



LANDES- GESUNDHEITS- BERICHT

Autonome Provinz Bozen - Südtirol

LANDESGESUNDHEITSBERICHT 2004

MIT DER UNTERSTÜTZUNG DES ZENTRUMS EXPLORA - PADUA

August 2005

Verfügbare Kopien:

Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes – Abteilung Gesundheitswesen

Freiheitsstraße 23 - 39100 BOZEN

Tel. 0471 411561 - 0471 411567

Fax 0471 411579

Abrufbar auf der Internetseite www.provincia.bz.it/sanita

Kontakt: carla.melani@provincia.bz.it

© Autonome Provinz Bozen 2005

Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet

Druck: Fotolito Varesco

Vorwort

Mit großer Begeisterung und auch etwas Stolz darf ich die sechzehnte Ausgabe des Landesgesundheitsberichts in ihrem völlig neu gestalteten Inhalt und Layout vorstellen.

Die neue Version des Landesgesundheitsberichts wurde mit dem Ziel erarbeitet, ein Instrument der Kommunikation zwischen Experten, Entscheidungsträgern und Bürgern zu schaffen, um die Mitbeteiligung an den Entscheidungen sowie die Bewertung von Maßnahmen für die Gesundheit zu unterstützen.

Auf der Grundlage der in über 15 Jahren Erfahrung erlangten Kenntnisse, der in anderen Regionen veröffentlichten Unterlagen sowie der Ergebnisse des Wettbewerbes A. Martignani zur Bewertung des besten, auf nationaler Ebene im Dreijahreszeitraum 2001-2003 veröffentlichten Landesgesundheitsberichtes, wurde die vorliegende Ausgabe im Vergleich zu den vorhergehenden kompakter verfasst; damit wird der Bericht als Nachlagewerk vereinfacht und es wird auch weiterhin der Rolle des Berichts als Mittel zur Überwachung der Ziele des Landesgesundheitsplans Rechnung getragen.

Dieser neu gestaltete Gesundheitsbericht ist in 3 Teile gegliedert: Bevölkerung und Gesundheit, Gesundheitsdienste und Ressourcen.

Um auch den Ansprüchen jener nachzukommen, die detaillierterer Informationen bedürfen, wird eine CD beigelegt, die sowohl den Text des Berichts als auch zusätzliche Tabellen enthält, die in der gedruckten Version nicht enthalten sind.

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

In einem insgesamt zufriedenstellenden Kontext sind jedoch auch in einigen Bereichen Verbesserungen und Optimierungen notwendig. Der Gesundheitsbericht hilft uns diese Bereiche ausfindig zu machen. Die Verbreitung der im Bericht enthaltenen Daten und Ergebnisse zielt darauf ab, der Südtiroler Bevölkerung einen noch bewussteren und verantwortungsvolleren Umgang mit ihrer Gesundheit zu vermitteln.

In Übereinstimmung mit den Richtlinien der Europäischen Union und den Empfeh-

lungen der Weltgesundheitsorganisation WHO stellt der Bericht den Entscheidungsträgern der Gesundheitspolitik sehr nützliche Instrumente zur Verfügung. Die Analyse aller Gesundheitsbereiche ist Grundlage für weitere gesundheitliche Maßnahmen, zum Beispiel die Einführung von zusätzlichen und speziellen Vorbeugungsmaßnahmen oder Initiativen zur Gesundheitsförderung.

Unsere Aufgabe ist es auch weiterhin, die richtigen Voraussetzungen zu schaffen, um den neuen Herausforderungen der bevorstehenden Öffnung und Liberalisierung des Gesundheitswesens auf europäischer Ebene und der sich ändernden Bevölkerungsstruktur (Alterung der Bevölkerung und Änderung der Familienstruktur) entgegenzutreten. In Südtirol als Grenzgebiet besteht die Gefahr, dass sich Patienten an Einrichtungen außerhalb des Landes wenden. Das Ziel besteht also in der Gewährleistung der medizinischen Versorgung zu tragbaren Kosten auch für unsere zukünftigen Generationen.

Weitere strukturelle Änderungen werden erforderlich sein, um die aktuelle medizinische Grundversorgung der Bevölkerung mit den besten und angemessensten Leistungen auch weiterhin zu garantieren und die Wartelisten so weit wie möglich zu reduzieren.

Auch der sozio-ökonomische Aspekt ist von großer Bedeutung, vor allem in Bezug auf die Wahrung wichtiger Arbeitsplätze außerhalb der Stadtzentren.

Zur Erreichung dieser Ziele müssen unsere Sanitätsbetriebe in Zukunft auf allen Ebenen zusammenarbeiten, Synergien schaffen und im Verwaltungs- und klinischen Bereich gemeinsam planen und handeln.

Wir möchten vor allem:

- 1) ein effizientes und engmaschiges öffentliches Landesgesundheitssystem beibehalten;
- 2) ein zweigleisiges Gesundheitssystem vermeiden;
- 3) jedem Bürger einen schnellen und vereinfachten Zugang zu den Diensten ermöglichen;
- 4) die Finanzierbarkeit des Systems garantieren;
- 5) der Südtiroler Bevölkerung bei komplexen Krankheiten die Versorgung in Universitätseinrichtungen in Italien und im Ausland anbieten.

Auch im Krankenhausbereich wollen wir die Abteilungen und Dienste übergeordneten Departements zuweisen. Von diesen Erneuerungen erwarten wir uns Synergien zwischen den Abteilungen und Diensten, eine bessere Nutzung der Ressourcen und wirtschaftliche Vorteile.

Auf Verwaltungsebene müssen die vier Sanitätsbetriebe gewisse strategische Bereiche wie Personal, Einkauf, Technik und Leistungen gemeinsam leiten.

Für alle medizinischen Leistungen der verschiedenen Versorgungsstandards der einzelnen Krankenhäuser wollen wir zur Gewährleistung der Qualität und Zusam-

menarbeit zwischen den einzelnen Krankenhäusern und territorialen Diensten Qualitätsstandards definieren.

Wir fördern außerdem die Schaffung von hochspezialisierten Zentren für die komplexe medizinische Versorgung.

Für eine effizientere Kommunikation im Gesundheitssystem und eine detaillierte Dokumentation wollen wir ein einheitliches Informationssystem schaffen, das den Austausch und Vergleich der Daten durch vereinheitlichte Erhebungsverfahren und Informationsflüsse ermöglicht.

Wir begegnen dieser Herausforderung mit Zuversicht und setzen dabei auf die Fähigkeiten, Kreativität und Verantwortlichkeit des Gesundheitspersonals aller Ebenen, Dienste und Institutionen.

Ich danke den Führungskräften und Generaldirektoren der Sanitätsbetriebe, der Ärztekammer und allen Mitarbeitern, die zur Erarbeitung dieses Landesgesundheitsberichts beigetragen haben.

DER LANDESRAT FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALPOLITIK

- Dr. Richard Theiner -

Danksagung

Ein besonderer Dank für die Erarbeitung des Landesgesundheitsberichts 2004 gilt dem Arbeitsteam der Epidemiologischen Beobachtungsstelle und des Instituts für Forschung und statistische Analysen Explora von Padua, und insbesondere:

- Carla Melani, Koordinatorin der Epidemiologischen Beobachtungsstelle für die Koordinierung der gesamten Arbeit sowie die Überwachung und Kontrolle einiger Teile des Berichts;
- Antonio Fanolla für den Teil „Bevölkerung und Gesundheit“;
- Valeria Rossi für die Teile „Krankenhausinterne fachärztliche Versorgung“ und „Post-akute Rehabilitation“;
- Roberto Picus für den Teil „Das Personal der Sanitätsbetriebe“ (in Zusammenarbeit mit Frau Claudia Paulato des Amtes für Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals);
- Giulia Morosetti, Leiterin des Amtes für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und Antje Trenkwalder, Mitarbeiterin desselben Amtes für den Teil „Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung“;
- Silvia Capodaglio, Ilaria Vecchierelli, Daniela Quattieri und Karin Bianchini des Amtes für Gesundheitsökonomie für den Teil „Ausgaben für das Gesundheitswesen“;
- Paolo Vian für den Teil „Kollektive Gesundheitsversorgung“;
- Maria Grazia Franco für die Teile „Sprengelversorgung“ und „Krankenhausversorgung“;
- Bruno Genetti für die Teile "Das Personal der Sanitätsbetriebe", "Territorialer Rettungsdienst" und „Pharmazeutische Versorgung“;
- all jenen, welche die im vorliegenden Bericht enthaltenen Daten geliefert und zur Kontrolle und Revision der eigenen Texte beigetragen haben, und insbesondere:
 - den Mitarbeitern der Ämter der Abteilungen Gesundheitswesen, Sozialwesen, Statistik (ASTAT) und Informatik der Autonomen Provinz Bozen;
 - den Mitarbeitern der Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz und des Landesveterinärdienstes;
 - den Mitarbeitern und Leitern der Sanitätsbetriebe Bozen, Meran, Brixen und Bruneck.

Inhaltsverzeichnis

ERSTER TEIL: BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1. BEVÖLKERUNG	17
1.1 Wohnbevölkerung	17
1.1.1 Die territoriale Verteilung	17
1.1.2 Die Bevölkerungsstruktur	18
1.1.3 Die Bevölkerungsentwicklung	20
1.2 Arbeit, Wirtschaft und Ausgaben der privaten Haushalte	21
1.2.1 Die Beschäftigung	21
1.2.2 Das Bruttoinlandsprodukt	22
1.2.3 Der Verbrauch der privaten Haushalte	23
1.3. Bildung	24
2. GESUNDHEITSAKTOREN	27
2.1 Lebensstile: Rauchen, Ernährung, körperliche Bewegung	28
2.1.1 Rauchen	28
2.1.2 Die Ernährung	34
2.1.3 Die körperliche Bewegung	39
2.2 Drogen- und Alkoholmissbrauch	41
2.2.1 Die Drogenabhängigkeit	42
2.2.2 Die Alkoholabhängigkeit	50
2.3 Umwelt: Luft, physikalische Einwirkungen, Wasser	55
2.3.1 Luft	56
2.3.2 Elektromagnetische Strahlen	58
2.3.3 Radioaktivität	60
2.3.4 Radongas	61
2.3.5 Qualität der Gewässer	63
2.4 Soziale Ungleichheiten	65
2.4.1 Armut	66
2.4.2 Einkommenskonzentration	67
3. GESUNDHEITZUSTAND	71
3.1. Wahrgenommene und gemessene Gesundheit	72
3.2. Sterblichkeit	77
3.3. Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems	83
3.4. Inzidenz und Sterblichkeit der bösartigen Tumoren	86
3.5. Atemwegerkkrankungen	102
3.6. Infektionskrankheiten	105

3.7. Geistige und psychologische Gesundheit	109
3.8. Verkehrsunfälle	113
3.9. Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	115
4. RISIKOGRUPPEN	117
4.1. Gesundheit von Mutter und Kind	118
4.1.1 Schutz der Mutter	119
4.1.2 Gesundheit des Kindes	122
4.2. Ältere Menschen	126
4.3. Ausländische Wohnbevölkerung	131
ZWEITER TEIL: DIE GEWÄHRLEISTETEN VERSORGUNGSSTANDARDS	
1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG	137
1.1. Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung	137
1.2. Organisierte Programme zur Frühdiagnose und Prävention in der Bevölkerung	142
1.2.1. Programm zur Frühdiagnose des Zervixkarzinoms	142
1.2.2. Programm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms	146
1.3. Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten	150
1.3.1. Prophylaxe und Aufklärung zur Prävention der Verbreitung von Infektionskrankheiten und Beseitigung von epidemischen Herden	150
1.3.2. Reisemedizin	153
1.3.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen	154
1.4. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebens- und Arbeitsumfeld	154
1.4.1. Schutz der hygienisch-sanitären Bedingungen und Sicherheit der Gebäude vor allem in Bezug auf öffentliche Gebäude	155
1.4.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder	157
1.4.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika	157
1.4.4. Kontrolle und Überwachung seitens der Leichenpolizei und der Leichenbeschauer	158
1.4.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung	158
1.4.6. Schutz der Bevölkerung und Einzelpersonen vor Risiken im Arbeitsumfeld	161
1.5. Öffentliches Veterinärwesen	163
1.6. Sicherheit von Lebensmitteln, Überwachung und Prävention in der Ernährung	167

1.6.1. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken	168
1.6.2. Prävention der quantitativen und qualitativen Ernährungsstörungen in der Bevölkerung	178
1.7. Rechtsmedizinische und sportmedizinische Tätigkeiten	179
1.7.1. Tätigkeiten des Dienstes für Rechtsmedizin	180
1.7.2. Tätigkeiten des Dienstes für Sportmedizin	183
1.8. Tätigkeiten des Dienstes für Pneumologie	186
 2. SPRENGELVERSORGUNG	 189
2.1. Medizinische Grundversorgung	196
2.1.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl	196
2.1.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität	202
2.1.3. Der touristische Bereitschaftsdienst	203
2.2. Ambulatorische territoriale Versorgung und Hauskrankenpflege	205
2.2.1. Die Programmierte Hauspflege (PHP)	206
2.2.2. Die Integrierte Hauspflege (IHP)	208
2.2.3. Der Krankenpflegedienst	210
2.2.4. Die Versorgung von Mutter und Kind	212
2.2.4.1. Die Kinderärztlichen Beratungsstellen	212
2.2.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie	215
2.3. Territorialer Rettungsdienst	217
2.3.1. Medizinisches Notrufsystem	218
2.3.2. Territorialer Notarztdienst	219
2.3.3. Krankentransport	219
2.3.4. Noteinsätze	221
2.3.5. Nicht dringende Krankentransporte	222
2.4. Pharmazeutische Versorgung	223
2.4.1. Die Apotheken	224
2.4.2. Der Medikamentenverbrauch	228
2.4.3. Die Ausgaben für Medikamente	237
2.4.4. Die Verschreibung der Medikamente	244
 3. KRANKENHAUSVERSORGUNG	 247
3.1. Erste Hilfe	247
3.2. Krankenversorgung von Akutkranken in Form von Aufhalten	252
3.2.1. Betten für Akutkranke	255
3.2.2. Aufenthalte von gesunden Neugeborenen	260

3.2.3. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken	260
3.2.4. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken	275
3.2.5. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit	279
3.2.5.1. Mehrfachaufenthalte	279
3.2.5.1.1. Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG	280
3.2.5.2. Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen	282
3.2.5.3. Indikatoren der Angemessenheit	284
3.2.6. Krankenhausmobilität	301
3.2.6.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen	301
3.2.6.2. Aufenthalte von Akutkranken in Österreich	308
3.2.6.3. Krankenhausmobilität insgesamt	313
3.2.7. Hospitalisierung der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen	320
3.2.8. Bewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken	324
3.2.8.1. Begründungen und Bewertungskriterien	324
3.2.8.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte	324
3.3. Post-Akute Krankenhausversorgung	330
3.3.1. Betten für die post-akute Versorgung	330
3.3.2. Post-akute Rehabilitation	331
3.3.2.1. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet	333
3.3.2.2. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich	338
3.3.3. Post-akute Langzeitpflege	340
3.4. Krankenhausinterne fachärztliche Versorgung	342
3.4.1. Inanspruchnahme der öffentlichen Landeseinrichtungen	343
3.4.2. Inanspruchnahme der privaten Einrichtungen und konventionierten Freiberufler	347
3.4.3. Fachärztliche Mobilität	350
3.4.3.1. Überregionale fachärztliche Mobilität	350
3.4.3.2. In Österreich erbrachte Leistungen	352
3.4.3.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt	354

DRITTER TEIL: RESSOURCEN

1. DAS PERSONAL DER SANITÄTSBETRIEBE	361
1.1. Dienstleistendes Gesundheitspersonal	361
1.1.1. Allgemeine Analyse	363
1.1.1.1. Personal nach Beschäftigungsbereich	363

1.1.1.2. Personal nach Berufsbild	365
1.1.2. Personal des strategischen Bereichs	369
1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereichs	374
1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs	377
1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst	377
1.1.4.1.1. Personal der Krankenhausabteilungen	379
1.1.4.1.2. Personal der Krankenhausedienste	383
1.1.5. Personal des territorialen Bereichs	388
1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich	388
1.1.5.1.1. Sprengelversorgung	392
1.1.5.1.2. Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	393
1.1.5.1.3. Bereich Prävention	396
1.2. Ausbildung des Gesundheitspersonals	399
1.2.1. Grundausbildung	399
1.2.2. Fachausbildung	401
1.2.3. Praktika	403
1.2.4. Allgemeinmedizin	403
1.2.5. Ständige Weiterbildung	404
1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse der Provinz	404
1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse der Sanitätsbetriebe	407
1.2.5.3. Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren	408
1.2.5.4. Stipendien für die Ausbildung und Fachausbildung der sanitären, technischen und Hilfsfachkräfte	409
1.2.6. Gleichwertigkeit der im deutschsprachigen Raum erlangten Studientitel	409
2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN	411
2.1. Die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen	413
2.2. Laufende Gesundheitsausgaben	417
2.3. Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen	422
2.4. Mobilitätssalden für Krankenhausaufenthalte und die ambulatorische fachärztliche Versorgung	426
2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden	426
2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden	433



Erster Teil

Bevölkerung und Gesundheit

Bevölkerung und Gesundheit

1. BEVÖLKERUNG

Die Bevölkerung ist auf 20 Gesundheitssprengel und 4 Sanitätsbetriebe aufgeteilt.

