



Epidemiologische Beobachtungsstelle

Die Gesundheit der eingewanderten Bevölkerung. Jahre 2007-11

Verfasst von Antonio Fanolla
Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes
März 2013



1.	QUELLEN UND METHODEN	5
2.	BEWÖLKERUNG.....	9
3.	SCREENING-PROGRAMME.....	14
3.1.	Mammographie Screening der Wohnbevölkerung	14
3.2.	Screening des Gebärmutterhalses unter der Wohnbevölkerung	15
4.	KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT	18
4.1.	Infektionskrankheiten	18
4.2.	Chronische Krankheiten	19
4.3.	Sterblichkeit.....	23
5.	BEREICH MUTTER-KIND	26
5.1.	Geburtenrate	26
5.2.	Krankenhausaufenthalte im ersten Lebensjahr	28
5.3.	Schwangerschaft und Geburt	31
5.4.	Krankenhausaufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe	32
6.	AMBULANTE FACHÄRZTLICHE BETREUUNG (AUSSER ERSTE HILFE).....	36
7.	ZUGANG ZUR ERSTEN HILFE	40
8.	KRANKENHAUSAUFENTHALTE VON AKUTKRANKEN	45
8.1.	Ordentliche Krankenhausaufenthalte	47
8.2.	Tagesklinik-Aufenthalte	50
8.3.	Krankenhausaufenthalte in Gesundheitseinrichtungen außerhalb der Provinz	53
9.	POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG.....	56
9.1.	Rehabilitation im Krankenhaus.....	56
9.2.	Langzeitpflege	57
9.3.	Krankenhausexterne Rehabilitation	58
10.	TERRITORIALE PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG.....	61
11.	TARIFWERT DER LEISTUNGEN UND GESUNDHEITSKOSTEN	67
11.1.	Gesamter Tarifwert und Kosten der Dienstleistungen	67
11.2.	Tarifwerte der Krankenhausaufenthalte für Akutkranke	68
11.3.	Tarifwerte der post-akuten Krankenhausaufenthalte	69
11.4.	Pharmazeutische Ausgaben	70
11.5.	Tarifwerte der fachärztlichen Leistungen	70
11.6.	Kosten der Heilbehelfe	71
11.7.	Pflegegeld	72
	SCHLUSSWORT	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	745



1. QUELLEN UND METHODEN

Alter

Wo nicht anders angegeben wird das Alter zum Zeitpunkt der Verabreichung der Dienstleistung in Betracht gezogen (fachärztliche und pharmazeutische Versorgung, Krankenhausaufenthalte und Zugang zur Ersten Hilfe).

Für die Daten zur Bevölkerung und für die epidemiologischen Angaben wurde das Alter am 31. Dezember berechnet.

Für die Screening-Daten wurde das Alter am 30. Juni berechnet.

Wohnsitz

Für jeden Bürger wurde der Wohnsitz in der Provinz Bozen anhand des in der Landesdatenbank der Betreuten eingetragenen Wohnsitzgemeinde bestimmt.

Alle Indikatoren wurde anhand der Wohnbevölkerung berechnet.

PSA e PFPM

Über die Variable der Staatsbürgerschaft, die bei den verschiedenen Zutritten in den Sanitätsdienst erfasst wird, wurde die Herkunft des ansässigen Bürgers ermittelt und es wurden zwei Klassifizierungen gemacht: PSA¹ (fall die Staatsbürgerschaft jene eines hochentwickelten Landes ist) oder PFPM² (falls die Staatsbürgerschaft jene eines Landes mit hohem Migrationsdruck ist).

Screening

Beim Screening für den Tumor des Gebärmutterhalses wurden alle ersten Einladungen im Kalenderjahr in Betracht gezogen. Als Screening-Pap-Tests wurden die entsprechenden Untersuchungen betrachtet, die innerhalb des 30. Aprils des folgenden Jahres durchgeführt wurden und für welche die Frau zuvor eine Einladung erhalten hatte. Im Falle von mehreren Untersuchungen im gleichen Zeitraum wurde nur die erste in Betracht gezogen. Die für die Bewertung in Betracht gezogene Altersgruppe lag zwischen 25 und 59 Jahren, während die effektive Altersgruppe für die Einladungen für die Bevölkerung zwischen 23 und 65 Jahren liegt.

Beim Screening für den Brustkrebs wurden alle ersten Einladungen im Kalenderjahr in Betracht gezogen. Als Screening Mammographien wurden die entsprechenden Untersuchungen betrachtet, die innerhalb des 31. Dezember des gleichen Jahres durchgeführt wurden und für welche die Frau zuvor eine Einladung erhalten hatte. Im Falle von mehreren Untersuchungen im gleichen Zeitraum wurde nur die erste in Betracht gezogen.

¹ **Hochentwickelten Länder (PSA):** EU-15 (Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Irland, Luxemburg, Niederland, Portugal, Vereinigtes Königreich, Spanien, Sweden) + Andorra, Australia, Kanada, Vatikan, Südkorea, Japan, Island, Israel, Liechtenstein, Norvegien, Neuseeland, Monaco, San Marino, Schweiz, Vereinigte Staaten

² **Länder mit hohem Migrationsdruck (PFPM):** Afrika + Asien (außer Israel, Japan und Südkorea) + Zentral- und Südamerika, + Mittel- und Osteuropa

Infektionskrankheiten

Es wurden die Archive des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SIMI) für die Krankheiten der Klasse 2 und 3 verwendet.

Chronische Krankheiten

Für jeden Ansässigen der Provinz Bozen wurde ein Profil chronischer Erkrankungen gemäß dem Projekt "Mapping der chronischen Krankheiten" erstellt. Die verschiedenen Quellen für sanitäre Daten (Landesdatenbank der Betreuten, Mortalitätsregister, Krebsregister, Diabetesregister, Ticket-Befreiung, Krankenhausentlassungsbogen, pharmazeutische Daten, fachärztliche Daten) wurden kontrolliert, bereinigt, gegenübergestellt und ausgearbeitet, um die Anwesenheit nützlicher Kriterien aufzufinden, die für die Zuordnung in eine Position unter den Pathologien (auf dem heutigen Stand 35) dienen. Diese Pathologien wurden anhand einer Ticket-Befreiung, Diagnose bei einem Krankenhausaufenthalt, einer signifikanten Einnahme von Medikamenten, die auf die Krankheit hinweisen, der Verschreibung besonderer fachärztlicher Leistungen bestimmt.

Das Landesregister für Diabetes im Erwachsenenalter dienet der Auffindung zusätzlicher Daten zu diabetischen Patienten, die nicht über das Mapping auffindbar waren.

Sterblichkeit

Es wurden die Todesfälle von Ansässigen betrachtet, die im Landessterblichkeitsregister eingetragen sind. Es fehlen die Daten zu den Ansässigen, die außerhalb der Provinz gestorben sind. Die Kodifizierung der Todesursachen ist auf dem Stand des Jahres 2008 und daher wurde die Todesursache für diese Analyse nicht in Betracht gezogen.

Die Geburtsbescheinigung (CEDAP)

Die Geburtsbescheinigung wird für jede auf dem Landesgebiet, in öffentlichen oder privaten Krankenhäusern oder im Wohnsitz der Gebärenden erfolgte Geburt ausgefüllt.

Ambulante fachärztliche Versorgung (SPA)

Das Informationsverfahren "ambulante fachärztliche Versorgung" erfasst alle fachärztlichen Leistungen, instrumentale Diagnostik und Laboruntersuchungen, die in der Provinz Bozen durchgeführt werden, sowie die anderen Untersuchungen und Dienstleistungen, die im nationalen Verzeichnis vorgesehen sind und zwar in Miteinbezug der auf Landesebene beschlossenen Integrationen. Von der Erhebung sind die Leistungen des Dienstes für Hygiene und öffentliche Gesundheit, des Dienstes für Arbeitsmedizin, des Dienstes für medizinische Strahlenphysik und des Dienstes für Rechtsmedizin, das heißt die im Interesse oder auf Anfrage von Privatpersonen verabreichten Dienstleistungen ausgeschlossen.

Bei der Datenverarbeitung wurden, je nach Untersuchungsziel, die ambulanten fachärztlichen Leistungen von jenen, die direkt und eng mit dem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, wie die Leistungen der Ersten Hilfe und der Intensivbeobachtungseinheit (OBI), auf die ein Krankenhausaufenthalt folgte, getrennt gehalten. Diese Leistungen werden direkt mit einem allumfassenden Betrag für den Krankenhausaufenthalt (der Betrag entspricht dem DRG des besagten Krankenhausaufenthaltes) vergütet und müssen nicht teilweise von dem Bürger getragen werden.



Der Tarifbetrag für die Leistung wird als Nettobetrag nach Abzug des eventuellen Ticketbetrages angegeben.

Erste- Hilfe- Bogen (SPS)

Durch das Informationsverfahren "Erste-Hilfe-Bogen" wurden nützliche Informationen gesammelt, um die Dienstleistungen zu dokumentieren, die den Nutzern der Ersten Hilfe (PS) der Landeskrankenhäuser verabreicht wurden, und die daraufhin in der Intensivbeobachtungseinheit (OBI) behandelt werden können.

Um sich Bild der während der PS und OBI Aktivitäten erbrachten Fachleistungen, der entsprechenden Beträge und der Tickets zu machen, kann der Zufluss in die Erste Hilfe mit dem Zutritt zu den fachärztlichen ambulatorischen Leistungen gekreuzt werden.

Territoriale pharmazeutische Versorgung

Als territoriale pharmazeutische Versorgung gelten nur die vom Nationalen Sanitätsdienst rückerstatteten Medikamente (SSN – Klasse A, als essentiell bewertete Medikamente oder Medikamente für chronische Krankheiten), die von den öffentlichen Apotheken der Provinz Bozen vertrieben werden.

Krankenhausentlassungsbogen (KEB)

Im Falle von Krankenhausaufenthalten von Akutkranken wurden alle unentgeltlichen, ordentliche Krankenhausaufenthalte für Akutranke und Tagesklinik-Aufenthalte mit Entlassungsdatum im genannten Zeitraum in Betracht gezogen. Es wurden also folgende Fälle ausgeschlossen:

- Die Überweisungen in eine andere Abteilung (Entlassungsmodalität 7);
- Entlassung von Rehabilitationsabteilungen und Abteilungen für Langzeitranke der Provinz (Abteilungen 560x, 600x e 750x);
- Die Entlassung von gesunden Neugeborenen (DRG 391);
- Die Entlassungen mit Vergütung des Aufenthaltes, die nicht der nachträglichen Rückerstattung (völlige oder teilweise) durch den Sanitätsdienst (Kode 3) entsprechen oder keine Rückerstattungspflicht von Seiten des Sanitätsdienstes (Kode 4) vorsehen.

Im Falle von Rehabilitationsaufenthalten werden alle Aufenthalte in den Abteilungen 56xx e 75xx, die nicht gebührenpflichtig sind, als ordentliche Aufenthalte gelten und als Tagesklinik-Aufenthalte im betrachteten Zeitraum erfolgt sind.

Im Falle von Langzeitaufenthalten werden alle Aufenthalte in den Abteilungen 60xx, die nicht gebührenpflichtig sind, als ordentliche Aufenthalte gelten und als Tagesklinik-Aufenthalte erfolgt sind und deren Entlassungsdatum im betrachteten Zeitraum liegt, in Betracht gezogen.

Entlassungsbogen aus krankenhausexternen Rehabilitationszentren (S.D.E.RIA)

Die nicht intensive Rehabilitation mit Aufenthalt in einem krankenhausexternen Rehabilitationszentrum wird von Strukturen garantiert, die vertragsgebunden mit dem Sanitätsbetrieb zusammen arbeiten. Die Aktivität dieser Strukturen kann nicht gemeinsam mit den ordentlichen Krankenhausaufenthalten oder dem post-akuten Krankenhausaufenthalt betrachtet werden, und wird deshalb anhand eines separaten Datenflusses aufgenommen.

Es wurden alle unentgeltlichen, ordentlichen Krankenhausaufenthalte für Akutkranke und Tagesklinik-Aufenthalte mit Entlassungsdatum im betrachteten Zeitraum in Betracht gezogen. Es wurden also die Entlassungen mit Vergütung des Aufenthaltes ausgeschlossen, die nicht der nachträglichen Rückerstattung (völlige oder teilweise) durch den Sanitätsdienst (Kode 3) entsprechen oder ohne Rückerstattungspflicht von Seiten des Sanitätsdienstes (Kode 4) erfolgt sind.

Ausgaben für das Gesundheitswesen

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen wurden anhand der Tarife der Leistungen (der Krankenhausversorgung und der fachärztlichen Versorgung), der getragenen Kosten (pharmazeutische Versorgung, Pflegegeld für pflegebedürftige Menschen), der vorhersehbaren Kosten (Lieferung von Heilbehelfen) berechnet.

Für die Krankenhausversorgung wurde der Landestarif für den Krankenhausaufenthalt unter Abzug des eventuellen Ticketbetrages verwendet und auf die Aufhalten in den Landekrankenhäusern, auf die Einrichtungen im übrigen Italien und in Österreich angewendet. Als post-akute Krankenhausaufenthalte wurde auch die Rehabilitation in krankenhausexternen Einrichtungen bewertet.

Für die pharmazeutische Versorgung wurden die Preise unter Abzug des Ticket für die territoriale Verteilung und in Mobilität berechnet, das heißt der Gesamtpreis für die direkte Verteilung der Medikamente.

Für die Verteilung der Heilbehelfe wurden die effektiven Kosten berechnet, die einem Anteil von 75% der Spesen für die verschriebenen Heilbehelfe entsprechen.

Im Falle des Pflegegeldes für pflegebedürftige Menschen wurde der ausgezahlte Betrag berechnet.

Standardisierung

Für die Berechnung der standardisierten Werte wurde der europäischen Standardbevölkerung verwendet, welche einheitlich in die Altersklassen 0, 1-4, 5-17, 18-34, 35-49, 50-64, 65 Jahre und älter zusammengesetzt wurde

Risiko

Die Berechnung des Risikos (Odds Ratio) wird mit der logistischen Regressionsanalyse berechnet, die folgende Variablen in Betracht zieht:

- Geschlecht, falls nicht mit einem einzigen Wert angegeben;
- Altersklasse, nach der gleichen für die Standardisierung verwendeten Aufteilung
 - außer für das Screening, bei dem fünfjährige Altersklassen für die Übertragung der Daten verwendet werden.
- Staatsbürgerschaft, kodifiziert mit der dichotomen Variablen PFPM/PSA.

Weitere Variablen werden von Mal zu Mal angegeben.



2. BEWÖLKERUNG

Die Einwohner der Provinz Bozen betrugen am 31. Dezember 503.483, 92,7% davon besaßen die italienische Staatsbürgerschaft.

Zwischen 2007 und 2011 hat die PFPM-Bevölkerung um 40,2% zugenommen, das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 6,8 % und einer Verdopplungszeit von 10,3 Jahren.

Die Männerrate der PFPM-Bevölkerung hat sich von 101 Männern je 100 Frauen im Jahr 2007 auf 90 Männer je 100 Frauen im Jahr 2011 verändert, dies zeugt von einem konstanten Anstieg der weiblichen Komponente in der PFPM-Bevölkerung. (Tabelle 1)

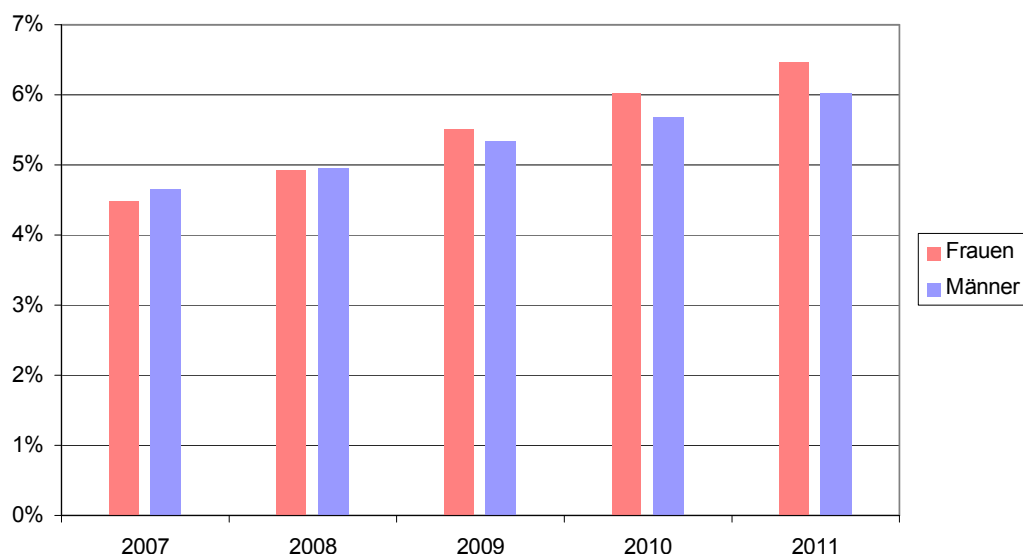
Die Ansässigen, die aus Ländern mit starkem Migrationsdruck stammen (PFPM) betragen 6,2% der Gesamtbevölkerung (im Jahr 2010 waren es auf nationaler Ebenen 7,5%) und sind zwischen 2007 und 2011 von 4,7% auf 6,0% unter den Männern und von 4,5% auf 6,5% unter den Frauen angestiegen (Abbildung 2).

Tabelle 1: Ansässige Bevölkerung nach Geschlecht. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA			Staatenlose
	Männer	Frauen	Gesamtzahl	Männer	Frauen	Gesamtzahl	
2007	11.232	11.175	22.407	229.715	237.889	467.604	8
2008	11.953	12.336	24.289	229.989	237.954	467.943	8
2009	13.019	13.875	26.894	230.648	238.313	468.961	7
2010	13.947	15.309	29.256	231.642	238.982	470.624	8
2011	14.883	16.530	31.413	232.446	239.619	472.065	5

Quelle: BDPA

Abbildung 1: Anteil der PFPM-Bevölkerung an der gesamten ansässigen Bevölkerung nach Geschlecht. Jahre 2007-11.



Die 5 größten PFPM-Gruppen waren 2011 die albanesische, mit 5.041 Ansässigen, gefolgt von der marokkanischen (3.242), der pakistanischen (2.730), der mazedonischen (2.134) (Tabelle 2).

Unter der PSA-Bevölkerung haben 98,8% die italienische Staatsbürgerschaft, 0,7% die deutsche, und 0,3% die österreichische. Die restlichen 0,2% sind auf 23 Nationalitäten verteilt.

Die Ausländergemeinschaften mit mindestens 1.000 Personen die zwischen 2007 und 2011 am meisten gewachsen sind, sind die kosovarische (von 122 Ansässigen im Jahr 2008 auf 1.708 im Jahr 2011), die ukrainische (von 547 auf 1.117), die rumänische (von 910 auf 1.726) und die pakistanische (von 1.792 auf 2.730). Die serbische Gemeinschaft scheint einem entgegengesetzten Trend zu folgen, sie ist von 2.123 Personen im Jahr 2007 auf 1.086 Personen im Jahr 2011 gesunken.

Tabelle 2: Ansässige PFPM-Bevölkerung nach Geschlecht und Staatsbürgerschaft. Jahr 2011.

	Männer	Frauen	Gesamtzahl	% PFPM
Albanien	2687	2354	5041	16.0%
Marokko	1662	1580	3242	10.3%
Pakistan	1594	1136	2730	8.7%
Mazedonien	1121	1013	2134	6.8%
Rumänien	630	1096	1726	5.5%
Kosovo	877	831	1708	5.4%
Slowakei	426	980	1406	4.5%
Ukraine	181	936	1117	3.6%
Serbien	550	536	1086	3.5%
Bangladesch	527	408	935	3.0%
Indien	613	317	930	3.0%
Peru	357	492	849	2.7%
Polen	243	603	846	2.7%
Moldawien	208	631	839	2.7%
Tunesien	472	302	774	2.5%
China	330	363	693	2.2%
Bosnien	364	306	670	2.1%
Ungarn	238	380	618	2.0%
Kroatien	203	250	453	1.4%
Andere (86 Nationalitäten)	1600	2016	3616	11,5%
Gesamtzahl	14883	16530	31413	100%

Die PFPM- Wohnbevölkerung ist im Durchschnitt jünger als die PSA-Wohnbevölkerung: 22,5% ist in einem Alter zwischen 0 und 14 Jahren (PSA 15,9%), 33,8% hat ein Alter zwischen 15 und 34 Jahren (PSA 22,1%). Für die Altersgruppe der Erwachsenen ist die Komposition ähnlich, 41,5% in der PFPM- Wohnbevölkerung und 41,8% in der PSA-Bevölkerung, während der Anteil der höheren Altersgruppe bei der PSA-Bevölkerung größer ist (20,2% versus 2,3%) (Abbildung 2).

Insbesondere zeigt sich, dass auf 100 PSA-Ansässige in der Altersgruppe 0-14 9,4 PFPM-Ansässige kommen und 10,2 in der Altersgruppe 15-24. (Abbildung 3).



Abbildung 2: Struktur nach Altersgruppen der ansässigen Bevölkerung. Jahr 2011

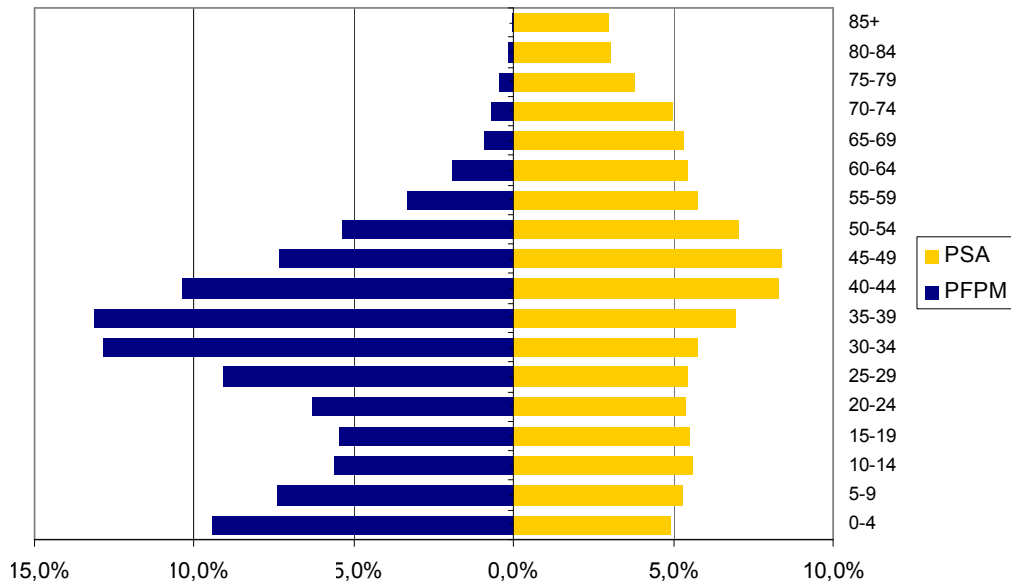
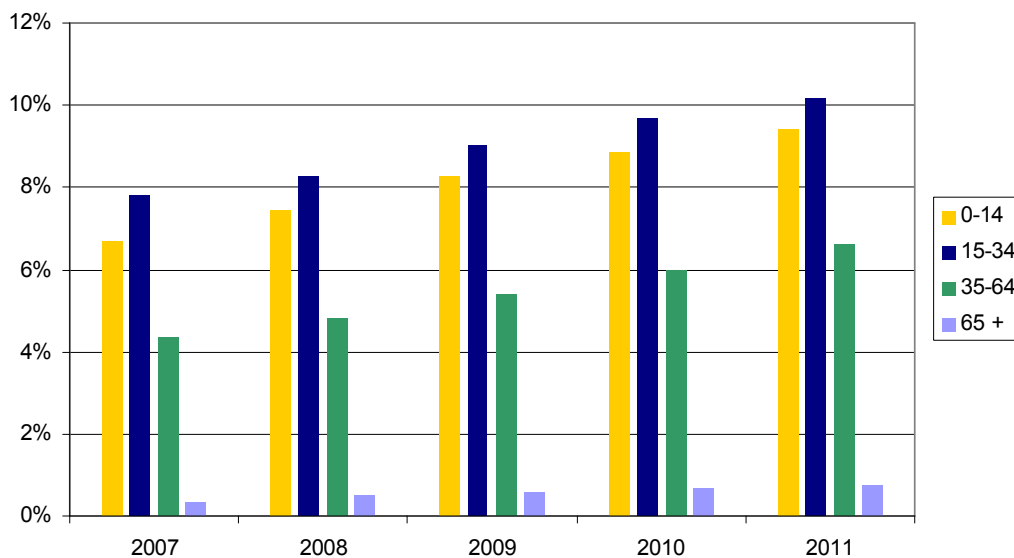


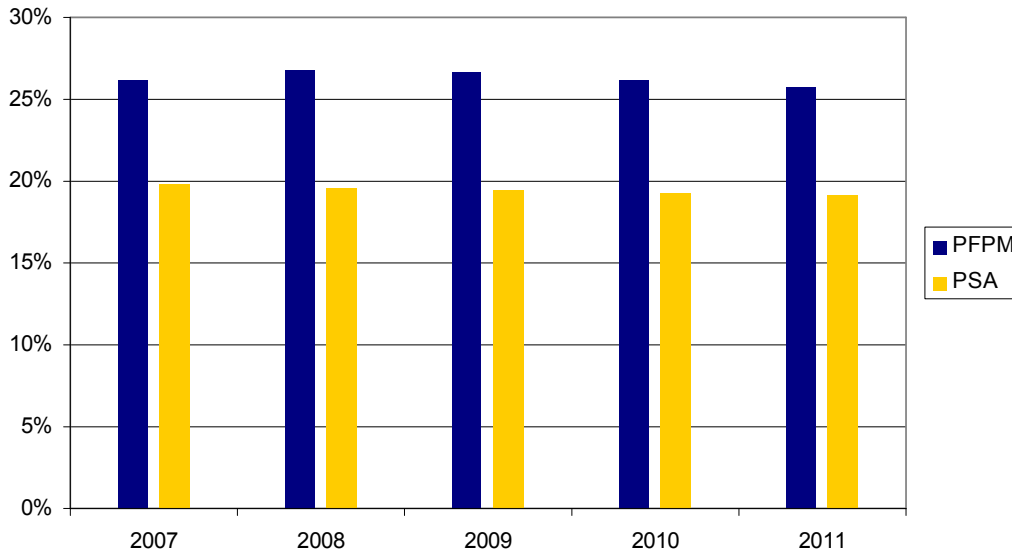
Abbildung 3: Verhältnis der PFPM-Wohnbevölkerung im Verhältnis zu der PSA- Wohnbevölkerung nach Altersklassen. Jahre 2007-11.



Im Jahr 2011 beträgt der Altersstrukturkoeffizient 127,3% in der PSA-Bevölkerung und 10,1% bei der PFPM-Bevölkerung, der Abhängigkeitskoeffizient beträgt 56,4 % in der PSA-Bevölkerung und 32,9% in der PFPM-Bevölkerung. In der PSA-Bevölkerung ist also die soziale Last, die auf die aktive Arbeitskraft lastet höher, d.h. der Prozentanteil an Kinder (0-14 Jahren) und Alten (65 und älter) ist niedriger im Verhältnis zur arbeitenden Bevölkerung.

In der PFPM- Wohnbevölkerung betragen die Minderjährigen im Jahr 2011 25,7% der Gesamtzahl, Tendenz sinkend seit Anfang 2008. Unter der PSA-Bevölkerung betragen die Minderjährigen 19,9%, auch hier ist die Tendenz im betrachteten Zeitraum sinkend (Abbildung 4).

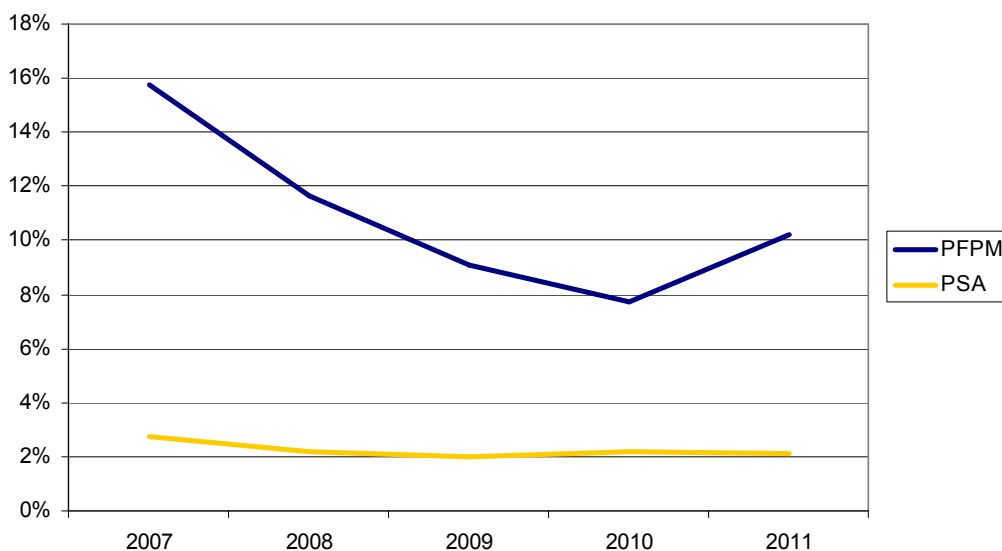
Abbildung 4: Prozentanteil an Minderjährigen. Jahre 2007-11.



10,2% der PFPM-Wohnbevölkerung hat 2011 keinen Arzt für Allgemeinmedizin gewählt (2,1 % der PSA-Bevölkerung) (Abbildung 5).

Die PFPM-Bevölkerung zeigt ein 4,3% höheres Risiko, im Vergleich zur PSA-Bevölkerung, keinen Arzt für Allgemeinmedizin zu wählen ($p < 0,0001$).

Abbildung 5: Bevölkerungsanteil, der keinen Arzt für Allgemeinmedizin gewählt hat. Jahre 2007-11.





AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die PFPM-Bevölkerung steigt konstant und zwar, bei den jetzigen Wachstumsraten, mit einer Verdopplungszeit von circa 10 Jahren.

Die PFPM-Bevölkerung ist jünger als die PSA-Bevölkerung: nur 2% ist alt während mehr als 60% jünger als 35 ist.

Die soziale Last der Alten und der Kinder, welche von der aktiven PFPM-Bevölkerung getragen wird, ist geringer im Vergleich zu jener, die auf der PSA-Bevölkerung lastet.

Jeder zehnte PFPM-Ansässige hat keinen Arzt für Allgemeinmedizin gewählt.

3. SCREENING-PROGRAMME

3.1. Mammographie Screening der Wohnbevölkerung

Das Screening für den Brustkrebs ist ein zweijähriges Verbeugungsprogramm, dass sich an alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren richtet. Die Zielbevölkerung besteht theoretisch aus allen Frauen in dieser Altersgruppe. Von der Einladung werden aber tatsächlich jene Frauen ausgeschlossen, die aufgrund eines Brustkrebses im Archiv des Tumorenregisters eingetragen sind, sowie jene die vor Kurzem eine Mammographie durchgeführt haben.

