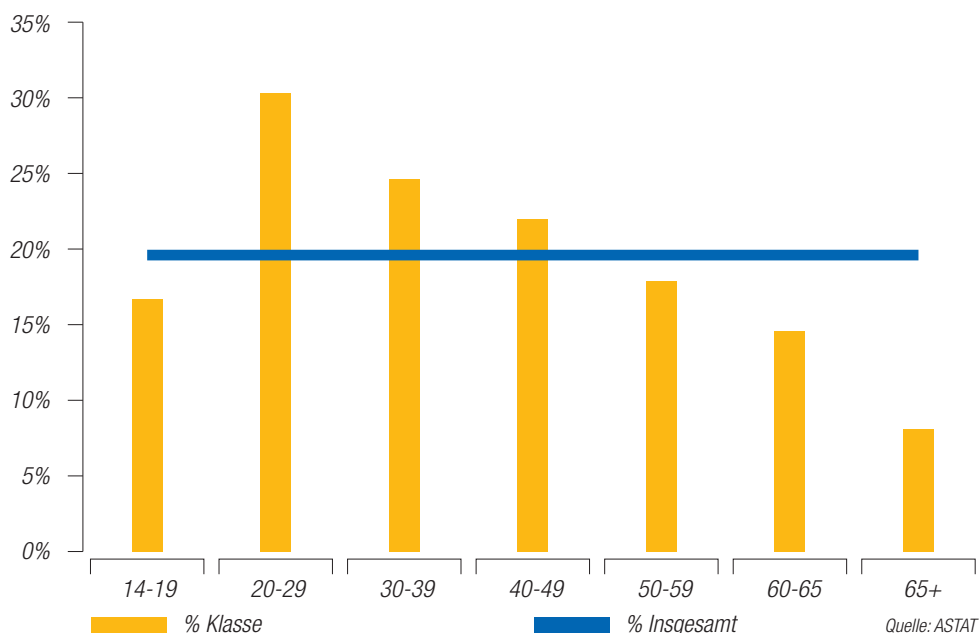
Geraucht wird am häufigsten in den Altersklassen von 20-39 Jahren, mit 30,3% der Raucher zwischen 20 Jahren und 29 Jahren und 24,6% zwischen 30 und 39 Jahren.

Die starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag) machen 6,5% aus; dieser Prozentsatz ist gegenüber 2005 (5,9%) leicht ansteigend, liegt aber deutlich unter dem gesamtstaatlichen Wert (31,7% im Jahr 2005).

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

Der Anteil der ehemaligen Raucher beträgt in Südtirol ca. 25,0% der Bevölkerung (30,5% der Männer und 19,6% der Frauen). Die meisten ehemaligen Raucher gehören den erwachsenen und fortgeschrittenen Altersklassen an (32,3% zwischen 40 und 49 Jahren, 29,1% zwischen 50 und 59 Jahren, 34,1% zwischen 60 und 64 Jahren, 30% über 65 Jahre).

Abbildung 2: Raucher in der Bevölkerung nach Altersklasse - Jahr 2006



Auf der Grundlage der Vorgaben des Programms „Smoking-Attributable 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 Südtirol nach 18 Todesursachen bei Erwachsenen im Alter 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 der für die amerikanische Bevölkerung verwendeten; 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 2004 beliefen sich die geschätzten tabakrauch-attributablen Todesfälle auf 396,7 für die Männer und auf 206,9 für die Frauen. Die meisten tabakrauch-attributablen Todesfälle unter den Männern sind auf die bösartigen Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen zurückzuführen (118,6 Fälle); bei den Frauen waren die ischämischen Herzleiden im Alter zwischen 35 und 64 Jahren die häufigste, tabakrauch-attributable Todesursache (34,9 Fälle).

**TABAKRAUCH-
ATTRIBUTABLE
STERBLICHKEIT**

Tabelle 2: Tabakrauch-attributable Todesfälle nach Ursache und Geschlecht – Jahr 2004

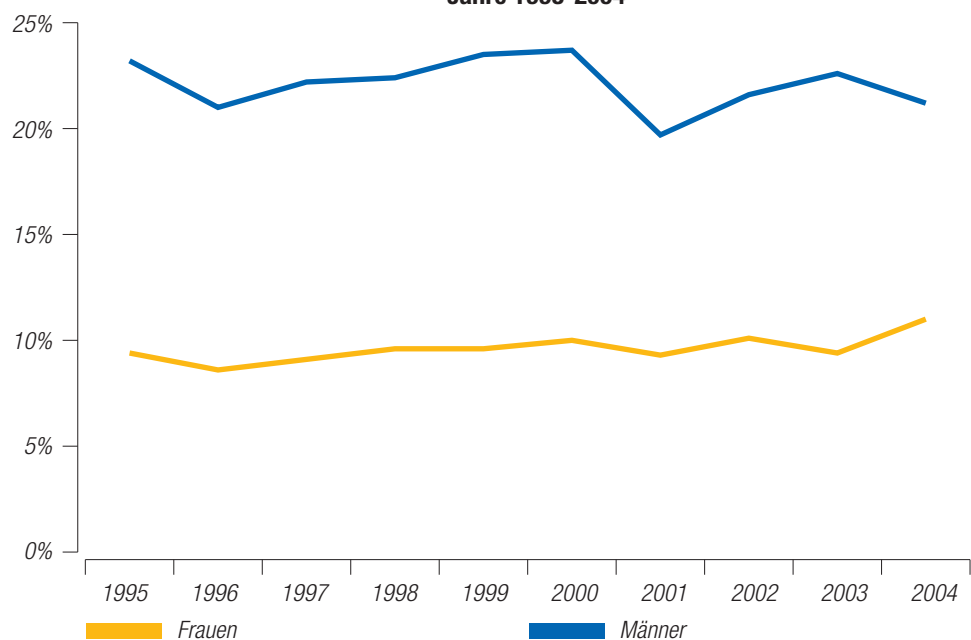
Todesursache	Männer		Frauen	
	TAF	Todesfälle	TAF	Todesfälle
Bösartige Tumoren der Lippe, Mundhöhle und des Rachens	76,8%	22,3	44,7%	3,6
Bösartige Tumoren der Speiseröhre	72,7%	15,3	56,1%	3,4
Bösartige Tumoren der Bauchspeicheldrüse	27,4%	8,2	21,6%	7,8
Bösartige Tumoren des Kehlkopfs	84,1%	9,2	71,0%	0,7
Bösartige Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen	89,2%	118,6	69,6%	29,9
Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses	-	-	9,8%	0,2
Bösartige Tumoren der Blase	48,8%	15,1	24,8%	3,2
Bösartige Tumoren der Nieren und sonstiger und nicht spezifizierter Harnorgane	40,7%	9,4	4,8%	0,3
Hypertonie	23,5%	9,9	11,9%	12,8
Ischämische Herzleiden: Alter 35-64 Jahre	40,3%	18,1	26,1%	36,5
Ischämische Herzleiden: Alter ab 65 Jahren	16,8%	39,4	10,8%	29,7
Sonstige Herzkrankheiten	21,4%	28,6	8,6%	19,9
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter 35-64 Jahre	36,6%	1,1	32,5%	0,6
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter ab 65 Jahren	14,6%	14,4	7,0%	12,1
Atherosklerose	32,2%	11,3	10,6%	7,9
Aortenaneurysmen	67,0%	6,0	51,3%	1,5
Sonstige Erkrankungen der Arterien	21,2%	2,1	15,8%	1,4
Pneumonie und Grippe	23,9%	15,3	15,6%	11,1
Chronische Bronchitis und Emphysem	90,2%	52,3	77,6%	24,1
INSGESAMT		396,7	73,3%	206,9

Quelle: Epidemische Beobachtungsstelle, Landessterblichkeitsregister

In Bezug auf alle Todesursachen und Altersklassen können die tabakrauch-attributablen Todesfälle im Jahr 2003 auf 21,2% für die Männer und auf 11,0% für die Frauen geschätzt werden.

Der Verlauf im untersuchten Zeitraum ist für beide Geschlechter mehr oder weniger stabil.

Abbildung 3: Tabakrauch-attributable Todesfälle aller Todesfälle nach allen Ursachen – Jahre 1995-2004



Quelle: Epidemische Beobachtungsstelle, Landessterblichkeitsregister

2.1.2. Die Ernährung

Die Ernährung ist einer der wichtigsten Gesundheitsfaktoren und hängt stark mit dem Auftreten von Tumor- und Herz-Kreislaufkrankheiten zusammen.

Die relevantesten Nährstoffmängel in den entwickelten Bevölkerungen betreffen das Jod, die Folsäure und das Eisen.

Die Prävalenz des Kropfes konnte in Südtirol durch die Jodprophylaxe von 24% auf 1,5% reduziert werden.

Die Ausgaben der Familien für Lebensmittel sind in den letzten 30 Jahren von 39,4% auf 14,2% gesunken.

Die Prävalenz der Fettleibigen in der Bevölkerung ab 14 Jahren beträgt 8,6%, während der Anteil der Übergewichtigen ca. 30,0% beträgt; 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 Herz-Kreislaufkrankheiten und Tumoren dar. Schätzungen zufolge sind der Ernährung 30-40% der Tumoren und über ein Drittel der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislaufkrankheiten bei Personen unter 65 Jahren zuzuschreiben. Mindestens 80% der Typ 2-Diabetesfälle hängen mit der Fettleibigkeit und dem Übergewicht zusammen. Eine tierfettreiche und obst- und gemüsearme Ernährung ist, assoziiert mit Tabakkonsum, Hypertonie und Fettleibigkeit, Ursache für schwerwiegende Gesundheitsschäden sowie für die Entwicklung von in der Bevölkerung weit verbreiteten Krankheiten.

Die 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-, Jod- und Eisenmangel zurückzuführen.

Dem Folsäuremangel 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 Folsäure jedoch zerstört. In den USA wurde 1998 von der Food and Drug Administration (FDA) die Anreicherung der meistverzehrten Zerealien (Mehl, Brot, Reis und andere getreidehaltige Produkte) mit Folsäure verordnet. In Italien besteht keine Produktionspflicht von angereicherten Lebensmitteln, auch wenn einige Nahrungsmittelindustrien auf unserem Markt Produkte mit Folsäurezusatz wie Frühstückszerealien, Fruchtsäfte, eine spezielle UHT-Milch u.a. anbieten.

Der Jodmangel ist eine der wichtigsten Ursachen von vermeidbaren Geisteskrankheiten und, den Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge, eines der weltweit schwerwiegendsten Probleme der öffentlichen Gesundheit. Jodmangel führt zu verschiedenartigen Pathologien, die nach Alter und Geschlecht mehr oder weniger schwer ausfallen, 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

DIE SCHÄDEN FÜR DIE GESUNDHEIT

FOLSÄUREMANGEL

JODMANGEL

DIE JODPROPHYLAXE IN SÜDTIROL

Nahrungsmitteln und Wasser ist jedoch oft zu gering, um den menschlichen Bedarf zu decken.

Eine Jodprophylaxe kann zur Prävention des endemischen Kropfes und anderen, jodmangelbedingten Störungen nützlich sein. Die Prophylaxe besteht in einfachen Maßnahmen wie in der Aufnahme von Jodsalz; sie hat zur vollständigen Ausrottung des Kropfes in einigen europäischen Ländern, z. B. in der Schweiz und in den skandinavischen Ländern geführt. Europa bleibt aber weiterhin einer der Kontinente mit der geringsten Verwendung von Jodsalz (27% gegenüber 90% der US-Haushalte).

In Italien wurde 1997 eine nationale Kampagne zur Ernährungserziehung gestartet, der Verkauf dieses Salzes ist jedoch immer noch unzureichend (rund 3% aller für die Ernährung verwendeten Salze).

In Südtirol 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 Auswertung 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 ist in Südtirol 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 erreicht der Verbrauch von Jodsalz rund 30% des gesamten Salzkonsums.

Infolge ihrer diesbezüglichen Erfahrung wurde die Provinz Bozen von den albanischen Behörden zu einer Projektmitarbeit zwecks Bewertung der Kropfprävalenz und der Jodurie in den Primarschulkindern in Albanien eingeladen.

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 stärkeren 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 Jahrzehnten sind in Europa die Ausgaben der Familien für die Ernährung deutlich gesunken. In Südtirol ist der Anteil des Nahrungsmittelkonsums an den Ausgaben der Familien von 39,4% des Jahres 1973 auf 14,2% im Jahr 2006 zurückgegangen (19,0% 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 benachteiligten Schichten, während die Personen mit einem höheren Bildungsgrad gesundheitsbewusstere Ernährungsgewohnheiten angenommen haben, was sich in der Sterblichkeit der Bevölkerung

widerspiegelt, wo die Erkrankungen des Kreislaufsystems im Gegensatz zu früher jetzt mehr unter den minderbemittelten Klassen verbreitet sind.

Die Daten über die Ernährungsgewohnheiten in Südtirol stammen aus der vom ASTAT 2006 durchgeführten ISTAT-Mehrzweckerhebung und beziehen sich, wo nicht anders angegeben, auf die Bevölkerung ab 3 Jahren.

Der Tag beginnt üblicherweise mit dem Frühstück (92,3%); 73,0% der Interviewten erklären, ein vollständiges Frühstück mit Tee, Kaffee oder Cappuccino und Essen zu sich zu nehmen (74,0% der deutschsprachigen und 70,9% der italienischsprachigen Bevölkerung). Auf gesamtstaatlicher Ebene nehmen 78,3% der Bevölkerung ein angemessenes Frühstück ein. Die Hauptmahlzeit des Tages ist für 80,8% der Bevölkerung das Mittagessen (74,2% der städtischen und 85,3% der ländlichen Bevölkerung). Auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Bevölkerungsanteil, der das Mittagessen als Hauptmahlzeit ansieht, geringer (70,4%). Für 13,0% der Bevölkerung ist das Abendessen die Hauptmahlzeit (20,9% auf nationaler Ebene).

74,5% essen mindestens einmal pro Tag Nudeln. 15,7% nehmen mindestens einmal pro Tag Wurstwaren zu sich, 3,6% weißes Fleisch, 2,7% Rindfleisch, 1,8% Schweinefleisch, 65,5% Milch, 44,8% Käse und Milchprodukte, 5,2% Eier und 1,8% Fisch.

28,3% der Bevölkerung essen ein paar Mal die Woche Fisch. 68,2% nehmen täglich eine Gemüseportion zu sich, 28,2% zwei Gemüseportionen. 50,4% essen täglich eine Portion Obst, 38,2% zwei Portionen.

6,8% der Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 19 Jahren greifen täglich zu salzigen Snacks (1,5% im Gesamtdurchschnitt), 10,9% der Bevölkerung essen mindestens eine Süßspeise pro Tag.

64,5% der Bevölkerung achten auf die Salzmenge und den Genuss von salzigen Speisen, 75,1% verwenden Jodsalz (jedoch mit einem Anteil von nur 30% am Salzkonsum!). 42,5% der Bevölkerung ab 14 Jahren trinken nur selten oder nie Mineralwasser, 84,5% greifen nur selten oder nie zu kohlenensäurehaltigen Getränken (Mineralwasser ausgeschlossen).

DIE ERNÄHRUNGSGEWÖHNEHTEEN IN SÜDTIROL

Tabelle 3: **Nahrungsmittel nach Häufigkeit des Konsums. Werte pro 100 Personen ab 3 Jahren - Jahr 2006**

	<i>Mehrmals am Tag</i>	<i>Einmal am Tag</i>	<i>Mehrmals in der Woche</i>	<i>Weniger als einmal in der Woche</i>	<i>Nie</i>
<i>Brot, Nudeln, Reis</i>	28,7	45,8	23,1	2,3	0,1
<i>Wurstwaren</i>	2,0	13,7	48,7	26,9	8,7
<i>Huhn, Truthahn, Kaninchen, Kalb</i>	0,5	3,1	41,6	47,8	7,0
<i>Rindfleisch</i>	0,4	2,3	43,5	46,2	7,7
<i>Schweinefleisch, Wurstwaren ausgeschlossen</i>	0,6	1,2	28,0	50,4	19,8
<i>Fisch</i>	0,6	1,2	28,3	57,1	12,8
<i>Milch</i>	16,1	49,4	12,5	7,7	14,3
<i>Käse, Milchprodukte</i>	7,9	36,9	43,7	9,1	2,4
<i>Eier</i>	0,5	4,7	45,7	42,3	6,8
<i>Blattgemüse oder gekochtes Gemüse</i>	13,4	42,5	31,6	9,8	2,8
<i>Tomaten, Auberginen, Paprikaschoten, Fenchel</i>	9,1	29,9	44,0	13,6	3,4
<i>Obst</i>	24,4	40,6	25,9	7,1	2,0
	<i>Keine Portion am Tag</i>	<i>1 Portion am Tag</i>	<i>2 Portionen am Tag</i>	<i>3-4 Portionen am Tag</i>	<i>5 oder mehr Portionen am Tag</i>
<i>Salat- und Gemüseportionen</i>	0,4	68,2	28,2	3,2	-
<i>Obstportionen</i>	-	50,4	38,2	10,4	1

Quelle: ASTAT

**ÜBERGEWICHT UND
FETTLLEIBIGKEIT**

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 Herz-Kreislaufkrankheiten und Typ 2-Diabetes sowie einiger Tumoren deutlich ansteigt.

Die Fettleibigkeit nimmt in allen Altersklassen, insbesondere bei Kindern zu. Das Übergewicht in der Kindheit ist ein Risikofaktor für die Fettleibigkeit im Erwachsenenalter und 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, wenngleich 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 Lage zunimmt. Für die Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad ist das Risiko des Übergewichtes der Klasse I um 1,5 mal höher als bei den Frauen mit Universitäts- und Oberschulabschluss, um das Dreifache höher im Fall der Fettleibigkeit der Klasse II und extrem hoch im Fall der Fettleibigkeit der Klasse III. Im Gegensatz dazu ist das Untergewicht unter den Frauen einer höheren sozioökonomischen und kulturellen Stufe stärker verbreitet.

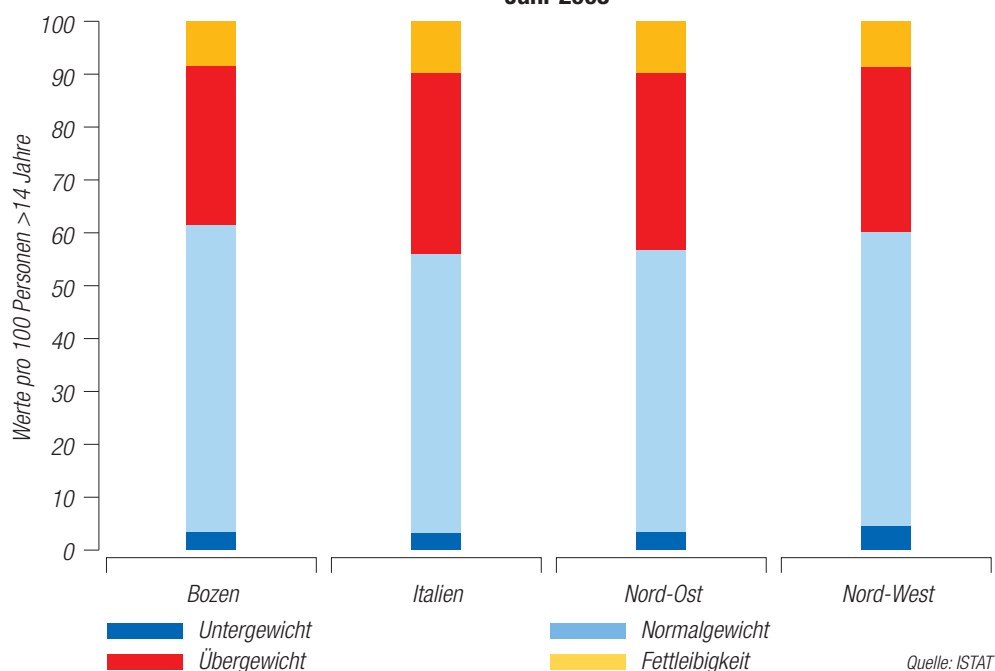
Aus den gesamtstaatlichen Daten des Jahres 2005 geht hervor, dass Gewichtsprobleme stärker in der erwachsenen und älteren Bevölkerung auftreten: der Anteil der Übergewichtigen beträgt 24,4% zwischen 18 und 44 Jahren, 42,0% zwischen 45 und 64 Jahren und 43,5% im Alter über 65 Jahren. Die Fettleibigen stellen einen Bevölkerungsanteil von 5,3% im Alter von 18-44 Jahren, von 13,3% im Alter von 45-64 Jahren und von 13,8% ab 65 Jahren.

Das Übergewicht betrifft außerdem stärker Erwachsene mit einem niedrigeren Studientitel. Gegenüber den 26,4% der Personen mit Universitätsabschluss sind 43,2% der Personen mit höchstens dem Grundschulabschluss übergewichtig. In der Bevölkerung mit niedrigerem Studientitel sind 15,8% fettleibig, während der diesbezügliche Anteil unter den Personen mit höherem Studientitel 4,6% ausmacht.

Der Anteil der fettleibigen Personen (Body mass index ≥ 30) macht in Südtirol 8,6% der Bevölkerung ab 14 Jahren aus (8,2% im Jahr 2003, 9,8% auf gesamtstaatlicher Ebene). Der Anteil der Personen mit Normalgewicht beträgt 58,1%, (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 52,6%), während 30,0% übergewichtig sind (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 34,2%).

**FETTLLEIBIGKEIT UND
ÜBERGEWICHT IN
SÜDTIROL**

Abbildung 4: Bevölkerung nach Gewichtsklassen (BMI). Südtirol, Italien, Nord-Ost, Nord-West – Jahr 2005



2.1.3. Die körperliche Bewegung

Körperliche Bewegung schützt vor Herz-Kreislaufkrankheiten.

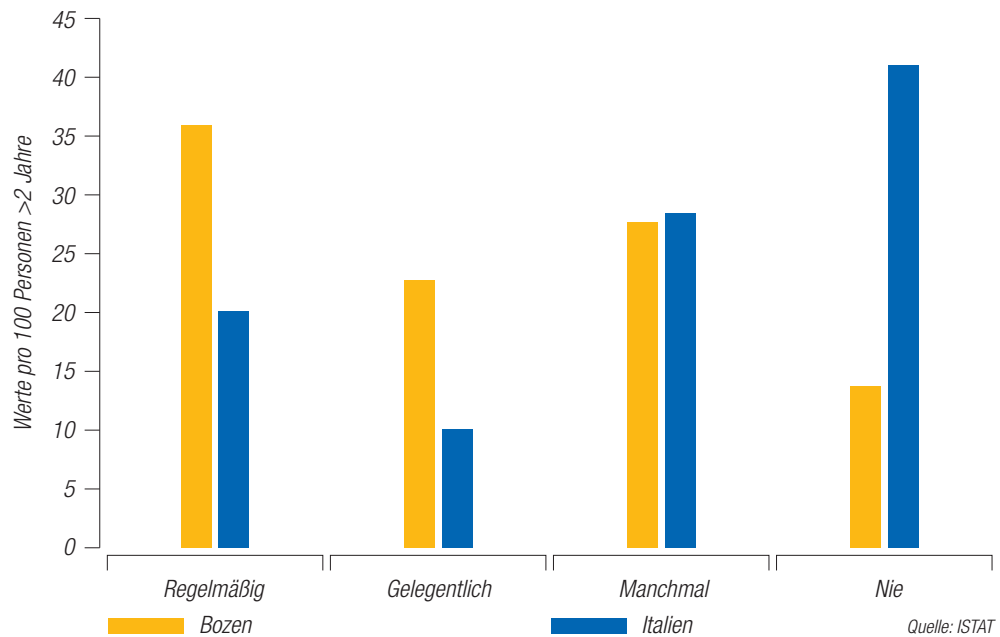
55% der Südtiroler Bevölkerung betreiben gelegentlich Sport, auf gesamtstaatlicher Ebene sind es 30%.

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

Aus der ASTAT-Mehrzweckerhebung des Jahres 2006 geht hervor, dass 30,0% der Personen ab 3 Jahren regelmäßig Sport betreiben (im Jahr 2002 waren es 34,0%), während es auf nationaler Ebene nur 20,1% sind. 25,1% (21,4% im Jahr 2002) betreiben - im Gegensatz zum gesamtstaatlichen Durchschnitt mit 10,1% - gelegentlich Sport. 44,9% betreiben keinen Sport, während dieser Anteil auf gesamtstaatlicher Ebene 69,4% erreicht.

Sport wird regelmäßiger von Männern (33,8%) als Frauen (26,3%), von Jugendlichen (49,1% zwischen 14-19 Jahren), von Personen mit einem höheren Studientitel (37,4% der Personen mit Universitätsabschluss) und von Bewohnern von städtischen Gemeinden (34,1%) als ländlichen Gemeinden (27,1%) betrieben.

Abbildung 5: Personen im Alter ab 3 Jahren, die Sport betreiben. Südtirol und Italien - Jahr 2006



2.2. DROGEN- UND ALKOHOLMISSBRAUCH

Die Entlassungen aus Landeskrankenhäusern mit drogen-assoziierten Diagnosen betrugen im Jahr 2006 131 (49,1 pro 100.000 Einwohner).

2006 wurden 1.400 Patienten von den DfA versorgt, 768 davon gehörten zum Patientenbestand, 95 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 1.437 Personen mit alkohol-assoziierten Diagnosen entlassen (297,2 pro 100.000 Einwohner).

Die alkohol-assoziierten Todesfälle betrugen im Jahr 2004 27, was 5,7 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Die 2006 von den DfA und den privaten Landeseinrichtungen in den Patientenbestand aufgenommenen Alkoholabhängigen betrugen 2.129 (4,4 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 motivationsbezogenen Zeichen des Unwohlseins auftritt, sobald die Stoffeinnahme unterbrochen wird.

Neben der direkten Beeinträchtigung der Gesundheit wirken sich die Suchtkrankheiten 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 Konsum und Missbrauch von Stoffen, auf die Behandlungsnachfrage der Suchtkrankheiten, Infektionskrankheiten und auf die suchst-assozierten Todesfälle.

Weitere Angaben zur Entwicklung des Phänomens können den Indikatoren der drogen-assozierten 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

Laut Jahresbericht 2006 an das Parlament über die Drogenabhängigkeit in Italien (EMCDDA-Erhebungen) haben rund 29,3% der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren mindestens einmal Cannabinoiden (32,1% der Studenten im Alter von 15-19 Jahren), 6,6% Kokain (5,5% der Studenten) und 1,3% Heroin (2,5% der Studenten) eingenommen.

Die Prävalenzquote der letzten 12 Monate in der 15- bis 64-jährigen Bevölkerung beträgt 11,2% für Cannabis, 2,2% für Kokain und 0,3% für Heroin.

Bei Studenten zwischen 15-19 Jahren betrug die Prävalenz der letzten 12 Monate 24,5% für Cannabis, 3,9% für Kokain und 1,6% für Heroin.

Die IPSAD@ITALIA-Projektdateien geben als Schutzfaktoren gegen den Konsum von illegalen, psychoaktiven Suchtstoffen den mittel-hohen Bildungsgrad (Schutzfaktor gegen Heroin), das Nicht-Getrennt- oder Nicht-Verwitwet-Sein, das Nicht-Rauchen und den Nicht-Alkoholmissbrauch in den vergangenen 30 Tagen an.

Risikofaktoren für den Konsum von Kokain oder Cannabis sind hingegen die Einnahme von Beruhigungs- und/oder Schmerzmitteln, der mittel-hohe Bildungsgrad (für Cannabis) und der hohe sozial-wirtschaftliche Status.

Für Studenten im Alter von 15-19 Jahren ergaben sich als Schutzfaktoren die mittel-hohe wirtschaftliche Lage, die klare Wahrnehmung des Drogenkonsumrisikos, mittel-hohe schulische Leistungen, eine gute Beziehung zu den Eltern, ein umsorgendes Verhalten der Eltern, der Nicht-Alkoholmissbrauch in den vergangenen 12 Monaten und das Nicht-Rauchen. Risikofaktoren sind hingegen die Einnahme von Beruhigungs- und/oder Schmerzmitteln (auch auf ärztliche Verschreibung), Alkohol oder Drogen konsumierende Geschwister, der nichtgeschützte Geschlechtsverkehr, die häufige Teilnahme an Spielen, für die Geld ausgegeben werden muss, das grundlose, über 3-tägige Fernbleiben von der Schule im vergangenen Monat, die Verwicklung in Schlägereien oder Unfälle, Aufenthalte in Krankenhäusern (Risikofaktor für den Heroinkonsum).

Die vom ASTAT 2004 durchgeführte Jugendstudie bietet einen Informationsbeitrag über den Konsum von illegalen Substanzen in Südtirol in der jugendlichen Bevölkerung (12-25 Jahre).

Am häufigsten wird Cannabis eingenommen (7,9% der Interviewten erklärten, derzeit davon Gebrauch zu machen, während 29% mindestens einmal in der Vergangenheit Cannabinoiden eingenommen oder solche zumindestens einige Male probiert haben). Insgesamt 36,9% der Befragten konsumierten mindestens einmal im Leben Cannabis, während rund 20% aussagten, Erfahrungen mit Pharmazeutika gemacht zu haben.

SCHUTZ- UND
RISIKOFAKTOREN

45

DER DROGENKONSUM IN
SÜDTIROL

Tabelle 4: Erfahrung im Konsum von Drogen, Prozentwerte – Jahr 2004

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

Quelle: ASTAT

DROGEN-ASSOZIIERTE KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

Anhand der Daten über die 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 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 gerechnet.

Im Jahr 2005 wurden 131 drogen-assoziierte Entlassungen aus Landeskrankenanstalten gezählt, was 49,1 pro 100.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht. Die Entlassungen aus dem Krankenhaus wegen Drogen- und Alkoholkonsum/-missbrauch sind im Zeitraum 1999-2006 trotz eines Anstiegs in den letzten beiden Jahren rückläufig, analog zur Prävalenzquote der drogenabhängigen Patienten der DfA im selben Zeitraum.

Abbildung 6: Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen nach Sanitätsbetrieb – Jahre 1999-2006



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

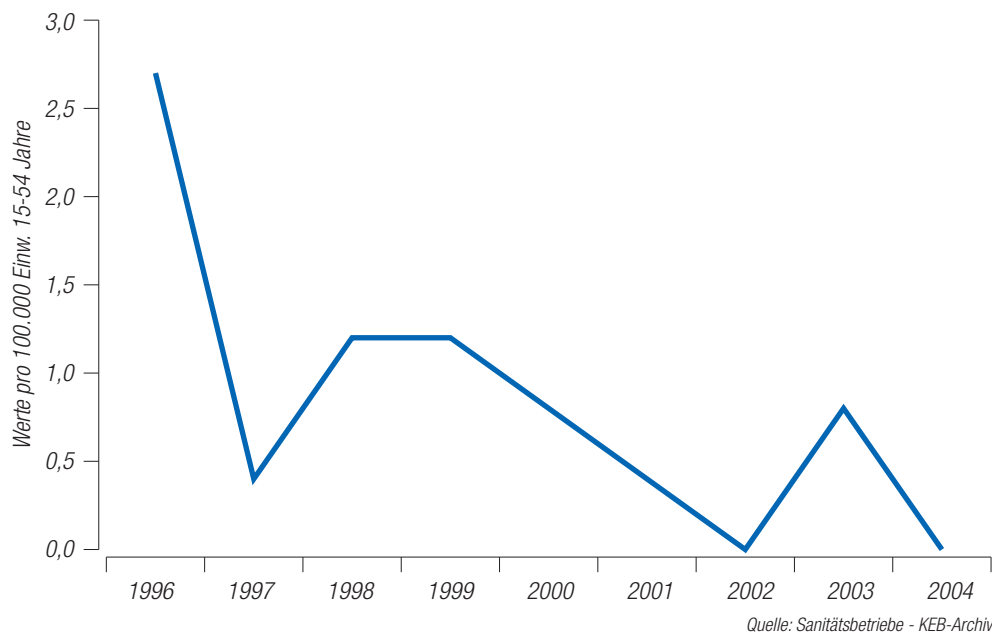
Die Todesfälle aufgrund von AIDS wurden mit den Kodexen ICD IX 279.1 und 042 definiert. Die pharmaka- oder drogen-assoziierten Todesfälle wurden mit dem Kodex ICD IX 292 (Medikamentenpsychosen), 304.0 (Medikamentenabhängigkeit durch Morphin), 304.2-304.9 (Medikamentenabhängigkeit durch Kokain, Cannabinoiden, 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.

Für die Jahre 2001-2004 ergaben sich 19 Todesfälle wegen AIDS (8 im Jahr 2001, 3 im Jahr 2002, 6 im Jahr 2003 und 2 im Jahr 2004) und 3 drogen-assoziierte Todesfälle (1 im Jahr 2001 und 2 im Jahr 2003).

DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

PATIENTENBESTAND

Abbildung 7: Sterblichkeit aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen – Jahre 1996-2004



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.

Im Laufe des Jahres 2006 wurden 1.400 Patienten mit Drogenproblemen von den DfA versorgt; in den Patientenbestand aufgenommen wurden 768 Patienten (54,9% der insgesamt versorgten Patienten). Die Anzahl der Fremdpatienten betrug 162.

Tabelle 5: Von den DfA versorgte DA-Patienten - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Patienten	471	206	61	30	768
Fremdpatienten	91	28	18	25	162
Sonstige Patienten	341	68	44	17	470
INSGESAMT	903	302	123	72	1.400

Quelle: Sanitätsbetriebe - 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 0,7 für den DfA Bruneck bis 4,1 pro 1.000 für den DfA Bozen. Es zeigt sich eine progressiv rückläufige Entwicklung in den letzten Jahren.

Abbildung 8: Prävalenz der von den DfA versorgten DA-Patienten - Jahr 2006

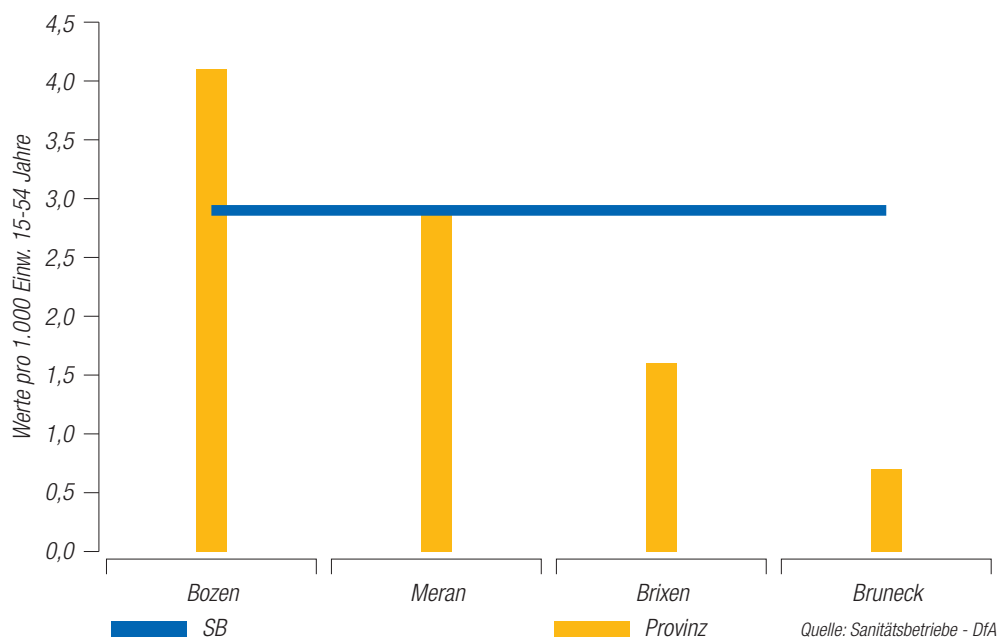
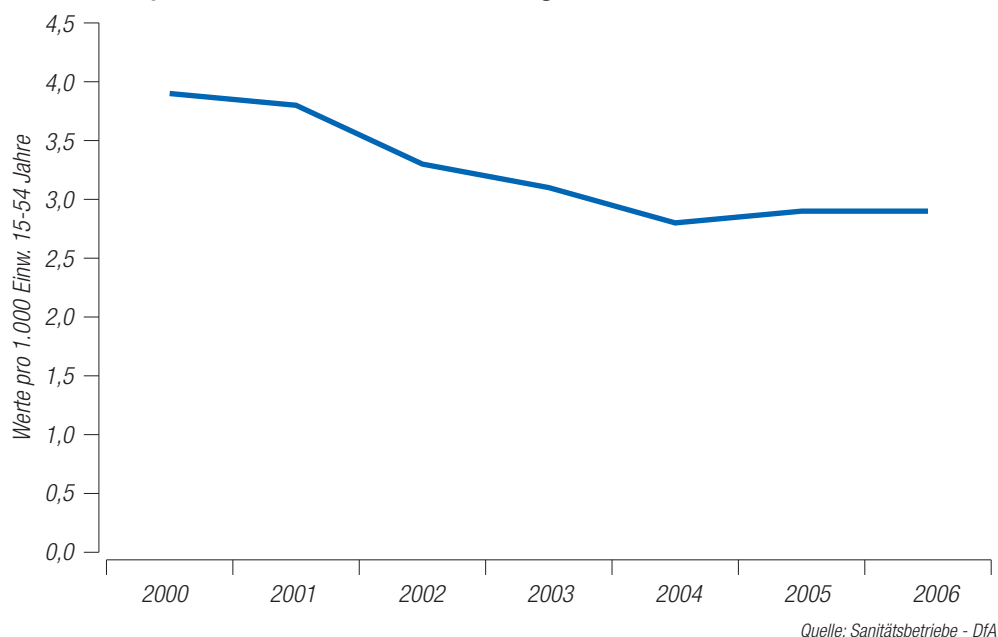


Abbildung 9: Prävalenz der von den DfA versorgten DA-Patienten - Jahre 2000-2006



Das Durchschnittsalter des Patientenbestandes beträgt 36,3 Jahre für die Männer (36,7 im Jahr 2005) und 38,4 Jahre für die Frauen (37,8 im Jahr 2005). 28,2% der Patienten sind unter 30 Jahre alt. 59,6% sind jünger als 40.

Bei 69,0% der DA-Patienten war die Primärdrugs Heroin (68,2% im Jahr 2005). Bei 14,5% der Fälle handelte es sich bei der Primärdrugs um Cannabinoiden (13,7% im Jahr 2004) und bei 5,8% um Kokain. Der Anteil der Patienten mit der Primärdrugs Heroin beträgt für den DfA Bozen 73,3%, für den DfA Meran 66,0% und für den DfA Brixen 45,9% (für den DfA Bruneck stehen diesbezügliche Daten nicht zur Verfügung).

Bei 62,1% der Patienten bis zu 24 Jahren bestand die Primärdrugs in Cannabinoiden, während ab 25 Jahren Heroin als Primärdrugs die erste Stellung einnimmt (62,9% zwischen

NEUE PATIENTEN

25 und 34 Jahren, 83,5% zwischen 35 und 44 Jahren, 82,8% ab 45 Jahren).

Im Laufe des Jahres 2006 wandten sich 300 neue Patienten an die DfA des Landes; 95 davon (31,7%) wurden als neue Patienten in den Patientenbestand aufgenommen. 53 Patienten waren bereits von den DfA versorgt worden und wurden 2006 erneut aufgenommen; 152 neue Patienten wurden vom Regierungskommissariat, von Präfekturen, vom Jugendgericht oder von der überörtlichen Ärztekommision 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 3,6 neuen Patienten im Patientenbestand feststellen, wobei die Werte zwischen 2,6 für den DfA Bozen und 6,0 für den DfA Bruneck schwanken.

Abbildung 10: Inzidenz der neuen, von den DfA versorgten DA-Patienten - Jahr 2006

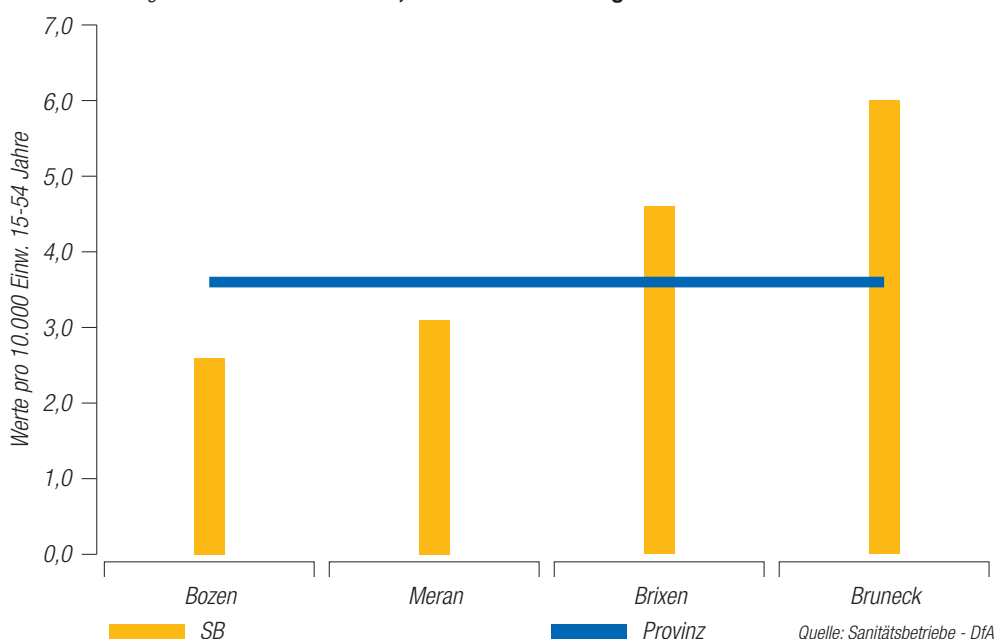
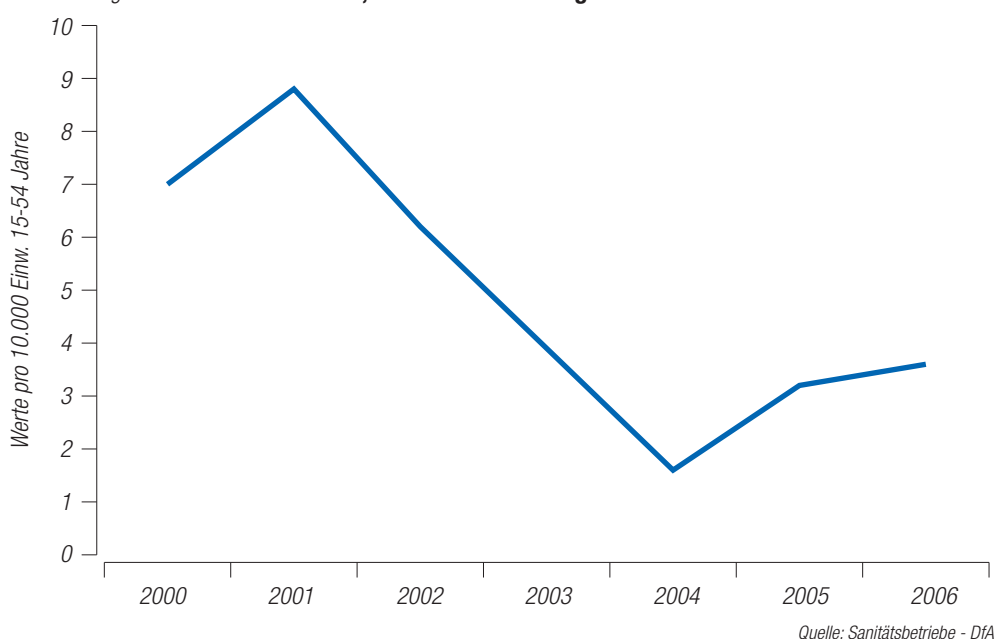
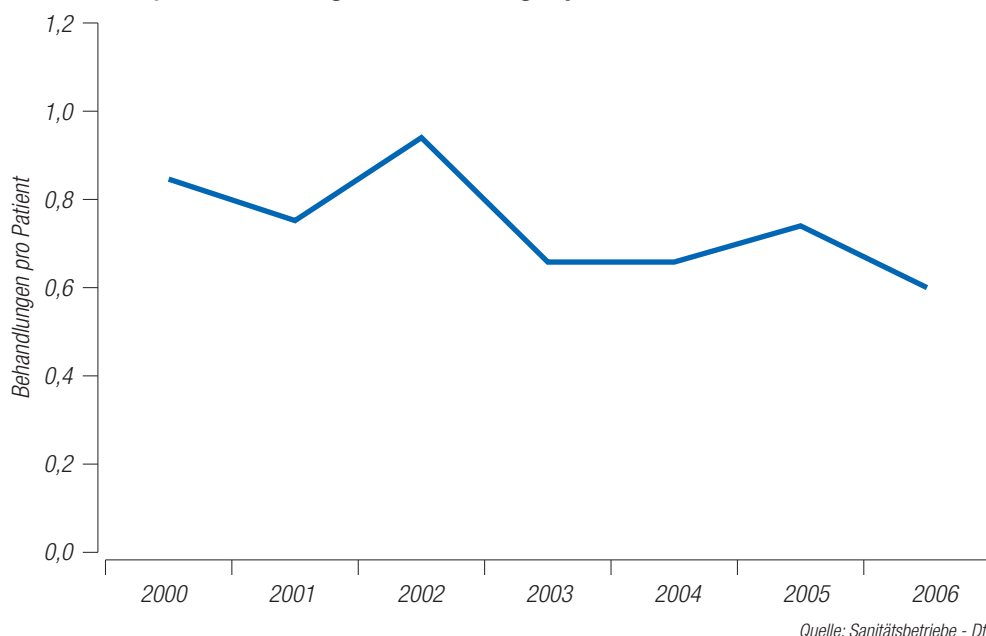


Abbildung 11: Inzidenz der neuen, von den DfA versorgten DA-Patienten - Jahre 2000-2006



Insgesamt wurden in den DfA 593 pharmakologische Behandlungen (Methadon, Naltrexon, Clonidin und sonstige Pharmaka) durchgeführt, was 0,6 Behandlungen pro Patient entspricht; dieser Indikator ist im Zeitraum 2000-2006 tendenziell rückläufig.

Abbildung 12: **Pharmakologische Behandlungen pro DfA-Patient - Jahre 2000-2006**



Der an 109 Patienten des Patientenbestandes (ausgeschlossen DfA Bruneck) durchgeführte HIV-Test mit bekannten Ergebnissen fiel für 53,2% der Fälle positiv aus. Der an 340 Patienten durchgeführte Hepatitis B-Test mit bekannten Ergebnissen war für 88,8% der Fälle positiv. Der an 407 Patienten durchgeführte Hepatitis C-Test mit bekannten Ergebnissen war für 94,3% 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 familiärer, beruflicher und sozialer Probleme; er verursacht Abhängigkeit, Unfälle, Delikte, Suizide sowie Umweltschäden. Ein variabler Anteil zwischen 40% und 60% der Todesfälle durch Unfall geht auf den Alkohol zurück.

Südtirol steht laut den Daten der gesamtstaatlichen Mehrzweckerhebungen 2006, die sich auf die Bevölkerung ab 11 Jahren beziehen, an erster Stelle in Bezug auf den Bevölkerungsanteil, der alkoholische Getränke konsumiert (80,8% gegenüber einem nationalen Durchschnitt von 68,3%). Was den täglichen Alkoholkonsum betrifft, gehört der Anteil jedoch zu den niedrigsten Italiens (24,0% gegenüber dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 29,5%). 19,9% der Befragten erklärten, sich mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten betrunken zu haben (8,4% auf gesamtstaatlicher Ebene), 13,4% gaben an, sich min-

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

**DER ALKOHOLKONSUM
IN SÜDTIROL**

**ALKOHOL-ASSOZIIERTE
KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

destens einmal im Monat zu betrinken (6,7% auf nationaler Ebene).

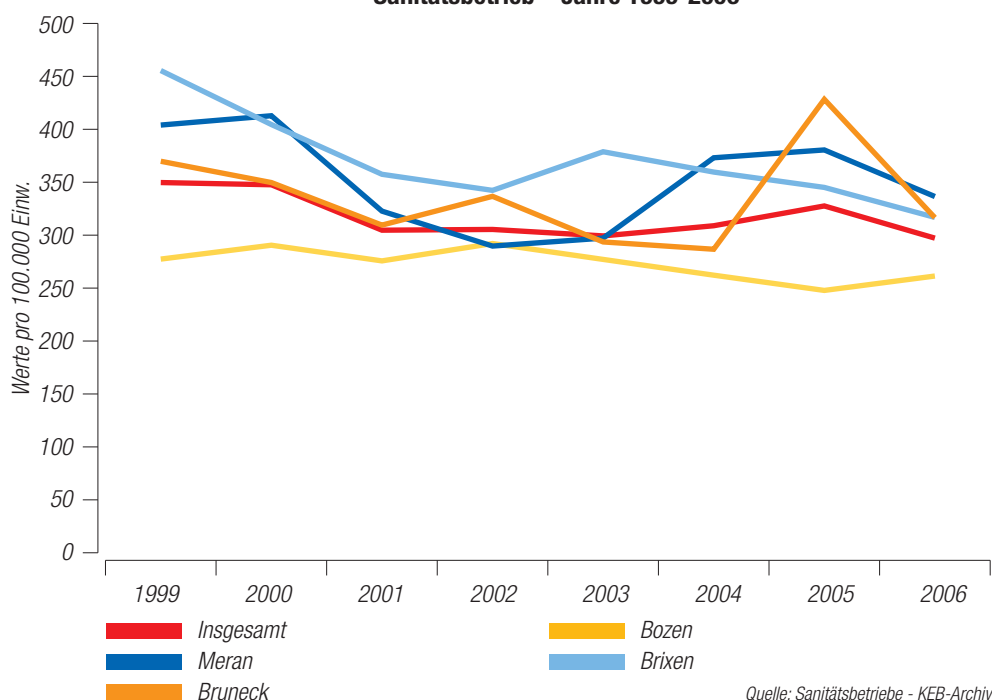
In Bezug auf die Landesbevölkerung ab 14 Jahren sind die Männer die größten Alkoholkonsumenten: 76,5% trinken Bier (36,3% der Frauen), 70,7% trinken Wein (51,4% der Frauen), 66,1% konsumieren alkoholische Getränke außerhalb der Mahlzeiten. Leicht ansteigend ist auch die Zahl jener (von 55,8% des Jahres 2003 auf 56,1% im Jahr 2006), die gelegentlich Bier trinken (gesamtstaatlicher Vergleichswert: 46,1%). Von 60,8% auf 63,5% nehmen auch die gelegentlichen Weintrinker zu (gesamtstaatlicher Vergleichswert: 56,5%), und von 47,9% auf 51,8% die Konsumenten von alkoholischen Getränken auch außerhalb der Mahlzeiten (gesamtstaatlicher Vergleichswert: 26,9%). Der Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten verbreitet sich auch unter den Frauen immer stärker, deren Anteil von 30,4% des Jahres 2003 auf 41,1% des Jahres 2006 zunimmt (gesamtstaatlicher Vergleichswert: 15,4%). Der Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten ist typisch für die jungen Erwachsenen mit einem Anteil von 53,8% zwischen 14 und 24 Jahren, von 55,2% zwischen 25 und 34 Jahren und von 52,6% zwischen 35 und 44 Jahren. Im Alter über 65 Jahren sinkt der Prozentsatz hingegen auf 30,9%.

Die alkohol-assoziierten Entlassungen aus Landeskrankenanstalten wurden anhand des Krankenhausentlassungsbogens (KEB) erfasst. Dafür wurden 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.

Es wurden sowohl die primären als auch die sekundären Diagnosen berücksichtigt.

Die Entlassenen aus den Landeskrankenanstalten wegen Alkoholvergiftung beliefen sich im Jahr 2006 auf 1.437, was einer Rate von 297,2 pro 100.000 Einwohner entspricht. Das Phänomen ist auf Landesebene tendenziell rückläufig, zeigt sich in den vier Sanitätsbetrieben jedoch unterschiedlich. Der Sanitätsbetrieb Meran verzeichnet im Jahr 2006 den höchsten Wert (336,5 pro 100.000), der Sanitätsbetrieb Bozen den niedrigsten (261,4 pro 100.000).

Abbildung 13: Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen nach Sanitätsbetrieb – Jahre 1999-2006



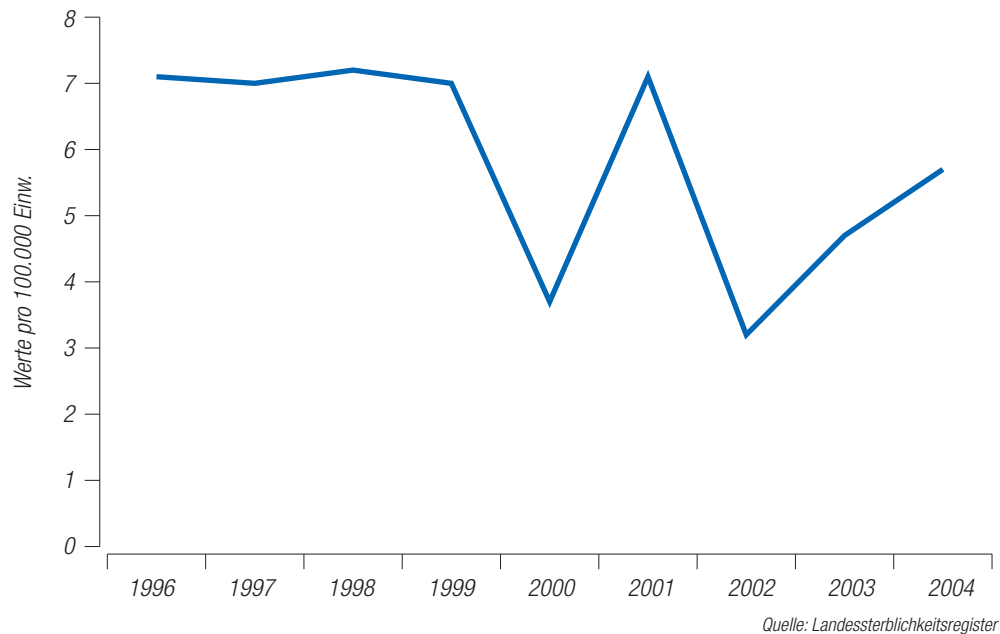
Schätzungen zufolge sterben in Italien aufgrund von Alkohol jährlich zwischen 15.000 und 22.000 Personen. Die durch einen unangemessenen Alkoholkonsum verursachten Schäden haben nicht nur direkte Auswirkungen, wie im Fall eines chronischen Missbrauchs (Alkoholpsychose, Leberzirrhose, einige Tumoren), sondern führen - auch bei mäßigem Konsum - auch zu indirekten Schäden (Verkehrs-, Haus- und Arbeitsunfälle).

Für die Schätzung der alkohol-assoziierten Todesfälle in Südtirol 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 2004 auf 27. Nach einer weitgehenden Stabilität bis zum Jahr 1999 zeigt sich das zwar schwankende Phänomen nun tendenziell rückläufig, mit Sterblichkeitsraten von 5,7 pro 100.000 im Jahr 2004.

DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

Abbildung 14: Sterblichkeit aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen – Jahre 1996-2004



Die territoriale Versorgung von Alkoholabhängigen wird in Südtirol von den DfA und den privaten Vereinigungen „Hands“ und „Caritas-Schlanders“ gewährleistet, die konventioniert mit den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran arbeiten. Die Versorgung in Therapiegemeinschaften wird auf Landesebene außerdem vom Zentrum Bad Bachgart sowie von der Vereinigung Hands gesichert.

Im Laufe des Jahres 2006 wurden von den DfA des Landes 2.060 Personen mit Alkoholsuchtproblemen versorgt; 1.283 davon wurden in den Patientenbestand aufgenommen (62,3% der Patienten). Die Fremdpatienten, die vorübergehend vom Dienst versorgt wurden, machten 36 aus (1,7%), während sich die Zahl der Personen, die nicht vom Dienst in Behandlung genommen wurden, auf 741 belief (36,0% der Patienten).

Von der privaten Vereinigung Hands wurden insgesamt 1.019 Patienten versorgt, 885 davon (86,8%) als fester Patientenstand. Das Zentrum für Psychosoziale Beratung Caritas Schlanders zählte 196 Patienten, 151 davon im Patientenbestand (77,0%).

Die im Laufe des Jahres von den DfA und der Vereinigung Hands in den Patientenbestand aufgenommenen Patienten beliefen sich auf 218.

Insgesamt wurden im Laufe des Jahres in Südtirol 2.129 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, was einer Intervall-Prävalenzquote von 4,4 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht, wobei die Werte von 3,4 pro 1.000 für den Sanitätsbetrieb Bozen bis 7,1 pro 1.000 für den Sanitätsbetrieb Bruneck mit einem leichten Anstieg gegenüber den letzten 3 Jahren schwanken.

Die altersspezifische Verteilung des alkoholabhängigen Patientenbestandes der DfA und der Vereinigungen Hands und Caritas Schlanders gibt für beide Geschlechter als vorherrschendes Alter die Klasse 40-49 Jahre (29,5% aller Patienten) mit einem Durchschnitt von 48,7 Jahren für die Männer und 50,7 Jahren für die Frauen an. 65,9% der Patienten sind Männer.

In den Landestherapiegemeinschaften Bad Bachgart und Hands wurden im Laufe des Jahres insgesamt 193 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, für einen Gesamtverbrauch von 12.774 Aufenthaltstagen (durchschnittlich 48,6 in Bad Bachgart und 115,3 in

der Gemeinschaft Hands).

32 Alkoholabhängige wurden außerdem in österreichische Einrichtungen eingewiesen; der diesbezügliche Verbrauch an Aufenthaltstagen belief sich auf 3.301.

Tabelle 6: **Versorgte AA-Patienten nach Wohnsitz-DfA - Jahr 2006**

	<i>DfA-, Hands- oder Caritas-Patienten</i>	<i>Bad Bachgart-Patienten</i>	<i>Hands-Patienten</i>
<i>Bozen</i>	727	43	34
<i>Meran</i>	550	50	2
<i>Brixen</i>	332	30	6
<i>Bruneck</i>	520	25	3
INSGESAMT	2.129	148	45

Quelle: Sanitätsbetriebe - DfA

Abbildung 15: **Von den DfA versorgte AA-Patienten - Jahr 2006**

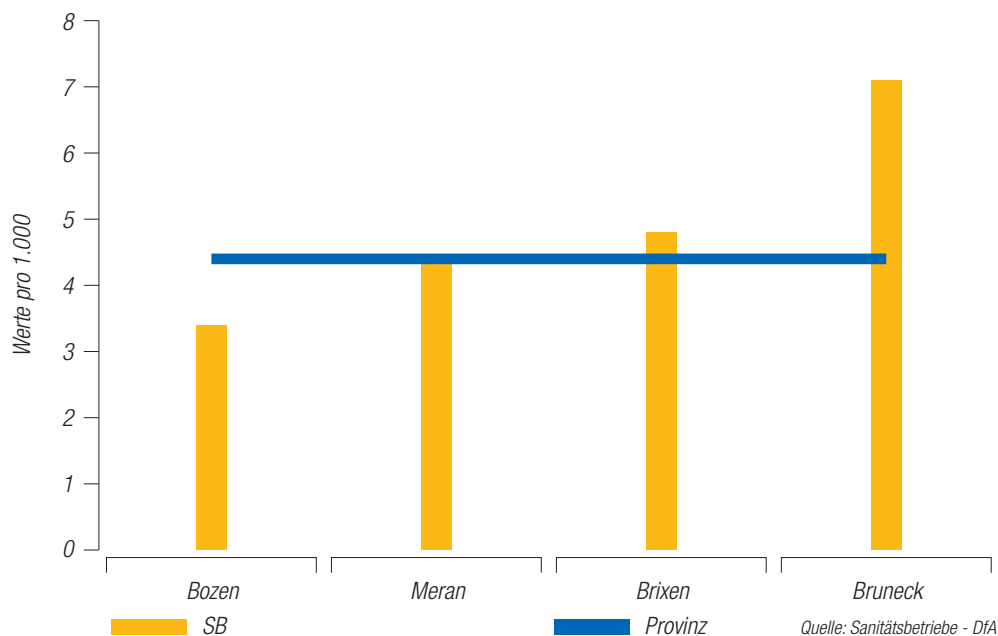
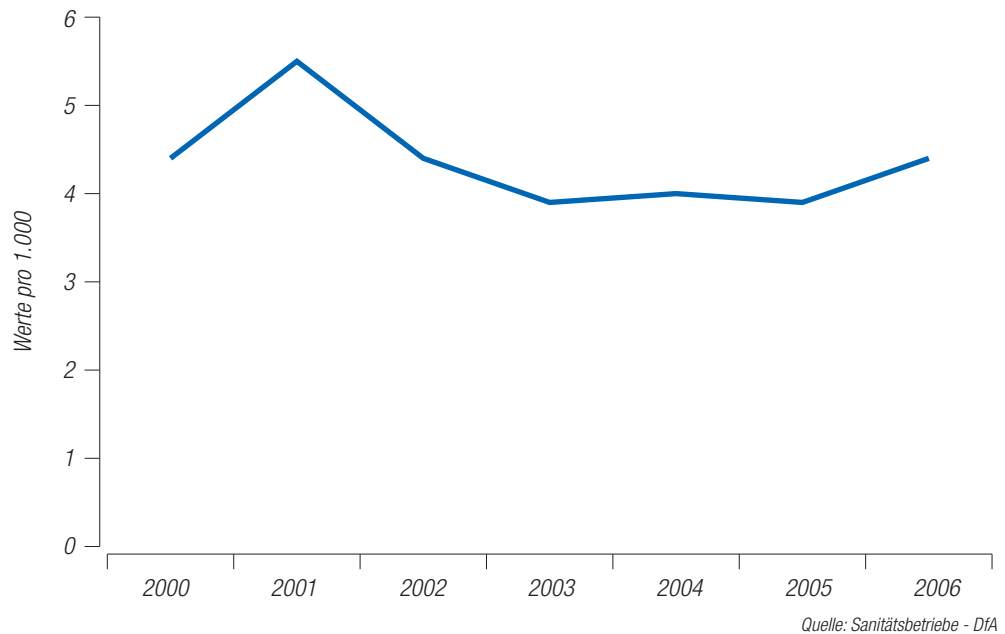


Abbildung 16: Von den DfA versorgte AA-Patienten - Jahre 2000-2006



2.3. UMWELT: LUFT, PHYSIKALISCHE EINWIRKUNGEN, WASSER

Die Umweltverschmutzung ist die Ursache bei 4,7% aller Todesfälle und - im Kindesalter - bei 28,6% der akuten Bronchitiden und 8,7% der Asthmaanfälle.

In Südtirol 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 konnten den eventuellen Zusammenhang zwischen Radiofrequenzen und Leukämien noch nicht endgültig klären.

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

Die ständige Belastung mit kleinen Dosen ionisierender Strahlungen verursacht 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 Südtirol wird im Oberen Vinschgau, im Gebiet um Franzensfeste und Lüssen und im Hochpustertal verzeichnet.

Rund 15% der Erdgeschoss-Wohnungen sind Radongaskonzentrationen ausgesetzt, welche die auf europäischer Ebene festgesetzten Grenzwerte überschreiten.

Die kontrollierten Südtiroler Seen eignen sich als Badegewässer.

Die größten Verschmutzungen der Südtiroler Flüsse werden durch die Wasserausleitungen zur Stromerzeugung verursacht.

2.3.1. Luft

Die größte Luftverschmutzungsquelle in den Städten ist der Kfz-Verkehr, während die Heizung der Privatgebäude und die Emissionen der Industriezonen in geringerem Maße dazu beitragen.

Der Verkehr ist die Ursache von über 60% der Stickstoffoxide und von über 90% des Kohlenmonoxids in den städtischen Gebieten.

Dem Kfz-Verkehr sind außerdem über 75% der Gesamtbenzolemissionen zuzuschreiben, von denen 65% in den Städten verursacht werden.

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung werden üblicherweise in kurz- und langfristige Auswirkungen unterteilt.

Die kurzfristigen gesundheitlichen Auswirkungen sind wenige Tage nach den Belastungsspitzenwerten zu beobachten und bestehen in der Reizung der Atemwege oder im Auftreten bzw. in der Verschlechterung von Herz-Kreislauf- oder Atemwegkrankungen. Sie können tödliche Folgen haben.

Die langfristigen Auswirkungen treten nach einer langen Exposition und Jahre nach dem Beginn der Risikoausssetzung auf und können in chronischen Bronchitiden und Lungentumoren bestehen. Die Folgen können auch in diesem Fall tödlich sein.

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 verschmutzten Gebieten Krakaus lebten, hervor. In dieser Stadt betrugen die durchschnittlichen, jährlichen Konzentrationen von schwarzem Rauch über 150 µg/m³, die SO₂-Konzentrationen über 104 µg/m³. Diese Werte waren bereits viele Jahre vor den ersten Tumormeldungen vorhanden (Jedrychowski et al., 1990).

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 im Durchmesser.

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. Bei Atemwegkrankungen war dieser Anstieg höher (3 bis 4%).

Weitere Studien, die den Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Atemwegkrankungen und den täglichen TSP-, Rauch- oder PM₁₀-Konzentrationen untersuchten, ergaben, dass die täglichen Krankenhausaufenthalte und pädiatrischen Untersuchungen aufgrund von akuten Atemwegkrankungen um 37% bei einer Zunahme der TSP-Konzentrationen von 10 auf 70 µg/m³ anstiegen (Schwartz et al., 1991).

Eine italienische Studie, die in Zusammenarbeit mit der WHO durchgeführt wurde, hat die Auswirkungen des Feinstaubs (PM₁₀) auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den

**AUSWIRKUNGEN DER
LUFTSCHADSTOFFE AUF
DIE GESUNDHEIT**

FEINSTAUB (PM₁₀)

**EINE STUDIE IN ACHT
ITALIENISCHEN STÄDTEN**

EINE STUDIE IN DREIZEHN ITALIENISCHEN STÄDTEN

DIE LUFTVERSCHMUTZUNG IN SÜDTIROL

acht größten italienischen Städten (Turin, Genua, Mailand, Bologna, Florenz, Rom, Neapel, Palermo) gemessen.

Den Ergebnissen zufolge sind rund 4,7% aller Todesfälle (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 die Ursache für 3,0% der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegkrankungen und für 1,7% der Einweisungen wegen Herz-Kreislaufkrankheiten.

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 7: 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%	Anmer- kungen
<i>Sterblichkeit (ausgenommen die Todesfälle durch Unfall)</i>	4,7	1,7	7,5	<i>Alter >30 J.</i>
<i>Krankenhausaufenthalte wegen Herz-Kreislaufkrankheiten</i>	1,7	1,2	2,5	
<i>Krankenhausaufenthalte wegen Atemwegkrankungen</i>	3,0	2,5	3,7	
<i>Akute Bronchitiden</i>	28,6	18,4	32,9	<i>Alter <15 J.</i>
<i>Asthmaanfälle</i>	8,7	8,1	9,2	<i>Alter <15 J.</i>
<i>Asthmaanfälle</i>	0,8	0,0	1,5	<i>Alter >15 J.</i>
<i>Einschränkung der Tätigkeiten</i>	14,3	12,5	15,9	<i>Alter >20 J.</i>
<i>Frequenz der Atemsymptome</i>	11,3	3,7	11,0	

Quelle: WHO

Eine weitere Studie „Gesundheitliche Auswirkungen des Feinstaubs PM10 und Ozons in 13 italienischen Städten“, die von der WHO für die Agentur für Umweltschutz und technische Dienste (APAT) durchgeführt wurde, hebt die Auswirkungen der Umweltverschmutzung in 13 italienischen Städten mit über 200.000 Einwohnern 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, Ursache von jährlich 516 Todesfällen in den größten Städten Italiens.

Die Südtiroler Luftqualität wird auf die von der Europäischen Union für die Luftschadstoffe festgesetzten Grenzwerte kontrolliert, welche in die nationale und lokale Gesetzgebung aufgenommen wurden.

Die meistverbreiteten 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, obwohl es sich in den letzten Jahren rückläufig zeigt, übermäßige Konzentrationen vor allem in den dichtbesiedelten oder stark dem Verkehr ausgesetzten städtischen Gebieten ergeben.

Das Benzol weist zwar immer noch örtliche Konzentrationen über den Grenzwerten auf, ist aber durch die immer stärkere Katalysierung der Benzinmotoren konstant im Abwärtstrend. Im Laufe des Jahres 2006 wurden an einigen Standorten der größten Landesstädte Benzol-Messungsserien durchgeführt. Die höchste durchschnittliche Jahreskonzentration betrug in der Stadt Bozen $4,7 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ für die wichtigsten Messstandorte der Grundwerte und $6,1$ für die Spitzenwerte (Kreuzungen und stark befahrene Straßen). In Meran erreichten die höchsten mittleren Konzentrationen $4,2 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ für die Grundwerte und $6,8$ für die Spitzenwerte. Die höchsten Durchschnittswerte betrugen in Brixen $4,5$ bzw. $6,1 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$, in Bruneck hingegen sowohl für die Grund- als auch Spitzenwerte $4,3 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$. Der Grenzwert von $10 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ wurde also nicht überschritten (zulässige Schwelle bis 2009), während - außer in Bruneck - für die Spitzenwerte über $5 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$ erfasst 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 Stickstoffdioxid-Emissionen, zu 56% der Feinstaub-Emissionen und zu 98% der Benzolemissionen bei.

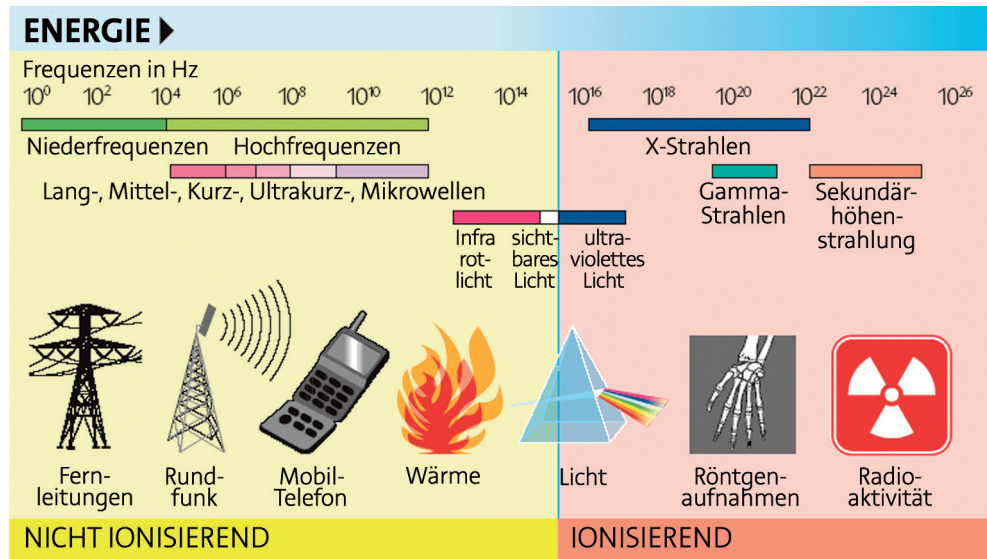
2.3.2. Elektromagnetische Strahlen

Die elektromagnetischen Strahlen können auf der Grundlage der Emissionsfrequenz nach dem in der Abbildung gezeigten elektromagnetischen Spektrum dargestellt und klassifiziert werden. Das elektromagnetische Spektrum wird in zwei Hauptgruppen unterteilt: nicht ionisierende Strahlungen (z.B. Radiowellen, Mikrowellen) und ionisierende Strahlungen (z.B. X- und Gammastrahlen).

Die nicht ionisierenden Strahlungen sind auch bei hoher Intensität unfähig, die den Organismus zusammensetzenden Moleküle zu brechen; sie 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

ELF-FELDER

Die nicht ionisierenden Strahlungen können ihrerseits in Niederfrequenz- oder Hochfrequenzfelder gegliedert 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.

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 1 Todesfall und 2 bis 3 neue Krankheitsfälle pro Jahr geschätzt wurden. Die kausale Beziehung zwischen den ELF-Feldern und Leukämien im Kindesalter ist widersprüchlich, wenngleich aus den Studien allgemein ein übermäßiges Risiko unter den Personen hervorgeht, die einer magnetischen Induktion ausgesetzt sind, welche über den durchschnittlich im Haushalt vorhandenen Werten liegt.

RADIOFREQUENZEN

Die Radio- und Mikrowellenfelder werden vor allem in der Telekommunikation, im Mobilfunk und 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 Kindesalter 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 klares 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 TACS-Telefone verwertbare

Daten (welche mit potenteren Emissionen arbeiten), während für die GSM-Telefone die Expositionszeiten für die Erzielung von eventuellen Ergebnissen noch zu kurz waren.

Bei der Installation neuer, fester Telekommunikations- und Radio-TV-Anlagen oder auch beim 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 sehen machbarkeitsabhängig 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 vor.

Dadurch konnten in den neuen Anlagen Expositionswerte für die Landesbevölkerung festgelegt werden, die klar unter den gesetzlichen Höchstwerten (6 V/m) liegen, mit einer variablen Stärke unter 1 V/m in ländlichen Gebieten bis zu Werten, die normalerweise auch in den am dichtesten besiedelten 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

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 aufgrund der Exposition Verletzungen 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 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 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 allem 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 schweren gastrointestinalen Blutungen oder Dehydratation oder schwerer Schädigung des zentralen Nervensystems ein.

Im Fall einer geringen, aber kontinuierlichen Bestrahlung bestehen die Folgen für die Gesundheit in einer verminderten Lebenserwartung und in einer hohen Tumorerkrankungswahrscheinlichkeit des Blutes oder der Knochen nach einer Latenzzeit von zwei Jahren, der Brust, Schilddrüse, Lungen oder Haut nach einer längeren Latenzzeit (5 Jahre).

**DIE SITUATION IN
SÜDTIROL**

**FOLGEN FÜR DIE
GESUNDHEIT**

**DIE KONTROLLTÄTIGKEIT
IN SÜDTIROL**

Die Radioaktivitätskontrollen werden in Südtirol von der Landesagentur für Umweltschutz durchgeführt, die ein automatisches Messnetzwerk verwaltet, das als Frühwarnsystem mit allen Vorrichtungen und Gegenmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung fungiert. Die Radioaktivitätsmessstationen liegen in Bozen, Bruneck, Latsch, Salurn und Sterzing.

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 Radonvorkommens sind jedoch auch jene Faktoren relevant, 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 große Bedeutung ein.

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

**DAS RADONGAS IN
SÜDTIROL**

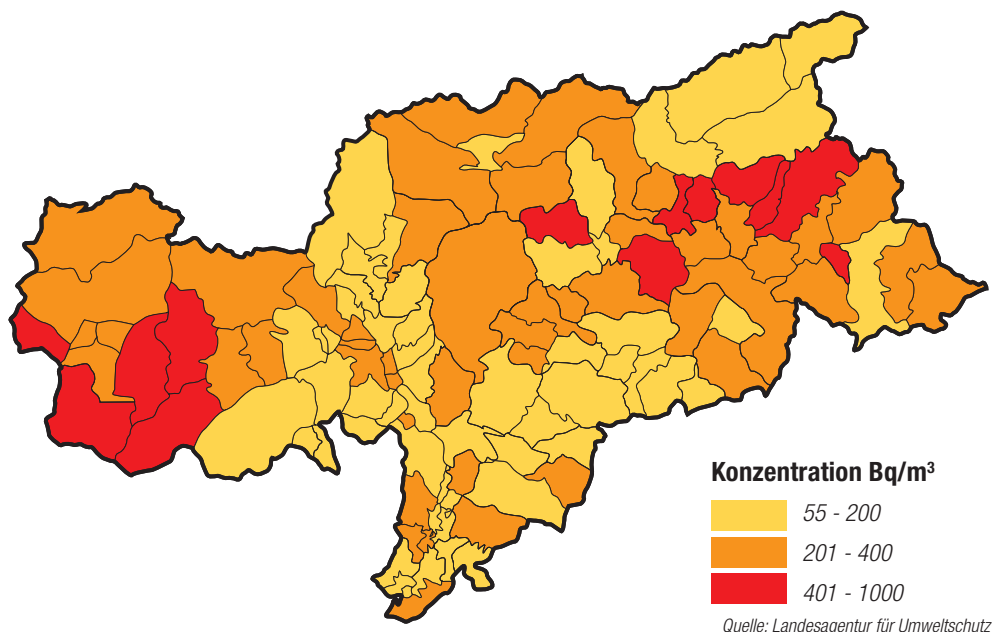
Südtirol besitzt eine Radonlandkarte, die vom Labor für Physikalische Chemie der Landesagentur für Umweltschutz erstellt wurde. Nach der Klassifizierung der Gemeinden auf der Grundlage des 75. Perzentils der erfassten Konzentrationen wurden die höchsten Radongaskonzentrationen in Wohnhäusern im Oberen Vinschgau, im Gebiet um Franzensfeste und Lüssen sowie im Hochpustertal gemessen.

Berücksichtigt man, dass die Radongaskonzentrationen im Winter durchschnittlich doppelt so hoch als im Sommer sind, ergibt sich für ganz Südtirol eine mittlere Konzentration von rund 170 Becquerel (Bq)/m³ (für die Erdgeschoss-Wohnungen). 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 Südtiroler Gemeinden – Jahr 2003



2.3.5. Die Qualität der Gewässer

Die Qualität der Südtiroler Badeseen wird auf ihre gesetzliche Übereinstimmung in Bezug auf Kolibakterien (Total- und Fäkalkoliforme), Streptokokken, Salmonellen, Mineralöl, Tenside, Phenole, auf die Menge des darin gelösten Sauerstoffes sowie auf den pH-Wert, die Farbe und Transparenz überprüft.

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

Ende Juni 2007 erwiesen sich alle Gewässer als Badeseen geeignet.

Die kritischen Bedingungen des Haidersees und Wolfgrubenersees sind auf die partielle Einleitung von Abwässern oder die nicht ausreichend guten Bedingungen ihrer Zuflüsse zurückzuführen. Der hohe Nährstoffgehalt der Montigglerseen ist der intensiven, anthropogenen Nutzung und der geringen, natürlichen Gewässererneuerung zuzuschreiben. Der Kalterersee, mit 140 Hektar Ausdehnung das größte Gewässer des Landes, wies bis 1979 einen übermäßigen Nährstoffgehalt auf; infolge der Zuflusssanierung konnten die Phosphorkonzentrationen stark reduziert werden.

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, zu dessen Berechnung zwei Faktoren verwendet werden: die Artenvielfalt und das Vorkommen bestimmter sensibler Arten wie Plecoptera. Für eine vereinfachte Interpretation wird der Biotische Index in Güteklassen umgewandelt.

Tabelle 8: I.B.E.-Werte und Güteklassen der Fließgewässer

Güteklasse	Biotischer Index (I.B.E.)	Beurteilung	colore
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 2002-2006, sind auf der Karte dargestellt.

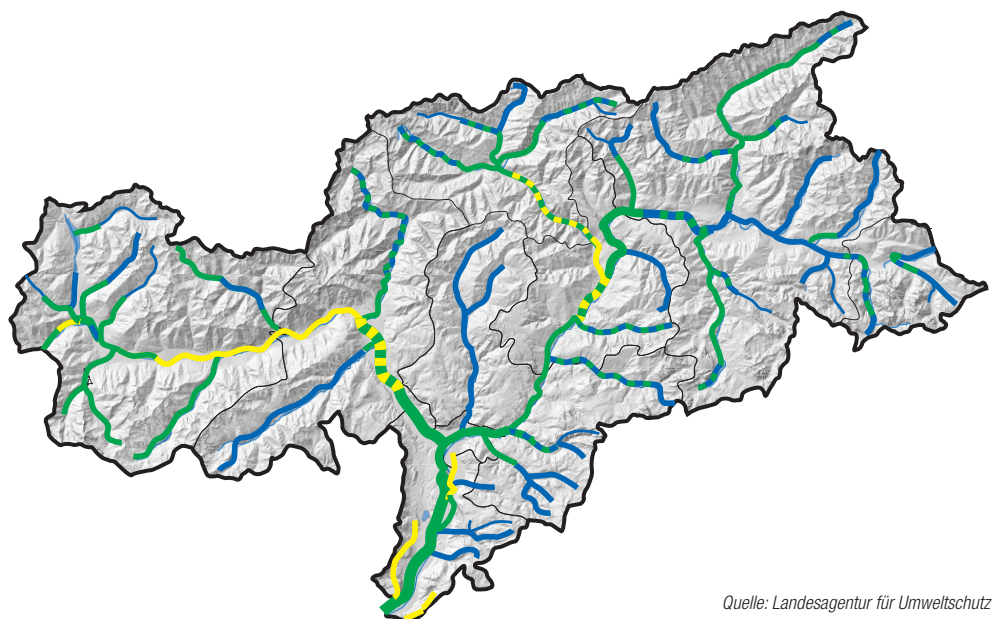
Die Etsch weist im Vinschgau aufgrund der geringen Restwasserdotation eine Belastung auf. Grund für diese kritische Belastung ist vor allem die Wasserausleitung zur Stromerzeugung. Unterhalb von Bozen steigt die Wassergüte der Etsch an (1990 war sie noch kritisch bis stark belastet), was auf die gut funktionierende Kläranlage von Bozen sowie das Selbstreinigungspotenzial des Flusses zurückzuführen ist.

Der Eisack 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; bei Franzensfeste bleibt der Fluss jedoch durch die massive Wasserausleitung zur Stromerzeugung 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 Südtirol 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 2002-2006



Quelle: Landesagentur für Umweltschutz

- 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

2.4. SOZIALE UNTERSCHIEDE

Italienischen Studien zufolge ist die Armut mit einer höheren Kindersterblichkeit, einer höheren Morbidität, mit ungesunden Lebensstilen und einer höheren Umwelttrisikofaktorexposition verbunden.

Im Jahr 2003 entsprach die Armutsschwelle in Südtirol einem jährlichen Familieneinkommen von rund 13.000 Euro.

Der Anteil der Südtiroler Familien, die als arm gelten, betrug im Jahr 2005 4,0%.

2,5% der Südtiroler Familien bezeichneten 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 wirtschaftliche Lage im Jahr 2005 verschlechtert.

2.4.1. Soziale Unterschiede 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 gegenüber (Rauchen, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, wenig Bewegung) und mit 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 Unterschiede haben 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 Nikotin werden 50% der unterschiedlichen Sterblichkeitsrate zwischen wohlhabenden und benachteiligten Schichten sowie zunehmende Unterschiede in der Lebenserwartung zugeschrieben.

Bei den Frauen der niedrigen Gesellschaftsschichten wurde eine höhere Inzidenz des Brusttumors festgestellt.

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 zeigten einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und dem Krankheitsausgang auf; berücksichtigt wurden dabei die Wahrscheinlichkeit einer Nierentransplantation in 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 wurde keine unterschiedliche Sterblichkeit aufgrund der wirtschaftlichen Lage vor der Einführung der Pharmaka mit antiretroviraler Wirkung verzeichnet. Seit der Einführung dieser Medikamente bestehen 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 des 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 unterschiedliche gesundheitliche Versorgung, die an den Krankenhauspatienten der Gemeinde Rom durchgeführt wurde, hat einen bedeutsamen Zusam-

menhang zwischen der sozioökonomischen Lage und der Hospitalisierungsrate ergeben, mit einem um 44% bzw. 25% höheren Risiko für die Männer der benachteiligten Schichten in Bezug auf die ordentlichen Krankenhausaufenthalte und Tagesklinikaufenthalte. Dagegen ergaben sich keine großen Unterschiede 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. Die wirtschaftliche Lage der Familien

Die wirtschaftliche Deprivation kann sowohl auf das verfügbare Einkommen als auch auf die Ausgaben der Personen bezogen auf die Anzahl der Familienmitglieder bezogen werden. Während in der Europäischen Union für die Bewertung der Armutsquote das Einkommen der Familien herangezogen wird, erfolgt die Berechnung auf nationaler Ebene aufgrund der Konsumausgaben der Familien.

Die durchschnittlichen Monatsausgaben pro Person werden verwendet, um die Armutsschwelle einer zweiköpfigen Familie festzulegen (im Jahr 2005 waren es 936,58 Euro im Monat (+1,8% im Vergleich zu 2004). Zweiköpfige Familien, deren durchschnittliche Monatsausgaben unter diesem Wert liegen, werden demnach als arm definiert. Für Familien mit anderen wirtschaftlichen Möglichkeiten wird der Wert anhand einer angemessenen Äquivalenzskala berechnet, welche die zunehmende Anzahl von Familienmitgliedern berücksichtigt.

Für das Jahr 2005 wurde die Inzidenz der relativen Armut (Prozentsatz der armen Familien) auf 11,1% geschätzt.

Die Inzidenz der relativen Armut ist in Norditalien mit 4,5% und in Mittelitalien mit 6,0% geringer, sehr hoch jedoch im Süden (24,0%). Die Inzidenz in Südtirol liegt bei 4,0% an zweiter Stelle hinter jener der Lombardei (3,7%).

Der ASTAT-Mehrzweckuntersuchung 2005 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

- Regione Piemonte. *La Salute in Piemonte*, 2000.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute*, 2005.
- Europäische Kommission. *Öffentliche Gesundheit*.
URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm
- Regione Emilia Romagna. Agenzia Sanitaria Regionale.
URL: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/determinanti_salute.html
- Ministero della Salute. *Relazione sullo stato sanitario del Paese*, 2001-2002.
- Provincia di Torino. *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., Biggeri A.. Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. In *Epidemiologia e Prevenzione* 1999;23:133-240
- Rapiti E., Perucci 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
- ASTAT. *Ernährungsgewohnheiten nach Body mass index 206*. ASTATinfo 15/2007
- Epicentro – Nacionales Zentrum für Epidemiologie, Überwachung und Förderung der Gesundheit
URL: <http://www.epicentro.iss.it/default.htm>
- ISTAT. *Der Verbrauch der privaten Haushalte*, 2005.
- ASTAT. *Statistisches Jahrbuch für Südtirol*, 2004.
- ASTAT. *Sportvereine 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.
- EBDD. *Jahresbericht* 2004.
- WHO. *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*, 2001.
- ISTAT. *Der Verbrauch der privaten Haushalte*, 2006.
- 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*.
- Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto.
URL: http://www.arpa.veneto.it/salute/htm/inquinamento_at.asp
URL: http://www.arpa.veneto.it/agenti_fisici/htm/radioattivita_salute.asp
- Comune di Torino. 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
- Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale Piemonte. 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 OMS-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.

ISTAT. Alkoholkonsum und -missbrauch in Italien, 2006.

ISTAT. Einkommen und materielle Lebensbedingungen, 2005.

ISTAT. Der Verbrauch der privaten Haushalte, 2006.

ISTAT. Sporttätigkeiten in Italien, 2006.

ISTAT. Gesundheitszustand, Risikofaktoren und Gesundheitsdienste, 2005.

ISTAT. Einkommens- und Vermögensverhältnisse in Italien, Jahre 2004-2005.

ISTAT. Die relative Armut in Italien, 2005.

3. GESUNDHEITSZUSTAND

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheits- und sonstigen Dienstleistungen ab, sondern auch von zahlreichen 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 2002-2004 in den ischämischen Herzleiden (126,3 pro 100.000 Männer und 120,2 pro 100.000 Frauen).

Die Prävalenz der Herzkrankheiten betrug 2006 67,4 Fälle pro 1.000 Einwohner.

Die Prävalenz der Vaskulopathien betrug 12,3 pro 1.000 Einwohner.

Die Prävalenz der chronischen Bronchopathien erreichte 28,7 Fälle pro 1.000 Einwohner.

Die Windpocken waren die im Jahr 2006 am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit (372,9 Fälle pro 100.000 Einwohner).

Die Inzidenz der AIDS-Fälle betrug im Jahr 2005 2,1 pro 100.000.

2006 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit (ausgeschlossen Meran) 6.766 Personen mit psychiatrischen Problemen versorgt.

Zwischen 1995 und 2004 gab es 584 Suizidfälle, was einer jährlichen Durchschnittsrate von 12,6 pro 100.000 entspricht.

2006 starben 53 Personen in Verkehrsunfällen, 1.641 wurden dabei verletzt.

2006 wurden insgesamt 17.544 Arbeitsunfälle gemeldet, 12 davon mit tödlichem Ausgang.

3.1. WAHrgENOMMENE UND GEMESSENE 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 2005 erklärten 78,4% der Südtiroler über 14 Jahren ihren Gesundheitszustand als gut; auf gesamtstaatlicher Ebene betrug der Prozentsatz 61,3. 41,3% der über 65-jährigen Südtiroler bezeichneten ihren Gesundheitszustand als gut, auf gesamtstaatlicher Ebene betrug der Vergleichswert 21,3%. Nur 3,5% der Landesbevölkerung ab 14 Jahren und

12,1% der über 65-Jährigen gaben ihren Gesundheitszustand als schlecht an (6,7% bzw. 20,3% in Italien).

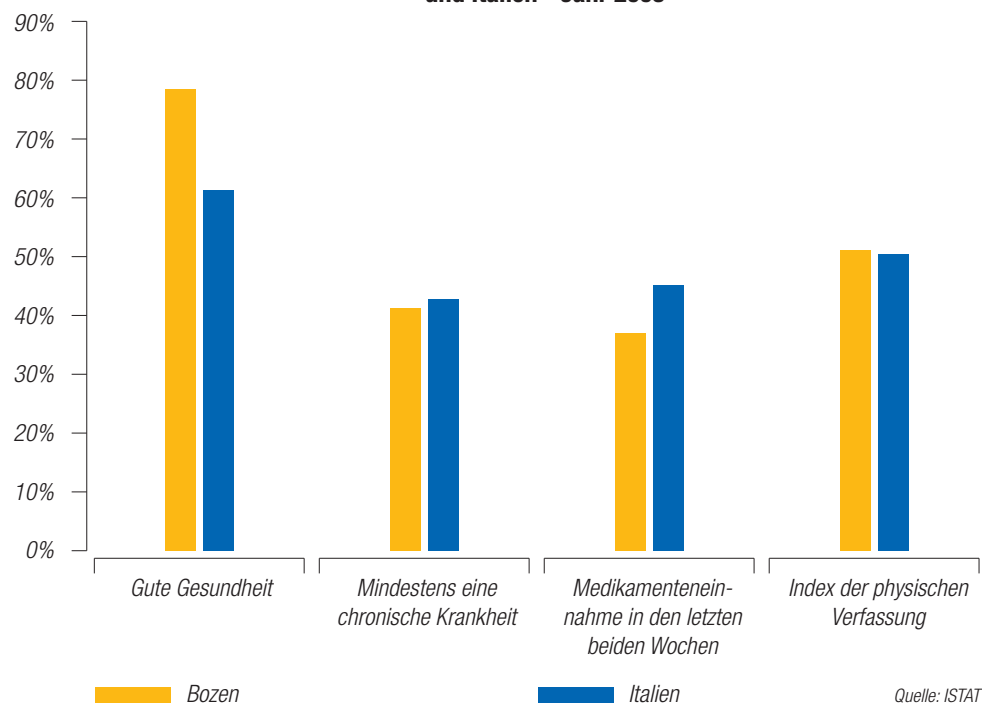
Der Index der physischen Verfassung beträgt 51,3% für die über 14-jährige Bevölkerung (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 50,4%) und 43,3% für die über 65-Jährigen (gesamtstaatlicher Durchschnitt 42,0%).

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.

41,3% der Landesbevölkerung leiden mindestens an einer chronischen Krankheit, gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 42,8%. 10,1% der Bevölkerung erklären, von mindestens einer schweren chronischen Krankheit betroffen zu sein (gegenüber 13,1% des gesamtstaatlichen Durchschnitts).

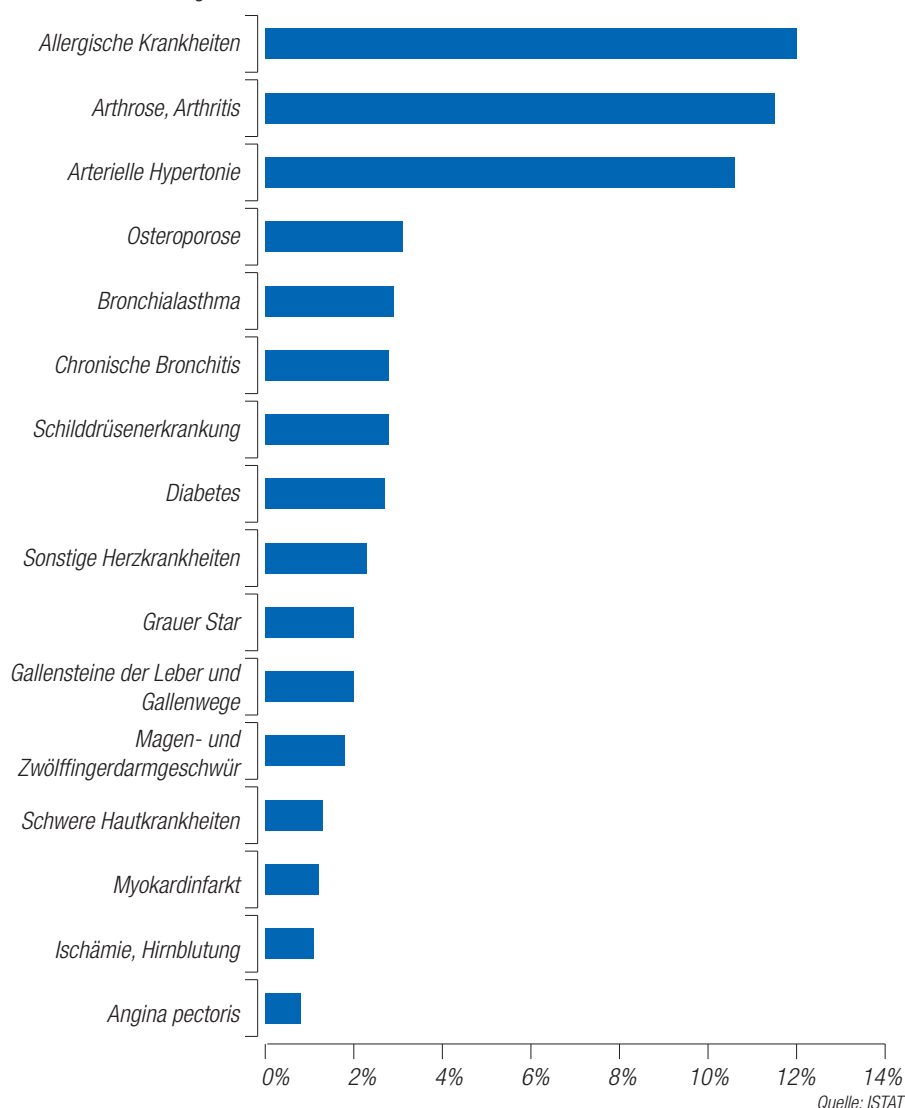
37,0% der Bevölkerung nahmen in den beiden Wochen vor der Erhebung Medikamente ein (45,2% in Italien).

Abbildung 1: Indikatoren für den von der Bevölkerung erklärten Gesundheitszustand. Südtirol und Italien - Jahr 2005



Zu den am häufigsten angegebenen chronischen Krankheiten zählen die allergischen Krankheiten (12,0%), Arthrose und Arthritis (11,5%) und Hypertonie (10,6%).

Abbildung 2: Erklärte chronische Krankheiten - Jahr 2005



3.2. MAPPING DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

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 Datenflüsse zur Erhebung bestimmter Tätigkeiten (KEB, pharmazeutische und fachärztliche Tätigkeiten, ...), die zu Verwaltungszwecken eingeführt wurden und sich heute nicht nur für wirtschaftliche, sondern auch für epidemiologische Zwecke geeignet erweisen, haben sich seit vielen Jahren jedoch konsolidiert. Normalerweise würde man annehmen, dass alle chronisch Kranke beim Sanitätsbetrieb um die krankheitsbezogene Befreiung ansuchen; in Wirklichkeit ist die Datenbank der Ticket-Befreiungen aber nicht vollständig, wie es auch die Mapping-Studie der chronischen Krankheiten bestätigt, da ein chronisch Kranker oft, um nicht „abgestempelt“ zu werden, die Ticket-Befreiung gar nicht oder zumindest nicht für alle chronischen Krank-

DIE STUDIE

DATENAKTUALISIERUNG

FORUM PA

WICHTIGSTE
ERGEBNISSE

heiten 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 fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Diese neue Studie ermöglichte es, über 50% der chronischen Krankheiten zu erfassen, 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 Projektergebnisse und beziehen sich auf das Jahr 2006. Aufgrund des Versuchscharakters des Projektes, in dem in den letzten beiden Jahren Änderungen an den Berechnungsalgorithmen zur Besserung der Datenqualität implementiert wurden, sind die aktuellen Daten nicht mit jenen der Vorjahre vergleichbar.

Der Sanitätsbetrieb Bozen nahm bei der Festlegung und Änderung der Wahlkriterien aktiv am Projekt teil.

Die Epidemische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen gewann den ersten Preis des „Premio Salute 2007“ des Forum PA 2007, der Messe der Öffentlichen Verwaltung, die in Rom vom 21. bis 25. Mai 2007 abgehalten wurde. Der Preis wurde mit der Begründung vergeben, dass das Projekt (unter 150 weiteren teilnehmenden nationalen Projekten) die bereits bestehenden Datenbanken aufwerte und dabei nützliche Informationen für die Analyse der gesundheitlichen Bedürfnisse einer Bevölkerung, die Erkennung der Risikofaktoren, die Planung der Präventionspläne und die Überwachung der Gesundheitsausgaben bereitstelle.

Die chronischen Krankheiten treten im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronischen Krankheiten angenommen werden. Die versorgungsberechtigte Südtiroler Bevölkerung¹ ist mit einem mittleren Alter von 40,3 Jahren und einem Altersindex von 105,5 Jahren (d. h. 105 ältere Menschen pro 100 junge Menschen) im Jahr 2006 eine junge Bevölkerung. Auf der Ebene der Sanitätsbetriebe weist Bozen eine ältere Bevölkerungsstruktur mit einem Altersindex von 122,1 auf, während Bruneck die jüngsten Einwohner mit 83,0 älteren Menschen pro 100 junge Menschen verzeichnet.

Tabelle 1: Versorgungsberechtigte Bevölkerung und chronisch Kranke in Südtirol – Jahr 2006

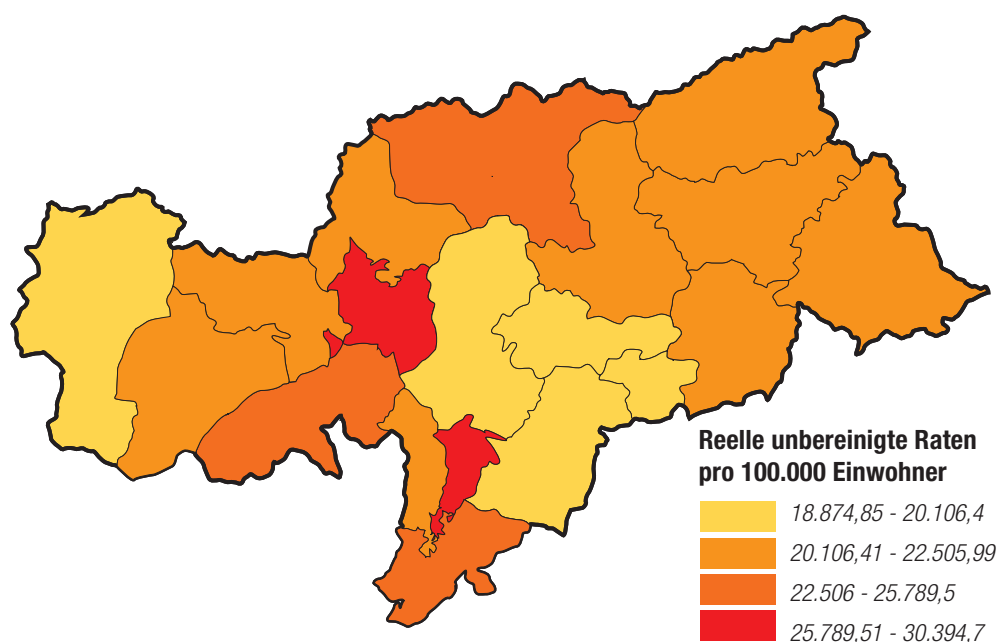
Sanitätsbetrieb	Versorgungsberechtigte Bevölkerung	Durchschnittsalter der versorgungsberechtigten Bevölkerung	Altersindex	Chronisch Kranke	% der chronisch Kranken	Std. Raten der chronisch Kranken (pro 100.000)	Durchschnittsalter der chronisch Kranken
Bozen	218.755	41,6	122,1	56.533	25,8	19.649,62	62,9
Meran	126.618	40,2	105,8	30.374	24,0	19.399,28	62,5
Brixen	69.731	38,4	84,0	15.229	21,8	19.179,62	61,0
Bruneck	73.699	38,3	83,0	15.922	21,6	19.053,81	60,9
INSGESAMT	488.803	40,3	105,5	118.058	24,1	19.429,70	62,3

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

¹ Unter versorgungsberechtigter 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.

Südtirol verzeichnete im Jahr 2006 488.803 Versorgungsberechtigte. 24,1% davon (118.058) sind mit einem Durchschnittsalter von 62,3 Jahren chronisch krank. 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 (25,8%), während Bruneck den geringsten Anteil verzeichnet (21,6%).

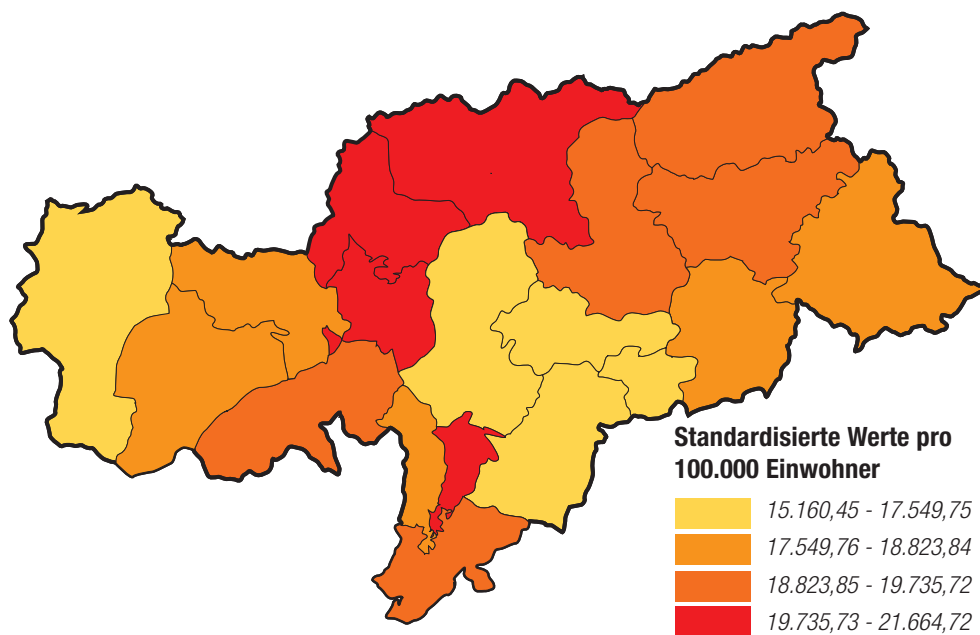
Abbildung 3: **Prävalenz der chronisch Kranken in Südtirol - Jahr 2006**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Eine Analyse der standardisierten Raten der chronisch Kranken (die sich von den reellen, unbereinigten Raten unterscheiden, da sie die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur berücksichtigen und somit eine höhere oder geringere Krankheitsanfälligkeit der Bevölkerung vergleichen lassen und dabei die möglichen, unterschiedlichen Diagnosestellungen der einzelnen Ärzte berücksichtigen) ergibt, dass ländliche Sprengel wie Leifers-Branzoll-Pfatten, das Passeiertal und Wipptal unerwartet analoge Schätzungen zu jenen der beiden städtischen Sprengel Bozen und Meran verzeichnen.

Abbildung 4: Chronisch Kranke in Südtirol, standardisierte Raten - Jahr 2006



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

CHRONISCHE KRANKHEITEN

Über 13 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie (13,1% der versorgungsberechtigten Bevölkerung mit einem Durchschnittsalter von 68,9 Jahren); es folgen die Herzkranken mit 6,7% und einem Altersdurchschnitt von 72,8 Jahren und die von Neoplasien Betroffenen mit 4,0% mit durchschnittlich 66,7 Jahren.

Tabelle 2: **Chronische Krankheiten nach Sanitätsbetrieb in Südtirol - Jahr 2006 -**
Standardisierte Werte pro 100.000 Einwohner

Chronische Krankheiten	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Transplantatträger	100,5	90,3	106,8	71,7	95,3
Niereninsuffizienz	400,8	356,7	431,4	412,8	396,8
HIV und AIDS	79,5	39,3	35,6	20,9	54,0
Neoplasie	3.055,0	3.046,8	3.042,0	2.809,4	3.016,3
Diabetes	2.525,6	2.520,5	2.544,5	2.017,5	2.455,8
Hypertonie	10.035,7	9.249,6	10.100,8	9.059,2	9.718,8
Kardiopathie	4.077,1	4.800,9	4.631,6	4.789,8	4.427,5
Vaskulopathie	895,3	881,0	751,2	909,4	875,8
Bronchopneumopathie	2.761,6	2.352,3	2.087,1	1.980,5	2.442,5
Hepato-Enteropathie	830,8	792,5	627,9	443,5	734,8
MRGE	637,9	701,1	767,6	517,1	654,8
Epilepsie	583,4	736,1	685,4	773,8	664,0
Parkinson	382,2	469,5	657,0	447,2	451,0
Alzheimer	139,3	83,4	54,7	83,3	107,7
Multiple Sklerose	118,7	135,4	100,3	93,7	116,7
Neuromyelitis optica	-	0,8	-	-	0,2
Demenz	127,7	100,7	59,8	58,7	103,7
Rheumatoide Arthritis	313,9	312,0	316,6	338,3	317,9
LES	68,0	44,2	71,8	46,0	59,4
Systemische Sklerose	24,1	15,9	21,6	21,7	21,4
Sjörgen-Syndrom	33,1	17,1	17,2	8,6	23,5
Spondylitis ankylosans	37,2	19,1	16,5	20,5	27,2
Myasthenia gravis	12,0	11,9	11,0	7,7	11,2
Hashimoto-Thyreoiditis	688,7	254,8	150,1	180,2	426,3
Hämolytische Anämie	4,5	13,7	9,6	7,4	7,9
Akromegalie	11,3	8,3	4,4	9,7	9,4
Diabetes insipidus	6,7	4,9	15,3	8,9	7,8
Addison-Krankheit	15,1	19,2	12,6	14,0	15,7
Hyper-Hypoparathyreoidismus	29,4	26,5	17,3	47,3	29,6
Hypothyreose	2.310,6	3.199,1	2.501,9	3.203,2	2.681,1
Cushing-Syndrom	3,0	10,5	9,6	8,2	6,8
Basedow-Krankheit	154,2	222,3	183,2	160,1	176,0
Hypophysärer Minderwuchs	54,1	18,1	45,6	31,3	39,2
Dyslipämie	2.516,7	3.212,9	1.734,2	2.872,1	2.646,4
Psychosen	653,1	706,3	1.179,6	1.677,9	888,8

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Die Standardisierung der Prävalenzquoten der verschiedenen chronischen Krankheiten ergibt eine nicht immer homogene Verteilung auf die vier Sanitätsbetriebe: der Sanitätsbetrieb Bozen verzeichnet bei einer Analyse der einzelnen, chronischen Krankheiten höhere Anteile an Patienten mit Bronchopneumopathie und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Sanitätsbetrieb Meran wird ein höheres Dyslipämie-Risiko registriert. In den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck, in denen die Prävalenzquoten niedriger ausfallen, sind höhere Werte für die Parkinson-Krankheit (Brixen) bzw. Schilddrüsenerkrankungen und Psychosen (Bruneck) zu verzeichnen.

Diese Unterschiede können sowohl aus demographisch-genetischen Gründen der Patienten in den einzelnen Betrieben als auch aufgrund des höheren Interesses und/oder der unterschiedlichen Diagnosestellung für einige Krankheiten im Vergleich zu anderen zu rechtfertigen sein.

RISIKOFAKTOREN

3.3. KRANKHEITEN DES HERZKREISLAUFSYSTEMS

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems 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. Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems 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.

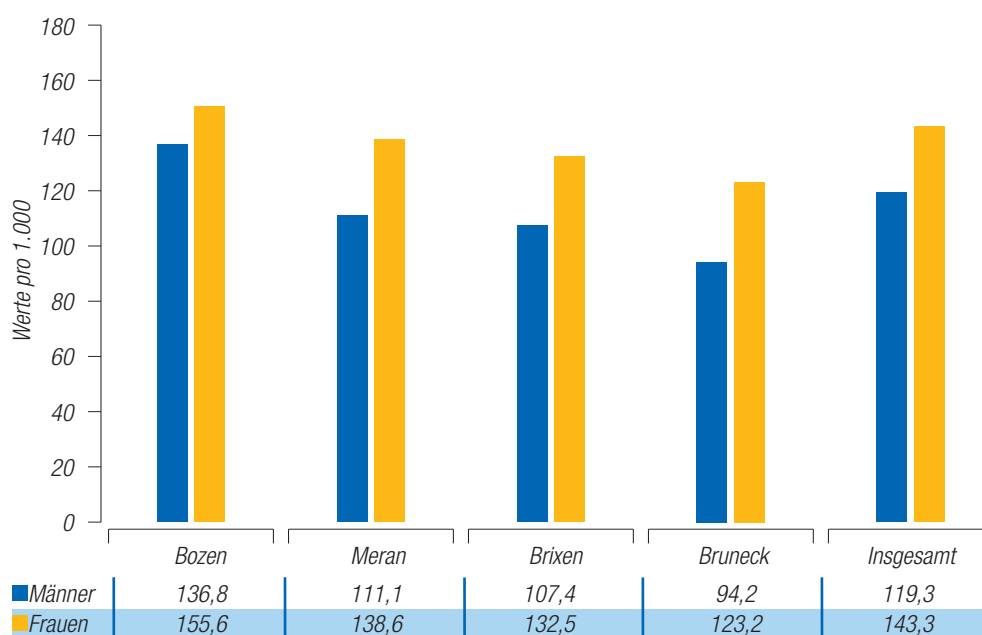
Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu Personen mit normaler Cholesterinämie. Der Anteil der an Hypercholesterinämie Erkrankten entspricht 21% der männlichen Bevölkerung zwischen 35 und 74 Jahren und 25% der weiblichen Bevölkerung. Eine Hypercholesterinämie tritt in Patienten mit Herzkreislauferkrankungen zu 24% bei den Männern und zu 34% bei den Frauen auf.

HYPERTONIE

Die Daten der Mehrzweckerhebung des Jahres 2005 ergeben für Südtirol einen Anteil von Hypertoniepatienten von 10,6% (13,6% in Italien). Aus dem Italienischen Atlas der Herz-Kreislaufkrankheiten 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-Kreislaufkrankheit wurde bei 41% der Männer und bei 54% der Frauen eine Hypertonie festgestellt.

Die Hypertonie-Prävalenz beträgt in Südtirol laut Mapping-Projekt der chronischen Krankheiten für das Jahr 2006 131,5 Fälle pro 1.000 Einwohner (119,3 unter den Männern und 143,3 unter den Frauen). Die Prävalenz fällt im Sanitätsbetrieb Bruneck niedriger aus (108,7 pro 1.000), in Bozen höher (146,6 pro 1.000).

Abbildung 5: Hypertonie-Prävalenz nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Die Prävalenz der Kardiopathien entspricht 67,4 pro 1.000 (67,8 pro 1.000 Männer und 67,0 pro 1.000 Frauen), während die Vaskulopathien eine Prävalenz von 12,3 pro 1.000 (14,4 pro 1.000 Männer und 10,2 pro 1.000 Frauen) aufweisen.

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen von Einwohnern mit einer Krankheit des Kreislaufsystems als Primärdiagnose betrugen im Jahr 2005 insgesamt 10.162, mit einer Hospitalisierungsrate im Jahr 2006 von 2.208,9 pro 100.000 Männer und 1.997,2 pro 100.000 Frauen. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Herzrhythmusstörungen (bei 1.515 Aufgehaltenen) und Herzinsuffizienz (bei 1.468 Aufgehaltenen).

Zu den häufigsten Aufenthaltsursachen zählt auch der akute Myokardinfarkt mit 422 Aufgehaltenen bei Männern (48 mehr als 2005) und 278 bei Frauen (15 weniger als 2005).

KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

Tabelle 3: **Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Krankheit des Kreislaufsystems - Jahre 2004-2006**

	Aufenthalte 2006	Hospitali- sierungsrate 2006 (pro 100.000)	Todesfälle 2004	Sterblich- keitsrate 2002-04 (pro 100.000)
MÄNNER				
Akutes Gelenkrheuma	-	-	-	-
Chronische rheumatische Kardiopathien	7	2,9	-	0,3
Hypertonie	160	66,9	42	17,6
Ischämische Herzleiden	1.151	481,5	292	126,3
Erkrankungen des Lungenkreislaufs	95	39,7	14	6,2
Sonstige Herzkrankheiten	1.794	750,5	122	52,3
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	1.261	527,6	111	52,7
Arterienerkrankungen	527	220,5	57	27,4
Venenerkrankungen	285	119,2	5	2,3
INSGESAMT	5.280	2.208,9	643	285,0
FRAUEN				
Akutes Gelenkrheuma	1	0,4	-	-
Chronische rheumatische Kardiopathien	16	6,5	1	0,8
Hypertonie	263	107,6	109	41,8
Ischämische Herzleiden	690	282,3	298	120,2
Erkrankungen des Lungenkreislaufs	140	57,3	18	7,6
Sonstige Herzkrankheiten	1.685	689,3	218	88,7
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	1.420	580,9	182	86,4
Arterienerkrankungen	320	130,9	87	38,3
Venenerkrankungen	347	142,0	7	4,4
INSGESAMT	4.882	1.997,2	920	388,2

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv, Landessterblichkeitsregister

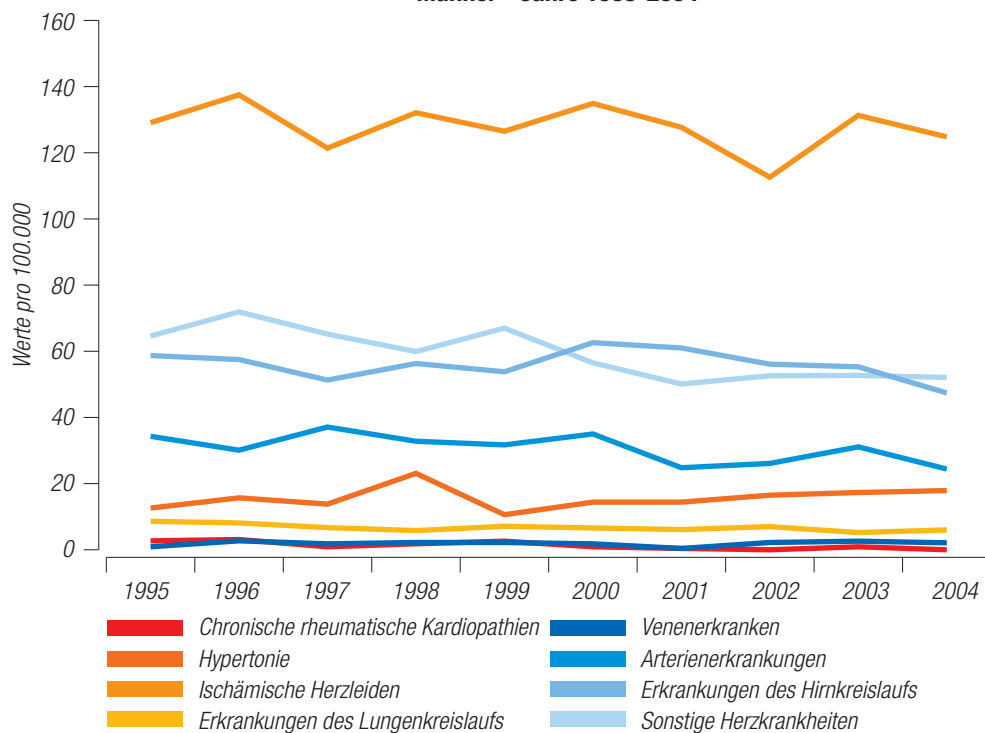
Die häufigste Pathologie unter den Todesursachen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems bestand 2004 in den ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 292 Todesfällen unter den Männern (126,3 pro 100.000 im Dreijahreszeitraum 2002-2004) und 298 unter den Frauen (120,2 pro 100.000 im Zeitraum 2002-2004).

Vor allem bei den Frauen ist die Zahl der Erkrankungen des Hirnkreislaufs hoch (182 Fälle, 86,4 pro 100.000 im Dreijahreszeitraum 2002-2004), während diese bei den Männern weniger häufig auftreten (111 Fälle, 52,7 pro 100.000).

Bedeutend ist auch der Anteil der anderen Herzkrankheiten (122 Fälle unter den Männern und 218 unter den Frauen, Jahr 2004), darunter die Herzinsuffizienz, für welche 48 Fälle unter den Männern (20,5 pro 100.000) und 137 unter den Frauen (57,1 pro 100.000) verzeichnet werden.

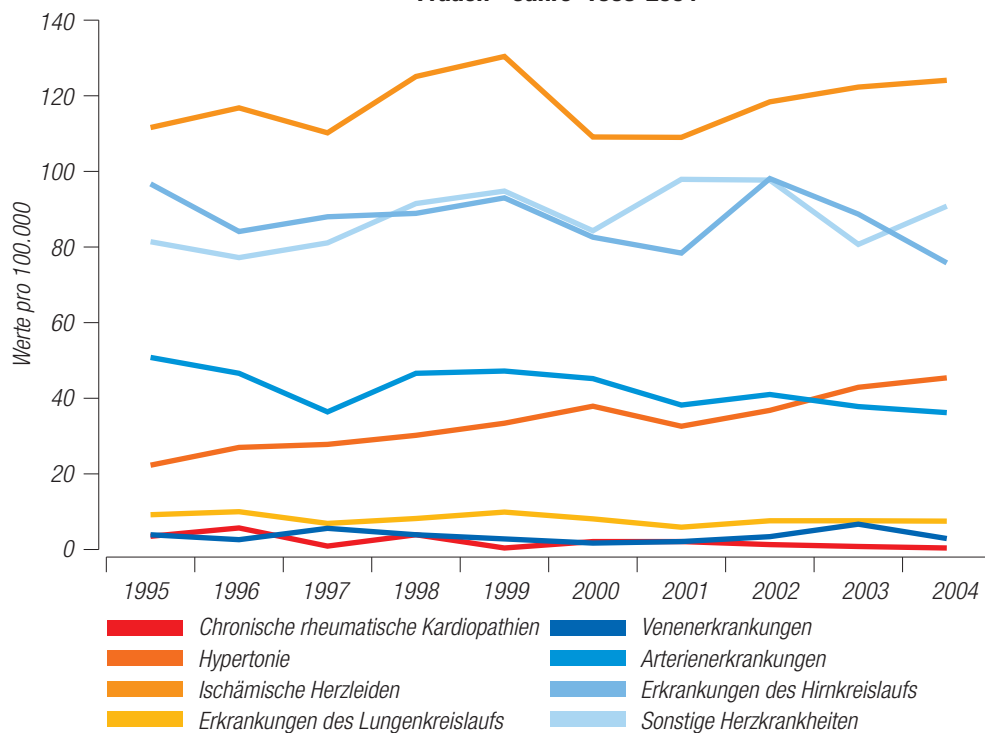
STERBLICHKEIT

Abbildung 6: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Männer - Jahre 1995-2004



Quelle: Landessterblichkeitsregister

Abbildung 7: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Frauen - Jahre 1995-2004



Quelle: Landessterblichkeitsregister

3.4. INZIDENZ UND STERBLICHKEIT DER BÖSARTIGEN TUMOREN

Im Fünfjahreszeitraum 1999-2003 wurden in Südtirol 12.329 neue Fälle bösartiger Tumoren diagnostiziert. Laut Inzidenzdaten des Zeitraums 1999-2003 werden für das Jahr 2006 1.554 neue Tumorfälle in der männlichen Bevölkerung und 1.184 in der weiblichen Bevölkerung geschätzt.

Hauttumoren ausgeschlossen (ICD IX: 173) beträgt die jährliche unbereinigte Inzidenzrate 569 Fälle pro 100.000 Männer und 437 Fälle pro 100.000 Frauen.

Die häufigsten Lokalisationen sind: Prostata, Kolon-Rektum und Lunge bei den Männern und Brust, Kolon-Rektum und Magen bei den Frauen.

Durchschnittlich sterben aufgrund von Tumorerkrankungen jährlich 259 Männer pro 100.000 und 209 Frauen pro 100.000.

Das Tumorregister Südtirol wurde mit Landesbeschluss Nr. 2.076/92 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 der 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. Die Kodierung erfolgt anfänglich mittels ICD-O 3, wodurch sowohl die Lokalisation als auch die Art der Tumoren erfasst werden können und wird anschließend zu statistischen Zwecken in ICD IX umgewandelt. 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.

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;

**TUMORREGISTER
SÜDTIROL**

**INFORMATIONSQUELLEN
DES TUMORREGISTERS**

**INZIDENZ IM ZEITRAUM
1999-2003**

- Landesarchiv der Krankenhausesentlassungsbögen (KEB);
- im Landessterblichkeitsregister archivierte Totenscheine der Wohnbevölkerung;
- Archiv der KH-Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz und in der Universitätsklinik Innsbruck;
- Inzidenz-Datenbanken anderer 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 Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 1999-2003 (auf den Stand vom 31.05.2007 aktualisierte Daten). 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 Südtirol 6.886 neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung (Schätzungen für 2006: 1.554 Fälle) und 5.443 Fälle in der weiblichen Wohnbevölkerung (Schätzungen für 2006: 1.184 Fälle) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD IX: 173) wurden 6.544 Fälle (569,19 Fälle pro 100.000 Männer) und 5.167 Fälle (437,27 Fälle pro 100.000 Frauen) erfasst. Von diesen wurden bei den Männern 33 Fälle (0,48%) in der Altersklasse 0-14 Jahre und 4.405 Fälle (63,97%) in der Altersklasse über 65 Jahren beobachtet; bei den Frauen zählte man 1 bösartigen Tumor bei 27 Mädchen (0,5%) unter 15 Jahren und 3.316 Fälle (60,92%) bei Frauen ab 65 Jahren.

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

ICD IX	Lokalisation	BOZ	MER	BRI	BRU	Provinz	2006†
140	Lippen	10	2	1	1	14	3
141	Zunge	30	9	7	6	52	12
142	Speicheldrüsen	7	6	1	1	15	3
143-145	Mund	33	14	14	9	70	15
146	Oropharynx	25	14	10	7	56	13
147	Rhinopharynx	7	1	-	4	12	3
148	Hypopharynx	28	26	16	13	83	18
149	Rachen, n.a.d.	11	4	3	5	23	5
150	Speiseröhre	43	32	23	21	119	26
151	Magen	156	94	43	72	365	83
152	Dünndarm	11	7	4	2	24	5
153	Kolon	268	132	61	62	523	120
154	Rektum	142	75	47	44	308	69
155	Leber	120	71	39	30	260	58
156	Gallenwege	27	20	11	11	69	16
157	Bauchspeicheldrüse	91	33	20	14	158	36
160	Nasenhöhlen	9	7	3	5	24	5
161	Kehlkopf	73	30	22	11	136	30
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	369	203	78	63	713	161
163-164	Andere Thoraxorgane	6	3	-	1	10	2
MES	Mesotheliom	10	5	2	1	18	4
170	Knochen	4	2	3	1	10	2
171	Weichteile	21	7	4	4	36	8
KAP	Karposisarkom	5	2	-	1	8	2
172	Melanome der Haut	91	33	16	20	160	35
173	Haut, Nicht-Melanome	200	69	42	31	342	80
175	Brust (Mann)	5	4	1	1	11	3
185	Prostata	840	392	186	168	1.586	358
186	Hoden	33	23	15	17	88	18
187	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	7	2	2	-	11	2
188,233.7	Blase	324	155	55	88	622	142
189	Nieren und andere Harnwege	119	51	33	30	233	52
190	Augen	2	3	2	-	7	2
191-192	Großhirn und ZNS	45	30	5	14	94	21
193	Schilddrüse	21	11	8	2	42	9
194	Andere endokrine Drüsen	4	-	1	-	5	1
201	Hodgkin-Lymphom	17	8	6	3	34	7
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	94	55	27	25	201	45
203	Myelom	20	20	10	8	58	13
204	Lymphatische Leukämie	40	19	12	10	81	18
205	Myeloische Leukämie	39	14	4	6	63	14
206	Monozytische Leukämie	4	1	-	-	5	1
207	Sonstige definierte Leukämie	1	-	-	-	1	-
208	Leukämie, n.a.d.	3	2	-	-	5	1
	Schlecht def. Lokalisationen *	50	40	19	22	131	30
	ALLE LOKALISATIONEN	3.465	1.731	856	834	6.886	1.554

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

BOZ = Bozen, MER = Meran, BRI = Brixen, BRU = Bruneck; † Schätzungen für das Jahr 2006

Quelle: Tumorregister Südtirol

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

ICD IX	Lokalisation	BOZ	MER	BRI	BRU	Provinz	2006†
140	Lippen	2	1	2	-	5	1
141	Zunge	10	3	3	2	18	4
142	Speicheldrüsen	5	3	2	-	10	2
143-145	Mund	15	7	4	3	29	6
146	Oropharynx	5	1	3	-	9	2
147	Rhinopharynx	-	2	1	2	5	1
148	Hypopharynx	7	1	-	-	8	2
149	Rachen, n.a.d.	2	2	-	-	4	1
150	Speiseröhre	14	9	2	-	25	5
151	Magen	131	96	53	46	326	72
152	Dünndarm	4	3	3	3	13	3
153	Kolon	213	145	53	57	468	102
154	Rektum	92	55	31	32	210	46
155	Leber	40	22	4	2	68	15
156	Gallenwege	58	32	10	19	119	26
157	Bauchspeicheldrüse	99	46	27	26	198	44
160	Nasenhöhlen	-	3	-	1	4	1
161	Kehlkopf	13	1	2	-	16	3
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	135	70	31	23	259	56
163-164	Andere Thoraxorgane	1	-	2	-	3	1
MES	Mesotheliom	4	-	1	1	6	1
170	Knochen	2	2	4	1	9	2
171	Weichteile	12	7	3	4	26	6
KAP	Karposisarkom	2	1	-	1	4	1
172	Melanome der Haut	101	53	27	21	202	44
173	Haut, Nicht-Melanome	124	58	33	61	276	62
174	Brust (Frau)	712	370	172	160	1.414	305
179	Gebärmutter, n.a.d.	9	2	5	2	18	4
180	Gebärmutterhals	47	38	21	14	120	26
181	Plazenta	1	-	-	-	1	0
182	Gebärmutterkörper	120	67	32	37	256	55
183	Eierstock	102	53	25	31	211	46
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	28	7	1	5	41	9
188, 233.7	Blase	82	45	19	14	160	35
189	Nieren und andere Harnwege	69	41	24	22	156	33
190	Augen	4	1	3	1	9	2
191-192	Großhirn und ZNS	43	16	10	16	85	18
193	Schilddrüse	59	14	13	11	97	21
194	Andere endokrine Drüsen	2	1	-	-	3	1
201	Hodgkin-Lymphom	11	5	3	2	21	4
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	95	56	19	16	186	40
203	Myelom	35	19	8	5	67	15
204	Lymphatische Leukämie	32	13	8	14	67	15
205	Myeloische Leukämie	35	16	12	8	71	16
206	Monozytische Leukämie	-	-	-	-	-	-
207	Sonstige definierte Leukämie	-	-	-	-	-	-
208	Leukämie, n.a.d.	-	1	-	-	1	-
	Schlecht definierte Lokalisationen*	63	41	14	21	139	31
	ALLE LOKALISATIONEN	2.640	1.429	690	684	5.443	1.184

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

BOZ = Bozen, MER = Meran, BRI = Brixen, BRU = Bruneck; † Schätzungen für das Jahr 2006

Quelle: Tumorregister Südtirol

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

ICD IX	Lokalisationen	Unbereinigte Raten		Std. Raten (europ. Bevölk.)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
140	Lippen	1,2	0,4	1,0	0,2
141	Zunge	4,5	1,5	4,4	1,3
142	Speicheldrüsen	1,3	0,9	1,2	0,8
143-145	Mund	6,1	2,5	5,9	1,9
146	Oropharynx	4,9	0,8	4,5	0,7
147	Rhinopharynx	1,0	0,4	1,0	0,4
148	Hypopharynx	7,2	0,7	6,9	0,6
149	Rachen, n.a.d.	2,0	0,3	2,0	0,3
150	Speiseröhre	10,4	2,1	9,5	1,7
151	Magen	31,8	27,6	28,3	17,1
152	Dünndarm	2,1	1,1	1,9	0,9
153	Kolon	45,5	39,6	41,0	27,3
154	Rektum	26,8	17,8	24,6	12,6
155	Leber	22,6	5,8	20,8	3,7
156	Gallenwege	6,0	10,1	5,4	6,3
157	Bauchspeicheldrüse	13,7	16,8	12,5	10,8
160	Nasenhöhlen	2,1	0,3	2,0	0,3
161	Kehlkopf	11,8	1,4	11,2	1,0
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	62,0	21,9	55,5	15,5
163-164	Andere Thoraxorgane	0,9	0,3	0,8	0,2
MES	Mesotheliom	1,6	0,5	1,5	0,3
170	Knochen	0,9	0,8	0,8	0,8
171	Weichteile	3,1	2,2	2,9	1,7
KAP	Karposisarkom	0,7	0,3	0,6	0,2
172	Melanome der Haut	13,9	17,1	13,0	14,2
173	Haut, Nicht-Melanome	29,8	23,4	26,4	13,1
174	Brust (Frau)	-	-	0,8	99,7
175	Brust (Mann)	1,0	119,7	-	-
179	Gebärmutter, n.a.d.	-	1,5	-	1,1
180	Gebärmutterhals	-	10,2	-	8,9
181	Plazenta	-	0,1	-	0,1
182	Gebärmutterkörper	-	21,7	-	16,6
183	Eierstock	-	17,9	-	14,6
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	-	3,5	-	2,1
185	Prostata	138,0	-	122,6	-
186	Hoden	7,7	-	6,8	-
187	Penis u. sonst. männl. Geschlechtsorgane	1,0	-	0,9	-
188, 233.7	Blase	54,1	13,5	48,3	8,7
189	Nieren und andere Harnwege	20,3	13,2	18,5	9,7
190	Augen	0,6	0,8	0,6	0,7
191-192	Großhirn und ZNS	8,2	7,2	7,6	5,6
193	Schilddrüse	3,7	8,2	3,5	7,5
194	Andere endokrine Drüsen	0,4	0,3	0,5	0,3
201	Hodgkin-Lymphom	3,0	1,8	2,7	1,7
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	17,5	15,7	16,1	12,0
203	Myelom	5,0	5,7	4,5	3,6
204	Lymphatische Leukämie	7,1	5,7	6,6	3,8
205	Myeloische Leukämie	5,5	6,0	4,9	4,2
206	Monozytische Leukämie	0,4	-	0,4	-
207	Sonstige definierte Leukämie	0,1	-	0,1	-
208	Leukämie, n.a.d.	0,4	0,1	0,5	-
	Schlecht definierte Lokalisationen*	11,4	11,8	10,4	7,1
	ALLE LOKALISATIONEN	598,9	460,6	541,6	342,0

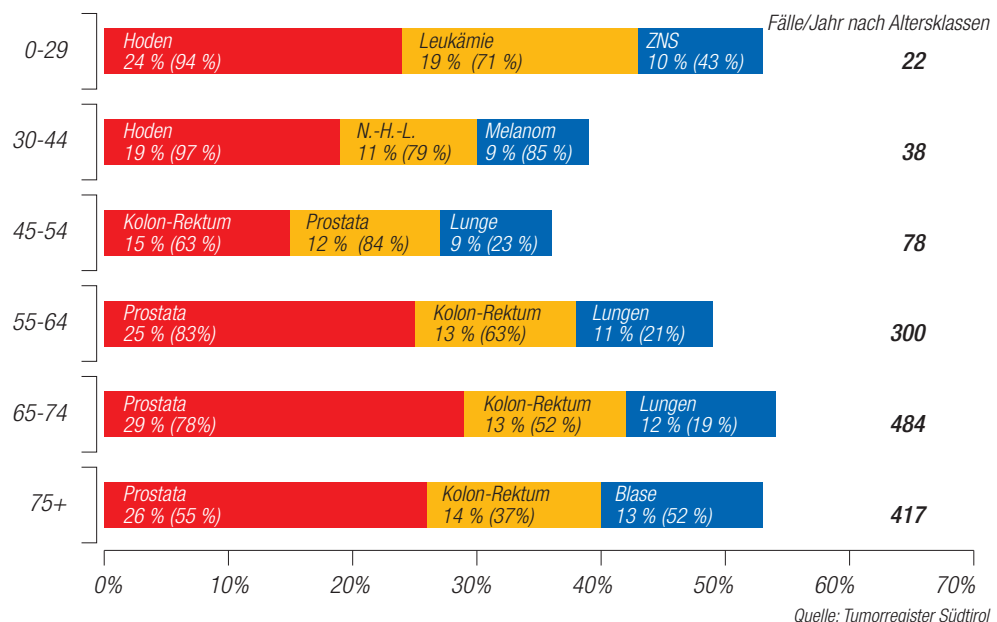
* Umfasst die Kodexe ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Quelle: Tumorregister Südtirol

**AM HÄUFIGSTEN
AUFTRETENDE TUMOREN**

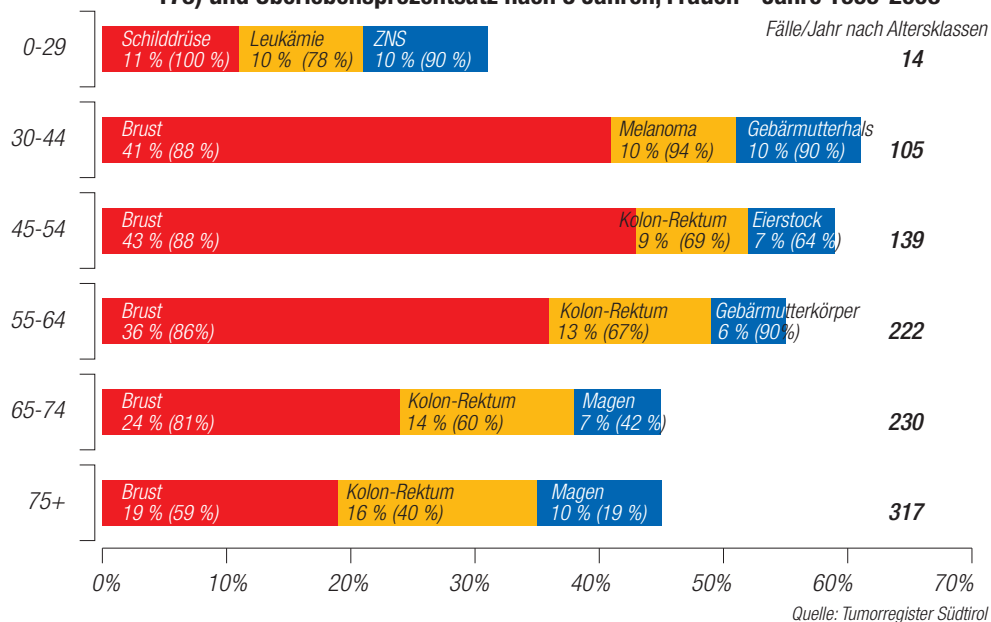
Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD IX 173), betreffen die am häufigsten bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (1.586 Fälle, was 24,2% entspricht), Kolon-Rektum (831 Fälle, 12,7%), Lunge (713 Fälle, 10,9%), Blase (622 Fälle, 9,5%) und Magen (365 Fälle, 5,6%). Die Wahrscheinlichkeit, nach 5 Jahren nach der Diagnose noch am Leben zu sein, hängt von der Art des Tumors und vom Alter ab. In Bezug auf das Prostatakarzinom sind rund 80% der Männer unter 75 Jahren nach fünf Jahren ab der Diagnose noch am Leben. Für dieselbe Altersklasse leben hingegen ca. 60% der am Kolon-Rektum-Karzinom und nur 20% der am Lungenkarzinom erkrankten Männer noch nach fünf Jahren nach der Diagnosezeit.

Abbildung 8: Die häufigsten 3 Lokalisationen für die großen Altersklassen (ausgeschl. ICD IX 173) und Überlebensprozentsatz nach 5 Jahren, Männer - Jahre 1999-2003



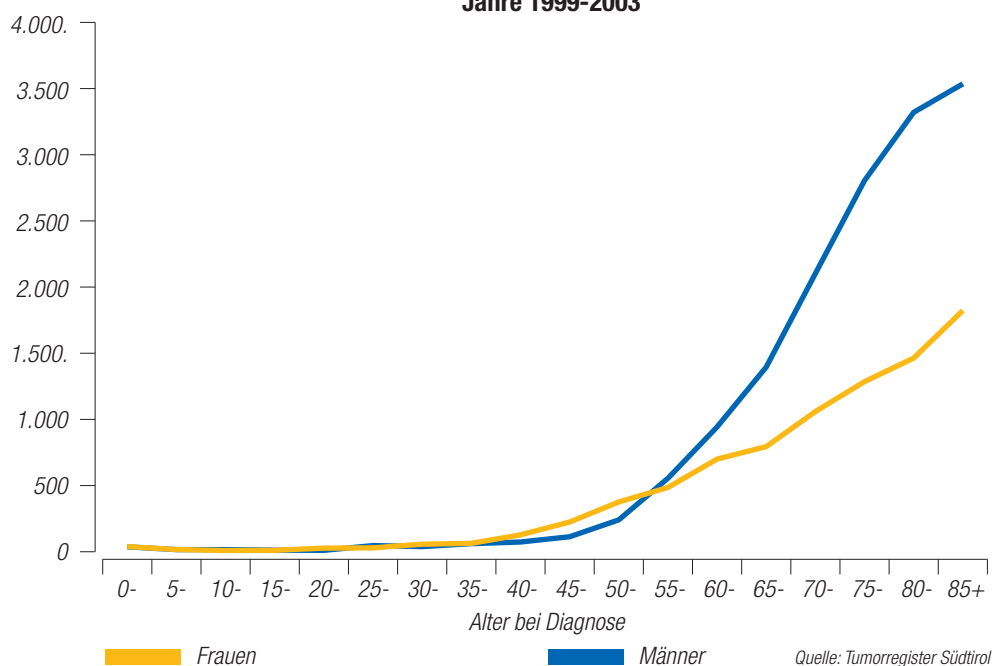
Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (1.414 Fälle, 27,4%) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, mit einer Überlebenswahrscheinlichkeit von 85% nach fünf Jahren (für die Altersklasse bis zu 75 Jahren); es folgen das Kolon- und Rektum-Karzinom (678 Fälle, 13,1%, Überlebenswahrscheinlichkeit nach 5 Jahren von rund 65%), das Magenkarzinom (326 Fälle, 6,3%, Überlebenswahrscheinlichkeit nach 5 Jahren von rund 30%), das Lungenkarzinom (259 Fälle, 5%) und die hormonassoziierten Tumoren wie das Uteruskarzinom (256 Fälle, 5%) und Ovarialkarzinom (211 Fälle, 4,1%).

Abbildung 9: Die häufigsten 3 Lokalisationen für die großen Altersklassen (ausgeschl. ICD IX 173) und Überlebensprozentsatz nach 5 Jahren, Frauen - Jahre 1999-2003



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 3.537 Fällen pro 100.000 Männer gegenüber den 1.823 Fällen pro 100.000 Frauen.

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



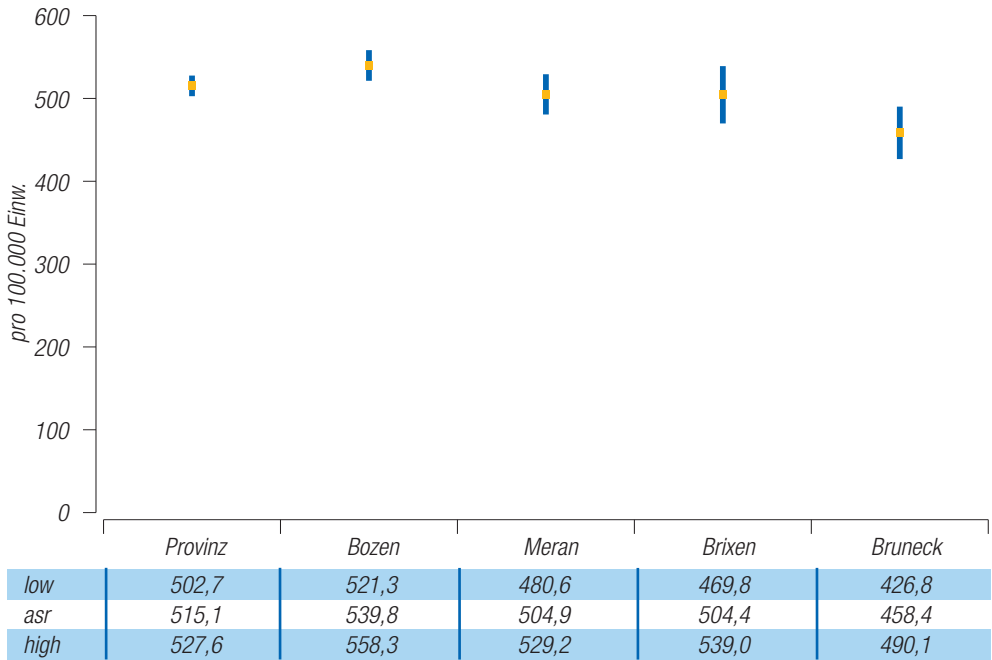
Die in den Sanitätsbetrieben beobachteten Inzidenzraten wurden für einen Vergleich mit der europäischen Standardbevölkerung standardisiert (SIR). In Bezug auf die gesamten Tumoren (mit Ausnahme der Hautkarzinome) verzeichnet die männliche Bevölkerung im Sa-

**SPEZIFISCHE
INZIDENZRATEN
NACH ALTER**

**TERRITORIALER
VERGLEICH DER INZIDENZ
ALLER TUMOREN**

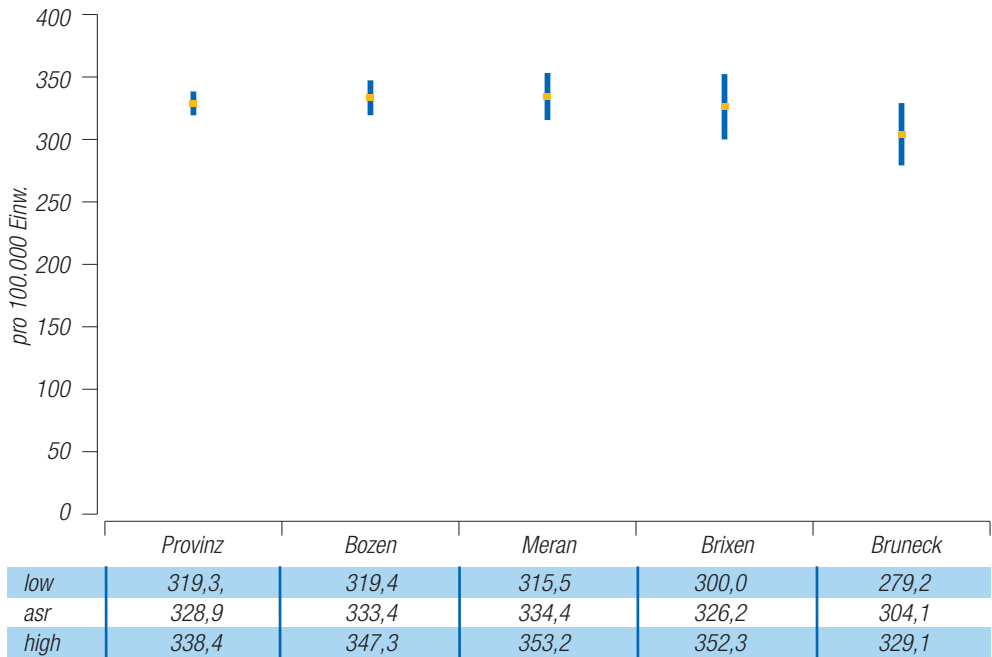
nitätsbetrieb Bruneck auch im Zeitraum 1999-2003 eine standardisierte jährliche Inzidenzrate, die mit 458,4 pro 100.000 deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt (515,2 pro 100.000). Die in der weiblichen Wohnbevölkerung Südtirols beobachtete standardisierte Rate (328,9 pro 100.000) weicht hingegen in keinem Sanitätsbetrieb wesentlich vom Durchschnitt ab.

Abbildung 11: **Standardisierte Inzidenzraten, alle Tumoren, ausgeschl. ICD IX 173 (IC 95%), Männer - Jahre 1999-03**



Quelle: Tumorregister Südtirol

Abbildung 12: **Standardisierte Inzidenzraten, alle Tumoren, ausgeschl. ICD IX 173 (IC 95%), Frauen - Jahre 1999-03**

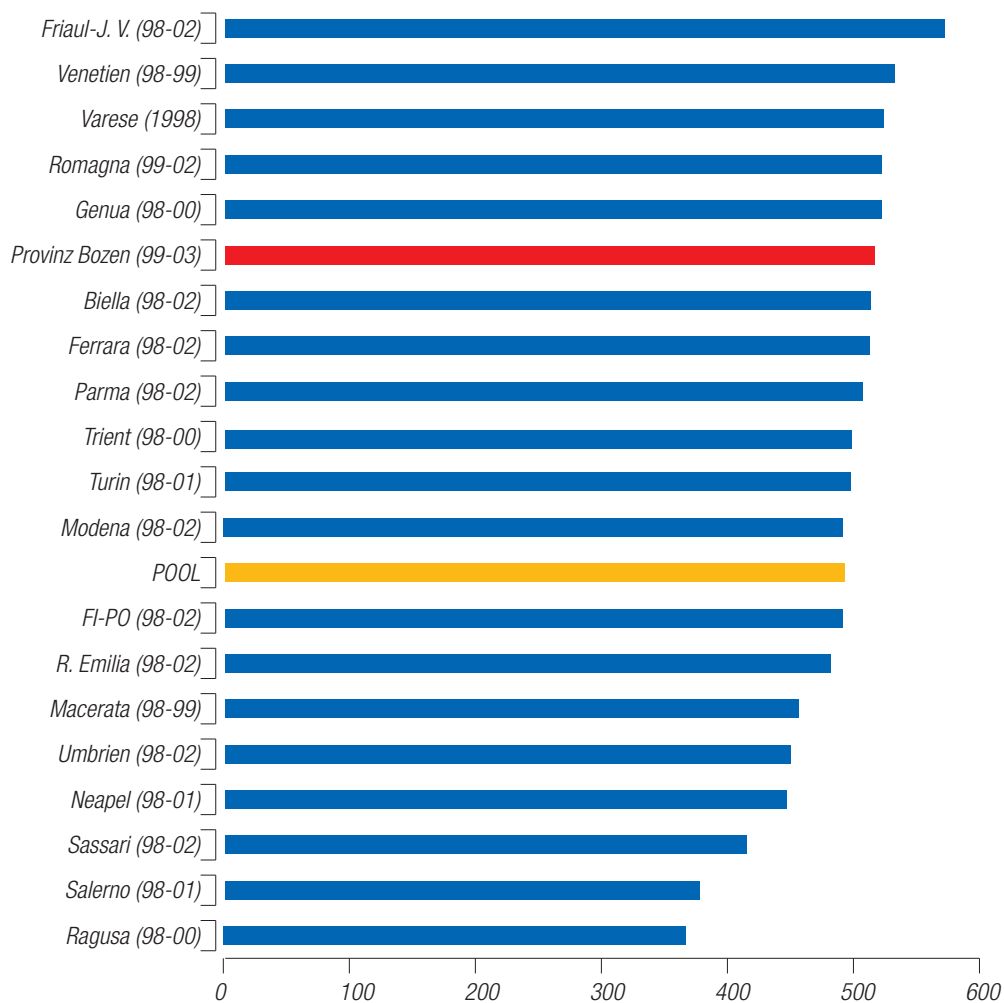


Quelle: Tumorregister Südtirol

Der Vergleich mit den Inzidenzraten auf gesamtstaatlicher Ebene wurde auf der Grundlage der neuesten, zu Beginn des Jahres 2006 von der Italienischen Vereinigung der Tumoregister (AIRT) veröffentlichten Daten in „I tumori in Italia - Rapporto 2006: Incidenza, mortalità e stime“ (Die Tumoren in Italien - Bericht 2006: Inzidenz, Mortalität und Schätzungen) durchgeführt, welche sich auf die im Zeitraum 1998-2002 gesammelten Daten 21 italienischer Tumoregister beziehen mit einem Einzugsgebiet von 15 Millionen Italienern. Bezüglich der Inzidenzrate der Tumoren (ausgeschlossen die Hautkarzinome) in der männlichen Bevölkerung im Fünfjahreszeitraums 1999-2003 liegt Südtirol an oberer Stelle in der Rangliste der standardisierten Raten hinter Friaul-Julisch Venetien (das in absoluten Zahlen die höchste Inzidenz verzeichnet), Venetien, der Provinz Varese, der Romagna und der Provinz Genua. Südtirol verzeichnet mit 515,2 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 aufweist.

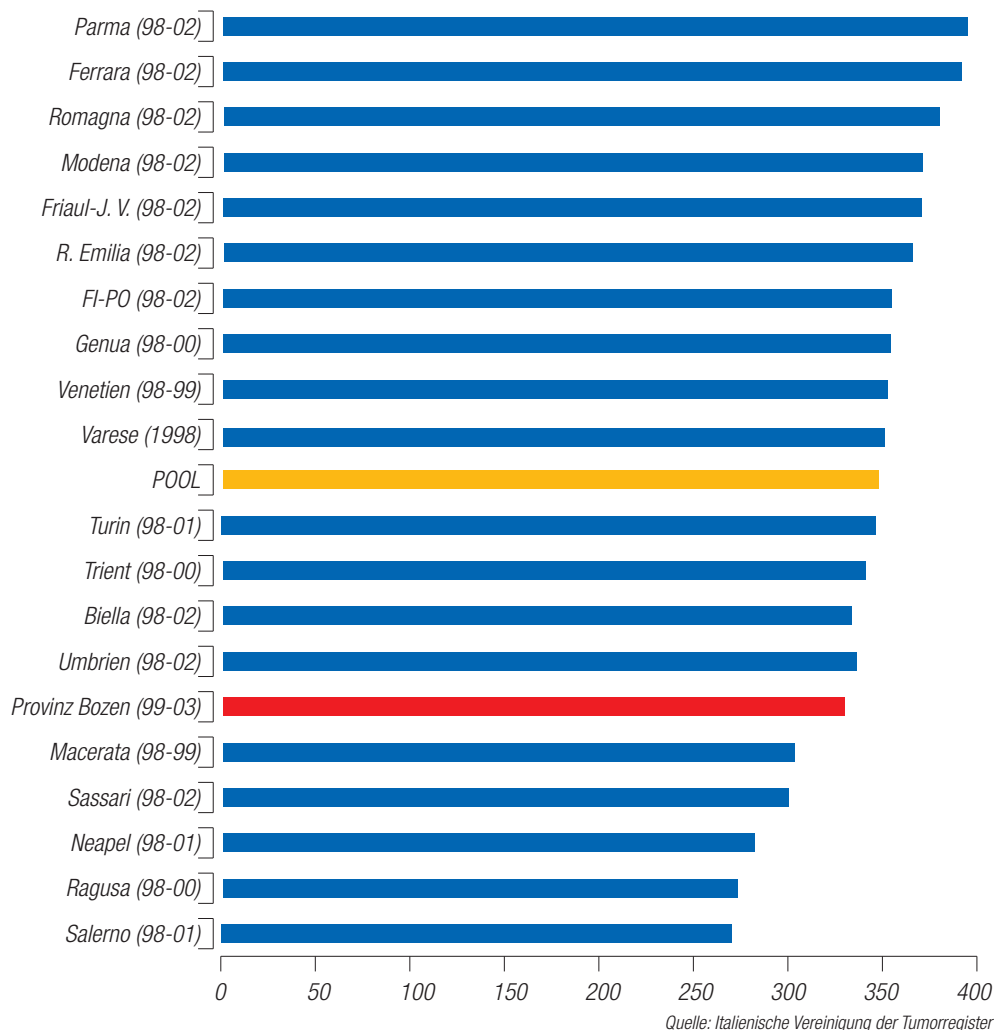
In Bezug auf die Südtiroler Frauen zeigt sich die Lage im Vergleich zu den anderen italienischen Gebieten insgesamt positiver. Die Südtiroler Daten (328,9 pro 100.000, standardisierte Rate) liegen unter dem durchschnittlichen Schätzwert der italienischen Register (346,5 pro 100.000, Jahre 1998-02), nicht weit entfernt von den süditalienischen Registern (Ragusa, Salerno, Neapel), welche allgemein die niedrigsten, auch für die Männer beobachteten Inzidenzraten haben.

Abbildung 13: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000), alle Tumoren
(ausgeschl. ICD IX 173), Männer, Italien - Jahre 1999-2003**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 14: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000), alle Tumoren (ausgeschl. ICD IX 173), Frauen, Italien - Jahre 1999-2003**



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, 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 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 Gebieten) 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

**STERBLICHKEIT
AUFGRUND VON
TUMOREN**

**DAS LANDES-
STERBLICHKEITS-
REGISTER**
**STERBLICHKEIT
AUFGRUND VON
TUMOREN 1999-2003**

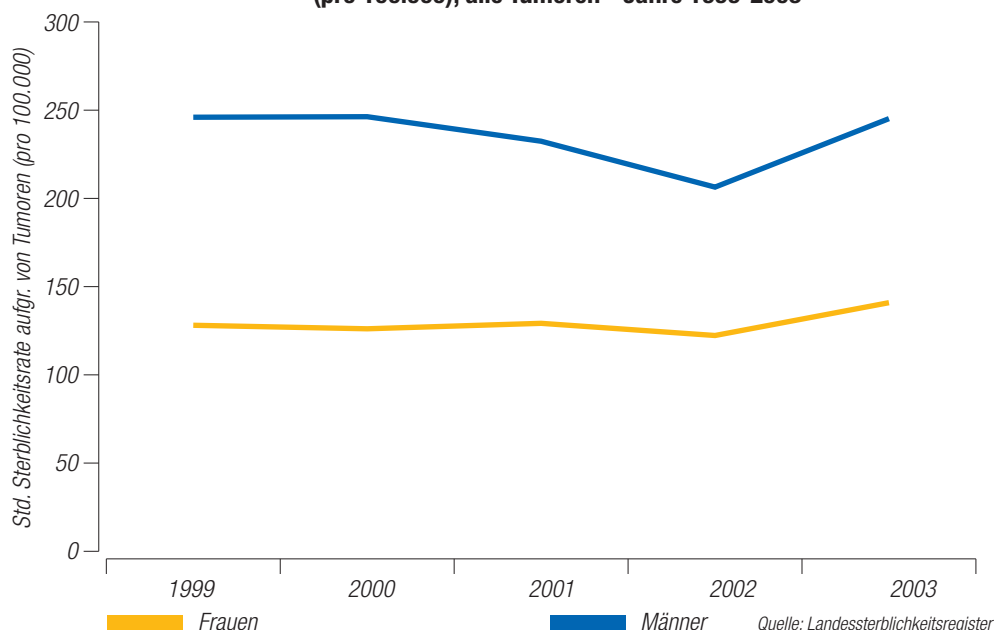
– wichtigster Qualitätsindikator laut der WHO).

Mit Landesbeschluss Nr. 4.215 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. Das Archiv umfasst die Todesfälle ab 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 in Bezug auf die europäische Standardbevölkerung. Im Zeitraum 1999-2003 verstarben 2.983 Männer (durchschnittlich 597 Todesfälle pro Jahr) mit einer Rate von 259,5 Todesfällen pro 100.000 Einwohner und 2.471 Frauen (durchschnittlich 494 pro Jahr) mit einer Rate von 209,1 Todesfällen pro 100.000 Frauen aufgrund von Tumorerkrankungen. Für das Jahr 2006 können somit für Südtirol insgesamt 1.240 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 692 unter den Männern und 548 unter den Frauen.