Die Einwohnerzahl beläuft sich zum 31.12.2004 auf 476.281, mit einem Anstieg von 9,6‰ im Vergleich zum Jahr 2003.

Das Durchschnittsalter der Wohnbevölkerung liegt bei 40 Jahren; der Altersindex entspricht 95,9%.

Die Beschäftigungsrate der Bevölkerung beträgt 81,1% und verzeichnet somit in den letzten zehn Jahren keine Veränderungen.

Die Arbeitslosenrate (2,7%) liegt unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (8,0%).

Das BIP pro Kopf (21.500 Euro) ergibt einen höheren erwirtschafteten Reichtum im Vergleich zur gesamtstaatlichen volkswirtschaftlichen Leistung (18.000 Euro).

Die Ausgaben der Südtiroler Familien beliefen sich im Jahr 2002 auf monatlich rund 2.467 Euro, 7,9% über dem italienischen Durchschnitt.

2002 betrugen die monatlichen Ausgaben der Südtiroler Familien für die Gesundheit 113 Euro gegenüber 71 Euro auf gesamtstaatlicher Ebene.

Der Analphabetismus erreicht in Südtirol minimale Werte (1,7%), auch die Personen mit Universitätsabschluss machen jedoch nur einen geringen Anteil aus (5%).

1.1. WOHNBEVÖLKERUNG

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

1.1.1. Die territoriale Verteilung

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

Zum 31.12.2004 lebten in Südtirol 476.281 Einwohner, was einer Bevölkerungsdichte von 64,4 Einwohnern pro 1 km² entspricht (gesamtstaatliche Bevölkerungsdichte: 189,8 Einwohner). Die durchschnittliche Höhe der Gemeinden beträgt 850 m über dem Meeresspiegel.

20,5% der Landesbevölkerung leben in Gemeinden mit einer Einwohnerzahl ab

50.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 34,4%), 20,2% in Gemeinden mit einer Einwohnerzahl zwischen 10.000 und 30.000 (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 32,9%) und die restlichen 59,3% in Gemeinden mit weniger als 10.000 Einwohnern (gesamtstaatlicher Durchschnitt: 32,7%).

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

Die Gesundheitssprengel mit der höchsten Einwohnerzahl sind jene der vier wichtigsten Landesstädte, Sitze der Sanitätsbetriebe; Bruneck und Brixen haben ein Einzugsgebiet von rund 34.000 Einwohnern, Bozen von ca. 98.000 Einwohnern. Die anderen Gesundheitssprengel versorgen zwischen 8.500 (Passeiertal) und 26.500 Einwohner (Überetsch).

Tabelle 1: Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel zum 31.12. Jahre 2002-2004

Gesundheitssprengel	2002	2003	2004
Grödental	8.815	8.903	8.947
Eggental-Schlern	18.503	18.701	18.915
Salten-Sarnatal-Ritten	17.793	17.993	18.077
Überetsch	25.772	26.269	26.557
Leifers-Branzoll-Pfatten	18.349	18.685	18.762
Unterland	21.955	22.477	22.739
Bozen	96.912	96.097	97.895
Sanitätsbetrieb Bozen	208.099	209.125	211.892
Oberer Vinschgau	15.355	15.538	15.560
Mittlerer Vinschgau	17.588	17.692	17.798
Naturns	10.286	10.389	10.426
Lana	21.790	22.238	22.393
Meran	48.362	49.342	49.616
Passeiertal	8.446	8.622	8.546
Sanitätsbetrieb Meran	121.827	123.821	124.339
Wipptal	17.888	18.092	18.174
Brixen	33.014	33.345	33.929
Klausen	15.509	15.730	15.879
Sanitätsbetrieb Brixen	66.411	67.167	67.982
Taufers	12.499	12.609	12.647
Bruneck	33.382	33.913	34.226
Hochpustertal	14.930	15.037	15.082
Gadertal	9.953	10.071	10.113
Sanitätsbetrieb Bruneck	70.764	71.630	72.068
INSGESAMT	467.101	471.743	476.281

Quelle: ASTAT

1.1.2. Die Bevölkerungsstruktur

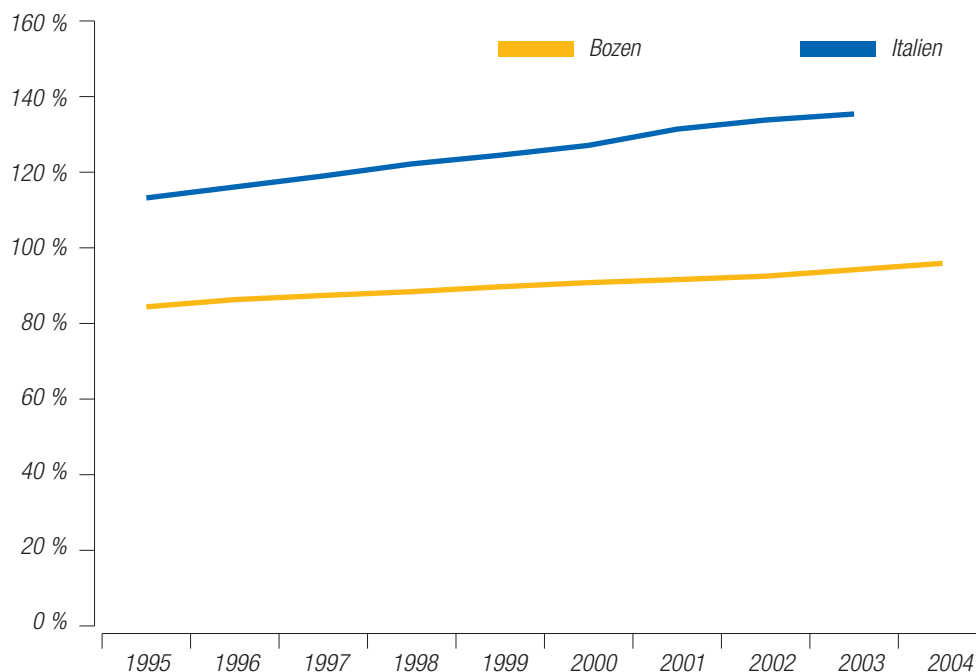
49,4% der Bevölkerung sind männlichen Geschlechts, wobei im Durchschnitt auf 100 Frauen 97,6 Männer kommen. Bis zum 50. Lebensjahr gibt es mehr Männer als Frauen. In den älteren Altersklassen überwiegt hingegen aufgrund der höheren männlichen Sterblichkeitsrate die weibliche Komponente.

Das Durchschnittsalter liegt bei 40,0 Jahren (38,6 Jahre für die Männer und 41,4 Jahre für die Frauen).

Die Landesbevölkerung unterliegt infolge der zunehmenden Lebenserwartung

und der niedrigen Fruchtbarkeitsraten einem langsamen, aber progressiven Altersungsprozess. Der Altersindex (95,9%) verläuft ansteigend (von 32,4% zum Stand der Volkszählung 1971 auf 92,0% der Volkszählung 2001) und ergibt in den Sanitätsbetrieben mit niedrigeren Geburtenraten höhere Werte (111,7% im Sanitätsbetrieb Bozen, 95,6% im Sanitätsbetrieb Meran, 76,9% in Brixen und 74,6% in Bruneck). Der Landesindex bleibt jedoch deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert.

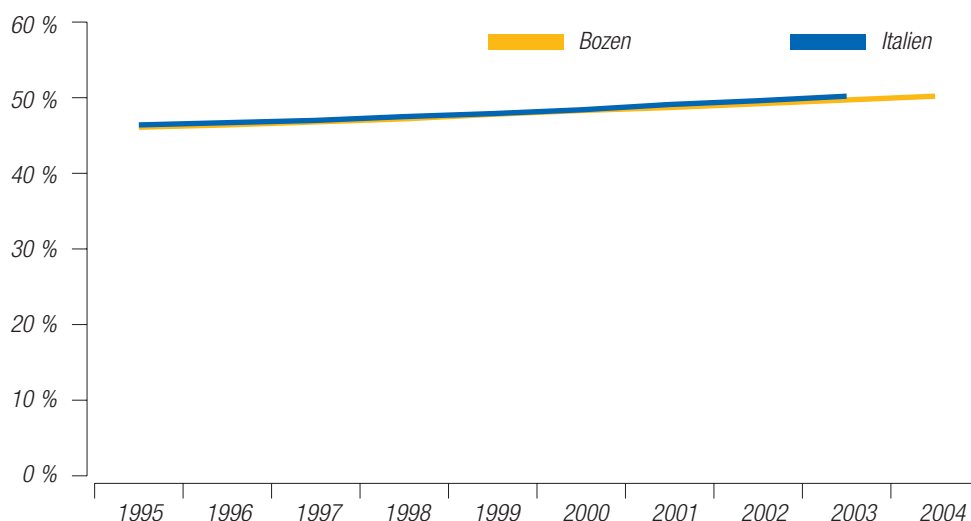
Abbildung 1.: Altersindex. Bozen und Italien, Jahre 1995-2004.



Der Abhängigkeitsindex (50,2%) ist wirtschaftlich und sozial relevant und gibt den Anteil der Einwohner im nicht erwerbsfähigen Alter (zwischen 0 und 14 Jahren und ab 65 Jahren) im Vergleich zur Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (zwischen 15 und 64 Jahren) an. Der Wert auf Landesebene hat gegenüber 2003 leicht zugenommen (+0,5 Prozent) und entspricht in etwa dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

ABHÄNGIGKEITSINDEX

Abbildung 2: Abhängigkeitsindex. Bozen und Italien, Jahre 1995-2004



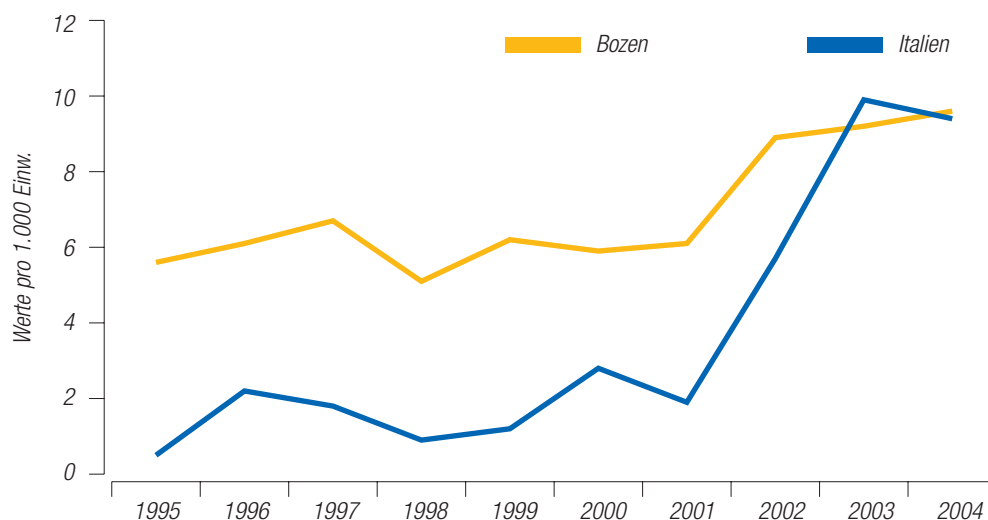
1.1.3. Die Bevölkerungsentwicklung

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

Im Jahr 2004 wuchs die Bevölkerung um 9,6 pro 1.000 Einwohner an, was in etwa dem gesamtstaatlichen Schätzwert für dasselbe Jahr entspricht (9,0‰). Allgemein fällt das Wachstum in den Regionen Nord- (12,6‰) und Mittelitaliens (11,2‰) hoch aus, während es im Süden (3,2‰) geringer ist.

Der Bevölkerungszuwachs ist zum größten Teil auf den Zuwanderungssaldo zurückzuführen, der sich in der Provinz Bozen auf 7,6‰ und in Italien insgesamt auf 9,4‰ beläuft. Der natürliche Saldo fällt in allen Regionen Mittel-Norditaliens mit Ausnahme von Trentino-Südtirol negativ aus (oder gleich Null). Die Provinz Bozen verzeichnet den höchsten natürlichen Wachstumssaldo (3,2‰ gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von -0,4‰).

Abbildung 3: Wachstumsrate der Wohnbevölkerung. Bozen und Italien



1.2. ARBEIT, WIRTSCHAFT, AUSGABEN DER PRIVATEN HAUSHALTE

1.2.1. Die Beschäftigung

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

Die Arbeitskräfte, die sich aus den Beschäftigten und den Beschäftigungssuchenden zusammensetzen, stellen den Teil der Bevölkerung dar, der als voll oder teilweise erwerbsfähig bezeichnet werden kann. Die Zahl der Arbeitskräfte wurde für das Jahr 2004 auf 229.300 geschätzt und ist in den letzten zehn Jahren um rund 22.000 angestiegen.

Von den 223.400 Beschäftigten sind 58,2% Männer. 63,4% der Erwerbstätigen sind im Dienstleistungssektor tätig, 25,0% im produzierenden Gewerbe und 11,6% in der Landwirtschaft. Im Dienstleistungssektor überwiegen die Frauen (53,8% der Beschäftigten), während im produzierenden Gewerbe und in der Landwirtschaft vorwiegend Männer arbeiten (83,7% bzw. 69,1%). Die abhängigen Arbeitnehmer machen 72,5% der Beschäftigten aus.

In den letzten fünf Jahren blieb die Zahl der in der Landwirtschaft Beschäftigten fast unverändert, während die im produzierenden Gewerbe Tätigen um 3.700 und die im Dienstleistungssektor Arbeitenden um 9.400 zugenommen haben.

Die Teilzeitbeschäftigten belaufen sich auf 15,6% der Beschäftigten. Unter den Vollzeitbeschäftigten überwiegen die Männer (66,7%), unter den Teilzeitbeschäftigten die Frauen (87,9%).

In den letzten 10 Jahren blieb die Beschäftigungsrate der männlichen Bevölkerung praktisch unverändert (79,7% im Jahr 1995 und 81,1% im Jahr 2004), während jene der Frauen von 54,3% im Jahr 1995 auf 60,6% des Jahres 2004 angestiegen ist, was eine starke Beteiligung der Frauen am Arbeitsmarkt bestätigt.