2.075 Frauen der PFPM-Wohnbevölkerung haben theoretisch die Voraussetzungen, um im Biennium am Screening-Programm teilzunehmen, 854 wurden 2011 eingeladen. Die Zahl der in Frage kommenden Frauen unter der PSA-Bevölkerung beträgt 55.866, davon wurden 20.192 im Jahr 2011 eingeladen. Eine von diesen Daten ausgehenden und auf den Zweijahreszeitraum gemachte Schätzung des Programms ergibt einen Prozentanteil von 82,3% unter der PFPM-Bevölkerung und 72,3% unter der PSA-Bevölkerung. (Tabelle 3).

Die Frauen der PFPM-Bevölkerung zeigen ein 2,6 Mal höheres Risiko, die Screening-Mammographie nicht durchzuführen ($p < 0,0001$). Die Mammographie wurde, nach der Versendung der Einladung, von 242 Frauen der PFPM-Bevölkerung (40% der Eingeladenen) und 12.171 Frauen der PSA-Bevölkerung (60,3% der Eingeladenen) durchgeführt. Rechnet man die von den Frauen auch ohne Einladung durchgeführten Mammographien (spontan in Bezug auf das Programm) hinzu, kann eine zweijährige Deckung durch Mammographie von 45,7% der PFPM-Bevölkerung und 60,3% der PSA-Bevölkerung geschätzt werden. (Tabelle 4).

Tabelle 3: Zielbevölkerung, Einladungen und Erweiterung auf einen Zweijahreszeitraum nach Altersgruppe. Jahr 2011

	PFPM			PSA		
	Zielbevölkerung	Einladungen	Zweijährige Erweiterung	Zielbevölkerung	Einladungen	Zweijährige Erweiterung
50-54	883	377	85,4%	15.921	6.625	83,2%
55-59	626	222	70,9%	13.460	4.375	65,0%
60-64	383	146	76,2%	13.368	3.886	58,1%
65-69	183	109	119,1%	13.117	5.306	80,9%
Totale	2.075	854	82,3%	55.866	20.192	72,3%

Quelle: Tumorenregister

Tabelle 4: Auf Einladung durchgeführte Mammographien und Gesamtdeckung durch Mammographien nach Altersgruppen. Jahr 2011

	PFPM				PSA			
	Screening-Mammographie	Spontane Mammographien	Rohe Teilnahmerate	Gesamte zweijährige Deckung	Screening-Mammographien	Spontane Mammographien	Rohe Teilnahmerate	Gesamte zweijährige Deckung
50-54	183	72	48,5%	57,8%	4.087	1.705	61,7%	72,8%
55-59	92	41	41,4%	42,5%	2.985	1.327	68,2%	64,1%
60-64	50	15	34,2%	33,9%	2.740	996	70,5%	55,9%
65-69	17	4	15,6%	23,0%	2.359	786	44,5%	48,0%
Totale	342	132	40,0%	45,7%	12.171	4.814	60,3%	60,8%

Quelle: Tumorenregister



Keine Frau der PFPM-Bevölkerung hatte einen positive Befund beim Mammographie-Screening, während unter der PSA-Bevölkerung 26 positiv waren, das entspricht einem Anteil von 2,1/1.000 der untersuchten Frauen. Bei 2,3% der PFPM-Bevölkerung und bei 1,3% der PSA-Bevölkerung wurde eine zusätzliche Kontrolle nach der Untersuchung verlangt. (Tabelle 5).

Tabelle 5: Befund der Screening-Mammographien nach Altersgruppe. Jahr 2011

	Negativ		Anfrage auf zusätzliche Kontrolle		Positiv (Werte auf 1.000)	
	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA
50-54	94,0%	95,2%	2,7%	1,7%	0	2,2
55-59	91,3%	97,3%	3,3%	1,1%	0	0,7
60-64	98,0%	97,0%	0,0%	1,2%	0	1,8
65-69	94,1%	96,6%	0,0%	1,1%	0	4,2
Totale	93,9%	96,4%	2,3%	1,3%	0	2,1

Quelle: Tumorenregister

3.2. Screening des Gebärmutterhalses unter der Wohnbevölkerung

Das Screening des Gebärmutterhalskrebses ist ein dreijähriges Präventionsprogramm, das auf Frauen in der Altersgruppe zwischen 23 und 65 Jahren ausgerichtet ist. Von dieser Zielgruppe, die theoretisch aus allen Frauen diese Altersgruppe besteht, werden bei der Einladung jene Frauen ausgeschlossen, die schon an Gebärmutterhalskrebs erkrankt sind sowie jene, die vor Kurzem einen Pap Test durchgeführt haben. Aufgrund der Homologie zu anderen Programmen werden die Analysen auf die Altersgruppe zwischen 23 und 64 Jahren beschränkt.

10.737 Frauen der PFPM-Wohnbevölkerung haben theoretisch die Voraussetzungen, um im triennium am Screening-Programm teilzunehmen, 3.240 wurden eingeladen. Die Zahl der in Frage kommenden Frauen unter der PSA-Bevölkerung beträgt 124.327, davon wurden 31.366 im Jahr 2011 eingeladen. Eine von diesen Daten ausgehenden und auf den Dreijahreszeitraum gemachte Schätzung des Programms ergibt einen Prozentanteil von 90,5% der PFPM-Bevölkerung und 75,7% der PSA-Bevölkerung. (Tabelle 6).

Die Frauen der PFPM-Bevölkerung zeigen ein 1,2 Mal höheres Risiko den Screening Pap-Test nicht durchzuführen ($p < 0,0001$).

Tabelle 6: Zielbevölkerung, Einladungen und Erweiterung auf einen Dreijahreszeitraum nach Altersgruppen. Jahr 2011

	PFPM			PSA		
	Zielbevölkerung	Einladungen	Dreijährige Erweiterung	Zielbevölkerung	Einladungen	Dreijährige Erweiterung
25-29	1.845	493	80,2%	12.553	2.970	71,0%
30-34	2.323	694	89,6%	13.469	3.185	70,9%
35-39	2.136	643	90,3%	16.867	4.208	74,8%
40-44	1.489	484	97,5%	19.474	5.050	77,8%
45-49	1.052	329	93,8%	19.125	4.701	73,7%
50-54	883	271	92,1%	15.921	4.011	75,6%
55-59	626	202	96,8%	13.460	3.579	79,8%
60-64	383	124	97,1%	13.368	3.662	82,2%
Totale	10.737	3.240	90,5%	124.237	31.366	75,7%

Quelle: Tumorenregister

Der Pap-Test wurde, nach der Versendung der Einladung, von 1.427 Frauen der PFPM-Bevölkerung (44% der Eingeladenen) und von 14.960 Frauen der PSA-Bevölkerung 47,7% der Eingeladenen) durchgeführt. Rechnet man die von den Frauen auch ohne Einladung durchgeführten Pap-Tests (spontan in Bezug auf das Programm), kann eine dreijährige Deckung durch Pap-Test von 122,7% der PFPM-Bevölkerung und 143,7% der PSA-Bevölkerung geschätzt werden. (Tabelle 8).

Tabelle 7: Auf Einladung durchgeführte Pap-Tests und Gesamtdeckung durch Pap-Tests nach Altersgruppen. Jahr 2011

	PFPM				PSA			
	Screening Pap-Test	Spontane Pap-Test	Rohe Teilnehmerate	Gesamte dreijährige Deckung	Screening PAP Test	Spontane Pap-Test	Rohe Teilnehmerate	Gesamte dreijährige Deckung
25-29	211	619	42,8%	135,0%	1.347	4.789	45,4%	146,6%
30-34	327	702	47,1%	132,9%	1.564	5.321	49,1%	153,4%
35-39	328	649	51,0%	137,2%	2.045	6.627	48,6%	154,2%
40-44	212	415	43,8%	126,3%	2.489	7.339	49,3%	151,4%
45-49	131	245	39,8%	107,2%	2.233	7.262	47,5%	148,9%
50-54	114	177	42,1%	98,9%	1.797	5.562	44,8%	138,7%
55-59	69	103	34,2%	82,4%	1.691	4.013	47,2%	127,1%
60-64	35	54	28,2%	69,7%	1.794	3.648	49,0%	122,1%
Totale	1.427	2.964	44,0%	122,7%	14.960	44.561	47,7%	143,7%

Quelle: Tumorenregister

Die entnommene Stichprobe war bei 6 Fällen (4,2/1.000) in der PFPM-Bevölkerung und bei 180 Fällen der PSA-Bevölkerung (12/1.000) nicht ausreichend zur Bewertung des Tests. Eine Anomalie der Drüsenepithelzellen oder der Plattenepithelzellen, die aber nicht auf ein Karzinom zurückzuführen ist, wurde in 41 Fällen bei der PFPM-Bevölkerung (28,7/1.000) und in 353 Fällen bei der PSA-Bevölkerung (23,6/1.000) entdeckt. Der Verdacht auf bösartige Neoplasie wurden in einem Fall bei der PSA-Bevölkerung gestellt (0,067/1.000 (Tabelle 8).

Tabelle 8: Ergebnis des Pap-Test Screening nach Altersgruppen, Werte auf 1.000. Jahr 2011

	Unbefriedigend		Negativ		Plattenepithelzellen*		Drüsenepithelzellen*		Verdacht auf bösartige Neoplasie	
	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA
25-29	4,7	3,7	957,3	938,4	37,9	56,4	0,0	1,5	0,000	0,000
30-34	3,0	4,5	966,4	955,2	30,6	40,3	0,0	0,0	0,000	0,000
35-39	6,1	2,9	960,4	972,6	33,5	24,0	0,0	0,5	0,000	0,000
40-44	0,0	3,2	971,7	973,9	28,3	22,5	0,0	0,4	0,000	0,000
45-49	0,0	8,0	969,5	971,3	30,5	19,7	0,0	0,4	0,000	0,447
50-54	8,8	18,3	982,5	964,9	8,8	16,1	0,0	0,6	0,000	0,000
55-59	0,0	26,5	985,5	963,9	14,5	8,9	0,0	0,6	0,000	0,000
60-64	28,6	32,3	971,4	959,9	0,0	7,8	0,0	0,0	0,000	0,000
Totale	4,2	12,0	967,1	964,3	28,7	23,1	0,0	0,5	0,000	0,067

* Karzinome ausgenommen

Quelle: Tumorenregister



AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Es zeigt sich eine geringe Teilnahme der Frauen am Brustkrebs-Screening (4 auf 10 im Vergleich zu 6 auf 10 bei der PSA-Bevölkerung). Auch mit Einbezug der außerhalb des Screening-Programms durchgeführten Untersuchungen zeigt sich, dass sich nicht einmal jede zweite Frau der PFPM-Bevölkerung einer Mammographie unterzogen hat.

Das Risiko sich dem Screening-Programm nicht zu unterziehen ist bei der PFPM-Bevölkerung 1,2 Mal höher als bei der PSA-Bevölkerung bezüglich des Screenings des Gebärmutterhalses und 2,6 höher bezüglich des Mammographie-Screenings.

4. KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT

4.1. Infektionskrankheiten

Von der PFPM-Bevölkerung wurden 49 Fälle von Infektionskrankheiten der Klasse II gemeldet, das entspricht einem Anteil von 156 je 1.000 Ansässige. Die Melderate ist im Vergleich zur PSA-Bevölkerung für fast alle Pathologien niedriger, mit Ausnahme der sexuell übertragenen Syphilis und Blennorrhagie. Bei den infektiösen Kinderkrankheiten ist der Unterschied besonders markant im Falle der Masern mit 12,7/1.000 gemeldeten Fällen unter PFPM-Bevölkerung im Vergleich zu 437,9/1.000 unter der PSA-Bevölkerung (Tabelle 9).

Tabelle 9: Gemeldete Fälle und Melderate der Infektionskrankheiten der Klasse II. Jahr 2011

	Gemeldete Fälle			Melderate (x 100.000)		
	PFPM	PSA	Insgesamt	PFPM	PSA	Insgesamt
Nicht typhusartige Salmonellose	2	66	68	6,4	14,0	13,5
Infektiöse Diarrhöe	7	272	279	22,3	57,6	55,4
Keuchhusten	-	7	7	-	1,5	1,4
Scharlach	2	482	484	6,4	102,1	96,1
Meningokokkenmeningitis	-	2	2	-	0,4	0,4
Virale Meningoenzephalitis	1	3	4	3,2	0,6	0,8
Windpocken	25	1.190	1.215	79,6	252,1	241,3
Masern	4	2.067	2.071	12,7	437,9	411,3
Röteln	-	21	21	-	4,4	4,2
Virushepatitis A	-	4	4	-	0,8	0,8
Virushepatitis B	-	4	4	-	0,8	0,8
Hepatitis NANB	2	-	2	6,4	-	0,4
Epidemischer Mumps	-	211	211	-	44,7	41,9
Syphilis	4	15	19	12,7	3,2	3,8
Blennorrhagie	1	12	13	3,2	2,5	2,6
Legionellose	-	8	8	-	1,7	1,6
Virushepatitis E	1	-	1	3,2	-	0,2
Gesamtzahl	49	4.364	4.413	156,0	924,4	876,5

Quelle: SIMI

Einen andersartigen Verlauf zeigt die Tuberkulose (Klasse III), wo, von den 59 der im Jahr 2011 gemeldeten Fälle, 40,7 % die PFPM-Bevölkerung betreffen, mit einer Inzidenz von 76,4/1.000 im Vergleich zu 12,5/1.000 bei der PSA-Bevölkerung (Tabelle 10).

Die Inzidenz der TBC Fälle steigt tendenziell sowohl in der PSA als auch in PFPM-Bevölkerung (Abbildung 6).

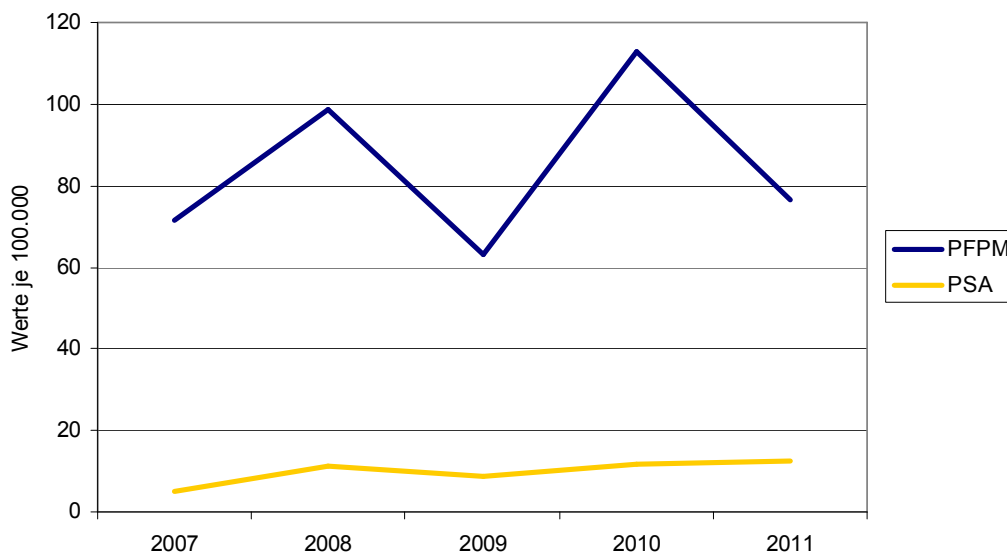
Tabelle 10: gemeldete Fälle und Melderate von TBC. Jahre 2007-11.

	Gemeldete Fälle			Melderate (x 100.000)		
	PFPM	PSA	Insgesamt	PFPM	PSA	Insgesamt
2007	16	24	40	71,4	5,1	8,2
2008	24	29	53	98,8	11,3	10,8
2009	17	24	41	63,2	8,7	8,3
2010	33	22	55	112,8	11,7	11,0
2011	24	35	59	76,4	12,5	11,7

Quelle: SIMI



Abbildung 6: Melderaten bei TBC. Jahre 2007-11.



4.2. Chronische Krankheiten

Im Jahr 2011 betrug die Zahl der Personen mit mindestens einer chronischen Krankheit 3.885 unter der PFPM-Bevölkerung (122,7/1.000 Ansässige) und 134.169 in der PSA-Bevölkerung, das entspricht 284,2/1.000 der Wohnbevölkerung (Tabelle 11).

Tabelle 11: Chronisch Kranke nach Geschlecht und Altersgruppe. Jahr 2011

	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0	11	16	27	81	64	145
1-4	58	42	100	415	257	672
5-17	104	69	173	1.619	1.172	2.791
18-34	187	422	609	2.988	3.800	6.788
35-49	695	772	1.467	8.306	10.004	18.310
50-64	439	586	1.025	16.345	17.263	33.608
65+	186	268	454	30.594	41.261	71.855
Totale	1.680	2.175	3.855	60.348	73.821	134.169

Quelle: Epidemiologische Beobachtungsstelle der Provinz – Mapping der chronischen Krankheiten

Der Anteil an chronisch Kranken in der PSA-Bevölkerung verbleibt höher im Vergleich zur PFPM-Bevölkerung auch bei einer Korrektur des Vergleichs, um der unterschiedlichen Altersstruktur der zwei Bevölkerungen Rechnung zu tragen. Dieses Phänomen ist in der Fachliteratur als das Phänomen des „gesunden Migranten“ bekannt, das auf einen Selektionsprozess im Herkunftsland zurückzuführen ist, der zu einer Migration der Individuen führt, die im besten psycho-physischen Zustand sind.

Die PFPM-Bevölkerung zeigt einen leicht höheren Anteil an chronischen Erkrankungen im Vergleich zur PSA-Bevölkerung im frühen Kindesalter zwischen 0-4 Jahren. Ab dem fünften Lebensjahr steigt die Prävalenz der chronisch Kranken unter der PSA-Bevölkerung und wird im hohen Alter besonders eindeutig. Es ist möglich, dass in diesem Fall das „Lachsphänomen“ zu tragen

kommt: Demgemäß kehrt der Migrant bei Verschlechterung seines Gesundheitszustandes wieder in sein Herkunftsland zurück. Das Risiko an einer chronischen Krankheit zu leiden ist zurzeit für einen PFPM-Ansässigen um 20% niedriger im Vergleich zu jenem eines PSA-Ansässigen ($OR=0,8$, $p<0,0001$) (Abbildung 7 und Abbildung 8).

Abbildung 7: Anteil an chronisch Kranken nach Altersgruppe und standardisierte Werte bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011.

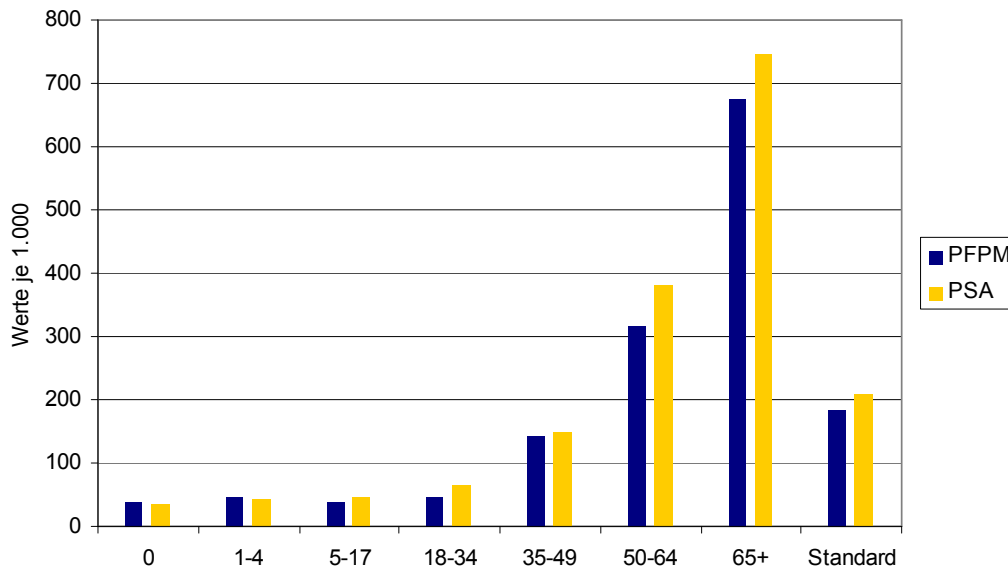
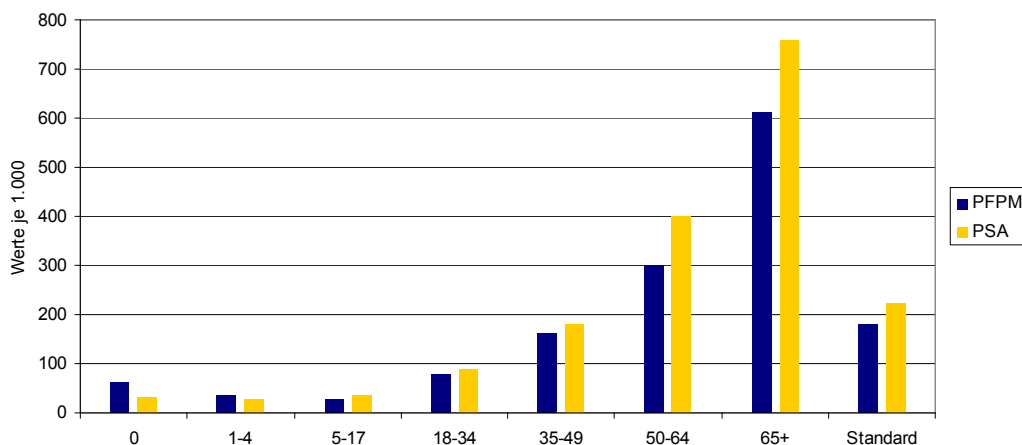


Abbildung 8: Anteil an chronisch Kranken nach Altersgruppe und standardisierte Werte bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011.



In beiden Bevölkerungsgruppen ist der Anteil an Frauen, die an einer chronischen Krankheit leiden, höher als bei den Männern ($OR=1,13$, $p<0,0001$). Die meistverbreiteten chronischen Krankheiten sind Kardio- und Vaskulopathien (etwa 1.400 Fälle in der PFPM-Bevölkerung und etwa 85.000 Fälle in der PSA-Bevölkerung) und insbesondere Hypertonie. In der PFPM-Bevölkerung ist die zweithäufigste chronische Erkrankung Diabetes, während in der PSA-Bevölkerung endokrine Krankheiten und Stoffwechselkrankheiten häufiger auftreten. (Tabelle 12).



Tabelle 12: Prävalenzrate für einige chronische Erkrankungen (Werte x 1.000). Jahr 2011

	PFPM			PSA		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
Transplantatträger	0,4	0,7	0,5	0,8	1,6	1,2
Chronische Niereninsuffizienz	0,7	2,3	1,4	6,0	8,9	7,4
HIV/AIDS	1,1	1,5	1,3	0,5	1,2	0,8
Neoplasien	11,9	8,3	10,2	50,9	51,2	51,0
Diabetes	30,7	29,8	30,3	37,9	43,0	40,4
Kardio- und Vaskulopathie	45,7	43,7	44,7	187,6	172,5	180,2
<i>Hypertonie</i>	38,5	36,1	37,4	163,3	146,8	155,2
Bronchopneumopathie	24,1	28,6	26,3	34,4	41,7	38,0
Gastro-Enteropathie	10,8	14,6	12,6	23,0	25,2	24,1
<i>Hepatopathie</i>	6,8	8,9	7,8	6,5	10,7	8,6
Neuropathie	5,4	7,0	6,2	26,4	20,2	23,4
<i>Epilepsie</i>	3,6	5,2	4,3	8,3	9,2	8,7
<i>Parkinson</i>	1,3	1,6	1,4	10,0	7,5	8,8
<i>Alzheimer</i>	0,2	0,1	0,1	5,2	2,4	3,8
<i>Multiple Sklerose und zerebelläre Ataxie</i>	0,6	0,2	0,4	2,4	1,2	1,9
Autoimmunerkrankungen	13,4	2,8	8,4	26,6	5,8	16,4
<i>Rheumatoide Arthritis</i>	2,7	1,1	1,9	6,5	2,5	4,5
<i>LES</i>	0,5	0,1	0,3	1,2	0,2	0,7
<i>Systemische Sklerose</i>	0,1	0,0	0,1	0,6	0,1	0,4
<i>Sjögren-Syndrom</i>	0,5	0,1	0,3	0,7	0,1	0,4
<i>Spondylitis ankylosans</i>	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5
<i>Hashimoto-Thyreoiditis</i>	9,4	1,2	5,5	17,8	2,3	10,2
Endokrine Krankheiten und Stoffwechselkrankheiten	30,1	17,5	24,1	104,6	64,1	84,7
<i>Akromegalie und Gigantismus</i>	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
<i>Angeborene oder erworbene Hypothyreose</i>	21,1	3,8	12,9	69,7	15,9	43,2
<i>Hypophysärer Minderwuchs</i>	0,1	0,1	0,1	0,3	0,5	0,4
<i>Dyslipämie</i>	7,6	13,6	10,4	40,6	50,2	45,3
Psychosen	5,8	4,0	5,0	13,9	9,1	11,5
Insgesamt	131,6	112,9	122,7	308,1	259,6	284,2

Nimmt man die häufigsten Krankheiten, die Mapping der chronischen Pathologien in der Provinz Bozen eingetragen sind, in Betracht, zeigen die standardisierten Werte eine Prävalenz der Hypertonie und der Neoplasien bei der männlichen PSA-Bevölkerung, des Diabetes in der PFPM-Bevölkerung (Abbildung 9).

Genauso zeigt sich bei der weiblichen Bevölkerung, dass Hypertonie, Neoplasien und Hyperthyreose stärker unter der PSA-Bevölkerung verbreitet sind, während Diabetes öfter bei der PFPM-Bevölkerung auftritt. (Abbildung 10).

Abbildung 9: standardisierte Prävalenzraten bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011

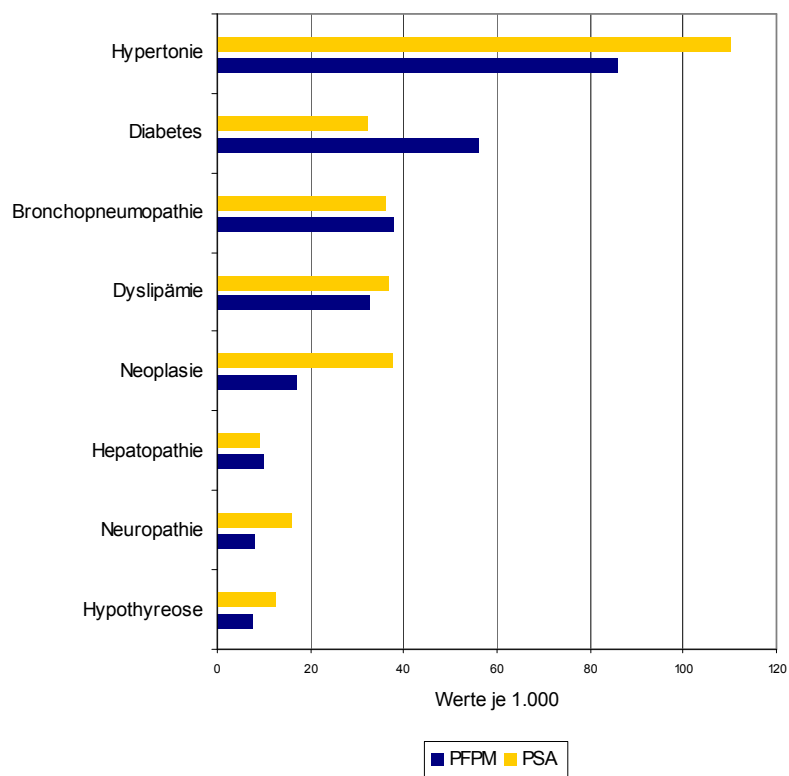
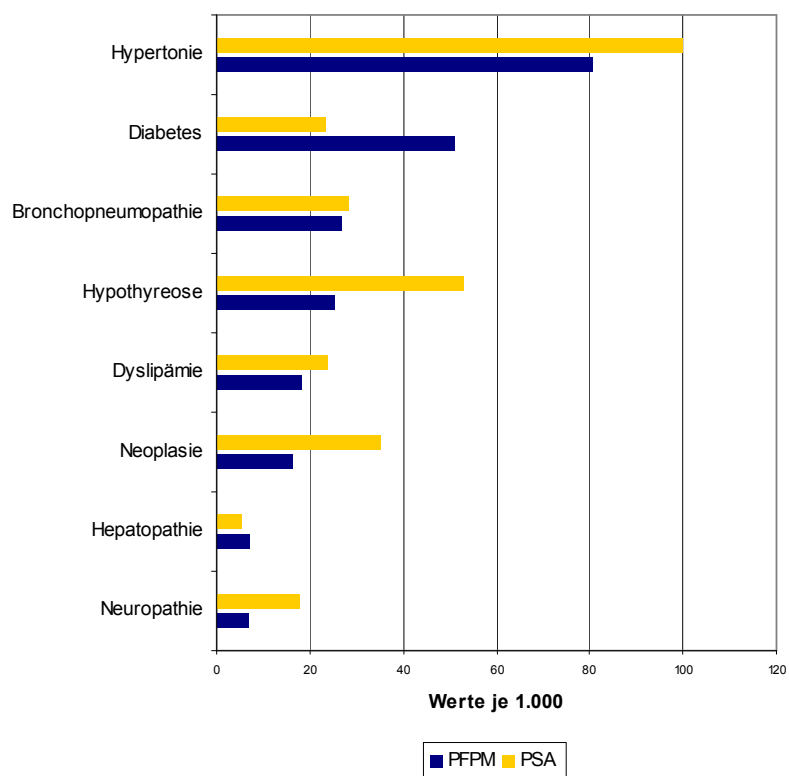


Abbildung 10: standardisierte Prävalenzraten bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011





Bei der PFPM-Bevölkerung ist das Risiko an Diabetes zu erkranken 2,4 Mal höher als bei der PSA-Bevölkerung ($p < 0,0001$), der Risikofaktor beträgt bei den Frauen 2,6 und bei den Männern 2,2.

Von den 4.717 Frauen, die im Jahr 2011 in den diätologischen Zentren der Provinz behandelt wurden, gehören 278 zur PFPM-Bevölkerung (5,9%), bei 20,9% (58 Fälle) handelt es sich um Schwangerschaftsdiabetes (3% unter den PSA-Frauen). Bei Einschränkung der Analyse auf die Frauen im gebärfähigen Alter (15-49) beträgt die Prävalenz von Schwangerschaftsdiabetes 36% unter den PFPM Frauen und 28,6% unter den PSA-Frauen. Die geringe Zahl erlaubt keine Erkennung signifikanter Unterschiede zwischen den zwei Bevölkerungsgruppen ($OR=1,4$, $p=0,09$).

4.3. Sterblichkeit

2011 betrugen die Todesfälle unter der PFPM-Bevölkerung 33 (1,1/1.000 Ansässige). Unter der PSA-Bevölkerung entsprechen die 3.796 Todesfälle im Jahr 2011 einer Sterblichkeitsrate von 8,0/1.000 (Tabelle 13).