Abbildung 15: **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren (pro 100.000), alle Tumoren - Jahre 1999-2003**



Der Verlauf der standardisierten Sterblichkeitsrate bei Männern hebt im Zeitraum 1999-2003 einen rückläufigen Trend ab 2000 hervor, der sich 2003 jedoch stark umkehrt (235,1 Todesfälle pro 100.000 gegenüber 205,6 pro 100.000 im Vorjahr). Bei den Frauen zeigt sich die Entwicklung im berücksichtigten Zeitraum konstanter und bestätigt eine Zunahme im Jahr 2003. Das Verhältnis zwischen der Anzahl der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren und allen Todesfällen ist zeitlich sehr stabil, mit Schwankungen zwischen 28,7%

(2002) und 31% (2001). In der männlichen Bevölkerung ist die Todesursache in rund einem Drittel der Fälle eine Tumorerkrankung (33,2%), während dieser Prozentsatz bei den Frauen auf 26,8% sinkt.

Abbildung 16: Anteil der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren an allen Todesfällen - Jahre 1999-2003

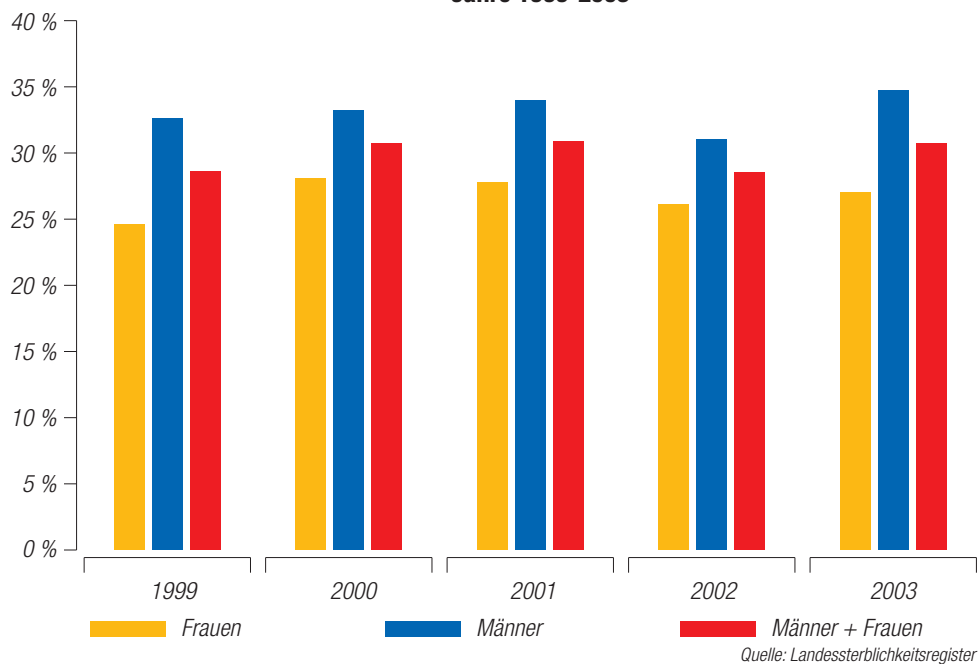


Tabelle 7: **Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung
- Jahre 1999-2003**

ICD IX	Lokalisation	Todesfälle	Unbereinigte Rate (x 100.000)	Std. Rate (EU) (x 100.000)	2006†
140	Lippen	2	0,2	0,2	0
141	Zunge	22	1,9	1,9	5
142	Speicheldrüsen	7	0,6	0,6	2
143-145	Mund	24	2,1	2,0	5
146	Oropharynx	32	2,8	2,6	7
147	Rhinopharynx	6	0,5	0,5	1
148	Hypopharynx	41	3,6	3,4	9
149	Rachen, n.a.d.	16	1,4	1,3	4
150	Speiseröhre	101	8,8	7,9	22
151	Magen	248	21,6	19,1	57
152	Dünndarm	12	1,0	0,9	3
153	Kolon	213	18,5	16,5	50
154	Rektum	125	10,9	9,8	29
155	Leber	183	15,9	14,5	41
156	Gallenwege	58	5,0	4,4	13
157	Bauchspeicheldrüse	148	12,9	11,6	34
160	Nasenhöhlen	4	0,4	0,4	1
161	Kehlkopf	42	3,7	3,3	10
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	629	54,7	48,7	144
163-164	Andere Thoraxorgane	5	0,4	0,4	1
MES	Mesotheliom	19	1,7	1,5	4
170	Knochen	6	0,5	0,5	1
171	Weichteile	10	0,9	0,7	2
KAP	Karposisarkom	1	0,1	0,1	-
172	Melanome der Haut	28	2,4	2,3	6
173	Haut, Nicht-Melanome	11	1,0	0,9	3
175	Brust (Mann)	-	-	-	-
185	Prostata	332	28,9	25,0	82
186	Hoden	1	0,1	0,1	-
187	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	2	0,2	0,2	-
188	Blase	137	11,9	10,4	33
189	Nieren und andere Harnwege	89	7,7	6,9	21
190	Augen	2	0,2	0,2	-
191-192	Großhirn und ZNS	73	6,4	5,9	16
193	Schilddrüse	13	1,1	1,0	3
194	Andere endokrine Drüsen	4	0,4	0,3	1
201	Hodgkin-Lymphom	3	0,3	0,2	1
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	82	7,1	6,3	19
203	Myelom	40	3,5	3,0	9
204	Lymphatische Leukämie	36	3,1	2,8	8
205	Myeloische Leukämie	51	4,4	3,8	12
206	Monozytische Leukämie	3	0,3	0,2	1
207	Sonstige definierte Leukämie	1	0,1	0,1	-
208	Leukämie, n.a.d.	2	0,2	0,2	1
	Schlecht definierte Lokalisationen*	116	10,1	8,9	27
	ALLE LOKALISATIONEN	2.982	260,1	231,3	692

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

† Schätzungen für das Jahr 2006

Quelle: Landessterblichkeitsregister

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

ICD IX	Lokalisationen	Todesfälle	Unbereinigte Rate (x 100.000)	Std. Rate (EU) (x 100.000)	2006†
140	Lippen	1	0,1	-	-
141	Zunge	5	0,4	0,3	1
142	Speicheldrüsen	5	0,4	0,3	1
143-145	Mund	10	0,9	0,6	2
146	Oropharynx	3	0,3	0,2	1
147	Rhinopharynx	2	0,2	0,2	-
148	Hypopharynx	4	0,3	0,3	1
149	Rachen, n.a.d.	3	0,3	0,2	1
150	Speiseröhre	19	1,6	1,2	4
151	Magen	209	17,7	10,2	47
152	Dünndarm	8	0,7	0,4	2
153	Kolon	223	18,9	11,0	50
154	Rektum	106	9,0	5,3	24
155	Leber	59	5,0	3,0	13
156	Gallenwege	100	8,5	5,2	22
157	Bauchspeicheldrüse	191	16,2	10,0	42
160	Nasenhöhlen	3	0,3	0,2	1
161	Kehlkopf	6	0,5	0,3	1
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	220	18,6	12,5	48
163-164	Andere Thoraxorgane	4	0,3	0,3	1
MES	Mesotheliom	5	0,4	0,3	1
170	Knochen	2	0,2	0,2	0
171	Weichteile	7	0,6	0,4	2
KAP	Karposisarkom	1	0,1	0,1	0
172	Melanome der Haut	32	2,7	1,7	7
173	Haut, Nicht-Melanome	20	1,7	0,8	5
174	Brust (Frau)	399	33,8	23,5	88
179	Gebärmutter, n.a.d.	10	0,9	0,4	2
180	Gebärmutterhals	27	2,3	1,5	6
181	Plazenta	-	-	-	-
182	Gebärmutterkörper	65	5,5	3,2	15
183	Eierstock	139	11,8	7,7	30
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	25	2,1	1,1	6
188	Blase	58	4,9	2,6	13
189	Nieren und andere Harnwege	57	4,8	2,7	13
190	Augen	5	0,4	0,3	1
191-192	Großhirn und ZNS	70	5,9	4,1	15
193	Schilddrüse	20	1,7	1,0	5
194	Andere endokrine Drüsen	3	0,3	0,2	1
201	Hodgkin-Lymphom	4	0,3	0,2	1
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	73	6,2	4,0	16
203	Myelom	46	3,9	2,5	10
204	Lymphatische Leukämie	25	2,1	1,2	6
205	Myeloische Leukämie	52	4,4	2,6	12
206	Monozytische Leukämie	1	0,1	-	-
207	Sonstige Leukämien	-	-	-	-
208	Leukämie, n.a.d.	6	0,5	0,3	1
	Schlecht definierte Lokalisationen*	138	11,7	6,7	31
	ALLE LOKALISATIONEN	2.471	209,1	130,7	548

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

† Schätzungen für das Jahr 2006

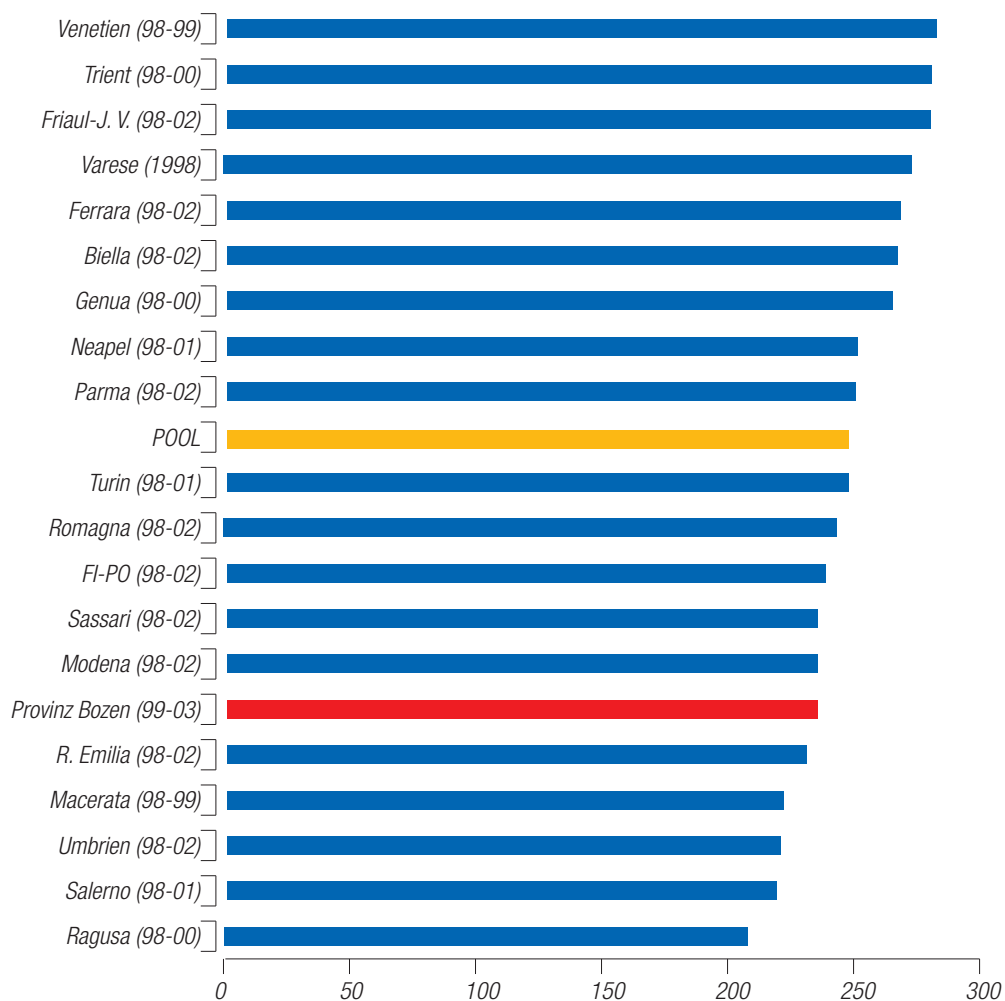
Quelle: Landessterblichkeitsregister

**HÄUFIGSTE
TODESURSACHEN
AUFGRUND VON
TUMOREN**

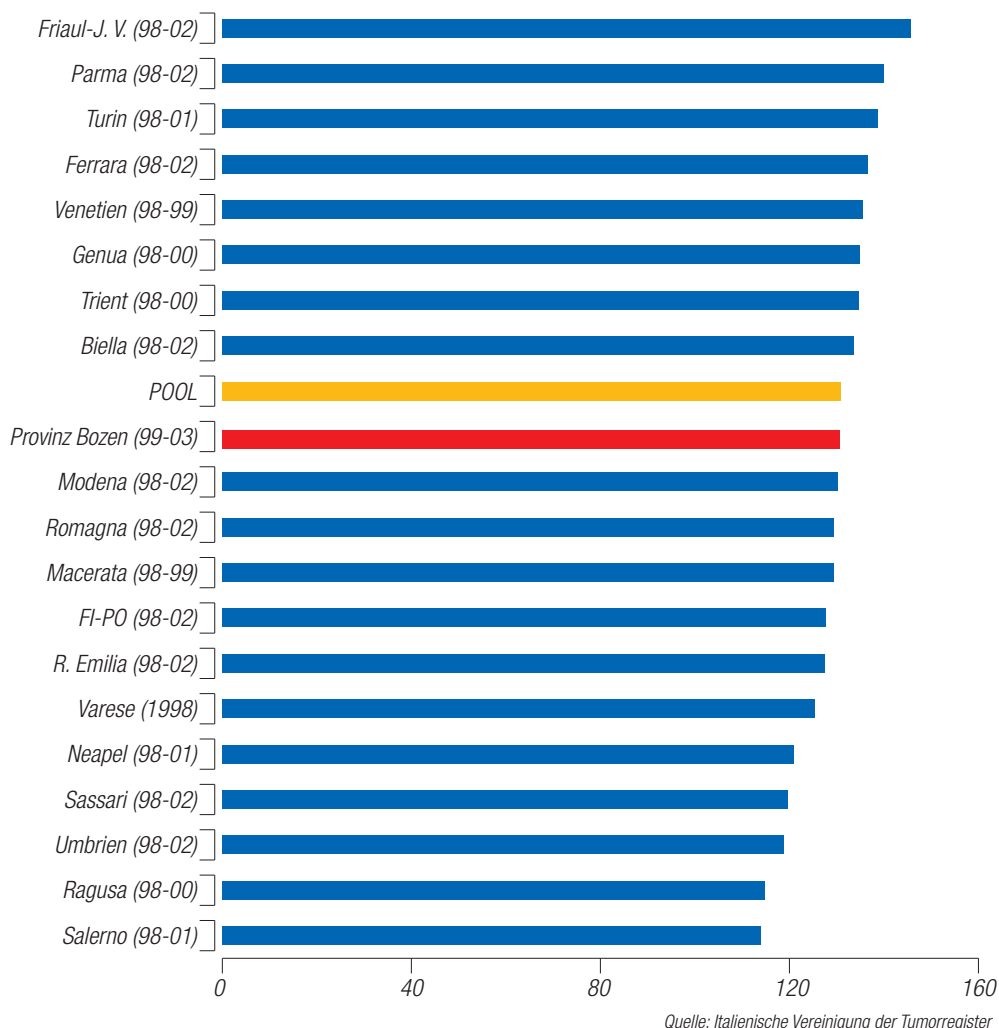
**STERBLICHKEIT
AUFGRUND ALLER
TUMOREN**

Bei den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (629 Todesfälle, was 21,1% der gesamten Todesfälle aufgrund von Neoplasien entspricht), das Kolon-Rektum-Karzinom (338 Todesfälle, 11,3%), das Prostatakarzinom (332 Todesfälle, 11,1%), das Magenkarzinom (248 Todesfälle, 8,3%) und das Leberkarzinom (183 Todesfälle, 6,1%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom die häufigste Todesursache aufgrund von Neoplasien (399 Todesfälle, 16,1%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (329 Todesfälle, 13,3%), vom Lungenkarzinom (220 Todesfälle, 8,9%), vom Magenkarzinom (209 Todesfälle, 8,5%) und vom Pankreaskarzinom (191 Todesfälle, 7,7%).

Insgesamt liegt die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren in der männlichen Bevölkerung Südtirols in den Jahren 1999-2003 (231,3 Todesfälle pro 100.000) an unterer Stelle in der Rangliste der standardisierten Raten der italienischen Tumorregister. Auf gesamtstaatlicher Ebene schwanken die standardisierten Raten für die Männer zwischen 281,7 pro 100.000 (Venetien) und 207,8 pro 100.000 (Ragusa). Im Vergleich der Sterblichkeitsraten bei Frauen liegt Südtirol mit 130,7 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 145,6 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**

3.5. ATEMWEGERKRANKUNGEN

Die Atemwegerkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache. Die Zahl der an chronischer Bronchitis Leidenden beträgt nach den Daten der Mehrzweckerhebung 2003 3,6% in der männlichen Bevölkerung und 2,6% in 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 (Tabakkonsum, Luftverschmutzung, Atemwegsinfektionen im Kindesalter) oder individuellen genetischen Ursprungs sein.

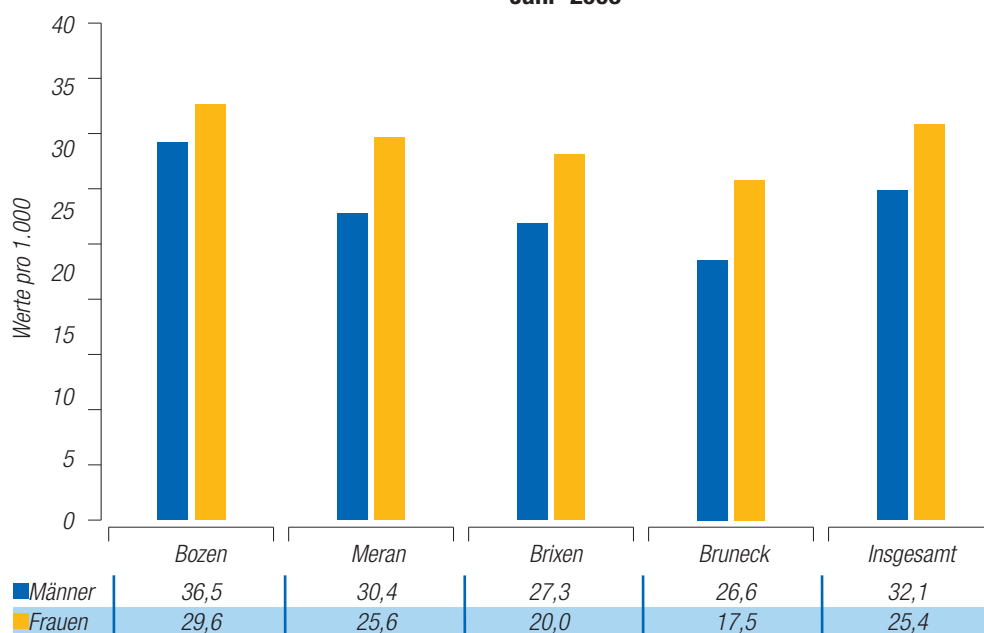
Rauchen ist der wichtigste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20% der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden Atmungsinsuffizienz.

CHRONISCHE BRONCHOPATHIEN

Die Prävalenz der in Südtirol aus dem Mapping-Projekt der chronischen Krankheiten hervorgehenden chronischen Bronchopathien des Jahres 2006 entspricht 28,7 Fällen pro 1.000 Einwohner (32,1 unter den Männern und 25,4 unter den Frauen), mit einem Altersdurchschnitt der Kranken von 53,3 Jahren für die Männer und 55,6 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**
- Jahr 2006



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen von Einwohnern mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose betrugen im Jahr 2006 5.946, mit einer Hospitalisierungsrate von 1.442,1 pro 100.000 Männer und 1.022,3 pro 100.000 Frauen. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen sind Pneumonie und Grippe sowohl unter den Männern (971 Aufenthalte) als auch unter den Frauen (707 Aufenthalte). Außerdem sind zahlreiche Aufenthalte aufgrund von chronischen Rachen-Mandelhyperplasien (924 Fälle) und chronischer Bronchitis (695 Fälle) zu vermerken.

Tabelle 9: **Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Atemwegerkrankung - Jahre 2004-2006**

	Aufenthalte 2006	Hospitalisie- rungsrate 2006	Todesfälle 2004	Sterblich- keitsrate 2002-04
MÄNNER				
Akute Infektionen der Atemwege	551	230,5	-	0,3
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	871	364,4	-	-
Pneumonie und Grippe	971	406,2	65	30,1
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	545	228,0	61	27,8
Pneumokoniosen	85	35,6	15	4,7
Sonstige Atemwegerkrankungen	424	177,4	11	4,0
INSGESAMT	3.447	1.442,1	152	66,9
FRAUEN				
Akute Infektionen der Atemwege	458	187,4	1	0,6
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	646	264,3	-	-
Pneumonie und Grippe	707	289,2	72	30,3
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	346	141,5	32	16,7
Pneumokoniosen	51	20,9	15	4,7
Sonstige Atemwegerkrankungen	291	119,0	12	4,9
INSGESAMT	2.499	1.022,3	132	57,2

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv, Landessterblichkeitsregister

Die Pneumonie und Grippe stellen unter den Atemwegerkrankungen die häufigste Todesursache (30,1 pro 100.000 für die Männer im Zeitraum 2002-2004 und 30,3 pro 100.000 für die Frauen). Die chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten sind die zweithäufigste Todesursache, vor allem für die Männer, für welche sie bis zum Jahr 2001 die erste Todesursache waren.

Abbildung 20: Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen, Männer - Jahre 1995-2004

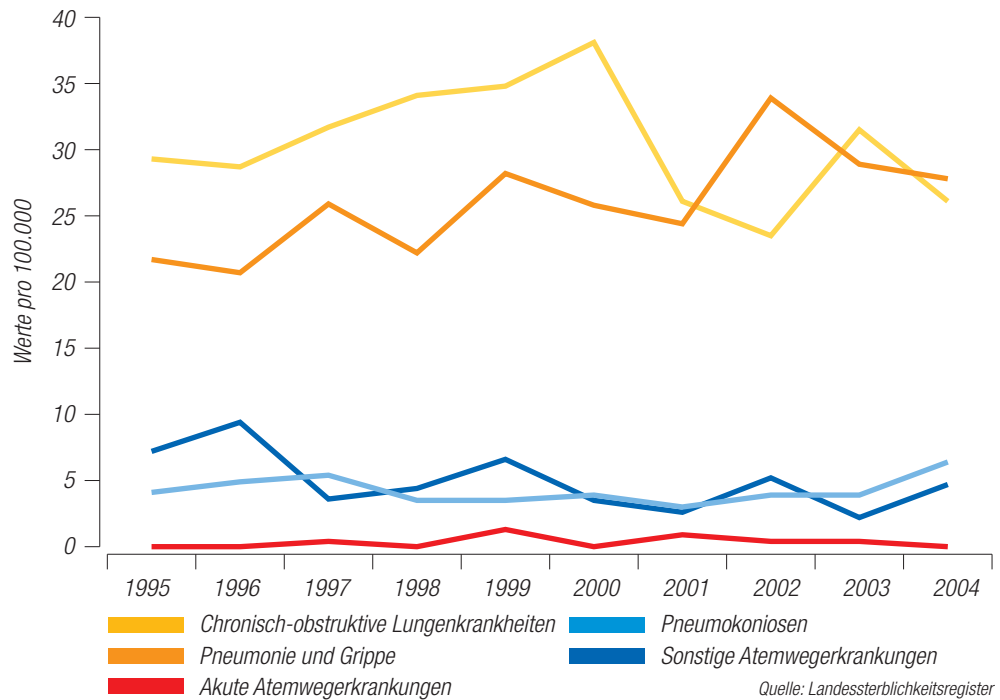
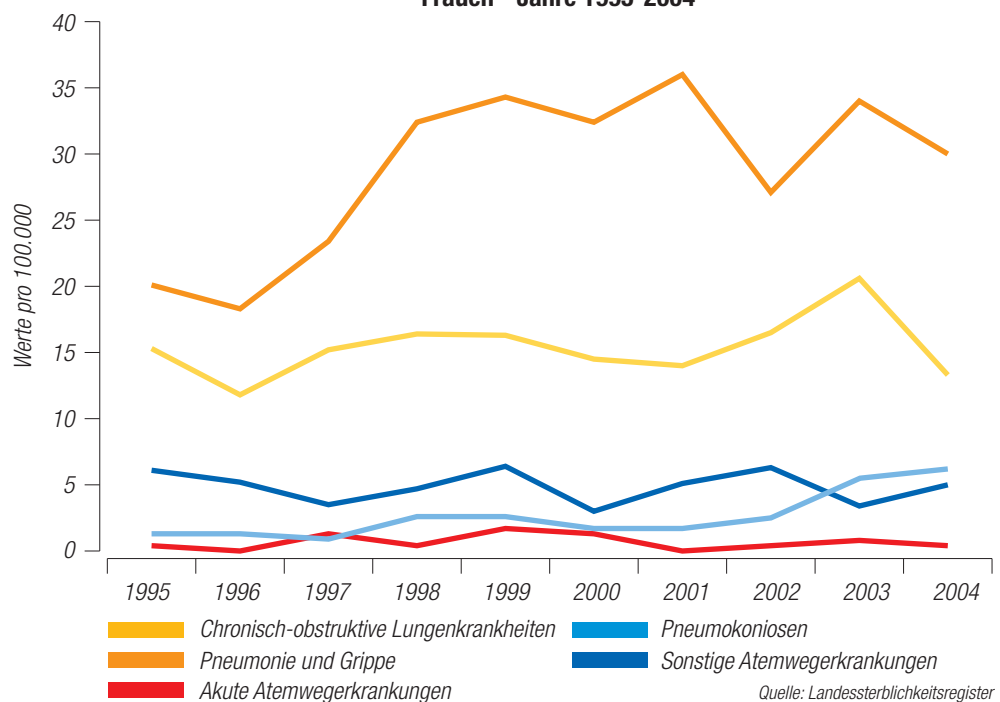


Abbildung 21: Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen, Frauen - Jahre 1995-2004



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 Rekurrenzfieber, 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, Brucellose, 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 die 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, die Zoonosen und die nicht genannten Krankheiten gehören der Klasse V an.

Die im Jahr 2006 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 1.803 Fällen, was einer Inzidenz von 372,9 pro 100.000 Einwohner entspricht.

MELDUNG DER INFektions- KRANKHEITEN

Tabelle 10: **Gemeldete Fälle von Infektionskrankheiten und Raten pro 100.000 Einwohner - Jahr 2006**

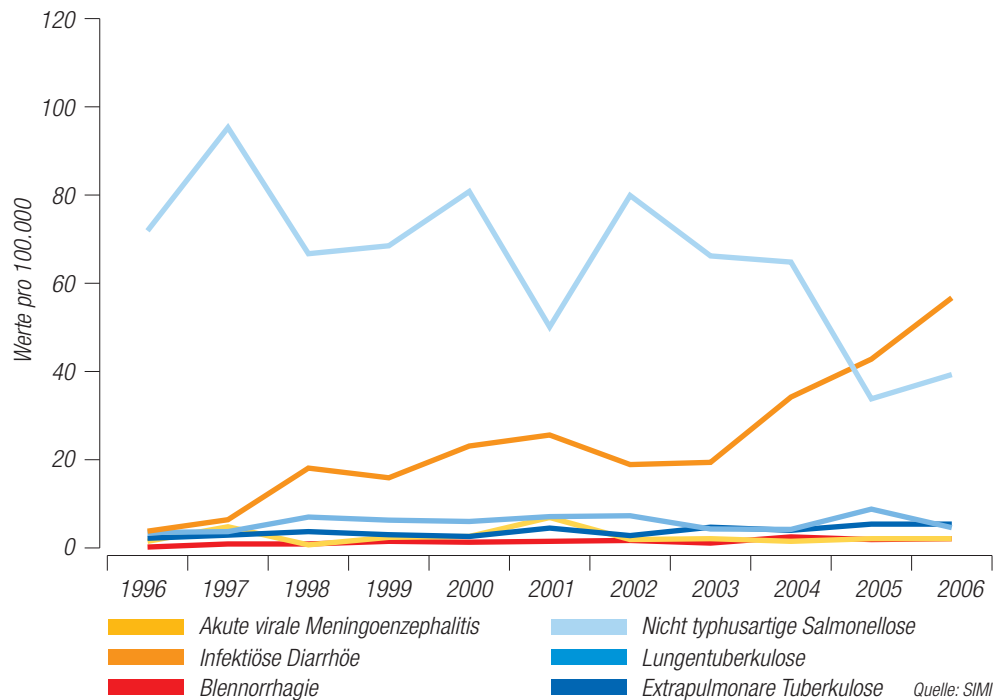
	<i>Meldungen</i>	<i>Meldungen pro 100.000</i>
<i>Blennorrhagie</i>	9	2,1
<i>Infektiöse Diarrhöe</i>	274	56,7
<i>Virushepatitis A</i>	13	2,7
<i>Virushepatitis B</i>	9	1,9
<i>Virushepatitis C</i>	1	0,2
<i>Typhusfieber</i>	1	0,2
<i>Legionellose</i>	4	0,8
<i>Meningokokkenmeningitis</i>	1	0,2
<i>Akute virale Meningoenzephalitis</i>	10	2,1
<i>Masern</i>	14	2,9
<i>Epidemischer Mumps</i>	37	7,7
<i>Keuchhusten</i>	50	10,3
<i>Röteln</i>	13	2,7
<i>Nicht typhusartige Salmonellose</i>	190	39,3
<i>Scharlach</i>	668	138,2
<i>Syphilis</i>	8	1,7
<i>Windpocken</i>	1.803	372,9
<i>Leptospirose</i>	1	0,2
INSGESAMT KLASSE II	3.107	642,6
<i>Lungentuberkulose</i>	11*	4,6
<i>Extrapulmonäre Tuberkulose</i>	13*	5,4
INSGESAMT	24*	9,9

* Erste 6 Monate des Jahres 2006

Quelle: SIMI

Nach den epidemischen Spitzenwerten der Jahre 1997 und 1999 wurden in Südtirol keine Masernepidemien mehr verzeichnet, was auch den in den letzten Jahren durchgeführten Impfkampagnen zu verdanken ist. Dasselbe gilt für den Mumps nach der Mumps-epidemie 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 - Jahre 1996-2006**



AUFENTHALTE AUFGRUND VON INFEKTIONS- KRANKHEITEN

2006 wurden 1.781 Krankenhausentlassungen mit einer Infektionskrankheit als primäre Aufenthaltsdiagnose verzeichnet; in 43,4% der Fälle waren die Ursachen Darminfektionen, in 26,8% andere bakterielle Erkrankungen und in 12,2% virale Erkrankungen mit Exanthem. Die Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten betrugen im Jahr 2004 36 mit einem Durchschnitt von 4,5 Todesfällen pro 100.000 Einwohner im Zeitraum 2002-2004. Ein beträchtlicher Teil der Todesfälle erfolgte aufgrund von Sepsis (10 Fälle).

Tabelle 11: **Aufenthalte, Todesfälle und Sterblichkeitsraten aufgrund von Infektionskrankheiten - Jahre 2004-2006**

	Krankenhausentlassungen 2006			Todes- fälle 2004	Sterblich- keitsrate 2002-2004 (x100.000)
	Männer	Frauen	Insges.		
Darminfektionen	356	417	773	5,0	0,4
Tuberkulose	23	14	37	2,0	0,6
Von Tieren übertragene bakterielle Erkrankungen	3	-	3	-	-
Sonstige bakterielle Erkrankungen	244	234	478	19,0	2,4
HIV/AIDS	13	9	22	2,0	0,1
Poliomyelitis und andere virale Krankheiten des zentralen Nervensystems	15	8	23	1,0	0,1
Virale Krankheiten mit Exanthem	96	121	217	-	0,1
Viruskrankheiten durch Arthropoden	1	1	2	-	-
Andere Virus- und Chlamydia-Krankheiten	69	56	125	4,00	0,3
Rickettsiose	7	3	10	-	0,1
Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten	3	-	3	-	-
Andere Krankheiten durch Spirochäten	2	-	2	-	-
Mykose	21	11	32	1,00	0,1
Helminthiasen	4	1	5	-	-
Sonstige Infektions- und parasitäre Krankheiten	19	19	38	2	0,2
Folgeerscheinungen von Infektions- und parasitären Krankheiten	4	7	11	-	-
INSGESAMT	880	901	1.781	36	4,5

Quelle: SIMI, Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2005 wurden in Südtirol 248 Fälle von AIDS gemeldet. Die Inzidenz der AIDS-Fälle ist seit 1996 mit einem Wert von 2,1 Fällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 2006 progressiv rückläufig (1,8 pro 100.000 auf gesamtstaatlicher Ebene).

Den gesamtstaatlichen Daten zufolge nimmt das Durchschnittsalter bei der Diagnose von 29 Jahren im Jahr 1985 auf 43 Jahre im Jahr 2006 unter den Männern und von 24 Jahren auf 39 Jahre unter den Frauen zu. Ansteigend ist außerdem der Anteil der Fälle, die heterosexuellen Kontakten zuzuschreiben sind, welche seit 2002 die häufigste Übertragungsmodalität darstellen (43,8% der Fälle im Zweijahreszeitraum 2005-2006), gefolgt von der Risikogruppe der Drogenabhängigen (27,9%) und Homo-/Bisexuellen (20,9%).

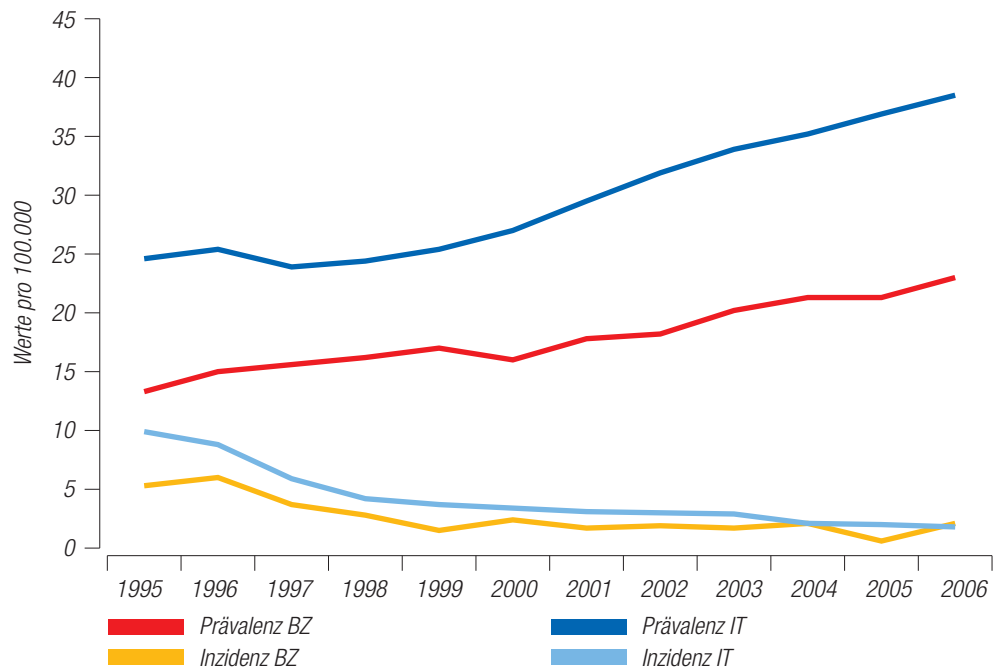
Die neuen HIV-Infektionen machten 2005 in Südtirol einen Anteil von 3,7 pro 100.000 Einwohner aus (4,1 im Jahr 2004).

AIDS

WAS SIND SELTENE KRANKHEITEN

VERSORGUNGSNETZ

Abbildung 23: Inzidenz- und Prävalenzraten von AIDS. Südtirol und Italien - Jahre 1995-2006



3.7. SELTENE KRANKHEITEN

Die seltenen Krankheiten werden aufgrund einer niedrigen Prävalenz in der Bevölkerung definiert; 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 schmerzhaft Erfahrung: jene der Krankheit selbst und jene des Sich-Selbst-Überlassenseins, was auf die wenigen 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).

Mit DM 279/2001 wurde das nationale Versorgungsnetz für die seltenen Krankheiten eingeführt; die Regionen haben die Aufgabe, es zu planen und zu verwalten. Südtirol unterzeichnete mit den Regionen Venetien, Friaul-Julisch Venetien und der Autonomen Provinz Trient ein Abkommen, um im Gebiet des Triveneto 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 Tätigkeit-

en, welche die in das Projekt einbezogenen Verwaltungen umsetzen wollen.

Anhand der Untersuchung der KEB von 2002 bis 2004 konnte die Anzahl der von seltenen Krankheiten betroffenen Patienten in Südtirol auf rund 2.600 geschätzt werden. 2006 zählten die aktiven Ticket-Befreiungen aufgrund seltener Krankheiten wenig mehr als 1.340 Personen für insgesamt über 100 verschiedene Krankheiten, was beweist, dass nicht alle von diesen Krankheiten betroffenen Patienten um die Ticket-Befreiung ansuchen. Die häufigste Ticket-Befreiung aufgrund einer seltenen Krankheit war im Jahr 2006 in Südtirol jene für Keratokonus (Verwölbung der Hornhaut). Auch die Ticket-Befreiungen für die zöliakische Sprue nahmen in den letzten Jahren ständig zu, weshalb das Gesundheitsministerium beschloss, mit einem spezifischen Gesetz einzugreifen und sie nicht mehr in die seltenen Krankheiten einzustufen. 2006 wurden 487 Ticket-Befreiungen aufgrund von zöliakischer Sprue verzeichnet, 75,3% davon für Frauen. In Bezug auf die 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.

EINIGE DATEN

Tabelle 12: **Häufigste Ticket-Befreiungen aufgrund von aktiven, seltenen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2006**

Seltene Krankheit	Männer	Frauen	Insgesamt	Durchschn. Alter
Angeborene Alterationen des Eisenstoffwechsels	101	21	122	51,8
Vererbte Anämien	17	18	35	35,4
Angeborener Mangel an Alpha-1-Antitrypsin	25	29	54	30,0
Keratokonius	102	67	169	37,7
Nicht differenzierte Konnektivitis	7	53	60	49,9
Dermatomyositis	12	18	30	50,5
Vererbte Koagulopathien	46	25	71	38,8
Netzhaut-Dystrophie	28	28	56	45,8
Primäre Immunsuffizienzen	17	20	37	34,9
Neurofibromatose	18	25	43	34,2
Dysplastischer Nävuszellnävus	44	47	91	35,2
Angeborene adrenogenitale Syndrome	17	25	42	26,3
Sonstige Befreiungen aufgrund seltener Krankheiten	230	304	534	39,3
INSGESAMT	664	680	1.344	39,5

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 geleitet oder genutzt 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 technische Koordinierung und Verwaltung der operativen Einheiten für die therapeutische Kontinuität und Einheitlichkeit der Planung und Umsetzung der Therapiepläne sowie der Wiedereingliederung des Patienten in die Gesellschaft sorgt. Die Einrichtungen des psychiatrischen Netzes unterscheiden sich durch den Patiententyp und ihre Funktion.

ZGG-PATIENTEN

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

2006 wurden 6.766 Personen von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes versorgt (ausgeschlossen Meran), was 18,9 pro 1.000 Einwohner entspricht. Die geringste Patientenprävalenz verzeichnet das ZGG von Bozen (16,1 pro 1.000), die höchste das ZGG von Bruneck (24,3 pro 1.000).

Abbildung 24: Von den ZGG versorgte Patienten pro 1.000 Einwohner nach Sanitätsbetrieb. Südtirol - Jahre 1999-2006

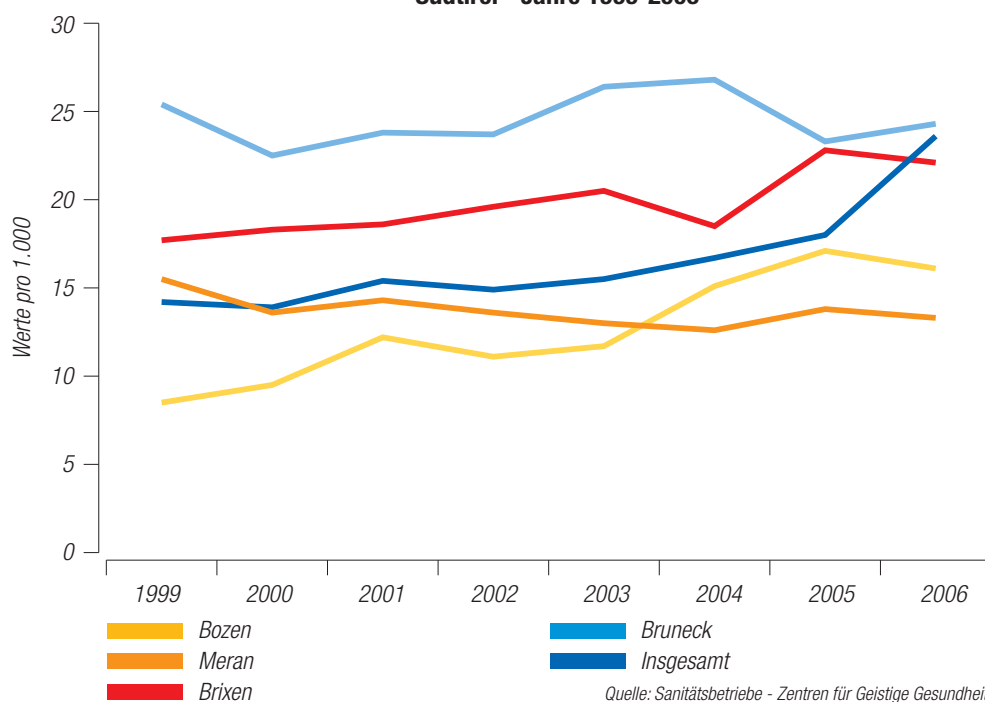


Tabelle 13: Von den ZGG erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Zugunsten des Patienten erbrachte Leistungen				
Psychiatrische Untersuchungen	145.557	6.516	7.308	4.327
Klinisch-psychologische Gespräche	2.995	1.472	12	1.206
Gespräche (mit anderen Berufsbildern)	4.060	47.015	n.d.	8.600
Beratung in Krankenhausabteilungen	1.118	112	755	612
Rechtsmedizinische Ermittlungen	315	n.d.	n.d.	39
Psychologisch- oder sozial-rechtliche Ermittlungen	n.d.	462	n.d.	n.d.
Standardisierte Bewertung mittels Test	302	n.d.	6	66
Individuelle Psychotherapie	3.542	1.472	2.638	5.637
Partnerpsychotherapie	107	n.d.	n.d.	n.d.
Familienpsychotherapie	380	69	23	431
Gruppenpsychotherapie	501	1.206	130	374
Verabreichung von Medikamenten	1.498	29.892	5.015	8.629
Zugunsten der Familie erbrachte Leistungen				
Gespräche mit Familienangehörigen	1.192	2.143	n.d.	12.000
Individuelle Aufklärungs- und psychotherapeutische Erziehungsmaßnahmen für die Familie	112	n.d.	n.d.	2.000
Gruppen-Aufklärungs- und psychotherapeutische Erziehungsmaßnahmen für die Familie	82	n.d.	24	300
Behandlungsintegration mit anderen Diensten	n.d.	4.518	n.d.	
Versammlungen - Treffen mit dem Allgemeinmediziner und anderen sozio-sanitären Einrichtungen	2.771	n.d.	876	610
Rehabilitation				
Individuelle Maßnahmen bez. Grundfähigkeiten	26.824	16.791	n.d.	22.000
Gruppen-Maßnahmen bez. Grundfähigkeiten	2.240	n.d.	n.d.	1.200
Individuelle Resozialisationsmaßnahmen	12.258	n.d.	n.d.	18.000
Gruppen-Resozialisationsmaßnahmen	3.040	n.d.	n.d.	2.400
Aufenthalte - Ferien - Ausflüge	218	n.d.	n.d.	1.810
Individuelle expressive, praktisch-manuelle und motorische Maßnahmen	2.014	2.368	n.d.	395
Expressive, praktisch-manuelle und motorische Gruppenmaßnahmen	2.118	n.d.	n.d.	1.682
Berufliche Aus-/Weiterbildung	2.286	n.d.	n.d.	n.d.
Sozialfürsorgliche Tätigkeiten				
Unterstützungsmaßnahmen bei alltäglichen Tätigkeiten	2.512	2.406	n.d.	28.000
Maßnahmen bei sozialen und verwaltungsrechtlichen Problemen	9.252	13	n.d.	1.100
Maßnahmen zugunsten des sozialen Umfelds des Patienten	19.776	n.d.	n.d.	2.800

Quelle: Sanitätsbetriebe - Zentren für Geistige Gesundheit

2006 wurden insgesamt 3.421 Patienten mit psychiatrischer Primärdiagnose aus Landeskrankenanstalten entlassen, was 707,6 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Auch im Fall der Krankenhausentlassungen überwiegen die Diagnosen der affektiven Psychosen (26,7%), gefolgt vom Alkoholabhängigkeitssyndrom (13,8%), den neurotischen Störungen (10,9%) und den schizophrenen Psychosen (9,3%).

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

**PATIENTEN DER
PSYCHOLOGISCHEN
DIENSTE**

Tabelle 14: Krankenhausentlassungen nach psychiatrischen Diagnosen - Jahr 2006

	Fälle	Rate pro x 100.000
Organische senile und präsenile psychotische Zustände	281	58,1
Alkoholpsychosen	81	16,8
Medikamentenpsychosen	26	5,4
Vorübergehende organische psychotische Zustände	48	9,9
Sonstige organische psychotische Zustände	28	5,8
Schizophrene Psychosen	318	65,8
Affektive Psychosen	915	189,3
Wahnsinnszustände	29	6,0
Sonstige, nicht organische Psychosen	114	23,6
Psychosen mit spezifischem Ursprung in der Kindheit	7	1,4
Neurotische Störungen	373	77,2
Persönlichkeitsstörungen	152	31,4
Abweichendes Sexualverhalten und sexuelle Störungen	1	0,2
Alkoholabhängigkeitssyndrom	471	97,4
Medikamentensucht	51	10,5
Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit	206	42,6
Somatische Funktionsstörungen	40	8,3
Besondere Symptome oder Syndrome	81	16,8
Akute Reaktion auf Stresssituationen	26	5,4
Anpassungsreaktionen	95	19,6
Spezifische psychische Störungen	12	2,5
Nicht klassifizierte depressive Störungen	12	2,5
Verhaltensstörungen	15	3,1
Emotivitätsstörungen	2	0,4
Kindliches Hyperkinesesyndrom	4	0,8
Spezifische Retardierung der Entwicklung	2	0,4
Mit sonstigen, anderswo klassifizierten Krankheiten zusammenhängende psychische Faktoren	1	0,2
Leichte Oligophrenie	16	3,3
Sonstige spezifizierte Oligophrenien	6	1,2
Nicht spezifizierte Oligophrenie	8	1,7
INSGESAMT	3.421	707,6

Quelle: Sanitätsbetriebe - Zentren für Geistige Gesundheit

Im Jahr 2006 wurden von den Psychologischen Diensten 7.476 Patienten versorgt, 41,7% davon waren neue Patienten. Präventionsleistungen ausgenommen wurden insgesamt 59.938 Leistungen erbracht, d. h. durchschnittlich 8,0 pro Patient.

Tabelle 15: Von den Psychologischen Diensten versorgte Patienten nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Patienten	Davon neue Patienten	Patienten pro 1.000 Einwohner
Bozen	2.687	1.030	12,5
Meran	2.240	1.080	17,8
Brixen	1.260	500	18,2
Bruneck	1.289	505	17,7
INSGESAMT	7.476	3.115	15,5

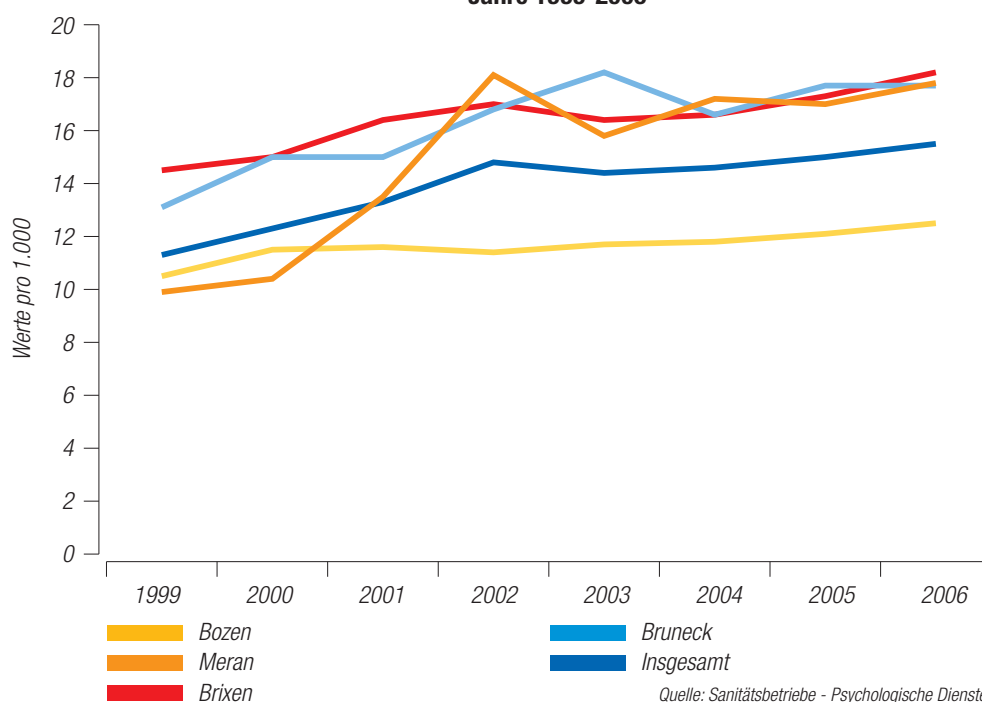
Quelle: Sanitätsbetriebe - Psychologische Dienste

Tabelle 16: Von den Psychologischen Diensten erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Diagnostische Auswertung	5.114	5.766	2.026	4.070	16.976
Psychologische Beratung	7.154	8.176	4.753	4.358	24.441
Psychotherapie	5.925	1.897	3.045	2.320	13.187
Falldiskussion/Interdisziplinär- besprechungen	2.038	1.532	1.246	518	5.334
Prävention	1.250	1.510	826	657	4.243
INSGESAMT	21.481	18.881	11.896	11.923	64.181

Quelle: Sanitätsbetriebe - Psychologische Dienste

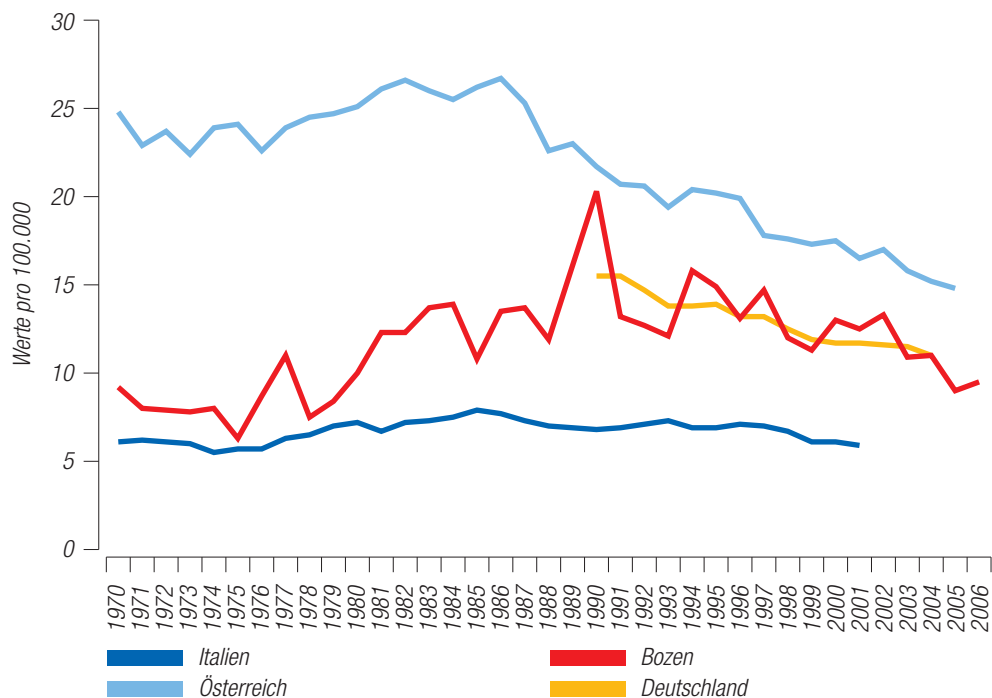
Abbildung 25: Von den Psychologischen Diensten versorgte Patienten nach Sanitätsbetrieb - Jahre 1999-2006



Im Zehnjahreszeitraum 1995-2004 gab es in Südtirol 584 Suizidfälle, was einer durchschnittlichen Rate von 12,6 pro 100.000 Einwohner entspricht. Nach einer Spitze von 20,3 Fällen pro 100.000 im Jahr 1990 ist die Entwicklung progressiv rückläufig und nähert sich den Durchschnittswerten Deutschlands und liegt zwischen den gesamtstaatlichen und österreichischen Daten.

SUIZIDE

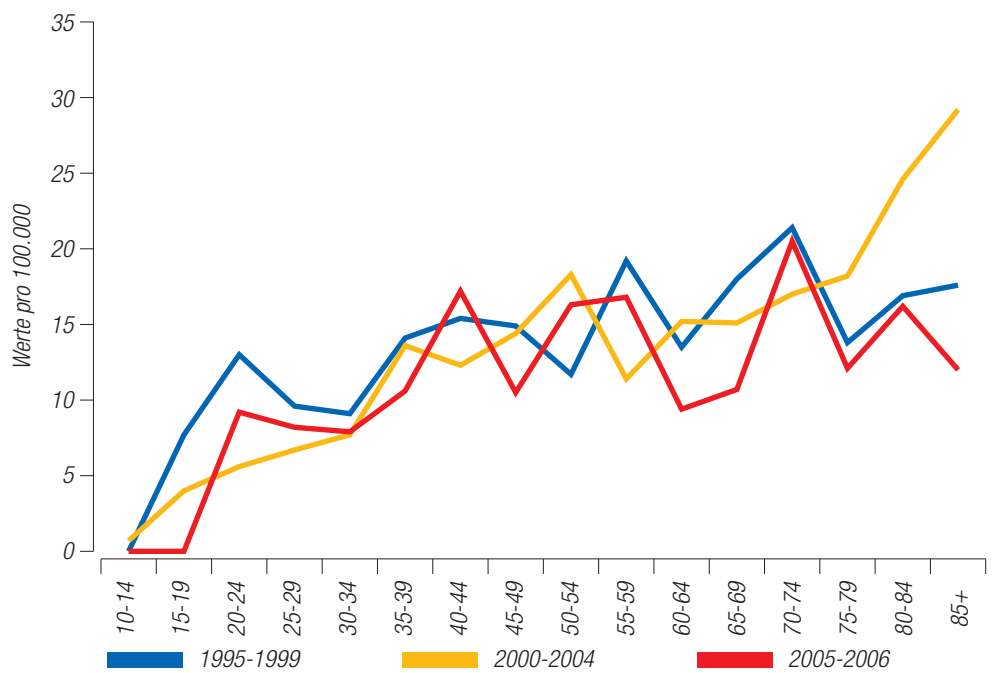
Abbildung 26: Selbstmordrate in angrenzenden Gebieten. Jahre 1970-2006



Männer sind dem Suizidrisiko 4 mal stärker ausgesetzt als Frauen.

Das Selbstmordrisiko scheint sich im Laufe der Zeit in den jüngeren Altersklassen zu vermindern, unter der älteren Bevölkerung jedoch zu erhöhen.

Abbildung 27: Selbstmordrate nach Altersklassen in verschiedenen Zeiträumen



3.9. UNFÄLLE

3.9.1. Verkehrsunfälle

2006 ereigneten sich in Südtirol 1.255 Verkehrsunfälle, in denen 53 Menschen ums Leben kamen und 1.641 verletzt wurden. In absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Zahl der Verkehrsunfälle um 13,4% gegenüber 2005 und um 39,1% in den letzten 5 Jahren gesunken. Auch die Zahl der Toten und Verletzten ist rückläufig: die Zahl der Toten um 24,3% gegenüber 2005 und um 39,8% in den letzten 5 Jahren, die Zahl der Verletzten um 12,0% gegenüber 2005 und um 38,6% in den letzten 5 Jahren. Die meisten Unfälle spielten sich auf Staatstraßen (39,9%) und Gemeindestraßen (38,2%) ab.

Die Ausgänge der Verkehrsunfälle unterscheiden sich je nach Art der Straße. 45,3% der Todesfälle ereigneten sich auf Staatstraßen, 20,8% auf Landesstraßen und 18,9% auf Gemeindestraßen. 45,1% der Verletzten waren in einen Unfall auf Staatsstraßen, 32,1% auf Gemeindestraßen und 13,8% auf Landesstraßen verwickelt.

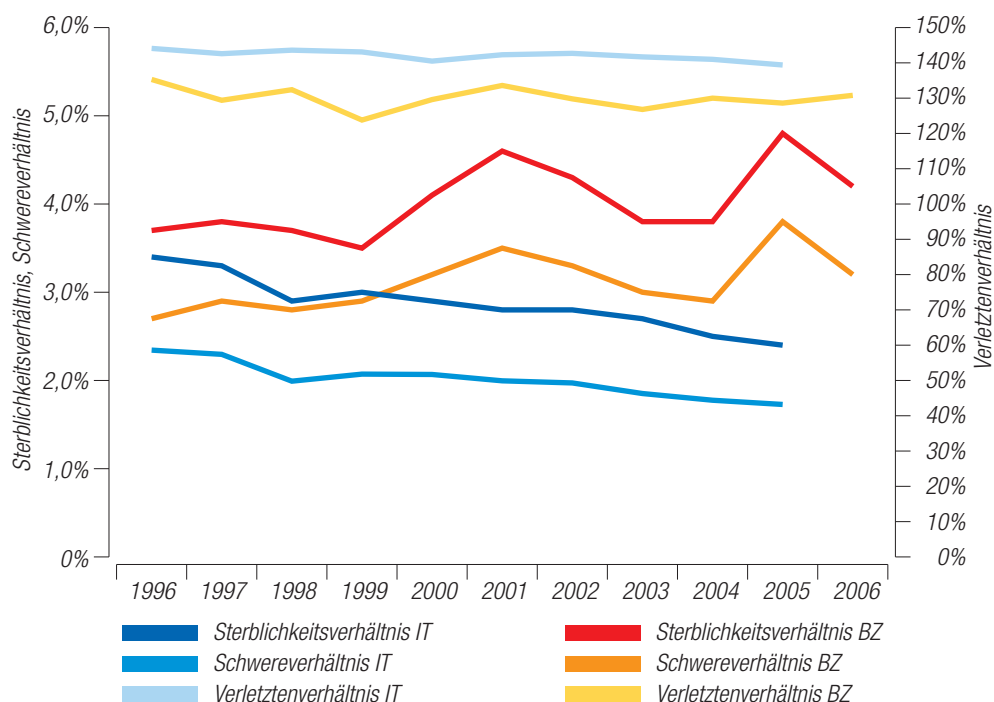
Das Schwereverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Verletzten) ist höher auf Gemeindestraßen außerhalb der Stadtzentren (8,5%) und geringer in Stadtzentren (1,9%). Eine analoge Situation ergibt sich für das Sterblichkeitsverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Unfälle), das höher für die Unfälle auf Straßen außerhalb der Stadtzentren (9,4%) und geringer auf Straßen in Stadtzentren (2,2%) ausfällt. Das Verletztenverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Verletzten und der Zahl der Unfälle) ist auf der Autobahn höher (147,5%) und auf den Gemeindestraßen geringer (116,6%).

Das Schwere- und Sterblichkeitsverhältnis liegt 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, ergibt 1,28 Millionen Euro für jede in einem Verkehrsunfall verstorbene Person und 24.700 Euro für jede in einem Verkehrsunfall verletzte Person an. Im Jahr 2006 ergeben die Unfälle in Südtirol einen Gesamtschätzwert der sozialen Kosten von 108,5 Millionen Euro, davon 40,6 Millionen aufgrund der Verletzungen in Verkehrsunfällen und 67,9 Millionen aufgrund der Verkehrstoten. Pro Einwohner können die Kosten der Verkehrsunfälle im Jahr 2006 auf 224,4 Euro geschätzt werden.

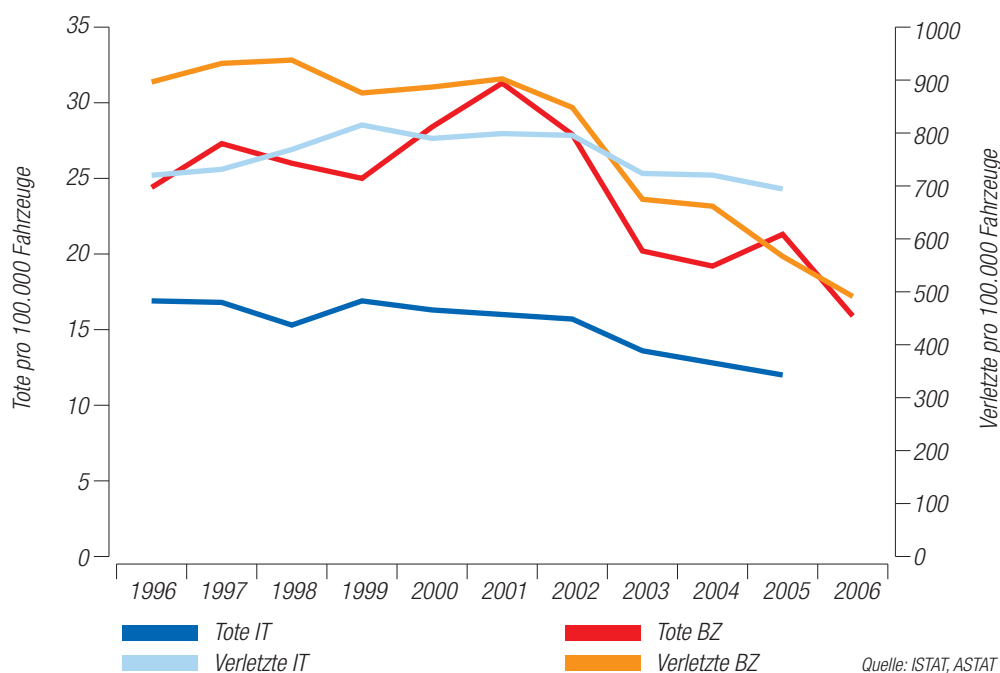
AUSGÄNGE DER VERKEHRSunFÄLLE

Abbildung 28: Sterblichkeits-, Schwere- und Verletztenverhältnis der Verkehrsunfälle. Südtirol und Italien - Jahre 1996-2006



Die Zahl der Todesfälle, bezogen auf den Fahrzeugbestand des Jahres 2006, betrug 15,9 pro 100.000 Fahrzeuge, während die Verletztenzahl 491,2 pro 100.000 Fahrzeuge betrug. Der Indikator liegt im Vergleich zu jenem der Toten über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (Jahr 2005), der Indikator der Verletzten für das Jahr 2005 hingegen darunter.

Abbildung 29: Tote und Verletzte pro Verkehrsunfall in Bezug auf den Fahrzeugbestand. Südtirol und Italien - Jahre 1996-2006



3.9.2. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

2006 wurden insgesamt 17.544 Arbeitsunfälle gemeldet (+1,0% gegenüber 2005), 12 davon mit tödlichem Ausgang (wie 2005), sowie 282 Berufskrankheiten im produzierenden Gewerbe (diesbezügliche Daten für die Landwirtschaft stehen nicht zur Verfügung).

85,2% der Arbeitsunfälle und 8 der 12 tödlichen Unfälle ereigneten sich im produzierenden Gewerbe, die restlichen 4 Todesfälle in der Landwirtschaft.

Vergleicht man für den Dreijahreszeitraum 2002-04 die Südtiroler Daten mit jenen der anderen Regionen Italiens, so stellt man fest, dass in Südtirol die Häufigkeit der entschädigten Vorfälle gegenüber der Zahl der Meldungen (37,67 pro 1.000) über den gesamtstaatlichen Mittelwerten liegt (32,21 pro 1.000).

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

Im Jahresdurchschnitt verlor auf Landesebene jeder Arbeitnehmer im Dreijahreszeitraum 2002-04 infolge eines Arbeitsunfalls 3,04 Arbeitstage. Der Schweregrad der in Südtirol gemeldeten Arbeitsunfälle liegt über den nationalen Durchschnittswerten (2,92).

BIBLIOGRAPHIE

Regione Piemonte. *La Salute in Piemonte*, 2000.

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

Istituto Superiore di Sanità. *Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV*. Dicembre 2005.

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. *Annuario statistico 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 2,6 pro 1.000; sie liegt unter dem nationalen Durchschnitt und gehört zu den niedrigsten Europas.

Die Geburtenrate (11,2 pro 1.000) zählt zu den höchsten Italiens.

6,3% der Neugeborenen hatten bei der Geburt ein niedriges oder sehr niedriges Gewicht.

2006 wurden 92 angeborene Missbildungen in Neugeborenen gezählt.

Die Zahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr betrug im Jahr 2006 17. Die Kindersterblichkeitsrate (3,1 pro 1.000) ist eine der niedrigsten Italiens.

67% der Todesfälle im Kindesalter ereignen sich im ersten Lebensmonat, was den großen Einfluss der endogenen Mortalitätsfaktoren bestätigt.

Die Sterblichkeitsrate zwischen 1 und 14 Jahren entspricht in etwa den gesamtstaatlichen Daten.

Die Impfdeckungen im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2004 verzeichnen auf Landesebene Werte unter dem optimalen Wert von 95%: 89,9% für Kinderlähmung, 89,6% für Diphtherie-Tetanus, 89,1% für Hepatitis B, 65,9% für Masern und 89,0% 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.

71,2% der alten Menschen leiden mindestens an einer chronischen Krankheit: 52,1% an Hypertonie, 30,0% an Kardiopathien, 12,7% an Diabetes.

Die Hospitalisierungsraten der älteren Bevölkerung sind gegenüber den Vorjahren rückläufig und betragen 393,1 pro 1.000 für die über 64-Jährigen und 528,8 pro 1.000 für die über 74-Jährigen.

Beim Gesundheitsschutz der Bevölkerung müsste vor allem den Risikogruppen, die höheren Gefahren ausgesetzt sind, 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 eingegriffen werden kann: und zwar durch eine bessere qualifizierte Versorgung, bessere pharmakologische Behandlungen und Ausbildung der Bediensteten sowie durch einfache Präventionsmaßnahmen in den ersten Lebensjahren 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 können aufgrund epidemiologischer Daten der Herkunftsbevölkerung, aufgrund der Anpassungspro-

bleme und der Aussetzung anderen gesundheitlichen Risiken in der Zielbevölkerung bestimmt werden. 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. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Gesundheitsindikatoren in Bezug auf die Kinder und älteren Menschen dargelegt. Dem Gesundheitszustand und den gesundheitlichen Bedürfnissen der ausländischen Wohnbevölkerung Südtirols ist das „Ausländerprofil“ im Anhang gewidmet.

4.1. KINDER

Der Schutz des Kindes beginnt bereits vor der Schwangerschaft mit der Prävention von angeborenen Missbildungen, die durch Impfungen (Röteln), Gentests für die risikobehafteten Eltern oder Strategien gegen Nährstoffmängel (Folsäure) erfolgen kann. Fortgesetzt wird der Schutz durch die Betreuung während der Schwangerschaft und bei der Entbindung, um der Frau einen rechtzeitigen Zugang zu den fachärztlichen Behandlungen im Fall von Komplikationen zu gewährleisten.

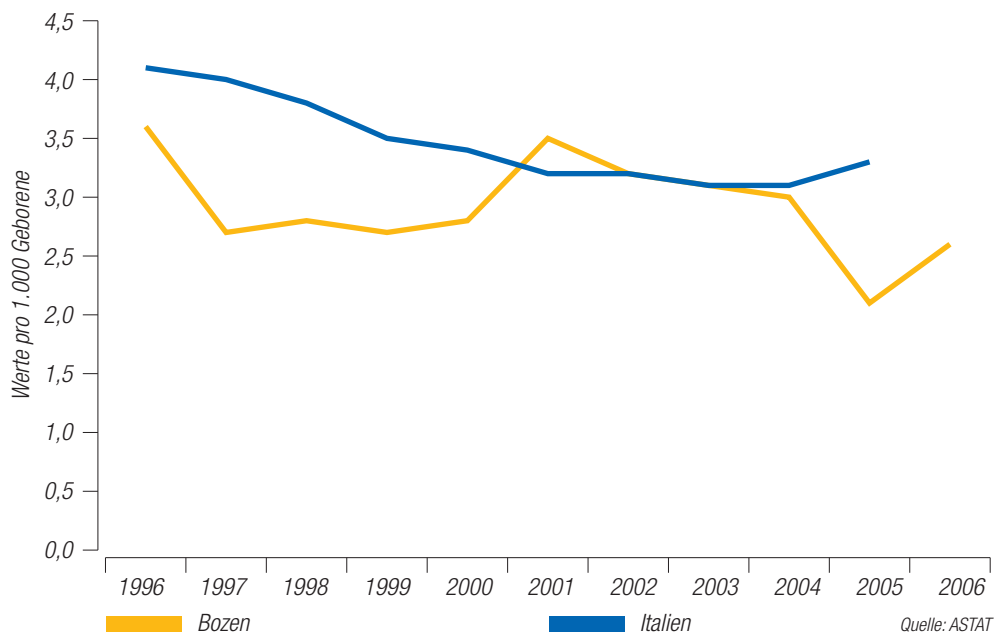
Während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollte die Mutter über die angemessensten Verhaltensweisen für den Schutz des Neugeborenen informiert werden, wie Stillen oder die richtige Schlaflage des Babys.

In der Kindheit erfährt das Kind über die Impfungen den ersten Kontakt mit den gesundheitlichen Präventionsmaßnahmen sowie den ersten Versorgungsbedarf.

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 liegt in Südtirol mit 2,6 Totgeborenen pro 1.000 Geborene im Jahr 2006 (14 Fälle) unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt und gehört zu den niedrigsten in Europa.

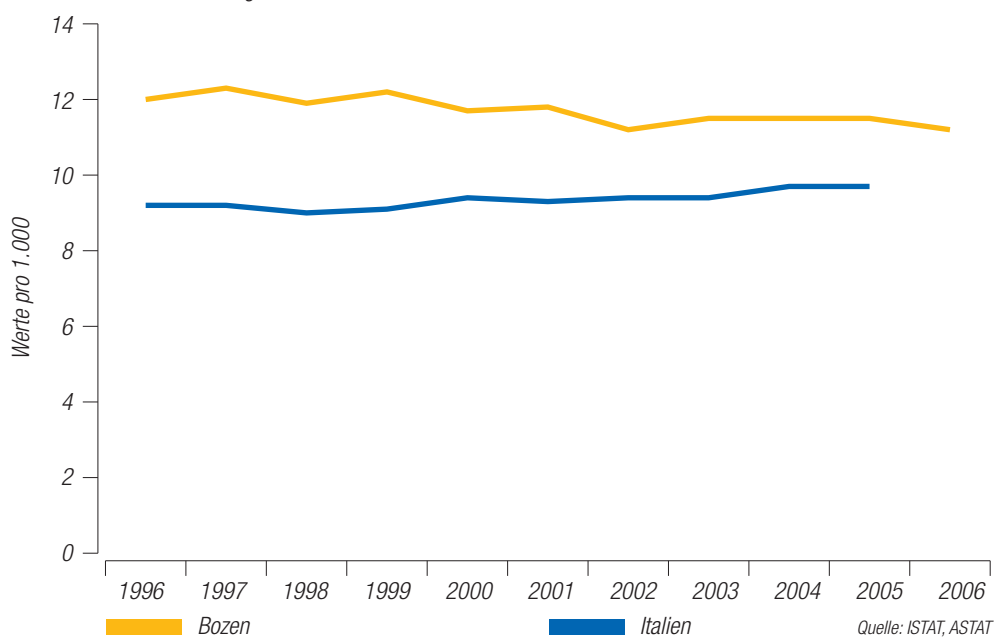
Abbildung 1: Totgeburtenrate. Südtirol und Italien - Jahre 1996-2006



Im Jahr 2006 wurden in der Wohnbevölkerung 5.409 Geburten verzeichnet, was einer Geburtenrate von 11,2 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.

GEBURTENRATE

Abbildung 2: Geburtenrate. Südtirol und Italien - Jahre 1996-2006



GEBURTSWERTE

Die häufigsten, bei Neugeborenen festzustellenden Werte sind ein Gewicht zwischen 3.000 und 3.500 g (42,5%), eine Größe von 50 bis 54 cm (61,4%) und ein Kopfumfang zwischen 35 und 39 cm (50,6%).

Die untergewichtigen Neugeborenen machen 6,3% am Gesamtwert aus: 5,2% mit niedrigem Gewicht, 1,1% mit sehr niedrigem Gewicht.

Tabella 1: **Gewicht, Größe und Kopfumfang der Neugeborenen in der Südtiroler Wohnbevölkerung - Jahr 2006**

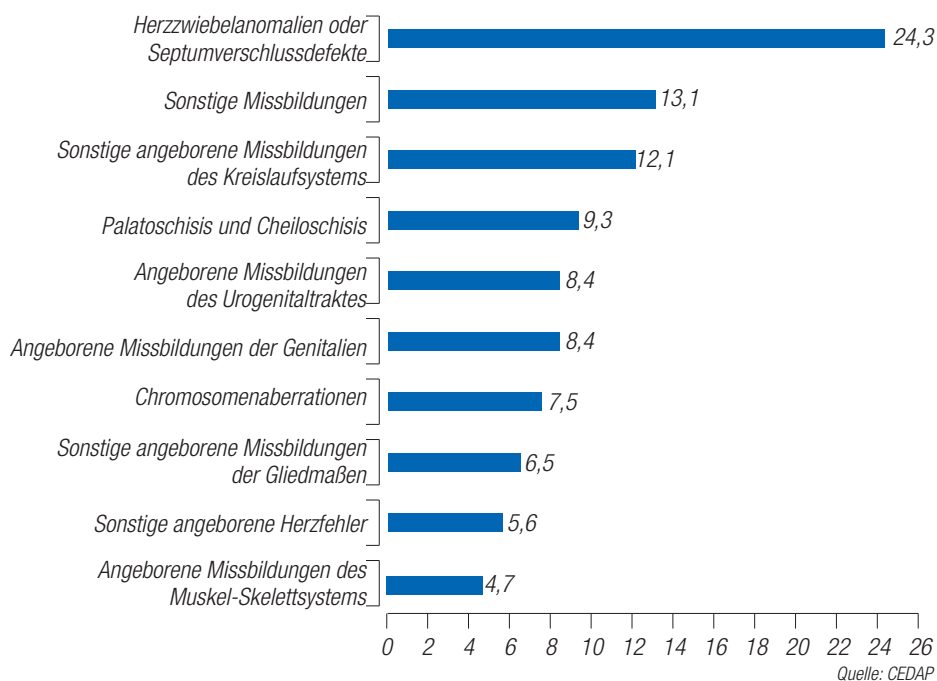
GEWICHT			GRÖSSE			KOPFUMFANG		
Gramm	A. W.	%	Zentimeter	A. W.	%	Zentimeter	A. W.	%
Bis zu 1.499	57	1,1	Bis zu 30	3	0,1	Bis zu 20	1	0,0
1.500-2.499	276	5,2	30-39	45	0,8	20-24	10	0,2
2.500-2.999	1.047	19,8	40-44	105	2,0	25-29	59	1,1
3.000-3.499	2.245	42,5	45-49	1.798	34,0	30-34	2.532	47,9
3.500-3.999	1.345	25,4	50-54	3.245	61,4	35-39	2.672	50,6
4.000-4.999	314	5,9	Über 55	91	1,7	40-44	2	0,0
5.000 +	3	0,1				Über 45	11	0,2

Quelle: CEDAP

ANGEBORENE
MISSBILDUNGEN

Im Jahr 2006 wurden 92 angeborene Missbildungen bei den Neugeborenen in der Südtiroler Wohnbevölkerung verzeichnet (1,9%), 26 davon waren Herzzwielanomalien oder Septumverschlussdefekte (24,3%).

Abbildung 3: **Angeborene Missbildungen bei Neugeborenen in der Südtiroler Wohnbevölkerung - Jahr 2006**



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 damit zu den niedrigsten Italiens.

Im Zeitraum 1995-2006 ereigneten sich 66,9% der Todesfälle im ersten Lebensmonat, 80,5% innerhalb des dritten Monats, was auf den großen Einfluss der endogenen Mortalitätsfaktoren hinweist.

Unter den Ursachen der Kindersterblichkeit überwiegen die perinatalen Erkrankungen (59,6% der Fälle im Zeitraum 1995-2004): in 34,1% der Fälle ist der Tod auf eine kurze Schwangerschaft oder auf ein niedriges Gewicht bei der Geburt, in 5,8% der Fälle auf ein Atemnotsyndrom, in 5,8% auf eine intrauterine Hypoxie oder auf eine Asphyxie bei der Geburt zurückzuführen. Die angeborenen Missbildungen sind in 23,3% der Fälle Ursache für den Tod (in 9,9% der Fälle sind es Herzfehler, in 4,5% Chromosomenaberrationen), während in 3,6% die Todesursache eine Infektionskrankheit ist.

Im Jahr 2006 wurden (die gesunden Lebendgeborenen ausgeschlossen) 2.116 Krankenhausentlassungen aus Abteilungen für Akutkranke von ansässigen Kindern im ersten Lebensjahr verzeichnet (391,2 pro 1.000 Lebendgeborene), 43,1% davon aufgrund von perinatalen Erkrankungen, 15,1% aufgrund von Krankheiten der Atemwege, 6,6% aufgrund von angeborenen Missbildungen und 6,0% wegen Infektions- und parasitären Krankheiten.

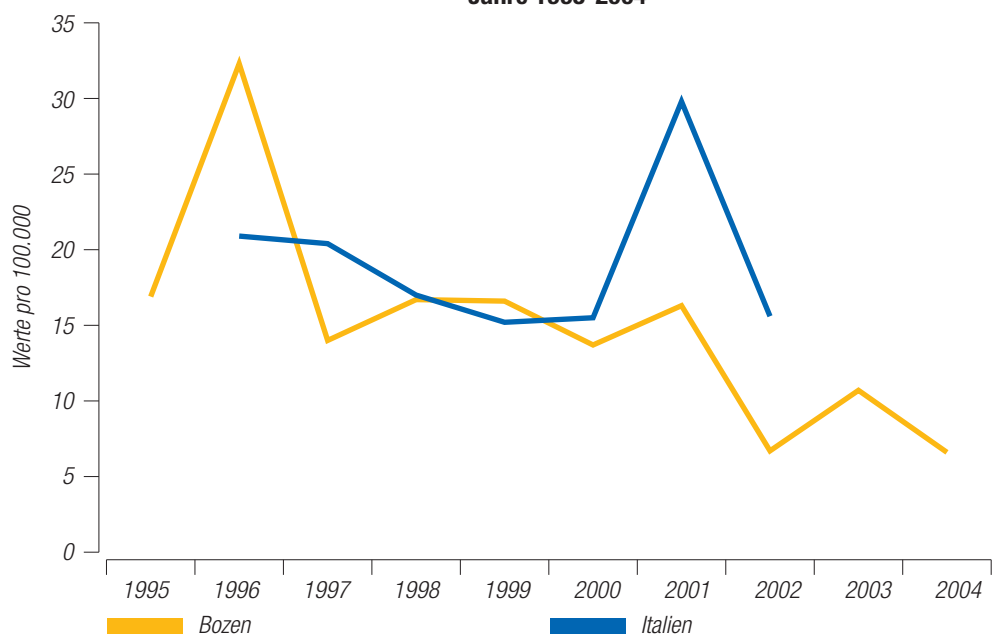
Im Jahr 2004 wurden in Südtirol 5 Todesfälle (6,6 pro 100.000) in der 1-14-jährigen Bevölkerung verzeichnet, gegenüber einem jährlichen Durchschnittswert von 10,9 Todesfällen im Zeitraum 1995-2004. Die Landesdaten sind trotz des unterschiedlichen Ausmaßes des Phänomens mit den gesamtstaatlichen Werten vergleichbar.

Von den 109 im Zeitraum 1995-2004 verzeichneten Todesfällen sind 40,4% auf Traumata und Vergiftungen zurückzuführen (44 Fälle), 14,7% auf Tumoren (16 Fälle, 6 davon bösartige Hirntumoren). Es folgen die Infektionskrankheiten (9,2%), die Erkrankungen des Nervensystems (8,3%) und die angeborenen Missbildungen (8,3%).

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN
IM ERSTEN LEBENSJAHR**

**STERBLICHKEIT
ZWISCHEN 1 UND
14 JAHREN**

Abbildung 4: Sterblichkeitsrate in der Bevölkerung von 1-14 Jahren. Südtirol und Italien - Jahre 1995-2004



Quelle: ISTAT, Landessterblichkeitsregister

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN IM
ALTER ZWISCHEN 1
UND 14 JAHREN**

IMPFDECKUNG

2006 wurden 5.125 Krankenhausentlassungen aus Abteilungen für Akutkranke in der Wohnbevölkerung zwischen 1-14 Jahren verzeichnet (67,1 pro 1.000 Einwohner). Die primäre Entlassungsdiagnose war in 23,2% der Fälle eine Erkrankung der Atemwege, in 22,0% der Fälle ein Trauma oder eine Vergiftung und in 12,0% der Fälle eine Krankheit des Verdauungsapparats.

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.

Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2004 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95% sowohl für die Pflichtimpfungen (89,9% für Kinderlähmung, 89,6% für DT, 89,1% für Hepatitis B) als auch für die empfohlenen Impfungen (65,9% für Masern und 89,0% für HiB).

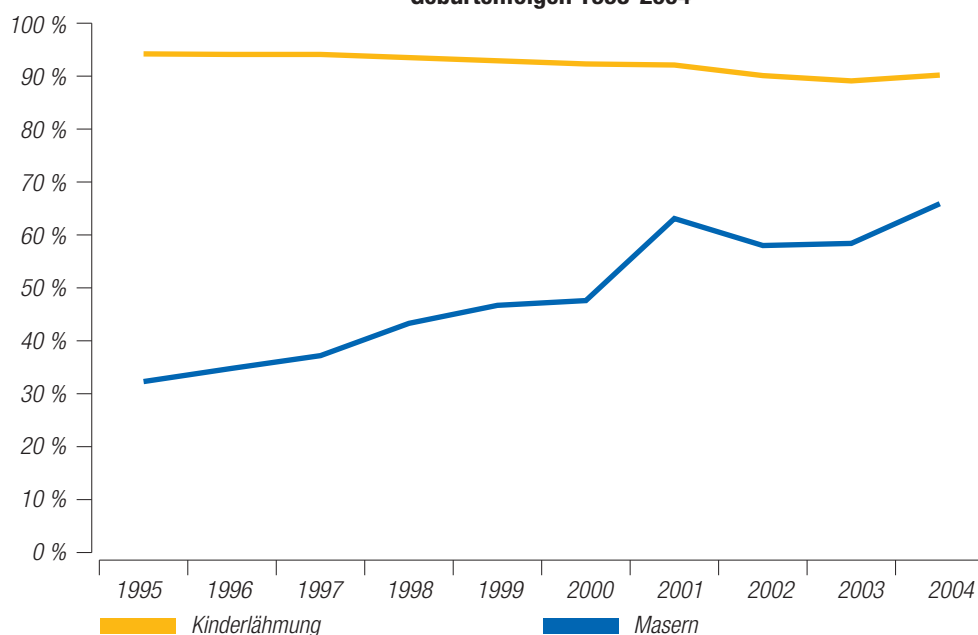
Tabelle 2: **Impfdeckungen im Alter von 24 Monaten nach Sanitätsbetrieb - Geburtenfolge 2004**

	Kinderlähmung	DT	Hepatitis B	Masern	HiB
Bozen	90,2%	90,0%	89,4%	73,1%	88,7%
Meran	90,8%	89,8%	89,4%	56,4%	89,0%
Brixen	86,5%	86,5%	86,2%	60,2%	88,1%
Bruneck	91,1%	91,0%	91,0%	68,1%	90,9%
INSGESAMT	89,9%	89,6%	89,1%	65,9%	89,0%

Quelle: Sanitätsbetriebe, Südtiroler Gemeindenverband

Die Impfdeckungsraten im Alter von 24 Monaten sind für die Kinderlähmung rückläufig, während die Raten für Masern von 32,3% der Geburtenfolge 1995 auf 65,9% für die Geburtenfolge 2004 gestiegen sind.

Abbildung 5: **Impfdeckungsrate im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung und Masern - Geburtenfolgen 1995-2004**



Quelle: Sanitätsbetriebe, Südtiroler Gemeindenverband

4.2. ÄLTERE MENSCHEN

Die Alterung der Bevölkerung hat die Verhaltensweisen der älteren Menschen verändert, indem sie verstärkt die Notwendigkeit verspüren sich um die eigene Gesundheit mehr zu kümmern und somit die negativen Begleiterscheinung der Alterung so lange wie möglich hinauszuschieben.

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 zu erhalten. Die vorwiegenden 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 nehmen außerdem die Pflegebedürftigkeit und der kontinuierliche Versorgungsbedarf ein.

Die Südtiroler Wohnbevölkerung über 64 Jahren betrug zum 31. Dezember 2005 79.898, die über 74-jährige Bevölkerung 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%).

ÄLTERE BEVÖLKERUNG

Tabelle 3: Ältere Bevölkerung nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Über 64 Jahre		Über 74 Jahre	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bozen	16.661	23.449	6.686	12.102
Meran	8.882	12.424	3.645	6.316
Brixen	4.294	5.951	1.707	3.025
Bruneck	4.758	6.073	1.935	2.947
INSGESAMT	34.595	47.897	13.973	24.390

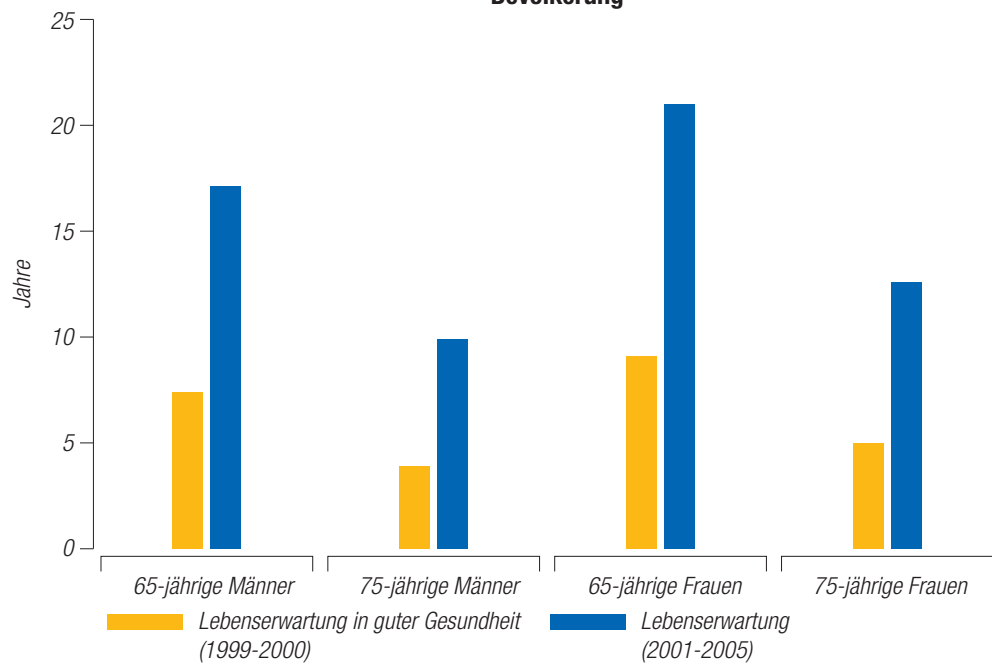
Quelle: ASTAT

Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren (2001-2005) beträgt 17,1 Jahre für die Männer und 21,0 Jahre für die Frauen, also mit einer voraussichtlichen Lebensdauer von 82,1 Jahren für die Männer und 86,0 Jahren für die Frauen. Die Lebenserwartung im Alter von 75 entspricht 9,9 Jahren für die Männer und 12,6 Jahren für die Frauen, also mit einer voraussichtlichen Lebensdauer von 84,9 Jahren bzw. 87,6 Jahren.

Die Lebenserwartung der älteren Südtiroler Bevölkerung lässt sich mit den gesamtstaatlichen Werten vergleichen: 17,4 und 10,6 Jahre für die 65- und 75-jährigen Männer, 21,4 und 13,3 Jahre für die 65- und 74-jährigen Frauen (2004).

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**



Die Zahl der chronisch kranken älteren Menschen betrug in Südtirol im Jahr 2006 61.370, berechnet anhand des Mapping-Projektes, 58,6% davon waren Frauen. Die Prävalenz der chronisch Kranken in der älteren Bevölkerung entspricht 71,2% (24,1% in der gesamten Bevölkerung); insbesondere leiden 69,3% der 65- bis 74-Jährigen und 79,7% der über 75-Jährigen an einer chronischen Krankheit.

52,1% der älteren Menschen sind von Hypertonie, 30,0% von Kardiopathien und 12,7% von Diabetes betroffen. Die Parkinson-Krankheit trifft 2,8% der älteren Bevölkerung, die Alzheimer-Krankheit 1,0%.

Tabelle 4: **Prävalenz der chronischen Krankheiten in der Bevölkerung ab 65 Jahren nach Sanitätsbetrieb. Werte pro 100.000 Einwohner - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Transplantatträger	20,6	13,9	17,6	11,1	17,3
Niereninsuffizienz	237,8	217,9	242,0	222,2	231,3
HIV und AIDS	2,8	1,2	1,3	1,1	2,0
Neoplasie	1.493,1	1.501,5	1.488,5	1.350,6	1.475,2
Diabetes	1.327,8	1.234,4	1.286,5	1.122,7	1.270,3
Hypertonie	5.424,5	5.047,9	5.056,5	4.896,6	5.212,5
Kardiopathie	2.733,4	3.292,1	3.168,0	3.241,6	2.997,4
Vaskulopathie	501,0	511,6	371,9	435,9	479,6
Bronchopneumopathie	806,0	750,2	724,3	680,5	764,8
Hepato-Enteropathie	154,0	172,8	128,2	96,2	147,9
MRGE	349,8	362,8	428,5	283,6	354,0
Epilepsie	119,8	151,2	136,4	202,8	140,9
Parkinson	259,5	310,7	339,1	259,8	282,9
Alzheimer	136,1	81,9	48,5	78,6	104,3
Multiple Sklerose	11,8	23,6	9,4	6,8	13,8
Demenz	120,7	98,2	58,3	54,2	99,0
Rheumatoide Arthritis	109,1	92,7	105,4	102,8	103,8
LES	11,1	4,2	12,8	7,5	9,1
Systemische Sklerose	7,0	5,7	5,0	8,8	6,6
Sjörgen-Syndrom	7,8	5,7	2,5	1,2	5,7
Spondylitis ankylosans	4,1	3,5	1,9	-	3,1
Myasthenia gravis	4,9	4,9	2,5	3,8	4,5
Hashimoto-Thyreoiditis	57,7	27,9	10,9	7,2	37,6
Hämolytische Anämie	1,1	8,1	3,7	5,7	3,8
Akromegalie	3,0	1,9	1,2	2,3	2,4
Diabetes insipidus	0,5	0,6	1,3	-	0,6
Addison-Krankheit	4,9	4,8	4,3	4,9	4,8
Hyper-Hypoparathyreoidismus	7,8	7,4	8,4	19,2	9,3
Hypothyreose	711,5	1.028,0	934,2	1.264,7	893,8
Cushing-Syndrom	0,6	1,3	-	1,1	0,8
Basedow-Krankheit	15,3	25,2	24,2	17,2	19,2
Hypophysärer Minderwuchs	-	-	2,5	-	0,3
Dyslipämie	1.482,1	1.828,0	909,4	1.553,3	1.509,1
Psychosen	79,1	93,7	123,9	211,2	106,2

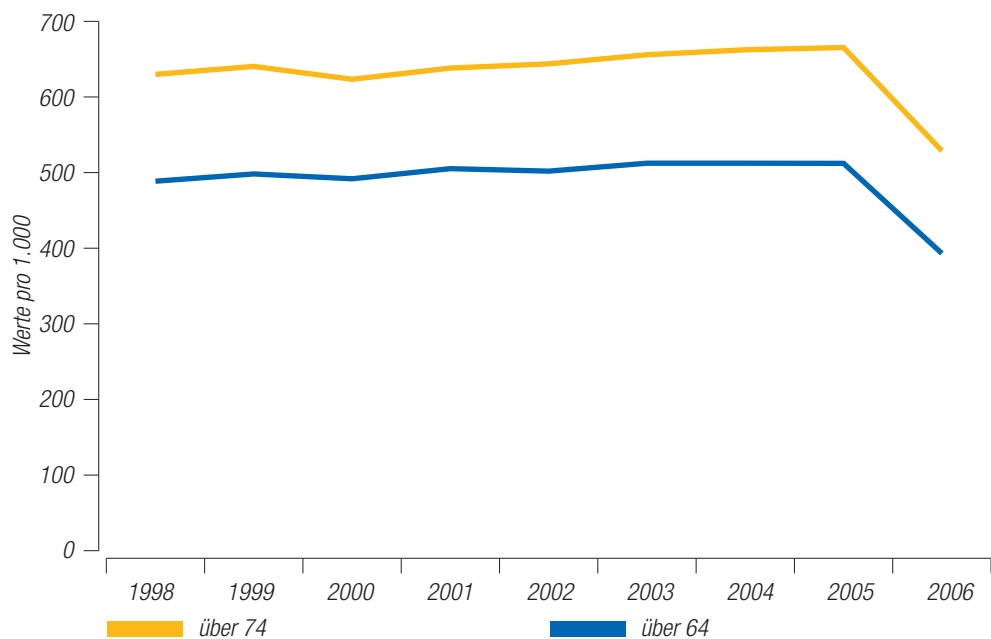
Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

Die Krankenhausentlassungen von ansässigen älteren Menschen betrugen im Jahr 2006 31.915 für die über 64-Jährigen und 19.962 für die über 74-Jährigen. Für beide Altersklassen verzeichnete die Hospitalisierungsrate, die zwischen 1998 und 2005 ein ständiges Wachstum erfuhr, im Jahr 2006 einen deutlichen Rückgang auf 393,1 pro 1.000 für die über 64-Jährigen und auf 528,8 pro 1.000 für die über 74-Jährigen.

Die Hospitalisierungsraten der männlichen Bevölkerung liegen konstant über jene der weiblichen Bevölkerung. Im Jahr 2006 wurden für die über 64-Jährigen 420,5 Entlassungen pro 1.000 Männer und 373,4 pro 1.000 Frauen verzeichnet, für die über 74-Jährigen betrugen die Raten 578,7 bzw. 500,4 pro 1.000.

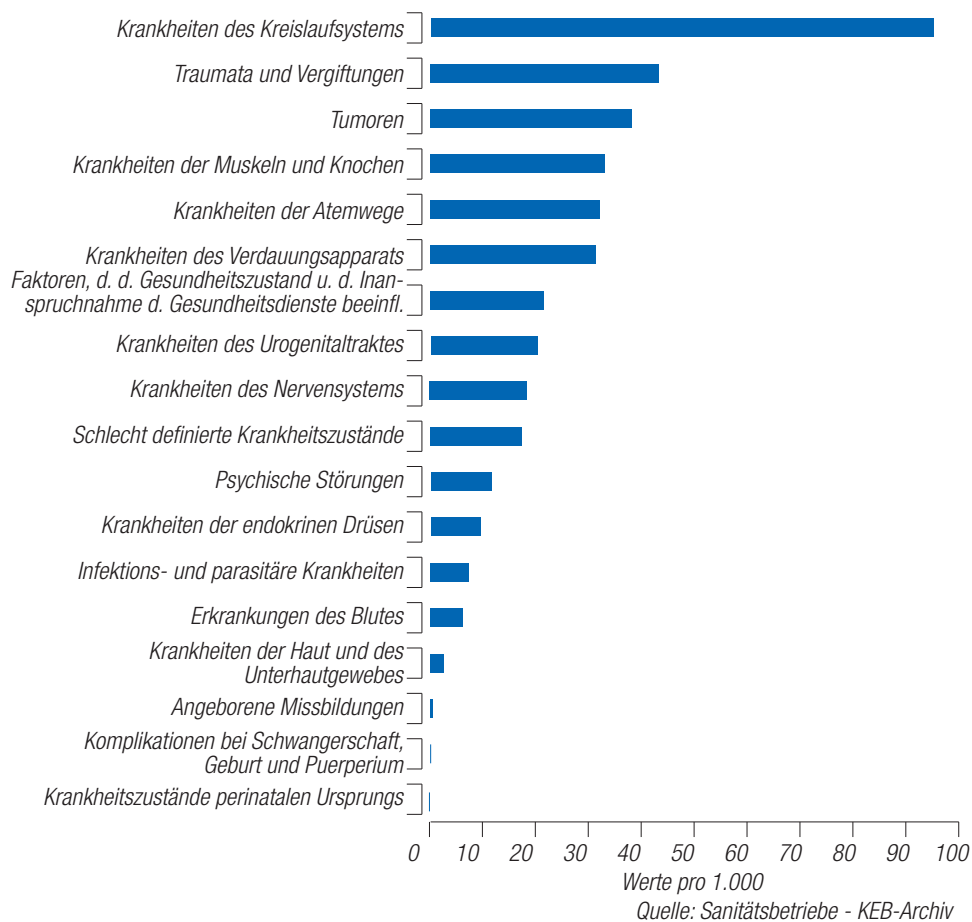
Abbildung 7: Hospitalisierungsraten in der älteren Bevölkerung - Jahre 1998-2006



Quelle: Sanitätsbetriebe – Archivio SDO

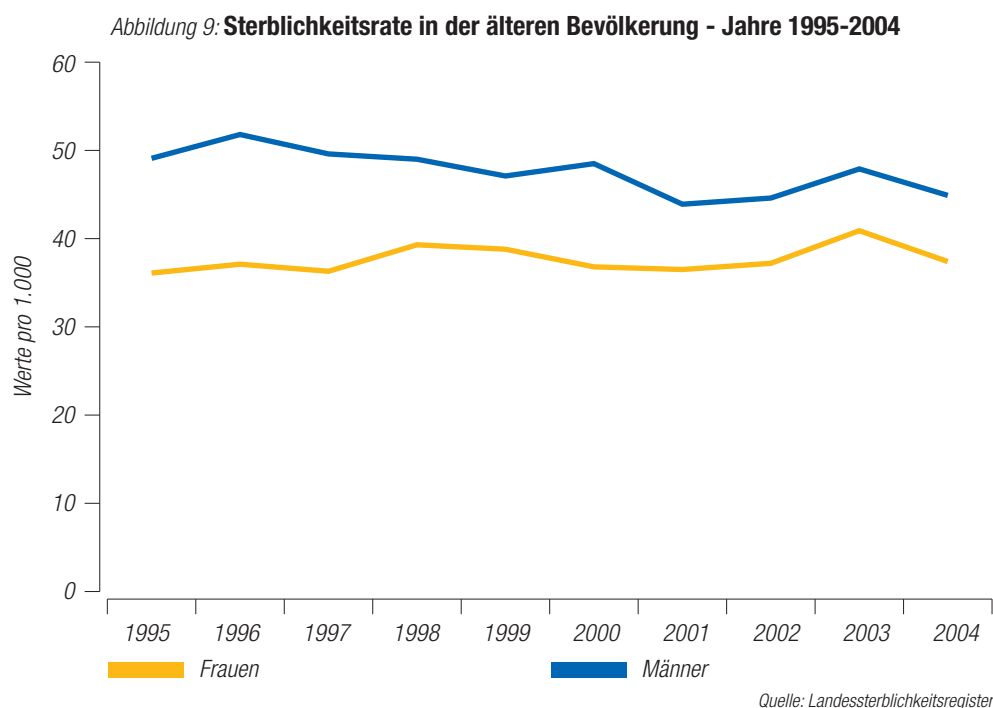
Die häufigsten Entlassungsursachen bei den über 64-jährigen Männern sind die Krankheiten des Kreislaufsystems (26,2%), gefolgt von den Tumoren (11,7%) und von den Atemwegkrankungen (10,5%). Auch unter den Frauen sind die häufigsten Ursachen die Krankheiten des Kreislaufsystems (19,6%), gefolgt von den Krankheiten des Nervensystems (14,0%), den Krankheiten von Muskeln und Knochen (13,1%) und den Traumata (9,8%). Insgesamt stellen die Krankheiten des Kreislaufsystems die höchste Hospitalisierungsrate (95,0 pro 1.000 Einwohner über 64 Jahren), gefolgt von den Traumata und Vergiftungen (43,1 pro 1.000) und den Tumoren (38,0 pro 1.000).

Abbildung 8: Hospitalisierungsrate nach Ursache in der älteren Bevölkerung - Jahr 2006



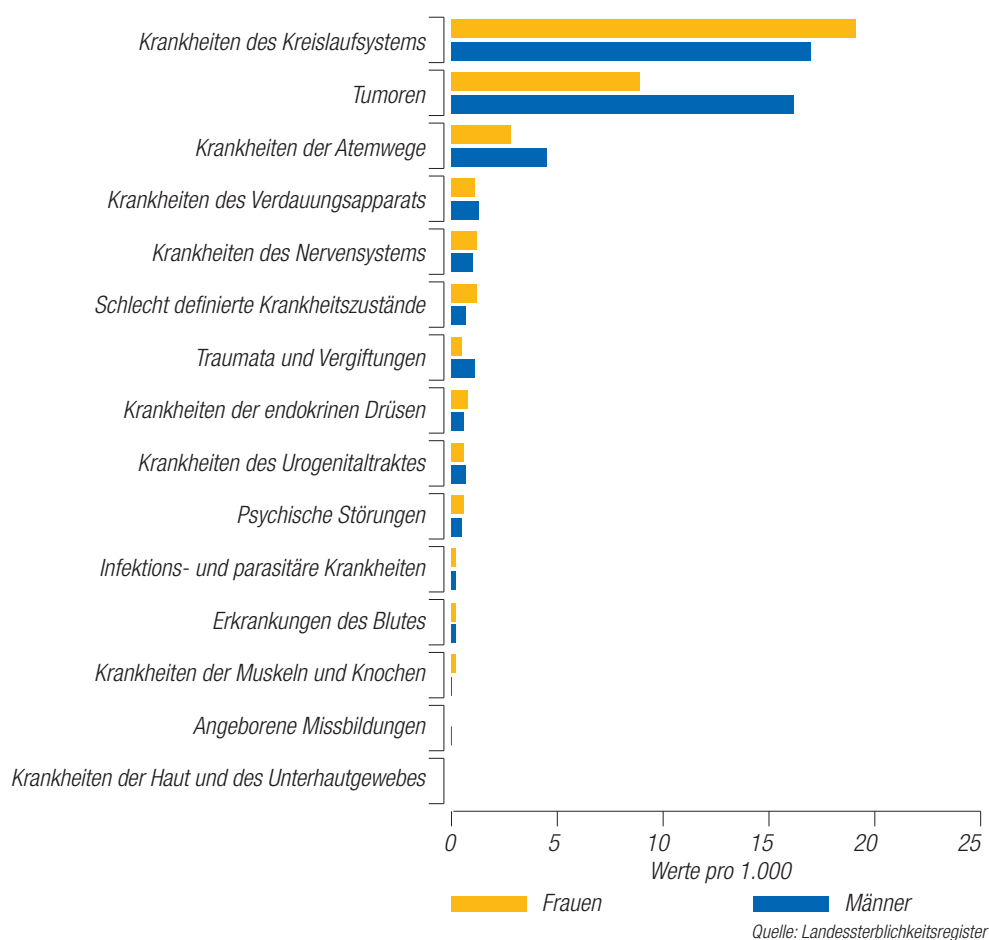
Die in der Bevölkerung über 65 Jahren im Jahr 2004 verzeichneten Todesfälle betrugen 1.392 bei den Männern und 1.692 bei den Frauen, was einer Sterblichkeitsrate von 43,9 bzw. 37,4 pro 1.000 entspricht. Im Zeitraum 1995-2004 ist die Sterblichkeit dieser Bevölkerungsgruppe tendenziell rückläufig bei den Männern, ansteigend bei den Frauen.

STERBLICHKEIT



Bei den Todesursachen in der Bevölkerung über 64 Jahren überwiegen die Krankheiten des Kreislaufsystems (17,0 pro 1.000 Männer und 19,1 pro 1.000 Frauen) und die Tumoren, welche die Männer mit 16,2 pro 1.000 und die Frauen mit 8,9 pro 1.000 betreffen.

Abbildung 10: **Sterblichkeitsrate nach Ursache und Geschlecht in der älteren Bevölkerung - Jahr 2004**



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, 2006.
- ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol, Jahre 1995-2006.
- 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. „Indagine 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.
- Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001-2002.
- Ministero della salute. Salute degli anziani. Comunicato stampa, 20 luglio 2005.
- Ministero della salute. Statistiche sui ricoveri ospedalieri. Banca dati interattiva. URL: http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp
- Censis. „La condizione dell'anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive“. 2004
- ASTAT. Sterbetafeln der Bevölkerung Südtirols. 1997-2001. 1997-2001. ASTATinfo 25/02.
- ASTAT. Sterbetafeln der Bevölkerung Südtirols. 2001-2005. ASTATinfo 07/07.
- ISTAT. Sterbetafeln der Wohnbevölkerung. Jahr 2004.



Zweiter Teil

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Der Landesgesundheitsplan sieht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans unter anderem die „Kollektive Gesundheitsversorgung im Lebens- und Arbeitsumfeld“ vor. Das Ziel dieses Bereichs besteht darin, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch folgende 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; sie werden dabei von einer Vielzahl von Personen unterstützt, die in Gesundheits- 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 Trägern Initiativen zur Gesundheitsförderung und -erziehung vor allem in den Bereichen: gesunde Ernährung, Suchtprävention, Bewegung, geistige Gesundheit, Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und besonderer Risikogruppen (Frauen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, bestimmte Berufsgruppen, Einwanderer).

Aufgrund der Ressourcenknappheit und der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen müssen die Schwerpunkte auf einige prioritäre Bereiche konzentriert, eine bestmögliche berufsbild- und sektorübergreifende Koordinierung gefördert und eine effiziente Zusammenarbeit zwischen allen zuständigen Gebietseinrichtungen erzielt werden.

Prioritäre Bereiche der Projekte zur Gesundheitsförderung und -erziehung sind solche, in denen verhaltensbezogene oder organisatorisch-strukturelle Änderungen notwendig sind, um das Risiko einer Erkrankung oder mehrerer, an bestimmte Faktoren gebundener Krankheiten zu vermeiden oder zumindest zu reduzieren.

Dazu gehören:

- gesunde Ernährung;

**TÄTIGKEITEN IN
ZUSAMMENARBEIT MIT
DEN MEDIEN**

- Prävention von Suchtmitteln mit besonderem Augenmerk auf Nikotin und Alkohol;
- Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und aller risikobehafteten Bevölkerungsgruppen (Frauen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, bestimmte Berufsgruppen, Einwanderer);
- Schutz der geistigen Gesundheit.

1.1.1. Initiativen des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Die Tätigkeit des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit konzentrierte sich im Jahr 2006 in den Bereichen Gesundheitsförderung und -erziehung und Kontrolle der Infektionskrankheiten auf die folgenden Initiativen:

- Fortsetzung des Projektes „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) - Untersuchung des Gesundheitsverhaltens in Jugendlichen - (4.168 in Zusammenarbeit mit der Epidemiologischen Beobachtungsstelle gesammelte Fragebögen).
- Veranstaltungsreihe „Mini Med Studium“ 2006 in Form von zehn abendlichen Vorträgen zu Gesundheitsthemen seitens führender Ärzte der Universitätsklinik Innsbruck und der Südtiroler Sanitätsbetriebe (mit rund 3.560 Teilnehmern). Fortsetzung der Initiativen für den „Gesundheitsschutz der Nicht-Raucher“:
 - Quit&Win 2006: Internationaler Preiswettbewerb, um Nicht-Raucher/in zu werden.
 - Fortsetzung des Pilot-Projektes zur Umsetzung von spezifischen Raucherentwöhnungsmodulen für Jugendliche (Finanzierung des Pilot-Projektes).
 - Projekt „Free your mind“ (Finanzierung des Pilot-Projektes).
 - Fortlaufende Aufklärung im Rahmen der Informationskampagne „Tu es für dich“.
 - Teilnahme am „Nationalen Bildungsplan zur Nikotinsucht“.
 - Untersuchung: Beachtung des LG 3/2003 in öffentlichen Lokalen und an Arbeitsplätzen.
- Mitarbeit an der Kampagne zum bewussten Umgang mit Alkohol „Alles im Griff?“ mit Themenschwerpunkt: „Alkohol und Straßenverkehr“.
- Initiativen im Rahmen der Weltgesundheitstage.
- Abschluss eines mehrjährigen Plans zur gesunden Ernährung auf Landesebene.
- Zusammenarbeit mit der Stiftung „Vital“ im Rahmen der Förderung der Bewegung in Südtirol.
- Fernseh-Info-Sendungen in deutscher Sprache im Bereich der Gesundheitserziehung und Prävention („Gesundheitsmagazin“), übertragen vom RAI Sender Bozen.
- Rundfunksendungen zur Medizin, Gesundheit und Gesundheitserziehung in italienischer Sprache („Punto e a capo“), übertragen vom Radio RAI.
- Gesundheits-Fernsehreihe „Vital - Mehr vom Leben“ im Programm des RAI Sender Bozen zur Förderung eines gesunden Lebensstils.
- Fernsehprogramm für Kinder „Karamela“ des RAI Sender Bozen mit Themen rund um die Gesundheitsförderung.
- Gesundheitsfördernde Werbebotschaften über verschiedene Medien.
- Publikation der Broschüre „Alkohol und Straßenverkehr“.
- Publikation der Broschüre „Allergisch auf Bienen- oder Vespengift?“
- Publikation der Broschüre „Die Ernährung im ersten Lebensjahr“.
- Publikation einer Broschüre zur Förderung der Bewegung.
- Publikation der Broschüre „Neugeborenen-Screening“ (Verteilung im Jahr 2007).
- Druck und Verteilung der neuen Ausgabe der Infobroschüre „Zivilinvalidität“ (LG 46/1978).

- Erarbeitung eines Schemas zur Erfassung der von den Sanitätsbetrieben ergriffenen Präventionsmaßnahmen.
- Gesundheitserziehung in Zusammenarbeit mit den Schulen und Teilnahme an der schulischen Planung der Gesundheitserziehung.
- Überprüfung, Bewertung und Finanzierung von Gesundheitserziehungsprojekten der territorialen Dienste der Südtiroler Sanitätsbetriebe.
- Beiträge an die im Bereich der Gesundheitserziehung tätigen Vereinigungen (LG 7/2001).
- Verwaltungstätigkeiten zur Finanzierung der Stiftung „Vital“.
- Initiativen zur Aktualisierung und Aufklärung im Bereich der Infektionskrankheiten und Förderung der Impfungen:
 - Zahlreiche Presseartikel und Stellungnahmen - Vorträge in Berlin (Robert Koch Institut), Rom (CCM) und Kopenhagen (WHO Europa) über die Impfwoche in Südtirol. Antworten auf 200 Schreiben und Telefonate in Bezug auf Hunderte von Anfragen seitens Eltern und Impfgegnern.
- Organisation verschiedener Initiativen zur Aufklärung des Südtiroler Hotelier- und Gastwirteverbandes über die Prävention von Legionella-Infektionen in Übereinstimmung mit den nationalen Richtlinien.
- Internet-Chat zum Thema Vogelgrippe, Rundfunksendungen, Medienarbeit.
- Lokale Anwendung der nationalen Bestimmungen über die Vermarktung von Pilzen.
- Fortbildungskurse für das Küchenpersonal und die Kontrollorgane zum Thema „HACCP“.

1.1.2. Vom Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit finanzierte Initiativen und Institutionen (Beiträge und Projektfinanzierung)

Das Landesressort förderte über das Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und die Sanitätsbetriebe spezifische Projekte zur Gesundheitsförderung und -erziehung; 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.

Sanitätsbetrieb Bozen	Projekte
Dienst für Diät und klinische Ernährung	♦ Prävention von Ernährungsstörungen und Tumoren ♦ Fettleibigkeit und Bewegung ♦ Sich gut ernähren mit der Pension ♦ Die korrekte Ernährung der übergewichtigen Frau in der Schwangerschaft
Gesundheitssprengel Don Bosco	♦ Sozio-affektive und Sexualerziehung ♦ Prävention von Hausunfällen von älteren Menschen (über 65 J.)
Gesundheitssprengel Europa	Gesundheitssprengel: Gesundheitspromotor
Sanitätsbetrieb Meran	Projekte
Dienst für Basismedizin	Gesunde Lebensstile
Dienst für Diät und klinische Ernährung	Vernünftig abnehmen - Fortsetzung
Sanitätsbetrieb Brixen	Projekte
Dienst für Basismedizin	Einsamkeit macht krank
Sanitätsbetrieb Bruneck	Projekte
Dienst für Diät und klinische Ernährung	„Rundum fit“ - Beratungsgruppe für übergewichtige und fettleibige Kinder

**BEITRÄGE AN
VEREINIGUNGEN**

Außerdem stellte das Landesamt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit im Jahr 2006 17 Südtiroler Non-Profit-Vereinigungen auf dem gesamten Landesgebiet Beiträge für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung zur Verfügung. Schwerpunktthemen waren: Prävention und Bekämpfung von Tumorerkrankungen, Sucht (Drogen, Alkohol, Nikotin, Medikamente, Glücksspiele, Doping) und chronischen und invalidisierenden Krankheiten (Diabetes, Zöliakie, Herz-Kreislaufkrankungen, Tumoren, Übergewicht), Gesundheitsvorsorge durch Bewegung für über 65-Jährige, Prävention von psychischen Verhaltensstörungen mit besonderem Augenmerk auf Risikogruppen, Prävention von falschen Ernährungsgewohnheiten und -krankheiten und Förderung der gesunden Ernährung, Prävention von Problemen in der Schwangerschaft, bei der Geburt, nach der Geburt, in der Kindheit und im Jugendalter. Von den Beiträgen ausgeschlossen blieben sportliche Tätigkeiten im Rahmen des Leistungs- oder Amateursports und therapeutische Maßnahmen.

Projekte der „STIFTUNG VITAL“

Das Landesressort für Gesundheit finanzierte über das Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und die Abteilung Sozialwesen die Tätigkeiten der Stiftung „Vital“ mit spezifischen Gesundheitsförderungsprojekten.

**PROJEKT
„GESUNDE GEMEINDE“**

Das Projekt „Gesunde Gemeinde“ wurde in den drei Pilotgemeinden Kurtatsch, Plaus und Bruneck gestartet. Die Mitarbeiter der Stiftung Vital begleiten und beraten die Gemeinden auf dem Weg zur „Gesunden Gemeinde“ während des gesamten Projektverlaufs (Vorstellung des Projektes im Gemeinderat, Information der Bürger, Durchführung einer Situationsanalyse, Moderation des Arbeitskreises, etc.). Ziel aller Projekte ist eine positive Änderung in allen kulturellen und sozialen Bereichen der Gemeinde, im Alltag der Bürger und in der Einstellung der Bevölkerung zu Gesundheitsfragen.

**PROJEKT
„GESUNDE BETRIEBE“**

Im Herbst 2006 startete die Stiftung Vital gemeinsam mit der Landesabteilung für Sozialwesen und kofinanziert vom Europäischen Sozialfonds das Projekt „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Betrieben“ in fünf Südtiroler Gemeinden.

Ziel des Pilotprojektes ist es, die Arbeitsbedingungen sowie die Einstellung und Verhaltensweisen der betrieblichen Mitarbeiter zu verbessern.

Die Besserungsmaßnahmen betreffen betriebsabhängig verschiedene Aspekte: die Arbeitsorganisation, Ergonomie, Teamarbeit, den Managementstress, das Wohlbefinden (Bewegung, Ernährung, Entspannung) sowie die betriebliche Gesundheitsförderung als primäres Vorhaben.

1.1.3. Gesundheitserziehung und -förderung an den Schulen

Das Landesressort für Gesundheit finanzierte über das Amt für Hygiene und Öffentliche Gesundheit verschiedene Maßnahmen zur Gesundheitserziehung, die von den Dienststellen für Gesundheitserziehung der drei Schulämter umgesetzt wurden.

Die Dienststelle für Gesundheitserziehung, Integration und Schulberatung des Deutschen Schulamtes

Im Arbeitsbereich der Gesundheitserziehung und -förderung verfolgt die Dienststelle das Ziel, die Gesundheitsthemen in den Plänen (Modelle und Schulprogramme) der Kindergärten und Schulen angemessen zu verankern. 2006 galten die Schwerpunkte vor allem der Prävention der Gewalt und Förderung der Bewegung.

1. Gestaltung von Kindergarten und Schule als gesundheitsfördernde Lern-, Arbeits- und Lebenswelt

Im Jahr 2006 verfolgten vier Schuldirektionen das Projekt „Die gesundheitsfördernde Schule“. Sie stützten sich dabei auf die schulinternen Ressourcen und entwickelten Arbeitsmethoden, um die Gesundheitsthemen innerhalb des Schulsprengels und der gesamten Direktion effizient in Angriff zu nehmen.

2. Ausbau der Unterrichtsprogramme zur Gesundheitserziehung für eine bessere Bewältigung des Alltags

In den Kindergärten und Schulen wurden zahlreiche Unterrichtsprogramme mit allgemeinen oder spezifischen Präventionszielen eingeführt. Besondere Aufmerksamkeit galt den Bereichen Suchtprävention, Sexualerziehung, soziales Lernen und Suizidprävention (Beispiel: Projekte „Transparente Schulen“ und „Selbstständig werden“).

3. Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften für gesundheitsfördernde Arbeit

Lehrkräfte, Erzieher und Berater werden in auf Landesebene organisierten Fortbildungsveranstaltungen dazu befähigt, Gesundheitsthemen mit Kindern und Jugendlichen zu thematisieren; für eine dauerhafte und verbreitete Effizienz dieser Maßnahmen werden die Themen in den täglichen Unterricht miteinbezogen. Auf Landesebene wurden 2006 34 Veranstaltungen organisiert (Tagungen, Seminare, Nachmittage), an denen 817 Personen teilnahmen. Außerdem wurden in den einzelnen Bezirken und Schulen weitere Maßnahmen eingeleitet.

4. Beratung und Unterstützung der Initiativen und Projekte

Die Mitarbeiter der Dienststelle unterstützen die pädagogischen Fachkräfte von Kindergärten und Schulen bei der Planung und Umsetzung der gesundheitsfördernden Initiativen und Projekte. Die Einbeziehung der Schüler und Elternschaft spielt dabei eine ausschlaggebende Rolle. Diese Beratungsfunktion stellt den Kernbereich der Dienststelle dar und soll die pädagogischen Fachkräfte zur selbstständigen Verwirklichung der Vorhaben motivieren und qualifizieren.

5. Finanzielle Unterstützung von schulischen Projekten und Initiativen

2006 wurden 125 Projekte mit den folgenden Schlüsselthemen finanziert: Ernährung (20%), Haltung und Bewegung (9%), Prävention der Gewalt (13%), Suchtprävention (2%), Sexualerziehung (5%), Persönlichkeitsentwicklung (7%), soziales Lernen (2%), Selbstwahrnehmung (2%), Erste Hilfe (5%), Kombiprojekte (26%), Sonstiges (9%).

6. Zusammenarbeit zur Umsetzung der gesundheitsfördernden Projekte auf Landesebene

Die Dienststelle beteiligte sich auch an der Umsetzung zahlreicher Projekte auf Landesebene, beispielsweise am Projekt „Karies-Prophylaxe im Entwicklungsalter“, an der HBSC-Untersuchung über das Gesundheitsverhalten in Jugendlichen sowie an Plänen zur Prävention der Nikotinsucht und Raucherentwöhnung der jugendlichen Raucher.

Initiativen an den italienischen Schulen

Die Tätigkeit der Dienststelle für Gesundheitserziehung des Italienischen Schulamtes be-

traf im Schuljahr 2006/07 folgende Initiativen:

1. Fortsetzung der Arbeit des Schalters für psychologische Beratung und Orientierung zu den territorialen Diensten („Sprechenwirdüber“).
2. Ernährungserziehung und Förderung der Bewegung:
 - a) Fortbildung für Lehrpersonal und pädagogische Mitarbeiterinnen aller Kindergärten;
 - b) Spezifische Projekte in 2 schulstufenübergreifenden Schulen auf Landesebene;
 - c) Treffen für Oberschüler (Prävention von Ess- und Ernährungsstörungen).
3. Suchtprävention:
 - a) Fortbildung für Lehrpersonal einer schulstufenübergreifenden Schule;
 - b) Treffen für Mittelschüler zur Nikotin- und Alkoholsuchtprävention;
 - c) Lehrparcours für Oberschüler über die neuen und alten Suchtkrankheiten.
4. Lernstörungen:
 - a) Fortbildung für Lehrkräfte von 4 schulstufenübergreifenden Schulen und 6 Kindergärten in Bozen und Meran.
5. Prävention der geistigen Gesundheit:
 - a) Fortbildung für Lehrkräfte von 2 schulstufenübergreifenden Schulen von Toblach und Bruneck.
6. Beziehungsprobleme:
 - a) Fortbildung für Lehrpersonal aller Schulen und Schulstufen über das Phänomen der Jugendgewalt;
 - b) Treffen für Schüler der schulstufenübergreifenden Schulen über Themen der Aggressivität.
7. Fortsetzung der Netzarbeit zwischen Schule und Sprengel.

Initiativen an den ladinischen Schulen

Themenschwerpunkte der Gesundheitsförderung im Alltag an den ladinischen Schulen waren im Jahr 2006: „Sich bewegen im körperlichen, seelischen, emotionellen und sozialen Sinne“ und „Sich in der Schule wohl fühlen“.

Das erste Thema konzentrierte sich auf die Bewegung und Mobilität (auch im Sinne von Lebhaftigkeit und Flexibilität), um den Jugendlichen Bewusstsein über die zahlreichen Auswirkungen dieser auf sie selbst zu verschaffen. Dabei ging es nicht nur um die körperliche, sondern auch um die seelische, emotionelle und soziale Mobilität, die für die Inangriffnahme von Änderungen und manchmal auch für die ständige Neuentdeckung der „Multitemporalität“ nötig ist.

Im Mittelpunkt von „Sich in der Schule wohl fühlen“ stand 2006 (wie auch 2007) die Prävention jeder Form von Gewalt und Aggressivität. Schlüsselpunkte des Projektes waren: das rechte Maß, Genuss und Gefahr, die gesunde Ernährung, verschiedene Formen der Bewegung, Abbau von Angst und Gewalt, Aufbau von positiven Beziehungen, Achtung vor der Person, Konfliktmanagement.

1.1.4. Initiativen des Amtes für Gesundheitssprengel

Die Tätigkeit des Amtes für Gesundheitssprengel umfasste im Jahr 2007 im Bereich der Gesundheitsförderung und -erziehung folgende Initiativen:

- Mitarbeit an der Kampagne zum bewussten Umgang mit Alkohol „Alles im Griff?“ mit Themenschwerpunkt: „Alkohol und Straßenverkehr“.
- 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.

- Im Rahmen der zweiten Initiative zum Thema Kokainkonsum wurde 2006 die Infobroschüre „Usercard“ an vielbesuchten Orten (Diskos, Pubs, Lokale, Pianobars etc.) sowie Gesundheits- und Sozialdienststellen und Privatorganisationen verteilt, die sich an die jugendlichen und erwachsenen Kokainkonsumenten richtete.
- Auch im Schuljahr 2005/2006 wurde das Projekt „Karies-Prophylaxe im Entwicklungsalter“ in allen dritten Grundschulklassen und allen zweiten Mittelschulklassen Südtirols erfolgreich durchgeführt. Über 100 freiberuflich tätige Zahnärzte klärten insgesamt 8.616 Kinder über eine korrekte Zahnhygiene auf und unterzogen diese anschließend einer Kontrollvisite. Knapp 60% aller untersuchten Kinder waren frei von Karies.

1.1.5. Vom Amt für Gesundheitssprengel finanzierte Initiativen, öffentliche Ämter und Organisationen

Das Landesressort für Gesundheit finanzierte und organisierte über das Amt für Gesundheitssprengel Initiativen und Projekte zur allgemeinen und selektiven Suchtprävention sowie einschlägige Forschungsarbeiten seitens öffentlicher Ämter und konventionierter Privatorganisationen, insbesondere die Projekte der Vereinigungen „La Strada - Der Weg“, „Forum Prävention“ und der Dienste für Abhängigkeitserkrankungen DfA der Sanitätsbetriebe. Außerdem finanzierte das Amt ambulante fachärztliche Dienste für Alkoholiker durch die Vereinigungen HANDS und Caritas-Schlanders sowie einige Pilotprojekte des „Forums Prävention“.

Forum Prävention (Suchtprävention)

Das Forum Prävention ist das Kompetenzzentrum für Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Südtirol. Es bietet allen, die in diesem Bereich gemeinsame Projekte durchführen möchten, seine Zusammenarbeit an. Schlüsselthemen sind dabei die Familie, die Jugend und die Präventionsarbeit in den Gemeinden. Das Engagement der Fachstelle gilt auch der Konzeptarbeit, der Schule, den Betrieben, der Bewegung und dem Sport. Im Jahr 2006 kam außerdem der Schwerpunkt der Prävention von Gewalt hinzu.

Das Forum Prävention unterstützte im Jahr 2006 in 43 Projekten langfristige Initiativen zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung.

Für eine effiziente Präventionsarbeit muss ein direkter Kontakt mit den Zielgruppen aufgebaut und aufrecht erhalten werden. Dazu organisierte das Forum 2006 214 Treffen mit insgesamt 4.236 Teilnehmern. Diese Initiativen galten den Zielgruppen: Eltern, Lehrkräfte, Fachkräfte, Jugendliche und Studenten, Apotheker, Ärzte, Krankenpfleger, Altenpfleger, Psychologen, Geistliche, Ordnungskräfte und andere Gruppen.

Die ständig aktualisierte Webseite www.forum-p.it bietet außerdem einen Überblick über alle laufenden Tätigkeiten des Forums.

LA STRADA - DER WEG

Die Vereinigung „La Strada - Der Weg“ ist auf Landesebene mit Präventionsvorhaben und Begleitungs- und Wiedereingliederungsdiensten für Personen in benachteiligten Situationen mit besonderem Augenmerk auf Drogensuchtprobleme tätig. Die Vereinigung ist mit der Provinz und den Sanitätsbetrieben für die Leitung von stationären Einrichtungen für Dro-

genabhängige konventioniert.

Sie verwaltet das „Suchtprojekt“ über die Therapiegemeinschaft „Josefsberg“ und die Orientierungsgemeinschaft für schwere Drogenabhängige „St. Isidor“.

Zu den Erfahrungen der Vereinigung zählen auch die Geschützten Übergangswohnheime, die mit dem Betrieb für Sozialdienste Bozen als wichtige Einrichtungen für die sozio-sanitäre Integration des Gebietes konventioniert sind.

Des Weiteren wurde im Jahresverlauf das Projekt der „Sekundärprävention“ mit dem Team von 2 Psychologen (in Teilzeitarbeit) fortgesetzt, die sich auch mit der Tertiärprävention durch Voreingliederungsgespräche für die Aufnahme in Wohneinrichtungen beschäftigen.

HANDS

Die Vereinigung Hands ist ein Bezugspunkt für Personen mit Alkoholproblemen, die Behandlung, Rehabilitation und soziale und berufliche Wiedereingliederung auf lokaler und nationaler Ebene anbietet. Sie ist mit dem Land und dem Sanitätsbetrieb Bozen für ambulante und rehabilitative Tätigkeiten und Maßnahmen sowie mit dem Betrieb für Sozialdienste Bozen und den Bezirksgemeinschaften für sozialrelevante Tätigkeiten konventioniert. Die Arbeitsschwerpunkte sind:

- Projekte zur Rehabilitation und Eingliederung in die Therapiegemeinschaft HANDS, in die geschützten Werkstätten HANDSWORK und in die geschützten Wohnheime HANDSHOME.
- Ärztliche, psychiatrische und psychologische alkohol-assoziierte Visiten und Beratung, Weiterleitung an Fachstellen für die Entgiftung und/oder Entwöhnung.
- Informationstagungen für die Bevölkerung über den verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol.
- Selbsthilfegruppen für Patienten und Familienangehörige unter professioneller und Volontariatsführung.

CARITAS SCHLANDERS - Zentrum für psychosoziale Beratung

Die Beratungsstelle deckt das Einzugsgebiet des Vinschgaus (vom Reschen bis nach Naturns) mit rund 30.000 Einwohnern und umfasst auch zahlreiche Seitentäler; sie bietet Orientierung und Unterstützung bei Problemen im Zusammenhang mit dem Konsum und Missbrauch von Alkohol sowie bei Medikamenten-, Drogen-, Spielsucht und Begleitererscheinungen wie Essstörungen. Die im Jahr 2006 erbrachten Leistungen umfassten vorwiegend Beratung, psychologische Gespräche, psycho-sozialen Beistand für Einzelpersonen, Partner, Familien, Gruppen, psychologische Diagnosen und Empfehlung von Maßnahmen in Krisensituationen mit Einweisung und Weiterleitung an Einrichtungen und Fachdienste, aber auch Leistungen nach der Versorgung und Rehabilitation.

Die Vereinigung Caritas ist mit der Provinz und dem Sanitätsbetrieb Meran konventioniert.

1.2. PROPHYLAXE GEGEN INFektions- UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol in der Bevölkerung unter 18 Jahren 103.495 empfohlene Impfungen verabreicht; 53,7% (55.593) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe leisteten 1.710 gesundheitliche Beratungen und Aufklärungen für Auslandsreisende; außerdem führten sie 425 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durch.

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

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

IMPFKALENDER

Tabelle 1: Impfkalender für das Jahr 2006

Impfung	3° Monat	5° Monat	11° Monat	12° Monat	15° Monat	5-6 Jahre	11-15 Jahre
Dtp	DTaP	DTaP	DTaP			DTaP	dTaP ¹
Kinderlähmung	IPV	IPV	IPV			IPV	
Hepatitis B ²	HB	HB	HB				
Hib	Hib	Hib	Hib				
MMR ³				MMR 1		MMR 1/2 *	MMR 1/2 *
Pneumokokken	PVC 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)

MMR: 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 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 (MMR 1/2*) verabreicht werden. Kindern im Alter von 11-15 Jahren muss die 2. Dosis bzw. noch nicht geimpften Kindern muss die 1. Dosis (MMR 1/2**) verabreicht werden.

4. Impfung gegen Pneumokokken: für risikobehaftete Personen.

5. Windpocken: für risikobehaftete Personen.

**VERABREICHTE
IMPFUNGEN**

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 Jahrzehnten werden keine Tetanusfälle im Kindes- oder Jugendalter mehr 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). 2006 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 103.495 empfohlene Impfungen verabreicht; 53,7% (55.593) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Tabelle 2: **Durchgeführte Impfungen nach Art und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Art der Impfung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Kinderlähmung (alle Dosen)	7.003	3.959	2.645	2.501	16.108
Diphtherie-Tetanus (alle Dosen)	10.576	5.418	3.638	3.571	23.203
Keuchhusten (alle Dosen)	8.814	4.963	3.216	3.286	20.279
Hib (alle Dosen)	6.509	3.858	2.483	2.445	15.295
Hepatitis B (alle Dosen)	7.051	4.047	2.656	2.528	16.282
Masern-Mumps-Röteln (alle Dosen)	6.635	2.315	1.671	1.707	12.328
INSGESAMT	46.588	24.560	16.309	16.038	103.495

Quelle: Sanitätsbetriebe - Informatisierte 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 7.661 epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Ektoparasiten, Salmonellose und sonstige Lebensmittelvergiftungen.

Insgesamt sind im Vergleich zum Jahr 2005 die Maßnahmen zur epidemiologischen Überwachung der bakteriellen Meningitis stark rückläufig (89 im Jahr 2006 gegenüber 655 des Jahres 2005, -86,4%). Einen Zuwachs verzeichnen hingegen die Kontrollen auf Ektoparasiten (5.825 Untersuchungen im Jahr 2006 gegenüber 4.189 im Jahr 2005, +39,1%), auf Hepatitis A (165 Untersuchungen 2006 gegenüber 35 des Jahres 2005) und Legionellose (126 im Jahr 2006 gegenüber 38 des Jahres 2005).

Tabelle 3: **Prophylaxe und Kontrolle der Infektionskrankheiten - Jahr 2006**

Anz. der epidemiologischen Ermittlungen und/oder Überwachungen bez. Infektions- und parasitärer Krankheiten	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Salmonellose	122	228	72	258	680
Sonstige Lebensmittelvergiftungen	89	55	10*	236	390
Legionellose	4	121	-	1	126
Bakterielle Meningitis	35	-	20	34	89
Hepatitis A	155	6	2	2	165
Ektoparasiten	281**	1.757	554	3.233	5.825
Sonstige	123*	275**	2***	-	400

* Masern, Shigella, Rotavirus, Campylobacter, E.coli

** Masern, Campylobacter, Shigella, Entamoeba histologica, Giardia lamblia

*** Tetanus und Borreliosen

* Campylobacter jejuni

** Im Sanitätsbetrieb Bozen wird die Kontrolle auf Ektoparasiten vom Dienst für Basismedizin durchgeführt

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Der überbetriebliche Dienst für Pneumologie befasst sich mit der Prophylaxe gegen Tuberkulose, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht.

Tabelle 4: TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests - Jahr 2006

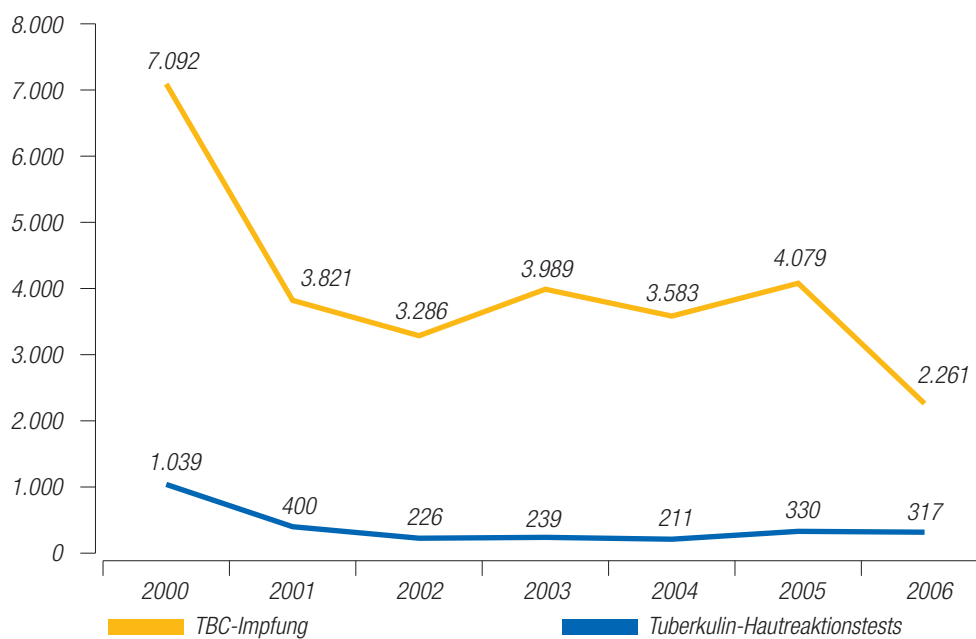
Art der Leistung	Bozen	Neumarkt	Meran	Schlanders	Brixen	Bruneck	Insges.
TBC-Impfung	191	-	113	-	13	-	317
Tuberkulin-Hautreaktionstest	1.111	40	369	90	303	348	2.261

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.

Die Zahl der im Jahr 2006 verabreichten Impfungen liegt leicht unter jener des Vorjahres (317 gegenüber 330 des Jahres 2005) und ist jedenfalls sehr niedriger als im Jahr 2000 (-69,5%); außerdem werden jährlich rund 2.000 Tuberkulin-Hautreaktionstests vorgenommen, für die eine Verminderung von 68,1% gegenüber 2000 verzeichnet wird.

Abbildung 1: TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests - Jahre 2000-2006



Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pneumologie

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, Reisediarrhöe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges Fieber, Malaria).

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 Gesund-

heitsministeriums) 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 Prophylaxe auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Tabelle 5: **Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende - Jahre 2000-2006**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Insgesamt</i>
<i>Jahr 2000</i>	629	496	210	200	1.535
<i>Jahr 2001</i>	437	446	167	180	1.230
<i>Jahr 2002</i>	390	425	170	66	1.051
<i>Jahr 2003</i>	336	495	218	101	1.150
<i>Jahr 2004</i>	362	601	396	400	1.759
<i>Jahr 2005</i>	204	687	375	460	1.726
<i>Jahr 2006</i>	172	698	380	460	1.710

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- und Entwesungsmaßnahmen nach Art der Einrichtung - Jahr 2006**

<i>Art der Maßnahme</i>	<i>Bozen*</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Insgesamt</i>
<i>Anz. der Meldungen, öffentliche Einrichtungen und Plätze</i>	204	12	7	6	229
<i>Anz. der Maßnahmen, öffentliche Einrichtungen und Plätze</i>	238	12	12	12	274
<i>Anz. der Meldungen, private Wohnungen und Plätze</i>	102	5	2	7	116
<i>Anz. der Maßnahmen, private Wohnungen und Plätze</i>	135	5	4	7	151
<i>Anz. der Maßnahmen zwecks Überwachung der von Dritten ausgeführten Desinfektionstätigkeit</i>	-	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

2006 wurden in den vier Sanitätsbetrieben 425 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 64,5% davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 35,5% 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 2006 auf Landesebene die hygienisch-sanitären Bedingungen von 318 öffentlichen Einrichtungen.

Bei den Schwimmbadkontrollen wurden 732 Wasserproben für chemisch-physische Analysen (39,9% davon resultierten als nicht regulär) und 956 Wasserproben für mikrobiologische Analysen (14,1% davon erwiesen sich als nicht regulär) entnommen.

Die Luft- und Lärmbelastung wurde von der überbetrieblichen Sektion für Umweltmedizin (eingerrichtet beim Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen), vom Labor für Luft- und Lärmanalysen und vom Labor für Physikalische Chemie kontrolliert. Überschreitungen der vorgeschriebenen Gesundheitsschutzschwellen wurden für Stickstoffdioxid (NO₂) und Ozon (O₃) gemessen.

Das Arbeitsinspektorat führte 1.265 Kontrollen vor Ort zur Feststellung der beruflichen Risiken und 1.951 Gesundheitsaufklärungs- und -erziehungsmaßnahmen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch (telefonische Beratung eingeschlossen).

Beim Arbeitsinspektorat gingen im Jahr 2006 220 Meldungen von Berufskrankheiten ein. Der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin führte 10.485 ärztliche Visiten und klinische Ermittlungen an den Arbeitnehmern durch.

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

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

**KONTROLLIERTE
ÖFFENTLICHE
EINRICHTUNGEN**

Tabelle 7: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Einrichtungen - Jahr 2006**

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)	330	35	209	6	145	26	155	22
Campingplätze und Ferienlager	n.d.	12	21	4	5	2	14	6
Öffentl. Gesundheitseinrichtungen (KH, Sprengel, Poliambulanzen, Pflegestätten, Einrichtungen für psychiatrische Patienten, Therapiegemeinschaften für DA)	n.d.	7	29	1	7	3	8	4
Private Gesundheitseinrichtungen (Privatkliniken, Ambulanzen für Physiotherapie und Massagen, Pflegeheime, Therapiegemeinschaften für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulanzen, Praxen, Zahnarzt- und Optikerlabors)	515	55	303	7	37	31	112	10
Soziale Einrichtungen (Altersheime, Tageszentren für Senioren)	24	5	24	14	8	1	9	6
Nomadencamps	-	-	1	1	1	1	-	-
Haft- und Strafanstalten	1	-	-	-	1	-	-	-
Verkaufsstellen von Pflanzenschutzmitteln	27	27	26	25	4	4	3	3
INSGESAMT	n.d.	141	613	58	208	68	301	51
Gelegentliche Veranstaltungen (Märkte, Messen, Wiesenfeste)	n.d.	n.d.	n.d.	21	n.d.	15	n.d.	8
Sonstige	n.d.	16*	-	-	n.d.	7**	-	-
INSGESAMT	n.d.	n.d.	n.d.	79	n.d.	90	n.d.	59

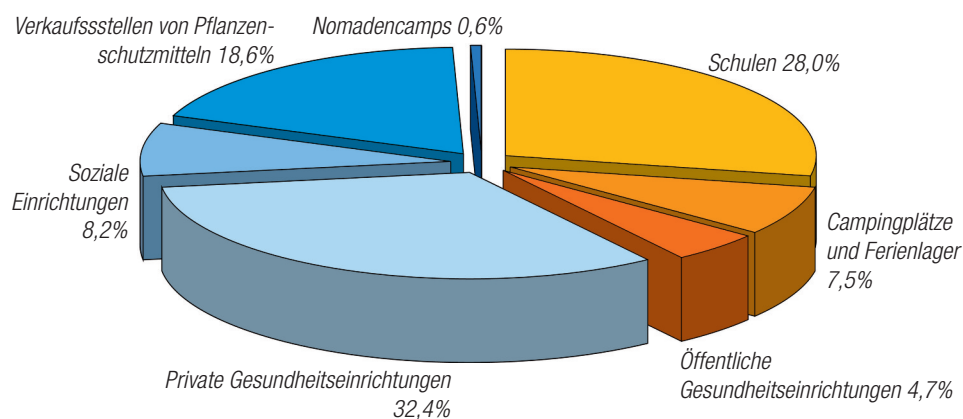
*Drogerien (Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, Heilmitteln, Brillen, ...)

**Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

2006 wurden insgesamt 318 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (32,4%), Schulen (28,0%) und in Verkaufs- und oder Konfektionsstellen von Pflanzenschutzmitteln (18,6%) vorgenommen.

Abbildung 2: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Einrichtungen - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Die Tätigkeiten in diesem Bereich betreffen vorwiegend die 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 zur Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Einrichtungen nach ihrer Verwendung - Jahr 2006

Erbrachte Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Inspektionen zum Erlass von Bewohnbarkeits- bzw. Unbewohnbarkeitsbescheinigungen	25*	334	13	++	372
Überprüfung von Bauprojekten zur Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten	1.171**	339	704	++	2.214
Bescheinigungen über hygienische Mängel in Wohnungen	33	13	5	++	51
Hygienisch-sanitäre Gutachten zur Genehmigung der Eröffnung von öffentlichen Dienstleistungen gemäß LG 58/88	70	34	41	++	145
Hygienisch-sanitäre Gutachten und/oder Überprüfungsberichte zur Genehmigung der Eröffnung und/oder Führung von Gesundheitseinrichtungen oder Erbringung von Dienstleistungen durch im Gesundheitsbereich tätige Freiberufler	3	-	5	1	9
Hygienisch-sanitäre Gutachten (Anzahl der Akten) für die Eröffnung und/oder Führung von:					
- Verkaufsstellen	4	14	7	++	25
- Stands für zeitweilige Veranstaltungen	259	69	65	++	393
Hygienische Entsprechung der Räume für die Verarbeitung landwirtschaftlicher Produkte	6	26	5	4	41
Kontrolle vor Ort für die Ausstellung einer vorübergehenden Genehmigung für Tätowier-Stands	2	-	-	-	2
Sonstige	14***	-	-	-	14

*Einschließlich 13 Bewohnbarkeitsbescheinigungen, 10 Unbewohnbarkeitsbescheinigungen und 2 Rekurse gegen Unbewohnbarkeitsbescheinigungen

**590 Leistungen im Sprengel Bozen, 232 in Eppan, 47 in Branzoll, 220 in Leifers und 82 in Sarnthein

***Hauskontrollen aufgrund von prekären hygienischen Bedingungen

+ Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder

2006 wurden 732 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 39,9% davon resultierten als nicht regulär. Mikrobiologische Analysen wurden an 956 Wasserproben durchgeführt, 14,1% davon erwiesen sich als nicht regulär.

**KONTROLLE DER
SCHWIMMBÄDER**

Tabelle 9: Kontrollen der öffentlichen Schwimmbäder - Jahr 2006

Sanitätsbetrieb	Kontrollen vor Ort	Entnommene Stichproben	Nicht reguläre Stichproben
Bozen			
Chemisch-physische Analysen	153	238	35
Mikrobiologische Analysen	153	254	26
Meran			
Chemisch-physische Analysen	151	150	103
Mikrobiologische Analysen	151	340	62
Brixen			
Chemisch-physische Analysen	138	228	102
Mikrobiologische Analysen	138	239	25
Bruneck			
Chemisch-physische Analysen	129	116	52
Mikrobiologische Analysen	129	123	22

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.3. Überwachung und 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 Kosmetikartikelfabrikanten 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 2006

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	1	1	477	97	19	1
Meran	3	2	281	41	8	-
Brixen	-	-	60	25	1	1
Bruneck	2	2	160	10	1	-
INSGESAMT	6	5	978	173	29	2

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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

Tabelle 11: Hygienisch-sanitäre Gutachten zum Erlass der Genehmigung für die Eröffnung von Herren- und Damenfriseurläden, Beautyfarmen und Wellnesszentren - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Hygienisch-sanitäre Gutachten	32	4	4	2*	42

* Diese Leistungen werden üblicherweise von den Sprengelhygienikern erbracht

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer

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

Tabelle 12: Leichenpolizeiliche Tätigkeiten - Jahr 2006

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*	Insges.
Inspektionen auf Friedhöfen	-	-	7	-*	7
Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport	-**	336	181	-*	517
Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen	12	10	-	-*	22
Autopsien	438	117	94	-*	649
Genehmigung der Leichentransportfahrzeuge	14	6	2	-*	22
Sonstige	27***	-	-	-*	27

*Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

**Seit 2005 Zuständigkeitsbereich des Bestattungsamtes der Gemeinde Bozen

***Überwachung der korrekten Abwicklung der Verfahren während der Bescheinigung der Schließung und gesetzlichen Entsprechung der in der Gemeinde Bozen startenden und dem Gemeindepersonal übergebenen Bahnen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung

In der Autonomen Provinz Bozen ist für die Überwachung der Umweltverschmutzung die Landesagentur für Umweltschutz zuständig. Die Agentur leistet den Gesundheitsdiensten, wie den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und der überbetrieblichen Sektion für Umweltmedizin, die sich mit der Umweltkontrolle zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung beschäftigt, technische und instrumentelle Unterstützung.

Die überbetriebliche Sektion für Umweltmedizin führt epidemiologische Studien zu gesundheits- und umwelttechnischen Fragen durch und bietet Beratungstätigkeit, Gutachten und Bewertungen für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Sie arbeitet mit dem Landesressort für Gesundheit, mit verschiedenen Diensten der Sanitätsbetriebe und mit der Landesagentur für Umweltschutz zusammen.

Im Laufe des Jahres 2006 erbrachte sie die folgenden Tätigkeiten:

- Rückblickende epidemiologische Studie für die Jahre 2000-2002 und 2003-2004 über die kurzfristigen Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit; Analyse der sanitären und umwelttechnischen Daten in den sechs größten Landesstädten; Vergleich der durchschnittlichen Tageskonzentrationen verschiedener Schadstoffe und des Auftommens von Herz-Kreislauf-, Atemweg- und Herzerkrankungen (in Zusammenarbeit mit der Landesagentur für Umweltschutz und der Universität Udine); die Zwischenergebnisse der Studie wurden am 23.11.2006 auf der vom Landesressort für Gesundheit organisierten Tagung „Fokus Elektromog und Rückblick Feinstaub“ vorgestellt.
- Geographisches Mapping der Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit (Todesfälle und Aufenthalte) der Luftverschmutzung in der Stadt Bozen in Zusammenarbeit mit der Gemeinde.
- Tätigkeit als Landesreferent für die akute Vergiftung durch Pestizide; Dreijahrespläne der sanitären und umwelttechnischen Überwachung der Auswirkungen von Pflanzenschutzmitteln; gezielte Untersuchung von Vergiftungsfällen mit Berichterstattung an das Amt für Hygiene; Teilnahme an den Versammlungen am Höheren Institut für Gesund-

LEICHENPOLIZEILICHE
TÄTIGKEITEN

LANDESAGENTUR FÜR
UMWELTSCHUTZ

SEKTION FÜR
UMWELTMEDIZIN

**LABOR FÜR LUFT- UND
LÄRMANALYSEN**

heitswesen in Bezug auf den „Überwachungsplan der akuten Vergiftung durch Pflanzenschutzmittel“.

- Beratung, Kontrollen vor Ort, Vorschläge von Maßnahmen und Gutachten zu medizin- und umwelttechnischen Themen auf Anfrage des Landesressorts für Gesundheit: Transforum, Pflanzenschutzmittel, Telekommunikation, Verbrennungsanlage, Deponie Sigmundskron, Aktiv für gute Luft, methangasbetriebene Busse, etc.
- Kontrollen in Schulgebäuden, Ex-Deponien (Sigmundskron), Fabriken oder Betrieben, Kompostanlagen sowie in zu sanierenden Einrichtungen aufgrund von Asbest (Merlet, Bristol), Kohlenwasserstoffen, akuter Verseuchung etc. auf dem gesamten Landesgebiet.
- Sanitäre und gesetzliche Beratung auf Anfrage des Landesressorts für Gesundheit in Bezug auf Landesbeschlüsse über Umweltthemen (wie: Regelung der Luftqualität, Landesraumordnungsgesetz etc.).
- Tätigkeit als Mitglied des Landeskomitees für Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) für Großprojekte.
- Mitglied des technischen Landeskomitees und Teilnahme an den von der Landesagentur für Umweltschutz koordinierten Treffen in Zusammenarbeit mit vier Ressorts und Vertretern von 16 Gemeinden für die Ausarbeitung der Pläne für den Schutz der Luftqualität (Fahrverbot in der Stadt, Aktionsplan Brennerautobahn, Fahrverbot der LKWs Euro 0 und 1 auf dem A22-Abschnitt des Landes etc.) und Tätigkeiten im Rahmen des Projektes Aktiv für gute Luft.
- Zusammenarbeit mit der Landesagentur für Umweltschutz in Bezug auf die wichtigsten Umweltthemen.
- Organisation und Datenerhebung für die Durchführung einer neuen Studie über die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren der Weichteile.
- Vorstellung von Studien, Berichten und Untersuchungen zu Umwelt- und Gesundheitsthemen anlässlich Tagungen, Kursen, Konferenzen, Versammlungen und Treffen mit der Bevölkerung.

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

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 (12 Stationen) und Bruneck (10 Stationen) zuständig.

Im Jahr 2006 ist die Benzolkonzentration an fast allen Stationen im Vergleich zu den Vorjahreswerten rückläufig. Außerdem wurden keine Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit gemessen ($9 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{Jahr}$), was in erster Linie auf die Zunahme der Anzahl der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen ist.

Die Analyse der Messungen des Jahres 2006 ergab für die anderen Schadstoffe in der Stadt Bozen die folgende Situation:

- **Benzopyren:** Dieser Schadstoff wurde - anders als bis zum Jahr 2005 - in der PM10-Fraktion gemessen, wie es die kürzlich eingeführte nationale Gesetzgebung vorschreibt. Der Jahresdurchschnittswert für diesen Schadstoff betrug $0,7 \text{ ng}/\text{m}^3$ und liegt somit unter dem von der nationalen Gesetzgebung vorgeschriebenen Grenzwert ($1 \text{ ng}/\text{m}^3$) und dem Durchschnitt der Vorjahre.
- **Feinstaub (PM10):** Dieser Schadstoff ist aufgrund der Emissionen der Heizanlagen, Industrien und Motoren immer noch in bedeutenden Konzentrationen vorhanden.

- **Blei und andere Metalle:** Blei, Kadmium, Nickel und Chrom wiesen 2006 sehr niedrige Konzentrationen auf. Diese Schadstoffe werden in der PM10-Fraktion wie von der kürzlich eingeführten Gesetzgebung vorgeschrieben gemessen; ihre Jahresmittelwerte liegen innerhalb der gesetzlichen Grenzwerte (Jahresmittelwert für Blei: $0,008 \mu\text{g}/\text{m}^3$; Grenzwert $0,5 \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Das Labor für Physikalische Chemie befasst sich ebenfalls mit der Überprüfung der Luftqualität; die an den Messstationen laufend 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 führt 14 Messstationen für die Erfassung der Luftverschmutzung: 3 in Bozen, 1 in Leifers, 1 in Salurn, 2 in Meran, 1 in Brixen, 1 in Sterzing, 1 in Bruneck, 1 in Latsch, 1 am Rittner Horn und 2 auf der Brennerautobahn (bei Felthurns und Auer).

Auf Landesebene kennzeichnet sich die Luftverschmutzung im Jahr 2006 in Bezug auf die einzelnen Schadstoffe folgendermaßen:

- **Schwefeldioxid (SO_2):** Die für diesen Schadstoff erfassten Werte liegen deutlich unter den Grenzwerten; die Rückführungsmaßnahmen werden fortgesetzt.
- **Kohlenmonoxid (CO):** Die geltenden Grenzwerte wurden nicht überschritten. Die Verminderung der Luftschadstoffkonzentration ist, wie auf internationaler Ebene, auf die Zunahme der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen.
- **Stickstoffdioxid (NO_2):** Es kam zu Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$) an den Stationen in Bozen (Hadrianplatz, Claudia Augusta-Straße), in Salurn und auf der Brennerautobahn.
- **Ozon (O_3):** Die durchschnittliche stündliche Schadstoffkonzentration überschritt einige Male die Informationsschwelle von $180 \mu\text{g}/\text{m}^3$ (gemessener Höchstwert) an den Messstationen von Bozen (Amba Alagi-Straße), Leifers, Meran (Grünau), Bruneck, Ritten und Salurn. 2006 wurden an den Stationen von Bozen (Amba Alagi-Straße), Ritten und Salurn außerdem einige Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit ($120 \mu\text{g}/\text{m}^3$) und des Zielwertes für den Schutz der Vegetation ($18.000 \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{h}$) verzeichnet.
- **Feinstaub (PM_{10}):** An keiner Messstation überschritt die durchschnittliche Jahreskonzentration 2006 den von der neuen Landesgesetzgebung festgelegten Grenzwert für den Schutz der Gesundheit ($40 \mu\text{g}/\text{m}^3$).
- **Benzol:** 2006 wurde keine Überschreitung des Grenzwertes für den Gesundheitsschutz ($5 \mu\text{g}/\text{m}^3$) 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 zugunsten dieser Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen durch.

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

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

LABOR FÜR
PHYSIKALISCHE CHEMIE

ARBEITSINSPEKTORAT

Tabelle 13: Tätigkeit des Arbeitsinspektorats - Jahre 2005-2006

Art der Tätigkeit	2005	2006
Kontrollen in Unternehmen mit Information und Beratung	251	329
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste Hilfe-Maßnahmen - Informationen für Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	310	1.951*
Periodische Versamml. zur Prävention - Teilnahme an Arbeitskommissionen od. -gruppen	165	110
Überwachung der Durchführung der VSV - Datenanforderungen	751	936
Vorschläge und/oder Überprüfungen der Programme für ärztliche Visiten	24	9
Ermittlungen (f. d. Staatsanwaltschaft) über Berufskrankheiten und Verstöße gegen geltende Bestimmungen	33	56
Rekurse gegen Eignungsurteile	1	13
Tauglichkeitsbeurteilung von Heizern	22	10
Tauglichkeitsbeurteilung von Minderjährigen	237	465
Bestimmungen im Bereich der Arbeitsmedizin	62	75
Verwaltungsstrafen	1	3
Mitteilungen der Vorschriften	28	21
Genehmigung von Arbeitsplänen zur Beseitigung von Asbest	144	117
Sonstige Mitteilungen an die Unternehmen über Aufschub, Befreiung, Verpflichtungen, Nicht-Erfüllung von Verpflichtungen	138	138
Sonstige Ermittlungen	44	61
Mitteilungen/Meldungen an andere Ämter	32	49
Einberufungen	52	27
Teilnahme an Konferenzen/Fortbildungskursen/Tagungen etc.	15	28
Unterrichtsstunden	n.d.	2
Ärztliche Visiten	n.d.	12
Umwelttechnische Messungen: Lärm, Mikroklima, Helligkeit (Arbeitsplätze)	1	6

*Einschließlich telefonische Beratung

Quelle: Sanitätsbetrieb di Bozen – Überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

Die Anzahl der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen nahm gegenüber dem Vorjahr von den 229 im Jahr 2005 gemeldeten Berufskrankheiten auf 220 im Jahr 2006 leicht ab (-3,9%).