BESCHÄFTIGTE NACH
SEKTOR

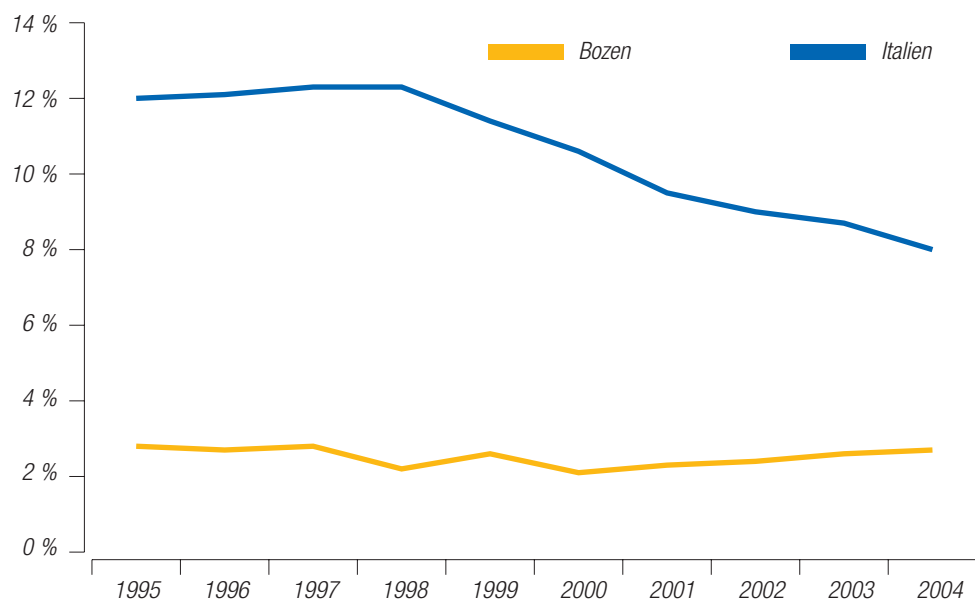
BESCHÄFTIGUNGSRATE

ARBEITSLOSENRATE

In Südtirol stieg die Beschäftigungsrate insgesamt um 3,8 Prozent an (von 67,2% des Jahres 1995 auf 71,0% im Jahr 2004); sie liegt auch weiterhin über dem gesamtstaatlichen Wert (62,1%), der im berücksichtigten Zeitraum um 3,7 Prozent zugenommen hat.

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

Abbildung 4: Arbeitslosenrate: Bozen und Italien, Jahre 1995-2004



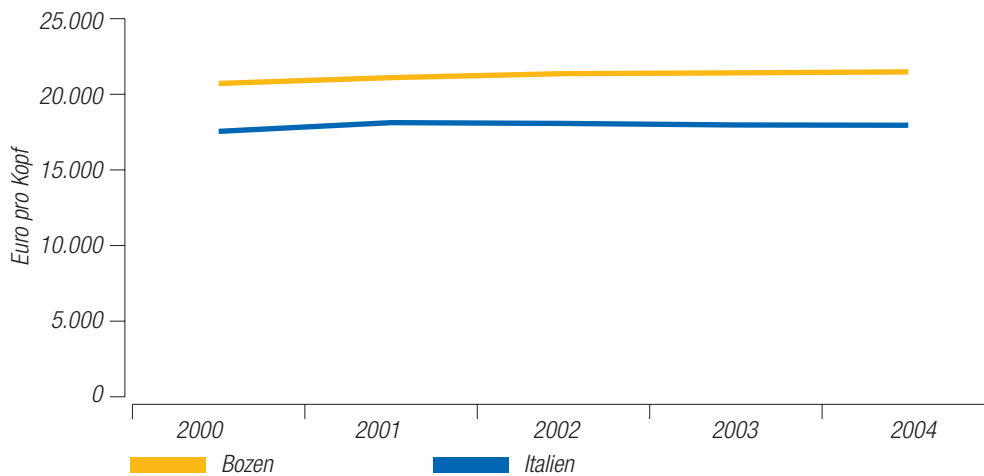
1.2.2. Das Bruttoinlandsprodukt

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

Auch auf Landesebene zeichnete sich ein verlangsamtes Wachstum des Bruttoinlandsproduktes (BIP) mit einer BIP-Wachstumsminderung bei konstanten Preisen von 2,4% des Jahres 2001 auf 1,3% im Jahr 2004 ab.

Das BIP pro Kopf der Landesbevölkerung (21.500 Euro im Jahr 2004) hält sich konstant über dem gesamtstaatlichen Wert (18.000 Euro im Jahr 2004), was einen höheren erwirtschafteten Reichtum auf Landesebene bestätigt.

Abbildung 5: Bruttoinlandsprodukt pro Kopf; konstante Preise 2005. Bozen und Italien, Jahre 2000-2004



1.2.3. Der Verbrauch der privaten Haushalte

Die durchschnittlichen Monatsausgaben der privaten Haushalte beliefen sich auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 2003 auf 2.313 Euro mit einem Anstieg von 119 Euro im Vergleich zum Vorjahr (+5,4%).

Im Trentino-Südtirol betrugen die durchschnittlichen Monatsausgaben 2.496 Euro (+7,9% im Vergleich zum gesamtstaatlichen Wert und +11,3% gegenüber 2002). Insgesamt gab eine Südtiroler Familie im Jahr 2002 monatlich 2.467 Euro aus. Die Ausgaben nahmen sowohl für die einzelnen Ausgabenkapitel als auch in den einzelnen Landesteilen sehr unterschiedlich zu.

In den nördlichen Regionen bezog sich der Anstieg der Ausgaben mehr auf Lebensmittel und Getränke (Anstieg von 410 auf 442 Euro pro Monat, +7,8%) als auf Non-Food-Produkte (von 1.985 auf 2.096 Euro pro Monat, +5,6%). Der Anstieg der Ausgaben für Non-Food-Produkte war jedoch in einigen Regionen, darunter Trentino-Südtirol (+12,6%), besonders hoch.

Die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich beliefen sich im Jahr 2003 auf gesamtstaatlicher Ebene auf 3,8% an den Gesamtausgaben (abzüglich der Beiträge für den Gesundheitsdienst), was rund 71 Euro pro Monat entspricht; dieser Wert steigt im Fall von zweiköpfigen Familien auf 84 Euro pro Monat an und sinkt in großen Familien (mit 5 oder mehr Mitgliedern) auf 63 Euro pro Monat.

Die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich waren besonders hoch für ältere Ehepaare (Paare, in denen die Bezugsperson über 64 Jahre alt ist) ohne Kinder (110 Euro pro Monat) oder für alleinstehende ältere Menschen (101 Euro pro Monat). Außerdem waren die Ausgaben in Familien höher, in denen die Bezugsperson pensioniert (91 Euro pro Monat) oder jedenfalls nicht berufstätig war (76 Euro pro Monat). Die Ausgaben für die anderen Berufskategorien schwanken zwischen 58 und 61 Euro pro Monat.

In den nördlichen Regionen (104 Euro pro Monat, 4,1% der Ausgaben) fielen die

AUSGABEN FÜR DIE
GESUNDHEIT

Ausgaben für die Gesundheit im Vergleich zu den südlichen Regionen (66 Euro pro Monat, 3,5% der Ausgaben) höher aus. Im Trentino-Südtirol beliefen sich die Ausgaben für Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitsbereich im Jahr 2003 auf 113 Euro pro Monat (4,5% der Gesamtausgaben), was den Ausgaben in der Provinz Bozen im Jahr 2002 entspricht.

1.3. BILDUNG

Die Daten der Volkszählung 2001 heben deutliche Unterschiede im Bildungsgrad der Landesbevölkerung und des gesamtstaatlichen Durchschnitts hervor.

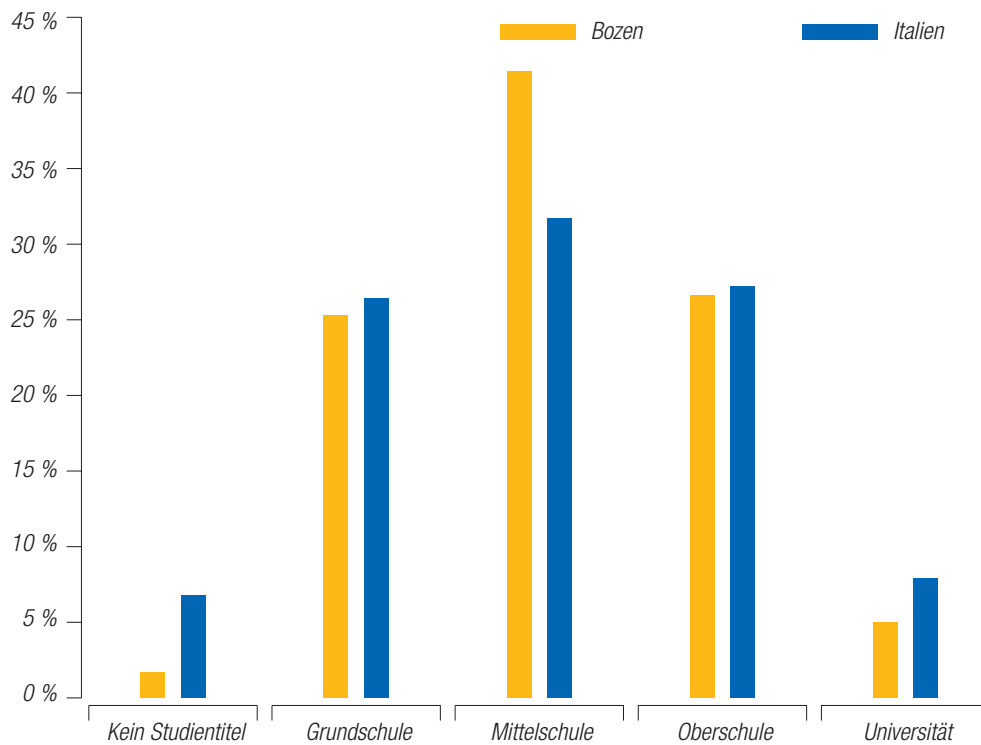
In der Provinz Bozen ist der Anteil der Personen ohne Studientitel nach der Provinz Trient (1,0%) der niedrigste Italiens (1,7% gegenüber 6,8% des gesamtstaatlichen Durchschnitts). Im Vergleich mit den italienischen Regionen wird aber auch der niedrigste Anteil an Universitätsabschlüssen verzeichnet (5,0% gegenüber 7,9% auf Staatsebene). Sehr hoch ist hingegen der Prozentsatz der Personen mit Mittelschulabschluss, nämlich 41,4% der Bevölkerung gegenüber 31,7% des gesamtstaatlichen Durchschnitts.

Im Vergleich zur Volkszählung des Jahres 1991 sinkt der Anteil der Bevölkerung mit Pflichtschulstudientitel und nimmt die Zahl der Oberschul- und Universitätsabschlüsse zu. Der Prozentsatz der Personen ohne Studientitel sinkt dabei von 2,0% auf 1,7%, jener der Personen mit Grundschulabschluss von 33,9% auf 25,3%. Der Bevölkerungsanteil mit Mittelschulabschluss bleibt konstant (41,7% im Jahr 1991, 41,4% im Jahr 2001), während die Personen mit Oberschulabschluss von 19,2% auf 26,6% und mit Universitätsabschluss von 3,2% auf 5,0% zunehmen.

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

Der Anteil der Schüler, die nach der Mittelschule die Oberschule besuchen, beträgt 75,2% (Jahr 2003) und ist mit einem Plus von 4 Prozent zwischen 1995 und 2003 leicht ansteigend. Nach der Mittelschule setzen 83,5% der weiblichen Bevölkerung im Vergleich zu 67,2% der männlichen Bevölkerung ihr Studium fort. Unter den Achtzehnjährigen besitzen 65,7% der Frauen und 45,4% der Männer einen Oberschulabschluss.

Abbildung 6: Wohnbevölkerung nach Bildungsgrad. Bozen und Italien, Volkszählung 2001



ASTAT. Statistisches Jahrbuch für Südtirol, 2004.

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

ISTAT. Mehrzweckerhebung der Haushalte "Aspekte des täglichen Lebens" - Jahr 2000.

ASTAT. Erwerbstätigkeit und Arbeitssuche in Südtirol. ASTATInfo Nr. 9/2004

ASTAT. Preise 2004. ASTATInfo Nr. 7/2005

ISTAT. Der Verbrauch der privaten Haushalte. Jahr 2003

2. GESUNDHEITSFAKTOREN

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

Die Krankheitsrisiken sind, abhängig von zahlreichen Faktoren wie Geschlecht, Arbeit, Ernährung, sozioökonomische Bedingungen, Wohngebiet, sehr unterschiedlich; jeder Faktor kann - allein oder im Zusammenspiel mit anderen - eine bestimmte Krankheit fördern oder vorbeugen.

Im Fall einer Krankheit oder Beeinträchtigung genügt es meistens nicht, den einzelnen Risikofaktor zu isolieren; es muss die Kette der Faktoren aufgedeckt werden, die auf einzelne Personen oder Bevölkerungsgruppen im spezifischen sozialen Umfeld gesundheitsschädigend wirken.

Eine Krankheit ist demnach die Folge einer komplexen Reihe von Faktoren, welche auf die Person einwirken; oft können die persönlichen Verhaltensweisen, die mit der Gesundheit zusammenhängen, eine Krankheit zum Teil erklären. Nicht immer setzt sich der Betroffene jedoch freiwillig diesen Risikofaktoren aus, wie zum Beispiel bei der Ausübung einer gefährlichen Sportart; seine Entscheidungsfreiheit ist im Fall von Faktoren wie Umweltbelastung und Ernährung eingeschränkt.

Die Gesundheitsfaktoren können also sehr individuell sein, also abhängig von Geschlecht, Alter, Erbanlagen, oder von persönlichen Verhaltensweisen oder vom Lebensstil, von sich positiv oder nachteilig auswirkenden sozialen Faktoren, von Lebensbedingungen, Arbeit und Gesundheitsdiensten oder allgemein aus sozioökonomischer, kultureller oder umweltbezogener Sicht beeinflusst werden.

Tabelle 1: **Gesundheitsfaktoren**

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

Von der Tatsache dass Gesundheit und sozioökonomische Faktoren gegenseitig abhängen, ist man sich in allen entwickelten Ländern einig: die sozioökonomische Lage ist ein wichtiger Faktor des Gesundheitszustandes und der Gesundheitszustand stellt seinerseits einen wichtigen Faktor der sozioökonomischen Entwicklung dar.

Die ständige Interaktion zwischen dem Individuum und seiner Umwelt ist ein

**DIE SOZIO-
ÖKONOMISCHEN
FAKTOREN**

DIE UMWELT

DER LEBENSSTIL

wichtiger Aspekt in der Entwicklung des individuellen und kollektiven Wohlstandes.

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

**DER ZUGANG ZU DEN
DIENSTEN**

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

2.1. LEBENSSTILE: RAUCHEN, ERNÄHRUNG, KÖRPERLICHE BEWEGUNG

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

2.1.1. Rauchen

Zigarettenrauchen ist ein großer Risikofaktor für Tumor-, Kreislauf- und Atemwegerkrankungen.

Rauchen während der Schwangerschaft hängt direkt mit dem niedrigen Gewicht des Neugeborenen bei der Geburt zusammen.

Die Zahl der Raucher beläuft sich in Südtirol auf rund 100.000, 29% davon sind Männer, 23% Frauen.

Der Tabakkonsum ist bei den Frauen ansteigend und bei den Männern wieder im Aufwärtstrend.

Geraucht wird am häufigsten in der Altersklasse zwischen 15 und 30 Jahren. Der Anteil der starken Raucher ist rückläufig.

2002 beliefen sich die tabakrauch-attributablen Todesfälle auf 559 (15,5% aller Todesfälle).

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

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

Die Rauchgewohnheit ist unter der Bevölkerung nicht gleichmäßig verbreitet. Nach den Angaben der ISTAT-Mehrzweckerhebung rauchen die Männer mehr als die Frauen; in der männlichen Bevölkerung ist die Wahrscheinlichkeit des Tabakkonsums bei Männern mit niedrigem Bildungsgrad höher (um rund 40% wahrscheinlicher).

Den neuesten, verfügbaren Daten des Jahres 2003 zufolge werden die Raucher in der Landesbevölkerung auf ca. 100.000 geschätzt (55.000 Männer und 45.000 Frauen), was 28,7% der Bevölkerung über 14 Jahren für die Männer und 22,5% für die Frauen entspricht.