Tabelle 13: Todesfälle nach Geschlecht. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
2007	3	12	15	1.875	1.826	3.701
2008	7	14	21	1.916	1.935	3.851
2009	4	19	23	1.927	1.816	3.743
2010	15	14	29	1.925	1.810	3.735
2011	15	18	33	1.981	1.815	3.796

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Die altersspezifischen Sterblichkeitsraten zeigen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, erhebliche Unterschieden in den hohen Altersgruppen. Es handelt sich hierbei um ein Phänomen, das in der Fachliteratur als "Lachsphänomen" bezeichnet wird, d.h. die Rückkehr des Migranten in das Herkunftsland bei schlechtem Gesundheitszustand. Die standardisierten Werte, welche den Vergleich bezüglich der Alterszusammensetzung der zwei Gruppen korrigieren, zeigen eine höhere Sterblichkeit der PSA-Bevölkerung im Vergleich zur PFPM, sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen. Es scheint sich auch ein Sterblichkeitsübermaß der weiblichen PFPM-Bevölkerung im ersten Lebensjahr abzuzeichnen. (Abbildung 11 und Abbildung 12).

Abbildung 11: Sterblichkeitsrate nach Alter und standardisierte Werte bei der männlichen Bevölkerung. Jahre 2007-11.

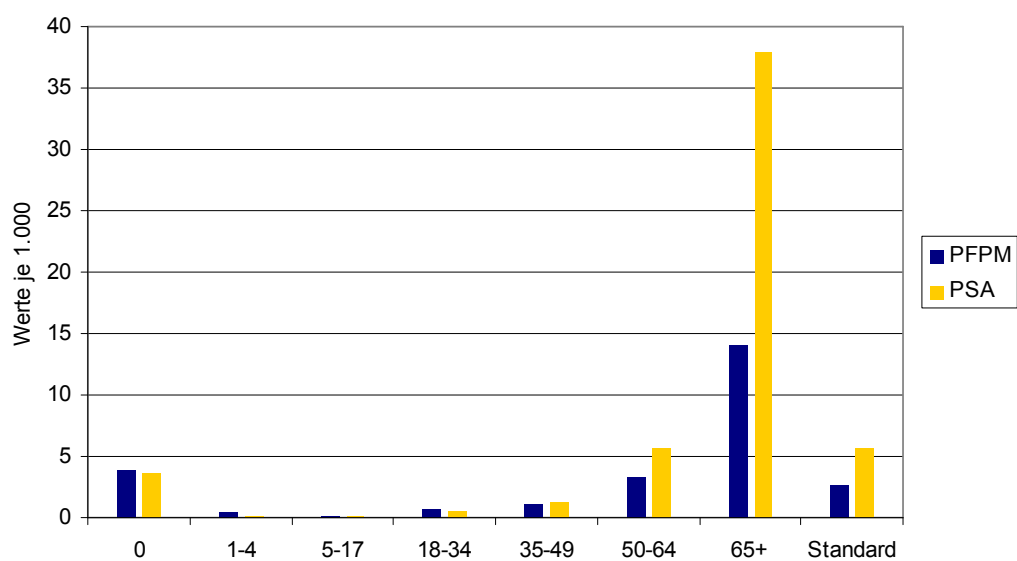
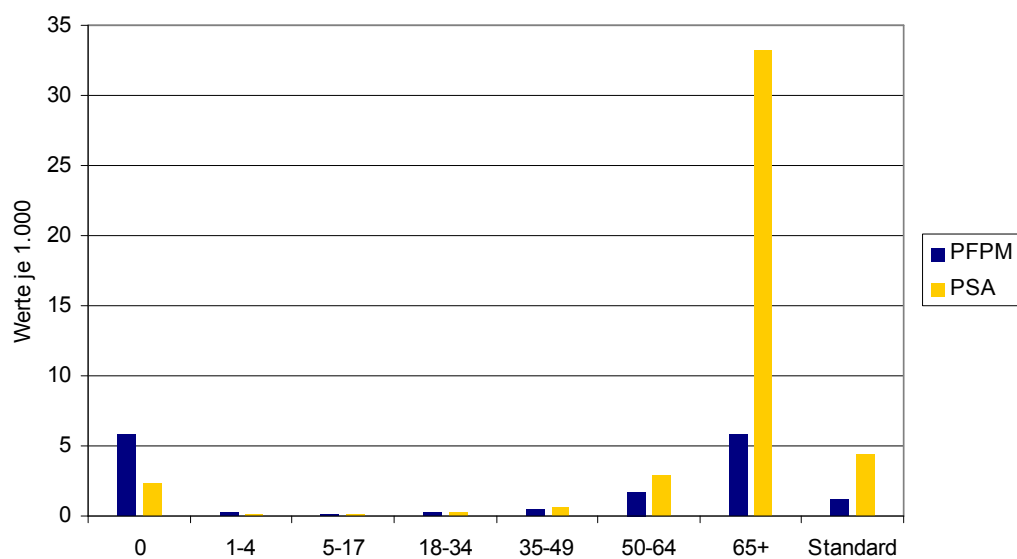


Abbildung 12: Sterblichkeitsrate nach Alter und standardisierte Werte bei der weiblichen Bevölkerung. Jahre 2007-11.





AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die Infektionskrankheiten, die unter der PFPM-Bevölkerung häufigsten auftreten, sind die sexuell übertragenen Krankheiten und TBC. Im Gegenzug scheinen die Kinder vor den typischen Infektionskrankheiten des Kindesalters geschützt zu sein. Wenn auch mit niedrigen Werten, ist die Verbreitung von HIV/AIDS höher.

Die eingewanderte Bevölkerung scheint weniger an chronischen Pathologien zu leiden als die PSA-Bevölkerung, eine Folge des Effektes des gesunden Einwanderers. Dieser Effekt scheint sich im Verhältnis zur Dauer des Aufenthaltes unter der Bevölkerung des Ziellandes abzuschwächen. Die neuen Generationen laufen aus gesundheitlicher Sicht das Risiko sich dem Zustand der schwächeren Gesellschaftsschichten anzugleichen.

Die PFPM-Bevölkerung zeigt im Allgemeinen niedrige Sterblichkeitsraten, was als "Lachseffekt" erkannt wird, der den Migranten bei Verschlechterung seines Gesundheitszustandes dazu führt, in sein Herkunftsland zurück zu kehren.

Bei der weiblichen PFPM-Bevölkerung zeigt sich ein Sterblichkeitsübermaß im ersten Lebensjahr.

5. BEREICH MUTTER-KIND

5.1. Geburtenrate

2011 wurden 926 Kinder von Müttern geboren, die zur PFPM-Bevölkerung gehören, das entspricht einer Geburtenrate von 29,5/1.000. Dieser Anteil ist über 3 Mal höher als jener der PSA-Bevölkerung, der 8,9/1.000 beträgt (Tabelle 14).

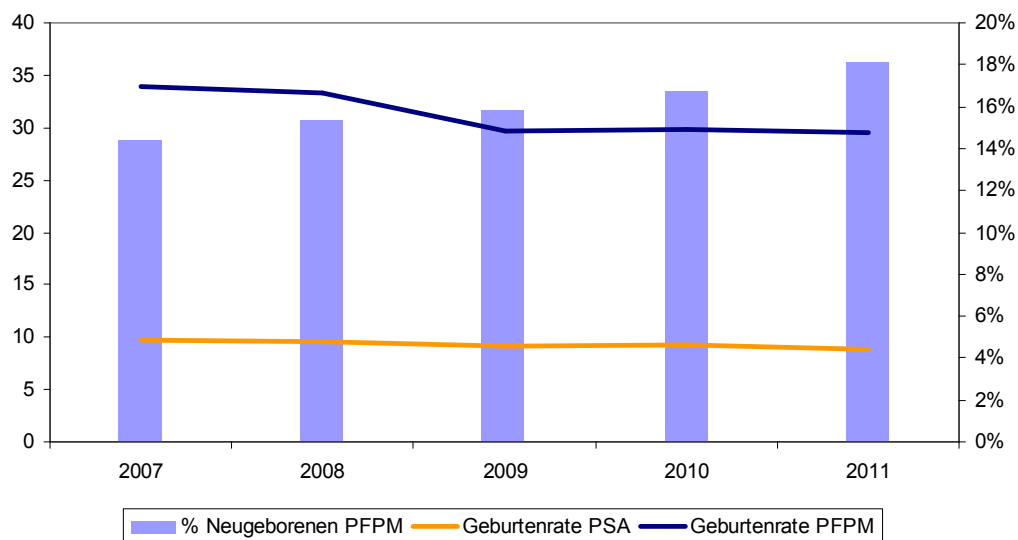
Tabelle 14: Geborenen nach Geschlecht. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA			Staatenlose
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	
2007	396	362	758	2.420	2.106	4.526	2
2008	427	382	809	2.287	2.165	4.452	-
2009	417	382	799	2.177	2.069	4.246	-
2010	445	426	871	2.240	2.094	4.334	-
2011	481	445	926	2.152	2.045	4.197	-

Quelle: CEDAP

Der Prozentanteil an Neugeborenen unter der PFPM-Bevölkerung ist im Zeitraum 2007-11 ständig gestiegen, 2011 sind 18,1% der Neugeborenen Kinder einer Frau der PFPM-Bevölkerung. Die Geburtenrate sinkt auf jeden Fall tendenziell im betrachteten Zeitraum, sowohl bei PFPM-Bevölkerung als auch bei der PSA-Bevölkerung (Abbildung 13).

Abbildung 13: Geburtenrate. Jahre 2007-11.



Die Frauen der PSA-Bevölkerung erreichen den Höhepunkt der altersspezifischen Fruchtbarkeit mit dem 32. Lebensjahr (115 Kinder/1.000) zu erreichen und die Fruchtbarkeitskurve gleicht sich nur nach dem 30. Lebensjahr jener der PFPM Frauen an. Letztere verlegen ihre spezifische Fruchtbarkeit vor und zwar auf das 22. Lebensjahr (213 Kinder/1.000) und zeigen ein Reproduktionsverhalten, das einen früheren Lebensabschnitt bevorzugt. (Abbildung 14).



Auch bezüglich der Gesamtfruchtbarkeitsrate (SFR) sind die Unterschiede deutlich: 2,9 Kinder pro Frau in der PFPM-Bevölkerung im Vergleich zu 1,5 Kinder in der PSA-Bevölkerung im Zeitraum 2007-11. Es zeichnet sich die Perspektive eines progressiven Alterns der PSA-Bevölkerung ab, während die PFPM-Bevölkerung jünger bleibt (Abbildung 15).

Abbildung 14: altersspezifische Fruchtbarkeitsrate. Jahre 2007-11.

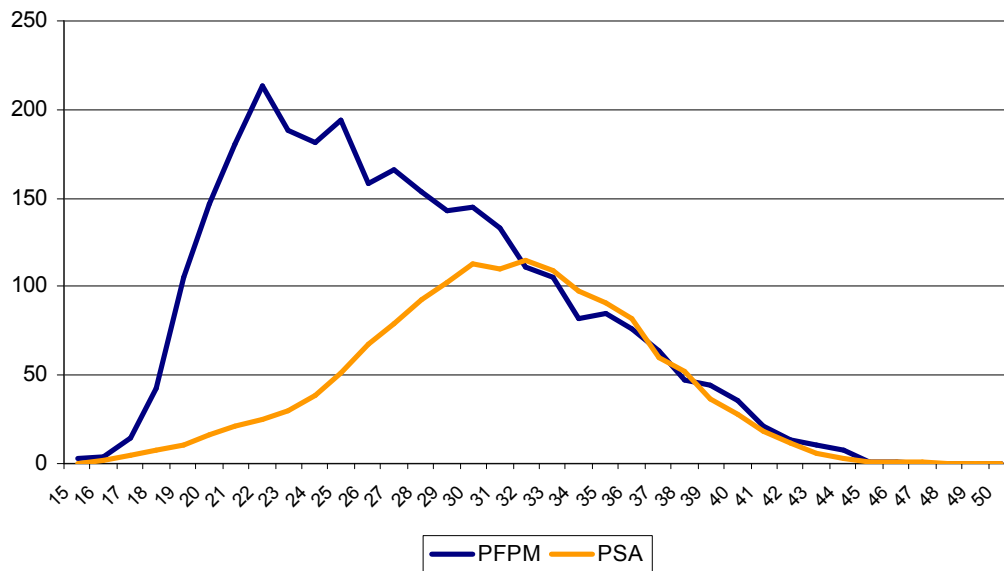
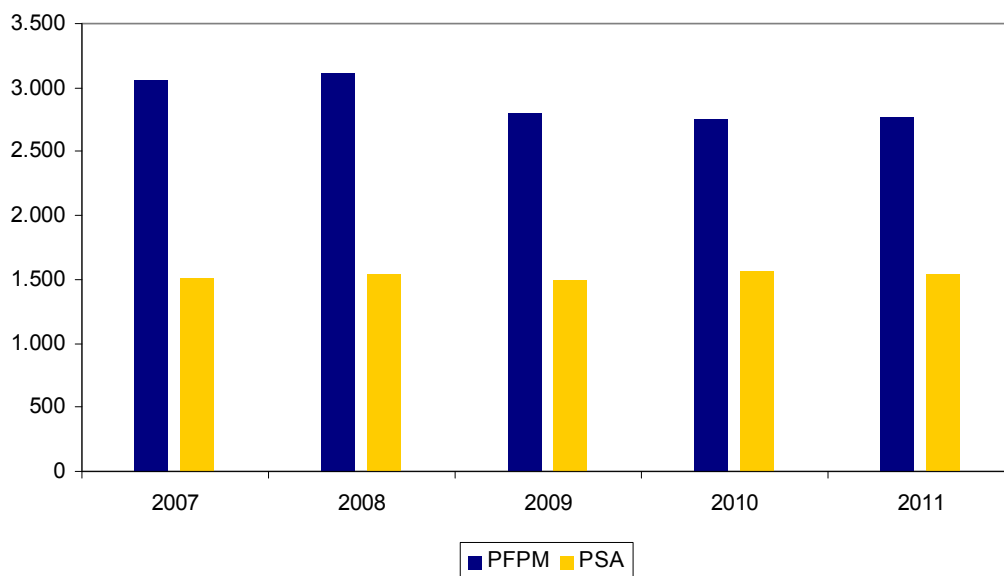


Abbildung 15: Gesamtfruchtbarkeitsrate. Jahre 2007-11.



Unter den Neugeborenen von Mütter der PFPM-Bevölkerung ist die Rate der Todgeburten leicht höher, obwohl sich die anderen Bedingungen bei der Geburt, wie Untergewicht und Apgar-Index entsprechen. Es zeigt sich auch eine leicht höhere Anwendung der Wiederbelebung (Tabelle 15).

Tabelle 15: Charakteristiken der Neugeborenen. Jahre 2007-11.

	% Untergewicht <2500 Gramm		Rate der Totgeburten		% Apgar <8		% Wiederbelebungen	
	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA	PFPM	PSA
2007	4,2%	6,1%	0,0	2,0	2,1%	2,0%	2,9%	2,6%
2008	5,6%	6,2%	0,0	1,6	2,8%	2,2%	4,3%	3,1%
2009	4,9%	6,0%	0,0	1,2	2,4%	1,8%	3,3%	2,6%
2010	5,6%	5,5%	3,4	2,5	2,3%	2,5%	3,3%	3,4%
2011	5,6%	6,1%	5,3	2,6	3,6%	3,2%	3,8%	3,4%

Quelle: CEDAP

5.2. Krankenhausaufenthalte im ersten Lebensjahr

2011 betrugen die ordentlichen Krankenhausaufenthalte oder Tagesklinik-Aufenthalte von Kindern im ersten Lebensjahr unter der PFPM-Bevölkerung 245, unter der PSA-Bevölkerung 1.801. 55,4% der Einlieferungen bei der PFPM-Bevölkerung und 64,3% bei der PSA-Bevölkerung erfolgen innerhalb der ersten 28 Lebenstage (Tabelle 16)..

Tabelle 16: Einlieferungen im ersten Lebensjahr nach Altersgruppen in Tagen. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	0-28 Tage	29-365 Tage	Insgesamt	0-28 Tage	29-365 Tage	Insgesamt
2007	189	141	330	1.227	978	2.205
2008	205	150	355	1.261	839	2.100
2009	218	136	354	1.000	723	1.723
2010	179	110	289	1.063	667	1.730
2011	191	154	345	1.158	643	1.801

Quelle: SDO

Im Jahr 2011 wurden in den ersten 28 Lebenstagen 27,6 auf 100 Lebendgeborenen unter der PSA-Bevölkerung und 20,6 unter der PFPM-Bevölkerung eingeliefert. Mit Ausnahme des Jahres 2009 waren die Einlieferungen der Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr immer höher unter der PSA-Bevölkerung (Abbildung 16).

Je 100 Lebendgeborene wurden 2011 unter der PSA-Bevölkerung 42,9 im ersten Lebensjahr eingeliefert und 37,3 unter der PSA-Bevölkerung. Außer im Jahr 2009 sind die Einlieferungen von Lebendgeborenen im ersten Lebensjahr unter der PSA-Bevölkerung immer höher gewesen (Abbildung 17).



Abbildung 16: Einlieferungen im Alter zwischen 0-28 Tagen je 100 Lebendgeborenen. Jahre 2007-11.

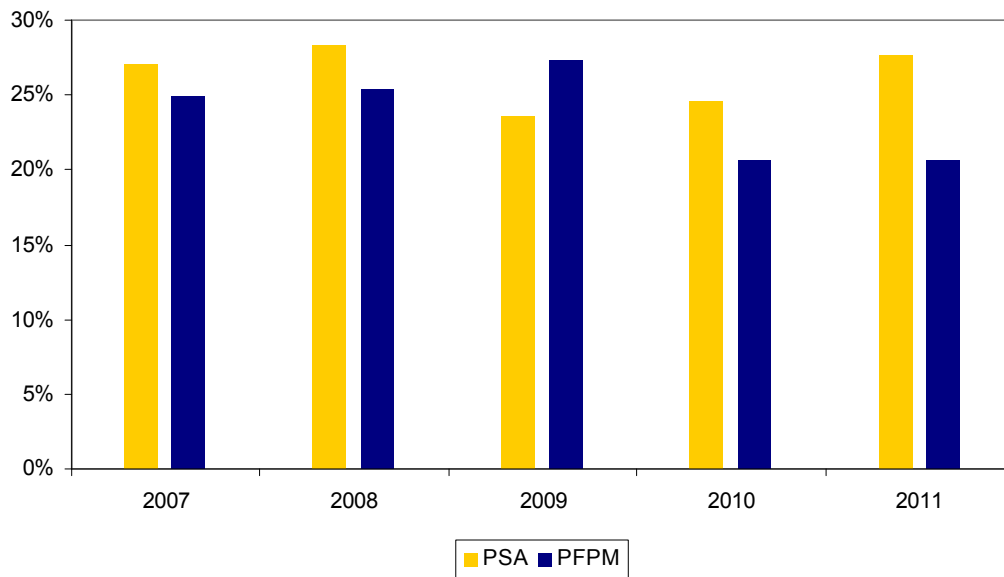
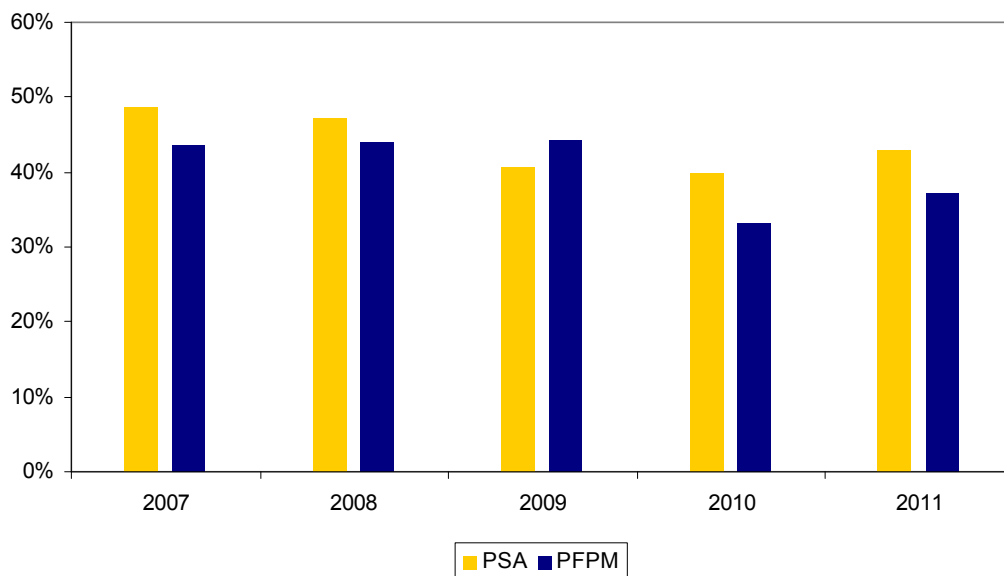
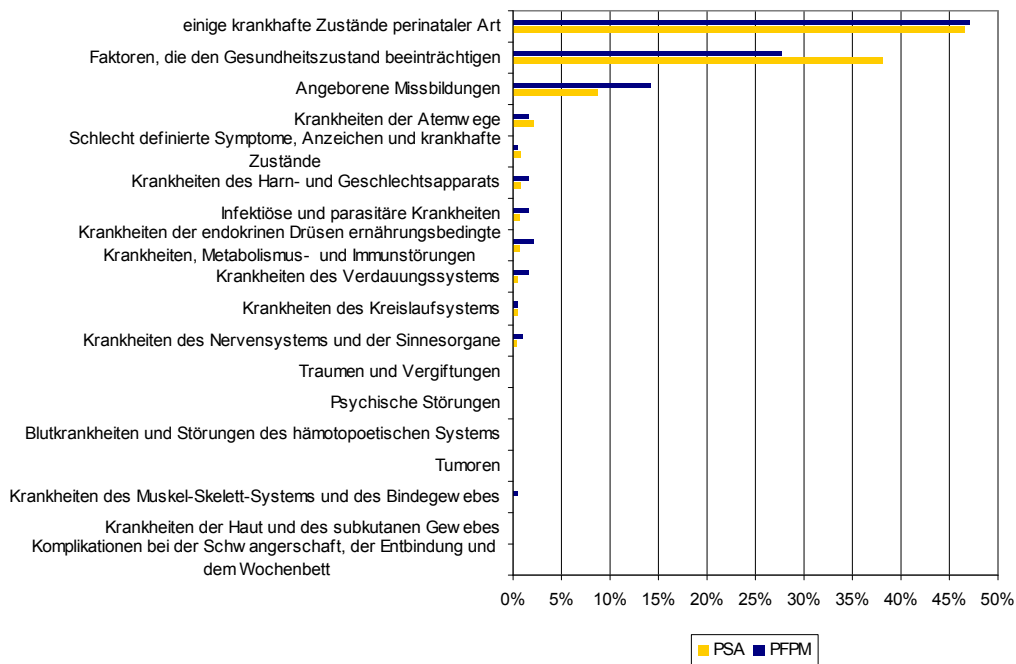


Abbildung 17: Einlieferungen im ersten Lebensjahr auf 100 Lebendgeborene. Jahre 2007-11.



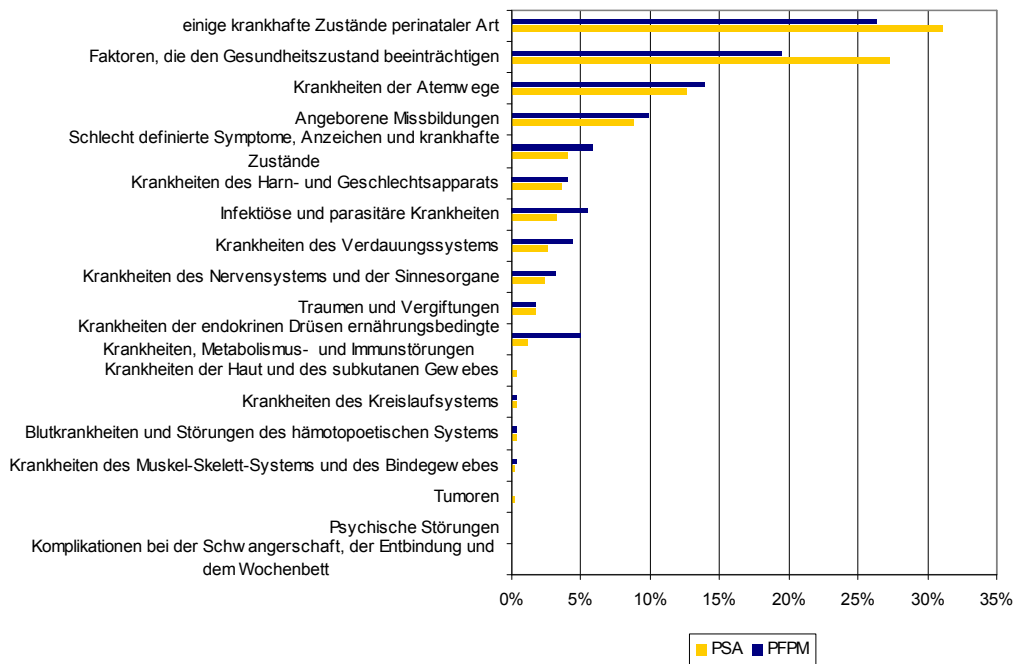
Die häufigsten Einlieferungsursachen in den ersten 28 Lebenstagen sind generischer Art, wie "einige krankhafte Zustände perinataler Art" oder "Umstände, die den Gesundheitszustand beeinträchtigen". Unter der PFPM-Bevölkerung besteht eine höherer Anteil an angeborenen Missbildungen (Abbildung 18).

Abbildung 18: Verteilung der Krankenhausaufenthalte im Alter zwischen 0-28 Tagen nach Ursache. Jahr 2011.



Im ersten Lebensjahr sind die spezifischeren Ursachen eines Krankenhausaufenthaltes vor allem Krankheiten des Atemwege, wobei keine eindeutigen Unterschiede zwischen den zwei Bevölkerungsgruppen bestehen. Eine Ausnahme bilden Erkrankungen der endokrinen Drüsen, der Ernährung, des Metabolismus und Immunstörungen, die häufiger unter der PSA-Bevölkerung diagnostiziert werden (Abbildung 19).

Abbildung 19: Verteilung der Einlieferungen im ersten Lebensjahr nach Ursache. Jahr 2011 .





5.3. Schwangerschaft und Geburt

Unter den Schwangeren der PFPM-Bevölkerung ist ein größerer Anteil von Frauen mit geringer Schulbildung (9,8% versus 0,4%) und ein kleinerer Anteil an ledigen Frauen (19,7% versus 52,1%).

Die Frauen der PFPM-Bevölkerung, die weniger als 4 Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft durchgeführt haben betragen 11,6% (3,6% unter der PSA-Bevölkerung). 22% der Frauen der PFPM-Bevölkerung hat sich nach der 12. Schwangerschaftswoche der ersten Untersuchung unterzogen (6,6% der PSA-Bevölkerung), 14,3% hat weniger als drei Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft durchgeführt (3,4% der PSA-Bevölkerung) und 3,9% hat zumindest eine invasive vorgeburtliche Untersuchung durchgeführt (7,9% der PSA-Bevölkerung) (Tabelle 17).

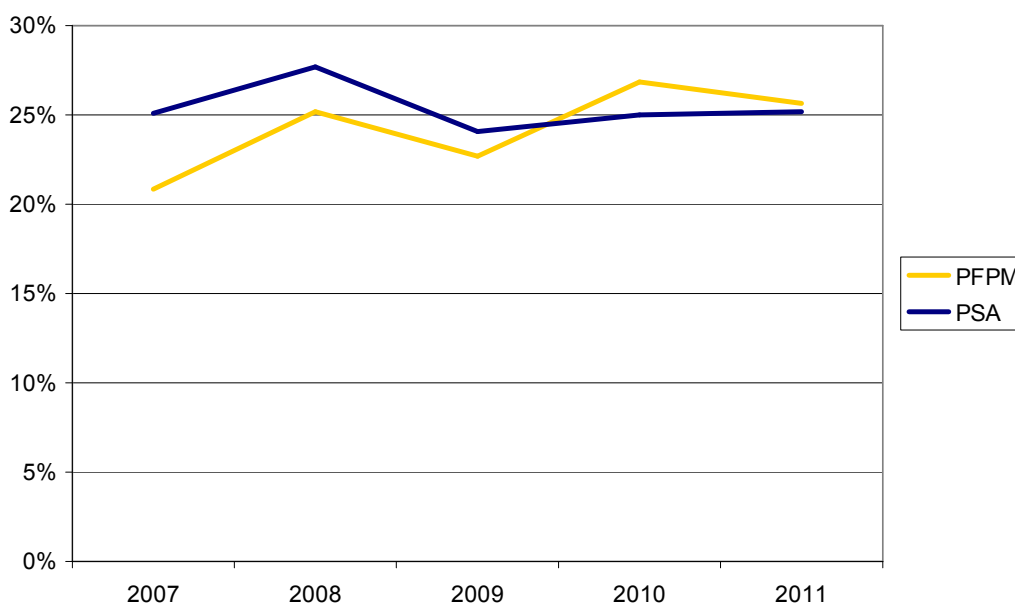
Tabelle 17: Charakteristiken der Schwangeren und Schwangerschaftsbetreuung . Jahr 2011.

	PFPM	PSA
Geringe Schulbildung	9,8%	0,4%
Ledig	19,7%	52,1%
Weniger als 4 Untersuchungen während der Schwangerschaft	11,6%	3,6%
Gestationsalter bei der ersten Untersuchung >12 Wochen (%)	22,0%	6,6%
Weniger als 3 Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft (%)	14,3%	3,4%
Zumindest eine invasive vorgeburtliche Untersuchung (%)	3,9%	7,9%
Entbindungen mit Kaiserschnitt (%)	25,1%	25,7%

Quelle: CEDAP

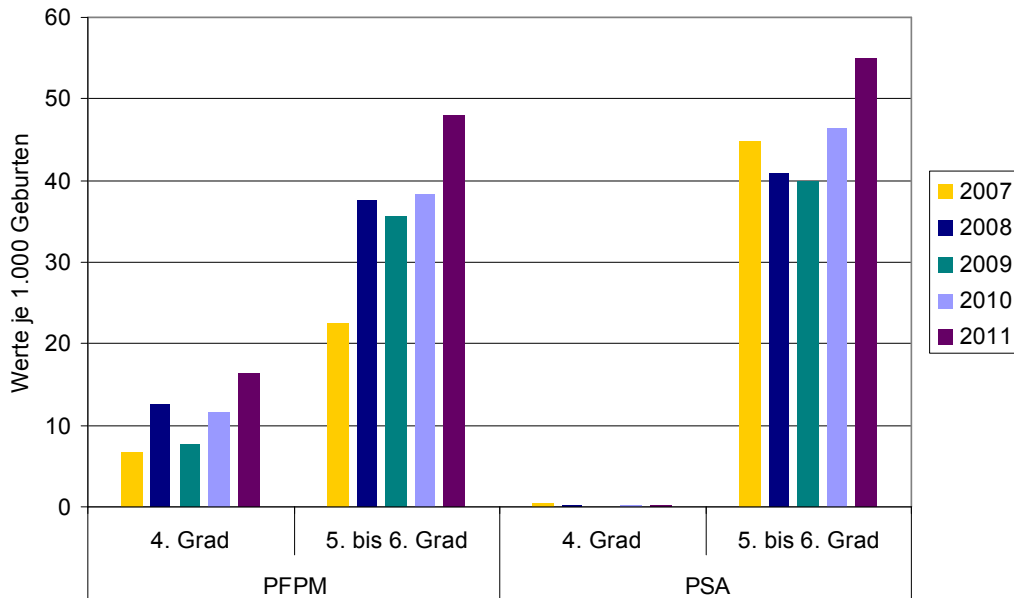
Der Anteil an Kaiserschnitten zeigt keinen bedeutenden Unterschied bei den zwei Bevölkerungsgruppen und betrug im Jahr 2011, 24,7% bei der PFPM-Bevölkerung und 23,6% bei der PSA-Bevölkerung (Abbildung 20).