Fast 42,3% der im Jahr 2006 eingegangenen Meldungen beziehen sich auf Probleme oder Beschwerden aufgrund von Hyperakusis durch Lärm.

Tabelle 14: Art der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen - Jahre 2004-2006

Eingegangene Meldungen	Anzahl der eingegangenen Meldungen		
	Jahr 2004	Jahr 2005	Jahr 2006
Wegen Hypoakusis durch Lärm	130	102	93
Wegen Latexallergie und allergischer Kontaktdermatitis	11*	19*	8
Wegen Ekzemen und Hautsensibilität	9	2	3
Wegen Diskushernie	12	28	23
Wegen Lumbago (Ischialgie)	2	1	1
Wegen Karpaltunnelsyndrom	6	21	8
Wegen Epicondylitis	4	13	3
Wegen Tendinitis	3	1	12
Wegen Mesotheliom der Pleura	4	1	1
Wegen Asbestose	1	1	1
Wegen TBC-Verdacht	2	5	-
Wegen Diskopathie	-	7	8
Sonstige	3	28	59
INSGESAMT	187	229	220

* Einschließlich Asthma-Rhinitis

Quelle: Sanitätsbetrieb di Bozen – Überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

Der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern sowie alle dem gemäß Legislativdekret 626/94 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch.

Die Untersuchungen werden von den in den Sanitätsbetrieben angestellten bzw. konventionierten und in Privatpraxen tätigen Fachärzten vorgenommen. Den organisatorischen und pflegerischen Aspekt hingegen übernimmt der Dienst für Arbeitsmedizin, ebenso wie die praktische Durchführung einiger Untersuchungen (EKG-EEG), deren Befunde dann von Fachärzten erstellt werden.

Tabelle 15: **Tätigkeit des Klinischen Bereichs für Arbeitsmedizin - Jahre 2005-2006**

Art der Tätigkeit	Anz. der Maßn. 2005	Anz. der Maßn. 2006
Untersuchung der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit im Sinne der Gesetze 303/56, 277/91, 626/94	10.592	10.485
Sehtests	1.518	1.173
Hörtests	2.962	3.303
Spirometrie Fluss-Volumen-Diagramm (einfache Spirometrie)	3.479	3.875
Globale Spirometrie	4	5
Spirometrie mit Diffusion	4	6
EKG	17	38
Venöse Blutentnahme	210	227
Kontrollen in Unternehmen mit Information und Beratung	1.068	952
Protokoll der präventiven und periodischen gesundheitlichen Ermittlungen (VSV), Berichte und Beratungen	874	625
Informationen an Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	83	90
Periodische Versammlungen zur Prävention	83	95
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste Hilfe-Maßnahmen	55	204
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, bis zu 5 Personen	2.313	3.320
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, über 5 Personen	908	894

Quelle: Sanitätsbetrieb di Bozen – Überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

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 Lärm- und Vibrationsbelastungskontrollen und Prüfungen von Produktionsanlagen vornimmt.

1.4. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Gemäß Pflichtsanierungsplänen des Jahres 2006 kontrollierte der Landesveterinärdienst insgesamt 222.320 Stück Vieh. Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. In den Viehzuchtbetrieben des Landes wurden 141 neue Fälle von BVD/MD erfasst.

**KLINISCHER BEREICH FÜR
ARBEITSMEDIZIN**

**LABOR FÜR WASSERANA-
LYSEN**

**LABOR FÜR LUFT- UND
LÄRMANALYSEN**

**AUFGABEN DES
LANDESVETERINÄR-
DIENSTES**
**AUFGABEN DES
ÜBERBETRIEBLICHEN
TIERÄRZTLICHEN
DIENSTES**
VIEHBESTAND

Der Landesveterinärdienst ist das technische Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er befasst sich mit der Erarbeitung der Rechtsvorschriften des Landes und überprüft die korrekte Anwendung der Bestimmungen der EU, des Staates und der Provinz im Bereich des Veterinärwesens durch anerkannte Tierärzte, Hygieneinspektoren und anderer Kontrollorgane. 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 sie über die Einhaltung der Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, über den Einsatz von tiermedizinischen Arzneimitteln und den Tiererschutz.

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 Dienststellen in den Sanitätsbetrieben Meran, Brixen und Bruneck.

2006 betrug der Viehbestand (Rinder, Schafe, Ziegen, Pferde und Schweine) 222.320 Stück, was einem Rückgang von 2,4% gegenüber dem Vorjahr gleichkommt (227.726 Stück im Jahr 2005). Insgesamt überwiegen die Rinder mit 63,4% am Gesamtbestand. Das Geflügel zählt rund 140.000 Stück.

Tabelle 16: **Viehbestand nach Tierart - Jahr 2006**

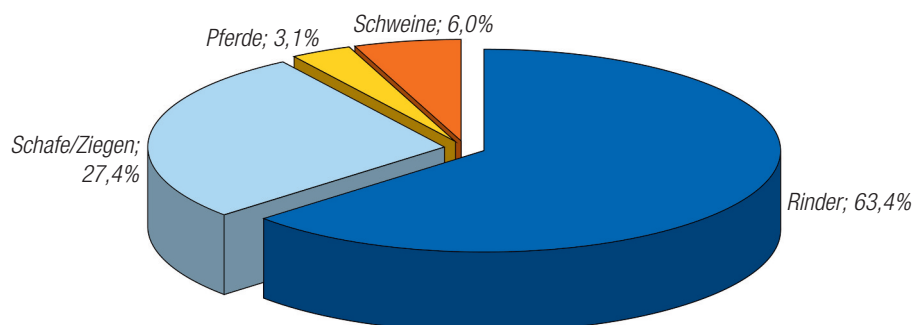
Tierart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Rinder	31.589	35.121	31.806	42.536	141.052
Schafe/Ziegen	9.256	37.080	7.580	7.101	61.017
Pferde	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7.000*
Schweine	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	13.251*
INSGESAMT	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	222.320
Geflügel	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	140.000*

* Die Daten wurden nur für die gesamte Provinz 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 2006



Quelle: Landesveterinärdienst

Tabelle 17: Prozentmäßige Verteilung der Rinder und Schafe/Ziegen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Tierart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Rinder	22,4%	24,9%	22,5%	30,2%	100,0%
Schafe/Ziegen	15,2%	60,8%	12,4%	11,6%	100,0%

Quelle: Landesveterinärdienst

Tabelle 18: Tierzuchtbetriebe in Südtirol nach Tierart - Jahre 2004-2006

Tierart	Jahr 2004	Jahr 2005	Jahr 2006
Rinder	9.074	8.942	8.866
Schafe/Ziegen	4.642	3.909	4.020
Pferde	1.800	1.800	1.800
Schweine	4.241	4.209	4.549
Geflügel/Kaninchen	48	108	95
Forellenzucht	5	5	5
INSGESAMT	19.810	18.973	19.335

Quelle: Landesveterinärdienst

2006 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landesveterinärdienstes auf die Rinder-TBC, Brucellose 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 Pflichtsanierungsplänen des Jahres 2006 wurden insgesamt 213.200 Stück Vieh kontrolliert.

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Hierzu wurden 5.582 Analysen in Bezug auf Brucellose bei Rindern und 5.579 Proben auf IBR und Rinderleukose durchgeführt.

51 Zuchtbetriebe wurden außerdem auf die Vogelgrippe untersucht.

2006 wurden das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen) und das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen Pseudotuberkulose fortgesetzt.

Südtirol beteiligt sich außerdem an einem nationalen Überwachungsprogramm der Blue Tongue, in dessen Rahmen 9.160 Rinderblutproben entnommen wurden.

Tabelle 19: Im Rahmen der Pflichtsanierungspläne in Südtirol vorgenommene Kontrollen und Impfungen - Jahre 2004-2006

Art der Kontrolle	Anzahl der kontrollierten Tiere		
	2004	2005	2006
Rindertuberkulose	126.495	147	72
Rinderbruzellose	23.709	21.491	29.403
Bruzellose der Schafe und Ziegen	32.102	16.323	27.335
Brucella ovis* (Schafböcke)	2.434	2.287	2.713
IBR	23.635	23.765	29.235
Vesikulärkrankheit der Schweine	702	607	622
Schweinepest	732	690	623
Aujeszky-Krankheit bei Schweinen	608	590	622
Rinderleukose	23.635	20.651	28.608
BVD/MD-Antikörper	5.408	8.121	2.731
BVD/MD-Virus	35.944	13.985	4.849
BVD/MD-Epithelvirus	-	56.605	69.599
Blue Tongue	8.454	8.035	9.160
Skrabies - Genotypisierung	857	1710	-
CAEV	19.209	6.912	7.628
KONTROLLEN INSGESAMT	303.924	181.919	213.200

Art der Impfungen	Anzahl der geimpften Tiere		
	2004	2005	2006
Symptomatischer Milzbrand	7.320	7.285	7.163
Milzbrand	-	138	143
IMPFUNGEN INSGESAMT	7.320	7.423	7.306

Quelle: Landesveterinärdienst

ERFASSTE
TIERKRANKHEITEN

Auch 2006 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 141 neue Fälle von BVD/MD auf. Im Bereich der Tiergesundheit führt der überbetriebliche Tierärztliche Dienst auch Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen (873 Entnahmen) durch; außerdem beschäftigt er sich mit dem Gesundheitsschutz des Zuchtviehs (137 kontrollierte Hengste und Stiere), stellt Gesundheitszeugnisse für den Viehhandel und Schlachtungen aus (71.324 zertifizierte Tiere) und nimmt Kontrollen der pharmakologischen Behandlungen der Tiere vor (900 Behandlungsregister mit kontrollierten, tiermedizinischen Arzneimitteln). Im Bereich der Kontrollmaßnahmen bei der Tierfütterung wurden 322 Futterproben (2 davon erwiesen sich als nicht regulär) und 82 Wasserproben (5 davon waren nicht regulär) durchgeführt; es wurden auch Radioaktivitätskontrollen an 6 Futterproben vorgenommen. Zudem wurden 2 Kontrollen an Milchpulver für die Tierfütterung durchgeführt. Der Dienst beschäftigt sich außerdem mit der Bekämpfung der streunenden Tiere (396 eingefangene streunende Tiere im Jahr 2006) und mit der Identifizierung der Hunde mittels Mikrochips. Dieses Verfahren wurde in allen Südtiroler Gemeinden eingeführt und erleichtert die Rückgabe der Tiere an ihre Besitzer und verkürzt somit deren Aufenthaltszeit im Tierheim.

2006 wurden 99 Hunde und 1.727 Katzen sterilisiert.

Tabelle 20: **Vom überbetrieblichen Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen - Bereich Gesundheit der Tiere - Jahre 2005-2006**

Vom Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	Jahr 2005	Jahr 2006
Eingefangene streunende Tiere	415	396
Sterilisation von Hunden	223	99
Sterilisation von Katzen	1.661	1.727
Untersuchungen am Zuchtvieh - Hengste und Stiere	166	137
Kontrolle der pharmakologischen Behandlungen der Tiere (Registerkontrolle)	700	900
Futterkontrolle	326	322
Radioaktivitätskontrolle des Futters	6	6
Kontrolle des bei der Zucht und/oder für die Produktion von Lebensmitteln tierischen Ursprungs verwendeten Wassers	138	82
Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen	1.648	873
Reisepässe für Hunden, Katzen und Frettchen für EU-Reisen (seit 1.7.04)	1.701	857
Reisepässe für pferdeartige Tiere (seit 1.10.05)	269	2.063
Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von lebenden Tieren	460	552
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierarztpraxen	2	-
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierhandlungen	2	-
Abgabe von Mikrochips	1.229	1.751*
INSGESAMT	8.946	9.765

* Einschließlich 820 Mikrochip-Implantationen für Hunde, Katzen, Frettchen und 931 für Pferde

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

1.5. HYGIENISCH-SANITÄRER SCHUTZ VON LEBENSMITTELN UND GETRÄNKEN

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte 1.143 Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 3,8% und liegt somit leicht über dem Vorjahreswert (2,6%).

Alle geschlachteten Rinder über 24 Monaten wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen (9.933 kontrollierte Rinder).

Die Kontrollen der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs werden hingegen von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit vorgenommen; sie bezogen 1.561 Produktionsstätten mit ein. Auf Landesebene bleibt der Anteil der kontrollierten Betriebe mit Verstößen auch weiterhin sehr hoch (31,5%).

Im Rahmen des hygienisch-sanitären Schutzes der Lebensmittel analysierten das Labor des Institutes für Tierprophylaxe und die Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Lebensmittelanalysen und Biologisches Labor) 1.088 Lebensmittelstichproben, von denen sich 70 als nicht regulär erwiesen.

In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen entnahmen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 2.021 Stichproben zwecks chemisch-physischer Analysen und 2.973 zwecks mikrobiologischer Analysen. Der Anteil der nicht regulären Stichproben ist sehr niedrig (1,9% für die chemisch-physischen Analysen und

**KONTROLLE DER
LEBENSMITTEL
TIERISCHEN URSPRUNGS**
**ÜBERBETRIEBLICHER
TIERÄRZTLICHER DIENST**

7,7% für die mikrobiologischen Analysen) und bestätigt somit die Werte der Vorjahre.

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 Betrieben für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs und ergriffene Maßnahmen - Jahr 2006**

Art der Maßnahme	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	225	2	250	5
Produktion und Verpackung	95	1	278	28
Großhandel	43	2	239	19
Einzelhandel	193	19	343	35
Transport (sanitäre Genehmigungen)	200	-	257	-
Öffentliche Gastronomie	67	3	76	2
Kollektive Gastronomie	5	-	6	-
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	315	16	446	18
INSGESAMT	1.143	43	1.895	107

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2006 insgesamt 1.143 Betriebe, bei 43 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,7 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch.

Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 3,8% und liegt somit leicht über dem Vorjahreswert (2,6%).

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 2005	Jahr 2006
Bakteriologische Untersuchungen des Fleisches	320	n.d.
Trichinoskopien	9.117	8.218
BSE-Test	10.542	9.933
Skrapies-Test	414	720
Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und Risikomaterial	7.031	7.486
Sanitäre Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von Lebensmitteln	199	257
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Fleischverarbeitungsbetrieben, Lagerstätten etc.	37	34
Inspektionen von Almen, auf denen Käse hergestellt wird	44	n.d.

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol 45.671 Tiere geschlachtet (Rinder/Pferde/Schweine/Schafe), 6,8% weniger als im Jahr 2005. Alle geschlachteten oder verstorbenen Rinder über 24 Monaten wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen. 2006 wurden 9.933 Rinder kontrolliert, alle Ergebnisse fielen negativ aus. Außerdem wurden 720 Schafe und Ziegen, die bei der Schlachtung über 18 Monate alt waren, auf Skrapies untersucht, alle mit negativen Ergebnissen. An den 8.034 geschlachteten Schweinen und 184 geschlachteten Pferden wurden Trichinoskopien vorgenommen, alle mit negativem Ausgang. Insgesamt wurden 21.650 Tonnen zerlegtes und in den genehmigten 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 61,4% des Jahres 2002 auf 83,4% des Jahres 2006 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.

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst beteiligt sich außerdem 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 2006 im Rahmen des Nationalen Rückständeplans entnommenen Stichproben erwiesen sich als regulär. Neben den Lebensmittelmatrizen betraf der Plan auch 381.508.600 Liter Milch.

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

MASSNAHMEN AN SCHLACHTTIEREN

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

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 Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen - Jahr 2006

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	47	20	53	25
Großhandel	16	1	29	1
Einzelhandel	35	9	44	13
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	-	-	-	-
Öffentliche Gastronomie	159	101	183	157
Kollektive Gastronomie	41	12	43	13
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	31	17	36	32
INSGESAMT	329	160	388	241

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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 Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Meran - Jahr 2006

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	53	1	140	1
Großhandel	17	-	24	-
Einzelhandel	91	1	148	1
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	-	-	-	-
Öffentliche Gastronomie	239	15	314	15
Kollektive Gastronomie	83	-	92	-
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	77	2	94	2
INSGESAMT	560	19	812	19

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran - Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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 Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen - Jahr 2006

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	16	7	18	7
Großhandel	9	-	9	-
Einzelhandel	63	25	66	20
Transport (Überwachung)	25	-	25	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	13	1	13	2
Öffentliche Gastronomie	161	135	200	209
Kollektive Gastronomie	43	30	47	36
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	29	23	34	34
INSGESAMT	359	221	412	308

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen - Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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 Betriebe, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bruneck - Jahr 2006**

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	19	2	35	-
Großhandel	11	1	20	2
Einzelhandel	24	2	32	4
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	18	-	18	18
Öffentliche Gastronomie	198	75	208	114
Kollektive Gastronomie	25	4	25	4
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	18	8	18	12
INSGESAMT	313	92	356	154

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck - Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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 Betriebe, durchgeführt von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit - Jahr 2006**

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Betriebe	Betriebe mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	135	30	246	33
Großhandel	53	2	82	3
Einzelhandel	213	37	290	38
Transport (Überwachung)	25	-	25	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	31	1	31	20
Öffentliche Gastronomie	757	326	905	495
Kollektive Gastronomie	192	46	207	53
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	155	50	182	80
INSGESAMT	1.561	492	1.968	722

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Im Jahr 2006 wurden 1.561 Betriebe, 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 (48,5% aller kontrollierten Betriebe).

Auf Landesebene bleibt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der kontrollierten auch weiterhin hoch (31,5%); der Wert ist im Vergleich zum Vorjahr leicht ansteigend (30,3%).

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 - Jahr 2006

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Genießbarkeitsbescheinigungen von für den Verkauf bestimmten Pilzen	320	-	1	45	366
Mykologische Beratung für private Pilzsammler	175	49	25	35	284
Ausstellung von Verkaufseignungsbescheinigungen für frische Pilze	9	-	12	-	21

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 2006

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für:					
- Lebensmittellagerstätten für den Großhandel	-	2	1	-*	3
- Lebensmittelverarbeitungsbetriebe	60	45	16	8*	129
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für die Erteilung der Genehmigung zum Lebensmitteltransport	72	-	3	18	93
INSGESAMT	132	47	20	26	225

*Diese Leistungen werden üblicherweise von den Sprengelhygienikern erbracht

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.

Das Institut für Tierprophylaxe führte mikrobiologische Analysen an 33 Lebensmittelstichproben durch und erfasste dabei 1 Verstoß (3,0%).

Tabelle 30: Kontrollen von Lebensmitteln durch das Institut für Tierprophylaxe - Jahr 2006

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	24	-
Eier und Derivate	2	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	7	1
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	-	-
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGES.	33	1

Quelle: Institut für Tierprophylaxe

Das Labor für Lebensmittelanalysen untersuchte im Laufe des Jahres 786 Stichproben und erfasste dabei 62 Verstöße (7,9%). Eine hohe Anzahl von Verstößen ergab sich dabei vor allem im Fisch, in Schalentieren und Weichtieren, in alkoholischen Getränken (Wein ausgeschlossen) und in Sonderprodukten (Diätprodukte, Babynahrung).

Tabelle 31: **Kontrollen von Lebensmitteln durch das Labor für Lebensmittelanalysen - Jahr 2006**

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	114	1
Eier und Derivate	8	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	91	4
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	44	9
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGES.	257	14

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Fette und Öle nicht tierischen Ursprungs	74	10
Zerealien und Backwaren	21	1
Obst und Gemüse	158	4
Kräuter, Gewürze, Kaffee und Tee	1	1
Wein	102	7
Kakao und Kakaopräparate	-	-
LEBENSMITTEL PFLANZLICHEN URSPRUNGS INSGES.	356	23

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Tierfette	1	-
Suppen, Brühen, Saucen	6	-
Nicht alkoholische Getränke	62	2
Alkoholische Getränke (Wein ausgeschlossen)	34	7
Süßspeisen	4	-
Trockenschalenfrüchte, Snacks	1	-
Fertiggerichte	1	-
Sonderprodukte (Diätprodukte, Babynahrung)	33	8
Sonstige Präparate nicht tierischen Ursprungs	24	6
Konfitüren	7	2
INSGESAMT ALIMENTI VARI	173	25

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz - Labor für Lebensmittelanalysen

Das Biologische Labor untersuchte im Jahr 2006 269 Stichproben und erfasste dabei 7 Verstöße (2,6%).

BIOLOGISCHES LABOR

Tabelle 32: Kontrollen von Lebensmitteln durch das Biologische Labor - Jahr 2006

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	12	1
Eier und Derivate	-	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	2	-
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	-	-
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGES.	14	1
Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Zerealien und Backwaren	1	-
Kakao und Kakaopräparate	2	-
Obst und Gemüse	19	-
LEBENSMITTEL PFLANZLICHEN URSPRUNGS INSGES.	22	-
Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Suppen, Brühen, Saucen	1	-
Nicht alkoholische Getränke	3	-
Alkoholische Getränke (Wein ausgeschlossen)	2	-
Eis und Desserts	4	-
Süßspeisen	62	-
Fertiggerichte	159	4
Sonderprodukte (Diätprodukte, Babynahrung)	2	2
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	233	6

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz - Biologisches Labor

Die Überwachung der Qualität der für den 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: Kontrollen der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen - Jahr 2006

Sanitätsbetrieb	Kontrollen der öffentlichen Wasserleitungen				
	Anz. der Wasserleitungen	Anz. der kontroll. Wasserleit.	Ent. Stichproben insgesamt	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Nicht reguläre Stichproben
Bozen	123	123			
Chemisch-physische Analysen			506	455	5
Mikrobiologische Analysen			686	636	25
Meran	154	153			
Chemisch-physische Analysen			605	477	18
Mikrobiologische Analysen			970	772	63
Brixen	149	149			
Chemisch-physische Analysen			493	430	6
Mikrobiologische Analysen			854*	615*	55*
Bruneck	116	116			
Chemisch-physische Analysen			417	352	3
Mikrobiologische Analysen			463	365	41
INSGESAMT	542	541			
CHEM.-PHYS. ANALYSEN			2.021	1.714	32
MIKROBIOLOGISCHE ANALYSEN			2.973	2.388	184

*Es wurden auch Stichproben bezüglich Legionella pneumophila im Warmwasser entnommen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 34: **Kontrollen der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der privaten Wasserleitungen öffentlichen Interesses - Jahr 2006**

Sanitätsbetrieb	Kontrollen der privaten Wasserleitungen				
	Anz. der Wasserleitungen	Anz. der kontroll. Wasserleit.	Ent. Stichproben insgesamt	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Nicht reguläre Stichproben
Bozen	311	33			
Chemisch-physische Analysen			52	44	17
Mikrobiologische Analysen			50	43	1
Meran	488	112			
Chemisch-physische Analysen			87	82	7
Mikrobiologische Analysen			127	109	48
Brixen	185	73			
Chemisch-physische Analysen			100	72	11
Mikrobiologische Analysen			149	98	22
Bruneck	244	20			
Chemisch-physische Analysen			20	20	0
Mikrobiologische Analysen			33	20	7
INSGESAMT	1.228	238			
CHEM.-PHYSISCHE ANALYSEN			259	218	35
MIKROBIOLOGISCHE ANALYSEN			359	270	78

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 35: **Kontrollen der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer - Eignungsermittlungen - Jahr 2006**

Sanitätsbetrieb	Anzahl der Ermittlungen	Chemisch-physische Analysen der entn. Stichproben	Mikrobiologische Analysen der entn. Stichproben
Bozen	11	64	92
Meran	27	75	115
Brixen	7	53	60
Bruneck	35	37	75
INSGESAMT	80	229	342

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil an nicht regulären Wasserproben sehr niedrig (1,9% für die chemisch-physischen Analysen und 7,7% 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.

1.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

Im Jahr 2006 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin über 33.000 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Die Dienste für Sportmedizin führten insgesamt 22.576 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durch: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 20 Leistungssportlern.

ORGANISATION DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

1.6.1. Tätigkeiten 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:

1. Bereich Hygiene und Öffentliche Gesundheit;
2. Bereich Rechtsmedizin.

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

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

Der Dienst für Rechtsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen ist außerdem für die Feststellung der Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeugs seitens Invaliden (örtliche Ärztekommision) 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); er befasst sich auch 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 Landesangestellten zuständig. Auf Antrag der Gerichtsbehörde nimmt der Dienst auch gerichtspolizeiliche Aufgaben wahr.

Im Jahr 2006 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin über 33.000 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

AUFGABEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

TÄTIGKEITEN DES DIENSTES FÜR RECHTSMEDIZIN DES SANITÄTSBETRIEBS BOZEN

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Tabelle 36: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Rechtsmedizin - Jahr 2006**

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht bei besonderer Komplexität. Rechtsmedizinische Gutachten	7	-	-	-	7
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Parkausweis für Invaliden	370	283	69	-	722
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Zertifikate für Private (z. B. Wehrdienst etc.)	-	36	1	-	37
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)	408	79	4	72	563
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulante Visiten der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	-	159	-	30	189
Anamnestiche Vor-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht auf Anfrage von Privatunternehmen	15	-	-	-	15
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von Privatunternehmen. Kollegialvisiten zwecks Beratung mit schriftlichem Bericht	23	3	-	-	26
Kollegialvisiten für die Hauspflege (*)	130	-	390	-	520
INSGESAMT	953	560	464	102	2.079

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

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin

Tabelle 37: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Invalidenversorgung - Jahr 2006**

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Rechtsmedizinische Leistungen, die von Gesetzen oder Bestimmungen vorgesehen sind oder von öffentlichen Ämtern oder Privatpersonen angefordert werden, mit schriftlichem Bericht (Visiten zur Verschreibung von Prothesen, Abnahmeprüfungen, Kontrollen für Kuren oder Einweisung von Invaliden) (*)	3.243	626°	-	540	4.409
Beratung zu Bescheinigungen oder klinischen Dokumenten (Genehmigung der Verschreibung von Prothesen/Gehhilfen/Tutoren) (*)	4.227	2.587	385	1.766	8.965
Kollegialvisiten außerhalb des Tarifs	140	102	51	18	311
INSGESAMT	7.610	3.315	436	2.324	13.685

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

° Prüfungen durch verschreibende Ärzte sind nicht enthalten

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

Tabelle 38: **Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Invalidenkommission - Jahr 2006**

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Hausvisiten zur Feststellung der Zivildisabilität	183	61	25	79	348
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung der Zivildisabilität	2.682	2.001	833	677	6.193
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung des Behinderungsgrads (G 104/92)	433	226	117	97	873
Ambulante Kollegialvisiten zur Arbeitsvermittlung von Invaliden (G 68/99)	154	88	40	17	299
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung von Blindheit (*)	92	-	-	-	92
Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung von Taubstummheit (*)	9	-	-	-	9
Außerordentliche Revisionen	-	-	1	9	10
DPR 698 (Post Mortem)	35	-	3	2	40
INSGESAMT	3.588	2.376	1.019	881	7.864

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

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

Tabelle 39: **Auf Initiative der Dienste für Rechtsmedizin oder im Interesse oder auf Anfrage von öffentlichen Ämtern erbrachte Leistungen - Jahr 2006**

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht. Schadensfälle, Schadenersatzforderungen (*)	163	-	-	-	163
Beratung zu Scheinen oder klinischen Dokumenten. Noteinweisungen im Ausland. Gutachten zu TFR. Gutachten bez. Sauerstoffzentrum	117	-	19	-	136
Beratung zu Scheinen oder klinischen Dokumenten in Fällen besonderer Komplexität. Gutachten, Beratung	196	29	157	-	382
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Von öffentlichen Verwaltungen angeforderte Zertifikate (INPDAP, Autonome Provinz Bozen, etc.) (*)	67	-	-	-	67
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	1.360	303	168	53	1.884
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulante Visiten der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	15	49	8	1	73
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. Kollegialvisiten zwecks Beratung mit schriftlichem Bericht	217	30	-	2	249
Anamnestiche Vor-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht auf Anfrage von öffentlichen Ämtern (*)	76	-	-	-	76
INSGESAMT	2.211	411	352	56	3.030

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

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin

Neben den in der Tabelle angeführten Leistungen führte der Dienst für Rechtsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen 6.487 gesundheitliche Kollegialermittlungen zur Ausstellung, Revision oder Erneuerung von Führerscheinen für Personen mit psychophysischen Störungen durch (örtliche Ärztekommision).

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 40: **Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit erbrachte rechtsmedizinische Leistungen - Jahr 2006**

Erbrachte Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck*
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen	292	49	19	-
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	7.552	996	1.076	-
Visiten zur Gewährung eines Darlehens (Abzug eines Fünftels des Gehaltes)	109	11	15	-
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	1.198	251	134	-
Visiten zur Ausstellung von Arbeitsbüchern für Minderjährige	41	79	-	-
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Gesundheitsausweisen	829	340	255	-

*Von den Sprengelhygienikern erbrachte Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 41: **Von den Sprengelhygienikern erbrachte rechtsmedizinische Leistungen - Jahr 2006**

Erbrachte Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	5.829	6.308	4.563	5.994
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen	{ 707*	468	285	343
Visiten zur Gewährung eines Darlehens (Abzug eines Fünftels des Gehaltes)		{ 663+	38	6
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	220		236	781
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Gesundheitsausweisen	543	729	394	424

*Umfasst sowohl die Waffenscheine als auch die Abtretung des Fünftels

+Umfasst sowohl die Visiten zur Abtretung des Fünftels als auch zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.6.2. Tätigkeiten 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 des Landes gemäß einer Vereinbarung mit den anderen Sanitätsbetrieben wahr.

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 Sanitätsbetriebs Bozen führt Visiten und Feststellungen zur

**SONSTIGE LEISTUNGEN
DES DIENSTES FÜR
RECHTSMEDIZIN VON
BOZEN
DIENSTE FÜR HYGIENE
UND ÖFFENTLICHE
GESUNDHEIT**

**AUFGABEN DER DIENSTE
FÜR SPORTMEDIZIN**

**ORGANISATION DER
DIENSTE FÜR
SPORTMEDIZIN**

**VISITEN ZUR
FESTSTELLUNG DER
EIGNUNG ZUM
LEISTUNGSSPORT**

Eignung zum Leistungssport am Hauptsitz des Sanitätsbetriebs Bozen sowie an den Sprengelsitzen St. Ulrich (Grödental), Kardaun (Eggental-Schlern), Kaltern (Überetsch) 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.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 22.576 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durchgeführt: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 20 Leistungssportlern (14 im Sanitätsbetrieb Bozen, 2 in Brixen und 4 in Bruneck).

Tabelle 42: Leistungen der Dienste für Sportmedizin nach Art der Leistung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Art der Leistungen	Bozen	Meran*	Brixen	Bruneck	Insges.
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab. a der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, EKG)	887	146	304	232	1.569
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab. b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit zwei Masterstufen)	7.329°	7.488	2.775	2.785	20.377
Bescheinigungen für Leistungssportarten gemäß Tab. b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 mit HerzKreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer)	-°°	-	511	119	630
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufbandergometer oder Pulsfrequenzmesser) mit Laktatbestimmung (einschließlich: EKG, Belastungs-EKG, Messung der Herzschlagfrequenz und des Arterienblutdrucks, Laktat-Test, Bestimmung der aeroben und anaeroben Schwelle, Schlussbericht mit Trainingsempfehlungen)	10	-	-	54	64
Sport-Gesundheitscheck (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer, Schlussbericht)	-	-	3	22	25
Sonstige Funktionsprüfungen	-	-	-	28	28
Folgevisite, HNO-Untersuchung	665	-	-	324	989
Fachärztliche Visite	509	-	-	17	526
Einfache Spirometrie	55	-	139	39	233
HerzKreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer	626	-	444	73	1.143
Dynamisches EKG - Holter	-	-	36	-	36
Elektrokardiogramm (EKG)	57	-	438	35	530
Laktat	1.426	-	5	347	1.778
Neurologisches Screening	695	-	-	416	1.111
Diätetische Bewertung. Diättherapie - Erstellung des Ernährungsprogramms. Diättherapiekontrolle. Pro Sitzung	8	-	-	170	178
Orthoptische Bewertung	51	-	-	34	85
Sonstige Leistungen	-	-	-	218+	218

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

+ Neben den angeführten Leistungen führte der Dienst auch 35 komplette Harnuntersuchungen, 16 Audiometrien, 42 Blutentnahmen und 125 andere Leistungen (lokale Infiltration, Infusion, Tetanus-Impfung) durch

° Einschließlich 777 Visiten im Sprengel Neumarkt - Unterland, 407 Visiten im Sprengel Kardaun - Eggental, 403 Visiten im Sprengel St. Ulrich - Grödental, 106 Visiten im Sprengel Kaltern - Überetsch

°° 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 Laufe des Jahres 2006 11.462 ambulante Visiten und 1.067 Hausbesuche vor; außerdem wurden Proben und Diagnoseuntersuchungen, Allergietests, Pharmakotherapien und Atmungstrainings durchgeführt.

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

Die Tätigkeit des überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie gilt der Prävention, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Atemwege, den 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 ambulanten Diagnosen ersten Grades der Lungenerkrankungen, die ambulanten 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 Beratung und Untersuchungen zur Raucherentwöhnung und Respirationsrehabilitation.

Der überbetriebliche Dienst für Pneumologie nahm im Laufe des Jahres 2006 11.462 ambulante Visiten und 1.067 Hausbesuche vor. Dabei ist ein Anstieg der ambulanten Visiten (11.462 im Jahr 2006 gegenüber 11.133 des Jahres 2005, +3,0%), der Hausbesuche (1.067 im Jahr 2006 gegenüber 800 des Jahres 2005, +33,4%), der Bronchodilatationstests (2.066 im Jahr 2006 gegenüber 1.692 des Jahres 2005, +22,1%) und der kompletten Allergietests (688 im Jahr 2006 gegenüber 487 des Jahres 2005, +41,3%) zu verzeichnen. Die Zahl der durchgeführten Atmungstrainings (243 im Jahr 2006 gegenüber 734 des Jahres 2005, -66,9%) ging hingegen zurück.

**ORGANISATION DES
DIENSTES FÜR
PNEUMOLOGIE
AUFGABEN DES DIENSTES
FÜR PNEUMOLOGIE**

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Tabelle 43: Leistungen seitens des überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie - Jahr 2006

	Bozen	Neu- markt	Meran	Schlan- ders	Brixen	Bruneck	Insge- samt
Ambulante Visiten	6.647	651	1.633	712	785	1.034	11.462
Pneumologische Beratung im KH	-	-	63	27	36	16	142
Globale Spirometrie	41	-	-	-	-	-	41
Polysomnographie	65	-	8	-	2	21	96
Ergospirometrie (Fahrrad)	3	-	-	-	-	-	3
Einfache Spirometrie (F/V)	1.774	215	712	251	199	270	3.421
Spirometrie mit Reservevolumen	-	2	14	14	1	5	36
Bronchodilatationstest	1.058	114	384	219	62	229	2.066
Bronchostenosetest	117	-	36	-	8	13	174
Diffusionskapazitätstest (DLCO)	83	4	37	10	30	41	205
Kompletter Allergietest	421	91	95	28	27	26	688
Haltungsdrainage	177	17	88	-	-	-	282
Aerosoltherapie mit Arzneimitteln	91	20	89	-	-	-	200
Atmungstraining	239	4	-	-	-	-	243
Test Pe Max-Pi Max	6	-	1	-	-	-	7
Hausbesuche durch den Arzt	24	10	13	3	3	-	53
Hausbesuche durch die Sanitätsassis.	348	64	144	100	154	204	1.014
Pulsoximetrie	1.213	205	524	357	444	442	3.185
Belastungstest	100	5	11	-	2	4	122
Arterielle Blutentnahme	428	113	159	92	175	70	1.037
Blutgasanalyse	428	4	-	2	14	-	448
INSGESAMT	13.263	1.519	4.011	1.815	1.942	2.375	24.925
Thorax RX Standard	5.145	-	-	-	-	-	5.145
INSGESAMT	18.408	1.519	4.011	1.815	1.942	2.375	30.070

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pneumologie

2. SPRENGELVERSORGUNG

2.1. DIENST FÜR BASISMEDIZIN

Die Dienste für Basismedizin der Sanitätsbetriebe sind für die Führung der Gesundheits-sprengel sowie für die Koordinierung der Beziehungen zu den Allgemeinmedizinerinnen und konventionierten Kinderärzten freier Wahl zuständig.

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 in der Ambulanz, zu Hause und in halbstationärer Unterbringung. Die Dienste für Basismedizin sind außerdem für die Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, zuständig, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wieder herzustellen.

Dafür bedient sich der Dienst für Basismedizin der 20 Gesundheitssprengel, welche technisch-funktionale Einheiten sind.

Im Laufe des Jahres 2006 führten die Dienste für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe Projekte zur Führung 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 Südtirol 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 den Bau und/oder Modernisierung der Gebäude der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1993 (1. Finanzierungsjahr) bis heute ungefähr 107.000.000 Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von 132.000.000 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. Alle seit 1994 errichteten Sitze werden gemeinsam von den Gesundheits- und Sozialsprengeln benutzt.

Im Jahr 2006 wurde der neue Sprengelsitz Naturns-Umgebung in Betrieb genommen; die Arbeiten für den Sprengelsitz Gries-Querein in Bozen wurden fortgesetzt und jene für den Stützpunkt Völs begonnen. Außerdem wurden Planungen für verschiedene neue Sitze und der Ausbau bestehender Sitze in die Wege geleitet.

Tabelle 1: **Von den Diensten für Basismedizin eingeleitete Projekte und miteinbezogene Dienste und Ämter - Jahr 2006**

Sanitätsbetrieb	Projekt	Miteinbezogene Dienste/Ämter/Berufsbilder
Bozen	Begleitete Entlassung aus der Krankenpflege	Aufenthaltsabteilungen des Krankenhauses Bozen, Dienst für Basismedizin
	Überwachung der pharmazeutischen territorialen Verschreibungstätigkeit	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl
	Homepage für die Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl, Amt für die Beziehungen mit dem Publikum
	Übernahme der Direktion der Alters- und Pflegeheime	Abteilung Geriatrie des Krankenhauses Bozen, Krankenpflegedirektion, Verein der Südtiroler Altersheime, Dienst für Basismedizin
	Projekt „Karies-Prophylaxe“	Sanitätsassistentinnen, Zahnärzte, Schulen
	Projekt der sozio-sanitären Integration in Bezug auf die Information über die Sozial- und Gesundheitsdienste der Sprengel	Dienst für Basismedizin, Bezirks-gemeinschaft Überetsch-Unterland
	Gesundheitserziehungsprojekte an Schulen	Ärzte, Sanitätsassistenten, Diätberater, Schulen
Meran	Prävention und Frühdiagnose der Post-Partum-Depression (Ausbild. d. Mitarbeiter; epidemiolog. Erforschung d. Risikofaktoren; Erarbeitung d. themenbezog. Inhalte d. Geburtsvorbereitungskurse)	Dienst für Basismedizin, Psychologischer Dienst, Psychiatrischer Dienst, Beratungsstellen für Gynäkologie, Sanitätsassistentinnen und Hebammen der Sprengel, Kinderärzte freier Wahl
	Projekt zur Prävention der Hauttumoren	Dienst für Basismedizin, Dermatologie
	Projekt zur Prävention des Prostatakarzinoms	Dienst für Basismedizin
	Integrierte Krankenhaus-Gebietsverwaltung der Patienten mit Koagulopathien	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Transfusionszentrum
	Projekt zur Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten (informatische Verarbeitung des integrierten Krankenhaus-Gebiets-Bogens; Ausbildung der Allgemeinmediziner; Intranet-Verbindung der Allgemeinmediziner mit der Abteilung Medizin)	Abteilung Medizin, Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner
	Projekt „Lebensstile“ in den Grundschulen (Gesundheitserziehung seitens Diätberaterinnen, Sanitätsassistentinnen und Schulpersonal von Tisens zur Förderung der gesunden Ernährung, angemessenen Bewegung und Korrektur von falschen Ernährungsgewohnheiten)	Dienst für Diät und Ernährung, Diätberaterinnen, Dienst für Basismedizin, Sanitätsassistentinnen, deutsches Schulamt, Schule Frankenberg-Tisens
	Projekt „Notfall Senioren“ (Ausarbeitung einer Info-Broschüre mit Verbreitung über die Massenmedien; Miteinbeziehung der Allgemeinmediziner bei der Erfassung der risikobehafteten Senioren; Einrichtung einer eigenen Telefonnummer im Sprengel Meran und Lana; telefonische Beratung und Maßnahmen zu Hause für risikobehaftete Senioren)	Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Abteilung Geriatrie, Krankenpflegepersonal der Sprengel
	Begleitete Entlassungen (Ausarbeitung von Leitlinien für entlassendes Krankenhaus/Gebiet bei ordentlichen Entlassungen, Entlassungen von einfachen und komplexen Patienten; Vorstellung der Leitlinien an die Krankenhausprimäre, Ärzte- und Krankenpflegekoordinatoren der Sprengel)	Sanitätsdirektion, Dienst für Basismedizin, Allgemeinmediziner, Krankenpflegekoordinatoren der Sprengel, Abteilung Geriatrie, Krankenpflegekoordinator, Krankenpflegeleiter des Krankenhauses und Sprengels, Sozialassistenten des Krankenhauses
Brixen	Projekt „Palliative Care“	Allgemeinmediziner, Fachärzte u. Krankenpfleger
	Projekt „Rückenschmerzen“	Allgemeinmediziner, Traumatologen, Physiotherapeuten und Neurologen
	Projekt „Karies und Prophylaxe“	Sanitätsassistentinnen, Zahnärzte, Grundschulen
	Initiative „Richtige Körperhaltung“	Physiotherapeuten, Kinderorthopäden und Grundschulen
Bruneck	Palliative Behandlung im Sprengel Hohepustertal	Abteilung Medizin des Krankenhauses Innichen, Allgemeinmediziner des Sprengels Hohepustertal, Krankenpflegepersonal des Sprengels
	Projekt „Karies und Prophylaxe“	Sanitätsassistentinnen, Zahnärzte, Grundschulen
	Projekt „Lebensstil“	Dienst für Basismedizin

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 2: Gesundheitssprengel mit Sitzen und Stützpunkten und Durchführungsstand der Gebäude - Stand zum 31.12.2006

Betriebe	Sprengel	Aktivierte Sprengelsitze	Realisierungsphase der Sitze	Stützpunktsitze	Realisierungsphase d. Stützpunktgebäude
Bozen	Grödental	St. Ulrich	Fertiggestellt		
	Eggental-Schlern	Kardaun	Fertiggestellt	Weitschnofen Deutschnofen Völs Kastelruth	Fertiggestellt Fertiggestellt im Bau in Planung
	Salten-Sarnthal-Ritten	Bozen	Fertiggestellt	Sarnthein Ritten Mölten	Fertiggestellt Fertiggestellt Fertiggestellt
	Überetsch	Eppan	Fertiggestellt	Terlan Kaltern	Fertiggestellt Fertiggestellt
	Leifers-Branzoll-Pfatten Unterland	Leifers Neumarkt	Fertiggestellt Fertiggestellt		
	Bozen	Don Bosco	Fertiggestellt		
		Europa Bozen-Rentsch Gries-Quirein Oberau	Fertiggestellt Fertiggestellt im Bau Fertiggestellt		
Meran	Oberer Vinschgau	Mals	Fertiggestellt	Prad a. Stj.	Fertiggestellt
	Mittlerer Vinschgau	Schlanders	Fertiggestellt		
	Naturns-Umgebung	Naturns	Fertiggestellt		
	Lana-Umgebung	Lana	Fertiggestellt	St. Walburg	in Planung
	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: Amt für Gesundheitssprengel - A.P.B.

**TERRITORIALE
VERTEILUNG DER IN DEN
SPRENGELN
ANGEBOTENEN
LEISTUNGEN**

Auf Sprengel Ebene 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 erbracht werden (Verwaltungsdienste, ambulante 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 2006

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																						
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliche Amb.	Röntgenambulanz	Pneumolog. Amb.	Arbeitsmed. Amb.	Sportmedizin	Augenärztliche Amb.	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Hygiene u. Öffentl. Gesundheit	EKG	Kardiologie	Rheumatologie	Implantat	Urologie
Gröden	St. Ulrich	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X			X	X	X	X	X							
	Wolkenstein				X	a																		
Eggental-Schlern	Kardaut	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																		
	Weitschnofen	X	X	X	X	Pa	G		X															
	Deutschnofen	X	X	X	X	Pa			X								X	X						
Salten-Sarnthal-Ritten	Klobenstein	X	X	X	X	Pa	G	d	X									X						
	Möiten	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	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		X			X				
	Girland			X		a																		
	St. Pauls					a																		
	Terian	X (2)	X	X	X	a	Go	d																
Leifers-Branzoll-Pfatten	Leifers	X	X	X	X	a	Go	d	X	X						X	X	X	X				X	X
Unterland	Neumarkt	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	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	X																			
	Montan			X		a																		
	Auer		X	X	X	a	Go																	
	Salurn			X	X	Pa																		
	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

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 4: Im Gesundheitssprengel Bozen des Sanitätsbetriebs Bozen angebotene Leistungen - Jahr 2006

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																						
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation (1)	Zahnärztliche Amb.	Röntgenambulanz	Augenärztliche 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					X		
	Europa	X	X	X	X	a	Go	d	X	X												X		
	Oberau	X	X	X	X	a	o										X	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 die Ambulanz für Kardiologie und Rheumatologie von Gries-Quirein (Sprengel Bozen), das Impfamt in Eppan (Überetsch) und Leifers oder für die Enterostomie-Ambulanz in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran der Fall ist.

In den Tabellen 3-7 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 Poliambulanzen 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 2006

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																			
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitative	Zahnärztliche Amb.	Enterostomie-Amb.	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Dermatologie	Amt für Zivilinvaliden	DfA	Hygiene u. Öffentl. Gesundheit	Lymphdrainage	Neurologie	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 am Stifterjoch	X	X	X	X	a		d													
	Reschen			X	X																
	Schluderns		X	X	X																
	Stilfs		X	X	X																
	Taufers			X	X																
Mittlerer Vinschgau	Schlanders	X		X	X	a	Go	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	Go	d		X			X		X						
	Karthus			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				
	Tscherms			X	X																
	Gargazon			X	X																
	Laurein	X	X	X	X			d													
	Burgstall			X	X			d													
	Proveis	X		X	X	Pa		d				X									
	St. Pankraz	X			X	Pa		d						X							
	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	Do	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	a															
Passeiertal	St. Leonhard	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X		X	X	X		X					
	Moos			X	X	Pa									X						
	St. Martin			X	X	Pa		d													

(*) 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 2006

		In den Sprengeln angebotene Leistungen										
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitative	Zahnärztliche Amb.	Psychiatrie	Psychologie
Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen											
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				
	Rödeneck				X							
	St. Andrä			X	X	a						
	Vintl			X	X	a						
	Vama			X	X							
Klausen-Umgebung	Klausen	X	X	X	X	Pa	Goa	d		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 angebotene Leistungen des Sanitätsbetrieb Bruneck – Jahr 2006

		In den Sprengeln angebotene Leistungen												
		Verwaltung	Entnahmen	Ambul. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Ber.Stelle (*)	BS. Geburtsh./Gyn. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Logopädie	Psychologie	Ergotherapie	Tierärztlicher Dienst	Zahnärztlicher Dienst
Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen													
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									
	Weißbach			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. Magdalena/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 (1)			X	X									
	Corvara			X	X									
	Wengen			X	X									
	Longiarü-Kampill			X	X									
	Pedratsches		X	X	X	a								
	St. Kassian			X	X									
	St. Vigil			X	X									

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

(1) Geschlossen seit 01.02.2006

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.2. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Im Jahr 2006 zählte der Landesgesundheitsdienst 474.796 Versorgungsberechtigte, 88,9% davon wurden von den Allgemeinmediziner*innen versorgt. Insgesamt waren 256 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 Allgemeinmediziner*innen vor allem in den Sprengeln Bozen und Wipptal. Nur in 14 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 gewährleistet. Die Versorgungskontinuität für Notfälle in der Nacht, an Feier- 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; in den Sanitätsbetrieben Meran und Brixen wird die Versorgung der Touristen durch den normalen Bereitschaftsdienst unter der Woche und an den Wochenenden von den Allgemeinmediziner*innen der einzelnen Sprengel gewährleistet.

2.2.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl

Zum 31. Dezember 2006 zählte der Landesgesundheitsdienst 474.796 Versorgungsberechtigte (0,3% mehr als 2005); davon wurden ungefähr 422.000 von Allgemeinmediziner*innen und weitere 50.000 von Kinderärzten freier Wahl versorgt. Die Zahl der Versorgungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren betrug 69.372 (fast unverändert gegenüber 2005), 70,0% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Tabella 8: **Wahl der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Wahlen zugunsten von:	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Allgemeinmediziner	188.054	108.194	59.966	65.740	421.954
Kinderärzte freier Wahl	23.530	14.909	7.966	6.437	52.842
WAHLEN INSGESAMT	211.584	123.103	67.932	72.177	474.796

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabella 9: **Versorgungsberechtigte der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Altersklasse und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

	Allgemeinmediziner		Kinderärzte freier Wahl		Versorgungsberechtigte		Insges.
	0-13	>=14	0-13	>=14	0-13	>=14	
Bozen	8.165	179.889	21.311	2.219	29.476	182.108	211.584
Meran	3.983	104.211	13.951	958,0	17.934	105.169	123.103
Brixen	2.794	57.172	7.522	444,0	10.316	57.616	67.932
Bruneck	5.853	59.887	5.793	644,0	11.646	60.531	72.177
PROVINZ	20.795	401.159	48.577	4.265	69.372	405.424	474.796

Quelle: Sanitätsbetriebe

Zum 31. Dezember 2006 waren insgesamt 307 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 256 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 1.648 Versorgungsberechtigten pro Allgemeinmediziner und von 1.036 pro Kinderarzt freier Wahl. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2005 des Gesundheitsministeriums) überschreiten diese Indikatoren den gesamtstaatlichen Durchschnitt.

**DURCHSCHNITTliche
PATIENTENBELASTUNG
PRO BASISARZT**

Tabelle 10: **Durchschnittliche Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl - Stand zum 31.12.2006**

Sprengel/Betriebe	Allgemeinmediziner			Kinderärzte freier Wahl		
	Ärzte	Wahlen	Durch. Belast.	Kinder-ärzte	Wahlen	Durch. Belast.
Grödenal	5	9.216	1.843	1	941	941
Eggental-Schlern	10	17.790	1.779	-	-	-
Salten-Sarnal-Ritten	12	17.260	1.438	-	-	-
Überetsch	14	22.369	1.598	4	4.696	1.174
Leifers-Branzoll-Pfatten	9	16.045	1.783	3	3.123	1.041
Unterland	13	20.744	1.596	2	2.158	1.079
Bozen	52	84.630	1.628	12	12.612	1.051
SB Bozen	115	188.054	1.635	22	23.530	1.070
Oberer Vinschgau	9	14.208	1.579	1	1.212	1.212
Mittlerer Vinschgau	8	15.037	1.880	2	2.666	1.333
Naturns-Umgebung	5	9.114	1.823	1	1.313	1.313
Lana-Umgebung	13	18.724	1.440	3	2.646	882
Meran-Umgebung	29	42.562	1.468	7	7.072	1.010
Passeiertal	4	8.549	2.137	-	-	-
SB Meran	68	108.194	1.591	14	14.909	1.065
Wipptal	8	15.974	1.997	1	1.186	1.186
Brixen-Umgebung	19	30.451	1.603	5	4.644	929
Klausen-Umgebung	8	13.541	1.693	3	2.136	712
SB Brixen	35	59.966	1.713	9	7.966	885
Taufers-Ahrntal	6	12.301	2.050	-	-	-
Bruneck-Umgebung	19	28.773	1.514	6	6.437	1.073
Hochpustertal	7	14.809	2.116	-	-	-
Gadertal	6	9.857	1.643	-	-	-
SB Bruneck	38	65.740	1.730	6	6.437	1.073
PROVINZ	256	421.954	1.648	51	52.842	1.036

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 14 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig.

Abbildung 1: Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner in den Regionen Italiens - Jahr 2005

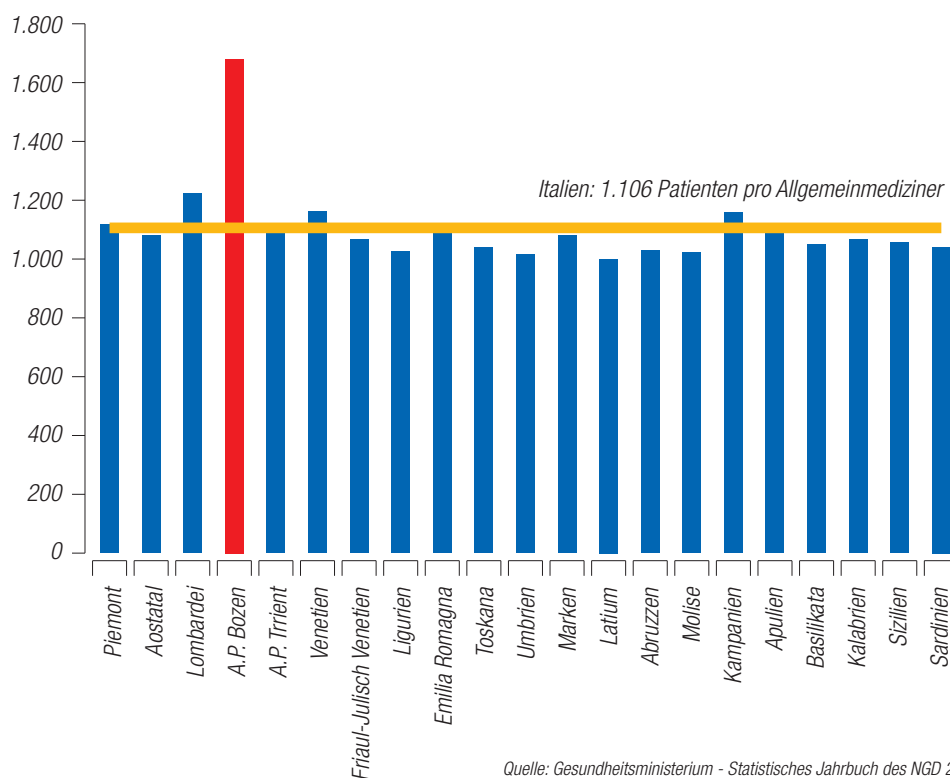


Abbildung 2: Patientenbelastung pro Kinderarzt freier Wahl in den Regionen Italiens - Jahr 2005

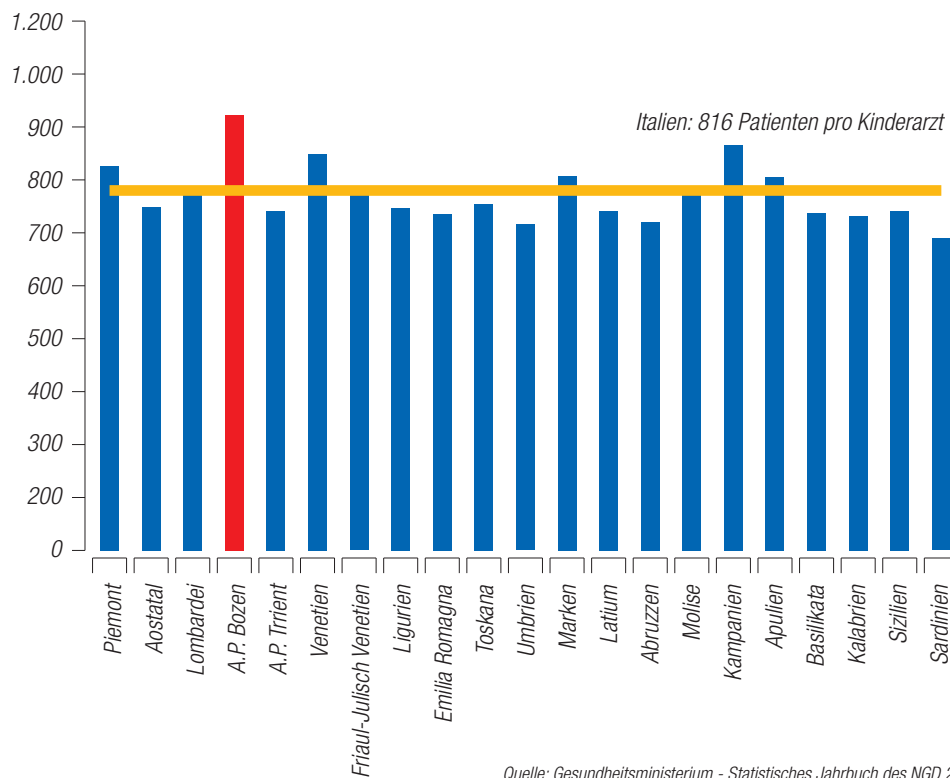


Tabelle 11: **Allgemeinmediziner, Bevölkerung im Alter über 14 Jahren, Verhältnis Einwohner/Ärzte, geschätzter Bedarf an zusätzlichen Ärzten pro Sprengel - Stand zum 31.12.2006**

Sprengel/Betriebe	Ärzte	Einwohner > 14	Einwohner pro Arzt	Geschätzter Bedarf
Grödenal	5	7.201	1.440	
Eggental-Schlern	10	15.635	1.564	0,4
Salten-Sarnal-Ritten	12	14.740	1.228	
Überetsch	14	22.539	1.610	1,0
Leifers-Branzoll-Pfatten	9	16.370	1.819	1,9
Unterland	13	19.124	1.471	
Bozen	52	86.197	1.658	5,5
SB Bozen	115	181.806	1.581	
Oberer Vinschgau	9	12.857	1.429	
Mittlerer Vinschgau	8	14.777	1.847	1,9
Naturns-Umgebung	5	8.736	1.747	0,8
Lana-Umgebung	13	18.875	1.452	
Meran-Umgebung	29	43.226	1.491	
Passeiertal	4	6.958	1.740	0,6
SB Meran	68	105.429	1.550	
Wipptal	8	15.269	1.909	2,2
Brixen-Umgebung	19	28.479	1.499	
Klausen-Umgebung	8	12.954	1.619	0,6
SB Brixen	35	56.702	1.620	
Taufers-Ahrntal	6	10.328	1.721	0,9
Bruneck-Umgebung	19	28.575	1.504	0,1
Hochpustertal	7	12.472	1.782	1,3
Gadertal	6	8.303	1.384	
SB Bruneck	38	59.678	1.570	
PROVINZ	256	403.615	1.577	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis von 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest.

Der Vergleich zwischen dem tatsächlichen und optimalen Verhältnis gibt Aufschluss über den Mangel an Allgemeinmediziner. Auf diese Weise schätzt man beispielsweise einen zusätzlichen Bedarf von 5,5 Allgemeinmediziner im Sprengel Bozen, von 2,2 im Sprengel Wipptal sowie von 1,9 im Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten und im Mittleren 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 Allgemeinmediziner.

**BEDARF AN
ALLGEMEINMEDIZINERN**

Abbildung 3: Allgemeinmediziner nach Anzahl der Versorgungsberechtigten. Südtirol - Stand zum 31.12.2006

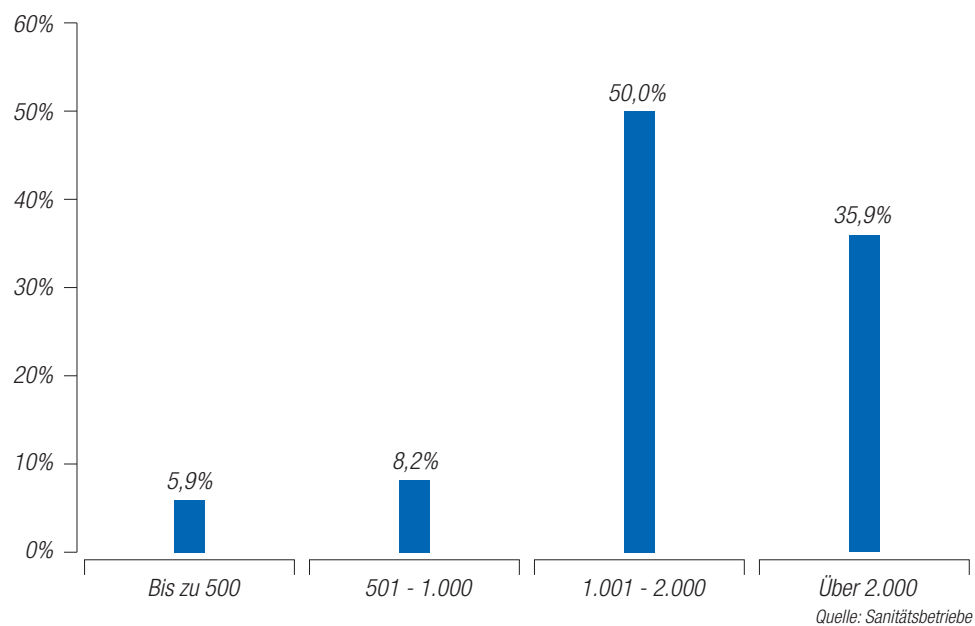


Abbildung 4: Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten. Südtirol - Stand zum 31.12.2006

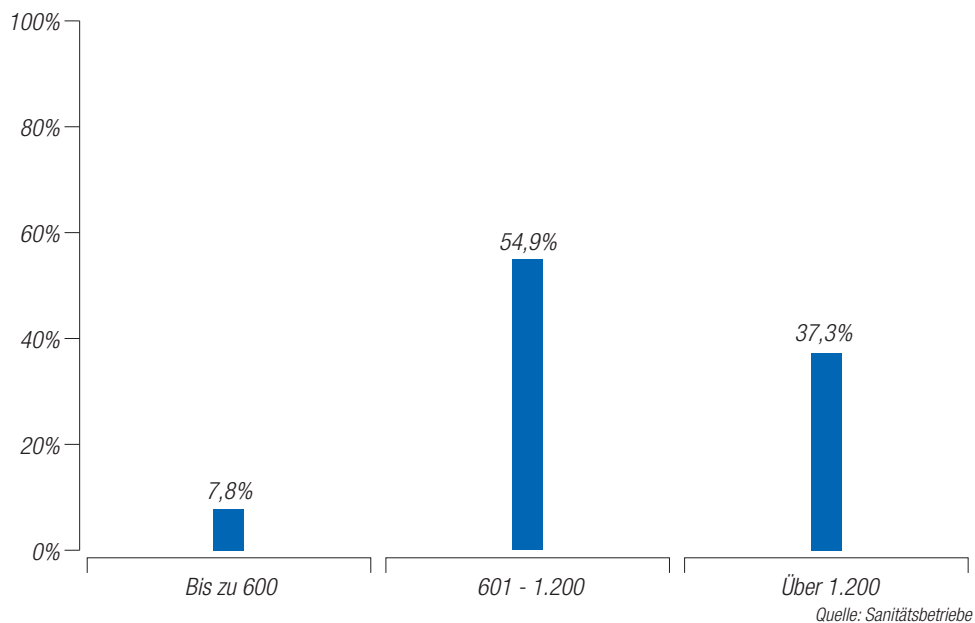


Tabelle 12: Allgemeinmediziner nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Sanitätsbetrieb - Stand zum 31.12.2006

Patientengruppen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Bis zu 500	6	4	4	1	15
501 - 1.000	8	5	3	5	21
1.001 - 2.000	63	41	11	13	128
Über 2.000	38	18	17	19	92
ALLGEMEINMEDIZINER INSGESAMT	115	68	35	38	256

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 13: **Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Sanitätsbetrieb - Stand zum 31.12.2006**

Patientengruppen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Bis zu 600	2	2	-	-	4
601 – 1.200	12	4	8	4	28
Über 1.200	8	8	1	2	19
KINDERÄRZTE FREIER WAHL INSGESAMT	22	14	9	6	51

Quelle: Sanitätsbetriebe

Zum 31. Dezember 2006 überschritten 35,9% 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 2006 von 37,3% der Kinderärzte überschritten.

Die Öffnungszeiten der Ambulanzen (Stunden am Tag und Tage in der Woche) sind ein wichtiger Indikator für den Zugang zu den Diensten für Allgemeinmedizin und Pädiatrie freier Wahl. Durchschnittlich waren in Südtirol im Jahr 2006 die Ambulanzen der Allgemeinmediziner für 17 Stunden und 23 Minuten pro Woche geöffnet. Der Sanitätsbetrieb Bruneck bot die durchschnittlich längste Öffnungszeit mit 18 Stunden und 29 Minuten; im Sanitätsbetrieb Bozen reduzierte sich die Öffnungszeit auf 16 Stunden und 45 Minuten pro Woche. 2006 hielten 116 Allgemeinmediziner (45,3%) auch nach 18.00 Uhr geöffnet, 42 Ärzte (16,4%) boten mehr als 20 Stunden Öffnungszeit pro Woche an.

Die wöchentlichen Öffnungszeiten der Ambulanzen der Kinderärzte freier Wahl liegen deutlich unter jenen der Allgemeinmediziner: im Durchschnitt 15 Stunden und 20 Minuten. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass der geltende Landesvertrag der Kinderärzte freier Wahl und Allgemeinmediziner eine zur Anzahl der Versorgungsberechtigten proportionale Öffnungszeit vorsieht.

2006 gewährte nur 1 Kinderarzt freier Wahl eine Öffnungszeit von über 20 Stunden pro Woche, während 8 Kinderärzte die Ambulanz auch nach 18.00 Uhr geöffnet hatten.

PATIENTENHÖCHSTZAHL

WÖCHENTLICHE
ÖFFNUNGSZEITEN DER
AMBULANZEN

Abbildung 5: Durchschnittliche wöchentliche Öffnungsstunden und -minuten pro Allgemeinmediziner - Jahr 2006

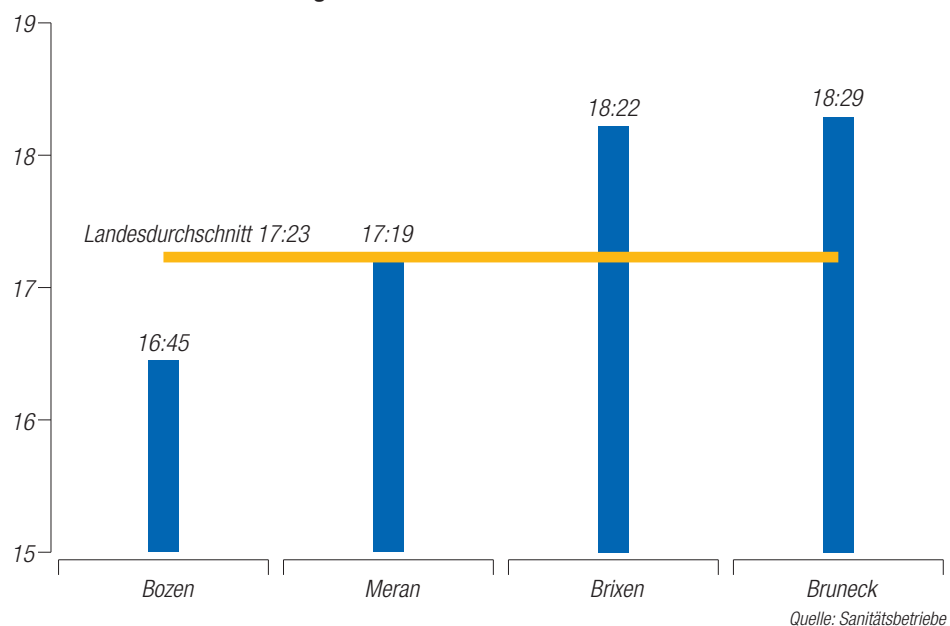
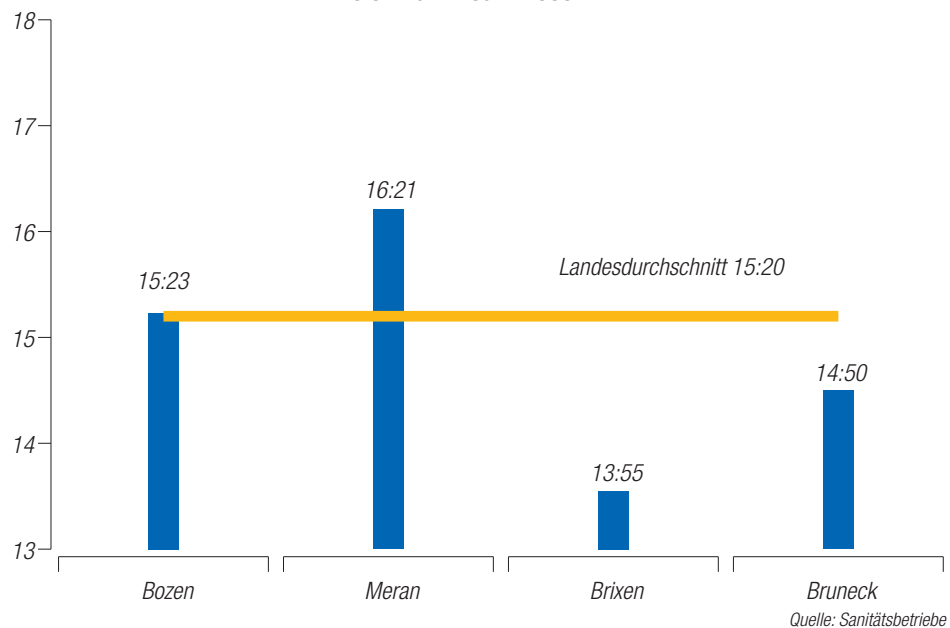


Abbildung 6: Durchschnittliche wöchentliche Öffnungsstunden und -minuten pro Kinderarzt freier Wahl - Jahr 2006



Eine den Bedürfnissen der Patienten angemessene Öffnungszeit der ärztlichen Ambulanzen müsste auch die Art der Versorgungsberechtigten berücksichtigen, d. h. deren Alter und Gesundheitszustand.

Tabelle 14: Von den Allgemeinmedizinerinnen zusätzlich erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Erste Wundbehandlung	5.308	4.621	3.360	1.234	14.523
Nähen einer Oberflächenwunde	1.032	232	252	233	1.749
Nachfolgende Wundbehandlungen	8.325	5.930	3.366	1.780	19.401
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	2.766	2.175	1.398	1.276	7.615
Blasenkatheterisierung bei Männern	181	185	118	80	564
Blasenkatheterisierung bei Frauen	-	12	4	7	23
Vordere Nasentamponade	27	9	4	8	48
Infusion	118	133	92	36	379
Gammaglobulin-Spritzen oder Tetanuspritzen	685	937	550	35	2.207
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung	41	49	74	1	165
Pharynxtamponade für bakteriologischen Test (nur bei gehunfähigen Patienten)	-	3	-	-	3
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Auge	106	184	58	98	446
Entfernen eines Zeruminalpfropfs	6.586	5.266	2.406	2.717	16.975
Infusionszyklen	1.511	2.235	1.092	417	5.255
Behandlungszyklus M. endovenös. Spritzen	1.375	351	454	1.309	3.489
Impfungen, d. keine Pflichtimpfungen sind	3.026	6.025	3.183	2.104	14.338
Endovenöse Spritzen	550	76	-	90	716
INSGESAMT	31.637	28.423	16.411	11.425	87.896

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 15: Von den Kinderärzten freier Wahl zusätzlich erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Leistungen ohne erforderliche Ermächtigung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Nähen einer Oberflächenwunde	24	10	-	4	38
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	256	169	80	41	546
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Nase	7	2	-	2	11
Entfernen von Fremdkörpern aus d. Auge	-	3	-	-	3
Entfernen von Fremdkörpern aus dem Ohr	3	-	20	-	23
Erste Wundbehandlung	591	183	76	53	903
Nachfolgende Wundbehandlungen	406	140	54	37	637
Geschlossene Reposition von Phimose und Paraphimose	3	53	10	-	66
Reposition eines Leistenbruchs	-	8	-	-	8
Durchschneidung der Verwachsung der kleinen Schamlippen	72	11	6	2	91
Spülung bei Paronychie	18	1	-	-	19
Reposition von schmerzhafter Pronation der Ulna	6	-	-	2	8
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung (pro Sitzung)	-	13	-	-	13
Warzenentfernung	356	102	106	62	626
Endovenöse Spritzen	-	25	-	-	25
Scotch-Test auf Oxyuren	61	2	50	-	113
Pharynxtamponade für schnellen Streptokokkentest	1.851	1.002	680	559	4.092
Vorläufige Behandlung einer Fraktur oder Luxation mittels Ruhigstellung durch geeignete Mittel:					
- kleine Segmente	4	-	-	-	4
- große Segmente	2	-	-	-	2
Spirometrie	43	-	4	19	66
Pricktest	56	-	-	22	78
EKG	11	-	-	36	47
Echographie, pro Sprengel	379	446	-	77	902
Harnprobe mit Analysator und gedrucktem Bericht	287	84	528	524	1.423
INSGESAMT	4.436	2.254	1.614	1.440	9.744
Leistungen mit erforderlicher Ermächtigung					
Amblyopie-Screening	n.d.	1	418	-	n.d.
Impfsession gemäß Impfkalender	n.d.	74	3.410	2.519	n.d.

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.2.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität

DER DIENST FÜR VERSORGUNGS- KONTINUITÄT

Die Grundversorgung der Versorgungsberechtigten seitens des Arztes wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr gewährleistet. Die Versorgungskontinuität für Notfälle in der Nacht, an Feier- und Vorfeiertagen zu anderen Zeiten als den oben angegebenen, wird durch andere Modalitäten gewährleistet.

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 und 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 Nachttur-nussen (von 20.00 bis 8.00 Uhr) von Montag bis Freitag, drei Ärzte in den Nachttur-nussen am Wochenende und vier Ärzte untertags (von 8.00 bis 20.00 Uhr) samstags, sonn-

tags, feiertags und vorfeiertags unter der Woche vor. Für ärztliche Einsätze, die in der Ambulanz stattfinden können, richtete der Sanitätsbetrieb Bozen im Jahr 2003 an den Sitzen Eppan und Leifers der Sprengel Überetsch und Leifers-Branzoll-Pfatten zwei Ambulanzen mit ärztlichem Bereitschaftsdienst ein: in diesen Ortschaften kommt die ambulante Tätigkeit der Ärzte zu den Hausbesuchen hinzu. Im Jahr 2006 erbrachten die Ärzte des aktiven Bereitschaftsdienstes 12.946 ärztliche Leistungen (-13,7% gegenüber 2005), 2.443 davon waren Hausbesuche, 2.619 ambulante Visiten (an den Sitzen Eppan, Leifers und Bozen) und 7.884 telefonische Beratungen.

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 Allgemeinmedizinerinnen 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 Gebiete aufgeteilt, in denen die Bereitschaft von mindestens einem Arzt pro Turnus 48 Stunden lang gesichert wird. Die Organisation der Bereitschaftsdienste nach Gebieten 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 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 oder einem anderen Kinderarzt mit Unterstützung eines Krankenpflegers im Krankenhaus Bozen sowie in Brixen am Samstag Nachmittag von 14.00-17.00 Uhr (von Oktober bis Mai) mit einem Kinderarzt freier Wahl in der kinderärztlichen Beratungsstelle gewährleistet.

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 (von November bis Mai) 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 wird nur in einigen Gebieten 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 Ambulanzen leicht voneinander ab.

Im Jahr 2006 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 vom 24. Dezember 2005 bis 31. März 2006 in den Gemeinden Kastelruth und Völs (98 Öffnungstage) vom Dienst abgedeckt, in den Gemeinden St. Ulrich,

**DIE VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT IN FORM
DER ERREICHBARKEIT**

**DIE VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT SEITENS
DER KINDERÄRZTE**

**DER SAISONBEDINGTE
DIENST FÜR DIE
MEDIZINISCHE
VERSORGUNG DER
TOURISTEN**

St. Christina, Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen hingegen bis zum 16. April (114 Öffnungstage). Dabei wurden 2.685 Leistungen erbracht (-13,0% gegenüber 2005). Die Sommersaison wurde für 93 Tage vom 29. Juni bis 29. September 2006 in den Gemeinden St. Ulrich, St. Christina, Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen abgedeckt, für 97 Tage hingegen in Kastelruth und Völs (vom 29. Juni bis 29. September 2006 und vom 6. Oktober bis 9. Oktober 2006). In der Sommersaison wurden insgesamt 3.107 Leistungen erbracht (+14,9% gegenüber 2005).

Tabelle 16: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2005-2006 im Sanitätsbetrieb Bozen (untertags und in der Nacht)**

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulante Visiten	Hausbesuche	Durch. Ein- sätze pro Tag*	Durchschn. Ärzte pro Turnus
St. Ulrich/St. Christina/ Wolkenstein	2.736	1.075	208	11,3	1
Kastelruth/Völs	2.352	545	160	7,2	2
Welschnofen/Deutschnofen	2.736	629	68	6,1	1
INSGESAMT	7.824	2.249	436	24,6	4

* Dabei wurden 114 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung für die Gemeinden St. Ulrich/St. Christina/Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen und 98 Tage für die Gemeinden Kastelruth und Völs berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 17: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Sommer 2006 im Sanitätsbetrieb Bozen**

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulante Visiten	Hausbesuche	Durch. Ein- sätze pro Tag*	Durchschn. Ärzte pro Turnus
St. Ulrich/St. Christina/ Wolkenstein	2.232	1.058	134	12,8	1
Kastelruth/Völs	2.328	1.095	61	11,9	2
Welschnofen/Deutschnofen	2.232	708	51	8,2	1
INSGESAMT	6.792	2.861	246	32,9	4

* Dabei wurden 93 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung für die Gemeinden St. Ulrich/St. Christina/Wolkenstein und Welschnofen/Deutschnofen und 97 Tage für die Gemeinden Kastelruth und Völs berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Im Sanitätsbetrieb Meran wurde im Jahr 2006 der touristische Bereitschaftsdienst nicht angeboten. Im Sanitätsbetrieb Brixen wurde 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 2005 bis 31. März 2006) wurden 68 Tage gedeckt und 740 ambulante Visiten und Hausbesuche durchgeführt (-23,1% gegenüber 2005). In der Sommersaison wurden 55 Tage gedeckt (vom 1. Juli bis 15. September 2006) und 348 Visiten erbracht (-12,3% gegenüber 2005).

Tabelle 18: **Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2005/2006 im Sanitätsbetrieb Bruneck (nur tagsüber)**

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulante Visiten	Hausbesuche	Durch. Ein- sätze pro Tag*	Durchschn. Ärzte pro Turnus
Zwischenwasser und St. Martin in Thurn	802	410	40	6,6	1
Wengen, Abtei und Corvara	802	255	35	4,3	1
INSGESAMT	1.604	665	75	10,9	2

* Dabei 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 2006 im Sanitätsbetrieb Bruneck (nur tagsüber)**

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulante Visiten	Hausbesuche	Durch. Ein- sätze pro Tag*	Durchschn. Ärzte pro Turnus
Zwischenwasser und St. Martin in Thurn	621	121	11	2,4	1
Wengen, Abtei und Corvara	634	202	14	3,9	1
INSGESAMT	1.255	323	25	6,3	2

* Dabei wurden 55 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.3. TERRITORIALE VERSORGUNG UND HAUSKRANKENPFLEGE

Zum 31.12.2006 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf einen Hauspflegebeitrag auf Landesebene 3.768; für diesen Dienst wurden im Jahr 2006 19.606.854,90 Euro ausgegeben.

2006 wurden in der programmierten Hauspflege von den Diensten für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe 1.512 Patienten versorgt, in der integrierten Hauspflege 360.

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der meistverbreitete Dienst auf Sprengelgelebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulante als auch Leistungen zu Hause des Patienten. 2006 wurden den Patienten 818.610 Leistungen erbracht.

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln Südtirols, Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie hingegen in 15 von 20 Sprengeln.

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.

ZIELE DER HAUSKRANKENPFLEGE

HAUSPFLEGEBEITRAG

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).

Das Landesgesetz Nr. 33, Artikel 21 „Hauspflegedienst“ vom 18. August 1988 in geltender Fassung sieht die Auszahlung eines Tagesbeitrags durch einen Fond des Landesgesundheitsdienstes an die Personen vor (Familienangehörige oder Lebensgefährten), welche zu Hause einen schweren Pflegefall betreuen. Der Beitrag fördert die Hauspflege von Pflegefällen 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 31.12.2006 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf Landesebene 3.768 (-1,0% gegenüber 2005); für diesen Dienst wurden im Jahr 2006 19.606.854,90 Euro ausgegeben (+5,9% gegenüber 2005).

Tabelle 20: **Tätigkeiten in Bezug auf den Antrag auf Hauspflegebeiträge für die Versorgung von Pflegefällen seitens des Dienstes für Basismedizin - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
<i>Im Jahr 2006 gestellte neue Anträge</i>	1.035	520	242	311	2.108
<i>Im Jahr 2006 gewährte Beiträge</i>	673	398	185	246	1.502
<i>Prozentsatz der angenommenen Anträge</i>	65,0%	76,5%	76,4%	79,1%	71,3%
<i>Rekurse mit positivem Ausgang im Jahr 2006</i>	53	13	6	4	76
<i>Rekurse mit negativem Ausgang im Jahr 2006</i>	40	30	10	6	86
<i>Revisionen im Jahr 2006</i>	76	99	158	-	333
<i>Revisionen mit Bestätigung des Rechts auf den Beitrag im Jahr 2006</i>	52	83	144	-	279
<i>Anzahl der Patienten mit 60-70 Punkten</i>	1.514	787	209	222	2.732
<i>Anzahl der Patienten mit >=71 Punkten</i>	438	340	142	116	1.036
DIENTNUTZER ZUM 31.12.06					
INSGESAMT	1.952	1.127	351	338	3.768
AUSGEZAHLTE BEITRÄGE					
INSGESAMT	10.092.368,17	5.487.124,40	2.112.838,92	1.914.523,41	19.606.854,90

Quelle: Amt für Gesundheitssprengel - A.P.B

2.3.1. Die 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. Die maximale Dauer der Genehmigungen beträgt ein Jahr.

PROGRAMMIERTE HAUSPFLEGE (PHP)

Der Basisarzt - der oft den Patient allein versorgt - wird gegebenenfalls von einem Krankenpfleger unterstützt.

Im Jahr 2006 wurden in der PHP von den Diensten für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe 1.512 Patienten versorgt, 19,2% weniger als im Vorjahr (1.871 im Jahr 2005). Jeder beteiligte Arzt (53,1% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 11,1 Patienten.

Tabelle 21: **Datenüberblick über die programmierte Hauspflege in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anzahl der von den Allgemeinmedizinern untersuchten Anträge auf PHP, Jahr 2006	778	454	206	85	1.523
Anzahl der genehmigten PHP-Anträge im Jahr 2006	774	454	199	82	1.509
% der im Jahr 2006 genehmigten PHP-Anträge	99,5%	100,0%	96,6%	96,5%	99,1%
Anzahl der PHP-Patienten	778	454	199	81	1.512
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für PHP-Einsätze bezahlt wurden	63	42	23	8	136
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten PHP-Patient	1,20	1,45	1,70	1,40	1,44
INSGESAMT FÜR DIE PHP-VERGÜTUNG GEZAHLTER BETRAG IN EURO	310.825,77	235.794,20	73.775,72	23.826,92	644.222,61

Quelle: Sanitätsbetriebe

77,1% der versorgten Patienten der Sanitätsbetriebe sind über 75 Jahre alt. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt 1,5 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 2006**

	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck			Provinz		
	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.
Bis zu 64 Jahre	24	21	45	26	18	44	3	4	7	5	1	6	58	44	102
65-74	55	70	125	24	22	46	28	43	71	2	-	2	109	135	244
75-84	111	191	302	64	101	165	34	51	85	16	20	36	225	363	588
85 und älter	110	196	306	75	124	199	8	28	36	11	26	37	204	374	578
INSGESAMT	300	478	778	189	265	454	73	126	199	34	47	81	596	916	1.512

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die programmierte Hauspflege erfolgt vorwiegend für Krankheiten des Kreislaufsystems (periphere Arteriopathien, Herzinsuffizienz, Ischämie: 41,6%); es folgen die PHP-Patienten aufgrund von neurologischen Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz, Alzheimer, Parkinson: 19,8%), aufgrund von degenerativen Krankheiten der Muskeln und Gelenke mit einem Landesdurchschnittswert von 13,4% und aufgrund von Tumoren mit 9,2%.

**PHP-PATIENTEN NACH
ALTER UND GESCHLECHT**

**PHP-PATIENTEN NACH
HAUPTZUSTAND**

Tabelle 23: PHP-Patienten nach Zustand und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
	Absolute Werte				
Schwere periphere Arteriopathien	341*	185**	6	15	547
Schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4	-	-	39	17	56
Tumoren	73	48	14	4	139
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	123	61	-	19	203
Bronchopneumopathien	22	30	18	5	75
Ischämie mit Parese	-	7	12	7	26
Psychiatrische Krankheiten	17	12	-	1	30
Neurologische Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	128	66	94	11	299
Angeborene u. perinatale Pathologien	15	14	-	1	30
Sonstige/r Krankheit/Zustand	59+	31++	16	1++	107
INSGESAMT	778	454	199	81	1.512
	Werte in Prozent				
Schwere periphere Arteriopathien	43,8	40,7	3,0	18,5	36,2
Schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4	-	-	19,6	21,0	3,7
Tumoren	9,4	10,6	7,0	4,9	9,2
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	15,8	13,4	-	23,5	13,4
Bronchopneumopathien	2,8	6,6	9,0	6,2	5,0
Ischämie mit Parese	-	1,5	-	8,6	1,7
Psychiatrische Krankheiten	2,2	2,6	-	1,2	2,0
Neurologische Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	16,5	14,5	47,2	13,6	19,8
Angeborene u. perinatale Pathologien	1,9	3,1	-	1,2	2,0
Sonstige/r Krankheit/Zustand (Diabetes, ...)	7,6	6,8	8,0	1,2	7,1
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Einschließlich Patienten mit Ischämie und schwerer Herzinsuffizienz

** Umfasst auch die schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4

+ Einschließlich 25 Patienten mit Gehirnkrankheiten 34 mit Diabetes mellitus

++ Diabetes und sonstige Krankheiten

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.3.2. Die 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 2006 wurden im Rahmen der IHP von den Diensten für Basismedizin der Sanitäts-

betriebe insgesamt 360 Patienten versorgt, rund 74 pro 100.000 Einwohner. Gegenüber dem Vorjahr ist ein leichter Anstieg der IHP-Patienten zu verzeichnen (351 Patienten im Jahr 2005, +2,6). Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens (Daten 2005 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 für den Landesgesundheitsdienst betrifft.

34,4% der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2006 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient 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 5,2 Einsätze pro Patient und Monat verzeichnet, in Brixen 3,0.

Jeder beteiligte Arzt (34,4% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 4,1 Patienten.

Tabella 24: **Datenüberblick über die Integrierte Hauspflege in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2006**

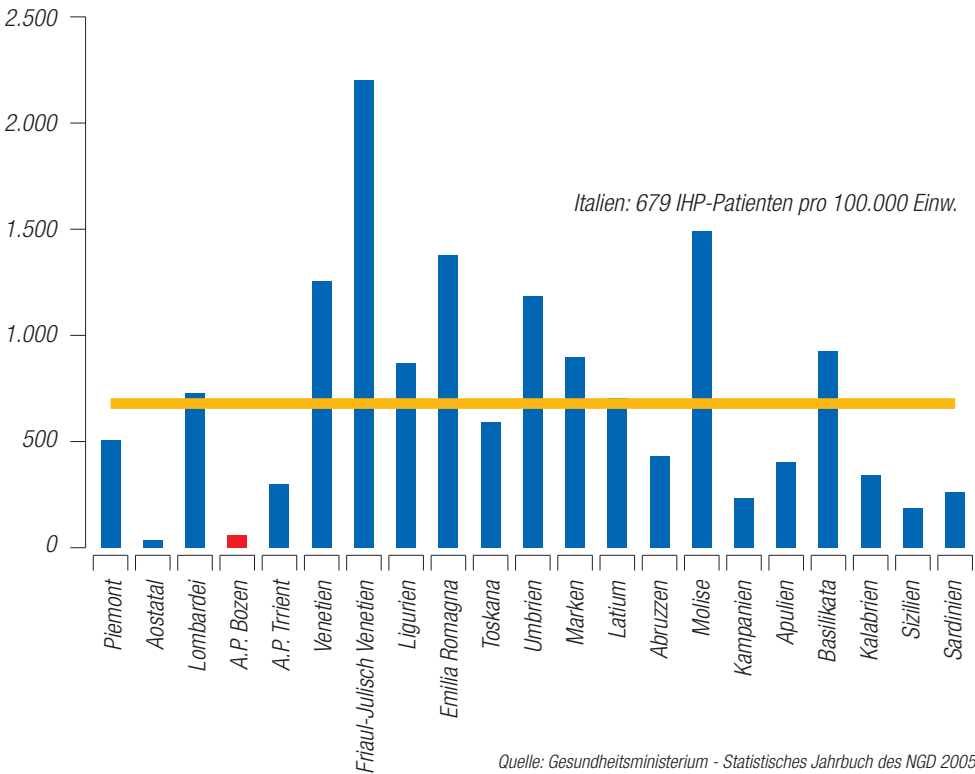
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anzahl der von den Allgemeinmedizinern untersuchten Anträge auf IHP, Jahr 2006	70	49	207	31	357
Anzahl der genehmigten IHP-Anträge im Jahr 2006	54	49	207	31	341
% der im Jahr 2006 genehmigten IHP-Anträge	77,1%	100,0%	100,0%	100,0%	95,5%
Anzahl der IHP-Patienten	70	49	207	34	360
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für IHP-Einsätze bezahlt wurden	28	22	23	15	88
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten IHP-Patient	4,80	5,20	3,00	3,83	4,21
INSGESAMT FÜR DIE IHP-VERGÜTUNG GEZAHLTER BETRAG IN EURO	63.696,50	35.196,30	83.441,43	10.017,79	192.352,02

Quelle: Sanitätsbetriebe

IHP-PATIENTEN NACH
ALTER UND GESCHLECHT

IHP-PATIENTEN NACH
HAUPTZUSTAND

Abbildung 7: Anzahl der IHP-Patienten pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens -
Jahr 2005



Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt 1,3 Frauen pro Mann: 68,1% der Patienten sind über 75 Jahre alt.

Tabelle 25: Verteilung der IHP-Patienten nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006

	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck			Provinz		
	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.
Bis zu 64 Jahre	5	11	16	5	3	8	4	5	9	1	4	5	15	23	38
65-74	5	13	18	5	5	10	18	21	39	4	6	10	32	45	77
75-84	13	16	29	9	11	20	41	48	89	6	4	10	69	79	148
85 und älter	4	3	7	1	10	11	29	41	70	4	5	9	38	59	97
INSGESAMT	27	43	70	20	29	49	92	115	207	15	19	34	154	206	360

Quelle: Sanitätsbetriebe

Knapp die Hälfte (46,9%) der im Jahr 2006 im Rahmen der IHP versorgten Patienten litten an Neoplasien, gefolgt von den Patienten mit einer Kreislauferkrankung (periphere Arteriopathien, Herzinsuffizienz, Ischämie: 36,9%).
Von den 360 IHP-Patienten wurden im Jahr 2006 57,5% im Sanitätsbetrieb Brixen, 19,4% im Sanitätsbetrieb Bozen, 13,6% im Sanitätsbetrieb Meran und 9,4% im Sanitätsbetrieb Bruneck versorgt.

Tabelle 26: IHP-Patienten nach Zustand und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Absolute Werte					
Schwere periphere Arteriopathien	6*	1**	-	7	14
Schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4	-	-	64	2	66
Tumoren	58	38	51	22	169
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	2	-	-	1	3
Bronchopneumopathien	-	1	-	-	1
Ischämie mit Parese	-	-	52	1	53
Psychiatrische Krankheiten	-	-	21	-	21
Neurologische Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	3	3	19	1	26
Sonstige/r Krankheit/Zustand	1	6	-	-	7
INSGESAMT	70	49	207	34	360
Werte in Prozent					
Schwere periphere Arteriopathien	8,6	2,0	-	20,6	3,9
Schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4	-	-	30,9	5,9	18,3
Tumoren	82,9	77,6	24,6	64,7	46,9
Degenerative Krankheiten der Muskeln und Gelenke	2,9	-	-	2,9	0,8
Bronchopneumopathien	-	2,0	-	-	0,3
Ischämie mit Parese	-	-	25,1	2,9	14,7
Psychiatrische Krankheiten	-	-	10,1	-	5,8
Neurologische Krankheiten (multiple Sklerose, senile Demenz/Alzheimer, Parkinson etc.)	4,3	6,1	9,2	2,9	7,2
Sonstige/r Krankheit/Zustand	1,4	12,2	-	-	1,9
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Umfasst die schweren peripheren Arteriopathien, schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4 und Ischämie mit Parese

** Umfasst auch die schwere Herzinsuffizienz NYHA 3-4

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.3.3. Der Krankenpflegedienst

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der meistverbreitete Dienst auf Sprengel Ebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulante als auch Leistungen zu Hause des Patienten.

Im Jahr 2006 wurden den Patienten auf Landesebene 818.610 Krankenpflegleistungen erbracht; da die Daten einiger Sprengelleistungen nicht zur Verfügung stehen, entspricht diese Zahl nicht den effektiven Leistungen.

Die am häufigsten erbrachte Leistung ist die Messung der lebenswichtigen Parameter (153.196 im Jahr 2006, rückläufig gegenüber dem Vorjahr mit -5,2%). Es folgen die venöse Blutentnahme mit 129.692 Leistungen (+13,0% gegenüber 2005) und die Zubereitung und parenterale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen (81.884 Leistungen, -10,0% gegenüber 2005). Auch in der Gesundheitserziehung und Beratung für die Patienten und/oder Familienangehörigen zwecks Prävention und korrekter Umsetzung der von den „Care giver“ garantierten Versorgung spielt das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (79.422 Einsätze im Jahr 2006).

Tabelle 27: **Den Patienten am häufigsten erbrachte Leistungen (absolute Werte und Prozentwerte) seitens der Krankenpflegedienste der Sprengel auf Landesebene nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz	%
Messung der lebenswichtigen Parameter und/oder Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organe/Systeme	43.386	36.191	16.206	57.413	153.196	18,7%
Venöse Blutentnahme	81.879	28.463	4.767	14.583	129.692	15,8%
Zubereitung, parenterale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	40.413	14.309	4.547	22.615	81.884	10,0%
Gesundheitserziehung des Patienten und/oder der Familie zwecks Prävention, hygienisch-sanitäre Aufklärung und Teilnahme am Maßnahmenprogramm	27.518	31.913	12.455	7.536	79.422	9,7%
Wundbehandlungen und/oder einfache Bandagen	31.325	13.330	11.148	16.673	72.476	8,9%
Wundbehandlungen und/oder komplexe Bandagen	25.159	6.341	11.669	6.439	49.608	6,1%
Kapillare Blutentnahme	8.037	9.367	5.764	14.328	37.496	4,6%
Prophylaxe/Prävention für Patienten mit verminderter Compliance	5.546	8.936	15.155	3.785	33.422	4,1%
Erarbeitung d. Dossiers des Patienten	8.667	10.205	1.376	267	20.515	2,5%
Kontrolle und normale Behandlungen der Haut und/oder Schleimhaut (Drainagen, Katheter Stomien und Sonden)	9.069	2.997	3.222	3.125	18.413	2,2%
Festlegung der vorgesehenen versorgungstechnischen und therapeutischen Ziele	1.828	4.733	10.589	77	17.227	2,1%
Zubereitung, orale Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	3.252	4.347	3.657	4.461	15.717	1,9%
Zubereitung, topische Verabreichung von Pharmaka und/oder Substanzen	4.175	6.938	3.179	1.139	15.431	1,9%
Vorbereitung und Unterstützung des bettlägerigen Patienten bei der kompletten Körperhygiene	2.932	5.528	1.673	2.472	12.605	1,5%
Bewertung der NAS-Kontrolle*	3.087	7.506	121	12	10.726	1,3%
Nicht sterile Aufsammlung von Exkreten und Sekreten	779	2.768	1.300	3.632	8.479	1,0%
Beistand bei emotiver Fragilität	2.266	1.195	2.207	1.493	7.161	0,9%
Vorbereiten, Anschließen, Überwachen und Entfernen von Kurzzeit- und Dauerinfusionen	2.404	1.786	1.017	1.124	6.331	0,8%
Angebot und Anbringung einer Schutzvorrichtung am Bett, für die Bekleidung, Haut und Schleimhäute im Fall von Harn- u. Stuhlinkontinenz	1.774	1.656	1.235	34	4.699	0,6%
Vorbereitung, Anwendung und Entfernung von Therapiepackungen	165	3.596	37	9	3.807	0,5%
TEILSUMME (ERSTE 20 LEISTUNGEN)	303.661	202.105	111.324	161.217	778.307	95,1%
GESAMTSUMME	315.380	219.784	117.896	165.550	818.610	100,0%

*Die Erfassung dieser Daten erfolgte nicht einheitlich für alle Gesundheitssprengel

Quelle: Sanitätsbetriebe

Eine weitere Krankenpflegeleistung ist die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit zu Hause gemäß LG 33/88 (insgesamt 2.752 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 krankenschweflerischen Tätigkeiten“ wie Gespräche mit dem Allgemeinmediziner des Patienten, mit Krankenhausabteilungen, das Verfahren im Zusammenhang mit der Zuweisung von Pflegehilfsmitteln und andere Leistungen. 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: **Den Patienten am häufigsten erbrachte Leistungen seitens der Krankenpflegedienste in der Ambulanz oder zu Hause der Patienten; Leistungen in den Sprengeln insgesamt - Jahr 2006**

Sprengel/Betriebe	Messung der lebenswichtigen Parameter		Venöse Blutentnahme		Zubereitung und Verabreichung von Pharmaka		Leistungen insges.* pro Sprengel
	Amb.	Haus	Amb.	Haus	Amb.	Haus	
Grödenal	942	138	4.314	187	416	258	10.894
Eggental-Schlern	5.024	3.713	7.297	482	1.183	583	46.070
Salten-Sarnal-Ritten	3.803	3.982	7.349	329	536	454	30.613
Überetsch	2.502	1.125	10.719	678	2.154	986	37.311
Leifers-Branzoll-Pfatten	3.605	941	6.375	579	2.106	592	22.828
Unterland	7.371	2.274	17.566	974	2.227	870	53.546
Bozen	5.135	2.831	20.579	4.451	23.048	5.000	114.118
SB Bozen	28.382	15.004	74.199	7.680	31.670	8.743	315.380
Oberer Vinschgau	3.185	1.131	7.198	435	1.770	1.769	40.165
Mittlerer Vinschgau	3.532	4.496	2.564	517	1.808	1.047	34.141
Naturns-Umgebung	3.033	1.522	3.671	336	742	267	25.139
Lana-Umgebung	2.293	2.659	5.733	802	824	654	46.079
Meran-Umgebung	6.878	2.503	2	2.998	3.204	925	51.366
Passeiertal	2.096	2.863	3.662	545	682	617	22.894
SB Meran	21.017	15.174	22.830	5.633	9.030	5.279	219.784
Wipptal	479	3.980	83	583	652	844	31.725
Brixen-Umgebung	4.175	5.012	5	723	1.658	863	61.663
Klausen-Umgebung	656	1.904	2.957	416	245	285	24.508
SB Brixen	5.310	10.896	3.045	1.722	2.555	1.992	117.896
Taufers-Ahrntal	6.665	7.194	6.334	430	2.705	1.481	39.227
Bruneck-Umgebung	14.777	6.888	928	824	7.830	2.840	56.878
Hochpustertal	8.493	7.563	698	611	2.834	2.281	46.150
Gadertal	2.405	3.428	4.416	342	1.457	1.187	23.295
SB Bruneck	32.340	25.073	12.376	2.207	14.826	7.789	165.550
PROVINZ	87.049	66.147	112.450	17.242	58.081	23.803	818.610

* 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
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 Südtirols; der Kinderarzt ist in den Beratungsstellen jener Sprengel vorhanden, in denen kein Kinderarzt freier Wahl tätig ist; in den anderen ist hingegen eine Sanitätsassistentin oder Kinderkrankenschwester anwesend. In den kinderärztlichen Beratungsstellen des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachten die Kinderärzte im Jahr 2006 insgesamt 5.159 Leistungen einschließlich der Erstuntersu-

chungen (25,0%), Kontrolluntersuchungen (50,5%), Impfungen (20,5%) und Gesundheitschecks (4,0%).

Die von den Kinderärzten der Beratungsstellen des Sanitätsbetriebs Meran am häufigsten erbrachten Leistungen sind die Gesundheitschecks 53,2%; im Sanitätsbetrieb Brixen überwiegen andere Leistungen wie Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe, infantile audiometrische Tests, Boel Tests. Im Sanitätsbetrieb Bruneck ist die kinderärztliche Beratungsstelle im Sprengel Gadertal eingerichtet, wo ein Krankenhauskinderarzt einmal im Monat Dienst leistet und im Jahr 2006 62 Erstuntersuchungen vorgenommen hat.

Die Sanitätsassistentinnen der kinderärztlichen Beratungsstellen des Sanitätsbetriebs Bozen führen Kontrollen auf Läuse/Parasiten durch und leisten Beratungsarbeit und Gesundheitserziehung in Bezug auf das Abstillen und das Wachstum der Kinder. Zu Hause wird die Beratungstätigkeit im Rahmen des Projektes der begleiteten Entlassung der Wöchnerin und des Neugeborenen (gemeinsam mit der Sprengelhebamme) gewährleistet. In den Sanitätsbetrieben Meran und Brixen überwiegt der Beistand bei den Kontroll- und Folgeuntersuchungen. Im Sanitätsbetrieb Bruneck führten die Sanitätsassistentinnen vorwiegend orthoptische Bewertungen der Kinder und Kontrollen auf Läuse/Parasiten durch.

Im Laufe des Jahres 2006 wurden in den Grund- und Mittelschulen einiger Sprengel Kariesprophylaxekurse organisiert.

Tabelle 29: Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	<i>Erstuntersuchungen</i>	<i>Kontrolluntersuchungen</i>	<i>Impfungen</i>	<i>Gesundheitschecks*</i>	<i>Sonstige Leistungen**</i>	<i>Insgesamt</i>
<i>Grödental</i>	92	180	245	-	-	517
<i>Eggental-Schlern</i>	182	1.196	434	-	-	1.812
<i>Salten-Sarnthal-Ritten</i>	228	1.228	381	-	-	1.837
<i>Überetsch</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Leifers-Branzoll-Pfatten</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Unterland</i>	-	-	-	207	-	207
<i>Bozen</i>	786	-	-	-	-	786
SB Bozen	1.288	2.604	1.060	207	-	5.159
<i>Oberer Vinschgau</i>	-	-	-	58	-	58
<i>Mittlerer Vinschgau</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Naturns-Umgebung</i>	-	-	-	108	-	108
<i>Lana-Umgebung</i>	53	282	-	250	-	585
<i>Meran-Umgebung</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Passeiertal</i>	116	524	-	1.109	365	2.114
SB Meran	169	806	-	1.525	365	2.865
<i>Wipptal</i>	-	-	-	241	68	309
<i>Brixen-Umgebung</i>	-	-	-	-	1.655	1.655
<i>Klausen-Umgebung</i>	-	-	-	479	1.124	1.603
SB Brixen	-	-	-	720	2.847	3.567
<i>Taufers-Ahrmtal</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Bruneck-Umgebung</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Hochpustertal</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Gadertal</i>	62	74	-	-	-	136
SB Bruneck	62	74	-	-	-	136
PROVINZ	1.519	3.484	1.060	2.452	3.212	11.727

*Einschließlich der Kontrollen bis zu 12 Monaten, von 1-3 Jahren, 3-6 Jahren, 9-10 Jahren, 12-14 Jahren

**Einschließlich Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe, infantile audiometrische Tests, Boel Tests, kinderärztlicher Bereitschaftsdienst,...

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 30: Von den Sanitätsassistentinnen der kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Gröden- tal	Eggen- tal- Schlern	Salten- Sarntal- Ritten	Über- etsch	Leifers- Branzoll- Pfatten	Unter- land	Bozen	SB Bozen
Beistand bei Erstuntersuchungen	92	182	228	-	-	246	786	1.534
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	180	1.196	1.228	-	-	2.925	-	5.529
Hausbesuche	147	216	229	321	136	92	140	1.281
Wundbehandlungen	1	17	159	-	66	-	-	243
Kontrollen bis zu 12 Monat.	788	1.599	1.812	-	-	-	9.827	14.026
Kontrollen von 1-3 Jahren	115	175	385	-	-	207*	854	1.901*
Kontrollen von 3-6 Jahren	16	16	71	-	-		62	
Orthoptische Bewertung	428	507	616	-	673	637	2.558	5.419
Infantiler audiometrischer Test	255	341	453	-	474	442	1.627	3.592
Boel Test	136	181	250	-	297	265	960	2.089
Zahnkontrolle/ Kariesprophylaxe	261	-	101	-	122	190	-	674
Impfungen (Beistand und Ausführung)	245	434	381	-	-	100	-	1.160
Kontrollen auf Läuse/ Parasiten	1.352	1.790	552	892	1.625	1.369	7.386	14.966
Fußreflexzonenmassage	132	-	-	102	19	-	178	431
Beratung zum Stillen	278	189	550	-	138	555	1.070	2.780
Hausbesuch der Neugeborenen/Treffen mit Eltern der Neugeborenen	-	-	-	-	-	-	-	-
Sonstiges (Messung des arteriellen Blutdrucks, Eltern-Kinder-Treffen, Geburtsvorbereitungskurse, ...)	173	414	571	263	10	-	29	1.460
INSGESAMT	4.599	7.257	7.586	1.578	3.560	7.028	25.477	57.085
Beratungen (auch telefonisch)	504	351	850	863**	563	744	2.012	5.887

* Einschließlich Kontrollen von 1-3 und 3-6 Jahren

** Einschließlich Beratung zum Stillen

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 31: Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Oberer Vinschgau	Mittlerer Vinschgau	Naturns-Umgebung	Lana-Umgebung	Meran-Umgebung	Passeiertal	SB Meran
Beistand bei Erstuntersuchungen	129	147	197	255	328	218	1.274
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	1.013	1.989	1.839	2.102	3.169	1.737	11.849
Hausbesuche	55	28	8	249	99	2	441
Wundbehandlungen	-	15	412	-	680	232	1.339
Kontrollen bis zu 12 Monaten	58	-	-	-	-	464	522
Kontrollen von 1-3 Jahren	163	-	-	-	-	204	367
Kontrollen von 3-6 Jahren	199	-	-	55	-	217	471
Kontrollen von 9-10 Jahren	-	-	21	} 232*	-	114	} 564*
Kontrollen von 12-14 Jahren	-	-	87		-	110	
Orthoptische Bewertung	362	637	273	-	-	-	1.272
Infantiler audiometrischer Test	-	-	-	-	322	-	322
Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe	32	375	101	-	485	140	1.133
Impfungen (Beistand und Ausführung)	98	-	281	289	156	-	824
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	299	722	437	433	-	129	2.020
Beratung zum Stillen	75	25	83	177	-	-	360
Sonst. (Sehtest, Harnuntersuchung, ...)	51	-	-	632	1.222	241	2.146
INSGESAMT	2.534	3.938	3.739	4.424	6.461	3.808	24.904
Beratungen (auch telefonisch)	130	223	582	929	4.131	214	6.209

*Einschließlich Kontrollen von 9-10 und 12-14 Jahren

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 32: Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Brixen erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Wipptal	Brixen-Umgebung	Klausen-Umgebung	SB Brixen
Beistand bei Erstuntersuchungen	194	512	364	1.070
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	775	2.564	1.034	4.373
Hausbesuche	2	15	10	27
Kontrollen bis zu 12 Monaten	11	-	430	441
Kontrollen von 1-3 Jahren	68	-	49	117
Kontrollen von 3-6 Jahren	162	-	-	162
Orthoptische Bewertung	846	1.885	714	3.445
Infantiler audiometrischer Test	-	-	201	201
Boel Test	-	-	211	211
Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe	405	1.019	284	1.708
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	1.326	814	428	2.568
Sonstiges (kinderärztlicher Bereitschaftsdienst)	-	548	-	548
INSGESAMT	3.789	7.357	3.725	14.871
Beratungen (auch telefonisch)	72	260	101	433

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen

Tabelle 33: **Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2006**

	<i>Taufers-Ahrntal</i>	<i>Bruneck Umgebung</i>	<i>Hochpustertal</i>	<i>Gadertal</i>	<i>SB Bruneck</i>
<i>Beistand bei Erstuntersuchungen</i>	-	-	-	62	62
<i>Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen</i>	-	-	-	74	74
<i>Hausbesuche</i>	8	19	1	2	30
<i>Kontrollen 5-6 Jahre</i>	115	-	141	116	372
<i>Kontrollen von 9-10 Jahren</i>	154	50	160	140	504
<i>Kontrollen von 12-14 Jahren</i>	172	112	173	99	556
<i>Orthoptische Bewertung</i>	530	1.279	543	379	2.731
<i>Boel Test</i>	134	332	181	95	742
<i>Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe</i>	359	1.412	382	505	2.658
<i>Impfungen (Beistand und Ausführung)</i>	110	15	310	106	541
<i>Sonstiges (Vorbereitung auf Visiten in der Schule)</i>	438	162	478	355	1.433
INSGESAMT	2.020	3.381	2.369	1.933	9.703
<i>Beratungen (auch telefonisch)</i>	1.070	2.726	1.526	770	6.092

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 (die neben den Paptests auch Schwangerschaftskontrollen und Beratung in ihrem Kompetenzbereich erbringen), in anderen von Krankenpflegerinnen oder Sanitätsassistentinnen, die den Gynäkologen zur Seite stehen. In den Sprengeln, in denen es keine Beratungsstelle für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt, wird die Tätigkeit in den Krankenhäusern erbracht.

Zahlreiche Leistungen sind in den einzelnen Sprengeln nicht erfassbar: für den Sanitätsbetrieb Bozen stehen beispielsweise keine Daten zu den Leistungen der Gynäkologen in den Beratungsstellen zur Verfügung.

Im Laufe des Jahres 2006 wurden in einigen Sprengeln Geburtsvorbereitungskurse, Beckenbodentrainings, Eltern-Kinder-Treffen, Babymassage-Kurse, Kariesprophylaxeprojekte in den Kindergärten und Grundschulen, Kurse zur Körperhygiene und Kurse zur Affektivitäts- und Sexualitätserziehung organisiert.

Tabelle 34: Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Oberer Vinschgau	Naturns-Umgebung*	Lana-Umgebung	Meran-Umgebung	Passeiertal	SB Meran
Erstgespräch mit der Patientin	343	36	-	176	-	555
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Handgriff etc.)	360	33	270	621	407	1.691
Schwangerschaftskontr./Visite durch d. Hebamme	-	1	-	152	-	153
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,...)	-	-	-	157	-	157
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	187	22	121	174	-	504
Echographie (Brust)	-	-	-	118	-	118
Paptest	293	24	295	409	249	1.270
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	13	-	-	35	2	50
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	275	19	-	370	-	664
Kolposkopie	-	-	113	10	-	123
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	-	20	-	54	-	74
Fetus-Herzschlagmessung	-	-	-	54	-	54
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	-	-	38	-	38
Sonstiges (einschließlich telefonische Beratungen, Harnuntersuchung, Gewichtskontrolle und Blutdruckmessung bei schwangeren Frauen)	-	-	58	20	77	155
INSGESAMT	1.471	155	857	2.388	735	5.606

* Die Beratungsstelle für Geburtshilfe und Gynäkologie von Naturns war vom 16.11.2006 bis 21.12.2006 offen

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 35: Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Klausen - Umgebung	SB Brixen	Taufers-Ahrntal	Gadertal	SB Bruneck
Erstgespräch mit der Patientin	424	424	-	-	-
Gynäk. Untersuchung (Leopold-Handgriff etc.)	507	507	850	440	1.290
Schwangerschaftskontr./Visite durch d. Hebamme	70	70	-	-	-
Brustkontrolle (vom Arzt ausgeführt)	441	441	633	356	989
Paptest	441	441	613	392	1.005
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	13	13	87	5	92
Kardiotokographie, Echographie (gynäkologisch, geburtshilflich)	80	80	-	-	-
Kolposkopie	-	-	5	3	8
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	24	24	-	-	-
Sonstige	2	2	72	28	100
INSGESAMT	2.002	2.002	2.260	1.224	3.484

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen und Bruneck

Tabelle 36: Von den Hebammen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Gröden- tal	Eggen- Schlern	Salten- Sarntal- Ritten	Über- etsch	Leifers- Branzoll- Pfatten	Unter- land	Bozen	SB Bozen
Erstgespräch m. d. Patientin	138	139	151	-	252	265	1.139	2.084
Beistand bei gynäk. Untersuchung	-	-	-	72	-	-	-	72
Schwangerschaftskontrolle/ Visite durch die Hebamme	275	265	173	-	240	143	632	1.728
Paptest	26	53	59	134	172	169	751	1.364
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	9	-	-	20	20	47	-	96
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	558	779	289	-	500	-	2.070	4.196
Fetus-Herzschlagmessung	54	39	49	56	129	61	187	575
Hausbesuche (nach der Geburt, Wundbehandlungen, etc.)	153	203	53	-	14	50	55	528
Informationen (über Verhü- tung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	-	-	-	60	-	-	60
Betreuung d. Neugeborenen	149	188	57	-	-	-	94	488
Sonstiges (telefonische Be- ratung, Harnuntersuchung, Schwangerschaftstest)	-	-	-	48	190	439	-	677
INSGESAMT	1.362	1.666	831	330	1.577	1.174	4.928	11.868

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 37: Von den Hebammen/Krankenpflegerinnen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Sprengel des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2006

	Naturns- Umgebung	Meran- Umgebung	SB Meran
Erstgespräch mit der Patientin	36	176	212
Schwangerschaftstest	-	18	18
Verhütung (Verschreibung, Einlegung von IUD,...)	-	8	8
Paptest	-	409	409
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	-	121	121
Kolposkopie	-	10	10
Gesundheitliche Beratungen zur Menopause, Sterilität, Geburtshilfeberatungen	-	54	54
Fetus-Herzschlagmessung	-	54	54
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	38	38
Harnuntersuchung	-	141	141
Sonstige	33	314	347
INSGESAMT	69	1.343	1.412

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

2.4. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Im Jahr 2006 wurden in Südtirol 7.038.870 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 93,8% in öffentlichen Einrichtungen. Bei einem Tarifwert von 83.575.003,55 Euro der erbrachten Leistungen kassierten die öffentlichen Einrichtungen einen Ticketbetrag von 15.844.604,79 Euro (19%).

Der Betrag, den die Sanitätsbetriebe den privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberuflern rückerstatten mussten, betrug (abzüglich des Tickets) 5.353.136,89 Euro.

Die Konventionen mit den privaten Landeseinrichtungen betrafen vorwiegend Laboruntersuchungen und Rehabilitationsleistungen.

Die Südtiroler nahmen außerdem 101.746 Leistungen in nationalen Einrichtungen und 50.120 Leistungen in österreichischen Einrichtungen in Anspruch. Dafür bezahlte das Land einen Betrag von 1.937.743,57 Euro an die anderen Regionen Italiens und 1.427.668,24 Euro an Österreich.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d. h. die Differenz zwischen der Menge der im Landesgebiet zugunsten von nicht ansässigen Patienten erbrachten Leistungen und der Anzahl der zugunsten der Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachten Leistungen ist für das Jahr 2006, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 220.376 Leistungen (für Nichtansässige produzierte Leistungen: 372.242, Inanspruchnahme von Leistungen durch Ansässige: 151.866).

2.4.1. Von den Landeseinrichtungen erbrachte Leistungen

Die ambulante fachärztliche Versorgung besteht in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und in Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

Die Einrichtungen, die im Landesgebiet ambulante fachärztliche Leistungen anbieten, lassen sich wie folgt klassifizieren:

1. krankenhausinterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Poliambulanzen und krankenhausinterne Ambulanzen, Labors, Röntgendienste etc.) oder krankenhausexterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Poliambulanzen 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 Marientlabor für Laboruntersuchungen etc.) und mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Freiberufler, die ihre Tätigkeit in Privatpraxen 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 Leistungen für und zu Lasten der territorial zuständigen Sanitätsbetriebe. Die Patienten legen die Einweisung des Landesgesundheitsdienstes vor und zahlen das Ticket wie für die öffentlichen Einrichtungen. Der zuständige Sanitätsbetrieb erstattet den privaten Einrichtungen die Dif-

ferenz zwischen dem Betrag der erbrachten Leistungen und dem bereits bezahlten Ticket zurück.

In Privatpraxen und bei nicht konventionierten Freiberuflern (Punkt 3) erhalten die Bürger, die 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 werden die ambulanten fachärztlichen Leistungen analysiert, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens für die ambulante Fachmedizin (SPA) erhoben wurden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Erste Hilfe-Leistungen, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten konventionierten Einrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen (Punkte 1 und 2); ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung“, für die kein Informationsverfahren zur Verfügung steht.

Die Tabelle 38 enthält die Verteilung der erbrachten Leistungen auf öffentliche und konventionierte private Einrichtungen sowie auf die vier Sanitätsbetriebe.

Von den 7.038.870 in Südtirol im Jahr 2006 erbrachten Leistungen beziehen sich nur 6,2% auf konventionierte private Einrichtungen. Der Tarifwert der gesamten Leistungen beträgt 83.575.003,55 Euro (7,6% der privaten Einrichtungen), während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 16.811.988,23 Euro betragen (20,1% des Gesamtbetrags). Nur in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran bestehen noch aktive Konventionen mit einigen privaten Einrichtungen.

Tabelle 38: Anzahl, Tarifwert und Ticketbetrag der von den öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Art des Leistungsbringers	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb					
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz	% Provinz
Leistungen						
Privat	389.979	46.941	-	-	436.920	6,2%
Öffentlich	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950	93,8%
PROVINZ	3.371.445	1.675.339	977.587	1.014.499	7.038.870	100,0%
Tarifwert						
Privat	5.485.824,03	834.696,30	-	-	6.320.520,33	7,6%
Öffentlich	33.447.841,75	18.357.143,04	13.145.384,78	12.304.113,65	77.254.483,22	92,4%
PROVINZ	38.933.665,78	19.191.839,34	13.145.384,78	12.304.113,65	83.575.003,55	100,0%
Ticketbetrag						
Privat	719.635,17	247.748,27	-	-	967.383,44	5,8%
Öffentlich	5.708.125,21	3.839.278,19	3.279.081,43	3.018.119,96	15.844.604,79	94,2%
PROVINZ	6.427.760,38	4.087.026,46	3.279.081,43	3.018.119,96	16.811.988,23	100,0%

Quelle: Sanitätsbetriebe - SPA-Archiv

**AUFTEILUNG DER
LEISTUNGEN AUF
ÖFFENTLICHE UND
PRIVATE EINRICHTUNGEN**

Tabelle 39: Anzahl der von den öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Sanitätsbetrieb und Ticketbefreiung des Patienten - Jahr 2006

Ticketbefreiung des Patienten	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz	% am insges.
Privat						
<i>Ticketbefreit</i>	209.435	20.703	-	-	230.138	3,3
<i>Nicht ticketbefreit</i>	171.481	25.408	-	-	196.889	2,8
<i>Ticketbefr. zu 50%</i>	9.063	830	-	-	9.893	0,1
TEILSUMME	389.979	46.941	-	-	436.920	6,2
Öffentlich						
<i>Ticketbefreit</i>	2.032.248	991.860	613.132	608.960	4.246.200	60,3
<i>Nicht ticketbefreit</i>	818.906	540.888	297.220	351.783	2.008.797	28,5
<i>Zahlender Privatpat.</i>	31.207	28.844	37.001	21.162	118.214	1,7
<i>Ticketbefr. zu 50%</i>	99.105	66.806	30.234	32.594	228.739	3,2
TEILSUMME	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950	93,8
INSGESAMT	3.371.445	1.675.339	977.587	1.014.499	7.038.870	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe – SPA-Archiv

TICKETBEFREITE UND NICHT TICKETBEFREITE PATIENTEN

Im Jahr 2006 wurden 63,6% der Leistungen zugunsten von ticketbefreiten Patienten und 3,3% zugunsten von zu 50% ticketbefreiten Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) erbracht.

Da das Ticket an die Einweisung und somit an den Fachbereich gebunden ist, welcher auch in allen nationalen Statistiken einen objektiven Datenzusammenfluss aller Leistungen darstellt, wird die Produktion nach Fachbereich analysiert.

Die von öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen (Tabelle 40) konnten nicht immer einem Fachbereich zugeordnet werden; die Definition „Nicht zugewiesener Fachbereich“ bezieht sich auf Einweisungen, die Leistungen seitens leistungserbringender Einrichtungen enthalten, für die kein eigener Fachbereich vorgesehen ist (z. B. Pädiatrie, Medizin).

Die Definition „Fachärztliche Visiten“ umfasst außerdem alle Erst- und Kontrolluntersuchungen, die ihrerseits keinem Fachbereich zugeordnet wurden.

Zusammenfassend sind 57,8% der von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen Laboruntersuchungen, 6,5% Diagnoseleistungen und 32,6% klinische Leistungen. Die restlichen 3% der Gesamtproduktion wurden keinem Fachbereich zugewiesen.

Gegenüber dem Vorjahr sind die Leistungen des „Nicht zugewiesenen Fachbereichs“ und die „Fachärztlichen Visiten ohne Fachbereich“ mit einem Rückgang von 4,9% an den gesamten Leistungen auf 0,2% bzw. 3,8% auf 2,1%. Dies ist darauf zurückzuführen, dass im Laufe des Jahres 2006 die Pflicht der Zuweisung der Leistungen zu einem Fachbereich eingeführt wurde.

Tabelle 40: Von den öffentlichen Einrichtungen erbrachte Leistungen nach Leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2006

Fachbereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie	6.736	435	2.668	1.216	11.055
Kardiologie	67.652	38.473	42.453	16.122	164.700
Allgemeine Chirurgie	24.657	50.502	32.180	51.269	158.608
Plastische Chirurgie	15.439	10.231	5.273	3.984	34.927
Gefäßchirurgie	5.555	3.058	8.279	2.165	19.057
Dermatologie	38.427	25.112	16.955	16.887	97.381
Endokrinologie	8.482	2.117	3.542	4.284	18.425
Gastroenterologie	13.714	13.462	5.255	9.132	41.563
Labor	1.896.721	915.899	466.120	539.184	3.817.924
Nuklearmedizin	7.396	1.442	-	-	8.838
Nephrologie	42.700	8.092	6.821	3.824	61.437
Neurochirurgie	5.695	82	713	1.426	7.916
Neurologie	19.957	19.534	3.753	7.903	51.147
Augenheilkunde	40.260	42.288	17.591	25.568	125.707
Zahnheilkunde und Stomatologie	25.811	18.954	9.241	6.714	60.720
Onkologie	44.233	2.647	124	603	47.607
Orthopädie und Traumatologie	31.857	80.778	47.022	56.029	215.686
Geburtshilfe und Gynäkologie	52.624	39.558	55.262	40.280	187.724
HNO	31.583	47.819	16.700	13.882	109.984
Pneumologie	34.738	3.398	5.052	1.452	44.640
Psychiatrie	38.166	14.528	12.760	9.113	74.567
Röntgendiagnostik	131.221	107.895	105.700	77.802	422.618
Strahlentherapie	24.521	64	-	-	24.585
Rehabilitation	210.472	168.297	85.368	91.133	555.270
Urologie	12.720	13.726	11.149	1.407	39.002
Fachärztl. Leistungen o. Fachbereich	111.248	3	12.534	16.498	140.283
Sonstige	38.881	4	1.335	9.909	50.129
Nicht zugewiesener Fachbereich	-	-	3.737	6.713	10.450
INSGESAMT	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950

Quelle: Sanitätsbetriebe – SPA-Archiv

ÖFFENTLICHE
EINRICHTUNGEN:
LEISTUNGEN NACH
FACHBEREICH

**ÖFFENTLICHE
EINRICHTUNGEN:
TARIFWERT NACH
FACHBEREICH**

Tabelle 41: **Tarifwert der von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2006**

Fachbereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie	32.505,80	8.047,68	31.872,00	23.335,54	95.761,02
Kardiologie	2.038.896,50	1.043.667,98	1.050.194,00	401.880,04	4.534.638,52
Allgemeine Chirurgie	302.718,60	665.287,12	354.274,30	618.418,48	1.940.698,50
Plastische Chirurgie	204.996,10	183.978,54	78.563,70	87.053,28	554.591,62
Gefäßchirurgie	99.221,20	69.242,20	132.214,00	70.169,80	370.847,20
Dermatologie	619.796,70	306.659,22	226.485,15	235.719,70	1.388.660,77
Endokrinologie	114.038,00	53.456,46	49.875,00	71.578,10	288.947,56
Gastroenterologie	745.582,30	622.138,42	287.320,80	551.240,70	2.206.282,22
Labor	9.972.342,54	4.107.999,78	1.871.688,65	2.318.079,46	18.270.110,43
Nuklearmedizin	361.925,50	135.871,14	-	-	497.796,64
Nephrologie	2.444.587,20	1.467.696,34	1.375.740,10	764.635,80	6.052.659,44
Neurochirurgie	79.112,70	1.134,40	8.051,70	20.556,18	108.854,98
Neurologie	352.160,30	281.179,36	62.290,40	115.259,48	810.889,54
Augenheilkunde	651.329,90	540.994,90	264.842,10	418.903,26	1.876.070,16
Zahnheilkunde und Stomatologie	482.150,40	383.809,90	200.583,70	104.868,64	1.171.412,64
Onkologie	563.770,70	32.583,30	1.220,00	8.146,50	605.720,50
Orthopädie und Traumatologie	464.645,30	1.188.107,06	759.566,65	1.024.598,58	3.436.917,59
Geburtshilfe u. Gynäkologie	1.222.079,40	793.274,68	960.424,08	722.668,02	3.698.446,18
HNO	477.911,00	668.820,20	237.180,90	200.817,08	1.584.729,18
Pneumologie	764.425,80	64.422,60	123.029,70	30.216,60	982.094,70
Psychiatrie	602.082,80	220.149,34	204.864,00	144.848,60	1.171.944,74
Röntgendiagnostik	4.469.514,40	3.465.170,52	3.232.639,10	2.395.705,38	13.563.029,40
Strahlentherapie	1.091.422,70	2.785,70	-	-	1.094.208,40
Rehabilitation	2.555.365,46	1.750.947,80	1.003.274,16	1.282.601,12	6.592.188,54
Urologie	233.994,30	299.624,30	231.618,55	29.161,04	794.398,19
Fachärztliche Leistungen ohne Fachbereich	1.899.349,45	35,70	336.501,32	274.012,26	2.509.898,73
Sonstige	601.916,70	58,40	10.973,76	183.849,66	796.798,52
Nicht zugewiesener Fachbereich	-	-	50.096,96	205.790,35	255.887,31
INSGESAMT	33.447.841,75	18.357.143,04	13.145.384,78	12.304.113,65	77.254.483,22

Quelle: Sanitätsbetriebe – SPA-Archiv

Bei den von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen überwiegen die Fachbereiche Labor (57,8%) und Rehabilitation (31,7%), wenngleich die Nephrologie (31,3%) und Röntgendiagnostik (21,2%) die höchsten Tarifwerte verbuchen.

**PRIVATE EINRICHTUNGEN:
LEISTUNGEN NACH
FACHBEREICH**

Tabelle 42: **Von den privaten Einrichtungen erbrachte Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2006**

Fachbereich	Bozen	Meran	Provinz
Anästhesie	4.342	-	4.342
Kardiologie	-	978	978
Gastroenterologie	-	684	684
Labor	222.216	30.358	252.574
Nephrologie	8.412	-	8.412
HNO	2.096	-	2.096
Röntgendiagnostik	14.038	7.287	21.325
Rehabilitation	138.875	-	138.875
Sonstige	-	7.634	7.634
INSGESAMT	389.979	46.941	436.920

Quelle: Sanitätsbetriebe – SPA-Archiv

Tabelle 43: **Tarifwert der von den privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Fachbereich - Jahr 2006**

Fachbereich	Bozen	Meran	Provinz
Anästhesie	370.548,58	-	370.548,58
Kardiologie	-	26.874,30	26.874,30
Gastroenterologie	-	45.555,30	45.555,30
Labor	794.755,92	117.110,00	911.865,92
Nephrologie	1.976.820,00	-	1.976.820,00
HNO	34.023,50	-	34.023,50
Röntgendiagnostik	1.087.376,20	254.260,30	1.341.636,50
Rehabilitation	1.222.299,83	-	1.222.299,83
Sonstige	-	390.896,40	390.896,40
INSGESAMT	5.485.824,03	834.696,30	6.320.520,33

Quelle: Sanitätsbetriebe – SPA-Archiv

Aus der Analyse der privaten fachärztlichen Versorgung nach leistungserbringender Einrichtung und Sanitätsbetrieb geht hervor, dass im Jahr 2006 89,3% aller Leistungen im Sanitätsbetrieb Bozen und 10,7% im Sanitätsbetrieb Meran erbracht wurden.

Der Tarifwert der konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen betrug 6.320.520,33 Euro. Zieht man von diesem Betrag die vom Patient als Ticket getragenen Kosten ab (967.383,44 Euro), erhält man den Betrag, den die Sanitätsbetriebe den privaten Einrichtungen bzw. den konventionierten Freiberuflern rückerstatten müssen; 2006 entsprach dieser Betrag 5.353.136,89 Euro.

PRIVATE EINRICHTUNGEN:
TARIFWERT NACH
FACHBEREICH

Tabelle 44: Von den privaten Einrichtungen und Freiberuflern erbrachte Leistungen, Tarifwert, Ticketbetrag und Nettobetrag - Jahr 2006

Konventionierter Sanitätsbetrieb	Akkreditierter Fachbereich	Leistungen	Tarifwert	Ticketbetrag	Nettobetrag
Sanitätsbetrieb Bozen		389.979	5.485.824,03	719.635,17	4.766.188,86
Drusus-Labor	Labor	81.496	310.393,38	131.695,10	178.698,28
Eisack-Sabin-Labor	Labor	36.731	125.396,20	32.628,32	92.767,88
Marienlabor	Labor	103.989	358.966,34	187.479,83	171.486,51
Privatklinik Bonvicini	Röntgenaufnahmen und Kernspinresonanz	14.038	1.087.376,20	195.760,32	891.615,88
Fisiocenter	Rehabilitation	39.596	276.786,16	37.115,62	239.670,54
Mayr Rudi	Rehabilitation	18.794	165.885,08	19.475,97	146.409,11
Studio Cadamuro	Rehabilitation	16.292	152.770,62	19.138,38	133.632,24
Lo Faro Marina	Rehabilitation	1.330	16.829,76	2.393,36	14.436,40
Cure fisiche Gries	Rehabilitation	20.338	179.194,77	23.390,21	155.804,56
Europa Center	Rehabilitation	5.219	50.085,34	7.845,29	42.240,05
PK Villa Melitta	Rehabilitation und HNO	37.349	381.367,70	37.986,72	343.380,98
Dr. Paolo Pellegrini	HNO	2.053	33.403,90	10.356,37	23.047,53
Sauerstoffzentrum Bozen	Sauerstofftherapien	4.342	370.548,58	14.369,68	356.178,90
Dialysezentrum Südtirol	Hämodialyse	8.412	1.976.820,00	0,00	1.976.820,00
Sanitätsbetrieb Meran		46.941	834.696,30	247.748,27	586.948,03
Privatklinik Villa St. Anna	Röntgendiagnostik und CT, Laboruntersuchungen, Kardiologie, Neurologie, Gastroenterologie	36.271	388.120,90	136.648,94	251.471,96
Privatklinik Martinsbrunn	Rehabilitation, Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen u. Kardiologie	3.036	55.679,00	25.834,27	29.844,73
Dr. Regele Max	Sportmedizin	7.634	390.896,40	85.265,06	305.631,34
INSGESAMT		436.920	6.320.520,33	967.383,44	5.353.136,9

Quelle: Sanitätsbetriebe – SPA-Archiv

In der Folge werden die von öffentlichen Einrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen in reine fachärztliche Leistungen und fachärztliche Erste Hilfe-Leistungen, auf die kein Aufenthalt folgte, unterschieden. 11,3 % aller Leistungen wurden in der Ersten Hilfe erbracht, ein auch in Bezug auf die diesbezüglichen Tarifwerte fast immer konstanter Prozentsatz.

Tabelle 45: **Anzahl, Tarifwert und Ticketbetrag der von den öffentlichen Landeseinrichtungen erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen nach Art und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Art der Leistung	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb					
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz	% Provinz
Leistungen						
Fachärztlich ohne EH	2.658.535	1.372.539	920.332	904.938	5.856.344	88,7%
Erste Hilfe (EH)	322.931	255.859	57.255	109.561	745.606	11,3%
Provinz	2.981.466	1.628.398	977.587	1.014.499	6.601.950	100,0%
Tarifwert						
Fachärztlich ohne EH	29.966.038,65	15.342.056,34	12.395.614,11	10.663.577,77	68.367.286,87	88,5%
Erste Hilfe (EH)	3.481.803,10	3.015.086,70	749.770,67	1.640.535,88	8.887.196,35	11,5%
Provinz	33.447.841,75	18.357.143,04	13.145.384,78	12.304.113,65	77.254.483,22	100,0%
Ticketbetrag						
Fachärztlich ohne EH	5.182.879,01	3.201.651,86	2.938.918,69	2.564.317,43	13.887.766,99	87,6%
Erste Hilfe (EH)	525.246,20	637.626,33	340.162,74	453.802,53	1.956.837,80	12,4%
Provinz	5.708.125,21	3.839.278,19	3.279.081,43	3.018.119,96	15.844.604,79	100,0%

Quelle: Sanitätsbetriebe - SPA-Archiv

2.4.2. Fachärztliche Mobilität

Dieses Kapitel behandelt die im Rahmen der überregionalen ambulanten fachärztlichen Mobilität und in Österreich erbrachten Leistungen.

2.4.2.1. Überregionale fachärztliche Mobilität

In diesem Abschnitt werden die ambulanten 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 Südtirolern 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 anderen Regionen führt. Die Daten zu den Leistungen zugunsten der Nichtansässigen wurden vom Informationssystem für die ambulanten fachärztlichen Leistungen (SPA) ermittelt.

Außerdem 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.

In Bezug auf die Leistungen des Jahres 2006 verzeichnen nur 3 der 4 Sanitätsbetriebe des Landes einen positiven Saldo, d. h. mit mehr zugunsten von Nichtansässigen erbrachten Leistungen, als sie für ihre Einwohner seitens Einrichtungen außerhalb des Landes erhielten. Der Negativsaldo des Sanitätsbetriebs Meran ist sehr gering, entspricht jedoch einem Tarifwert von 200.760 Euro.

Der Sanitätsbetrieb Bozen ist für die Einwohner von Trient sehr attraktiv, der Sanitätsbetrieb Bruneck für jene aus Venetien.

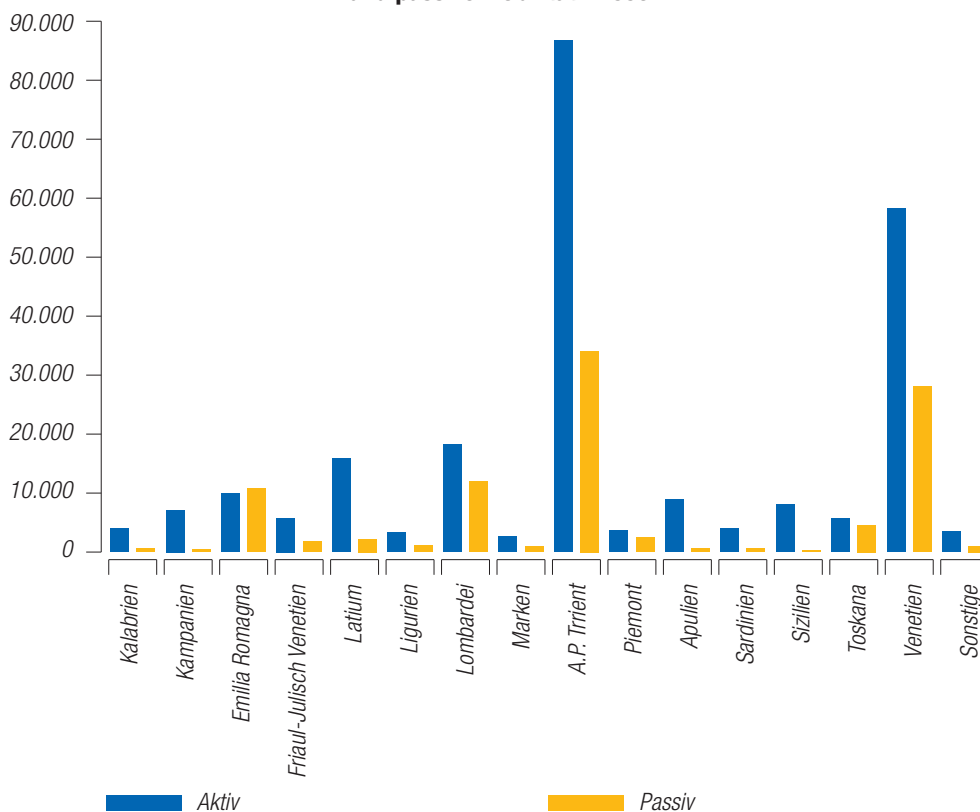
**SALDO DER AKTIVEN UND
PASSIVEN MOBILITÄT**

Tabelle 46: Überregionale aktive und passive Mobilität: ambulante fachärztliche Leistungen, absolute Werte und Werte pro 100 Einwohner - Jahr 2006

	Absolute Werte			Werte pro 100 Einwohner		
	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
Bozen	126.040	66.754	59.286	58,3	30,9	27,4
Meran	16.449	18.435	-1.986	13,0	14,6	-1,6
Brixen	39.932	7.357	32.575	57,5	10,6	46,9
Bruneck	63.295	9.200	54.095	86,3	12,5	73,8
INSGESAMT	245.716	101.746	143.970	50,8	20,9	29,9

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Abbildung 8: Ambulante fachärztliche Leistungen nach Wohnsitz-Region des Patienten, aktive und passive Mobilität - 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Berechnet man den wirtschaftlichen Saldo zwischen der aktiven und passiven überregionalen fachärztlichen Mobilität, ergibt sich für das Jahr 2006 für Südtirol ein positiver Saldo von 806.834 Euro, leicht niedriger als im Vorjahr mit 1.107.267 Euro, höher jedoch als in den Jahren 2003 und 2004 mit knapp 550.000 Euro.

AKTIVE UND PASSIVE
MOBILITÄT: REGIONALE
VERTEILUNG

Tabelle 47: **Aktive und passive überregionale Mobilität: Tarifwerte abzüglich des Tickets, absolute Werte und Werte pro 100 Einwohner - Jahr 2006**

	Absolute Werte			Werte pro 100 Einwohner		
	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
Bozen	1.682.179,36	1.176.604,98	505.574,38	777,44	543,78	233,66
Meran	160.654,60	361.414,30	-200.759,70	126,80	285,25	-158,45
Brixen	291.365,80	113.752,80	177.613,00	419,53	163,79	255,74
Bruneck	610.378,67	285.971,49	324.407,18	832,54	390,06	442,48
INSGESAMT	2.744.578,43	1.937.743,57	806.834,86	564,91	398,84	166,07

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

**SALDO DER TARIFWERTE
DER AKTIVEN UND
PASSIVEN MOBILITÄT**

2.4.2.2. In Österreich erbrachte Leistungen

Jene Leistungen, die nicht von den Landesdiensten erbracht werden können, werden - auf der Grundlage von zwischen Südtirol und den österreichischen Einrichtungen vereinbarten Konventionen - von Universitätskliniken und öffentlichen Krankenhäusern in Österreich erbracht.

Für die ambulante fachärztliche Versorgung ist Südtirol mit den folgenden österreichischen Einrichtungen 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
- Krankenhaus Wien

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 Landeskrankenhäusern als auch österreichischen Krankenhäusern, in die der Patient eingeliefert wurde oder an die er sich gewendet hat) angefordert wurden.

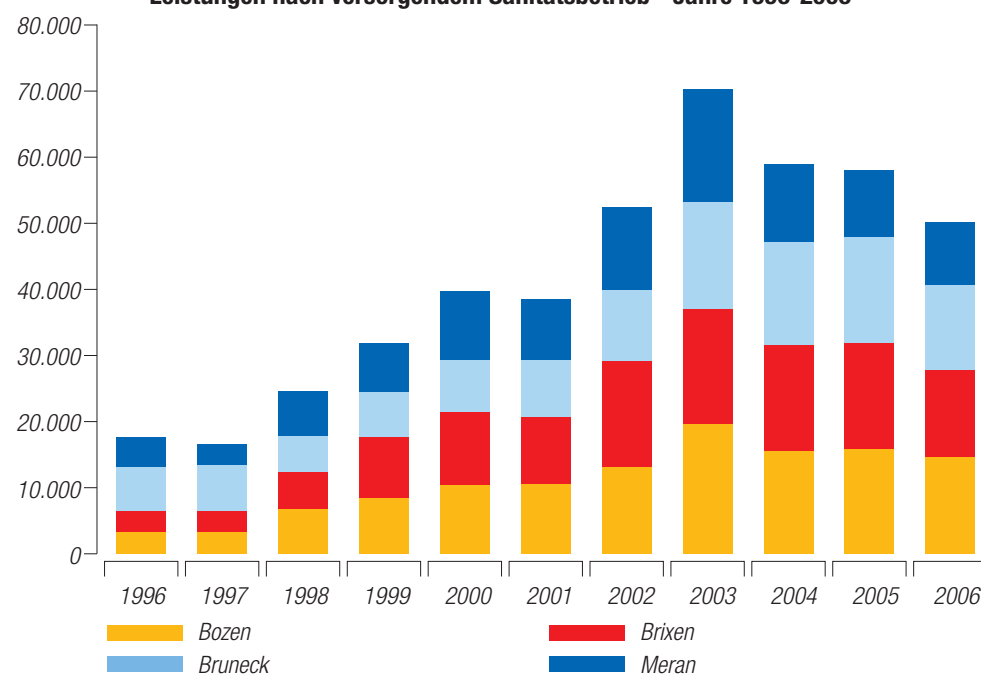
IN ÖSTERREICH
ERBRACHTE LEISTUNGEN

Tabelle 48: Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach leistungserbringender Einrichtung und versorgendem Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Leistungserbringende Einrichtung in Österreich	Versorgender Sanitätsbetrieb				Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Universitätsklinik Innsbruck	13.287	12.926	12.873	9.414	48.500
Institute der Universität Innsbruck	1.240	147	-	10	1.397
Krankenhaus Salzburg	37	36	-	-	73
Krankenhaus Hochzirl	53	47	2	23	125
Krankenhaus Wien	-	25	-	-	25
INSGESAMT	14.617	13.181	12.875	9.447	50.120

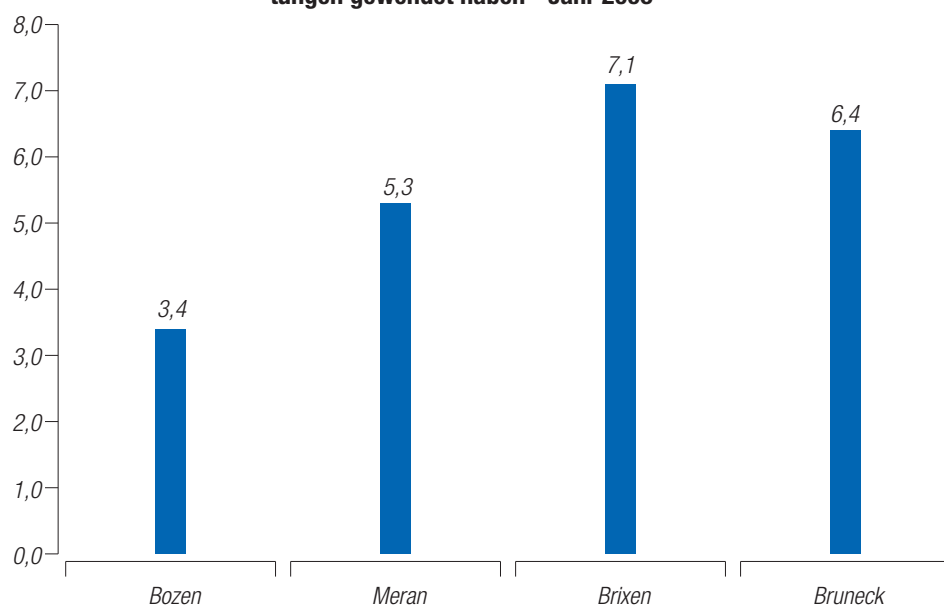
Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Abbildung 9: Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach versorgendem Sanitätsbetrieb - Jahre 1996-2006



Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Abbildung 10: Anzahl der Patienten pro 1.000 Einwohner, die sich an österreichische Einrichtungen gewendet haben - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Aus Tabelle 48 geht hervor, dass 96,8% der 50.120 in Österreich zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachten Leistungen auf die Universitätsklinik Innsbruck zurückgehen. Insgesamt nahmen 2.375 Südtiroler fachärztliche Leistungen in österreichischen Einrichtungen in Anspruch; die Patienten stammten vorwiegend aus den Sanitätsbetrieben Brixen (7,1 Patienten pro 1.000 Einwohner) und Bruneck (6,4 Patienten pro 1.000 Einwohner).

Tabelle 49: Betrag (in Euro) der von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach versorgendem Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Leistungsbringende Einrichtung in Österreich	Versorgender Sanitätsbetrieb				Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	
Universitätsklinik Innsbruck	365.882,71	353.818,54	381.677,50	262.843,34	1.364.222,09
Institute der Universität Innsbruck	12.707,83	14.342,05	-	294,51	27.344,39
Krankenhaus Salzburg	1.101,95	963,72	-	-	2.065,67
Krankenhaus Hochzirl	11.998,98	13.376,70	679,96	6.642,96	32.698,60
Krankenhaus Wien	-	1.337,49	-	-	1.337,49
INSGESAMT	391.691,47	383.838,50	382.357,46	269.780,81	1.427.668,24

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

2.4.2.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt

In den folgenden Analysen wurden die im Jahr 2006 erbrachten Leistungen und die entsprechenden Beträge nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten getrennt. Aus Tabelle 53, welche die Prozentanteile der Mobilität angibt, geht eine allgemein sehr hohe aktive Mobilität für die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck hervor. Das Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch zeigt, dass diese beiden Betriebe mehr Leistungen produzieren als verbrauchen.

ANZAHL DER PATIENTEN
PRO 100 EINWOHNER

**ERBRACHTE UND
VERBRAUCHTE
LEISTUNGEN**
Tabelle 50: Ambulante fachärztliche Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Herkunft des Patienten - Jahr 2006

Leistungsbringen- der Sanitätsbetrieb	Herkunft des Patienten							
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leist. für Ansässige	Ausland	Übriges Italien	Leist. insgesamt
Bozen	2.993.123	158.150	34.987	28.408	3.214.668	30.429	126.348	3.371.445
Meran	56.053	1.570.699	2.501	1.903	1.631.156	28.020	16.163	1.675.339
Brixen	130.167	12.645	751.319	23.344	917.475	20.180	39.932	977.587
Bruneck	10.234	2.610	22.474	868.011	903.329	24.084	87.086	1.014.499
IN DER PROVINZ ER- BRACHTE LEIST.	3.189.577	1.744.104	811.281	921.666	6.666.628	102.713	269.529	7.038.870
Übriges Italien	66.754	18.435	7.357	9.200	101.746			
Österreich	14.617	13.181	12.875	9.447	50.120			
LEISTUNGEN FÜR ANSÄSSIGE INSGES.	3.270.948	1.775.720	831.513	940.313	6.818.494			

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Tabelle 51: Prozentanteile der passiven Mobilität nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Herkunft des Patienten - Jahr 2006

Leistungserbringender Sanitätsbetrieb	Herkunft des Patienten				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leistungen f. Ansässige
Bozen	91,5	8,9	4,2	3,0	47,1
Meran	1,7	88,5	0,3	0,2	23,9
Brixen	4,0	0,7	90,4	2,5	13,5
Bruneck	0,3	0,1	2,7	92,3	13,2
IN DER PROV. ERBRACHTE LEIST.	97,5	98,2	97,6	98,0	97,8
Übriges Italien	2,0	1,0	0,9	1,0	1,5
Österreich	0,4	0,7	1,5	1,0	0,7
LEISTUNGEN F. ANSÄSSIGE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

**PROZENTANTEILE DER
PASSIVEN MOBILITÄT**
**PROZENTANTEILE DER
AKTIVEN MOBILITÄT**
Tabelle 52: Prozentanteile der aktiven Mobilität nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Herkunft des Patienten - Jahr 2006

Leistungserbring- ender Sanitäts- betrieb	Herkunft des Patienten							
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leist. f. Ansässige	Ausland	Übriges Italien	Leistun- gen ins.
Bozen	88,8	4,7	1,0	0,8	95,3	0,9	3,7	100,0
Meran	3,3	93,8	0,1	0,1	97,4	1,7	1,0	100,0
Brixen	13,3	1,3	76,9	2,4	93,9	2,1	4,1	100,0
Bruneck	1,0	0,3	2,2	85,6	89,0	2,4	8,6	100,0
Insgesamt	45,3	24,8	11,5	13,1	94,7	1,5	3,8	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Tabelle 53: **Übersicht der Prozentanteile der Mobilität und Prozentverhältnis zwischen Produktion und Verbrauch der Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Aktive Mobilität (an der Produktion)				
Von anderen Sanitätsbetrieben	6,6	3,6	17,0	3,5
Von außerhalb der Provinz	4,7	2,6	6,1	11,0
PRODUZIERTE LEISTUNGEN INSGESAMT	11,2	6,2	23,1	14,4
Passive Mobilität (am Verbrauch von Leistungen seitens Ansässiger)				
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	6,0	9,8	7,2	5,7
In Richtung übriges Italien	2,0	1,0	0,9	1,0
In Richtung Österreich	0,4	0,7	1,5	1,0
VERBRAUCHTE LEISTUNGEN INSGESAMT	8,5	11,5	9,6	7,7
PRODUZIERTE LEISTUNGEN AN VERBRAUCHTEN LEISTUNGEN (PRO 100)	103,1	94,3	117,6	107,9

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

2.4.3. Die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen durch die Einwohner der Autonomen Provinz Bozen

Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Einwohner der Autonomen Provinz Bozen 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 den erbrachten Leistungsvolumen) der Ressourcenverbrauch zu Lasten des Landes bemessen wird.

 Tabelle 54: **Inanspruchnahme von Leistungen durch Südtiroler nach leistungserbringendem Gebiet und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Herkunft des Patienten	Leistungserbringendes Gebiet			Insgesamt
	Provinz	Übrig. Italien	Österreich	
Bozen	3.189.577	66.754	14.617	3.270.948
Meran	1.744.104	18.435	13.181	1.775.720
Brixen	811.281	7.357	12.875	831.513
Bruneck	921.666	9.200	9.447	940.313
INSGESAMT	6.666.628	101.746	50.120	6.818.494
% AM GESAMTWERT	97,8	1,5	0,7	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

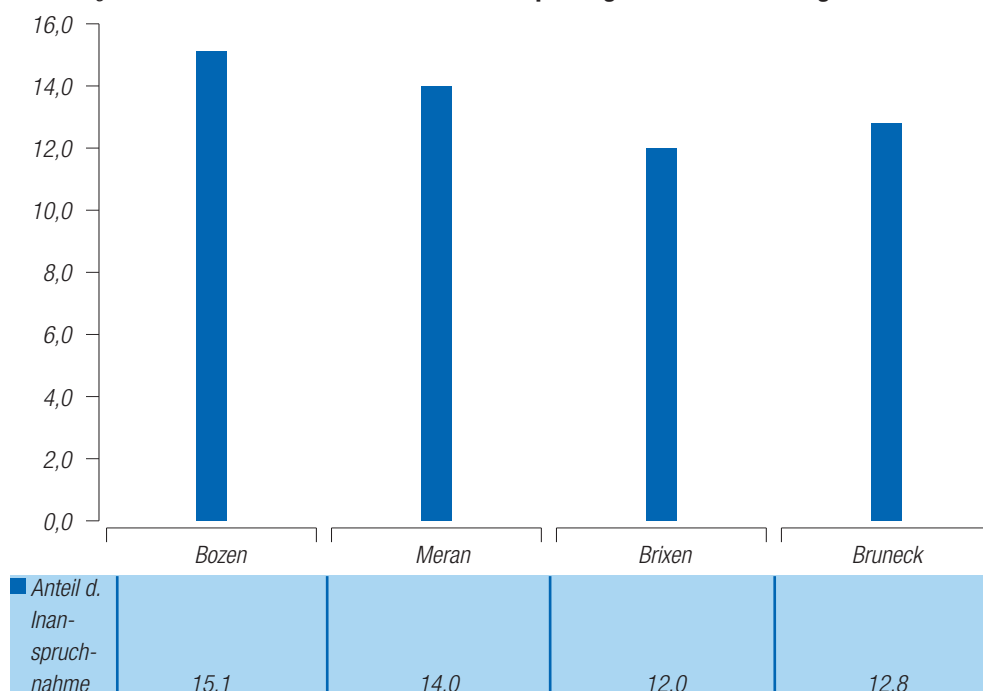
Von den 6.818.494 von ansässigen Südtirolern angeforderten Leistungen wurden 97,8% in der Provinz erbracht.

Pro Südtiroler werden 14,0 fachärztliche Leistungen in Anspruch genommen; der Sanitätsbetrieb Bozen verzeichnete den höchsten Anteil (15,1), der Sanitätsbetrieb Brixen den niedrigsten (12,0).

ÜBERSICHT DER PROZENTANTEILE

VON ANSÄSSIGEN IN ANSPRUCH GENOMMENE LEISTUNGEN

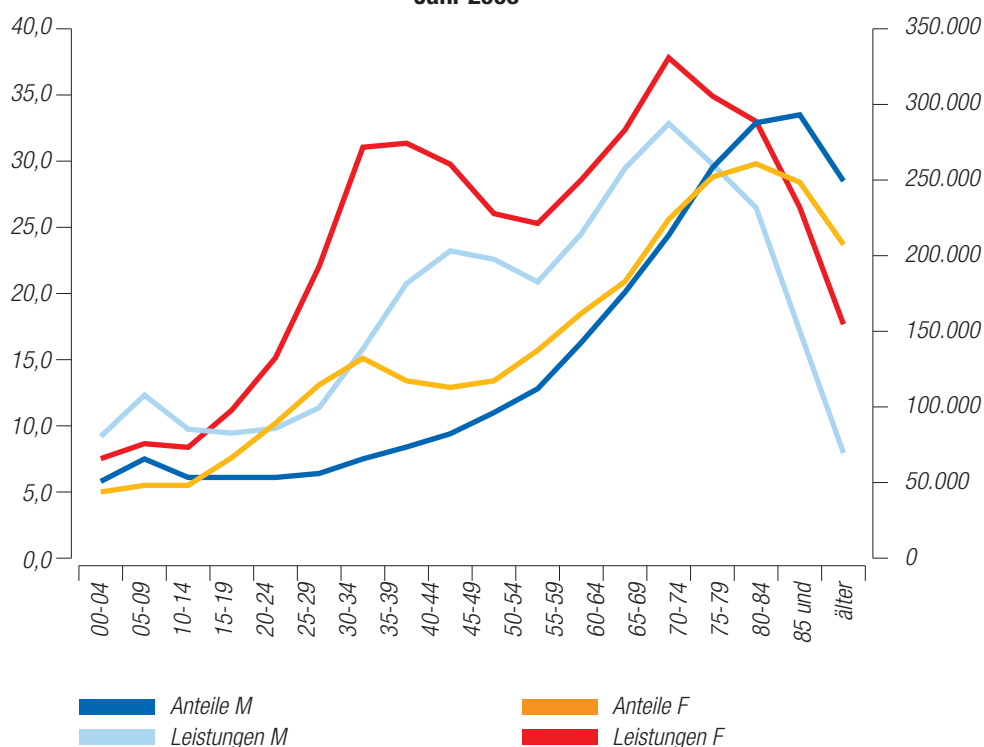
Abbildung 11: Von den Einwohnern Südtirols in Anspruch genommene Leistungen - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

Die Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Leistungen nach Altersklasse und Geschlecht ist in der Abbildung 12 wiedergegeben. Die graphische Darstellung der spezifischen Raten des Ressourcenverbrauchs zeigt einen Verlauf, der jenen der gesamten Verteilung widerspiegelt, außer für die extremen Klassen, wo ein Umkehrtrend zwischen den Geschlechtern ersichtlich wird: ab der Altersklasse von 70 Jahren nehmen die Männer mehr Leistungen als die Frauen in Anspruch. 56,1% der gesamten Nachfrage nach Leistungen gehen außerdem auf die Frauen zurück, mit einem sehr hohen Verbrauch zwischen 30 und 40 Jahren. Bezüglich der Altersklassen sind 40% der Patienten zwischen 55 und 79 Jahre alt.