Der Anteil der Raucherinnen ist progressiv ansteigend (von 17,6% des Jahres 1997 auf 22,5% des Jahres 2003). Auch unter den Männern zeigt sich nach dem rückläufigen Trend der letzten Jahre ein erneuter Zuwachs. Ein Vergleich der Landesdaten mit den gesamtstaatlichen Werten (Jahr 2002) ergibt einen geringeren Anteil an Rauchern in der Provinz (26,8% gegenüber 30,9%), während die Prävalenzquote der Raucherinnen höher ausfällt (17,7% gegenüber 17,1%).

Geraucht wird am häufigsten in den Altersklassen bis zu 30 Jahren mit 36% der Raucher zwischen 15 und 19 Jahren und 37,1% zwischen 20 und 29 Jahren. Verglichen mit den gesamtstaatlichen Werten (2002) ist die Prävalenz der jungen Raucher in der Provinz höher (in Italien beträgt der Anteil der Raucher im Alter von 18-19 Jahren 23,1%, im Alter von 20-24 28,9% und im Alter zwischen 25-34 30,6%).

Die starken Raucher (über 20 Zigaretten pro Tag) machen 6,5% aller Raucher aus; dieser Prozentsatz ist gegenüber 1997 rückläufig (9,2%), im Vergleich zu 2002 jedoch ansteigend (5,6%). Er liegt aber immer noch unter dem gesamtstaatlichen Durchschnittswert von 9,6% (2002).

DIE SCHÄDEN FÜR DIE GESUNDHEIT

DIE RAUCHGEWOHNHEIT

**DER DURCHSCHNITTliche
KONSUM**
**DAS ALTER DES BEGINNS
DES RAUCHENS**
**VERSUCHE, MIT DEM
RAUCHEN AUFZUHÖREN**

Es wird geschätzt, dass mehr als die Hälfte der Raucher seit mindestens 20 Jahren rauchen, wodurch auch die Risiken für die Gesundheit zunehmen, welche direkt mit der Dauer des Tabakkonsums zusammenhängen.

Der Anteil der ehemaligen Raucher beläuft sich auf 27,3% der Bevölkerung für die Männer (28,0% in Italien im Jahr 2002) und auf 19,5% für die Frauen (13,8% in Italien im Jahr 2002).

Der durchschnittliche, tägliche Zigarettenkonsum hat sich im Laufe der Jahre nicht sonderlich geändert; auf Landesebene nahm er zwischen 1993 und 2003 von 11,0 auf 10,1 Zigaretten pro Tag ab, auf gesamtstaatlicher Ebene zwischen 1993 und 2002 von 15,1 auf 14,4 Zigaretten pro Tag.

Aus der Erhebung "Il fumo in Italia" (Rauchen in Italien), die 2004 von der Doxa für das Höhere Institut für Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pharmakologische Forschungen Mario Negri (Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri) und der Italienischen Liga für die Krebsbekämpfung durchgeführt wurde, gehen weitere interessante Daten hervor: das Durchschnittsalter, in dem zu rauchen begonnen wird, beträgt 16,8 Jahre für die Männer und 18,2 Jahre für die Frauen. 23,4% der Männer und 16,2% der Frauen beginnen vor 15 Jahren zu rauchen.

41,6% der derzeitigen Raucher haben zumindest einen Versuch unternommen, mit dem Rauchen aufzuhören, in 4,5% der Fälle ohne Erfolg. Eine Verminderung des Tabakkonsums ist in 12,4% der Fälle zu verzeichnen: 19,3% haben für einige Jahre mit dem Rauchen aufgehört, 31,8% für einige Monate, 32% für einige Wochen oder Tage.

Beim Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören, wird meistens keine Unterstützung in Anspruch genommen: 90,4% der ehemaligen Raucher bedurften keiner Unterstützung, 4,8% halten sich für keine "wirklichen" Raucher und 4,8% haben auf psychologische und/oder pharmakologische Hilfe zurückgegriffen.

Von denjenigen, die erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nahmen 87,1% keine Unterstützung in Anspruch, während die restlichen 12,9% auf psychologische und/oder pharmakologische Hilfe zurückgegriffen haben.

Die Folge der Aufschriften auf den Zigaretenschachteln war eine Verminderung des Tabakkonsums in 9,6% der Fälle, während 51,5% der Raucher trotz der Wirkung der Nachricht ihren Konsum nicht reduziert haben und 38,9% der Nachricht gegenüber gleichgültig geblieben sind.

Abbildung 1: Raucher in der Bevölkerung nach Altersklasse. Provinz Bozen, Jahr 2003.

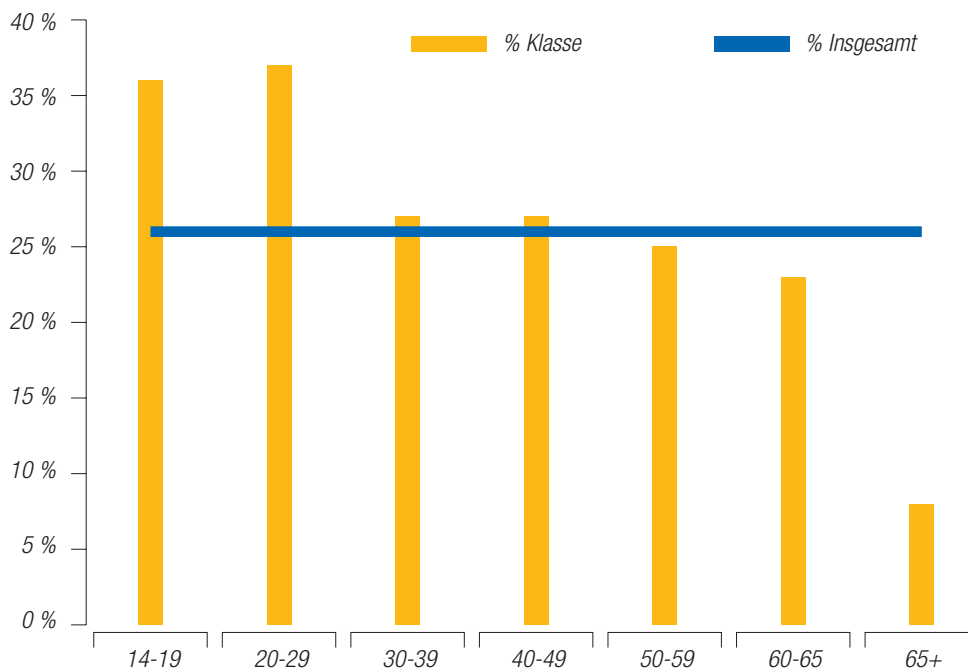
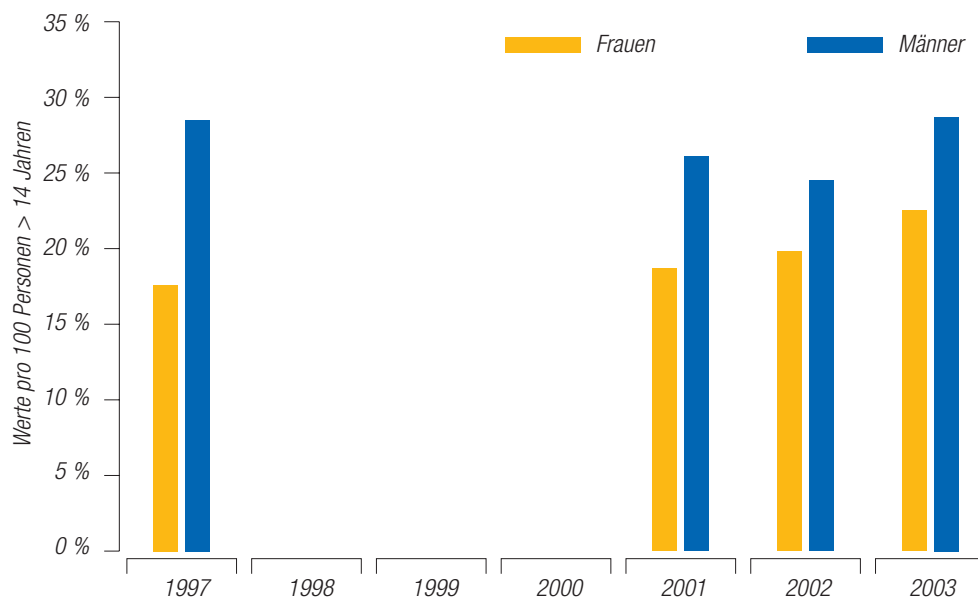


Abbildung 2: Raucherprävalenz in der Bevölkerung nach Geschlecht. Provinz Bozen, Jahre 1997 und 2001-2003.



Auf der Grundlage der Vorgaben des Programms “Smoking-Attributable Mortality, Morbidity and Economic Costs” (SAMMEC), das 1987 vom Center for Disease Control and Prevention von Atlanta erarbeitet wurde, und der Prävalenz der Raucher und ehemaligen Raucher, die nach den ISTAT/ASTAT-Daten der Mehrzweckerhebung aus dem Jahr 1997 berechnet wurde, wurden die Schätzungen der tabakrauch-attributablen Sterblichkeit in der Provinz Bozen nach 18 Todesursachen bei Erwachsenen über 35 Jahren vorgestellt.

**TABAKRAUCH-
ATTRIBUTABLE
STERBLICHKEIT**

Die relativen Todesrisiken für die 18 tabakrauch-attributablen Pathologien unter den erwachsenen Rauchern und ehemaligen Rauchern gegenüber den Nicht-Rauchern nach Altersklassen sind dieselben, die für die amerikanische Bevölkerung verwendet wurden; sie wurden der Prevention Study der American Cancer Society (CPS-II Study) entnommen.

Die tabakrauch-attributable Fraktion (TAF) wird auf der Grundlage der Prävalenz der Raucher, Nicht-Raucher und ehemaligen Raucher in der Bevölkerung ab 35 Jahren bestimmt.

Die geschätzten Fraktionen der tabakrauch-attributablen Todesfälle in Südtirol schwanken für die Männer zwischen 14,6% für die zerebrovaskulären Krankheiten ab 65 Jahren und 90,2% für chronische Bronchitis und Emphysem. Bei den Frauen variieren diese Fraktionen zwischen 4,8% für die bösartigen Tumoren der Nieren und 77,6% für Bronchitis, Emphysem und Asthma.

Im Jahr 2001 beliefen sich die geschätzten tabakrauch-attributablen Todesfälle auf 370 für die Männer und 165 für die Frauen, im Jahr 2002 stiegen diese Werte auf 378 bzw. 181 an.

Die meisten tabakrauch-attributablen Todesfälle unter den Männern sind auf die bösartigen Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen zurückzuführen (109 Fälle im Jahr 2001 und 103 Fälle im Jahr 2002); auch bei den Frauen war ab 2000 die häufigste, tabakrauch-attributable Todesursache der Lungentumor (29 Fälle im Jahr 2001, 33 Fälle im Jahr 2002), während vorher die ischämischen Herzleiden überwogen.

Tabelle 2: **Tabakrauch-attributable Todesfälle nach Ursache und Geschlecht. Provinz Bozen, Jahr 2001**

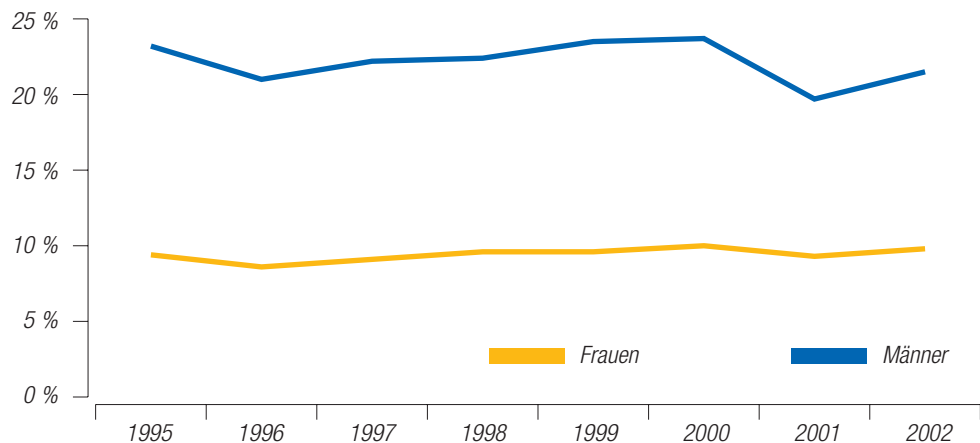
Ursache (nach Alter ≥ 35 Jahre außer wo anders spezifiziert)	Männer		Frauen	
	TAF	Tote	TAF	Tote
Bösartige Tumoren der Lippe, Mundhöhle und des Rachens	76,8%	19,2	44,7%	4,0
Bösartige Tumoren der Speiseröhre	72,7%	10,9	56,1%	2,2
Bösartige Tumoren der Bauchspeicheldrüse	27,4%	5,5	21,6%	8,0
Bösartige Tumoren des Kehlkopfs	84,1%	7,6	71,0%	0,0
Bösartige Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen	89,2%	108,8	69,6%	28,5
Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses		0,0	9,8%	0,8
Bösartige Tumoren der Blase	48,8%	11,7	24,8%	2,0
Bösartige Tumoren der Nieren und sonstiger und nicht spezifizierter Harnorgane	40,7%	6,9	4,8%	0,6
Hypertonie	23,5%	7,8	11,9%	9,2
Ischämische Herzleiden: Alter 35-64 Jahre	40,3%	20,1	26,1%	1,8
Ischämische Herzleiden: Alter ab 65 Jahren	16,8%	40,7	10,8%	26,8
Sonstige Herzkrankheiten	21,4%	27,8	8,6%	21,6
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter 35-64 Jahre	36,6%	2,9	32,5%	1,6
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter ab 65 J.	14,6%	19,1	7,0%	12,6
Arteriosklerose	32,2%	13,2	10,6%	8,7
Aortenaneurysmen	67,0%	6,0	51,3%	1,0
Sonstige Erkrankungen der Arterien	21,2%	1,5	15,8%	1,0
Pneumonie und Grippe	23,9%	12,4	15,6%	13,1
Chronische Bronchitis und Emphysem	90,2%	47,8	77,6%	21,7
Sonstiger chronischer Verschluss der Atemwege	81,6%	0,0	73,3%	0,0
INSGESAMT		369,9		165,3

Tabelle 3: **Tabakrauch-attributable Todesfälle nach Ursache und Geschlecht. Provinz Bozen, Jahr 2002**

Ursache (nach Alter ≥ 35 Jahre außer wo anders spezifiziert)	Männer		Frauen	
	TAF	Tote	TAF	Tote
Bösartige Tumoren der Lippe, Mundhöhle und des Rachens	76,8%	19,8	44,7%	3,2
Bösartige Tumoren der Speiseröhre	72,7%	17,3	56,1%	1,2
Bösartige Tumoren der Bauchspeicheldrüse	27,4%	8,2	21,6%	9,8
Bösartige Tumoren des Kehlkopfs	84,1%	11,3	71,0%	0,7
Bösartige Tumoren der Luftröhre, Bronchien und Lungen	89,2%	103,3	69,6%	33,1
Bösartige Tumoren des Gebärmutterhalses		0,0	9,8%	0,4
Bösartige Tumoren der Blase	48,8%	17,1	24,8%	2,8
Bösartige Tumoren der Nieren und sonstiger und nicht spezifizierter Harnorgane	40,7%	6,3	4,8%	0,6
Hypertonie	23,5%	9,2	11,9%	10,7
Ischämische Herzleiden: Alter 35-64 Jahre	40,3%	13,3	26,1%	2,4
Ischämische Herzleiden: Alter ab 65 Jahren	16,8%	39,1	10,8%	28,1
Sonstige Herzkrankheiten	21,4%	28,9	8,6%	21,6
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter 35-64 Jahre	36,6%	4,2	32,5%	2,3
Zerebrovaskuläre Krankheiten: Alter ab 65 J.	14,6%	15,8	7,0%	15,3
Arteriosklerose	32,2%	14,3	10,6%	9,4
Aortenaneurysmen	67,0%	7,6	51,3%	1,1
Sonstige Erkrankungen der Arterien	21,2%	1,3	15,8%	1,5
Pneumonie und Grippe	23,9%	17,5	15,6%	9,3
Chronische Bronchitis und Emphysem	90,2%	43,8	77,6%	28,1
Sonstiger chronischer Verschluss der Atemwege	81,6%	0,0	73,3%	0,0
INSGESAMT		378,5		181,7

In Bezug auf alle Todesursachen und alle Altersklassen können tabakrauch-attributablen Todesfälle im Jahr 2002 auf 21,5% für die Männer und auf 9,8% für die Frauen geschätzt werden. Der Verlauf im untersuchten Zeitraum ist für die Frauen leicht ansteigend, für die Männer weitgehend stabil.