Abbildung 20: Anteil an Entbindungen mit Kaiserschnitt . Jahre 2007-11.



Bei der PFPM-Bevölkerung zeigen sich öfter Blutverwandtschaften 4. Grades (Kinder von Brüdern-Schwestern) während bei der PSA-Bevölkerung häufiger eine Blutverwandtschaft 5. Grades (Kinder von Cousins) oder 6. Grades (Kinder von Kindern von Cousins) auftritt (Abbildung 21).

Abbildung 21: Anteile an Blutverwandtschaft. Jahre 2007-11.



5.4. Krankenhausaufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe

Im Jahr 2011 wurden 1.390 Frauen der PFPM-Bevölkerung und 5.466 Frauen der PSA-Bevölkerung, im Alter zwischen 15 und 49 Jahren, in die Abteilung für Geburtshilfe eingeliefert. Der größte Anteil der Krankenhausaufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe, die mit den Codes DRG, 370-375 gekennzeichnet sind, betreffen die Entbindung (64,3% der PFPM-Bevölkerung und 71,9% der PSA-Bevölkerung). Die Fehlgeburten (FG) - mit den Codes ICD9 CM 632-634 gekennzeichnet - sind der Grund für 8,9% der Einlieferungen in die Abteilung für Geburtshilfe unter den PFPM-Frauen und bei 10% der PSA-Frauen. Der freiwillige Schwangerschaftsabbruch (FSA, ICD9 CM 632, 634) ist bei 13,3% der PFPM-Frauen Grund für einen Aufenthalt in der Abteilung für Geburtshilfe und bei 6,1% der PSA-Frauen. Die anderen Krankenhausaufenthalte werden mit den Codes DRG 376-379 (Diagnosen nach der Entbindung oder Abtreibung, ektopische Schwangerschaft und Gefahr einer Fehlgeburt) und den Codes e DRG 382-384 (Schweinwehen, andere Diagnosen vor der Geburt und Todgeburt oder Überlieferung in eine andere Betreuungsstruktur für Akutkranke) gekennzeichnet. (Tabelle 18).

Im Verhältnis zu den gesamten Krankenhausaufenthalten von Frauen im Alter zwischen 15-49 Jahren betragen die Aufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe 56,5 % bei den PFPM-Frauen und 40,1% bei den PSA-Frauen, wobei sich keine eindeutigen Veränderungen zwischen 2007 und 2011 zeigen (Abbildung 22).



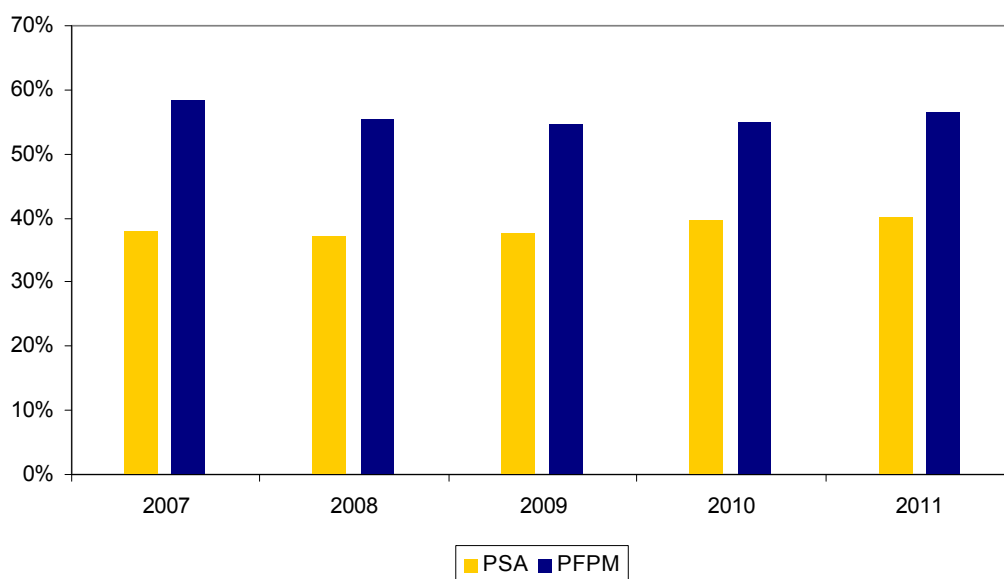
Tabelle 18: Krankenhausaufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe* von Frauen im Alter zwischen 15-49 Jahren. Jahre 2007-11.

	PFPM					PSA				
	Parto	FSA	FG	Andere	Insgesamt	Parto	FSA	FG	Andere	Insgesamt
2007	741	175	115	189	1.220	4.219	332	565	761	5.877
2008	773	176	107	188	1.244	4.072	326	524	677	5.599
2009	764	187	119	142	1.212	3.967	305	582	634	5.488
2010	835	192	95	157	1.279	4.068	338	547	605	5.558
2011	894	185	123	188	1.390	3.928	331	549	658	5.466

* DRG 370-384

Quelle: SDO

Abbildung 22: Prozentanteil an Krankenhausaufenthalten in der Abteilung für Geburtshilfe im Verhältnis zu den gesamten Einlieferungen von Frauen im Alter zwischen 15-49 Jahren. Jahre 2007-11.



Bei der Verteilung der Krankenhausaufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe nach Altersgruppen, zeigt sich, dass bei den PSA-Frauen im Vergleich zu den PFPM-Frauen bei allen berücksichtigten Aspekten das Modalalter höher ist (Tabelle 19).

Tabelle 19: Aufenthalte in der Abteilung für Geburtshilfe nach Altersklassen. Jahr 2011.

	PFPM				PSA			
	Geburten*	FSA**	FG***	Andere	Geburten *	FSA**	FG***	Andere
15-19	22	9	5	5	64	31	5	15
20-24	154	22	18	31	301	54	22	49
25-29	286	34	23	53	937	64	91	161
30-34	262	64	39	53	1.360	56	137	220
35-39	143	37	21	42	966	73	174	167
40-44	25	18	17	4	286	45	100	42
45-49	2	1	-	0	14	8	20	4
Totale	894	185	123	188	3.928	331	549	658

* DRG 370-375

** ICD 9CM 635

*** ICD 9CM 632,634

Quelle: SDO

Unter den PFPM-Frauen zeigt sich ein Höchstwert der Abbruchziffer in der Altersklasse zwischen 30 und 34 Jahren, mit 27,6 FSA/1.000 Frauen. Unter der PSA-Bevölkerung ist der Verlauf homogener auf das Alter zwischen 20 und 40 Jahren verteilt. (Abbildung 23).

Entsprechend dem Verlauf der Fruchtbarkeit, betreffen die Fehlgeburten stärker die Frauen der PFPM-Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 40 Jahren und die Frauen der PSA-Bevölkerung im Alter zwischen 30 und 39 Jahren (Abbildung 24).

Abbildung 23: Abbruchziffer bei freiwilligem Schwangerschaftsabbruch nach Altersklassen. Jahr 2011.

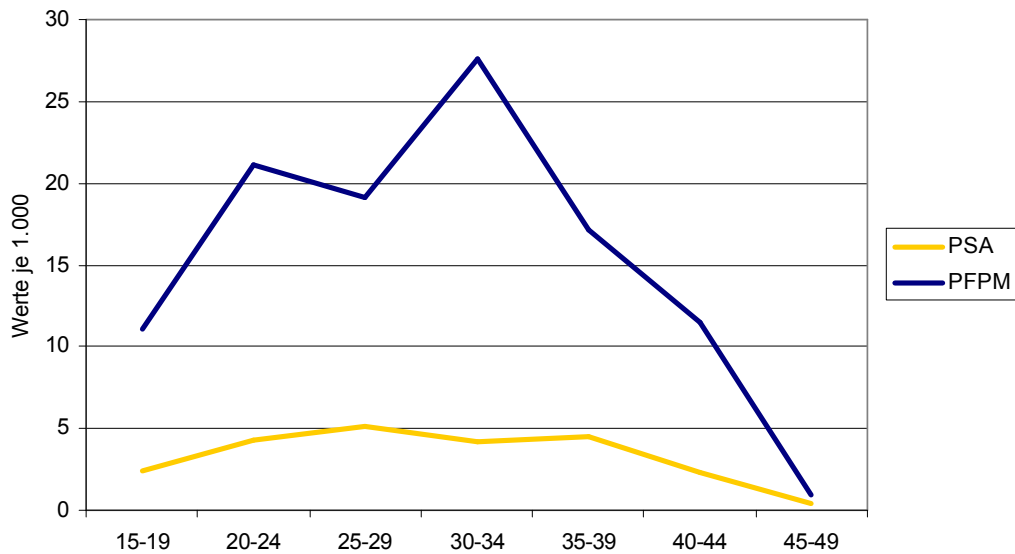
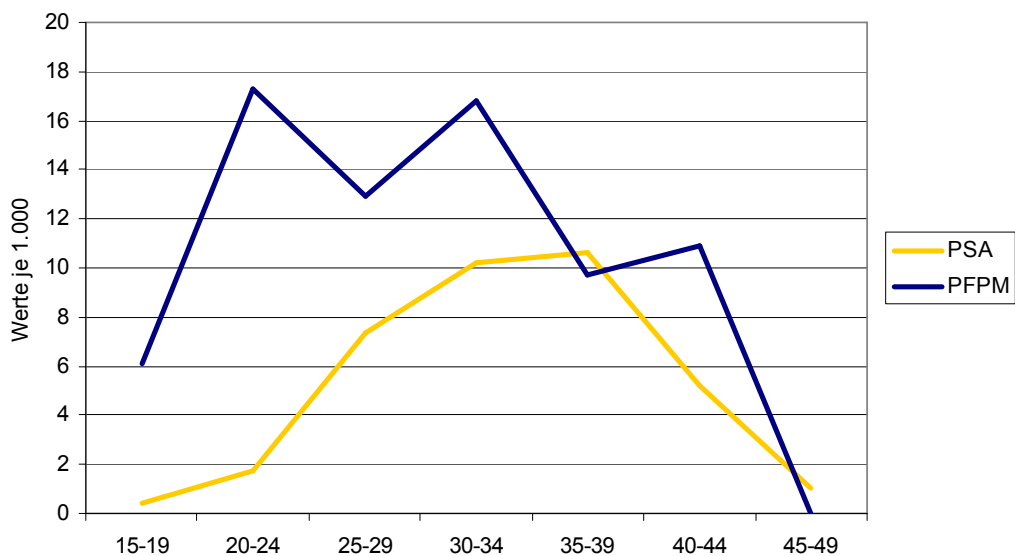


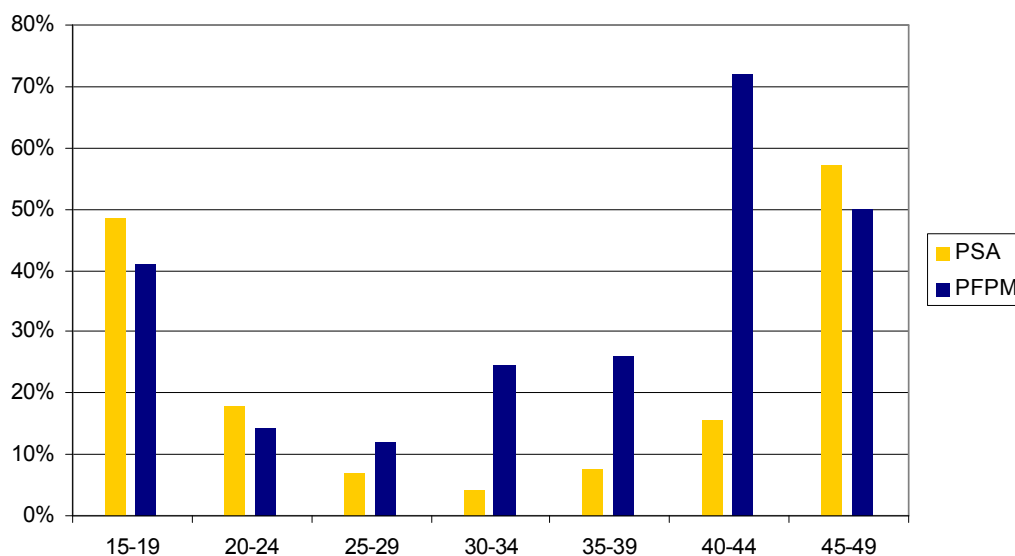
Abbildung 24: Abbruchziffer bei Fehlgeburten nach Altersklasse . Jahr 2011.





Bei den Frauen der PSA-Bevölkerung fällt ein Krankenhausaufenthalt für FSA auf zwei Einlieferungen für Geburt in der Altersklasse zwischen 15 und 19 Jahren und 57% der Krankenhausaufenthalte für FSA erfolgt im Alter zwischen 45 und 49 Jahren. Der Prozentanteil von FSA ist in den anderen Altersklassen zwischen den Grenzwerten 20-24 (18%) und 40-44 (16%) geringer. Bei den PFPM-Frauen fallen fast 3 Krankenhausaufenthalte für FSA auf 4 Krankenhausaufenthalte für Geburt in der Altersklasse zwischen 40 und 44 Jahren und eine auf zwei in der Altersklasse zwischen 45 und 49. Hoch sind auch die Prozentanteile zwischen 15 und 19 Jahren (41%) und zwischen 30 und 39 Jahren (24%). (Abbildung 25)

Abbildung 25: Prozentanteil der Krankenhausaufenthalte wegen FSA im Verhältnis zu den Krankenhausaufenthalten wegen Geburt bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren. Jahr 2011



AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die Geburtenrate ist bei der PFPM-Bevölkerung drei Mal höher als bei der PSA-Bevölkerung, die Kinderzahl ist fast doppelt so hoch. Der Prozentanteil an Neugeborenen von PFPM-Frauen beträgt 18% der gesamten Geburten.

Die Gebärenden der PFPM-Bevölkerung haben eine niedrigere Schulbildung und halten sich weniger an die Angaben für eine korrekte Schwangerschaftsbetreuung: Sie erscheinen später zur ersten Untersuchung, führen weniger vorgeburtliche Untersuchungen sowie weniger Ultraschalluntersuchungen durch.

Die Frauen der PFPM-Bevölkerung werden verhältnismäßig öfter in die Abteilung für Geburtshilfe eingeliefert und führen öfter einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch durch.

6. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE BETREUUNG (AUSSER ERSTE HILFE)

Die ambulanten fachärztlichen Leistungen, auf die Bezug genommen wird, sind jene, zu denen der Patient direkt Zugang hat (für die Fachbereiche, in denen das erlaubt ist), oder mit Verschreibung durch den Facharzt oder den Arzt für Allgemeinmedizin, die territoriale Versorgung und die Hausversorgung, das Screening, die zahnärztlichen Leistungen und die ambulatorisch chirurgischen Leistungspakete.

2011 wurde etwa 6,5 Millionen ambulatorische fachärztliche Leistungen (jene der Ersten Hilfe ausgeschlossen) für die Wohnbevölkerung erbracht, 4,5% richteten sich an die PFPM-Bevölkerung. Die erbrachten zahnärztlichen Leistungen betrugen etwa 36.000 und richteten sich zu 18,8% an die PFPM-Bevölkerung (Tabelle 20).

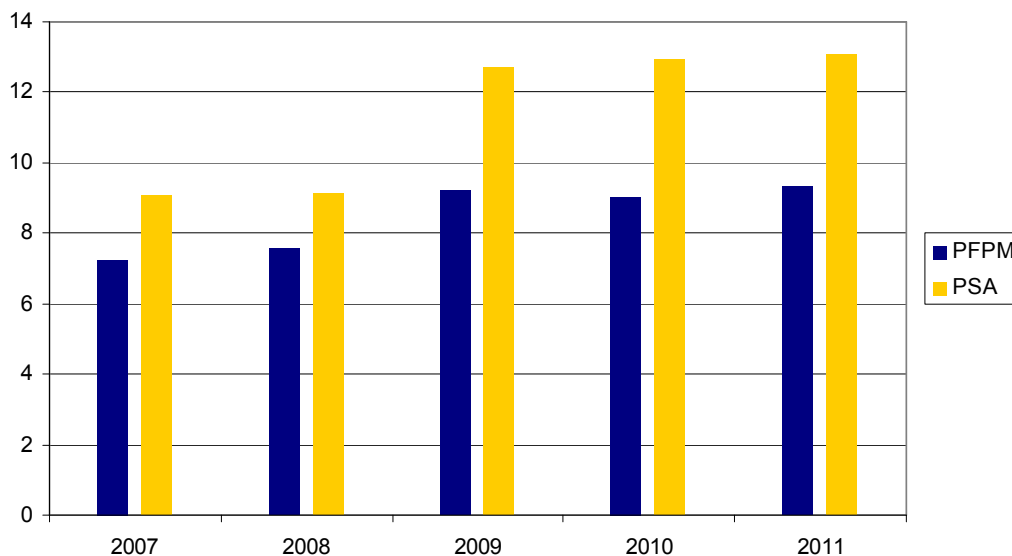
Tabelle 20: erbrachte fachärztliche Leistungen. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Zahnärztliche Leistungen	Streng genommen fachärztlicher Bereich	Insgesamt	Zahnärztliche Leistungen	Streng genommen fachärztlicher Bereich	Insgesamt
2007		182.659	182.659		5.357.941	5.357.941
2008	3.104	203.073	206.177	15.020	5.129.084	5.144.104
2009	4.641	243.456	248.097	21.205	5.924.307	5.945.512
2010	4.241	260.489	264.730	20.528	6.072.689	6.093.217
2011	6.700	285.595	292.295	28.873	6.139.625	6.168.498

Quelle: SPA

Die PSA-Bevölkerung nimmt durchschnittlich 13,1 Leistungen pro Jahr in Anspruch, die PFPM 9,3. Der Unterschied zwischen den durchschnittlich verabreichten Dienstleistungen pro Jahr hat in den Jahren zwischen 2007 und 2011 zugenommen (Abbildung 26).

Abbildung 26: Zahl der durchschnittlichen fachärztlichen Leistungen je Ansässiger. Jahre 2007-11.





Die Frauen nehmen mehr fachärztliche Leistungen in Anspruch als die Männer: 64,2% der 2011 an die PFPM-Bevölkerung verabreichten Leistungen und 56,4% der an die PSA-Bevölkerung verabreichten Leistungen. Bei der männlichen PFPM-Bevölkerung werden 36,0% der Leistungen für die Altersgruppe von 35 bis 49 Jahren erbracht (16,8% bei der PSA-Bevölkerung). Bei der männlichen PSA-Bevölkerung werden 41,4 % der Dienstleistungen an Ansässige verabreicht, die über 64 Jahre alt sind (3,9% der PFPM-Bevölkerung). Bei der weiblichen PFPM-Bevölkerung werden 41,9% der Dienstleistungen für die Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren erbracht (13,5% bei der PSA-Bevölkerung). Bei der weiblichen PSA-Bevölkerung werden 39,2% der Dienstleistungen für Ansässige über 64 erbracht (3,9% bei der PFPM-Bevölkerung). (Tabelle 21).

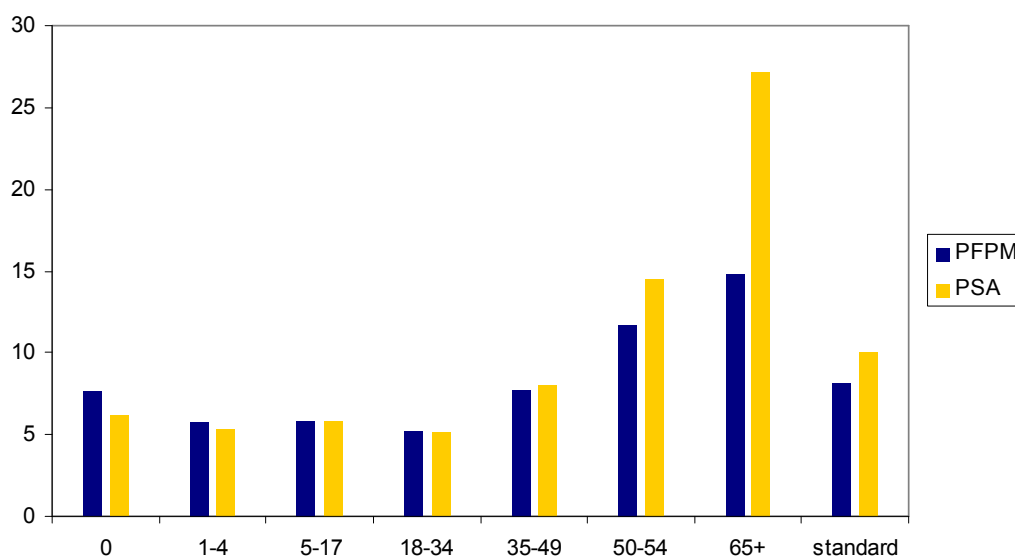
Tabelle 21: Fachärztliche Leistungen nach Geschlecht und Altersklasse. Jahr 2011

	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0	2.222	1.979	4.201	13.968	12.425	26.393
1-4	7.113	4.905	12.018	52.340	38.259	90.599
5-17	15.796	13.566	29.362	203.089	179.812	382.901
18-34	21.548	78.581	100.129	231.519	470.938	702.457
35-49	37.626	59.135	96.761	452.398	688.114	1.140.512
50-64	16.250	22.966	39.216	624.740	723.340	1.348.080
65+	4.079	6.529	10.608	1.114.282	1.363.274	2.477.556
Totale	104.634	187.661	292.295	2.692.336	3.476.162	6.168.498

Quelle: SPA

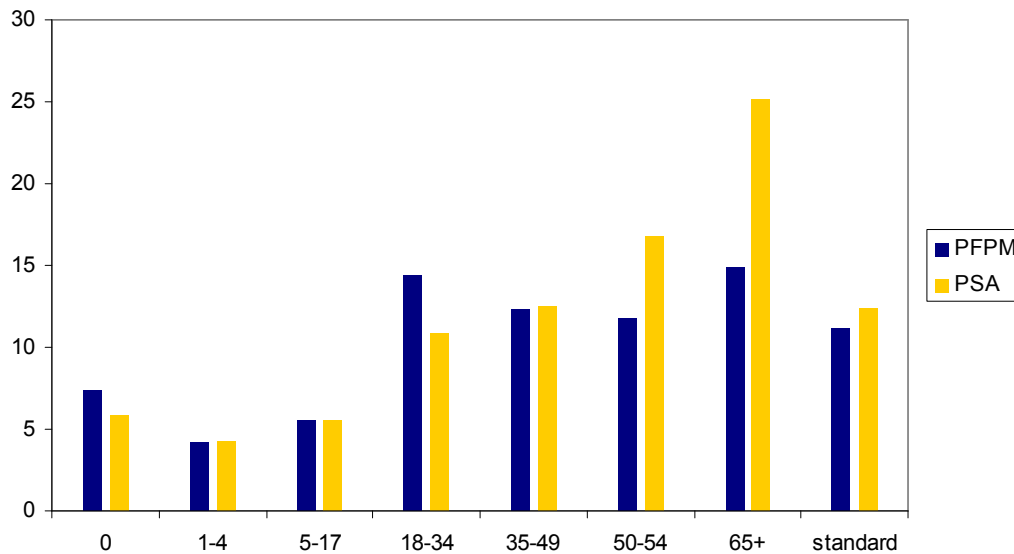
Unter den Männer der PFPM-Bevölkerung besteht eine höhere Inanspruchnahme von Leistungen im ersten Lebensjahr. Ab dem 50. Lebensjahr ist der Zugriff auf fachärztliche Leistungen von Seiten der PSA-Bevölkerung eindeutig höher (Abbildung 27).

Abbildung 27: Durchschnittszahl der fachärztlichen Leistungen bei der männlichen Bevölkerung nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.



Bei der weiblichen Bevölkerung zeigt sich deutlich eine höhere Inanspruchnahme der fachärztlichen Betreuung bei Frauen der PFPM-Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 34 Jahren (sowie im ersten Lebensjahr), während die Frauen der PSA-Bevölkerung vorwiegend in höherem Alter auf fachärztliche Leistungen zugreifen. Die standardisierten Werte zeigen einen minimalen Unterschied (Abbildung 28).

Abbildung 28: Durchschnittszahl der fachärztlichen Leistungen bei der weiblichen Bevölkerung nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.



Der Großteil der erbrachten Leistungen besteht aus Laboruntersuchungen (59,1% bei der PFPM-Bevölkerung, 61,4% bei der PSA-Bevölkerung) (Tabelle 22 und Tabelle 23)

Tabelle 22: Fachärztliche Leistungen bei der PFPM- Bevölkerung nach Geschlecht und Kategorie. Jahr 2011

	Absolute Werte			Werte je Ansässiger	
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Laboruntersuchungen	55.062	117.583	172.645	3,7	7,1
Bildgebende Diagnostik	5.632	8.919	14.551	0,4	0,5
Rehabilitation	14.648	11.872	26.520	1,0	0,7
Andere Leistungen	29.292	49.287	78.579	2,0	3,0
Insgesamt	104.634	187.661	292.295	7,0	11,4

Quelle: SPA

Tabelle 23: Fachärztliche Leistungen bei der PSA- Bevölkerung nach Geschlecht und Kategorie. Jahr 2011.

	Absolute Werte			Werte je Ansässiger	
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Laboruntersuchungen	1.639.064	2.148.105	3.787.169	7,1	9,0
Bildgebende Diagnostik	127.957	202.183	330.140	0,6	0,8
Rehabilitation	267.786	323.451	591.237	1,2	1,3
Andere Leistungen	657.529	802.423	1.459.952	2,8	3,3
Insgesamt	2.692.336	3.476.162	6.168.498	11,6	14,5

Quelle: SPA



Die Dienstleistungen mit Ticket-Befreiung betragen 63,5% bei der PFPM-Bevölkerung und 64,8% bei der PSA-Bevölkerung (Tabelle 24).

Tabelle 24: Ticket-Befreiung nach fachärztlichen Dienstleistungen und Geschlecht. Jahr 2011.

	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
Vom Ticket Befreite	65,3%	62,5%	63,5%	65,5%	64,3%	64,8%
Nicht Befreite	29,0%	33,5%	32,0%	29,3%	29,9%	29,6%
Ticket zu 50%	2,2%	1,5%	1,7%	3,6%	3,7%	3,7%

Quelle: SPA

AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die PFPM-Bevölkerung nimmt im Allgemeinen weniger fachärztliche Leistungen in Anspruch als die PSA-Bevölkerung.

Das Profil der fachärztlichen Betreuung spiegelt die unterschiedlichen Charakteristiken der zwei Bevölkerungsgruppen wider. Die höhere Fruchtbarkeit und die daraus folgende verhältnismäßig höhere Geburtenzahl führen bei der PFPM-Bevölkerung zu einem höheren Zugriff auf fachärztliche Leistungen im ersten Lebensjahr und, bei dem weiblichen Bevölkerungsanteil, im gebärfähigen Alter. Unter den älteren Bevölkerungsanteilen zeigen die PSA-Ansässigen eine höhere Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen, während sich bei der PFPM-Bevölkerung der schon zitierte "Lachseffekt" bemerkbar zu machen scheint.

7. ZUGANG ZUR ERSTEN HILFE

Die Informationsprozedur über die Aktivitäten der ersten Hilfe ist seit dem 1. Februar 2007 aktiv und seit dem 1. Januar 2009 wurde sie mit den Informationen von der Intensivbeobachtungseinheit (OBI) integriert. Diese wird aktiviert, falls der Notarzt eine geeignete diagnostische und therapeutische Beobachtung als notwendig erachtet.

Zirka 217.00 Personen sind 2011 in der Ersten Hilfe aufgenommen worden, 10,9% gehörten zur PFPM-Bevölkerung. Die Aufnahme von ansässigen Männern ist häufiger als jene von Frauen und beläuft sich auf 51% bei der PFPM-Bevölkerung und 52,6% bei der PSA-Bevölkerung. (Tabelle 25).

Tabelle 25: Aufnahme in der ersten Hilfe nach Geschlecht. Jahre 2007-11.

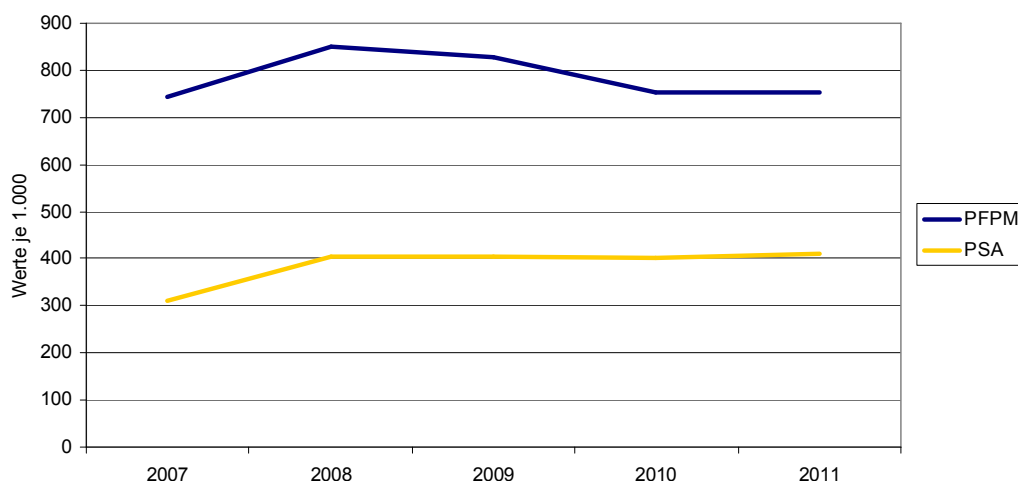
	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
2007*	9.284	7.395	16.679	77.015	68.089	145.104
2008	10.928	9.715	20.643	100.266	88.303	188.569
2009	11.752	10.547	22.299	100.044	89.940	189.984
2010	11.230	10.757	21.987	99.127	89.264	188.391
2011	12.048	11.561	23.609	101.777	91.668	193.445

* ab dem 1.2.2007

Quelle: SPS

Was die Wohnbevölkerung betrifft wurden 2011 zirka 752/1.000 Aufnahmen in der Ersten Hilfe unter der PFPM-Bevölkerung und zirka 410/1.000 unter der PSA-Bevölkerung verzeichnet worden. Die Zugangsrate zur Ersten Hilfe ist bei der PFPM-Bevölkerung im ganzen getrachteten Zeitraum deutlich höher geblieben. (Abbildung 29).