Abbildung 12: Verteilung der Anzahl der von den Einwohnern Südtirols (überall) angeforderten Leistungen und Raten der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Altersklasse, Inzidenz - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe und Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - SPA-Archiv, fachärztliche Mobilität Österreich

2.5. STATIONÄRE REHABILITATION

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit von zwei vorläufig akkreditierten Zentren erbracht. Gemäß Art. 26 des Gesetzes 833/78 sichern diese, konventioniert mit den Sanitätsbetrieben des Landes, Rehabilitationsleistungen in der post-akuten Versorgung und bei chronischen Krankheiten in stationärer Form. Die Rehabilitation richtet sich an nicht-pflegebedürftige Patienten; Pflegefälle oder Fälle mit genereller Beeinträchtigung werden im Rahmen von Rehabilitationsprogrammen anderer Versorgungsformen behandelt.

Die Rehabilitationszentren gemäß Art. 26 nehmen Patienten mit Kardiopathien, Krankheiten der Atemwege, onkologischen Krankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Nervensystems auf.

Die Patienten erhalten mit einer vom versorgenden Sanitätsbetrieb ausgestellten Einweisung aufgrund eines nachweisbaren Antrags eines Krankenhausarztes des Gesundheitsdienstes Zugang zu diesen Einrichtungen. In der Einweisung werden die Diagnose und die genehmigte Aufenthaltszeit angegeben. Das Rehabilitationszentrum überprüft die Einweisung, nimmt den Patient in die stationäre Behandlung auf und sendet dem Herkunfts-Sanitätsbetrieb einen detaillierten und individuellen Rehabilitationsplan mit den Leistungen und der vorgesehenen Aufenthaltsdauer.

2.5.1. Organisation der Versorgung

In Südtirol arbeiteten im Jahr 2006 zwei krankenhausexterne, stationäre Zentren für die physische Rehabilitation: „Salus Center“ und „Tule Wieserhof“. Mit 1. November 2006 wurde die konventionierte Einrichtung „Tule-Wieserhof“ in das „Salus Center“ einverleibt.

SALUS CENTER

Im „Salus Center“ werden Patienten mit onkologischen, neurologischen, pneumologischen und das Muskel-Skelett-System betreffende Krankheiten behandelt. Die Bettenausstattung für diese konventionierte Art von Rehabilitation betrug im Jahr 2006 74.

Am 1. November 2006 wurden im „Salus Center“ zusätzliche 36 Betten für die kardiologische Rehabilitation (32 Betten für ordentliche Aufenthalte und 4 für Tagesklinik-Aufenthalte) eingerichtet.

Die Rehabilitation der Patienten mit neurologischen, pneumologischen, onkologischen und das Muskel-Skelett-System betreffende Krankheiten besteht in einer anfänglichen Bewertung, Pharmakotherapie, einem individuellen Rehabilitationsprogramm, in der Überwachung des Patienten und in der Schlussbewertung der erzielten Ergebnisse mit Schlussbericht.

Zum Rehabilitationszyklus zählen individuelle oder Gruppen-Bewegungstherapie, Massagen, manuelle und instrumentelle Lymphdrainage, Aerobic-Training, Bewegungstherapie im Wasser, Physiotherapie, psychologischer Beistand (einzeln oder in der Gruppe), Akupunktur, Entspannungstherapie in der Gruppe, Diättherapie und sonstige Leistungen.

TULE-WIESERHOF

Das Rehabilitationszentrum „Tule-Wieserhof“ versorgt kardiologische Patienten. Die Bettenausstattung für diese konventionierte Art von Rehabilitation belief sich im Oktober 2006 auf 59,2 davon für den Tagesklinik-Betrieb.

Die Rehabilitationsleistungen umfassen:

- kardiologische Fachbewertung beim Eingang des Patienten;
- Test unter maximaler Belastung mit Fahrradergometer mit Bewertung der Höchstleistung, der induzierbaren Ischämie, der Rhythmusstabilität und des Herzdruck- und -frequenzverhaltens unter Belastung;
- Erarbeitung eines individuellen Rehabilitationsprogramms;
- Gymnastik in kleinen, leistungshomogenen Gruppen;
- Gesundheitserziehung;
- psychologischer Beistand (sowohl individuell als auch in der Gruppe) zu spezifischen Problemen;
- Schlussgespräch mit Festlegung der zu empfehlenden Bewegung und Eignung zur Arbeit (bei der Entlassung).

PERSONAL

Das in den stationären Landesrehabilitationszentren dienstleistende Personal setzt sich aus verschiedenen Berufsbildern zusammen: Ärzte, Psychologen, Krankenpfleger und Rehabilitationsphysiotherapeuten. Das „Salus Center“ kann bei Bedarf auf die onkologische und rheumatologische Beratung seitens der Mitarbeiter der Abteilung Onkologie und Medizin II des Krankenhauses Bozen sowie auf die chirurgische Beratung seitens der Mitarbeiter der Abteilung Chirurgie des Krankenhauses Meran zurückgreifen.

Alle medizinisch-rehabilitativen Leistungen zugunsten der pneumologischen Patienten fallen in den Kompetenzbereich des überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie von Bozen, während für die medizinisch-rehabilitativen Leistungen für die kardiologischen Patienten des Tule-Wieserhofs und in der Folge des Salus Center die Mitarbeiter der Abteilung Kardiologie des Krankenhauses Bozen zuständig sind.

Das Ärzteteam der Abteilung Kardiologie des Krankenhauses Bozen greift bei Bedarf auch ein, um den Patient in das Krankenhaus zu verlegen oder um den Einsatz oder die Beratung eines anderen Facharztes, eines Nicht-Kardiologen, anzufordern.

2.5.2. Versorgungstätigkeit

Im Jahr 2006 wurden in den Zentren Salus Center und Tule-Wieserhof insgesamt 2.433 Aufenthalte verzeichnet. Das Salus Center nimmt ausschließlich in Südtirol ansässige Patienten auf, während der Tule-Wieserhof auch Patienten aus anderen italienischen Regionen versorgt. 98,5% aller Patienten stammen aus Südtirol.

2006 wurden im Salus Center 1.813 Aufenthalte in Anspruch genommen, was 74,5% der gesamten Rehabilitationstätigkeit in den krankenhausexternen Einrichtungen des Landes entspricht.

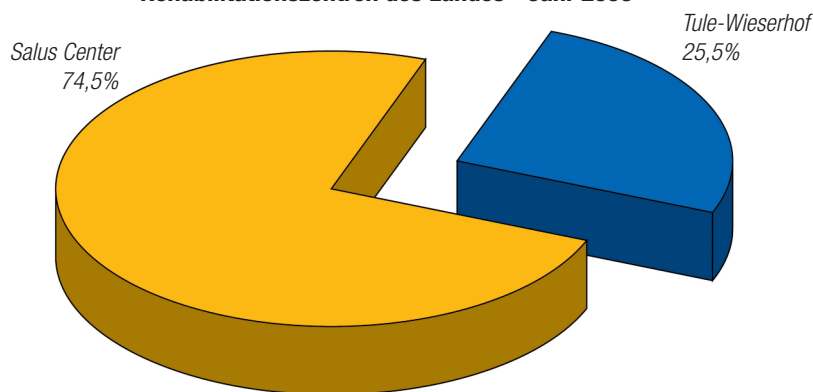
Die Tarifwerte für die diesbezüglichen Leistungen betragen 4.538.210,27 Euro, 3.356.329,27 davon verbucht das Salus Center, die restlichen 1.181.881,00 Euro der Tule-Wieserhof.

Tabelle 55: **Aufenthalte in den krankenhausexternen Einrichtungen des Landes nach Wohnsitz-Region - Jahr 2006**

Wohnsitz-Region	Tule	Salus Center	Insgesamt
A.P. Bozen	583	1.813	2.396
A.P. Trient	8	-	8
Venetien	17	-	17
Emilia Romagna	4	-	4
Marken	1	-	1
Latium	2	-	2
Abruzzen	1	-	1
Kampanien	1	-	1
Kalabrien	3	-	3
INSGESAMT	620	1.813	2.433

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

Abbildung 13: **Verteilung in Prozent der Aufenthalte in den krankenhausexternen Rehabilitationszentren des Landes - Jahr 2006**



Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

2.5.2.1. Tule-Wieserhof - Versorgungstätigkeit

Im Tule-Wieserhof wurden insgesamt 620 Aufenthalte getätigt, 94,0% von in Südtirol ansässigen Patienten.

Die Aufenthalte im Tule-Wieserhof seitens ansässiger Patienten betrugen im Jahr 2006 583, was einem Tarifwert 1.121.380 Euro entspricht. Bei 95,2% davon handelte es sich um ordentliche Aufenthalte. 68,8% der Aufenthalte seitens Südtiroler Patienten wurden von Ansässigen des Sanitätsbetriebs Bozen getätigt, 17,3% von Ansässigen des Sanitätsbe-

**IN SÜDTIROL ANSÄSSIGE
PATIENTEN**

triebs Meran, 8,7% von Ansässigen des Sanitätsbetriebs Bruneck und 5,1% von Ansässigen des Sanitätsbetriebs Brixen.

Tabelle 56: **Aufenthalte im Tule-Wieserhof seitens Südtiroler Patienten nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten und Art des Aufenthalts - Jahr 2006**

Wohnsitz-SB	Ordentliche Aufenthalte	TK-Aufenthalte	Aufenthalte insgesamt	Tarifwert in Euro
SB Bozen	375	26	401	732.238,00
SB Meran	101	-	101	209.716,00
SB Brixen	30	-	30	74.556,00
SB Bruneck	49	2	51	104.870,00
INSGESAMT	555	28	583	1.121.380,00

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

In 55,4% der Aufenthalte von ansässigen Patienten bestand die Hauptursache in der rehabilitativen Behandlung infolge eines „akuten Myokardinfarkts“. Es folgen die rehabilitativen Behandlungen infolge von „Post-chirurgischem Status von aortokoronarem Bypass“ (Kodex ICD9CM, entsprechend V4581) mit 21,4% der Fälle, Behandlungen aufgrund von „Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln“ (Kodex V433 - 13,6%), Behandlungen aufgrund von „Perkutaner transluminaler Koronarangioplastie“ (Kodex V4582 - 9,1%), Rehabilitation für Patienten mit „Herztransplantation“ (Kodex V421 - 0,3%) und „Andere spezifizierte Formen von chronischer ischämischer Kardiopathie“ (Kodex 4148 - 0,2%) für einen Patienten.

Tabelle 57: **Anzahl der Aufenthalte im Tule-Wieserhof von in Südtirol ansässigen Patienten nach primärer Entlassungsdiagnose und Art des Aufenthalts - Jahr 2006**

Kodex ICD9CM	Entlassungsdiagnose	ord. A.	TK	Insgesamt	Durch. AD
412	Früherer Myokardinfarkt	309	14	323	17,9
V4581	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	115	10	125	18,6
V433	Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln	76	3	79	20,8
V4582	Perkutane transluminale Koronarangioplastie	52	1	53	15,7
V421	Herztransplantation	2	-	2	12,5
4148	Andere spezifizierte Formen von chron. ischämischer Kardiopathie	1	-	1	14,0
	INSGESAMT	555	28	583	18,2

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

ORDENTLICHE AUFENTHALTE VON ANSÄSSIGEN PATIENTEN

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der ordentlichen Aufenthalte (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) für Südtiroler Patienten beträgt 18,2 Tage. Die aus den Daten bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer hervorgehenden Unterschiede sind auf die Herkunft der Patienten zurückzuführen und werden auch von den Entlassungsdiagnosen beeinflusst.

Tabelle 58: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer für nicht ansässige Patienten im Tule-Wieserhof nach Wohnsitz-Region und Hauptentlassungsdiagnose - Jahr 2006

Wohnsitz-Region	Entlassungsdiagnose	Anzahl der Aufenthalte	Durch. AD
A.P. Trient	Früherer Myokardinfarkt	3	16,3
	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	5	12,2
	INSGESAMT	8	13,7
Venetien	Früherer Myokardinfarkt	8	10,6
	Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln	2	20,5
	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	5	16,8
	Perkutane transluminale Koronarangioplastie	1	17,0
	Sonstige kardiorespiratorische Probleme	1	15,0
	INSGESAMT	17	14,2
Emilia Romagna	Früherer Myokardinfarkt	3	17,0
	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	1	15,0
	INSGESAMT	4	16,5
Latium	Früherer Myokardinfarkt	1	32,0
	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	1	14,0
	INSGESAMT	2	23,0
Abruzzen (Insgesamt)	Früherer Myokardinfarkt	1	21,0
Kampanien (Insgesamt)	Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln	1	5,0
Kalabrien	Früherer Myokardinfarkt	2	22,5
	Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass	1	14,0
	INSGESAMT	3	19,7
NICHTANSÄSSIGE INSG.		36	15,2

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

In Bezug auf alle Aufenthalte ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der im Sanitätsbetrieb Bozen ansässigen Patienten mit 17,4 Tagen die niedrigste. Die Aufenthalte von Patienten mit „Perkutaner transluminaler Koronarangioplastie“, „Herztransplantation“ und „Anderen spezifizierten Formen von chronischer ischämischer Kardiopathie“ erweisen sich als relativ kurz.

Für die behandelten Fälle aufgrund von „Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln“ und „Perkutaner transluminaler Koronarangioplastie“ verbrauchen die im Sanitätsbetrieb Meran ansässigen Patienten bedeutend längere Aufenthalte als jene von Bozen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der in Meran ansässigen Patienten liegt generell über dem Gesamtdurchschnitt (19,0 Tage gegenüber 18,2 des Landesdurchschnitts).

Auch für die im SB Brixen ansässigen 30 Patienten liegt die Aufenthaltsdauer stark über dem Landesdurchschnitt.

Die Dauer der 49 Aufenthalte von in Bruneck ansässigen Patienten hält sich hingegen um den Landesdurchschnitt. Daraus geht hervor, dass die Rehabilitationspatienten infolge eines akuten Myokardinfarktes (der Großteil der Fälle - 65,3% der Patienten aus dem SB Bruneck) eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer verzeichnen, die jener der in Bozen ansässigen ähnelt oder darunter liegt.

Die Aufenthalte von nicht in Südtirol ansässigen Patienten betragen im Jahr 2006 37 (36 davon waren ordentliche Aufenthalte - siehe Tabelle 61); der diesbezügliche Tarifwert entspricht 60.501 Euro. Darunter sind die 17 Aufenthalte von aus Venetien stammenden Patienten mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 14,2 Tagen zu vermerken.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der ordentlichen Aufenthalte von nicht ansässigen Patienten beläuft sich auf 15,2 Tage mit einem Spitzenwert für die Behandlung eines Patienten aus dem Latium.

NICHT IN SÜDTIROL ANSÄSSIGE PATIENTEN

2.5.2.2. Salus Center – Versorgungstätigkeit

Die Gesamtzahl der Aufenthalte im Salus Center beträgt für das Jahr 2006 1.813; alle davon wurden von in Südtirol ansässigen Patienten in Anspruch genommen. 79,0% davon fanden aufgrund von Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems statt. 27 aller Aufenthalte (1,5%) waren Tagesklinik-Aufenthalte.

Tabelle 59: **Anzahl der Aufenthalte im Salus Center nach Art und Rehabilitation - Jahr 2006**

Abteilung / Art der Rehabilitation	Ordentliche Aufenthalte	TK-Aufenthalte	Aufenthalte insgesamt	Tarifwert insgesamt
Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems	1.413	20	1.433	2.528.705,89
Respirationsrehabilitation	133	-	133	334.399,01
Onkologische Rehabilitation	130	1	131	252.785,88
Kardiologische Rehabilitation	62	3	65	137.974,00
Neurologische Rehabilitation	48	3	51	102.464,49
INSGESAMT	1.786	27	1.813	3.356.329,27

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

Tabelle 60: **Aufenthalte im Salus Center nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten und Art des Aufenthalts - Jahr 2006**

Wohnsitz-SB	Ordentliche Aufenthalte	TK-Aufenthalte	Aufenthalte insgesamt	Tarifwert
SB Bozen	763	9	772	1.524.957,34
SB Meran	969	17	986	1.731.062,04
SB Brixen	15	-	15	34.024,75
SB Bruneck	39	1	40	66.285,14
INSGESAMT	1.786	27	1.813	3.356.329,27

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

54,4% aller im Salus Center getätigten Aufenthalte gehen auf Patienten des Sanitätsbetriebs Meran zurück, 42,6% auf die Einwohner des Sanitätsbetriebs Bozen; es folgen der Sanitätsbetrieb Bruneck mit 40 Aufenthalten (2,2%) und Brixen mit nur 15 Aufenthalten (0,8%).

Tabelle 61: **Anzahl der Aufenthalte im Salus Center nach Art der Rehabilitation und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2006**

Abteilung / Art der Rehabilitation	SB Bozen	SB Meran	SB Brixen	SB Bruneck	Insgesamt
Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems	588	824	5	16	1.433
Respirationsrehabilitation	65	64	3	1	133
Onkologische Rehabilitation	52	61	1	17	131
Kardiologische Rehabilitation	44	10	5	6	65
Neurologische Rehabilitation	23	27	1	-	51
INSGESAMT	772	986	15	40	1.813

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

Die in Bozen ansässigen Patienten nehmen mehr als andere die Respirations- und kardiologische Rehabilitation in Anspruch. Für die Patienten des Sanitätsbetriebs Meran überwiegen hingegen die Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems und die onkologische und neurologische Rehabilitation. Die Patienten des Sanitätsbetriebs Bruneck bedürfen vorwiegend der Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems und der onkologischen Rehabilitation.

In 25,3% aller Aufenthalte im Salus Center ist der Hauptgrund für die rehabilitative Behandlung die „Generelle Arthrose, multiple Lokalisationen“, gefolgt von „Zervikalgie“ (7,8% der Fälle) und „Primär lokalisierte Arthrose, Hüfte“ (7,3%). 12 Diagnosearten decken über 70% der im Salus Center behandelten Fälle.

Die Häufigkeit der einzelnen Entlassungsdiagnosen ändert sich natürlich in Abhängigkeit der behandelnden Abteilung.

Für die in der Abteilung für Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems behandelten Patienten ist die am häufigsten auftretende Diagnose die „Generelle Arthrose, multiple Lokalisationen (Kodex ICD9CM entsprechend 71509)“ mit 448 Aufenthalten (31,7% aller Aufenthalte wegen Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems; für die Patienten in Respirationsrehabilitation betrifft die häufigste Diagnose die „Chronisch-obstruktive Bronchitis, ohne Angabe akuter Verschlimmerung (Kodex 49120)“ mit 61 Aufenthalten (45,9% aller Aufenthalte für die diesbezügliche Art der Rehabilitation); für onkologische Patienten besteht die häufigste Diagnose im „Mammakarzinom in situ (Kodex 2330)“ mit 48 Aufenthalten (36,9%); im Fall der kardiologischen Rehabilitation ist es der „Frühere Myokardinfarkt (Kodex 412)“ mit 37 Aufenthalten (59,7%) und in der neurologischen Rehabilitation die „Generelle Arthrose, multiple Lokalisationen (Kodex 71509)“ und „Multiple Sklerose (Kodex 340)“ mit 6 bzw. 5 Aufenthalten (12,5% bzw. 10,4%).

Tabelle 62: **Anzahl der Aufenthalte im Salus Center nach primärer Entlassungsdiagnose und Art des Aufenthalts - Jahr 2006**

Kodex ICD XI CM	Beschreibung der Diagnose	ORD	TK	Insges.	%
71509	Generelle Arthrose, multiple Lokalisationen	454	4	458	25,3%
7231	Zervikalgie	137	4	141	7,8%
71515	Primär lokalisierte Arthrose, Hüfte	131	1	132	7,3%
7242	Lumbalgie	125	4	129	7,1%
71516	Primär lokalisierte Arthrose, Knie	81	.	81	4,5%
73300	Nicht spezifizierte Osteoporose	69	.	69	3,8%
71500	Generelle Arthrose, multiple Lokalisationen	66	.	66	3,6%
49120	Chronisch-obstruktive Bronchitis, ohne Angabe akuter Verschlimmerung	61	.	61	3,4%
2330	Mammakarzinom in situ	51	1	52	2,9%
412	Früherer Myokardinfarkt	37	2	39	2,2%
7233	Zervikobrachialsyndrom (verbreitet)	31	1	32	1,8%
72210	Hernia einer Zwischenwirbelscheibe ohne Myelopathie	25	2	27	1,5%
	Sonstige primäre Entlassungsdiagnosen	518	8	526	29,0%
INSGESAMT		1.786	27	1.813	

Quelle: SDERIA - Krankenhausexterne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der ordentlichen Aufenthalte (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) des Salus Center beträgt 15,1 Tage. Die aus den Daten bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer hervorgehenden Unterschiede werden von der Art der erbrachten Versorgung und der Herkunft der Patienten beeinflusst.

Tabelle 63: Durchschnittliche Dauer der ordentlichen Aufenthalte im Salus Center nach Art der Rehabilitation und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2006

Abteilung / Art der Rehabilitation	SB Bozen	SB Meran	SB Brixen	SB Bruneck	Insgesamt
Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems	15,2	13,6	14,0	12,4	14,3
Respirationsrehabilitation	19,9	20,1	25,7	14,0	20,1
Onkologische Rehabilitation	17,5	14,7	14,0	12,4	15,5
Kardiologische Rehabilitation	20,1	19,8	22,2	22,5	20,4
Neurologische Rehabilitation	17,4	16,8	14,0	-	17,0
INSGESAMT	16,1	14,3	19,1	14,0	15,1

Quelle: SDERIA - Krankenhauserne Rehabilitationszentren Salus Center & Tule-Wieserhof

Die Diagnose mit der insgesamt höchsten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer betrifft die „Chronische Ateminsuffizienz (Kodex 51833)“ mit durchschnittlich 35,0 Tagen.

Für die Bewohner des Sanitätsbetriebs Bozen ist die Diagnose mit der höchsten durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (28,0 Tage) „Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln (Kodex V433)“, gefolgt von „Post-chirurgischer Status von aortokoronarem Bypass (Kodex V4581)“ mit durchschnittlich 21,3 Aufenthaltstagen. Beide gehören zur kardiologischen Rehabilitation. Für die anderen Arten (Rehabilitation des Muskel-Skelett-Systems, onkologische, neurologische und Respirationsrehabilitation) dauern die längsten Aufenthalte für die Bozner Patienten in allen Fällen 21,0 Tage (dreiwöchige Rehabilitationszyklen).

Für die im Sanitätsbetrieb Meran Ansässigen betrifft die höchste durchschnittliche Aufenthaltsdauer die Respirationsrehabilitation „Bronchialasthma ohne Angabe des asthmatischen Zustandes oder Verschlimmerung oder nicht spezifizierter Zustand (Kodex 49310)“ mit 23,3 Tagen. Es folgen die Aufenthalte wegen „Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln (Kodex V433)“ mit 22,0 Tagen. Die Aufenthalte mit der durchschnittlich höchsten Dauer für die restlichen Rehabilitationsarten betreffen verschiedene Diagnosen und betragen durchschnittlich 21,0 Aufenthaltstage.

Für die Einwohner des Sanitätsbetriebs Brixen betrifft die höchste Aufenthaltsdauer die Respirationsrehabilitation aufgrund von „Chronischer Ateminsuffizienz (Kodex 51833)“ mit durchschnittlich 35,0 Tagen, gefolgt vom „Früheren Myokardinfarkt (Kodex 412)“ mit 27 Aufenthaltstagen für die kardiologische Rehabilitation.

Die Diagnose „Früherer Myokardinfarkt (Kodex 412)“ bringt für die Einwohner des Sanitätsbetriebs Bruneck die längste Aufenthaltsdauer mit sich (23,8 Tage in der kardiologischen Rehabilitation), gefolgt vom „Post-chirurgischen Status von aortokoronarem Bypass (Kodex V4581)“ mit 20,0 Tagen.

Die Tabellen mit den analytischen Daten zu den nach Abteilung / Art der Rehabilitation, Wohnsitz-Sanitätsbetrieb und/oder Entlassungsdiagnose klassifizierten Aufenthalten sind in den Zusatztabelle der diesem Gesundheitsbericht beiliegenden CD-Rom enthalten.

2.6. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Im Jahr 2006 wurden 55.990 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 153 Einsätzen entspricht, sowie 92.176 geplante Krankentransporte mit durchschnittlich 253 Transporteinsätzen pro Tag.

2.6.1. 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 (eingerrichtet 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. 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.

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.

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 Echtzeit-Abruf aktualisierter Daten über die Erste Hilfe-Dienste, den Standort der Rettungsfahrzeuge sowie über Angaben zum Einsatzort (kartographische Bezugspunkte und Straßenlage).

FUNKTIONEN DER NOTRUFZENTRALE 118

PERSONAL DER NOTRUFZENTRALE 118

TECHNOLOGISCHE RESSOURCEN

LEISTUNGEN DES TERRITORIALEN NOTARZTES

ORGANISATION DES DIENSTES

2.6.2. 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.

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.

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.

2.6.3. Krankentransport

Der mittels Konvention mit den Rettungsverbänden Weißes und Rotes Kreuz organisierte Krankentransport Südtirols garantiert den Bürgern folgende Leistungen:

- 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.

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.

LEISTUNGEN DES KRANKENTRANS- PORTDIENSTES

INDIKATOREN FÜR DIE TERRITORIALE VERTEILUNG

Tabelle 64: **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 - Einsätze 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 d. 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 fortschrittlicher 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 Einsätze pro fortschrittlichen Rettungswagen (NAW - NEF)	MIN. Grenzwert 500 Einsätze 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 fortschrittliche Rettungswagen (NAW - NEF) pro 100.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 6 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 10 Rettungswagen (RTW) pro 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.

Im Jahr 2006 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 (4 davon mit Arzt).

STANDORTE DER RETTUNGSFAHRZEUGE

Tabelle 65: **Ausstattung mit Krankentransportwagen. Stand zum 31.12.2006**

	Notarztwagen (NAW, NEF)	Fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW)	Krankenwagen für den Transport (NKTW)	Kranken-transport-wagen (KTW)	Langstrecken-transport-wagen (LKTW)	PKWs
Weißes Kreuz	8	28	5	107	2	26*
Rotes Kreuz	8	9	-	8	2	5
INSGES.	16	37	5	115	4	31

* Einschließlich 7 BTW (Wagen für den Transport von Menschen mit Behinderung/Blutplasma/Organen)

Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

2006 erfuhr die Gesamtausstattung der aktiven Standorte der Rettungsfahrzeuge in Südtirol im Vergleich zum Jahr 2005 einige Änderungen.

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 16 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 37 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 5 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 119 Krankenwagen für nicht dringende

KRANKENWAGEN

HUBSCHRAUBER-
RETTUNGSDIENST

Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 31 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

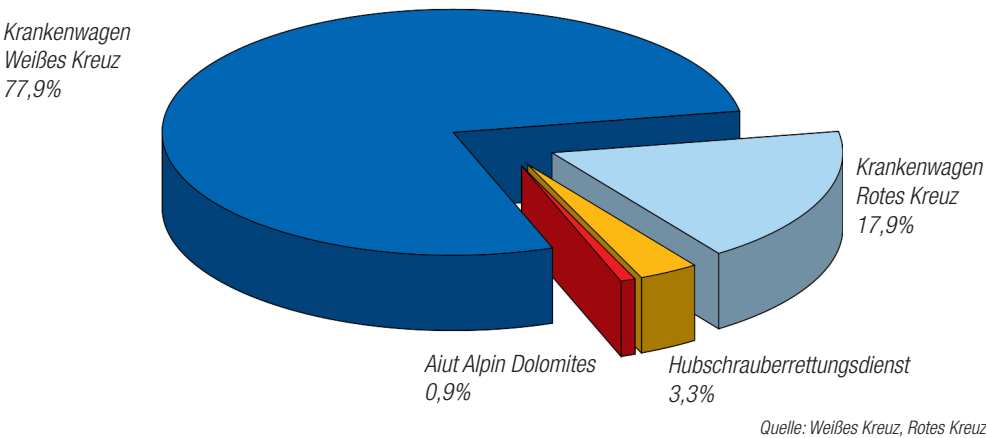
Der Landeshubschrauberrettungsdienst, Bestandteil des Krankentransportdienstes, wurde vom Land der Arbeitsgemeinschaft AVS-BRD, CAI-CNSA und Weißes Kreuz übertragen; Letzteres übernimmt koordinierende Funktion.

Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen) ausgestattet. Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

2.6.4. Noteinsätze

Im Jahr 2006 wurden 55.990 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 153 Einsätzen entspricht. Gegenüber dem Vorjahr ist ein Anstieg von 1,3% zu verzeichnen. In 77,9% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 17,9% der Fälle jene des Roten Kreuzes. Auf den Hubschrauberrettungsdienst entfielen 3,3% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 0,9%.

Abbildung 14: Noteinsätze nach Rettungsverband - Jahr 2006



Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2006 1 ½ Millionen Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 28 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.370 Einsätze für insgesamt 1.350 Flugstunden durch (rund 34 Flugminuten pro Einsatz).

Tabelle 66: Von den Landesrettungsverbänden durchgeführte Einsätze, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer - Jahr 2006

Rettungsverbände	Anzahl der Einsätze	Anzahl der transportierten Personen	Anzahl der zurückgelegten Kilometer/Flugminuten
Weißes Kreuz	43.607	45.074	1.323.975
Rotes Kreuz	10.013	10.153	178.786
Hubschrauberrettungsdienst Weißes Kreuz	1.843	1.781	62.644
Aiut Alpin Dolomites	527	527	18.385
INSGESAMT	55.990	57.535	

Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

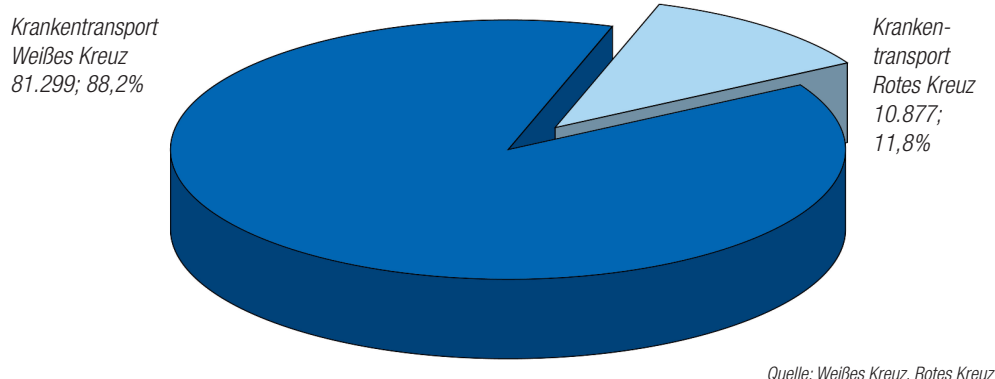
EINSÄTZE,
TRANSPORTIERTE
PERSONEN,
ZURÜCKGELEGTE
KILOMETER

2.6.5. Nicht dringende Krankentransporte

2006 tätigte der Krankentransportdienst 92.176 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 253 Transporteinsätzen pro Tag.

In 88,2% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 11,8% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Abbildung 15: Nicht dringende Krankentransporte nach Transportverband - Jahr 2006



Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2006 rund 4 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 43 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.

Tabelle 67: Von den Krankentransportverbänden durchgeführte nicht dringende Krankentransporte, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer - Jahr 2006

Krankentransportverbände	Anzahl der nicht dringenden Krankentransporte	Anzahl der transportierten Personen	Anzahl der zurückgelegten Kilometer/Flugminuten
Weißes Kreuz	81.299	102.376	3.643.627
Rotes Kreuz	10.877	12.346	281.941
INSGESAMT	92.176	114.722	3.925.568

Quelle: Weißes Kreuz, Rotes Kreuz

Im Vergleich zum Vorjahr fanden 2006 pro Tag ca. 9 Krankentransporte weniger statt, was einem jährlichen Rückgang von 3,5% entspricht. Außerdem wurden 97 Hubschraubereinsätze zwecks Übung und/oder für nicht dringende Einsätze für insgesamt 7.675 Flugminuten getätigt.

2.7. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Im Jahr 2006 gab es auf Landesebene 107 Apotheken mit einem Deckungsgrad des Stellenplans von 85,6%.

Im Jahr 2006 wurden über 2,5 Millionen Rezepte ausgestellt, was 5,2 Verschreibungen pro Kopf und durchschnittlich 10,4 Medikamentenpackungen pro Bürger entspricht. Am häufigsten wurden von der Südtiroler Bevölkerung Medikamente für das Herz-Kreislaufsystem eingenommen (über 2 Millionen ver-

TRANSPORTE

ZURÜCKGELEGTE
KILOMETER

schriebene Packungen, was durchschnittlich 276 täglichen Dosen pro 1.000 Einwohner entspricht).

2006 betrugen die Nettoausgaben des Landesgesundheitsdienstes rund 64 Millionen Euro mit einem Rückgang gegenüber 2005 von 7,7% bei einem gesamtstaatlichen Anstieg von 4%.

Der größte Teil der Medikamente (86,4%) wird von den Allgemeinmedizинern 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 in interne Apotheken, wenn sie ausschließlich im Dienst der Inhaberkörperschaft, beispielsweise 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.

2.7.1. Die Apotheken

Die Gesundheitsbehörden regeln die Verteilung der Apotheken auf dem Landesgebiet so, dass mindestens 1 Apotheke pro 5.000 Einwohner in den Gemeinden mit einer Bevölkerung bis zu 12.500 Einwohnern und 1 pro 4.000 Einwohner in den übrigen Gemeinden vorhanden ist. Zum 31.12.2006 gab es auf Landesebene 107 Apotheken, ungefähr die Hälfte davon befindet sich im Sanitätsbetrieb Bozen.

Tabella 68: Durchschnittliche Kundenanzahl pro Apotheke nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Apotheken	50	27	12	18	107
Einwohner pro Apotheke	4.328	4.693	5.788	4.073	4.541

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

Im Jahr 2006 blieb der Deckungsgrad der bestehenden Apotheken gegenüber den im Stellenplan vorgesehenen im Vergleich zum Vorjahr unverändert (85,6%). 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 1,2 im Gesundheitssprengel Klausen bis zu einem Höchstwert von 3,9 im Sprengel Gadertal.

Tabelle 69: Geplante und eingerichtete Apotheken nach Sprengel, Deckungsgrad des Stellenplans, Apotheken pro 10.000 Einwohner - Jahr 2006

	Geplant	Einger.	% Deckung des Stellenplanes	Apotheken/ 10.000 Einw.
Grödental	3	3	100,0	3,3
Eggental-Schlern	6	6	100,0	3,1
Salten-Sarnal-Ritten	5	3	60,0	1,6
Überetsch	5	4	80,0	1,5
Leifers-Branzoll-Pfatten	5	4	80,0	2,0
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	2,1
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: Amt für Gesundheitssprengel, A.P.B.

Durchschnittlich hat jede Apotheke des Landes einen potenziellen Kundenkreis von 4.541 Einwohnern. Auf Sprengelenebene schwanken die Zahlen jedoch sehr stark: im Gadertal beträgt die Anzahl der Einwohner pro Apotheke 2.574, im Sprengel Klausen über 8.079. Diese durchschnittlichen Kundenzahlen berücksichtigen jedoch nicht den Touristenzustrom im Sommer und Winter in den wichtigsten Fremdenverkehrszentren Südtirols.

2.7.2. 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 Kostenbeteiligung des Bürgers, je nach der Bedeutung der verschriebenen Arzneimittel für die Gesundheit.

Laut Gesetz Nr. 405 vom 16. November 2001, Art. 8 haben die Regionen und autonomen Provinzen die Möglichkeit, Abkommen mit den Gewerkschaftsverbänden der konventionierten öffentlichen und privaten Apotheken abzuschließen, um den Versorgten Arzneimittel zukommen zu lassen, welche eine häufige Kontrolle des Patienten auch in den genannten Apotheken mit denselben Modalitäten wie für die Abgabe über die betrieblichen Einrichtungen des Nationalen Gesundheitsdienstes erfordern (direkte pharmazeutische Versorgung). Mit dieser Vorschrift wird außerdem die direkte Abgabe der nötigen Medikamente für die Behandlung der Patienten zu Hause, die stationäre und halbstationäre Versorgung durch die Sanitätsbetriebe gewährleistet.

**DURCHSCHNITTliche
KUNDENANZAHL PRO
APOTHEKE**

**GESETZ NR. 405 VOM
16.11.2001**

**PHT-HANDBUCH DER
MEDIKAMENTE FÜR DIE
DIREKTE ABGABE**

**KLASSIFIKATIONS-
KRITERIEN**

**GESETZ NR. 326 VOM
24.11.2003**

**GESETZ NR. 202 VOM
02.08.2004**

**NEUES HANDBUCH DER
MEDIKAMENTE**

**RUNDSCHREIBEN DES
GESUNDHEITS-
MINISTERIUMS NR. 3
VOM 03.10.2006**

Die Liste der direkt verteilbaren Medikamente gemäß Angaben des Art. 8 des Gesetzes 405/2001 ist in der AIFA-Bestimmung vom 29. Oktober 2004 enthalten (Amtsblatt Nr. 259 vom 04.11.2004). Darin wird das Handbuch der Medikamente für die direkte Abgabe vorgestellt, d. h. der Medikamente, die als alternative Verteilungsformen bereitgestellt werden können und dadurch die Versorgungskontinuität im Krankenhaus (H) und auf dem Territorium (T) gewährleisten.

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, heute AIFA - Italienische Arzneimittelbehörde) die abzugebenden Medikamente klassifizieren muss. Die von der Gesetzgebung für das Jahr 2003 vorgesehenen Klassen sind¹:

Klasse A - Essenzielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten, voll zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes NGD. Die Klasse A sieht auch eine Untergruppe (Klasse H) vor, welche Medikamente umfasst, deren Kosten ausschließlich dann zurück-erstattet werden, wenn sie im Krankenhaus oder Tagesklinik-Betrieb verwendet werden; Klasse C - Pharmaka zu Lasten der Bürger, die für unwichtige, sogenannte leichte Krankheiten eingesetzt werden. Sie umfasst:

1. Medikamente C-bis (Gesetz 311/2004) für unwichtige, sogenannte leichte 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.

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 Rückerstattungsmöglichkeit neuer Pharmaka erweitern soll².

Mit dem Rundschreiben des Gesundheitsministeriums Nr. 3 vom 03.10.2006 wurde die Verkaufsmöglichkeit einiger Arzneiformen außerhalb der Apotheken eingeführt. Art. 5 des Gesetzesdekrets Nr. 223 vom 04.07.2006, umgewandelt in Gesetz Nr. 248 vom 04.08.2006 legt fest, dass Handelsbetriebe gemäß Art. 4, Absatz 1, Buchstaben d), e) und f) des Legislativdekrets Nr. 114 vom 31.03.1998 und Landesgesetz Nr. 7 vom 17.02.2000, Artikel 4, 5 und 6 (Klein-, Mittel- und Großhändler) freiverkäufliche Arzneimittel oder Medikamente für die Selbstmedikation sowie alle rezeptfreien Heilmittel oder Produkte nach Mitteilung an das Gesundheitsministerium und an die Region, in der sie ihren Sitz haben, verkaufen dürfen.

¹ Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Arzneimittel

² Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Arzneimittel

Auf Landesebene wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27. Mai 2002 die Kostenbeteiligung 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:

- nicht befreite Bevölkerung: zwei Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung bei maximal vier Euro für zwei oder mehrere Packungen;
- wegen Krankheit oder Einkommen oder nicht hohem Invaliditätsgrad befreite Bevölkerung: ein Euro pro Rezept;
- 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;
- 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 Ticket-Befreiung 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.

Mit dem Rundschreiben der Landesregierung Nr. 289 vom 30.01.2006, Durchführungsverordnung des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 „Neuregelung des Landesgesundheitsystems“, fand die Ticket-Befreiung für Bürger mit einigen seltenen Krankheiten (Lymphödem, Fibromyalgie und strukturelle Skoliose, Letztere beschränkt auf Patienten bis zu 18 Jahren) Anwendung.

Die Autonome Provinz Bozen ermächtigte mit Beschluss der Landesregierung Nr. 3583 vom 04.10.2004 (in Kraft seit 27.09.2005) in Umsetzung des Art. 8 des Gesetzes 405/2001 den Abschluss eines Abkommens mit den Gewerkschaftsverbänden der konventionierten öffentlichen und privaten Apotheken für die Abgabe der Medikamente über die öffentlichen Apotheken seitens der Sanitätsbetriebe. Damit wurde die Abgabe der PHT-Medikamente (Handbuch Krankenhaus-Territorium der Medikamente für die direkte Abgabe) seitens der Sanitätsbetriebe über die territorialen Apotheken eingeführt.

Die direkte Abgabe gilt in Südtirol für die folgenden Fälle:

- fachärztliche Visite oder Kontrolle;
- chronische Patienten, die häufigen Kontrollen unterliegen;
- chronische Patienten, die therapieplan-basierte Medikamente einnehmen;
- Hauspflege-Patienten;
- Patienten in stationären Einrichtungen.

Die nachstehenden Analysen des Medikamentenverbrauchs in Südtirol im Jahr 2006 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 territoriale Verteilung, 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 2006 wurden vom Landesgesundheitsdienst insgesamt 2,5 Millionen Rezepte aus-

**TICKET-EINFÜHRUNG AB
1. JULI 2002**

**RUNDSCHREIBEN DES
LANDESRESSORTS FÜR
GESUNDHEIT VOM
08.08.2000
RUNDSCHREIBEN DES
LANDESRESSORTS FÜR
GESUNDHEIT VOM
30.10.2003**

**BESCHLUSS DER LR NR.
3583 VOM 04.10.2004**

REZEPTVERSCHREIBUNG

gestellt, was einem Anstieg auf Landesebene von 3,1% im Vergleich zum Vorjahr entspricht; der deutlichste Zuwachs (4,8%) ist im Sanitätsbetrieb Meran zu verzeichnen.

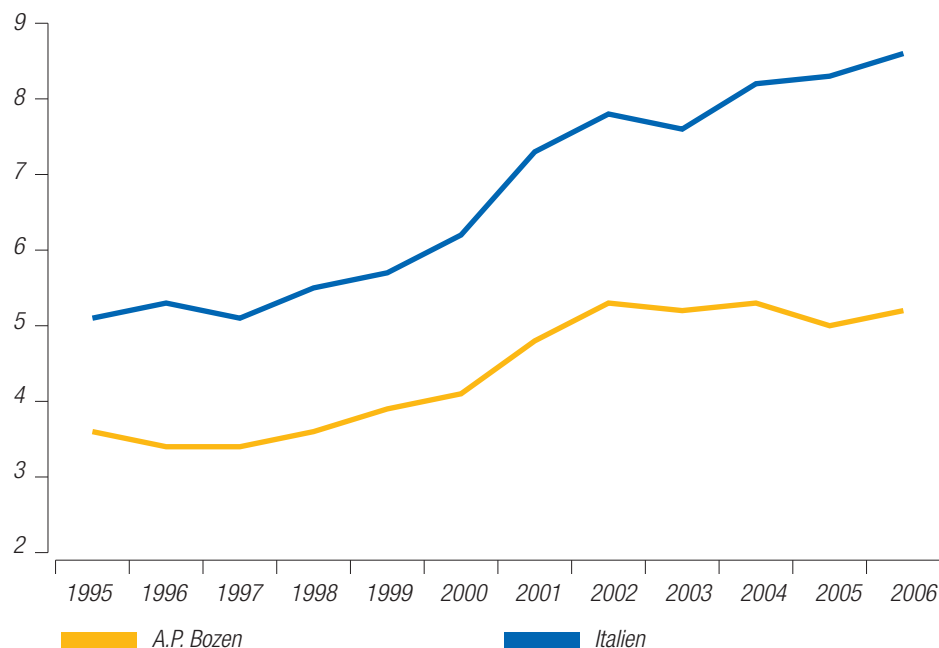
Tabelle 70: Allgemeine Indikatoren für den Medikamentenverbrauch nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Provinz</i>
<i>Rezepte insgesamt</i>	1.181.896	641.331	339.168	342.308	2.504.703
<i>Rezepte pro Kopf</i>	5,5	5,1	4,9	4,7	5,2
<i>Stück insgesamt</i>	2.398.658	1.267.176	698.013	693.704	5.057.551
<i>Stück pro Kopf</i>	11,1	10,0	10,1	9,5	10,4

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

In Bezug auf die letzten elf Jahre stieg die Pro-Kopf-Anzahl der Rezepte von 1998 bis 2002 an; der nachfolgende Vierjahreszeitraum verlief mehr oder weniger gleichbleibend.

Abbildung 16: Durchschnittliche Rezeptanzahl pro Kopf in Südtirol und Italien. Jahre 1995-2006



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel – A.P.B.; ASI

Im Jahr 2003 kam es auf nationaler Ebene 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 drei Jahren zusehends erweiterte.

Die Anzahl der verschriebenen Medikamentenpackungen stieg im Jahr 2006 über 5 Millionen (5.057.551 Stück), was 10,4 Medikamentenpackungen pro Kopf entspricht. Die höchsten Werte wurden dabei im Sanitätsbetrieb Bozen, die geringsten im Sanitätsbetrieb Bruneck verzeichnet.

Um einen Vergleich zwischen den der Südtiroler Bevölkerung im Jahr 2006 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,

**MEDIKAMENTEN-
VERSCHREIBUNG (ANZAHL
DER PACKUNGEN)**

**INTERNATIONALE
KLASSIFIKATION DER
MEDIKAMENTE ATC**

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.

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/Tag verschrieben wird.

DEFINED DAILY DOSE DDD

Tabelle 71: **Verteilung der Medikamente nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006**

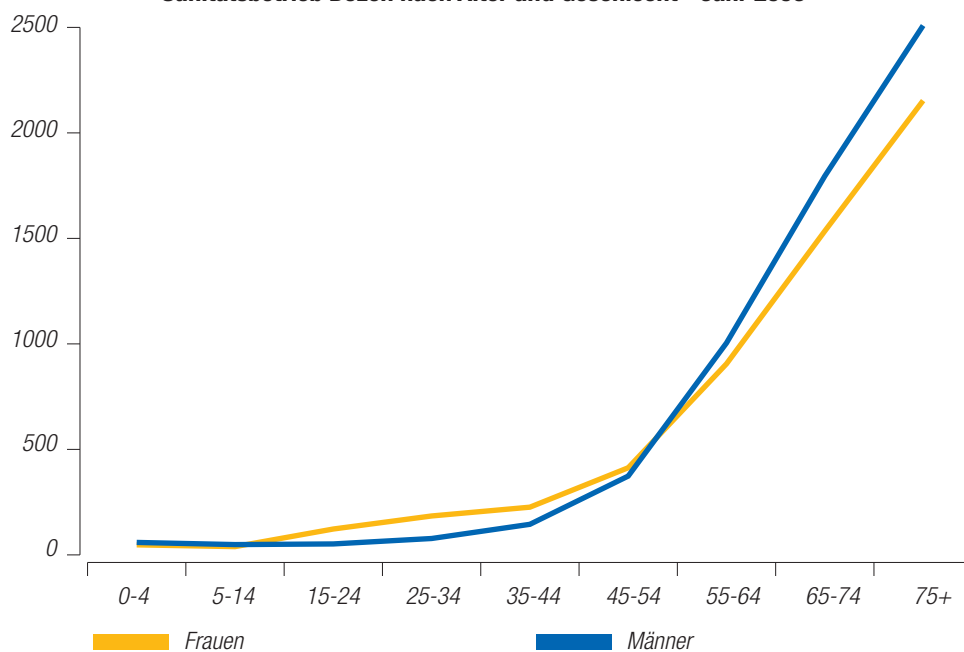
	Anzahl der Packungen			DDD/1.000 Einwohner / Tag		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0-4 Jahre	30.227	24.472	54.699	53,5	43,2	48,5
5-14 Jahre	37.968	32.155	70.123	45,0	35,6	40,4
15-24 Jahre	36.665	64.603	101.268	52,5	138,5	94,1
25-34 Jahre	57.565	113.768	171.333	74,8	206,4	139,4
35-44 Jahre	125.657	174.335	299.992	144,1	243,3	192,0
45-54 Jahre	199.328	224.091	423.419	358,9	418,8	388,3
55-64 Jahre	408.282	405.778	814.060	960,9	901,3	930,5
65-74 Jahre	592.057	613.934	1.205.991	1.732,3	1.556,4	1.638,6
Ab 75 Jahre	594.727	934.746	1.529.473	2.411,2	2.151,8	2.246,2
INSGESAMT	2.082.476	2.587.882	4.670.358	492,3	603,9	548,7

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: im Jahr 2006 verbrauchten die Männer durchschnittlich 492 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (8,7 Packungen pro Kopf im gesamten Jahr), während es bei den Frauen durchschnittlich 604 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen waren (10,8 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf). Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Rückgang des Medikamentenverbrauchs in der weiblichen Bevölkerung (-1,3%) bei gleichzeitigem Anstieg des Verbrauchs unter den Männern (+1,5%) zu beobachten.

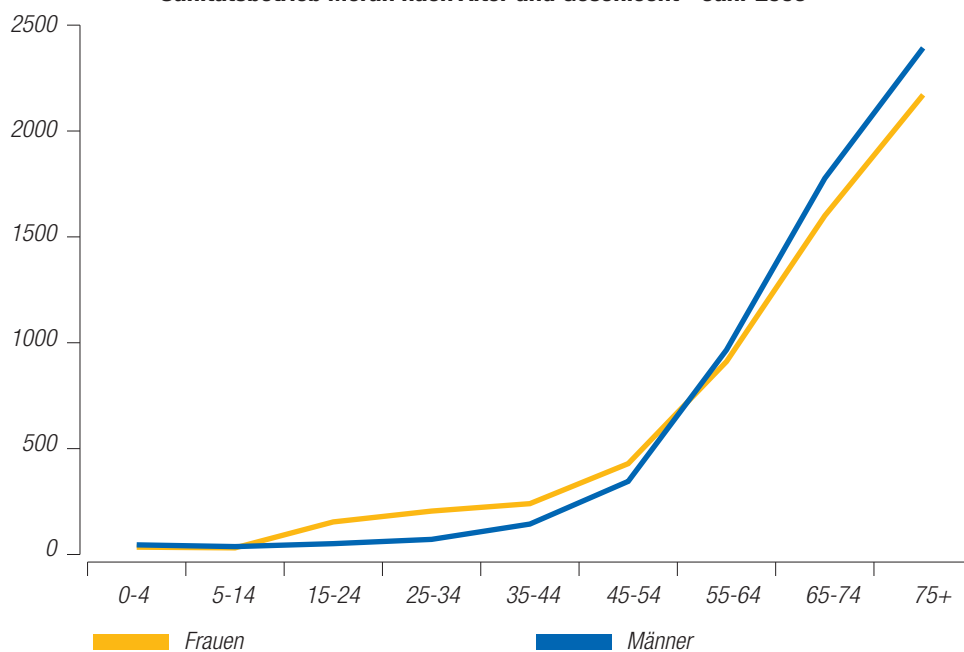
Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Datenbank der verschriebenen Medikamente in einigen Fällen keine Informationen über das Geschlecht und/oder Alter enthielt, was somit eine Differenz zwischen der Summe abgegebene Stückzahl der Tabelle 71 und dem Wert der Tabelle 70 ergibt.

Abbildung 17: Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einw./Tag) im Sanitätsbetrieb Bozen nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Abbildung 18: Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einw./Tag) im Sanitätsbetrieb Meran nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Abbildung 19: Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einw./Tag) im Sanitätsbetrieb Brixen nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006

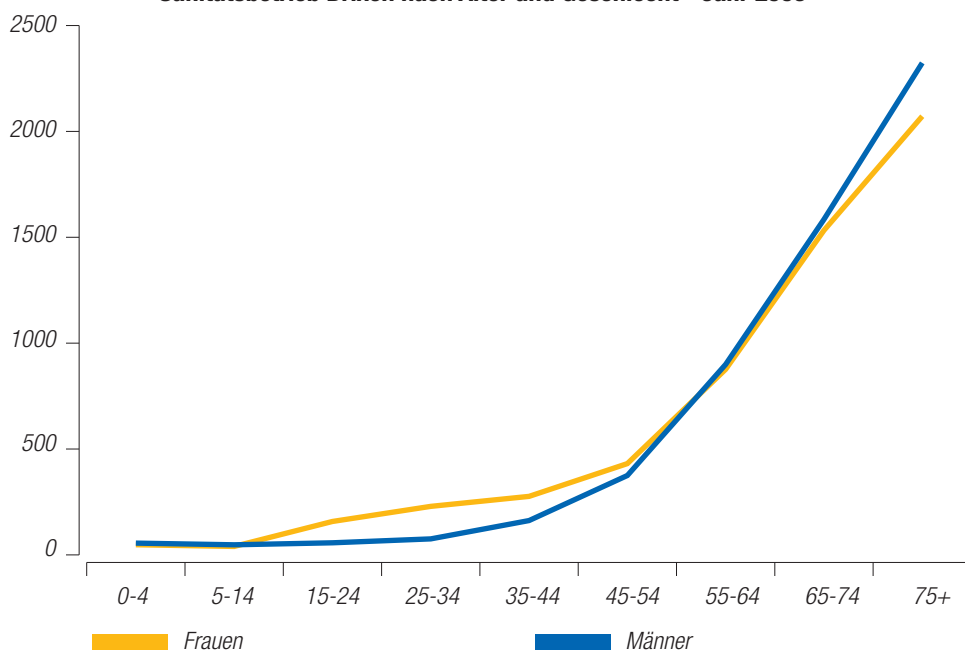
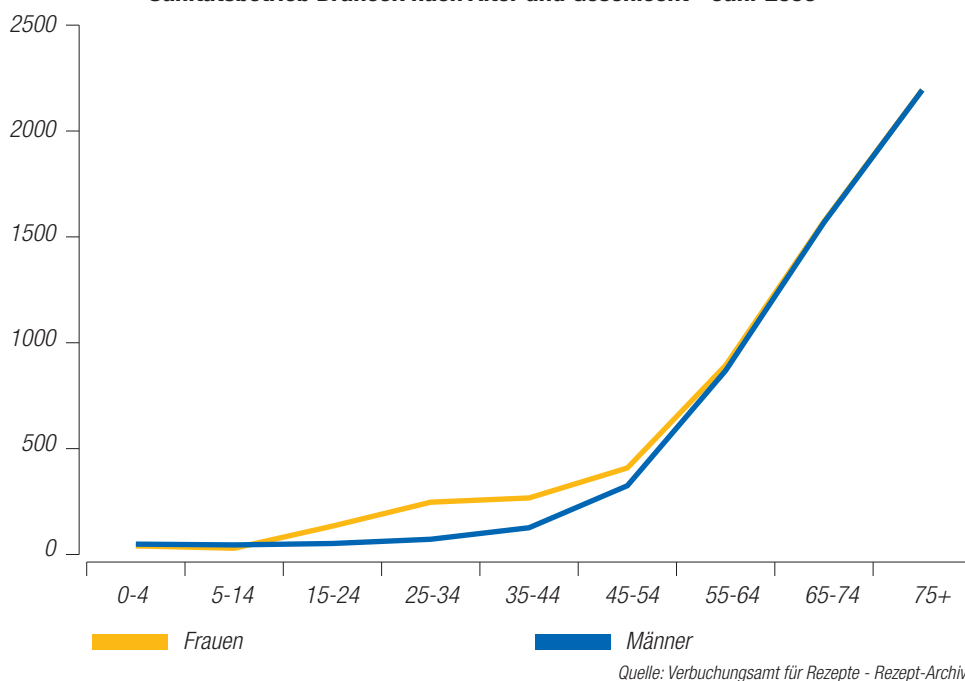


Abbildung 20: Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einw./Tag) im Sanitätsbetrieb Bruneck nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006



Große Unterschiede gibt es auch im Verbrauch nach Alter: im Kindesalter (0-14 Jahre) liegt der durchschnittliche Verbrauch im Jahr 2006 unter 50 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Kinder (ungefähr 1,5 Packungen pro Kind im Jahr), mit Schwankungen zwischen 36 (Meran) und 47 (Bozen); im Jugend-Erwachsenenalter (15-34 Jahre) steigt der durchschnittliche Verbrauch bis auf 120 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner (111 Bozen; 130 Brixen), was rund 2,5 Packungen pro Kopf im gesamten Zeitraum ent-

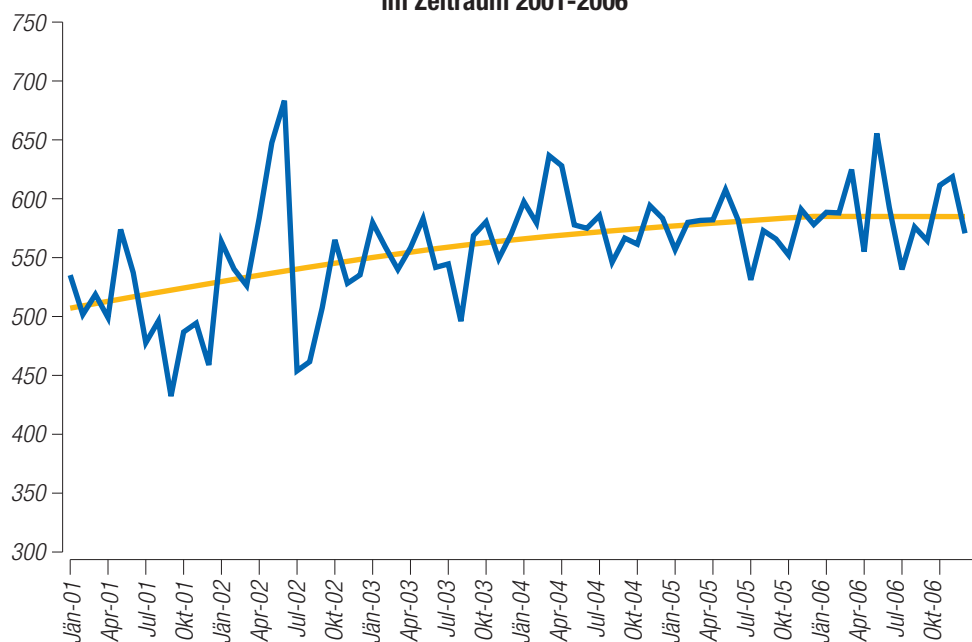
**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH NACH ALTER
UND GESCHLECHT**

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH IM
ZEITRAUM 2001-2006**

spricht; im Erwachsenenalter (35-64 Jahre) nimmt der Verbrauch bis auf 450 tägliche Dosen pro 1.000 Einwohner zu (416 Bruneck; 463 Bozen), was rund 7,5 Packungen pro Kopf gleich-kommt; im fortgeschrittenen Alter (ab 65 Jahren) vervierfacht sich der Verbrauch gegenüber der vorhergehenden Altersklasse mit über 1.900 täglichen Dosen pro 1.000 ältere Menschen (1.830 Brixen, 1.940 Bozen und Meran), rund 33 Packungen pro Kopf im Jahr.

Der Trend des Medikamentenverbrauchs nach Altersklasse und Geschlecht verläuft komplementär: im Kindesalter liegt der Verbrauch in der männlichen Bevölkerung leicht höher; im Erwachsenenalter verbrauchen die Frauen mehr Medikamente als Männer, im fortgeschrittensten Alter ist wiederum eine Trendumkehr zu beobachten (Abbildung 17 und Abbildung 18). Unterschiede lassen sich auch zwischen den Sanitätsbetrieben erkennen; im Sanitätsbetrieb Brixen verbrauchen die Männer die meisten Medikamente im Alter über 74 Jahren (Abbildung 19), im Sanitätsbetrieb Bruneck ergeben sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern in der älteren Bevölkerung (Abbildung 20).

Abbildung 21: Durchschnittliche Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler im Zeitraum 2001-2006

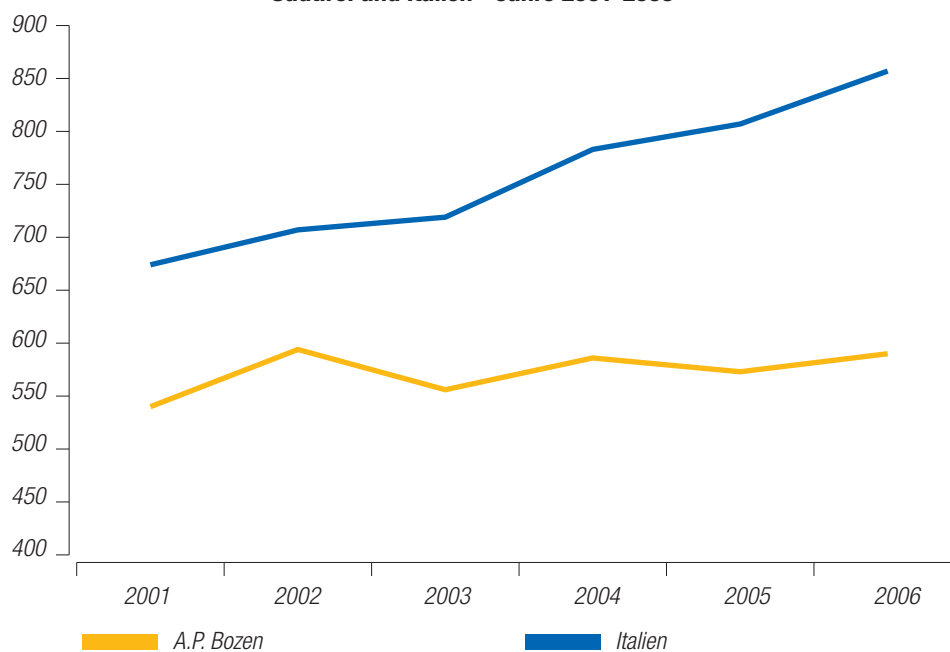


Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Der tägliche Medikamentenverbrauch pro 1.000 Südtiroler im Zeitraum 2001-2006 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 Ticket-Beteiligung für Medikamente in Kraft trat. Im Dreijahreszeitraum 2004-2006 stabilisiert sich der Verbrauch mit gleichzeitig höheren saisonalen und monatlichen Schwankungen im letzten Jahr.

Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Verlauf zeigt sich der Medikamentenverbrauch auf Landesebene in den letzten beiden Jahren konstant, was die Schere zwischen den durchschnittlichen Verbrauchswerten auf Staats- und Landesebene erweitert (Abbildung 22).

Abbildung 22: Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) in Südtirol und Italien - Jahre 2001-2006



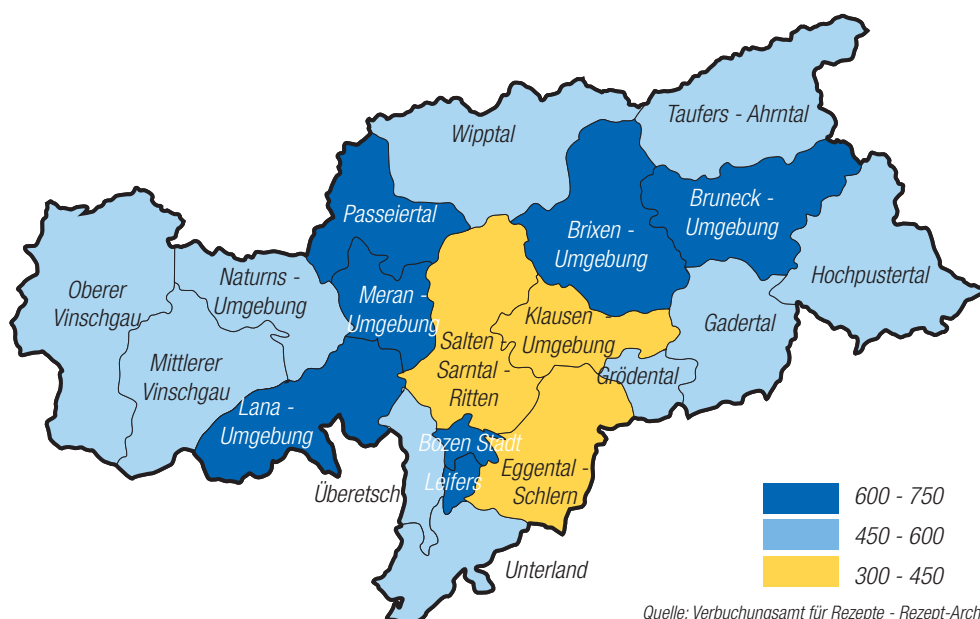
Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv; OSMED

Um den Vergleich der Daten zwischen den Gesundheitssprengeln und Sanitätsbetrieben zu ermöglichen, wurden zur Beseitigung der Unterschiede im Medikamentenverbrauch aufgrund demographischer Merkmale der Bevölkerung (Geschlecht und Alter), ein Gewichtesystem eingeführt, das von der Planungsabteilung des Gesundheitsministeriums für die Aufteilung der Pro-Kopf-Quote des Nationalen Gesundheitsfonds (NGF) benutzt wird.

Der Medikamentenverbrauch auf Sprengelebene hebt eine hohe Inanspruchnahme der Pharmakotherapie in den dicht besiedelten Wohngebieten und im Passeiertal und Lana hervor, während die Gesundheitssprengel Salten-Sarntal-Ritten, Eggental-Schlern und Klausen von einem geringeren Medikamentenverbrauch im Vergleich zu den anderen Gebieten gekennzeichnet sind.

**GEWICHTESYSTEM
AUFGRUND DER
DEMOGRAPHISCHEN
MERKMALE**

Abbildung 23: Durchschnittliche Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler nach Gesundheitssprengel - Jahr 2006



Die Analyse des Verlaufs des Medikamentenverbrauchs nach Gesundheitssprengel im letzten Fünfjahreszeitraum ergibt die höchste Abgabe an die ältesten Altersklassen (über 600 DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nicht nur in den Stadtzentren (Bozen, Meran, Brixen und Bruneck), sondern auch in einigen außerstädtischen Gebieten des Sanitätsbetriebs Meran (Gesundheitssprengel Lana-Umgebung und Passeiertal).

Tabelle 72: Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl) nach ATC und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Herzkreislaufsystem	973.014	515.550	249.113	266.332	2.004.009
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	302.702	152.070	81.308	71.493	607.573
Zentrales Nervensystem	246.221	134.268	92.111	93.870	566.470
Blut und blutbildende Organe	174.640	113.969	49.404	59.119	397.132
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	160.546	82.352	51.011	46.183	340.092
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreich.	138.522	75.707	50.008	46.460	310.697
Muskel- und Skelett-System	112.825	66.639	35.008	30.896	245.368
Respirationstrakt	114.490	53.815	27.923	24.083	220.311
Systemische Hormonpräparate	80.252	51.570	23.030	26.458	181.310
Sinnesorgane	44.068	19.573	5.968	6.375	75.984
Zytostatika	20.763	10.289	5.126	5.585	41.763
Dermatologika	12.410	5.892	4.350	3.836	26.488
Antiparasitäre Pharmaka	9.040	2.601	1.456	1.729	14.826
Sonstige	1.896	1.490	663	471	4.520
INSGESAMT	2.391.389	1.285.785	676.479	682.890	5.036.543

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Bei der Datenverarbeitung des Medikamentenverbrauchs nach Hauptkörperteil wurden für einige Medikamente die Informationen über den verschreibenden Arzt nicht in die Datenbank eingegeben; dadurch ergeben sich Differenzen in der insgesamt vom Amt für Gesundheitssprengel des Landesressorts für Gesundheit erfassten Packungen (Tabelle 72) gegenüber dem Wert der Tabelle 70.

Die Verteilung der durchschnittlich pro 1.000 Einwohner Südtirols im Jahr 2006 verschriebenen täglichen Medikamentenmengen nach therapeutischer Gruppe ATC zeigt auf den ersten fünf Plätzen die Medikamentengruppen für das Herz-Kreislaufsystem, für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel, für das Blut und die blutbildenden Organe, das zentrale Nervensystem und für den Urogenitaltrakt und die Sexualhormone.

Tabelle 73: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach ATC und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Provinz</i>
<i>Herz-Kreislaufsystem</i>	289,8	285,1	235,2	251,4	275,8
<i>Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel</i>	60,9	53,9	54,4	49,2	56,5
<i>Zentrales Nervensystem</i>	44,8	43,2	53,5	58,7	47,5
<i>Blut und blutbildende Organe</i>	51,1	62,4	53,0	61,7	55,8
<i>Urogenitaltrakt/Sexualhormone</i>	41,3	41,2	52,5	43,7	43,1
<i>Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreich.</i>	12,3	10,8	13,1	11,0	11,8
<i>Muskel- und Skelett-System</i>	26,6	29,3	30,6	24,3	27,5
<i>Respirationstrakt</i>	33,2	28,7	27,7	22,6	29,8
<i>Systemische Hormonpräparate</i>	23,5	27,0	24,8	28,7	25,3
<i>Sinnesorgane</i>	12,9	10,4	6,0	5,8	10,3
<i>Zytostatika</i>	4,3	3,9	3,2	3,4	3,9
<i>Dermatologika</i>	2,6	2,0	2,6	2,3	2,4
<i>Antiparasitäre Pharmaka</i>	0,9	0,4	0,4	0,5	0,6
<i>Sonstige</i>	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
INSGESAMT	604,2	598,5	557,0	563,5	590,5

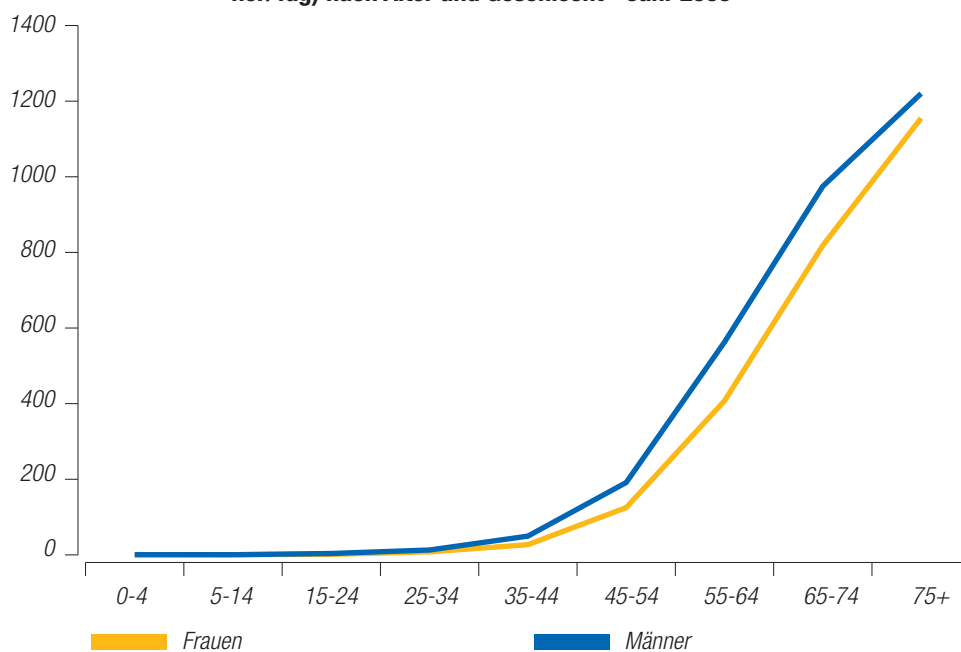
Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Die Sanitätsbetriebe des Landes 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 Herz-Kreislaufsystem und die Sinnesorgane beobachten, während in Brixen und Bruneck die meisten Verschreibungen Medikamente das zentrale Nervensystem und den Urogenitaltrakt und die Sexualhormone betreffen.

Der Verlauf des Medikamentenverbrauchs nach Geschlecht und Alter zeigt deutliche Unterschiede auch innerhalb der ATC: die Einnahme von Medikamenten für das Herz-Kreislaufsystem, die mit zunehmendem Alter ansteigt, wie auch das Risiko von Herz-Kreislaufkrankheiten, überlagert sich bei den Geschlechtern, die Mengen unterscheiden sich jedoch deutlich (Abbildung 24).

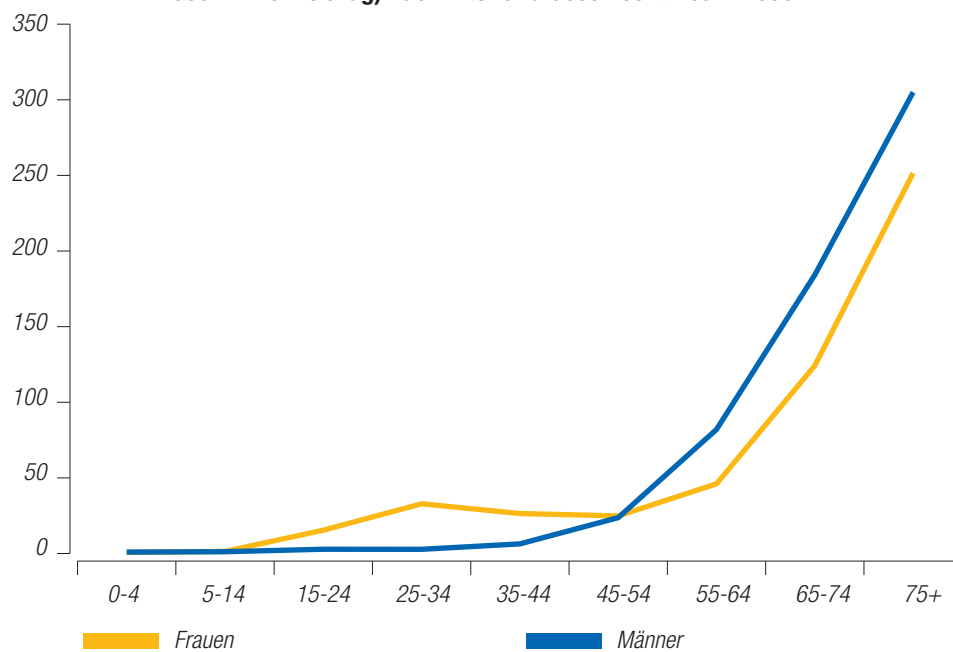
**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)**

Abbildung 24: **Medikamentenverbrauch für das Herz-Kreislaufsystem (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

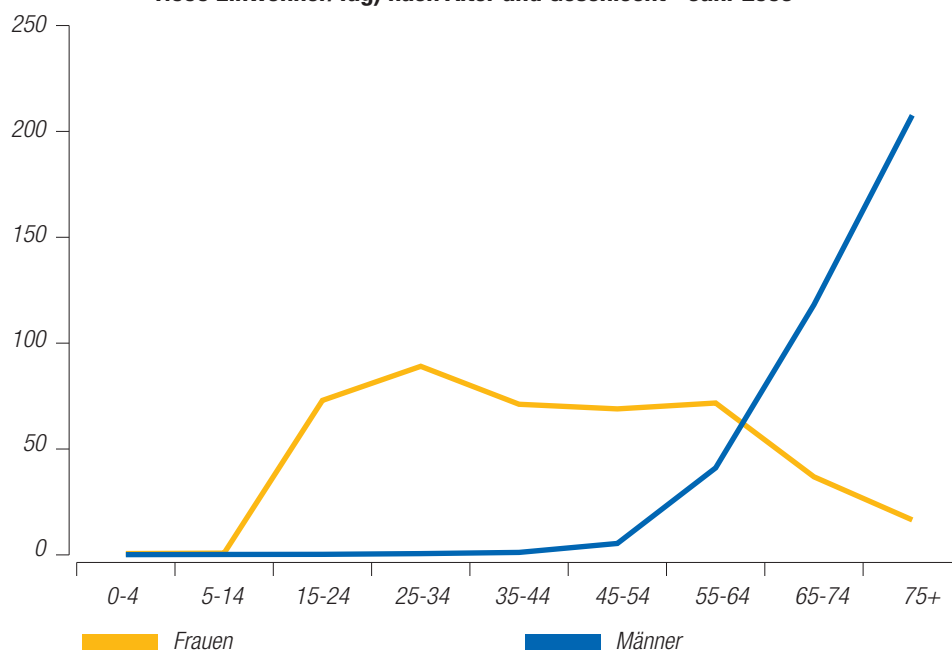
Abbildung 25: **Medikamentenverbrauch für das Blut und die blutbildenden Organe (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Medikamente für das Blut und die blutbildenden Organe betreffen in einer mittleren Altersklasse vorwiegend die Frauen im fruchtbaren Alter (25-45 Jahre) (antianämische Präparate); mit ansteigendem Alter ist ein Zuwachs auch bei den Männern (in der Form von Aggregationshemmern und Antimikrobika zu beobachten, was im Zusammenhang mit den alters- und geschlechtsbezogenen Risiken zu sehen ist (Abbildung 25).

Abbildung 26: **Medikamentenverbrauch für den Urogenitaltrakt / die Sexualhormone (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach Alter und Geschlecht - Jahr 2006**



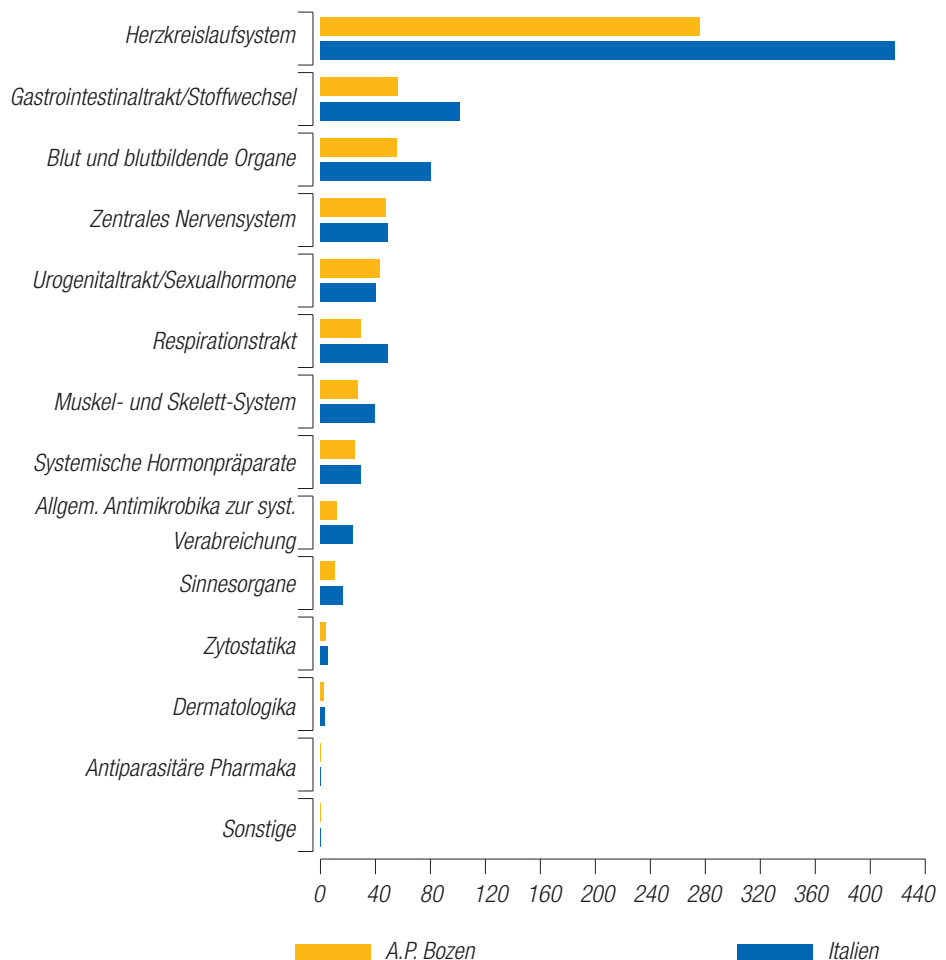
Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Die Analyse der Medikamente für den Urogenitaltrakt zeigen in der Südtiroler Bevölkerung einen unterschiedlichen Verlauf bei den Geschlechtern (Abbildung 26). Die Verschreibung betrifft im Alter zwischen 20 und 50 Jahren in Bezug auf die hormonalen Kontrazeptiva fast ausschließlich die Frauen³. Die Männer sind umgekehrt von einem Anstieg der Medikamente im Alter nach 50 Jahren betroffen, was auf die Prostataerkrankungen zurückzuführen ist.

Auch zwischen dem restlichen Staatsgebiet und der Südtiroler Bevölkerung sind Unterschiede zu erkennen (Abbildung 27): auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Zugriff auf Medikamente für das Herz-Kreislaufsystem, den Gastrointestinaltrakt, das Blut und die blutbildenden Organe und den Respirationstrakt stärker als in Südtirol. Auf Landesebene wird ein gleichmäßiger Verbrauch für die verschiedenen ATC-Gruppen mit Ausnahme der Medikamente für das Herz-Kreislaufsystem verzeichnet.

³ Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Arzneimittel

**BRUTTOAUSGABEN FÜR
DIE PHARMAZEUTISCHE
VERSORGUNG**

 Abbildung 27: **Verteilung DDD/1.000 Einwohner/Tag - Südtirol und Italien - Jahr 2006**


Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv; OSMED

2.7.3. Die Ausgaben für Medikamente

Die Bruttoausgaben für die über die Apotheken abgegebenen Medikamente erfuhren im Jahr 2006 einen Rückgang von 10,6% im Vergleich zu 2005 (gegenüber +0,2% auf gesamtstaatlicher Ebene) und erreichten rund 71,5 Millionen Euro.

Die Bruttoausgaben für Medikamente umfassen nur die von den konventionierten Apotheken dem Verbuchungsamt für Rezepte des Sanitätsbetriebs Bozen übermittelten Rezepte. Der Gesamtbetrag der Tickets entspricht der tatsächlichen Beteiligung der Versorgten an den Ausgaben des Landes für Arzneimittel; gegenüber 2005 ist der Beitrag der Südtiroler Bürger an den Medikamentenausgaben um 2,0% gestiegen, auf gesamtstaatlicher Ebene um durchschnittlich 19,6% gesunken.

Tabelle 74: **Ausgaben für konventionierte Medikamente - Südtirol und Italien - Jahre 2005-2006**

Migliaia di Euro	Jahr 2005		Jahr 2006		Differenzen % 2005-2006	
	Südtirol	Italien	Südtirol	Italien	Südtirol	Italien
Bruttoausgaben	80.072,0	13.408.139,4	71.565,3	13.440.166,6	-10,6	0,2
Tickets	4.266,4	514.966,7	4.350,4	413.877,2	2,0	-19,6
Rabatt Apotheken	6.796,9	1.045.568,4	3.546,2	699.124,0	-47,8	-33,1
Nettoausgaben zu Lasten des NGD	69.008,7	11.847.604,3	63.668,8	12.327.165,4	-7,7	4,0

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

Der Rückgang der Ausgaben hängt teilweise mit der Medikamentenpreissenkung zusammen, die aufgrund der AIFA-Maßnahmen ab 15. Juli 2006 zustande kam, sowie mit einer weiteren 5%igen Senkung der Preise aller erstattungsfähigen Arzneimittel des NGD, die seit 1. Oktober 2006 in Kraft ist.

Die größte Wirkung ist jedoch auf die deutliche Verminderung des Rezeptdurchschnittswertes infolge des Inkrafttretens von direkten Abgabeformen der Medikamente im September 2005 zurückzuführen (Beschluss der Landesregierung Nr. 3583 vom 04.10.2004). 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 allgemeinen Nettoausgaben, die dem Betrag entsprechen, den das Land den Apotheken rückerstattet.

**BRUTTO- UND
NETTOAUSGABEN FÜR
MEDIKAMENTE**

249

Tabelle 75: **Indikatoren für die Ausgaben für die konventionierten Medikamente nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Indikatoren für die Ausgaben für Medikamente					
Bruttoausgaben (Tausend Euro)	34.472,6	18.521,4	9.014,3	9.556,9	71.565,3
Tickets (Tausend Euro)	2.072,5	1.099,2	591,1	587,6	4.350,4
Rabatt Apotheken (Tausend Euro)	1.763,3	940,7	434,4	407,8	3.546,2
Nettoausgaben zu Lasten des NGD (Tausend Euro)	30.636,8	16.481,5	7.988,9	8.561,5	63.668,8
Nettoausgaben pro Kopf abzüglich des Alters (Euro)	136,2	130,7	121,8	123,9	131,0
Bruttoausgaben pro DDD	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Änderung in Prozent 2005-2006					
Bruttoausgaben	-13,0	-5,1	-9,4	-13,1	-10,6
Tickets	1,0	4,0	1,5	2,1	2,0
Rabatt Apotheken	-49,6	-42,3	-47,2	-51,8	-47,8
Nettoausg. zu Lasten des NGD	-10,1	-2,0	-6,5	-10,6	-7,7
Nettoausgaben pro Kopf abzüglich des Alters (Euro)	-10,8	-3,0	-7,5	-11,7	-8,6
Bruttoausgaben pro DDD	-15,6	-10,5	-12,3	-16,4	-14,1

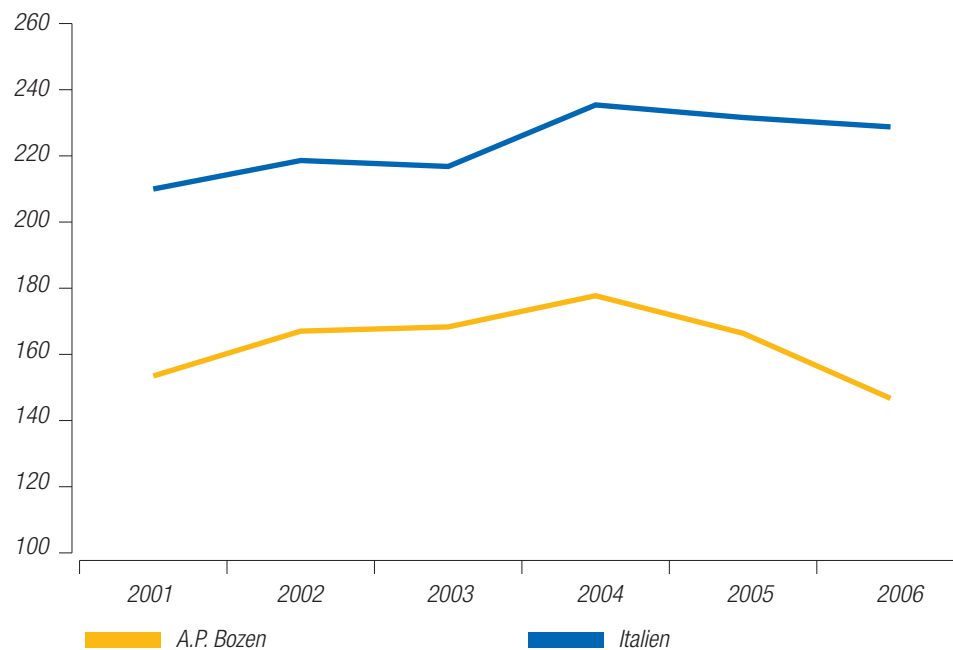
Quelle: Amt für Gesundheitssprengel - A.P.B.

Im Jahr 2006 nahmen die Nettoausgaben des Landesgesundheitsdienstes im Vergleich zum Vorjahr um 7,7% ab; die beträchtlichsten Senkungen sind in den Sanitätsbetrieben Bruneck und Bozen zu verzeichnen (10,6% bzw. 10,1%), die mäßigsten im Sanitätsbetrieb Meran (2,0%).

**DURCHSCHNITTLICHER
TÄGLICHER MEDIKAMEN-
TENVERBRAUCH NACH
DURCHSCHNITTlichen
EINHEITSKOSTEN PRO
TÄGLICHE DOSIS**

**MEDIKAMENTENKOSTEN
IM VERHÄLTNIS ZUM
VERBRAUCH -
ÜBERREGIONALER
VERGLEICH**

Abbildung 28: Bruttoausgaben für Medikamente pro Kopf in Südtirol und Italien - 2001-2006



Quelle: Amt für Gesundheitssprengel – A.P.B; ASI

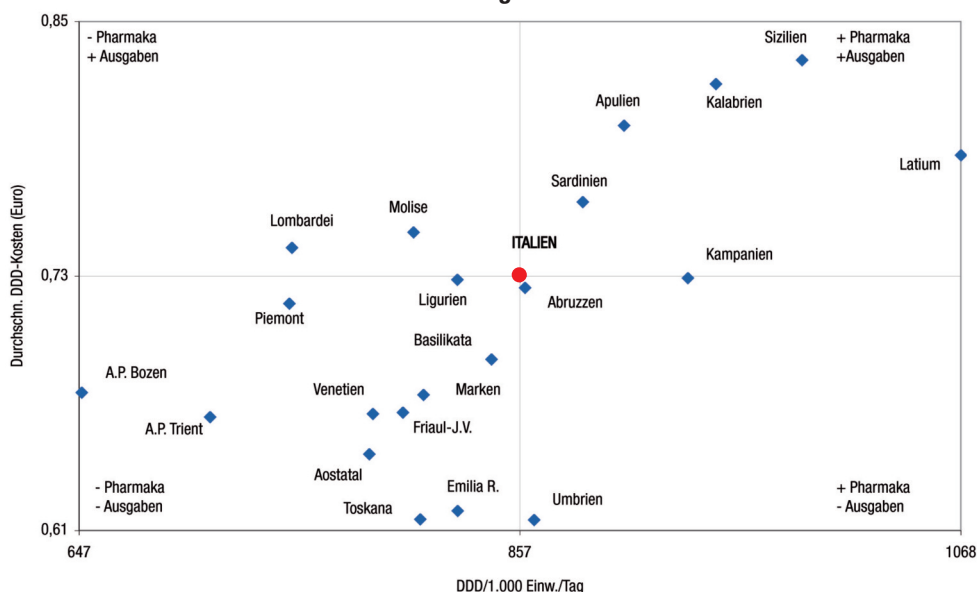
Der Landesgesundheitsdienst gab durchschnittlich rund 131 Euro pro Kopf für die pharmazeutische Versorgung aus, 38,5% weniger im Vergleich zum nationalen Durchschnitt (213 Euro). Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben (altersbereinigt) entstanden im Sanitätsbetrieb Bozen (136,20 Euro), die niedrigsten im Sanitätsbetrieb Brixen (121,80 Euro).

Die territoriale Verteilung nach Region und Sanitätsbetrieb des durchschnittlichen täglichen Medikamentenverbrauchs (DDD/1.000 Einwohner/Tag) im Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten pro DDD ermöglicht einige interessante Betrachtungen über den Medikamentenverbrauch sowohl in Bezug auf die Menge als auch in wirtschaftlicher Hinsicht.

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 2006 pro Tag eingenommenen Medikamentenmenge in DDD-Standard-Einheiten und nach den Einheitskosten pro eingenommene Dosis an.

Die nördlichen Regionen und die Regionen Marken, Abruzzo 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 29: Nationaler Vergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag - Jahr 2006



Quelle: OSMED

Auf Landesebene betrifft der höchste und teuerste Verbrauch insbesondere die Stadtzentren (Sprengel Bozen, Meran und Leifers-Branzoll-Pfatten); die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck kennzeichnen sich durch Werte unter dem Landesdurchschnitt, mit Ausnahme der Sprengel Brixen und Bruneck, die sich in die Zonen mit dem höchsten Verbrauch zu geringsten Kosten einordnen.

**MEDIKAMENTENKOSTEN
IM VERHÄLTNIS ZUM
VERBRAUCH -
ÜBERBETRIEBLICHER
VERGLEICH**

251

Abbildung 30: Landesvergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag - Jahr 2006



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Die prozentmäßige Verteilung der Landesbruttoausgaben für die pharmazeutische Versorgung nach ATC-Kategorie setzt die Medikamentenausgaben für das Herzkreislaufsystem (37,4%) an die erste und jene für das zentrale Nervensystem (13,1%) an die zweite Stelle; es folgen die Medikamente für den Gastrointestinaltrakt mit einem Anteil von 11,8%.

Tabelle 76: **Bruttoausgaben für den Medikamentenverbrauch nach ATC-Kategorie und Sanitätsbetrieb (absolute Werte) - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Gastrointestinaltrakt/ Stoffwechsel	4.106.860,8	2.157.627,4	1.131.182,1	1.009.790,1	8.405.460,4
Blut und blutbildende Organe	1.350.055,4	656.619,3	309.753,8	413.274,8	2.729.703,4
Herzkreislaufsystem	13.158.510,0	7.084.667,7	2.989.952,8	3.420.069,4	26.653.200,0
Dermatologika	123.057,5	72.106,4	52.269,0	47.996,7	295.429,6
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	1.860.569,9	850.988,6	585.881,0	549.592,0	3.847.031,5
Syst. Hormonpräparate	664.311,1	284.077,3	164.661,5	184.775,0	1.297.824,9
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	2.664.283,8	1.508.279,5	822.991,3	734.075,6	5.729.630,2
Zytostatika	1.389.320,6	864.073,5	351.856,4	442.730,3	3.047.980,9
Muskel- und Skelett-System	1.651.211,1	1.030.747,7	467.004,3	429.819,7	3.578.782,8
Zentrales Nervensystem	4.184.331,8	2.215.488,2	1.351.903,2	1.602.586,5	9.354.309,7
Antiparasitäre Pharmaka	57.126,1	16.027,5	10.333,9	11.758,1	95.245,5
Respirationstrakt	2.544.024,9	1.447.021,0	663.123,9	560.567,2	5.214.737,1
Sinnesorgane	518.070,5	248.845,7	69.662,3	86.748,2	923.326,8
Sonstige	52.248,8	23.074,7	5.425,8	19.555,5	100.304,7
INSGESAMT	34.323.982,2	18.459.644,7	8.976.001,2	9.513.339,1	71.272.967,3

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

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 76) im Vergleich zum Wert der Tabelle 74.

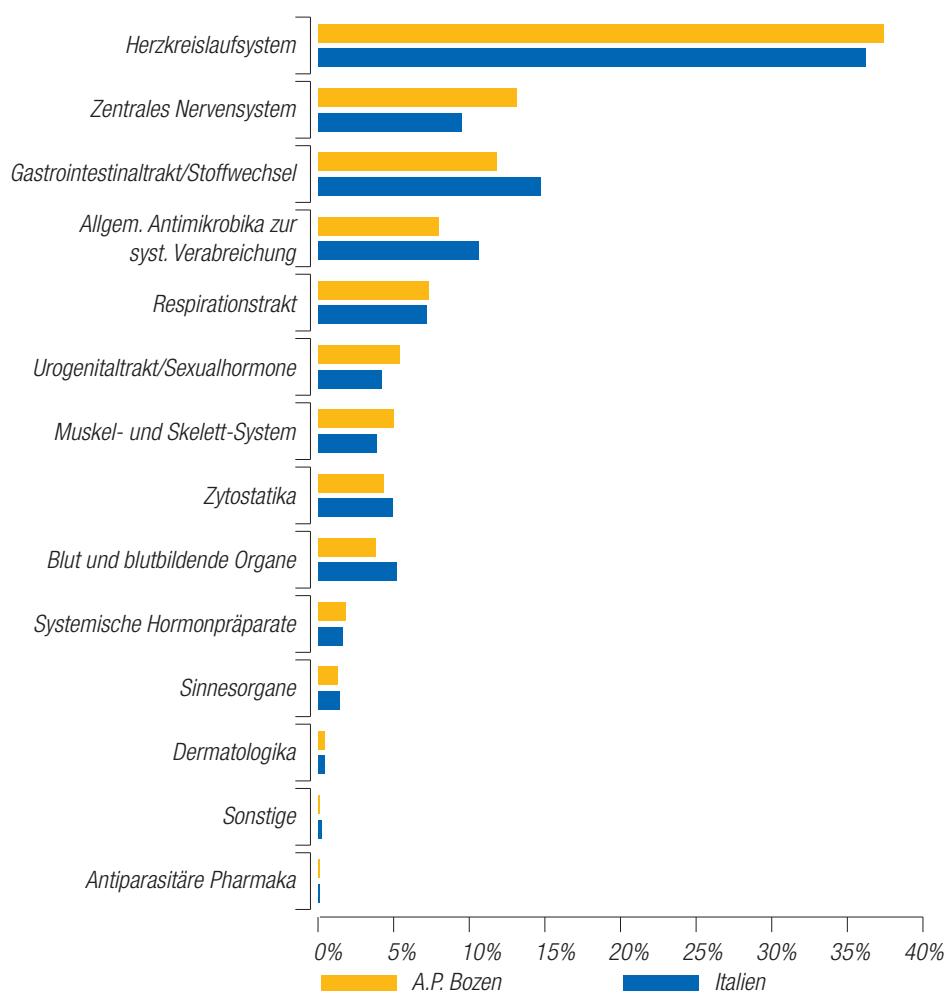
Tabelle 77: **Bruttoausgaben für den Medikamentenverbrauch nach ATC-Kategorie und Sanitätsbetrieb (Prozentwerte) - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	12,0	11,7	12,6	10,6	11,8
Blut und blutbildende Organe	3,9	3,6	3,5	4,3	3,8
Herzkreislaufsystem	38,3	38,4	33,3	36,0	37,4
Dermatologika	0,4	0,4	0,6	0,5	0,4
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	5,4	4,6	6,5	5,8	5,4
Systemische Hormonpräparate	1,9	1,5	1,8	1,9	1,8
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	7,8	8,2	9,2	7,7	8,0
Zytostatika	4,0	4,7	3,9	4,7	4,3
Muskel- und Skelett-System	4,8	5,6	5,2	4,5	5,0
Zentrales Nervensystem	12,2	12,0	15,1	16,8	13,1
Antiparasitäre Pharmaka	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Respirationstrakt	7,4	7,8	7,4	5,9	7,3
Sinnesorgane	1,5	1,3	0,8	0,9	1,3
Sonstige	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Deutliche Unterschiede gehen aus dem Vergleich zwischen Südtirol und Italien hervor: das Südtiroler Gesundheitswesen trägt prozentmäßig höhere Ausgaben für die Erkrankungen des Herzkreislaufsystems und des zentralen Nervensystems, für die Erkrankungen des Urogenitaltrakts und des Muskel- und Skelett-Systems sowie für die systemischen Hormonpräparate gegenüber prozentmäßig niedrigeren Ausgaben für den Gastrointestinaltrakt, die Antimikrobika zur systematischen Verabreichung und des Blutes und der blutbildenden Organe.

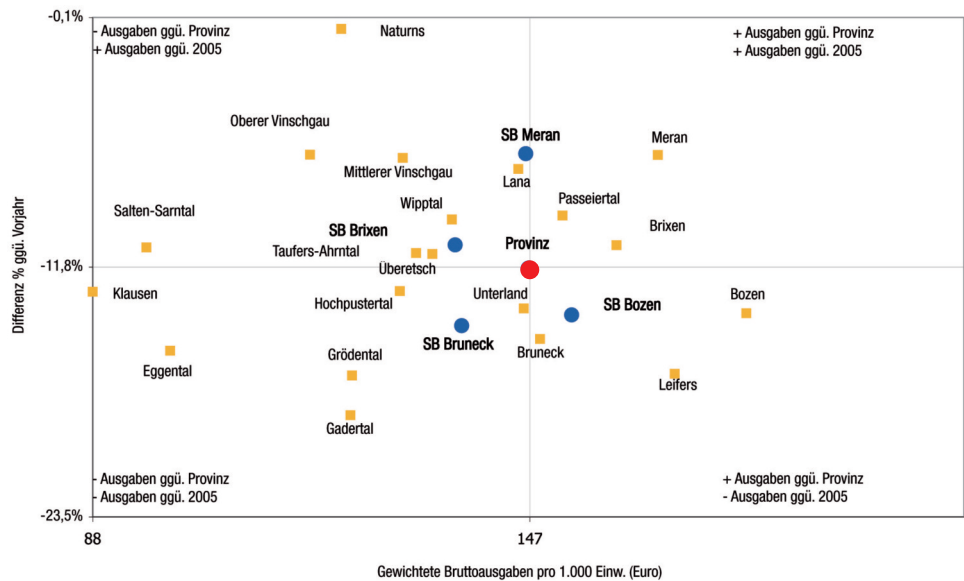
Abbildung 31: **Prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC - Südtirol und Italien - Jahr 2006**



Unterteilt man wie vorher beschrieben eine Zone in vier Quadranten, können die Entwicklung der Bruttoausgaben für Medikamente des Jahres 2006 auf territorialer Ebene und die Abweichungen vom Vorjahr berechnet werden.

Die Abbildung 32 hebt höhere Medikamentenausgaben in den Städten oder Ortszentren als in ländlichen Gebieten hervor; in den Sprengeln Klausen, Eggental, Grödental, Gadertal, Hochpustertal, Unterland, Bozen, Leifers-Branzoll-Pfatten und Bruneck wird gegenüber 2005 ein deutlicher Rückgang der Medikamentenausgaben verzeichnet.

Abbildung 32: Landesvergleich der gewichteten Bruttoausgaben pro 1.000 Einwohner und Änderung in % der Bruttoausgaben 2005-2006



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

2.7.4. 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. Der größte Teil der Medikamentenverschreibungen geht auf Allgemeinmediziner zurück, deren Verschreibungen (Anzahl der Packungen) auf Landesebene durchschnittlich 86,4% betragen; die diesbezüglichen Werte schwanken dabei zwischen 80% und 88% in den Sanitätsbetrieben Bruneck und Meran.

Tabelle 78: Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl und DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibender Ärztekategorie und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Absolute Werte					
Basisärzte	2.085.219	1.135.591	565.921	542.647	4.329.378
Fachärzte	296.431	148.023	107.332	129.678	681.464
INSGESAMT	2.381.650	1.283.614	673.253	672.325	5.010.842
DDD / 1.000 Einwohner/Tag					
Basisärzte	553,6	527,4	445,6	425,8	512,0
Fachärzte	72,1	67,3	78,2	96,4	75,4
INSGESAMT	625,7	594,7	523,8	522,1	587,4

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

Auch in diesem Fall führt die Nicht-Angabe des verschreibenden Arztes zu einer Differenz bei den insgesamt verschriebenen Packungen (Tabelle 79) im Vergleich zum Wert von Tabelle 70.

Tabelle 79: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibendem Arzt und ATC - Jahr 2006**

	<i>Basisärzte</i>	<i>Fachärzte</i>	<i>Insgesamt</i>
<i>Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel</i>	46,6	9,7	56,3
<i>Blut und blutbildende Organe</i>	46,5	9,0	55,5
<i>Herzkreislaufsystem</i>	254,9	19,5	274,3
<i>Dermatologika</i>	1,4	1,0	2,4
<i>Urogenitaltrakt/Sexualhormone</i>	36,3	6,6	42,9
<i>Systemische Hormonpräparate</i>	21,3	3,9	25,1
<i>Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreich.</i>	8,6	3,1	11,8
<i>Zytostatika</i>	2,7	1,2	3,9
<i>Muskel- und Skelett-System</i>	23,6	3,8	27,4
<i>Zentrales Nervensystem</i>	37,1	10,2	47,3
<i>Antiparasitäre Pharmaka</i>	0,5	0,2	0,6
<i>Respirationstrakt</i>	25,3	4,4	29,7
<i>Sinnesorgane</i>	7,4	2,8	10,3
<i>Sonstige</i>	0,0	0,0	0,1
INSGESAMT	512,0	75,4	587,4

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezept-Archiv

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 2006 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste insgesamt 252.105 Zugänge. Die Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner betrug in Südtirol für das Jahr 2006 518,9 und liegt somit über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Alle öffentlichen Krankenhäuser des Landes 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.

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.

Im November 2006 wurde in der Ersten Hilfe von Meran eine neue Kurzintensiv - Beobachtungsstelle für die Betreuung von Patienten ab 14 Jahren untertags eingeführt, die durch ein Protokoll des Direktors des notfallmedizinischen Departements geregelt ist.

Im Laufe des Jahres 2006 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser 252.105 Zugänge.

Wenngleich mit der Neuorganisation des Informationssystems der Ersten Hilfe bereits begonnen wurde, waren die Landesleitlinien für die Datenaufzeichnung und -übermittlung über die Tätigkeit an die Provinz im Jahr 2006 noch nicht in Kraft. Aufgrund der unterschiedlichen internen Organisation und der verschiedenen verwendeten 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-Verfahren eingeleitet wurde und die von einem diensthabenden Arzt untersucht wurden; in Bruneck umfassen die Zugänge zur Ersten Hilfe auch die nicht dringenden Zugänge. In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt verzeichnen die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: von 23,8% des Krankenhauses In-nichen bis zu 9,4% in Sterzing. Diese Unterschiede sind zum Teil auch auf die Organisation und die verschiedenartigen Datenerfassungsmodalitäten und die Vollständigkeit der Daten der Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

**PERSONAL DER ERSTEN
HILFE-DIENSTE**

**KURZINTENSIV
BEOBACHTUNGSTELLE**

**ZUGÄNGE ZUR ERSTEN
HILFE**

Tabelle 1: **Anzahl der Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck (Chirurgie und Traumatologie)	Innichen
Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe insgesamt	83.752*	60.191	13.855**	26.426	13.812***	45.855°	8.214°°
Anzahl der Zugänge mit darauffolgendem Kranken- hausaufenthalt insgesamt	16.404	6.808	n.d.	4.013	1.302	6.698	1.955
Prozentsatz der einge- wiesenen EH-Patienten an der Anzahl der Zu- gänge insgesamt	19,6%	11,3%	n.d.	15,2%	9,4%	14,6%	23,8%

* Die Gesamtzahl der Patienten, für die ein Erste Hilfe-Verfahren eingeleitet 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, alle geplanten Zugänge und die Kontrollvisiten von Wundbehandlungen und im Gipsraum

** Eingeschlossen alle Erste Hilfe-Zugänge und geplanten Zugänge und ausgeschlossen die Kontrollvisiten

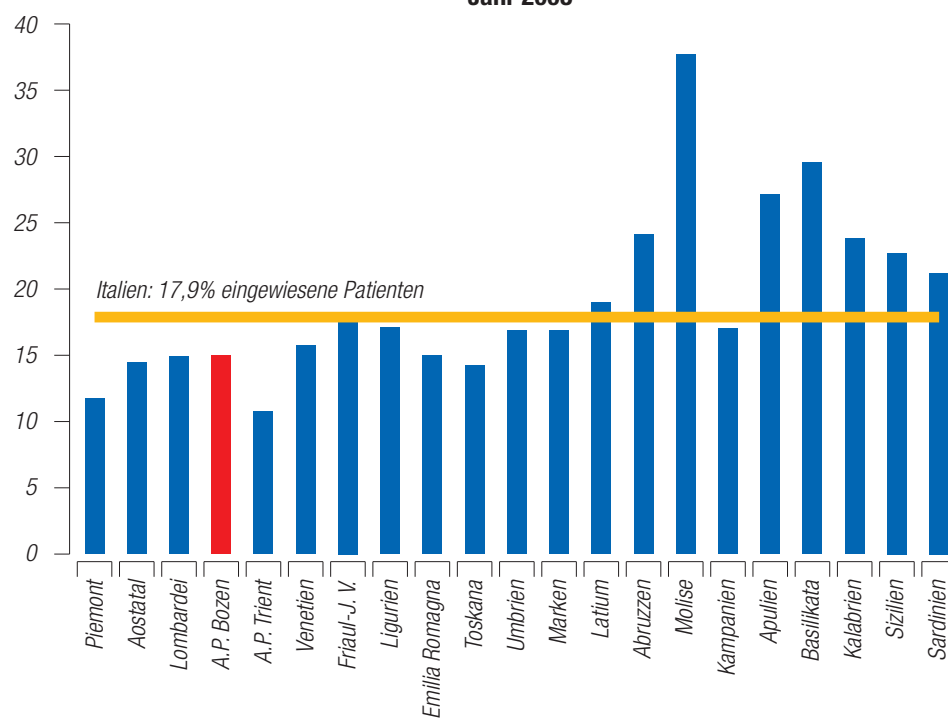
*** Eingeschlossen alle Erste Hilfe-Zugänge von Patienten ohne dringende fachärztliche Visite

° Für die EH-Traumatologie sind auch die Kontrollvisiten eingeschlossen

°° Ausgeschlossen die geplanten Zugänge

Quelle: Sanitätsbetriebe - Erste Hilfe- Dienste

Abbildung 1: **Anteil der eingewiesenen Erste Hilfe-Patienten in den italienischen Regionen - Jahr 2005**

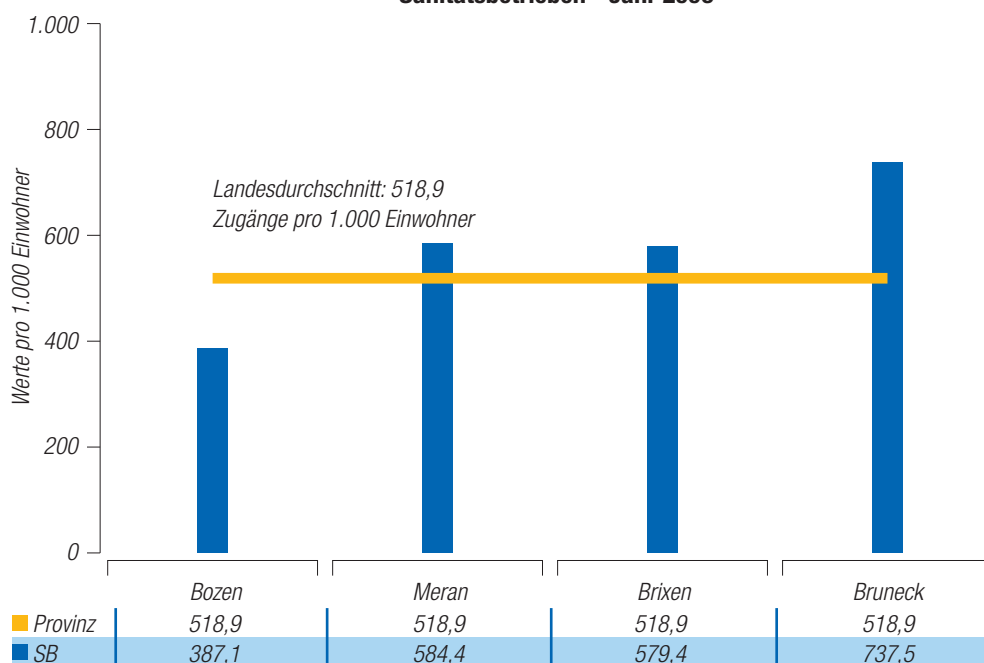


Quelle: Gesundheitsministerium - Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

Setzt man die Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten mit den Landesbewohnern ins Verhältnis, erhält man einen Indikator, der einen Vergleich der Nachfrage nach 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 2006 einen Wert von 518,9 Zugängen pro 1.000 Einwohner und ist somit niedriger als im Jahr 2005 (538,0 Zugänge pro 1.000 Einwohner). Der Vergleich mit den anderen italienischen Regionen (Daten 2005 des Gesundheitsministeriums) ergibt für Südtirol Werte über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (398 Zugänge pro 1.000 Einwohner).

Abbildung 2: Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - Erste Hilfe- Dienste

Abbildung 3: Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner in den italienischen Regionen - Jahr 2005



Quelle: Gesundheitsministerium - Statistisches Jahrbuch des NGD 2005

MEDIZINISCHE EINWEISUNGEN AUS DER ERSTEN HILFE

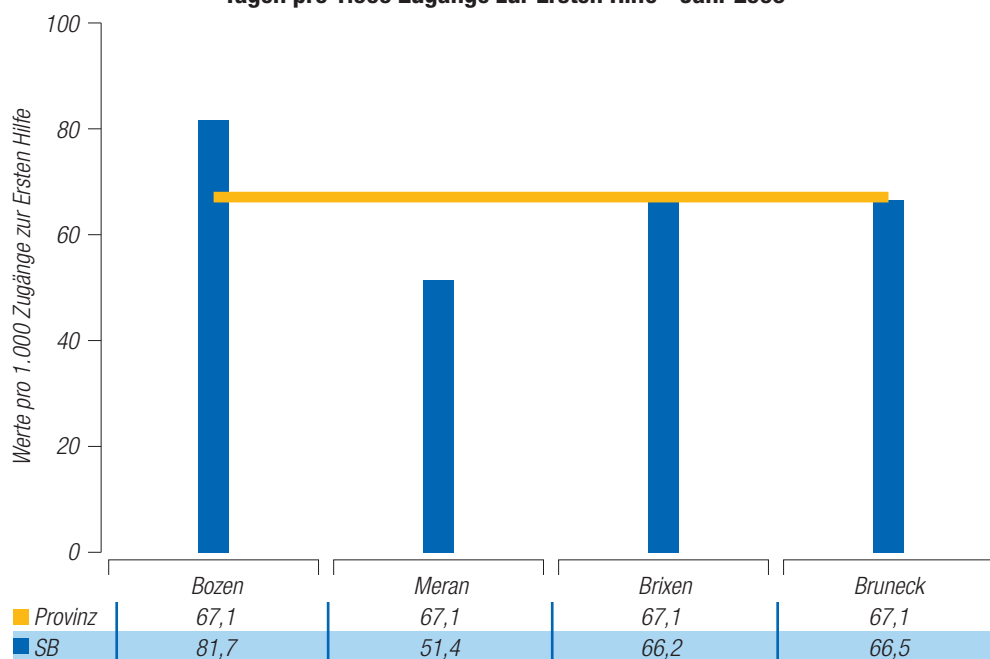
Im Jahr 2006 wurden 16.911 dringende medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer bis zu 3 Tagen erhoben (KEB-Landesdatenbank). Aufgrund der Dringlichkeit der Einweisung kann angenommen werden, dass sie aus der Ersten Hilfe kommt; daher kann der Anteil dieser Art von Aufenthalten im Vergleich zu den Aufenthalten laut Gesundheitsministerium als Indikator für die Filterfunktion der Ersten Hilfe verwendet werden. Dieser Indikator nimmt auf Landesebene einen Wert von 67,1 pro 1.000 Zugänge ein und liegt im Krankenhaus Meran mit ca. 44 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 Innichen, Bozen und Schlanders auf (94,4 bzw. 82,3 bzw. 81,7 Aufenthalte pro 1.000 Zugänge).

Tabelle 2: **Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen* - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen	6.845	2.668	1.140	1.901	762	2.820	775
Prozentsatz der medizin. Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen an den medizinischen Einweisungen aus der Ersten Hilfe insgesamt	41,1%	38,4%	37,9%	52,4%	57,7%	47,9%	48,7%
Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit medizinischer DRG und einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen an den Zugängen zur Ersten Hilfe insgesamt (pro 1.000)	81,7	44,3	82,3	71,9	55,2	61,5	94,4

* 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 mit Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen pro 1.000 Zugänge zur Ersten Hilfe - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

**LEISTUNGEN DER ERSTE
HILFE-DIENSTE**

Folgende Tabelle enthält eine Übersicht über einige der von den Erste Hilfe-Diensten im Laufe des Jahres 2006 erbrachten Leistungen. Sehr häufig erbrachte, aber derzeit nicht homogen von den Landesdiensten erfassbare Leistungen (zum Beispiel arterielle und venöse Blutentnahme, 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 2006

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Schlanders</i>	<i>Brixen</i>	<i>Sterzing</i>	<i>Bruneck (Chirurgie und Traumatologie)</i>	<i>Innichen</i>
Ärztliche Untersuchung	83.752	65.979*	13.855	26.230	12.992	55.059°	20.703
Periphere Anästhesiebehandlung	3.413	6.395	2.008	4.010	1.280	3.074	684
Anlegen von Geräten/ Gipsverbänden	4.033	13.833	707	5.066	771	6.508	1.225
Nähen	3.708	2.567	1.031	1.472	1.255	2.694	783
Durchführung kleiner chirurgischer Eingriffe	132	9.912	1.349	2.538	660	863	818
Instrumentaldiagnostik:							
ECHO	2.691	3.493	703	205	904	3.407	2.028
EKG	11.519	6.183	2.825	4.169	1.304	2.081	191
SKOPIEN	5	1.376	21	-	1.304	148	87
Einfache Wiederbelebung und Defibrillation	105	20	12	11	18	21	85
Impfungen, Tetanusprophylaxe mit Immunglobulinen	2.066	1.372	483	1.019	496	731	198
Gelenkpunktion	463	204	56	36	160	1.002	126
Interkost. Thoraxdrainage	18	37	1	-	28	15	6

* Einschließlich Beratungsvisten (nicht als Zugänge gezählt)

° Einschließlich nicht dringende Zugänge

Quelle: Sanitätsbetriebe - Erste Hilfe- Dienste

3.2. KRANKENHAUSVERSORUNG VON AKUTKRANKEN

Im Jahr 2006 wurden 102.876 Aufenthalte von Akutkranken verzeichnet, davon 76.543 ordentliche und 26.333 (25,6%) Tagesklinik-Aufenthalte.

94,5% der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern.

Die Landeskrankenanstalten konnten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 2.014 Betten für Akutkranke (90,7% in öffentlichen Krankenhäusern) mit 4,2 Betten pro 1.000 Einwohner nachkommen. Für den Tagesklinik-Betrieb standen 194 Betten zur Verfügung. In den Krankenanstalten waren außerdem 84 Säuglingskrippen vorhanden, 10 davon in den Privatkliniken. Die Hospitalisierungsrate der in Südtirol Ansässigen entsprach 2006 204,1 Aufnahmen von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (152,3 ordentliche und 51,8 Tagesklinik-Aufenthalte). Trotz des 2,5%igen Rückgangs gegenüber 2005 liegt die

Hospitalisierungsrate noch weit über dem Zielwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner, den der nationale Plan als Ziel für das Jahr 2007 vorgibt.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d. h. die Differenz zwischen der Menge der im Landesgebiet produzierten Aufenthalte von Akutkranken und der Anzahl der Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz ist 2006, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 3.677 (produzierte Aufenthalte: 102.876, Inanspruchnahme von Aufenthalten durch Ansässige: 99.199).

In Bezug auf die Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit gibt es folgende problematische Aspekte:

- Die Bettenauslastungsrate (76,9% für die öffentlichen und privaten Einrichtungen) liegt leicht unter dem vom Gesundheitsplan festgelegten Wert von 80%. Für die öffentlichen Krankenhäuser weist dieser Indikator (79,4%) auf eine noch zu hohe Bettenausstattung hin;
- Der Case-mix-Index (0,904) liegt insgesamt und für die einzelnen Anstalten unter dem gesamtstaatlichen Standardwert (1,0);
- Der Anteil an unangemessenen Leistungen ist hoch, vor allem im Tagesklinik-Betrieb: die Inzidenz der „angemessenen“ Tagesklinik-Aufenthalte ist (gemäß BLR Nr. 3878 vom 4.11.2003 in geltender Fassung) 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:

- Anpassung des Personalbestandes der Krankenhäuser durch Verminderung der Bettenzahl in einigen Anstalten;
- Verstärkte Umwandlung der ordentlichen Aufenthalte in Tagesklinik-Aufenthalte sowie Ausbau der zum Krankenhausaufenthalt alternativen Aufenthaltsformen;
- Reduzierung der Unangemessenheit durch Überwachung und 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.

Mit der Einführung des neuen „Südtiroler Sanitätsbetriebs“ am 01.01.2007 durch das Landesgesetz Nr. 9 vom 2. Oktober 2006 haben die ehemaligen vier Sanitätsbetriebe ihre Rechtspersönlichkeit verloren.

Der vorliegende Landesgesundheitsbericht bezieht sich jedoch auf das Jahr 2006 und beschreibt demnach noch die von den öffentlichen und privaten Krankenanstalten gewährleistete Krankenhausversorgung von Akutkranken der vier ehemaligen Betriebe. Die Landeskrankenanstalten bestehen aus öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken.

ÖFFENTLICHE KRANKENHÄUSER

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

Folgende öffentlichen Krankenhäuser gibt es in den Sanitätsbetrieben:

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 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 Teilerstattung des Tarifs vorgesehen (indirekte Versorgung).

2006 arbeiteten folgende Privatkliniken in Südtirol:

Sanitätsbetrieb Bozen:

- „Marienlinik“
- Privatklinik „L. Bonvicini“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege)
- Privatklinik „Villa Melitta“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege)
- Pflegestätte Sarnthein

Sanitätsbetrieb Meran:

- Privatklinik „Villa St. Anna“ (vorläufig akkreditiert für Akutranke in der Abteilung Medizin)
- Privatklinik „Martinsbrunn“.

AUFENTHALTE VON AKUTKRANKEN

Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums¹ gelten als Akutranke jene 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 07.05.2007.

BETTEN FÜR AKUTKRANKEN

3.2.1. Betten für Akutranke

In den Landeseinrichtungen stehen insgesamt 2.014 Betten für Akutranke (4,2 pro 1.000 Einwohner) und 84 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 Betten in der Säuglingskrippe - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Betten für ordentliche Aufenthalte			TK-Betten	Insgesamt
	Öffentliche*	Akk. Private	Nicht akkr. Private		
Krankenhaus Bozen ^o	743	-	-	82	825
Krankenhaus Meran	326	-	-	26	352
Krankenhaus Brixen	213	-	-	23	236
Krankenhaus Bruneck	208	-	-	24	232
Krankenhaus Schlanders	107	-	-	6	113
Krankenhaus Sterzing	64	-	-	10	74
Krankenhaus Innichen	59	-	-	9	68
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	1.720	-	-	180	1.900
Marienklinik	-	-	98	14	112
Privatklinik St. Anna	-	45	11	-	56
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	18	-	18
Pflegestätte Sarnthein	-	12	-	-	12
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	-	57	127	14	198
KRANKENANSTALT INSGESAMT	1.720	57	127	194	2.098

* Einschließlich der Betten in der Säuglingskrippe: 15 in Bozen, 20 in Meran, 10 in Brixen, 10 in Bruneck, 6 in Schlanders, 7 in Sterzing, 6 in Innichen und 10 in der Marienklinik

^o Die Bettenanzahl in Klasse wurde nicht innerhalb Terminfähigkeit mitgeteilt

Quelle: Krankenanstalten - Sanitätsdirektion

Die von den Sanitätsbetrieben gelieferten Daten der Tabelle beinhalten die Durchschnittswerte des Jahres 2006. Die Bettenausstattung änderte sich im Jahresverlauf gemäß Aufenthaltsbedarf (siehe Fußnoten).

Die Bettenausstattung für Akutkranke der öffentlichen und akkreditierten privaten Landeskrankenanstalten (Säuglingskrippen ausgeschlossen) beträgt 3,9 Betten pro 1.000 Einwohner und liegt noch über dem Zielwert von 3,5 Betten für Akutkranke pro 1.000, der innerhalb 2007² erreicht werden soll.

² Arbeitsgruppe für die Beziehungen zwischen Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen - März 2005

Abbildung 5: Betten für Akutkranke (Säuglingskrippen ausgeschlossen) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte pro 1.000 Einwohner in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2006

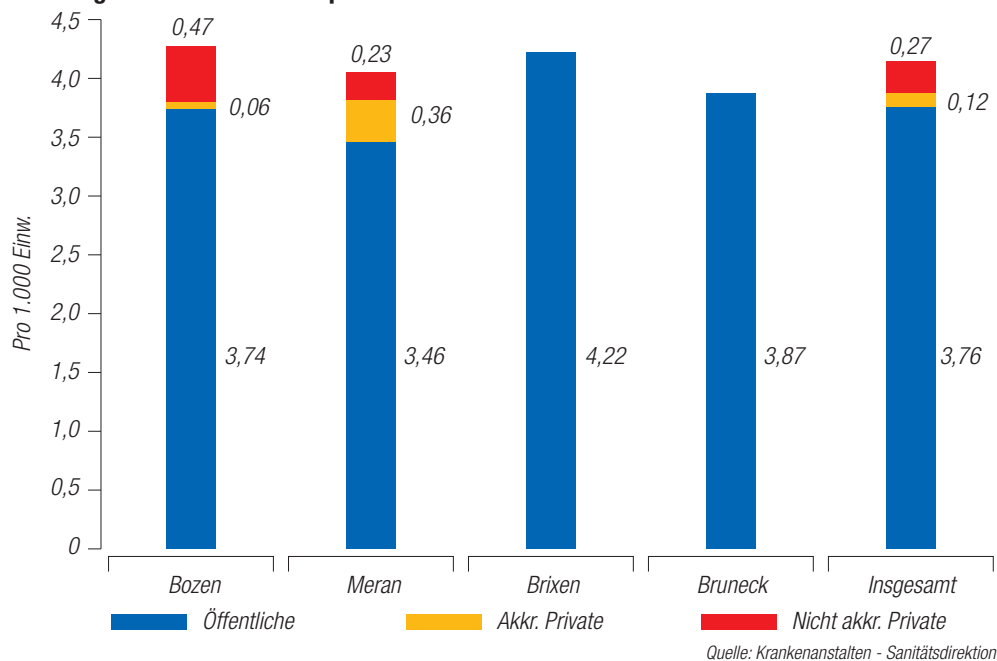
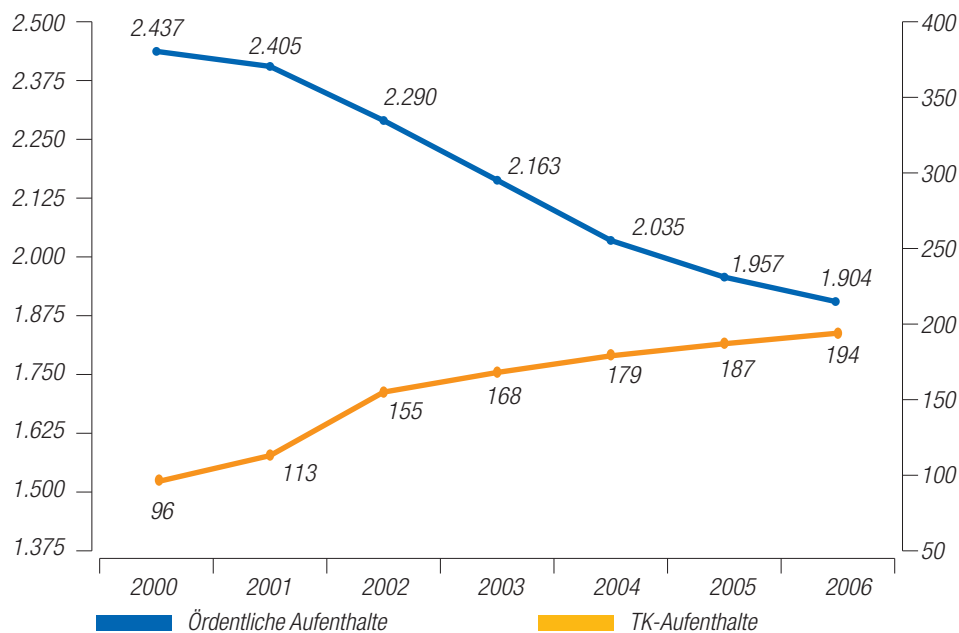


Abbildung 6: Betten für Akutkranke (Säuglingskrippen eingeschlossen) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte pro 1.000 Einwohner in den Krankenanstalten - Jahre 2000-2006



Insgesamt gibt es 1.904 Betten für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken (Säuglingskrippen eingeschlossen), 90,3% davon in öffentlichen Einrichtungen. In den Privatkliniken stehen insgesamt 184 Betten (Säuglingskrippen eingeschlossen) zur Verfügung (9,7% der Gesamtbettenanzahl), die sich ausschließlich in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran befinden. In den öffentlichen und privaten Einrichtungen stehen für den Tagesklinik-Betrieb insgesamt 194 Betten zur Verfügung, was 9,2% der Betten für Akutkranke auf Landesebene entspricht, also 0,40 pro 1.000 Einwohner.

Säuglingskrippen ausgeschlossen sind pro 1.000 Einwohner 3,8 Betten für Akutkranke in öffentlichen Einrichtungen und 0,39 Betten für Akutkranke in privaten Einrichtungen vorhanden.

Tabelle 5: **Betten für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser, Säuglingskrippen eingeschlossen - Jahr 2006**

Kod.	Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Brun- eck**	Schlan- ders	Sterzing	In- nichen*	Insg.
5100	Beobachtungsstation	18	-	-	-	-	-	-	18
800	Kardiologie	21	12	-	-	-	-	-	33
900	Allgemeine Chirurgie	-	35	10	38	32	22	22	159
901	Chirurgie 1	32	-	-	-	-	-	-	32
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	Geriatric	62	37	-	-	-	-	-	99
2400	Infektions- und Tropenkrankh.	16	-	-	-	-	-	-	16
2600	Allgemeine Medizin	-	48	-	47	50	20	18	183
2601	Medizin 1	61	-	34	-	-	-	-	95
2602	Medizin 2	61	-	17	-	-	-	-	78
2900	Nephrologie	15	-	-	-	-	-	-	15
3000	Neurochirurgie	21	-	-	-	-	-	-	21
3200	Neurologie	24	16	-	-	-	-	-	40
3100	Säuglingskrippe	15	20	10	10	6	7	6	74
3400	Augenheilkunde	6	5	-	9	-	-	-	20
3600	Orthopädie und Traumatologie	54	50	51	47	-	-	-	202
3700	Geburtshilfe und Gynäkologie	37	37	22	22	14	10	9	151
3800	HNO	24	11	14	-	-	-	-	49
3900	Pädiatrie	21	14	13	12	5	5	4	74
6800	Pneumologie	25	-	-	-	-	-	-	25
4000	Psychiatrie	24	9	16	13	-	-	-	62
4900	Intensivtherapie	17	8	6	6	-	-	-	37
7300	Intensivtherapie für Säuglinge	24	-	-	-	-	-	-	24
5000	Koronareinheit	8	5	-	-	-	-	-	13
4300	Urologie	25	16	12	-	-	-	-	53
BETTEN FÜR AKUTKRANKE									
INSGESAMT		743	326	213	208	107	64	59	1.720

* Ab dem 01.05.2006 wurden die ordentlichen Betten der Abteilung Allgemeine Chirurgie auf 20 und ab dem 01.09.2006 auf 15 reduziert

** Die Betten in der Abteilung Augenheilkunde wurden an den Wochenenden und Feiertagen nicht benutzt; in der Abteilung Allgemeine Medizin

16 Betten für 10 Tage nicht benutzt

Quelle: Krankenanstalten - Sanitätsdirektion

Tabelle 6: **Betten für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser - Jahr 2006**

Kod.	Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Brunneck*	Schlanners	Sterzing	In-nichen*	Insg.
800	Kardiologie	1	-	-	-	-	-	-	1
900	Allgemeine Chirurgie	-	4	4	2	2	4	3	19
901	Chirurgie 1	2	-	-	-	-	-	-	2
902	Chirurgie 2	3	-	-	-	-	-	-	3
1100	Kinderchirurgie	3	-	-	-	-	-	-	3
1400	Gefäßchirurgie	1	-	2	-	-	-	-	3
5200	Dermatologie	2	1	-	1	-	-	-	4
1800	Hämatologie	6	-	-	-	-	-	-	6
5800	Gastroenterologie	4	-	-	-	-	-	-	4
2100	Geriatric	6	-	-	-	-	-	-	6
1900	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten	4	-	-	-	-	-	-	4
2400	Infektions- und Tropenkrankh.	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
3000	Neurochirurgie	1	-	-	-	-	-	-	1
3200	Neurologie	5	1	-	1	-	-	-	7
3400	Augenheilkunde	6	4	-	4	-	-	-	14
6400	Onkologie	8	-	-	-	-	-	-	8
3600	Orthopädie u. Traumatologie	3	4	4	2	-	-	-	13
3700	Geburtshilfe und Gynäkologie	6	3	3	7	1	1	1	22
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
BETTEN FÜR AKUTKRANKE INSG.		82	26	23	24	6	10	9	180

* Ab dem 01.05.2006 wurden die Tagesklinik-Betten der Abteilung Allgemeine Chirurgie auf 2 reduziert

Quelle: Krankenanstalten - Sanitätsdirektion

Tabelle 7: **Betten für ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der Privatkliniken - Jahr 2006**

Kod.	Abteilung	Pflege-stätte akkr.	Marienkl. nicht akkreditiert		St. Anna		Martins-brunn nicht akkr.	Insgesamt	
			ord. Auf.	TK-Auf.	akkr.	nicht akkr.		akkr.	nicht akkr.
900	Allgemeine Chirurgie	-	9	1	-	11	-	-	21
1400	Gefäßchirurgie	-	6	2	-	-	-	-	8
2600	Allgemeine Medizin	12	28	1	45	-	18	57	47
3100	Säuglingskrippe	-	10	-	-	-	-	-	10
3400	Augenheilkunde	-	1	5	-	-	-	-	6
3500	Zahnheilkunde und Stomatologie	-	3	-	-	-	-	-	3
3600	Orthopädie und Traumatologie	-	24	1	-	-	-	-	25
3700	Geburtshilfe und Gynäkologie	-	8	2	-	-	-	-	10
3800	HNO	-	3	1	-	-	-	-	4
4300	Urologie	-	6	1	-	-	-	-	7
BETTEN F. AKUTKRANKE INSG.		12	98	14	45	11	18	57	141

Quelle: Krankenanstalten - Sanitätsdirektion

3.2.2. Aufenthalte von gesunden Neugeborenen

Die Erfassung der Krankenhausaufenthalte von Neugeborenen erfolgt anhand der KEB (Krankenhausentlassungsbögen). Bei der Einführung dieses Verfahrens wurden anfänglich die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe nicht berücksichtigt. Mit Ministerialverordnung 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. 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 Landeseinrichtungen - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Neugeb. 0 Tage	Neugeb. 1-28 Tage	Aufenthaltstage
Krankenhaus Bozen	1.210	9	4.091
Krankenhaus Meran	1.035	22	4.218
Krankenhaus Brixen	479	11	1.984
Krankenhaus Bruneck	498	14	2.388
Krankenhaus Schlanders	306	7	1.461
Krankenhaus Sterzing	471	3	1.750
Krankenhaus Innichen	171	9	893
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	4.170	75	16.785
Marienkl. n. k.	248	-	1.252
Privatkl. n. k. St. Anna	-	-	-
Privatkl. n. k. Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samnath	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	248	-	1.252
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	4.418	75	18.037

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

In den Landeseinrichtungen wurden im Jahr 2006 insgesamt 5.585 Kinder geboren, 4.418 (79,1%) davon 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 75.

3.2.3. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken

In diesem Kapitel wird die Versorgung von Akutkranken in Form ordentlicher Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken in Südtirol beschrieben.

Dafür werden sowohl klassische Indikatoren (durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Bettenauslastungsrate, Turnover-Intervall, Rotationsindex der Betten) verwendet, die sich nur auf die Zahl der Fälle 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 Aufenthaltseignis ab der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung aus der Krankenanstalt.

**AUFENTHALTE VON
GESUNDEN
NEUGEBORENE**

**KRANKENHAUS-
AUFENTHALT UND
ABTEILUNGS-AUFENTHALT**

DURCHSCHNITTliche AUFENTHALTSDAUER	b) Abteilungsaufenthalt: Aufenthalt in einer Abteilung ab dem Eingang 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. 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 Berechnung der klassischen Indikatoren - auf der Grundlage der nach den zwei Maßeinheiten definierten Aufenthalte - bringt keine Schwierigkeiten mit sich. Bei der Auslegung der Ergebnisse muss natürlich auch die Art der jeweiligen Einheit berücksichtigt werden. 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.
BETTENAUS- LASTUNGSRATE TURNOVER-INTERVALL	Die Bettenauslastungsrate ist der Zeitanteil, in dem ein Bett während eines Jahres durchschnittlich genutzt wird. Das Turnover-Intervall ist die durchschnittliche Zeit, die zwischen der Entlassung eines Patienten aus einem Bett und der Aufnahme des nächsten Patienten verstreicht.
ROTATIONSINDEX	Der Rotationsindex der Betten ist die durchschnittliche Anzahl von Patienten, die im Laufe eines Jahres dasselbe Bett belegen. Für die Berechnung der Indikatoren aufgrund der DRG-Klassifikation der Aufenthalte, werden die für die Maßeinheit Krankenhausaufenthalt (Entlassung) definierten Gewichts- und Tariftabellen verwendet. Diese Indikatoren werden somit immer auf die Krankenhausaufenthalte bezogen.
ÄQUIVALENTE DRG- PRODUKTION UND DURCHSCHNITTliche AUFENTHALTSDAUER	Durch die Gewichtung der produzierten Krankenhausaufenthalte mit dem Gewicht der entsprechenden DRG³ erhält man die 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.
DURCHSCHNITTliches DRG-GEWICHT	Teilt man die äquivalente DRG-Produktion der Aufenthalte durch die Anzahl der effektiv produzierten Aufenthalte, erhält man das durchschnittliche DRG-Gewicht pro Krankenhausaufenthalt.
TARIFWERT	Wendet man auf die einzelnen Krankenhausaufenthalte den entsprechenden DRG-Tarif des Aufenthalts gemäß Landestarifverzeichnis an, erhält man den Gesamttarifwert der Produktion von Krankenhausaufenthalten. Teilt man den Tarifwert der Produktion durch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, erhält man den durchschnittlichen Landestarif pro Krankenhausaufenthalt.
ORDENTliche AUFENTHALTE	Im Jahr 2006 wurden 76.543 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in Südtiroler Krankenanstalten verzeichnet, die insgesamt 514.279 Aufenthaltstage umfassten. 94,7% der Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und bezogen sich auf 92,8% aller Aufenthaltstage. 41,0% aller Krankenhausaufenthalte betrafen Krankenanstalten im Gebiet des Sanitätsbetriebs Bozen, 39,2% davon das Zentralkrankenhaus Bozen.

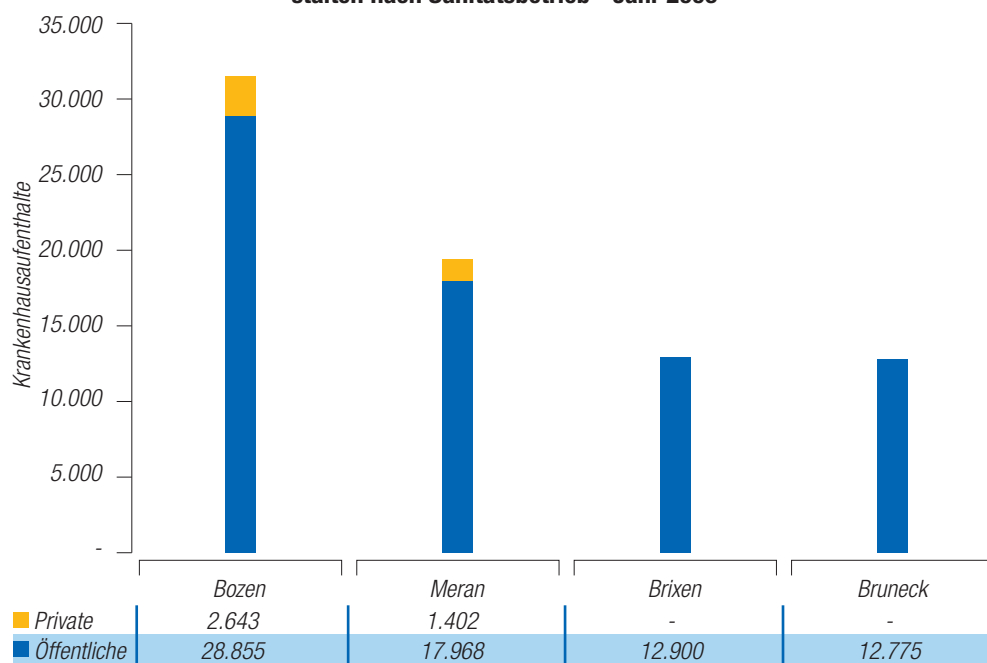
³ Das System der Gewichte ist das offiziell im Landestarifverzeichnis (Beschluss der Landesregierung Nr. 2797 vom 27.08.01 in geltender Fassung) angenommene

Tabelle 9: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) und Aufenthaltstage nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Krankenhausaufenthalte	Aufenthaltstage
Krankenhaus Bozen	28.855	209.570
Krankenhaus Meran	13.627	94.126
Krankenhaus Brixen	9.941	60.038
Krankenhaus Bruneck	10.104	58.964
Krankenhaus Schlanders	4.341	28.378
Krankenhaus Sterzing	2.959	14.468
Krankenhaus Innichen	2.671	14.108
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	72.498	479.652
Marienklinik	2.491	15.524
Privatklinik St. Anna	1.360	14.638
Privatklinik Martinsbrunn	42	720
Pflegestätte Samthein	152	3.745
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	4.045	34.627
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	76.543	514.279

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 7: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die ordentliche Aufenthaltstätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

Für die 76.543 Krankenhausaufenthalte gab es 81.867 ordentliche Abteilungsaufenthalte. Die Differenz ergibt sich aus den 5.324 Abteilungsverlegungen in den öffentlichen Krankenhäusern. Bei 3.633 Krankenhausaufenthalten (5% aller Aufenthalte) ergab sich mindestens 1 Abteilungsverlegung.

**ORDENTLICHE
AUFENTHALTSTÄTIGKEIT
NACH KRANKENANSTALT
ABTEILUNGS-
VERLEGUNGEN**

**AUFENTHALTSTÄTIGKEIT
DER JAHRE 1998-2006**

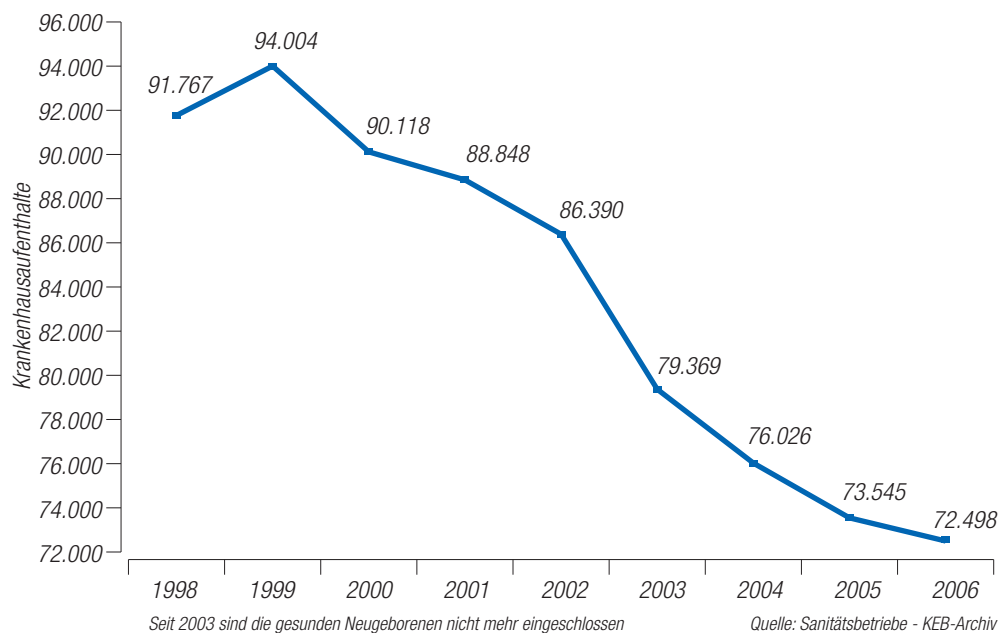
Tabelle 10: **Abteilungsverlegungen und Anzahl der betroffenen ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

Verlegungen	Krankenhausaufenthalte mit Verlegungen	Verlegungen insgesamt	% der Aufenthalte mit Verlegungen
1	2.361	2.361	3,257
2	1.008	2.016	1,390
3	162	486	0,223
4	74	296	0,102
5	13	65	0,018
6	9	54	0,012
7	3	21	0,004
8	2	16	0,003
9	1	9	0,001
INSGESAMT	3.633	5.324	5,011

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

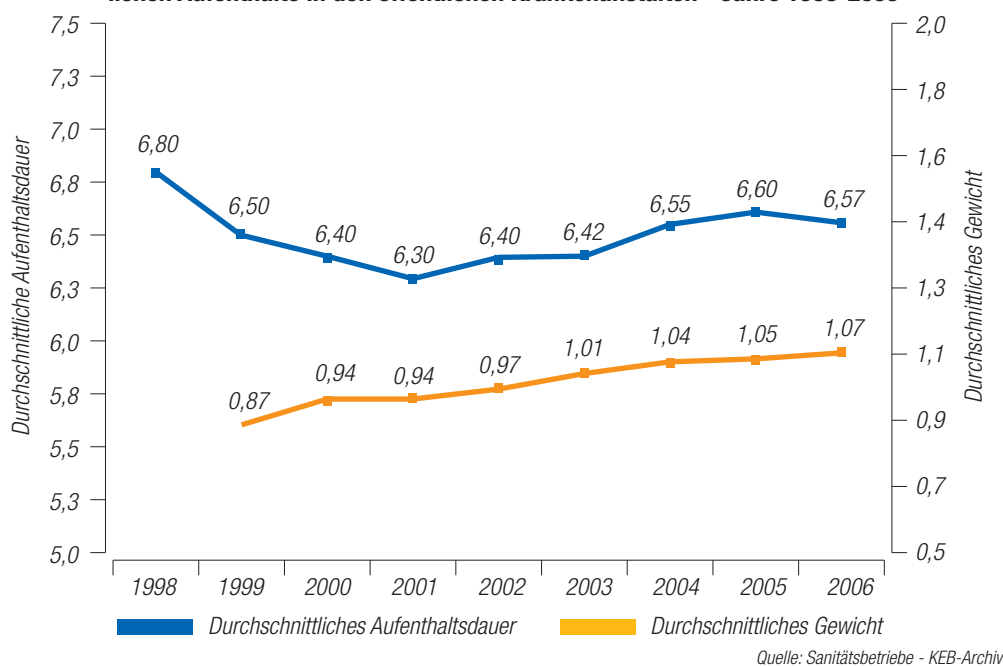
Die ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Landeskrankenhäusern verzeichneten bis 1999 einen Zuwachs (1999 wurden 94.004 Krankenhausaufenthalte produziert); ab 2000 nahm die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den öffentlichen Einrichtungen laufend ab. In den letzten drei Jahren stabilisierte sich die ordentliche Aufenthaltsproduktion (von 2005 bis 2006 betrug der Rückgang nur 1,4%).

Abbildung 8: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in den öffentlichen Krankenanstalten - Jahre 1998-2006**



Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeseinrichtungen, bei der auch die gesunden Neugeborenen für einen Vergleich mit den Vorjahren berücksichtigt wurden (siehe Schaubild), 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 2006. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (gesunde Neugeborene ausgeschlossen) beträgt für das Jahr 2006 6,7 Tage und entspricht somit den Vorjahres- und gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2004 (6,7 Tage).

Abbildung 9: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und durchschnittliches Gewicht der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenanstalten - Jahre 1998-2006



Insgesamt waren die Betten zu 76,9% der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 42,7 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 2,0 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

INDIKATOREN DER EFFIZIENZ

273

Tabelle 11: Indikatoren der Effizienz der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten. Krankenhausaufenthalte - Jahr 2006

IKrankenanstalt	Durch. AD	Auslastungsrate %*	Turnover-Intervall*	Rotationsindex*
Krankenhaus Bozen	7,3	78,8	1,9	40,5
Krankenhaus Meran	6,9	82,6	1,4	45,0
Krankenhaus Brixen	6,0	79,8	1,5	49,0
Krankenhaus Bruneck	5,8	82,4	1,2	52,0
Krankenhaus Schlanders	6,5	76,4	2,0	43,5
Krankenhaus Sterzing	4,9	69,4	2,1	53,6
Krankenhaus Innichen	5,3	73,4	1,9	50,9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	6,6	79,4	1,7	44,8
Marienklinik	6,2	46,9	6,9	27,9
Privatklinik St. Anna	10,8	71,6	4,3	24,3
Privatklinik Martinsbrunn	17,1	11,0	139,3	2,3
Pflegestätte Sarnthein	24,6	85,5	4,2	12,7
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	8,6	53,4	7,3	23,3
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	6,7	76,9	2,0	42,7

* 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 4.493

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

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; jedem Aufenthalt wird hierfür das entsprechende Gewicht zugeordnet.

Tabelle 12: Indikatoren nach dem DRG-Kriterium der ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossenen gesunde Neugeborene) in den öffentlichen Landeskrankenhäusern - Jahr 2006

Krankenanstalt	Äquival. DRG-Aufenthalte	Äquival. durchschnittl. AD	Durchschn. Gewicht pro Aufenthalt	Durchschn. Landestarif (Euro)	Case-mix-Index*	Vergleichsindex Performance**
Krankenhaus Bozen	35.194	6,0	1,22	3.318,86	0,984	1,10
Krankenhaus Meran	15.456	6,1	1,13	2.829,14	0,915	1,13
Krankenhaus Brixen	11.034	5,4	1,11	2.756,36	0,895	1,01
Krankenhaus Bruneck	10.279	5,7	1,02	2.517,44	0,820	1,06
Krankenhaus Schlanders	4.277	6,6	0,99	2.310,09	0,795	1,23
Krankenhaus Sterzing	2.622	5,5	0,89	2.073,13	0,715	1,02
Krankenhaus Innichen	2.384	5,9	0,89	2.085,91	0,720	1,10
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	81.245	5,9	1,12	2.881,31	0,904	1,09

* Berechnet mit dem durchschnittlichen Gewicht in Italien im Jahr 2004 von 1,24

** Berechnet mit der durchschnittlichen äquivalenten Aufenthaltsdauer in Italien im Jahr 2004 von 5,4

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

CASE-MIX-INDEX

Der Case-mix-Index drückt die Komplexität der von einem bestimmten Krankenhaus behandelten Fälle gegenüber einem Bezugsstandard aus. 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 Vergleichsbevölkerung, z. B. der nationalen⁴, teilt. Ein Wert über 1 ist ein Zeichen für eine komplexere Kasuistik im Vergleich zum Bezugsstandard, und umgekehrt zeugen niedrigere Werte von einer geringeren Komplexität.

Alle öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen niedrigeren Komplexitätsgrad (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,12) als die gesamtstaatliche Bezugsgruppe⁵ auf; der Case-mix-Index 2006 der öffentlichen Krankenhäuser des Landes hat einen Wert von 0,904, mit sehr niedrigen Werten in den Krankenhäusern Bruneck, Schlanders, Innichen und Sterzing.

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.

⁵ Das Durchschnittsgewicht der Autonomen Provinz Bozen, das mit den Gewichten gemäß Ministerialverordnung vom 30.06.1997 berechnet wurde, beträgt für das Jahr 2006 1,13; 2004 belief es sich laut Daten des Jahresberichtes über die Krankenhausaufenthalte - Gesundheitsministerium auf 1,14. Der gesamtstaatliche Durchschnittswert (alle Krankenanstalten) machte 2004 1,24 aus.

Abbildung 10: **Case-mix-Index der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2006**

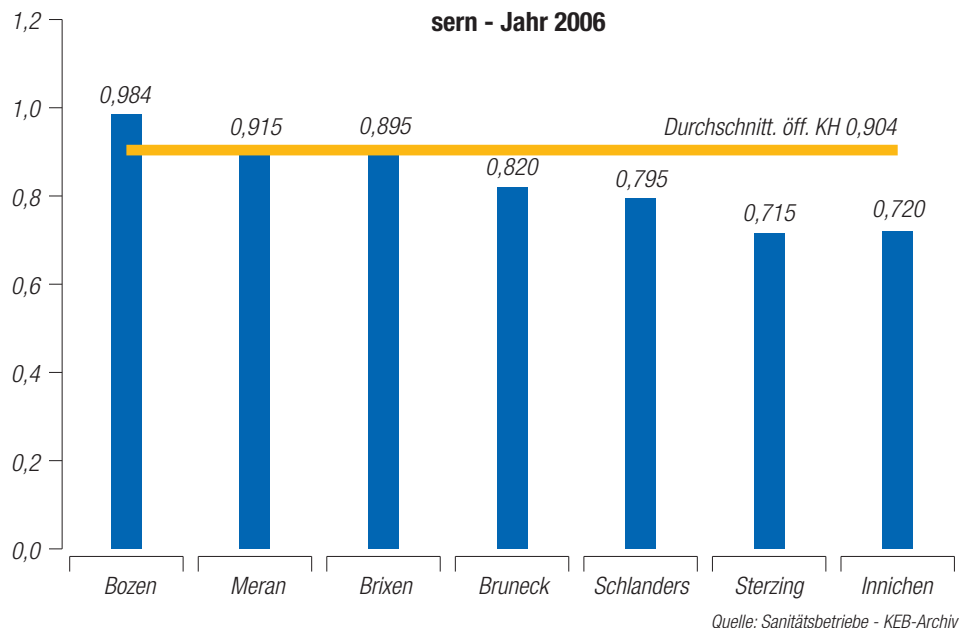
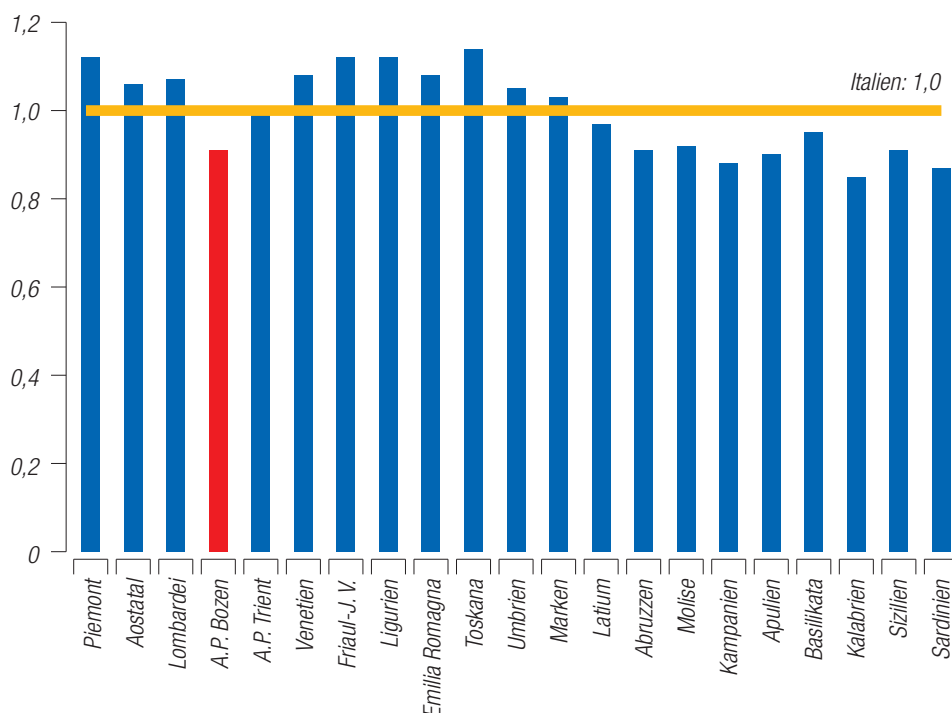


Abbildung 11: **Case-mix-Index in den italienischen Regionen - Jahr 2004**



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

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.

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; auch in die-

**VERGLEICHSINDEX
PERFORMANCE**

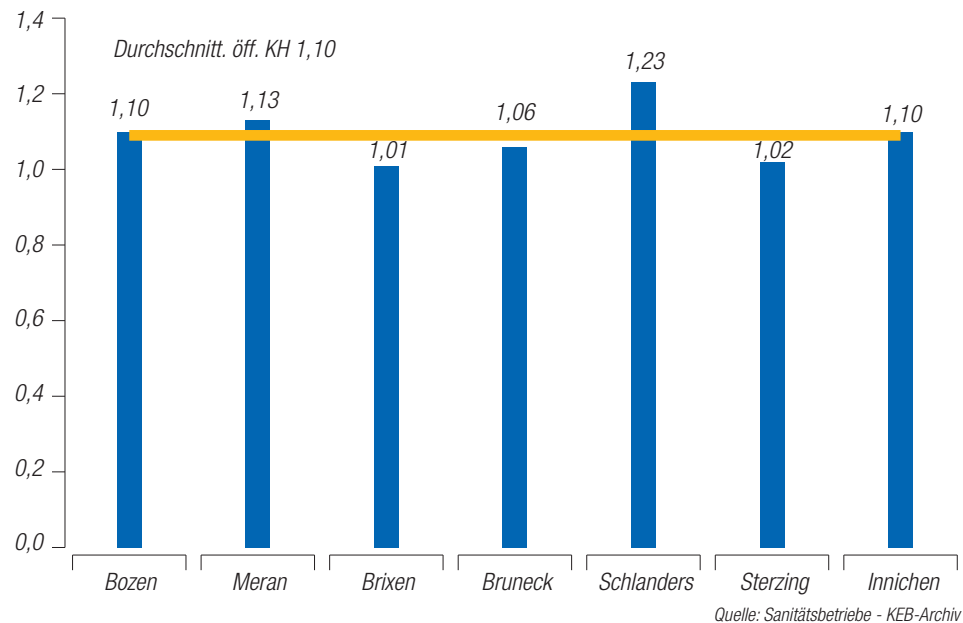
**DRG NACH
GEWICHTSKLASSE**

sem Fall besteht der gewählte Bezugsstandard in der Gesamtzahl der Entlassungen aus allen italienischen Einrichtungen im Jahr 2004 (die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Gewichtseinheit beträgt 5,4 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 Landeskrankenhäuser weisen insgesamt eine niedrigere Performance im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt auf, insbesondere im Krankenhaus Schlanders (VIP = 1,23).