Abbildung 3: **Tabakrauch-attributablen Todesfälle an allen Todesfällen aufgrund aller Ursachen. Provinz Bozen, Jahre 1995-2002**



2.1.2. Die Ernährung

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

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

Die Prävalenz des Kropfes in der Provinz Bozen konnte durch die Iodprophylaxe von 24% auf 1,5% reduziert werden.

Die Ausgaben der Familien für Lebensmittel ist in den letzten 30 Jahren von 40% auf 15% gesunken.

Mindestens 12% der Landesbevölkerung ernähren sich nicht korrekt.

Die Prävalenz der Fettleibigen in der Bevölkerung beträgt 6%, während sich der Anteil der übergewichtigen Personen auf 29% beläuft; in beiden Fällen liegen die Werte unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

DIE SCHÄDEN FÜR DIE GESUNDHEIT

Die Ernährung gilt als eine der wichtigsten Gesundheitsfaktoren. Zusammen mit dem Tabakkonsum und dem Mangel an körperlicher Bewegung stellt sie eine der bedeutendsten Determinanten für die Herz-Kreislauf-erkrankungen und Tumoren dar. Schätzungen zufolge sind der Ernährung 30 bis 40% der Tumoren und über ein Drittel der Todesfälle aufgrund von Herz-Kreislauf-erkrankungen in Personen unter 65 Jahren zuzuschreiben. Mindestens 80% der Diabetesfälle des Typs II hängen mit der Fettleibigkeit und dem Übergewicht zusammen. Eine tierfettreiche

und obst- und gemüsearme Ernährung sind, assoziiert mit Tabakkonsum, Hypertonie und Fettleibigkeit, verantwortlich für schwerwiegende Gesundheitsschäden sowie für die Entwicklung von in der Bevölkerung weit verbreiteten Krankheiten. Die gesundheitsrelevanten Ernährungs- und Essgewohnheiten, die Qualität und Hygiene der Lebensmittel, die Toleranzschwächen und Essstörungen sind bedeutende Aspekte in der Beziehung zwischen Ernährung und Gesundheit.

Einige gesundheitsrelevante Nährstoffmängel, die in den entwickelten Ländern auch weiterhin bestehen, sind auf Folsäure-, Iod- und Eisenmangel zurückzuführen.

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

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

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

In der Provinz Bozen wurde bereits 1982 ein Programm zur Iodprophylaxe mit einer Reihe von Sensibilisierungskampagnen eingeleitet, da der Iodmangel auf

FOLSÄUREMANGEL

IODMANGEL

DIE IODPROPHYLAXE

DIE IODPROPHYLAXE IN DER PROVINZ BOZEN

EISENMANGEL

Landesebene eine starke Prävalenz des endemischen Kropfes bedingte. Durch die Bewertung des Programms mit einer Stichprobenerhebung in den Grund- und Mittelschulen des Landes konnte die Verminderung der schwersten Kropfprävalenz des Stadiums 1B von 23,6% des Jahres 1982 auf 1,5% im Jahr 2001 festgestellt werden, während die Prävalenz des Stadiums 1A von 25,5% des Jahres 1982 auf 13% im Jahr 2001 gesunken ist.

Die Verwendung von feinem Jodsatz in der Provinz ist von rund 300 Doppelzentnern im Jahr 1983 auf über 3.000 Doppelzentner zu Beginn der 90er Jahre und auf 3.500 Doppelzentner im Jahr 2000 gestiegen. Schätzungen zufolge beträgt der Verbrauch von Jodsatz rund 30% des gesamten Salzkonsums.

Eisenmangel wirkt sich in erster Linie auf die in der Leber, Milz und im Knochenmark vorhandenen Vorräte aus, während er später zur Verminderung der mittleren Hämoglobinkonzentration führt. Eisenmangel verursacht Asthenie, Müdigkeit, Infektionsanfälligkeit und Anämie. Ein Überschuss an Eisen schädigt hingegen die Organe, in denen es sich ansammelt.

Eisen ist in den Nahrungsmitteln in zwei verschiedenartig von unserem Organismus assimilierbaren Formen vorhanden. Das im Fisch, Fleisch und in einigen Gemüsesorten enthaltene Eisen führt zu einer starken Biodisponibilität, während das in den Eiern und Milch-/Käseprodukten vorhandene Eisen schwieriger metabolisiert wird.

DIE ESSGEWOHNHEITEN

Die Fähigkeit des Einzelnen, gesunde Essgewohnheiten anzunehmen, ist durch makroökonomische, kulturelle und soziale Faktoren bedingt. In den letzten Jahren sind in Europa die Ausgaben der Familien für die Ernährung deutlich gesunken. In der Provinz ist der Anteil des Nahrungsmittelkonsums am Verbrauch der Haushalte insgesamt von 39,4% des Jahres 1973 auf 14,9% im Jahr 2002 gesunken (19,4% auf gesamtstaatlicher Ebene). Außerdem haben sich die Kost und Nährstoffgehalte infolge neuer Produktions- und Vermarktungsarten der Nahrungsmittel, der neuen Lebensstile sowie der Beeinflussung des Konsums durch die Massenmedien geändert.

Änderungen unterlagen die Ernährungsgewohnheiten auch hinsichtlich der sozialen Unterschiede. Fett- und fleischreich ernähren sich vor allem die sozial stärker benachteiligten Schichten, während die Personen mit einem höheren Bildungsgrad Ernährungsgewohnheiten angenommen haben, die stärker auf die Gesundheit ausgerichtet sind, was sich in der Sterblichkeit der Bevölkerung widerspiegelt, wo die Erkrankungen des Kreislaufsystems im Gegensatz zur Vergangenheit jetzt mehr unter den minderbemittelten Klassen verbreitet sind.

DIE ERNÄHRUNGSGEWÖHNEHEITEN IN DER PROVINZ BOZEN

Die Daten über die Ernährungsgewohnheiten in der Provinz Bozen stammen aus der vom ASTAT im Jahr 2003 durchgeführten ISTAT-Mehrzweckerhebung.

Der Tag beginnt in der Landesbevölkerung üblicherweise mit dem Frühstück (93,6%); 72,2% der Interviewten erklären, ein vollständiges Frühstück mit Tee,

Kaffee oder Cappuccino und Essen zu sich zu nehmen (74,4% der deutschsprachigen und 67,4% der italienischsprachigen Bevölkerung). Auf gesamtstaatlicher Ebene nehmen 76,4% der Bevölkerung ein angemessenes Frühstück ein (Jahr 2002).

Die Hauptmahlzeit des Tages ist für 84% der Bevölkerung ab 3 Jahren (76,3% in den Städten und 89,3% der ländlichen Bevölkerung) das Mittagessen. Auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Bevölkerungsanteil, der das Mittagessen als Hauptmahlzeit ansieht, geringer (70,5% im Jahr 2002). Für 9,9% der Bevölkerung ist das Abendessen die Hauptmahlzeit (22% auf nationaler Ebene im Jahr 2002). 68,2% der Kinder zwischen 3 und 5 Jahren speisen in der Schulkantine, während 70% der abhängigen Arbeiter zu Hause Mittag essen.

Definiert man einen täglich mehrmaligen Verzehr von Lebensmitteln wie Wurstwaren, Käse, rotem und Schweinefleisch als übermäßigen Verbrauch, ergibt sich, dass 12,2% der Bevölkerung sich nicht korrekt ernähren, und dass 11,4% der deutschsprachigen Bevölkerung sowie 4% der italienischsprachigen Bevölkerung tierische Fette zum Kochen der Speisen verwenden.

Tabella 4: Nahrungsmittel nach Häufigkeit des Konsums. Werte pro 100 Personen ab 3 Jahren. Provinz Bozen, Jahr 2003

	<i>Mehrmals am Tag</i>	<i>Einmal am Tag</i>	<i>Mehr als einmal in der Woche</i>	<i>Weniger als einmal in der Woche</i>	<i>Nie</i>
<i>Brot, Nudeln, Reis</i>	30	51	18,3	0,6	0,1
<i>Fleisch</i>	5,2	28,5	51,9	14,1	0,4
- <i>Wurstwaren</i>	1,9	19,1	46,1	25,3	7,6
- <i>Huhn, Truthahn, Kaninchen, Kalb</i>	0,7	3,9	43,7	47	4,7
- <i>Rindfleisch</i>	0,5	2,4	43,2	47,4	6,6
- <i>Schweinefleisch</i>	0,3	1,6	28	50,8	19,3
<i>Fisch</i>	0,6	1,3	23,8	58,1	16,2
<i>Milch</i>	17,5	50	12,4	9,1	11
<i>Käse, Milchprodukte</i>	9,5	40,8	40	7,2	2,5
<i>Eier</i>	1,2	4,8	46,2	41,4	6,4
<i>Gemüse</i>	37	45,7	9,4	5,6	2,2
<i>Obst</i>	22,1	45,6	22,6	7,5	2,1

Quelle: ASTAT

Übergewicht und Fettleibigkeit steigen in ganz Europa alarmierend an. Vor allem die Fettleibigkeit stellt ein ernstes Problem der öffentlichen Gesundheit dar, weil dadurch das Risiko bestimmter chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes des Typs 2 und einiger Tumoren deutlich zunimmt.

Die Fettleibigkeit nimmt in allen Altersklassen, insbesondere bei Kindern zu. Das Übergewicht in der Kindheit ist ein Risikofaktor für die Fettleibigkeit im Erwachsenenalter und für das Auftreten von Krankheiten im fortgeschrittenen Alter wie Herzkrankheiten und Hypertonie.

Auch im Fall des Übergewichtes spielen der Bildungsgrad und die soziale Zugehörigkeitsklasse eine nachgewiesene Rolle, auch wenn sich Männer und Frauen

ÜBERGEWICHT UND FETTLLEIBIGKEIT

**FETTLLEIBIGE ODER
ÜBERGEWICHTIGE
PERSONEN IN DER
PROVINZ BOZEN**

in der Modalität und Intensität unterschiedlich verhalten. Die Ungleichheiten sind vor allem bei den Frauen ersichtlich, wo bei niedrigem Bildungsgrad und benachteiligten sozioökonomischen Bedingungen eine übermäßige Fettleibigkeitsprävalenz vorherrscht, die mit der Verschlechterung der sozioökonomischen Bedingung zunimmt. Für die Frauen mit einem niedrigeren Bildungsgrad ist das Risiko des Übergewichtes der Klasse I um 1,5 höher als bei den Frauen mit Universitäts- und Oberschulabschluss, um das Dreifache höher im Fall der Fettleibigkeit der Klasse II und sehr viel höher im Fall der Fettleibigkeit der Klasse III.

Im Gegensatz dazu ist das Untergewicht unter den Frauen einer höheren sozioökonomischen und kulturellen Stufe stärker verbreitet

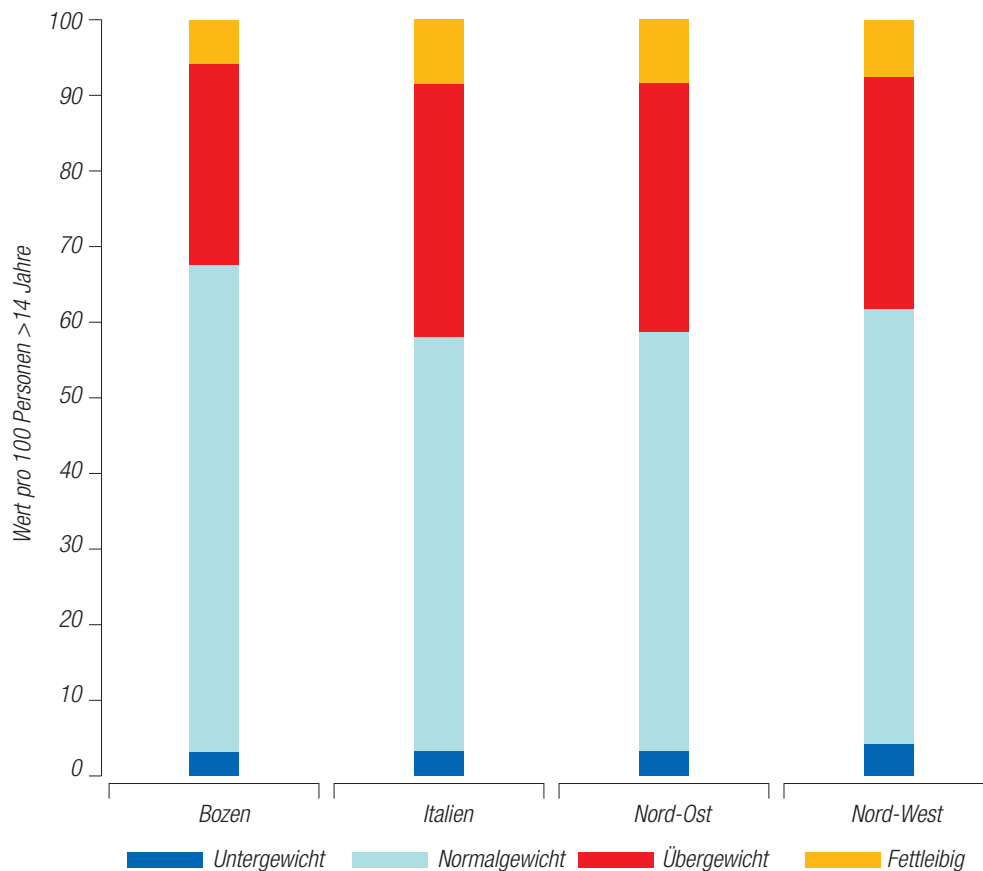
Schätzungen auf der Grundlage der Daten der Mehrzweckerhebung 2002 zufolge beläuft sich die Zahl der fettleibigen Personen (mit Body mass index ≥ 30) in der Provinz Bozen auf rund 22.500 in der Bevölkerung über 15 Jahren, was 5,8% der Bezugsbevölkerung entspricht (insgesamt 8,5% in Italien). Der Anteil an Fettleibigen in der Provinz ist der niedrigste unter den italienischen Regionen, der Anteil der Personen mit Normalgewicht der höchste (64,4% im Vergleich zu 54,8% des gesamtstaatlichen Durchschnitts). Untergewichtig sind 3,2% der Landesbevölkerung gegenüber dem italienischen Durchschnitt von 3,3%.

Aus den gesamtstaatlichen Daten geht hervor, dass die Fettleibigkeit in der Bevölkerung mit zunehmendem Alter ansteigt, um die 50 Jahre Spitzenwerte erreicht und im fortgeschrittenen Alter wieder abnimmt. Dieser Verlauf ist bei den Frauen ersichtlicher als bei den Männern.

Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern ergeben sich aus der Erwerbstätigkeit: der Prozentsatz der übergewichtigen oder fettleibigen, erwerbstätigen Männer liegt über dem Durchschnitt, während übergewichtige oder fettleibige Frauen in der erwerbstätigen Bevölkerung weit weniger verbreitet sind.

Das Übergewicht betrifft außerdem stärker Erwachsene mit einem niedrigeren Studientitel sowohl in der männlichen als auch weiblichen Bevölkerung.

Abbildung 4: Bevölkerung nach Gewichtsklassen (BMI): Bozen, Italien, Nord-Ost, Nord-West. Jahr 2002.



Die Gewichtskontrolle ist für beide Geschlechter direkt proportional zur Bildung und Gesellschaftsklasse.

Den Angaben der Mehrzweckerhebung des Jahres 2003 in Südtirol zufolge kontrollieren 2,8% der Männer und 5,5% der Frauen ihr Gewicht täglich, 17,8% der Männer und 24,8% der Frauen einmal in der Woche. Mindestens eine monatliche Kontrolle wird von 26,7% der Männer und 25,3% der Frauen durchgeführt, während 15,6% der Männer und 14,0% der Frauen ihr Gewicht nicht zu kontrollieren pflegen.