Abbildung 29: Zugangsrate zur Ersten Hilfe. Jahre 2007-11.



35,5% der Zugänge zur Ersten Hilfe bei der PFPM-Bevölkerung zeigt sich in der Altersklasse zwischen 18 und 30 Jahre (30,8% Männern, 40,3% Frauen) während bei Gleichaltrigen in der



PSA-Bevölkerung dieser Wert bei 18,8% liegt. Stets unter der PFFM-Bevölkerung werden 27% der Zugänge in der Altersklasse von 35 bis 49 Jahren registriert (29,9% Männer und 24,1 % Frauen). Bei der PSA-Bevölkerung betraf 26,8% der Zugänge die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren (Tabelle 26).

Tabelle 26: Zugänge zur Erste Hilfe nach Geschlecht und Altersklasse. Jahr 2011

	PFFM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0	487	461	948	1632	1.341	2.973
1-4	1.385	1.155	2.540	6.032	4.633	10.665
5-17	1.731	1.362	3.093	15.473	12.007	27.480
18-34	3.708	4.664	8.372	19.461	15.706	35.167
35-49	3.604	2.782	6.386	20.308	16.111	36.419
50-64	990	899	1.889	15.563	13.409	28.972
65+	143	238	381	23.308	28.461	51.769
Totale	12.048	11.561	23.609	101.777	91.668	193.445

Quelle: SPS

Die altersspezifischen Raten zeigen die Besonderheiten bei dem Zugang zur Ersten Hilfe. Während des ersten Lebensjahres wird jeder PFFM-Ansässige etwa 1,7 Mal in der Ersten Hilfe aufgenommen, während bei der PSA-Bevölkerung der Prozentanteil 0,7 beträgt, wobei die Werte unter Männern und Frauen gleich sind. Die Zugangsraten sind im Allgemeinen bei der PSA-Bevölkerung höher, außer bei den Männern über 65. Insbesondere sind sie im ersten Lebensjahr 2,5 Mal höher und mehr als doppelt so hoch in der Altersklasse zwischen 18 und 49 Jahren. Der standardisierte Wert zeigt einen bedeutenden Unterschied und deutet auf einen insgesamt höheren Zugang der PFFM-Bevölkerung zur Ersten Hilfe hin (Abbildung 30 und Abbildung 31).

Abbildung 30: Zugangsraten zur Ersten Hilfe nach Altersklasse und standardisierte Werte bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011

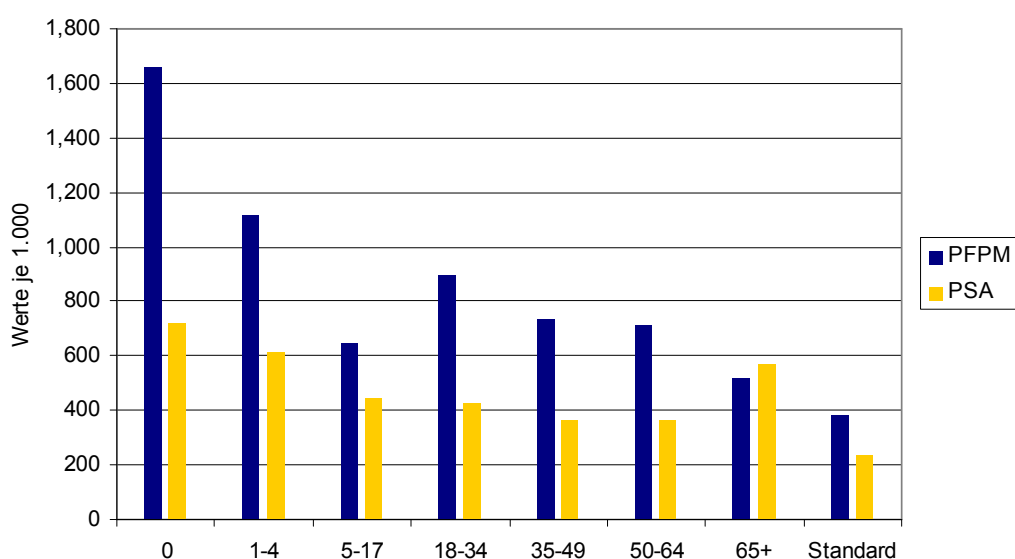
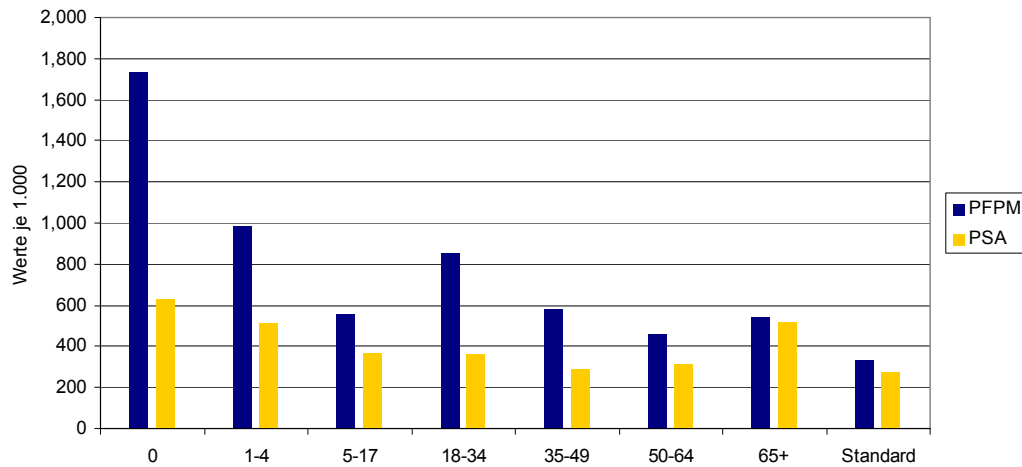


Abbildung 31: Zugangsraten zur Ersten Hilfe nach Altersklasse und standardisierte Werte bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011



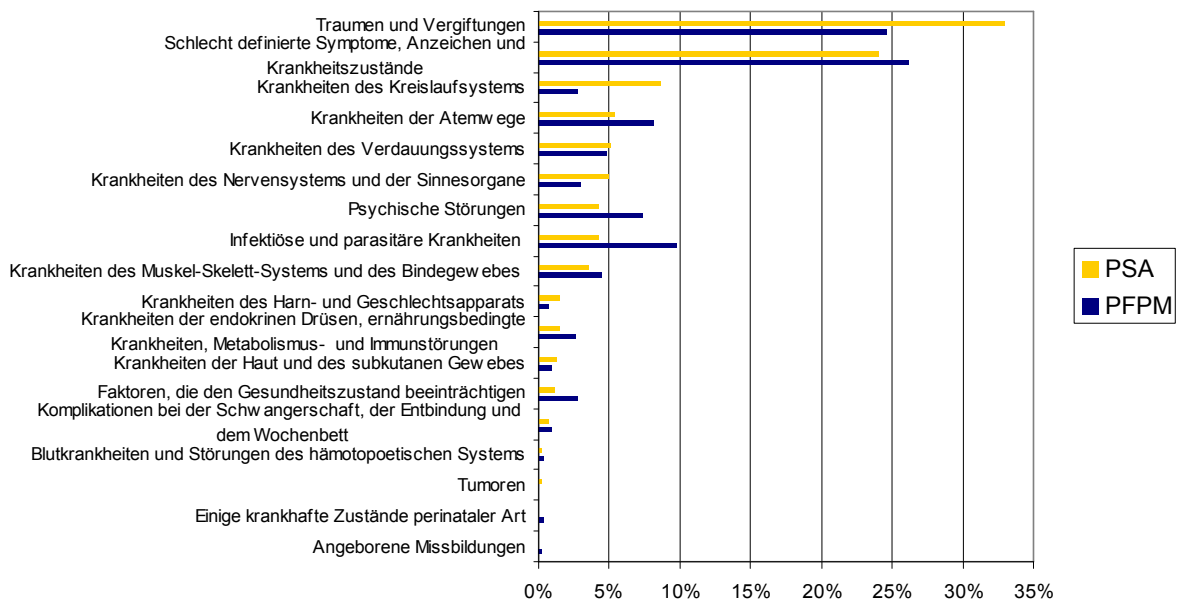
Die Aktivierung der Intensivbeobachtungseinheiten hat 2011 etwa 6.400 Fälle betroffen, das entspricht 3,2% der Zugänge zur Ersten Hilfe und zwar genau 3,2% der Zugänge unter der PFP-Bevölkerung und 3,3% der Zugänge unter der PSA-Bevölkerung (Tabelle 27).

Tabelle 27: Aktivierung der OBI nach Geschlecht . Jahre 2009-11.

	PFP			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
2009	126	116	242	1.560	1.147	2.707
2010	241	219	460	3.083	2.611	5.694
2011	288	250	538	3.500	2.888	6.388

Quelle: SPS

Abbildung 32: Verteilung der Diagnosen für die Aktivierung der OBI. Jahr 2011





Die häufigsten Diagnosen für die Aktivierung der OBI sind Verletzungen und schlecht definierte Anzeichen. Bei der PSA-Bevölkerung sind Diagnose in Zusammenhang mit Krankheiten des Kreislaufsystems häufiger, während bei der PFPM häufiger Pathologien der Atemwege, Infektionskrankheit und parasitäre Krankheiten sowie psychische Störungen auftreten (Abbildung 32).

2011 wurden etwa 1,3 Millionen fachärztliche Leistungen für Ansässige in der Ersten Hilfe erbracht, 8,5% richteten sich an die PFPM-Bevölkerung (Tabelle 28).

Bei der PFPM Bevölkerung waren 51,5% der Leistungen zu Gunsten von Frauen, während bei der PSA-Bevölkerung 49,5% der Leistungen an Frauen verabreicht wurden.

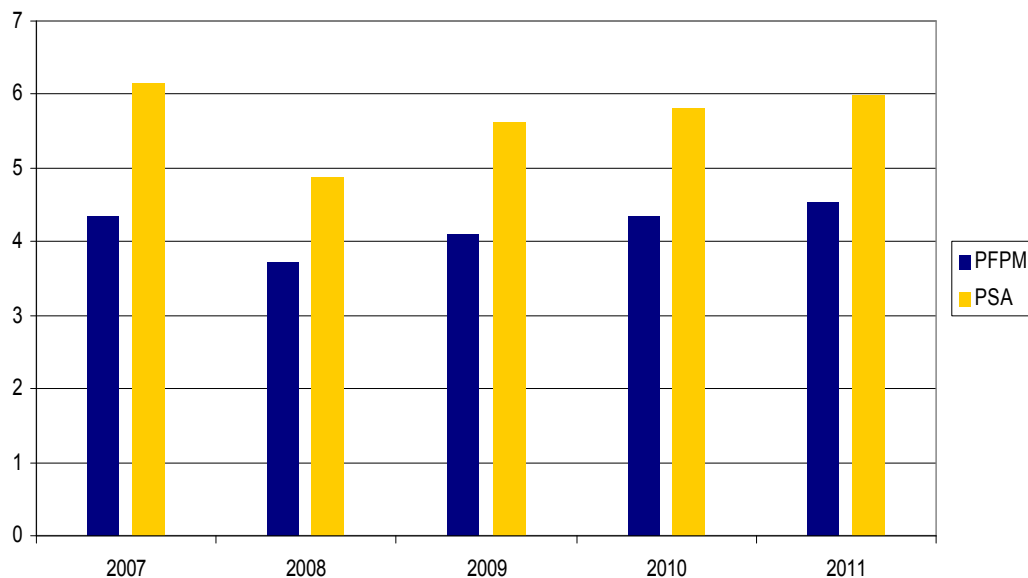
Tabelle 28: Erbrachte fachärztliche Dienstleistungen in der Ersten Hilfe. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	OBI	Erste Hilfe	Insgesamt	OBI	Erste Hilfe	Insgesamt
2007	-	72.644	72.644	-	894.254	894.254
2008	-	76.561	76.561	-	921.061	921.061
2009	1.480	90.279	91.759	21.961	1.045.443	1.067.404
2010	2.399	93.302	95.701	32.001	1.063.595	1.095.596
2011	2.948	104.468	107.416	36.326	1.123.248	1.159.574

Quelle: SPS

Für jeden Zugang zur Ersten Hilfe wurden durchschnittlich 4,5 Leistungen im Fall der PFPM-Bevölkerung und 6,0 Leistungen für die PSA-Bevölkerung erbracht (Abbildung 33).

Abbildung 33: Zahl der durchschnittlichen fachärztlichen Leistungen je Zugang. Jahre 2007-11.



2011 betrug die Gesamtnutzung von fachärztlichen Leistungen in der Ersten Hilfe 3,4 Leistungen je PFPM-Ansässiger und 2,5 Leistungen je PSA-Ansässiger. Die bei dem Zugang zur Ersten Hilfe meist erbrachten Leistungen sind Laboruntersuchungen und zwar sowohl bei der PFPM-Bevölkerung (50,4% der Leistungen) als auch bei der PSA-Bevölkerung (52,7% der Leistungen).

Die bildgebende Diagnostik betrifft 10,6% der Leistungen bei der PFPM-Bevölkerung und 12,7% bei der PSA-Bevölkerung (Tabelle 29 und Tabelle 30).

Vom Ticket sind 48% der PFPM-Bevölkerung und 60,2% der PSA-Bevölkerung befreit (Tabelle 31).

Tabelle 29: fachärztliche Leistungen in der Ersten Hilfe bei der PFPM- Bevölkerung nach Geschlecht und Bereich. Jahr 2011

	Absolute Werte			Durchschnitt je An-sässiger	
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Labor	24.254	29.864	54.118	1,6	1,8
Bildgebende Diagnostik: diagnostische Radiologie	6.486	4.912	11.398	0,4	0,3
Andere Leistungen	21.349	20.551	41.900	0,4	0,3
Insgesamt	52.089	55.327	107.416	3,5	3,3

Quelle: SPS

Tabelle 30: fachärztliche Leistungen in der Ersten Hilfe bei der PSA- Bevölkerung nach Geschlecht und Bereich. Jahr 2011

	Absolute Werte			Durchschnitt je An-sässiger	
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Labor	295.671	315.397	611.068	1,3	1,3
Bildgebende Diagnostik: diagnostische Radiologie	77.365	70.001	147.366	0,3	0,3
Andere Leistungen	212.399	188.741	401.140	0,9	0,8
Insgesamt	585.435	574.139	1.159.574	2,5	2,4

Quelle: SPS

Tabelle 31: Betrag in Euro der fachärztlichen Leistungen in der Ersten Hilfe nach Geschlecht. Jahr 2011.

	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
Ticket-Befreiung	49,7%	46,4%	48,0%	58,8%	61,6%	60,2%
Ticket € 7,5	2,2%	2,7%	2,4%	5,5%	5,6%	5,5%
Ticket € 15	47,0%	49,8%	48,4%	35,5%	32,7%	34,1%

Quelle: SPS

AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Bei der Betreuung in der Ersten Hilfe zeigt sich ein relativ höherer Zugriff von Seiten der PFPM-Bevölkerung.

Der höchste Zugriff von Seiten der PFPM-Bevölkerung zeigt sich im ersten Lebensjahr und im Allgemeinen im Erwachsenenalter.

Die Aktivierung der OBI betrifft die PFPM-Bevölkerung weniger als die PSA-Bevölkerung. Für die PFPM-Bevölkerung werden im Allgemeinen weniger Dienstleistungen erbracht.

Es erfolgt bei der PFPM-Bevölkerung, im Vergleich zur PSA-Bevölkerung, eine häufigere Aktivierung der OBI bei Krankheiten der Atemwege oder bei Infektionskrankheiten.



8. KRANKENHAUSAUFENTHALTE VON AKUTKRANKEN

Im Jahr 2011 wurden 60.957 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Ansässigen verzeichnet, von denen 6,1% die PFPM-Bevölkerung betrafen. Bei den Frauen steigt der Anteil der PFPM-Bevölkerung auf 7,5%, während er bei der männlichen Bevölkerung auf 4,5% sinkt. Die Tagesklinik-Aufenthalte betrugen 19.589 wobei 6,4% auf die PFPM-Bevölkerung entfielen. Auch bei den Tagesklinik-Aufenthalten zeigt sich ein höherer Anteil von Krankenhausaufenthalten bei Frauen unter der PFPM-Bevölkerung (7,8%) im Vergleich zu den Männern (4,8%) (Tabelle 32).

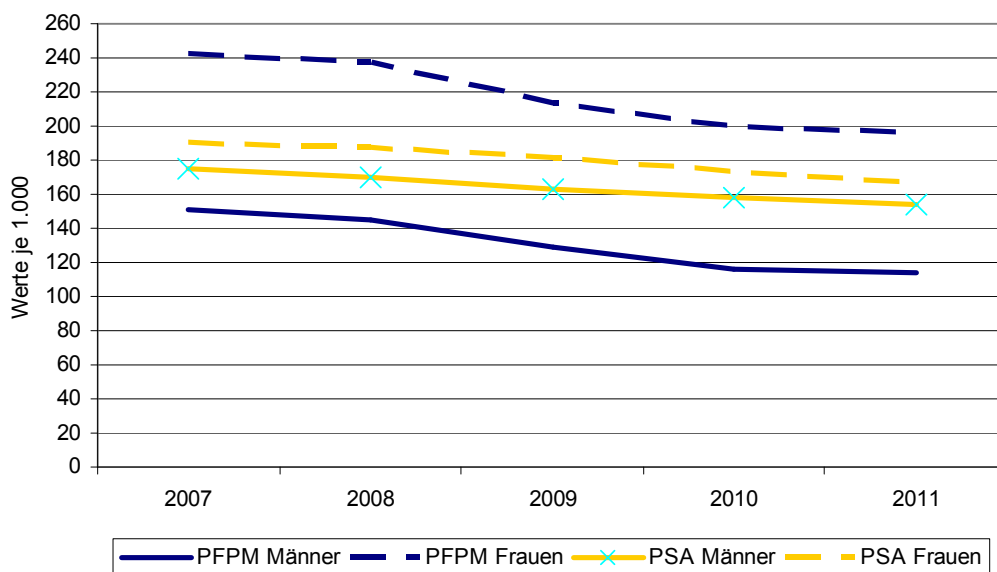
Tabelle 32: Gesamtzahl der ordentlichen Krankenhausaufenthalte und der Tagesklinik-Aufenthalte. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Ordentlich	Tagesklinik	Insgesamt	Ordentlich	Tagesklinik	Insgesamt
2007	3.356	1.044	4.400	62.971	22.459	85.430
2008	3.576	1.080	4.656	61.754	21.814	83.568
2009	3.386	1.261	4.647	58.697	21.828	80.525
2010	3.465	1.198	4.663	57.029	21.138	78.167
2011	3.688	1.259	4.947	57.269	18.330	75.599

Quelle: SDO

Die PFPM- und die PSA-Bevölkerung weisen in den letzten 3 Jahren grundsätzlich ähnliche Hospitalisierungsraten auf (157,5/1.000 versus 160,1/1.000 im Jahr 2011). Bei der männlichen PFPM-Bevölkerung zeigt sich eine niedrigere Hospitalisierungsrate als bei der PSA-Bevölkerung (114,5/1.000 versus 154,1/1.000). Im Gegensatz dazu, weisen die PFPM-Frauen höhere Hospitalisierungsraten als die PSA-Frauen auf (196,2/1.000 versus 166,0/1.000) (Abbildung 34).

Abbildung 34: Hospitalisierungsrate. Jahre 2007-11.



Unter der männliche Bevölkerung weisen die PFPM-Ansässigen, vor allem in den niedrigeren Altersklassen, höhere Hospitalisierungsraten im Vergleich zu den PSA-Ansässigen auf. Ande-

rerseits besteht eine geringere Hospitalisierung bei der älteren Bevölkerung, die wahrscheinlich durch die Rückkehr der schwächeren, älteren Personen in das Herkunftsland bedingt ist (Abbildung 35).

Die Hospitalisierungsraten der weiblichen Bevölkerung zeichnen sich durch eindeutig häufigere Krankenhausaufenthalte im gebärfähigen Alter und, wie bei den Männern, im ersten Lebensjahr aus. Auch bei Standardisierung der Werte ist die Hospitalisierungsrate der PFPM-Bevölkerung höher als jene der PSA-Bevölkerung (Abbildung 36).

Abbildung 35: Hospitalisierungsrate nach Altersklasse und standardisierter Wert bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011

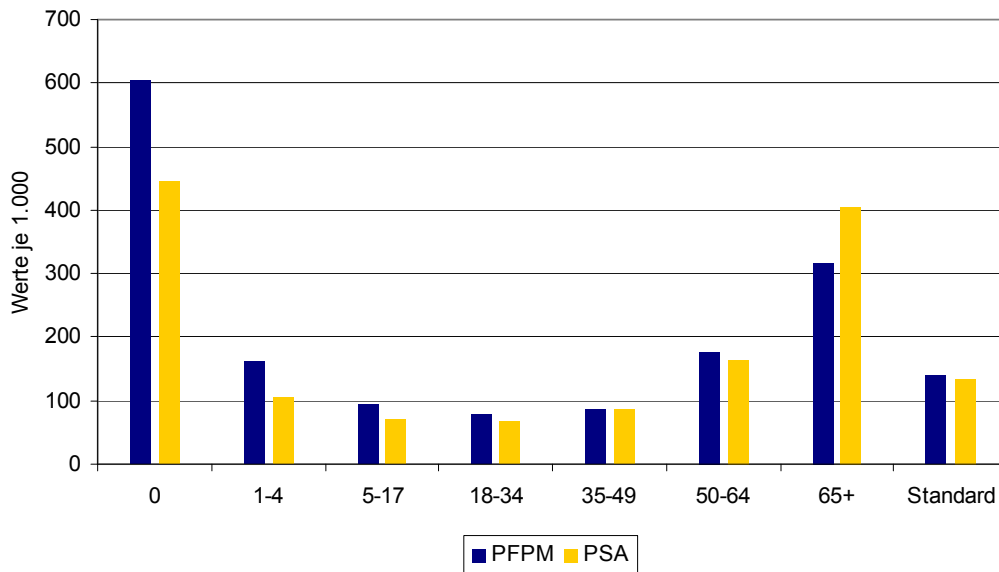
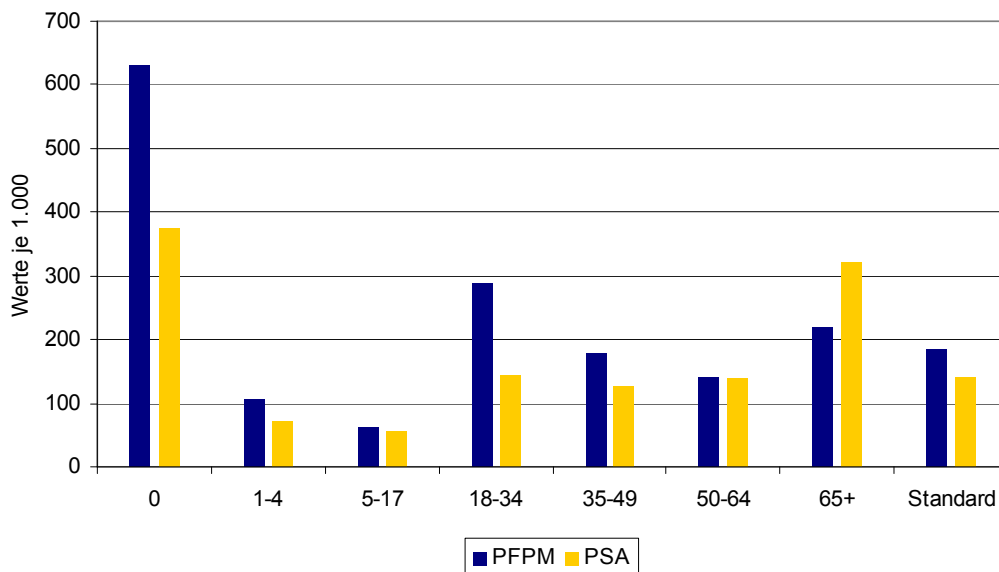


Abbildung 36: Hospitalisierungsrate nach Altersklasse und standardisierter Wert bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011.





8.1. Ordentliche Krankenhausaufenthalte

Die 60.957 ordentlichen Krankenhausaufenthalte von Akutkranken umfassten insgesamt 425.000 Aufenthaltstage, mit einem Durchschnitt von 7,1 Tagen bei der PSA-Bevölkerung und 5,2 Tagen bei der PFPM-Bevölkerung, also einem deutlich niedrigerem Wert in letzterer Bevölkerungsgruppe. Die Krankenaufenthalte der PSA-Bevölkerung sind weit weniger komplex als jene der PSA-Bevölkerung (0,88 versus 1,19 Durchschnittsgewicht des Aufenthaltes nach dem DRG-Gewichtesystem) (Tabelle 33).

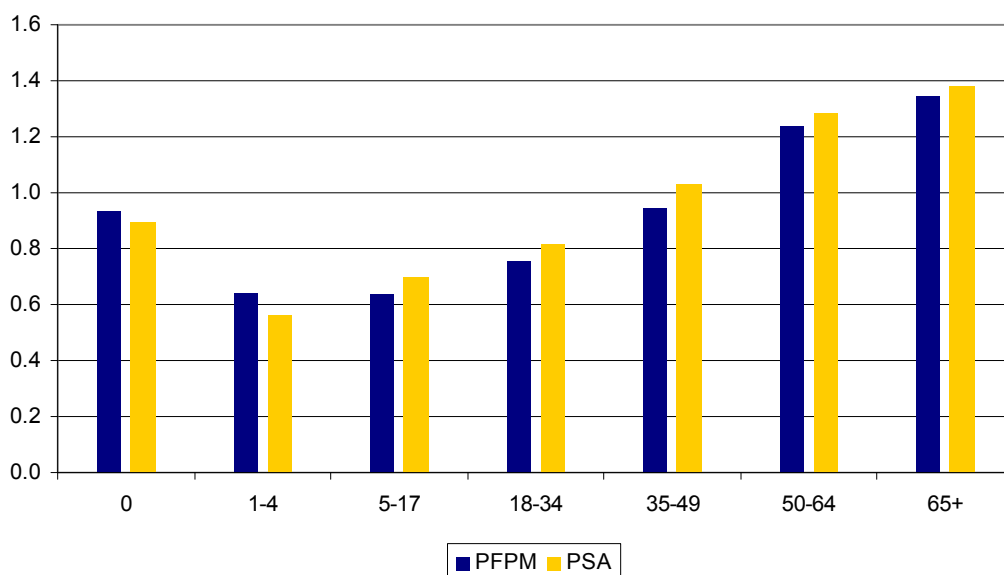
Tabelle 33: Aktivitätsindikatoren bei ordentlichen Krankenhausaufenthalten. Jahr 2011.

Aufenthaltstage					
	Bemerkungen	Mittelwert	Insgesamt	Untere Grenze IC 95%	Obere Grenze IC 95%
PSA	57.269	7,1	406.202	7.0	7.2
PFPM	3.688	5,2	19.214	5.0	5.4
DRG-Gewicht des Krankenhausaufenthaltes					
	Bemerkungen	Mittelwert	Insgesamt	Untere Grenze IC 95%	Obere Grenze IC 95%
PSA	57.269	1,19	68.152.86	1.18	1.20
PFPM	3.688	0,88	3.254.26	0.85	0.92

Quelle: SDO

Das durchschnittliche DRG-Gewicht ist bei der PFPM-Bevölkerung in der Altersgruppe zwischen 0 und 4 Jahren höher, ab dem 5. Lebensjahr ist es immer bei der PSA-Bevölkerung höher (Abbildung 37).

Abbildung 37: durchschnittliches DRG-Gewicht des Krankenhausaufenthaltes nach Altersklassen. Jahr 2011.



2011 betrug der Anteil an dringenden Aufenthalten unter den ordentlichen Krankenhausaufenthalten 70,1% bei der PFPM-Bevölkerung und 66,0% bei der PSA-Bevölkerung. Dringende

Aufenthalte sind bei den PFPM-Frauen häufiger (7,8% der weiblichen Krankenhausaufenthalten) im Vergleich zu den PFPM-Männern (4,8% der männlichen Krankenhausaufenthalten) (Abbildung 38).

Abbildung 38: Anteil der dringenden, ordentlichen Krankenhausaufenthalte. Jahre 2007-11.

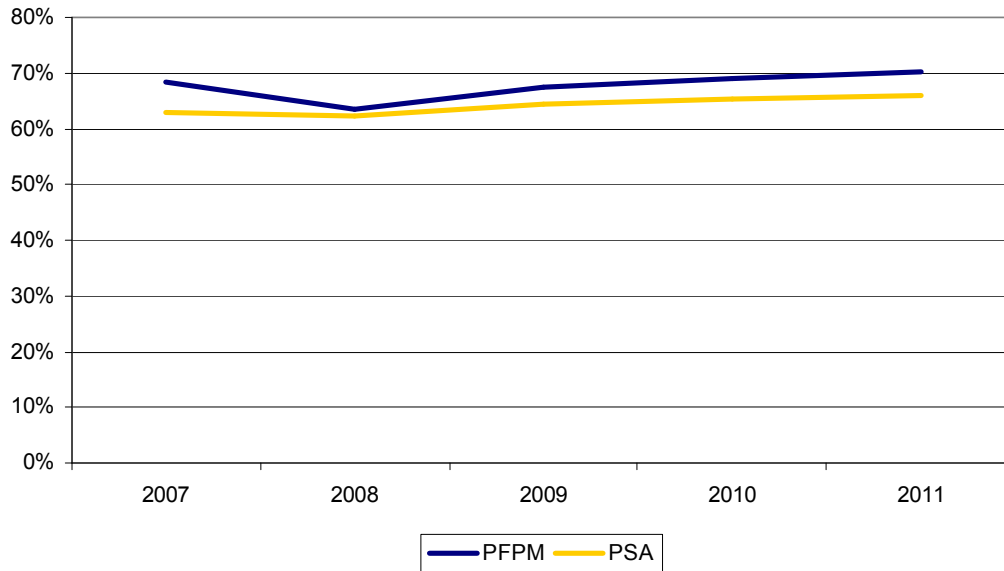
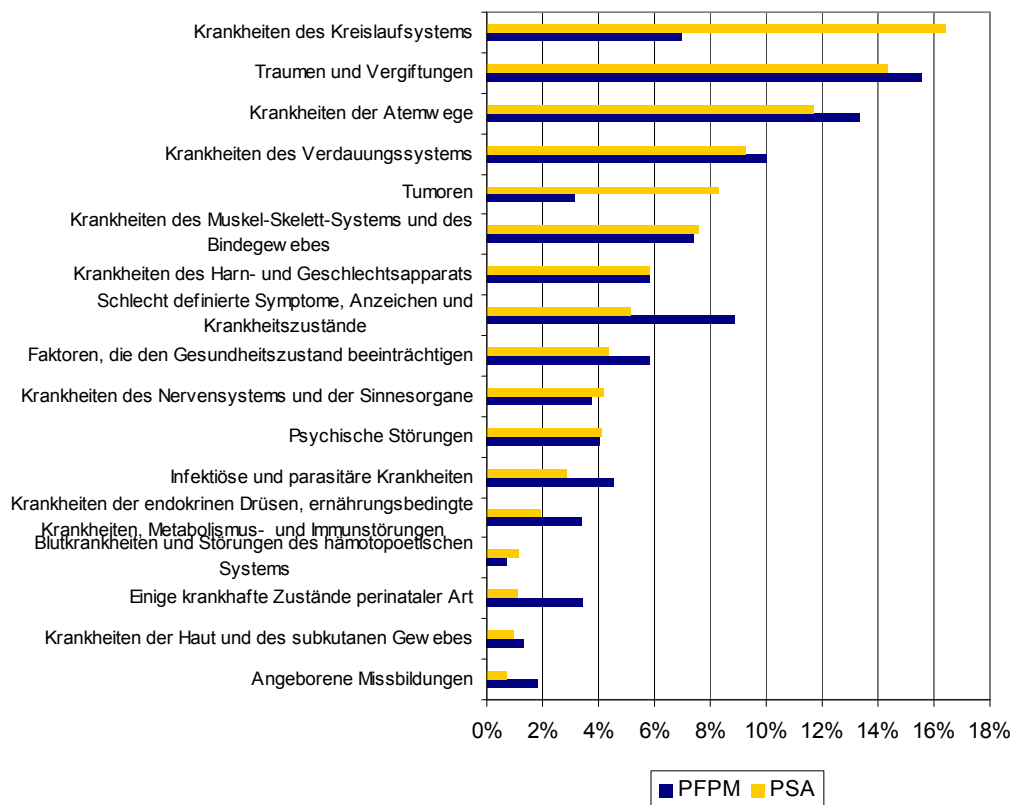


Abbildung 39: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Ursache bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011.