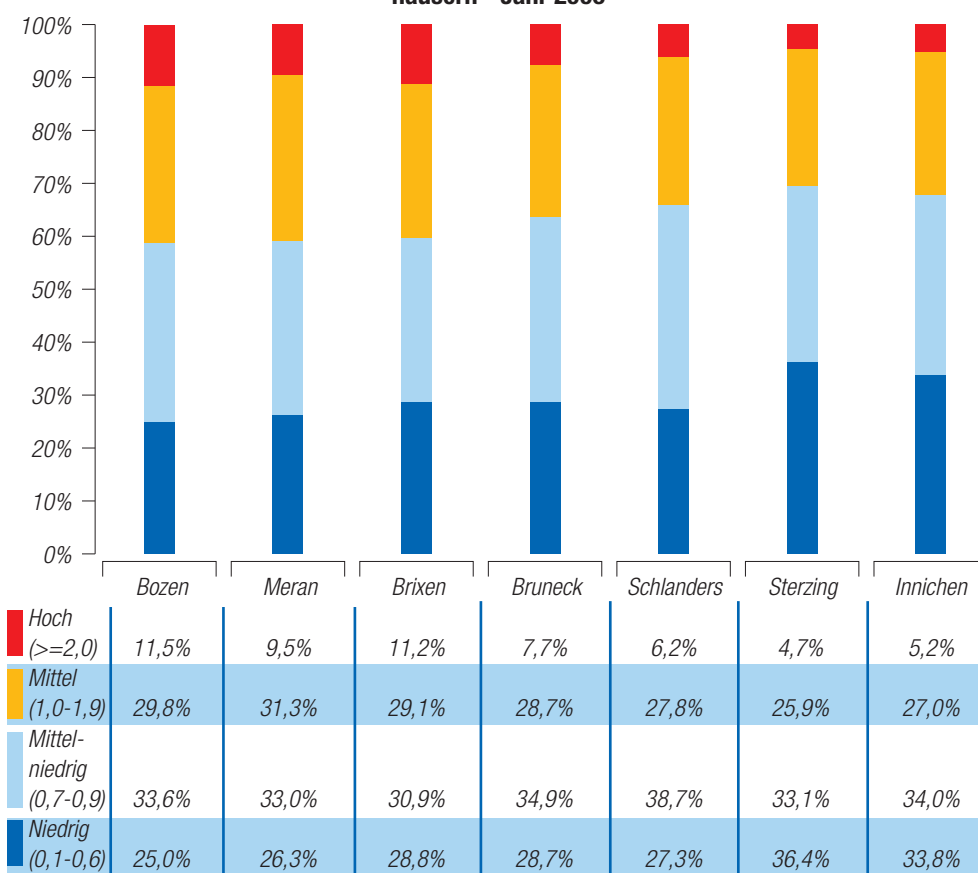
Abbildung 12: **Vergleichsindex Performance der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2006**



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 33,6% aller Aufenthalte in den Krankenanstalten aus. 26,9% der Aufenthalte verzeichnen eine DRG mit niedrigem Gewicht (unter 0,7), 30,0% besitzen ein mittleres Gewicht (zwischen 1,0 und 1,9). Nur 9,6% weisen ein hohes Gewicht auf (größer oder gleich 2,0).

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 36,4% der Fälle) und der DRGs mit hohem Gewicht für die Krankenhäuser Bozen und Brixen (11,5% bzw. 11,2% der Fälle).

Abbildung 13: Ordentliche Aufenthalte nach DRG-Gewichtsklasse in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

66,6% der Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten wurden einer medizinischen DRG oder DRG ohne genaue Klassifizierung⁶ und 33,4% einer chirurgischen DRG zugeordnet.

**MEDIZINISCHE UND
CHIRURGISCHE DRGS**

Tabelle 13: Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den Landeskrankenanstalten nach Art der DRG - Jahr 2006

Krankenanstalt	Med. od. nicht klassifiz. DRG	Chir. DRG	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	20.057	8.798	28.855
Krankenhaus Meran	8.452	5.175	13.627
Krankenhaus Brixen	6.039	3.902	9.941
Krankenhaus Bruneck	6.963	3.141	10.104
Krankenhaus Schlanders	3.288	1.053	4.341
Krankenhaus Sterzing	1.853	1.106	2.959
Krankenhaus Innichen	1.859	812	2.671
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	48.511	23.987	72.498
Marienklinik	1.192	1.299	2.491
Privatklinik St. Anna	1.115	245	1.360
Privatklinik Martinsbrunn	42	-	42
Pflegestätte Sarthein	151	1	152
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	2.500	1.545	4.045
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	51.011	25.532	76.543

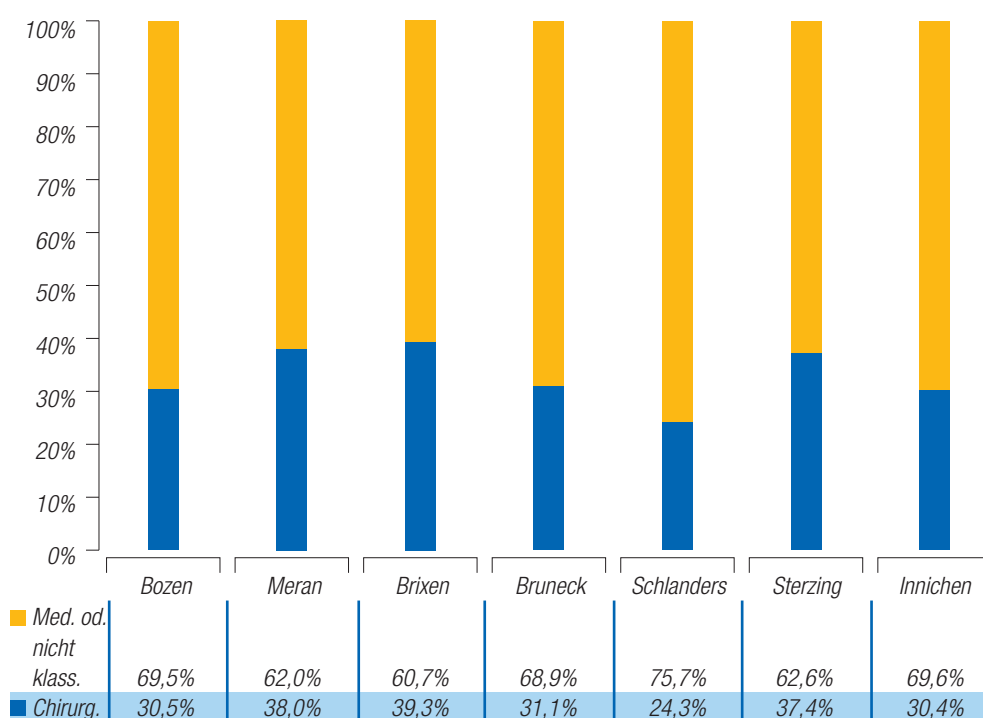
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

⁶ Die DRGs ohne genaue Klassifizierung entsprechen den DRGs der Primärdiagnosekategorie MDC 15 „Krankheiten und Störungen der Pränatalzeit“ (DRG von 385 bis 391) und den anomalen DRGs (DRG 469 und 470)

In den öffentlichen Krankenhäusern haben die ordentlichen Aufenthalte mit medizinischer DRG oder DRG ohne genaue Klassifizierung einen Anteil von 60,7% bis 75,7% aller Aufenthalte, während der Anteil der chirurgischen DRGs zwischen 24,3% und 39,3% schwankt. In der Marienkl. sind 52,1% aller Aufenthalte chirurgischer Natur, während in der Privatklinik St. Anna 82,0% medizinischer Art sind.

Die Verteilung der ordentlichen Aufenthalte nach DRG (medizinisch/ohne genaue Klassifizierung und chirurgisch) entspricht den gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2004 von 63,3% bzw. 36,7%, wenngleich in den norditalienischen Regionen ein höherer Anteil von chirurgischen DRGs zu verzeichnen ist (47,9%).

Abbildung 14: **Ordentliche Aufenthalte nach DRG in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die ordentlichen Aufenthalte lassen sich im Rahmen der Krankenhausversorgung von Akutkranken wie folgt einteilen:

EINTAGSAUFENTHALTE

- **Eintagsaufenthalte:** Aufenthalte mit einer Dauer von unter zwei Tagen, beinhaltet auch jene Patienten, die am selben Tag eingeliefert und entlassen und jene die nur 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 13,9% an allen ordentlichen Aufenthalten (gleich dem Vorjahreswert) mit Spitzenwerten von 19,5% im Krankenhaus Innichen, 19,2% im Krankenhaus Sterzing und 17,4% im Krankenhaus Bruneck. Die Inzidenz der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert der spezifischen DRG entspricht der Anteil den Vorjahreswerten (1,4% auf Landesebene).

Tabelle 14: **Ordentliche Eintagsaufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) und Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Eintagsaufenthalte	% Eintagsa. am Grenzwert	Aufenth. über Grenzwert	% Aufenth. über Grenzw. am Gesamtw.
Krankenhaus Bozen	3.894	13,5	509	1,8
Krankenhaus Meran	1.611	11,8	157	1,2
Krankenhaus Brixen	1.257	12,6	108	1,1
Krankenhaus Bruneck	1.758	17,4	134	1,3
Krankenhaus Schlanders	583	13,4	72	1,7
Krankenhaus Sterzing	568	19,2	12	0,4
Krankenhaus Innichen	520	19,5	25	0,9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	10.191	14,1	1.017	1,4
Marienklinik	322	12,9	11	0,4
Privatklinik St. Anna	143	10,5	23	1,7
Privatklinik Martinsbrunn	3	7,1	3	7,1
Pflegestätte Sarnthein	10	6,6	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	478	11,8	37	0,9
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	10.669	13,9	1.054	1,4

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

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 2006**

Krankenanstalt	Durch. AD innerhalb Grenzwert	Durch. AD insgesamt
Krankenhaus Bozen	7,7	7,3
Krankenhaus Meran	7,1	6,9
Krankenhaus Brixen	6,4	6,0
Krankenhaus Bruneck	6,5	5,8
Krankenhaus Schlanders	7,1	6,5
Krankenhaus Sterzing	5,7	4,9
Krankenhaus Innichen	6,2	5,3
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	7,1	6,6
Marienklinik	7,0	6,2
Privatklinik St. Anna	11,3	10,8
Privatklinik Martinsbrunn	16,1	17,1
Pflegestätte Sarnthein	26,3	24,6
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	9,3	8,6
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	7,2	6,7

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Trotz der niedrigeren Inzidenz (in %) der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert ist die Summe dieser Aufenthalte höher als jene der Eintagsaufenthalte. Die kombinierte Wirkung der Aufenthalte über dem Grenzwert und der Eintagsaufenthalte ergibt eine Reduzierung der 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 weitgehend unverändert.

19 DRGs decken 30,0% der Krankenhausaufenthalte in Südtirol; die häufigste DRG ist die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (5,0% der Aufenthalte insgesamt).

Die Häufigkeit der Aufenthalte über dem Grenzwert ist sehr hoch für die DRGs 467, 373 und 430 mit Anteilen von 11,6% bzw. 3,0% bzw. 2,4%.

Tabelle 16: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach den häufigsten DRGs, kumulierter % der Aufenthalte und % der Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenthalte	% kumul. Aufenth.	% Aufenth. über Grenzwert
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	3.839	5,0	3,0
243	Medizinische Rückenbeschwerden	1.749	7,3	0,1
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	1.620	9,4	0,6
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17, ohne Komplikationen	1.553	11,4	0,3
127	Herzinsuffizienz und Schock	1.477	13,4	1,7
430	Psychosen	1.381	15,2	2,4
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.192	16,7	1,3
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter > 17, ohne Komplikationen	1.065	18,1	0,1
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	1.003	19,4	0,2
139	Herzrhythmus- und Reizleitungsstörungen, ohne Komplikationen	1.002	20,7	0,1
14	Spezifische zerebrovaskuläre Erkrankungen außer transitorisch ischämischer Attacke (TIA)	1.001	22,1	0,7
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	991	23,4	0,5
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	800	24,4	0,0
89	Einfache Lungenentzündung und Pleuritis, Alter > 17 mit Komplikationen	760	25,4	1,2
33	Gehirnerschütterung, Alter < 18	732	26,3	0,5
88	Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit	723	27,3	1,2
60	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	674	28,2	0,4
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	647	29,0	11,6
32	Gehirnerschütterung, Alter > 17 ohne Komplikationen	615	29,8	1,0
AUFENTHALTE INSGESAMT		76.543		1,4

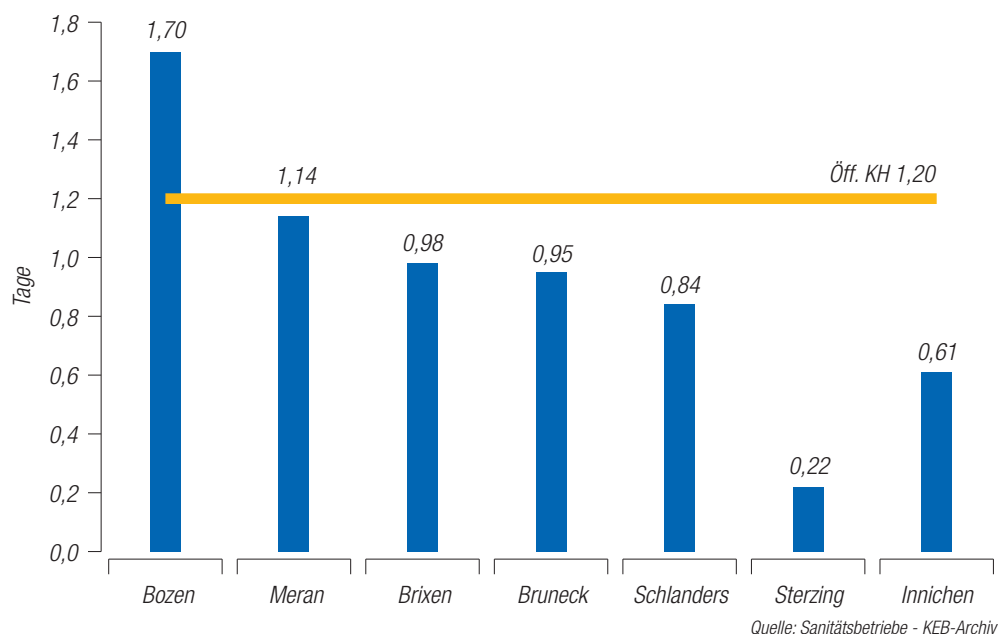
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

DURCHSCHNITTliche AUFENTHALTSDAUER VOR DER OPERATION

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation⁷ der (nicht dringenden) Eingriffe mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff beträgt in den Landeskrankenanstalten 1,10 Tage (in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,20 Tage; in den Privatkliniken: 0,05 Tage).

⁷ Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer vor der Operation wurden nur die geplanten gezählt; als Eingriffsdatum wurde das Datum des Eingriffs (Kodex < '8700') verwendet, das als erstes in die Felder für Eingriffe/Verfahren in den KEB eingetragen wurde

Abbildung 15: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation von (nur geplanten) ordentlichen Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2006



21 DRGs decken 50% der chirurgischen Gesamttätigkeit auf Landesebene. Die häufigste chirurgische DRG mit chirurgischem Eingriff (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version 2002 unter '8700') war die DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße“, die in 1.620 Fällen zur Anwendung kam, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 12,3 Tagen.

Bei den am häufigsten ausgeführten chirurgischen Eingriffsarten mit chirurgischer DRG beträgt die durchschnittlich niedrigste Aufenthaltsdauer 2,5 Tage für die DRG 229 „Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen“.

Die Zeit vor der Operation ab Einlieferung ins Krankenhaus ist länger für die DRG 516 „Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem mit akutem Myokardinfarkt“ (1,8 Tage) und kürzer für die DRG 167 „Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen“ (0,3 Tage).

CHIRURGISCHE DRGs

Tabelle 17: **Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach den häufigsten chirurgischen DRGs, kumulierter % der Aufenthalte, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation - Jahr 2006**

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	1.620	6,3	12,3	1,4
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.192	11,0	6,1	0,4
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter >17 ohne Komplikationen	1.065	15,2	6,5	0,6
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	991	19,1	5,2	0,9
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	800	22,2	4,1	0,5
60	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	674	24,8	2,7	0,8
167	Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen	605	27,2	3,5	0,3
225	Eingriffe am Fuß	553	29,4	4,6	0,8
55	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	515	31,4	3,1	0,8
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikation	494	33,3	2,5	0,8
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, o. Komplikationen	477	35,2	4,0	0,8
231	Lokale Exstirpation u. Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	462	37,0	3,4	0,9
494	Laparoskopische Cholezystektomie ohne Exploration des Ductus cysticus, ohne Komplikationen	447	38,8	4,2	0,6
516	Perkutane Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem mit akutem Myokardinfarkt	431	40,4	9,6	1,8
517	Perkutane Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem mit Stent-Implantation in der Koronararterie ohne akuten Myokardinfarkt	425	42,1	5,1	1,2
211	Eingriffe an Hüfte und Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplikationen	415	43,7	9,2	1,3
311	Transurethrale Eingriffe, ohne Komplikationen	411	45,3	3,7	1,0
227	Eingriffe am Weichgewebe, ohne Komplikationen	335	46,7	3,9	0,6
500	Eingriffe an Rücken und Hals außer Spondylodese, ohne Komplikationen	312	47,9	4,8	0,9
290	Eingriffe an der Schilddrüse	305	49,1	3,8	0,7
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	295	50,2	2,6	0,7
AUFENTHALTE INSGESAMT		25.530		6,9	1,1

* Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer vor der Operation wurden nur die geplanten gezählt; als Eingriffsdatum wurde das Datum des Eingriffs (Kodex < '8700') verwendet, das als erstes in die Felder für Eingriffe/Verfahren in den KEB eingetragen wurde
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

KRANKENHAUS- VERLEGUNGEN

Als Krankenhausverlegungen gelten jene 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 Aufenthaltsparen n und n+1 der verlegten Patienten zusammensetzen.

Für das Jahr 2006 ergeben sich in Südtirol 1.451 Krankenhausverlegungen. In 95,7% der Fälle wurde die Aufnahme in das zweite Krankenhaus am Entlassungstag aus dem ersten verzeichnet, während in den restlichen 4,3% (63 Fälle) die Aufnahme am darauffolgenden Tag stattfand.

Aus dem Zentralkrankenhaus Bozen erfolgten 66,5% der Verlegungen in ein Schwer-

punkt Krankenhaus, während in Richtung Krankenhaus Bozen 60,8% der Verlegungen aus Schwerpunktkrankenhäusern, 44,7% aus Krankenhäusern der Grundversorgung und 55,4% aus Privatkliniken gingen.

Tabelle 18: **Krankenhausverlegungen nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten - Jahr 2006**

Art des Herkunfts-KH	Art des Ziel-KH				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerpunkt KH	KH f. d. Grundvers.	Privat-klinik	
Zentral-KH	-	329	91	75	495
Schwerpunkt-KH	347	50	109	65	571
KH f. d. Grundvers.	131	160	1	1	293
Privatklinik	51	36	1	4	92
INSGESAMT	529	575	202	145	1.451

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

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 des Landes 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 chirurgischer 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.

Im Jahr 2006 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 26.333, 24.742 (94,0%) davon betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser.

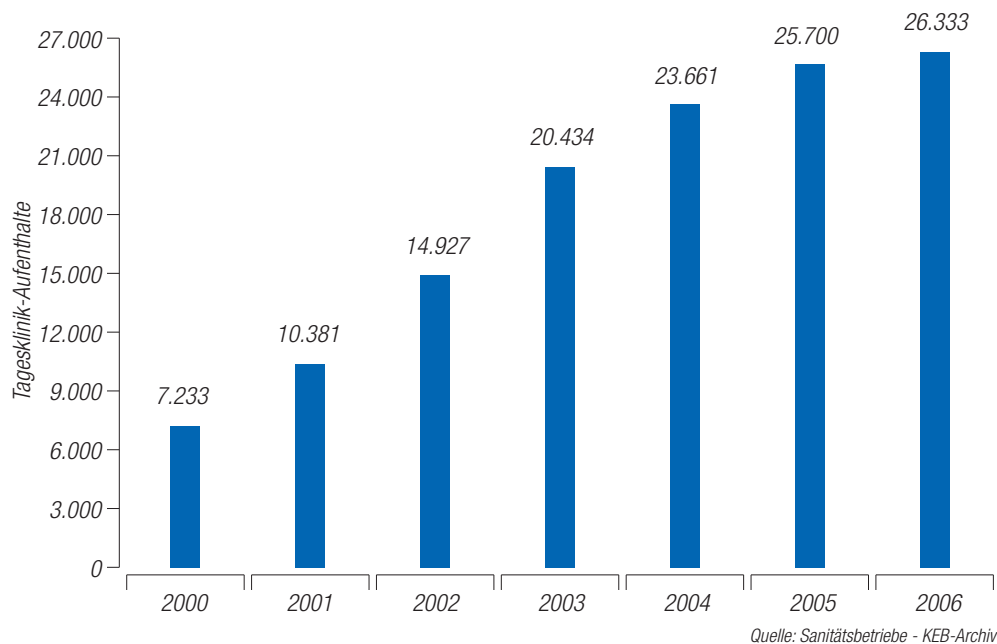
Gegenüber 2005 blieb die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte weitgehend stabil (Änderungsprozentsatz der Tagesklinik-Aufenthalte an allen Aufenthalten für die öffentlichen Krankenhäuser: 0,9%). Eine Ausnahme bilden die Krankenhäuser Bozen und Bruneck, die einen leichten Zuwachs der Tagesklinik-Aufenthalte (von 2,9% bzw. 1,5%) verzeichnen, sowie das Krankenhaus Brixen mit einem Rückgang von 3,0%.

**TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE**

**TAGESKLINIK-TÄTIGKEIT
DER KRANKENANSTALTEN**

284

Abbildung 16: Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahre 2000-2006



Die Tagesklinik-Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

Tabelle 19: Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Anzahl der Zugänge und klassische Indikatoren für den Tagesklinik-Betrieb in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006

Krankenanstalt	Betten	Aufenthalte	Tage insg.	Durchschn. Anzahl Zugänge m. med. DRG	Auslastungsrate %**	Rotationsindex**	
						jährlich	täglich
Krankenhaus Bozen	82	9.309	24.633	3,5	120,2	113,5	1,20
Krankenhaus Meran	26	4.705	10.759	4,3	165,5	181,0	1,66
Krankenhaus Brixen	23	2.794	4.695	2,9	81,7	121,5	0,82
Krankenhaus Bruneck	24	4.600	6.868	2,5	114,5	191,7	1,14
Krankenhaus Schlanders	6	861	1.622	3,9	108,1	143,5	1,08
Krankenhaus Sterzing	10	1.563	2.181	2,1	87,2	156,3	0,87
Krankenhaus Innichen*	9	910	2.403	6,0	115,8	109,6	1,16
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	180	24.742	53.161	3,5	118,6	138,0	1,19
Marienklinik	14	1.429	1.429	1,0	40,8	102,1	0,41
Privatklinik St. Anna	-	162	163	1,3	-	-	-
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGES.	14	1.591	1.592	1,0	45,5	113,6	0,45
KRANKENANSTALTEN INS.	194	26.333	54.753	3,4	113,3	136,2	1,13

* Ab dem 01.05.2006 wurden die Tagesklinik-Betten der Abteilung Allgemeine Chirurgie auf 2 reduziert

** 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 - KEB-Archiv

Von den Tagesklinik-Aufenthalten kennzeichnen sich 11.303 durch eine medizinische DRG oder DRG ohne genaue Klassifizierung bei insgesamt 38.764 Zugängen. Die durchschnittliche Anzahl der medizinischen Zugänge zum Tagesklinik-Betrieb schwankt zwischen

2,0 für das Krankenhaus Sterzing und 6,0 für das Krankenhaus Innichen. Die chirurgischen Tagesklinik-Aufenthalte betrugen hingegen 15.030 für insgesamt 15.989 Aufenthaltstage.

Tabelle 20: **Tagesklinik-Aufenthalte und Aufenthaltstage nach Art der DRG in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Med. oder nicht klassifiz. DRG		Chir. DRG	
	Aufenthalte	Tage insg.	Aufenthalte	Tage insg.
Krankenhaus Bozen	5.750	20.148	3.559	4.485
Krankenhaus Meran	1.835	7.876	2.870	2.883
Krankenhaus Brixen	975	2.875	1.819	1.820
Krankenhaus Bruneck	1.476	3.737	3.124	3.131
Krankenhaus Schlanders	259	1.017	602	605
Krankenhaus Sterzing	556	1.165	1.007	1.016
Krankenhaus Innichen	300	1.793	610	610
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	11.151	38.611	13.591	14.550
Marienkl. n. S. Anna	148	148	1.281	1.281
Privatkl. n. S. Anna	4	5	158	158
Privatkl. n. S. Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	152	153	1.439	1.439
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	11.303	38.764	15.030	15.989

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Im Jahr 2006 trat unter den medizinischen DRGs oder DRGs ohne genaue Klassifizierung die DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ mit 11,4% der Aufenthalte am häufigsten auf. Die häufigste Entlassungsdiagnose für den Tagesklinik-Aufenthalt war „Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen“ (13,3%).

MEDIZINISCHE DRGs

285

Tabelle 21: **Häufigste medizinische DRGs oder DRGs ohne genaue Klassifizierung im Tagesklinik-Betrieb der Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenthalte	% kumuliert
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	1.288	11,4
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	707	17,7
369	Menstruationsstörungen und sonstige Störungen des weiblichen Geschlechtsapparates	669	23,6
12	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	450	27,6
35	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	363	30,8
47	Sonstige Augenkrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	312	33,5
187	Ziehen und Reparatur von Zähnen	310	36,3
429	Organische und Geistesstörungen	283	38,8
13	Multiple Sklerose und Hirnataxie	241	40,9
131	Erkrankungen der peripheren Blutgefäße, ohne Komplikationen	241	43,0
301	Endokrine Krankheiten, ohne Komplikationen	234	45,1
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	202	46,9
243	Medizinische Rückenbeschwerden	174	48,4
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	173	50,0
395	Anomalie der roten Blutkörperchen, Alter > 17	170	51,5
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT MEDIZINISCHER DRG ODER DRG OHNE GENAUE KLASSIFIZIERUNG INSGESAMT		11.303	

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Tabelle 22: Häufigste Entlassungsdiagnosen im Tagesklinik-Betrieb mit medizinischer DRG oder DRG ohne genaue Klassifizierung in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006

Kodex ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Aufenthalte	% kumuliert
V58	Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen	1.502	13,3
628	Weibliche Unfruchtbarkeit	588	18,5
333	Extrapyramidale Erkrankungen und andere Erkrankungen mit abnormalem Bewegungsmuster	386	21,9
521	Erkrankungen des Hartgewebes der Zähne	311	24,7
V07	Isolation und andere Prophylaxemaßnahmen	287	27,2
290	Organische senile und präsenile psychotische Zustände	234	29,3
340	Multiple Sklerose	232	31,3
331	Andere zerebrale Degenerationen	184	32,9
427	Herzrhythmusstörungen	179	34,5
345	Epilepsie	162	36,0
781	Symptome betreffend das Nerven- und Muskel-Skelett-System	155	37,3
714	Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Polyarthropathien	153	38,7
440	Atherosklerose	147	40,0
V10	Persönliche Anamnese eines bösartigen Tumors	132	41,2
780	Allgemeine Symptome	131	42,3
250	Diabetes mellitus	130	43,5
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT MEDIZINISCHER DRG ODER DRG OHNE GENAUE KLASSIFIZIERUNG INSGESAMT		11.303	

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die häufigste chirurgische DRG war die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“ (21,8%), die häufigste Entlassungsdiagnose hingegen „Grauer Star“ (21,4%).

Tabelle 23: Häufigste chirurgische DRGs im Tagesklinik-Betrieb der Landeskrankenanstalten - Jahr 2006

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Aufenthalte	% kumuliert
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	3.275	21,8
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	1.234	30,0
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration o. Hysterotomie	1.125	37,5
119	Venenligatur und Venenstripping	1.086	44,7
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	903	50,7
162	Eingriffe wegen Hernia inguinalis und femoralis, Alter > 17 ohne Komplikationen	780	55,9
364	Dilatation und Ausschabung, Konisation, außer wegen maligner Neoplasien	709	60,6
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	527	64,1
6	Dekompression am Karpaltunnel	514	67,6
270	Andere Eingriffe an der Haut, am Unterhautgewebe und an der Brust, ohne Komplikationen	454	70,6
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	399	73,2
42	Eingriffe an intraokulären Strukturen außer Retina, Iris und Kristallin	319	75,3
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT CHIRURGISCHER DRG INSGESAMT		15.030	

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Tabelle 24: **Häufigste chirurgische Entlassungsdiagnosen im Tagesklinik-Betrieb in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

Kodex ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Aufenthalte	% kumuliert
366	Grauer Star	3.217	21,4
717	Interne Verletzungen des Knies	1.264	29,8
454	Krampfader an den unteren Gliedmaßen	1.087	37,0
550	Hernia inguinalis	827	42,5
628	Weibliche Unfruchtbarkeit	739	47,5
635	Legalen Schwangerschaftsabbruch	528	51,0
354	Mononeuritis der oberen Gliedmaße und Mononeuritis multiplex	527	54,5
V54	Sonstige weitere orthopädische Behandlung	449	57,5
362	Sonstige Netzhauterkrankungen	385	60,0
621	Gebärmuttererkrankungen, nicht anders klassifiziert	363	62,4
632	Missed abortion	363	64,9
727	Sonstige Störungen der Synovialis, der Sehnen und der Schleimbeutel	353	67,2
605	Vorhauthypertrophie und Phimose	313	69,3
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT CHIRURGISCHER DRG INSGESAMT		15.030	

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

3.2.5. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

3.2.5.1. Mehrfachaufenthalte

Als Mehrfachaufenthalte werden jene Fälle definiert, in denen der Patient im Jahr mindestens zwei Aufenthalte in Einrichtungen des Landes absolviert hat, wobei die Krankenhausverlegungen ausgenommen sind. Unter Mehrfachaufenthalten versteht man alle Aufenthalte, die auf den Ersten folgen, ausgenommen die Tagesklinik-Aufenthalte, die Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute 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 15.767 im Jahr 2006 verzeichneten Mehrfachaufenthalten waren 62,5% dringende Aufenthalte; 42,5% entfielen auf das Herkunfts-Krankenhaus Bozen, 39,8% auf Schwerpunkt-Krankenhäuser, 12,1% auf Krankenhäuser der Grundversorgung und 5,6% auf Privatkliniken. Die Art des Herkunfts- und Zielkrankenhauses stimmt bei 13.800 Aufenthalten, d. h. in 87,5% der Fälle überein.

Tabelle 25: **Ordentliche Mehrfachaufenthalte nach Art des Ziel- und Herkunfts-Krankenhauses des Patienten - Jahr 2006**

Art des Herkunfts-KH	Art des Ziel-KH				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerpunkt KH	KH f. d. Grundvers.	Privatklinik	
Zentral-KH	6.186	271	57	185	6.699
Schwerpunkt-KH	300	5.593	215	172	6.280
KH f. d. Grundvers.	76	232	1.569	24	1.901
Privatklinik	227	187	21	452	887
INSGESAMT	6.789	6.283	1.862	833	15.767

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Im Jahr 2006 wurden in den Abteilungen der Landeskrankenanstalten (ausgenommen die Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie) 2.929 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 3,8% der gesamten Aufenthalte ausmacht.

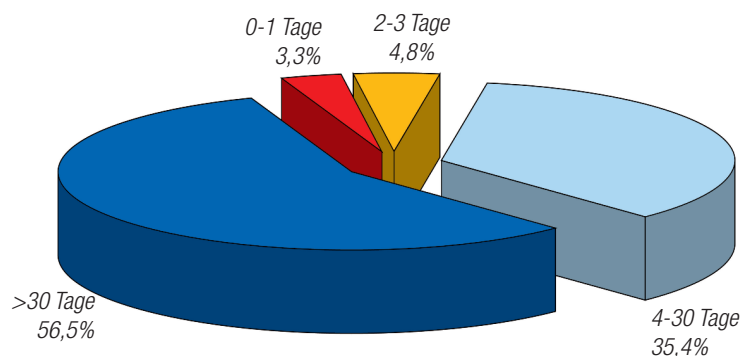
In 85,0% dieser Fälle wurde der Patient nach Hause entlassen, in 5,6% verstarb der Patient und in den restlichen 9,4% kam eine andere Entlassungsart zur Anwendung; 60% der Mehrfachaufenthalte kennzeichneten sich außerdem durch ihre Dringlichkeit.

Tabelle 26: Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Art der Entlassung, Zeitintervall zwischen den Aufenthalten und Anteil der dringenden Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006

Zeitintervall zwischen den Aufenthalten	Entlassung nach Hause	Andere Entlassungsart	Insgesamt	% dringende Aufenthalte
0-1 Tage	78	18	96	83,3
2-3 Tage	117	24	141	70,9
4-30 Tage	873	163	1.036	63,0
>30 Tage	1.419	237	1.656	62,3
INSGESAMT	2.487	442	2.929	63,6

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 17: Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Zeitintervall zwischen den Aufenthalten - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

ZEITINTERVALL ZWISCHEN DEN AUFENTHALTEN

MEHRFACHAUFENTHALTE MIT ZEITINTERVALL VON 0-3 TAGEN

Das zwischen einem Aufenthalt und dem nächsten verstrichene Zeitintervall betrug in 56,5% der Fälle über 30 Tage, in 35,4% zwischen 4 und 30 Tagen, in 4,8% der Fälle zwischen 2 und 3 Tagen und in 3,3% der Fälle wurde der Patient entlassen und am selben oder am nächsten Tag im selben Krankenhaus wieder aufgenommen.

Von den 195 Mehrfachaufenthalten mit Zeitintervall zwischen 0 und 3 Tagen und Entlassung des Patienten nach Hause fanden 32,8% im Krankenhaus Bozen statt, 18,5% im Krankenhaus Meran und im Krankenhaus Brixen und 9,7% im Krankenhaus Bruneck. Die Mehrfachaufenthalte von nicht in Südtirol ansässigen Patienten betrugen 8. Der Gesamtbetrag dieser 195 Mehrfachaufenthalte betrug 46.7343,17 Euro. Die Summe der 8 Mehrfachaufenthalte von Nichtansässigen ergab 17.172,19 Euro.

Tabelle 27: **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 2006**

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außerh. d.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Prov.	
Krankenhaus Bozen	55	2	1	-	5	63
Krankenhaus Meran	2	33	-	-	1	36
Krankenhaus Brixen	3	-	14	1	1	19
Krankenhaus Bruneck	1	-	-	34	1	36
Krankenhaus Schlanders	-	18	-	-	-	18
Krankenhaus Sterzing	3	-	9	-	-	12
Krankenhaus Innichen	-	-	-	6	-	6
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	64	53	24	41	8	190
Marienklinik	1	-	-	-	-	1
Privatklinik St. Anna	-	4	-	-	-	4
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	1	4	-	-	-	5
KRANKENANSTALTEN INSGES.	65	57	24	41	8	195

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Von den 873 Mehrfachaufenthalten mit Zeitintervall von 4 bis 30 Tagen und Entlassung des Patienten nach Hause betrafen 42,8% das Krankenhaus Bozen, 17,6% das Krankenhaus Meran, 10,3% das Krankenhaus Brixen, 9,4% das Krankenhaus Bruneck, 6,5% das Krankenhaus Schlanders, 5,2% das Krankenhaus Sterzing, 4,6% das Krankenhaus Innichen und die restlichen 3,6% die Privatkliniken.

**MEHRFACHAUENTHALTE
MIT ZEITINTERVALL VON
4-30 TAGEN**

289

Tabelle 28: **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 2006**

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außerh. d.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Prov.	
Krankenhaus Bozen	309	17	7	6	35	374
Krankenhaus Meran	8	144	-	-	2	154
Krankenhaus Brixen	15	1	65	9	-	90
Krankenhaus Bruneck	5	2	4	71	-	82
Krankenhaus Schlanders	-	57	-	-	-	57
Krankenhaus Sterzing	3	1	39	-	2	45
Krankenhaus Innichen	-	-	-	31	9	40
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	340	222	115	117	48	842
Marienklinik	14	1	1	-	1	17
Privatklinik St. Anna	4	8	-	-	-	12
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	2	-	-	-	-	2
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	20	9	1	-	1	31
KRANKENANSTALTEN INSGES.	360	231	116	117	49	873

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Mehrfachaufenthalte mit einer Differenz zwischen dem Entlassungs- und Neuaufnahmedatum von 4 bis 30 Tagen seitens Nichtansässiger betragen 49.

Der Gesamtbetrag dieser 873 Mehrfachaufenthalte betrug 2.675.792,54 Euro. Die Summe der 49 Mehrfachaufenthalte von Nichtansässigen betrug 367.350,65 Euro.

**MEHRFACHAUFENTHALTE
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 2006 wurden in den Abteilungen der Landeskrankenanstalten (ausgenommen die Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie) 20.788 ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen verbraucht, was 27,7% der 74.957 ordentlichen Aufenthalte insgesamt (ausgenommen Psychiatrie) entspricht.

In 95,0% der Fälle (19.756 Aufenthalte) wurde der Patient nach Hause entlassen. 60,2% der Kurzaufenthalte wurde eine medizinische DRG oder DRG ohne genaue Klassifizierung zugeordnet, 39,0% eine chirurgische DRG.

Tabelle 29: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen nach Art der Entlassung und DRG in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2006

Art der Entlassung	Med. DRG	Chir. DRG	Nicht klassifiz. DRG	Insgesamt	%
Entlassung nach Hause	11.669	7.943	144	19.756	95,0
Verstorben	195	23	2	220	1,1
Andere Entlassungsart	650	150	12	812	3,9
INSGESAMT	12.514	8.116	158	20.788	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

290

**KURZAUFENTHALTE MIT
MEDIZINISCHER DRG UND
ENTLASSUNG NACH
HAUSE**

Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG betrugen 11.669 (56,1% der Aufenthalte insgesamt). 97,8% davon betrafen die öffentlichen Krankenhäuser (39,9% das Krankenhaus Bozen), die restlichen 2,2% die Privatkliniken, vor allem die Marienkl. n.

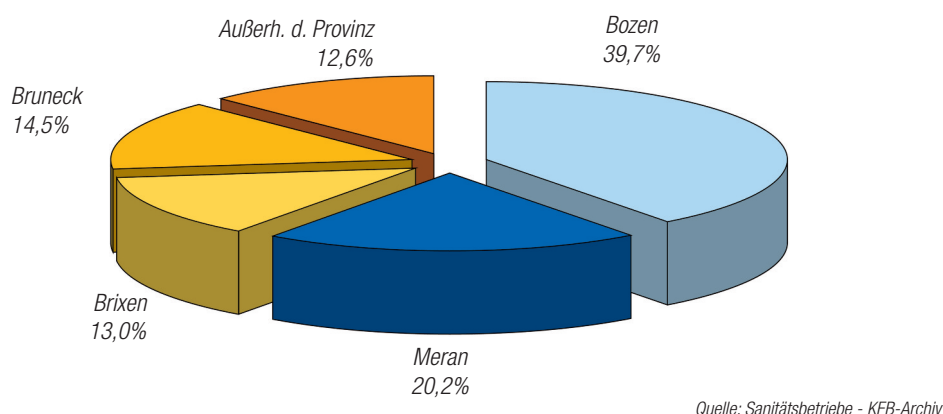
Tabelle 30: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG nach Landeskrankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2006

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außerh. d. Prov.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck		
Krankenhaus Bozen	3.924	141	54	37	514	4.670
Krankenhaus Meran	146	1.485	7	5	172	1.815
Krankenhaus Brixen	263	11	1.046	90	183	1.593
Krankenhaus Bruneck	27	14	85	1.293	305	1.724
Krankenhaus Schlanders	5	627	2	-	81	715
Krankenhaus Sterzing	88	17	315	6	62	488
Krankenhaus Innichen	4	2	3	255	149	413
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	4.457	2.297	1.512	1.686	1.466	11.418
Marienkl. n.	161	18	5	3	1	188
Privatkl. n. St. Anna	11	46	-	-	2	59
Privatkl. n. Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	4	-	-	-	-	4
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	176	64	5	3	3	251
KRANKENANSTALTEN INSGES.	4.633	2.361	1.517	1.689	1.469	11.669

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

1.469 Aufenthalte (12,6% der 111.669 Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG) erfolgten von nicht in Südtirol ansässigen Patienten: 35,0% davon im Krankenhaus Bozen und 20,8% im Krankenhaus Bruneck.

Abbildung 18: **Ordentliche Kurzaufenthalte mit Entlassung nach Hause und medizinischer DRG in den Landeskrankenanstalten nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2006**



Die Aufenthaltsdauer von Südtirolern in anderen Regionen Italiens betrug bei 1.158 Fällen 2 oder 3 Tage, was 36,3% der außerhalb des Landes erfolgten 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

Das Dekret des Ministerpräsidenten vom 29.11.01 (ordentliches Beiblatt 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 sollten bei der Implementierung eines Informationssystems berücksichtigt werden, das nicht nur die Effizienz, sondern auch die Qualität steigert. 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.

In der Folge werden die von den „Indikatoren der Angemessenheit“ für Südtirol 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 des Jahres 2004 verwendet.

Für Südtirol wurden die Daten der Jahre 2005 und 2006 dem KEB-Archiv des Landes 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 31: **Indikatoren der Angemessenheit für alle Landeseinrichtungen (öffentliche und private) - Jahre 2005-2006**

Indikatoren der Angemessenheit	Jahr 2005	Jahr 2006
Prozentsatz der Kaiserschnitte an allen Geburten (DRG von 370 bis 375)	23,2	24,9
Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen an den aus chirurgischen Abteilungen Entlassenen insgesamt	43,6	42,9
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Diabetes (Kodex 250.xx)	145,1	145,9
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Asthma (Kodex 493.xx)	39,5	31,7
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einw. wegen Herzdekompensation (Kodex 428.xx)	281,0	302,2
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen TURP, Männer Alter >49 Jahre (int. Kodex 60.2))	388,7	419,4
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einw. wegen Appendektomie (int. Kodex 47.0 u. 47.1)	149,0	150,9
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Hysterektomie Frauen, Alter >45 Jahre (int. Kodex von 68.3 bis 68.9)	418,8	391,5
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Tonsillektomie (int. Kodex 28.2, 28.3, 28.6, 28.7)	262,7	267,6
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Koronarangioplastie, Alter >= 65 Jahre (int. Kodex 36.0x)	709,7	647,3
Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner wegen Hüftgelenkersatz, Alter >= 65 Jahre (int. Kodex 81.51, 81.52 und 81.53)	867,4	929,8
Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien (int. Kodex 51.23 und 51.24) an allen Cholezystektomien (int. Kodex von 51.21 bis 51.24)	79,4	78,2
Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik (DRG 39)	84,1	91,7
Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik (DRG 119)	84,7	84,3

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

KAISERSCHNITT

Eines der Ziele des Nationalen Gesundheitsplans 2002-2004 ist die Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte⁸ auf einen gesamtstaatlichen Wert von 20%. Südtirol verzeichnet einen Wert von 24,9%, der sich dem nationalen Standard annähert und dem Durchschnittswert der Europäischen Union von 23,7% im Jahr 2003 entspricht⁹.

Der leichte Anstieg gegenüber den Vorjahreswerten geht dabei auf die Zunahme des Anteils der Kaiserschnitte in der Marienklarin zurück.

Fälle von Muttersterblichkeit traten im Laufe des Jahres nicht auf.

⁸ DRG 370, 371, 372, 373, 374, 375; die ersten beiden DRGs beziehen sich auf den Kaiserschnitt

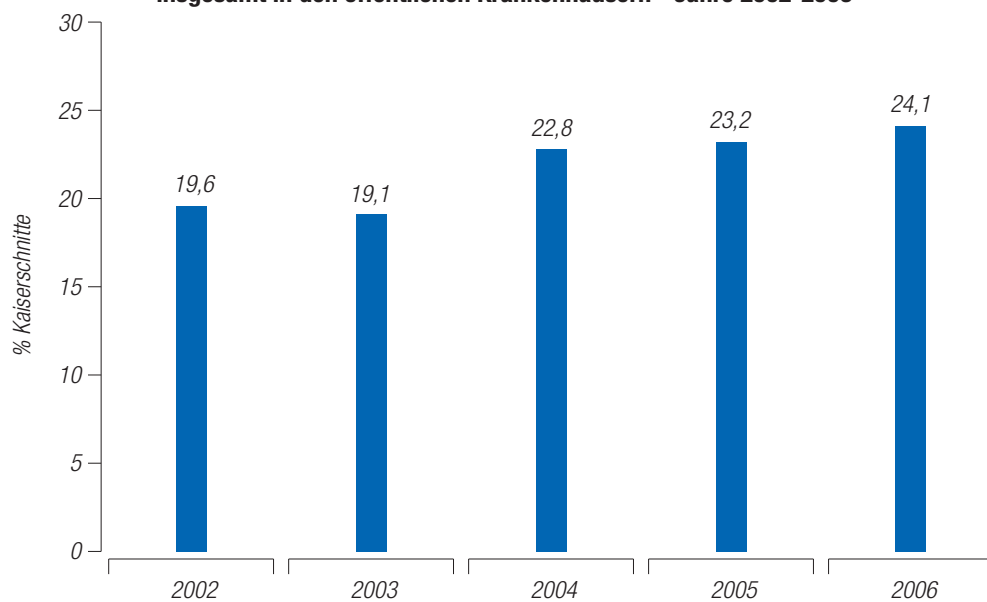
⁹ Der von der WHO empfohlene Höchstwert betrug bereits 1985 15%

Tabelle 32: **Krankenhausaufenthalte aufgrund von Geburt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Aufenthalte wegen Kaiserschnitte	Aufenthalte wegen Geburt	% der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt
Krankenhaus Bozen	347	1.572	22,1
Krankenhaus Meran	309	1.207	25,6
Krankenhaus Brixen	166	727	22,8
Krankenhaus Bruneck	187	634	29,5
Krankenhaus Schlanders	87	372	23,4
Krankenhaus Sterzing	108	507	21,3
Krankenhaus Innichen	56	220	25,5
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	1.260	5.239	24,1
Marienklinik	107	261	41,0
Privatklinik St. Anna	-	-	-
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	107	261	41,0
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	1.367	5.500	24,9

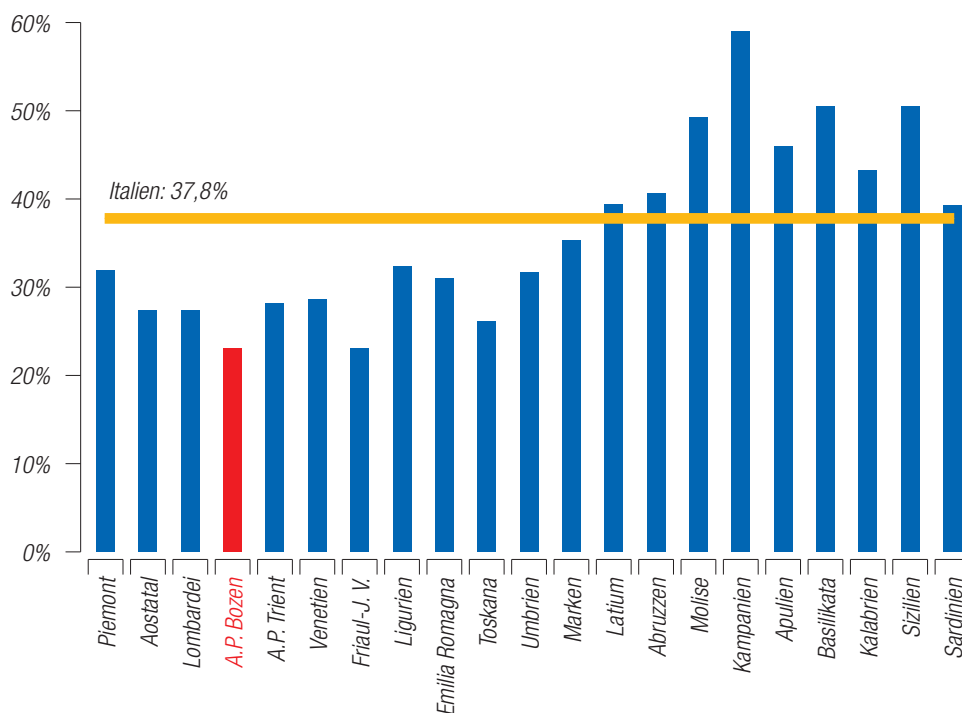
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 19: **Anteil der Aufenthalte wegen Kaiserschnitt an den Aufenthalten wegen Geburt insgesamt in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahre 2002-2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 20: Anteil der Kaiserschnitte an allen Geburten in den Regionen Italiens - Jahr 2004



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

MEDIZINISCHE DRGS IN CHIRURGISCHEN ABTEILUNGEN

Die Situation des Jahres 2006 bleibt in Bezug auf den Indikator „Medizinische DRGs in chirurgischen Abteilungen¹⁰“, der einen „Proxy“-Indikator für den unangemessenen Aufenthalt in der Fachmedizin darstellt, im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert. Dieser Indikator nimmt 2006 einen Wert von 42,9% an und liegt auf Landesebene über dem gesamtstaatlichen Wert von 37,4% des Jahres 2004.

Tabelle 33: Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG und Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen insgesamt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006

Krankenanstalt	Entlassung m. med. DRG	Entlassung aus chir. Abt. insg.	% Entlassungen aus chir. Abt. mit med. DRG
Krankenhaus Bozen	5.991	13.365	44,8
Krankenhaus Meran	3.013	7.627	39,5
Krankenhaus Brixen	2.592	6.260	41,4
Krankenhaus Bruneck	2.667	5.548	48,1
Krankenhaus Schlanders	992	1.927	51,5
Krankenhaus Sterzing	772	1.771	43,6
Krankenhaus Innichen	651	1.385	47,0
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	16.678	37.883	44,0
Marienklinik	402	1.693	23,7
Privatklinik St. Anna	10	250	4,0
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	412	1.943	21,2
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	17.090	39.826	42,9

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

¹⁰ Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde und Stomatologie, Orthopädie und Traumatologie, HNO, Geburtshilfe und Gynäkologie und Urologie

Abbildung 21: Anteil der Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG an den Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen insgesamt in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahre 2002-2006

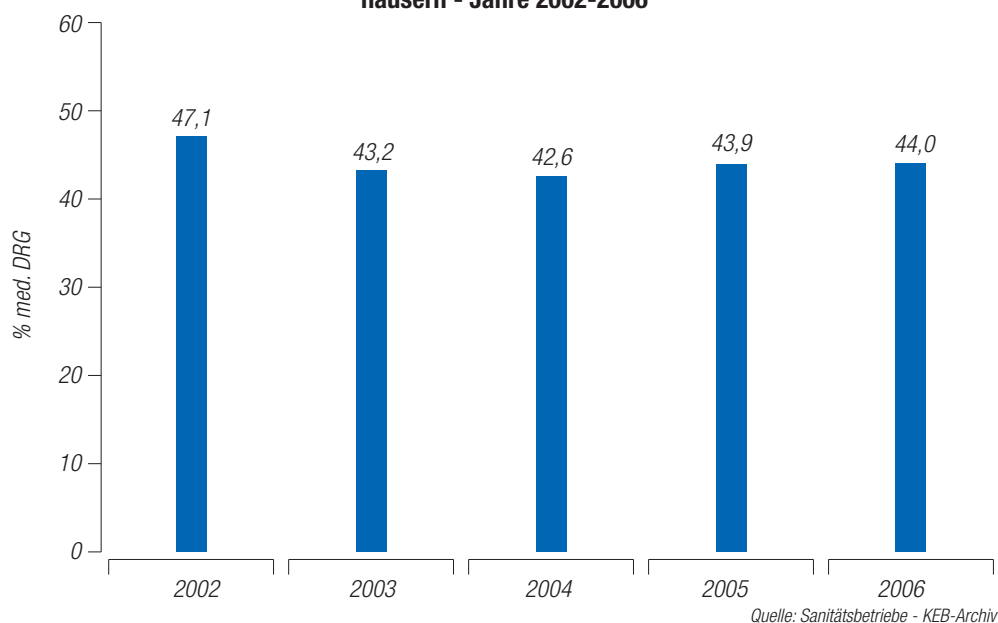
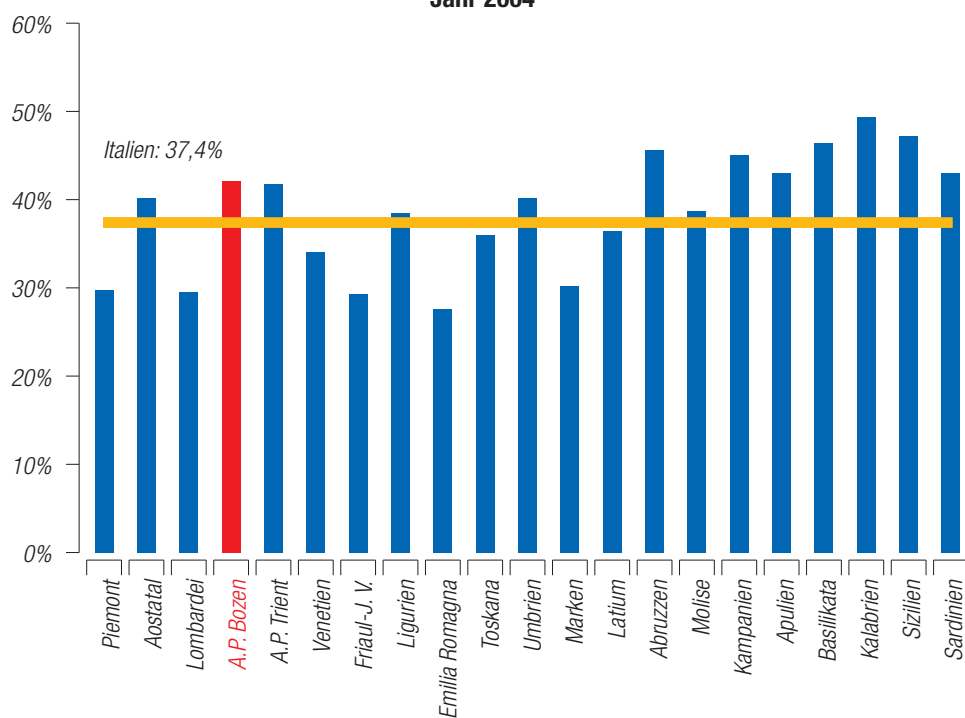


Abbildung 22: Anteil der Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG an den Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen insgesamt in den Regionen Italiens - Jahr 2004

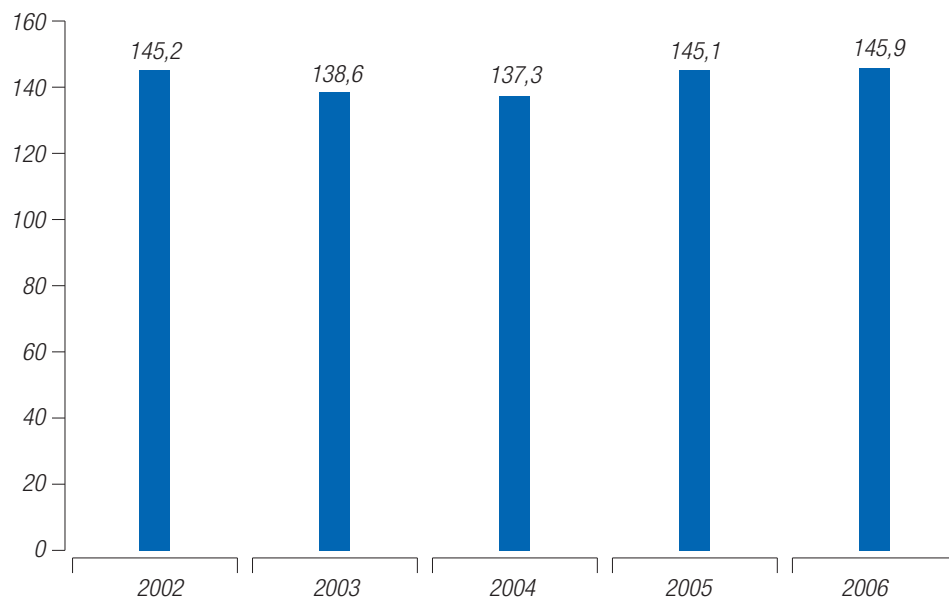


Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN DIABETES**

Im Jahr 2006 betrug die Hospitalisierungsrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Diabetes auf Landesebene 145,9 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.

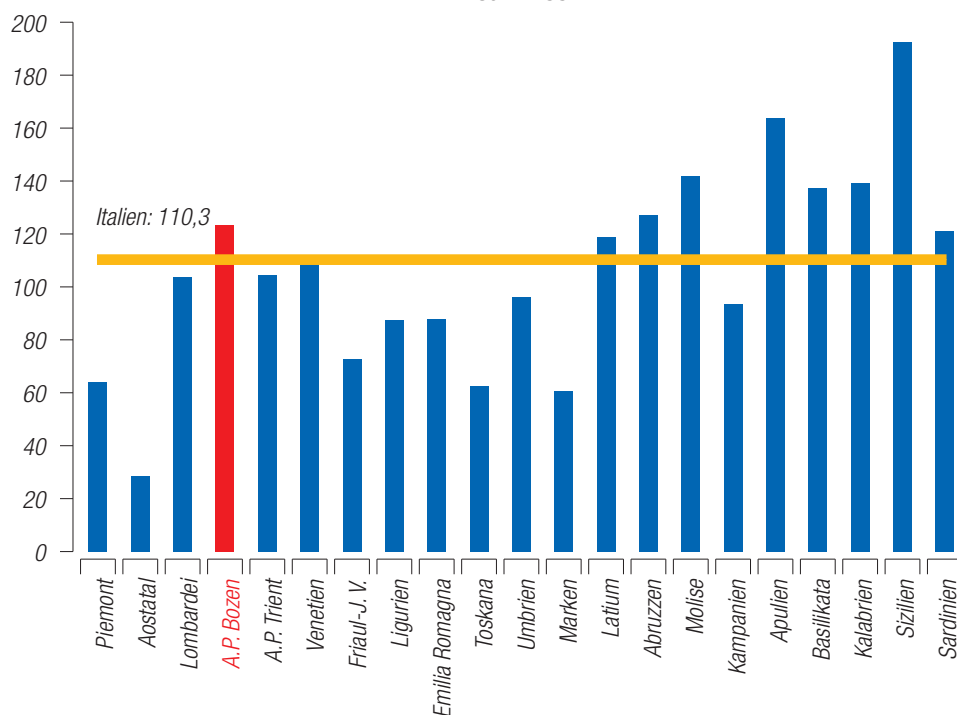
Abbildung 23: Hospitalisierungsrate wegen Diabetes pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die gesamten Aufenthalte aufgrund von Diabetes betrugen in Südtirol 154,8 pro 100.000 Einwohner, sind im Vergleich zum Vorjahr ansteigend und liegen über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2004 (Italien 110,3).

Abbildung 24: Aufenthalte wegen Diabetes pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004

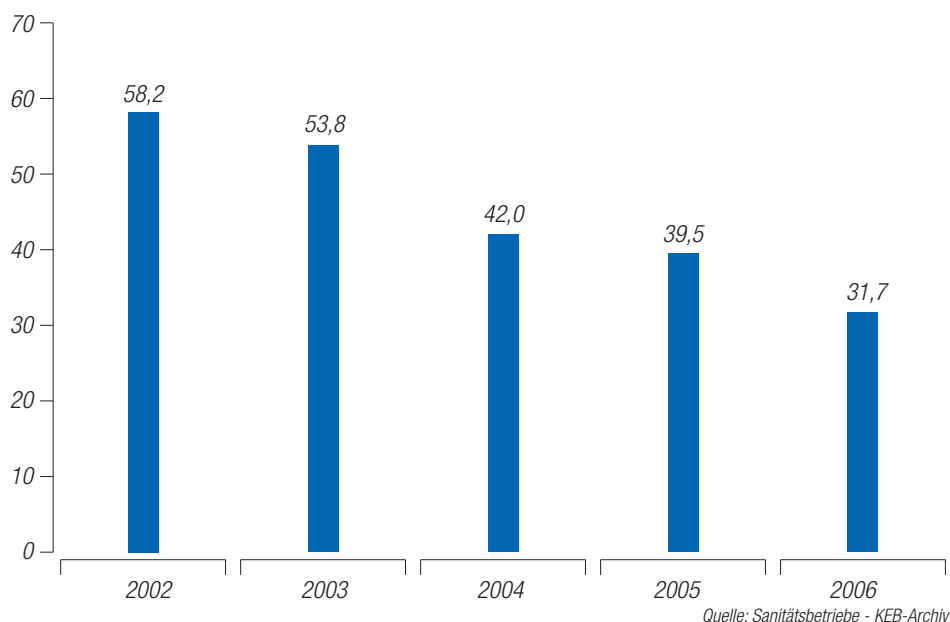


Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

Die Hospitalisierungsrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Asthma betrug 2006 31,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.

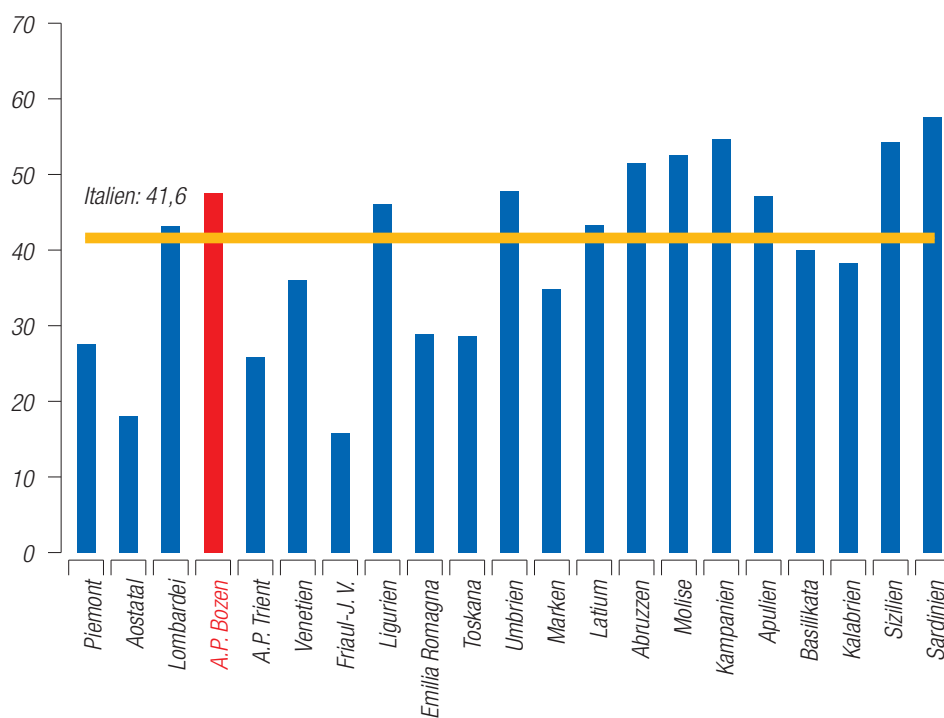
HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN ASTHMA

Abbildung 25: Hospitalisierungsrate wegen Asthma pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006



Die Zahl der in den Landeseinrichtungen wegen Asthma erfolgten Aufenthalte pro 100.000 Einwohner von 37,0 ist im Vergleich zum Jahr 2005 rückläufig und liegt leicht unter den gesamtstaatlichen Werten des Jahres 2004 (Italien 41,6).

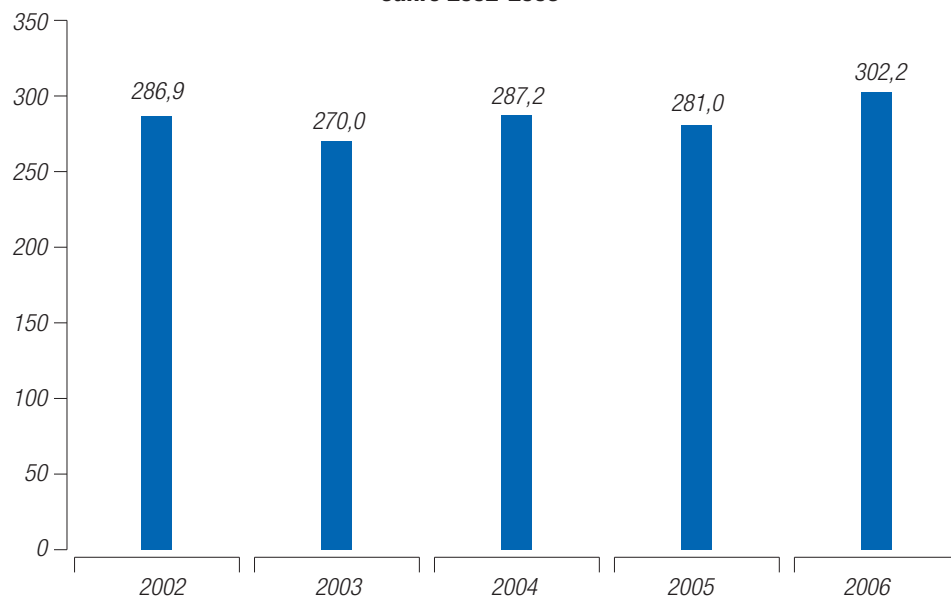
Abbildung 26: Aufenthalte wegen Asthma pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN
HERZDEKOMPENSATION**

Die Hospitalisierungsrate (Aufenthalte von Südtirolern) wegen Herzdekompensation beträgt 302,2 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.

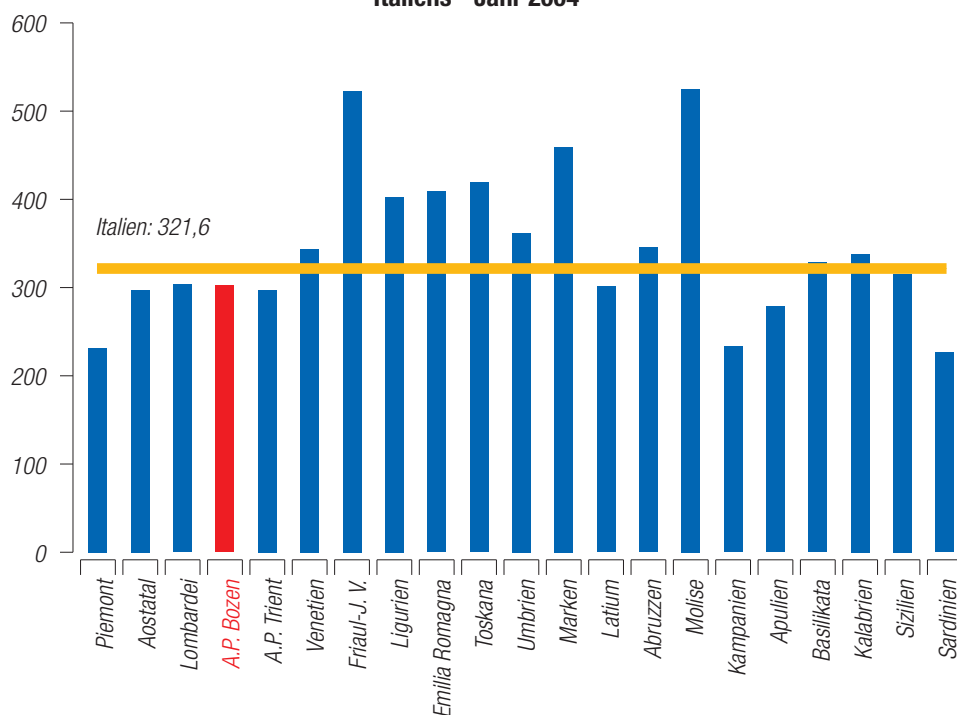
Abbildung 27: **Hospitalisierungsrate wegen Herzdekompensation pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Südtirol liegt in Bezug auf die in den Landeseinrichtungen getätigten Aufenthalte wegen Herzdekompensation mit 319,4 pro 100.000 Einwohner im Jahr 2006 unter den gesamtstaatlichen Werten (Italien 321,6 im Jahr 2004), verzeichnet aber gegenüber 2005 (296,8) einen deutlichen Zuwachs.

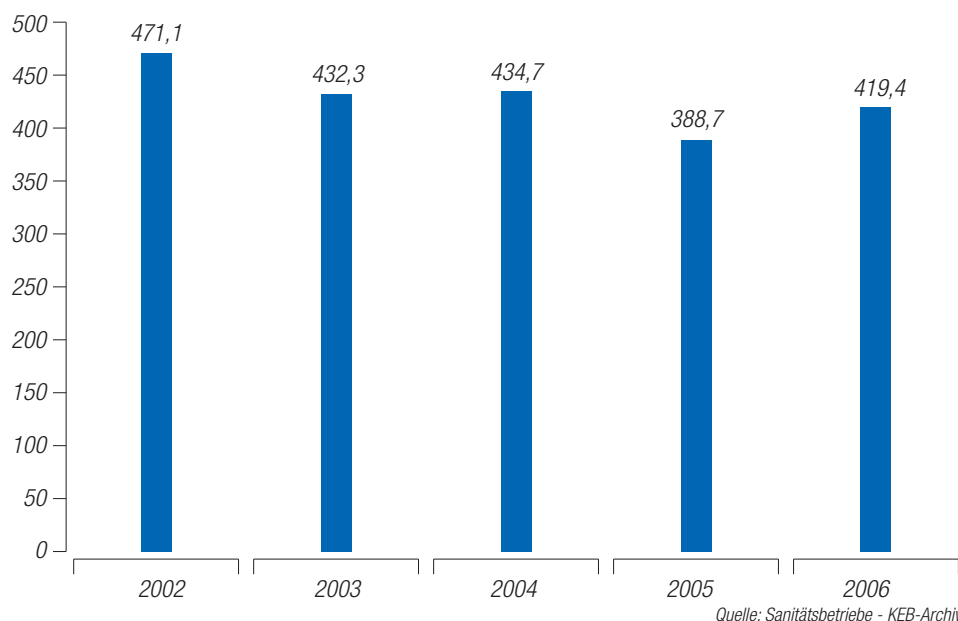
Abbildung 28: **Aufenthalte wegen Herzdekompensation pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004**



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

In Südtirol betrugen die Prostatektomien, assoziiert mit der Diagnose Prostata-Hyperplasie, insgesamt 327, 296 (90,5%) davon wurden transurethral (TURP) ausgeführt und bezeugen somit einen angemessenen Gebrauch der Turp-Techniken gegenüber der Laparotomie.

Abbildung 29: **Hospitalisierungsrate wegen TURP, Männer Alter > 49 Jahre, pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006**

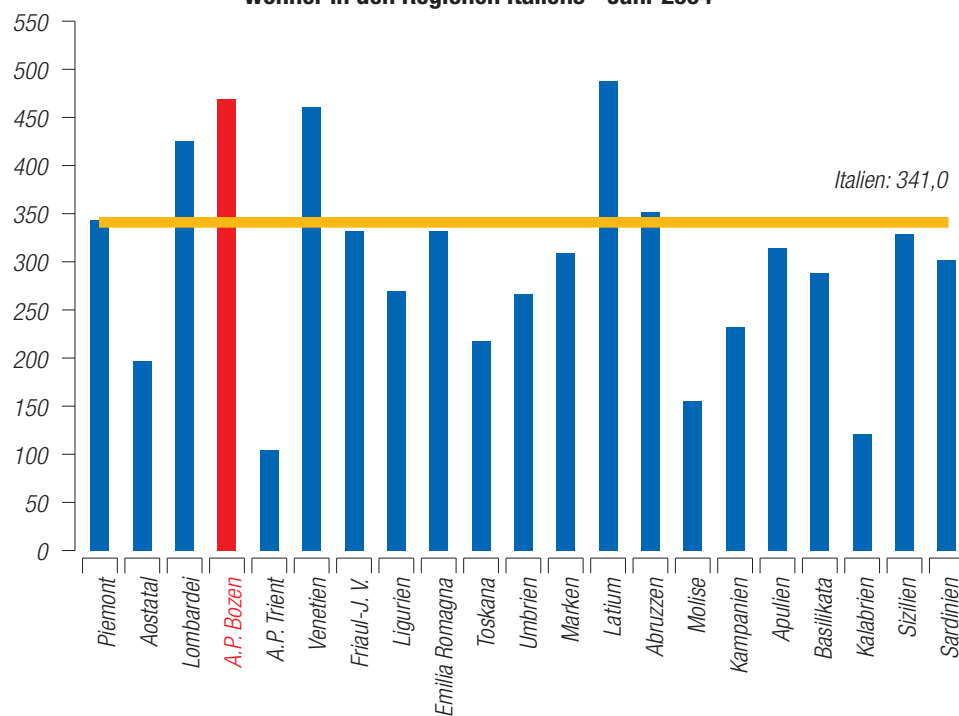


Insgesamt beträgt die Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik bei Männern über 49 Jahren auf Landesebene 419,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner mit einem klaren Anstieg gegenüber 2005 und einem Wert über den gesamtstaatlichen Vergleichsdaten des Jahres 2004 von 341,0.

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN TURP**

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN APPENDEKTOMIE**

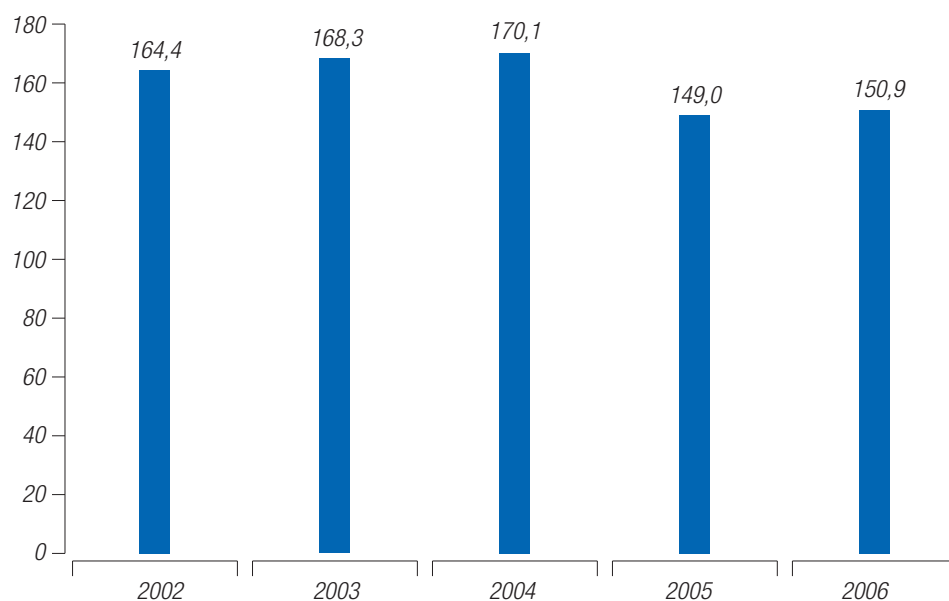
Abbildung 30: **Hospitalisierungsrate wegen Turp, Männer Alter >49 Jahre, pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004**



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

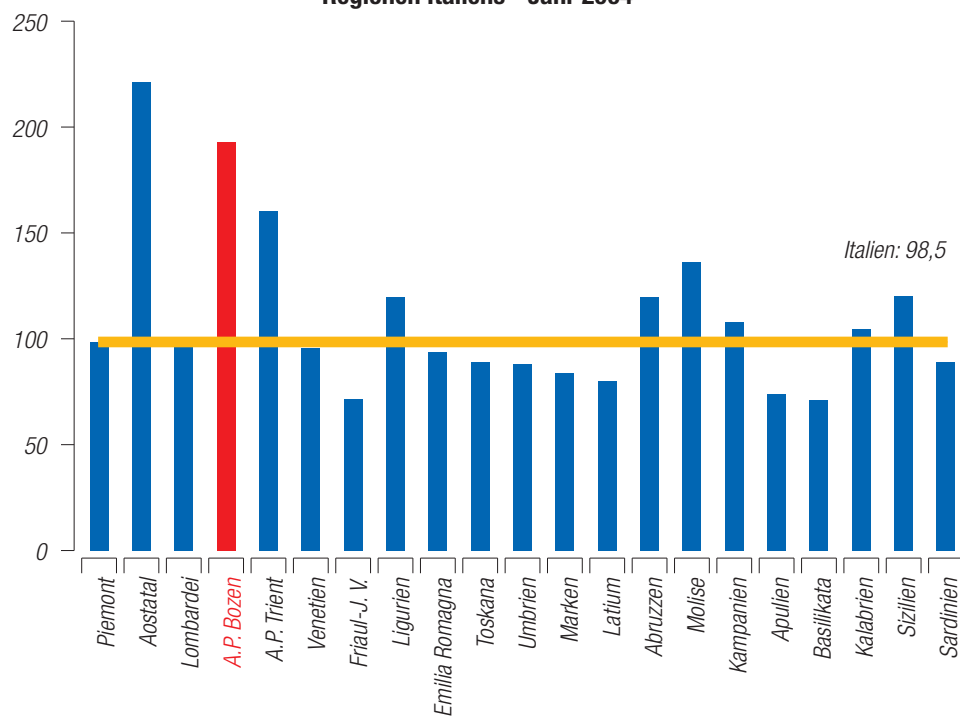
Zur Überprüfung der Begrenzung der chirurgischen Eingriffe wie Appendektomie, Hysterektomie und Tonsillektomie wurden die jeweiligen Hospitalisierungsraten berechnet. Die Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie beträgt 150,9 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner und liegt auch im Jahr 2006 über dem nationalen Vergleichswert 2004 (Italien 98,5).

Abbildung 31: **Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 32: Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



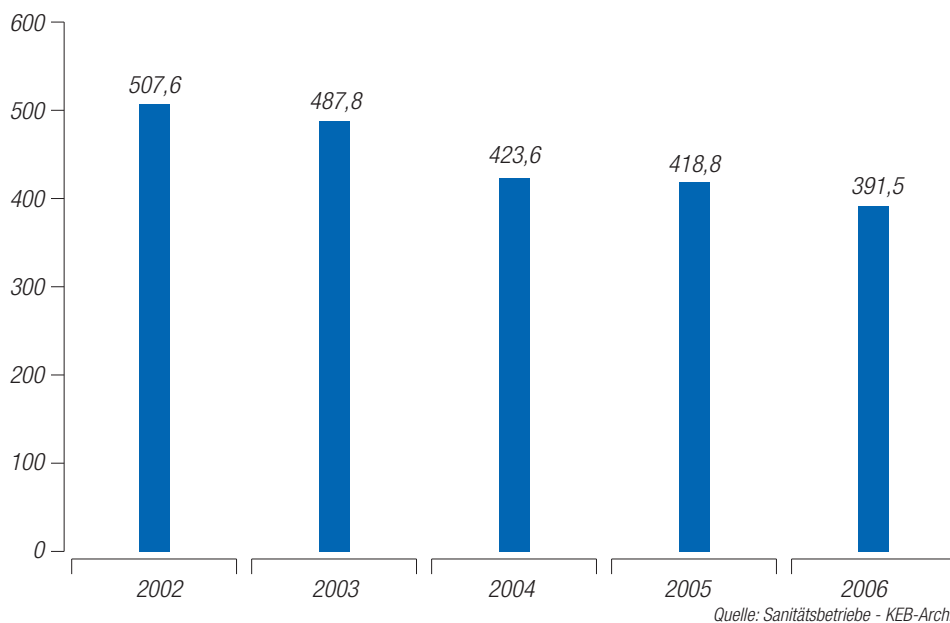
Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

Die Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie bei Frauen über 45 Jahren ist mit 391,5 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner rückläufig zum Vorjahreswert und entspricht weitgehend dem nationalen Vergleichswert 2004 (Italien 373,8).

**HOSPITALISIERUNGS-
RATE WEGEN
HYSTEREKTOMIE**

301

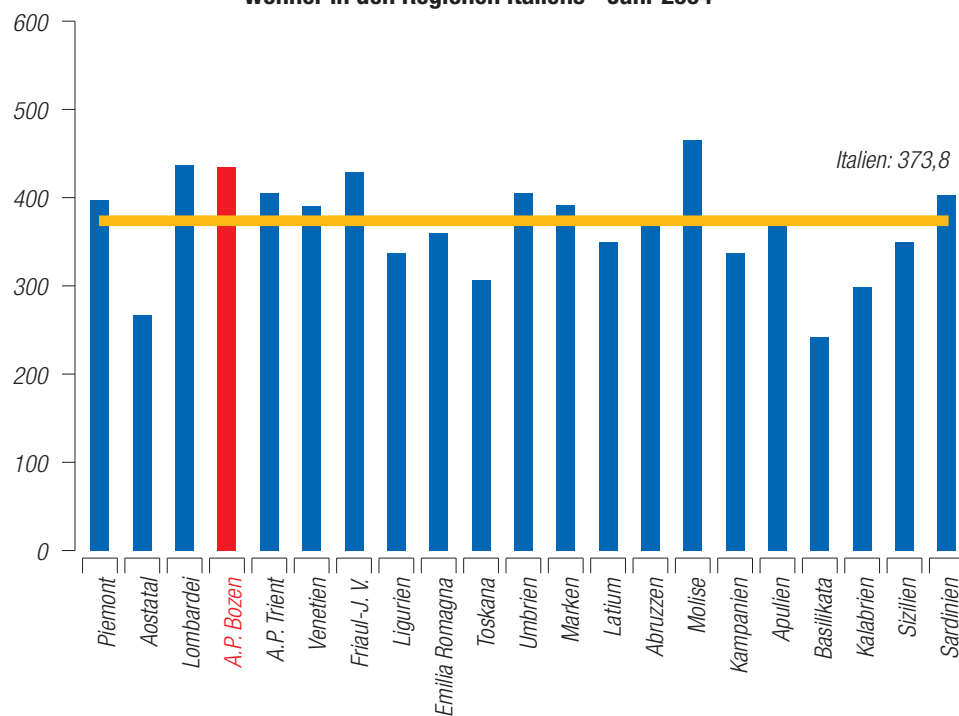
Abbildung 33: Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie, Frauen Alter >45 Jahre, pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN TONSILLEKTOMIE**

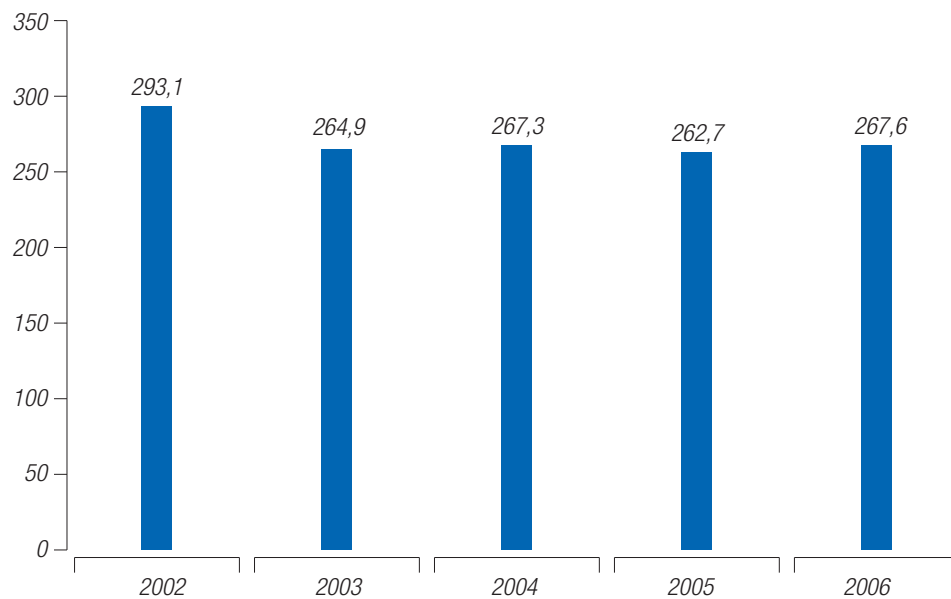
Abbildung 34: Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie, Frauen >45 Jahre, pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

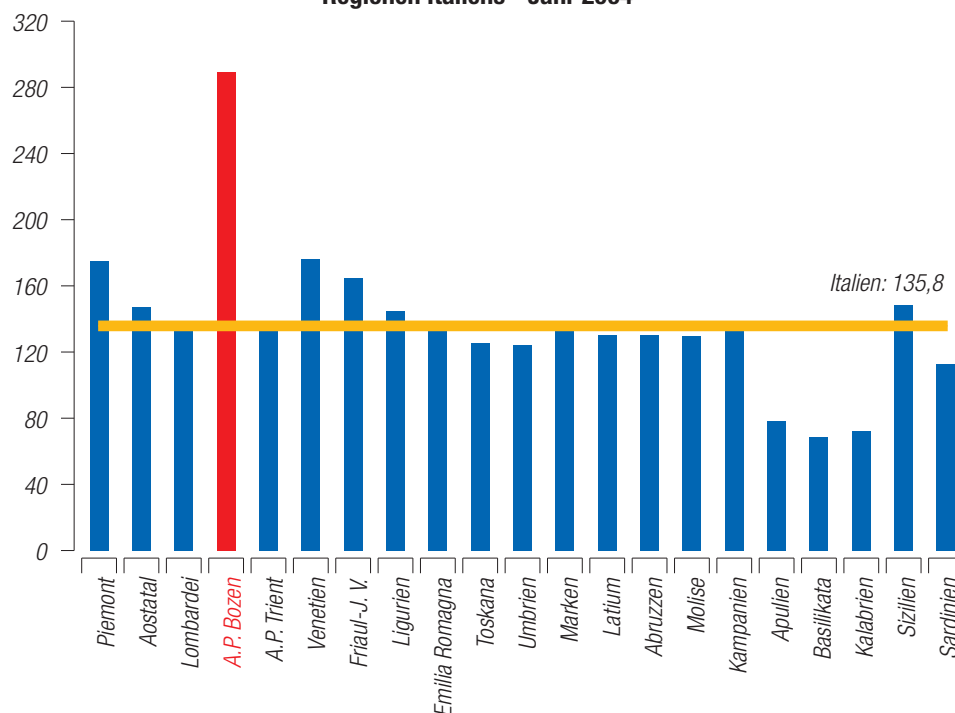
Die Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie betrug 2006 267,6 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner und liegt noch weit über dem nationalen Vergleichswert 2004 (Italien 135,8).

Abbildung 35: Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie pro 100.000 Einwohner - Jahre 2002-2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 36: Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



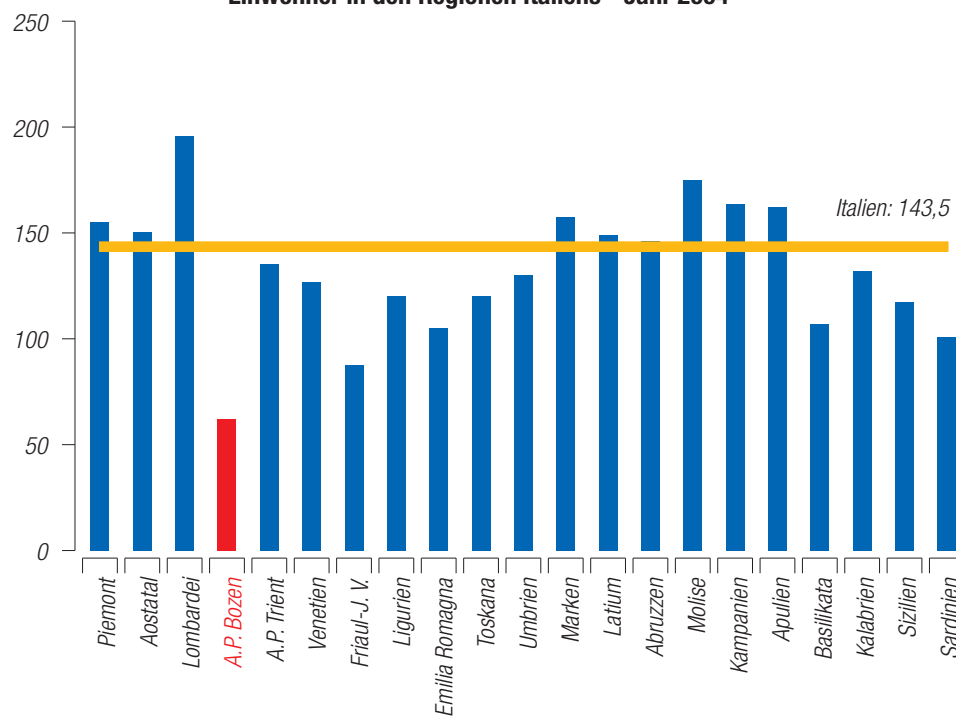
Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

Aus der ministeriellen Datenbank der passiven Mobilität ergibt sich für das Jahr 2004 für Südtirol eine weit unter den nationalen Werten liegende Hospitalisierungsrate wegen Koronar-Bypass¹¹ in der Bevölkerung über 64 Jahren; dieser Eingriff kann in der Provinz Bozen nicht ausgeführt werden, weshalb sich die Patienten an Einrichtungen im übrigen Italien oder im Ausland wenden müssen.

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN KORONAR-
BYPASS**

¹¹Primäreingriff entsprechend Kodex ICD9CM 36.1X

Abbildung 37: Hospitalisierungsrate wegen Koronar-Bypass, Alter ≥ 65 Jahren, pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN KORONAR- ANGIOPLASTIE

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN HÜFTGELENKS- ERSATZ

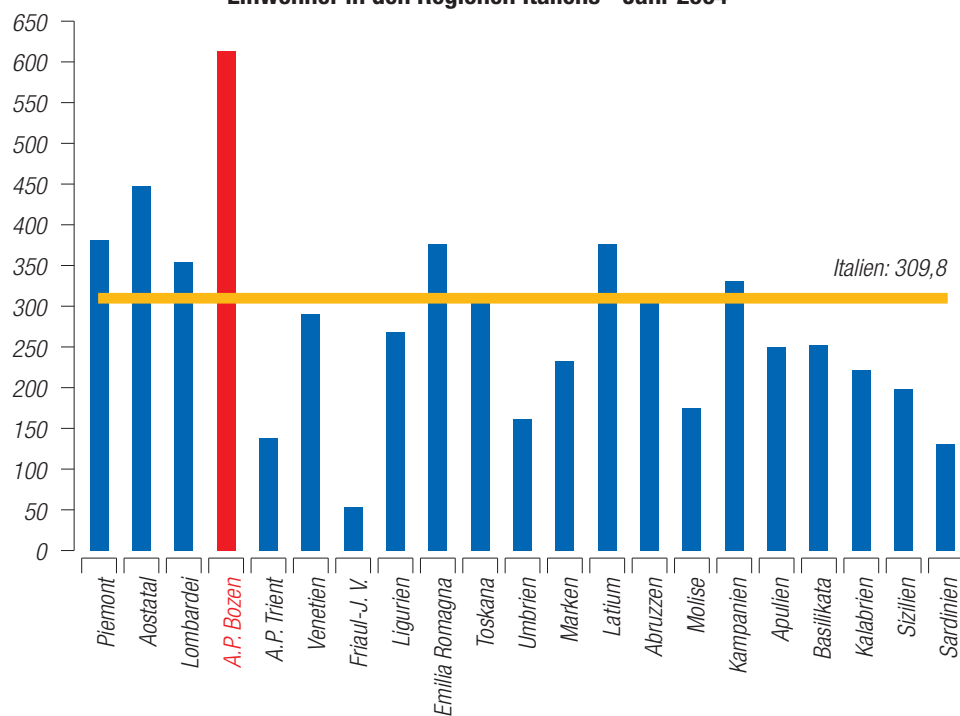
Im Jahr 2006 betrug die Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie¹² in der Bevölkerung über 64 Jahren 647,3 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner; dieser Indikator ist für die Provinz Bozen im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens sehr hoch (gesamtstaatlicher Durchschnitt des Jahres 2004: 309,8).

Auch die Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenkersatz¹³ in der Bevölkerung ab 64 Jahren von 929,0 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner ist in Südtirol sehr hoch gegenüber den anderen Regionen Italiens (gesamtstaatlicher Durchschnitt des Jahres 2004: 552,6). Die Landeswerte entsprechen in Bezug auf diesen chirurgischen Eingriff den Daten der nördlichen Regionen, wo allgemein höhere Werte verzeichnet werden.

¹² Primäreingriff entsprechend Kodex ICD9CM 36.0X

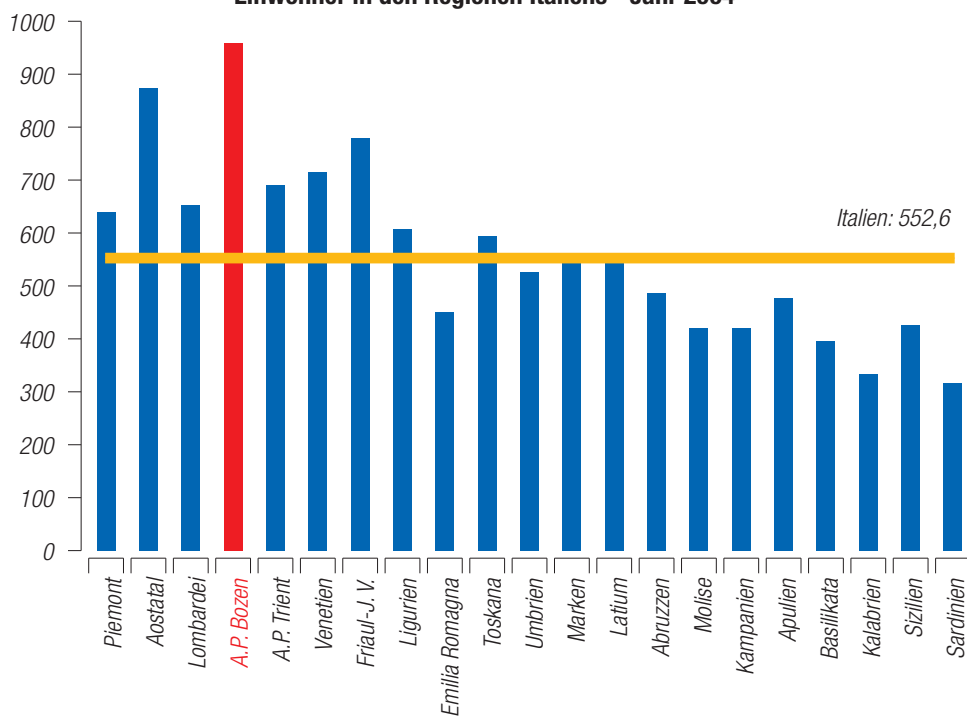
¹³ Primäreingriff entsprechend Kodexen ICD9CM 81.51, 81.52, 81.53

Abbildung 38: Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie, Alter ≥ 65 Jahre, pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

Abbildung 39: Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenkersatz, Alter ≥ 65 Jahre, pro 100.000 Einwohner in den Regionen Italiens - Jahr 2004



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

Für die Inanspruchnahme der Tagesklinik im Vergleich zu den ordentlichen Aufenthalten zeigt Südtirol positive Werte für die Eingriffe am Kristallin und Venenligatur und -stripping.

EINGRIFFE AM KRISTALLIN UND VENENLIGATUR UND -STRIPPING

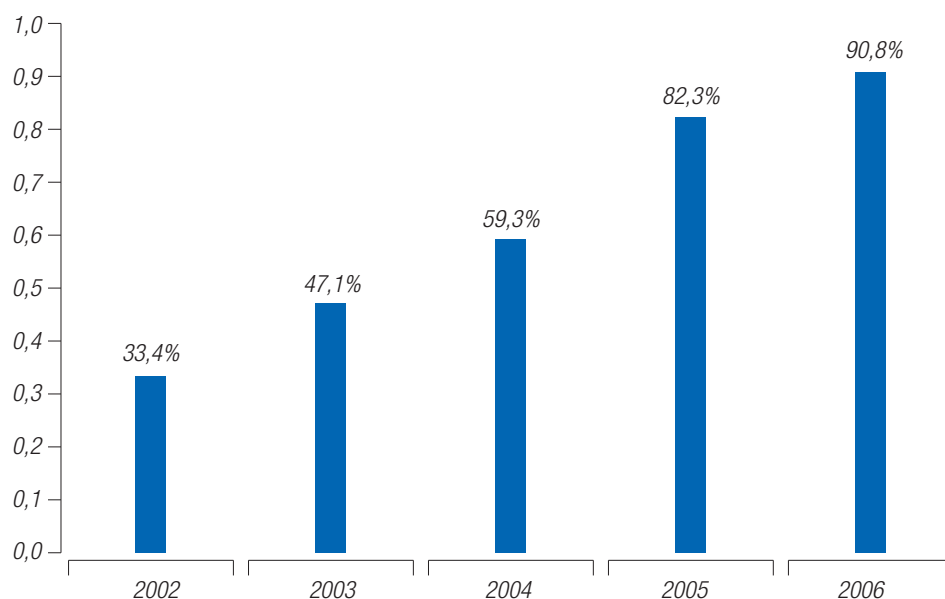
Diese Eingriffe, für welche die Behandlung in der Tagesklinik viel angemessener gilt als ein ordentlicher Aufenthalt, verzeichnen Anteile der Tagesklinik-Aufenthalte an allen Aufenthalten (ordentliche und in der Tagesklinik) von 91,7% für die Eingriffe am Kristallin und von 84,3% für Venenligatur und -stripping. Beide Anteile liegen über den gesamtstaatlichen Vergleichswerten von 78,1% und 55,8%.

Tabelle 34: **Krankenhausaufenthalte mit Eingriff am Kristallin und Venenligatur und -stripping nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Eingriffe am Kristallin (DRG 39)		Venenligatur und -stripping (DRG 119)	
	Anz. Fälle in TK	% an Eingr. insgesamt	Anzahl Fälle in TK	% an Eingr. insges.
Krankenhaus Bozen	889	94,8	6	6,7
Krankenhaus Meran	758	86,4	144	94,1
Krankenhaus Brixen	-	-	151	92,6
Krankenhaus Bruneck	1.214	90,8	150	89,3
Krankenhaus Schlanders	-	-	156	92,3
Krankenhaus Sterzing	-	-	92	95,8
Krankenhaus Innichen	-	-	111	82,8
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	2.861	90,8	810	83,2
Marienklinik	414	99,0	216	90,0
Privatklinik St. Anna	-	-	60	78,9
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIEN INSGESAMT	414	99,0	276	87,3
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	3.275	91,7	1.086	84,3

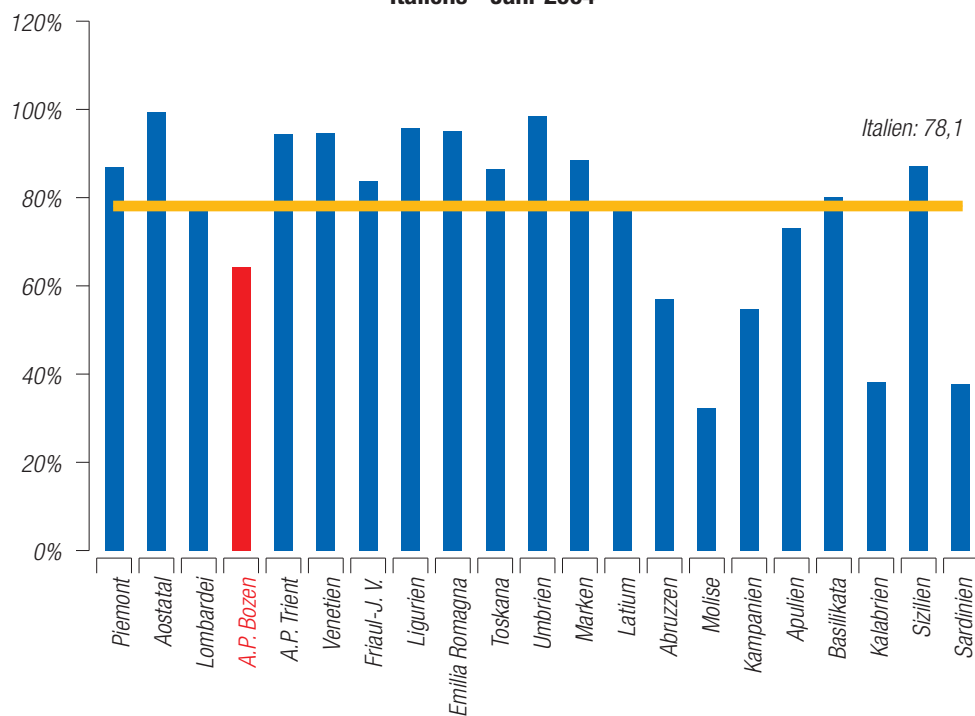
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 40: **Anteil der Eingriffe am Kristallin (DRG 39) in der Tagesklinik in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahre 2002-2006**



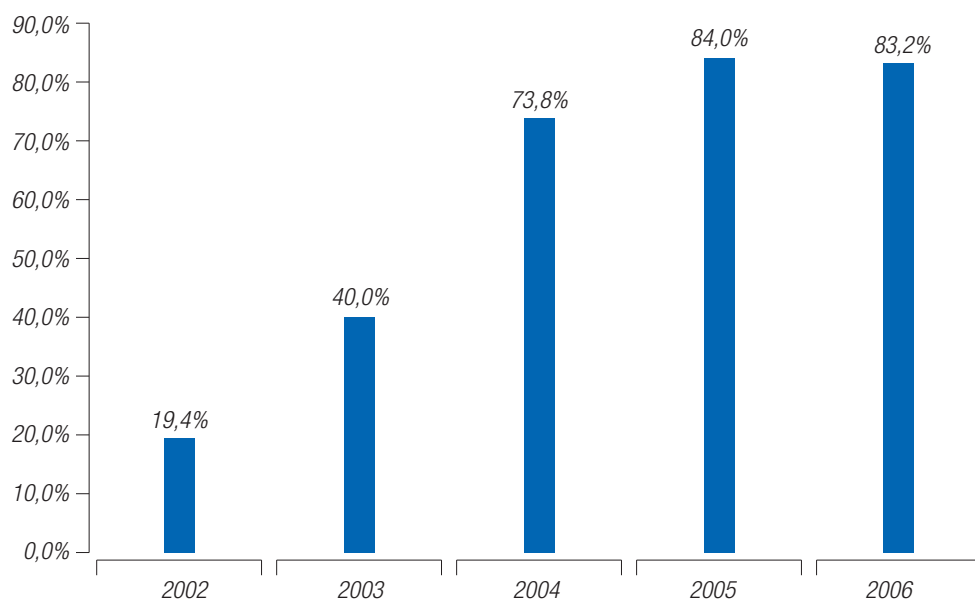
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 41: Anteil der Eingriffe am Kristallin (DRG 39) in der Tagesklinik in den Regionen Italiens - Jahr 2004



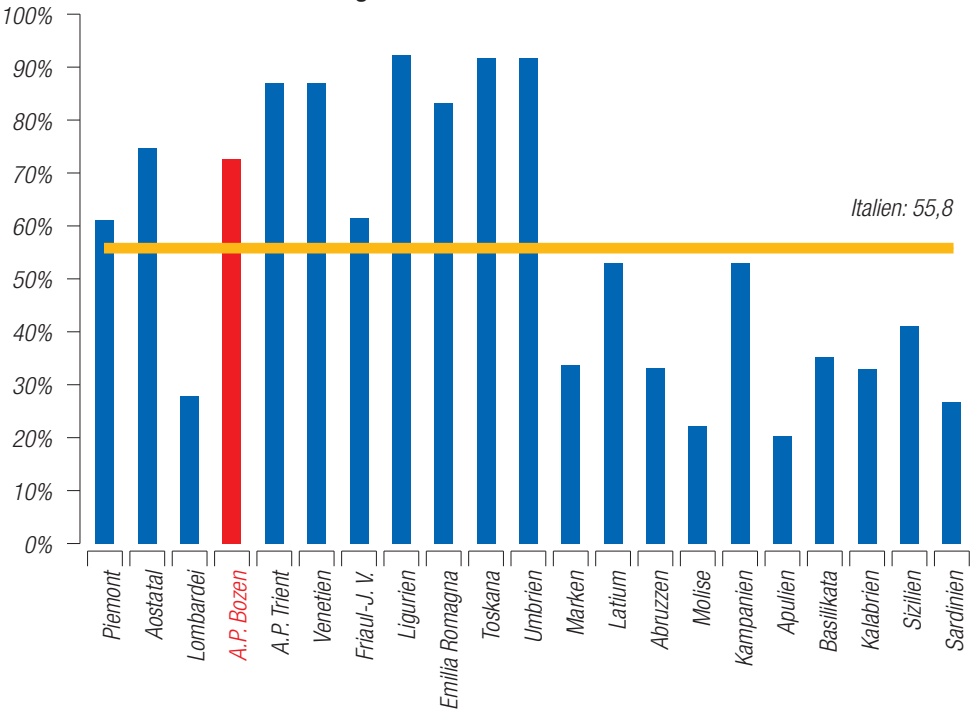
Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

Abbildung 42: Anteil von Venenligatur und -stripping (DRG 119) in der Tagesklinik in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahre 2002-2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 43: Anteil von Venenligatur und -stripping (DRG 119) in der Tagesklinik in den Regionen Italiens - Jahr 2004



Quelle: Gesundheitsministerium - Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte

TODESFÄLLE IM
KRANKENHAUS

Die Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Patienten betrug 1.596 (2,1% der Krankenhausaufenthalte insgesamt); in 1.447 Fällen (90,7% der Todesfälle) trat der Tod innerhalb von 30 Tagen ab dem Einlieferungsdatum ein.

Tabelle 35: Krankenhausaufenthalte mit Tod des Patienten, insgesamt und innerhalb von 30 Tagen ab Einlieferung nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006

Krankenanstalt	Todesfälle	Todesfälle innerh. 30 Tagen ab Einlieferung	% der Todesfälle innerh. 30 Tagen an Todesfällen insgesamt
Krankenhaus Bozen	841	757	90,0
Krankenhaus Meran	255	235	92,2
Krankenhaus Brixen	119	114	95,8
Krankenhaus Bruneck	180	157	87,2
Krankenhaus Schlanders	52	48	92,3
Krankenhaus Sterzing	33	30	90,9
Krankenhaus Innichen	41	40	97,6
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	1.521	1.381	90,8
Marienklinik	38	36	94,7
Privatklinik St. Anna	23	19	82,6
Privatklinik Martinsbrunn	1	-	-
Pflegestätte Sarnthein	13	11	84,6
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	75	66	88,0
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	1.596	1.447	90,7

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

AKUTER
MYOKARDINFARKT

Die Krankenhausaufenthalte wegen akutem Myokardinfarkt betrug insgesamt 928; in 118 Fällen (12,7%) verstarb der Patient; für 40 Patienten erfolgte der Tod innerhalb von 2 Ta-

gen ab der Einlieferung. Die Todesfälle aufgrund von akutem Myokardinfarkt machten 7,4% der Todesfälle im Krankenhaus aus.

Tabelle 36: **Todesfälle wegen akutem Myokardinfarkt insgesamt und innerhalb von 2 Tagen ab der Einlieferung und Krankenhausaufenthalte wegen Infarkt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Todesfälle wegen Infarkt insgesamt	Todesfälle wegen Infarkt innerh. 2 Tagen ab Einlief.	KH-Aufenthalte wegen Infarkt insgesamt
Krankenhaus Bozen	73	24	482
Krankenhaus Meran	19	6	175
Krankenhaus Brixen	11	6	90
Krankenhaus Bruneck	10	1	102
Krankenhaus Schlanders	1	1	37
Krankenhaus Sterzing	1	1	13
Krankenhaus Innichen	1	-	22
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	116	39	921
Marienkl. n. S. Maria	2	1	5
Privatklinik St. Anna	-	-	1
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	1
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	2	1	7
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	118	40	928

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Krankenhausaufenthalte wegen Cholezystektomie¹⁴ betrugen insgesamt 719, in 562 Fällen (78,2%) wurde eine laparoskopische Cholezystektomie ausgeführt.

Tabelle 37: **Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien an den Cholezystektomien insgesamt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Laparoskopische Cholezystektomie	% laparoskopische Cholezystektomien an Cholezystektomien insgesamt
Krankenhaus Bozen	204	71,1
Krankenhaus Meran	91	75,8
Krankenhaus Brixen	74	89,2
Krankenhaus Bruneck	56	78,9
Krankenhaus Schlanders	45	81,8
Krankenhaus Sterzing	39	88,6
Krankenhaus Innichen	24	100,0
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	533	77,9
Marienkl. n. S. Maria	27	81,8
Privatklinik St. Anna	2	100,0
Privatklinik Martinsbrunn	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	29	82,9
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	562	78,2

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

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 ei-

¹⁴ 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

nes 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 ist aber zu berücksichtigen, dass nicht für alle DRGs der „Risikoaufenthalte“ andere Versorgungsformen angewendet 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 „Caregivern“ sowie logistischer Faktoren (Distanz der Versorgungseinrichtung vom Wohnort des Patienten) „toleriert“ werden.

Diesbezüglich hat die Autonome Provinz Bozen mit Beschluss der Landesregierung Nr. 4434 vom 09.12.2003, aktualisiert durch den Beschluss der Landesregierung Nr. 4053 vom 06.11.2006, die Zulässigkeitschwellen für die Erbringung der 43 DRGs mit Unangemessenheitsrisiko bei ordentlichen Aufenthalten in öffentlichen und privaten Krankenanstalten gemäß Anhang 2C des DPCM Nr. 26 vom 06.11.2006 festgelegt.

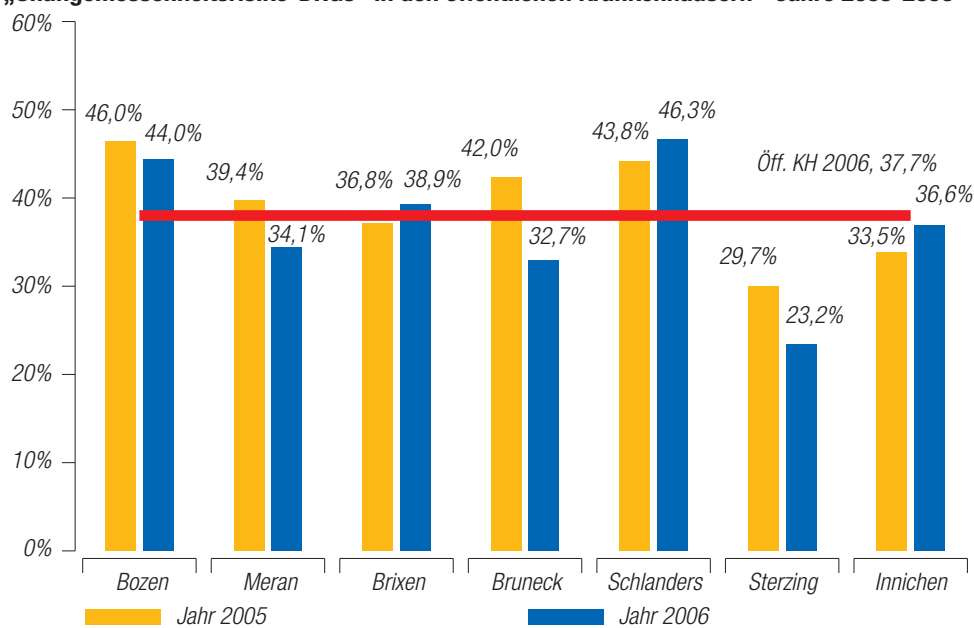
Die nachstehend angeführten Daten sind das Ergebnis der Analyse der „Bereiche mit Unangemessenheitsrisiko“ mit Wahl der Fälle gemäß DPCM vom 29.11.01; sie bezwecken, die kritischsten Bereiche in der Provinz und auch im Vergleich mit dem übrigen Italien aufzuzeigen. Diese Analyse hat das Ziel, auf Landesebene 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 der „Risikobereiche“ gehören, betrugen im Jahr 2006 insgesamt 18.344 und machten 17,8% aller Krankenhausaufenthalte aus. 62,1% davon wurden in der Tagesklinik behandelt.

Hohe Anteile von ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko“ in öffentlichen Krankenhäusern wurden für die Krankenhäuser Schlanders (46,3%) und Bozen (44,0%) verzeichnet, während das Krankenhaus Sterzing den niedrigsten Wert aufwies (23,2%).

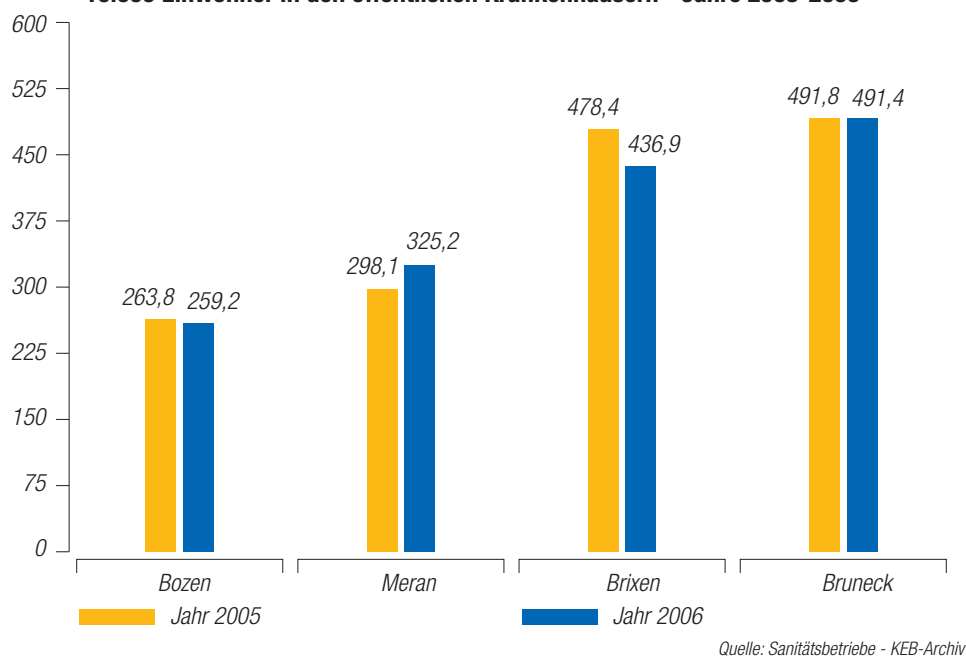
Bei der Auslegung der Ergebnisse müsste auch der Anteil der ambulant erbrachten Tätigkeiten berücksichtigt werden, vor allem für einige DRGs wie „Dekompression am Karpaltunnel“, „Venenligatur und Venenstripping“, „Eingriffe an der Linse des Auges“, die jedoch derzeit nicht zur Verfügung stehen.

Abbildung 44: **Prozentanteil der ordentlichen Krankenhausaufenthalte von Einwohnern mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahre 2005-2006**



Die Hospitalisierungsrate der Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern bezüglich der 43 Risiko-DRGs betrug 2006 insgesamt 336,8 und entspricht dem Jahr 2005 (337,9); höhere Werte im Vergleich zum Landesdurchschnitt wurden in den Sanitätsbetrieben Bruneck und Brixen verzeichnet, wobei Brixen jedoch im Vergleich zum Jahr 2005 eine deutliche Verminderung des Indikatorwertes erzielen konnte (-41,5).

Abbildung 45: **Hospitalisierungsrate der Aufenthalte mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ pro 10.000 Einwohner in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahre 2005-2006**



DRGS MIT UNANGEMESSENHEITS-RISIKO NACH KRANKENANSTALT
ATYPISCHE UND ANOMALE DRGS

Auf Landesebene betrug der Anteil der ordentlichen Aufenthalte über der Zulässigkeitschwelle im Jahr 2006 12,1%; insbesondere die Krankenhäuser Meran, Brixen und Schlanders verzeichnen Werte über dem Durchschnitt der öffentlichen Krankenhäuser.

Tabelle 38: Aufenthalte von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2006

Krankenanstalt	Ordentl. Aufenth.	TK-Aufenth.	% ordentl. Aufenth.	% Aufenth. über Schwelle am Gesamtw. ord. A. **		Var. % Aufenth. über Schwelle 2005*
				Schwellen 2003	Schwellen 2006	
Krankenhaus Bozen	2.465	3.143	0,4	4,2	7,9	-2,2
Krankenhaus Meran	1.146	2.213	0,3	14,0	17,2	-0,5
Krankenhaus Brixen	767	1.206	0,4	12,5	17,7	2,3
Krankenhaus Bruneck	1.013	2.084	0,3	10,0	12,7	-0,6
Krankenhaus Schlanders	352	409	0,5	17,0	18,8	-3,3
Krankenhaus Sterzing	246	815	0,2	4,9	6,1	-3,6
Krankenhaus Innichen	185	321	0,4	5,9	6,5	-2,9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	6.174	10.191	0,4	8,8	12,1	-1,1

* Für die Berechnung wurden die Schwellen des Jahres 2006 auch auf das Jahr 2005 angewendet

** Beschluss der LR Nr. 4434 vom 09.12.2003 und Beschluss der LR Nr. 4053 vom 06.11.2006

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Tätigkeit der einzelnen Landeskrankenanstalten in Bezug auf die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ kann der diesem Bericht beiliegenden CD-Rom entnommen werden.

Schließlich kann noch ein anderer Indikator aus den KEB-Daten berechnet werden, der aus dem Anteil der atypischen und anomalen DRGs an den gesamten Aufenthalten stammt; obwohl er mehr Angaben zur Qualität der Informationen als zur Qualität der Leistungen liefert, stellt er dennoch einen Wert dar, der überwacht werden muss.

Tabelle 39: Atypische und anomale DRGs (ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006

Krankenanstalt	Atypische DRGs (DRGs 468, 476, 477)		Anomale DRGs (DRGs 469, 470)	
	Aufenth.	% Aufenth.	Aufenth.	% Aufenth.
Krankenhaus Bozen	21	0,06	-	-
Krankenhaus Meran	17	0,09	-	-
Krankenhaus Brixen	59	0,46	2	0,02
Krankenhaus Bruneck	7	0,05	-	-
Krankenhaus Schlanders	2	0,04	-	-
Krankenhaus Sterzing	19	0,42	2	0,04
Krankenhaus Innichen	3	0,08	3	0,08
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	128	0,13	7	0,01
CMarienlinik	13	0,33	-	-
Privatklinik St. Anna	2	0,13	-	-
Privatklinik Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	15	0,27	-	-
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	143	0,14	7	0,01

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Zu den atypischen DRGs gehören die 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“; zu den anomalen DRGs zählen die DRG 469 „Primärdiagnose nicht gültig als Entlassungsdiagnose“ und DRG 470 „Keiner anderen DRG zuzuordnen“.

Die mit atypischen und anomalen DRGs klassifizierbaren Aufenthalte machen insgesamt rund 0,15% (150 Fälle) der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten aus; der Wert liegt unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2004 (Italien 0,28).

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.

3.2.6. Krankenhausmobilität

Die Daten über die Krankenhausversorgung von Akutkranken in Einrichtungen außerhalb des Landes 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 für die Aufenthalte in Österreich stammen die Daten aus dem Jahr 2006.

3.2.6.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen

Im Jahr 2006 wurden 4.348 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz verzeichnet, weniger als im Vorjahr mit 4.402 Aufenthalten, darunter 69 Aufenthalte mit der DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“. Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte betrug 3.184 Aufenthalte (6,6 pro 1.000 Einwohner) bei insgesamt 20.522 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 6,4 Tagen. Die Tagesklinik-Aufenthalte betrugen 1.164 bei insgesamt 2.203 Zugängen.

Tabelle 40: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittlicher Tarif (Euro) und Gesamtbetrag (Euro) nach Art des Aufenthalts in nationalen Einrichtungen außerhalb des Landes nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Wohnsitz-Sanitätsbetrieb	Aufenth.	Aufenthaltstage	Durch. AD	Durch. Tarif (Euro)	Gesamtbetrag (Euro)
Örderliche Aufenthalte					
Bozen	2.180	13.764	6,3	4.705,33	10.257.613,63
Meran	627	4.302	6,9	4.553,15	2.854.826,49
Brixen	201	1.209	6,0	4.530,58	910.645,58
Bruneck	176	1.247	7,1	4.634,27	815.630,81
ORDENTL. AUFENTHALTE INSG.	3.184	20.522	6,4	4.660,40	14.838.716,51
TK-Aufenthalte					
Bozen	891	1.666	1,9	1.440,65	1.283.623,42
Meran	155	269	1,7	1.152,90	178.699,93
Brixen	57	127	2,2	1.317,91	75.120,91
Bruneck	61	141	2,3	1.239,56	75.613,25
TK-AUFENTHALTE INSGESAMT	1.164	2.203	1,9	1.385,79	1.613.057,51
AUFENTHALTE IN NATIONAL EN EINHREITUNGEN INSGESAMT	4.348			3.783,76	16.451.774,02

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.- Mobilitätsarchiv

**AUFENTHALTE IN
NATIONALEN
EINRICHTUNGEN**

**AUSGABEN FÜR
AUFENTHALTE IM
ÜBRIGEN ITALIEN**

In 70,6% der Fälle stammen die Patienten aus dem Sanitätsbetrieb Bozen und in 18,0% aus dem Sanitätsbetrieb Meran. Die anderen beiden Sanitätsbetriebe senden weitaus weniger Patienten in italienische Einrichtungen: Brixen 5,9% und Bruneck 5,5%.

Im Jahr 2006 betrug der Gesamtbetrag für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in anderen italienischen Regionen 16,452 Millionen Euro, 70,2% davon für Ansässige des Sanitätsbetriebs Bozen, 18,4% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Meran, 6,0% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Brixen und 5,4% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Bruneck. Venetien (34,7%) und die Autonome Provinz Trient (26,8%) sind die häufigsten Anlaufstellen. Gegenüber 2005 kam es zu einem leichten Rückgang der ordentlichen Aufenthalte (-41), während die Zahl der Tagesklinik-Aufenthalte weitgehend konstant blieb.

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 (18,4%).

3,7% der Patienten werden mit der DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen“, 3,2% mit der DRG 105 „Eingriffe an den Herzklappen“ und 2,2% mit der DRG 109 „Koronar-Bypass ohne Katheterisierung“ entlassen.

Tabelle 41: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern und ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen in Krankenanstalten im übrigen Italien nach Aufenthaltsregion und Art der Entlassung - Jahr 2006

Aufenthaltsregion	Ordentliche Aufenthalte	TK-Aufenthalte	Insgesamt			Kurzaufenthalte	
			Aufenthalte	Variation	%	Nach Hause	Sonstige Entlassung
Piemont	22	17	39	8	0,90	5	1
Aostatal	1	-	1	1	0,02	1	-
Lombardei	414	134	548	24	12,60	162	6
Trient	682	485	1.167	-86	26,84	246	15
Venetien	1.231	276	1.507	-71	34,66	402	8
Friaul-J. V.	46	21	67	-3	1,54	11	1
Ligurien	26	12	38	-	0,87	10	1
Emilia Romagna	360	104	464	60	10,67	124	4
Toskana	54	37	91	2	2,09	13	1
Umbrien	7	5	12	-3	0,28	1	-
Marken	19	3	22	-7	0,51	6	2
Latium	102	21	123	24	2,83	32	4
KH Bambin Gesù	3	9	12	1	0,28	2	-
Abruzzen	20	2	22	-6	0,51	7	1
Molise	4	-	4	-	0,09	1	-
Kampanien	60	12	72	29	1,66	24	-
Apulien	54	6	60	-10	1,38	25	4
Basilikata	1	1	2	-4	0,05	1	-
Kalabrien	28	10	38	-9	0,87	11	-
Sizilien	29	7	36	2	0,83	19	1
Sardinien	21	2	23	-6	0,53	6	-
INSGESAMT	3.184	1.164	4.348	-54	100,00	1.109	49

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Abbildung 46: Gesamtbetrag (Millionen Euro) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in nationalen Einrichtungen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahre 2005-2006

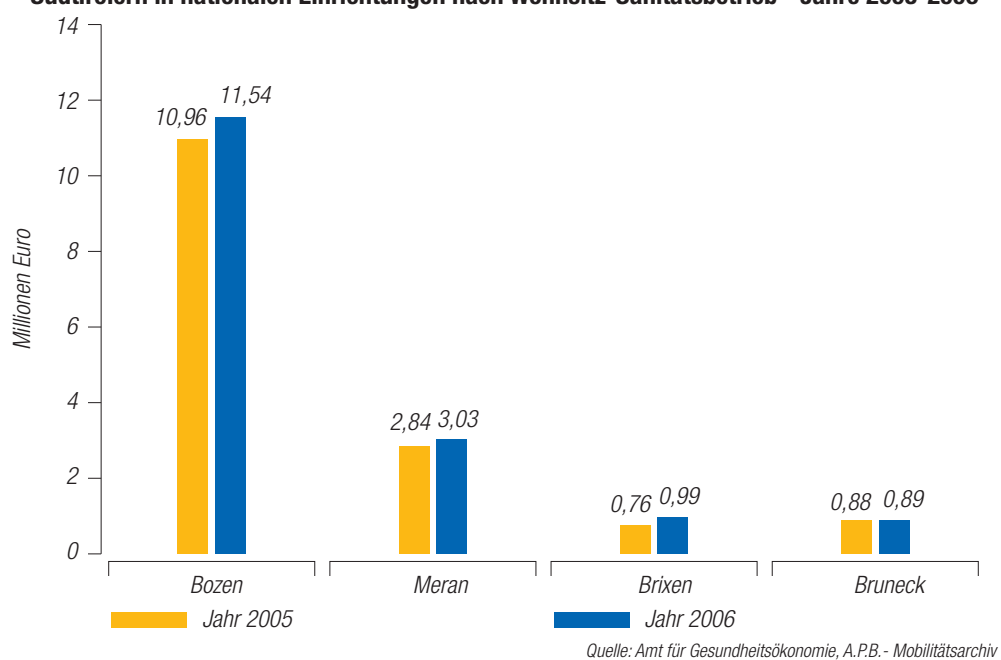


Tabelle 42: **Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien nach MDC und Betrag (Euro) - Jahr 2006**

MDC	Beschreibung der MDC	N. Aufenth.	% Aufenth.	Betrag (Euro)
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	714	22,4	3.062.168,48
5	Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems	587	18,4	5.189.541,30
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	215	6,8	908.600,20
3	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	172	5,4	394.616,37
17	Myeloproliferative Krankheiten und Störungen und schwach differenzierte Neoplasien	163	5,1	785.674,46
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	147	4,6	453.371,15
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	146	4,6	586.301,29
14	Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium	146	4,6	242.884,05
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	102	3,2	251.863,83
15	Krankheiten und Störungen der Neonatalzeit	94	3,0	169.837,00
10	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankh. und -störungen	90	2,8	267.016,85
19	Geisteskrankheiten und -störungen	82	2,6	204.467,99
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	80	2,5	282.384,27
13	Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystems	79	2,5	195.047,94
2	Krankheiten und Störungen des Auges	78	2,4	166.442,32
7	Krankh. und Störungen des Leber- und Gallensyst. und Pankreas	77	2,4	320.806,49
12	Krankheiten und Störungen des männlichen Fortpflanzungssyst.	51	1,6	193.641,92
21	Traumata, Vergiftungen und toxische Wirkung von Pharmaka	34	1,1	91.800,30
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	30	0,9	42.582,32
16	Krankheiten und Störungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	19	0,6	71.688,24
18	Infektions- und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht spezifizierter Lokalisation)	19	0,6	80.672,88
24	Relevante multiple Traumata	13	0,4	109.646,25
22	Verbrennungen	7	0,2	29.255,76
20	Alkohol-/Drogenmissbrauch und alkohol-/drogeninduzierte organische Geistesstörungen	6	0,2	16.598,24
25	HIV-Infektionen	5	0,2	25.073,98
-	Sonstige DRGs	28	0,9	696.732,63
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		3.184	100,0	14.838.716,51

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Tabelle 43: **Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien nach den häufigsten DRGs und Betrag (Euro) - Jahr 2006**

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Anz. Aufenth.	% kum.	Betrag (Euro)
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	119	3,7	1.109.274,73
105	Eingriffe an den Herzklappen und andere größere Eingriffe an Herz und Thoraxorganen ohne Herzkatheterisierung	100	6,9	1.884.415,62
109	Koronar-Bypass ohne Katheterisierung	70	9,1	1.076.211,42
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	69	11,2	165.310,53
391	Unauffälliger Neugeborener	69	13,4	34.932,28
503	Eingriffe am Knie ohne Infektionsdiagnose	61	15,3	114.608,58
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	59	17,2	85.513,78
500	Eingriffe an Rücken und Hals außer Spondylodese, ohne Komplikationen	57	19,0	201.243,85
359	Eingriff an Gebärmutter u. Annexen nicht wegen bösart. Tumor, o. Komplikationen	47	20,4	118.849,39
63	Sonstige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	46	21,9	163.680,81
225	Eingriffe am Fuß	43	23,2	92.079,22
127	Herzinsuffizienz und Schock	41	24,5	122.942,60
518	Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem ohne Stent-Implantation in der Koronararterie ohne akuten Myokardinfarkt	40	25,8	223.902,34
408	Myeloproliferative Krankheiten oder schwach differenzierte Neoplasien	39	27,0	202.882,61
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	39	28,2	74.246,41
430	Psychosen	39	29,5	108.263,00
227	Eingriffe am Weichgewebe, ohne Komplikationen	38	30,7	71.220,74
223	Größere Eingriffe an Schulter und Ellbogen oder andere Eingriffe an oberen Gliedmaßen, mit Komplikationen	35	31,8	83.916,41
297	Ernährungsstörungen und verschiedene Störungen des Stoffwechsels, Alter > 17 ohne Komplikationen	35	32,9	88.945,88
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	35	34,0	80.151,68
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	34	35,0	68.972,54
409	Strahlentherapie	32	36,0	166.608,53
125	Herzkreislauferkrankungen außer akutem Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung und nicht komplizierter Diagnose	28	36,9	55.070,61
36	Eingriffe an der Retina	27	37,8	73.001,01
14	Spezif. zerebrovaskuläre Erkrank. außer transitorisch ischämischer Attacke (TIA)	26	38,6	87.574,47
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	25	39,4	26.415,27
498	Spondylodese außer Halswirbel ohne Komplikationen	25	40,1	291.732,40
139	Herzrhythmus- und Reizleitungsstörungen, ohne Komplikationen	23	40,9	39.313,14
428	Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle	23	41,6	53.568,34
55	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	22	42,3	39.104,73
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen, Alter > 17 ohne Komplikationen	22	43,0	63.087,65
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	22	43,7	56.870,05
138	Herzrhythmus- und Reizleitungsstörungen, mit Komplikationen	21	44,3	60.719,90
1	Trepanation, Alter > 17, außer wegen Trauma	20	44,9	233.076,77
119	Venenligatur und Venenstripping	20	45,6	33.256,63
211	Eingriffe an Hüfte und Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplikationen	19	46,2	84.853,67
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	19	46,8	12.605,97
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und versch. Verdauungskrankheiten, Alter < 18	18	47,3	15.861,58
266	Hauttransplantation und/oder Durchschneidung außer wegen Hautgeschwüren/ Zellulitis, ohne Komplikationen	18	47,9	50.987,56
87	Lungenödem und Ateminsuffizienz	17	48,4	46.598,24
108	Sonstige Eingriffe an Herz und Thoraxorganen	17	49,0	249.620,51
26	Konvulsionen und Kopfschmerzen Alter < 18	16	49,5	21.895,66
124	Herzkreislauferkrankungen außer akutem Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung und komplizierter Diagnose	16	50,0	65.224,28
243	Medizinische Rückenbeschwerden	16	50,5	21.454,58
288	Eingriffe aufgrund von Fettleibigkeit	16	51,0	78.564,04
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAM		3.184		14.838.716,51

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

**KURZAUFENTHALTE IM
ÜBRIGEN ITALIEN**

Bei 1.158 ordentlichen Aufenthalten von Südtirolern im Jahr 2006 außerhalb der Provinz betrug die Aufenthaltsdauer 2 oder 3 Tage (mit Ausnahme der Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation, Langzeitpflege und Psychiatrie), was 36,4% der außerhalb des Landes getätigten ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken entspricht. Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrugen 1.109, die Aufenthalte, nach denen der Patient auf eine andere Art entlassen wurde, 49.

36,2% der Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrafen Krankenanstalten der Region Venetien, 22,2% bezogen sich auf Einrichtungen in der Autonomen Provinz Trient.

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 457, mehr als im Jahr 2005. Die häufigste DRG war die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ mit 36 Aufenthalten, gefolgt von der DRG 297 „Ernährungsstörungen und verschiedene Störungen des Stoffwechsels, Alter > 17 ohne Komplikationen“ mit 30 Aufenthalten.

2006 machte der Gesamtbetrag für Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG seitens Ansässiger im restlichen Italien 1.012.771,40 Euro aus.

Tabelle 44: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause seitens Südtiroler in Krankenanstalten im restlichen Italien nach häufigster DRG und Betrag - Jahr 2006

DRG	Beschreibung der häufigsten DRGs	Anz. Aufenth.	% kum.	Betrag (Euro)
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	36	7,9	49.169,26
297	Ernährungsstörungen und verschiedene Störungen des Stoffwechsels, Alter > 17 ohne Komplikationen	30	14,4	76.774,44
125	Herz-Kreislauf-Erkrankungen außer akutem Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung und nicht komplizierter Diagnose	23	19,5	45.359,02
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie geb.	20	23,9	40.956,90
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	17	27,6	44.129,14
139	Herzrhythmus- und Reizleitungsstörungen, ohne Komplikationen	16	31,1	31.295,57
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	12	33,7	12.965,18
409	Strahlentherapie	12	36,3	46.301,52
138	Herzrhythmus- und Reizleitungsstörungen, mit Komplikationen	11	38,7	36.679,58
245	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, o. Komplikationen	10	40,9	17.263,61
26	Konvulsionen und Kopfschmerzen Alter < 18	9	42,9	13.619,97
124	Herzgefäß-Erkrankungen außer akutem Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung und komplizierter Diagnose	8	44,6	32.527,03
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	8	46,4	9.847,75
333	Sonstige Diagnosen bezüglich Nieren und Harnwege, Alter < 18	8	48,1	16.449,02
492	Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	8	49,9	57.187,04
70	Mittelohrentzündung und Infektion der Atemwege, Alter < 18	7	51,4	8.318,35
243	Medizinische Rückenbeschwerden	7	53,0	8.881,81
17	Aspezifische zerebrovaskuläre Krankheiten ohne Komplikationen	5	54,0	11.478,75
284	Mindere Hautkrankheiten ohne Komplikationen	5	55,1	5.681,66
298	Ernährungsstörungen und verschiedene Störungen des Stoffwechsels, Alter < 18	5	56,2	7.574,16
ORDENTLICHE KURZAUFENTHALTE INSGESAMT		457		1.012.771,40

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

3.2.6.2. Aufenthalte von Akutkranken 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 österreichischen 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 phthise-pneumologische 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 2006 wurden insgesamt 2.467 ordentliche Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet (leicht ansteigend im Vergleich zum Jahr 2005), die 20.251 Aufenthaltstage in Anspruch nahmen. Unterscheidet man nach Art des Aufenthalts, ergeben sich 2.387 ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen mit insgesamt 19.979 Aufenthaltstagen, einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 8,4 Tagen und einem durchschnittlichen Betrag von 5.933,05 Euro. Die Aufenthaltszyklen von der Dauer 1 Tages betrugen 80, auch in diesem Fall leicht höher als im Jahr 2005; insgesamt wurden 272 Aufenthaltstage mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 3,4 5 Tagen und einem Betrag von 2.466,50 Euro verbraucht.

In 27,5% der Aufenthalte in Österreich stammen die Patienten aus dem Wohnsitz-Sanitätsbetrieb Meran; es folgen Bozen (25,1%), Brixen (24,3%) und Bruneck (23,1%).

AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH

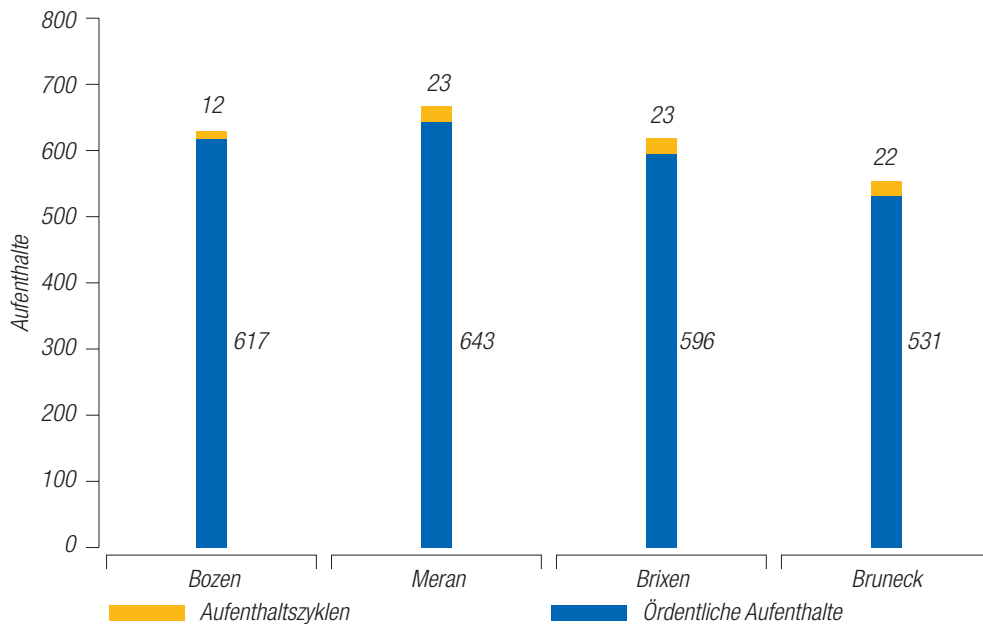
HERKUNFTS- SANITÄTSBETRIEB

Tabelle 45: **Ordentliche Aufenthalte und Aufenthaltszyklen, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittliche Anzahl der Zugänge, Gesamtbetrag (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke seitens Südtiroler Patienten - Jahr 2006**

Wohnsitz-Sanitäts	Aufenth.	Patienten	Aufenthalts- tage	Durch. AD	Gesamtbetrag (Euro)	Durch. Tarif (Euro)
Ördentliche Aufenthalte						
Universitätsklinik Innsbruck	2.316	1.432	19.546	8,4	13.941.604,96	6.019,69
Landeskrankenhaus Natters	57	24	330	5,8	158.896,00	2.787,65
Landeskrankenhaus Salzburg	14	11	103	7,4	61.697,00	4.406,93
ORDENTL. AUFENTH. INSGES.	2.387	1.467	19.979	8,4	14.162.197,96	5.933,05
Aufenthaltszyklen von der Dauer 1 Tages						
Universitätsklinik Innsbruck	66	66	214	3,2	177.675,75	2.692,06
Landeskrankenhaus Natters	14	14	58	4,1	19.644,64	1.403,19
AUFENTHALTSZYKLEN INSGES.	80	80	272	3,4	197.320,39	2.466,50
AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH. EINRICHTUNGEN INSGESAMT	2.467	1.547	20.251		14.359.518,35	8.399,56

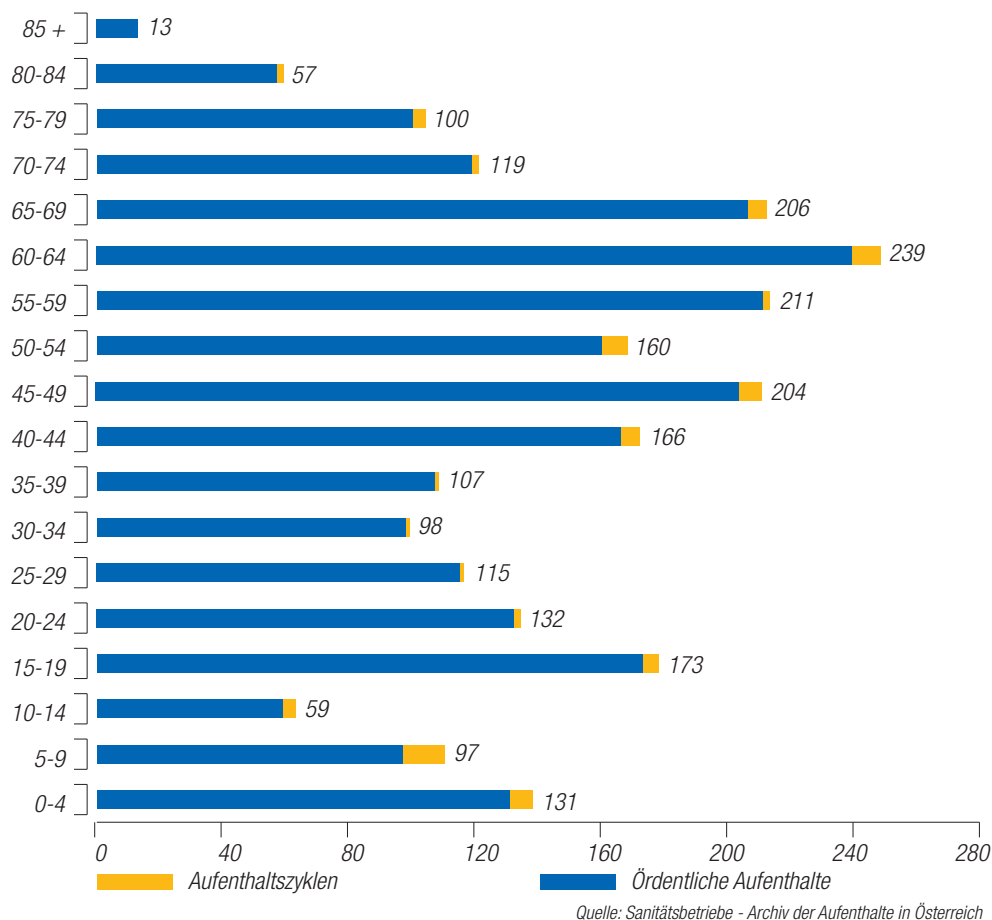
Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

Abbildung 47: **Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke nach Art des Aufenthalts und Herkunfts-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

Abbildung 48: Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke nach Art des Aufenthalts und Alterklasse - Jahr 2006



Die häufigsten Altersklassen der Aufenthalte in Österreich sind jene von 60-64 Jahren (mit 10,1% der Aufenthalte) und von 45-49, 55-59 und 65-69 Jahren (mit 8,6% der Aufenthalte). Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen „Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen“ mit 8,3% der Aufenthalte und „Bösartige Tumoren des Verdauungsapparats und des Peritoneums“ mit 5,7%; in Bezug auf die Aufenthaltszyklen sind die häufigsten Entlassungsdiagnosen die „Bösartigen Tumoren an den Urogenitalorganen“ mit 29,5% der Aufenthalte und die „Bösartigen Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe“ mit 19,2%.

HÄUFIGSTE DIAGNOSEN

Tabelle 46: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (ordentliche Aufenthalte) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten - Jahr 2006**

ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Anz. Aufenth.	% kumuliert
190-199	Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen	196	8,3
150-159	Bösartige Tumoren der Organe des Verdauungsapparats und des Peritoneums	135	14,0
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	117	18,9
720-724	Rückenleiden	112	23,7
300-316	Neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und sonstige psychische, nicht psychotische Störungen	108	28,2
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	107	32,8
520-529	Erkrankungen der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	105	37,2
420-429	Sonstige Herzkrankheiten	95	41,2
740-759	Angeborene Missbildungen	87	44,9
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	85	48,5
360-379	Krankheiten der Augen und Annexe	72	51,5
570-579	Sonstige Krankheiten des Verdauungsapparats	71	54,5
905-909	Folgeerscheinungen von Traumata, Vergiftungen, toxischen Auswirkungen und sonstigen externen Ursachen	55	56,9
730-739	Osteopathien, Chondropathien und erworbene Missbildungen der Muskeln und des Skeletts	52	59,1
210-229	Gutartige Tumoren	49	61,1
340-349	Sonstige Störungen des zentralen Nervensystems	48	63,2
410-414	Ischämische Herzleiden	47	65,2
996-999	Komplikationen von mediz. und chirurg. Eingriffen, nicht anders klassifiziert	45	67,1
780-789	Symptome, Hinweiszeichen und schlecht definierte Krankheitszustände	44	68,9
160-165	Bösartige Tumoren des Respirationstrakts und der Thoraxorgane	41	70,7
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		2.365	

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

Tabelle 47: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (Aufenthaltszyklen) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten - Jahr 2006**

ICD9CM	Beschreibung der häufigsten Entlassungsdiagnosen	Anz. Aufenth.	% kumuliert
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	23	29,5
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	15	48,7
510-519	Sonstige Krankheiten der Atemwege	8	59,0
190-199	Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen	4	64,1
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	4	69,2
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	3	73,1
IAUFENTHALTSZYKLEN INSGESAMT		78	

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

UNIVERSITÄTSKLINIK INNSBRUCK

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2006 97,0% der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen; die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren Chirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Pädiatrie. Die Aufenthaltszyklen von der Dauer 1 Tages wurden hingegen vorwiegend in den Abteilungen Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie und Urologie in Anspruch genommen.

Tabelle 48: **Ordentliche Aufenthalte nach Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck - Jahr 2006**

Aufenthaltsabteilung	Anz. d. Aufenth.	% Aufenth.	Aufenthalts-tage	% Tage
Anästhesie und Reanimation	14	0,60	268	1,37
Kardiochirurgie	123	5,31	1.207	6,18
Kardiologie	37	1,60	153	0,78
Chirurgie	198	8,55	2.456	12,57
Kinderchirurgie	14	0,60	131	0,67
Plastische Chirurgie	192	8,29	1.613	8,25
Gefäßchirurgie	29	1,25	359	1,84
Dermatologie	25	1,08	301	1,54
Hämatologie	10	0,43	100	0,51
Gastroenterologie	102	4,40	649	3,32
Schwere Verbrennungen im Kindesalter	1	0,04	1	0,01
Allgemeine Medizin	84	3,63	498	2,55
Nuklearmedizin	130	5,61	741	3,79
Nephrologie	9	0,39	182	0,93
Neonatologie	1	0,04	64	0,33
Neurochirurgie	156	6,74	1.312	6,71
Neurologie	103	4,45	786	4,02
Neuropsychiatrie für Kinder	63	2,72	635	3,25
Augenheilkunde	82	3,54	398	2,04
Zahnheilkunde und Stomatologie	139	6,00	849	4,34
Onkologie	1	0,04	1	0,01
Orthopädie und Traumatologie	235	10,15	2.160	11,05
Geburtshilfe und Gynäkologie	86	3,71	949	4,86
HNO	50	2,16	319	1,63
Pädiatrie	165	7,12	1.213	6,21
Pneumologie	2	0,09	4	0,02
Psychiatrie	57	2,46	715	3,66
Strahlentherapie	91	3,93	677	3,46
Onkologische Strahlentherapie	1	0,04	1	0,01
Intensivtherapie	16	0,69	260	1,33
Intensivtherapie für Säuglinge	4	0,17	103	0,53
Urologie	63	2,72	287	1,47
Kinderurologie	33	1,42	154	0,79
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT	2.316	100,0	19.546	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

VERSCHREIBENDE ÄRZTE

KRANKENHAUS-
MOBILITÄT

Tabelle 49: Aufenthaltszyklen nach Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck - Jahr 2006

Aufenthaltsabteilung	Anz. d. Aufenth.	% Aufenth.	Aufenthalts-tage	% Tage
Plastische Chirurgie	1	1,52	2	0,93
Dermatologie	1	1,52	4	1,87
Hämatologie	1	1,52	2	0,93
Gastroenterologie	3	4,55	11	5,14
Nuklearmedizin	2	3,03	4	1,87
Neurologie	1	1,52	2	0,93
Augenheilkunde	2	-	4	-
Geburtshilfe und Gynäkologie	13	19,70	45	21,03
Pädiatrie	23	34,85	83	38,79
Röntgendienst	1	-	4	-
Strahlentherapie	2	3,03	11	5,14
Onkologische Strahlentherapie	2	3,03	6	2,80
Intensivtherapie für Säuglinge	1	-	1	-
Urologie	10	15,15	28	13,08
Kinderurologie	3	4,55	7	3,27
INSGESAMT	66	100,00	214	100,00

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

Die Aufenthalte in Österreich wurden von 182 Ärzten verschrieben: 72 Ärzte (39,6%) gehören dem Sanitätsbetrieb Bozen an (mit rund 25,1% der verschriebenen Aufenthalte), 43 sind Ärzte (23,6%) des Sanitätsbetriebs Meran (21,4% der verschriebenen Aufenthalte), 37 Ärzte (20,3%) gehören zum Sanitätsbetrieb Brixen (31,0% der Aufenthalte) und 30 Ärzte (16,5%) sind im Sanitätsbetrieb Bruneck tätig (22,6% der verschriebenen Aufenthalte). Berücksichtigt man die gesamten Aufenthalte von Südtirolern, so machte die Inanspruchnahme von österreichischen Einrichtungen 2,7% der gesamten Aufenthalte aus: 6,1% für Brixen, 3,9% für Bruneck, 2,2% für Meran und 1,5% für Bozen.

Tabelle 50: 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 2006

Sanitätsbetrieb	Aufenth. in Ö. nach SB des verschreibenden Arztes insgesamt	Aufenth. in Ö. pro Arzt	% Aufenth. in Ö. an Aufenth. von Ansässigen	Aufenth. von Südtirolern nach Wohnsitz-SB des Patienten
Bozen	618	8,6	1,5	40.524
Meran	528	12,3	2,2	24.213
Brixen	764	20,6	6,1	12.426
Bruneck	557	18,6	3,9	14.467
Insgesamt	2.467	13,6	2,7	91.630

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

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 provinzieller Mobilität (zwischen Gebieten der vier Sanitätsbetriebe, also überbetrieblicher) und provinzenexterner 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 internationalen Mobilität wird in diesem Bericht auf die Daten des Jahres 2004, aktualisiert auf den Stand vom 06.07.2007, Bezug genommen; da die internationale Mobilität in den letzten Jahren weitgehend konstant verlief, kann angenommen werden, dass diese Daten die Lage des Jahres 2006 widerspiegeln.

Bezüglich der Mobilität der Versorgungsberechtigten 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 des Landes produzierten im Laufe des Jahres 76.543 ordentliche Aufenthalte. Die Südtiroler nahmen im gleichen Zeitraum insgesamt 74.058 ordentliche Aufenthalte in Anspruch, 67.733 in Landeskrankenanstalten, 3.184 in Einrichtungen im übrigen Italien, 2.387 in Österreich und 754 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2004).

ÜBERBETRIEBLICHE MOBILITÄT NACH KRANKENANSTALT

325

Tabelle 51: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in den Krankenanstalten der Sanitätsbetriebe und außerhalb der Provinz nach Wohnsitz des Patienten - Jahr 2006**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. d. Prov.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansässige insgesamt		
Bozen	25.629	1.449	600	421	28.099	3.399°	31.498
Meran	1.616	16.367	62	44	18.089	1.281°°	19.370
Brixen	2.373	231	7.789	840**	11.233	1.667	12.900
Bruneck	356	92	459*	9.405	10.312	2.463	12.775
AUFENTH. IN DER PROV.	29.974	18.139	8.910	10.710	67.733	8.810	76.543
Übriges Italien	2.180	627	201	176	3.184		
Österreich	617	643	596	531	2.387		
Andere Staaten (Jahr 2004)	281	216	104	153	754		
AUFENTHALTE SEITENS ANSÄSSIGER INSGES.	33.052	19.625	9.811	11.570	74.058		

* Einschließlich 162 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Einschließlich 557 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Einschließlich 33 nicht konventionierte Aufenthalte in der Marienkl. von nicht in Südtirol ansässigen Patienten

°° Einschließlich 69 nicht konventionierte Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie in der Klinik St. Anna von nicht in Südtirol ansässigen Patienten und 3 nicht konventionierte Aufenthalte in der Klinik Martinsbrunn von nicht in Südtirol ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Im Rahmen der überbetrieblichen Mobilität verzeichnet Brixen unter den Sanitätsbetrieben - mit 2.887 Aufenthalten von Südtirolern, die in einem anderen Sanitätsbetrieb ansässig sind - die größte Attraktion, was 25,7% der Aufenthaltsproduktion des Sanitätsbetriebs Brixen für in Südtirol Ansässige entspricht.

Tabelle 52: **Aktive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Ordentliche Aufenthalte - Jahr 2006**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. d. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	81,4	4,6	1,9	1,3	89,2	10,8	100,0
Meran	8,3	84,5	0,3	0,2	93,4	6,6	100,0
Brixen	18,4	1,8	60,4	6,5	87,1	12,9	100,0
Bruneck	2,8	0,7	3,6	73,6	80,7	19,3	100,0
INSGESAMT	39,2	23,7	11,6	14,0	88,5	11,5	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Der Sanitätsbetrieb, in dem die meisten ordentlichen Aufenthalte von in Südtirol Ansässigen erfolgten, ist Meran mit 93,4%, 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 19,3%.

Tabelle 53: **Passive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Ordentliche Aufenthalte - Jahr 2006**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Bozen	77,5	7,4	6,1	3,6	37,9
Meran	4,9	83,4	0,6	0,4	24,4
Brixen	7,2	1,2	79,4	7,3	15,2
Bruneck	1,1	0,5	4,7	81,3	13,9
AUFENTHALTE IN DER PROVINZ	90,7	92,4	90,8	92,6	91,5
Übriges Italien	6,6	3,2	2,0	1,5	4,3
Österreich	1,9	3,3	6,1	4,6	3,2
Andere Staaten (Jahr 2004)	0,9	1,1	1,1	1,3	1,0
AUFENTHALTE SEITENS ANSÄSSIGER INS.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die ordentlichen Aufenthalte von in Südtirol Ansässigen betreffen in 91,5% der Fälle Landeseinrichtungen. Der Sanitätsbetrieb mit dem häufigsten ordentlichen Aufenthalten seitens Ansässiger in den Landeseinrichtungen war Bruneck (92,6%), während Bozen 6,6% der ordentlichen Aufenthalte seitens Ansässiger in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz aufweist, und Brixen 6,1% in österreichischen Einrichtungen. Die ordentlichen Aufenthalte von Ansässigen in Einrichtungen in anderen Staaten im Jahr 2004 machen einen geringen Anteil (1,0%) der Aufenthalte seitens Ansässiger für alle Sanitätsbetriebe aus. Im Jahr 2006 wurden in Südtirol außerdem 26.333 Tagesklinik-Aufenthalte produziert, 90,7% davon zugunsten von Ansässigen. 9,3% der Aufenthalte wurden von Ansässigen außerhalb der Provinz in Anspruch genommen, 45,9% 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 1.517, was 36,9% der Aufenthaltsproduktion für Ansässige des eigenen Sanitätsbetriebs entspricht.

Tabelle 54: Tagesklinik-Aufenthalte in den Krankenanstalten der Sanitätsbetriebe und außerhalb der Provinz nach Wohnsitz des Patienten - Jahr 2006

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. d. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	8.199	852	343	227	9.621	1.117°	10.738
Meran	631	4.864	20	18	5.533	195°°	5.728
Brixen	1.218	163	2.407	322**	4.110	247	4.357
Bruneck	502	195	746*	3.190	4.633	877	5.510
AUFENTH. IN DER PROV.	10.550	6.074	3.516	3.757	23.897	2.436	26.333
Übriges Italien	891	155	57	61	1.164		
Österreich	12	23	23	22	80		
AUFENTHALTE SEITENS ANSÄSSIGER INSGES.	11.453	6.252	3.596	3.840	25.141		

* Einschließlich 580 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Einschließlich 186 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Einschließlich 12 nicht konventionierte Aufenthalte in der Marienkl. von nicht in Südtirol ansässigen Patienten

°° Einschließlich 10 konventionierte Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie der Klinik St. Anna von nicht in Südtirol ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Der Sanitätsbetrieb mit den meisten Tagesklinik-Aufenthalten seitens in Südtirol Ansässiger ist Meran mit 96,6%; 84,9% dieser gingen an Ansässige des eigenen Sanitätsbetriebs. Der Sanitätsbetrieb mit der größten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion für Ansässige außerhalb der Provinz war Bruneck mit 15,9%.