GEWICHTSKONTROLLE

2.1.3. Die körperliche Bewegung

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

Eine angemessene und regelmäßige körperliche Bewegung beugt erwiesenermaßen Pathologien mit hoher Inzidenz in der allgemeinen Bevölkerung vor, wie all-

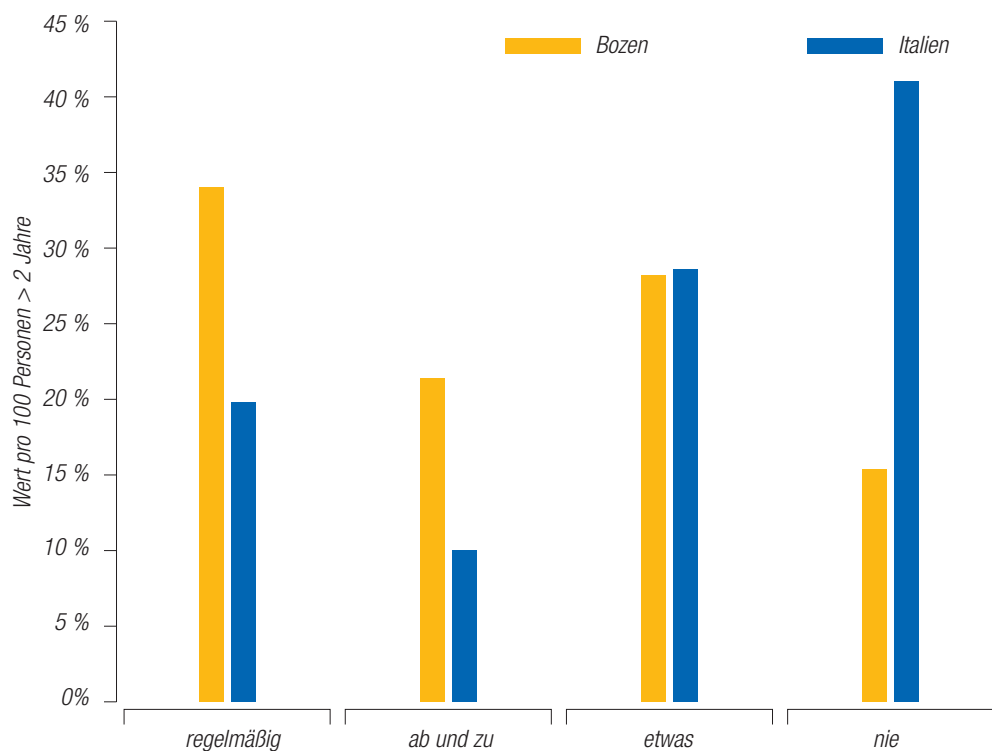
gemein Herz-Kreislauf-Erkrankungen und insbesondere Erkrankungen der Koronarterien und Hypertonie sowie Osteoarthritis und Osteoporose.

Auf Landesebene waren im Jahr 2003 21,7% der Bevölkerung aktive Mitglieder eines Sportvereins (31,3% Männer und 12,4% Frauen).

Aus der Mehrzweckerhebung des Jahres 2002 geht außerdem hervor, dass 34,0% der Personen ab 3 Jahren regelmäßig Sport betreiben, gegenüber einem Anteil von 19,8% auf gesamtstaatlicher Ebene. 21,4% der Personen betreiben, gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnittswert von 10%, ab und zu Sport. Jene, die keinen Sport betreiben, machen 15,4% der Bevölkerung ab 3 Jahren aus, während es in Italien insgesamt 41,0% sind.

Im Vergleich zur Mehrzweckerhebung des Jahres 1997 ist ein Anstieg der sportlich Tätigen von 7,7% auf Landesebene und von 3,1% auf nationaler Ebene zu verzeichnen, während die Personen, die keinen Sport betreiben, in der Provinz um 5,4% und italienweit um 3,1% zugenommen haben.

Abbildung 5: Personen, die körperliche Bewegung ausüben: Bozen und Italien, Jahr 2002.



2.2. DROGEN- UND ALKOHOLMISSBRAUCH

Im Jahr 2004 werden in der Provinz die neuen Heroinkonsumenten auf rund 100 geschätzt (3,9 pro 10.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren). Die Zahl der neuen DfA-Patienten mit Heroin als Primärdroge belief sich 2003 auf 22, 2004 auf 7.

Die Inzidenz der Heroinkonsumenten ist seit den 90er Jahren konstant und deutlich rückläufig.

Die Entlassungen aus Krankenanstalten von Patienten, die Drogen einnahmen, beliefen sich 2004 auf 105 (40 pro 100.000 Einwohner) und sind progressiv rückläufig (1999 waren es 196).

2004 wurden 1.398 Patienten von den DfA versorgt, 735 davon gehörten zum Patientenbestand, 41 waren neue Patienten.

Der Genuss von alkoholischen Getränken außerhalb der Mahlzeiten nimmt zu. Der Genuss von alkoholischen Getränken außerhalb der Mahlzeiten verbreitet sich unter den Jugendlichen und Frauen immer stärker.

Aus den Landeskrankenhäusern wurden 1.464 Personen mit alkohol-assoziierten Diagnosen entlassen (309 pro 100.000 Einwohner).

Die seit 1999 tendenziell rückläufigen, alkohol-assoziierten Todesfälle beliefen sich 2002 auf 15, was 3,2 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Die 2004 von den DfA und den privaten Landeseinrichtungen in den Patientenbestand aufgenommenen Alkoholabhängigen beliefen sich auf 1.910 (4,0 pro 1.000 Einwohner).

Die krankhafte Abhängigkeit wird von internationalen, wissenschaftlichen Gremien als ein Zustand definiert, der sich durch das kompulsive Verlangen, den Stoff einzunehmen (craving - Suchtdruck), mit Verlust der Kontrolle, den Gebrauch einzuschränken, und als ein charakteristisches Abstinenzsyndrom kennzeichnet, das mit Symptomen und physischen und motivationsbezogene Zeichen des Unwohlseins auftritt, sobald die Stoffeinnahme unterbrochen wird.

Neben der direkten Beeinträchtigung der Gesundheit wirken sich die Abhängigkeitserkrankungen auch mehr oder weniger negativ auf das soziale Verhalten des Individuums aus.

Die von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) zur Überwachung des Phänomens vorgeschlagenen Indikatoren beziehen sich auf den Gebrauch und Missbrauch von Stoffen, auf die Behandlungsnachfrage der Suchtkrankheiten, Infektionskrankheiten und auf die sucht-assoziierten Todesfälle.

Weitere Angaben zur Entwicklung des Phänomens können den Indikatoren der

drogen-assoziierten Kriminalität (Anzeigen, Antidrogen-Maßnahmen, Strafverfahren, Verurteilungen und wegen Drogendelikten Inhaftierte) sowie den Meldungen wegen Besitz von Suchtstoffen entnommen werden (Art. 75 des DPR 309/90).

2.2.1. Die Drogenabhängigkeit

Die Hauptquellen für die Analyse der Drogenkonsumtrends in Italien bestehen in den ESPAD- (bezogen auf die Bevölkerung zwischen 15 und 19 Jahren) und IPSAD-Programmen (bezogen auf die Bevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren). Das erstgenannte Programm wird vom Schwedischen Rat für die Aufklärung über Alkohol und andere Drogen (CAN) geleitet und koordiniert und in Italien seit 1999 jährlich vom Institut für Klinische Physiologie des Nationalen Forschungsrates (CNR) durchgeführt. Das zweite, im Laufe des Jahres 2001 vom CNR realisierte Programm stellte die erste italienische Untersuchung der Prävalenz des Gebrauchs von Alkohol und illegalen Substanzen in der Bevölkerung dar.

Die gesamtstaatlichen Daten des Jahres 2003 heben hervor, dass rund ein Fünftel der Bevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren mindestens einmal Cannabinoiden (22,4%), 4,6% Kokain, 4,5% Halluzinogene und Lösungsmittel, 1,9% Amphetamine, 1,8% Ecstasy und 1,1% Opiate eingenommen haben.

Der Konsum von Cannabinoiden mindestens einmal im Leben ist eine mit der Alter zusammenhängende Erfahrung: ein Drittel der Bevölkerung zwischen 15 und 19 Jahren hat davon Gebrauch gemacht (33,8% nach der ESPAD-Studie). Der IPSAD-Studie zufolge nimmt der Anteil dann progressiv von 31,6% zwischen 15 und 24 Jahren auf 10,2% zwischen 45 und 54 Jahren ab.

Der Konsum - mindestens einmal im Leben - verzeichnet in Bezug auf die anderen Substanzen Spitzenwerte in der Altersklasse zwischen 25 und 34 Jahre für Kokain (7,0%), Amphetamine (2,4%) und Ecstasy (3,7%) sowie zwischen 35 und 44 Jahren für Opiate (1,5%).

Hinsichtlich des kürzlichen Konsums von illegalen Substanzen machten 7,1% der Bevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren von Cannabinoiden in den letzten 12 Monaten (16,7% der Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren) und 4,6% in den letzten 30 Tagen Gebrauch.

Das Kokain, die zweit häufigste, illegal verwendete Substanz, wurde von 1,2% der Bevölkerung zwischen 15 und 54 Jahren in den letzten 12 Monaten und von 0,6% in den letzten 30 Tagen konsumiert.

Die ESPAD- und IPSAD-Untersuchungen ergeben eine umfassende Verbreitung des Drogenphänomens in den beobachteten Bevölkerungen, erfassen aber die Situationen, in denen der Drogenkonsum besonders besorgniserregende Aspekte annehmen kann, nicht zuverlässig.

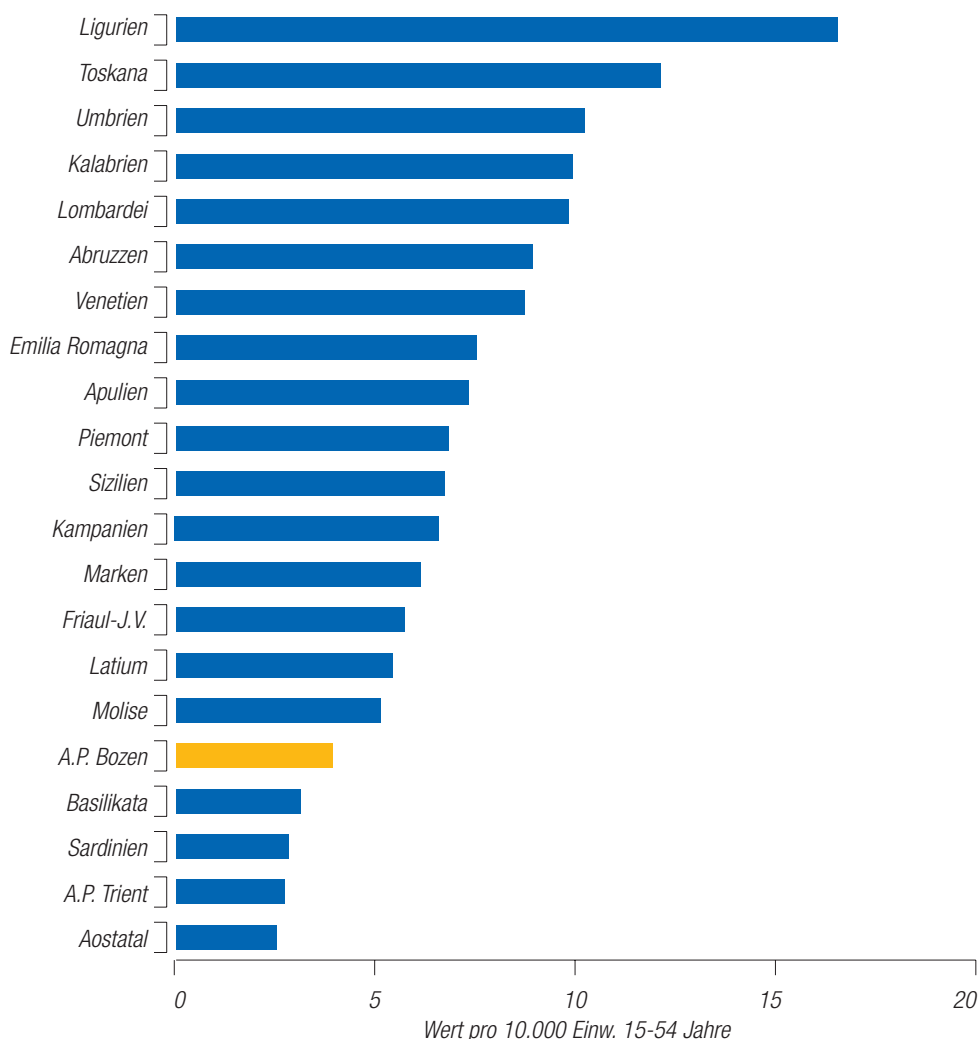
Zu diesem Zweck erarbeitet die Europäische Beobachtungsstelle einen Indikator für den problematischen Gebrauch von Substanzen; damit soll, anhand verschie-

dener Datenquellen, die Zahl der Konsumenten geschätzt werden, die einem Drogenmissbrauch unterliegen.

Für das Jahr 2003 wird auf gesamtstaatlicher Ebene die Prävalenzquote der Personen, die mindestens einmal in ihrem Leben Heroin verwendet haben, auf 8,6 bis 9,3 pro 1.000 Einwohner in der Altersklasse zwischen 15 und 54 Jahren geschätzt. Die Inzidenzschätzung (neue Konsumenten im Laufe des Jahres) beträgt hingegen 8 pro 10.000 Einwohner in der Altersklasse zwischen 15 und 54 Jahren.

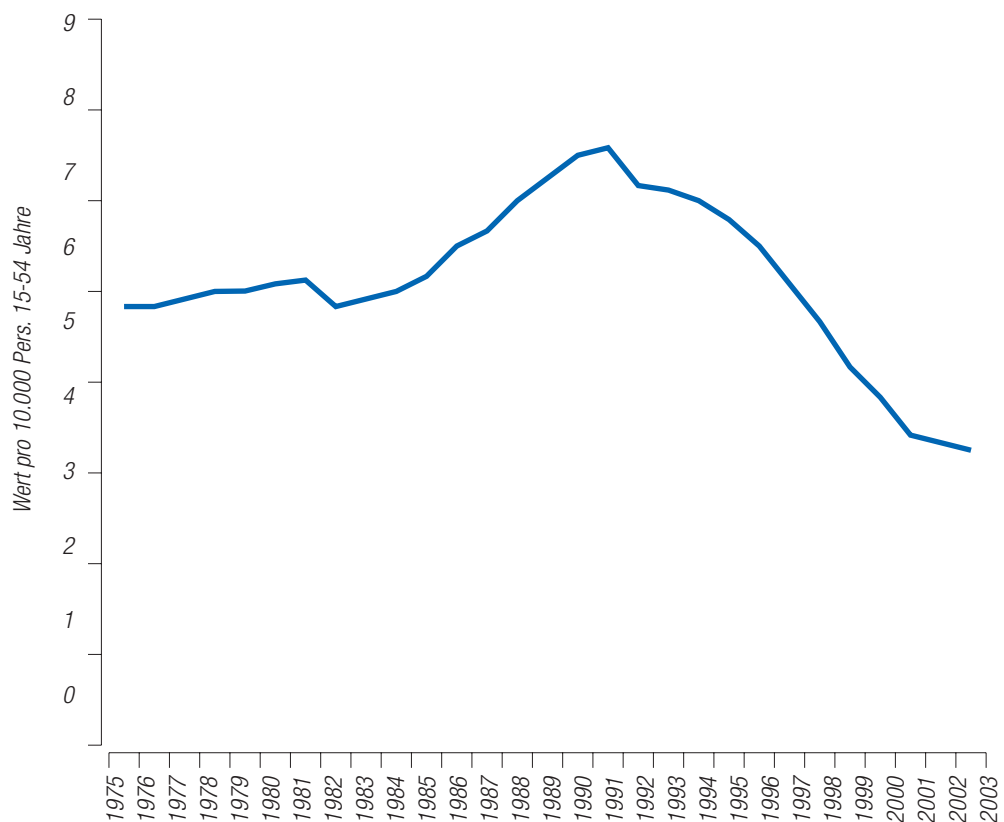
Die Inzidenzschätzung der Heroinkonsumenten im Jahr 2003 in der Provinz gibt an, dass sich pro 10.000 Einwohner in der Altersklasse zwischen 15 und 54 Jahren die neuen Konsumenten von Heroin auf 3,9 beliefen. Diese Daten weichen stark von der Inzidenz der neuen Heroinsüchtigen ab, die in den Patientenbestand der DfA der Provinz im Jahr 2003 aufgenommen wurden (0,8 pro 10.000 Einwohner in derselben Altersklasse); offensichtlich bleibt trotz Berücksichtigung der Schätzungsvariabilitätsproblematiken ein gewisser Anteil des Phänomens im Dunkeln.