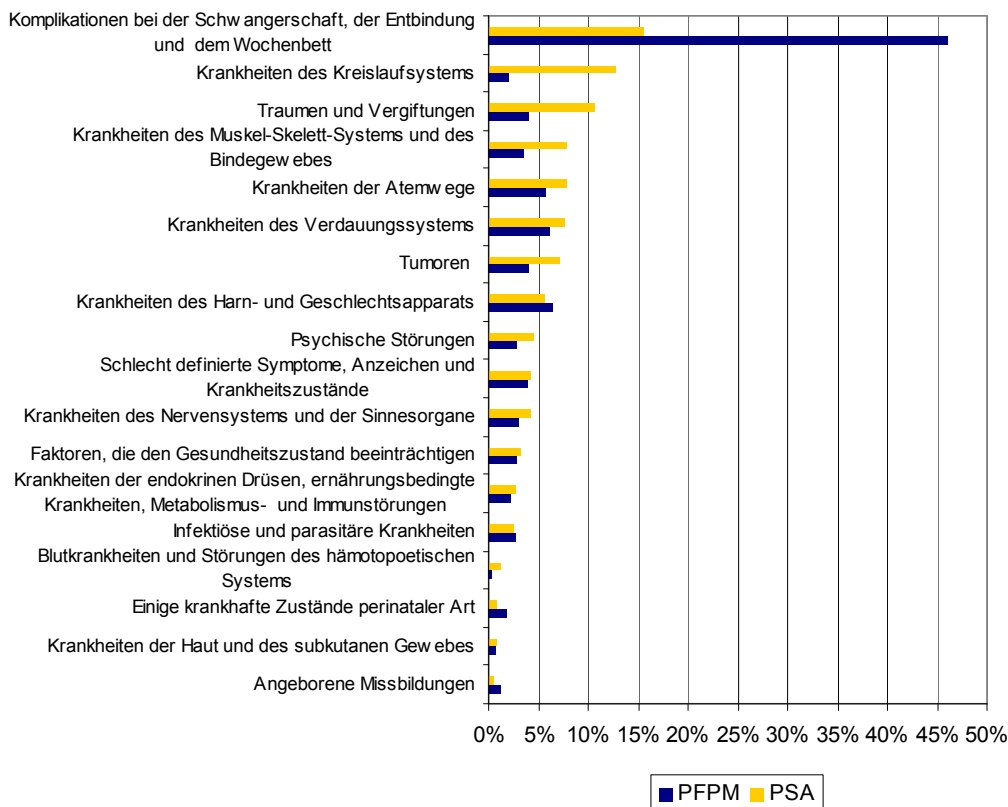


Die häufigste Ursache der Krankenhausaufenthalte waren Erkrankungen des Kreislaufsystems bei der PSA Bevölkerung und Verletzungen und Vergiftungen bei der PFPM-Bevölkerung. Außerdem überwiegt bei der PFPM-Bevölkerung im Vergleich zur PSA-Bevölkerung der Anteil an Krankenhausaufenthalten wegen Erkrankungen der Atemwege, Infektionskrankheiten und perinatalen Krankheitszuständen. Bei der PSA-Bevölkerung sind die Krankenhausaufenthalte bei Tumoren häufiger. Bei der PFPM-Bevölkerung sind hingegen die Krankenhausaufenthalte bei nicht eindeutig definierten Symptomen und Anzeichen häufiger (Abbildung 39).

Der höhere Anteil an Krankenhausaufenthalten wegen Verletzungen und Vergiftungen ist kohärent mit dem höheren Anteil an dringenden Krankenhausaufenthalten. Die Krankenhausaufenthalte wegen Erkrankungen des Kreislaufsystems und wegen Tumor betreffen die ältere PSA-Bevölkerung, die in einem schlechteren Gesundheitszustand ist als die PFPM-Bevölkerung, die ansässig bleibt. Die perinatalen Krankheitszustände sind ausschlaggebend für die höhere Zahl von Krankenhausaufenthalten im ersten Lebensjahr bei der PFPM-Bevölkerung. Die schlecht bestimmten Symptome und Anzeichen könnten auf Kommunikationsprobleme hinweisen, die dem Sanitätspersonal eine Kodifizierung der Krankheit erschweren.

Bei der weiblichen PFPM-Bevölkerung steht der häufigere Krankenhausaufenthalt eindeutig mit der höheren Fruchtbarkeit in Verbindung. Der Anteil aller anderen Ursachen ist hingegen im Vergleich zur PSA-Bevölkerung geringer (Abbildung 40).

Abbildung 40: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Ursache bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011.



8.2. Tagesklinik-Aufenthalte

Die über 19.500 Tagesklinik-Aufenthalte umfassten 2011 fast 300.000 Aufenthaltstage. Der Durchschnitt von 15,4 Aufenthaltstagen bei der PSA-Bevölkerung ist deutlich höher als die 11,4 Tage bei der PFPM-Bevölkerung. Die Krankenhausaufenthalte der PFPM-Bevölkerung sind auch weniger komplex (das durchschnittliche DRG-Gewicht beträgt 0,62 versus 0,66) (Tabelle 34).

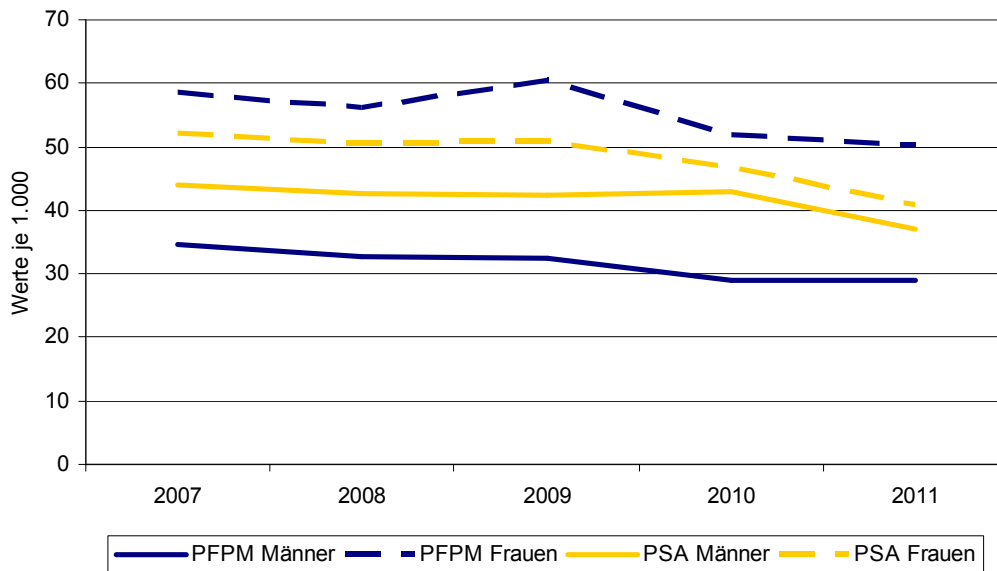
Tabelle 34: Aktivitätsindikatoren bei Tagesklinik-Aufenthalten. Jahr 2011.

Aufenthaltstage					
	Bemerkungen	Mittelwert	Insgesamt	Untere Grenze IC 95%	Obere Grenze IC 95%
PSA	18.330	15,4	282.595	14,7	16,2
PFPM	1.259	11,4	14.305	9,0	13,7
DRG-Gewicht des Krankenhausaufenthaltes					
	Bemerkungen	Mittelwert	Insgesamt	Untere Grenze IC 95%	Obere Grenze IC 95%
PSA	18.330	0,66	12.079,48	0,64	0,67
PFPM	1.259	0,62	776,53	0,58	0,65

Quelle: SDO

Der Anteil an Tagesklinik-Aufenthalten im Vergleich zur Gesamtzahl von Krankenhausaufenthalten von Akutkranken beträgt im Jahr 2011 25,4% bei der PFPM-Bevölkerung und 24,2% bei der PSA-Bevölkerung.

Abbildung 41: Hospitalisierungsrate bei Tagesklinik-Aufenthalten. Jahre 2007-11.



Die PFPM und die PSA Bevölkerungsgruppen weisen grundsätzlich ähnliche Hospitalisierungsraten bei Tagesklinik-Aufenthalten im letzten Triennium auf (40,1/1.000 versus 38,8/1.000 im Jahr 2011). Die Männer der PFPM-Bevölkerung greifen im Vergleich zur PSA-Bevölkerung weniger auf die Tagesklinik-Aufenthalte zu (29,0/1.000 versus 36,9/1.000), während unter den Frauen,



wie schon bei der Gesamtzahl der Krankenhausaufenthalte ersichtlich, sind die Hospitalisierungsraten bei der PFPM-Bevölkerung höher (50,1/1.000 versus 40,7/1.000) sind (Abbildung 41).

Die männliche PFPM-Bevölkerung nutzt die Tagesklinik-Aufenthalte bis zum 17. Lebensjahr häufiger. Ab dem 18. Lebensjahr ist die Hospitalisierungsrate bei der PSA-Bevölkerung höher. Die standardisierten Werte entsprechen sich (Abbildung 42).

Abbildung 42: Hospitalisierungsrate für Tagesklinik-Aufenthalte nach Altersklassen bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011.

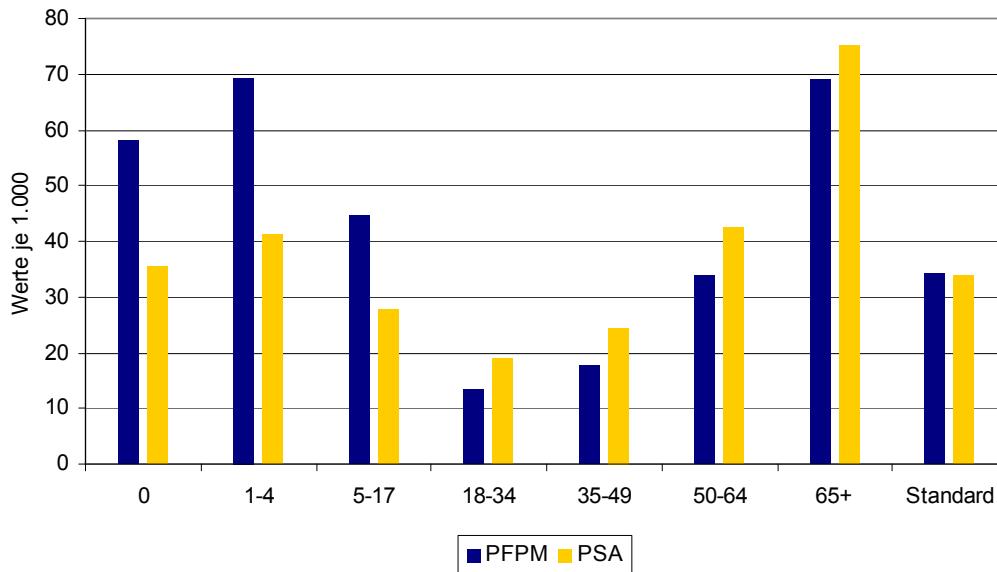
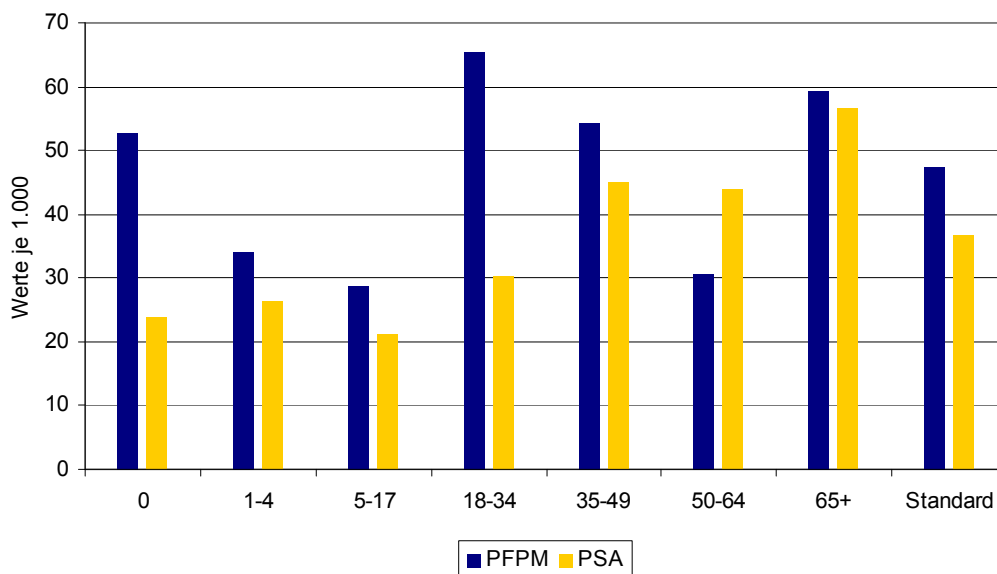


Abbildung 43: Hospitalisierungsrate für Tagesklinik-Aufenthalte nach Altersklassen bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011.



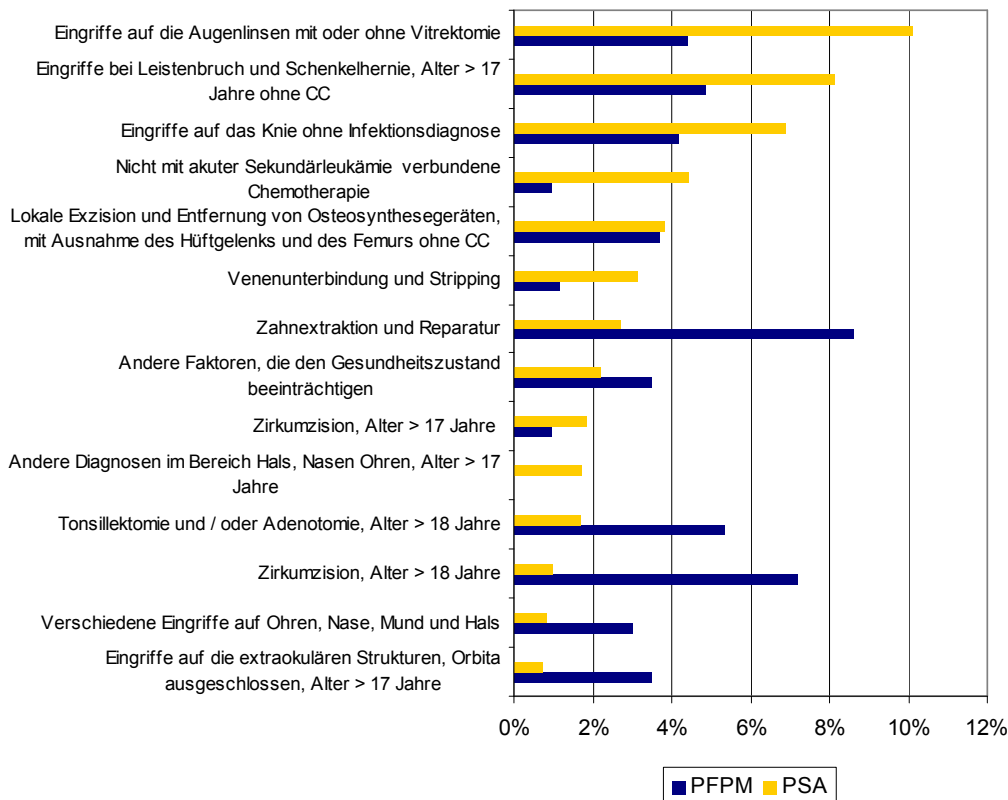
Bei der weiblichen Bevölkerung sind die Tagesklinik-Aufenthalte in jeder Altersgruppe zahlreicher, insbesondere im ersten Lebensjahr und im gebärfähigen Alter bei der

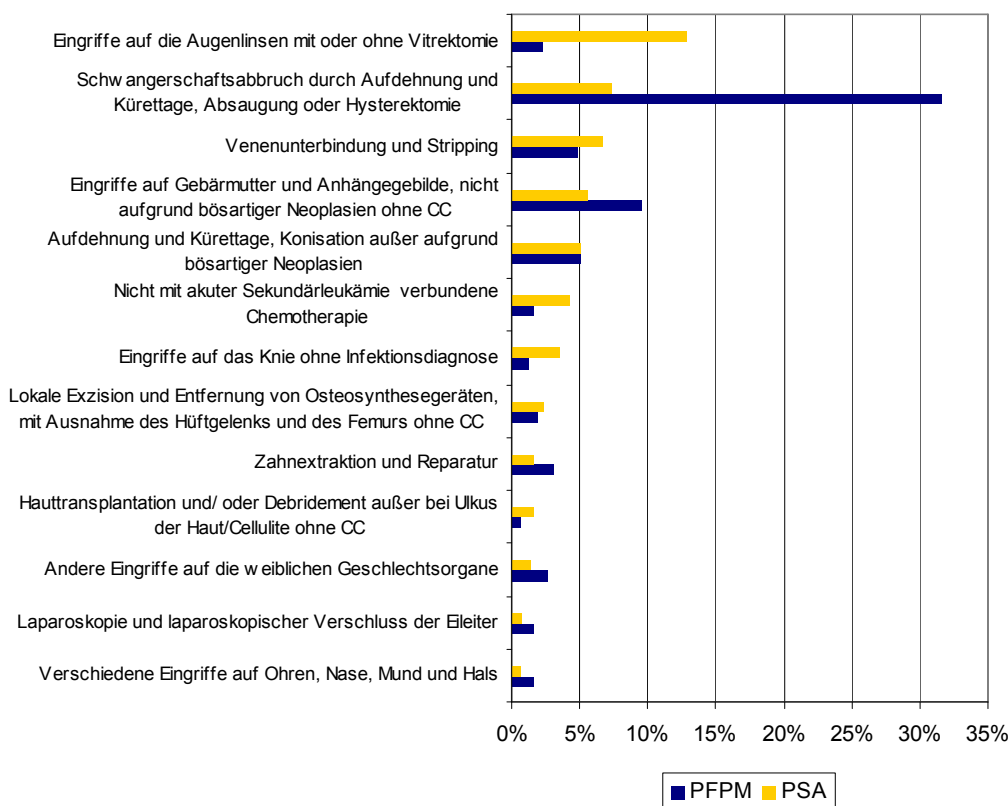
PFPM-Bevölkerung zwischen dem 18. Und 34. Lebensjahr. Auch der standardisierte Hospitalisierungswert ist von diesem Trend beeinflusst und ist deutlich höher als jener der PSA-Bevölkerung (Abbildung 43).

Die häufigsten Krankenhausaufenthalte gemäß dem DRG sind bei der männlichen PFPM-Bevölkerung die Zahnextraktionen und Reparaturen (8,6% der Krankenhausaufenthalte), Zirkumzision (7,2%) und Tonsillektomie (5,3%). Bei der PSA-Bevölkerung werden häufiger Eingriffe auf die Augenlinse (10,1%), Leistenbrüche (8,1%), Eingriffe auf das Knie (6,9%) und Chemotherapie (4,4%) durchgeführt (Abbildung 44).

Bei der weiblichen PFPM-Bevölkerung ist die häufigste Ursache für einen Tagesklinik-Aufenthalt der freiwillige Schwangerschaftsabbruch (31,6%) während unter der weiblichen PSA-Bevölkerung die Eingriffe auf die Augenlinse am häufigsten sind (12,9%) (Abbildung 45).

Abbildung 44: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach DRG bei der männlichen Bevölkerung. Jahr 2011.



**Abbildung 45: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach DRG bei der weiblichen Bevölkerung. Jahr 2011.**

8.3. Krankenhausaufenthalte in Gesundheitseinrichtungen außerhalb der Provinz

Die Krankenhausaufenthalte von Ansässigen in Einrichtungen im übrigen Italien oder in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen in Österreich betrugen im Jahr 2011 6.102, davon 4,4% unter der PFPM-Bevölkerung. 23,0% der in Mobilität durchgeführten Krankenhausaufenthalte waren Tagesklinik-Aufenthalten (Tabelle 35).

Tabelle 35: Krankenhausaufenthalte in Gesundheitseinrichtungen außerhalb der Provinz nach Art des Aufenthaltes. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Ordentlich	Tagesklinik	Insgesamt	Ordentlich	Tagesklinik	Insgesamt
2007	145	20	165	5.454	1.201	6.655
2008	175	38	213	5.259	1.360	6.619
2009	268	52	320	4.964	1.309	6.273
2010	209	41	250	4.835	1.389	6.224
2011	211	57	268	4.488	1.346	5.834

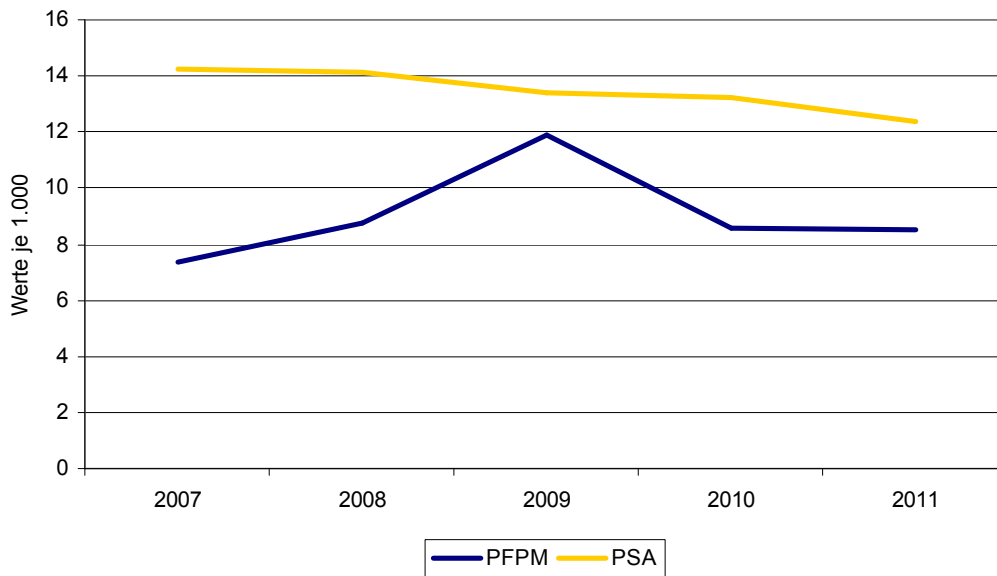
Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Krankenhausaufenthalte Österreich/ Amt für Gesundheitsökonomie, PAB - Mobilitätsarchiv

64,4% der Krankenhausaufenthalte außerhalb der Provinz wurden 2011 in nationalen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Der Prozentanteil der Tagesklinik-Aufenthalte beträgt 27,6% bei den Krankenhausaufenthalten im übrigen Italien und 14,9% bei den Krankenhausaufenthalten in Österreich. Was die Tagesklinik-Aufenthalte im übrigen Italien betrifft ist der Prozentanteil bei

den zwei Bevölkerungsgruppen ähnlich (24,5% bei der PFPM-Bevölkerung, 27,8% bei der PSA-Bevölkerung). Im Falle der Tagesklinik-Aufenthalte in Österreich ist der Prozentanteil bei der PSA-Bevölkerung höher (14,9% vs. 8,9%).

Die Hospitalisierungsrate in Einrichtungen außerhalb der Provinz ist bei der PSA-Bevölkerung im Allgemeinen höher (12,4/1.000 vs. 8,5/1.000 im Jahr 2011) (Abbildung 46).

Abbildung 46: Hospitalisierungsrate in Einrichtungen außerhalb der Provinz. Jahre 2007-11.



Die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer beträgt 11,4 Tage bei der PFPM-Bevölkerung und 9,3 bei der PSA-Bevölkerung. Die Krankenhausaufenthalte im übrigen Italien sind durchschnittliche länger als jene in Österreich (Tabelle 36).

Tabelle 36: durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt in Einrichtungen außerhalb der Provinz. Jahr 2011.

Aufenthaltstage					
	Beobachtungen	Durchschnitt	Insgesamt	Durchschnitt im übrigen Italien	Durchschnitt Österreich
PSA	5.834	9.3	54.405	10,4	7,5
PFPM	268	11.4	3.042	12,3	7,6
INSGESAMT	6.102	9.4	57.447	10,5	7,5

Quelle: Südtiroler Sanitätsbetrieb – Archiv der Krankenhausaufenthalte Österreich/ Amt für Gesundheitsökonomie, PAB - Mobilitätsarchiv



AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die weibliche PFPM-Bevölkerung nimmt die Hospitalisierung besonders aus Gründen in Anspruch, die mit der besonders hohen Fruchtbarkeit zusammen hängen. Es zeigt sich aber auch deutlich eine höhere Hospitalisierungsrate im ersten Lebensjahr, was auf eine geringere Betreuung der Frau während der Schwangerschaft zurückzuführen sein könnte.

Die Krankenhausaufenthalte sind gemäß dem DRG-Gewichtssystem weniger komplex und betragen geringere Tarife im Vergleich zur PSA-Bevölkerung. Auch die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer ist kürzer.

Bei der PFPM-Bevölkerung ist die Zahl an akuten Krankenhausaufenthalten leicht höher und unter den Männern ist ein höherer Anteil an Krankenhausaufenthalten wegen Verletzungen und Vergiftungen zu verzeichnen.

Oft ist der Einlieferungsgrund als schlecht definiert angegeben. Gemäß der Fachliteratur könnten Kommunikationsprobleme bei der Angabe der Symptome angenommen werden.

Die DRG bei den Tagesklinik-Aufenthalten sind bei der PFPM und der PSA-Bevölkerung sehr unterschiedlich. Bei der männlichen PFPM-Bevölkerung zeigt sich ein hoher Anteil von Tagesklinik-Aufenthalten bei Leistenbruch, Zahnextraktion, Zirkumzision und Tonsillektomie. Bei der weiblichen PFPM-Bevölkerung ist ein hoher Anteil von Krankenhausaufenthalten auf Abtreibungen und Eingriffe auf die Gebärmutter und Anhängelgebilde zurückzuführen.

9. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

9.1. Rehabilitation im Krankenhaus

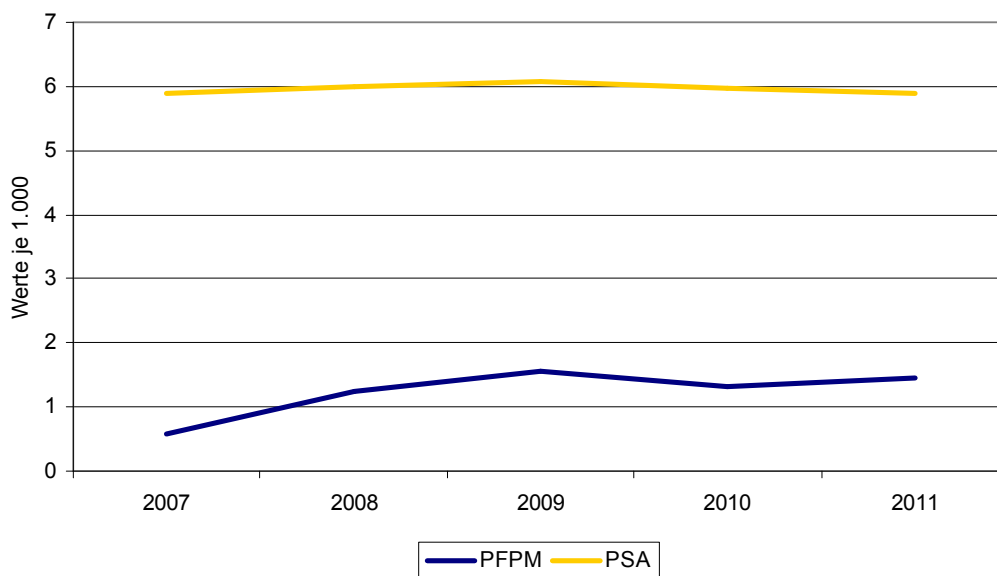
Die Rehabilitations-Krankenhausaufenthalte finden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (56xxx) und Neuro-Rehabilitation (75xxx) in den öffentlichen Krankenhäusern und den vertragsgebundenen Privatkliniken statt. 2011 betrug die Zahl der Krankenhausaufenthalte 2.561 in den Landeseinrichtungen, 1,5% wurden von PFPM-Ansässigen in Anspruch genommen. Die Krankenhausaufenthalte im übrigen Italien betrugen insgesamt 208 (2,9% wurden von PFPM-Ansässigen in Anspruch genommen), 55 in ausländischen Einrichtungen (Österreich, Kroatien) (Tabelle 37).

Tabelle 37: Krankenhausaufenthalte für die funktionelle Rehabilitation und Neuro-Rehabilitation in Landeseinrichtungen. Jahre 2007-11.

	PFPM				PSA			
	Provinz	Im übrigen Italien	Ausland	Insgesamt	Provinz	Im übrigen Italien	Ausland	Insgesamt
2007	12	1	0	13	2.450	241	63	2.754
2008	25	5	0	30	2.518	242	43	2.803
2009	36	6	0	42	2.602	215	30	2.847
2010	29	10	0	39	2.575	200	35	2.810
2011	39	6	1	46	2.522	202	54	2.778

Quelle: SDO FIM

Abbildung 47: Hospitalisierungsrate für die funktionelle Rehabilitation und Neuro-Rehabilitation. Jahre 2007-11.



Die Hospitalisierungsrate in Rehabilitationsabteilungen betrug 2011 bei der PSA-Bevölkerung 5,9/1.000, bei der PFPM-Bevölkerung hingegen 1,5/1.000. Die Inanspruchnahme der



Rehabilitation im Krankenhaus von Seiten der PFPM-Bevölkerung scheint tendenziell in den letzten fünf Jahren zu steigen (Abbildung 47).