Tabelle 55: Aktive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Tagesklinik-Aufenthalte - Jahr 2006

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. d. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	76,4	7,9	3,2	2,1	89,6	10,4	100,0
Meran	11,0	84,9	0,3	0,3	96,6	3,4	100,0
Brixen	28,0	3,7	55,2	7,4	94,3	5,7	100,0
Bruneck	9,1	3,5	13,5	57,9	84,1	15,9	100,0
INSGESAMT	40,1	23,1	13,4	14,3	90,7	9,3	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Tagesklinik-Aufenthalte der in Südtirol Ansässigen betreffen in 95,1% 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 7,8% 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 in Südtirol Ansässigen getätigten Aufenthalten aus.

Tabelle 56: **Passive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Tagesklinik-Aufenthalte - Jahr 2006**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Bozen	71,6	13,6	9,5	5,9	38,3
Meran	5,5	77,8	0,6	0,5	22,0
Brixen	10,6	2,6	66,9	8,4	16,3
Bruneck	4,4	3,1	20,7	83,1	18,4
AUFENTHALTE IN DER PROVINZ	92,1	97,2	97,8	97,8	95,1
Übriges Italien	7,8	2,5	1,6	1,6	4,6
Österreich	0,1	0,4	0,6	0,6	0,3
AUFENTH. SEITENS ANSÄSSIGER INSGES.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

**AKTIVE MOBILITÄT DER
ORDENTLICHEN UND
TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE IN
SÜDTIROL**

Im Jahr 2006 produzierten die Landeskrankenanstalten 102.876 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte für Akutkranke, 11.246 davon für Ansässige außerhalb der Provinz (einschließlich der 127 Aufenthalte in nicht konventionierten Abteilungen).

Die Aufenthalte von Südtirolern in Landeseinrichtungen außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs betrugen 13.780 (einschließlich der zwischen den Sanitätsbetrieben Bruneck und Brixen 1.485 konventionierten Aufenthalte).

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - abzüglich der Aufenthalte in nicht konventionierten Einrichtungen und der konventionierten Aufenthalte - betrug 10,8% 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.

Tabelle 57: **Übersicht der aktiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Aktive Mobilität (an der Produktion)	Aufenthalts-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Absolute Werte					
Von anderen Sanitätsbetrieben	3.892	2.391	4.404**	1.608*	12.295
Von außerhalb der Provinz	4.471°	1.394°°	1.914	3.340	11.119
INSGESAMT	8.363	3.785	6.318	4.948	23.414
PRODUZIERTE AUFENTHALTE INSGESAMT	42.236	25.098	17.257	18.285	102.876
Werte in Prozent					
Von anderen Sanitätsbetrieben	9,2	9,5	25,5**	8,8*	12,0
Von außerhalb der Provinz	10,6°	5,6°°	11,1	18,3	10,8
INSGESAMT	19,8	15,1	36,6	27,1	22,8

* Ausgeschlossen 742 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Ausgeschlossen 743 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Einschließlich 45 nicht konventionierte Aufenthalte in der Marienkl. von nicht in Südtirol ansässigen Patienten

°° Ausgeschlossen 79 nicht konventionierte Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie in der Klinik St. Anna von nicht in Südtirol ansässigen Patienten und 3 nicht konventionierte Aufenthalte in der Klinik Martinsbrunn von nicht in Südtirol ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Attraktionsindizes des Jahres 2006 für die einzelnen Sanitätsbetriebe sind in der folgenden Tabelle angeführt: der Attraktionsanteil (überbetrieblich und überregional) im Vergleich zur gesamten ordentlichen Aufenthaltsproduktion schwankt in den einzelnen Betrieben stark: von 15,1% des Sanitätsbetriebs Meran bis 36,6% des Sanitätsbetriebs Brixen.

In der Tabelle wird eine Übersicht der ordentlichen passiven Mobilität in Südtirol nach Sanitätsbetrieb in Bezug auf das Jahr 2006 vorgestellt.

Von den 99.199 ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Akutkranken seitens Ansässiger fanden 7.569 in Krankenanstalten außerhalb der Provinz statt (7,7% überregionaler Fluchtindex, davon 4,4% in Richtung übriges Italien, 2,5% in Richtung Österreich und 0,8% in Richtung andere Staaten); weitere 13.780 Aufenthalte (einschließlich der 1.485 zwischen den Betrieben Bruneck und Brixen konventionierten Aufenthalte) wurden von Südtirolern innerhalb des Landes in Anspruch genommen, jedoch in Krankenanstalten, die sich nicht im Gebiet des eigenen Wohnsitz-Sanitätsbetriebs befinden; der überbetriebliche passive Mobilitätsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - abzüglich der konventionierten Aufenthalte - betrug 12,4%.

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 des Landes betrug im Jahr 2006 15,0% der Aufenthalte von Ansässigen, die Flucht in Richtung übriges Italien 6,9%.

Tabelle 58: **Übersicht der passiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) und Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Passive Mobilität (am Aufenthaltsverbrauch von Ansässigen)	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Absolute Werte				
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	6.696	2.982	1.488*	1.129**	12.295
In Richtung übriges Italien	3.071	782	258	237	4.348
In Richtung Österreich	629	666	619	553	2.467
In Richtung and. Staaten (Jahr 2004)	281	216	104	153	754
INSGESAMT	10.677	4.646	2.469	2.072	19.864
VERBRAUCHTE AUFENTH. INSGES.	44.505	25.877	13.407	15.410	99.199
	Werte in Prozent				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Werte in Prozent				
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	15,0	11,5	11,1*	7,3**	12,4
In Richtung übriges Italien	6,9	3,0	1,9	1,5	4,4
In Richtung Österreich	1,4	2,6	4,6	3,6	2,5
In Richtung and. Staaten (Jahr 2004)	0,6	0,8	0,8	1,0	0,8
INSGESAMT	24,0	18,0	18,4	13,4	20,0
PRODUZIERTE AUFENTHALTE AN VERBRAUCHTEN AUFENTHALTEN (PRO 100)	94,9	97,0	128,7	118,7	103,7

* Ausgeschlossen 742 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Ausgeschlossen 743 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

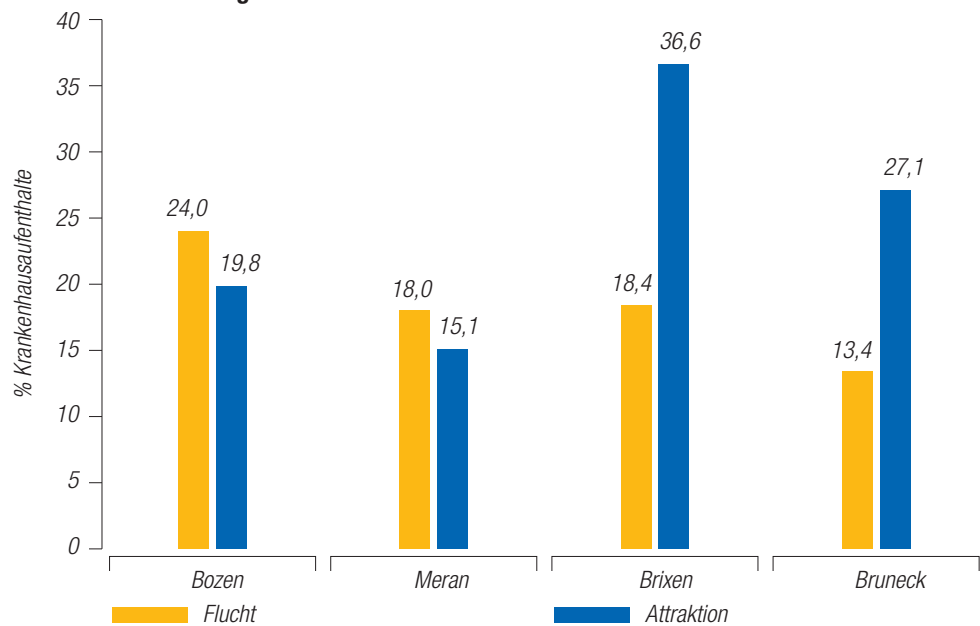
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Der Sanitätsbetrieb mit dem höchsten Attraktionsindex für Aufenthalte von Nichtansässigen ist Brixen, wobei 36,6% der Patienten außerhalb des Gebietes des Sanitätsbetrieb ansässig waren, während Meran den geringsten Attraktionsindex aufweist (15,1%).

**PASSIVE MOBILITÄT DER
ORDENTLICHEN UND
TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE IN
SÜDTIROL**

**ATTRAKTIONS- UND
FLUCHTINDIZES**

Abbildung 49: Attraktions- und Fluchtindizes der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte insgesamt nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Der Sanitätsbetrieb Bruneck kennzeichnet sich durch die geringste passive Mobilität mit 13,4% der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in Krankenanstalten außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs; der Sanitätsbetrieb Bozen weist die höchste passive Mobilität auf (24,0% der Aufenthalte von Ansässigen in Einrichtungen außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs).

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%). 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 des Landes oder außerhalb des Gebiets des Wohnsitz-Sanitätsbetriebs ermöglicht es, das Verhältnis zwischen der Produktion und dem Verbrauch der Aufenthalte auf Landes- oder Betriebsebene darzustellen.

Auf Landesebene war der Saldo der überregionalen Mobilität im Jahr 2006 positiv, da die produzierten Aufenthalte (102.876) die von den in Südtirol Ansässigen insgesamt genossenen Aufenthalte (99.199) um 3.677 überschritten.

In den einzelnen Sanitätsbetrieben lag das Verhältnis zwischen den produzierten ordentlichen Aufenthalten und den genossenen ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen im Jahr 2006 über 100% (positiver Saldo) für die Sanitätsbetriebe Brixen (128,7%) und Bruneck (118,7%), für die Sanitätsbetriebe Meran und Bozen leicht darunter (97,0% bzw. 94,9%). Die Analyse der Attraktions- und Fluchtkapazität in Bezug auf besondere Pathologien wie Mammakarzinom, Uteruskarzinom, Ovarialkarzinom (einschließlich Adnexe), den Hüftgelenkserersatz und Eingriff wegen grauem Star liefert direkte Informationen über die Quali-

MOBILITÄTSSALDO

tät des Landesgesundheitssystems als Antwort auf die Gesundheitsbedürfnisse der Einwohner und die Zugangsschwierigkeiten zu den Leistungen im Vergleich zu den österreichischen und nationalen Gesundheitseinrichtungen. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Werte für das Jahr 2006 angeführt.

Tabelle 59: **Attraktions- und Fluchtindizes für besondere Pathologien nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Aktive Mobilität (an der Produktion)	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb								Insgesamt	
	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck			
	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.
Mammakarzinom	2,3	5	4,1	5	2,0	1	13,3	6	4,0	17
Uterus-, Ovarialkarzinom (einschl. Adnexe)	1,6	1	2,4	1	2,9	1	22,2	4	4,4	7
Hüftgelenkersatz	6,0	18	7,8	24	12,8	45	9,2	14	9,1	101
Grauer Star (DRG 39)	6,3	85	10,1	89	-	-	4,6	61	6,6	235
Passive Mobilität (am Aufenthaltsverbrauch von Ansässigen)	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.
Mammakarzinom	15,1	41	11,8	14	30,2	16	26,9	14	17,1	85
Uterus-, Ovarialkarzinom (einschl. Adnexe)	7,4	6	17,8	8	-	-	11,8	2	9,5	16
Hüftgelenkersatz	9,7	47	3,4	10	1,3	2	2,9	4	5,8	63
Grauer Star (DRG 39)	10,1	168	1,5	11	1,3	7	1,3	8	6,4	194

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

3.2.7. Hospitalisierung der Südtiroler

Die Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung von Südtirolern 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 an ihr (und nicht an der Aufenthaltsproduktion) der Ressourcenverbrauch zu Lasten des Landes bemessen wird.

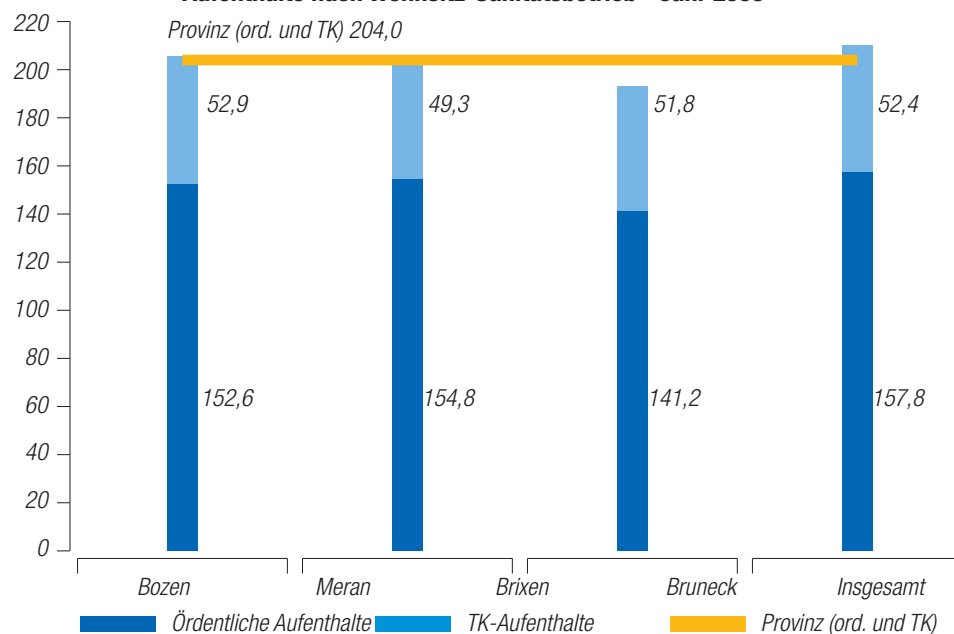
Im Jahr 2006 nahmen die Südtiroler 99.199 Aufenthalte in Anspruch, 74.058 davon waren ordentliche Aufenthalte und 25.141 Tagesklinik-Aufenthalte, was 204,0 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner entspricht: 152,3 ordentliche und 51,7 Tagesklinik-Aufenthalte. Von den 99.199 Aufenthalten von Südtirolern wurden 91.630 in öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen getätigt (92,4%), 67.733 bezogen sich auf ordentliche Aufenthalte, 23.897 auf Tagesklinik-Aufenthalte.

Die Hospitalisierungsrate der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte pro 1.000 Einwohner betrug 205,5 für den Sanitätsbetrieb Bozen, 204,1 für den Sanitätsbetrieb Meran, 193,0 für den Sanitätsbetrieb Brixen und 210,1 für den Sanitätsbetrieb Bruneck. Gegenüber 2005 reduzierte sich die Anzahl auf Landesebene um 2,6% pro 1.000 Einwohner: 4,9% in Bruneck, 3,3% in Meran, 2,5% in Bozen, während der Anteil für den Sanitätsbetrieb Brixen weitgehend stabil blieb.

**HOSPITALISIERUNGS-
RATE**

**DIE HOSPITALISIERUNG IN
DEN SANITÄTSBETRIEBEN**

Abbildung 50: Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



Im Zeitraum 1998-2006 unterlag die Gesamthospitalisierungsrate einem Rückgang von 6,5% sowie einer Umwandlung der ordentlichen Aufenthalte in Tagesklinik-Aufenthalte. Die Rate des Jahres 2006 bleibt im Vergleich zum auf nationaler Ebene vorgesehenen Standard von 180 und Zielwert des Landesgesundheitsplans 2000-2002 (144 für die ordentlichen Aufenthalte und 36 für die Tagesklinik-Aufenthalte) jedoch immer noch hoch.

Tabelle 60: Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner in Bezug auf die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte insgesamt - Jahre 1998-2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*
Ördentl. Aufenthalte	206,1	215,1	202,6	193,5	188,9	170,7	161,9	155,6	152,3
TK-Aufenthalte	4,4	7,9	15,6	21,2	31,1	40,8	47,4	51,0	51,7
INSGESAMT	210,5	223,0	218,2	214,7	220,0	211,5	209,3	206,6	204,0

* Seit 2003 sind die gesunden Neugeborenen nicht mehr eingeschlossen

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

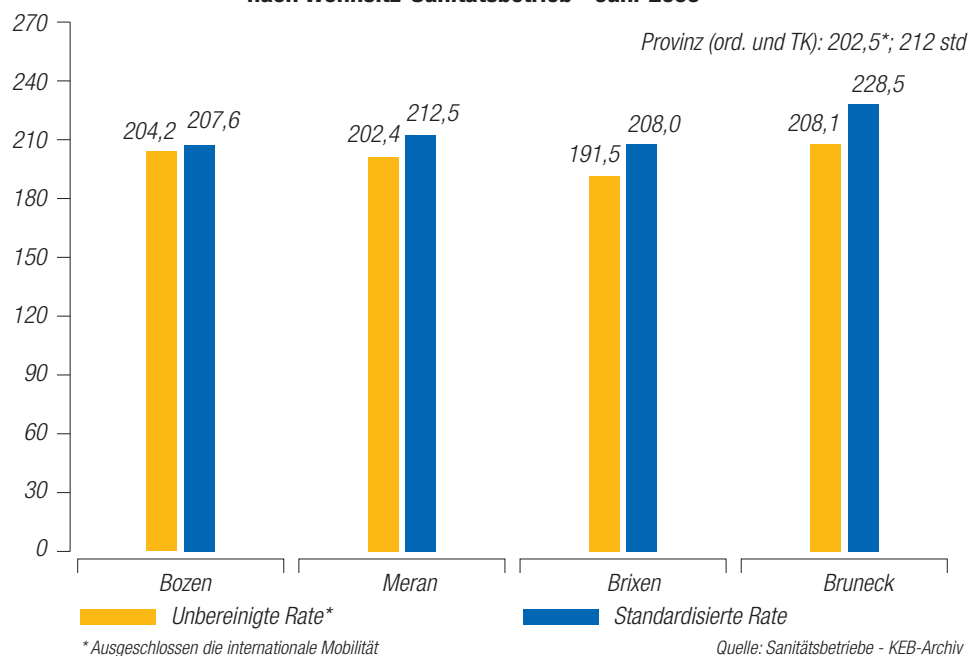
Die Hospitalisierungsrate betrug in Italien im Jahr 2004 für die ordentlichen Aufenthalte 141,5 und für die Tagesklinik-Aufenthalte 65,4, bei insgesamt 206,9 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

Der Tagesklinik-Betrieb liegt in Südtirol über dem gesamtstaatlichen Standard von 36 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner und verzeichnet 2006 keine Änderungen zum Vorjahr. Die Landeswerte ähneln jedenfalls den durchschnittlichen Vergleichswerten in den 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 beträgt im Vergleich zur gesamtstaatlichen Bevölkerung des Jahres 2004 212,3 pro 1.000 Einwohner: die Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens Südtiroler liegt auch 2006 über dem

gesamtstaatlichen Durchschnitt, obwohl die Südtiroler Wohnbevölkerung deutlich jünger als die Staatsbevölkerung ist, vor allem in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck.

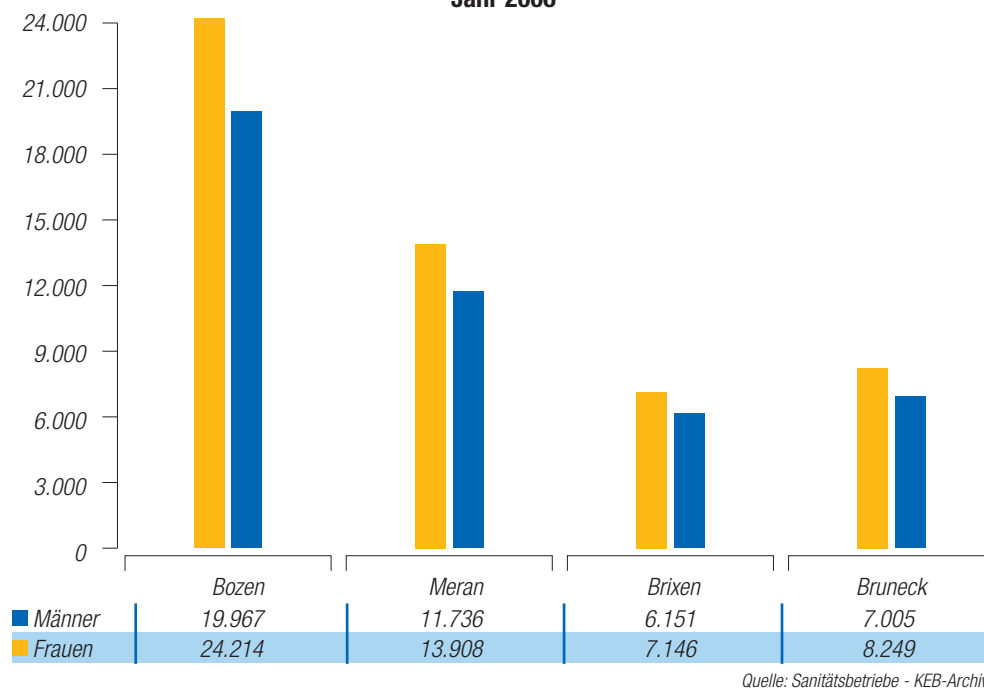
Abbildung 51: **Unbereinigte und standardisierte Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**



54,4% der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in Landeseinrichtungen betreffen weibliche Patienten; der Verlauf zeigt sich in den einzelnen Sanitätsbetrieben homogen.

AUFENTHALTE VON ANSÄSSIGEN NACH GESCHLECHT

Abbildung 52: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in den Krankenanstalten des Landes und außerhalb der Provinz nach Geschlecht und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**



**AUFENTHALTE VON
ANSÄSSIGEN NACH
ALTERSKLASSE**

Der Verlauf der Aufenthalte nach Altersklassen lässt den starken Anstieg der Hospitalisierungsrate ab der Altersklasse 65-69 erkennen.

Tabelle 61: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb und Altersklasse in den Einrichtungen des Landes und außerhalb der Provinz - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt	Spezifische Hospitalisierungsrate nach Altersklasse (pro 100 Einw.)
0-4	2.138	1.696	1.061	1.158	6.053	22,5
5-9	1.044	782	434	469	2.729	9,7
10-14	967	690	307	357	2.321	8,5
15-19	1.031	715	439	419	2.604	9,8
20-24	1.088	826	493	566	2.973	11,0
25-29	1.632	1.110	699	780	4.221	14,0
30-34	2.735	1.470	870	1.025	6.100	16,7
35-39	2.662	1.562	881	1.027	6.132	14,5
40-44	2.215	1.439	768	857	5.279	12,5
45-49	2.138	1.168	666	724	4.696	13,4
50-54	2.060	1.289	645	730	4.724	16,7
55-59	2.548	1.414	704	842	5.508	20,6
60-64	3.161	1.710	887	964	6.722	25,5
65-69	3.721	1.932	946	1.182	7.781	31,5
70-74	3.886	2.041	984	1.236	8.147	41,9
75-79	4.307	2.260	1.105	1.236	8.908	53,3
80-84	3.855	1.976	856	977	7.664	60,5
85-89	1.826	974	350	460	3.610	64,8*
90-94	940	499	163	183	1.785	
95 +	227	91	39	62	419	
INSGES.	43.959	25.553	13.258	15.195	98.376	20,2

* Bei der Berechnung der Rate wurden die drei letzten Altersklassen zusammen berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

3.2.8. Schlussbewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken

3.2.8.1. Begründungen und Bewertungskriterien

Abschließend wird zum Teil über die Krankenhausversorgung in Südtirol folgende zusammenfassende Schlussbewertung abgegeben. Die Begründungen und Kriterien für die Bewertung sind:

- Die Krankenhausversorgung beträgt ca. 50% der Leistungen und des Ressourcenverbrauchs des Landesgesundheitsdienstes.
- Die Produktionsprozesse und die Krankenhausproduktion haben gefestigte und anerkannte Standards erreicht, sodass es hier relativ einfacher als für die anderen Versorgungsstufen ist, 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 Krankenhausbetriebe seitens der Einwohner Südtirols.
- Für einige Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung kann der Verlauf mit zeitlich vergleichbaren Daten rekonstruiert werden, wonach die Bewertung der Situation des Jahres 2006 auf die Entwicklungstendenzen in Südtirol zurückgeführt werden kann.

GRUND DER BEWERTUNG

- Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 legt fest, dass der Landesgesundheitsbericht auch Informationen über das Umsetzungsverfahren des Landesgesundheitsplans beinhalten muss.

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 Südtirols, vor allem jene zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes.
- 3) Aktive und passive Mobilität der Krankenhausaufenthalte.

3.2.8.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte

Die Landeskrankenanstalten für Akutkranke und für die post-akute Versorgung verfügten im Jahr 2006 über 2.443 Betten: 1.904 ordentliche Betten für Akutkranke (einschließlich der 84 Säuglingskrippen), 194 Betten für die Tagesklinik und 345 Betten für die post-akute Versorgung (davon 8 Tagesklinik-Betten). Insgesamt beträgt die Anzahl der Betten der öffentlichen und privaten (akkreditierten und nicht akkreditierten) Landeseinrichtungen (die 84 Säuglingskrippen ausgeschlossen) 2.359, was 4,85 pro 1.000 Einwohner entspricht, davon 4,15 für Akutkranke und 0,71 für die post-akute Versorgung. Berücksichtigt man nur die öffentlichen und privaten akkreditierten Betten (2.213), sinkt der Wert auf 4,55 Betten pro 1.000 Einwohner, davon 3,87 für die akute und 0,68 für die post-akute Versorgung (Rehabilitation und Langzeitpflege). Im Jahr 1996 betrug die Bettenanzahl 2.827 (6,2 pro 1.000 Einwohner). In 10 Jahren sind die Betten für Akutkranke und die post-akute Versorgung um 1,35 pro 1.000 Einwohner gesunken.

Die Anzahl der Betten der Krankenhausproduktion pro 1.000 Einwohner in einer Provinz mit 485.841 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 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 Südtirol ist in den letzten 10 Jahren von 93.538 Aufenthalten des Jahres 1996 auf 76.543 im Jahr 2006 gesunken. Der Anteil der Aufenthalte in öffentlichen Einrichtungen ist dagegen von 93,0% auf 94,7% angestiegen (weitgehend stabiler Verlauf).

In diesen letzten 10 Jahren ging die Hospitalisierungsrate um 6,5% pro 1.000 Einwohner zurück, liegt aber mit 204,0 im Jahr 2006 noch immer weit über dem Standardwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

2006 produzierten die öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen 107.226 Aufenthalte, davon 102.876 für Akutkranke. Die Aufenthalte von Akutkranken seitens außerhalb der Provinz Ansässiger betrugen 11.246 (127 davon wurden in nicht konventionierten Abteilungen erbracht). Der überregionale Attraktionsindex entsprach 2006 10,8% und zeigt sich gegenüber dem Vorjahr stabil.

Vor 10 Jahren, im Jahr 1996, war die Situation sehr ähnlich: der Attraktionsindex betrug 10,5%.

INHALT DER BEWERTUNG

DIMENSION DER KRANKENHAUS- PRODUKTION

2006 fanden 7.569 Aufenthalte von akutkranken Südtirolern in Einrichtungen außerhalb der Provinz statt, was einem Fluchtindex von 7,7% der Aufenthalte von Südtirolern entspricht, der nur knapp unter dem Vergleichswert des Jahres 1996 (7,8%) liegt.

Tabelle 62: **Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Krankenhausproduktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten - Jahre 1996 und 2006**

Indikatoren	Autonome Provinz Bozen	
	1996	2006
Bettenausstattung für Akutranke (Säuglingskrippen ausgeschlossen)	2.653	2.014
Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation	174	345
Prozentsatz der öffentlichen Betten (akut+post-akut)	82,6%	82,6%
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (akut+post-akut)	6,22	4,85
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (post-akut)	0,38	0,71
Bettenauslastungsrate für Akutranke pro 100 (öff. KH)	73,7	79,4
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage) (öff. KH)	8,1	5,9
Aufenthalte von Akutkranken und der post-akuten Versorgung in den öffentlichen und privaten Einrichtungen	95.143	107.226**
Ordentl. Aufenth. von Akutkranken in den öffentlichen und priv. Einrichtungen	93.538	76.543**
Prozentsatz der Aufenth. von Akutkranken in den öffentlichen Krankenhäusern	93,0%	94,7%
Durchschnittliches DRG-Gewicht der ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Krankenhäusern	0,88	1,12
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (ordentliche Aufenthalte von Akutkranken)	203,0	152,3
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken)	4,4*	51,8
Überregionaler Attraktionsindex (Aufenthalte von Akutkranken)	10,5	10,8
Überregionaler Fluchtindex (Aufenthalte von Akutkranken)	7,8	7,7

* Wert des Jahres 1998

** Ausgeschlossen 4.493 gesunde Neugeborene

Quelle: Sanitätsbetriebe

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 Südtirol darzulegen, für die der LGP spezifische Ziele oder zu verfolgende Entwicklungstendenzen vorschreibt.

Die ersten beiden Indikatoren der Tabelle 63 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 63: **Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Produktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Akutkranken nach öffentlichem Krankenhaus - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
1. Bettenauslastungsrate	78,8%	82,6%	76,4%	79,8%	69,4%	82,4%	73,4%
2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage)	6,0	6,1	6,6	5,4	5,5	5,7	5,9
3. Durchschnittliches DRG-Gewicht der Aufenthalte	1,22	1,13	0,99	1,11	0,89	1,02	0,89
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	22,1%	25,6%	23,4%	22,8%	21,3%	29,5%	25,5%
5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	6,4%	4,2%	6,4%	6,3%	10,3%	7,8%	8,5%
6. Prozentsatz der angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an den TK-Aufenthalten insgesamt	56,9%	77,8%	84,8%	83,9%	62,8%	83,5%	70,5%
7. Prozentsatz der nicht angemessenen medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte an den medizinischen TK-Aufenthalten insgesamt. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	64,8%	47,4%	43,2%	33,2%	77,5%	36,7%	65,3%
8. Prozentsatz der Aufenthalte über der Landeszulässigkeitschwelle für die 43 Risiko-DRGs an den ordentlichen und TK-Aufenthalten insgesamt (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	3,5%	5,9%	8,7%	6,9%	1,4%	4,2%	2,4%
9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen insges. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	3,7%	3,5%	2,1%	4,0%	3,4%	2,6%	1,5%
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	19,9%	16,7%	7,0%	36,8%	36,0%	25,5%	33,3%

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 3.7.2006 „Interne und externe gesundheitliche Kontrollen der Krankenhausaufenthalte der Autonomen Provinz Bozen“ vorgesehenen Angaben festgelegt.

a) Der Indikator „5. Prozentsatz der ordentlichen medizinischen Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)“ wurde berechnet, indem:

- die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:
 - Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten,
 - Aufenthalte von Patienten im Alter unter 6 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 „9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten insgesamt (ausgeschlossen Notfälle) (gemäß DRL Nr. 4053 vom 6.11.2006)“ wurde im Unterschied zu 2005 berechnet, indem
- die folgenden Elemente berücksichtigt:
 - - Aufenthalte mit einem Eingriff aus der Liste der Tagesklinik-Aufenthalte,
 - und die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:
 - Aufenthalte seitens Nichtansässiger,
 - dringende Aufenthalte,
 - Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten,
 - Aufenthalte von Patienten im Alter unter 6 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.

Für eine zusammenfassende Bewertung der Leistungen der öffentlichen Landeskrankenhäuser wird in Tabelle 64 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 erfordert die Festlegung von Bezugswerten: V_P = schlechtester Wert, an den eine niedrige Leistung gebunden ist, akzeptables Minimum des Phänomens, und somit einen 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 Südtirols. 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 48 (Krankenhaus

Sterzing) bis 69 (Krankenhaus Brixen). Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Sanitätsbetrieb schwankt zwischen P=58 des Sanitätsbetriebs Bozen und P=63 der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck.

Tabelle 64: Indikatoren P (25 ≤ P ≤ 100) der Qualität und Effizienz der öffentlichen Krankenhäuser, ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - Jahr 2006

	Zielwerte		Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
	Schlecht (P=25)	Bester (P=100)	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006	P 2006
1. Bettenauslastungsrate	75,0%	80,0%	82	100	46	97	25	100	25
2. Durchschn. Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage)	7,5	6,0	100	96	68	100	100	100	100
3. Durchschn. DRG-Gewicht der Aufenth.	0,9	1,3	85	69	41	64	25	47	25
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	22,0%	15,0%	25	25	25	25	33	25	25
5. Prozentsatz der ordentlichen medizin. Eintagsaufenthalte (einschließl. Notfälle)	10,0%	5,0%	79	100	79	81	25	58	48
6. Prozentsatz der angemessenen TK-Aufenthalte an den TK-Aufenthalten insges.	50,0%	100,0%	35	67	77	76	44	75	56
7. Prozentsatz d. nicht angemess. med. TK-Aufenth. an den med. TK-Aufenthalten insg. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	70,0%	30,0%	35	67	75	94	25	88	34
8. Prozentsatz d. Aufenthalte über der Landeszulässigkeitschwelle für die 43 Risiko-DRGs an den ordentl. und TK-Aufenthalten insgesamt (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	5,0%	0,0%	48	25	25	25	79	38	64
9. Prozentsatz der in TK-Aufenthalte umwandelbaren ordentl. Aufenthalten an den ordentl. Aufenthalten von Ansässigen insg. (BLR Nr. 4053 vom 6.11.2006)	3,0%	1,0%	25	25	58	25	25	40	83
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	10,0%	30,0%	62	50	25	100	100	83	100
DURCHSCHN. P-WERTE PRO KH			58	62	52	69	48	65	56
DURCHSCHN. P-WERTE PRO SB			58	60		63		63	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Landesdurchschnitt der Qualität und Effizienz der Produktion von öffentlichen ordentlichen Krankenhausaufenthalten von Akutkranken beträgt $P=59$. Im Vergleich zum Variabilitätsfeld P von 25 bis 100 erreicht der Landesdurchschnitt 50% des Weges in Richtung vorzügliche Situation, welchen die besten Zielwerte der 10 benutzten Indikatoren vorgeben.

3.3. POST-AKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

In den letzten 10 Jahren ist die Zahl der Betten für die post-akute Versorgung von 174 Betten des Jahres 1996 auf 345 (davon sind 15 nicht akkreditiert) des Jahres 2006 stark angestiegen. Die Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege entspricht 0,7 pro 1.000 Einwohner und liegt noch unter dem nationalen Standardwert von 1 pro 1.000.

2006 wurden in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten des Landes 2.032 Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege und 2.318 Aufenthalte in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation getätigt.

Weitere 15 Langzeitpflege-Aufenthalte wurden von Südtirolern in nationalen Einrichtungen in Anspruch genommen. Höher ist die Inanspruchnahme von Einrichtungen außerhalb des Landes: 2006 wurden 360 Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz verzeichnet, davon 288 in italienischen Einrichtungen (3 davon in Spinalzentren und 14 in Neuro-Rehabilitationsabteilungen) und 72 in österreichischen Einrichtungen (47 davon in Neuro-Rehabilitationsabteilungen). Über ein Drittel der Entlassungsdiagnosen der außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Aufenthalte sind schwere Pathologien wie Myeloläsionen (z. B. Paraplegie oder Tetraplegie), welche Strukturen erfordern, die Südtirol derzeit nicht anbieten kann.

3.3.1. Betten für die post-akute Versorgung

In den Landeskrankenanstalten stehen insgesamt 345 Betten für die post-akute Versorgung zur Verfügung, 35,4% davon befinden sich in öffentlichen Einrichtungen. Die privaten Einrichtungen, die insgesamt 223 Betten für die post-akute Versorgung anbieten (64,6% des Gesamtwertes), liegen ausschließlich in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran.

Für die post-akute Rehabilitation sind 169 Betten (0,34 pro 1.000 Einwohner) vorhanden, für die post-akute Langzeitpflege 176 (0,36 pro 1.000 Einwohner).

Tabelle 65: **Betten für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege in den Krankenanstalten - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Betten für die post-akute Rehabilitation (Kodex 56.00)		Betten für die post-akute Langzeitpflege (Kodex 60.00)	Insgesamt
	ord. Auf.	TK-Auf.		
Krankenhaus Bozen	10	3	-	13
Krankenhaus Meran	19	1	10	30
Krankenhaus Brixen	11	4	12	27
Krankenhaus Bruneck	8	-	19	27
Krankenhaus Schlanders*	-	-	9	9
Krankenhaus Sterzing	4	-	7	11
Krankenhaus Innichen**	-	-	5	5
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	52	8	62	122
Marienklinik	-	-	15	15
Privatklinik Martinsbrunn°	21	-	32	53
Privatklinik Bonvicini	44	-	42	86
Privatklinik Villa Melitta	44	-	25	69
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	109	-	114	223
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	161	8	176	345

* Verteilt auf die Abteilungen für Akutkranke: 2 Allgemeine Chirurgie, 6 Allgemeine Medizin, 1 Geburtshilfe und Gynäkologie

** Verteilt auf die Abteilungen für Akutkranke: 2 Allgemeine Chirurgie, 2 Allgemeine Medizin, 1 Geburtshilfe und Gynäkologie; seit 01.09.06 1 Bett in der Allgemeinen Chirurgie

° Ausgeschlossen 8 Betten in der Palliativstation

Quelle: Krankenanstalten - Sanitätsdirektion

3.3.2. Post-akute Rehabilitation

Die in diesem Kapitel analysierten Daten stammen aus dem KEB-Archiv von Ende Mai 2007; die Entlassungsbögen mit einem späteren Einsenddatum wurden nicht berücksichtigt.

Im Jahr 2006 gab es insgesamt 2.318 Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationsabteilungen, davon 76 im Tagesklinik-Betrieb. Von den 2.242 ordentlichen Aufenthalten des Jahres 2006 wurden 68,7% in privaten Einrichtungen der Provinz getätigt.

Tabelle 66: **Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	% am Gesamtw.	Aufenthalts-tage*	Durch. AD
Krankenhaus Bozen	96	4,3	3.319	34,6
Krankenhaus Meran	261	11,6	6.125	23,5
Krankenhaus Brixen	195	8,7	3.475	17,8
Krankenhaus Bruneck	94	4,2	2.532	26,9
Krankenhaus Sterzing	56	2,5	984	17,6
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGES.	702	31,3	16.435	23,4
Privatklinik Bonvicini	536	23,9	14.961	27,9
Privatklinik Villa Melitta	650	29,0	17.195	26,5
Privatklinik Martinsbrunn	354	15,8	7.319	20,7
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	1.540	68,7	39.475	25,6
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	2.242	100,0	55.910	24,9

* Die bewilligten Tage wurden abgezogen

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Bezüglich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sind die höchsten Werte in den Krankenhäusern Bozen und Bruneck und in der Privatklinik Bonvicini zu verzeichnen, während die Krankenhäuser Sterzing und Brixen sowie die Privatklinik Martinsbrunn den Patient durchschnittlich in weniger als 3 Wochen entlassen.

**ORDENTLICHE
AUFENTHALTE FÜR
POST-AKUTE
REHABILITATION**

**DURCHSCHNITTliche
AUFENTHALTSDAUER**

**TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE IN DER
POST-AKUTEN
REHABILITATION**

Tabelle 67: Tagesklinik-Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen - Jahr 2006

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	% am Gesamtwert	Aufenthaltstage	Durchschn. AD
Krankenhaus Bozen	21	27,6	296	14,1
Krankenhaus Brixen	55	72,4	868	15,8
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	76	100,0	1.164	15,3

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Tabelle 68: Gesamttarif und durchschnittlicher Tarif der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten - Jahr 2006

Krankenanstalt	Anz. Aufenth.	Gesamttarif	Durch. Tarif
Krankenhaus Bozen	117	845.068,27	7.222,81
Krankenhaus Meran	261	1.477.722,92	5.661,77
Krankenhaus Brixen	250	1.051.571,03	4.206,28
Krankenhaus Bruneck	94	634.596,70	6.751,03
Krankenhaus Sterzing	56	251.223,46	4.486,13
Privatklinik Bonvicini	536	3.191.838,02	5.954,92
Privatklinik Villa Melitta	650	3.853.163,92	5.927,94
Privatklinik Martinsbrunn	354	1.610.512,89	4.549,47
INSGESAMT	2.318	12.915.697,21	5.571,91

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Aus Tabelle 69 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 und DRG 249) mit fast 50% an allen Aufenthalten hervor. Die Patienten mit degenerativen Krankheiten und sonstigen Krankheiten des Nervensystems (DRG 012, 034 und 035) (25,3% aller Aufenthalte) werden vorwiegend in der Privatklinik Villa Melitta und in den Krankenhäusern Brixen, Bozen und Bruneck behandelt.

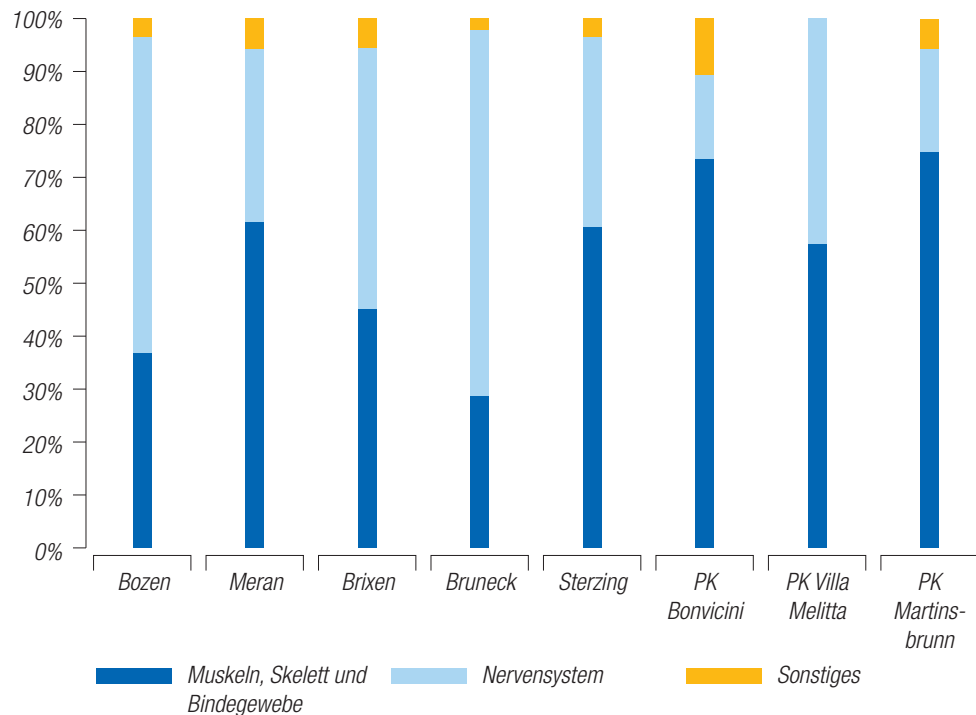
Tabelle 69: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte nach DRG in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten - Jahr 2006**

DRG	Beschreibung der DRG	Bo-zen	Mer-an	Brixen	Brun- eck	Ster- zing	PK Bon- vicini	PK Villa Melitta	PK Martins- brunn	Insge- samt
256/ 249	Sonstige Diagnosen u. Re- habilitation wegen Krankh. der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	40	144	92	12	32	286	293	251	1.150
12/ 34/ 35	Degenerative Krankheiten und sonstige Krankheiten des Nervensystems (mit u. ohne Komplikationen)	52	66	94	48	12	42	219	54	587
243	Medizinische Rücken- beschwerden	2	10	16	4	1	48	53	10	144
9	Krankheiten und Traumata der Rückenmarks	14	13	10	8	-	5	17	2	69
248	Tendinitis, Myositis und Schleimbeutelentzündung	-	3	-	-	-	29	13	1	46
13	Multiple Sklerose und Hirntaxie	2	5	10	2	1	2	14	5	41
18	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven mit Komplikationen	1	-	2	3	1	7	19	2	35
19	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven ohne Komplikationen	-	1	1	2	-	18	8	1	31
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beein- flussen	-	6	9	-	1	5	-	8	29
245	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, ohne Komplikationen	1	2	1	7	-	10	1	-	22
14	Spezifische zerebrovaskul. Krankheiten aussch. TIA	1	-	2	-	4	5	-	1	13
239	Pathologische Frakturen u. bösartige Neoplasien des Muskel- und Skelettsyst. und Bindegewebes	-	-	-	-	1	5	5	-	11
244	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit Komplikationen	-	-	-	1	-	7	1	-	9
TEILSUMME		113	250	237	87	53	469	643	335	2.187
INSGESAMT		117	261	250	94	56	536	650	354	2.318

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

AUFENTHALTE NACH MDC

Abbildung 53: Verteilung in % der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte nach MDC in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Die Analyse der Aufenthalte nach primärer Diagnosekategorie MDC (Major Diagnostic Categories), welche die Krankheiten und Störungen eines Organs oder Systems zusammenfasst, ergibt, dass 1.410 Aufenthalte (60,8% des Gesamtwertes) unter die MDC „Krankheiten und Störungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ und 794 (34,3%) unter die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ fallen.

Aufgrund der klinischen Bewertung seitens der Ärzte wird jeder post-akute Rehabilitationsaufenthalt einer der 3 folgenden Kategorien zugeordnet:

- **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 Gesundheitszustands:** 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 des Patienten, 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.

Im Jahr 2006 wurden 95,1% der Rehabilitationsaufenthalte als post-akute Aufenthalte klassifiziert, 4,5 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und nur 0,4% als Bewertungsaufenthalte.

Tabelle 70: **Ordentliche Rehabilitationsaufenthalte nach Art des Aufenthalts und Landeseinrichtung - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Post-akut	Erhaltung	Bewertung	Insgesamt
Krankenhaus Bozen	83	12	1	96
Krankenhaus Meran	247	14	-	261
Krankenhaus Brixen	165	26	4	195
Krankenhaus Bruneck	67	22	5	94
Krankenhaus Sterzing	53	3	-	56
Privatklinik Bonvicini	536	-	-	536
Privatklinik Villa Melitta	650	-	-	650
Privatklinik Martinsbrunn	330	24	-	354
INSGESAMT	2.131	101	10	2.242

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Um den funktionellen Zustand und die klinischen Merkmale (Schädigungen) der Patienten in rehabilitativer Behandlung zu messen, wird die Punkteanzahl der FIM-Skala (Functional Independence Measure) 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 Schließmuskeln, 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 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. Diesen 14 Makrokategorien werden 69 nosologische, sich gegenseitig ausschließende Beeinträchtigungen zugeordnet. Die Tabelle 71 stellt die Makrokategorien auf Landesebene dar, welche ergeben, dass sich über die Hälfte der Aufenthalte (62,6%) auf orthopädische Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologie) 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 2006 betrugen die Aufenthalte mit einer Aufenthaltsdauer ab 7 Tagen (keine Kurzaufenthalte) in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation (ausgeschlossen auch die 6 Aufenthalte von verstorbenen Patienten) insgesamt 2.155.

**HÄUFIGSTE
BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

Tabelle 71: **Ordentliche Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation (keine Kurzaufenthalte und ausgeschlossen verstorbene Patienten) nach Pathologie gemäß RIC-FIM-Skala - Jahr 2006**

Pathologie RIC-FIM	Bo-zen	Mer-an	Brix-en	Brun-eck	Sterzing	PK Bon-vicini	PK Villa Melitta	PK Martins-brunn	Insgesamt
Orthopädische Pathologie	33	144	83	9	31	329	354	254	1.237
Zerebrale Ischämie	10	50	50	30	15	17	163	33	368
Neurologische Krankheit	16	14	17	14	1	14	79	11	166
Gehirnkrankheit	21	9	16	16	3	27	15	20	127
Myelopathie	10	10	10	5	-	11	17	4	67
Arthropathie	1	2	-	11	-	36	-	2	52
Algie	1	1	1	-	-	37	-	3	43
Kardiopathien	-	-	-	-	-	20	3	11	34
Weitere funktions-beeinträchtigende Schädigungen	-	1	-	-	-	14	-	2	17
Amputation von Gliedmaßen	2	6	1	4	-	2	1	-	16
Polytrauma	1	-	5	-	-	-	9	1	16
Lungenerkrankungen	1	-	-	-	1	8	-	1	11
Verbrennungen	-	-	1	-	-	-	-	-	1
INSGESAMT	96	237	184	89	51	515	641	342	2.155

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Tabelle 72: **Verteilung der ordentlichen Aufenthalte auf die Pathologie-Untergruppen (RIC-FIM-System) nach Krankenanstalt - Jahr 2006**

Gruppe der Pathologie*	Bo-zen	Mer-an	Bri-xen	Brun-eck	Sterzing	PK Bonvi-cini	PK Villa Melitta	PK Martins-brunn	Insgesamt	% am Gesamt-wert
Neurologische	57	83	93	65	19	69	274	68	728	33,8
Orthopädische	37	153	85	24	31	404	355	259	1348	62,6
Sonstige	2	1	6	-	1	42	12	15	79	3,7
INSGESAMT	96	237	184	89	51	515	641	342	2.155	100,0

* Neurologische Beeinträchtigungen: Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien

Orthopädische Pathologien: Amputationen, Arthropathien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologie

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

FIM-PUNKTE

Die durchschnittliche FIM-Punkteanzahl bei Aufnahme des Patienten betrug 77,5 Punkte. Unter dem Landesdurchschnitt liegen die Krankenhäuser Bruneck (70,6 Punkte) und die Privatkliniken Bonvicini (73,3 Punkte) und Villa Melitta (72,3 Punkte), während die Privatklinik Martinsbrunn durchschnittlich die höchste Anzahl verzeichnete: 86,6 Punkte.

Bei der Punkteanzahl bei der Entlassung (Landesdurchschnitt 99,3) verzeichnen die einzelnen Einrichtungen deutliche Schwankungen: die Privatklinik Martinsbrunn bestätigt mit 110 Fim-Punkten bei der Entlassung die hohe Punktezahl bei Aufnahme des Patienten. Die Privatklinik Bonvicini vermerkt eine sehr niedrige FIM-Punkteanzahl bei Aufnahme des Patienten (73,3 Punkte) und eine sehr hohe bei der Entlassung (102,8), während das Krankenhaus Bruneck sowohl bei Aufnahme als auch bei der Entlassung die durchschnittlich geringsten Punkte aufweist.

Tabelle 73: **Gesamt-FIM-Punktezah zu Beginn und bei der Entlassung: durchschnittliche Punktezah, Median und Standardabweichung - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufnahme			Entlassung		
		Durchschnitt	Median	Standard-abw.	Durchschnitt	Median	Standard-abw.
Krankenhaus Bozen	96	77,2	83,5	30,6	98,4	114,5	32,7
Krankenhaus Meran	237	84,2	91,0	23,2	102,9	110,0	20,4
Krankenhaus Brixen	184	83,8	93,0	26,0	98,1	108,0	24,7
Krankenhaus Bruneck	89	70,6	74,0	32,8	86,5	89,0	28,4
Krankenhaus Sterzing	51	82,9	95,0	28,7	93,9	106,0	27,8
Privatklinik Bonvicini	515	73,3	74,0	20,9	102,8	108,0	19,7
Privatklinik Villa Melitta	641	72,3	77,0	16,0	95,6	100,0	14,2
Privatklinik Martinsbrunn	342	86,6	95,0	21,4	103,3	110,0	20,7
INSGESAMT	2.155	77,5	80,0	22,6	99,3	105,0	20,8

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv-FIM

In den Tabellen 74 und 75 werden die FIM-Punktwerte bei Aufnahme und bei der Entlassung getrennt für den motorischen und kognitiven Bereich angeführt.

Setzt man den FIM-Gewinn (Differenz zwischen den FIM-Punkten zur Aufnahme und bei der Entlassung) mit der Aufenthaltsdauer (täglicher Zuwachs) ins Verhältnis, geht aus der Tabelle 74 hervor, dass der höchste Wert in den Privatkliniken Bonvicini und Villa Melitta mit 1,1 bzw. 1,0 Punkten sowie im Krankenhaus Meran mit 1,0 Punkten verzeichnet wird.

Tabelle 74: **FIM-Punkte zu Beginn und bei der Entlassung, motorischer Bereich: durchschnittliche Punktezah, Median und Standardabweichung - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufnahme			Entlassung		
		Durchschnitt	Median	Standard-abw.	Durchschnitt	Median	Standard-abw.
Krankenhaus Bozen	96	50,2	54,5	23,0	69,5	81,5	25,0
Krankenhaus Meran	237	54,4	59,0	17,7	71,8	77,0	16,2
Krankenhaus Brixen	184	56,0	62,0	20,0	68,8	77,0	19,5
Krankenhaus Bruneck	89	47,4	47,0	24,9	60,5	65,0	22,2
Krankenhaus Sterzing	51	54,7	64,0	21,3	64,9	75,0	21,3
Privatklinik Bonvicini	515	46,6	46,0	15,2	72,3	76,0	15,3
Privatklinik Villa Melitta	641	45,0	47,0	12,0	66,4	69,0	11,3
Privatklinik Martinsbrunn	342	56,3	63,0	16,8	72,3	78,0	16,1
INSGESAMT	2.155	49,7	51,0	17,1	69,4	74,0	16,3

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Tabelle 75: **FIM-Punkte zu Beginn und bei der Entlassung, kognitiver Bereich: durchschnittliche Punktezah, Median und Standardabweichung - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufnahme			Entlassung		
		Durchschnitt	Median	Standard-abw.	Durchschnitt	Median	Standard-abw.
Krankenhaus Bozen	96	27,0	32,0	9,9	29,0	34,0	9,0
Krankenhaus Meran	237	29,8	33,0	7,0	31,1	33,0	5,5
Krankenhaus Brixen	184	27,8	31,0	8,5	29,3	31,0	6,9
Krankenhaus Bruneck	89	23,2	26,0	9,7	26,0	29,0	8,0
Krankenhaus Sterzing	51	28,2	31,0	8,2	28,9	31,0	7,4
Privatklinik Bonvicini	515	26,7	28,0	7,3	30,5	32,0	5,5
Privatklinik Villa Melitta	641	27,3	29,0	5,7	29,3	30,0	4,3
Privatklinik Martinsbrunn	342	30,3	32,0	5,9	31,0	32,0	5,5
INSGESAMT	2.155	27,8	30,0	7,2	29,9	31,0	5,8

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

Tabelle 76: **Individueller täglicher durchschnittlicher Gewinn an FIM-Punkten insgesamt (Effizienz) nach Einrichtung - Jahr 2006**

Krankenanstalt	Aufenth.	Durchschnitt	Median	Standard-abw.
Krankenhaus Bozen	96	0,8	0,7	1,1
Krankenhaus Meran	237	1,0	0,9	0,7
Krankenhaus Brixen	184	0,9	0,9	0,7
Krankenhaus Bruneck	89	0,5	0,4	0,6
Krankenhaus Sterzing	51	0,8	0,7	0,5
Privatklinik Bonvicini	515	1,1	1,1	0,5
Privatklinik Villa Melitta	641	1,0	1,0	0,3
Privatklinik Martinsbrunn	342	0,9	0,9	0,5
INSGESAMT	2.155	1,0	0,9	0,6

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-FIM-Archiv

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.

Die Zahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) in anderen Regionen Italiens blieb im Jahr 2006 mit 271 Aufenthalten gegenüber 2005 konstant. Nur 40 dieser waren Tagesklinik-Aufenthalte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug für die ordentlichen Aufenthalte 18,3 Tage, für die Tagesklinik-Aufenthalte 5,4 Tage.

Die Gebiete mit der größten Attraktion für die Südtiroler Patienten sind die Region Venedig und die Autonome Provinz Trient.

Tabelle 77: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens - Jahr 2006**

Leistungsbr. Region	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Piemont	1	2	-	1	4
Lombardei	36	19	4	3	62
A.P. Trient	61	11	4	4	80
Venetien	80	12	3	11	106
Emilia Romagna	6	4	1	2	13
Toscana	-	1	-	-	1
Latium	-	-	1	-	1
Vatikan	1	-	-	-	1
Abruzzen	2	1	-	-	3
INSGESAMT	187	50	13	21	271

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Tabelle 78: **Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens - Jahr 2006**

Leistungsbr. Region	Aufenth.	% am Gesamtwert	Aufenth.-Tage	Durch. AD
Piemont	4	1,7	112	28,0
Lombardei	44	19,0	607	13,8
A.P. Trient	67	29,0	1.266	18,9
Venetien	99	42,9	1.788	18,1
Emilia Romagna	12	5,2	344	28,7
Toskana	1	0,4	5	5,0
Latium	1	0,4	44	44,0
Abruzzen	3	1,3	54	18,0
INSGESAMT	231	100,0	4.220	18,3

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Tabelle 79: **Tagesklinik-Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens - Jahr 2006**

Leistungsbr. Region	Aufenth.	% am Gesamtwert	Aufenthalts-tage	Durchsch. AD
Lombardei	18	45,0	18	1,0
A.P. Trient	13	32,5	74	5,7
Venetien	7	17,5	108	15,4
Emilia Romagna	1	2,5	14	14,0
Vatikan	1	2,5	1	1,0
INSGESAMT	40	100,0	215	5,4

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Berücksichtigt man die DRGs in den Abteilungen Kodex 5600 (Tabelle 80), zeigt sich, dass die häufigste DRG die DRG 256 „Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ mit 19,2% an den Aufenthalten insgesamt war.

**AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN
NACH DRG**

**AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN
NACH MDC**

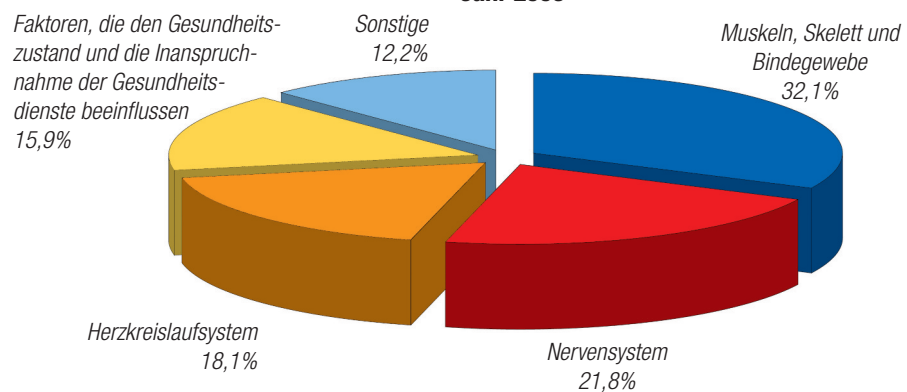
Tabelle 80: Häufigste Primär Diagnosen der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens - Jahr 2006

ICD-9 CM	Beschreibung der Primär Diagnose	Nr.	%	% kumul.
V4365	Kniegelenkseratz	28	10,3	10,3
V4364	Hüftgelenkseratz	22	8,1	18,5
4294	Funktionsstörungen infolge einer Herzchirurgie	21	7,8	26,2
V571	Sonstige Physiotherapie	20	7,4	33,6
3441	Paraplegie	17	6,3	39,9
V5889	Sonstige weitere spezifizierte Behandlung	13	4,8	44,7
3071	Anorexia nervosa	9	3,3	48,0
30390	Alkoholabhängigkeit, sonstige und nicht spezifizierte Abhängigkeit, nicht spezifizierte Abhängigkeit	8	3,0	50,9
V434	Blutgefäßersatz mit anderen Mitteln	7	2,6	53,5
V5789	Behandlung, die den Einsatz von sonstigen spezifischen Rehabilitationsverfahren erfordert	7	2,6	56,1
34431	Monoplegie der unteren Gliedmaßen der dominanten Hemisphäre	5	1,9	57,9
V433	Herzklappenimplantat mit anderen Mitteln	5	1,9	59,8
340	Multiple Sklerose	4	1,5	61,3
71975	Hinken wegen Beeinträchtigung der Hüfte	4	1,5	62,7
34211	Hemiplegie und Hemiparese der dominanten Hemisphäre	3	1,1	63,9
34212	Hemiplegie und Hemiparese der nicht dominanten Hemisphäre	3	1,1	65,0
34400	Tetraplegie, nicht spezifiziert	3	1,1	66,1
34432	Monoplegie der unteren Gliedmaßen der nicht dominanten Hemisphäre	3	1,1	67,2
49120	Chronisch-obstruktive Bronchitis, ohne Angabe akuter Verschlimmerung	3	1,1	68,3
71515	Primär lokalisierte Arthrose, Hüfte	3	1,1	69,4
71976	Hinken wegen Beeinträchtigung des Knies	3	1,1	70,5
TEILSUMME		191	70,5	
INSGESAMT		271	100,0	

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Bei der Verteilung der Aufenthalte nach MDC ist ein Rückgang der Aufenthalte der Kategorie „Nervensystem“ von 24% der Aufenthalte des Jahres 2005 auf 22% des Jahres 2006 und der Aufenthalte der Kategorie „Muskeln, Skelett und Bindegewebe“ von 37% des Jahres 2005 auf 32% im Jahr 2006 zu verzeichnen.

Abbildung 54: Post-akute Rehabilitationsaufenthalte (Kodex 5600) nach MDC, passive Mobilität - Jahr 2006



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Tabelle 81: **Anzahl, Gesamtbetrag und durchschnittlicher Tarif der Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens - Jahr 2006**

Leistungsbr. Region	Anz. Aufenth.	Gesamtbetrag	Durchschn. Tarif
Piemont	4	22.918,56	5.729,64
Lombardei	62	150.933,77	2.434,42
A.P. Trient	80	246.001,93	3.075,02
Venetien	106	440.895,85	4.159,39
Emilia Romagna	13	98.414,75	7.570,37
Toskana	1	1.288,49	1.288,49
Latium	1	11.866,80	11.866,80
Vatikan	1	283,19	283,19
Abruzzen	3	14.062,92	4.687,64
INSGESAMT	271	986.666,26	3.640,83

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

In Bezug auf die Beträge der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in Einrichtungen im übrigen Italien wird festgehalten, dass sich die Analyse auf die von den einzelnen Regionen und Provinzen bereitgestellten Daten bezieht. Somit können die vom Land im Zuge der Kompensation und Mobilität anerkannten Beträge von den obgenannten Daten abweichen. 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.

**BETRÄGE DER
AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN**

**AUFENTHALTE IN DEN
ABTEILUNGEN 7500
UND 2800**

351

Tabelle 82: **Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Gesamtbetrag und durchschnittlicher Tarif in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und Spinalzentren (Kodex 2800) anderer Regionen Italiens - Jahr 2006**

Leistungsbr. Region	Aufenth.	Aufenth.- Tage	Durchschn. AD	Gesamt- betrag	Durchschn. Tarif
Spinalzentren (Kodex 2800)					
Venetien	2	20	10,0	7.870,60	3.935,30
Emilia Romagna	1	44	44,0	16.239,08	16.239,08
INSGESAMT	3	64	21,3	24.109,68	8.036,56
Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500)					
Lombardei	3	33	11,0	12.120,57	4.040,19
A.P. Trient	1	34	34,0	7.433,76	7.433,76
Venetien	4	286	71,5	105.044,94	26.261,24
Emilia Romagna	6*	71**	19,0 (4,7***)	26.383,92	4.397,32
INSGESAMT	14	424	30,3	150.983,19	10.784,51

* Davon 3 Tagesklinik-Aufenthalte

** Davon 14 Tagesklinik-Zugänge

*** Durchschnittliche Dauer der Tagesklinik-Aufenthalte

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

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;

AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH NACH WOHNSITZ- SANITÄTSBETRIEB

AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH NACH ENTLASSUNGSDIAGNOSE

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.

Im Jahr 2006 wurden 72 Südtiroler Patienten in österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen aufgenommen, 47 davon in Neuro-Rehabilitationsabteilungen. Nach einem leichten Rückgang der Aufenthalte im Jahr 2005 kam es 2006 erneut zu einem Zuwachs von 18% (von 61 auf 72 Aufenthalte).

Tabelle 83: Aufenthalte, Patienten, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Gesamtbetrag und durchschnittlicher Tarif in Bezug auf die in österreichischen post-akuten Rehabilitationsabteilungen aufgenommenen Südtiroler Patienten - Jahr 2006

Österr. Einricht.	Anz. Aufenth.	Aufenth.-Tage	Durch. AD	Gesamtbetrag	Durchschn. Tarif	Patienten
Physische Rehabilitation						
Häring	17	472	27,8	183.168,38	10.774,61	14
Rovinj	2	44	22,0	2.599,80	1.299,90	2
Hochzirl	6	187	31,2	66.884,75	11.147,46	5
TEILSUMME	25	703	28,1	252.652,93	10.106,12	21
Neuro-Rehabilitation (Kodex 7500)						
Häring	27	1.021	37,8	401.537,55	14.871,76	23
Rovinj	5	112	22,4	6.499,50	1.299,90	5
Hochzirl	15	482	32,1	164.751,85	10.983,46	9
TEILSUMME	47	1.615	34,4	572.788,90	12.187,00	37
INSGESAMT	72	2.318	32,2	825.441,83	11.464,47	58

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

In Bezug auf die Aufenthalte in Österreich nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten verzeichnet der Sanitätsbetrieb Meran 42 Aufenthalte (0,33 Patienten pro 1.000 Einwohner) und die Sanitätsbetriebe Bozen und Brixen 0,1 Patienten pro 1.000 Einwohner, während der Sanitätsbetrieb Bruneck keine Patienten zur physischen oder Neuro-Rehabilitation nach Österreich entsendete.

Tabelle 84: Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen und Anzahl der Patienten nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Österr. Einricht.	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb			
	Bozen	Meran	Brixen	Provinz
Häring	14	27	3	44
Rovinj	2	4	1	7
Hochzirl	5	11	5	21
INSGESAMT	21	42	9	72
Bevölkerung	216.375	126.701	69.450	485.841
AUFENTHALTE PRO 1.000 EINWOHNER	0,10	0,33	0,13	0,15
Patienten	26	53	14	93
DURCHN. AUFENTHALTE PRO PATIENT	1,2	1,3	1,6	1,3

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

Die häufigste Entlassungsdiagnose war in den österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen die Kategorie „Folgeerscheinungen von Traumen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ mit einem Anteil von 37,5%, die im Jahr 2005 nur 18% der Aufenthalte darstellte. Die Kategorie „Folgeerscheinungen des Nervensystems“, die

2005 mit 23% die häufigste Diagnose war, betrug 2006 nur 6,9%. Für 14 Aufenthalte (19,4% am Gesamtwert) wurde die Primärdiagnose allerdings nicht erfasst.

Tabelle 85: **Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen nach Primärdiagnosekategorie ICD9-CM - Jahr 2006**

ICD9-CM	Beschreibung der Diagnose	Häring	Hochzirl	Rovinj	Insg.	%	% kum.
905	Folgeerscheinungen und Traumen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	27	-	-	27	37,5	37,5
344	Sonstige Paralyse-Syndrome	5	2	1	8	11,1	48,6
907	Folgeerschein. von Traumen d. Nervensystems	2	-	3	5	6,9	55,6
897	Taumatische Amputation des Beins	4	-	-	4	5,6	61,1
854	Sonstige und nicht spezifizierte intrakranielle Traumen	-	-	3	3	4,2	65,3
431	Gehirnblutung	-	-	2	2	2,8	68,1
434	Verschluss der Zerebralarterien	-	-	2	2	2,8	70,8
336	Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks	-	-	1	1	1,4	72,2
348	Sonstige Erkrankungen des Hirnkreislaufs	-	-	1	1	1,4	73,6
430	Subarachnoidalblutung	-	-	1	1	1,4	75,0
722	Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben	-	-	1	1	1,4	76,4
730	Osteomyelitis, Periostitis und andere Knocheninfektionen	1	-	-	1	1,4	77,8
741	Spaltwirbel	1	-	-	1	1,4	79,2
V521	Einsatz einer Beinprothese	1	-	-	1	1,4	80,6
	Fehlende Diagnose	3	5	6	14	19,4	100,0
INSGESAMT			44	7	21	72	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - Archiv der Aufenthalte in Österreich

3.3.3. Post-akute Langzeitpflege

Die Abteilungen für post-akute Langzeitpflege in Südtirol verzeichneten 2.032 Aufenthalte mit 52.043 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 25,6 Tagen.

2006 fanden außerdem 15 post-akute Langzeitpflege-Aufenthalte von Südtirolern in nationalen Einrichtungen außerhalb der Provinz statt, deutlich weniger als im Jahr 2005.

Des Weiteren wurden 2006 89 Aufenthalte von stabilisierten Langzeitkranken in der Marienkl. und in der Privatklinik Bonvicini (Abteilungskodex 60.01) für insgesamt 5.540 Aufenthaltstage sowie 149 Aufenthalte aufgrund von palliativen Behandlungen in der Privatklinik Martinsbrunn (Abteilungskodex 60.02) mit 2.295 Aufenthaltstagen getätigt.

Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der post-akuten Langzeitpflege-Aufenthalte sind die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (32,1%) und die „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (19,8%).

POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE

Tabelle 86: Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege nach Krankenanstalt - Jahr 2006

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufenthaltstage	Durch. AD
Krankenhaus Meran	193	5.159	26,7
Krankenhaus Brixen	184	2.917	15,9
Krankenhaus Bruneck	9	108	12,0
Krankenhaus Schlanders	24	451	18,8
Krankenhaus Sterzing	119	1.693	14,2
Krankenhaus Innichen	21	292	13,9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	550	10.620	19,3
Marienklinik	300	6.019	20,1
Privatklinik Martinsbrunn	326	11.836	36,3
Privatklinik Bonvicini	559	15.562	27,8
Privatklinik Villa Melitta	297	8.006	27,0
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	1.482	41.423	28,0
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	2.032	52.043	25,6

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Tabelle 87: Aufenthalte nach der häufigsten Primärdiagnosekategorie (MDC) in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege in Südtirol - Jahr 2006

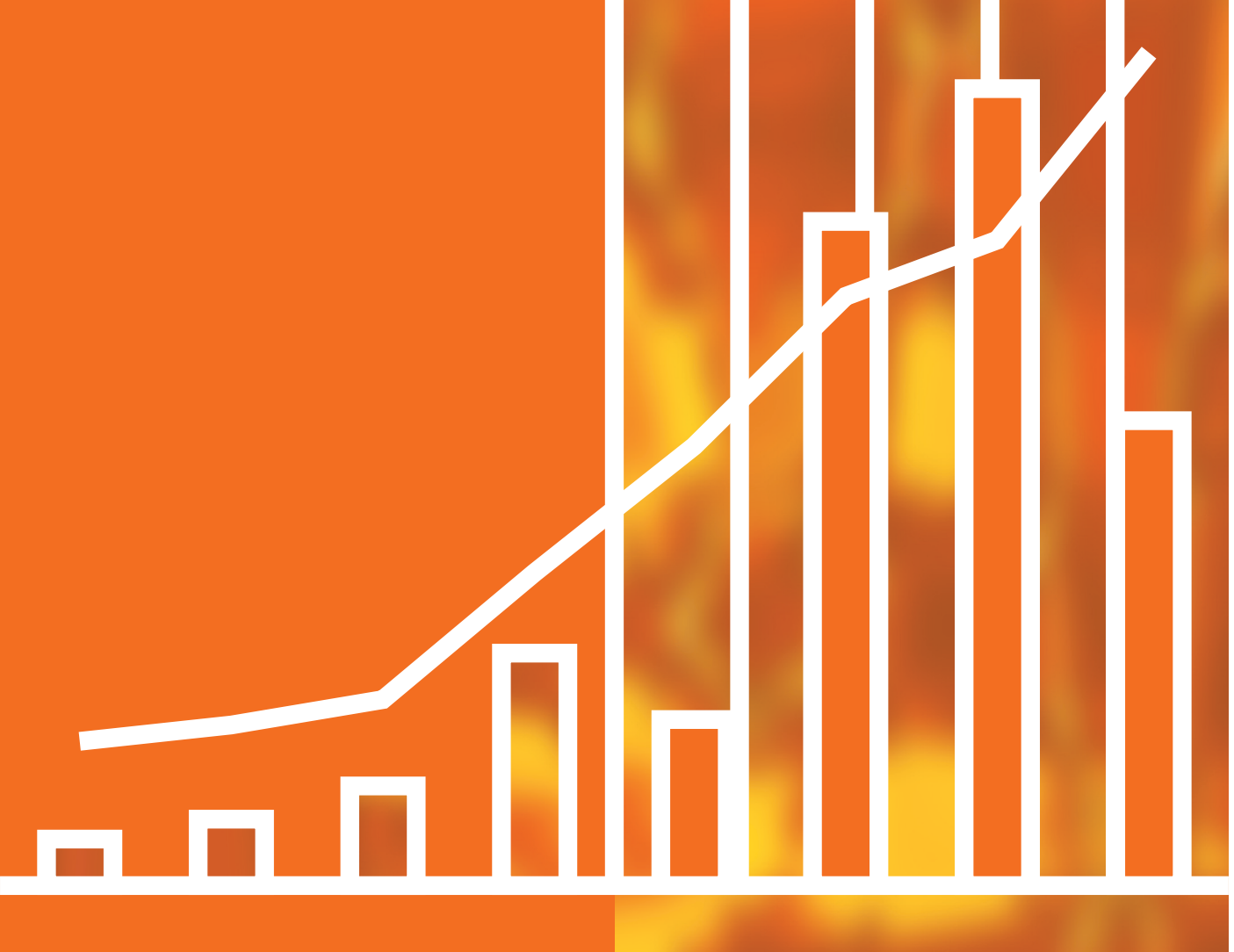
MDC	Beschreibung der MDC	Aufenth.	% kumuliert
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts u. des Bindegewebes	652	32,1
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	402	51,9
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	245	63,9
5	Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems	176	72,6
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	119	78,4
17	Myeloproliferative Krankh. u. Störungen u. schwach differenzierte Neoplasien	108	83,8
19	Geisteskrankheiten und -störungen	86	88,0
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	51	90,5
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Hamtraktes	45	92,7
7	Krankheiten und Störungen des Leber- und Gallensystems und Pankreas	41	94,7
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	25	96,0
3	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	16	96,8
POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE-AUFENTHALTE INSGESAMT		2.032	

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Tabelle 88: Aufenthalte nach den häufigsten Primärdiagnosen in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege in Südtirol - Jahr 2006

ICD9CM	Beschreibung der Diagnose	Aufenth.	% kumuliert
V57	Rehabilitation	159	7,8
438	Folgeerscheinungen von zerebrovaskulären Krankheiten	133	14,4
905	Folgeerschein. von Traumen d. Muskeln, d. Skeletts und des Bindegewebes	125	20,5
715	Arthrose	92	25,0
721	Spondylosis und assoziierte Erkrankungen	70	28,5
728	Erkrankungen der Muskeln, der Bänder und der Faszien	70	31,9
V58	Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen	69	35,3
722	Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben	65	38,5
428	Herzinsuffizienz (Herzdekompensation)	59	41,4
733	Sonstige Beschwerden der Knochen und Knorpel	52	44,0
332	Parkinson-Krankheit	43	46,1
V43	Organ- oder Gewebersatz mit anderen Mitteln	41	48,1
V66	Genesung und palliative Behandlungen	41	50,1
POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE-AUFENTHALTE INSGESAMT		2.032	

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv



Dritter Teil

Die Ressourcen

Die Ressourcen

1. DAS PERSONAL DER SANITÄTSBETRIEBE

1.1. DIENSTLEISTENDES GESUNDHEITSPERSONAL

Zum 31.12.2006 betrug der Personalbestand der Südtiroler Sanitätsbetriebe 9.004 Mitarbeiter, was 7.857,59 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

31,7% des Personals sind Teilzeitbeschäftigte (2.855 Mitarbeiter).

45,4% der laufenden Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe (463,806 Millionen Euro) werden vom Personal in Anspruch genommen.

Der Sanitätsbetrieb mit dem größten Personalbestand ist der Sanitätsbetrieb Bozen mit 3.381,28 äquivalenten Mitarbeitern (43,0% des gesamten Personals auf Landesebene), gefolgt vom Sanitätsbetrieb Meran mit 2.097,17 äquivalenten Mitarbeitern (26,7%), Bruneck mit 1.195,75 äquivalenten Mitarbeitern (15,2%) und Brixen mit 1.183,39 äquivalenten Mitarbeitern (15,1%).

Der Großteil der Mitarbeiter der Südtiroler Sanitätsbetriebe ist im Krankenhausbereich beschäftigt (60,5%); unter den Berufsbildern ist das Krankenpflegepersonal am häufigsten vertreten (32,6%).

Auf Landesebene gibt es 16,2 äquivalente Mitarbeiter im Gesundheitsbereich pro 1.000 Einwohner.

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitswesens und nimmt 45,4% der laufenden Gesundheitsausgaben der Südtiroler Sanitätsbetriebe 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 die Berufsbilder der Verwaltungsdirektion (Vizedirektor und Verwaltungsdirektor).

Auch in der diesjährigen Ausgabe des Gesundheitsberichts wurde das Informationsverfahren für die Erhebung des Gesundheitspersonals der Sanitätsbetriebe des Landes (SIPS) benutzt.

Dieses 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 Vertragsverhältnisse - Teilzeit oder Vollzeit - zum 31.12.2006) und in äquivalenten Einheiten dargestellt, um die effektive Beschäftigungszeit des Personals im Jahr 2006 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 2006 (Beschäftigungszeitraum vom 01.01.2006 bis zum 31.12.2006).

Wie bei der Vorjahresausgabe des Gesundheitsberichts wird für die Berechnung des äquivalenten Personals nicht die effektive Anwesenheitszeit des Mitarbeiters, sondern das Beschäftigungsverhältnis (Vollzeit, Teilzeit) berücksichtigt. Absenzen werden nicht abgezogen.

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 zum 31.12.2006 anwesenden Mitarbeiter

1.1.1.1. Personal nach Beschäftigungsbereich

Zum 31.12.2006 betrug der Personalbestand der Sanitätsbetriebe 9.004 Mitarbeiter (davon 2.855 Teilzeitbeschäftigte), was - bei einem Anstieg des Bestands von 2,8% gegenüber 2005 und insbesondere von 7,5% des teilzeitbeschäftigten Personals - 7.857,59 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Auf Landesebene wird ein Wert von 16,2 äquivalenten Mitarbeitern pro 1.000 Einwohner verzeichnet (berechnet an der durchschnittlichen Wohnbevölkerung zum 31.12.2006).

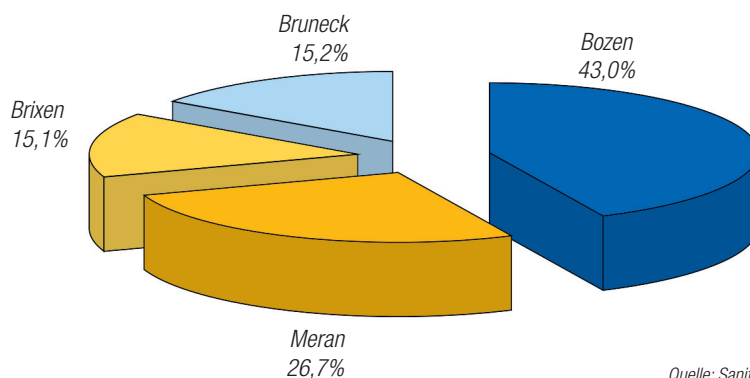
Tabelle 1: Beschäftigtes Personal nach Bereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Strategischer Bereich	53	59	26	35	173
Nicht sanitärer Bereich	133	189	67	42	431
Krankenhausbereich	601	377	309	377	1.664
Territorialer Bereich	263	165	74	85	587
INSGESAMT	1.050	790	476	539	2.855
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Strategischer Bereich	227	155	57	81	520
Nicht sanitärer Bereich	364	404	154	121	1.043
Krankenhausbereich	1.655	891	605	625	3.776
Territorialer Bereich	478	190	75	67	810
INSGESAMT	2.724	1.640	891	894	6.149
Äquivalentes Personal					
Strategischer Bereich	261,98	188,82	71,38	102,05	624,23
Nicht sanitärer Bereich	453,24	513,16	194,46	140,85	1.301,71
Krankenhausbereich	2.010,67	1.107,21	795,93	839,83	4.753,64
Territorialer Bereich	655,39	287,98	121,62	113,02	1.178,01
INSGESAMT	3.381,28	2.097,17	1.183,39	1.195,75	7.857,59
Beschäftigte pro 1.000 Einwohner	15,6	16,6	17,0	16,3	16,2

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

In absoluten Zahlen ausgedrückt verzeichnet das teilzeitbeschäftigte Personal gegenüber dem 31.12.2005 einen Zuwachs von 7,5% mit einem Spitzenanteil von 8,5% im Sanitätsbetrieb Meran, gefolgt vom Sanitätsbetrieb Bozen mit + 7,9%.

Abbildung 1: Äquiv. Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

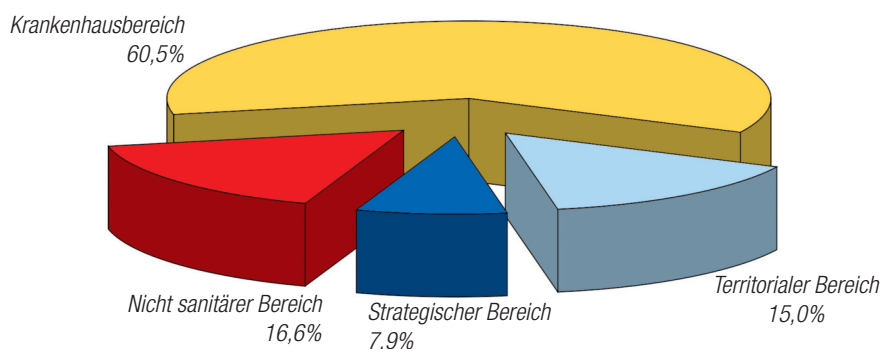
Tabelle 2: Differenz in % zwischen 2006-2005, absolute Werte des Personalbestands nach Bereich

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Strategischer Bereich	6,0%	22,9%	4,0%	6,1%	10,9%
Nicht sanitärer Bereich	1,5%	10,5%	-1,5%	16,7%	6,2%
Krankenhausbereich	10,9%	5,6%	11,2%	6,8%	8,8%
Territorialer Bereich	5,6%	8,6%	5,7%	1,2%	5,8%
INSGESAMT	7,1%	8,5%	7,9%	6,5%	7,5%
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Strategischer Bereich	-0,9%	0,0%	0,0%	-6,9%	-1,5%
Nicht sanitärer Bereich	-0,3%	-2,2%	-1,3%	-1,6%	-1,3%
Krankenhausbereich	2,8%	3,2%	1,0%	-0,3%	2,1%
Territorialer Bereich	-1,2%	1,1%	0,0%	4,7%	-0,1%
INSGESAMT	1,0%	1,3%	0,5%	-0,8%	0,8%
Äquivalentes Personal					
Strategischer Bereich	0,1%	1,7%	-1,2%	-4,0%	-0,3%
Nicht sanitärer Bereich	0,5%	-0,6%	-1,2%	-1,5%	-0,4%
Krankenhausbereich	2,9%	3,0%	3,5%	1,3%	2,7%
Territorialer Bereich	1,2%	1,5%	2,6%	2,0%	1,5%
INSGESAMT	1,6%	1,8%	2,3%	0,5%	1,6%

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Der Krankenhausbereich weist gegenüber 2005 den größten Anstieg auf, während im strategischen und nicht sanitären Bereich der Personalstand nicht besonders zunahm. Die Tabelle 2 gibt die Differenz zwischen 2005 und 2006 in % für jeden Sanitätsbetrieb an.

Abbildung 2: Äquiv. Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2006



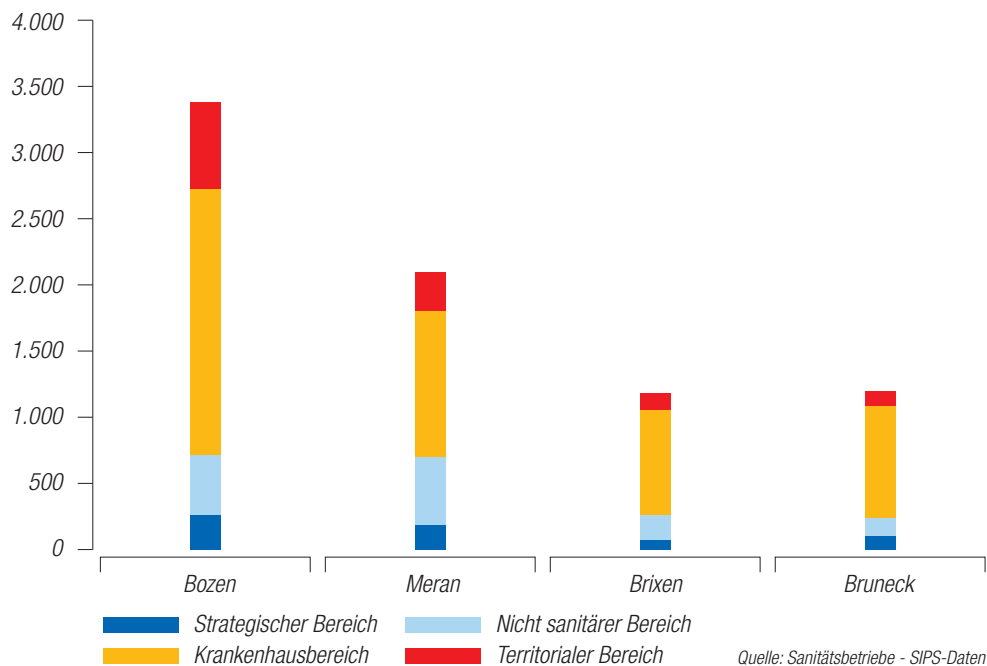
Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Eine Analyse der Beschäftigungsbereiche des Personals in den einzelnen Sanitätsbetrieben ergibt einen hohen Anteil an Personal im Krankenhausbereich.

Die Sanitätsbetriebe Bruneck und Brixen verzeichnen diesbezügliche Anteile von 70,2% bzw. 67,3%, der Sanitätsbetrieb Bozen von 59,5% und der Sanitätsbetrieb Meran von 52,8%.

Im Sanitätsbetrieb Meran leisten 24,5% des äquivalenten Personals im nicht sanitären Bereich Dienst. Dieser Anteil liegt über den Werten der anderen Sanitätsbetriebe.

Abbildung 3: **Durchschn. äquiv. Personal der Sanitätsbetriebe - nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2006**



1.1.1.2. Personal nach Berufsbild

61,1% der äquivalenten Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe gehören der Berufskategorie des Gesundheitspersonals an; es folgen das technische Personal mit 25,0% und das Fachpersonal mit 0,3%.

Analysiert man die Lage nach Sanitätsbetrieb, ergibt sich für Brixen der größte Anteil von äquivalentem Gesundheitspersonal (66,2%), während im Sanitätsbetrieb Bozen die meisten Beschäftigten (14,9%) zur Kategorie des Verwaltungspersonals gehören.

Tabelle 3: Personal nach Berufskategorie / Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

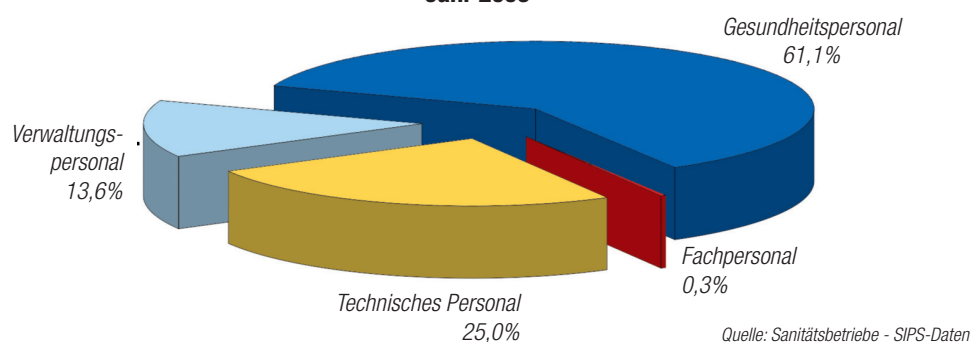
Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	14	3	9	3	29
Krankenpflegepersonal	449	317	234	223	1.223
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	19	12	11	3	45
Techn.-sanit., Reha-Personal	200	90	59	53	402
Gesundheitspersonal	682	422	313	282	1.699
Fachpersonal	5	-	1	-	6
Technisches Personal	153	240	83	177	653
Verwaltungspersonal	210	128	79	80	497
INSGESAMT	1.050	790	476	539	2.855
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	507	200	134	141	982
Krankenpflegepersonal	707	470	306	316	1.799
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	72	39	27	27	165
Techn.-sanit., Reha-Personal	400	183	121	112	816
Gesundheitspersonal	1.686	892	588	596	3.762
Fachpersonal	12	5	3	2	22
Technisches Personal	657	545	213	181	1.596
Verwaltungspersonal	369	198	87	115	769
INSGESAMT	2.724	1.640	891	894	6.149
Äquivalentes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	511,23	200,84	135,12	144,78	991,97
Krankenpflegepersonal	998,09	656,73	459,68	443,52	2.558,02
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	85,23	46,42	33,23	28,42	193,30
Techn.-sanit., Reha-Personal	525,97	233,81	155,45	139,51	1.054,74
Gesundheitspersonal	2.120,52	1.137,80	783,48	756,23	4.798,03
Fachpersonal	14,18	5,00	3,75	2,00	24,93
Technisches Personal	741,85	678,85	258,83	282,75	1.962,28
Verwaltungspersonal	504,73	275,52	137,33	154,77	1.072,35
INSGESAMT	3.381,28	2.097,17	1.183,39	1.195,75	7.857,59

Quelle: : Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Tabelle 4: **Prozentsatz des Personals nach Berufskategorie / Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	1,3%	0,4%	1,9%	0,6%	1,0%
Krankenpflegepersonal	42,8%	40,1%	49,2%	41,4%	42,8%
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	1,8%	1,5%	2,3%	0,6%	1,6%
Techn.-sanit., Reha-Personal	19,0%	11,4%	12,4%	9,8%	14,1%
Gesundheitspersonal	65,0%	53,4%	65,8%	52,3%	59,5%
Fachpersonal	0,5%	-	0,2%	-	0,2%
Technisches Personal	14,6%	30,4%	17,4%	32,8%	22,9%
Verwaltungspersonal	20,0%	16,2%	16,6%	14,8%	17,4%
INSGESAMT	100%	100%	100%	100%	100%
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	18,6%	12,2%	15,0%	15,8%	16,0%
Krankenpflegepersonal	26,0%	28,7%	34,3%	35,3%	29,3%
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	2,6%	2,4%	3,0%	3,0%	2,7%
Techn.-sanit., Reha-Personal	14,7%	11,2%	13,6%	12,5%	13,3%
Gesundheitspersonal	61,9%	54,4%	66,0%	66,7%	61,2%
Fachpersonal	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%
Technisches Personal	24,1%	33,2%	23,9%	20,2%	26,0%
Verwaltungspersonal	13,5%	12,1%	9,8%	12,9%	12,5%
INSGESAMT	100%	100%	100%	100%	100%
Äquivalentes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	15,1%	9,6%	11,4%	12,1%	12,6%
Krankenpflegepersonal	29,5%	31,3%	38,8%	37,1%	32,6%
Sonstige Akademiker (Nicht-Gesundheitspers.)	2,5%	2,2%	2,8%	2,4%	2,5%
Techn.-sanit., Reha-Personal	15,6%	11,1%	13,1%	11,7%	13,4%
Gesundheitspersonal	62,7%	54,3%	66,2%	63,2%	61,1%
Fachpersonal	0,4%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
Technisches Personal	21,9%	32,4%	21,9%	23,6%	25,0%
Verwaltungspersonal	14,9%	13,1%	11,6%	12,9%	13,6%
INSGESAMT	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 4: **Durchschn. äquiv. Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Kategorie - Jahr 2006**

Gemessen an der Wohnbevölkerung gibt es auf Landesebene 9,9 äquivalente Mitarbeiter des Gesundheitspersonals, 4,0 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.

**PERSONAL NACH
KATEGORIE GEMESSEN
AN DER
WOHNBEVÖLKERUNG**

**TEILZEIT- UND
VOLLZEITBESCHÄFTIGTES
PERSONAL**

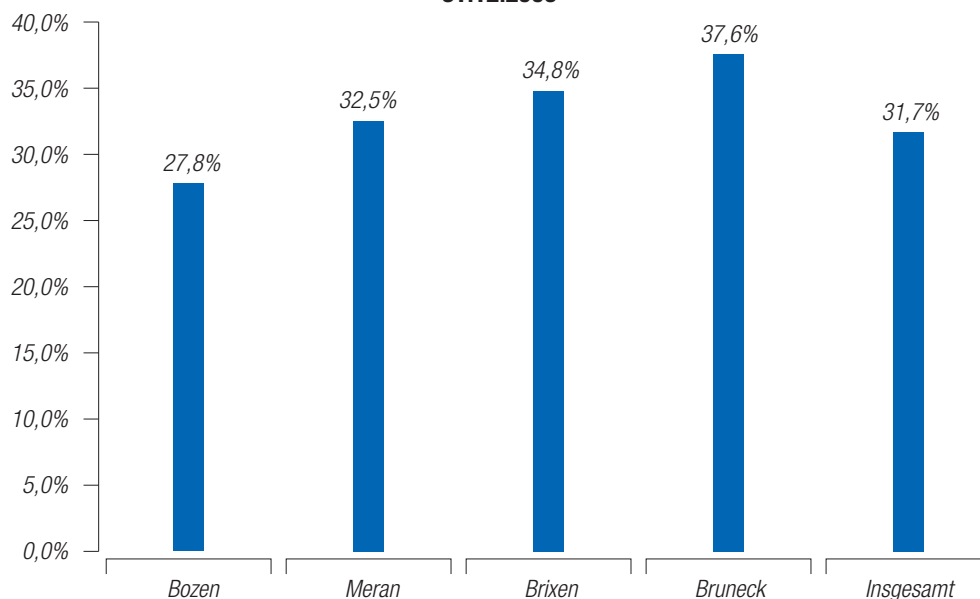
Tabelle 5: **Durchschnittliches äquivalentes Personal nach Sanitätsbetrieb und Kategorie pro 1.000 Einwohner - Jahr 2006**

Kategorie	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Gesundheitspersonal	9,8	9,0	11,3	10,3	9,9
Fachpersonal	0,1	-	0,1	-	0,1
Technisches Personal	3,4	5,4	3,7	3,9	4,0
Verwaltungspersonal	2,3	2,2	2,0	2,2	2,2
INSGESAMT	15,6	16,6	17,0	16,3	16,2

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten, ASTAT

Eine Analyse des Personalbestandes zum 31.12.2006 nach Beschäftigungszeit ergibt deutliche Unterschiede zwischen den vier Sanitätsbetrieben. 31,7% des auf Landesebene angestellten Personals sind teilzeitbeschäftigt (Zuwachs von 1,4% im Vergleich zum Stand vom 31.12.2005 und von 2,5% gegenüber 2004). Bruneck verzeichnet auf Betriebsebene den höchsten Anteil an Teilzeitbeschäftigten mit 37,6% gegenüber 27,8% des Sanitätsbetriebs Bozen. Im Vergleich zum Jahr 2005 weisen die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck den höchsten Anstieg von teilzeitbeschäftigtem Personal auf (+ 1,6%).

Abbildung 5: **Teilzeitbeschäftigtes Personal am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

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 (einige Kostenstellen mit ähnlicher

Benennung können beispielsweise - auf eine ausdrückliche organisatorische Entscheidung der Sanitätsbetriebe hin - unter andere Abteilungen fallen).

Im strategischen Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

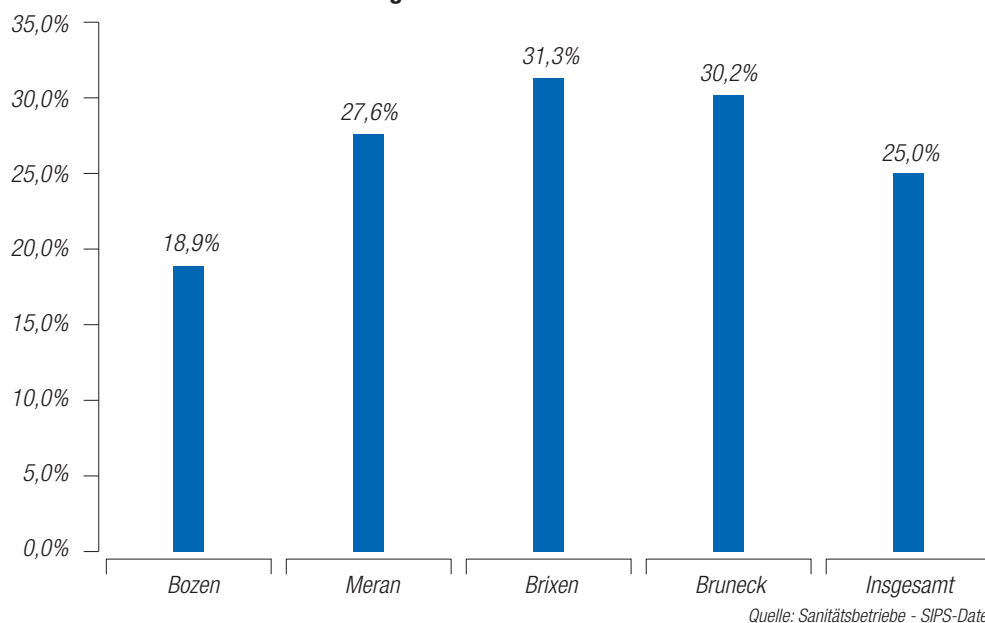
Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte), Inspektoren, Fachpersonal (Seelsorger, Rechtsanwälte und Anwältsanwärter), Gesundheitspersonal (Krankenpflegeleiter, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, Ärzte, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), sonstiges technisches Personal (Sozialassistenten, technische Assistenten, Soziologen), Hilfsfachkräfte (sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte), Techniker.

Die Anzahl der zum 31.12.2006 im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe beschäftigten Mitarbeiter betrug 693, was 624,23 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2006 entspricht.

Tabelle 6: **Im strategischen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Gemeinkosten	1	-	-	1	2
Verwalt.direktion des SB	7	2	2	-	11
Verwaltungsdirektion d. KH	9	13	8	20	50
Generaldirektion	1	2	-	-	3
Pflegedirektion	12	3	2	1	18
Ärztl. Direktion d. KH	20	39	10	13	82
Sanitätsdirektion d. SB	-	-	4	-	4
Amt für Bezieh. mit dem Publikum	3	-	-	-	3
INSGESAMT	53	59	26	35	173
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Gemeinkosten	3	-	-	-	3
Verwalt.direktion des SB	12	10	-	-	22
Verwaltungsdirektion d. KH	55	57	22	63	197
Generaldirektion	5	4	1	2	12
Pflegedirektion	40	7	5	4	56
Ärztl. Direktion d. KH	109	76	26	11	222
Sanitätsdirektion d. SB	-	1	3	-	4
Amt für Bezieh. mit dem Publikum	3	-	-	1	4
INSGESAMT	227	155	57	81	520
Äquivalentes Personal					
Gemeinkosten	3,50	-	-	0,75	4,25
Verwalt.direktion des SB	16,09	11,18	1,73	-	29,00
Verwaltungsdirektion d. KH	60,98	64,08	25,00	74,68	224,74
Generaldirektion	5,75	4,92	1,00	2,00	13,67
Pflegedirektion	49,63	9,49	6,25	5,40	70,77
Ärztl. Direktion d. KH	121,34	98,15	31,48	18,22	269,19
Sanitätsdirektion d. SB	-	1,00	5,92	-	6,92
Amt für Bezieh. mit dem Publikum	4,69	-	-	1,00	5,69
INSGESAMT	261,98	188,82	71,38	102,05	624,23

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 6: **Strategischer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2006**

Das vorherrschende Berufsbild ist jenes der Techniker mit insgesamt 220,01 äquivalenten Mitarbeitern, was rund 35% des im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals entspricht.

Tabelle 7: **Personal des strategischen Bereichs insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2006**

Abteilung		Inspek- toren Mitarb.	Verw.- Ass./	Techniker	Hilfs- fachkräfte	Sonst. techn. Pers.	Gesundh.- personal	Fach- personal	Ins- ge- samt
Gemeinkosten	N	-	1	-	1	-	3	-	5
	EQ	-	0,50	-	1,00	-	2,75	-	4,25
Verwaltungsdirek. d. Sanitätsbetriebs	N	5	20	2	3	-	-	3	33
	EQ	5,33	16,25	2,00	3,00	-	-	2,42	29,00
Verwaltungsdirek. des Krankenhauses	N	6	75	130	33	2	1	-	247
	EQ	6,00	64,91	124,38	27,44	1,01	1,00	-	224,74
Generaldirektion	N	3	10	-	-	1	1	-	15
	EQ	3,00	8,67	-	-	1,00	1,00	-	13,67
Pflegedirektion	N	-	20	4	3	-	47	-	74
	EQ	-	18,79	3,75	2,50	-	45,73	-	70,77
Ärztliche Direktion des Krankenhauses	N	1	52	100	81	7	47	16	304
	EQ	1,00	44,47	89,88	74,51	6,30	39,52	13,51	269,19
Sanitätsdirektion d. Sanitätsbetriebs	N	-	7	-	-	-	1	-	8
	EQ	-	5,92	-	-	-	1,00	-	6,92
Amt für Beziehung. mit dem Publikum	N	1	6	-	-	-	-	-	7
	EQ	1,00	4,69	-	-	-	-	-	5,69
INSGESAMT	N	16	191	236	121	10	100	19	693
	EQ	16,33	164,20	220,01	108,45	8,31	91,00	15,93	624,23

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Die verwaltungstechnischen Berufsbilder (Verwaltungsassistent/Verwaltungsmitarbeiter) machen 26,3% des in diesem Bereich beschäftigten Personals insgesamt aus.

Die Abteilungen, welche die meisten Mitarbeiter des strategischen Bereichs beschäftigen, sind die Ärztliche Direktion des Krankenhauses (43,1%) und die Verwaltungsdirektion des Krankenhauses (36,0%).

Abbildung 7: Äquiv. Personal des strategischen Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

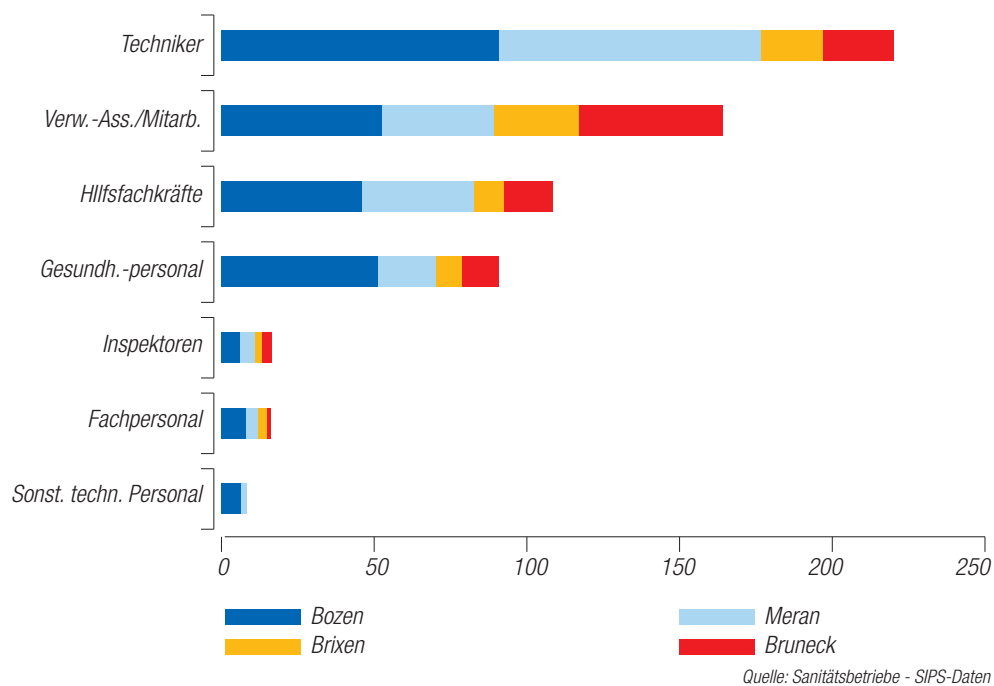
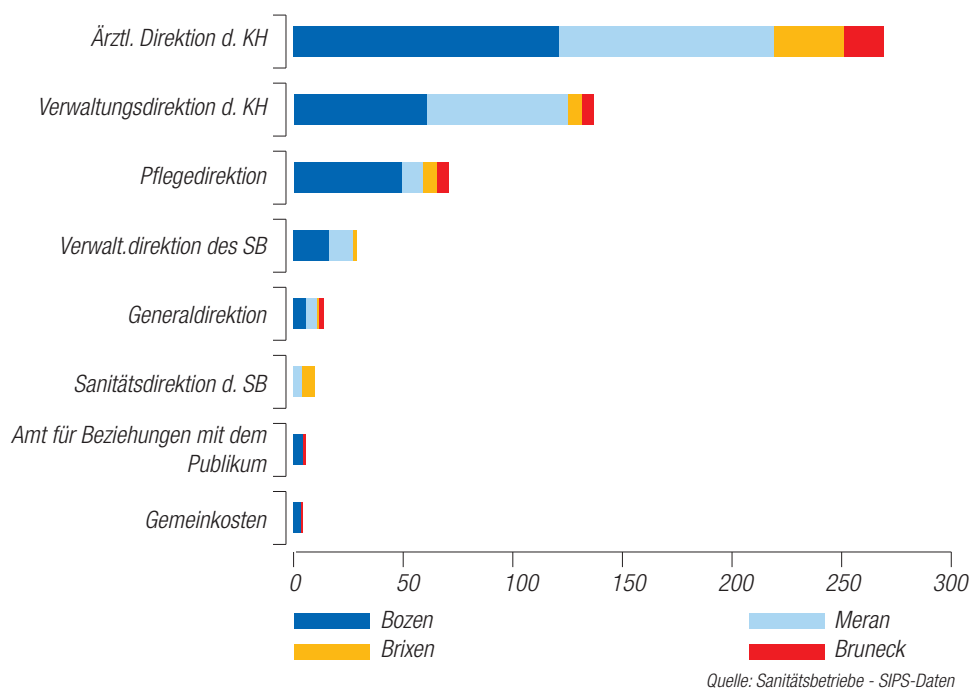


Abbildung 8: Äquiv. Personal des strategischen Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Abteilung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



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.

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.

Tabelle 8: Personal des nicht sanitären Bereichs insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Amt für Allgem. Angelegenheiten	3	2	-	-	5
Abteilung für Einkauf	57	149	33	28	267
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	8	8	8	3	27
Abteilung für Informatik	6	1	-	3	10
Abteilung für Vermögen und Technik	9	3	4	2	18
Abteilung für Personal	12	9	12	4	37
Abteilung für Dienstleistungen	38	16	10	-	64
Ausbildung - Schulen	-	1	-	2	3
INSGESAMT	133	189	67	42	431
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Amt für Allgem. Angelegenheiten	3	3	-	2	8
Abteilung für Einkauf	154	263	63	49	529
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	32	6	15	4	57
Abteilung für Informatik	25	13	8	12	58
Abteilung für Vermögen und Technik	76	64	45	21	206
Abteilung für Personal	33	22	11	20	86
Abteilung für Dienstleistungen	40	27	12	7	86
Ausbildung - Schulen	1	6	-	6	13
INSGESAMT	364	404	154	121	1.043
Äquivalentes Personal					
Amt für Allgem. Angelegenheiten	4,90	4,00	-	2,00	10,90
Abteilung für Einkauf	190,04	346,40	82,41	64,83	683,68
Abteilung für Wirtschaft und Finanzen	38,56	10,42	19,05	5,58	73,61
Abteilung für Informatik	28,64	13,16	8,00	12,75	62,55
Abteilung für Vermögen und Technik	82,50	66,79	47,00	22,33	218,62
Abteilung für Personal	44,45	27,21	20,08	20,54	112,28
Abteilung für Dienstleistungen	63,15	37,83	17,92	5,50	124,40
Ausbildung - Schulen	1,00	7,35	-	7,32	15,67
INSGESAMT	453,24	513,16	194,46	140,85	1.301,71

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Die Anzahl der zum 31.12.2006 im nicht sanitären Bereich der Sanitätsbetriebe beschäftigten Mitarbeiter betrug 1.474, was 1.301,71 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2006 entspricht, mit einem leichten Rückgang von 0,4% gegenüber 2005.

Das vorherrschende Berufsbild ist jenes der Hilfsfachkräfte mit insgesamt 490,58 äquivalenten Mitarbeitern, was 37,7% des im nicht sanitären Bereich der Sanitätsbetriebe insgesamt tätigen Personals entspricht.

Das Berufsbild der Techniker macht 24,7% des in diesem Bereich beschäftigten Personals aus, die verwaltungstechnischen Berufsbilder 24,2%.

Zum 31.12.2006 waren 29,2% des im nicht sanitären Bereich tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte, mit einem Gesamtzuwachs gegenüber 2005 von 1,4% (und insbesondere 2,7% im Sanitätsbetrieb Meran).

Abbildung 9: **Nicht sanitärer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2006**

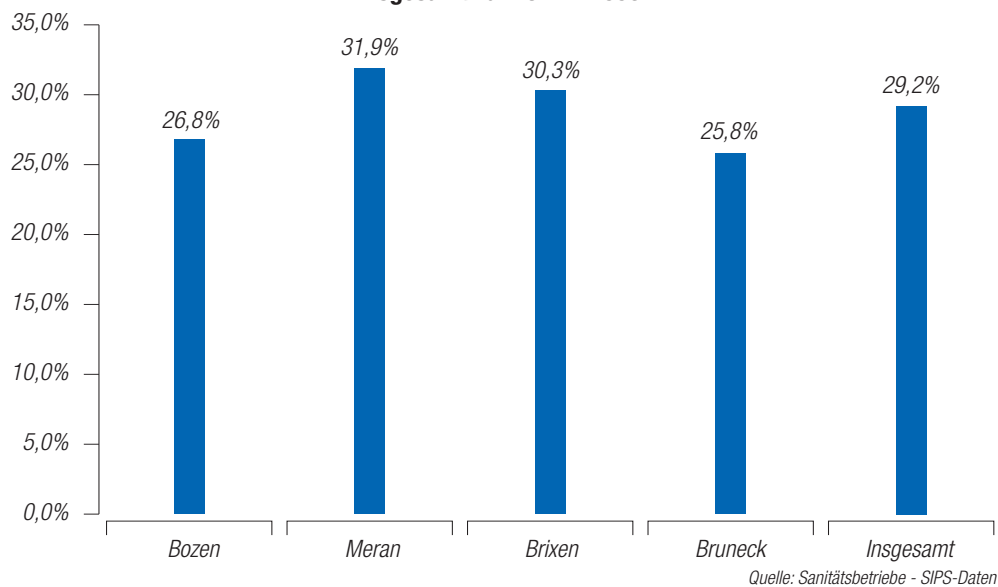
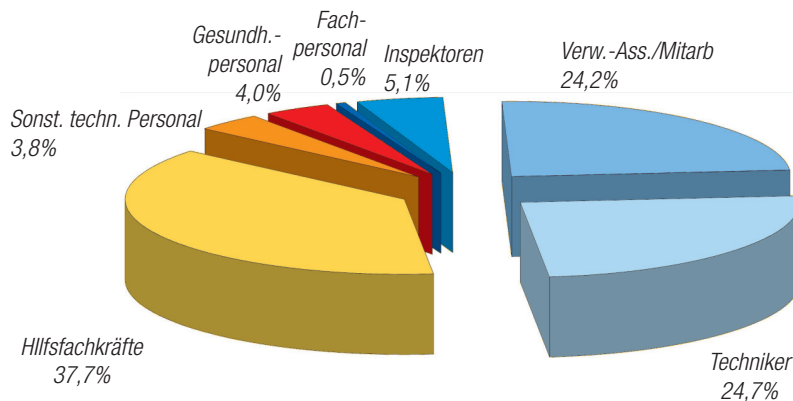


Tabelle 9: **Im nicht sanitären Bereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2006**

Abteilung		Inspektoren Mitarb.	Verw.- Ass./	Techniker	Hilfs- fachkräfte	Sonst. techn. Personal	Gesundh.- personal	Fach- personal	Ins- ge- samt
Amt für Allgemeine Angelegenheiten	N	5	7	-	1	-	-	-	13
	EQ	5,00	4,90	-	1,00	-	-	-	10,90
Abteilung für Einkauf	N	15	69	164	547	1	-	-	796
	EQ	14,85	60,71	151,91	455,21	1,00	-	-	683,68
Abteilung für Wirt- schaft und Finanzen	N	7	47	-	-	-	30	-	84
	EQ	7,00	38,72	-	-	-	27,89	-	73,61
Abteilung für Informatik	N	4	10	12	-	41	-	1	68
	EQ	4,00	7,35	12,00	-	38,20	-	1,00	62,55
Abteil. f. Vermögen und Technik	N	5	16	155	33	10	-	5	224
	EQ	5,00	12,64	154,19	31,87	9,92	-	5,00	218,62
Abteilung für Personal	N	19	102	-	2	-	-	-	123
	EQ	19,42	90,37	-	1,50	0,99	-	-	112,28
Abteilung für Dienstleistungen	N	11	121	5	1	-	12	-	150
	EQ	10,65	99,78	3,82	1,00	-	9,15	-	124,40
Ausbildung - Schulen	N	-	-	-	-	-	16	-	16
	EQ	-	-	-	-	-	15,67	-	15,67
INSGESAMT	N	66	372	336	584	52	58	6	1.474
	EQ	65,92	314,47	321,92	490,58	50,11	52,71	6,00	1.301,71

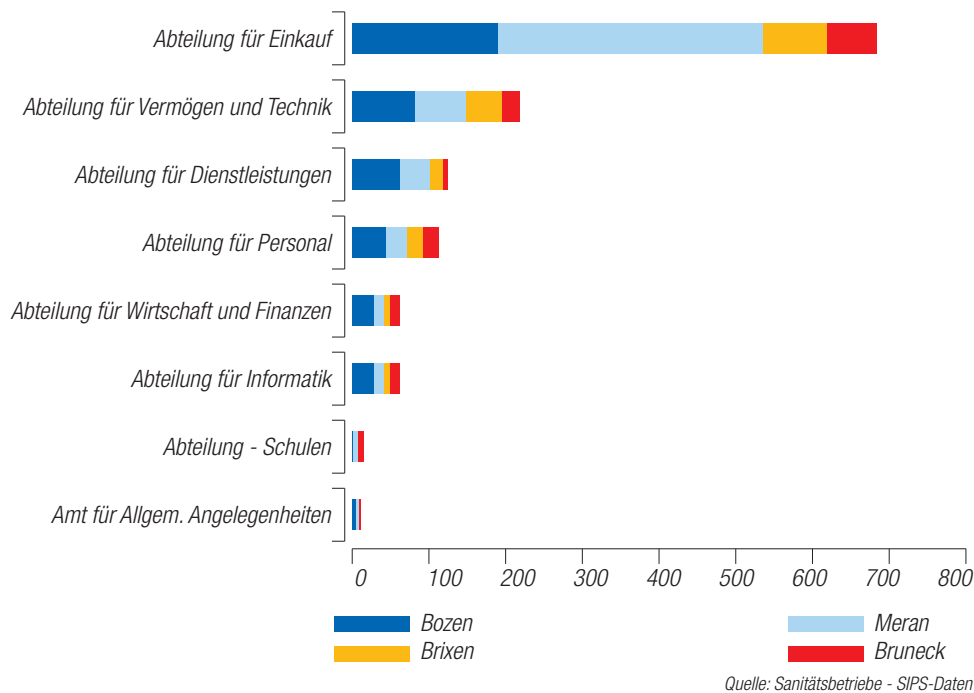
Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 10: **Äquival. Personal des nicht sanitären Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 11: Äquiv. Personal des nicht sanitären Bereichs der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Abteilung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



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).

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 60,5% der äquivalenten Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe beschäftigt, was 4.753,64 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Tabelle 10: Im Krankenhausbereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

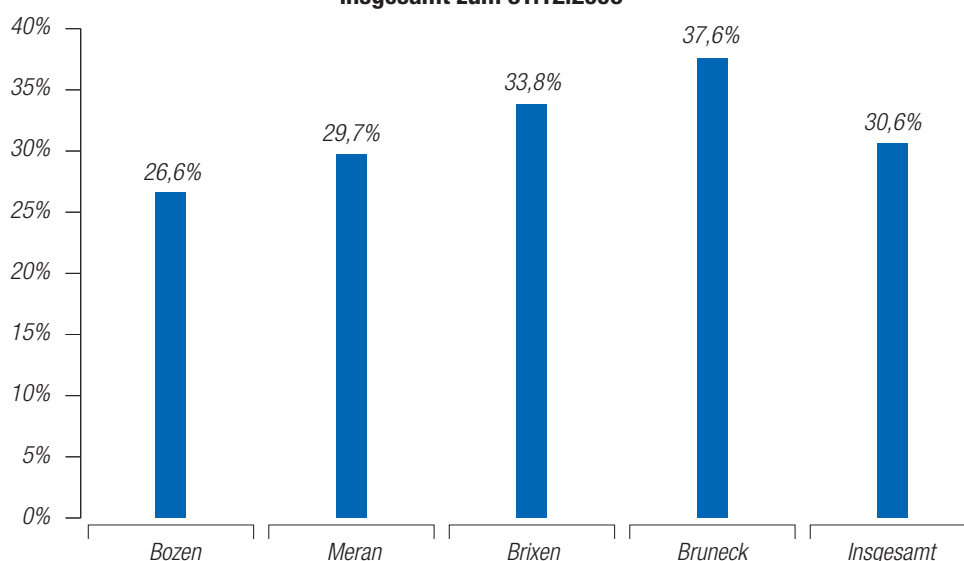
Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
KH-Abteilungen insges.	336	214	215	226	991
KH-Dienste insgesamt	265	163	94	151	673
INSGESAMT	601	377	309	377	1.664
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
KH-Abteilungen insges.	998	557	407	420	2.382
KH-Dienste insgesamt	657	334	198	205	1.394
INSGESAMT	1.655	891	605	625	3.776
Äquivalentes Personal					
KH-Abteilungen insges.	1.184,00	687,12	541,10	555,21	2.967,43
KH-Dienste insgesamt	826,67	420,09	254,83	284,62	1.786,21
INSGESAMT	2.010,67	1.107,21	795,93	839,83	4.753,64

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

62,4% der äquivalenten Mitarbeiter des Krankenhausbereichs sind in den Krankenhausabteilungen der Landeskrankenanstalten tätig.

42,3% des im Krankenhausbereich beschäftigten Personals sind im Krankenhaus Bozen tätig, 16,7% in den Krankenhäusern des Sanitätsbetriebs Brixen.

Abbildung 12: Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

30,6% des im Krankenhausbereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals sind Teilzeitbeschäftigte (+1,6% gegenüber 2005). 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 der Medizin, 10,9% in der Anästhesie und Reanimation, 9,5% in der Chirurgie, 9,3% in der Geburtshilfe und Gynäkologie und 8,6% in der Orthopädie und Traumatologie. Diese 5 Krankenhausabteilungen beschäftigen rund 54% des insgesamt in den Krankenhausabteilungen der Sanitätsbetriebe tätigen Personals.

Auf Landesebene sind 29,4% des in den Krankenhausabteilungen tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte (ein weiterer Anstieg von 0,7% gegenüber 2005, nach einem + 0,5% im Jahr 2005 gegenüber 2004 und + 1,4% im Jahr 2004 gegenüber 2003).

Tabelle 11: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Abteilung		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Anästhesie und Reanimation	Teilzeit. Personal	15	19	15	11	60
	Vollzeit. Personal	118	82	59	41	300
	Äquiv. Personal	124,87	80,69	69,79	48,95	324,30
Kardiologie	Teilzeit. Personal	15	1	-	-	16
	Vollzeit. Personal	63	9	-	-	72
	Äquiv. Personal	72,84	19,93	-	-	92,77
Chirurgie 1	Teilzeit. Personal	5	24	20	35	84
	Vollzeit. Personal	31	61	48	65	205
	Äquiv. Personal	32,32	76,11	58,18	87,79	254,40
Chirurgie 2	Teilzeit. Personal	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Personal	25	-	-	-	25
	Äquiv. Personal	26,08	-	-	-	26,08
Kinderchirurgie	Teilzeit. Personal	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Personal	16	-	-	-	16
	Äquiv. Personal	19,04	-	-	-	19,04
Gefäßchirurgie	Teilzeit. Personal	17	-	-	-	17
	Vollzeit. Personal	19	-	3	-	22
	Äquiv. Personal	28,79	-	2,77	-	31,56
Dermatologie	Teilzeit. Personal	19	10	-	2	31
	Vollzeit. Personal	25	9	-	6	40
	Äquiv. Personal	37,12	15,53	-	7,73	60,38
Hämatologie	Teilzeit. Personal	21	-	-	-	21
	Vollzeit. Personal	50	-	-	-	50
	Äquiv. Personal	63,57	-	-	-	63,57
Gastroenterologie	Teilzeit. Personal	12	-	-	-	12
	Vollzeit. Personal	37	-	-	-	37
	Äquiv. Personal	46,09	-	-	-	46,09
Geriatric	Teilzeit. Personal	26	10	-	-	36
	Vollzeit. Personal	48	34	-	-	82
	Äquiv. Personal	60,53	39,62	-	-	100,15
Langzeitpflege	Teilzeit. Personal	-	3	-	-	3
	Vollzeit. Personal	-	11	-	-	11
	Äquiv. Personal	-	13,09	-	-	13,09
Infektionskrankheiten	Teilzeit. Personal	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Personal	24	-	-	-	24
	Äquiv. Personal	26,22	-	-	-	26,22
Medizin 1	Teilzeit. Personal	10	45	39	43	137
	Vollzeit. Personal	48	107	67	101	323
	Äquiv. Personal	52,79	130,36	92,99	123,32	399,46
Medizin 2	Teilzeit. Personal	11	-	13	-	24
	Vollzeit. Personal	32	-	19	-	51
	Äquiv. Personal	37,70	-	27,48	-	65,18

Abteilung		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Nephrologie / Hämodialyse	Teilzeit. Personal	15	9	3	6	33
	Vollzeit. Personal	27	11	9	6	53
	Äquiv. Personal	36,04	15,84	11,22	11,31	74,41
Neurochirurgie	Teilzeit. Personal	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Personal	21	-	-	-	21
	Äquiv. Personal	22,79	-	-	-	22,79
Neurologie	Teilzeit. Personal	8	2	-	5	15
	Vollzeit. Personal	23	7	-	5	35
	Äquiv. Personal	29,75	8,94	-	7,40	46,09
Säuglingskrippe	Teilzeit. Personal	17	6	16	6	45
	Vollzeit. Personal	11	11	8	3	33
	Äquiv. Personal	18,53	16,15	17,83	7,61	60,12
Augenheilkunde	Teilzeit. Personal	16	-	-	9	25
	Vollzeit. Personal	19	6	-	19	44
	Äquiv. Personal	27,83	5,91	-	22,52	56,26
Zahnheilkunde- Stomatologie	Teilzeit. Personal	4	-	-	2	6
	Vollzeit. Personal	15	-	-	4	19
	Äquiv. Personal	16,94	-	-	5,42	22,36
Medizinische Onkologie	Teilzeit. Personal	2	7	-	-	9
	Vollzeit. Personal	15	5	-	-	20
	Äquiv. Personal	15,14	9,00	-	-	24,14
Medizinische Onkologie	Teilzeit. Personal	8	12	27	37	84
	Vollzeit. Personal	47	59	49	53	208
	Äquiv. Personal	49,02	66,51	63,85	74,59	253,97
Geburtshilfe und Gynäkologie	Teilzeit. Personal	20	13	44	34	111
	Vollzeit. Personal	59	46	43	63	211
	Äquiv. Personal	65,99	57,60	70,75	82,44	276,78
HNO	Teilzeit. Personal	16	7	5	-	28
	Vollzeit. Personal	28	20	18	-	66
	Äquiv. Personal	37,69	29,50	22,05	-	89,24
Pädiatrie	Teilzeit. Personal	40	30	17	19	104
	Vollzeit. Personal	92	33	24	29	178
	Äquiv. Personal	115,09	52,05	34,80	38,08	240,02
Pneumologie	Teilzeit. Personal	9	-	-	-	9
	Vollzeit. Personal	34	-	-	-	34
	Äquiv. Personal	40,36	-	-	-	40,36
Psychiatrie	Teilzeit. Personal	4	4	11	19	38
	Vollzeit. Personal	43	16	42	25	126
	Äquiv. Personal	45,35	17,25	48,52	38,05	149,17
Urologie	Teilzeit. Personal	14	12	5	-	31
	Vollzeit. Personal	28	30	18	-	76
	Äquiv. Personal	35,52	33,04	20,87	-	89,43
INSGESAMT	Teilzeit. Personal	336	214	215	226	991
	Vollzeit. Personal	998	557	407	420	2.382
	Äquiv. Personal	1.184,00	687,12	541,10	555,21	2.967,43

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Das in den Krankenhausabteilungen der Sanitätsbetriebe vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 52,2% am Personalbestand (1.548,75 äquivalente Mitarbeiter). Die Ärzte machen 23,9% aus, die restlichen 23,9% bestehen aus Verwaltungspersonal, technischem und sonstigem Gesundheitspersonal.

Abbildung 13: **Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Abteilungen insgesamt zum 31.12.2006**

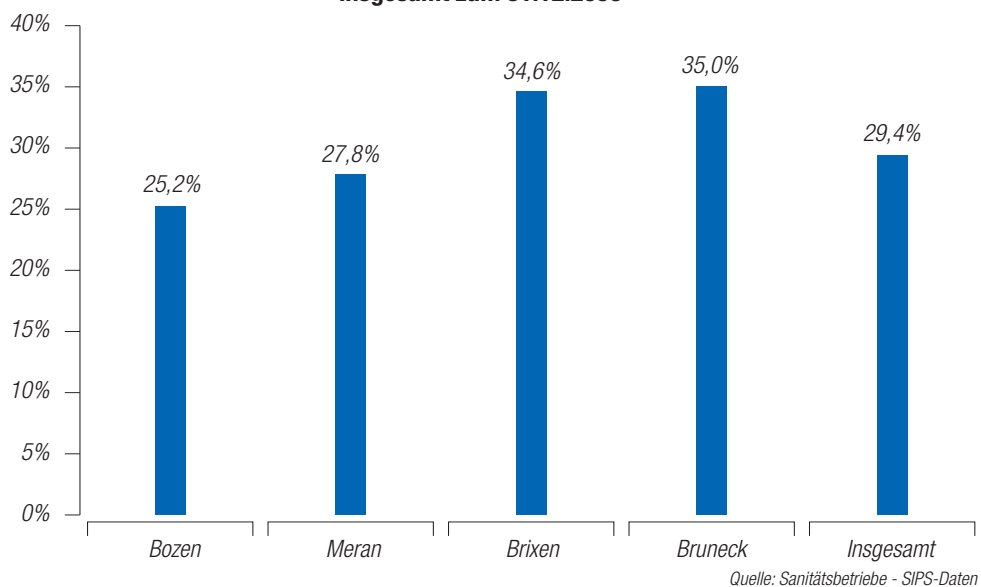


Abbildung 14: **Äquiv. Personal der Krankenhausabteilungen des Krankenhausbereichs der einzelnen Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2006**

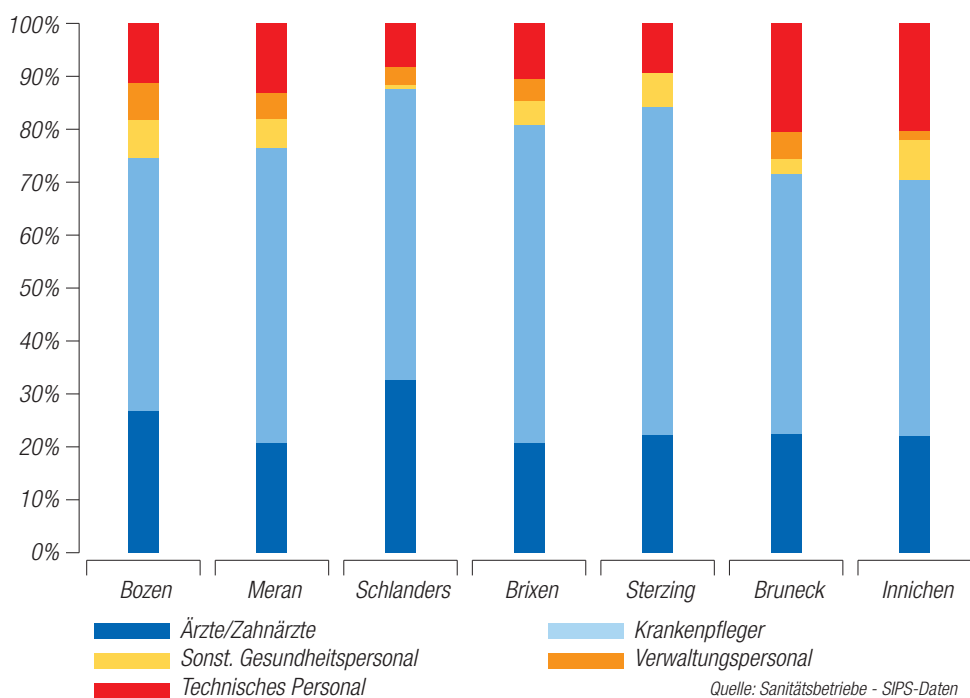


Tabelle 12: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2006

Abteilung	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken- pfleger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwaltungs- personal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Änästhesie und Reani- mation	98	96,37	225	200,15	-	-	7	6,11	30	21,67	360	324,30
Kardiologie	25	25,29	48	54,88	-	-	10	7,60	5	5,00	88	92,77
Chirurgie 1	62	60,54	157	137,56	-	-	12	9,67	58	46,63	289	254,40
Chirurgie 2	10	10,00	14	12,08	-	-	2	2,00	2	2,00	28	26,08
Kinder- chirurgie	5	5,54	10	10,00	-	-	2	1,50	2	2,00	19	19,04
Gefäß- chirurgie	10	8,93	19	14,88	-	-	6	4,50	4	3,25	39	31,56
Dermatologie	20	20,67	37	28,65	-	-	12	9,31	2	1,75	71	60,38
Hämatologie	13	12,77	34	29,24	12	11,64	4	3,42	8	6,50	71	63,57
Gastro- enterologie	13	13,00	27	24,48	-	-	3	3,20	6	5,41	49	46,09
Geriatrie	24	24,53	59	49,19	-	-	10	7,22	25	19,21	118	100,15
Langzeit- pflege	-	-	8	8,34	-	-	-	-	6	4,75	14	13,09
Infektions- krankheiten	6	6,00	17	16,92	-	-	2	1,93	2	1,37	27	26,22
Medizin 1	94	90,77	244	212,57	-	-	27	21,25	95	74,87	460	399,46
Medizin 2	23	21,90	36	28,43	-	-	3	2,75	13	12,10	75	65,18
Nephrologie/ Hämodialyse	8	8,00	66	56,45	-	-	3	2,25	9	7,71	86	74,41
Neuro- chirurgie	5	5,00	14	14,03	-	-	2	1,60	3	2,16	24	22,79
Neurologie	20	20,95	19	16,80	-	-	8	4,95	3	3,39	50	46,09
Säuglings- krippe	-	-	71	54,31	3	2,54	-	-	4	3,27	78	60,12
Augen- heilkunde	28	24,85	19	14,55	9	6,42	6	4,86	7	5,58	69	56,26
Zahnheil- kunde-Sto- matologie	5	5,00	6	5,17	1	1,00	3	1,75	10	9,44	25	22,36
Medizin. Onkologie	5	4,93	19	15,75	-	-	4	3,25	1	0,21	29	24,14
Orthopädie und Trauma- tologie	63	61,91	158	137,55	-	-	20	14,89	51	39,62	292	253,97
Geburtshilfe und Gynä- kologie	55	53,33	121	102,22	92	81,30	13	10,86	41	29,07	322	276,78
HNO	19	18,50	49	43,31	13	15,87	7	5,50	6	6,06	94	89,24
Pädiatrie	49	50,42	163	131,26	39	33,38	15	11,19	16	13,77	282	240,02
Pneumol.	13	11,61	21	20,25	-	-	5	4,50	4	4,00	43	40,36
Psychiatrie	27	25,65	67	60,55	11	9,94	5	4,00	54	49,03	164	149,17
Urologie	24	22,40	60	49,18	4	3,19	8	5,77	11	8,89	107	89,43
INSGES.	724	708,86	1.788	1.548,75	184	165,28	199	155,83	478	388,71	3.373	2.967,43

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Die Abteilung mit den meisten Ärzten ist die Anästhesie und Reanimation (96,37 äquivalente Mitarbeiter), während der Großteil des Krankenpflegepersonals in der Medizin mit 241,00 äquivalenten Mitarbeitern beschäftigt ist. Die Medizin ist auch die Abteilung, in welcher das meiste Verwaltungs- und technische Personal arbeitet (24,00 bzw. 86,97 äquivalente Mitarbeiter).

Personal der Krankenhausdienste

Vom gesamten äquivalenten Personal der Sanitätsbetriebe, das in den jeweiligen Krankenhausdiensten angestellt ist, arbeiten 22,6% 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 Poliambulanzen und 11,8% in den Analyselabors, während 11,5% in den Operationssälen der Landeskrankenhäuser arbeiten. Außerdem gehören 9,2% des äquivalenten Personals zu den Erste Hilfe-Diensten und zur Beobachtungsstation der Krankenhäuser. Diese 6 Beschäftigungsbereiche decken rund 79,9% des insgesamt in den Krankenhausdiensten beschäftigten Personals.

Tabelle 13: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Psychologische Versorgung im KH	Teilzeit. Personal	-	-	2	-	2
	Vollzeit. Personal	-	-	-	-	-
	Äquiv. Personal	-	-	0,94	-	0,94
Genetische Beratung	Teilzeit. Personal	1	-	-	-	1
	Vollzeit. Personal	7	-	-	-	7
	Äquiv. Personal	6,94	-	-	-	6,94
Funktionsdiagnostik	Teilzeit. Personal	-	11	-	-	11
	Vollzeit. Personal	-	14	-	-	14
	Äquiv. Personal	-	19,39	-	-	19,39
Operationssäle	Teilzeit. Personal	25	19	11	13	68
	Vollzeit. Personal	53	43	39	32	167
	Äquiv. Personal	69,60	53,35	44,19	38,97	206,11
Histologie und Pathologische Anatomie	Teilzeit. Personal	10	-	-	-	10
	Vollzeit. Personal	49	-	-	-	49
	Äquiv. Personal	57,09	-	-	-	57,09
Analyselabor	Teilzeit. Personal	31	15	15	16	77
	Vollzeit. Personal	84	32	24	24	164
	Äquiv. Personal	104,22	40,54	33,08	32,21	210,05
Nuklearmedizin	Teilzeit. Personal	2	1	-	-	3
	Vollzeit. Personal	15	2	-	-	17
	Äquiv. Personal	16,25	3,00	-	-	19,25
Poliambulanzen	Teilzeit. Personal	38	26	10	76	150
	Vollzeit. Personal	35	33	8	53	129
	Äquiv. Personal	58,04	45,57	15,15	93,68	212,44
Erste Hilfe- Beobachtungsstation	Teilzeit. Personal	19	23	2	2	46
	Vollzeit. Personal	73	35	18	14	140
	Äquiv. Personal	82,64	46,33	20,93	14,66	164,56
Röntgendienst	Teilzeit. Personal	27	9	9	11	56
	Vollzeit. Personal	83	57	31	27	198
	Äquiv. Personal	99,36	60,54	37,33	32,49	229,72
Dienst für Medizinische Strahlenphysik	Teilzeit. Personal	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Personal	14	-	-	-	14
	Äquiv. Personal	15,00	-	-	-	15,00
Dienst für Immunhämatologie und Bluttransfusion	Teilzeit. Personal	13	1	1	-	15
	Vollzeit. Personal	35	17	-	-	52
	Äquiv. Personal	46,79	17,59	0,50	-	64,88
Dienst für Medizintechnik	Teilzeit. Personal	-	1	-	-	1
	Vollzeit. Personal	29	-	-	-	29
	Äquiv. Personal	28,59	0,75	-	-	29,34
Dienst für Strahlentherapie	Teilzeit. Personal	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Personal	8	-	-	-	8
	Äquiv. Personal	9,25	-	-	-	9,25
Dienst für Physische Rehabilitation	Teilzeit. Personal	21	52	38	25	136
	Vollzeit. Personal	55	86	69	40	250
	Äquiv. Personal	68,86	111,67	89,65	52,86	323,04
Dienst für Physische Rehabilitation - Logopädie	Teilzeit. Personal	14	-	-	-	14
	Vollzeit. Personal	15	-	-	-	15
	Äquiv. Personal	22,60	-	-	-	22,60
Dienst für Physische Rehabilitation - Fagenstraße	Teilzeit. Personal	39	-	-	-	39
	Vollzeit. Personal	35	-	-	-	35
	Äquiv. Personal	58,80	-	-	-	58,80
Diabetologischer Dienst	Teilzeit. Personal	9	-	2	-	11
	Vollzeit. Personal	7	-	1	-	8
	Äquiv. Personal	12,95	0,62	2,25	-	15,82
Dienst für Diät und Ernährung	Teilzeit. Personal	6	2	4	4	16
	Vollzeit. Personal	25	8	3	9	45
	Äquiv. Personal	29,80	10,28	5,81	11,25	57,14
Pharmazeutischer Dienst	Teilzeit. Personal	6	3	-	4	13
	Vollzeit. Personal	35	7	5	6	53
	Äquiv. Personal	39,89	10,46	5,00	8,50	63,85
INSGESAMT	Teilzeit. Person.	265	163	94	151	673
	Vollzeit. Person.	657	334	198	205	1.394
	Äquiv. Person.	826,67	420,09	254,83	284,62	1.786,21

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Auf Landesebene sind 32,6% des in den Krankenhausdiensten der Sanitätsbetriebe tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte (+2,3% gegenüber 2005 und +3,1% gegenüber 2004) mit Spitzenwerten im Sanitätsbetrieb Bruneck von 42,4% (+ 2,3% gegenüber 2005).

Die am häufigsten in den Krankenhausdiensten der Sanitätsbetriebe eingesetzten äquivalenten Berufsbilder (ausgenommen die Rehabilitation) sind das sonstige Gesundheitspersonal (34,8%), das Krankenpflegepersonal (31,3%), das technische Personal (15,5%) und das Verwaltungspersonal (10,0%). Die Ärzte machen 8,2% aus, die restlichen 0,2% gehören zum Fachpersonal.

Der Großteil des Verwaltungspersonals ist in den Poliambulanzen der Krankenhäuser beschäftigt (29,03 äquivalente Mitarbeiter). Die Ärzte sind vorwiegend in den Röntgendiensten tätig (37,67 äquivalente Mitarbeiter), das Krankenpflegepersonal konzentriert sich vor allem in den Operationssälen (123,30).

Abbildung 15: **Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Krankenhausdienste insgesamt zum 31.12.2006**

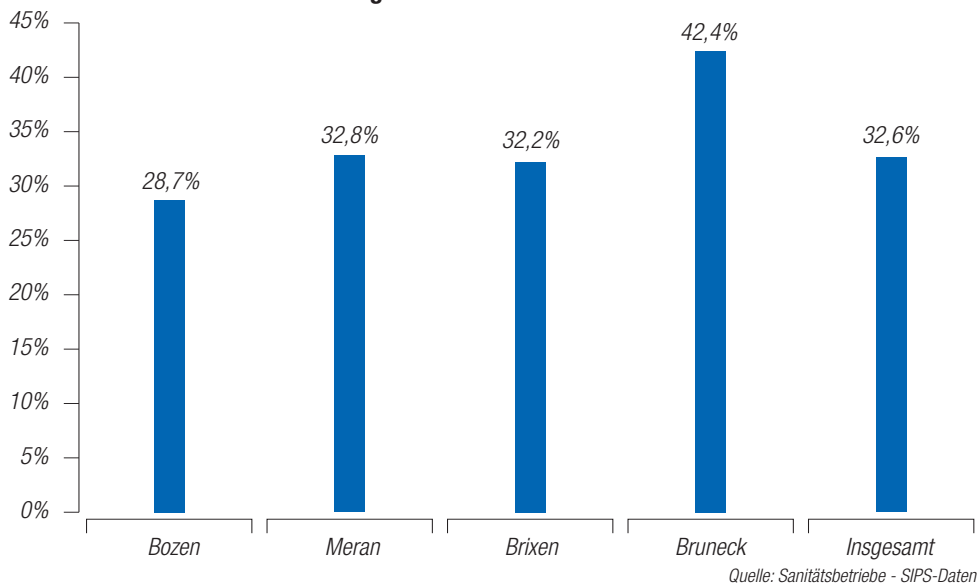
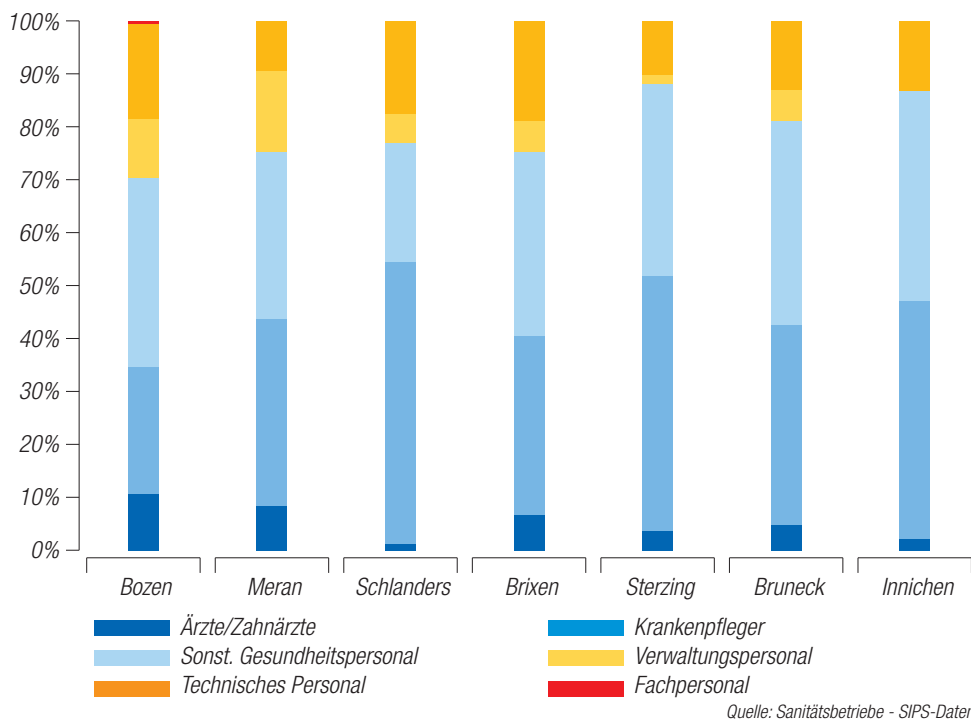


Tabelle 14: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2006

Dienst		Ärzte/ Zahn- ärzte	Kranken- pfleger	Sonst. Gesundheits- personal	Verwal- tungs- personal	Techn. Personal	Fach- perso- nal	Insge- samt
Psychologische Versorgung im KH	N	-	-	2	-	-	-	2
	EQ	-	-	0,94	-	-	-	0,94
Genetische Beratung	N	2	1	4	1	-	-	8
	EQ	2,00	1,15	2,79	1,00	-	-	6,94
Funktionsdiagnostik	N	-	21	-	4	-	-	25
	EQ	-	15,70	-	3,69	-	-	19,39
Operationssäle	N	-	137	-	3	95	-	235
	EQ	-	123,30	-	2,00	80,81	-	206,11
Histologie und Pathologische Anatomie	N	12	-	25	11	11	-	59
	EQ	12,50	-	24,84	9,25	10,50	-	57,09
Analyselabor	N	20	21	156	25	19	-	241
	EQ	18,78	12,40	142,37	20,38	16,12	-	210,05
Nuklearmedizin	N	5	-	11	3	1	-	20
	EQ	5,00	-	10,50	2,75	1,00	-	19,25
Poliambulanzen	N	3	155	54	36	31	-	279
	EQ	3,00	117,39	42,55	29,03	20,47	-	212,44
Erste Hilfe- Beobachtungsstation	N	18	137	1	15	15	-	186
	EQ	17,15	119,97	0,07	12,81	14,56	-	164,56
Röntgendienst	N	37	7	163	29	18	-	254
	EQ	37,67	5,96	147,44	23,14	15,51	-	229,72
Dienst für Medizinische Strahlenphysik	N	-	-	12	2	2	-	16
	EQ	-	-	11,50	2,00	1,50	-	15,00
Dienst für Immunhämato- logie und Bluttransfusion	N	9	18	28	5	7	-	67
	EQ	9,66	16,70	27,10	4,67	6,75	-	64,88
Dienst für Medizintechnik	N	-	-	-	5	22	3	30
	EQ	-	-	-	4,75	21,59	3,00	29,34
Dienst für Strahlentherapie	N	1	4	4	-	1	-	10
	EQ	1,00	3,25	4,00	-	1,00	-	9,25
Diabetologischer Dienst	N	-	16	2	1	-	-	19
	EQ	-	13,50	2,00	0,32	-	-	15,82
Dienst für Diät und Ernährung	N	7	-	49	4	1	-	61
	EQ	6,75	-	45,39	4,00	1,00	-	57,14
Pharmazeutischer Dienst	N	1	4	19	20	22	-	66
	EQ	0,29	3,19	19,55	17,72	23,10	-	63,85
INSGESAMT	N	115	521	530	164	245	3	1.578
	EQ	113,80	432,51	481,04	137,51	213,91	3,00	1.381,77

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 16: Äquiv. Personal der anderen Dienste des Krankenhausbereichs der einzelnen Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2006



Personal der Dienste für Physische Rehabilitation nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Das in den Diensten für Physische Rehabilitation im Krankenhausbereich der Sanitätsbetriebe des Landes tätige Personal beträgt 404,44 äquivalente Arbeitskräfte. 37,2% davon sind im Sanitätsbetrieb Bozen beschäftigt, 27,6% im Sanitätsbetrieb Meran, 22,2% im Sanitätsbetrieb Brixen und 13,1% im Sanitätsbetrieb Bruneck.

Das in den Diensten für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs des Sanitätsbetriebs Bozen beschäftigte Personal entspricht 150,26 äquivalenten Mitarbeitern (+ 3,6% gegenüber 2005).

Das in den Diensten für Physische Rehabilitation der Sanitätsbetriebe des Landes vorherrschende Berufsbild ist der Physiotherapeut (39,9%), gefolgt vom Krankenpfleger (14,6%) und vom Logopäden (12,8%). 7,9% gehören zum Berufsbild des Beschäftigungstherapeuten, 7,4% zu den Ärzten, 6,9% zu den Masseuren und 6,5% zum technischen Personal. Die restlichen 4,0% setzen sich aus Verwaltungspersonal und sonstigem Personal zusammen.

45,8% des in den Rehabilitationsdiensten des Sanitätsbetriebs Bozen beschäftigten Personals sind beim Dienst für Physische Rehabilitation des Krankenhauses Bozen tätig, 39,1% beim Dienst für Physische Rehabilitation in der Fagenstraße und die restlichen 15,1% beim Dienst für Logopädie.

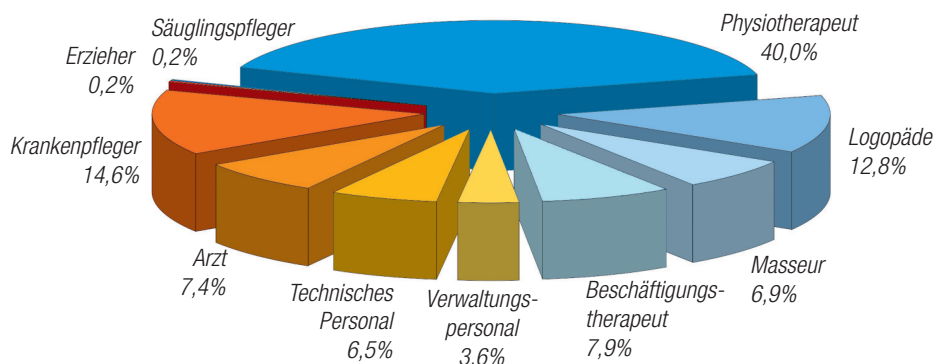
Tabelle 15: In den Diensten für Physische Rehabilitation beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Berufsbild	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Arzt	6	6,65	9	7,88	9	7,63	7	7,62	31	29,78
Krankenpfleger	25	22,70	16	16,15	16	11,88	10	8,42	67	59,15
Erzieher	-	-	-	-	1	1,00	-	-	1	1,00
Säuglingspfleger	1	0,75	-	-	-	-	-	-	1	0,75
Physiotherapeut	76	65,37	49	41,48	43	36,61	21	18,14	189	161,60
Logopäde	27	21,10	27	14,79	14	12,86	3	3,00	71	51,75
Masseur	19	14,57	9	7,56	6	4,25	3	1,58	37	27,96
Beschäftigungstherapeut	11	9,45	15	13,10	7	7,00	3	2,31	36	31,86
Verwaltungspersonal	7	4,71	5	3,71	3	2,75	6	3,32	21	14,49
Technisches Personal	7	4,96	8	7,00	8	5,67	12	8,47	35	26,10
INSGESAMT	179	150,26	138	111,67	107	89,65	65	52,86	489	404,44

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Im Rahmen der Dienste für Physische Rehabilitation verzeichnet der Sanitätsbetrieb Brixen die meisten äquivalenten Mitarbeiter an der Wohnbevölkerung (1,29 pro 1.000 Einwohner). Es folgen der Sanitätsbetrieb Meran mit 0,88 äquivalenten Mitarbeitern und Bruneck und Brixen mit 0,72 bzw. 0,69 äquivalenten Mitarbeitern pro 1.000 Einwohner.

Abbildung 17: Äquiv. Personal der Dienste für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

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 Makrobereiche gegliedert. Jener mit dem größten äquivalenten Personalbestand ist die Sprengelversorgung (31,5%, was 371,29 äquivalenten Mitarbeitern entspricht).

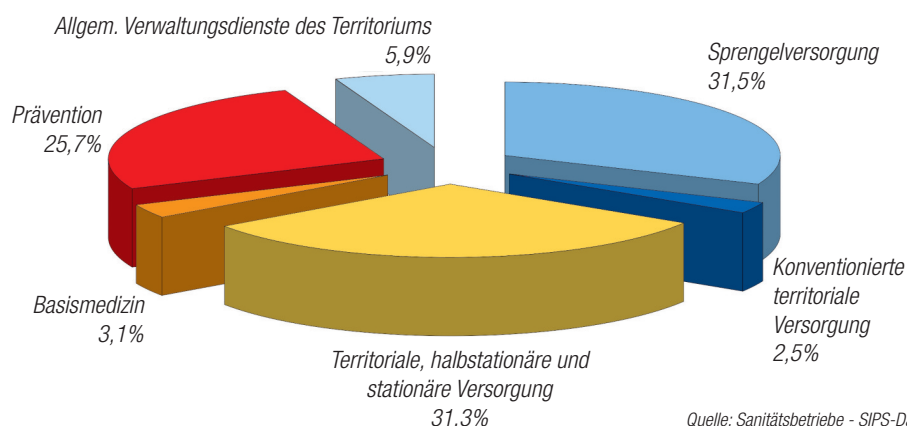
Tabelle 16: Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal nach Makrobereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Sprengelversorgung	136	76	39	52	303
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	8	-	8
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	47	75	18	24	164
Basismedizin	1	-	-	-	1
Prävention	66	13	9	9	97
Allgem. Verwaltungsdienste des Territoriums	13	1	-	-	14
INSGESAMT	263	165	74	85	587
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Sprengelversorgung	81	70	15	19	185
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	24	-	24
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	121	89	20	37	267
Basismedizin	37	-	-	-	37
Prävention	193	20	16	11	240
Allgem. Verwaltungsdienste des Territoriums	46	11	-	-	57
INSGESAMT	478	190	75	67	810
Äquivalentes Personal					
Sprengelversorgung	171,92	113,18	39,20	46,99	371,29
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	29,29	-	29,29
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	152,60	134,19	32,33	50,04	369,16
Basismedizin	36,50	-	-	-	36,50
Prävention	236,69	29,08	20,80	15,99	302,56
Allgem. Verwaltungsdienste des Territoriums	57,68	11,53	-	-	69,21
INSGESAMT	655,39	287,98	121,62	113,02	1.178,01

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Die konventionierte territoriale Versorgung, die nur im Sanitätsbetrieb Brixen angeboten wird, verzeichnet hingegen den geringsten Personalbestand mit 29,29 äquivalenten Arbeitskräften.

Abbildung 18: Äquiv. Personal des territorialen Bereichs insgesamt nach Makrobereich - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

42% des im territorialen Bereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals sind Teilzeitbeschäftigte (+1,4% gegenüber 2005). Für den Sanitätsbetrieb Bruneck ergibt sich der höchste Anteil von Beschäftigten mit Teilzeitvertrag (55,9%), für den Sanitätsbetrieb Bozen der niedrigste (35,5%).