Abbildung 6: **Heroinkonsum-Inzidenz in den italienischen Regionen. Jahr 2003**



Der zeitliche Trend ist seit Beginn der 90er Jahre rückläufig. Insbesondere nach der epidemischen Phase um den Beginn der 90er Jahre in allen Regionen Nord-Ost-Italiens verzeichnet die Provinz Bozen den stärksten Rückgang des Phänomens gegenüber einem Wiederaufschwung in den Regionen Venetien und Emilia Romagna, einer weitgehenden Stabilität im Friaul und einer weniger starken Verminderung in der Provinz Trient, die jedoch bereits in einer besseren Lage startete (mit Spitzenwerten von 4,1 pro 10.000 im Jahr 1991).

Abbildung 7: Heroinkonsum-Inzidenz in der Provinz Bozen. Jahre 1975-2003



DROGEN-ASSOZIIERTE KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

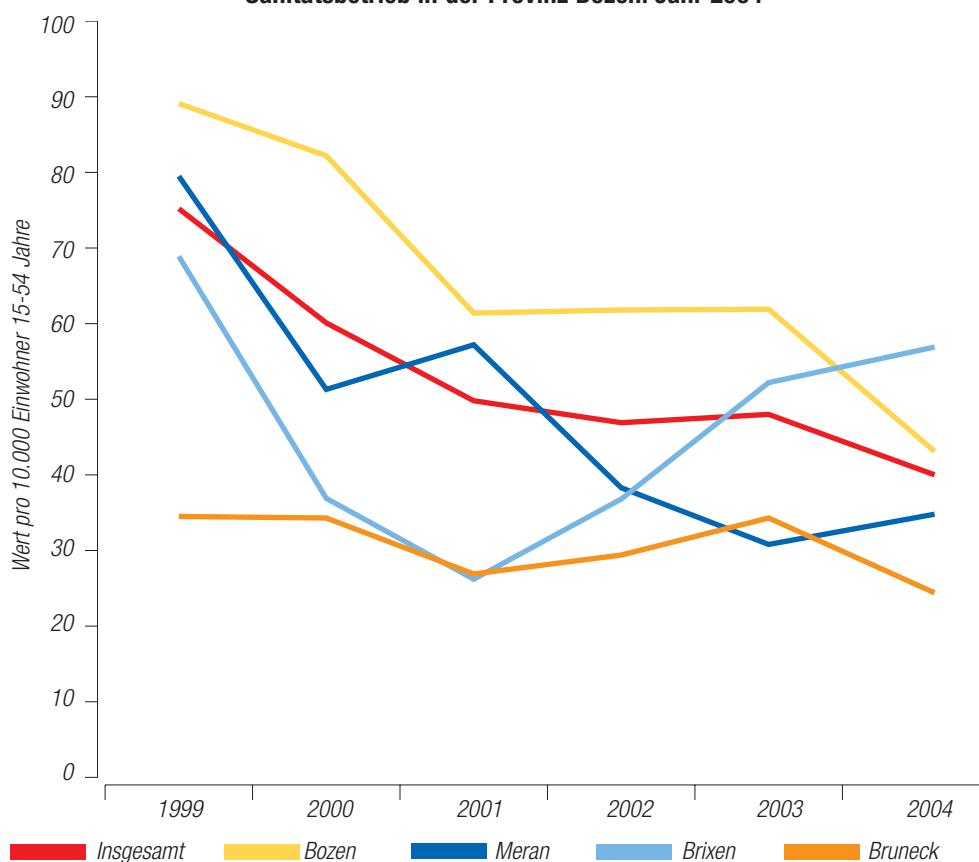
Anhand der Daten der Krankenhausversorgung kann der Zugang zu den Krankenhausediensten der Suchtkranken erfasst werden. Die Diagnosedaten wurden in Übereinstimmung mit dem EMCDDA-Protokoll (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) für die drogen-assoziierten Todesfälle erarbeitet.

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

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

Die Entlassungen aus dem Krankenhaus wegen Drogen- und Alkoholgebrauch/-missbrauch sind in den letzten Jahren rückläufig, analog zur Prävalenzquote der drogenabhängigen Patienten der DfA im selben Zeitraum. Die einzige Ausnahme bildet der Sanitätsbetrieb Brixen, für den ein Wachstumstrend und die höchste Hospitalisierungsrate im Jahr 2004 verzeichnet wurde.

Abbildung 8: Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen nach Sanitätsbetrieb in der Provinz Bozen. Jahr 2004



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

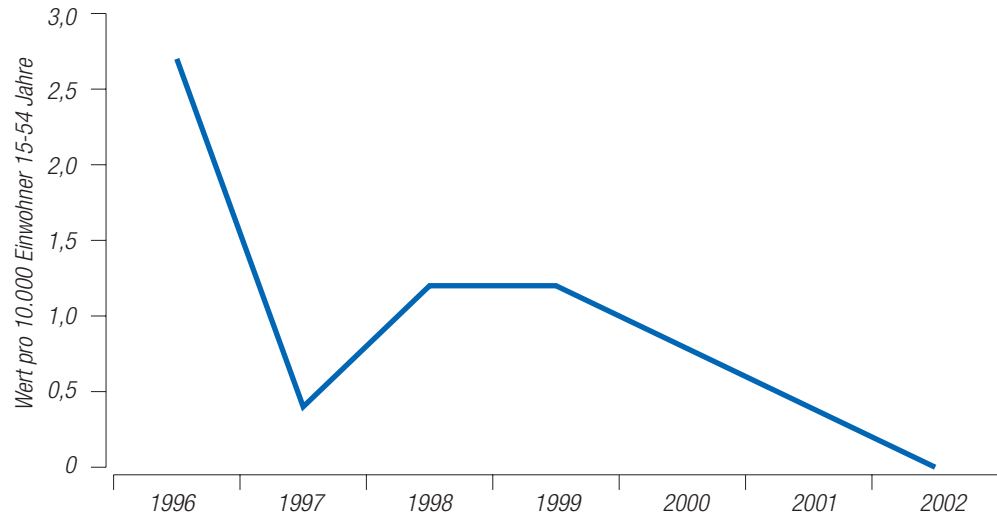
Die Todesfälle aufgrund von AIDS wurden mit dem Kodex ICD IX 279.1 definiert. Die pharmaka- oder drogen-assoziierten Todesfälle wurden mit dem Kodex ICD IX 292 (Medikamentenpsychosen), 304.0 (Medikamentenabhängigkeit durch Morphin), 304.2-304.9 (Medikamentenabhängigkeit durch Kokain, Cannabinoiden, Amphetamin und Psychostimulantien, Halluzinogenen, Sonstigen), 305.2-305.3 (Missbrauch von Cannabinoiden und Halluzinogenen), 305.5-305.7 (Missbrauch von Opiaten, Kokain, Amphetamin), 305.9 (sonstiger Missbrauch) bestimmt.

In den Jahren 2001 und 2002 ergeben sich 11 Todesfälle wegen AIDS, (8 im Jahr

**DROGEN-ASSOZIIERTE
STERBLICHKEIT**

2001 und 3 im Jahr 2002), 1 drogen-assoziierten Todesfall (2001) und 46 alkohol-assoziierte Todesfälle (33 im Jahr 2001 und 15 im Jahr 2002).

Abbildung 9: Sterblichkeit aufgrund von drogen-assoziierten Todesfällen. Provinz Bozen, Jahre 1996-2002.



DIE NACHFRAGE NACH BEHANDLUNG

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

PATIENTENBESTAND

Im Laufe des Jahres 2004 wurden 1.398 Patienten mit Drogenproblemen von den DfA versorgt; in den Patientenbestand aufgenommen wurden 735 Patienten (52,6% der insgesamt versorgten Patienten). Die Fremdpatienten beliefen sich auf 160.

Tabelle 5: Von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten. Jahr 2004.

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Patienten	441	202	44	48	735
Fremdpatienten	102	29	14	15	160
Sonstige Patienten	311	45	51	96	503
INSGESAMT	854	276	109	159	1.398

Quelle: DfA

Pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren ergibt sich auf Landesebene eine durchschnittliche punktuelle Prävalenz von 3,9 Patienten, mit unterschiedlichen Werten von 1,2 für die DfA Brixen und Bruneck bis 3,9 pro 1.000 für den DfA Bozen. Das Phänomen erscheint in den letzten Jahren progressiv rückläufig.

Abbildung 10: Von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten. Jahr 2004

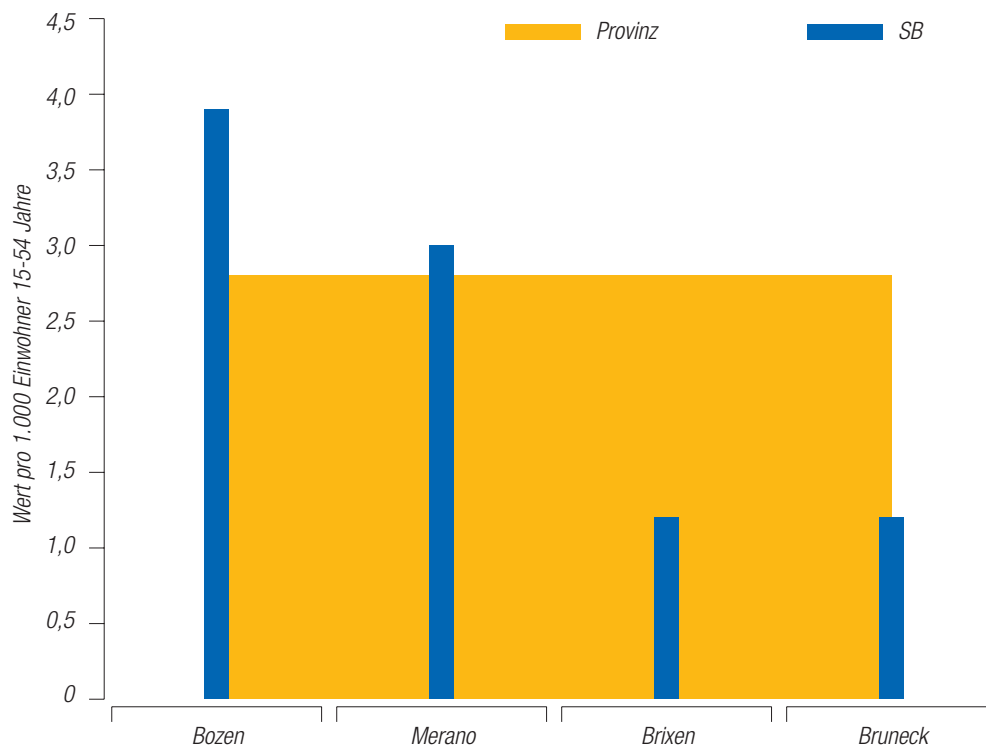
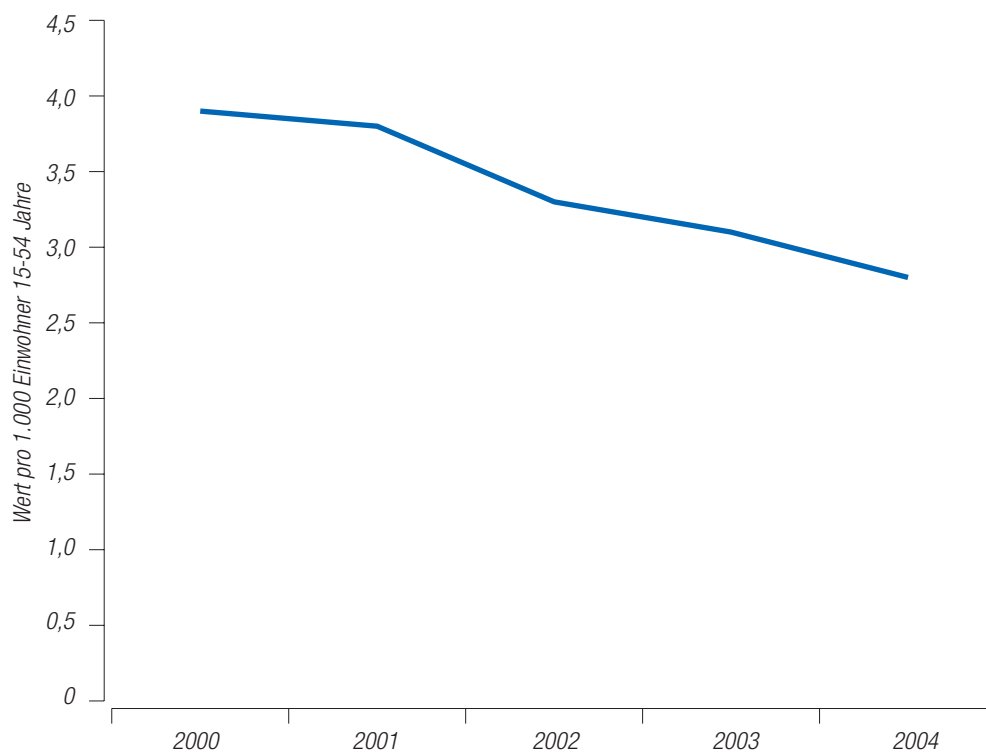


Abbildung 11: Prävalenz der von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten. Jahre 2000-2004



NEUE PATIENTEN

Das Durchschnittsalter der Patienten des Patientenbestandes beträgt 36,1 Jahre für die Männer und 36,4 Jahre für die Frauen. 25,3% der Patienten sind unter 30 Jahre alt. 40,7% gehören der Altersklasse zwischen 30 und 39 Jahren an.

Für 75,1% der DA-Patienten ist die Primärdroge Heroin, für 11,7% der Fälle handelt es sich bei der Primärdroge um Cannabinoiden und in 6,8% um Kokain. Der Anteil der Patienten mit der Primärdroge Heroin beträgt für den DfA Bozen 82,1%, für den DfA Meran 72,3%, für den DfA Brixen 47,7% und für den DfA Bruneck 47,9%.

Für 53,4% der Patienten zwischen 15 und 24 Jahren bestand die Primärdroge in Cannabinoiden, während ab 25 Jahren Heroin als Primärdroge die erste Stellung einnimmt (75,1% zwischen 25 und 34 Jahren, 87,8% zwischen 35 und 44 Jahren, 86,3% ab 45 Jahren).

Im Laufe des Jahres wandten sich 188 Drogenabhängige als neue Patienten an einen DfA des Landes; 41 davon (21,8%) wurden als neue Patienten in den Patientenbestand aufgenommen. 46 Patienten waren bereits von den DfA versorgt worden und wurden im Jahr 2004 wieder in den Patientenbestand aufgenommen; 101 neue Patienten wurden vom Regierungskommissariat, anderen Präфекturen, vom Jugendgericht oder von der überörtlichen Ärztekommision gemeldet, von denen es in den vorhergehenden Jahren keine Meldungen gab. Pro 10.000 Einwohner im Alter von 15-54 Jahren lässt sich eine durchschnittliche Inzidenz von 1,6 neuen Patienten im Patientenbestand feststellen, wobei die Werte zwischen 1,0 für den DfA Bozen und 2,9 für den DfA Brixen schwanken.