Für die Rehabilitation im Krankenhaus wurden insgesamt fast 80.000 Aufenthaltstage erbracht, 2,1% davon wurden von der PFPM-Bevölkerung in Anspruch genommen. 91% der Aufenthaltstage wurden in Landeseinrichtungen verbracht mit einem Durchschnittswert, der um 2,5 Tage höher als der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt im übrigen Italien ist. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt ist bei der PFPM-Bevölkerung länger als bei der PSA-Bevölkerung im Fall von Krankenhausaufenthalten in der Provinz, kürzer für die Aufenthalte im übrigen Italien (Tabelle 38).

Tabelle 38: durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt für die funktionelle Rehabilitation und Neuro-Rehabilitation. Jahr 2011.

Aufenthaltstage					
	Insgesamt	Gesamtdurchschnitt	Landesdurchschnitt	Durchschnitt im übrigen Italien	Durchschnitt im Ausland
PSA	77.923	28,1	28,1	26,0	33,4
PFPM	1.709	37,2	40,4	17,5	30,0
INSGESAMT	79.632	28,2	28,3	25,8	33,3

Quelle: SDO

9.2. Langzeitpflege

Die Krankenhausaufenthalte in den Abteilungen für Langzeitpflege (60xx) in den öffentlichen Krankenhäusern und den vertragsgebundenen Privatkliniken betrugen 2011 insgesamt 2.191, 0,6% wurden von der PFPM-Bevölkerung in Anspruch genommen. 99,5% der Aufenthalte erfolgte in den Landeseinrichtungen (Tabelle 39).

Tabelle 39: Krankenhausaufenthalte in den Abteilungen für Langzeitpflege nach Geschlecht. Jahre 2007-11.

	PFPM			PSA		
	Provinz	Übriges Italien	Insgesamt	Provinz	Übriges Italien	Insgesamt
2007	9	0	9	1.903	25	1.928
2008	13	0	13	1.965	17	1.982
2009	6	1	7	1.978	24	2.002
2010	20	0	20	2.200	15	2.215
2011	13	0	13	2.168	10	2.178

Quelle: SDO

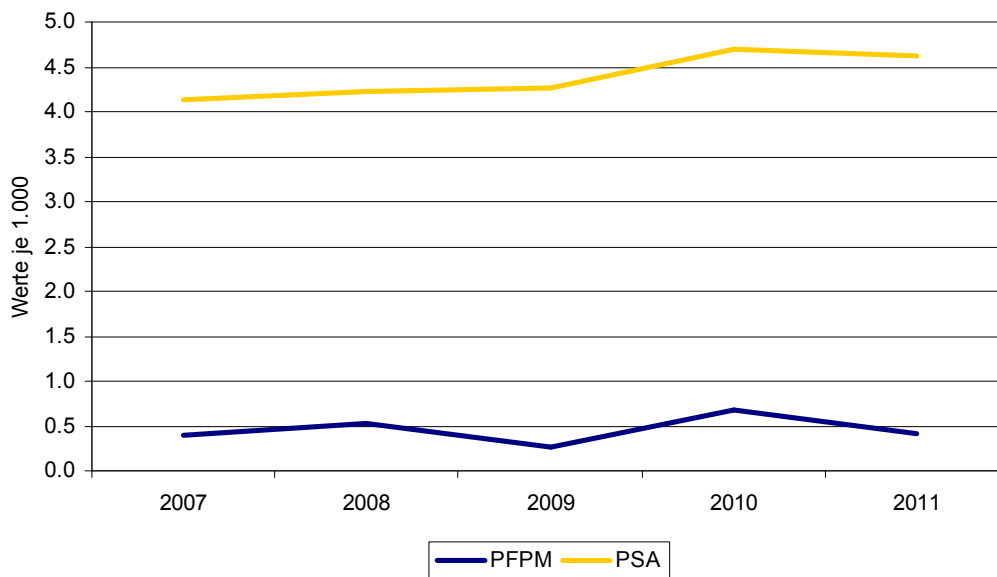
Die Hospitalisierungsrate der PSA-Bevölkerung betrug 2011 4,6/1.000, jener der PFPM-Bevölkerung hingegen 0,4/1.000 und steigt im letzten Fünfjahreszeitraum tendenziell (Abbildung 48).

Von der PSA-Bevölkerung wurden zirka 52.000 Krankenhausaufenthaltstage genutzt und zwar durchschnittlich 23,9 Tage je Aufenthalt. Die PFPM-Bevölkerung hat 267 Tage genutzt und zwar mit einem Durchschnitt von 20,5 Tagen je Krankenhausaufenthalt (Tabelle 40).

Tabelle 40: Indikatoren zu den Langzeitpflegeaufenthalten. Jahr 2011.

Aufenthaltstage					
	Beobachtungen	Durchschnitt	Insgesamt	Landesdurchschnitt	Durchschnitt im übrigen Italien
PSA	2.178	23,9	52.024	23,9	22,4
PFPM	13	20,5	267	20,5	
INSGESAMT	2.191	23,9	52.291	23,9	22,4

Quelle: SDO

Abbildung 48: Rate der Langzeitpflegeaufenthalte. Jahre 2007-11.

9.3. Krankenhausexterne Rehabilitation

Die krankenhausexternen Landesrehabilitationszentren erbringen Dienstleistungen für die kardiologische, muskuloskelettale, onkologische, neurologische, pneumologische, psychologische Rehabilitation sowie im Bereich Rehabilitation von Suchterscheinungen. Eine weitere Möglichkeit zur psychiatrischen Rehabilitation wird der Wohnbevölkerung in vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen in Österreich geboten. 2011 betrug die Zahl der Aufenthalte etwas weniger als 3.000 und betraf 1% der PFPM-Bevölkerung, dazu kommen 133 Aufenthalte in Österreich von Seiten der PSA-Wohnbevölkerung. (Tabelle 41).

Tabelle 41: Krankenhausexterne Rehabilitationsaufenthalte in Landeseinrichtungen nach Art des Aufenthaltes. Jahr 2007-11.

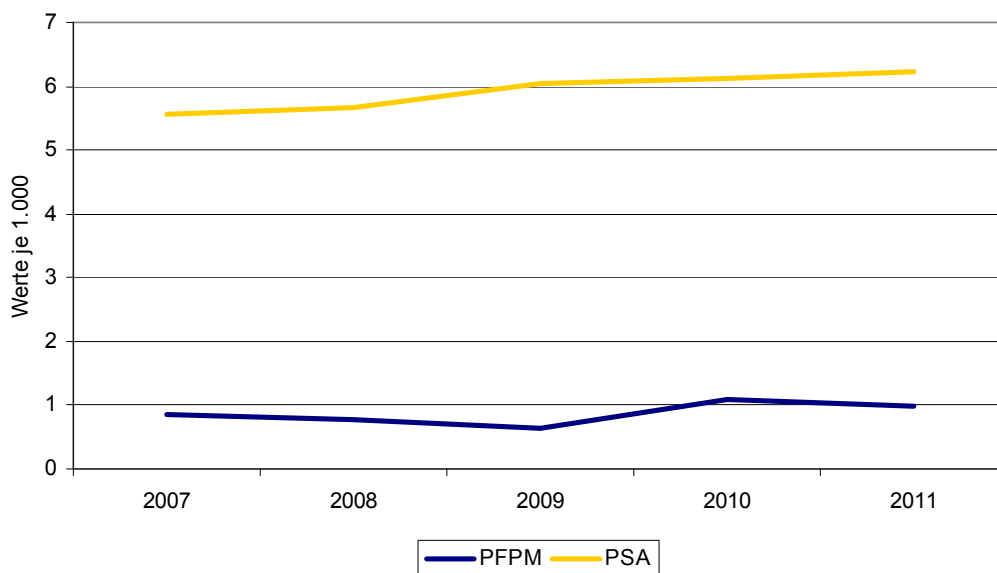
	PFPM			PSA			Aufenthalte in Österreich
	Ordentlich	Tagesklinik	Insgesamt	Ordentlich	Tageskl.	Insges.	
2007	18	1	19	2.525	80	2.605	259
2008	15	4	19	2.552	101	2.653	235
2009	17	0	17	2.689	147	2.836	178
2010	32	0	32	2.732	153	2.885	185
2011	29	2	31	2.795	139	2.934	133



Quelle: SDERIA

Die Hospitalisierungsrate der PSA-Bevölkerung für Aufenthalte in der Provinz betrug 2011 6,2/1.000, Tendenz im Fünfjahreszeitraum steigend. Bei der PFPM-Bevölkerung betragen die Aufenthalte 1,0/1.000 Ansässige (Abbildung 49).

Abbildung 49: krankenhausexterne Rehabilitationsaufenthalte innerhalb der Provinz. Jahre 2007-11.



Die Krankenhausaufenthalte in österreichischen Einrichtungen beliefen sich im Jahr 2011 auf 3.999 Aufenthaltstage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Bevölkerungsgruppen. (Tabelle 42).

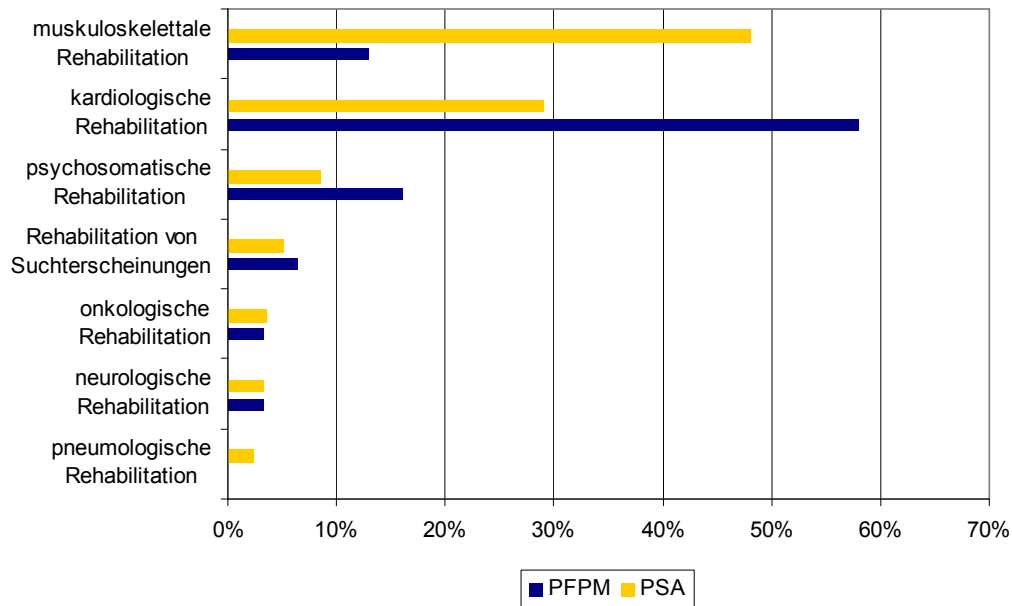
Tabelle 42: Indikatoren des Rehabilitationsaufenthaltes in krankenhausexternen Rehabilitationszentren. Jahr 2011.

Aufenthaltstage					
	Bemerkungen	Durchschnitt	Insgesamt	Untere Grenze IC 95%	Obere Grenze IC 95%
PSA	2.934	20,1	59.094	19,7	20,6
PFPM	31	21,4	662	15,8	26,9

Quelle: SDERIA

Bei fast der Hälfte der Krankenhausaufenthalten der PSA-Bevölkerung handelte es sich um muskuloskelettale Rehabilitation und bei zirka 30% um kardiologische Rehabilitation. Die kardiologische Rehabilitation traf auf fast 6 von 10 Aufenthalten bei der PFPM-Bevölkerung zu, während es sich bei 16% der Fälle um psychosomatische Rehabilitation handelte (Abbildung 50).

Abbildung 50: Verteilung der Krankenhausaufenthalte nach Art der Rehabilitation. Jahr 2011.



AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die Langzeitpflege- und Rehabilitationsaufenthalte betreffen in höherem Ausmaß die PSA-Bevölkerung als die PFPM-Bevölkerung.

Im Falle der Rehabilitationsaufenthalte im Krankenhaus zeigt sich eine längere Dauer des Aufenthaltes bei der PFPM-Bevölkerung, wenn auch die geringe Zahl es nicht erlaubt die Signifikanz dieses Unterschiedes zu behaupten.



10. TERRITORIALE PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Im Jahr 2011 wurden über 3 Millionen Rezepte für die Verteilung von Medikamenten über die öffentlichen Apotheken ausgestellt. 2,8 der Rezepte wurden der PFPM-Bevölkerung verschrieben, die restlichen 97,2% der PSA-Bevölkerung. In beiden Fällen wurde der größere Anteil an Frauen ausgestellt (57,1% bei der PFPM-Bevölkerung und 55,3% bei der PSA-Bevölkerung) (Tabelle 43).

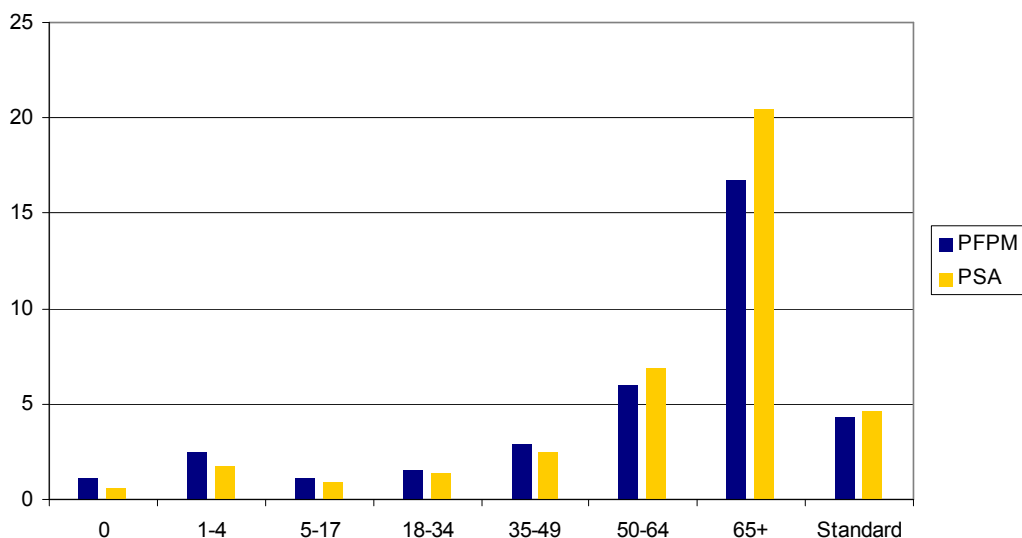
Tabelle 43: Verschriebene Rezepte nach Art und Altersklasse. Jahr 2011.

	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0	328	291	619	1.488	1.054	2.542
1-4	3.368	2.719	6.087	18.332	14.214	32.546
5-17	3.181	2.701	5.882	34.183	30.641	64.824
18-34	4.372	10.542	14.914	45.718	74.040	119.758
35-49	12.808	15.177	27.985	118.586	158.318	276.904
50-64	8.602	11.451	20.053	290.248	301.531	591.779
65+	4.828	7.103	11.931	849.542	1.101.735	1.951.277
Insgesamt	37.487	49.984	87.471	1.358.097	1.681.533	3.039.630

Quelle: Arzneimittel-Verrechnungsamt

Die Zahl der verschriebenen Rezept steigt mit zunehmendem Alter bis zu fast 17 Rezepten je Einwohner bei den über 65jährigen der PFPM-Bevölkerung und über 20 für die Gleichaltrigen der PSA-Bevölkerung. Insgesamt wurden 2,8 Rezepte je Ansässiger der PFPM-Bevölkerung und 4,6 je Ansässiger der PSA-Bevölkerung verschrieben. Nach Standardisierung der Daten, um die unterschiedliche Altersstruktur der zwei Bevölkerungsgruppen auszugleichen, beträgt die Zahl der Standardrezepte 4,3 Rezepte je Ansässiger bei der PFPM-Bevölkerung und 4,6 Rezepte je Ansässiger bei der PSA-Bevölkerung (Abbildung 51).

Abbildung 51: Zahl der verschriebenen Rezepte nach Altersklasse. Jahr 2011.



Mit den Rezepten wurden 2011 knapp 6 Millionen Arzneimittelpackungen verschrieben, 2,5% für die PFPM-Bevölkerung und 97,5% für die PSA Bevölkerung (Tabelle 44).

Die Verteilung nach Altersgruppen der Arzneimittel ist ähnlich jener der Rezepte. Durchschnittlich wurden 4,7 Packungen je Ansässiger der PFPM-Bevölkerung und 12,2 je Ansässiger der PSA-Bevölkerung verschrieben. Nach Standardisierung der unterschiedlichen Altersstruktur beträgt die Zahl der Standardpackungen 7,7 bei der PFPM-Bevölkerung und 8,6% bei der PSA-Bevölkerung.

Bei 19,9% der Rezepte für die PFPM-Bevölkerung und bei 19,2% der Rezepte für die PSA-Bevölkerung handelte es sich um Generika.

Tabelle 44: Verschriebene Packungen nach Art und Altersklasse. Jahr 2011.

	PFPM			PSA		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
0	387	340	727	1.709	1.187	2.896
1-4	3.962	3.180	7.142	21.225	16.554	37.779
5-17	4.467	3.758	8.225	48.149	43.617	91.766
18-34	7.023	16.575	23.598	78.125	123.080	201.205
35-49	23.079	25.737	48.816	222.001	283.504	505.505
50-64	16.475	21.227	37.702	575.483	572.153	1.147.636
65+	9.142	13.631	22.773	1.663.329	2.118.610	3.781.939
Insgesamt	64.535	84.448	148.983	2.610.021	3.158.705	5.768.726

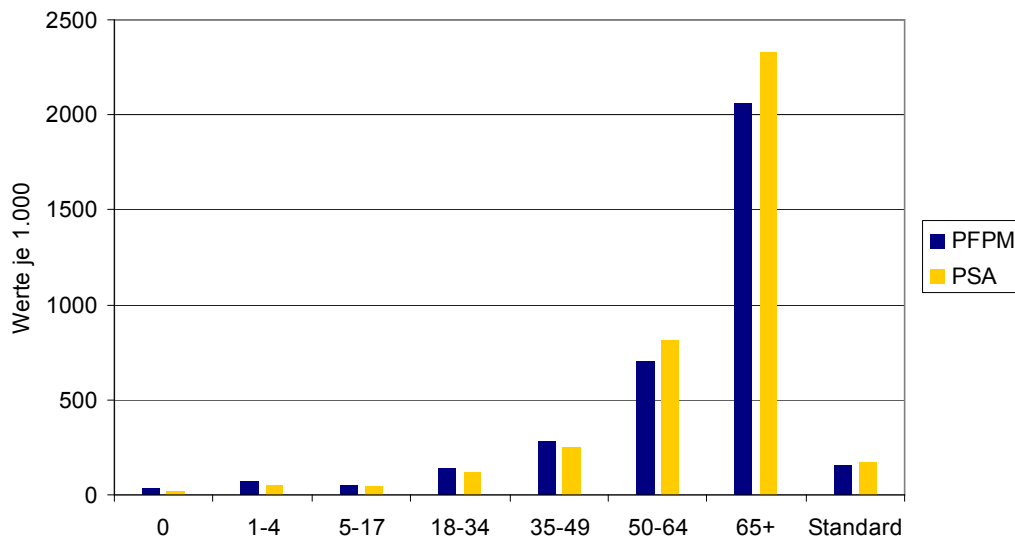
Quelle: Arzneimittel-Verrechnungsamt

Die verschriebene Menge an Arzneimitteln ist nicht gänzlich repräsentativ für die Exposition der Bevölkerung auf Arzneimittel. Für den gleichen Wirkstoff können die im Handel befindlichen Packungen eine unterschiedliche Menge an Dosierungseinheiten enthalten und die für eine Therapie nötigen Dosierungseinheiten können für die unterschiedlichen Moleküle auch innerhalb derselben Arzneimittelgruppe variieren. Um diese Schwierigkeit zu lösen kann der Arzneimittelkonsum anhand der täglich verbrauchten Medikamentendosen (DDD), das heißt der internationalen Standardmessungseinheit der pharmazeutischen Rezepte, gemessen werden.

2011 betrugen die verteilten DDD je tausend Ansässige 265,4 bei der PFPM-Bevölkerung und 710,4 bei der PSA-Bevölkerung. Bei Standardisierung der Werte betrugen die DDD 168,1 bei der PFPM-Bevölkerung und 181,1 bei der PSA-Bevölkerung (Abbildung 52).

Mit den DDD werden die Daten anhand von "konventionellen" Tagen angegeben, in denen die verschriebene Therapie durchgeführt wurde. Es ist somit möglich direkt Medikamente zu vergleichen, die in unterschiedlicher Dosierung verwendet werden (unterschiedliche pharmakologische Wirksamkeit) oder auch Medikamente mit unterschiedlicher Indikation. Die DDD kann aber nur als technisches Instrument zur Messung der verschiedenen Medikamente und nicht als empfohlene oder effektiv verschriebene Dosis betrachtet werden.

Abbildung 52: DDD/1.000 Ansässige nach Altersklassen und standardisierter Wert. Jahr 2011.



Die in den ersten 5 Lebensjahren konventionell verschriebenen Behandlungstage betreffen vorwiegend Therapien mit Antiasthmatica und zwar in höherem Maße die PFPM-Bevölkerung als die PSA-Bevölkerung. Bei der PFPM-Bevölkerung ist auch die Verschreibung von antibakteriellen Medikamenten, Antianämika, Kortikosteroide und Antihistaminika höher (Tabelle 45).

Unter den Jugendlichen (im Alter von 5 bis 17 Jahren) zeigen sich unter den Arzneimittelgruppen Antiepileptika und Medikamente gegen Diabetes. Die Antianämika blieben weiterhin die meist verschriebenen Medikamente unter der PFPM-Bevölkerung (Tabelle 45).

Das Jugendalter (18 bis 34 Jahren) ist durch die Verteilung von Geschlechtshormonen in der weiblichen Bevölkerung gekennzeichnet und zwar in höherem Maße unter der PSA-Bevölkerung, während die Psychoanaleptika an dritter Stelle unter den verschriebenen Medikamenten stehen. Unter der weiblichen PFPM-Bevölkerung werden häufig Antianämika verschrieben (Tabelle 45).

Unter den jungen Erwachsenen (35 bis 49 Jahre) war der Großteil der Verschreibungen für Medikamente gegen hohen Blutdruck. Therapien mit Psychoanaleptika und Schilddrüsenmedikamenten werden häufiger von der PSA-Bevölkerung eingenommen. Unter der weiblichen PFPM-Bevölkerung werden Geschlechtshormone weiterhin in geringerer Zahl verschrieben, während Antianämika in großem Ausmaß verschrieben werden (Tabelle 45).

Unter den Erwachsenen (50 bis 64 Jahre) sind die häufigsten Medikamente blutdruckregelnde Mittel (häufiger unter der PSA-Bevölkerung) und jene zur Senkung der Blutfettwerte. Die Psychoanaleptika stehen an dritter Stelle und sind die meistverschriebenen bei der PSA-Bevölkerung. Unter der PFPM-Bevölkerung zeigt sich eine größere Einnahme von Medikamenten gegen Diabetes während bei der weiblichen PSA-Bevölkerung weiterhin mehr Geschlechtshormone verschrieben werden. Unter den PFPM-Männern ist die Einnahme von Diuretika höher (Tabelle 45).

Bei der älteren Bevölkerung (65 Jahre und älter) sind die meist verschriebenen Medikamente jene, die Herz-Kreislaufkrankungen betreffen. Bei der PSA-Bevölkerung bleibt die Verschreibung von Psychoanaleptika höher als bei der PFPM-Bevölkerung (Tabelle 45).

Tabelle 45: DDD/1.000 Einwohner nach wichtigsten Hauptwirkstoffgruppen und Altersgruppen. Jahr 2011.

Hauptwirkstoffgruppe		0 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Antiasthmatika	R03	15.7	16.1	10.0	13.8
Systemisch wirkende antibakteriellen Medikamenten	J01	7.8	5.9	2.6	3.8
Antianämika	B03	2.6	2.5	0.9	1.0
Kortikosteroide, dermatologische Zubereitungen	D07	3.3	1.5	0.2	0.4
Hauptwirkstoffgruppe		1-4 JAHRE			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Antiasthmatika	R03	26.4	33.3	23.4	30.3
Systemisch wirkende antibakteriellen Medikamenten	J01	24.0	27.9	15.1	17.4
Systemisch wirkende Kortikosteroide	H02	1.4	1.8	1.1	1.6
Kortikosteroide, dermatologische Zubereitungen	D07	2.3	3.5	0.6	0.8
Antianämika	B03	3.0	3.2	0.5	0.8
Systemisch wirkende Antihistaminika	R06	2.4	2.2	0.5	0.9
Hauptwirkstoffgruppe		5-17 JAHRE			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Antiasthmatika	R03	9.6	14.4	10.1	14.5
Systemisch wirkende antibakteriellen Medikamenten	J01	14.1	14.5	11.5	11.5
Systemisch wirkende Antihistaminika	R06	2.8	4.4	3.9	5.8
Antiepileptika	N03	2.3	3.4	2.5	2.0
Medikamente gegen Diabetes	A10	0.6	2.1	1.8	1.9
Antianämika	B03	6.8	0.8	2.3	0.6
Hauptwirkstoffgruppe		18-34 JAHRE			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Geschlechtshormone und Modulatoren des Genitalsystems	G03	36.9	0.7	53.7	0.1
Antianämika	B03	70.0	1.0	22.2	0.6
Psychoanaleptika	N06	8.1	7.0	13.7	10.1
Systemisch wirkende antibakteriellen Medikamenten	J01	13.4	10.3	10.3	8.2
Antiasthmatika	R03	8.3	6.6	8.3	8.4
Schilddrüsen therapie	H03	7.5	1.3	12.1	2.2
Antiepileptika	N03	3.5	3.1	5.3	6.9
Systemisch wirkende Antihistaminika	R06	6.5	6.4	4.9	5.3
Hauptwirkstoffgruppe		35-49 JAHRE			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Auf das Renin- Angiotensin-Aldosteron-System agierende Arzneistoffe	C09	28.8	35.1	25.9	51.7
Psychoanaleptika	N06	23.8	17.1	42.0	22.1
Geschlechtshormone und Modulatoren des Genitalsystems	G03	41.7	0.0	52.4	0.1
Schilddrüsen therapie	H03	17.4	3.7	28.3	4.7
Antianämika	B03	44.1	1.3	22.0	0.8
Antiasthmatika	R03	18.6	17.7	11.5	11.4



Antazida, Medikamente gegen Blähungen, Medikamente gegen Ulcus pepticum	A02	14.1	16.3	8.3	10.2
Systemisch wirkende antibakteriellen Medikamenten	J01	13.0	12.5	9.9	7.8
Medikamente gegen Diabetes	A10	14.5	27.0	5.9	9.9
Betablocker	C07	7.7	9.2	7.8	9.8
Antithrombotische Mittel	B01	5.9	10.0	6.8	10.3
Lipidsenkende Mittel	C10	4.0	15.5	3.3	12.1
Calziumkanalblocker	C08	5.5	10.5	4.7	10.6
Antiepileptika	N03	2.0	3.5	8.4	7.9
Entzündungshemmende Mittel und Antirheumatika	M01	10.7	7.2	4.5	3.5
Systemisch wirkende Antihistaminika	R06	10.4	9.0	5.2	4.1
Hauptwirkstoffgruppe		50-64 ANNI			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Auf das Renin- Angiotensin-Aldosteron-System agierende Arzneistoffe	C09	149.0	162.5	163.2	233.5
Lipidsenkende Mittel	C10	34.2	66.1	38.5	80.6
Psychoanaleptika	N06	35.9	15.5	72.9	35.7
Antithrombotische Mittel	B01	34.3	59.4	34.2	69.5
Calziumkanalblocker	C08	38.6	41.1	38.2	60.1
Betablocker	C07	33.3	42.5	47.7	50.2
Medikamente gegen Diabetes	A10	79.7	92.1	27.7	51.5
Schilddrüsentherapie	H03	26.1	5.5	55.2	13.6
Geschlechtshormone und Modulatoren des Genitalsystems	G03	22.5	0.0	59.7	0.1
Antazida, Medikamente gegen Blähungen, Medikamente gegen Ulcus pepticum	A02	26.8	33.7	28.0	29.4
Antiasthmatica	R03	11.3	31.6	22.6	23.5
Entzündungshemmende Mittel und Antirheumatika	M01	32.2	26.1	21.1	12.9
Diuretika	C03	6.2	43.6	12.4	16.0
Hauptwirkstoffgruppe		65 JAHRE UND ÄLTER			
		PFPM		PSA	
		Frauen	Männer	Frauen	Männer
Auf das Renin- Angiotensin-Aldosteron-System agierende Arzneistoffe	C09	421.5	448.8	484.6	507.3
Antithrombotische Mittel	B01	156.5	251.6	219.7	279.7
Calziumkanalblocker	C08	164.8	126.3	172.8	181.3
Lipidsenkende Mittel	C10	123.0	188.7	133.5	198.2
Psychoanaleptika	N06	34.0	29.7	142.9	71.6
Betablocker	C07	175.4	193.0	112.5	108.3
Diuretika	C03	77.6	60.2	103.0	121.2
Medikamente gegen Diabetes	A10	223.3	182.7	88.8	117.6
Antazida, Medikamente gegen Blähungen, Medikamente gegen Ulcus pepticum	A02	76.5	82.9	95.3	93.3
Urologische Medikamente	G04	1.4	110.8	1.6	190.2
Antiasthmatica	R03	54.5	59.3	50.0	97.4
Kardiale Therapie	C01	36.3	90.8	60.5	65.8
Entzündungshemmende Mittel und Antirheumatika	M01	72.4	39.9	67.2	39.7

Quelle: Arzneimittelverrechnungsamt

AUS DEN DATEN HERVOGEHENDE INFORMATIONEN

Bei der PFPM- Bevölkerung werden mehr Medikamente im Kleinkindsalter und bei Frauen im gebärfähigen Alter verschrieben.

Im ersten Lebensjahr betrifft die größere Zahl an Verschreibungen vor allem Antiasthmatica und antibakterielle Medikamente.

Die antibakteriellen Medikamente werden bis zum 18. Lebensjahr in größerer Zahl als unter der PSA-Bevölkerung verschrieben.

Den jungen Frauen der PFPM-Bevölkerung werden in geringerem Maß Geschlechtshormone und in höherem Maß Antianämika verschrieben.

Bei der Erwachsenen PFPM-Bevölkerung besteht im Allgemeinen ein niedriger Zugriff zu Medikamente gegen Krankheiten des Kreislaufsystems und ein höherer Zugriff zu Medikamenten gegen Diabetes.

Über dem 50. Lebensjahr werden den PFPM-Frauen weniger Geschlechtshormone verschrieben.



11. TARIFWERT DER LEISTUNGEN UND GESUNDHEITSKOSTEN

Für jeden Ansässigen der Provinz Bozen wurde der Tarifwert der vom Landesgesundheitsdienst erbrachten Leistungen, unter Abzug des Ticketbetrages oder einer Kostenbeteiligung des Bürgers, berechnet.