Abbildung 19: **Territorialer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2006**

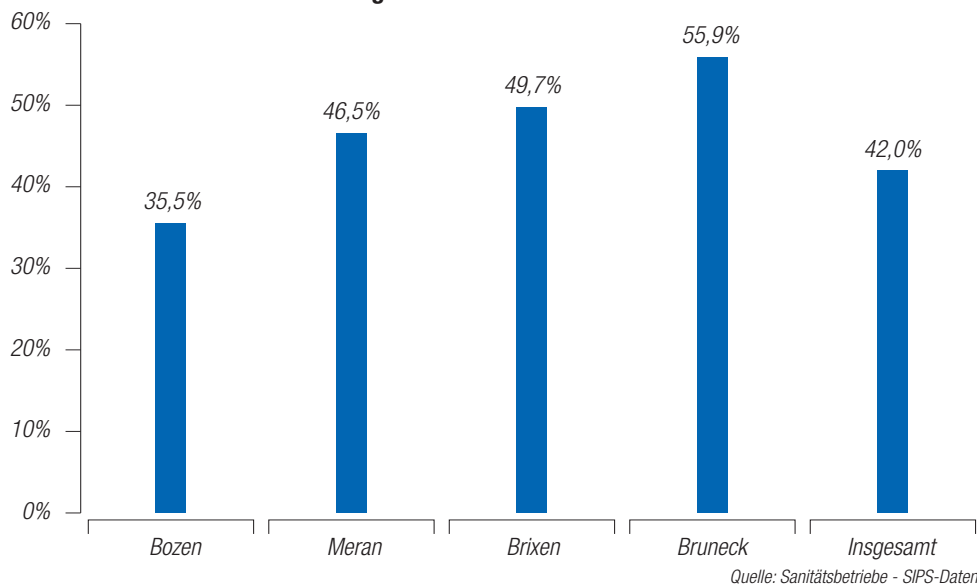
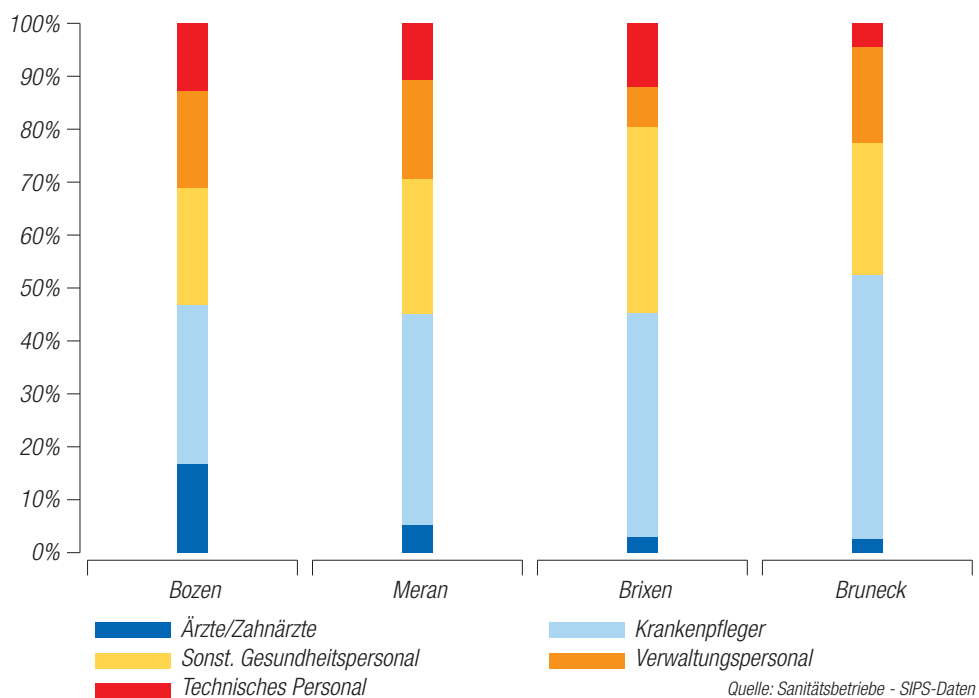


Abbildung 20: **Äquiv. Personal des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**



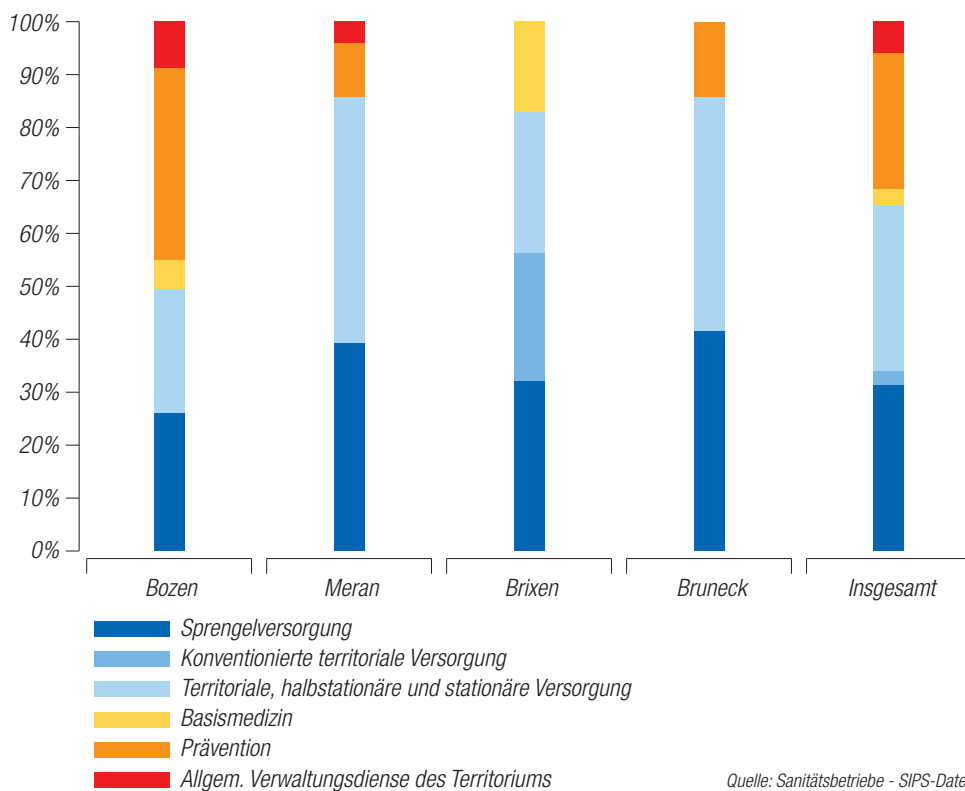
Das im territorialen Bereich der Sanitätsbetriebe am häufigsten vertretene Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 35,6% (419,83 äquivalente Mitarbeiter). Das sonstige Gesundheitspersonal macht 24,5% aus, gefolgt vom Verwaltungspersonal mit 17,3%. Das technische Personal verzeichnet 11,4% des im territorialen Bereich beschäftigten Personals, die Ärzte 11,2%.

Tabelle 17: **Personal des territorialen Bereichs insgesamt nach Makrobereich und Berufsbild - Jahr 2006**

Bereich	Ärzte/ Zahn- ärzte		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	290	215,60	101	73,90	79	66,31	17	14,48	488	371,29
Konventionierte territoriale Versorgung	2	1,75	14	13,15	7	7,26	3	2,32	6	4,81	32	29,29
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	31	31,00	167	132,44	121	109,79	23	19,07	89	76,86	431	369,16
Basismedizin	4	4,00	15	14,33	-	-	2	1,92	17	16,25	38	36,50
Prävention	84	82,82	49	39,84	105	96,08	80	65,79	19	18,03	337	302,56
Allgemeine und Verwaltungs- dienste des Territoriums	11	10,96	5	4,47	1	1,84	50	48,19	4	3,75	71	69,21
INSGESAMT	133	131,53	540	419,83	335	288,87	237	203,60	152	134,18	1.397	1.178,01

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 21: **Äquiv. Personal des territorialen Bereichs nach Makrobereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Die Ärzte (einschließlich Tierärzte) sind vor allem in der Prävention tätig. Das Krankenpflegepersonal ist mit 215,60 äquivalenten Mitarbeitern in der Sprengelversorgung vertreten, das technische Personal (76,86 äquivalente Mitarbeiter) überwiegt in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung. In der Sprengelversorgung konzentriert sich auch der höchste Anteil von Verwaltungspersonal (66,31 äquivalente Mitarbeiter).

Sprengelversorgung

Zum 31.12.2006 waren in der Sprengelversorgung der Sanitätsbetriebe 487 Mitarbeiter tätig (62,2% Teilzeitbeschäftigte), was 371,29 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Der Sprengel mit dem höchsten Anteil von äquivalenten Mitarbeitern ist Bozen (67,29 äquivalente Mitarbeiter), während im Gadertal die geringste Anzahl von äquivalentem Personal angestellt ist (6,25 gegenüber 7,25 im Jahr 2005).

Tabella 18: **Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal nach Sprengel und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

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	10	2	7,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eggental-Schlern	16	11	20,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salten-Sarnthal-Ritten	14	6	15,09	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Überetsch	14	12	20,69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leifers-Branzoll-Pfatten	17	6	16,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterland	23	10	24,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bozen	42	34	67,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberer Vinschgau	-	-	-	11	5	12,52	-	-	-	-	-	-
Mittlerer Vinschgau	-	-	-	12	10	17,74	-	-	-	-	-	-
Naturns-Umgebung	-	-	-	8	9	12,86	-	-	-	-	-	-
Lana-Umgebung	-	-	-	16	6	16,71	-	-	-	-	-	-
Meran-Umgebung	-	-	-	23	28	39,15	-	-	-	-	-	-
Passeiertal	-	-	-	6	12	14,20	-	-	-	-	-	-
Wipptal	-	-	-	-	-	-	6	5	8,44	-	-	-
Brixen-Umgebung	-	-	-	-	-	-	23	7	20,39	-	-	-
Klausen-Umgebung	-	-	-	-	-	-	10	3	10,37	-	-	-
Taufers-Ahrntal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	3	8,90
Bruneck-Umgebung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	11	24,34
Hochpustertal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	7,50
Gadertal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	2	6,25
INSGESAMT	136	81	171,92	76	70	113,18	39	15	39,20	52	19	46,99

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung

Zum 31.12.2006 waren in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung der Sanitätsbetriebe 431 Mitarbeiter beschäftigt (38,1% davon waren Teilzeitbeschäftigte), was 369,16 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

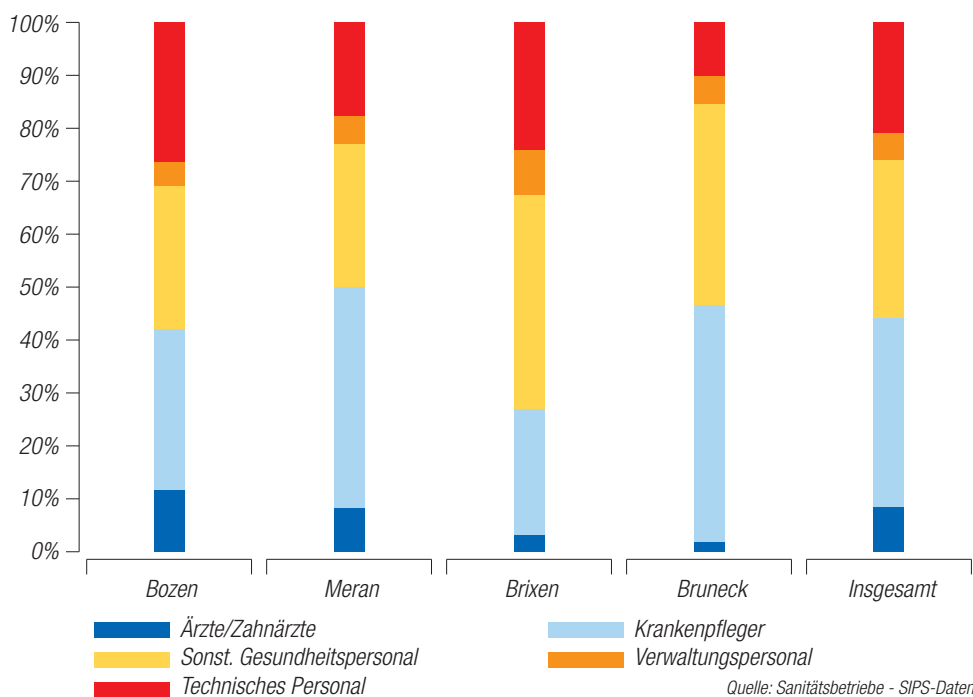
Das im Makrobereich der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 35,9% des insgesamt in diesem Bereich beschäftigten Personals (132,44 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen das sonstige Gesundheitspersonal mit 29,7% (109,79 äquivalente Mitarbeiter) und das technische Personal mit 20,8%. Das restliche Personal setzt sich aus Ärzten (8,4%) und Verwaltungspersonal (5,2%) zusammen.

Tabelle 19: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt nach Dienst und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006**

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Versorgung von Drogen- und Alkoholabhängigen (DfA)	P.T.	6	8	4	1	19
	T.P.	24	14	7	11	56
	EQ	28,72	18,27	9,25	10,57	66,81
Psychiatrische Versorgung - Tagesstätten	P.T.	-	-	-	-	-
	T.P.	3	-	-	-	3
	EQ	3,00	-	-	-	3,00
Psychiatrische Versorgung - Zentrum für psychiatrische Rehab. Stadio	P.T.	18	-	-	-	18
	T.P.	25	1	-	-	26
	EQ	37,56	1,27	-	-	38,83
Psychiatrische Versorgung (ZGG)	P.T.	11	21	5	3	40
	T.P.	43	44	1	10	98
	EQ	49,20	57,74	4,75	11,75	123,44
Psychiatrische Versorgung - Geschützte Gemeinschaften	P.T.	-	6	4	8	18
	T.P.	2	16	3	4	25
	EQ	2,00	19,41	5,31	8,57	35,29
Stationäre Versorgung der alten Menschen	P.T.	2	32	-	9	43
	T.P.	6	9	-	3	18
	EQ	7,64	26,89	-	8,07	42,60
Pflegeheime	P.T.	-	7	-	-	7
	T.P.	-	3	-	-	3
	EQ	-	7,86	-	-	7,86
Psychologischer Dienst	P.T.	10	1	5	3	19
	T.P.	18	2	9	9	38
	EQ	24,48	2,75	13,02	11,08	51,33
INSGESAMT	P.T.	47	75	18	24	164
	T.P.	121	89	20	37	267
	EQ	152,60	134,19	32,33	50,04	369,16

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 2006**



Den größten Bestand an Ärzten, Verwaltungspersonal und technischem Personal verzeichnet die Psychiatrische Versorgung der Zentren für Geistige Gesundheit (19,17 bzw. 6,25 bzw. 26,03 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.

Tabelle 20: **Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung nach Berufsbild - Jahr 2006**

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 Drogen- und Alkoholabhängige - DfA	9	9,00	21	18,73	26	24,42	7	4,86	12	9,80	75	66,81
Psychiatrische Versorgung - Tagesstätten	-	-	2	2,00	-	-	-	-	1	1,00	3	3,00
Psychiatrische Versorgung - Zentrum für psychiatrische Rehab. Stadion	2	2,83	13	10,89	4	3,54	2	2,00	23	19,57	44	38,83
Psychiat. Versorgung (ZGG)	20	19,17	41	34,53	41	37,46	8	6,25	28	26,03	138	123,44
Psychiatrische Versorgung - Geschützte Gemeinschaften	-	-	21	16,83	1	1,00	-	-	21	17,46	43	35,29
Stationäre Versorgung der alten Menschen	-	-	60	42,10	-	-	-	-	1	0,50	61	42,60
Pflegeheime	-	-	9	7,36	-	-	-	-	1	0,50	10	7,86
Psychologischer Dienst	-	-	-	-	49	43,37	6	5,96	2	2,00	57	51,33
INSGESAMT	31	31,00	167	132,44	121	109,79	23	19,07	89	76,86	431	369,16

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Bereich Prävention

Zum 31.12.2006 waren im Bereich Prävention der Sanitätsbetriebe 337 Mitarbeiter tätig (28,8% Teilzeitbeschäftigte), was 302,56 äquivalenten Arbeitskräften entspricht. 32,1% des äquivalenten Personals insgesamt (97,14 äquivalente Mitarbeiter) arbeiten in den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Sanitätsbetriebe. Es folgen die Tierärztlichen Dienste mit 25,1% (72,98 äquivalente Mitarbeiter), die Dienste für Rechtsmedizin mit 11,8% (35,77 äquivalente Mitarbeiter), der Klinische Bereich für Arbeitsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen mit 10,6% (32,12 äquivalente Mitarbeiter) und die Dienste für Pneumologie mit 10,5% (31,67 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 2006**

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insg.
Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Teilzeit. Pers.	15	8	5	4	32
	Vollzeit. Pers.	39	15	14	9	77
	Äquiv. Pers.	48,31	20,71	16,87	11,25	97,14
Sportmedizin	Teilzeit. Pers.	3	-	3	5	11
	Vollzeit. Pers.	11	-	2	2	15
	Äquiv. Pers.	13,13	-	3,05	4,74	20,92
Rechtsmedizin	Teilzeit. Pers.	11	5	-	-	16
	Vollzeit. Pers.	20	5	-	-	25
	Äquiv. Pers.	27,40	8,37	-	-	35,77
Dienst für Arbeitsmedizin - Klinischer Bereich	Teilzeit. Pers.	9	-	-	-	9
	Vollzeit. Pers.	26	-	-	-	26
	Äquiv. Pers.	32,12	-	-	-	32,12
Dienst für Arbeitsmedizin - Hygiene	Teilzeit. Pers.	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Pers.	7	-	-	-	7
	Äquiv. Pers.	8,96	-	-	-	8,96
Dienst für Pneumologie	Teilzeit. Pers.	19	-	1	-	20
	Vollzeit. Pers.	17	-	-	-	17
	Äquiv. Pers.	30,79	-	0,88	-	31,67
Tierärztlicher Dienst	Teilzeit. Pers.	7	-	-	-	7
	Vollzeit. Pers.	73	-	-	-	73
	Äquiv. Pers.	75,98	-	-	-	75,98
INSGESAMT	Teilzeit. Pers.	66	13	9	9	97
	Vollzeit. Pers.	193	20	16	11	240
	Äquiv. Pers.	236,69	29,08	20,80	15,99	302,56

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Das im Bereich Prävention vorherrschende Berufsbild ist jenes des sonstigen Gesundheitspersonals, das 31,8% des gesamten äquivalenten Personals dieses Bereichs deckt (96,08 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen die Ärzte (Tierärzte eingeschlossen) und das Verwaltungspersonal mit 27,4% (82,82 äquivalente Mitarbeiter) bzw. 21,7% (65,79 äquivalente Mitarbeiter). Das Krankenpflegepersonal macht 13,2% (39,84 äquivalente Mitarbeiter) aus, die restlichen 6,0% (18,03 äquivalente Mitarbeiter) setzen sich aus technischem Personal zusammen.

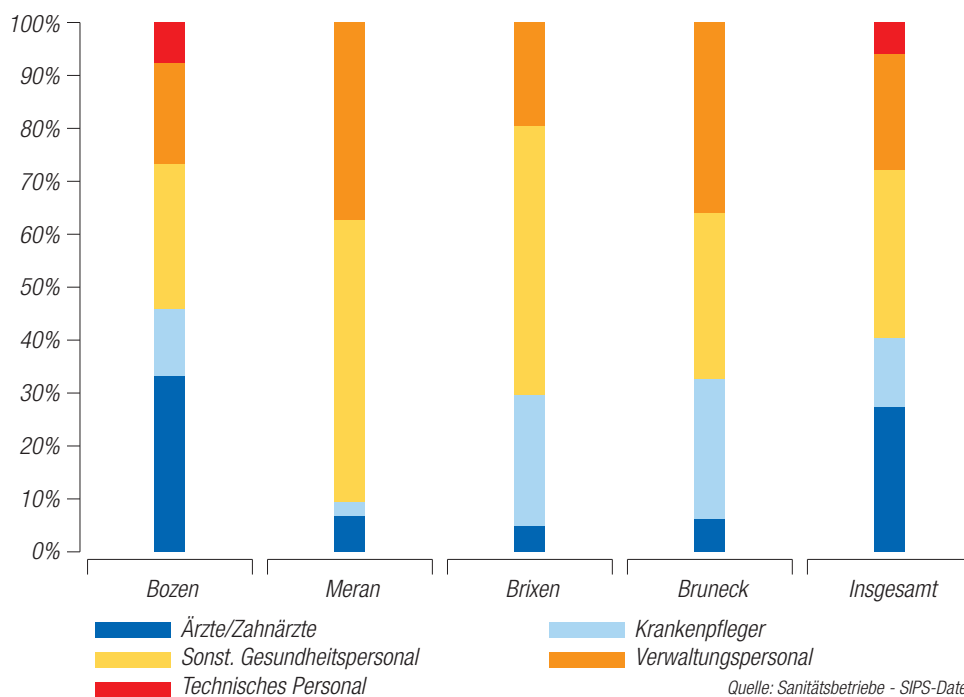
Der größte Bestand an Ärzten/Tierärzten ist im Tierärztlichen Dienst zu verzeichnen (39,29 äquivalente Mitarbeiter). Den größten Anteil an Krankenpflegepersonal weist der Dienst für Sportmedizin mit 11,17 äquivalenten Mitarbeitern auf. Das meiste Verwaltungspersonal konzentriert sich im Dienst für Rechtsmedizin (23,87 äquivalente Mitarbeiter).

Tabelle 22: Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2006

Dienst	Ärzte/ Tierärzte		Kranken- pfleger		Sonst. Gesundheits- personal		Verwal- tungsper- sonal		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Hygiene u. Öffentl. Gesundh.	11	11,55	9	7,25	62	57,33	25	19,01	2	2,00	109	97,14
Sportmedizin	5	5,00	15	11,17	1	1,00	5	3,75	-	-	26	20,92
Rechtsmedizin	4	3,48	3	2,91	4	3,51	28	23,87	2	2,00	41	35,77
Dienst für Arbeitsmedizin - Klinischer Bereich	14	14,00	9	8,34	8	5,78	3	3,00	1	1,00	35	32,12
Dienst für Arbeitsmedizin - Hygiene	2	1,75	-	-	5	5,71	2	1,50	-	-	9	8,96
Dienst für Pneumologie	8	7,75	13	10,17	11	9,00	5	4,75	-	-	37	31,67
Tierärztlicher Dienst	40	39,29	-	-	14	13,75	12	9,91	14	13,03	80	75,98
INSGESAMT	84	82,82	49	39,84	105	96,08	80	65,79	19	18,03	337	302,56

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS-Daten

Abbildung 23: Äquiv. Personal in der Prävention des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



1.2. AUSBILDUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS

Im Schuljahr 2006/2007 betrug die Zahl der an der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ angemeldeten Schüler 508; die Zahl der Absolventen des Jahres 2006 belief sich auf 160.

255 sozio-sanitäre Mitarbeiter schlossen hingegen die einschlägigen Kurse ab. Den Ärzten wurden 97 Stipendien für Fachausbildungen im Ausland und 43 Stipendien für Fachausbildungen in Italien gewährt.

Im Rahmen der ständigen Weiterbildung wurden 96 Kurse und 21 Tagungen vom Land sowie 948 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 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 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 bzw. 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 2006/2007**

Berufsbild	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Insgesamt
Diplom-Krankenpfleger	107	93	91	291
Physiotherapeuten	18	18	16	52
Master Management	19	-	-	19
Logopäden	-	18	-	18
Master in Psychologie	16	-	-	16
Diätberater	-	15	-	15
Ergotherapeuten	15	-	-	15
Hebammen	-	-	13	13
Umwelttechniker	12	-	-	12
Labortechniker	11	-	-	11
Sanitätsassistenten	10	-	-	10
Zahnhygieniker	-	-	10	10
Master in Geriatrie	10	-	-	10
Röntgentechniker	-	-	9	9
Orthoptisten	-	7	-	7
INSGESAMT	218	151	139	508

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

Auch im Schuljahr 2006/07 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, an italienischen und deutschen Schulen für Sozialberufe und beim KVV („Katholischer Verband der Werktätigen“) statt; im Schuljahr 2006/2007 beliefen sich die Anmeldungen auf 270, und 2006 schlossen 6,7% mehr als 2005 diese Kurse ab.

Tabelle 24: **Anzahl der diplomierten sozio-sanitären Mitarbeiter nach besuchtem Institut - Jahr 2006**

Institut	Anzahl der diplomierten Schüler
Sanitätsbetriebe	85
Italienische Schulen für Sozialberufe	94
Deutsche Schulen für Sozialberufe	62
KVV	14
DIPLOMIERTE SOZIO-SANITÄRE MITARBEITER INSGESAMT	255

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

Abbildung 24: Anmeldungen zu den Grundausbildungskursen - Schuljahre 1995/1996 - 2006/2007

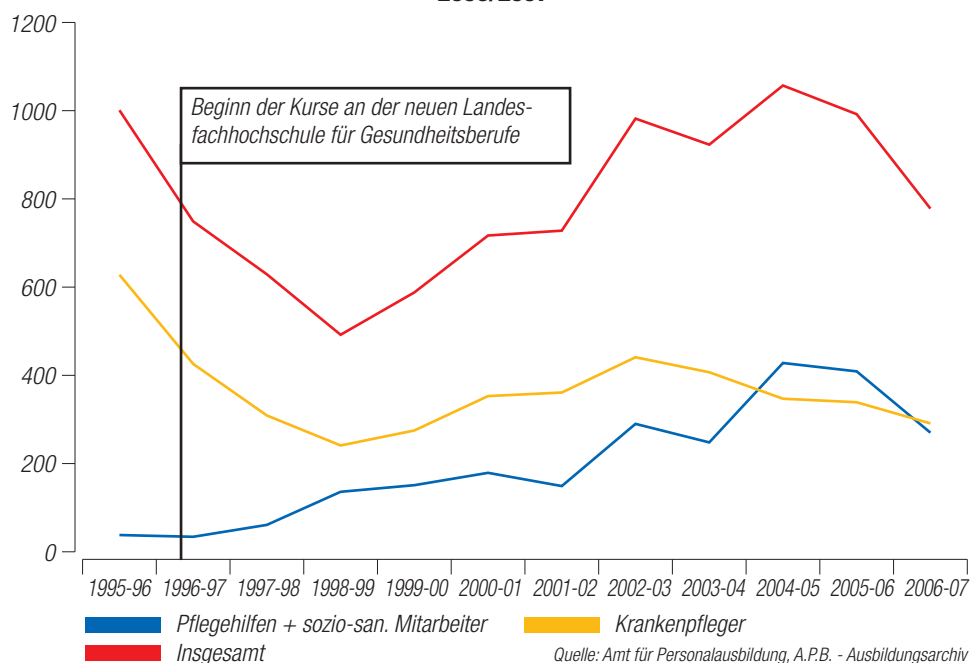


Tabelle 25: Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ nach Berufsbild - Jahr 2006

Berufsbild	Anz. der Absolventen	Prozentsatz der Schüler des letzten Jahres
Diplom-Krankenpfleger	51	72,9 %
Kinderkrankenpfleger	25	(*) 113,6 %
Ergotherapeuten	18	94,7 %
Physiotherapeuten	17	89,5 %
Umwelt-/Arbeitsschutztechniker	16	100,0%
Diätberater	12	100,0%
Labortechniker	12	100,0%
Hebammen	9	81,8 %
INSGESAMT	160	88,4 %

(*) Die Anzahl der Absolventen übersteigt jene der Schüler des letzten Jahres um 100%, da einige Absolventen ihre Ausbildung vor dem Schuljahr 2005-2006 abgeschlossen hatten

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

Die Gesamtzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ und der Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter betrug im Schuljahr 2005/2006 415, nahezu unverändert im Vergleich zum Vorjahr. Jene der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe ist 2006 hingegen um 17 gesunken; der Rückgang betrifft vor allem die Diplom-Krankenpfleger (von 78 des Jahres 2005 auf 51 im Jahr 2006), während es 7 Kinderkrankenpfleger mehr als im Vorjahr gab. Auch 2006 sind Absolventen in Studiengängen zu verzeichnen, die es im Jahr 2005 nicht gab (18 Ergotherapeuten, 16 Techniker für Umwelt-/Arbeitsschutz, 12 Diätberater und 12 Labortechniker).

1.2.2. Fachausbildung

Die Fachausbildung ermöglicht es den Besitzern eines akademischen Studientitels der Medizin und Chirurgie, ihre Ausbildung in einem bestimmten Bereich fortzusetzen. Das Land 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.

Tabelle 26: **Anzahl der Stipendien für die Fachausbildung - Schuljahr 2005-2006**

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Pädiatrie	17	6
Anästhesie und Reanimation	15	3
Interne Medizin	9	4
Allgemeine Chirurgie	10	-
Geburtshilfe und Gynäkologie	10	-
Physikalische Medizin und Rehabilitation	8	2
Röntgendiagnostik	1	6
Orthopädie und Traumatologie	5	1
Ophthalmologie	4	1
HNO	4	-
Kardiologie	-	3
Dermatologie und Venerologie	1	2
Hämatologie	-	3
Psychiatrie	3	-
Hygiene und Präventivmedizin	1	2
Urologie	2	-
Thorax-Chirurgie	-	2
Gesichts- und Kieferchirurgie	-	2
Sportmedizin	-	2
Plastische Chirurgie	1	-
Gastroenterologie	-	1
Geriatrie	-	1
Erkrankungen der Atemwege	1	-
Arbeitsmedizin	1	-
Neurochirurgie	1	-
Neurologie	1	-
Neuropsychiatrie für Kinder	1	-
Klinische Psychologie	-	1
Pathologische Anatomie	1	-
Rheumatologie	-	1
INSGESAMT	97	43

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

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 traten im Laufe des Jahres 2006 in Kraft.

Auch 2006 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 539.711,00 Euro (+ 46,6% gegenüber 2005).

Tabelle 27: **Anzahl der Beiträge für Fachausbildungen oder Praktika (LG Nr. 14/2002, Art. 4) - Jahr 2006**

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Biologen	1	1
Apotheker	-	1
Ärzte	4	1
Psychologen	7	16
INSGESAMT	12	19

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

1.2.3. Praktika

Im Jahr 2006 nahm die Anzahl der Anträge auf Studienbeihilfen für das Praktikum für die Zulassung zum Staatsexamen von Psychologen und Tierärzten im Vergleich zum Vorjahr von 48 auf 36 Anträge für einen Gesamtbetrag von 424.296,00 Euro leicht ab.

Tabelle 28: **Anträge auf Studienbeihilfen für Praktika von Biologen, Psychologen und Tierärzten und aufgewendeter Betrag - Jahre 1993-2006**

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
2006	-	36	-	424.296,00

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

1.2.4. Allgemeinmedizin

Im Jahr 2006 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 drei 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, das Fachwissen auf ihrem Gebiet immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik 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 Landeskommision für die ständige Weiterbildung vorsieht (tätig seit Dezember 2002). Dabei

handelt es sich um ein mit dem derzeitigen nationalen ECM-System (System für ständige medizinische Weiterbildung) kohärentes Organ des Landes.

Gemäß den nationalen Bestimmungen und in Bezug auf die Autonomie Südtirols erarbeitete die Landeskommission für die ständige Weiterbildung:

- a) die Ausbildungsziele im Gesundheitswesen;
- b) die Bewertungskriterien der Ausbildungsinitiativen in Südtirol (Heim- und E-Learning) und die Bewertungskriterien der Ausbildungserfahrungen der Mitarbeiter des Landesgesundheitsdienstes im Ausland. Die Zuweisung der Punkteanzahl gemäß LG Nr. 14/2002 und die entsprechende Durchführungsverordnung wurden den Berufsverbänden/Kammern und Kollegien übertragen. 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.

Auf der Grundlage des Systems der „Ausbildungscredits“ muss jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen im Besitz folgender Voraussetzungen sein:

- Theoretische Kenntnisse auf dem neuesten Stand (Wissen);
- Technische oder manuelle Fähigkeiten (Tun);
- Kommunikative und relationale Fähigkeiten (Sein).

Das vom ECM-System vorgesehene „life long learning“ zielt darauf ab, den Bürgern effiziente, kompetente und fachgerechte Gesundheitsleistungen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik zu gewährleisten. 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, 30 für 2005 und 30 für 2006).

1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse des Landes

Die Entscheidung des Amtes für Personalausbildung, auf Landesebene überbetriebliche Projekte der ständigen Weiterbildung anstelle der einzelnen, voneinander unabhängigen Initiativen zu fördern, erwies sich als richtig und berücksichtigt auch die Rolle des Landes 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: Der 2. interdisziplinäre Grundkurs wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Klagenfurt abgehalten und in einem Workshop mit Kursleitung, Tutors und Teilnehmern bewertet. Außerdem wurde der „Tag der Palliativtherapien“ mit reger Teilnahme der Mitarbeiter im Sozial- und Gesundheitswesen organisiert.

Evidence Based Nursing: : In Zusammenarbeit mit der Universität Halle-Wittenberg wurde eine Fachausbildung für zukünftige EBN-Fachkräfte des Sanitätsbetriebs und der Gesundheitsbezirke eingeleitet.

Virtuelle Medizinische Bibliothek: Es wurde ein Instrument zur Unterstützung der tägli-

chen 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.bz.it“ ist allen zugänglich. Zu den Ressourcen der elektronischen Fachzeitschriften und Datenbanken der Virtuellen Medizinischen Bibliothek haben Folgende Zugang:

- das Personal der Südtiroler Sanitätsbetriebe;
- das Personal und die Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitswesen „Claudiana“;
- das Personal des Departements für Gesundheitswesen und Sozialpolitik der Autonomen Provinz Bozen;
- die in Südtirol tätigen Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl.

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 angemessenes Ausbildungsangebot für die Tätigkeiten im Gesundheitswesen geschaffen und die größtmögliche 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. Die angebotenen Kurse umfassen: Datenschutz im Gesundheitswesen, Einführung in die Evidence Based Medicine und Kodierung der Diagnosen im KEB (Krankenhausentlassungsbogen).

Management und Führung: 2006 wurden zwei weitere Kurse für Führungskräfte im Gesundheitswesen gemäß DPR Nr. 484/1997 und LG Nr. 5/1998 mit Gültigkeit auf dem gesamten Staatsgebiet mit 43 Teilnehmern 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 Netzwerk zur Verbindung der Anforderungen des medizinischen und 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: Das Psychosomatik-Projekt für Ärzte und Psychologen wurde im Jahr 2006 fortgesetzt und fand wiederum im Therapiezentrum Bad Bachgart statt. Es wurde ein Ausbildungskurs für psychosomatische Schmerztherapie organisiert, dessen zweiter Teil im Juni 2007 abgehalten wird. Außerdem wurden die folgenden Themenschwerpunkte behandelt: „Therapeutische Formen der Schmerztherapie“, „Somatoforme Störungen in Kindern und Jugendlichen“ und „Somatoforme Störungen der Geschlechtsorgane“.

Ethik: Das Landeskomitee für Ethik setzte auch im Jahr 2006 seine Arbeit fort und hielt zwei Vollversammlungen und einige Sitzungen der Untergruppen zur Überprüfung diverser Themen ab. Das Hauptthema des Jahres war „Gesundheit und Lebensstil“, zu dem eine Tagung für das Gesundheitspersonal und Interessierte und drei Konferenzen für die Öff-

fentlichkeit organisiert wurden. Die Komiteemitglieder beantworteten auch zahlreiche, von der Bürgern per E-Mail eingesendete Fragen. Des Weiteren wurde die Homepage aktualisiert.

Komplementärmedizin: Der Fortbildungskurs für Homöopathie für Apotheker in Zusammenarbeit mit der Universität Camerino und der „Società Italiana di Medicina Omeopatica“ sowie der Fortbildungskurs für Akupunktur für Ärzte in Zusammenarbeit mit dem Institut „Matteo Ricci“ von Bologna und der DÄGFA (Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur) wurden fortgesetzt.

Umweltmedizin: 2004 wurde ein „Grundausbildungskurs für Umweltmedizin“ für Allgemeinmediziner und Fachärzte organisiert, 2005 fand die Tagung „Fokus Feinstaub: Ursachen, Auswirkungen auf die Gesundheit, Maßnahmen“ statt und 2006 wurde das Thema Elektromog behandelt. An diesen Initiativen nahmen das Gesundheitspersonal, politische Vertreter, Fachkräfte von Körperschaften des Landes und der Gemeinden und Vertreter von Umweltverbänden teil.

Im Jahr 2006 organisierte das Land 96 Kurse und 21 Tagungen für das akademische und nicht akademische Krankenpflege-, technische, Rehabilitations- und Hilfspersonal der Sanitätsbetriebe.

Die Weiterbildungskurse wurden von 2.503 Mitarbeitern des Gesundheitswesens besucht, mit einem durchschnittlichen Rückgang pro Kurs von 25,7% (durchschnittlich 26 Kursteilnehmer im Jahr 2006 gegenüber den 35 des Jahres 2005). Das unter den Teilnehmern vorherrschende Berufsbild war das ärztliche Personal (888 Teilnehmer), gefolgt von den Psychologen (415). Die für die ständige Weiterbildungstätigkeit aufgebrauchten Stunden betrugen rund 1.686, die entsprechenden Ausgaben beliefen sich auf ca. 1.225.045 Euro.

An den 21 vom Land organisierten Tagungen nahmen 2.433 Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe teil, 844 davon waren Ärzte. Eine wichtige Tagung mit internationalen und nationalen Referenten war der Neuregelung des Landesgesundheitsystems mit Gegenüberstellung verschiedener Gegebenheiten im In- und Ausland gewidmet. Die Zahl der für die Tagungen aufgebrauchten Stunden war 156, dafür wurde ein Betrag von rund 220.288 Euro aufgewendet.

Tabelle 29: **Weiterbildungstätigkeit des Personals der Gesundheitsdienste des Landes - Jahr 2006**

Berufsbild	Teilnehmer an Kursen für die ständige Weiterbildung	Teilnehmer an Tagungen
Ärzte	888	844
Psychologen	415	70
Psychiater	29	11
Tierärzte	8	1
Biologen, Physiker, Apotheker, Chemiker	129	88
Verwaltungspersonal	63	63
Krankenpflegepersonal	282	860
Rehabilitationspersonal	118	44
Technisch-sanitäres Personal	213	24
Hilfspersonal	1	11
Sonstiges nicht-akademisches Personal	357	417
INSGESAMT	2.503	2.433

Quelle: Amt für Personalausbildung, A.P.B. - Ausbildungsarchiv

1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse der Sanitätsbetriebe

Auch die Sanitätsbetriebe veranstalteten 2006 zahlreiche Weiterbildungskurse sowohl für die Mitarbeiter der territorialen Dienste als auch für das Krankenhauspersonal. Insgesamt organisierten die Sanitätsbetriebe über 948 Kurse, einige davon wurden im Jahresverlauf mehrfach wiederholt (die diesbezüglichen Daten des Sanitätsbetriebs Bruneck waren beim Redaktionsschluss des 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 2006

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>
<i>Kurse</i>	190	401	357	n.d.
<i>Gesamtausgaben (in Euro)</i>	232.592	235.314	n.d.	n.d.

Quelle: Sanitätsbetriebe - Amt für Personalausbildung

Tabelle 31: Anzahl der Teilnahmen an den Ausbildungsmaßnahmen der Sanitätsbetriebe - Jahr 2006

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>
<i>Ärzte</i>	613	893	522	n.d.
<i>Sonstige Akademiker</i>	74	287	223	n.d.
<i>Krankenpflegepersonal</i>	2.609	3.588	3.197	n.d.
<i>Rehabilitationspersonal</i>	656	216	289	n.d.
<i>Technisch-sanitäres Personal</i>	729	203	21	n.d.
<i>Verwaltungspersonal</i>	425	359	291	n.d.
<i>Sonstige Berufsbilder</i>	415	320	1.241	n.d.

Quelle: Sanitätsbetriebe - Amt für Personalausbildung

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. 2006 wurden 24 Anträge eingereicht und angenommen; dafür wurden Beiträge für insgesamt 399.699,38 Euro 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. 2006 wurden 72 Anträge eingereicht (13 davon wurden zurückgewiesen); der dafür bereitgestellte Gesamtbetrag belief sich auf 164.819,00 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 Südtirol 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 auf Landesebene.

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.

2006 wurden 26 Gleichwertigkeitserklärungen ausgestellt. Mit der Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 18.06.2002 war die Autonome Provinz Bozen (wie auch andere betroffene 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 2006 1.165,479 Millionen Euro (2.398,89 Euro pro Kopf), was einem Anstieg von 3,9% gegenüber 2005 entspricht.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen machten 93,0% der von den Sanitätsbetrieben und vom Land getragenen Gesamtausgaben aus (1.084,150 Millionen Euro; 2.231,49 Euro pro Kopf).

Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität war 2006 mit 5,935 Millionen Euro insgesamt positiv.

Auch der Saldo der überregionalen fachärztlichen Mobilität des Jahres 2006 war mit rund 806.000 Euro positiv.

ÖFFENTLICHE UND PRIVATE AUSGABEN

In den nachstehenden Absätzen werden die öffentlichen Ausgaben des Landes 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 Haushaltsplänen bzw. den Beschlussfassungen der Landesregierung entnommen werden können;
- den direkt vom Land 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 ausgeben.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die öffentlichen Aufwendungen im Gesundheitsbereich, da die privaten Gesundheitsausgaben aufgrund der spärlichen Informationsquellen schwierig zu bemessen sind.

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.

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 die Ausgaben für die

LAUFENDE AUSGABEN UND INVESTITIONSAUSGABEN

VON DEN SANITÄTSBETRIEBEN GETRAGENE KOSTEN UND KOSTENDARSTELLUNG

passive Mobilität außerhalb des Landes und im Ausland. Nicht unter die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten fallen die provinziinterne (überbetriebliche) 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. Dieses Gliederungskriterium wird seit 2002, Jahr der Einführung der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung in den Sanitätsbetrieben, benutzt. Vor 2002 wurde die Finanzbuchhaltung angewendet; ein zeitlicher Vergleich der beiden Buchhaltungssysteme ist aufgrund der unterschiedlichen Grundlagen nicht immer möglich. Die Datenquelle ist die Haushaltsabrechnung 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 2006, wobei die Anteile der Neuzuweisung der Rückstände nicht berücksichtigt wurden, weil sie nicht zum Geschäftsjahr gehören.

Die laufenden Ausgaben, die direkt vom Land getragen werden, sind in der Abschlussrechnung 2006 enthalten. Die Abschlussrechnung 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).

Die Investitionsausgaben des Landes ergeben sich aus den Zweckbindungen der Landeshaushaltsskapitel zur Finanzierung der Investitionsausgaben.

Um einen zeitlichen Vergleich zu ermöglichen, wurden die Koeffizienten für die Umrechnung von laufendem Euro in konstanten Euro, ausgedrückt in Euro 2006 auf die Nennwerte der verschiedenen Jahre angewendet. Diese Koeffizienten, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind, wurden angesichts des unterschiedlichen Verlaufs der Inflationsrate 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.

INVESTITIONEN DER SANITÄSBETRIEBE

LAUFENDE AUSGABEN DES LANDES

INVESTITIONSAUSGABEN DES LANDES KOEFFIZIENTEN FÜR DIE UMRECHNUNG VON LAUFENDEM EURO IN KONSTANTEN EURO, AUSGEDRÜCKT IN EURO 2006

Tabelle 1: Koeffizienten für die Umrechnung von laufendem Euro in konstanten Euro, ausgedrückt in Euro 2006: Provinz (Gemeinde Bozen) und Italien

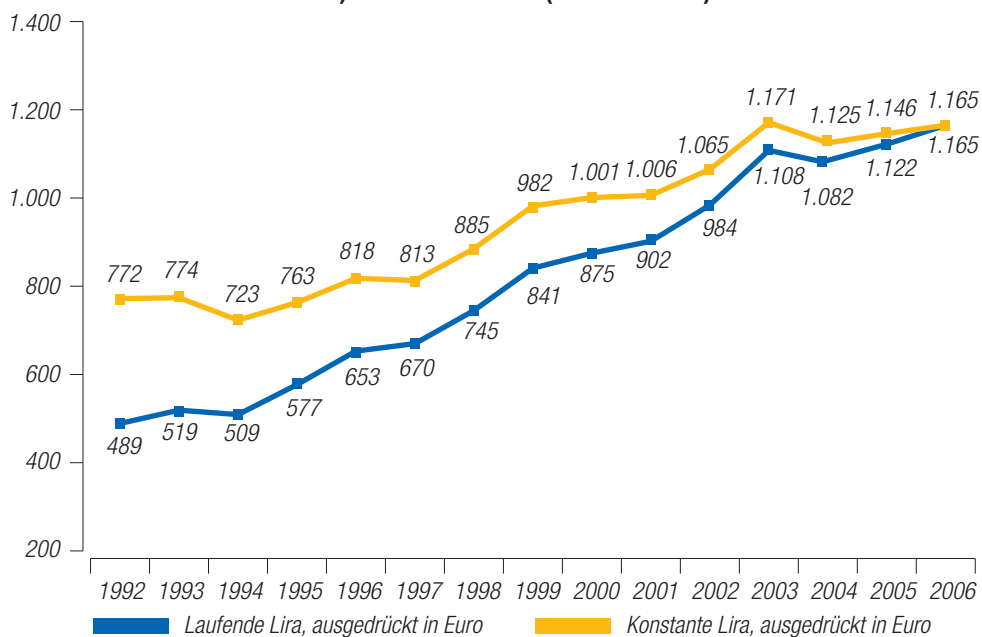
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pro- vinz	1,580	1,492	1,419	1,322	1,253	1,213	1,188	1,168	1,144	1,116	1,083	1,057	1,039	1,022	1,000
Italien	1,458	1,399	1,346	1,278	1,230	1,209	1,188	1,169	1,140	1,110	1,084	1,058	1,037	1,020	1,000

Quelle: ASTAT, ISTAT

2.1. DIE ÖFFENTLICHEN AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITS- WESEN

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 1992-2006 (Millionen Euro)



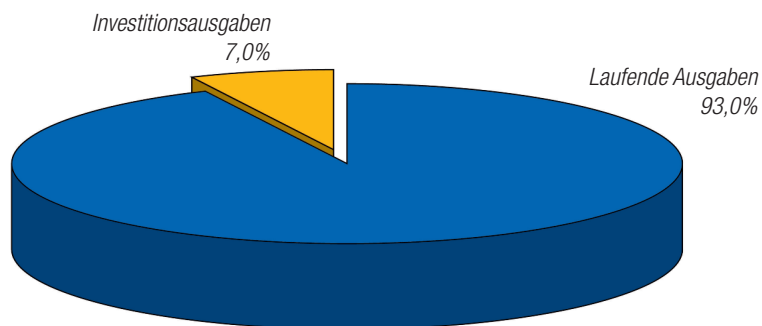
Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen betrugen im Jahr 2006 1.165,479 Millionen Euro, was 2.398,89 Euro pro Kopf entspricht. Die Abbildung 1 zeigt den Verlauf der öffentlichen Gesundheitsausgaben des Landes im Zeitraum 1992-2006. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Gesamtausgaben des Jahres 2003 über denen der drei 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 wurden.

Wie aus der in Abbildung 2 dargestellten Verteilung der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen - laufende Ausgaben und Investitionsausgaben - hervorgeht, entfallen 93,0% der Gesamtausgaben des Jahres 2006 auf die laufenden Kosten; die restlichen 7,0% betreffen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

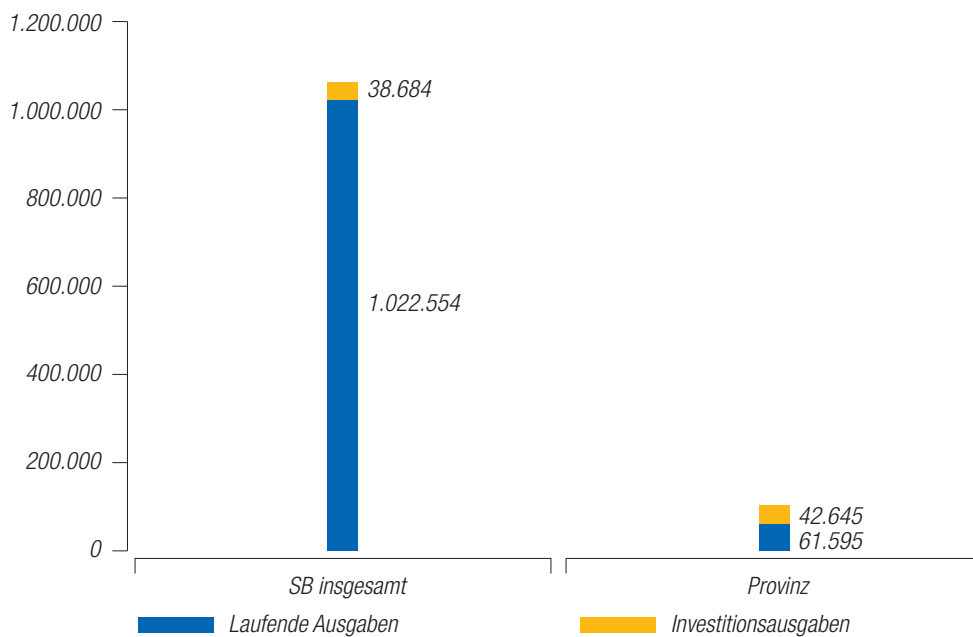
**LAUFENDE AUSGABEN
UND
INVESTITIONSAUSGABEN**

Abbildung 2: **Laufende Ausgaben und Investitionsausgaben - Jahr 2006**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

Abbildung 3: **Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe und der Provinz - Jahr 2006 (Tausend Euro)**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

Tabelle 2: **Zusammensetzung der Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Sanitätsbetrieb und Provinz: absolute Werte und Pro-Kopf-Werte - Jahr 2006**

Ausgaben für das Gesundheitswesen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB insgesamt	Provinz *	Insges.
Absolute Werte (in Tausend Euro)							
Laufende Ausgaben	516.798	237.942	137.915	129.900	1.022.554	61.595	1.084.150
Investitionsausgaben	15.604	5.737	7.873	9.470	38.684	42.645	81.329
INSGESAMT	532.402	243.679	145.787	139.370	1.061.238	104.240	1.165.479
Pro-Kopf-Werte (in Euro)							
Laufende Ausgaben	2.388,44	1.877,98	1.985,81	1.771,81	2.104,71	126,78	2.231,49
Investitionsausgaben	72,11	45,28	113,36	129,17	79,62	87,78	167,40
INSGESAMT	2.460,55	1.923,26	2.099,17	1.900,98	2.184,33	214,56	2.398,89

*Die Zusatzausgaben sind der Provinz zuzuschreiben

Quelle: : Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

Abbildung 4: **Laufende Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben der Sanitätsbetriebe - Jahr 2006**

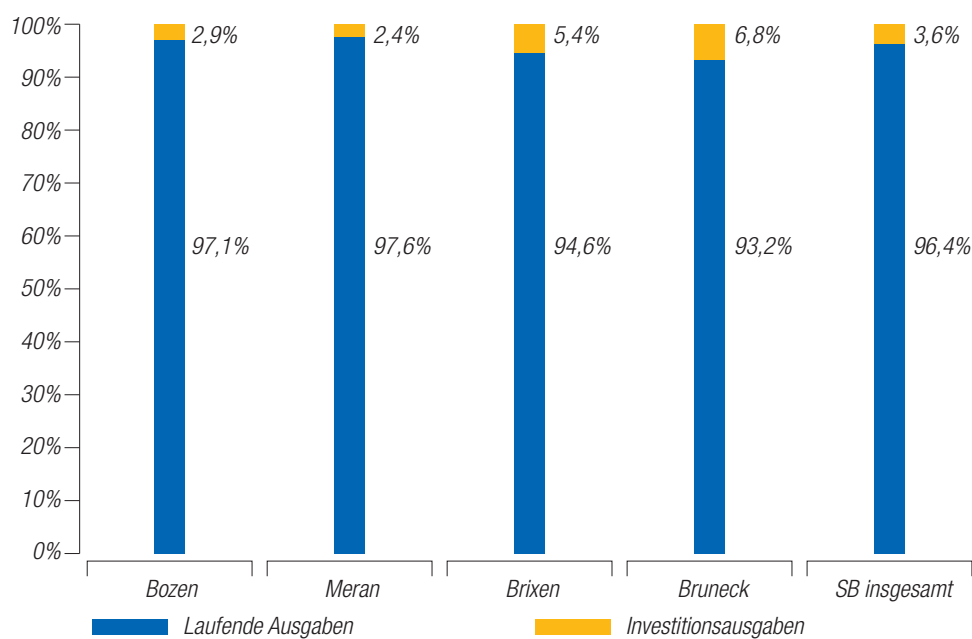
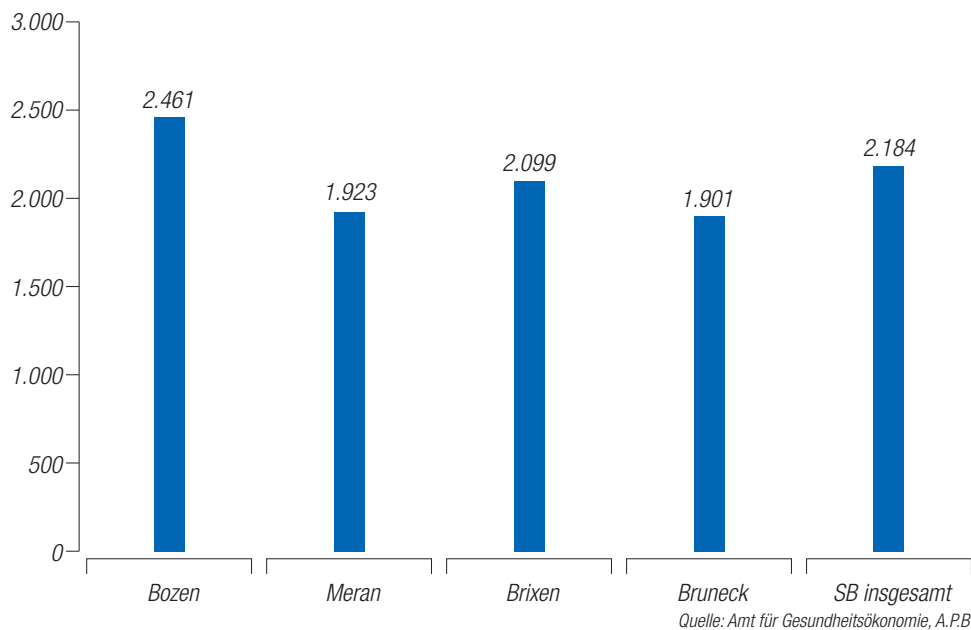


Abbildung 5: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006 (in Euro)



Auf lokaler Ebene ist die anteilmäßige 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 (97,6) bzw. den Sanitätsbetrieb Bruneck (93,2%) (Abbildung 4).

Pro Kopf (Abbildung 5) betragen die Gesundheitskosten der Sanitätsbetriebe insgesamt 2.184,33 Euro, mit Höchstwerten für den Sanitätsbetrieb Bozen (2.460,55 Euro) und Tiefstwerten für den Sanitätsbetrieb Bruneck (1.900,98 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

Die laufenden Gesundheitsausgaben betrugen 93,02% der von den Sanitätsbetrieben und vom Land getragenen Gesamtausgaben erreichten im Jahr 2006 einen Wert von rund 1.084,150 Millionen Euro, was 2.231,49 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 Südtirol werden außerdem Zusatzleistungen angeboten, die von einschlägigen Landesgesetzen vorgesehen sind, und deren Kosten vorwiegend den laufenden Ausgaben zugeschrieben werden, wie die zahnärztlichen Leistungen (Landesgesetz 16/88), die Hauspflege (Landesgesetz 33/88) und die nicht im Tarifverzeichnis vorgesehene außerordentliche Prothesenversorgung (Landesgesetz 2/86).

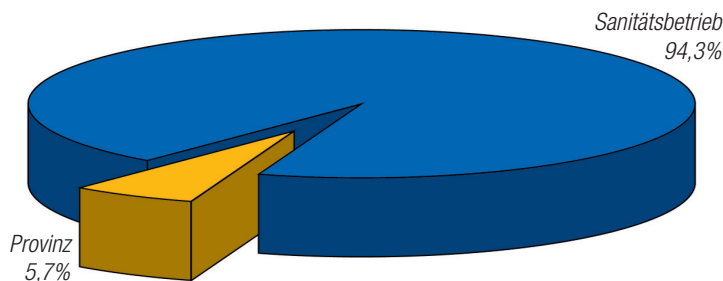
Wie bereits erwähnt setzen sich die Kosten der Sanitätsbetriebe folgendermaßen zusammen: Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen ...), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (wie

VON DEN
SANITÄTSBETRIEBEN
GETRAGENE KOSTEN

die Rückstellungen für das Personal) und Ausgaben für die passive Mobilität außerhalb des Landes und im Ausland. Nicht unter die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten fallen die provinzinterne (überbetriebliche) 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.

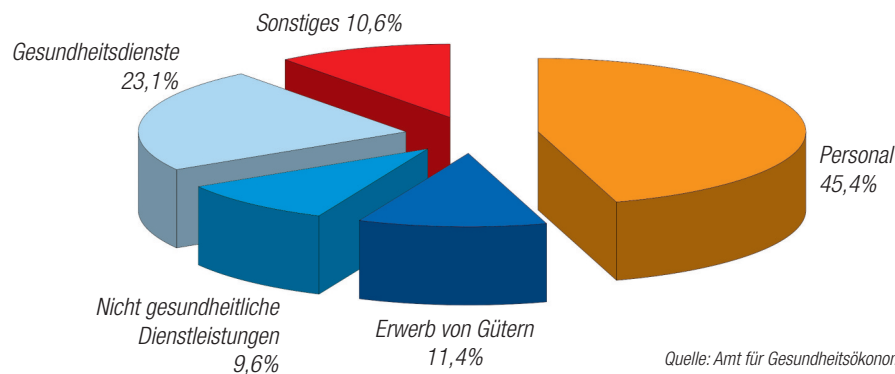
Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, machen die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten 94,3% der laufenden Gesamtausgaben und die laufenden Ausgaben des Landes 5,7% am Gesamtwert aus.

Abbildung 6: **Laufende Gesundheitsausgaben der Provinz und der Sanitätsbetriebe - Jahr 2006**
Laufende Ausgaben insgesamt: 1.084,150 Millionen Euro



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

Abbildung 7: **Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kostenart - Jahr 2006**
Gesamtkosten der Sanitätsbetriebe: 1.022,554 Millionen Euro



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

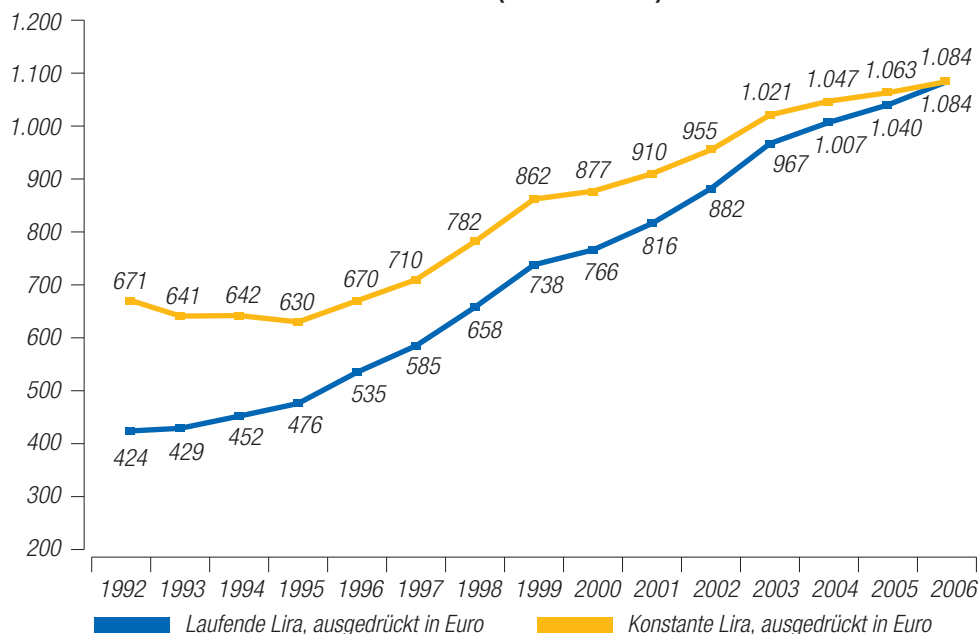
1.022,554 Millionen Euro von den 1.084,150 Millionen Euro sind, in absoluten Werten berechnet, von den Sanitätsbetrieben getragene Kosten; sie werden größtenteils für das Personal, für den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen, für die Grundversorgung und sonstige konventionierte Gesundheitsleistungen verwendet (Tabelle 3). In Abbildung 7 wird die Unterteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten nach Kostenart 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 2006**

Kostenart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB insges.
1) Personal	219.669	109.588	67.406	67.142	463.806
2) Erwerb von Gütern	57.413	27.657	16.793	14.465	116.328
3) Nicht gesundheitl. Dienstleist.	64.589	13.117	11.204	8.949	97.858
4) Gesundheitsdienste	122.728	63.270	25.747	24.845	236.589
4.1) Allgemeinmed. Versorgung	18.752	12.017	6.495	6.605	43.869
4.2) Pharmazeutische Versorgung	30.649	16.501	7.991	8.564	63.706
4.3) Rehabilitation	3.000	2.021	0	178	5.198
4.4) Konv. fachärztliche Versorgung	3.690	710	32	91	4.523
4.5) Prothesenversorgung und konvent. integr. Hauspflege	12.536	2.772	1.425	1.323	18.057
4.6) Konv. KH-Versorgung	12.800	7.049	173	125	20.148
4.7) Sonstige Versorgung	41.301	22.200	9.629	7.958	81.089
5) Sonstiges (Finanzierungen, außerord. Kosten, Rückstellungen ...)	52.399	24.310	16.765	14.499	107.973
SUMME	516.798	237.942	137.915	129.900	1.022.554

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

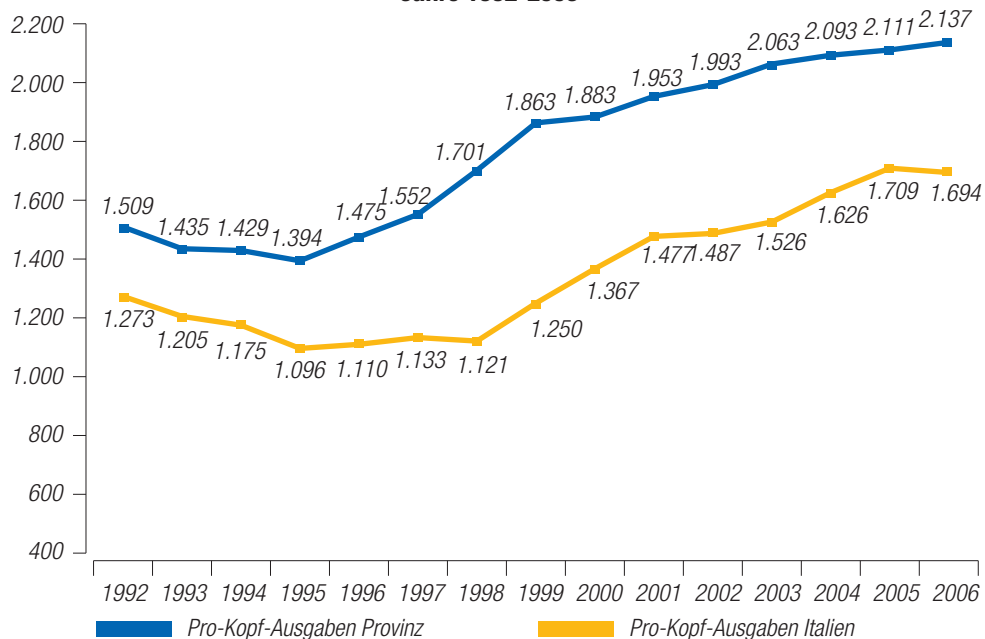
Die vom Land getragenen laufenden Ausgaben entsprechen für das Jahr 2006 61,595 Millionen Euro. Sie umfassen die Beiträge für die Ausbildung des Gesundheitspersonals, die Ausgaben für die Umsetzung der Ziele des Landesgesundheitsplans und die Kostenrück-erstattungen für die verschiedenen Formen der Zusatzleistungen, darunter Hauspflege und zahnärztliche Leistungen. Die laufenden Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes erscheinen im Vergleich zu den Jahren vor 2003 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 1992-2006 (Millionen Euro)

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B.

LAUFENDE PRO-KOPF-AUSGABEN DER PROVINZ UND ITALIENS

Abbildung 9: Laufende Pro-Kopf-Ausgaben in konstanter Lira, ausgedrückt in Euro
Jahre 1992-2006



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.

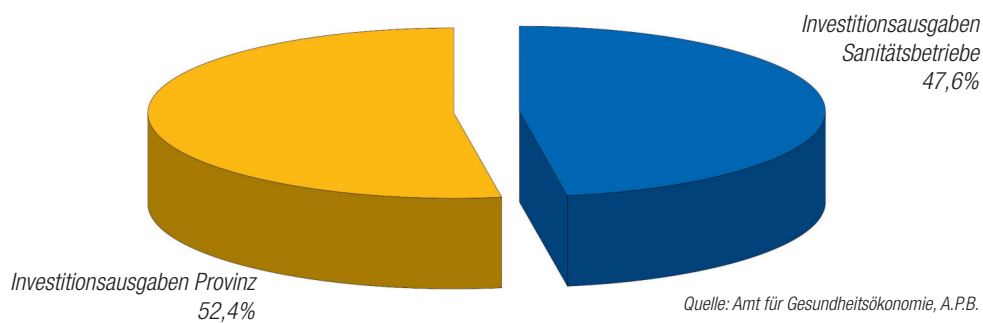
Interessant ist auch der Vergleich des Verlaufs der laufenden Pro-Kopf-Ausgaben der Provinz mit jenen Italiens von 1992 bis 2006. Da der Landesgesundheitsdienst Leistungen erbringt, die über die nationalen Standards hinausgehen, übersteigen die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben jene auf gesamtstaatlicher 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.

2.3. INVESTITIONSAUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die insgesamt von den Sanitätsbetrieben und vom Land getragenen Gesundheitsausgaben für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte betrugen im Jahr 2006 rund 81,329 Millionen Euro, was 7,0% der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen entspricht. Davon waren 38,684 Millionen Euro zu Lasten des Haushalts der Sanitätsbetriebe und 42,645 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts (Abbildung 10).

Abbildung 10: Aufteilung in Prozent der Investitionsausgaben - Jahr 2006



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 12), die auf die vom Staat bereit gestellten Fonds zur Unterstützung der Investitionsausgaben zurückzuführen ist. In den Jahren 2005 und 2006 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.

ZEITLICHE ENTWICKLUNG

413

Abbildung 11: Investitionsausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz) - Jahre 1992-2006

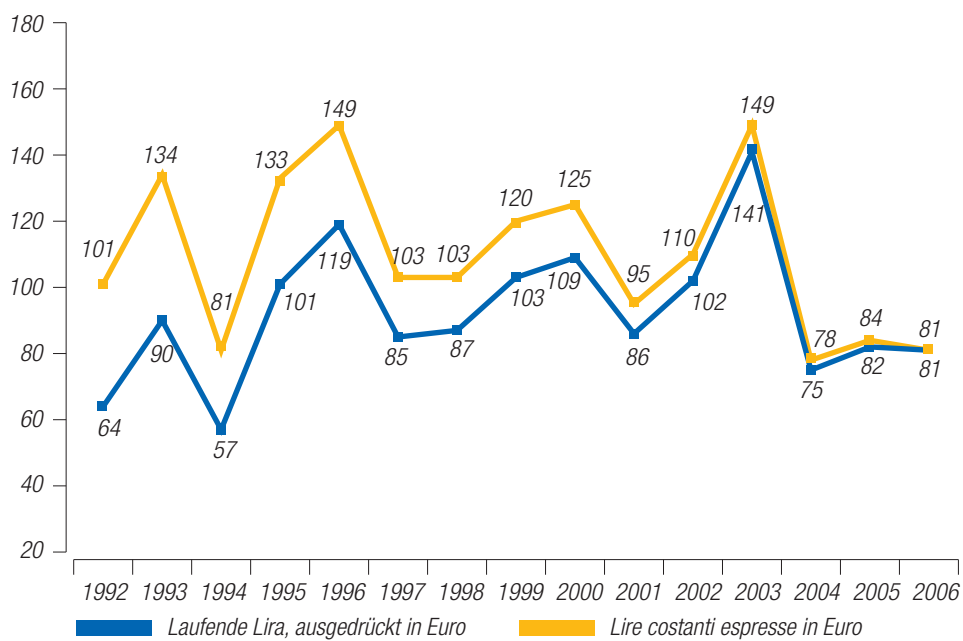
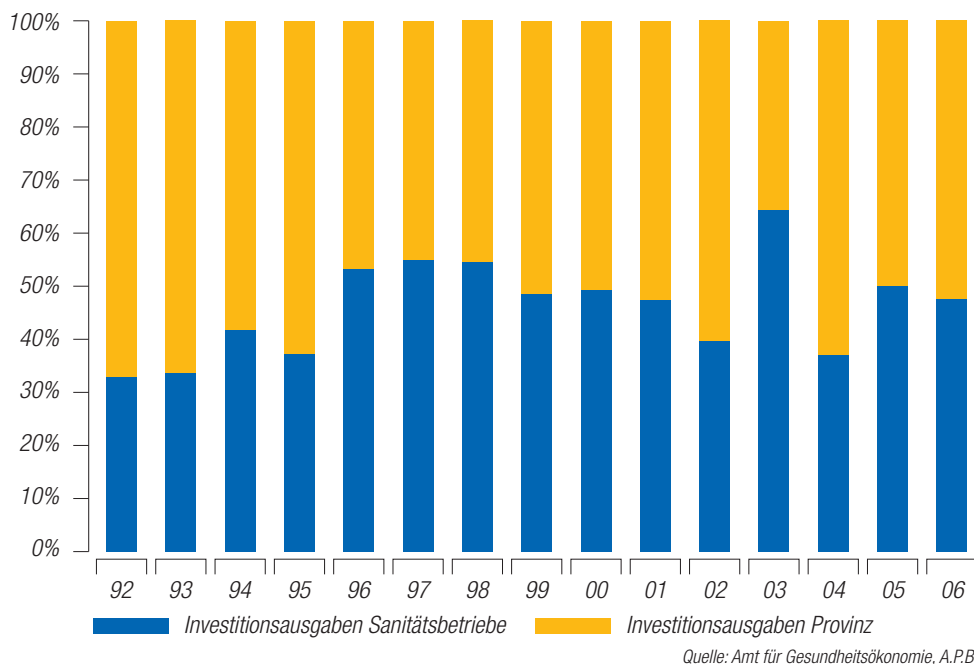


Abbildung 12: Investitionsausgaben, unterteilt auf Sanitätsbetriebe und Provinz



Der Verlauf der Investitionsausgaben in der Provinz im Zeitraum 1992-2006 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 11). Dieses Resultat ergibt sich aus der zeitlichen Analyse der prozentmäßigen Verteilung der Investitionskosten der Sanitätsbetriebe und Provinz zu den laufenden Ausgaben insgesamt (Abbildung 13). 1996 erreichten die Investitionsausgaben 22,2% der laufenden Gesundheitsausgaben, gegenüber den 7,5% des Jahres 2006.

Abbildung 13: Investitionsausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz) an den laufenden Ausgaben - Jahre 1992-2006

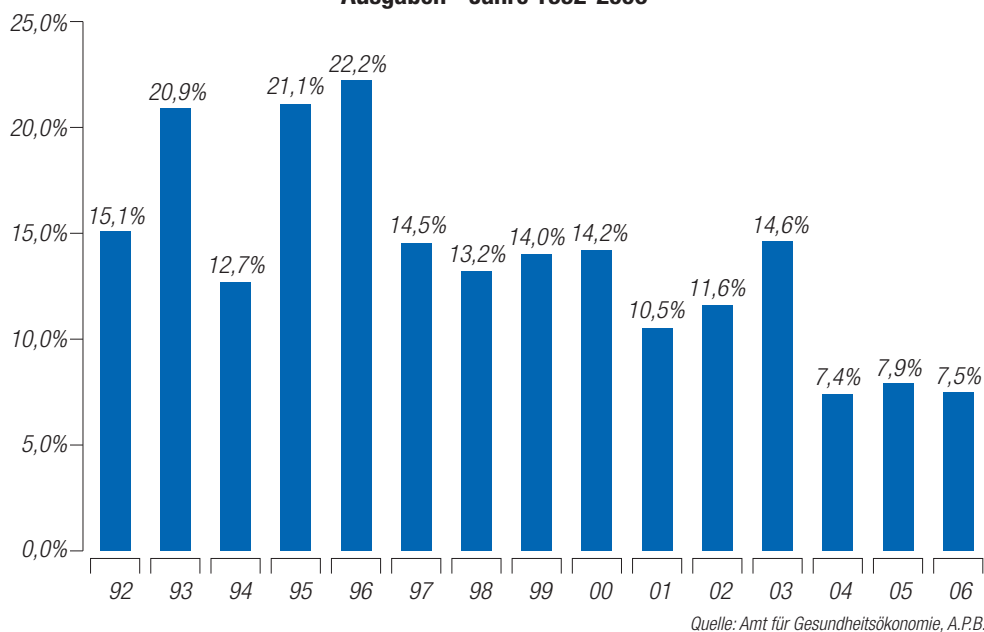
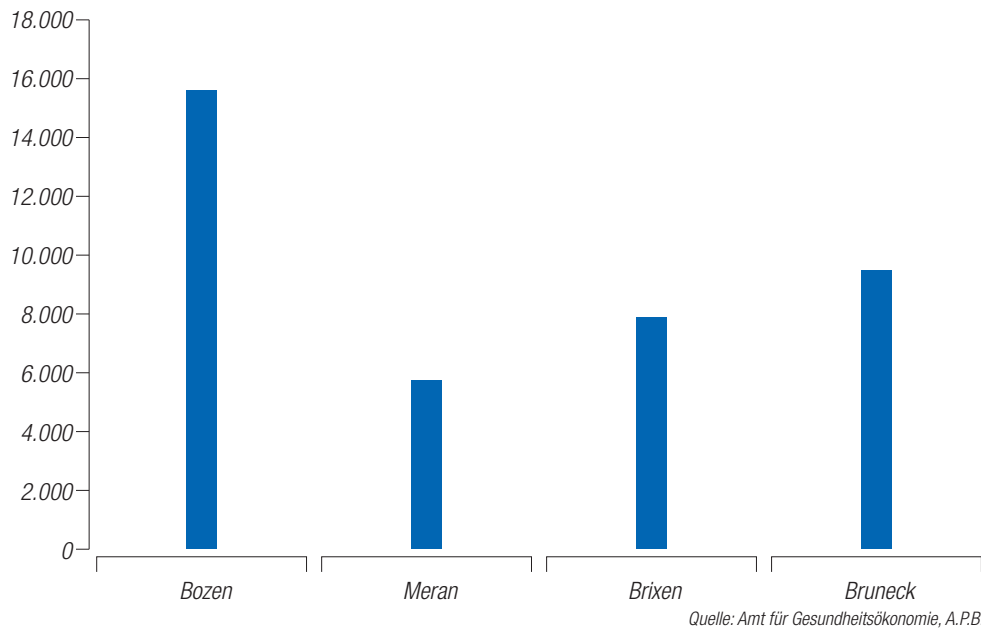


Abbildung 14: Investitionsausgaben nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2006



Bei der Aufgliederung der Investitionsausgaben des Jahres 2006 nach Sanitätsbetrieb ergeben sich für den Sanitätsbetrieb Bozen hohe Ausgaben in absoluten Werten gegenüber den bescheideneren des Sanitätsbetriebs Meran (Abbildung 14).

2.4. MOBILITÄTSSALDEN FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND DIE AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Das Tarifverzeichnis für Krankenhausaufenthalte wird laut Bestimmungen für die Kompensation der überbetrieblichen, überregionalen und internationalen Mobilität im Gesundheitswesen verwendet. Die (sowohl aktive als auch passive) Mobilität 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 auch im Jahr 2006 die höchsten Werte für die aktive Mobilität mit 5.532 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 6.975 (Tabelle 4 und Abbildung 15).

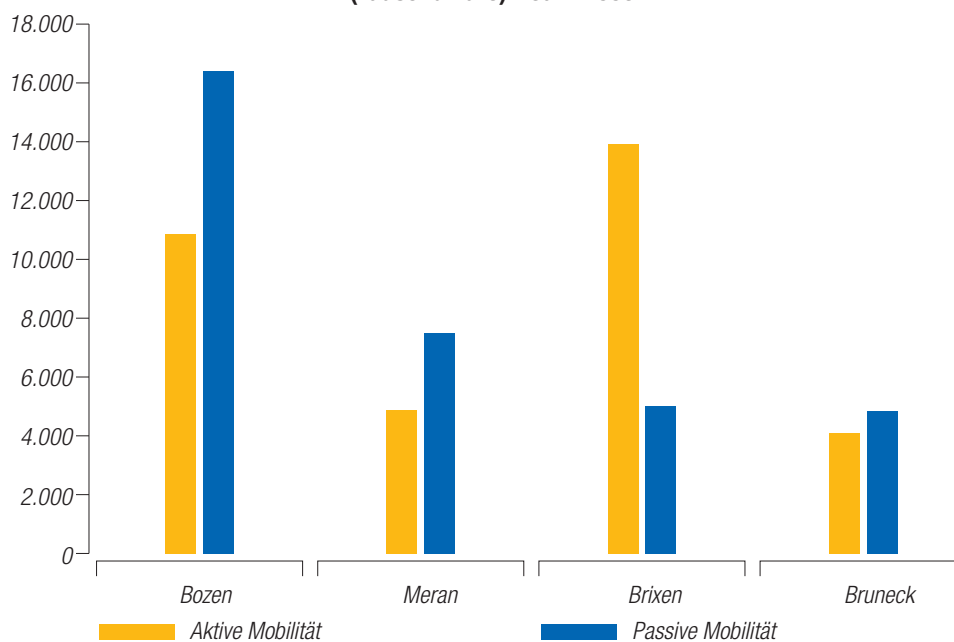
Tabelle 4: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2006**

Kategorie der Kosten	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.151	2.339	5.532	2.375	13.397
Importo tot. (Tausend Euro)	10.864	4.880	13.935	4.096	33.775
Passive Mobilität					
Aufenthalte	6.975	2.526	2.066	1.830	13.397
Importo tot. (Tausend Euro)	16.420	7.497	4.999	4.859	33.775
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND EURO)	-5.556	-2.617	8.936	-763	-

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SDO

Gegenüber 2005 stieg der Negativsaldo des Sanitätsbetriebs Bozen um 16,2% an, während jener des Sanitätsbetriebs Bruneck um 50,8% abnahm.

Abbildung 15: **Aktive und passive überbetriebliche öffentliche Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2006**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - KEB

In Bezug auf die überregionale Mobilität des Jahres 2006 verzeichnen die Sanitätsbetriebe Brixen, Bruneck und Bozen in absoluten Aufenthaltswerten eine höhere aktive als passive Mobilität (Tabelle 5 und Abbildung 16).

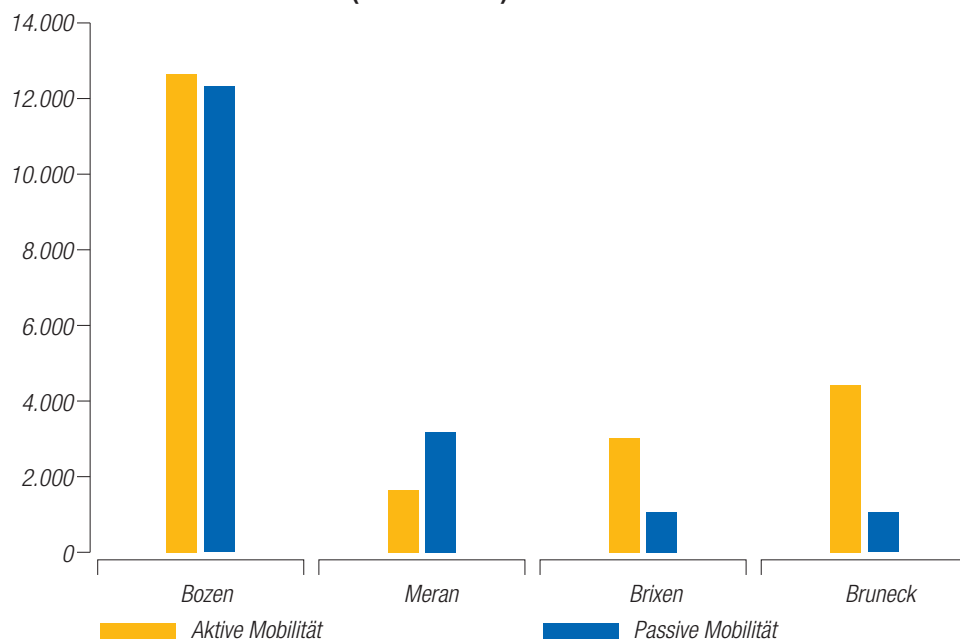
Gegenüber 2005 weist der Sanitätsbetrieb Meran noch einen Negativsaldo von rund - 1.528.000 Euro auf. Die Sanitätsbetriebe Bozen, Brixen und Bruneck verzeichnen zwischen aktiver und passiver Mobilität einen positiven Saldo.

Tabelle 5: **Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2006**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Insgesamt</i>
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.630	665	1.192	2.522	8.009
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	12.647	1.653	3.026	4.419	21.745
Passive Mobilität					
Aufenthalte	3.278	838	273	259	4.648
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	12.324	3.181	1.060	1.056	17.621
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND EURO)	323	-1.528	1.966	3.363	4.124

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – KEB - Mobilitätsarchiv

Abbildung 16: **Aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2006**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – KEB - Mobilitätsarchiv

Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität ist mit rund 4,1 Millionen Euro jedoch insgesamt positiv, mit einem Anstieg von 11,9% gegenüber 2005.

Berücksichtigt man hingegen die gesamte überregionale Mobilität (Krankenhausaufenthalte und andere Versorgungsformen wie fachärztliche und pharmazeutische Versorgung), ergibt sich für den Sanitätsbetrieb Bruneck der höchste positive Saldo, für den Sanitätsbetrieb Meran noch ein Negativsaldo (Abbildung 17).

**ÜBERREGIONALE
MOBILITÄT INSGESAMT**

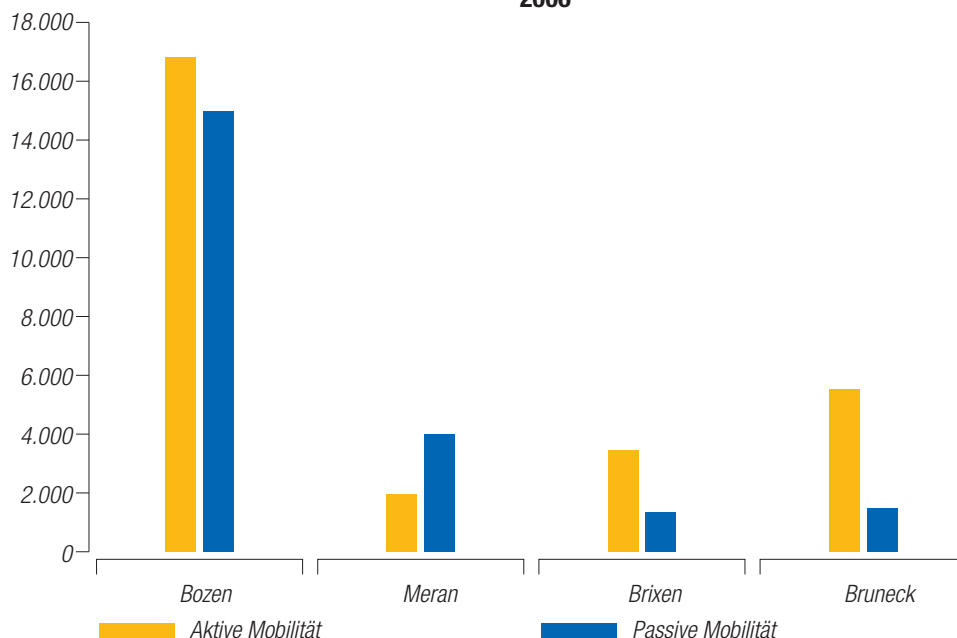
Tabelle 6: Leistungen in Bezug auf die aktive und passive überregionale Mobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2006

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Aktive Mobilität					
Leistungen	224.677	23.240	45.937	79.253	373.107
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	16.803	1.951	3.454	5.527	27.735
Passive Mobilität					
Leistungen	179.776	53.656	19.407	21.019	273.858
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	14.967	3.979	1.358	1.496	21.800
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	1.836	-2.028	2.096	4.031	5.935

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Insgesamt ist der Saldo der überregionalen Mobilität des Jahres 2006 positiv mit 5,9 Millionen Euro (5,8 im Jahr 2005).

Abbildung 17: Aktive und passive überregionale Mobilität insgesamt (Tausend Euro) - Jahr 2006



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Für die internationale Mobilität sind hingegen nur Daten von 2004 über den Gesamtaufenthaltswert verfügbar, mit Ausnahme der Krankenhausaufenthalte in Österreich, die durch spezifische Konventionen geregelt sind.

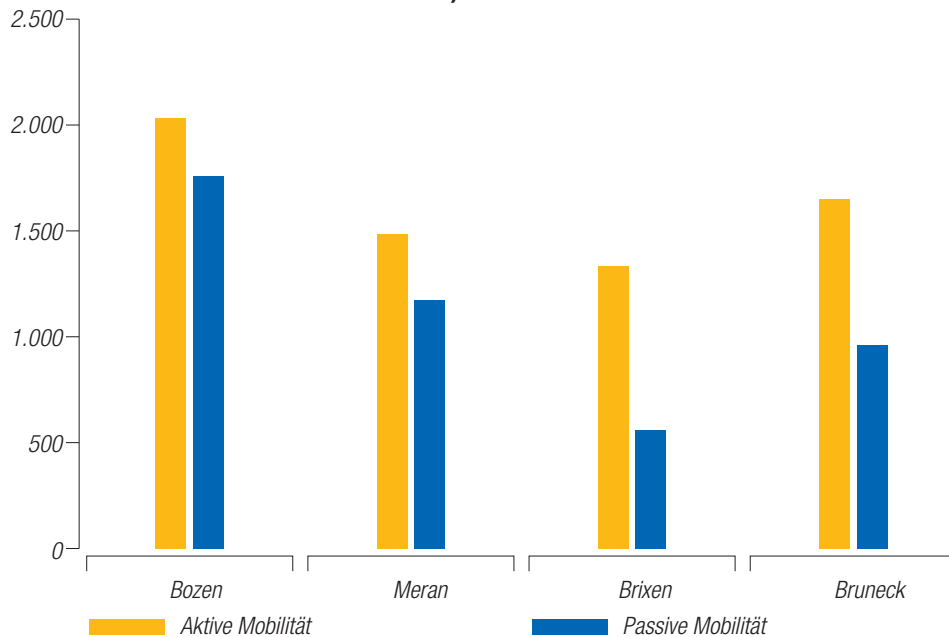
Tabelle 7: Aufenthalte in Bezug auf die aktive internationale Krankenhausmobilität (ausschließlich Krankenhausversorgung in Österreich) - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Aktive Mobilität					
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	2.031	1.484	1.333	1.652	6.500
Passive Mobilität					
Gesamtbetrag (Tausend Euro)	1.761	1.172	559	962	4.454
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND EURO)	270	312	774	690	2.046

Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. - Mobilitätsarchiv

Wie aus Tabelle 7 und Abbildung 18 hervorgeht, ist der gesamte Saldo der internationalen Krankenhausmobilität für das Jahr 2004 gegenüber 2002 gesunken und mit 2 Millionen Euro positiv.

Abbildung 18: **Aktive und passive internationale Krankenhausmobilität 2004 (ausgenommen Österreich) - Tausend Euro**



Die Abbildungen 19 und 20 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 19: Ausgaben für die passive überregionale (2006) und internationale (2004) Krankenhausmobilität (Tausend Euro)

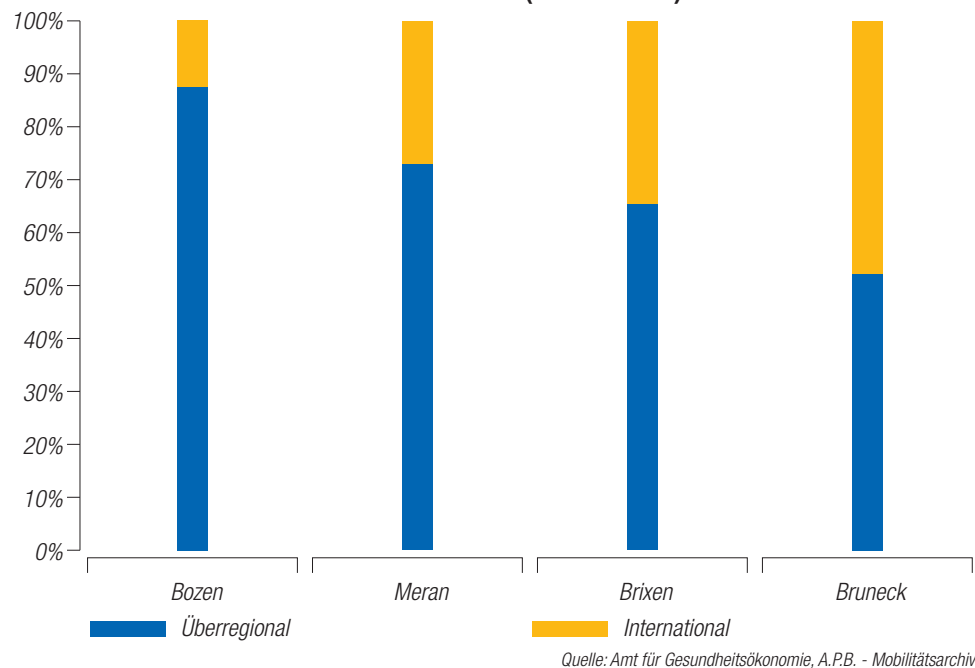
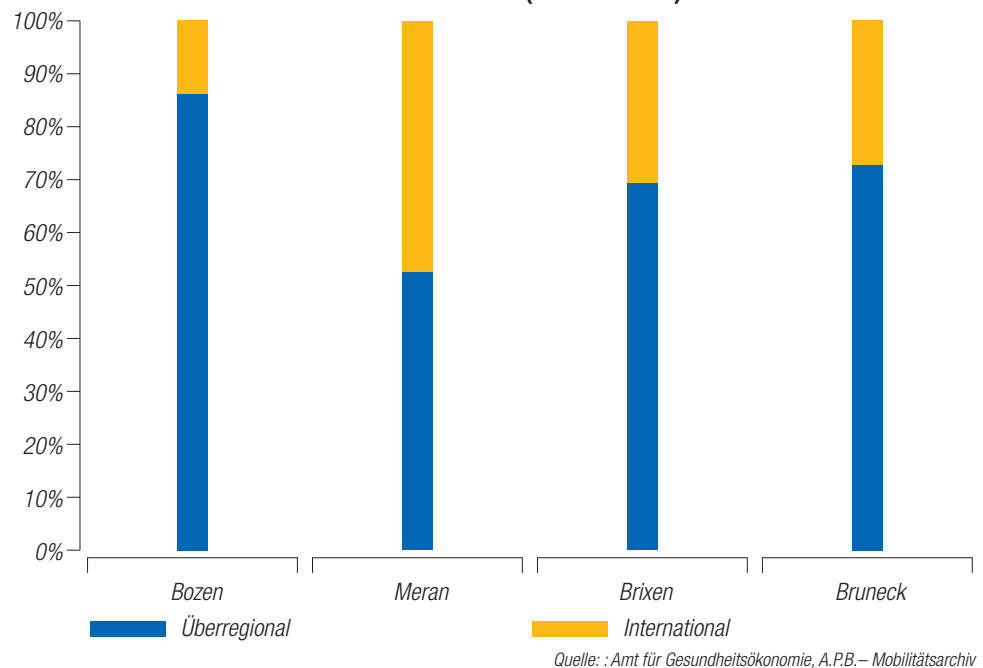


Abbildung 20: Einnahmen für die aktive überregionale (2006) und internationale (2004) Krankenhausmobilität (Tausend Euro)



2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden

Die Sanitätsbetriebe müssen den Bürgern die von den Versorgungsstandards vorgesehenen fachärztlichen Leistungen in den Ambulanzen, 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 (Legislativdekret Nr. 502/92 in geltender Fassung). Ebenso wie für die Krankenhausaufenthalte hat die Landesverwaltung auch für die ambulanten Leistungen ein eigenes Tarifverzeichnis laut nationalen Bestimmungen, das sowohl für die Zahlung des Tickets als auch für die Vergütung der zwischen den anbietenden Einrichtungen ausgetauschten Leistungen oder von den mit dem Landesgesundheitsystem konventionierten privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen gilt.

Auf der Internetseite der Landesgesundheitsdienste „www.provincia.bz.it/sanita/2303/tar-spec“ 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 Landesgesundheitsystems erbrachte fachärztliche Leistungen bezahlt werden darf.

Tabelle 8: **Betrag für die überregionale fachärztliche Mobilität - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Aktiv (Tausend Euro)	1.682	161	291	610	2.744
Passiv (Tausend Euro)	1.177	361	114	286	1.938
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND EURO)	505	-200	177	324	806

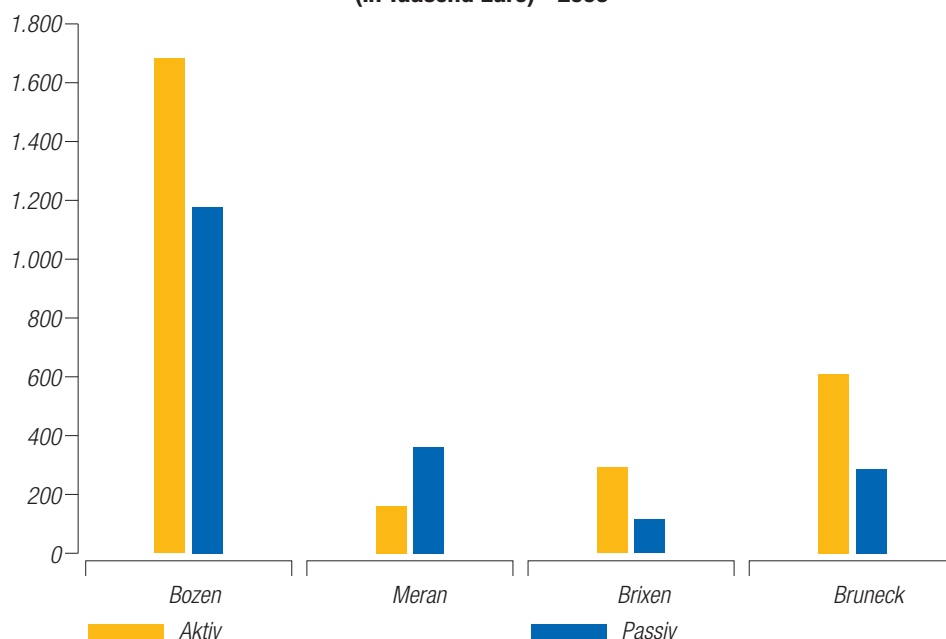
Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA – Mobilitätsarchiv

Tabelle 9: **Betrag für die überbetriebliche fachärztliche Mobilität - Jahr 2006**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Aktiv (Tausend Euro)	2.674	828	1.849	390	5.741
Passiv (Tausend Euro)	2.204	1.639	873	1.025	5.741
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND EURO)	470	-811	976	-635	

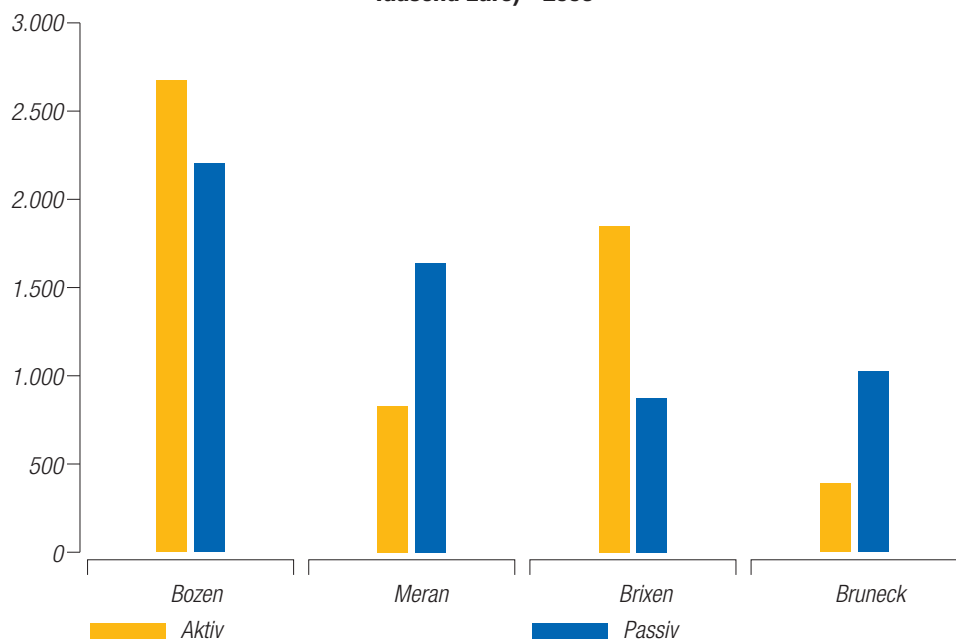
Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA – Mobilitätsarchiv

Abbildung 21: **Werte der aktiven und passiven überregionalen fachärztlichen Mobilität (in Tausend Euro) - 2006**



Quelle: Amt für Gesundheitsökonomie, A.P.B. – SPA – Mobilitätsarchiv

Abbildung 22: Werte der aktiven und passiven überbetrieblichen fachärztlichen Mobilität (in Tausend Euro) - 2006



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 2006 war der überbetriebliche Mobilitätssaldo in der fachärztlichen Versorgung - wie auch 2005 - für die Sanitätsbetriebe Bozen und Brixen positiv, negativ hingegen für Meran und Bruneck.

Auf überregionaler Ebene wies der Sanitätsbetrieb Bozen den höchsten Aktivsaldo auf; auch der Saldo der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck war positiv, während Meran einen negativen Saldo verbuchte.



Anhang

Das Frauenprofil

Das Frauenprofil

Das „Frauenprofil“ soll als Teil des Gesundheitsberichts 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.

Die Gesundheit der Frau hat sich auch durch die Wandlung ihrer sozialen Stellung geändert. Heute muss die Frau 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, und die Herz-Kreislauf-erkrankungen sind die häufigste Todesursache. Die Umschreibung des Infarktes als the widow maker disease (Krankheit, die zu Witwen macht) gilt heute nicht mehr.

Den gesundheitlichen Bedürfnissen der Frau werden in der klinischen und pharmakologischen Forschung zu wenig Bedeutung beigemessen. Die Forschung ist mehr auf den Mann mit seiner biologischen und sozialen Realität ausgerichtet und ermöglicht somit nicht, Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern zu erkennen, obwohl die unterschiedlichen Verhaltensweisen und therapeutischen Reaktionen der Pharmaka wissenschaftlich immer klarer 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, die besondere Auswirkungen auf die weibliche Bevölkerung haben, wie die Osteoporose (23% der Frauen im Alter über 40 Jahren - OSMED-Bericht 2004); außerdem sind Initiativen zur Prävention der Brust- und Gebärmuttertumoren vorgesehen, vor allem aber wird die Frau zum Fokus von Kommunikationskampagnen für die Prävention einiger mit dem Lebensstil verbundener 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, dieses Jahr - wie in der Ausgabe 2005 - einen Teil 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 Südtirol bestätigen die sozio-sanitären Indikatoren diese allgemeine Situation der Frau in der Welt der Gesundheit:

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 84,4 Jahre für die Frauen, 78,5 Jahre für die Männer.

26,4% der weiblichen Bevölkerung leiden an mindestens einer chronischen Krankheit, der entsprechende Anteil der Männer beträgt 21,9%.

22,4% der Frauen halten gegenüber 17,3% der Männer ihren Gesundheitszustand für nicht gut.

69,1% der Frauen wurde mindestens ein Arzneimittel verschrieben, bei den Männern sind es 55,0%.

Südtirol hat im gesamtstaatlichen Vergleich dieselben Sterblichkeitsraten, höhere Fruchtbarkeitsraten (1,5 Kinder pro Frau gegenüber dem italienischen Durchschnitt von 1,2) und legt ein höheres Augenmerk auf die Prävention und gesunde Lebensstile (niedrigere Anteile von fettleibigen Frauen, weniger „unge-sunde“ Ernährungsgewohnheiten und ein starker Rückgang der Raucherinnen), wodurch sich für die Südtirolerinnen also ein positives Bild abzeichnet.

In Bezug auf Schwangerschaft und Entbindung fühlt sich die Frau vom Südtiroler Versorgungssystem „geschützter und umsorgter“ und aufgrund des höheren Wohlstandes auch sicherer in ihren Fortpflanzungsentscheidungen. 59,2% der Südtiroler Frauen sind bei der Geburt ihres Kindes verheiratet; der diesbezügliche gesamtstaatliche Vergleichswert entspricht 83,4%: die immer stärkere Tendenz, Kinder außerhalb der Ehe zu gebären, führt zu einer höheren Fragilität der Familie; dieses Verhalten verbreitet sich also dort stärker, wo die Frauen eine größere wirtschaftliche Unabhängigkeit genießen (in Südtirol hatten 73,9% der Mütter, die im Jahr 2006 ein Kind zur Welt brachten, eine Beschäftigung, gegenüber 58,1% der italienischen Frauen).

1. DEMOGRAPHISCHE, SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE FAKTOREN

1.1. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Die Alterung der Bevölkerung betrifft heute ganz Europa; die Frauen stellen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung einen größeren Anteil unter den immer zahlreicheren Senioren. 50,5% 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 Bevölkerungsstruktur durchschnittlich jünger ist. Ausgehend von einem konstanten biologischen Verhältnis der Geschlechter bei der Geburt zugunsten der männlichen Bevölkerung (2006 entfielen auf 100 neugeborene Jungen 97 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.

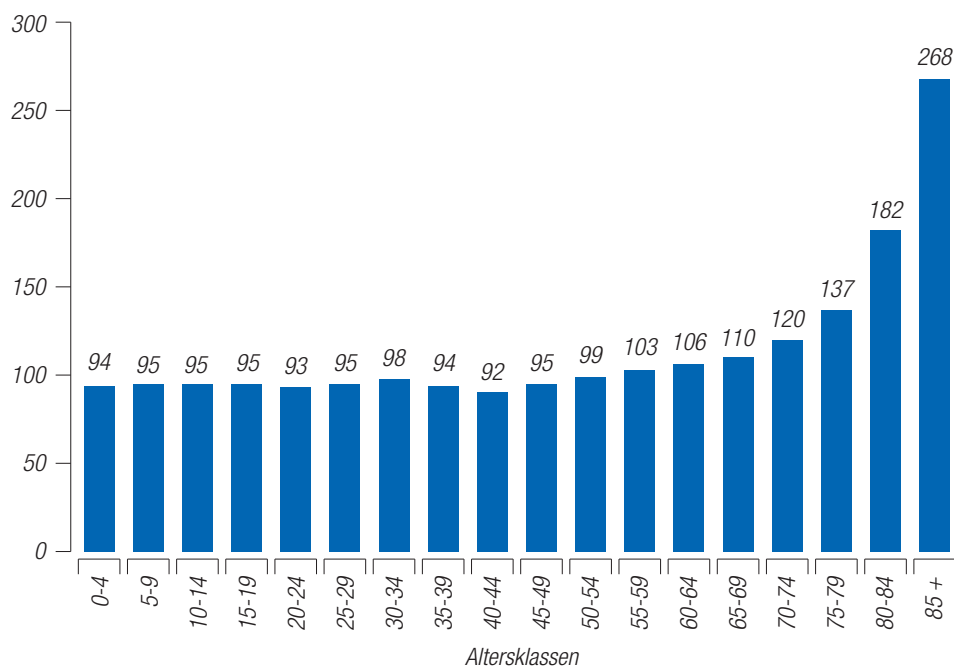
Tabelle 1: **Weibliche Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in den Ländern der Europäischen Union - Jahr 2006**

Land	Gesamtbevölkerung*	Anzahl der Frauen*	Frauen in %
EU 27	492.852,3	252.400,5	51,2
EU 25	463.523,4	237.350,0	51,2
Lettland	2.294,6	1.237,3	53,9
Estland	1.344,7	725,4	53,9
Litauen	3.403,3	1.816,6	53,4
Ungarn	10.076,6	5.292,0	52,5
Polen	38.1457,0	19.703,2	51,6
Portugal	10.569,6	5.453,8	51,6
Slowakei	5.389,2	2.773,3	51,5
Bulgarien	7.718,7	3.9754,2	51,5
Österreich	8.265,9	4.246,6	51,4
Italien	58.751,7	30.224,8	51,4
Frankreich	62.886,2	32.336,9	51,4
Tschechische Republik	10.251,1	5.248,4	51,2
Rumänien	21.610,2	11.075,1	51,2
Deutschland	82.438,0	42.098,0	51,1
Finnland	5.255,6	2.683,2	51,1
Belgien	10.511,4	5.367,6	51,1
Slowenien	2.003,3	1.021,9	51,0
Vereinigtes Königreich	60.393,1	30.815,1	51,0
Spanien	43.758,2	22.197,0	50,7
Zypern	766,4	388,6	50,7
Luxemburg	459,5	232,7	50,6
Griechenland	11.125,2	5.617,0	50,5
Dänemark	5.427,4	2.741,6	50,5
Niederlande	16.334,2	8.256,8	50,5
Schweden	9.047,7	4.561,2	50,4
Malta	404,3	203,7	50,4
Irland	4.209,0	2.107,1	50,1
Südtirol	485,8	245,6	50,5

*Werte in Tausend

Quelle: EUROSTAT, ASTAT

Abbildung 1: Anzahl der Frauen pro 100 Männer - Südtirol - Jahr 2006



Quelle: ASTAT

Der große Anteil der Frauen in den höchsten Altersklassen ist auch zum Teil das Ergebnis einer unterschiedlichen Lebenserwartung der Geschlechter. In Südtirol 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 2006 84,4 Jahre gegenüber 78,5 Jahren für den Mann).

1.2. HÄUFIGSTE TODESURSACHEN

Die Sterblichkeitsraten steigen mit zunehmendem Alter an, wobei die Männer immer höhere Raten als die gleichaltrigen Frauen verzeichnen. Anders wirken sich die verschiedenen Todesursachen auf die beiden Geschlechter aus, wenngleich aufgrund der Alterung der Bevölkerung vor allem die Herz-Kreislauf-erkrankungen zum Tod führen. Die Tumoren bleiben hingegen die häufigste Todesursache im nicht fortgeschrittenen Alter.

Im Jahr 2004 waren die Krankheiten des Kreislaufsystems die erste Todesursache unter den Frauen, mit einer standardisierten Rate von 23,75 pro 10.000 Einwohner (35,23 für die Männer). Die zweite Todesursache besteht in den bösartigen Tumoren mit 16,78 Todesfällen pro 10.000 Einwohner (34,84 für die Männer). In absoluten Zahlen ausgedrückt sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sowohl auf die (ältere) Altersstruktur der weiblichen Bevölkerung als auch auf die anderen Todesrisiken aufgrund spezifischer Ursachen zurückzuführen, die mit physiologischen Faktoren und bestimmten Verhaltensweisen zusammenhängen.

Tabelle 2: **Standardisierte Sterblichkeitsraten der weiblichen Bevölkerung nach wichtigsten Todesursachen und Region - Jahr 2004**

	<i>Tumoren</i>	<i>Krankheiten des Kreislaufsystems</i>	<i>Krankheiten der Atemwege</i>	<i>Insgesamt</i>
<i>Piemont</i>	17,91	22,20	3,10	55,18
<i>Valle d'Aosta</i>	21,20	17,79	2,54	56,71
<i>Lombardei</i>	19,18	19,64	2,78	52,46
<i>P.A.Bolzano</i>	16,78	23,75	3,49	53,83
<i>P.A.Trient</i>	16,91	21,01	2,53	48,81
<i>Venetien</i>	16,60	19,42	2,85	49,97
<i>Friuli-Venezia Giulia</i>	18,34	21,10	3,16	54,74
<i>Ligurien</i>	17,02	19,97	2,16	52,98
<i>Emilia Romagna</i>	18,07	20,58	2,63	52,68
<i>Toskana</i>	17,10	20,25	2,29	50,67
<i>Umbrien</i>	16,19	22,00	2,62	50,64
<i>Marken</i>	15,94	19,64	1,89	48,07
<i>Latium</i>	17,67	23,51	2,35	55,81
<i>Abruzzen</i>	11,75	22,10	2,43	49,02
<i>Molise</i>	16,50	22,78	2,30	52,98
<i>Kampanien</i>	16,04	28,13	2,55	61,93
<i>Apulien</i>	14,37	22,37	2,11	53,13
<i>Basilikata</i>	14,20	24,59	2,30	54,68
<i>Kalabrien</i>	12,37	25,90	2,04	54,28
<i>Sizilien</i>	15,23	28,38	2,34	60,92
<i>Sardinien</i>	15,26	19,76	2,96	52,77
Italien	16,84	22,16	2,57	53,93

Quelle: ISTAT, Sterblichkeitsvorschätzungen

1.3. SOZIALE FAKTOREN IN ZAHLEN

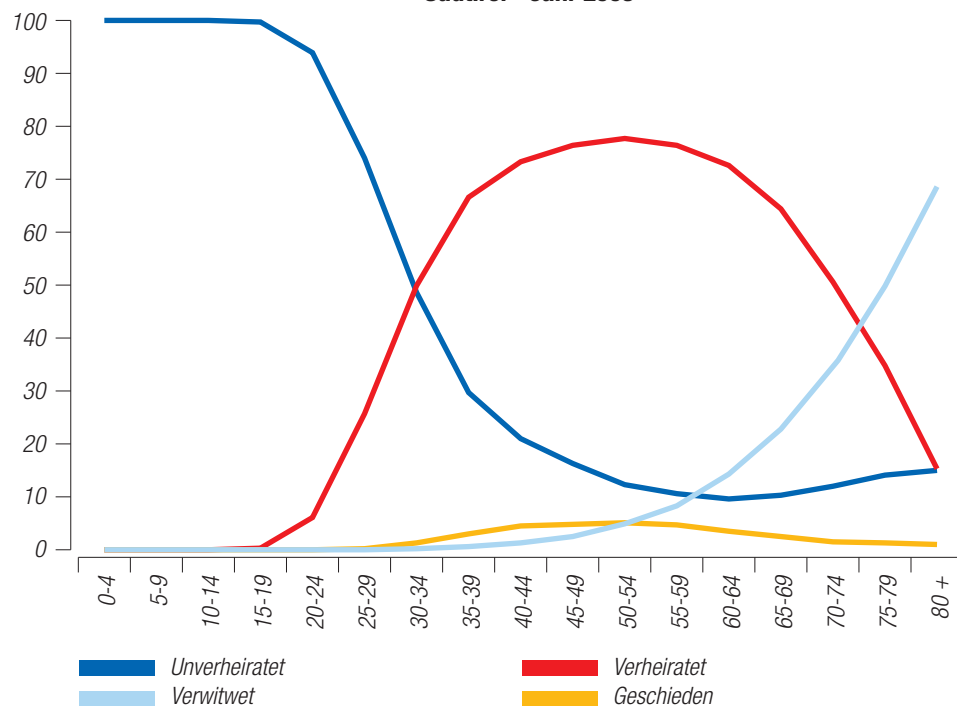
Wie bereits angedeutet zählte die weibliche Wohnbevölkerung Südtirols im Jahr 2006 245.578 Frauen, 52.944 (21,6%) davon waren unter 20 Jahre alt, 144.737 (58,9%) im Alter zwischen 20 und 64 Jahren und 47.897 (19,5%) über 65 Jahre. Der Bevölkerungsanteil der Frauen ist niedriger als jener der Männer in jüngeren Altersklassen und nimmt mit ansteigendem Alter bis zu einer klaren Vorrangstellung in der älteren Bevölkerung zu.

Zwischen 20 und 34 Jahren halbiert sich der Anteil der unverheirateten Frauen; anschließend beginnt ein konstanter und progressiver Rückgang, der sich mit einem leichten Anstieg erst nach 60 Jahren stabilisiert. Gegenteilig verläuft der Anteil der verheirateten Frauen, der von 25% auf 65% um die 35 Jahre und mit Spitzenwerten um die 50 ansteigt und ab 60/65 Jahren abnimmt, um den Witwen zunehmend den Vorrang einzuräumen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass diese Klassifizierung nicht die „zusammenlebenden“ Frauen berücksichtigt.

FAMILIENSTAND

STUDENTITEL

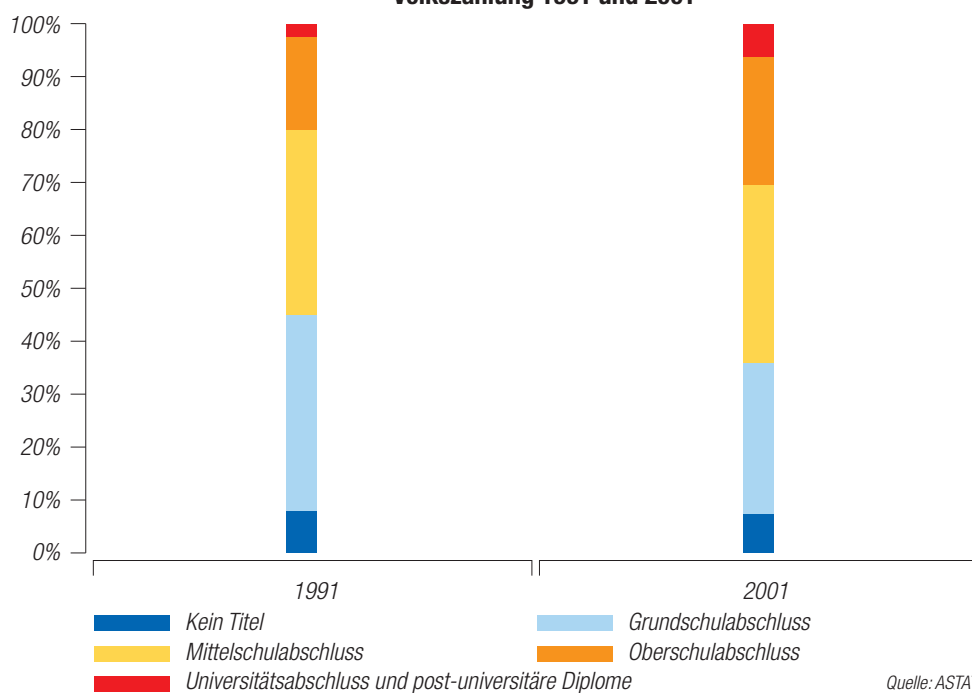
Abbildung 2: **Weibliche Wohnbevölkerung nach Altersklasse und Familienstand - Südtirol - Jahr 2005**



Quelle: ASTAT

Zwischen 1991 und 2001 nahm der Anteil der Frauen mit einem Oberschul- oder Universitätsabschluss zu. Die Zahl der Mädchen mit Oberschul- oder Universitätsabschluss liegt leicht über jener der Jungen; die Studieninteressen gelten auch neuen Bereichen oder solchen, die früher „den Männern vorbehalten“ waren.

Abbildung 3: **Weibliche Wohnbevölkerung nach Bildungsgrad - Südtirol - Volkszählung 1991 und 2001**

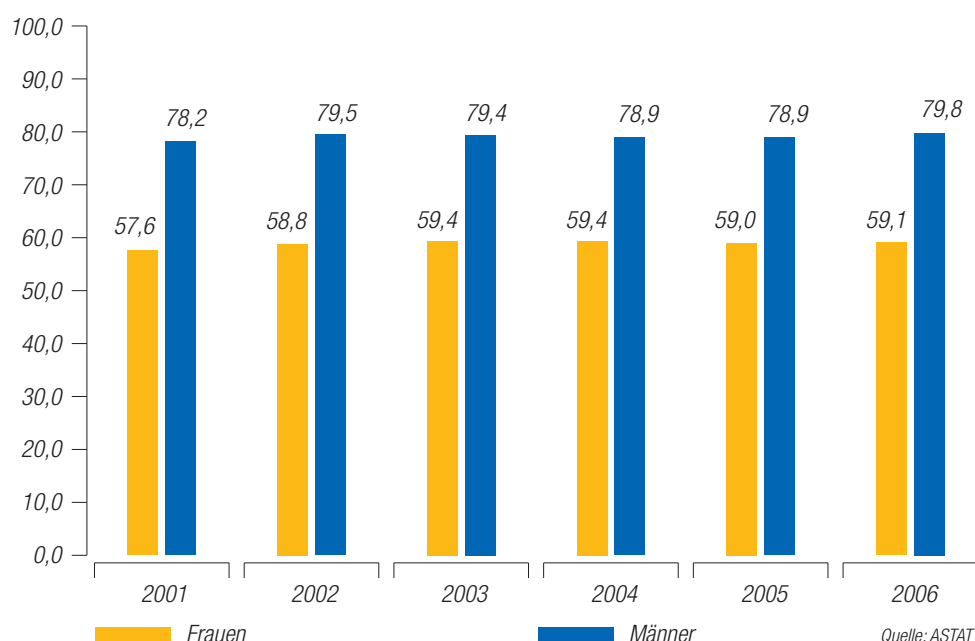


Quelle: ASTAT

ARBEIT

Trotz der schweren Produktionskrise, die auf nationaler und internationaler Ebene seit rund 20 Jahren anhält, verläuft der Anteil der arbeitenden Frauen in Südtirol - wenngleich in einigen Jahren etwas unbeständig - konstant ansteigend, und erreicht im Jahr 2006 eine Erwerbstätigkeitsrate¹ von 61,4% und eine Beschäftigungsrate² von 59,1%. Von diesem Anstieg sind die Frauen über 25 Jahren betroffen, während die Jüngeren unter der kombinierten Wirkung des Geburtenrückgangs, der vermehrten Studienjahre und der realen Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche leiden. Die Arbeitslosenrate der Frauen betrug im Jahr 2006 3,6% und übersteigt jene der Männer fast um das Doppelte.

Abbildung 4: Beschäftigungsrate nach Geschlecht - Südtirol - Jahre 2001-2006



Arbeit und Familie vereinbaren ist heute für die Frauen eine der schwierigsten Herausforderungen. Die intensivere Teilnahme am Arbeitsmarkt führt oft dazu, dass die Frau dieselbe Verantwortung wie der Mann außer Hause trägt und außerdem noch die größere Last der Familie zu übernehmen hat. Diese Last ergibt sich durch die Erziehung der Kinder, die Führung des Haushaltes und immer häufiger durch die Versorgung von älteren, kranken und beeinträchtigten Familienmitgliedern.

1.4. GESUNDHEITSAKTOREN

Nikotin, Alkoholmissbrauch und Übergewicht setzen die Bevölkerung höheren Gesundheitsrisiken aus. Die Regierungen der europäischen Länder investierten in den letzten Jahren Ressourcen in die Sensibilisierung der Bevölkerung für Risiken, welche ungesunde Ernährungsgewohnheiten und unkorrekte Lebensstile mit sich bringen können.

Der Anteil der Gewohnheitsraucher ist in allen europäischen Ländern höher als jener der Raucherinnen. Eine Ausnahme bildet nur Schweden, wo die Frauen die Männer um 2% übertreffen.

TABAKKONSUM

¹Erwerbstätigkeitsrate: Anteil der Arbeitskräfte im Verhältnis zur Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren

²Beschäftigungsrate: Anteil der Beschäftigten im Verhältnis zur Wohnbevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren

ALKOHOL

GEWICHT UND
ERNÄHRUNG

Erst in letzter Zeit fiel der Anteil der Südtiroler Raucherinnen nach einem deutlichen Zuwachs in den letzten Jahren (durchschnittlich knapp zwei Prozent pro Jahr) wieder auf ständig rücklaufende Prävalenzwerte zurück und erreichte 2006 15% mit einem durchschnittlichen Konsum von 9 Zigaretten pro Tag. Dennoch lag der Anteil der Raucherinnen in Südtirol in den letzten Jahren immer über den gesamtstaatlichen Durchschnittswerten.

Tabelle 3: **Anteil der Raucherinnen - Vergleich Italien, Südtirol - Jahre 2001-2006***

Jahr	Italien	Südtirol
2001	16,9	18,7
2002	17,1	19,8
2003	17,4	22,5
2005	16,2	18,9
2006	n.d.	15,0

*Im Jahr 2004 wurde die Mehrzweckerhebung nicht durchgeführt

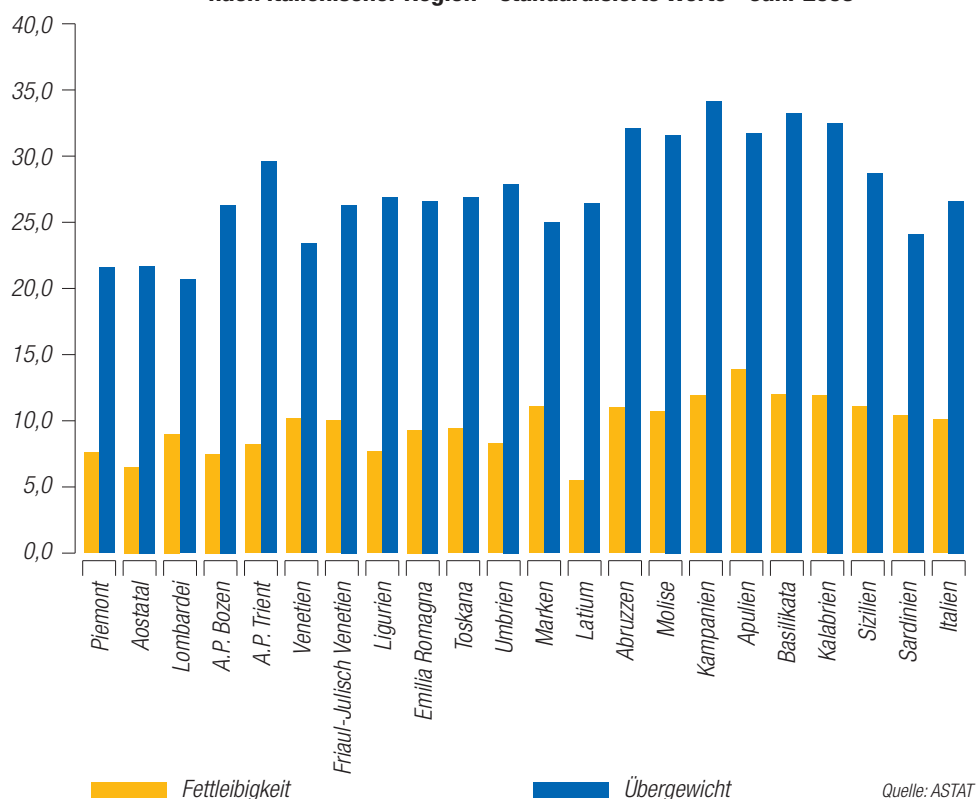
Quelle: ISTAT, ASTAT

Rauchen geht oft mit anderen risikobehafteten Verhaltensweisen einher, beispielsweise mit einem übermäßigen Alkoholgenuss. Nationalen und internationalen Studien zufolge betrifft der Alkoholmissbrauch immer häufiger Jugendliche und vor allem 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.

In Südtirol betrug der Anteil jener, die täglich alkoholische Getränke zu sich nehmen, nach ISTAT-Erhebungen fast ein Viertel (24,0%) in der Bevölkerung ab 11 Jahren mit deutlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern: 34,9% der Männern und 13,4% der Frauen. Die Verbreitung von nicht korrekten Ernährungsgewohnheiten und die Fettleibigkeit stellen ein großes epidemiologisches, soziales und wirtschaftliches Problem dar, da sie zusammen mit zu wenig Bewegung zu den größten Risikofaktoren zahlreicher chronisch-degenerativer Krankheiten zählen.

Die Südtirolerinnen (weibliche Bevölkerung ab 18 Jahren) leiden weniger an großen Gewichtsproblemen wie Fettleibigkeit, neigen aber stärker zu Übergewicht. Gegenüber einem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 10,1% Frauen mit Fettleibigkeitsproblemen und 26,6% von übergewichtigen Frauen verzeichnet Südtirol Werte von 7,5% für die Fettleibigkeit und 26,3% für die Prävalenz der Südtirolerinnen mit Übergewicht (norditalienischer Durchschnittswert: 23,2%).

Abbildung 5: Frauen ab 18 Jahren mit Problemen der Fettleibigkeit oder des Übergewichts nach italienischer Region - standardisierte Werte - Jahr 2005



Täglich Wurstwaren, Fleisch oder Käse zu sich nehmen gilt als „übermäßiger Konsum“ und somit als gesundheitsschädigend. Von den Südtirolerinnen konsumieren 11,4% mindestens einmal täglich Wurstwaren (jedes vierte Mädchen zwischen 14 und 19 Jahren erklärte, täglich Wurstwaren zu essen), während jede zweite Frau in ihrer täglichen Ernährung auch Käse vorsieht.

Tabelle 4: Ernährungsgewohnheiten in der weiblichen Bevölkerung ab 3 Jahren in Südtirol - Konsum pro Tag - Jahr 2006

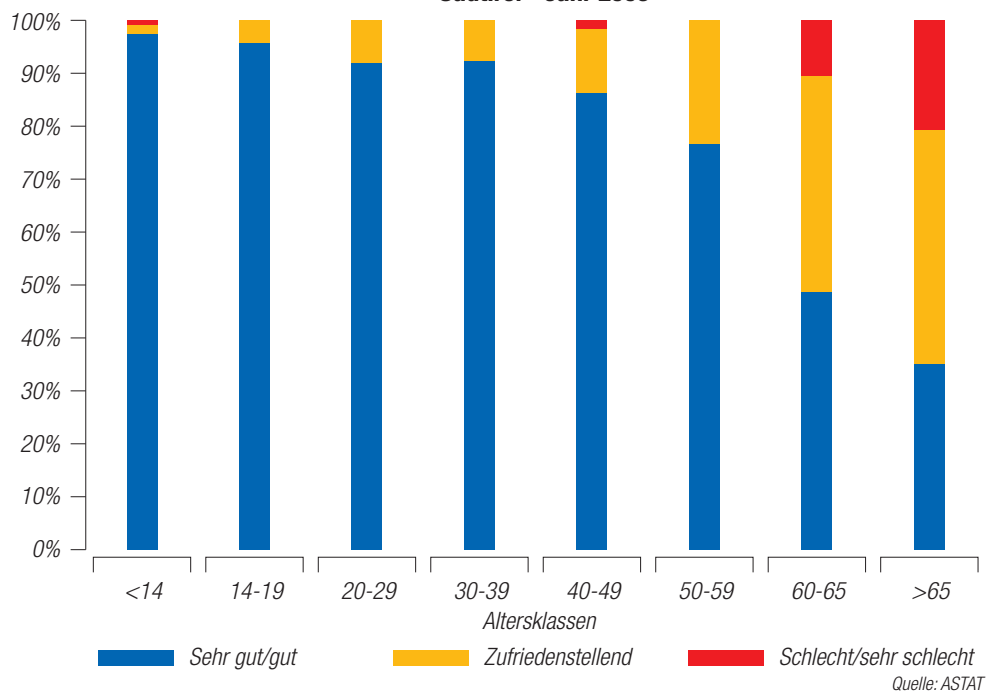
Alters- klasse	Nahrungsmittel										
	Brot, Nudeln	Wurst- waren	Weißes Fleisch	Rind- fleisch	Milch	Käse	Eier	Fisch	Gemüse u. Blatt- gemüse	Sonst. Gemüse	Obst
03-13	74,9	12,5	2,1	1,0	74,1	55,4	6,2	-	46,6	31,8	65,5
14-19	70,3	28,5	-	-	56,4	47,0	3,3	-	55,8	42,8	65,8
20-29	72,2	4,1	4,1	4,1	64,6	49,7	3,0	-	55,1	46,2	69,2
30-39	69,7	11,3	0,9	0,9	64,4	54,4	5,4	-	69,2	50,7	76,9
40-49	72,6	13,5	1,7	0,8	65,5	43,1	4,7	-	73,1	46,3	73,1
50-59	70,1	7,8	2,3	2,4	65,4	35,8	2,2	2,5	69,4	51,6	79,2
60-65	79,5	8,0	4,4	2,8	64,6	43,1	1,4	1,5	60,5	38,3	78,1
65+	74,4	11,1	1,5	0,7	79,2	46,1	7,2	0,7	62,1	49,9	75,2
INSG.	72,8	11,4	2,1	1,5	68,1	47,3	4,6	0,5	62,5	45,7	73,3

Quelle: ASTAT

1.5. WAHRNEHMUNG DER GESUNDHEIT

„Die Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Freiheit von Krankheiten“ (WHO, Weltgesundheitsorganisation); ihre Wahrnehmung wird in vielen europäischen Ländern als globaler Indikator für den Gesundheitszustand der Bevölkerung verwendet.

Abbildung 6: Wahrnehmung des Gesundheitszustandes in der weiblichen Bevölkerung - Südtirol - Jahr 2006



Im Jahr 2006 bezeichneten 78% der Südtirolerinnen ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut. Dieser Prozentsatz ist natürlich in den jüngeren Altersklassen höher und sinkt mit zunehmendem Alter. Altersunabhängig verzeichnen die Frauen jedoch einen höheren Anteil als die Männer an jenen, die ihren Gesundheitszustand als nicht gut nennen, 22,4% gegenüber 17,3% der Männer, wobei der Wert auf 65,0% bei den Frauen gegenüber 47,9% bei den Männern 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. MORBIDITÄT

2.1. CHRONISCHE KRANKHEITEN

Die höhere Lebenserwartung und die Zunahme der älteren Bevölkerung betrafen in den letzten Jahrzehnten alle westlichen Länder und insbesondere Italien. Oft geht ein längeres Leben mit einem längeren Zeitraum schwieriger Gesundheitsbedingungen einher; wie bereits im vorhergehenden Kapitel erwähnt wurde, ist davon vor allem die weibliche Bevölkerung betroffen.

2006 litten in Südtirol 26,4% der gesamten weiblichen Bevölkerung an mindestens einer chronischen Krankheit (65.501 Personen), gegenüber 21,9% der Männer (52.557 Personen). Ausgeschlossen die Neugeborenenklasse, die nur geringfügige Zahlen vermerkt, verzeichnen die Frauen gerade ab dem Alter von 15 Jahren, in dem die ersten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auftreten, zunehmend höhere Werte chronischer Krankheiten als die Männer.

Tabelle 1: **Unbereinigte Raten der chronischen Krankheiten nach Geschlecht und Altersklasse pro 100.000 Einwohner - Südtirol - Jahr 2006**

Altersklassen	Frauen	Männer
00	4.124,95	4.000,00
01-04	2.882,95	4.317,77
05-14	2.866,52	4.124,77
15-44	8.831,75	7.152,76
45-64	33.315,10	30.880,23
65-74	63.457,16	63.098,81
>74	79.808,54	79.567,84
INSGESAMT	26.368,95	21.862,22

Quelle: OEP – Mapping der chronischen Krankheiten

Von den insgesamt 35 analysierten chronischen Krankheiten weisen die Frauen in 51% der Fälle höhere standardisierte Raten¹ auf. Die höhere Prävalenz der Frauen betrifft vor allem Autoimmun- und endokrine Krankheiten. Deutlich höhere Raten kennzeichnen Krankheiten wie Hashimoto-Thyreoiditis und Hypothyreose. Für die Letzteren bestätigen die Daten die Aussagen der Fachliteratur, nach denen die chronische, autoimmune Thyreoiditis im weiblichen Geschlecht klar höher liegt: in Südtirol betrug die Prävalenz im Jahr 2006 776 Fälle pro 100.000 Frauen gegenüber 89 Fällen bei den Männern; diese Krankheit entwickelt sich häufig zur Hypothyreose, die ihrerseits Rohwerte von 5.210 Fällen pro 100.000 Frauen gegenüber realen Prävalenzwerten von 1.142 Fällen pro 100.000 Männer aufweist.

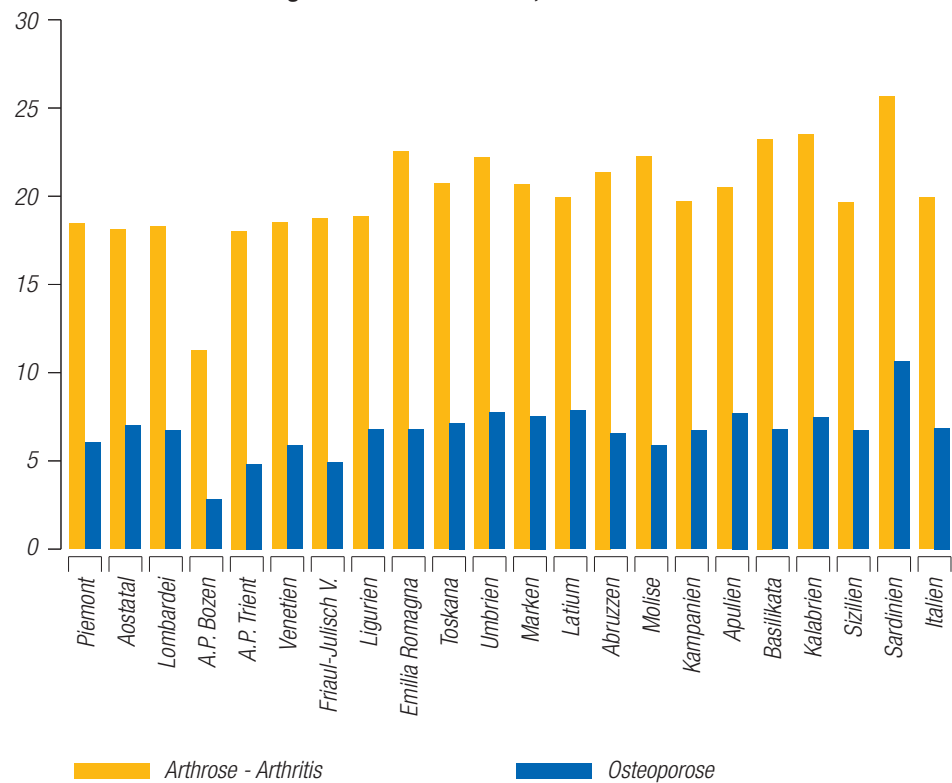
¹ Raten, welche die Wirkung der Bevölkerungsstruktur annullieren und eine höhere oder mindere Neigung zum Erkranken messen

Tabelle 2: **Chronische Krankheiten nach Geschlecht - Südtirol - Jahr 2004**
Standardisierte Raten pro 100.000 Einwohner

Chronische Krankheiten	Frauen	Männer
Transplantatträger	71,19	120,08
Niereninsuffizienz	267,29	565,91
HIV und AIDS	36,8	72,85
Neoplasie	2.928,02	3.227,66
Diabetes	2.021,34	2.904,36
Hypertonie	9.417,65	9.953,47
Kardiopathie	3.626,95	5.341,82
Vaskulopathie	632,83	1.167,74
Bronchopneumopathie	2.093,26	2.877,72
Hepato-Enteropathie	531,64	944,79
MRGE	577,02	743,61
Epilepsie	599,95	738,88
Parkinson	445,47	461,41
Alzheimer	119,18	88,42
Multiple Sklerose	159,46	74,03
Neuromyelitis optica	0,41	-
Demenz	106,47	97,19
Rheumatoide Arthritis	444,16	183,00
LES	96,78	21,70
Systemische Sklerose	34,36	7,80
Sjörgen-Syndrom	40,76	5,16
Spondylitis ankylosans	19,83	34,36
Myasthenia gravis	12,27	9,82
Hashimoto-Thyreoiditis	764,02	89,04
Hämolytische Anämie	7,04	9,13
Akromegalie	11,06	7,80
Diabetes insipidus	8,31	7,26
Addison-Krankheit	17,03	13,93
Hyper-Hypoparathyreoidismus	42,73	16,06
Hypothyreose	4.276,65	992,19
Cushing-Syndrom	9,28	4,34
Basedow-Krankheit	279,06	73,77
Hypophysärer Minderwuchs	33,50	44,63
Dyslipämie	2.242,69	3.072,78
Psychosen	1.107,84	665,06

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 ergibt sich, dass Osteoporose und Arthrose 3,1% bzw. 12,0% der weiblichen Wohnbevölkerung betreffen, in Südtirol jedoch die niedrigsten Werte auf Staatsebene aufweisen.

HOSPITALISIERUNGS-
RATENAbbildung 1: **Frauen, die Arthrose-Arthritis und/oder Osteoporose erklären, nach italienischer Region - Jahre 1999-2000, Standardisierte Werte**

Quelle: ISTAT, Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste

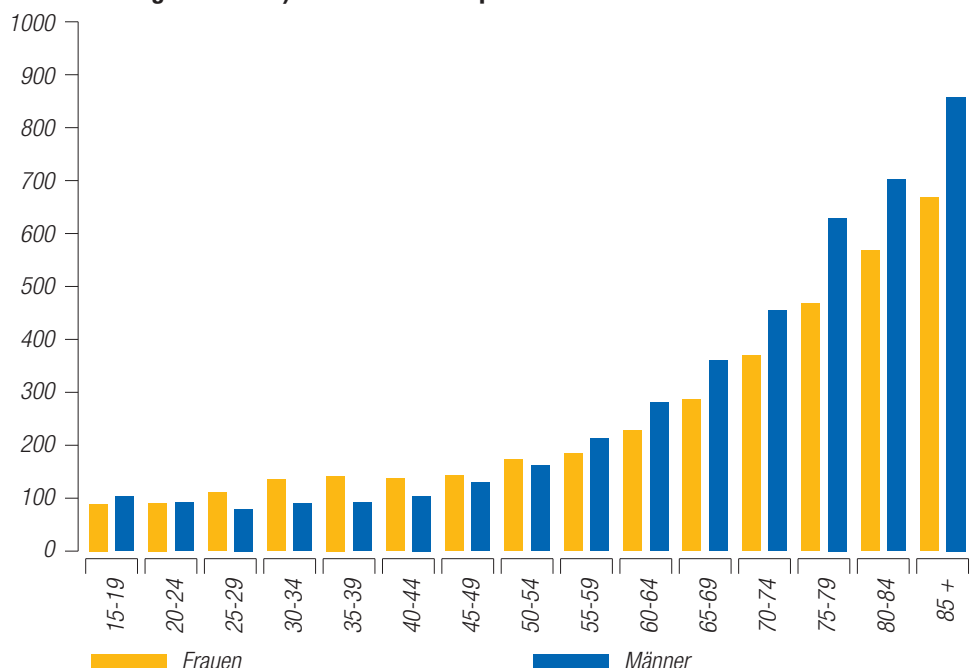
2.2. KRANKENHAUSAUFENTHALTE

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 Hospitalisierungsraten² der Männer für Aufenthalte von Akutkranken in den extremen Altersklassen 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 sowie der Aborte (ausgeschlossen die Aufenthalte wegen Geburt), höher, was folglich zu einem Gleichgewicht zwischen den gesamten durchschnittlichen Aufenthaltsraten der Männer und Frauen insgesamt führt (Hospitalisierungsrate aufgrund von Aufenthalten von Akutkranken im Jahr 2006 von 196,50 pro 100.000 Frauen und von 187,58 pro 100.000 Männer).

² Dabei wurden alle Aufenthalte von Südtiroler Patienten berücksichtigt, auch jene in österreichischen und italienischen Einrichtungen

Abbildung 2: Hospitalisierungsraten aufgrund von Aufenthalten von Akutkranken (Geburten ausgeschlossen) nach Geschlecht pro 100.000 Einwohner - Südtirol - Jahr 2006



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 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“ mit ziemlich hohen Prävalenzwerten vor allem in den fortgeschrittensten Altersklassen, für die 92,6% der Aufenthalte in der Tagesklinik stattfinden, und die DRG 359 „Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor“.

DRG

441

Tabelle 3: Krankenhausaufenthalte von Akutkranken (Geburten ausgeschlossen) der Südtiroler Frauen nach den häufigsten DRGs - Jahr 2006

DRG	Beschreibung der DRG	Aufenth.	% kumuliert
039	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	2.131	4,4
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	1.574	7,7
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration oder Hysterotomie	1.229	10,2
119	Venenligatur und Venenstripping	1.008	12,3
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaßen	986	14,4
430	Psychosen	938	16,3
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter > 17 ohne Komplikationen	888	18,1
364	Dilatation und Ausschabung, Konisation, außer wegen maligner Neoplasien	885	20,0
410	Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	871	21,8

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Im Erwachsenenalter hängen die Aufenthalte der Frauen häufig mit Aborten zusammen (sowohl Frühgeburten als auch freiwillige Schwangerschaftsabbrüche), die meistens im Tagesklinik-Betrieb stattfinden; zwischen 40 und 59 Jahren stellen hingegen die Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystem die wichtigsten Aufenthaltsursachen dar, von 60 bis 84 Jahren sind es die Eingriffe an der Linse des Auges, während für die über 84-Jährigen wie für die Männer derselben Altersklasse die Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems überwiegen.

Tabella 4: **Häufigste DRGs der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken (Frauen) nach Altersklasse (Geburten ausgeschlossen) - Südtirol - Jahr 2006**

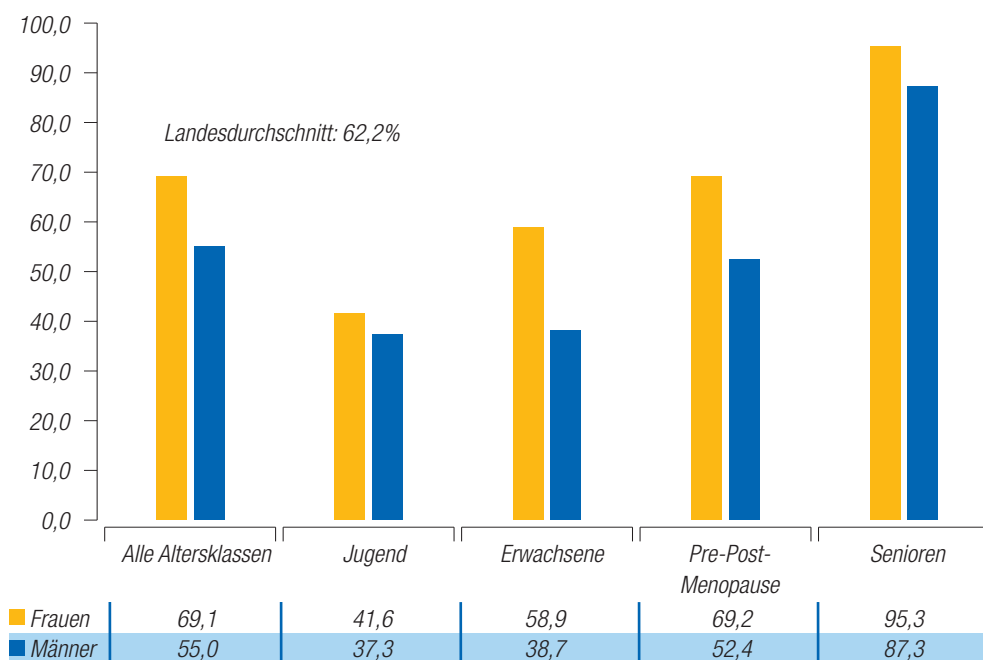
Altersklassen	DRG	Beschreibung der DRG
15-19	167	Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen
20-24	381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration oder Hysterotomie
25-29		
30-34		
35-39		
40-44	359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen
45-49		
50-54	364	Dilatation und Ausschabung, Konisation, außer wegen maligner Neoplasien
55-59		
60-64	039	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie
65-69		
70-74		
75-79		
80-84		
84+	127	Herzinsuffizienz und Schock

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

2.3. 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 gesundheitlichen Bedürfnisse müssen mit der Bewertung der biologischen Unterschiede zwischen den Geschlechtern einhergehen, die notwendigerweise zu einer differenzierten Antwort auf die Pharmakotherapie führen (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 2006 wurde 69,1% der Südtirolerinnen mindestens ein Medikament verschrieben (mit einer Differenz von 14% 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 3: **Medikamentenverschreibungen nach Alter und Geschlecht - Südtirol - Jahr 2006**

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Sanitätsbetrieb Bozen

Die Frauen weisen höhere Werte auch in Bezug auf die täglichen Medikamentendosen auf (fast 23% mehr als die Männer). Sie verzeichnen einen höheren Medikamentenverbrauch für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel (+21%), für das Muskel- und Skelett-System (+89%) und das Nervensystem (76%).

DDD

443

Tabelle 5: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach ATC und Geschlecht - Südtirol - Jahr 2006**

	DDD/1.000 Einwohner/Tag	
	Frauen	Männer
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	57,8	47,7
Blut und blutbildende Organe	55,9	47,8
Herz-Kreislaufsystem	260,3	253,3
Dermatologika	1,8	2,7
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	53,5	27,8
Systemische Hormonpräparate	34,2	12,7
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	11,5	10,2
Zytostatika	5,6	1,7
Muskel- und Skelett-System	33,0	17,5
Zentrales Nervensystem	55,9	31,8
Antiparasitäre Pharmaka	0,9	0,3
Respirationstrakt	24,1	31,8
Sinnesorgane	11,0	8,4
Sonstige	-	0,1
INSGESAMT	605,8	494,0

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte - Rezeptarchiv

3. BÖSARTIGE TUMOREN UND SCREENING-PROGRAMME

3.1. INZIDENZ DER BÖSARTIGEN TUMOREN

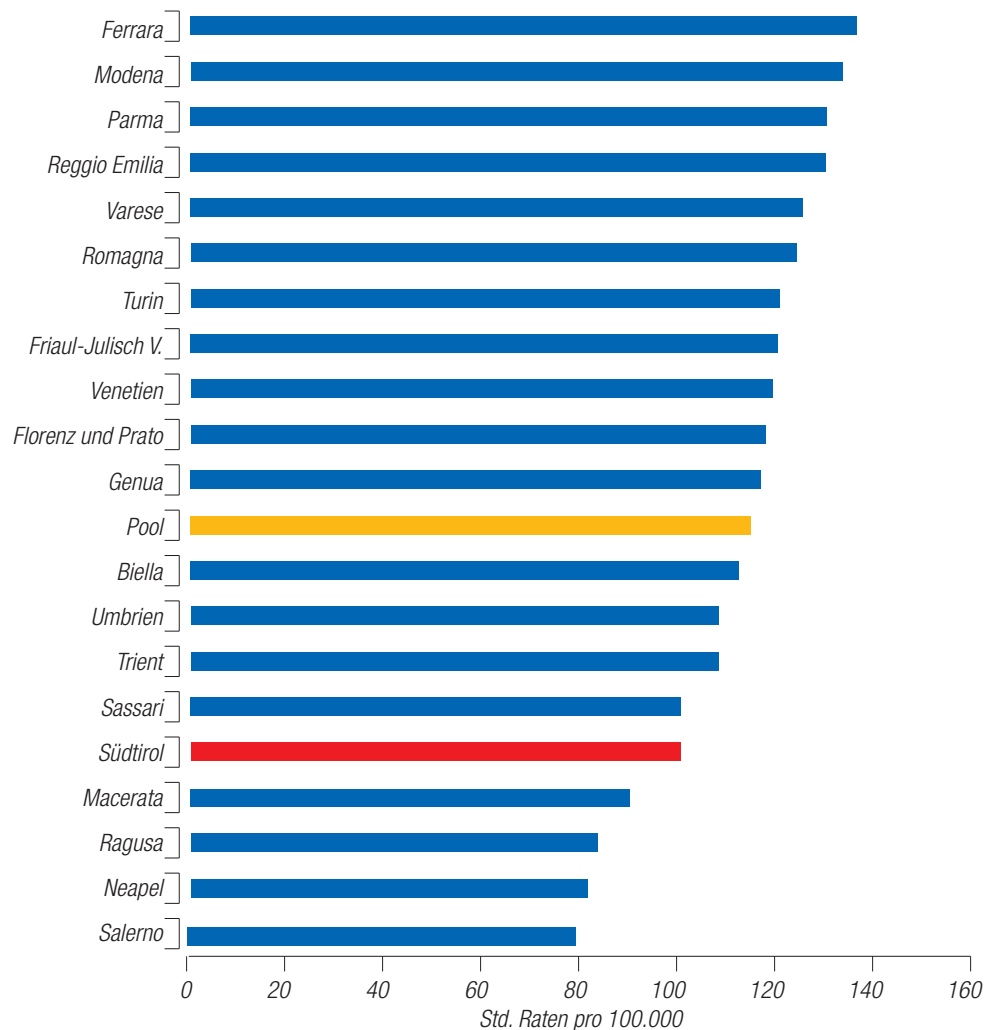
Die Inzidenz der Tumorerkrankungen verzeichnet in der weiblichen Bevölkerung Südtirols im gesamtstaatlichen Vergleich allgemein niedrigere Werte. Für verschiedene Tumorerkrankungen liegen die Landeswerte auf oder unter den geschätzten Vergleichswerten der 21 auf nationaler Ebene bestehenden Tumorregister. Dieses Ergebnis steht sicherlich im Zusammenhang mit dem gesünderen Lebensstil (ausgewogene Ernährung, Bewegung, kein Nikotin), den die Südtirolerinnen periodisch erklären.

Insbesondere muss auf die geringere Häufigkeit des Mammakarzinoms bei den Südtiroler Frauen verwiesen werden. Dieser Tumor tritt in der weiblichen Bevölkerung am häufigsten auf und beträgt 25% aller neuen diagnostizierten Tumorfälle. 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 11. Frau erkrankt daran). In Bezug auf die Sterblichkeit ist die Tumorerkrankung bei knapp ein Fünftel der Todesfälle die Hauptursache. Auf Landesebene wurden im Fünfjahreszeitraum 1999-2003 1.421 neue Tumorerkrankungen diagnostiziert (120,6 Fälle pro 100.000 Frauen), mit einem Durchschnitt von über 280 neuen Fällen pro Jahr. Ab dem Alter von 30 Jahren ist das Mammakarzinom die häufigste Neoplasie mit einem Anteil zwischen 42% aller bei den jüngeren Frauen diagnostizierten Tumoren und 19% bei den älteren Frauen.

Im gesamtstaatlichen Vergleich nimmt Südtirol eine untere Stelle in der Rangliste der standardisierten Inzidenzraten ein, mit einem Wert von 99,9 pro 100.000 im Zeitraum 1999-2003 gegenüber dem Vergleichswert der anderen italienischen Tumorregister von 111,4.

MAMMAKARZINOM

Abbildung 1: **Standardisierte Inzidenzraten des Mammakarzinoms in den italienischen Tumorregistern**

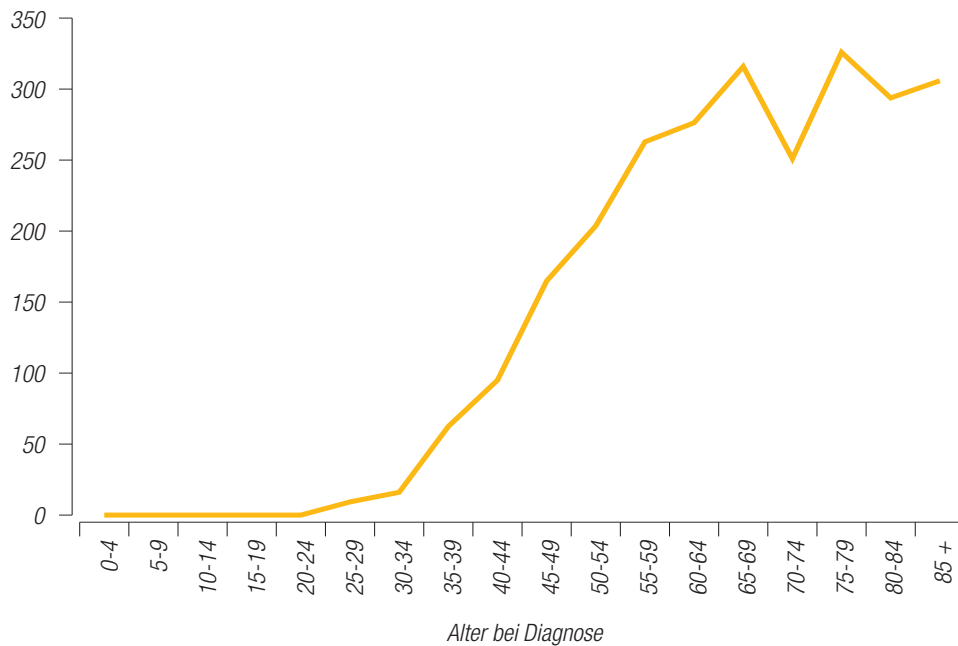


Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Knapp die Hälfte der Tumoren (47,8%) wird bei 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-Untersuchung durch Einladung aufgrund des Landesprogrammes 2003-2005 wurde bei rund 120 Frauen, die sich dem Mammographie-Screening unterzogen, eine Tumorerkrankung diagnostiziert. Deshalb ist es sehr wichtig, die Beteiligung der Frau an einer so wichtigen Initiative für den Gesundheitsschutz mit jedem Mittel zu fördern, da bereits seit geraumer Zeit erwiesen ist, dass sie auf die Sterblichkeitsrate durch Neoplasie in erheblichem Maße Einfluss nehmen kann.

Abbildung 2: Spezifische Inzidenzraten nach Alter (pro 100.000) - Mammakarzinom - Jahre 1999-2003



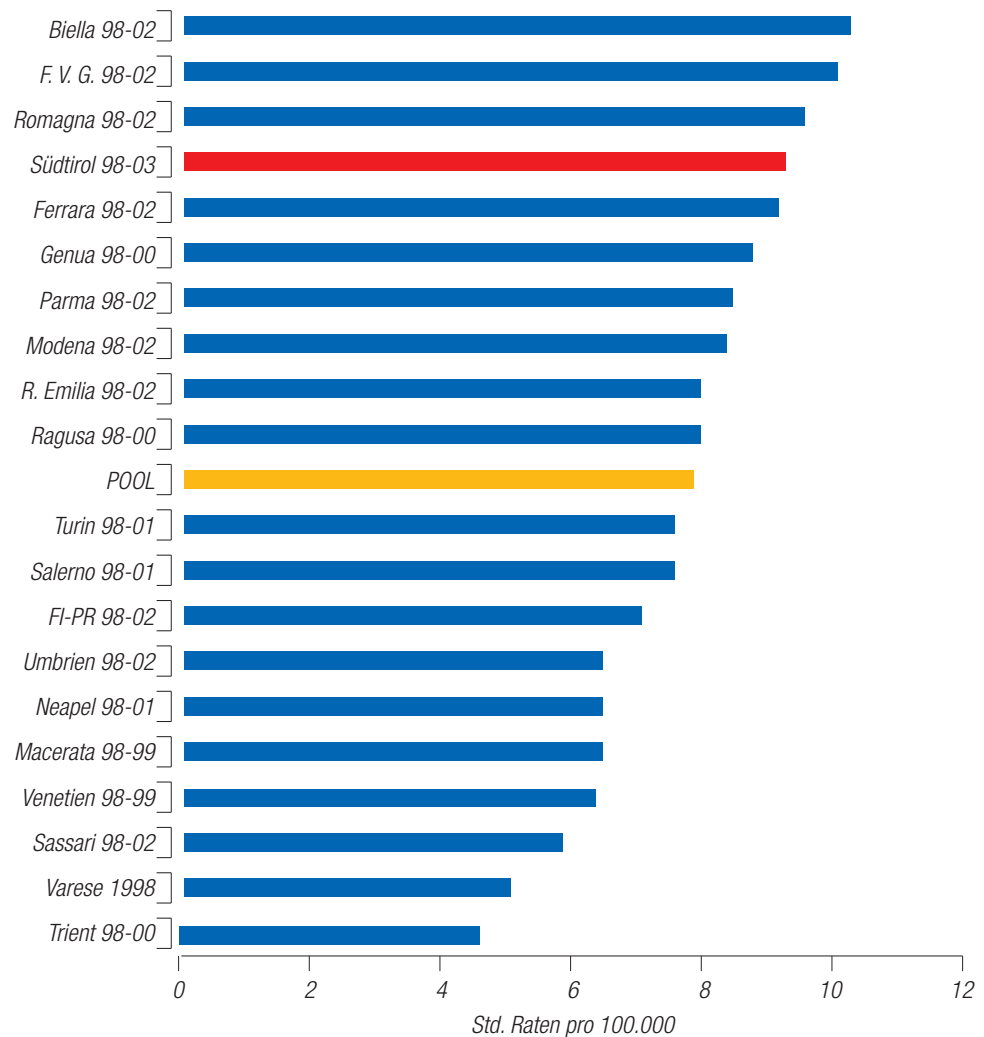
Die Daten 1999-2003 ergeben mehr neue Fälle unter den Einwohnerinnen der Sanitätsbetriebe Bozen und Meran (mit standardisierten Raten von 106,8 bzw. 101,7 Fällen pro 100.000) als unter den Frauen von Brixen (90,7) und Bruneck (88,5).

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 Läsionen erkennt und somit frühzeitig deren Entwicklung in Krebszellen verhindert. Die Prävention durch Screening mit und ohne Einladung wird in Südtirol von 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.

ZERVIXKARZINOM

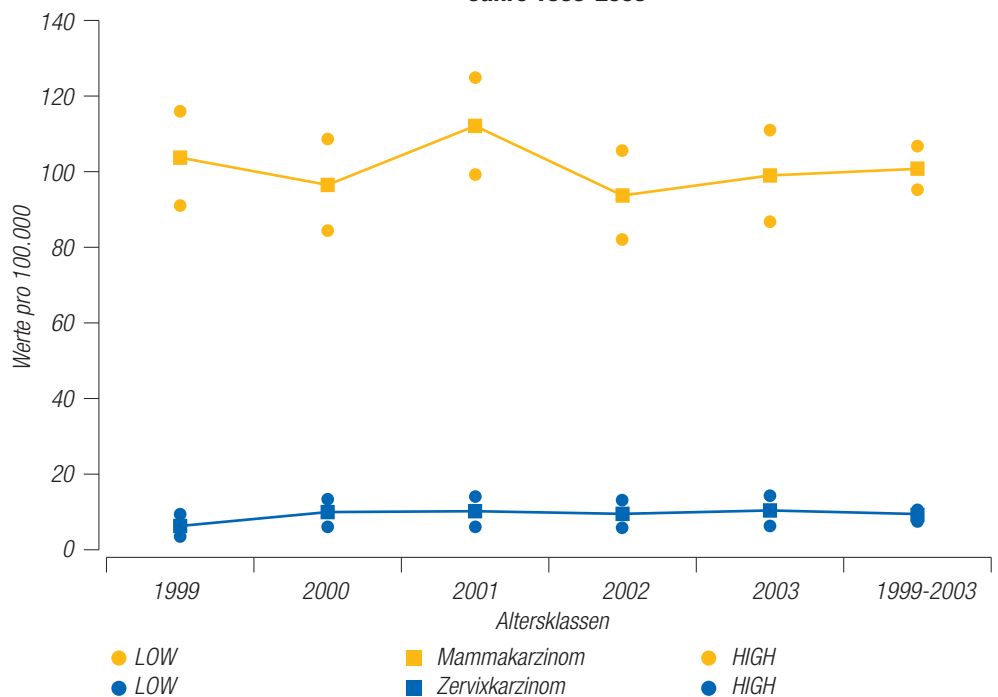
Abbildung 3: Standardisierte Inzidenzraten des Zervixkarzinoms - Frauen - Italien



ZEITLICHER VERLAUF

Für beide Tumorerkrankungen hebt die zeitliche Entwicklung zwischen 1999 und 2003 keine besonderen Trends hervor. Der Verlauf des Zervixkarzinoms ist 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.