Für die pharmazeutische Betreuung, die Verteilung von Heilbehelfen und die Pflegesicherung wurden die Nettobeträge, die zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes gehen, d.h. unter Abzug des eventuellen Ticketbetrages, berechnet.

Die Summe des Tarifwertes der Leistungen und der pharmazeutischen Ausgaben, der Ausgaben für Heilbehelfe und der bezahlten Pflegegelder wird, obwohl sie nach Art und Bedeutung unterschiedliche Elemente enthält, als Proxy Variable der für jeden einzelnen Bürger getragenen Kosten zur Verabreichung von Pflegedienstleistungen angenommen. Sie wird somit als gültige Vergleichsbasis für die Verteilung der verschiedenen Ausgaben betrachtet.

11.1. Gesamter Tarifwert und Kosten der Dienstleistungen

Der gesamte Tarifwert der erbrachten Dienstleistungen, der pharmazeutischen Ausgaben oder der Heilbehelfe und der Pflegegelder beträgt 2011 zirka 730 Millionen Euro. 42,9% des Betrages entsprechen den Krankenhausaufenthalten, 26,0% den Pflegegeldern. Pharmazeutische Ausgaben und fachärztliche Betreuung entsprechen sich mit einem Prozentanteil von 11,7%, während die Kostenanteile für postakuten Krankenhausaufenthalte und Heilbehelfe am niedrigsten sind (4,5% bzw. 3,2%).

Den PFPM-Ansässigen wurden Dienstleistungen für einen Gesamtwert von zirka 21 Millionen Euro verabreicht, das entspricht 2,9% des Gesamtbetrages (3,8% unter Ausschluss der Pflegegelder). Die Durchschnittsausgaben betragen 679 Euro je Ansässiger bei der PFPM-Bevölkerung und 1.506 Euro je Ansässiger bei der PSA-Bevölkerung (Tabelle 46).

Tabelle 46: Tarifwert der Leistungen nach Kategorie. Jahr 2011.

	PFPM		PSA	
	Durchschnitt	Insgesamt	Durchschnitt	Insgesamt
Leistungen für Krankenhausaufenthalten von Akutkranken	€ 404	€ 12.676.879	€ 639	€ 301.609.770
Leistungen für post-akute Krankenhausaufenthalte	€ 12	€ 380.958	€ 70	€ 32.877.609
Pharmazeutische Ausgaben	€ 85	€ 2.661.083	€ 176	€ 83.310.863
Fachärztliche Leistungen	€ 129	€ 4.060.935	€ 173	€ 81.447.129
Heilbehelfe	€ 16	€ 512.331	€ 48	€ 22.559.812
Pflegegelder	€ 33	€ 1.039.281	€ 401	€ 189.235.078
INSGESAMT	€ 679	€ 21.331.467	€ 1.506	€ 711.040.260

Bei der PFPM-Bevölkerung stellen die akuten Krankenhausaufenthalte zirka 60% der Gesamtkosten dar, während sie bei der PSA-Bevölkerung etwas mehr als 40% ausmachen. Bei der PSA-Bevölkerung ist der Anteil an Pflegegeldern höher. (Abbildung 53).

Auch anhand der standardisierten Werte bleibt der Unterschied zwischen den für die PFPM- und die PSA-Bevölkerung getragenen Kosten erheblich ($p < 0,0001$). Bei der PFPM-Bevölkerung bewirkt die größere Fruchtbarkeit deutlich höhere Kosten ($p < 0,01$) in der Altersgruppe

von 18 bis 34 Jahren. Der Lachseffekt scheint den Unterschied zwischen den Kosten für die ältere Bevölkerung zu bestimmen. Diese sind bei der PSA-Bevölkerung erheblich höher und zwar sowohl in der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren ($p < 0,01$) als auch in der Gruppe über 65 Jahren ($p < 0,0001$) (Abbildung 54).

Abbildung 53: Verteilung der Ausgaben nach Kategorie. Jahr 2011.

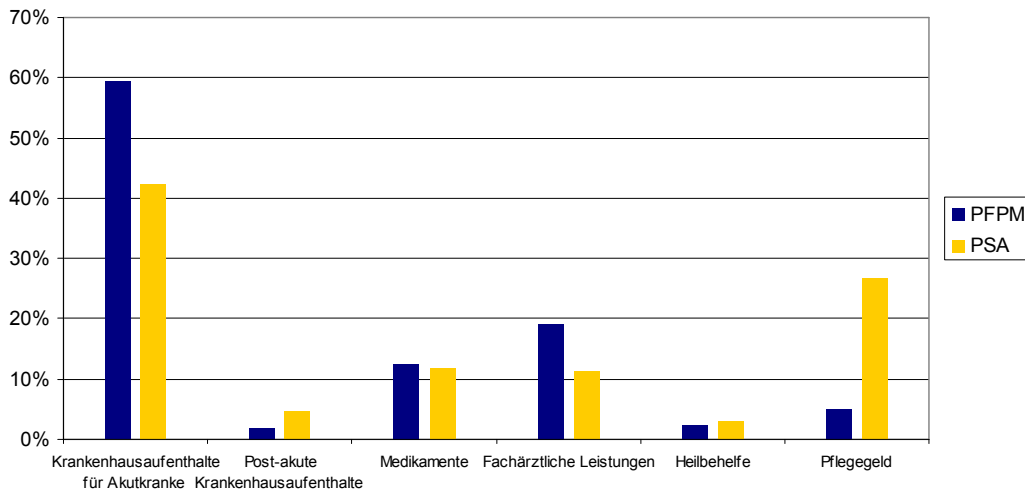
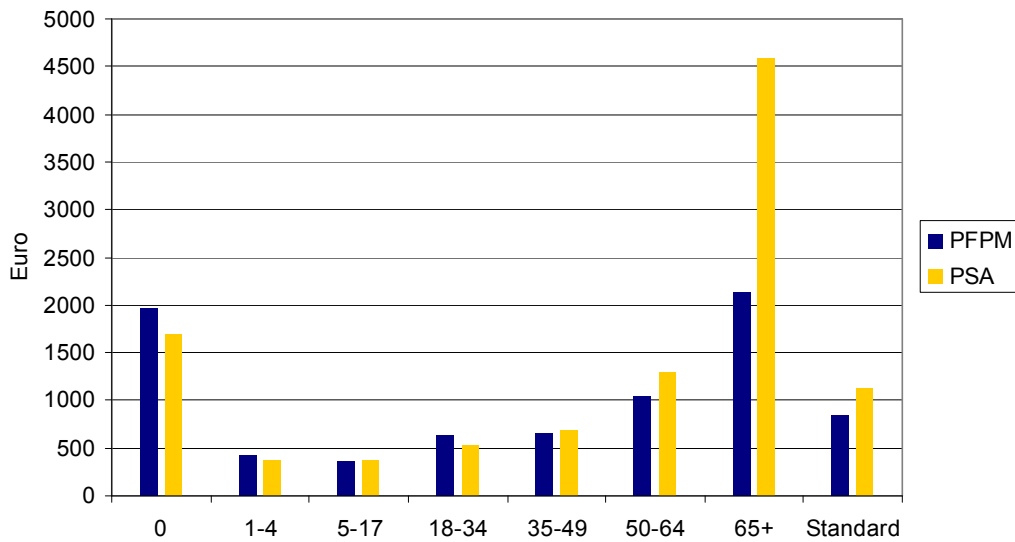


Abbildung 54: Verteilung der Ausgaben nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.



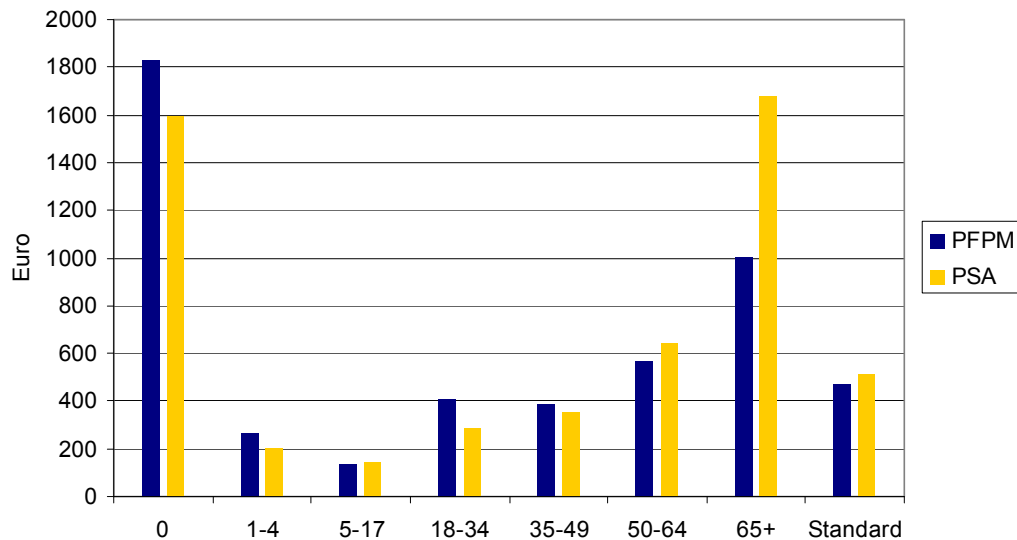
11.2. Tarifwerte der Krankenhausaufenthalte für Akutkranke

Der gesamte Tarifwert für die Krankenhausaufenthalte für Akutkranke beträgt zirka 315 Millionen Euro, 4,0% der Aufenthalte für PFPM-Ansässige. Die Durchschnittsausgaben betragen 630 Euro für die PSA-Bevölkerung und 404 Euro für die PFPM-Bevölkerung, der Unterschied ist bei Standardisierung der Werte beachtlich ($p < 0,01$). Die Ausgaben sind bei der PFPM-Bevölkerung deutlich höher in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren ($p < 0,0001$) während sie bei der



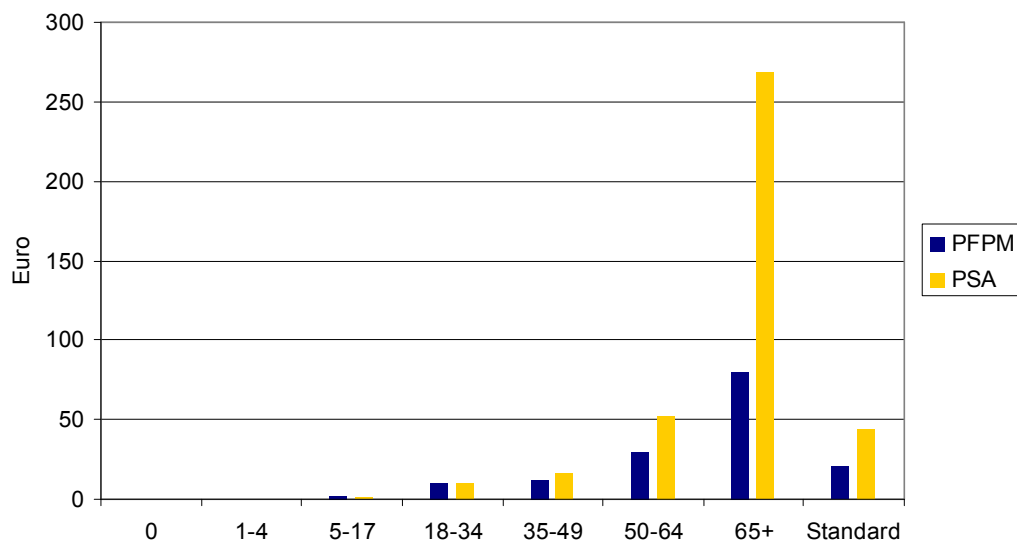
PSA-Bevölkerung in der Altersgruppe über 65 Jahren deutlich höher sind ($p < 0,0001$) (Abbildung 55).

Abbildung 55: Verteilung der Tarifwerte für Krankenhausaufenthalte von Akutkranken nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.



11.3. Tarifwerte der post-akuten Krankenhausaufenthalte

Abbildung 56: Verteilung der Tarifwerte für Krankenhausaufenthalte von Postakuten nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.



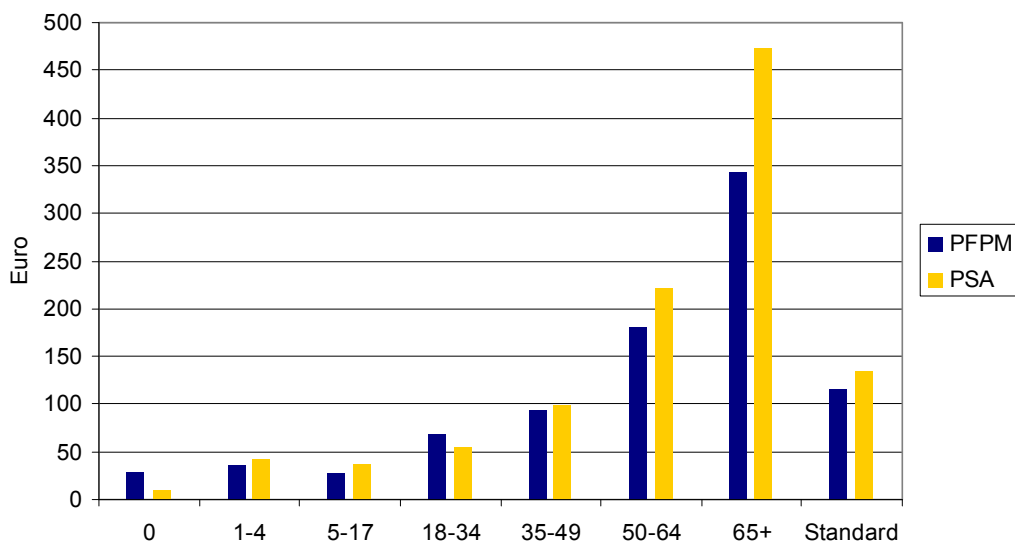
Der Gesamttarifwert für Krankenhausaufenthalte von Postakuten beträgt etwa 33 Millionen Euro, 1,1% für Aufenthalte von PFPM-Ansässigen. Die Durchschnittsausgaben betragen 70 Euro pro Ansässiger bei der PSA-Bevölkerung und 12 Euro bei der PFPM-Bevölkerung, der Unterschied

ist bei Standardisierung der Werte beachtlich ($p < 0,0001$). Die Ausgaben sind bei der PFPM-Bevölkerung erheblich niedriger und zwar sowohl in der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren ($p < 0,01$) als auch in der Altersgruppe über 65 Jahren ($p < 0,0001$) (Abbildung 56).

11.4. Pharmazeutische Ausgaben

Die gesamten pharmazeutischen Ausgaben betragen etwa 86 Millionen Euro, 3,1 % davon gehen an die PFPM-Bevölkerung. Die Durchschnittsausgaben je Ansässiger betragen 176 Euro bei der PSA-Bevölkerung und 85 Euro bei der PFPM-Bevölkerung, bei Standardisierung ist der Durchschnittsunterschied der Ausgaben bedeutend ($p < 0,01$). Die Ausgaben sind im ersten Lebensjahr bei der PFPM-Bevölkerung bedeutend höher ($p < 0,05$), während sie sowohl in der Altersgruppe zwischen 50 und 64 Jahren ($p < 0,0001$) als auch über 65 Jahren ($p < 0,0001$) deutlich niedriger sind (Abbildung 57).

Abbildung 57: Verteilung der pharmazeutischen Ausgaben nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.

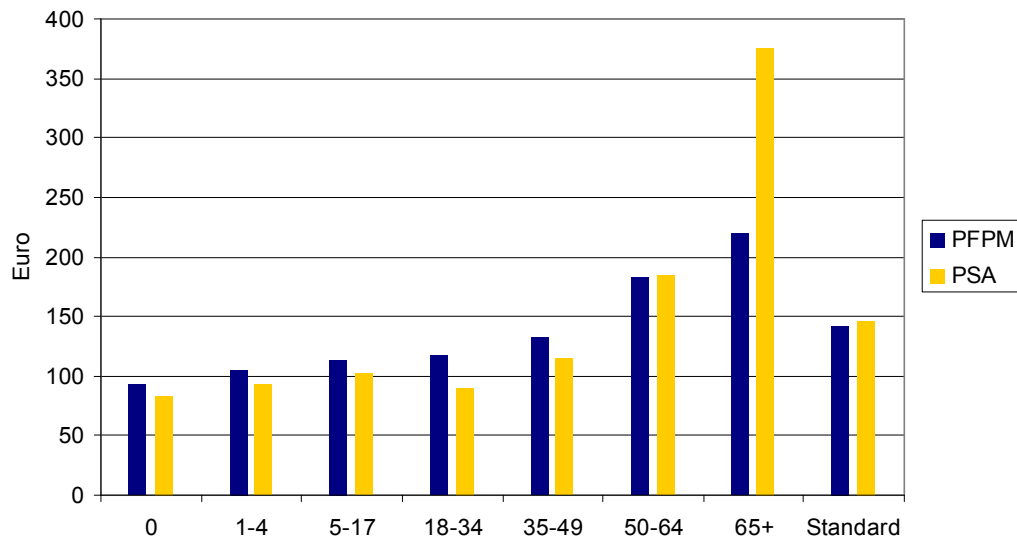


11.5. Tarifwerte der fachärztlichen Leistungen

Der Tarifwert der fachärztlichen Leistungen beträgt etwa 8,5 Millionen Euro, 4,7 % davon gehen an die PFPM-Bevölkerung. Die Durchschnittsausgaben je Ansässiger betragen 173 Euro bei der PSA-Bevölkerung und 129 Euro bei der PFPM-Bevölkerung, bei Standardisierung ist der Durchschnittsunterschied der Ausgaben nicht bedeutend. Die Ausgaben sind bei der PFPM-Bevölkerung in der Altersgruppe von 5 bis 17 ($p < 0,01$), von 18 bis 34 ($p < 0,0001$) und von 35 bis 49 ($p < 0,05$) bedeutend höher, während sie in nach dem 65. Lebensjahr deutlich niedriger sind ($p < 0,01$) (Abbildung 58).



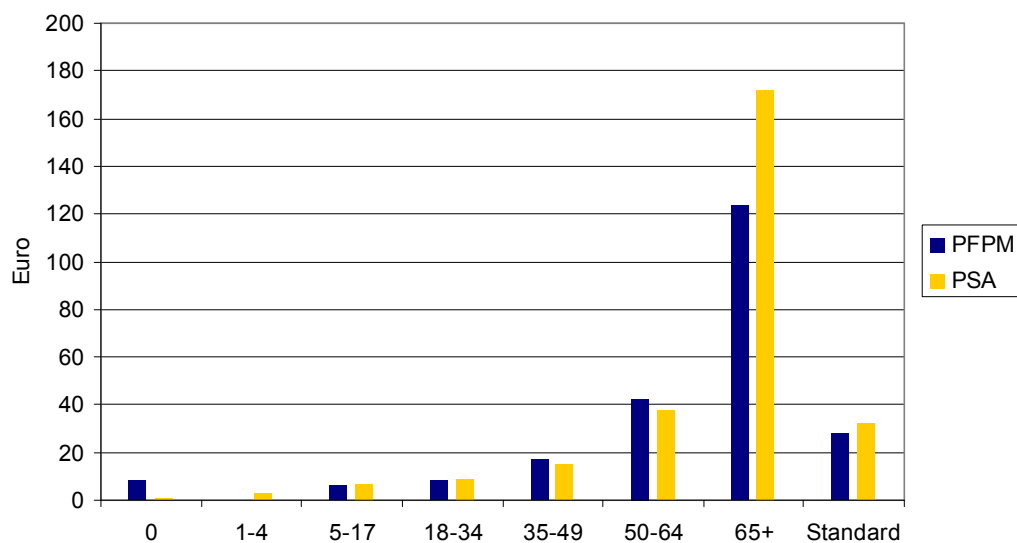
Abbildung 58: Verteilung des Tarifwertes der fachärztlichen Leistungen nach Altersklasse und standardisierter Wert. Jahr 2011.



11.6. Kosten der Heilbehelfe

Die geschätzten Kosten der von den Bürgern verbrauchten Heilbehelfe beträgt zirka 23 Millionen Euro, 0,5% betreffen die PFPM-Bürger. Die Durchschnittsausgaben je Ansässiger betragen 48 Euro bei der PSA-Bevölkerung und 16 Euro bei der PFPM-Bevölkerung, der Unterschied der standardisierten Durchschnittsausgaben ist statisch bedeutungsvoll ($p < 0,0001$). Die Ausgaben sind bei der PFPM-Bevölkerung in der Altersgruppe zwischen 1 und 4 Jahren ($p < 0,01$) und über 65 Jahre ($p < 0,001$) deutlich niedriger (Abbildung 59).

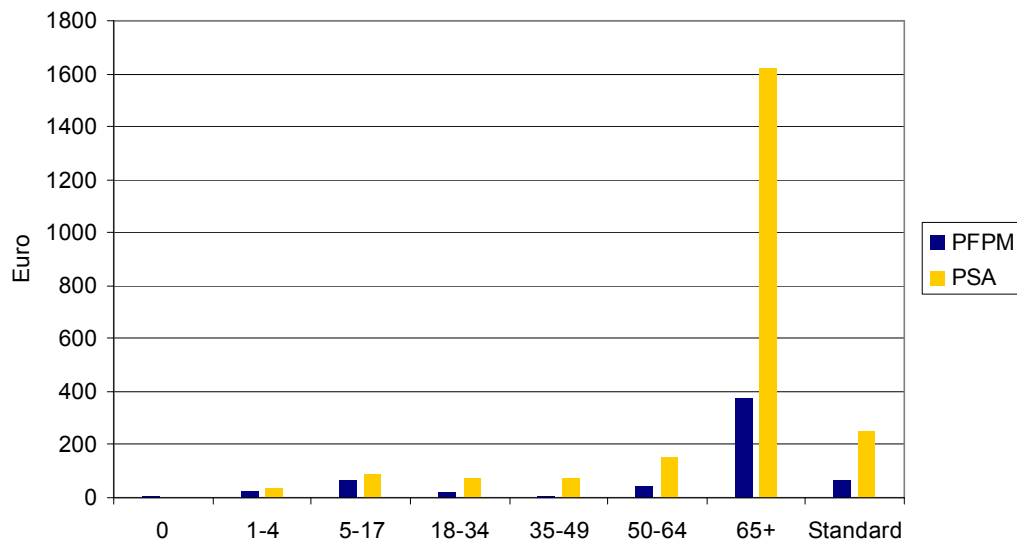
Abbildung 59: Verteilung der Ausgaben für Heilbehelfe nach Altersgruppe und standardisierter Wert Jahr 2011.



11.7. Pflegegeld

Die Ansässigen, denen mindestens eine Krankheit oder Behinderung diagnostiziert wurde und die ein bedeutendes und permanentes funktionales Defizit aufweisen, können Pflegegeld erhalten. Die Relevanz des Pflegebedürfnisses wird anhand der durchschnittlich notwendigen Pflegezeit von mindestens 2 Stunden pro Tag – Arbeiten im Haushalt ausgenommen - berechnet. Die Ausgaben für Pflegegelder betragen 190 Millionen Euro, davon gehen 0,5% an PFPM-Bürger. Die durchschnittlichen Ausgaben je Ansässiger betragen 401 Euro für die PSA-Bevölkerung und 33 Euro für die PFPM-Bevölkerung, der Unterschied der standardisierten Durchschnittsausgaben ist statistisch bedeutungsvoll ($p < 0,0001$). Ab dem 18. Lebensjahr sind die Ausgaben für die PFPM-Bevölkerung deutlich niedriger ($p < 0,0001$) (Abbildung 60).

Abbildung 60: Verteilung der Ausgaben für Pflegegelder nach Altersgruppe und standardisierte Werte. Jahr 2011.





AUS DEN DATEN HERVORGEHENDE INFORMATIONEN

Die Ausgaben für die Gesundheitskosten der Ansässigen sind durch die unterschiedliche Altersgruppenzusammensetzung der PFPM- und der PSA-Bevölkerung gekennzeichnet, sowie von dem reproduktiven Verhalten und dem Migrationsverhalten.

Die Gesamtausgaben für die Betreuung sind bei der PSA-Bevölkerung signifikant höher.

Unter der älteren Bevölkerung überwiegt der PSA-Bevölkerungsanteil. Die Senioren der PFPM-Bevölkerung scheinen einen besseren Gesundheitszustand zu genießen und verbrauchen weniger Ressourcen. Es kann angenommen werden, dass sie bei einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes in das Herkunftsland zurückkehren.

Das zweite Element, das die Pflegekosten charakterisiert, hängt mit der Reproduktionsrate zusammen, die unter der PFPM-Bevölkerung sehr hoch ist. In der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren zeigt sich nämlich eine höhere Inanspruchnahme von Krankenhausaufenthalten und fachärztlichen Leistungen von Seiten der PFPM-Bevölkerung.

Auch das dritte Element hängt mit der Fruchtbarkeit zusammen: fast ein Viertel der Ansässigen zwischen 0 und 14 Jahren gehört zur PFPM-Bevölkerung. In dieser Altersgruppe scheint der Gesundheitszustand der PFPM-Bevölkerung schlechter und ist durch höhere Ausgaben für Medikamente gekennzeichnet.

Betrachtet man ausschließlich die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte beträgt der Anteil zu Lasten der PFPM-Bevölkerung 4,0%. Dieser Anteil geht auf 3,8% zurück, wenn man die anderen Ausgaben (außer dem Pflegegeld) hinzufügt. Die Krankenhausbetreuung und der Zugriff auf fachärztliche Leistungen stellen den Hauptanteil der Ausgaben bei der PFPM-Bevölkerung dar.

SCHLUSSWORT

Die PFPM-Bevölkerung steigt konstant und ist jünger als die PSA-Bevölkerung. Jeder zehnte PFPM-Ansässige hat keinen Arzt für Allgemeinmedizin gewählt.

Das Risiko sich dem Screening-Programm des Gebärmutterhalses und des Mammographie-Screenings nicht zu unterziehen ist bei der PFPM-Bevölkerung höher als bei der PSA-Bevölkerung.

Die Infektionskrankheiten, die unter der PFPM-Bevölkerung häufigsten auftreten, sind die sexuell übertragenen Krankheiten und TBC. Im Gegenzug scheinen die Kinder vor den typischen Infektionskrankheiten des Kindesalters geschützt zu sein.

Die eingewanderte Bevölkerung scheint weniger an chronischen Pathologien zu leiden und zeigt im Allgemeinen niedrige Sterblichkeitsraten. Dieser Effekt scheint sich im Verhältnis zur Dauer des Aufenthaltes unter der Bevölkerung des Ziellandes abzuschwächen.

Die Geburtenrate ist bei der PFPM-Bevölkerung drei Mal höher als bei der PSA-Bevölkerung. Die Gebärenden der PFPM-Bevölkerung halten sich weniger an die Angaben für eine korrekte Schwangerschaftsbetreuung.

Die Frauen der PFPM-Bevölkerung führen verhältnismäßig öfter einen freiwilligen Schwangerschaftsabbruch durch.

Die PFPM-Bevölkerung nimmt im Allgemeinen weniger fachärztliche Leistungen in Anspruch als die PSA-Bevölkerung, mit Ausnahme der Kinder im ersten Lebensjahr und dem weiblichen Bevölkerungsanteil, im gebärfähigen Alter.

Bei der Betreuung in der Ersten Hilfe zeigt sich ein relativ höherer Zugriff von Seiten der PFPM-Bevölkerung.

Die weibliche PFPM-Bevölkerung nimmt die Hospitalisierung besonders aus Gründen in Anspruch, die mit der besonders hohen Fruchtbarkeit zusammen hängen.

Die Krankenhausaufenthalte sind gemäß dem DRG-Gewichtssystem weniger komplex und betragen geringere Tarife im Vergleich zur PSA-Bevölkerung.

Die Langzeitpflege- und Rehabilitationsaufenthalte betreffen in höherem Ausmaß die PSA-Bevölkerung als die PFPM-Bevölkerung.

Bei der PFPM-Bevölkerung werden mehr Medikamente im Kleinkindsalter und bei Frauen im gebärfähigen Alter verschrieben (Antiasthmatica und antibakterielle Medikamente).

Die Gesamtausgaben für die Betreuung sind bei der PSA-Bevölkerung signifikant höher.

Die Ausgaben für die Gesundheitskosten der Ansässigen sind durch die unterschiedliche Altersgruppenzusammensetzung der PFPM- und der PSA-Bevölkerung gekennzeichnet, sowie von dem reproduktiven Verhalten und dem Migrationsverhalten.



BIBLIOGRAPHIE

Abraido-Lanza, A., Dohrenwend, B. P., & Ng-Mak, D. (1999). The latino mortality paradox: A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *American Journal of Public Health*, 89(10), 1543-1543-8

Ahmad OB, Boschi-Pinto C, Lopez AD, Murray CJL, Lozano R, Inoue M. Age standardization of rates: a new WHO standard. GPE Discussion Paper Series: No.31. WHO 2001.
<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

Ferrero V, Pellegrino S, Piazza S, Piperno S, Turati G. Il modello IRES nell'ambito dei modelli di previsione della spesa sanitaria. Torino, IRES 2007, "Contributo di ricerca" n. 215.
<http://www.digibess.it/fedora/repository/openbess:TO082-01699>

Giannoni M. Criteri di riparto delle risorse del servizio sanitario regionale in un contesto di federalismo: proposta di un modello per la regione Umbria. Convegno Nazionale AIES. Genova 2005
<http://www.who.int/healthinfo/paper31.pdf>

La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche.

Moranti I, Pugliese A. Proposta per la valutazione economica dell'assistenza sanitaria erogata agli immigrati. AGENAS 2013

Nuti S, Ma ciocco G, Bersanti S, a cura di. Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione sociale. Il Mulino. Bologna 2012

Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen. Mapping der chronischen Krankheiten
<http://www.provinz.bz.it/eb/pathologieregister/mapping-chronische-krankheiten.asp>

Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen. Informationssystem im Gesundheitswesen
<http://www.provinz.bz.it/eb/informationssystem-gesundheitswesen/informationssystem-gesundheitswesen.asp>

Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen. Krankenhausversorgung von Akutkranken.
<http://www.provinz.bz.it/eb/gesundheitsbericht/krankenhausversorgung-akutkranken.asp>

Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen. Post-akute Krankenhausversorgung.
<http://www.provinz.bz.it/eb/gesundheitsbericht/post-akute-krankenversorgung.asp>

Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen. Pharmazeutische Versorgung.
<http://www.provinz.bz.it/eb/gesundheitsbericht/pharmazeutische-versorgung.asp>

Epidemiologische Beobachtungsstelle der Autonomen Provinz Bozen. Ambulante fachärztliche Versorgung.
<http://www.provinz.bz.it/eb/gesundheitsbericht/ambulante-fachaerztliche-versorgung.asp>

Rapporto sullo sviluppo umano. Indicatori di sviluppo umano.
http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_IT_Indictables.pdf

Abteilung Familie und Sozialwesen der Autonomen Provinz Bozen. Pflegesicherung
<http://www.provinz.bz.it/sozialwesen/themen/pflegesicherung.asp>

Tarife für ambulatorische Leistungen.
<http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/gesundheitspersonal/tarife-ambulatorische-leistungen.asp>

Zappa M, a cura di. Osservatorio Nazionale Screening. Decimo Rapporto. *Epidemiol Prev* 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96