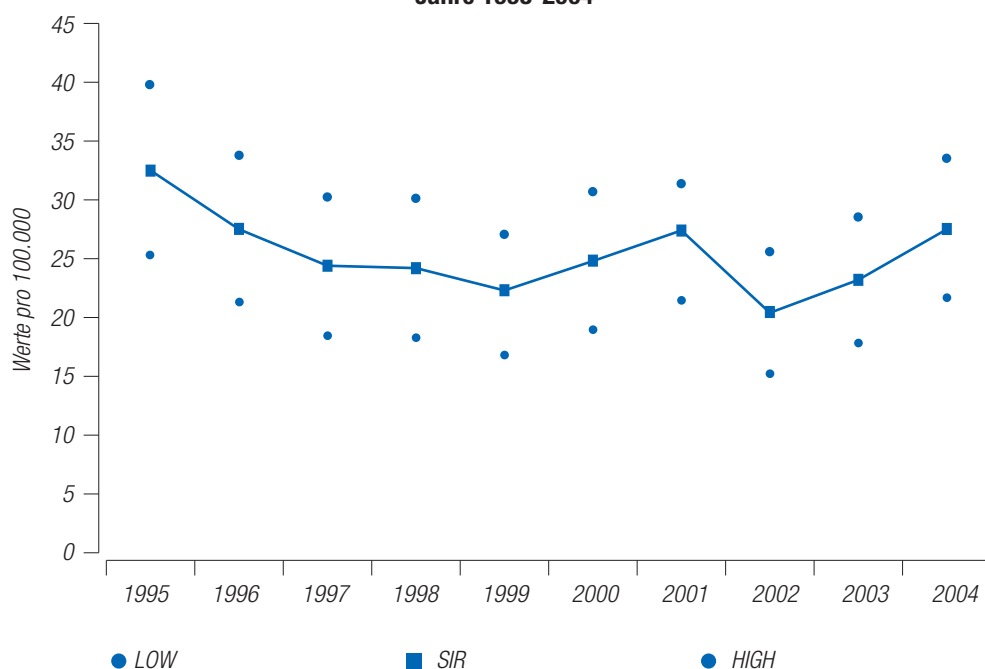
Abbildung 4: **Standardisierte Inzidenzraten - Mammakarzinom und Zervixkarzinom - Frauen - Jahre 1999-2003**



3.2. STERBLICHKEIT AUFGRUND VON BÖSARTIGEN TUMOREN

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 nach einem Rückgang zwischen 1995 und 1999 eine gewisse Variabilität der standardisierten Sterblichkeitsraten in den darauffolgenden Jahren. Die Überlebenschance von 5 Jahren wird auf nationaler Ebene für diesen Tumor auf rund 75% geschätzt und entspricht den europäischen Vergleichswerten.

Abbildung 5: Standardisierte Sterblichkeitsrate - Mammakarzinom -
Jahre 1995-2004



Quelle: Landessterblichkeitsregister

Niedriger sind die Sterblichkeitsraten aufgrund des Zervixkarzinoms: 27 Südtirolerinnen verstarben im Fünfjahreszeitraum 1999-2003, 2 Todesfälle wurde im Jahr 2004 erfasst. Die Überlebenschance ist in allen in den ersten Phasen der Krankheit diagnostizierten Fällen sehr hoch, und sinkt anschließend von 20% auf 65% in den fortgeschrittenen Tumorstadien.

3.3. PROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE 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 vergangenen drei Jahren keinen Paptest in einer Landesgesundheits-einrichtung vornehmen ließen.

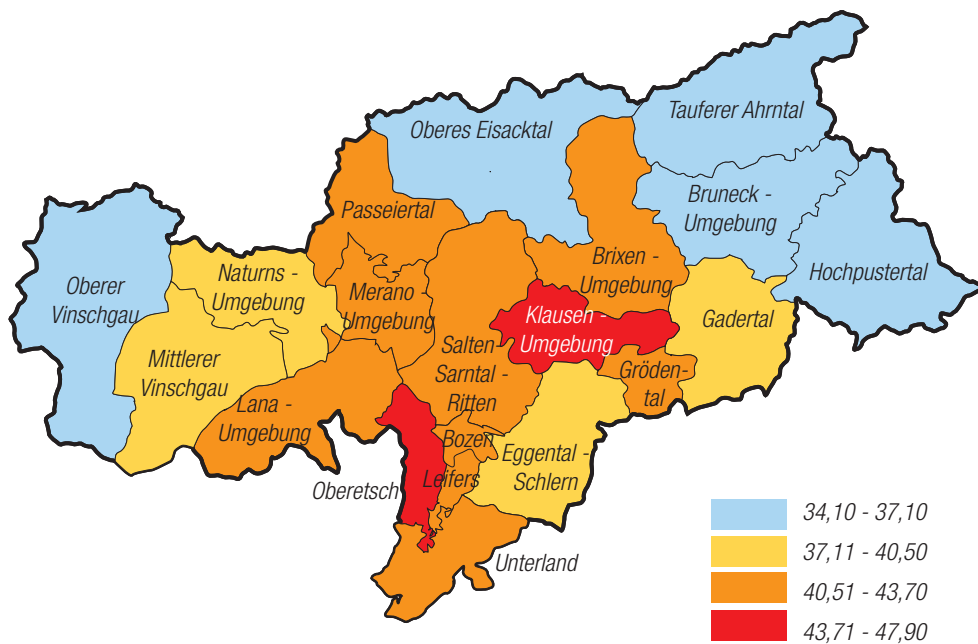
ZIELBEVÖLKERUNG

Im Jahr 2006 wurden 30.361 Frauen eingeladen, am Screening-Programm teilzunehmen: 17.953 Frauen (59,1%) erhielten die Einladung zum ersten Mal, für die restlichen 12.408 (40,9%) handelte es sich um die erste und/oder zweite Aufforderung. Das Verhältnis zwischen den eingeladenen und ansässigen Frauen entspricht auf Landesebene einem Wert von 21,8%.

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 Laufe des Jahres den Paptest spontan vornehmen ließen. Im Jahr 2006 ließen 58.467 Frauen im Alter von 23-65 Jahren mindestens einen Paptest durchführen, was 42,0% der weiblichen Wohnbevölkerung entspricht. Dehnt man die Analyse auf den Dreijahreszeitraum 2004-2006 aus, wird geschätzt, dass für 75,3% Südtirolerinnen im Alter von 20-65 Jahre mindestens eine zytologische Diagnose vorliegt.

LANDES-SCREENING-PROGRAMM

Abbildung 6: Territoriale Verteilung der Teilnehmerquote in der weiblichen Bevölkerung - Jahr 2006



Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

Die Europäische Union erhofft sich für dieses Programm eine Teilnehmerquote nicht unter 85% der Zielbevölkerung. In Italien gelten Flächendeckungsgrade über 65% als annehmbar, der erwünschte Wert sollte über 80% sein.

Aus der im Jahr 2005 anhand einer Stichprobe von in 123 Sanitätsbetrieben ansässigen Frauen durchgeführte PASSI-Studie (Progressi delle Aziende Sanitarie per il Salute in Italia - Fortschritte der Sanitätsbetriebe für die Gesundheit in Italien) geht hervor, dass 70% der Interviewten erklären, in den letzten drei Jahren mindestens 1 Paptest durchgeführt zu haben.

Berücksichtigt man alle Paptests unabhängig von der Einladung und somit vom Screening-Programm, wurden 3 Karzinome und 639 Dysplasien diagnostiziert (1,1% aller durchgeführten Tests); 129 davon waren schwere Dysplasien (0,2% der Tests), in 3,3% der Fälle ergab der Test ein unsicheres Ergebnis und in 0,1% eine Verdachtsdiagnose.

3.4. PROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES MAMMAKARZINOMS

Das Screening des Mammakarzinoms ist in Südtirol 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.

Im Oktober 2005 wurde die zweite Runde des Landesprogramms zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms eingeleitet, das eine Zielbevölkerung von 57.818 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

PAPTEST-ERGEBNISSE

SCREENING-PROGRAMM

PROGRAMMRUNDE

2003-2005

TÄTIGKEIT IM JAHR 2006

bewertet; eine Ausnahme bilden dabei die Mammographien der im Sanitätsbetrieb Brixen ansässigen Frauen, die von den Radiologen der Krankenhäuser Brixen und Sterzing untersucht werden.

Die während der Programmrunde 2003-2005 eingeladene Bevölkerung betrug 98,6% (55.534 Frauen) der Zielbevölkerung.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 32.762 Frauen zur Teilnahme am Programm eingeladen; 20.185 unterzogen sich einem Mammographie-Screening (61,6% der Eingeladenen). 8.832 davon (43,4% der Teilnehmerinnen) gingen nach Erhalt der Einladung zur Kontrolle, 3.660 Frauen (18,0%) ließen bereits vor der Einladung eine Kontrolle durchführen, während 7.863 (38,6%) der zweiten Einladung folgten.

Die unbereinigte Teilnahmequote an der Mammographiekontrolle, berechnet an den eingeladenen Frauen, betrug auf Landesebene 62,1%, wobei diese Daten auch die spontan durchgeführten Kontrollen beinhalten; sie schwankt zwischen 56,1% für den Sanitätsbetrieb Meran und 70,5% für den Sanitätsbetrieb Brixen. Die derzeit von der Italienischen Gruppe für das Mammographie-Screening (GISMa) für diesen Parameter empfohlenen Werte sind $\geq 50\%$ (annehmbar) und $\geq 70\%$ (erwünschenswert).

Auf gesamtstaatlicher Ebene betragen die unbereinigten Teilnahmequoten am Screening der eingeleiteten Programme nach den Angaben des Vierten Berichtes der Nationalen Screening-Beobachtungsstelle (Jahr 2004) 56,4%.

Mit Bezug auf die im Jahr 2006 kontrollierte Bevölkerung wurden in der Screening-Phase insgesamt 52 positive Fälle erfasst. Für die Eingeladenen beträgt die unbereinigte Identifikationsrate (begrenzt auf die Diagnosen mit positiver Histologie) also 2,6 Tumoren pro 1.000 Frauen.

Tabelle 1: Zielbevölkerung und teilnehmende Frauen nach Alter und Art der Mammographie-Programmenteilnahme - Jahr 2006

	Zielbevölkerung	Eingeladene Frauen	Teilnehmende Frauen insges.	% Teilnahmen	Spontane Teilnahme	% spont. Teilnahme	Positiv	Identifikationsrate (pro 1.000)
45-49	5.394	569	357	62,7%	182	51,0%	2	5,6
50-54	13.474	8.312	4.754	57,2%	1.135	23,9%	9	1,9
55-59	13.618	9.235	5.577	60,4%	888	15,9%	10	1,8
60-64	13.037	9.050	5.461	60,3%	775	14,2%	16	2,9
65-69	11.789	5.441	4.068	74,8%	655	16,1%	14	3,4
70-74	506	155	138	89,0%	25	18,1%	1	7,2
INSGES.	57.818	32.762	20.355	62,1%	3.660	18,0%	52	2,6

Quelle: Tumregister Südtirol

4. SCHWANGERSCHAFT UND FAMILIENPLANUNG

Der Anstieg des Durchschnittsalters bei der Entbindung bezeugt vor allem die Tendenz, den Beginn des Fortpflanzungslebens hinauszuschieben, weist aber auch auf eine Rückgewinnung der Fruchtbarkeit im reiferen Alter hin. Folglich wird der Schwangerschaft und Entbindung eine größere Aufmerksamkeit gewidmet, insbesondere aber den Risikofaktoren für die Gesundheit der Mutter, des Fötus und des Neugeborenen.

Für den Schutz der Mutter sind all jene Vorsorgemaßnahmen zu treffen, die den Frauen sowohl während der Schwangerschaft als auch bei der Inangriffnahme der Probleme, die mit dem Schutz ihres Rechts auf eine unbeschwerte und verantwortungsvolle Mutterschaft zusammenhängen, ausreichend Sicherheit bieten.

4.1. GEBURTENRATE

Die 5.618 Geburten des Jahres 2006, die über die Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden, fanden fast ausschließlich an den 8 Geburtsstellen des Landes statt, nur 21 waren Hausgeburten. 50% der Geburten konzentrieren sich in den Krankenhäusern Bozen und Meran. 94,1% der Geburten ereignen sich im Wohnsitzgebiet der Frau.

Tabelle 1: Ort, Anzahl der Geburten und Wohnsitz der Mütter - Jahr 2006

Ort	Anzahl der Geborenen	% an allen Geborenen	Davon in Südtirol Ansässige	% der in Südtirol Ansässigen an allen Geborenen
Krankenhaus Bozen	1.603	28,5	1.482	92,5
Krankenhaus Meran	1.222	21,8	1.202	98,4
Krankenhaus Brixen	757	13,5	749	98,9
Krankenhaus Bruneck	651	11,6	629	96,6
Krankenhaus Sterzing	493	8,8	406	82,4
Krankenhaus Innichen	224	4,0	165	73,7
Krankenhaus Schlanders	379	6,8	377	99,5
Marienklinik	268	4,8	257	95,9
Zu Hause	21	0,4	20	95,2
INSGESAMT	5.618	100	5.287	94,1

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

Die Geburtenrate des Jahres 2006 beträgt 11,1 Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner, was den leichten Geburtenrückgang bestätigt (im Jahr 2000 betrug die Rate 11,7, im Jahr 2005 11,5; Quelle: ASTAT).

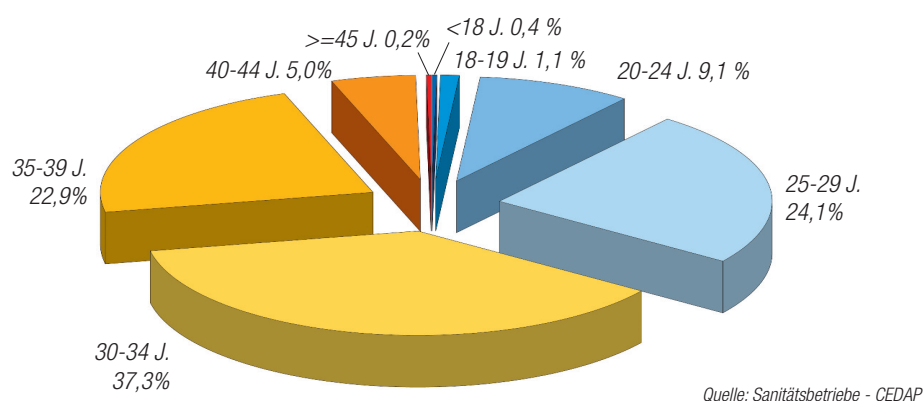
Der Geburtenrückgang ist ein auf gesamtstaatlicher Ebene besorgniserregendes Phänomen; trotz seiner rückläufigen Geburtenrate verzeichnet Südtirol jedoch zusammen mit der Provinz Trient und der Region Kampanien die höchsten Italiens. Im Vergleich zum nationalen Durchschnitt ist diese Situation darauf zurückzuführen, dass Südtirol ein kleines Land in den Alpen ist, wo vor allem in den ländlichen Gebieten die Kultur der Familie, wenngleich in ihren neuen Formen, noch stark verwurzelt ist. Die Entscheidung der Frau, unabhängig ihres Familienstandes, mehrere Kinder zu haben, ist Synonym für mehr Sicherheit und größere wirtschaftliche Unabhängigkeit (denke man nur an die Arbeitslosenrate der Frauen, die deutlich unter den europäischen Durchschnittswerten liegt). Die Lebensqualität in

Südtirol ist hoch; zweifelsohne ermöglicht es das gesamte Netz der Versorgungsdienste auf dem Landesgebiet - von den Gesundheits- zu den Sozialdiensten bis hin zum kulturellen Bereich - der Frau, ihre Rolle als Mutter mit jener der Gattin/Lebensgefährtin und Erwerbstätigen zu vereinen. So kann behauptet werden, dass sich die Frau vom Südtiroler Versorgungssystem „geschützter und umsorgter“ und durch den höheren Wohlstand auch sicherer in ihren Fortpflanzungsentscheidungen fühlt.

4.2. MUTTERSCHAFTSALTER UND FAMILIENSTAND

Die weibliche Bevölkerung im fruchtbaren Alter zählte zum 31. Dezember 2006 (zwischen 15 und 49 Jahren) 116.468¹ Frauen: 34,9% davon waren zwischen 15 und 29 Jahre alt, 33,1% zwischen 30 und 39 Jahre und 32,0% zwischen 40 und 49 Jahre. Die fortlaufende Alterung der weiblichen Bevölkerung (gegenüber 1995 ist ein Rückgang von knapp 10% gegenüber den jungen Frauen im fruchtbaren Alter zu verzeichnen) wird auch vom ständig ansteigenden Mutterschaftsalter der letzten Jahre bestätigt. Das Alter der Mütter bei der Entbindung nahm in Südtirol von 27,8 des Jahres 1980 auf 31,8 im Jahr 2006 zu und beträgt 29,5 für die ausländischen Frauen und 32,2 für die italienischen Staatsbürgerinnen. Das höhere Durchschnittsalter der Mütter aufgrund von zeitlich verschobenen Fortpflanzungsentscheidungen ist eine Folge der neuen Familienstrukturen und Lebensstile, die der höhere Bildungsgrad und die größere Teilnahme der Frauen am Arbeitsleben mit sich bringen. Die Daten zu den verschiedenen Altersklassen zeigen, dass im Jahr 2006 1.573 Frauen (28,0% aller Gebärenden) ein Alter bei der Entbindung von 35 Jahren oder höher aufwiesen. Andererseits ist natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit zu widmen: die Anzahl der Entbindungen von Frauen im Alter zwischen 14 und 20 Jahren beträgt 83, was 1,5% aller Entbindungen ausmacht. Dabei handelt es sich um eine soziale Gruppe, die besondere Schwierigkeiten bei der Entwicklung des eigenen persönlichen Wachstums und mit der Rolle als Eltern hat, mit objektiven Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen.

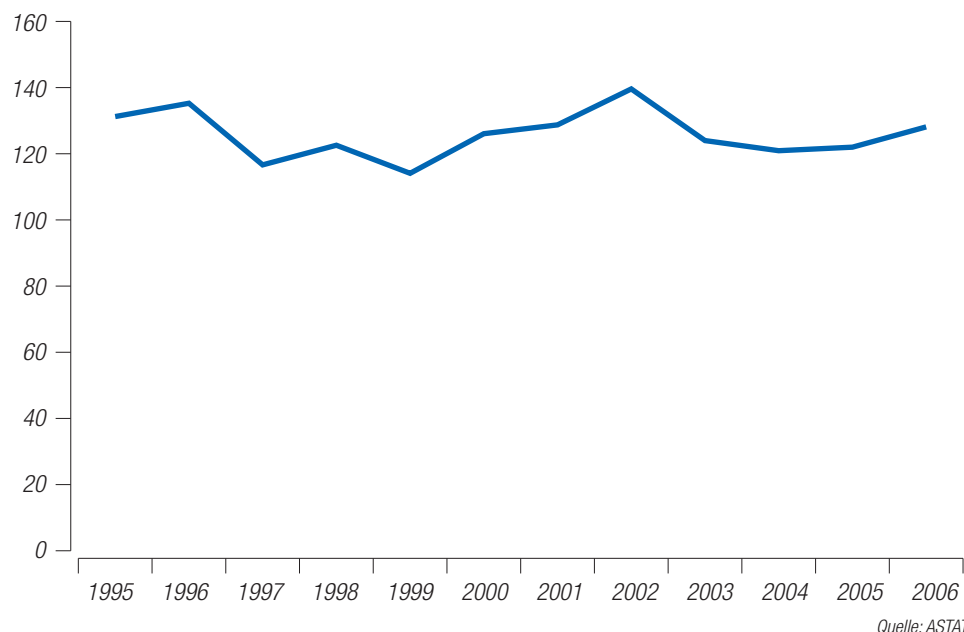
Abbildung 1: Verteilung in Prozent der Frauen nach Mutterschaftsalter - Jahr 2006



Das zunehmende Durchschnittsalter bei der Entbindung stellt einen der größten Risikofaktoren für Fehlgeburten dar. Nach einem Spitzenwert im Jahr 2002 und einem Rückgang in den darauffolgenden Jahren verzeichnet das Phänomen im Jahr 2006 erneut einen Anstieg mit einer Fehlgeburtenrate von 128 pro 1.000 Geborene.

¹ Quelle ASTAT

Abbildung 2: Fehlgeburtenrate - Südtirol - Jahre 1995-2006

**FAMILIENSTAND**

Die Daten der Geburtsbescheinigung besagen, dass 59,2% der in Südtirol entbindenden Frauen verheiratet sind, 38,8% ledig, 1,9% getrennt oder geschieden und 0,1% verwitwet. Vergleicht man die Daten über den Familienstand mit den gesamtstaatlichen Werten (83,4% verheiratete Frauen im Jahr 2004 in Italien), ergibt sich, dass immer mehr Südtirolerinnen Kinder außerehelich gebären: diese Entscheidung kann zu einer höheren Fragilität der Familie im Vergleich zu einer ehelichen Situation führen und verbreitet sich also dort verstärkt, wo die Frauen wirtschaftlich unabhängiger sind.

Tabelle 2: Verteilung in Prozent der Mütter nach Familienstand - Jahr 2006

	Familienstand		
	Unverheiratet	Verheiratet	Getrennt, geschieden, verwitwet
A.P. Bozen	38,8	59,2	2,0
Italien (2004)	14,0	83,4	2,6

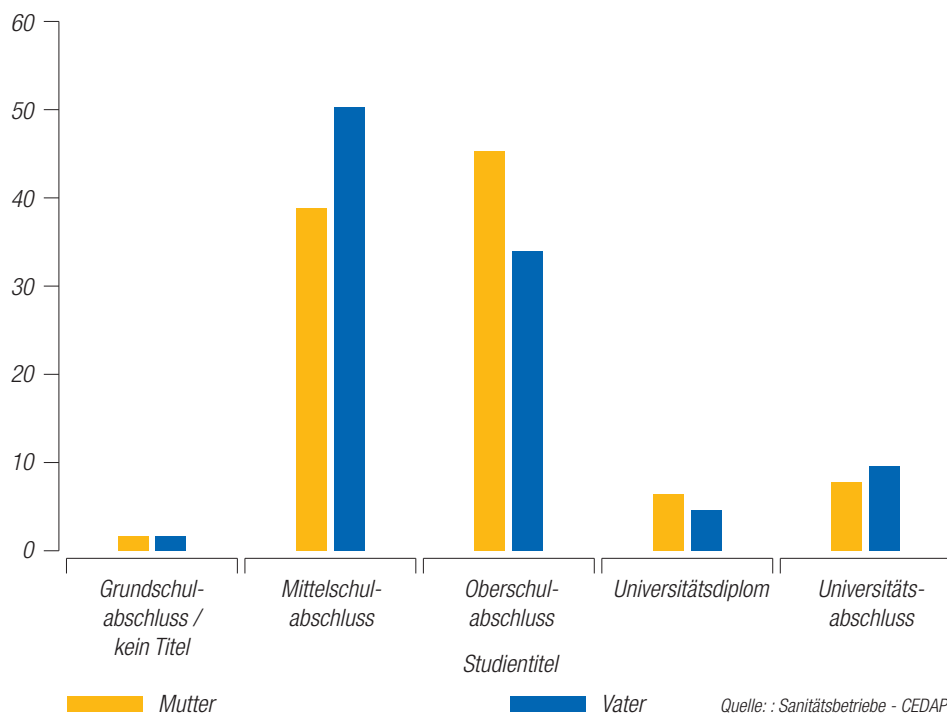
Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP, Gesundheitsministerium

BILDUNGSGRAD**4.3. BILDUNGSGRAD UND BESCHÄFTIGUNGS-LAGE**

Der Bildungsgrad der Mütter kann sowohl den Zugang zu den Diensten als auch die Art der Versorgung des Fötus und des Neugeborenen beeinflussen und spielt damit eine ausschlaggebende Rolle: es ist ein international anerkannter, wichtiger Faktor in nicht nur wirtschaftlich schwierigen Lebenslagen.

Den Daten der Geburtsbescheinigung zufolge besitzen 40,5% der Mütter, die an Südtiroler Geburtsstellen entbunden haben, einen Bildungsgrad gleich oder unter dem Mittelschulabschluss (2 von 5 Frauen), 45,3% besitzen ein Oberschuldiplom, 14,2% einen Universitätsabschluss. In Bezug auf den Bildungsgrad der Väter weisen diese in höheren Anteilen einen mittel-niedrigen Bildungsgrad als ihre Lebensgefährtinnen auf, mit 51,8% (jeder Zweite) Mittelschulabschlüssen oder mit niedrigerem Bildungsgrad.

Abbildung 3: Verteilung in Prozent der Eltern nach Bildungsgrad - Jahr 2006



Aus dem CedAP-Bericht geht hervor, dass 73,9% der Mütter, die ihr Kind im Jahr 2006 in Südtirol zur Welt brachten, eine Arbeit hatten (21,3% sind in der öffentlichen Verwaltung angestellt, 14,7% sind im Handel/Tourismus tätig), während 20,8% Hausfrauen und 2,5% arbeitslos sind. In Bezug auf die Beschäftigungslage haben 97,4% der Väter eine Arbeit. Die Zahl der von arbeitslosen Eltern oder Eltern auf der Suche nach Erstanstellung oder Studenten Geborenen beträgt 92 (1,6%).

BESCHÄFTIGUNGS-LAGE

457

Tabelle 3: Verteilung in Prozent der Eltern nach Beschäftigungslage - Jahr 2006

	Beschäftigungslage	
	Mutter	Vater
Beschäftigt	73,9	97,4
Arbeitslos	2,5	0,5
Auf der Suche nach Erstanstellung	-	0,1
Student/in	1,3	0,4
Hausfrau	20,8	0,2
Sonstige Lage	1,5	1,4

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

4.4. SCHWANGERSCHAFT

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

Die durchschnittliche Anzahl der Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft betrug im Jahr 2006 6,7. Die Weltgesundheitsorganisation unterbreitet hierzu ein Versorgungsmodell, das für wenig risikobehaftete Schwangerschaften durchschnittlich 4 Schwangerschaftsvisiten vorsieht. 58,1% der Mütter nahmen die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche vor, also sehr früh.

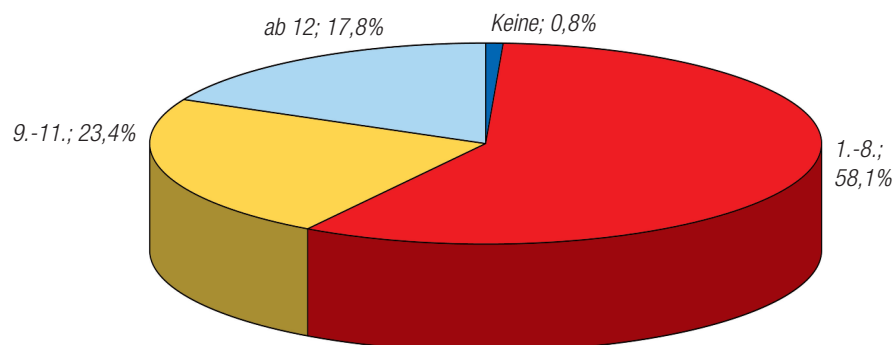
KONTROLL-
UNTERSUCHUNGEN

ULTRASCHALLVERFAHREN

PRÄNATALDIAGNOSTIK

ART DER ENTBINDUNG

Abbildung 4: Zeitpunkt (in Wochen) der ersten Schwangerschaftsvisite - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

Das Ultraschallverfahren ist die gebräuchlichste Technik zur Untersuchung des Fötus; im Jahr 2006 ließ in Südtirol jede Frau durchschnittlich 4,4 Ultraschalluntersuchungen vornehmen, in Übereinstimmung mit den vom Gesundheitsministerium empfohlenen Werten von 3. Allgemein werden während der Schwangerschaft jedoch mehr Diagnostiken vorgenommen, als es die evidenzbegründete Pflege vorschreibt. Dies weist auf eine übermäßige Medikalisierung während der Schwangerschaft und auf unzureichend differenzierte Protokolle zwischen physiologischen Schwangerschaften und Risikoschwangerschaften hin, mit folgender möglicher Umwandlung der Schwangerschaft und Geburt von natürlichen Ereignissen in pathologische Situationen.

Die Zahl der Frauen, die im Jahr 2006 in Südtirol entbunden haben und mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen, beträgt 619 (11,0%). 4,7% ließen eine Amniozentese vornehmen, 2,9% eine Chorionbiopsie. Im Vergleich zu den gesamtstaatlichen Werten unterzogen sich anteilmäßig jedoch nur wenige Südtirolerinnen einer Amniozentese (17,0% auf Staatsebene im Jahr 2004). Bei den Frauen im Alter über 35 Jahren (Risikofaktor, aufgrund dessen der Eingriff angeboten wird) ist eine invasive Pränataldiagnostik in 24,9% der Fälle zu beobachten.

Tabelle 4: Verteilung der Geburten nach Pränataldiagnostik und Alter der Mutter - Jahr 2006

Alter	Pränataldiagnostik							
	Amniozentese		Chorionbiopsie		Fetoskopie/ Chordozentese		Mindestens ein Eingriff	
		%		%		%		%
Frauen < 35 Jahre	61	1,5	25	0,6	157	3,9	236	5,8
Frauen ≥ 35 Jahre	205	13,1	137	8,7	56	3,6	383	24,9
INSGESAMT	266	4,7	162	2,9	213	3,8	619	11,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

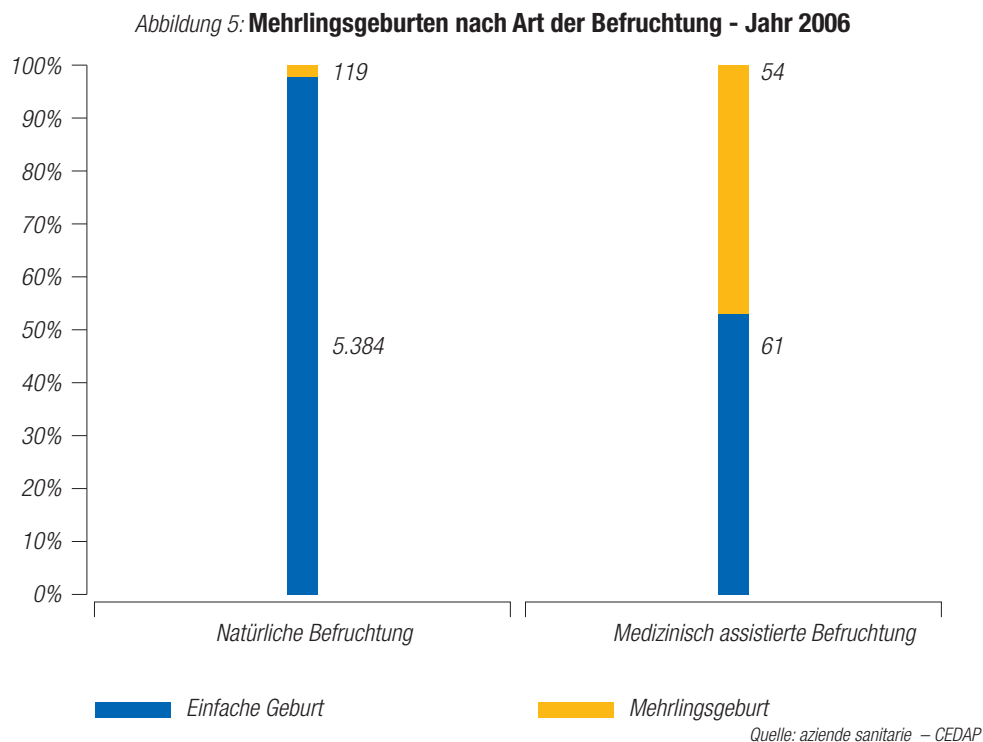
4.5. ENTBINDUNG

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung kennzeichnet sich Südtirol durch eine gewisse Stabilität in Bezug auf die Kaiserschnitte (25,2%² im Jahr 2005 und 25,5% im Jahr 2006), während im restlichen Italien diese Entbindung eine fortlaufende Zunahme verzeichnet. Damit liegt der Anteil in Südtirol stark unter den gesamtstaatlichen Werten (36,4% in Italien

² Datenquelle: CedAP (Geburtsbescheinigung)

im Jahr 2004) und bringt sowohl geringere Todesrisiken für die Mutter als auch wirtschaftliche Vorteile für die öffentlichen Dienste aufgrund des hohen finanziellen Aufwandes des chirurgischen Eingriffs mit sich. Die von der WHO empfohlenen Werte für die Kaiserschnitte betragen rund 10-15%.

Bei 69,4% der Entbindungen des Jahres 2006 handelte es sich um eine Vaginalgeburt, bei 5,1% um eine operative Entbindung (Vakuumextraktion mit Saugglocke oder Geburtszange).



Mehrlingsgeburten gab es 3,1% aller Geburten (173 Zwillingsgeburten bei insgesamt 357 geborenen Kindern). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der medizinisch assistierten Befruchtung, beträgt 47,0% (115 Frauen, entspricht 2,0% aller entbindenden Mütter, die 2006 auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurückgegriffen haben, gegenüber 1,2% auf nationaler Ebene im Jahr 2004).

In 85,8% der Fälle wohnte eine Vertrauensperson der Frau der Entbindung bei, die in 96,3% der Fälle der Vater des Kindes war, in 2,9% der Fälle ein Familienangehöriger und in 0,8% eine andere Vertrauensperson. Die Anwesenheit einer Vertrauensperson während der Geburt ist ein wichtiger Faktor des emotionalen Beistands. Frauen mit einer frühzeitigen und ständigen Unterstützung während der Entbindung, vor allem seitens Personen, die nicht zum Krankenhausteam gehören, greifen weniger häufig zu Analgetika.

4.6. FAMILIENPLANUNG

Für den demographischen und sozialen Bereich sind verstärkt 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,

MEHRLINGSGEBURTEN

459

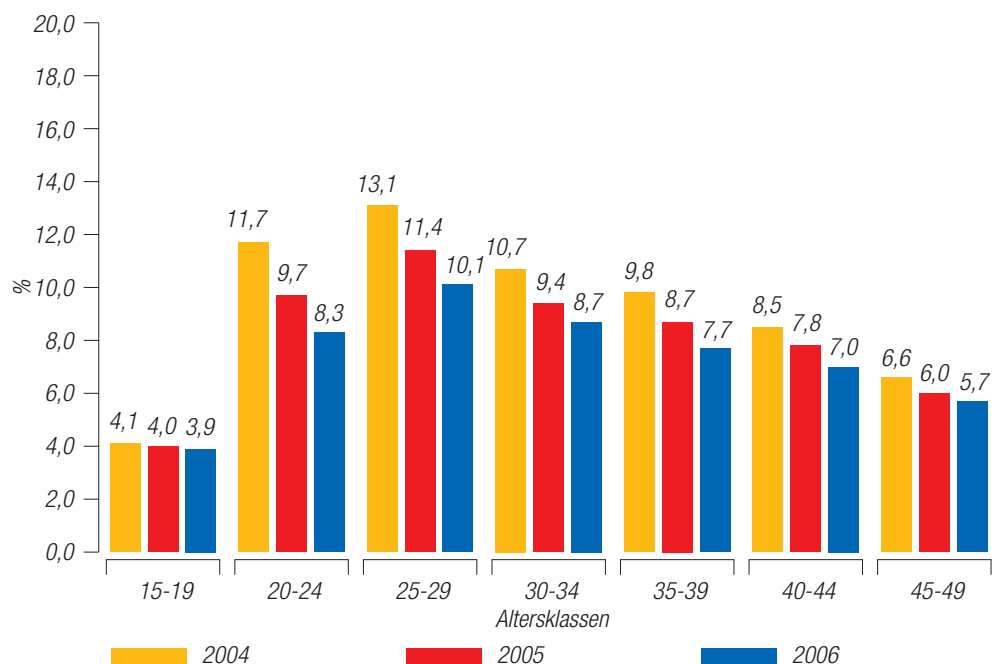
ANWESENHEIT VON
VERTRAUENSPERSONEN
IM KREISSAAL

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 durch einen 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 anspruchsvollen und verantwortungsvollen Arbeit ausüben, oft auf sehr sichere Arten der Verhütung zurückgreifen (Pille, Spirale oder, nach einem gewissen Alter und einer bestimmten Anzahl von Kindern, Sterilisation).

In Bezug auf die vom NGD erlaubten oralen Kontrazeptiva betrug der Anteil der Südtirolerinnen im fruchtbaren Alter, welche die Pille verwendeten, 2006 7,4% bei insgesamt rund 82.000 Packungen. Der höchste Prozentsatz fällt dabei in die Altersklasse 25-29 Jahre. Dieser Wert ist in den letzten Jahren ständig rückläufig: von 9,4% Frauen in fruchtbaren Alter, welche im Jahr 2004 die Pille verwendeten, auf 8,3% im Jahr 2005. Mit der verminderten Verwendung von oralen Kontrazeptiva geht jedoch kein Anstieg der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche einher, die in den letzten konstant blieben und von 2005 bis 2006 sogar einen Rückgang verzeichneten.

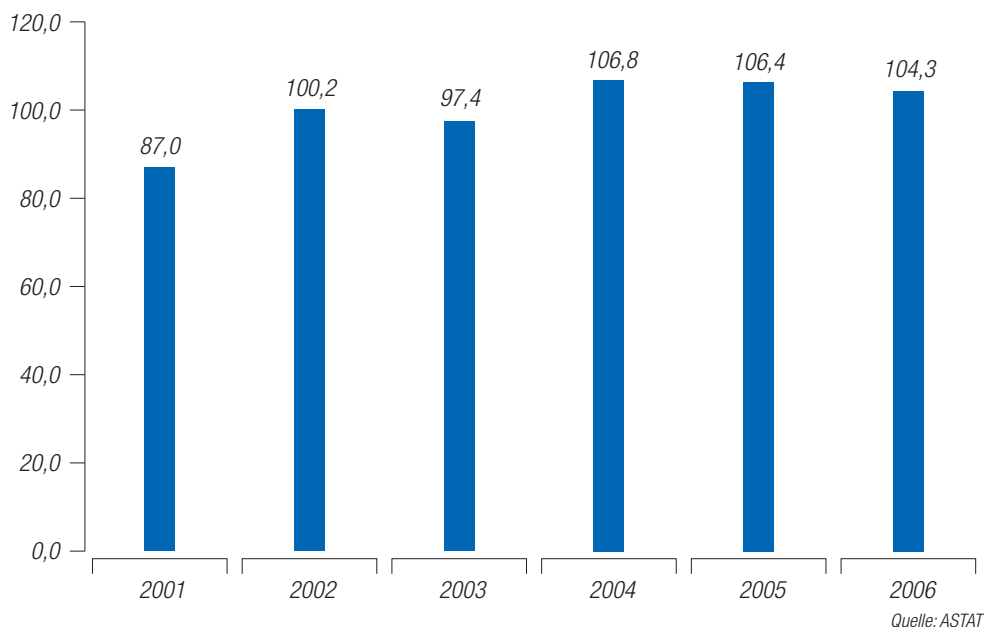
Abbildung 6: **Prozentsatz der Südtirolerinnen, die orale Kontrazeptiva verwenden - Jahre 2004-2006**



Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Ein Vergleich der Jahre 2001 und 2006 ergibt für Südtirol einen Anstieg der Abtreibungsrate von 19,9% (von 87,0 auf 104,3 pro 1.000 Lebendgeborene), wenngleich diese Werte immer noch weit unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegen.

Abbildung 7: **Abtreibungsrate - Südtirol - Jahre 2001-2006**



3,2% der Frauen, die 2006 ein Kind zur Welt brachten, hatten bereits einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch hinter sich: bei 84,4% war es ein einziger Abbruch, bei 13,4% waren es zwei Abbrüche und bei den restlichen 2,2% drei oder mehrere Abbrüche vor der letzten Entbindung.

Tabelle 5: **Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche vor der letzten Entbindung nach Alter der Mutter - Jahr 2006**

Alter	Anzahl der freiwilligen Schwangerschaftsabbrüche			
	1	2	3	3+
Frauen <35 Jahre	101	11	2	1
Frauen ≥35 Jahre	50	13	-	1
INSGESAMT	151	24	2	2

Quelle: Sanitätsbetriebe - CEDAP

4.7. PRÄVENTION

Die Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind gehört zu den prioritären Vorhaben der Gesundheitspolitik des Landes. Die besondere Aufmerksamkeit, welche die Gesundheitsdienste in den letzten 20 Jahren der Pränatalzeit schenkten, spiegelte sich positiv auf die epidemiologischen Daten wider. Im Vergleich mit anderen italienischen Regionen und autonomen Provinzen besitzt Südtirol eine der höchsten Geburtenraten, eine sehr niedrige Kindersterblichkeitsrate und ein um die Hälfte reduziertes Sterblichkeitsrisiko bei der Geburt. Die natürlichen Entbindungen kommen - trotz des relativ hohen Alters der Mütter - häufiger als im restlichen Italien zur Anwendung. Zusätzlich zum Neugeborenen-Screening und

**FREIWILLIGER
SCHWANGERSCHAFTS-
ABBRUCH**

den gesundheitlichen Routinekontrollen wurde im Oktober 2006 ein Neugeborenen-Screening für die Frühdiagnose und Behandlung von 16 Stoffwechselkrankheiten eingeführt. Ein weiterer wichtiger Aktionsbereich ist die Förderung der gesunden Ernährung von schwangeren Frauen und Kindern. Während der Schwangerschaft werden die Mütter über eine ausgewogene Ernährung und den Mangel an wichtigen Mikronährstoffen (Folsäure) zwecks Gesundheitsförderung und Prävention aufgeklärt. Die Anwesenheit des Neugeborenen im Zimmer der Mutter nach der Entbindung stellt eine verbreitete Praktik dar (52% gegenüber dem italienischen Durchschnitt von 33%). Auch die Brusternährung ist verbreitet: 78% der Kinder werden bis zu drei Lebensmonaten gestillt (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 63%) und 54% bis zum Alter von sechs Monaten (italienischer Durchschnitt: 31%). In Südtirol wurden 3 der 7 Krankenhäuser (Meran, Brixen und Sterzing) von der UNICEF als bruster-nährungsfördernde Krankenanstalten zertifiziert; außerdem werden im gesamten Landesgebiet sowohl spezifisches Aufklärungsmaterial als auch Post-Partum-Kurse angeboten. Die Versorgung wird mit Initiativen zur Förderung der gesunden Ernährung der Kinder ergänzt. Wissenschaftlich aktuelle und gleichzeitig sehr verständliche Informationen über das Abstillen und eine gesunde Ernährung werden vom Landesressort für Gesundheit erarbeitet und von Kinderärzten, Allgemeinmedizinerinnen und Krankenpflegern der lokalen Gesundheitssprengel verteilt.

BIBLIOGRAPHIE

- AIFA. *Nationales Handbuch der Medikamente*, 2005.
 ASSR. *Monitor* 12, 2005. *Donne e Farmaci*, 59-62.
 ASTAT. *Bevölkerungsentwicklung in Südtirol*, 2006.
 ASTAT. *Statistisches Jahrbuch für Südtirol*, 2006.
 ASTAT. *Tabellensammlung. Mehrzweckerhebung der Haushalte*, 2006.
 ASTAT. *Erwerbstätige und Arbeitssuchende in Südtirol, 2002-2006*.
 ASTAT. *Demographische Entwicklung in Südtirol*, 2006.
 ASTAT. *Freiwillige Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten in Südtirol*, 2006.
 Commission of the European Communities. *The state of women's health in the European Community*, Brüssel 1997.
 EUROSTAT. <http://www.eurostat.com//>
 IOM. *Report annuale, Understanding the biology of sex and gender differences*
 ISTAT. *Approfondimenti, Le statistiche di genere*, 2007.
 ISTAT. <http://demo.istat.it//>
 Gesundheitsministerium. *Nationaler Gesundheitsplan 2006-2008*.
 Gesundheitsministerium. *Certificato di assistenza al parto, Analisi dell'evento nascita*, 2004.
 WHO. (Abteilung Gesundheit für die Frau), *Gender and Health*.
 OSMED. *L'uso dei farmaci in Italia*, 2004.
 Ministerpräsidentenschaft, *Nationale Kommission für die Chancengleichheit. Kit Candidata*.
 Provincia di Torino. *Quaderni della Salute nr.2, La salute delle donne*, 2005.
 Regione Emilia Romagna. *Crescere in Emilia Romagna, Anno 2005, Cap. 5.3*.
 Abteilung Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen. *ICONA-Studie*, 2003.



Anhang

Das Ausländerprofil

Das Ausländerprofil

In den letzten 20 Jahren nahm das Phänomen der Einwanderung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union zunehmende Ausmaße an. Den vom Ministerium für Soziale Solidarität in „Viaggio nell'Italia dell'immigrazione“ (Reise durch das Italien der Immigration) veröffentlichten Daten zufolge nahm Europa im Jahr 2005 34% aller Migranten auf, rund 56 Millionen Menschen, einschließlich der Personen aus der ehemaligen UdSSR. Neben der legalen Einwanderung kommen jedes Jahr laut Schätzungen ca. 500.000 illegale Einwanderer nach Europa.

In Italien betrug die ausländische Wohnbevölkerung zum 1. Januar 2006 rund 2,67 Millionen Personen, zu denen die ansässigen Minderjährigen hinzukommen, die keine eigene Aufenthaltsgenehmigung besitzen und ca. 70.000 betragen, sowie ein Anteil an illegalen Einwanderern von rund 250.000-350.000 bei insgesamt über 3 Millionen Ausländern.

Angesichts der Verschärfung der Lage wurden in Europa und Italien erst kürzlich Politiken eingeleitet, die auf die Integration dieser neuen Bürger abzielen. Im Gesundheitsbereich entwickelte sich der nationale Gesetzesrahmen beträchtlich fort: das Gesetz Nr. 33/1980 sah als erste Etappe des Entwicklungsprozesses Sonderbestimmungen vor, die der ausländischen Bevölkerung auf dem Staatsgebiet dringende Gesundheitsbehandlungen garantierten; das Gesetz Nr. 40/1998 über den Einheitstext über die Immigration, genehmigt mit Legislativdekret Nr. 286/1998 und die diesbezügliche Verordnung, genehmigt mit DPR Nr. 394/1999, regeln das derzeitige Rechtssystem der gesundheitlichen Versorgung zugunsten der Ausländer auf dem Staatsgebiet. Die in diesen Maßnahmen enthaltenen Bestimmungen sehen die gesundheitliche Versorgung nach vier Richtlinien¹ vor:

1. Volle Gleichberechtigung gegenüber den italienischen Staatsbürgern in Bezug auf das Recht auf Versorgung und die Beitragspflicht für:
 - die regulär in Italien anwesenden Ausländer, welche nichtselbstständig oder selbstständig beschäftigt sind;
 - die Ausländer mit regulärer Aufenthaltsgenehmigung oder jene, die den Antrag auf Aufenthalt gestellt haben (...);
2. Die Pflicht für die Ausländer mit regulärer Aufenthaltsgenehmigung (welche nicht beim NGD eingetragen sind, weil sie nicht zu den vorhergehenden Kategorien gehören), sich auf eigene Kosten bei einer Versicherungsgesellschaft zu versichern oder sich beim NGD zu den besonderen Beitragsbedingungen, die von der Ministerialverordnung vom 8. Oktober 1986 vorgesehen sind, einzutragen;
3. Die Erbringung von dringenden oder Mindestkrankenhausleistungen zugunsten von Ausländern, die nicht den Bestimmungen der Einwanderungs- und Aufenthaltsgesetze entsprechen;
4. Die Erbringung von unentgeltlichen gesundheitlichen Leistungen zugunsten von irregulären oder illegalen Einwanderern, falls sie über keine wirtschaftlichen Ressourcen verfügen, ausgenommen die Kostenbeteiligung wie für die italienischen Staatsbürger. Folglich sind die Ausgaben für die dringenden oder Mindestkrankenhausleistungen zu Lasten des Innenministeriums; in den anderen Fällen übernehmen die lokalen Sanitätsbetriebe, in denen die Leistungen erbracht werden, die Kosten, die ihnen vom Nationalen Gesundheitsfond zurückerstattet werden.

Die verfügbaren Gesundheitsdaten betreffen die ansässige ausländische Wohnbevölkerung, die wie die italienischen Staatsbürger in den Datenbanken der Versorgungsberechtigten und Versorgten erfasst wurde.

¹ Monitor 18 - Einwanderer und Gesundheitsversorgung - Agentur für Regionale Gesundheitsdienste

In diesem Teil des Gesundheitsberichts wird das Profil der gesundheitlichen Versorgung seitens des Landesgesundheitsdienstes zugunsten der ausländischen Wohnbevölkerung vorgestellt; ein Absatz ist dem Pilotprojekt gewidmet, das der Sanitätsbetrieb Bozen in Bezug auf die Einrichtung eines ambulanten Dienstes für irreguläre bzw. illegale Einwanderer im Zweijahreszeitraum 2005-2006 durchgeführt hat.

Zum 31.12.2006 waren in Südtirol 28.394 ausländische Bürger ansässig, was 5,8% der gesamten Wohnbevölkerung entspricht; 4.014 davon stammen aus Albanien, 2.432 aus Marokko, 2.222 aus Serbien-Montenegro und 7.383 aus anderen EU-25-Staaten. Die ausländische Bevölkerung, vor allem jene aus Nicht-EU-Staaten, setzt sich vorwiegend aus Männern zwischen 18 und 49 Jahren zusammen. Im Vergleich zu den italienischen Staatsbürgern verzeichnet die ausländische Bevölkerung eine hohe Geburtenrate (19,3 Geborene pro 1.000 Einwohner gegenüber 10,7 für die italienischen Bürger).

Die chronischen Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung betreffen neben Hypertonie und Kardiopathie an den ersten beiden Plätzen den Diabetes in der asiatischen und afrikanischen Bevölkerung und die Bronchopathie in der amerikanischen und afrikanischen Bevölkerung. Die Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung seitens der ausländischen Wohnbevölkerung ist geringer als jene der italienischen Bürger; die Hospitalisierungsrate beträgt 168,3 Aufenthalte pro 1.000 Ansässige; durchschnittlich nahm jeder ausländische Bürger im Jahr 2006 9,5 ambulante Leistungen in Anspruch und 3,7 Medikamentenpackung ein.

Über 40% der Aufenthalte seitens ausländischer Bürgerinnen betrafen die MCD Schwangerschaft, Geburt und Puerperium, während die Männer am häufigsten aufgrund von Traumata und Krankheiten des Gastrointestinaltraktes Krankenhausaufenthalte beanspruchten. Zu den fachärztlichen Leistungen zugunsten ausländischer Bürger gehören an erster Stelle die Geburtshilfe-/gynäkologischen Leistungen, ärztliche Visiten und zahnärztliche/stomatologische Leistungen, während für die Pharmakotherapien insbesondere allgemeine Antimikrobika zur systematischen Verabreichung und Medikamente für den Respirationstrakt verschrieben wurden.

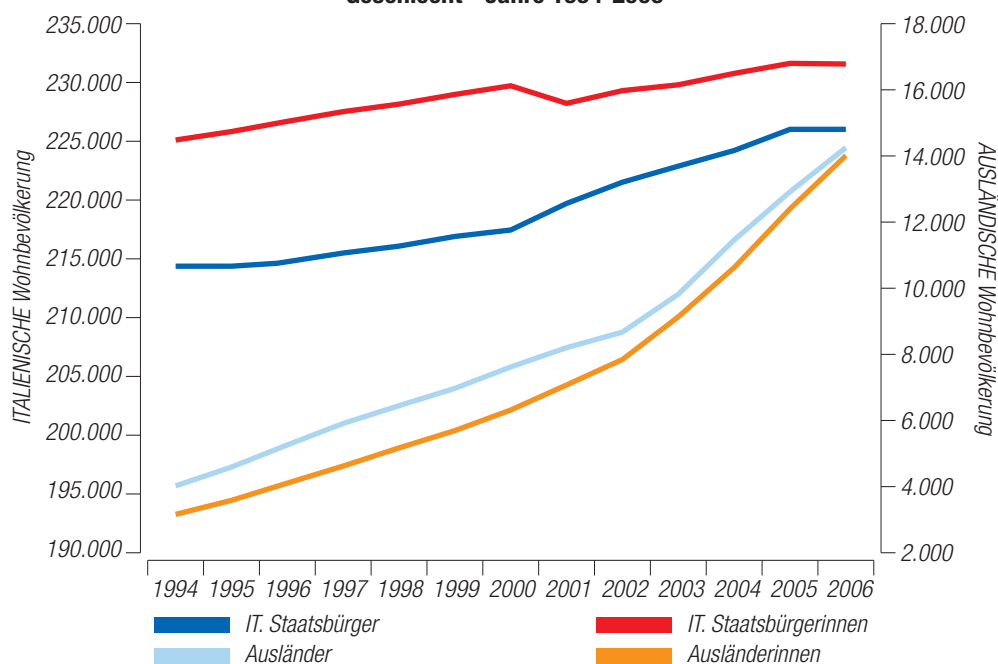
1. AUSLÄNDISCHE WOHNBEVÖLKERUNG

1.1. STRUKTUR DER AUSLÄNDISCHEN BEVÖLKERUNG

Nach den vom Landesamt für Statistik veröffentlichten Daten zählte die ausländische Wohnbevölkerung Südtirols zum 31.12.2006 28.394 Personen, davon 7.464 (26,3%) aus EU-25-Staaten und 20.930 (73,7%) aus Nicht-EU-Staaten.

In den letzten 12 Jahren verzeichnete die ausländische Wohnbevölkerung einen Gesamtzuwachs von 300%, mit einem Anstieg von 7.000 des Jahres 1994 auf über 28.000 im Jahr 2006. Der größte Zuwachs wurde im Dreijahresraum 2003-2005 mit Anteilen über 14,5% vermerkt; gegenüber 2005 beträgt der Anstieg des Jahres 2006 2.928 Personen, was 11,5% entspricht.

Abbildung 1: Verteilung der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung nach Geschlecht - Jahre 1994-2006



Quelle: ASTAT - Statistisches Jahrbuch für Südtirol, ASTAT-Info Ausländer in Südtirol 2006

Die Entwicklung der ausländischen Bevölkerung nach Geschlecht zeigt im Gegensatz zu den italienischen Bürgern einen geringeren weiblichen Anteil trotz der rückläufigen Differenz in den letzten Jahren; 2006 betrug der Anteil der Frauen 49,5%, was darauf hindeutet, dass sich die ausländische Bevölkerung in Südtirol stabilisiert.

In Bezug auf die gesamte Wohnbevölkerung zum 31.12.2006 beträgt der Anteil der ausländischen Bevölkerung in Südtirol 5,8%; in einem Vergleich mit den anderen italienischen Regionen des Jahres 2005 platziert sich Südtirol auf der Hälfte der Rangliste, vor den Regionen Norditaliens mit Werten knapp über dem nationalen Durchschnitt.

ENTWICKLUNG DER
AUSLÄNDISCHEN
BEVÖLKERUNG VON
1994 BIS 2006

AUSLÄNDER IN ITALIEN

AUSLÄNDER IN EUROPA

Tabelle 1: **Gesamte und ausländische Wohnbevölkerung nach italienischer Region zum 31.12.2005 - Werte in Tausend**

Region	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%	Region	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%
Lombardei	9.475	666	7,0%	Ligurien	1.610	74	4,6%
Emilia Romagna	4.188	289	6,9%	ITALIEN	58.752	2.671	4,5%
Umbrien	868	59	6,8%	Aostatal	124	5	4,0%
Venetien	4.738	321	6,8%	Abruzzen	1.305	44	3,4%
Marken	1.529	91	6,0%	Kalabrien	2.004	34	1,7%
Toskana	3.620	215	6,0%	Kampanien	5.791	93	1,6%
Trentino-Südtirol	985	56	5,7%	Sizilien	5.017	75	1,5%
Friaul-Julisch V.	1.208	65	5,4%	Molise	321	4	1,3%
Piemont	4.342	232	5,3%	Apulien	4.072	49	1,2%
A.P. BOZEN	481	25	5,3%	Sardinien	1.656	18	1,1%
Latium	5.305	275	5,2%	Basilikata	594	6	1,1%

Quelle: ISTAT - Italienische und ausländische Wohnbevölkerung 2005

Auf europäischer Ebene ist das Phänomen der Immigration in den EU-25-Ländern nach den Daten des Jahres 2004 ausgeprägter als in Italien (4,1%) und Südtirol (4,7%), vor allem in den an Italien angrenzenden Ländern (Österreich 9,4%, Deutschland 8,8%, Frankreich 5,6%, Spanien 7,8%).

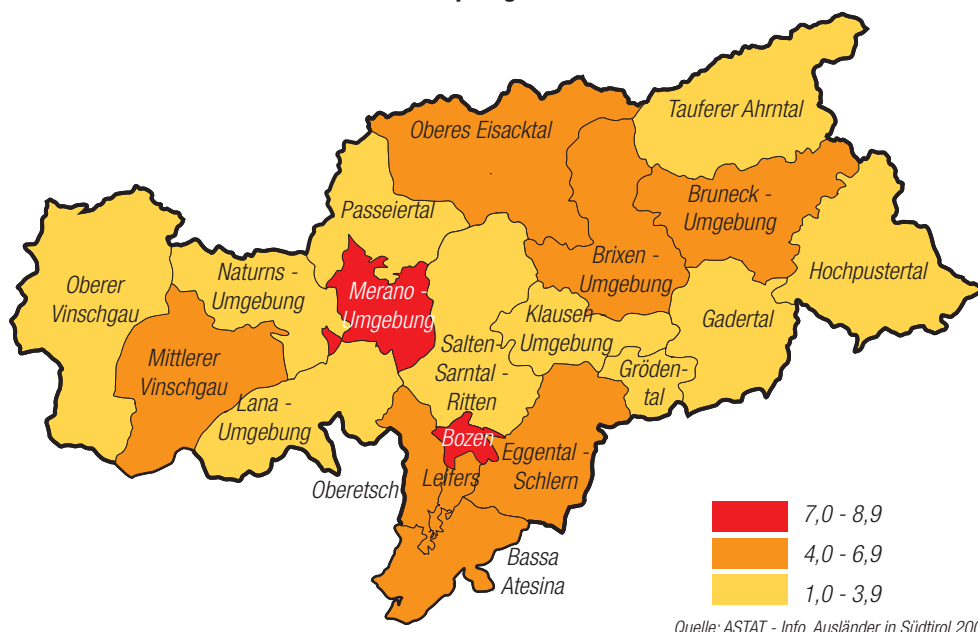
Tabelle 2: **Gesamte und ausländische Wohnbevölkerung nach EU-Mitgliedstaat zum 31.12.2004 - Werte in Tausend**

Staat	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%	Staat	Gesamtbevölkerung	Ausländer	%
Luxemburg	455	177	38,9%	Dänemark	5.412,0	268	5,0%
Lettland	2.306	487	21,1%	A.P. BOZEN	476,3	22	4,7%
Estland	1.370	274	20,0%	Holland	16.305,0	699	4,3%
Zypern	749	98	13,1%	ITALIEN	58.462,0	2.402	4,1%
Österreich	8.140	765	9,4%	Malta	403,0	12	3,0%
Deutschland	82.501	7.288	8,8%	Tschech. Republik	10.220,0	254	2,5%
Belgien	10.446	871	8,3%	Portugal	10.408,0	239	2,3%
Griechenland	11.041	891	8,1%	Slowenien	1.997,0	44	2,2%
Spanien	43.038	3.371	7,8%	Finnland	5.236,0	108	2,1%
Irland	4.130	255	6,2%	Polen	38.230,0	700	1,8%
EU-25	459.488	26.283	5,7%	Ungarn	10.098,0	144	1,4%
Frankreich	58.521	3.263	5,6%	Litauen	3.425,0	32	0,9%
Schweden	9.011	481	5,3%	Slowakei	5.385,0	22	0,4%
Vereinig. Königreich	58.553	2.941	5,0%				

Quelle: EUROSTAT - Living condition in Europe 2002-2005

In Bezug auf die territoriale Verteilung lebt die ausländische Wohnbevölkerung in Südtirol vorwiegend in den Stadtzentren (Abbildung 2): fast 60% in den Städten Bozen, Meran, Brixen und Bruneck; 47% allein in Bozen und Meran.

Abbildung 2: Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung an der Gesamtbevölkerung nach Wohnsitz-Sprengel - Jahr 2006

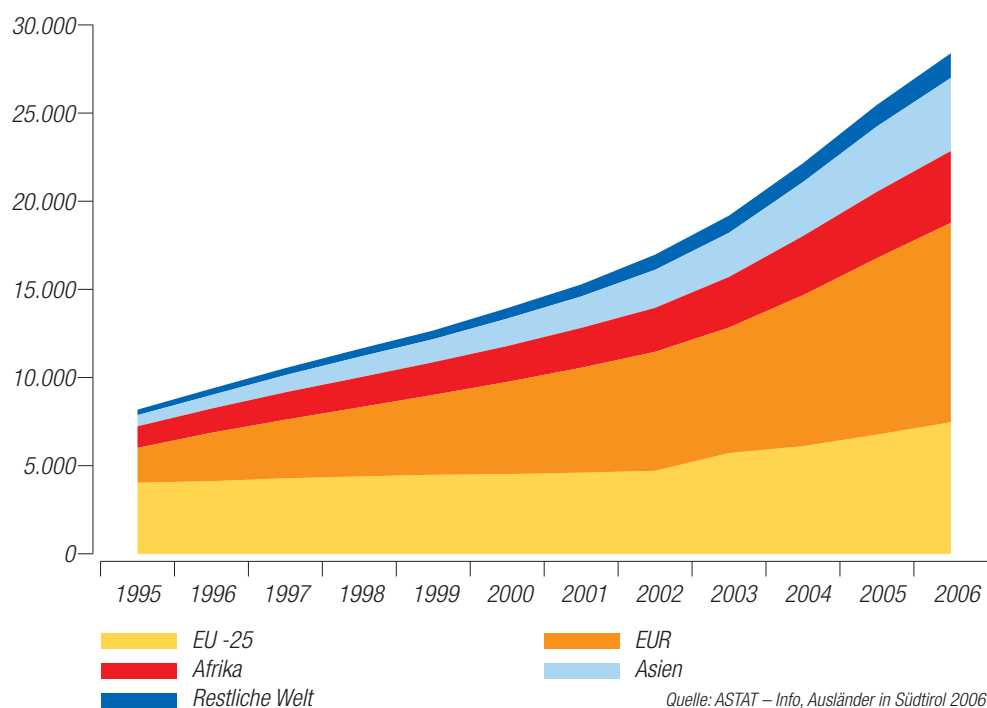


Die Zusammensetzung der ausländischen Wohnbevölkerung nach Staatsbürgerschaft blieb im letzten Jahrzehnt mehr oder weniger gleichbleibend bei den EU-25-Bürgern, gegenüber einem hohen Zuwachs der ausländischen Bevölkerung aus Nicht-EU-25-Ländern, Afrika und Asien (Abbildung 3).

HERKUNFT DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG

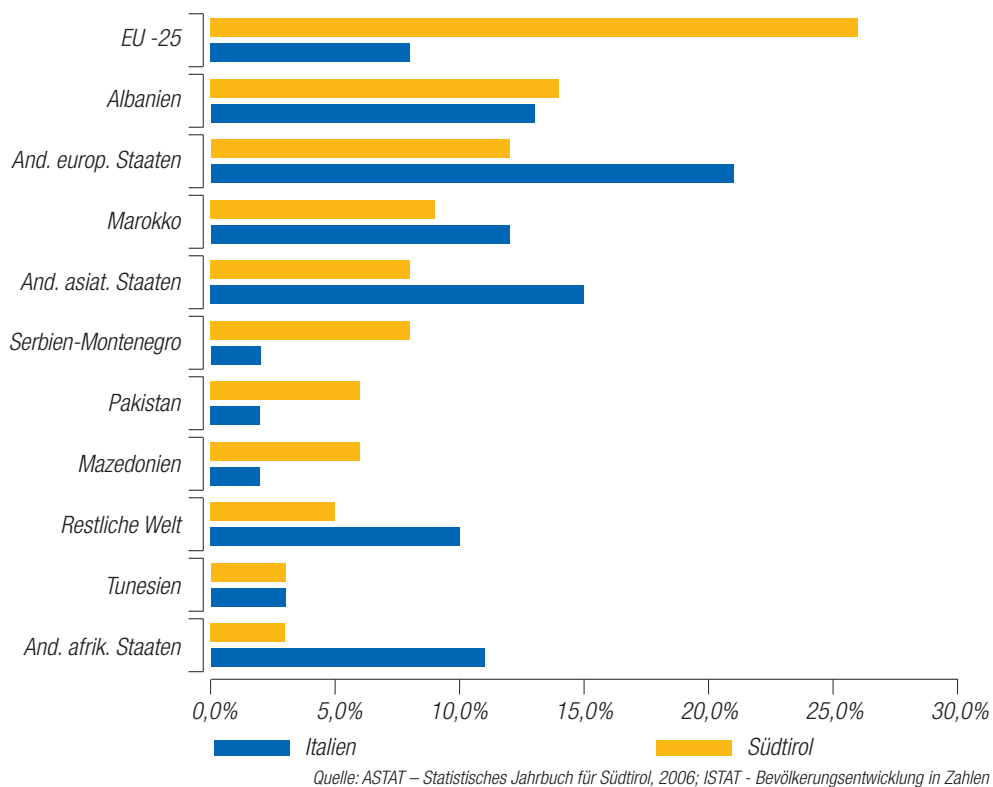
471

Abbildung 3: Ausländische Wohnbevölkerung nach Herkunftsgebiet - Jahre 1995 - 2006



Die ausländische Wohnbevölkerung aus Nicht-EU-Staaten betrug zum 31.12.2006 in Südtirol 40% der gesamten ausländischen Bevölkerung (11.281 Personen), über 4.000 davon aus Albanien, erstes Herkunftsgebiet der Ausländer, gefolgt von Marokko mit über 2.400 Personen (8,6% der ausländischen Wohnbevölkerung).

Abbildung 4: Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in Südtirol und Italien nach Staatsbürgerschaft - Südtirol, Stand zum 31.12.2006; Italien, Stand zum 31.12.2005



Im Vergleich zur Verteilung der ausländischen Wohnbevölkerung Italiens kennzeichnet sich Südtirol durch eine stärkere Präsenz von Bürgern aus der EU, Serbien-Montenegro, Pakistan und Mazedonien; in den anderen Regionen Italiens ist die rumänische Staatsbürgerschaft mit 21,1% an der ausländischen Wohnbevölkerung aus Nicht-EU-25-Staaten erheblich, neben bedeutenden Anteilen aus den asiatischen und afrikanischen Staaten, die viel höher als in Südtirol sind.

Die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung setzt sich vorwiegend aus der Klasse von 18 bis 49 Jahren (zwei Drittel insgesamt) zusammen. Im Gegensatz zur Wohnbevölkerung mit italienischer Staatsbürgerschaft besteht die ausländische aus wenigen älteren Menschen, rund 1.200 über 64 Jahren (4,3% insgesamt, gegenüber 17,8% für die italienischen Bürger) und aus vielen Kindern, über 5.000 bis zu 14 Jahren (19,0%, gegenüber 16,8% der italienischen Staatsbürger).

Tabelle 3: **Ausländische Wohnbevölkerung in Südtirol zum 31.12.2006 und Italien zum 31.12.2005 - Absolute Werte und Prozentwerte**

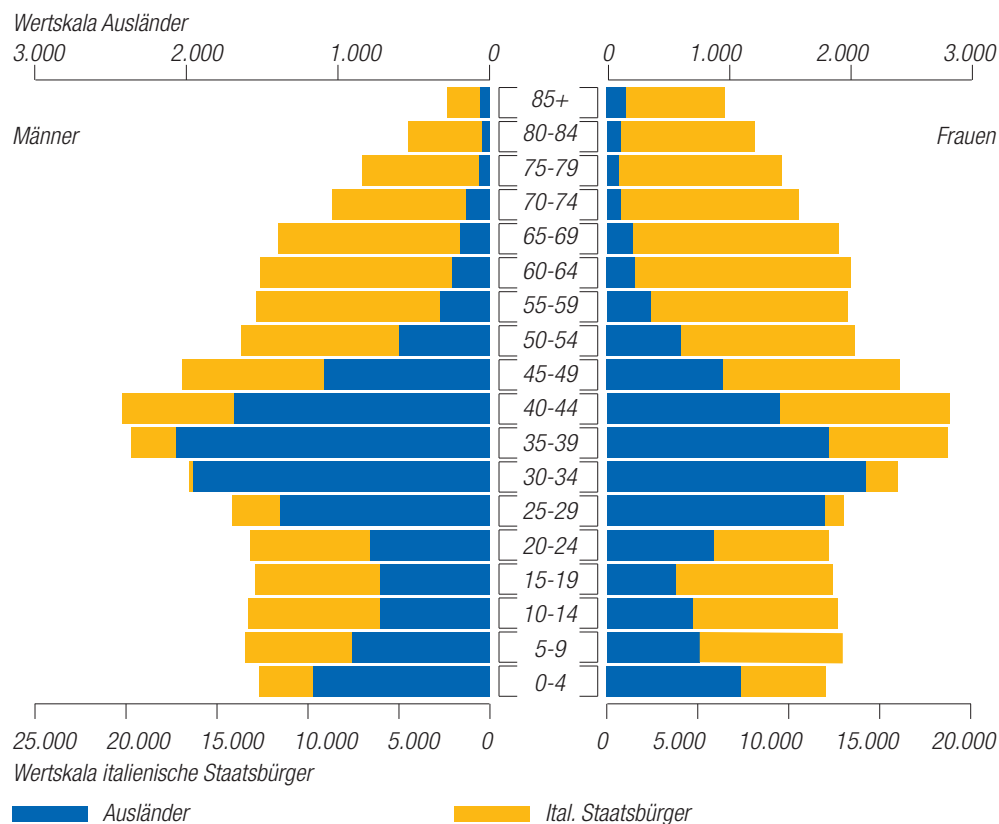
Staatsbürgerschaft	Südtirol		Italien	
	Absolute Werte	Prozentwerte	Absolute Werte	Prozentwerte
EU-25	7.383	26,1%	223.537	8,4%
Albanien	4.014	14,2%	348.813	13,1%
Andere europ. Staaten	3.341	11,8%	562.299	21,1%
Marokko	2.432	8,6%	319.537	12,0%
And. asiat. Staaten	2.337	8,3%	412.996	15,5%
Serbien - Montenegro	2.222	7,9%	64.070	2,4%
Pakistan	1.812	6,4%	41.797	1,6%
Mazedonien	1.704	6,0%	63.245	2,4%
Restliche Welt	1.392	4,9%	258.769	9,7%
Tunesien	830	2,9%	83.564	3,1%
And. afrik. Staaten	793	2,8%	291.887	10,9%
INSGESAMT	28.260	100,0%	2.670.514	100,0%

Quelle: ASTAT – Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2006; ISTAT - Bevölkerungsentwicklung in Zahlen

Analysiert man außerdem die Altersstruktur der ausländischen Bevölkerung nach Staatsbürgerschaft, weisen die Ausländer aus EU-25-Ländern ähnliche Merkmale wie die Südtiroler mit italienischer Staatsbürgerschaft auf.

**ALTERSSTRUKTUR DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Abbildung 5: **Altersstruktur der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung in Südtirol zum 31.12.2006**

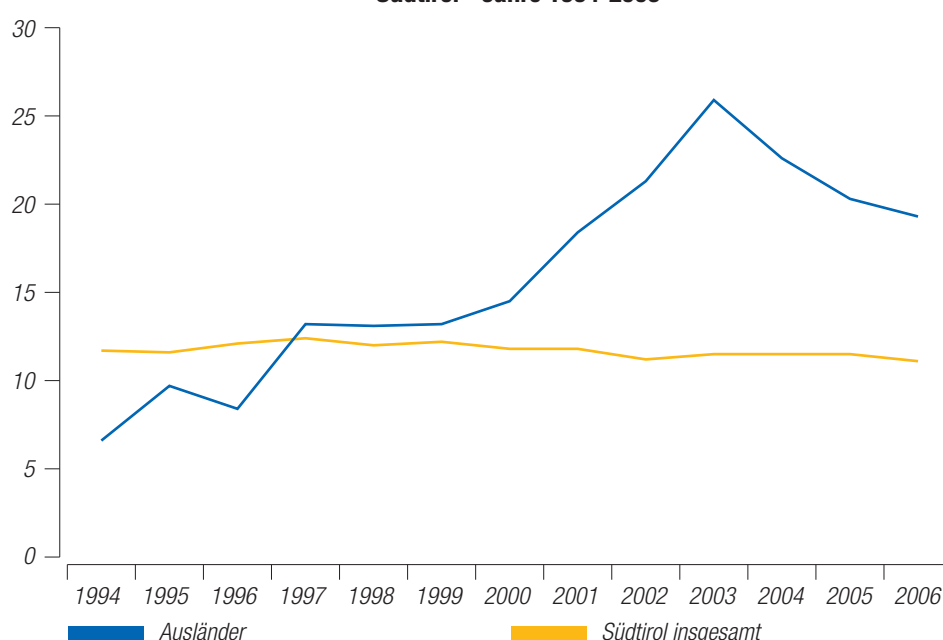


Quelle: ASTAT- Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2006

1.2. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

2006 betrug die Zahl der im Jahresverlauf geborenen Kinder, für welche mindestens ein Elternteil eine ausländische Staatsbürgerschaft erklärt hat, 949; 105 davon haben einen ausländischen Vater (11,1% der von ausländischen Eltern Geborenen), 305 haben eine ausländische Mutter (32,1%) und für 539 sind beide Eltern ausländischer Staatsbürgerschaft (56,8%). Von den Letzteren wurden 519 Kinder im Meldeamt als ausländische Staatsbürger eingetragen, was einer Geburtenrate, berechnet als Lebendgeborene pro 1.000 Einwohner, von 19,3 Einwohner entspricht, gegenüber einer Rate von 10,7 Lebendgeborenen pro 1.000 Einwohner italienischer Staatsbürgerschaft.

Abbildung 6: Geburtenrate der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung in Südtirol - Jahre 1994-2006



Quelle: ASTAT – Info, Ausländer in Südtirol 2004-2006; Statistisches Jahrbuch für Südtirol

GEBURTENRATE DER AUSLÄNDISCHEN WOHNBEVÖLKERUNG

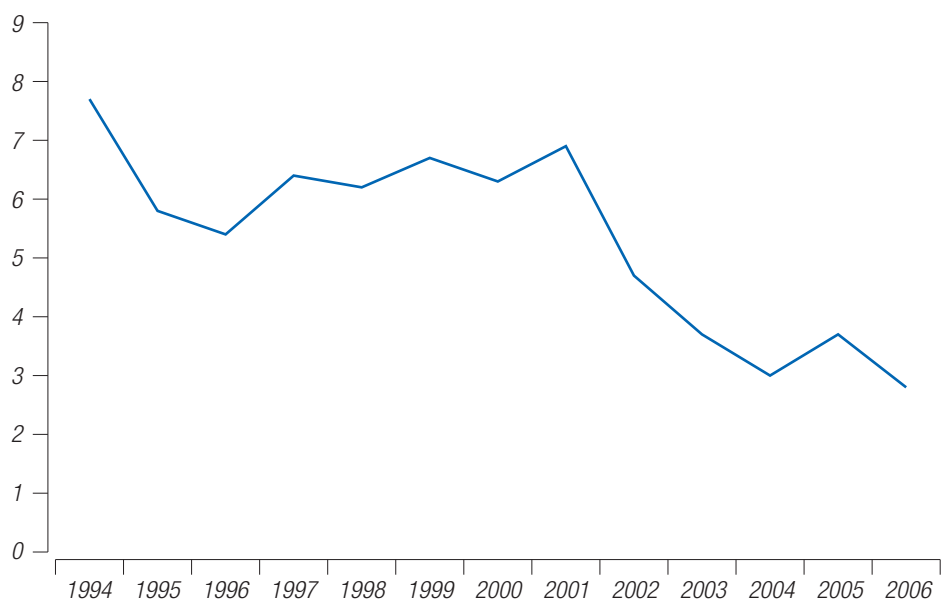
Im Zeitraum 1994-2006 blieb die gesamte Geburtenrate der Südtiroler Bevölkerung im Wesentlichen stationär, mit einem leichten Rückgang in den letzten Jahren; die Entwicklung der ausländischen Bevölkerung kennzeichnete sich dagegen durch einen hohen Anstieg im ersten Jahrzehnt bis zu Werten von 26 Lebendgeborenen pro 1.000 ansässige Ausländer im Jahr 2003 und einen Umkehrtrend im letzten Dreijahreszeitraum.

In Bezug auf die Verteilung der ausländischen Frauen in Südtirol im Jahr 2006 nach Staatsbürgerschaft stehen die Frauen afrikanischer Herkunft an erster Stelle der Geburtenraten mit 83 Geburten pro 1.000 ansässige Frauen, gefolgt von den Frauen aus Mittel-Südamerika (70 Geburten pro 1.000 ansässige Frauen), den asiatischen Frauen (68 Geburten pro 1.000 Frauen) und den europäischen Bürgerinnen (55 Geburten pro 1.000 Frauen aus Osteuropa und 53 Geburten pro 1.000 EU-25-Frauen).

STERBLICHKEITSRATE DER AUSLÄNDISCHEN WOHNBEVÖLKERUNG

Die Sterblichkeitsrate der ausländischen Wohnbevölkerung liegt zahlenmäßig aufgrund ihrer jungen Altersstruktur im Vergleich zur Südtiroler Bevölkerung sehr niedrig: 76 Personen im Jahr 2006 mit einer relativen Sterblichkeitsrate von 2,8 Todesfällen pro 1.000 Ansässige. Im letzten Jahrzehnt ist die Sterblichkeitsrate nach einer grundlegenden Stabilität von 6-7 Todesfällen pro 1.000 ansässige Ausländer konstant rückläufig.

Abbildung 7: **Sterblichkeitsrate der ausländischen Wohnbevölkerung in Südtirol - Jahre 1994-2006**



Quelle: ASTAT – Info, Ausländer in Südtirol 2004-2006

Neben der natürlichen Entwicklung der ausländischen Wohnbevölkerung mit einem sehr positiven Saldo (16,5 pro 1.000 ansässige Ausländer gegenüber 2,7 pro 1.000 italienische Staatsbürger) wird das Bevölkerungswachstum in Südtirol auch von der Migrationsdynamik beeinflusst. Im Jahr 2006 wanderten 5.231 ausländische Personen ein, 2.901 davon (55,5%) sind Direktimmigrationen.

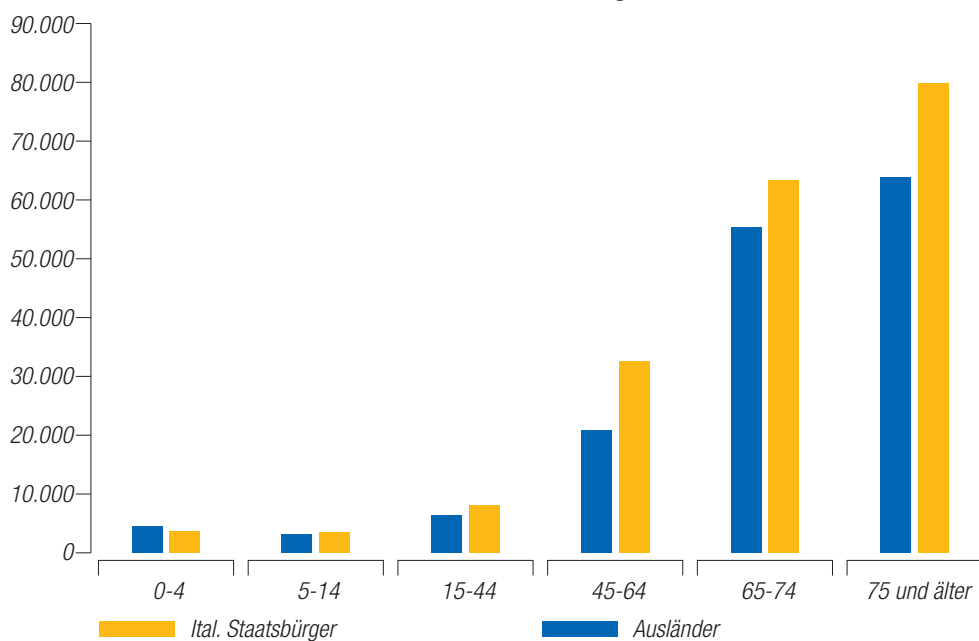
2. GESUNDHEITSZUSTAND

Die Bewertung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung ist an und für sich aufgrund der zahlreichen Determinanten nicht einfach; außerdem ist eine Erhebung der Informationen - getrennt für die ausländische und italienische Wohnbevölkerung - vor allem aufgrund der Ad-hoc-Datenflüsse nicht immer möglich.

Auf der Grundlage der Analyse der aktuellen Informationsflüsse kann ein Teilprofil des Gesundheitszustandes aufgezeichnet werden, das die wichtigsten Merkmale der ausländischen Bevölkerung im Vergleich zur italienischen aufzeigt.

Die Ergebnisse des Mapping der chronischen Krankheiten (cfr. erster Teil des Kapitels 3.2.) betreffen zwar die ältere Bevölkerung und erscheinen somit wenig affin mit den Ausländern, bieten jedoch einige interessante Betrachtungen. Insgesamt beträgt die Prävalenz der chronischen Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung 9,5%, in der italienischen Bevölkerung 2,7 mal mehr (25,2%). Die Verteilung der Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Altersklasse (pro 100.000 Einwohner) hebt sehr ähnliche Werte zwischen den ausländischen und italienischen Bürgern in den jüngeren Altersklassen hervor.

Abbildung 8: **Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Altersklasse in der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung. Südtirol - Jahr 2006**



Die Prävalenz der chronischen Krankheiten nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft gibt an, dass Krankheiten in der afrikanischen und asiatischen Bevölkerung stärker verbreitet sind; chronische Krankheiten kommen häufiger in der afrikanischen und amerikanischen weiblichen Bevölkerung und in der männlichen Bevölkerung der anderen Herkunftsgebiete vor.

**CHRONISCHE
KRANKHEITEN IN DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Tabelle 4: Chronische Krankheiten in der Wohnbevölkerung nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006

Staatsbürgerschaft	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Anzahl	Std. Rate	Anzahl	Std. Rate	Anzahl	Std. Rate
Afrika	236	15.093,7	137	15.565,4	373	16.267,8
Sonstige	44	14.380,7	58	12.895,6	102	13.202,5
Amerika	28	15.746,9	74	17.178,0	102	15.622,7
Asien	241	17.802,0	130	16.661,8	371	17.627,9
EU-25	342	15.509,7	558	15.136,5	900	15.466,3
Restliches Europa	387	15.633,4	440	15.513,2	827	15.469,5
Italien	51.279	19.091,0	64.103	20.037,1	115.382	19.554,2

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Tabelle 5: Chronische Krankheiten in der Wohnbevölkerung nach Krankheit, Geschlecht und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006

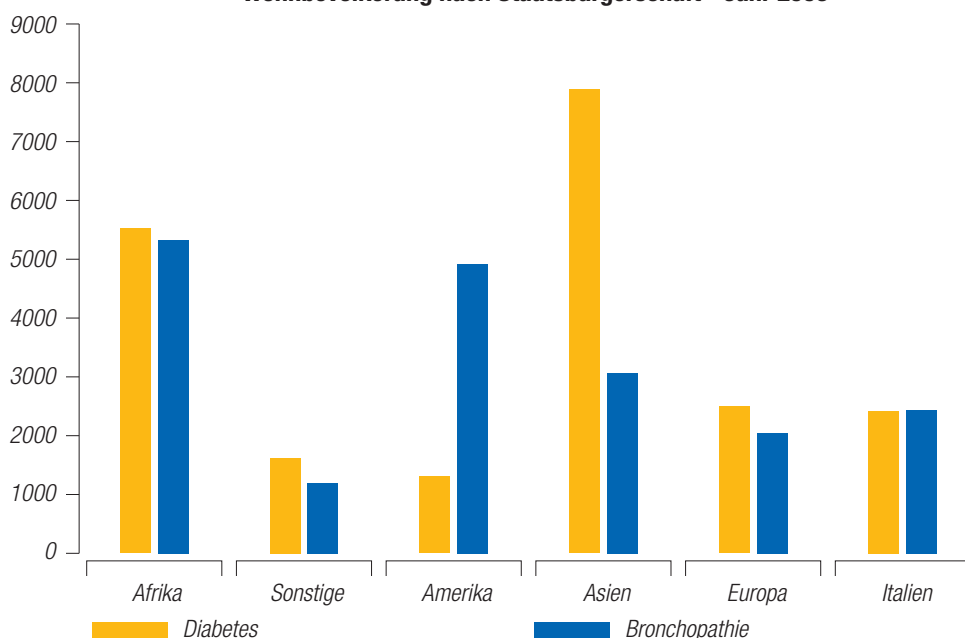
Pathologie	Ausländer				Ital. Staatsbürger			
	Männer	Frauen	Insges.	Std. Rate	Männer	Frauen	Insges.	Std. Rate
Hypertonie	428	430	858	7.114,6	28.260	35.162	63.422	9.776,4
Kardiopathie	250	199	449	4.007,8	16.053	16.455	32.508	4.437,8
Diabetes	260	212	472	3.032,4	8.009	7.585	15.594	2.424,2
Bronchopathie	308	235	543	2.524,9	7.403	6.078	13.481	2.432,6
Neoplasie	140	157	297	2.351,5	9.476	9.702	19.178	3.043,5
Dyslipämie	139	82	221	2.003,8	8.750	8.331	17.081	2.658,5
Angeborene und erworbene Hypothyreose	40	226	266	1.457,0	2.705	12.715	15.420	2.725,8
Vaskulopathie	51	43	94	734,5	3.417	2.480	5.897	879,1
Hepato-Enteropathie	84	62	146	688,3	2.431	1.478	3.909	740,3
MRGE	43	36	79	593,0	2.156	2.230	4.386	656,3
Psychosen	51	70	121	503,4	1.660	2.872	4.532	913,8
Epilepsie	52	42	94	459,3	1.860	1.629	3.489	678,1
Parkinson	22	27	49	363,2	1.409	1.910	3.319	453,9
Niereninsuffizienz	40	17	57	362,5	1.687	1.136	2.823	396,8
Hashimoto-Thyreoiditis	7	63	70	250,1	208	1.864	2.072	435,9
Rheumatoide Arthritis	10	31	41	237,4	486	1.317	1.803	320,8
Basedow-Krankheit	12	34	46	151,4	183	687	870	176,1
Demenz	3	8	11	96,3	341	690	1.031	103,8
Alzheimer	2	6	8	88,5	311	736	1.047	108,0
Transplantatträger	11	3	14	71,9	292	185	477	96,5
HIV und AIDS	10	8	18	70,6	180	87	267	53,7
Lupus erythematoses	2	9	11	42,0	54	250	304	60,4
Spondylitis ankylosans	3	3	6	27,0	86	51	137	27,7
Multiple Sklerose	2	8	10	26,7	192	413	605	121,9
Hyper-Hypoparathyreoidis.	1	3	4	23,3	43	125	168	29,8
Sjörgen-Syndrom	-	4	4	16,5	14	114	128	23,6
Systemische Sklerose	-	3	3	13,6	22	96	118	21,6
Akromegalie	2	1	3	10,9	19	29	48	9,0
Hämolytische Anämie	-	1	1	6,1	25	24	49	8,0
Diabetes insipidus	1	1	2	5,5	17	19	36	7,9
Myasthenia	1	1	2	5,3	26	41	67	11,3
Hypophysärer Minderwuchs	1	-	1	4,3	88	65	153	41,1
Addison-Krankheit	1	-	1	3,5	36	53	89	16,1
Cushing-Syndrom	-	1	1	1,7	11	22	33	6,9
Neuromyelitis optica	-	-	-	0,0	-	1	1	0,2

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

Zu den meistverbreiteten Krankheiten in der ausländischen Bevölkerung zählen Hypertonie und Kardiopathie; Diabetes und Bronchopathie gehören nicht nur zu den in der ausländischen Bevölkerung verbreitetsten, sondern treten hinsichtlich der Prävalenz (pro 100.000 Einwohner) auch häufiger als in der italienischen Bevölkerung auf. Werte über der Prävalenz der italienischen Staatsbürger sind auch für HIV und AIDS zu beobachten, mit 267 Fällen unter den italienischen Staatsbürgern (53,7 pro 100.000 Einwohner) und 18 Fällen unter den Ausländern (70,6 pro 100.000 Einwohner).

Häufiger an Diabetes leiden die asiatische und afrikanische Bevölkerung im Alter zwischen 15-44 Jahren, während die Bronchopathie vor allem die Ausländer amerikanischer und afrikanischer Herkunft in der jüngsten Altersklasse (0-4 Jahre) und zwischen 15 und 44 Jahren betrifft.

Abbildung 9: **Standardisierte Raten für Diabetes und Bronchopathie in der ausländischen Wohnbevölkerung nach Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**



Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle - Mapping der chronischen Krankheiten

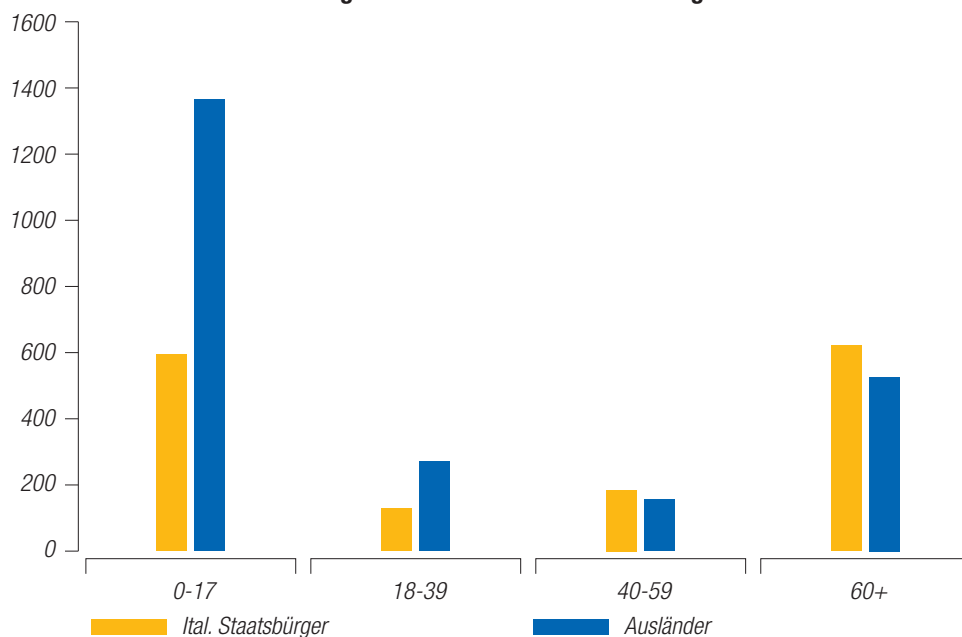
2006 wurden in der ausländischen Wohnbevölkerung 140 ordentliche Krankenhausentlassungen mit einer Infektionskrankheit als primäre Aufenthaltsdiagnose verzeichnet; rund die Hälfte davon (69) aufgrund von Darminfektionen. Von den 71 restlichen Entlassungen sind 12 auf Septikämie, 10 auf Virushepatitis, 7 auf Erysipel und die restlichen auf andere Formen von Infektionen zurückzuführen.

Im Vergleich zu den italienischen Staatsbürgern betreffen die Infektionskrankheiten vorwiegend junge Ausländer im Alter bis zu 17 Jahren, vor allem aus Mazedonien, Tunesien und afrikanischen Ländern.

**INFEKTIONS-
KRANKHEITEN IN DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

**AUFENTHALTE AUFGRUND
VON DROGEN-
ASSOZIIERTEN URSACHEN**
**AUFENTHALTE AUFGRUND
VON ALKOHOL-
ASSOZIIERTEN URSACHEN**

Abbildung 10: Hospitalisierungsrate aufgrund von Infektionskrankheiten nach Alter und Staatsbürgerschaft in der Wohnbevölkerung - Jahr 2006



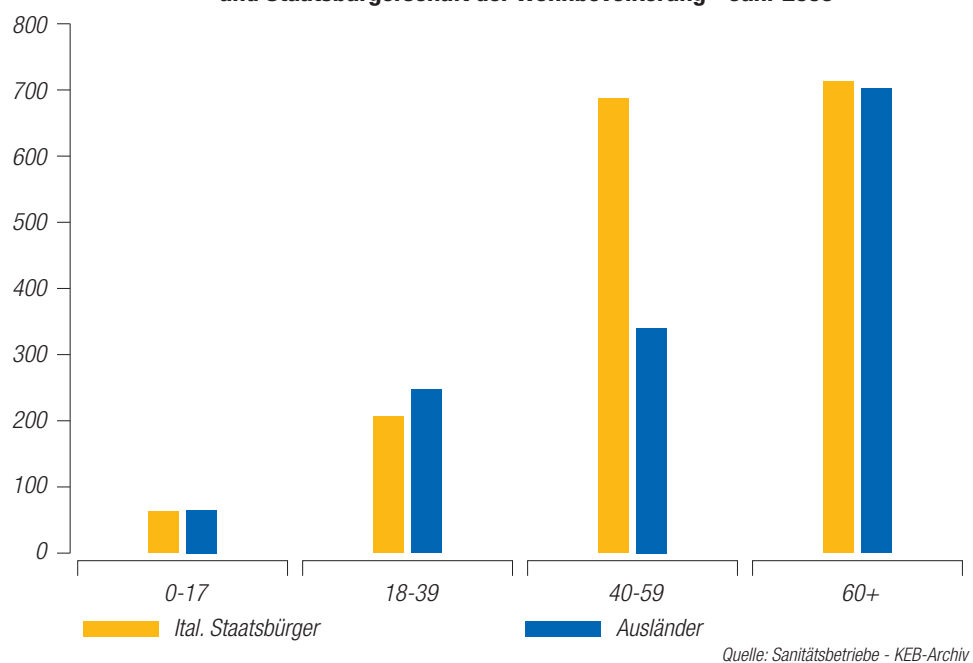
Negative Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen können, sind Nikotin, Drogenkonsum und Alkoholmissbrauch. Die derzeit verfügbaren Daten der Patienten, welche die Dienste für Abhängigkeitserkrankungen in Anspruch nehmen, ermöglichen keine Unterscheidung zwischen ausländischer und italienischer Wohnbevölkerung. Die Analyse der Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen- oder alkohol-assoziierten Ursachen zeichnet allerdings ein Teilprofil des Phänomens in einem fortgeschrittenen Stadium der Suchtkrankheit.

Im Jahr 2006 wurden in den Südtiroler Gesundheitseinrichtungen 8 Entlassungen von ausländischen Ansässigen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen verzeichnet; 5 davon (rund 60%) betrafen Bürger über 40 Jahren, im Gegensatz zu den italienischen Staatsbürgern, für die sich 60% der Entlassungen im Jahr 2006 auf Ansässige im Alter unter 40 Jahren bezogen.

Stärker verbreitet ist unter der ausländischen Wohnbevölkerung - wie in der italienischen - der Alkoholismus. Im Jahr 2006 wurden 73 Entlassungen von ausländischen Bürgern aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen gezählt, 51% davon bezogen sich auf Personen unter 40 Jahren.

In Bezug auf die Hospitalisierungsrate pro 100.000 Einwohner sind die Werte in der jungen Bevölkerung, wenngleich sich über 50% der Entlassungen ausländischer Bürger auf Einwohner unter 40 Jahren beziehen, relativ niedrig, da sie von der Altersstruktur beeinflusst werden.

Abbildung 11: Hospitalisierungsrate aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen nach Alter und Staatsbürgerschaft der Wohnbevölkerung - Jahr 2006



3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.1. KRANKENHAUSAUFENTHALTE

2006 betrug die Zahl der Krankenhausentlassungen von ansässigen ausländischen Bürgern aus Abteilungen für Akutkranke 4.755, 3,3% mehr als 2005.

Tabelle 6: **Aufenthalte und Hospitalisierungsrate von Ansässigen nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht - Jahr 2006**

Staatsbürgerschaft	Männer		Frauen		Insgesamt	
	Aufenth.	Hospit.-Rate	Aufenth.	Hospit.-Rate	Aufenth.	Hospit.-Rate
Afrika	63	114,13	70	290,46	133	167,72
Albanien	289	122,41	386	233,51	675	168,16
Asien	128	93,64	204	210,31	332	142,06
EU-25	391	136,67	840	185,76	1.231	166,73
EUR	136	110,03	331	157,24	467	139,78
Mazedonien	124	125,76	141	196,38	265	155,52
Marokko	196	138,32	286	281,77	482	198,19
Pakistan	163	137,21	169	270,83	332	183,22
Amerika und andere	69	156,46	228	239,75	297	213,36
Serbien	171	136,69	230	236,87	401	180,47
Tunesien	74	125,21	66	276,15	140	168,67
ITALIEN	39.690	175,61	47.195	203,81	86.885	189,88

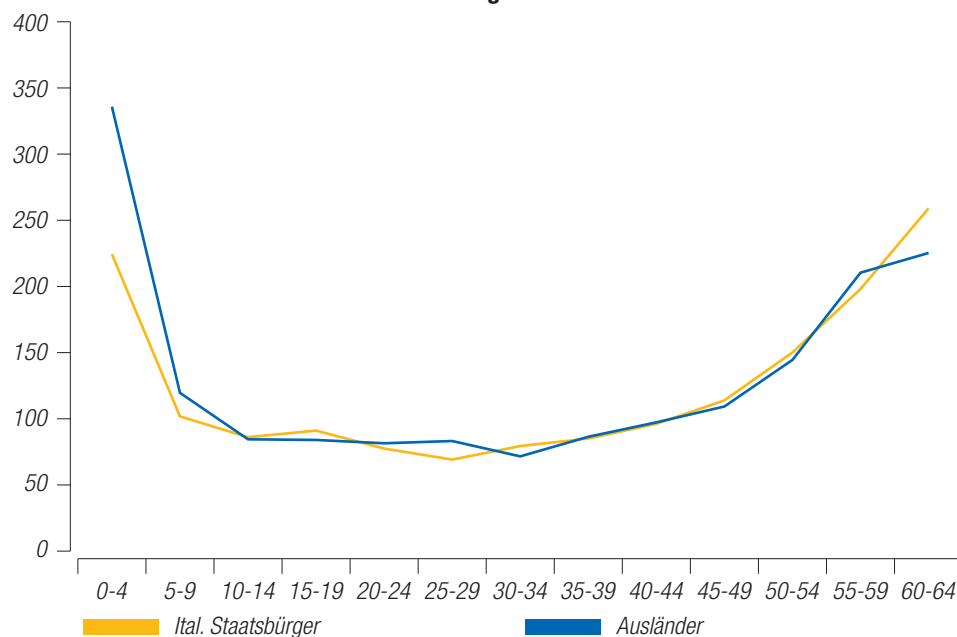
Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Hospitalisierungsrate der ausländischen Wohnbevölkerung beträgt 168,3 pro 1.000, mit hohen Werten in der weiblichen Bevölkerung von 210,7 pro 1.000 und niedrigeren bei den Männern (126,6 Aufenthalte pro 1.000 Ansässige). Die Frauen, welche die Krankenhaus-einrichtungen häufiger in Anspruch nehmen, stammen aus Marokko und anderen afrikanischen Ländern, von den Männern benötigen am häufigsten die Bürger aus Mittel-Süd-amerika die Krankenhausversorgung.

**HOSPITALISIERUNGSRATE
IN DER AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

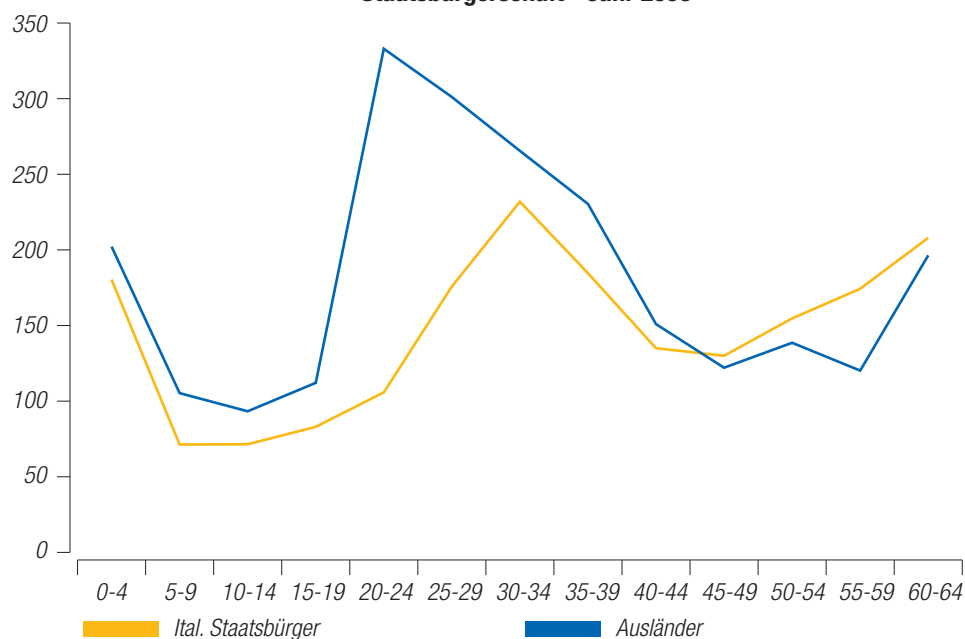
**HOSPITALISIERUNGSRATE
NACH GESCHLECHT UND
ALTER**

Abbildung 12: Hospitalisierungsrate in der männlichen Wohnbevölkerung nach Altersklasse und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Abbildung 13: Hospitalisierungsrate in der weiblichen Wohnbevölkerung nach Altersklasse und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006

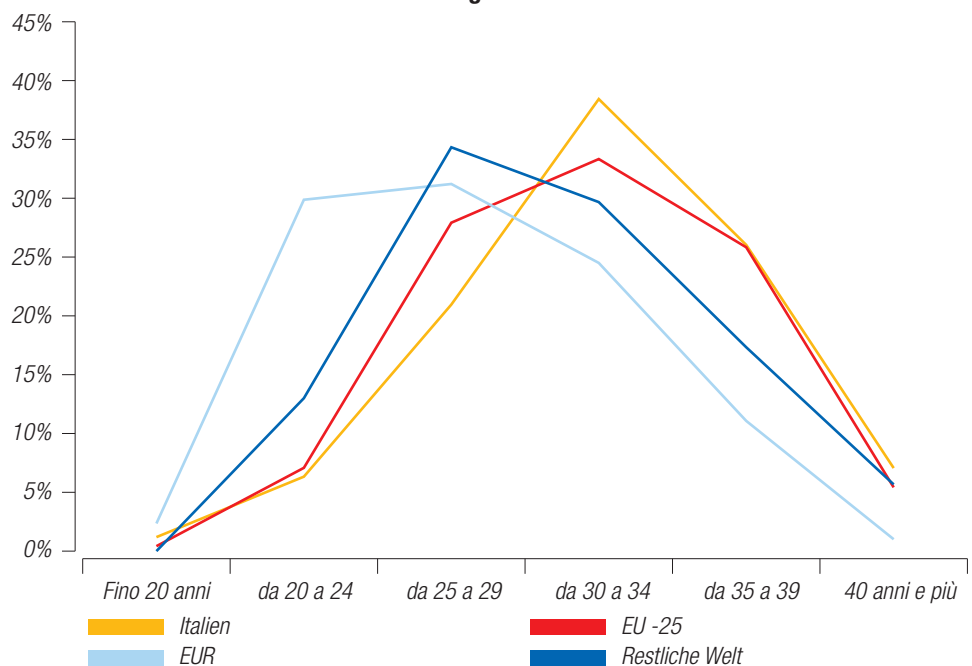


Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

Die Verteilung der Hospitalisierungsrate nach Altersklassen und Geschlecht auf die italienische und ausländische Wohnbevölkerung zeigt eine hohe Inanspruchnahme der Krankeneinrichtungen für die Altersklasse 20-24 Jahre für die Frauen und im Kindesalter für die Männer.

Über 40% der Aufenthalte von ausländischen Bürgerinnen betreffen die MCD 14 „Schwangerschaft, Geburt und Puerperium“, was die hohe Geburtenrate und den Verlauf der Hospitalisierungsrate nach Altersklassen bestätigt (Abbildung 13).

Abbildung 14: Verteilung in Prozent der Geburten nach Alter der Mutter und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006



Der altersspezifische Vergleich der Mütter bei der Entbindung in Bezug auf die jeweilige Staatsbürgerschaft der in Südtirol ansässigen Frauen zeigt ein jüngeres Durchschnittsalter der Frauen aus Osteuropa gegenüber den Frauen aus anderen Ländern und insbesondere der italienischen Staatsbürgerinnen.

In den meisten Fällen weisen die ausländischen Mütter einen niedrigeren Bildungsgrad als die Südtirolerinnen italienischer Staatsbürgerschaft auf (Mittelschulabschluss gegen Ober- schulabschluss), sind verheiratet und vorwiegend Hausfrauen.

Die MCD-Kategorie der Geburten umfasst auch die Entlassungen aufgrund von freiwilligem Schwangerschaftsabbruch und Fehlgeburt. Die ausländischen Frauen betreiben viel häufiger als die Frauen italienischer Staatsbürgerschaft den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch (Abtreibungsrate von 20,0 pro 1.000 Frauen im Alter von 15-19 Jahren, gegenüber 3,5 pro 1.000 Frauen italienischer Staatsbürgerschaft); das Phänomen betrifft insbesondere die Bürgerinnen aus Osteuropa und Mittel-Südamerika. Im letzten Fünf-jahreszeitraum zeigt es sich rückläufig mit 22,5 freiwilligen Schwangerschaftsabbrüchen pro 1.000 Ausländerinnen im Jahr 2002 auf die derzeit 20,0 pro 1.000.

In Bezug auf die männliche Bevölkerung verzeichnen die ausländischen Kinder häufiger als die italienischen Krankenhausaufenthalte: die Ursachen sind Erkrankungen des Verdauungsapparats (12,2% gegenüber 7,5%), sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen (6,9% gegenüber 4,3%), chirurgische Eingriffen wegen Zirkumzision (5,9% gegenüber 1,1%), Erkrankungen des Harntraktes und der Nieren (3,6% gegen 1,0%) und Viruserkrankungen sowie Fieber unbekannten Ursprungs (3,3% gegenüber 2,6%).

Unter der erwachsenen männlichen Bevölkerung betreffen die häufigsten Diagnosen die medizinischen Rückenbeschwerden (5,3% der Aufenthalte von Ausländern gegenüber 3,0% der italienischen Staatsbürger), die Erkrankungen des Verdauungsapparats (3,9% gegenüber 1,8%) und sonstige Diagnosen bezüglich Traumata und Vergiftungen (Eingriffe an Hand, Handgelenk, Knie, Haut und Unterhautgewebe, 10,1%).

**SOZIO-DEMOGRAPHISCHE
MERKMALE DER MÜTTER
BEI DER ENTBINDUNG**

485

**FREIWILLIGER
SCHWANGERSCHAFTS-
ABBRUCH IN DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

**KRANKENHAUS-
AUFENTHALTE IN DER
MÄNNLICHEN
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Tabella 7: **Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte, durchschnittliches Gewicht und durchschnittlicher Tarif der in Südtirol Ansässigen nach Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**

Staatsbürgerschaft	Ord. Aufenthalte	TK-Aufenthalte	% TK-Aufenthalte am Gesamtwert	Durchschn. AD	Durch. Gewicht	Durch. Tarif
EU-25	908	323	26,2	5,7	0,93	2.310,9
EUR	1.380	428	23,7	4,6	0,76	1.959,6
Afrika	589	166	22,0	4,9	0,74	1.933,0
Asien	496	168	25,3	4,7	0,79	2.026,4
Restliche Welt	217	80	26,9	4,7	0,75	1.960,0
Italien	64.153	22.732	26,2	7,1	1,14	2.969,9
ITALIEN INSGESAMT	67.743	23.897	26,1	7,0	1,12	2.921,4

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

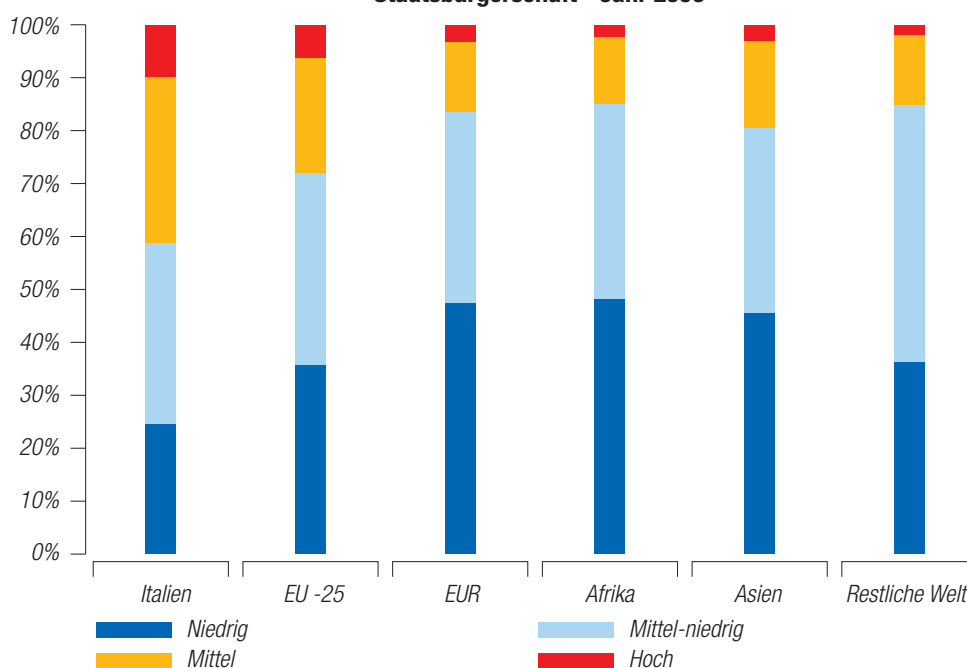
**KOMPLEXITÄT DER
AUFENTHALTE DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Der Zugang zu den Krankenhauseinrichtungen im Tagesklinik-Betrieb (Day Surgery oder Day Hospital) betraf im Jahr 2006 rund 25% der Aufenthalte von ausländischen Ansässigen, ein Anteil, der nur wenig unter jenem der italienischen Staatsbürger liegt. Die Komplexität der Aufenthalte seitens ausländischer Bürger aus Nicht-EU-25-Ländern schwankt von 0,74 bis 0,79, gegenüber höheren Werten für die EU-25-Bürger (0,93) und italienischen Bürger (1,14); dieses Ergebnis bestätigt sich auch in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Aufenthalte für Nicht-EU-25-Bürger (von 4,6 bis 4,9 Tage pro Aufenthalt) gegenüber den Werten für die EU-25-Bürger (5,7) und italienischen Bürger (durchschnittlich 7,1 Aufenthaltstage pro Aufenthalt).

**TARIFWERT DER
AUFENTHALTE DER
AUSLÄNDISCHEN
WOHNBEVÖLKERUNG**

Der Tarifwert der Krankenhausversorgung zugunsten der ausländischen Bürger kann durch die Anwendung des Landestarifverzeichnisses auf die von den Landeseinrichtungen erbrachten Aufenthalte geschätzt werden. Im Jahr 2006 betrug der Wert der Krankenhausversorgung zugunsten der ausländischen Wohnbevölkerung rund 8,77 Millionen Euro, also 3,8% des Gesamtwertes der Krankenhausversorgung auf Landesebene, mit einem Anstieg gegenüber 2005 von 1,3% und gegenüber 2004 von 1,9%.

Abbildung 15: **Aufenthalte von in Südtirol Ansässigen nach DRG-Gewichtsklassen und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**



Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

In der Gruppe der ordentlichen Aufenthalte schwankt der Anteil der Eintagsaufenthalte an allen Aufenthalten von 14,7% bis 19,6% für die ausländischen Bürger, gegenüber 12,1% für die Südtiroler italienischer Staatsbürgerschaft. Mäßigere Schwankungen sind zwischen den verschiedenen Herkunftsgebieten der Ansässigen in Bezug auf den Anteil der Aufenthalte über dem Grenzwert und der Aufenthalte mit chirurgischer und medizinischer DRG zu beobachten.

Tabelle 8: **Ordentliche Eintagsaufenthalte, Aufenthalte über dem Grenzwert, Aufenthalte mit medizinischer und chirurgischer DRG von Ansässigen nach Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**

Staatsbürgerschaft	Eintagsaufenthalt	% Eintagsa. am Gesamt-wert	Aufenth. über Grenzwert	% Aufenth. über Grenzwert	% Aufenth. mit med. DRG	% Aufenth. mit chir. DRG
EU-25	140	15,4	9	1,0	66,9	32,4
EUR	249	18,0	25	1,8	67,4	29,0
Afrika	113	19,2	10	1,7	67,1	30,1
Asien	97	19,6	10	2,0	68,1	27,8
Restliche Welt	32	14,7	6	2,8	59,4	40,1
Italien	7.743	12,1	956	1,5	65,1	33,2
ANSÄSSIGE INSGESAMT	8.374	12,4	1.016	1,5	65,2	33,0

Quelle: Sanitätsbetriebe - KEB-Archiv

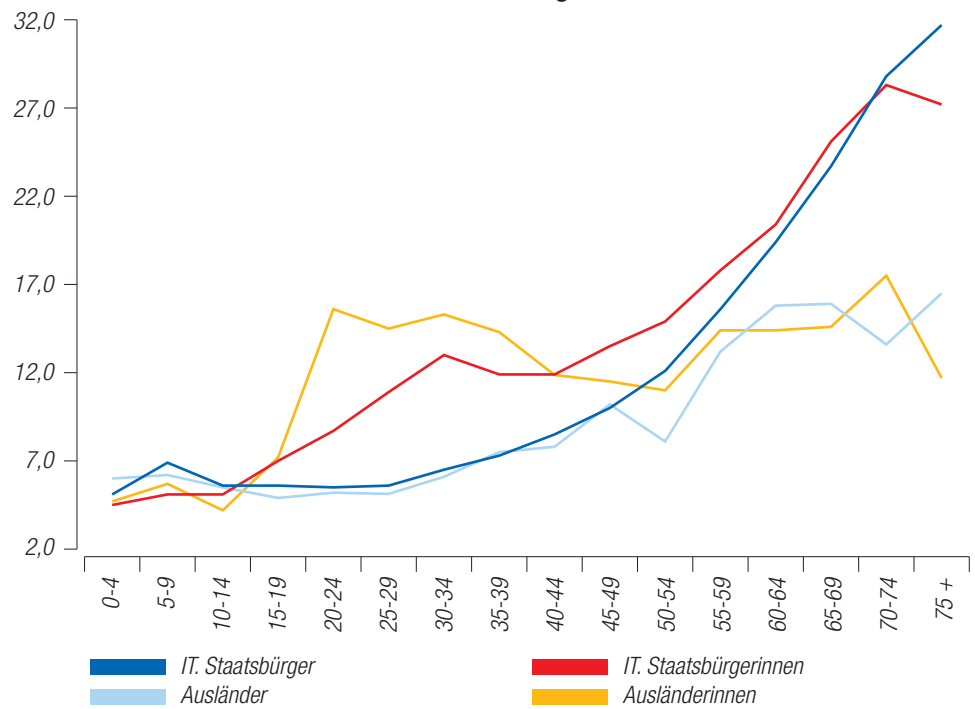
3.2. AMBULANTE LEISTUNGEN

Im Jahr 2006 wurden rund 272.000 ambulante fachärztliche Leistungen zugunsten der ausländischen Wohnbevölkerung erbracht, ca. 9,5 pro Einwohner, gegenüber den 13 für jeden Südtiroler italienischer Staatsbürgerschaft.

Die Verteilung der fachärztlichen Leistungen nach Altersklassen, Geschlecht und Staatsbürgerschaft der Ansässigen erklärt die bereits erwähnten Unterschiede zwischen der italienischen und ausländischen Bevölkerung. Die fachärztlichen Leistungen, die von der italienischen Bevölkerung im Alter über 50 Jahren in Anspruch genommen wurden, verzeichnen einen fortlaufenden Anstieg gegenüber dem „konstanteren“ Verlauf der Leistungen zugunsten der ausländischen Bevölkerung.

**AMBULANTE
FACHÄRZTLICHE
LEISTUNGEN NACH
GESCHLECHT, ALTER UND
STAATSBÜRGERSCHAFT**

Abbildung 16: Anzahl der ambulanten fachärztlichen Leistungen pro Einwohner nach Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006

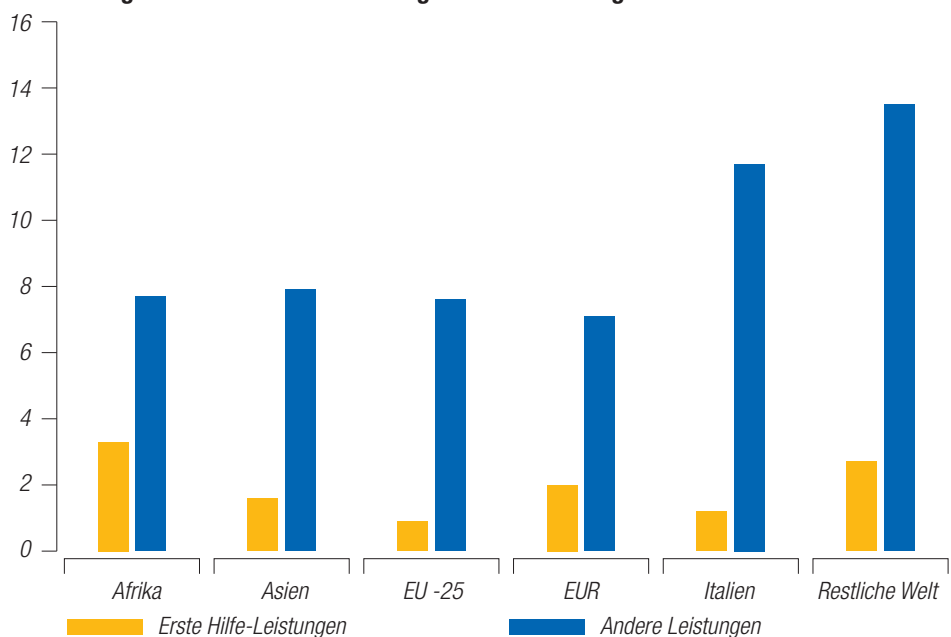


Quelle: Sanitätsbetriebe - SPA-Archiv

In der ausländischen weiblichen Bevölkerung ist eine höhere Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen als bei den italienischen Bürgerinnen im Alter von 15-44 Jahren zu beobachten, also im fruchtbaren Alter, was die hohe Geburtenrate der ausländischen Bevölkerung bestätigt.

Der Zugang zu den ambulanten Diensten seitens der Bevölkerung nach Herkunft zeigt eine durchschnittlich hohe Inanspruchnahme der Leistungen für die Bürger aus der restlichen Welt, insbesondere Mittel- und Südamerika (16,3), die über jener der italienischen Staatsbürger liegt (durchschnittlich 12,9 Leistungen pro Einwohner).

Abbildung 17: **Anzahl der ambulanten fachärztlichen Leistungen pro Einwohner nach Zugang zu den gesundheitlichen Einrichtungen und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**



Gliedert man die Leistungen in Erste Hilfe-Leistungen und andere Leistungen, ist in Bezug auf die im Jahr 2006 erbrachten fachärztlichen Leistungen eine höhere Inanspruchnahme der Ersten Hilfe seitens Ansässiger aus afrikanischen Ländern, Mittel-Südamerika und Nicht-EU-Ländern zu beobachten.

Mehr als die Hälfte der erbrachten Leistungen (53,6%) fallen in den Fachbereich Labor, die zusammen mit den fachärztlichen Rehabilitationsleistungen (7,8%), Geburtshilfe-/gynäkologischen Leistungen (6,9%), der Röntgendiagnostik (6,6%) und den fachärztlichen Visiten (3,9%) fast 80% der im Jahr 2006 insgesamt zugunsten von ausländischen Bürgern erbrachten Leistungen ausmachen.

Die Inanspruchnahme an fachärztlichen Leistungen pro 1.000 Einwohner zeigt, dass, obwohl die Laborleistungen die häufigsten sind, die ausländische Wohnbevölkerung solche Leistungen um 30% weniger häufig in Anspruch nimmt als italienische Staatsbürger. Große Unterschiede bestehen auch im Fachbereich der Rehabilitation, auf die vorwiegend die ältere Bevölkerung zurückgreift; durchschnittlich nehmen die ausländischen Bürgerinnen die Geburtshilfe- und gynäkologischen Leistungen zweimal häufiger in Anspruch als die Südtirolerinnen italienischer Staatsbürgerschaft.

**ZUGANG DER AUSLÄNDER
ZU DEN ERSTE HILFE-
LEISTUNGEN**

489

**GLIEDERUNG DER
FACHÄRZTLICHEN
LEISTUNGEN NACH
FACHBEREICH**

Tabelle 9: **Fachärztliche Leistungen nach Fachbereich und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**

Fachbereich	Afrika	Asien	EU-25	EUR	Restliche Welt	Insges. Ausl.	Italien
Labor	22.951	20.632	37.126	52.183	12.730	145.622	3.604.052
Rehabilitation	2.982	3.089	5.055	8.528	1.643	21.297	663.119
Röntgendiagnostik	3.370	2.479	3.827	6.773	1.462	17.911	379.260
Orthopädie und Traumatologie	1.386	1.001	1.685	3.315	470	7.857	176.012
Geburtshilfe und Gynäkologie	3.136	2.665	4.419	6.869	1.648	18.737	155.456
Kardiologie	643	696	1.211	1.651	316	4.517	153.326
Allgemeine Chirurgie	797	962	1.143	2.493	237	5.632	129.735
Augenheilkunde	664	441	844	1.498	338	3.785	116.390
Fachärztliche Visiten	2.999	1.633	966	4.300	833	10.731	112.161
HNO	739	675	869	1.842	291	4.416	101.973
Dermatologie	390	648	898	1.135	260	3.331	89.867
Psychiatrie	299	256	891	962	188	2.596	67.991
Nephrologie	23	215	594	545	175	1.552	65.900
Zahnheilkunde und Stomatologie	1.371	1.335	600	3.939	423	7.668	51.257
Sonstige	925	509	420	1.632	279	3.765	49.155
Neurologie	323	340	441	922	150	2.176	46.474
Onkologie	75	84	128	425	339	1.051	42.770
Pneumologie	380	615	364	638	256	2.253	40.162
Gastroenterologie	232	246	324	612	167	1.581	37.595
Urologie	185	140	217	407	69	1.018	36.171
Plastische Chirurgie	280	177	319	618	117	1.511	30.334
Strahlentherapie	2	46	181	235	26	490	23.641
Gefäßchirurgie	39	48	245	150	18	500	17.024
Endokrinologie	59	94	165	212	54	584	17.019
Anästhesie	85	18	154	119	30	406	14.732
Nuklearmedizin	26	35	82	120	32	295	8.117
Neurochirurgie	108	62	76	217	41	504	6.164
INSGESAMT	44.469	39.141	63.244	102.340	22.592	271.786	6.235.857

Quelle: Sanitätsbetriebe - SPA-Archiv

Tabelle 10: **Verbrauch (pro 1.000 Einwohner) von fachärztlichen Leistungen nach Fachbereich und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**

Fachbereich	Afrika	Asien	EU-25	EUR	Restliche Welt	Ausländ. Insges.	Italien
Labor	5.659,9	4.972,8	5.028,6	4.625,7	9.145,1	5.152,9	7.418,2
Rehabilitation	735,4	744,5	684,7	756,0	1.180,3	753,6	1.364,9
Röntgendiagnostik	831,1	597,5	518,4	600,4	1.050,3	633,8	780,6
Orthopädie und Traumatologie	341,8	241,3	228,2	293,9	337,6	278,0	362,3
Geburtshilfe und Gynäkologie	773,4	642,3	598,5	608,9	1.183,9	663,0	320,0
Kardiologie	158,6	167,8	164,0	146,4	227,0	159,8	315,6
Allgemeine Chirurgie	196,5	231,9	154,8	221,0	170,3	199,3	267,0
Augenheilkunde	163,7	106,3	114,3	132,8	242,8	133,9	239,6
Fachärztliche Visiten	739,6	393,6	130,8	381,2	598,4	379,7	230,9
HNO	182,2	162,7	117,7	163,3	209,1	156,3	209,9
Dermatologie	96,2	156,2	121,6	100,6	186,8	117,9	185,0
Psychiatrie	73,7	61,7	120,7	85,3	135,1	91,9	139,9
Nephrologie	5,7	51,8	80,5	48,3	125,7	54,9	135,6
Zahnheilkunde und Stomatologie	338,1	321,8	81,3	349,2	303,9	271,3	105,5
Sonstige	228,1	122,7	56,9	144,7	200,4	133,2	101,2
Neurologie	79,7	81,9	59,7	81,7	107,8	77,0	95,7
Onkologie	18,5	20,2	17,3	37,7	243,5	37,2	88,0
Pneumologie	93,7	148,2	49,3	56,6	183,9	79,7	82,7
Gastroenterologie	57,2	59,3	43,9	54,3	120,0	55,9	77,4
Urologie	45,6	33,7	29,4	36,1	49,6	36,0	74,5
Plastische Chirurgie	69,1	42,7	43,2	54,8	84,1	53,5	62,4
Strahlentherapie	0,5	11,1	24,5	20,8	18,7	17,3	48,7
Gefäßchirurgie	9,6	11,6	33,2	13,3	12,9	17,7	35,0
Endokrinologie	14,5	22,7	22,3	18,8	38,8	20,7	35,0
Anästhesie	21,0	4,3	20,9	10,5	21,6	14,4	30,3
Nuklearmedizin	6,4	8,4	11,1	10,6	23,0	10,4	16,7
Neurochirurgie	26,6	14,9	10,3	19,2	29,5	17,8	12,7
INSGESAMT	10.966,5	9.433,8	8.566,2	9.071,9	16.229,9	9.617,3	12.835,2

Quelle: Sanitätsbetriebe - SPA-Archiv

Weit über dem Landesdurchschnitt der italienischen Staatsbürger liegt auch die Inanspruchnahme von Leistungen pro 1.000 ausländische Bürger für die Fachbereiche Zahnheilkunde und Stomatologie, sonstige ambulante Leistungen, fachärztliche Visiten, pneumologische Leistungen für die asiatischen und amerikanischen Bürger und Gastroenterologie-Leistungen für die Bürger aus Mittel-Südamerika.

Tabelle 11: **Tarifwert der ambulanten fachärztlichen Versorgung nach Staatsbürgerschaft. Absolute Werte und Pro-Kopf-Werte - Jahre 2004-2006**

	Ausländer		Ital. Staatsbürger	
	Betrag zu Lasten des NGD	Ticketbetrag	Betrag zu Lasten des NGD	Ticketbetrag
Absolute Werte				
Jahr 2004	1.777.686,80	540.318,77	50.899.266,80	13.325.446,23
Jahr 2005	2.207.650,98	601.335,74	55.646.890,58	13.532.791,17
Jahr 2006	2.688.334,74	696.998,03	59.873.629,08	14.133.830,89
Pro-Kopf-Werte				
Jahr 2004	80,50	24,47	111,87	29,29
Jahr 2005	87,20	23,75	121,68	29,59
Jahr 2006	95,13	24,66	130,85	30,89

Quelle: Sanitätsbetriebe - SPA-Archiv

**TARIFWERT DER
AMBULANTEN
FACHÄRZTLICHEN
VERSORGUNG**

2006 betrug der Tarifwert für die ambulante fachärztliche Versorgung zugunsten der ausländischen Bürger insgesamt rund 2,7 Millionen Euro, was ca. 95,13 Euro pro Einwohner entspricht. Im letzten Dreijahreszeitraum nahmen die fachärztlichen Leistungen aus wirtschaftlicher Sicht um über 50% zu, auch aufgrund des Anstiegs der ausländischen Wohnbevölkerung in Südtirol (pro Kopf beträgt die Erhöhung in Prozentanteilen 18,1%).

Im Vergleich zur ausländischen Wohnbevölkerung verbraucht die Südtiroler Bevölkerung italienischer Staatsbürgerschaft für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen höhere finanzielle Ressourcen (130,85 Euro pro Kopf im Jahr 2006), auch aufgrund der älteren Bevölkerungsstruktur.

An den Gesundheitsausgaben trug im Jahr 2006 durchschnittlich jeder ausländische Bürger mit rund 25 Euro pro ambulante Leistung bei, mit unterschiedlichen Werten nach Staatsbürgerschaft (48,99 Euro für die Bürger aus Mittel-Südamerika und der restlichen Welt gegenüber 20,48 Euro pro Einwohner aus Asien).

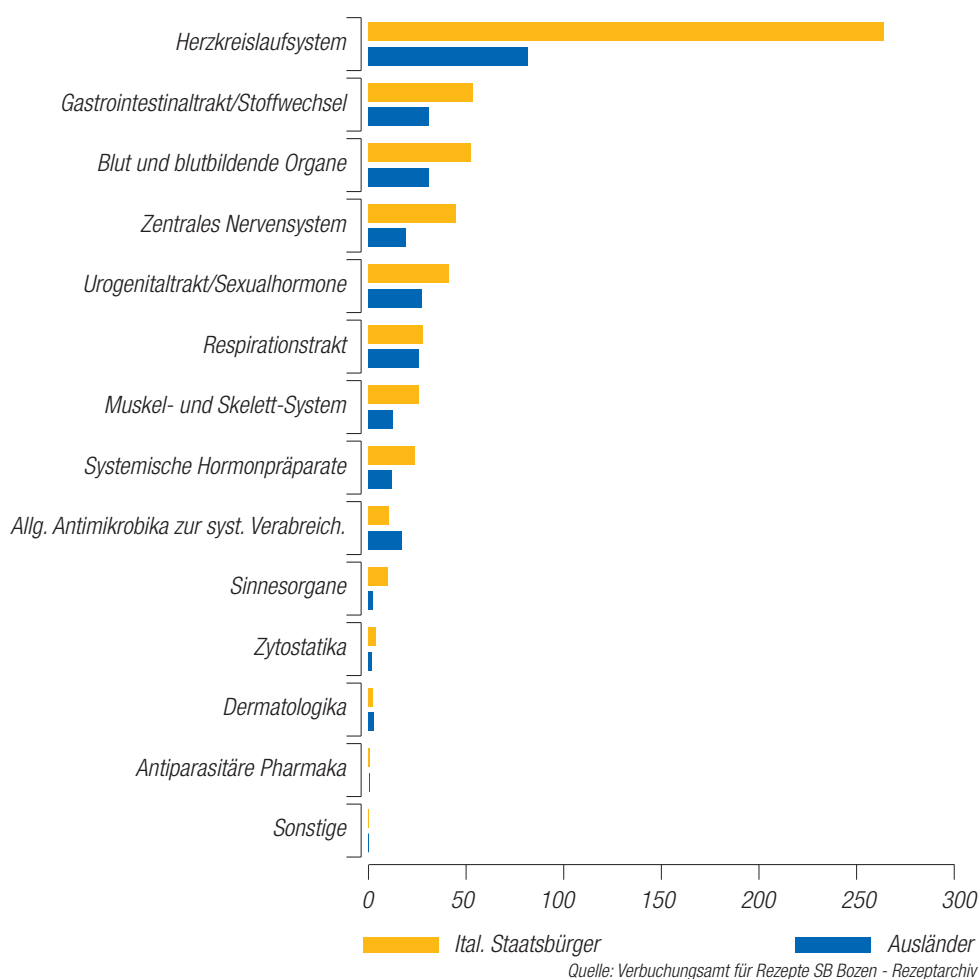
3.3. MEDIKAMENTENVERBRAUCH

An die ausländische Wohnbevölkerung wurden im Jahr 2006 ca. 103.360 Medikamentenpackungen verschrieben, rund 3,7 Stück pro Ausländer. Diese Daten unterschätzen die realen Werte aufgrund der mangelnden Informationen über die Staatsbürgerschaft, die nur in 7% der von den Apotheken auf Landesebene abgegebenen Stückzahl angegeben wurde. Gegenüber der Bevölkerung italienischer Staatsbürgerschaft verbrauchen die Ausländer weniger Medikamente pro Kopf (3,7 Packungen pro Ausländer gegenüber 10,0 pro Einwohner italienischer Staatsbürgerschaft), deren Anzahl in Abhängigkeit der Staatsbürgerschaft variiert (2,7 Medikamentenpackungen für die Einwohner aus Mazedonien, 3,5 Packungen für die Albaner, 4,2 Packungen für die Pakistaner und 4,6 für Bürger aus anderen EU-Staaten).

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(PACKUNGEN PRO KOPF)**

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)**

Abbildung 18: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach ATC und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**



Die Verteilung der im Jahr 2006 in der ausländischen und italienischen Wohnbevölkerung verschriebenen täglichen Medikamentenmengen (DDD pro 1.000 Einwohner/Tag) nach der internationalen Klassifikation ATC (Anatomische, Therapeutische, Chemische Klassifikation) zeigt - unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Altersstruktur der Bevölkerung - eine große Differenz im Medikamentenverbrauch für das Herzkreislaufsystem (die italienischen Staatsbürger verbrauchen durchschnittlich 3,2 Medikamentendosen pro Tag mehr als die ausländischen Bürger).

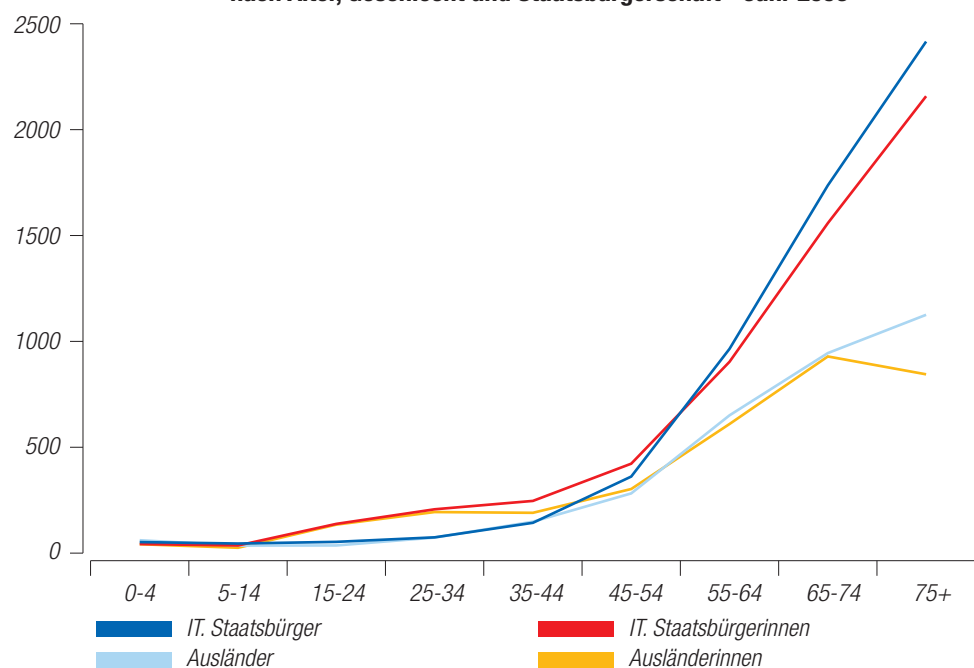
Ein höherer Verbrauch seitens der Ausländer im Vergleich zu den italienischen Bürgern wird für die allgemeinen Antimikrobika zur systematischen Verabreichung und für die Dermatologika verzeichnet, analoge Medikamentenkonsumente hingegen für den Respirationstrakt.

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)
NACH ATC**

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)
NACH GESCHLECHT,
ALTER UND
STAATSBÜRGERSCHAFT**

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH
(DDD/1.000 EINW./TAG)
NACH HERKUNFT DER
AUSLÄNDER**

Abbildung 19: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) in der Wohnbevölkerung nach Alter, Geschlecht und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte SB Bozen - Rezeptarchiv

Die Verteilung des Medikamentenverbrauchs nach Geschlecht, Alter und Staatsbürgerschaft hebt keine grundlegenden Unterschiede zwischen den italienischen und ausländischen Bürgern bis zur Altersklasse 45-55 hervor; danach verzeichnen die italienischen Bürger zunehmend ansteigende Werte gegenüber weniger hohen Anstiegen für die ausländische Bevölkerung bis zur Altersklasse 65-74 Jahren und konstanten Raten in den ältesten Klassen. Dieser Verlauf bestätigt die begrenzte Inanspruchnahme seitens der ausländischen Bevölkerung von Medikamenten für das Herz-Kreislaufsystem, die vorwiegend in den Altersklassen nach 50 Jahren eingenommen werden.

Die Analyse des Medikamentenverbrauchs der ausländischen Bürger nach Herkunft bestätigt den ausgedehnten Konsum von Antimikrobika seitens aller Ausländer mit Ausnahme der Bürger aus den EU-25-Staaten, mit durchschnittlichen täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner, die doppelt so hoch wie jene der italienischen Staatsbürger für die afrikanischen und mazedonischen Ausländer sind, und dreimal so hoch für die asiatische Bevölkerung.

Diese Pharmaka umfassen vorwiegend Penizillin, Makrolid-Antibiotika und Linkosamide, Cephalosporine, Chinolon-Antibiotika und sonstige Antimikrobika.

Tabelle 12: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) in der Wohnbevölkerung nach ATC und Staatsbürgerschaft - Jahr 2006**

ATC	Afrika	Asien	EU-25	EUR	Restl. Welt	Ausl. insges.	Italien
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	41,5	52,3	21,8	28,7	32,5	30,9	53,6
Blut und blutbildende Organe	30,2	37,4	28,8	30,6	33,0	30,9	52,7
Herz-Kreislaufsystem	44,6	68,0	95,2	89,0	58,5	81,8	263,9
Dermatologika	3,4	4,6	1,5	2,7	4,3	2,7	2,2
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	39,8	19,1	33,7	17,3	47,4	27,4	41,3
Systemische Hormonpräparate	9,6	16,5	13,4	10,1	14,5	12,2	24,0
Allg. Antimikrobika zur syst. Verabreich.	24,3	29,1	9,7	17,2	19,4	17,0	10,6
Zytostatika	1,2	1,7	2,1	1,8	0,1	1,7	3,7
Muskel- und Skelett-System	11,9	19,8	11,3	10,7	14,6	12,3	25,8
Zentrales Nervensystem	17,3	11,8	22,5	17,7	24,7	19,0	44,9
Antiparasitäre Pharmaka	1,1	0,5	0,2	0,4	2,2	0,5	0,6
Respirationstrakt	47,9	41,1	17,7	19,9	38,2	25,9	27,9
Sinnesorgane	3,4	2,7	2,8	1,6	3,9	2,5	10,1
Sonstige	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
INSGESAMT	276,1	304,7	260,6	247,8	293,1	264,8	561,4

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte SB Bozen - Rezeptarchiv

Hohe Konsume gegenüber den Bürgern anderer Herkunft sind in der pakistanischen Bevölkerung zu verzeichnen, mit Medikamenten für den Gastrointestinaltrakt (70,3 DDD/1.000 Einwohner/Tag gegenüber 30,9 aller ausländischen Staatsbürger), für das Blut und die blutbildenden Organe (48,5 gegenüber 30,9) und das Muskel- und Skelett-System (27,8 gegenüber 12,3).

In der asiatischen Bevölkerung zeigt sich außerdem ein zweimal höherer Verbrauch von Dermatologika gegenüber der italienischen Bevölkerung (4,6 DDD/1.000 Einwohner/Tag gegenüber 2,2); ein fast doppelt so hoher Verbrauch im Vergleich zu den anderen Ausländern betrifft die Medikamente des Urogenitaltraktes/die Sexualhormone für die Einwohner aus Marokko (52,4 gegenüber 27,4) und der restlichen Welt (vorwiegend Mittel-Südamerika) (47,4 DDD/1.000 Einwohner/Tag).

Auch die Medikamente für den Respirationstrakt wurden 2006 unter den Einwohnern aus den afrikanischen, asiatischen und amerikanischen Ländern verbreitet eingenommen. Der Medikamentenverbrauch seitens Bürger dieser Herkunftsländer ist hoch und betrifft insbesondere Bronchodilatoren, adrenerge Rezeptoren, Antiasthmatica und Antiphlogistika.

Die Bruttoausgaben für Medikamente, die im Jahr 2006 an die ausländischen Bürger abgegeben wurden, betrugen 1,56 Millionen Euro, was rund 55 Euro pro Bürger entspricht, während es für die italienischen Staatsbürger 141 Euro pro Kopf sind.

Gegenüber den geringen „ausländischen“ Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente zeigt das Verhältnis zwischen Bruttoausgaben und eingenommenen täglichen Medikamentendosen (DDD) durchschnittlich höhere Ausgaben pro tägliche Medikamentendosis für die ausländischen Bürger (0,76 Euro pro DDD) im Vergleich zu italienischen Wohnbevölkerung (0,68 Euro pro DDD).

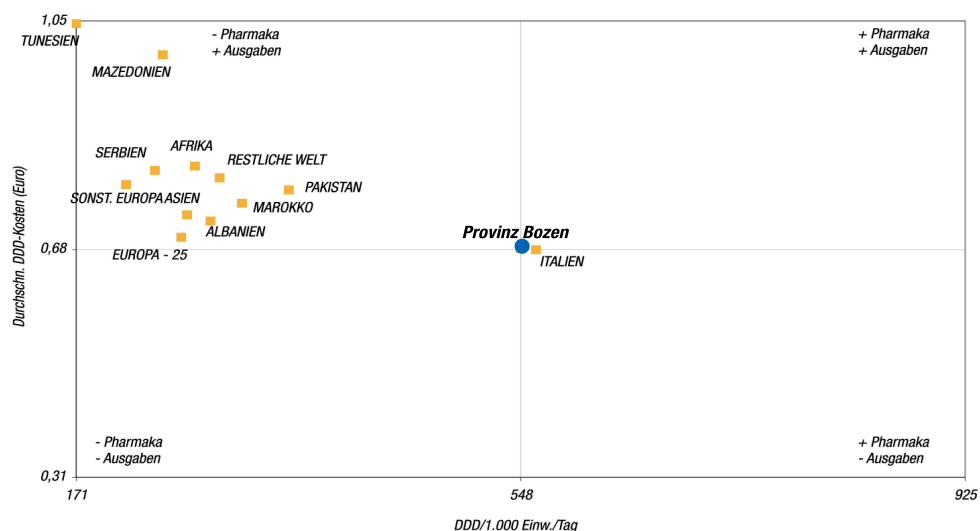
In Abbildung 20 ist eine in vier Quadranten eingeteilte Zone dargestellt, die durch die Schnittpunkte des durchschnittlichen Tageskonsums und der durchschnittlichen Kosten auf Landesebene pro DDD festgelegt werden; der Medikamentenverbrauch seitens der ausländischen Bürger ordnet sich innerhalb des Quadranten mit weniger Pharmaka und hohen Ausgaben im Vergleich zum Landesdurchschnitt an. Die Pakistaner verzeichnen den

**AUSGABEN FÜR
MEDIKAMENTE FÜR DIE
AUSLÄNDISCHE
WOHNBEVÖLKERUNG**

**DURCHSCHNITTLICHER
TAGESKONSUM UND
DURCHSCHNITTliche
KOSTEN NACH HERKUNFT
DER AUSLÄNDER**

höchsten Konsum, während die Tuneser weniger, jedoch die teuersten Pharmaka verbrauchen (Antimikrobika).

Abbildung 20: Landesvergleich der durchschnittlichen DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einwohner/Tag nach Staatsbürgerschaft der Ansässigen - Jahr 2006



Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte SB Bozen - Rezeptarchiv

Die prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für die pharmazeutische Versorgung nach ATC-Kategorie setzt die Medikamentenausgaben für das Herzkreislaufsystem (20,9%) an die erste und die allgemeinen Antimikrobika zur systematischen Verabreichung (19,9%) an die zweite Stelle; es folgen die Medikamente für den Gastrointestinaltrakt mit einem Anteil von 14,2%, für den Respirationstrakt mit (13,5%) und für das zentrale Nervensystem mit 11,8%.

Im Unterschied zu den italienischen Staatsbürgern bestätigen sich die höheren Medikamentenausgaben für die allgemeinen Antimikrobika zur systematischen Verabreichung, für den Gastrointestinaltrakt, den Respirationstrakt und den Urogenitaltrakt/die Sexualhormone.

VERTEILUNG DER MEDIKAMENTEN- AUSGABEN NACH ATC

Abbildung 21: **Prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC und Staatsbürgerschaft der Ansässigen - Jahr 2006**

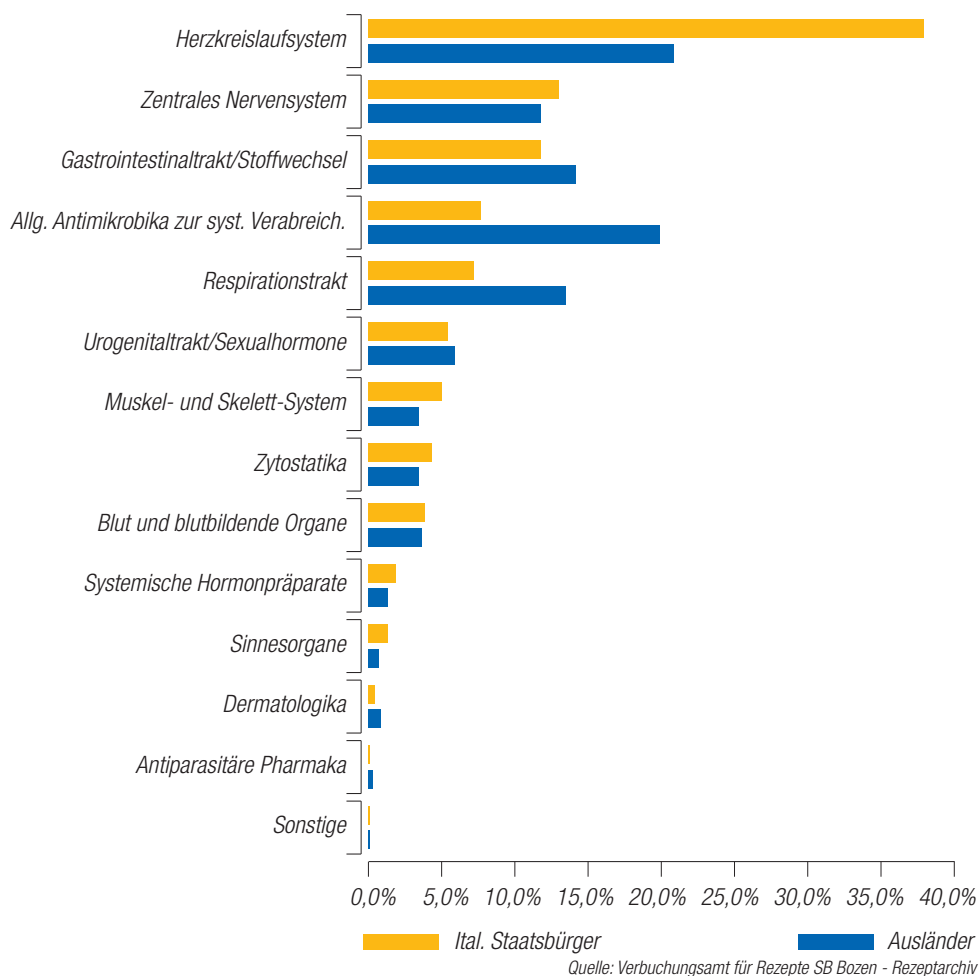


Tabelle 13: **Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC und Staatsbürgerschaft der Ansässigen. Werte in Tausend Euro - Jahr 2006**

ATC	Afrika	Asien	EU-25	EUR	Restliche Welt	Ausländer insges.	Italien
Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel	36,9	36,7	56,7	78,7	11,6	220,6	7.600,8
Blut und blutbildende Organe	3,7	4,7	23,1	20,9	4,2	56,7	2.477,7
Herz-Kreislaufsystem	20,1	35,0	132,0	126,5	11,3	325,0	24.460,8
Dermatologika	2,1	1,7	4,4	3,9	1,1	13,2	264,3
Urogenitaltrakt/Sexualhormone	11,9	13,6	35,3	24,6	6,1	91,5	3.491,5
Preparati ormonali sistemici	2,6	2,8	6,2	8,7	0,7	21,0	1.194,6
Allg. Antimikrobika zur syst. Verabreich.	53,3	52,3	70,1	115,9	18,3	310,0	4.955,6
Zytostatika	1,1	8,9	24,7	18,8	0,1	53,5	2.779,4
Muskel- und Skelett-System	5,9	9,5	20,3	15,4	2,9	54,0	3.227,4
Zentrales Nervensystem	19,1	13,7	73,7	66,9	10,0	183,4	8.405,1
Antiparasitäre Pharmaka	2,6	0,4	0,6	0,7	0,5	4,7	84,3
Respirationstrakt	49,1	36,0	47,4	62,5	15,0	210,1	4.650,2
Sinnesorgane	2,2	1,5	4,3	2,7	0,5	11,2	861,9
Sonstige	0,0	1,0	0,0	0,5	0,0	1,6	47,6
INSGESAMT	210,7	217,8	498,7	546,8	82,3	1.556,3	64.501,3

Quelle: Verbuchungsamt für Rezepte SB Bozen - Rezeptarchiv

4. DAS FANON-BALINT-PROJEKT

Mit Beschluss des Sanitätsbetriebs Bozen Nr. 1061 vom 17. Mai 2004 wurde ein ambulanter ärztlicher Dienst für irreguläre bzw. illegale Einwanderer eingerichtet, der vom im Februar 2004 gegründeten Verein Fanon-Balint geführt wird.

Der Dienst wurde in einem Ambulatorium an zwei Nachmittagen in der Woche, am Montag und Mittwoch von 16.00 bis 19.00 Uhr in Zusammenarbeit mit 11 Allgemeinmedizinern bzw. Krankenhausärzten und 5 freiwilligen Krankenpflegern erbracht.

Mit Projektabschluss im Dezember 2006 wurde das Ambulatorium geschlossen und der Dienst in die Poliambulanzen des Krankenhauses Bozen verlegt.

4.1. SOZIO-DEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER BETREUTEN

In der Phase der Aufnahme in den ambulanten ärztlichen Dienst wurde jedem neuen Betreuten ein Kode für irreguläre bzw. illegale Einwanderer zugewiesen, der den Kode des Ausweises für die Krankenbetreuung ersetzt, den der Patient aufgrund seiner irregulären Anwesenheit auf dem Landesgebiet nicht besitzt.

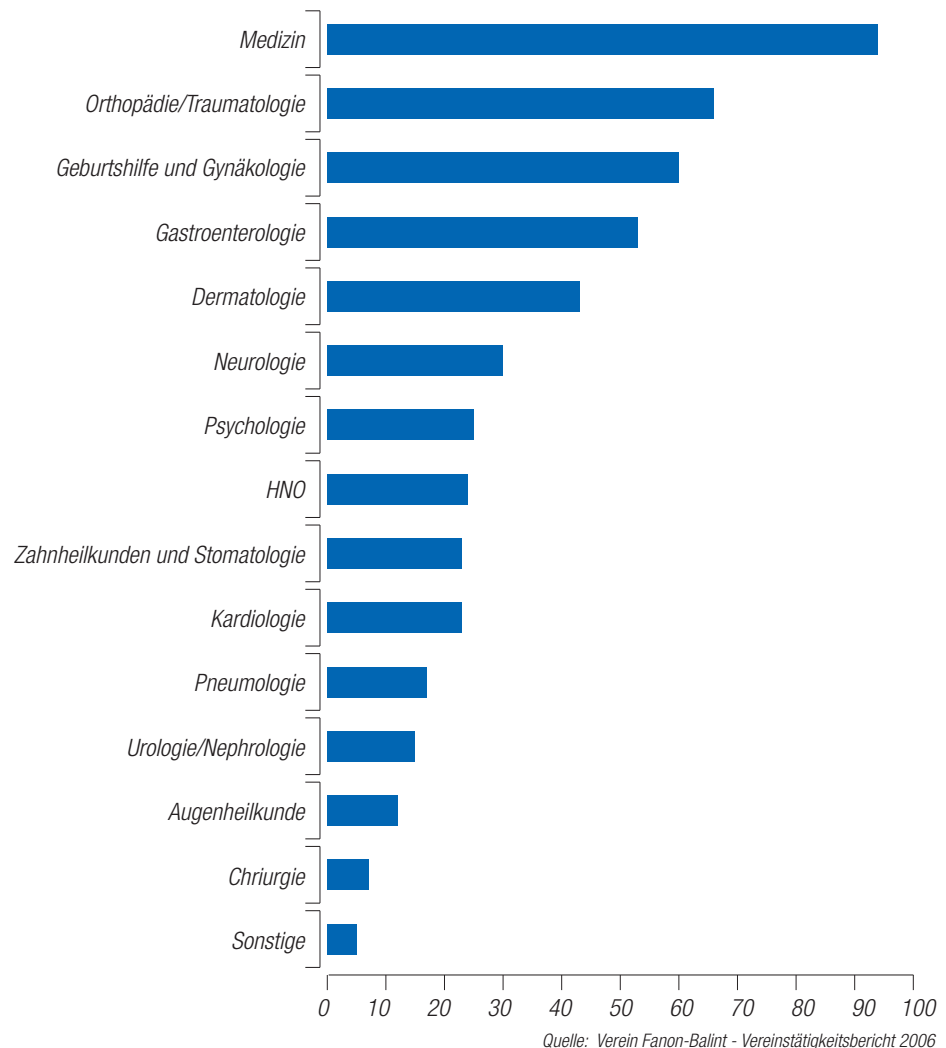
Im Zeitraum vom 1. Oktober 2005 bis 6. Dezember 2006 wurden insgesamt 170 Kodes erstellt, die ebenso vielen irregulären betreuten Einwanderern, vorwiegend aus osteuropäischen Staaten (56,2%) und aus Afrika (27,2%), entsprechen. Die Betreuten stammten aus Albanien (35 Patienten, 20,7%), Marokko (32 Patienten, 18,9%), Moldawien (25 Patienten, 14,8%) und Rumänien (14 Patienten, 8,3%); 53% der Betreuten, d. h. 90 Patienten, waren Frauen, 80 waren Männer. Über 80% der Betreuten waren unter 50 Jahre alt, vorwiegend zwischen 20 und 29 Jahren (50, was 29,4% aller Betreuten entspricht); 33,5% besaßen einen Mittelschulabschluss, 14,1% einen Universitätsabschluss. Rund die Hälfte der Betreuten (47,6%) erklärte, nicht verheiratet zu sein, und weitere 38,2% gaben als Familienstand „verheiratet“ an; 75 Betreute sagten aus, Kinder zu haben, und 73,5% davon gaben das Herkunftsland als Wohnsitz der Kinder an.

Das sozio-demographische Profil der irregulären ausländischen Betreuten des Vereins Fanon-Balint weist ähnliche Merkmale wie für die bereits beschriebene ausländische Wohnbevölkerung auf, mit Ausnahme der Anteile nach Geschlecht; in der irregulären Bevölkerung sind mehr Frauen zu beobachten, auch im Zusammenhang mit der Beschäftigung als „Haushaltshilfe“, die oft nicht mit rechtlich gültigen Verträgen geregelt und weit verbreitet ist.

4.2. DIE BETREUUNG

Während der 14-monatigen Öffnung des ärztlichen Ambulatoriums wurden insgesamt 470 Leistungen erbracht, 300 davon waren Kontrollen (63,8% aller Leistungen). Zu den ersten fünf Betreuungsfachbereichen zählen die Medizin, Orthopädie/Traumatologie, Geburtshilfe-Gynäkologie, Gastroenterologie und Dermatologie (Abbildung 22).

Abbildung 22: **Verteilung der Leistungen des Vereins Fanon-Balint zugunsten von irregulären ausländischen Betreuten nach Art - Zeitraum 01.10.2005 - 06.12.2006**



Auch die Verteilung der ambulanten Leistungen nach Fachbereich zeigt starke Analogien mit jener der im entsprechenden Absatz über die ausländische Wohnbevölkerung dargelegten auf; für die irregulären Einwanderer wurden insbesondere Leistungen in Bezug auf den Gastrointestinaltrakt erbracht, was auf häufige ernährungsbedingte Beschwerden hinweist.