Abbildung 12: Neue, von den DfA in der Provinz Bozen versorgte DA-Patienten im Patientenbestand. Jahr 2004

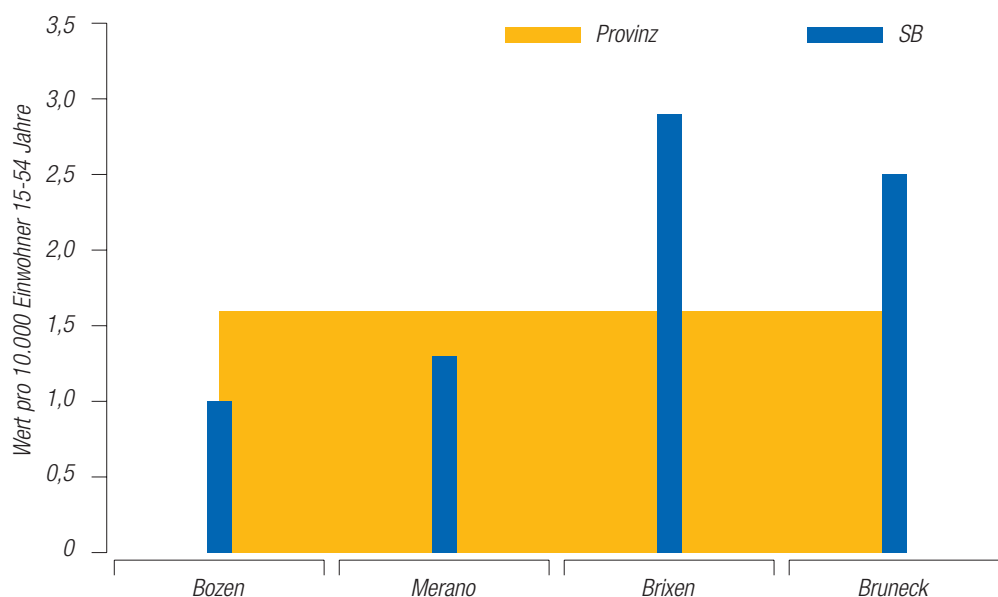
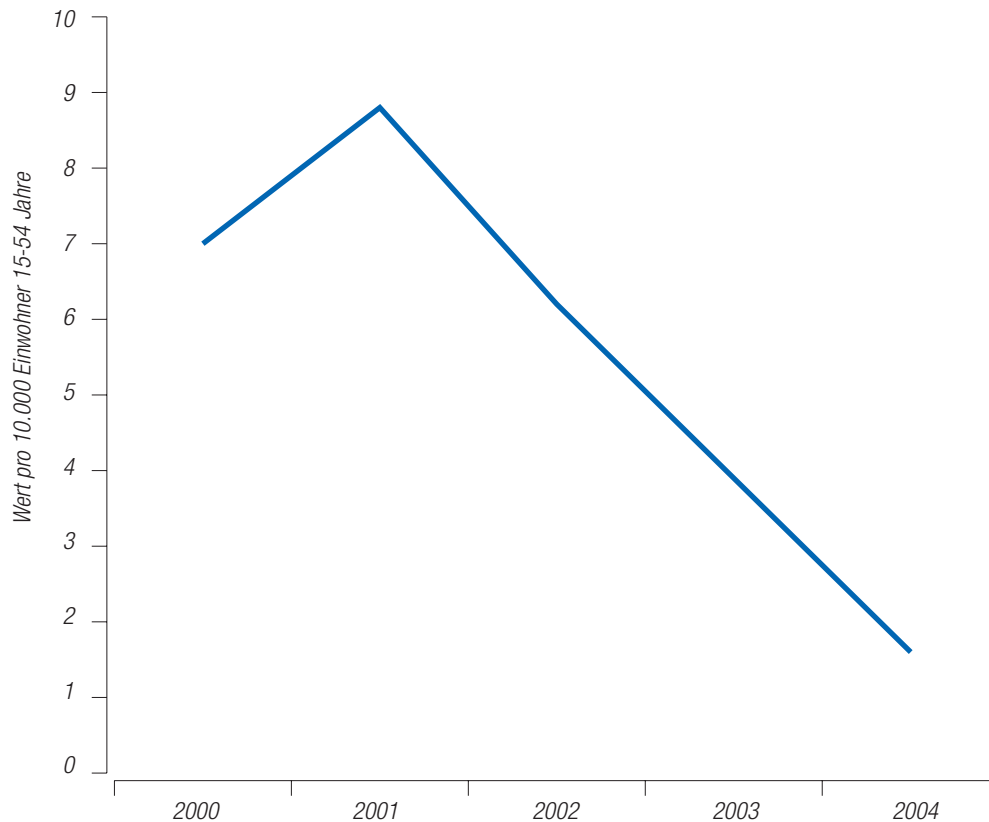
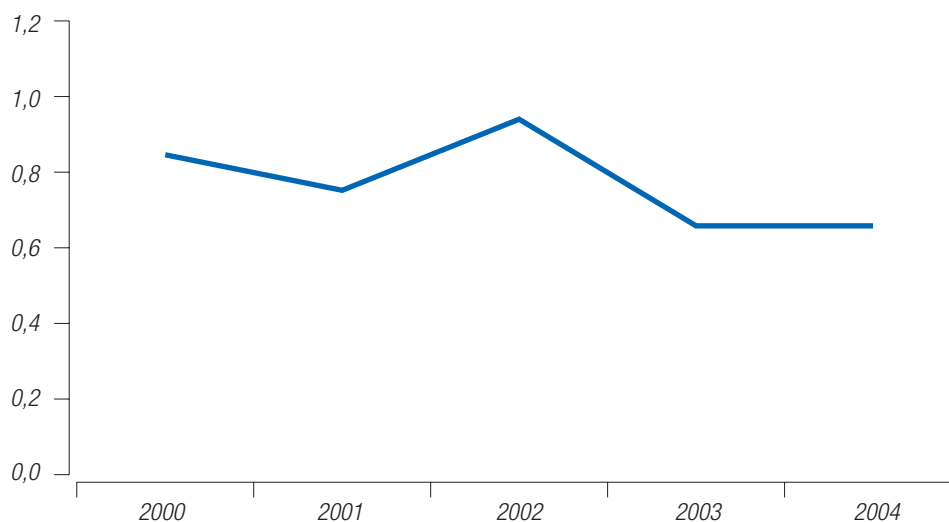


Abbildung 13: **Inzidenz neuer, von den DfA in der Provinz Bozen versorgter DA-Patienten.**
Jahre 2000-2004



Insgesamt wurden in den DfA 548 pharmakologische Behandlungen (Methadon, Naltrexon, Clonidin und sonstige Pharmaka) durchgeführt, was 0,7 Behandlungen pro Patient entspricht; dieser Indikator ist in den letzten fünf Jahren tendenziell rückläufig.

Abbildung 14: **Pharmakologische Behandlungen pro DfA-Patient in der Provinz Bozen.**
Jahre 2000-2004



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

Der an 143 Patienten des Patientenbestandes mit bekannten Ergebnissen durchgeführte HIV-Test fiel für 39,9% der Fälle positiv aus. Der an 308 Patienten mit bekannten Ergebnissen durchgeführte Hepatitis B-Test war für 90,6% der Fälle positiv. Der an 431 Patienten mit bekannten Ergebnissen durchgeführte Hepatitis C-Test ergab sich für 95,4% der Fälle als positiv.

2.2.2. Die Alkoholabhängigkeit

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

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

In Europa werden die ersten Alkoholmissbräuche in der Altersklasse unter 12 Jahren verzeichnet; der Prozentsatz an Trinkern im Alter von 18 Jahren entspricht fast jenem der Erwachsenen. Immer häufiger wird der Missbrauch von Alkohol außerdem mit anderen Substanzen kombiniert, mit der Folge der mehrfachen Abhängigkeitserkrankung.

Ein weiterer, zu vertiefender Aspekt ergibt sich aus der häufigen Beobachtung einer psychiatrischen Co-Morbidität in den Patienten mit Suchterkrankungen.

Aus den Daten der Mehrzweckerhebungen der Jahre 1997 und 2003 in Bezug auf die Bevölkerung ab 15 Jahren ergibt sich für die Provinz Bozen ein allgemeiner Rückgang des Alkoholkonsum, der im Widerspruch zum steigenden Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten steht. Rückläufig sind insbesondere der Bierkonsum (von 55,8% auf 53,7% gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnittswert des Jahres 2000 von 47,8%), der Weinkonsum (von 60,8% auf 57,6% gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert des Jahres 2000 von 57,7%), während der Anteil der Personen, die Alkohol außerhalb der Mahlzeiten zu sich nehmen, von 47,9% auf 54,3% ansteigt (gegenüber dem gesamtstaatlichen Wert von 2000 von 23,6%).

Der Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten verbreitet sich immer stärker auch unter den Frauen, deren Anteil von 30,4% des Jahres 1997 auf 44,0% des Jahres 2003 zunimmt (gesamtstaatlicher Vergleichswert des Jahres 2000: 12,5%). Die größten Alkoholkonsumenten sind die Männer: 70,1% trinken Bier (38,1% der Frauen), 65,9% trinken Wein (49,7% der Frauen), 64,9% konsumieren alkoholi-

sche Getränke außerhalb der Mahlzeiten.

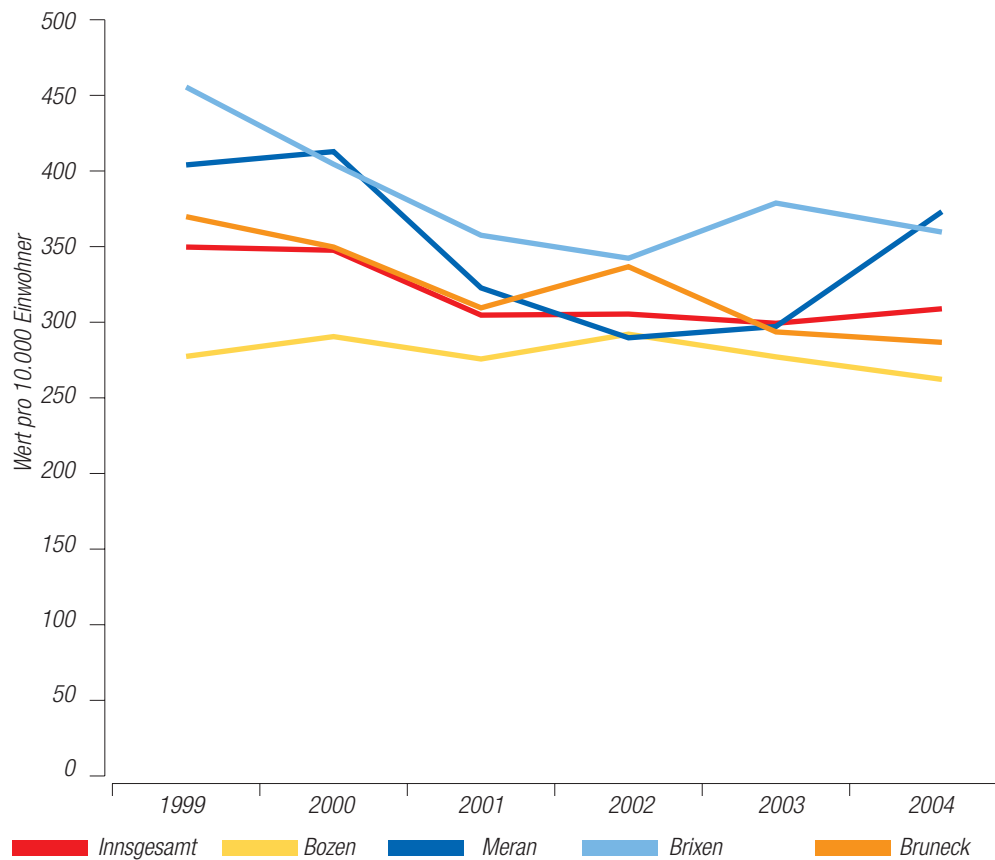
Der Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten ist typisch für die Jugendlichen und verzeichnet jedenfalls bis zur Alterklasse von 50 Jahren einen Wachstumstrend (zwischen 1997 und 2003) von 53% auf 64% in der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren. Der Anstieg ist vor allem in der Alterklasse zwischen 20 und 29 Jahren hoch, in welcher der Prozentsatz der Konsumenten um rund 20% zunimmt (von 54% auf 74%).

Die alkohol-assoziierten Entlassungen aus Krankenanstalten wurden anhand des Entlassungsbogen aus dem Krankenhaus (EBK) erfasst. Dafür wurden vor allem die Kodexe ICD-IX 291 (Alkoholpsychosen), 303 (Alkoholabhängigkeitssyndrom), 305.0 (Alkoholmissbrauch), 357.5 (alkoholische Polyneuropathie), 425.5 (alkoholische Myokardiopathie), 535.3 (alkoholische Gastritis), 571.0-571.3 (alkoholische Fettleber, akute Alkoholhepatitis und alkoholische Leberzirrhose), 790.3 (übermäßiger Alkoholgehalt im Blut) und 977.3 (Vergiftung durch Alkohol-Antagonisten) verwendet. Dabei wurden sowohl die primären als auch sekundären Diagnosen berücksichtigt.

Die Entlassenen wegen Alkoholvergiftung aus den Landeskrankenhäusern im Jahr 2004 beliefen sich auf 1.464, was einer Rate von 308,9 pro 100.000 Einwohner entspricht. Das Phänomen ist in allen Landessanitätsbetrieben tendenziell rückläufig. Der Sanitätsbetrieb Meran verzeichnet im Jahr 2004 den höchsten Wert (373,1 pro 100.000), der Sanitätsbetrieb Bozen den niedrigsten (262,2 pro 100.000).

**ALKOHOL-ASSOZIIERTE
KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

Abbildung 15: Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen.
Provinz Bozen, Jahre 1999-2004



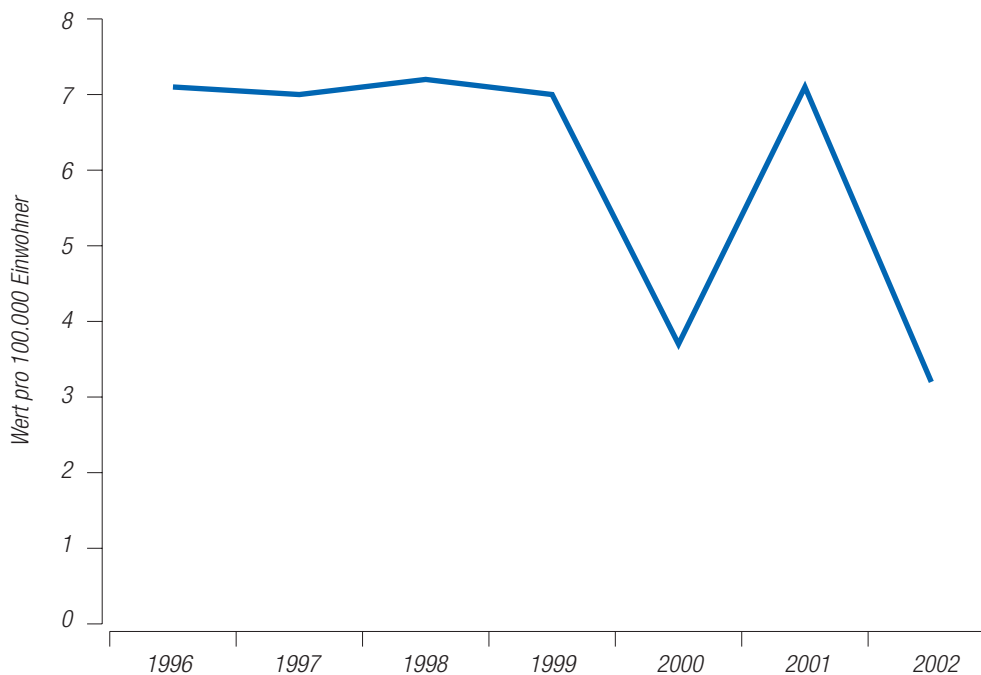
**DIE ALKOHOL-
ASSOZIIERTE
STERBLICHKEIT**

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

Für die Schätzung der alkohol-assoziierten Todesfälle in der Provinz Bozen wurden die Kodexe ICD-IX 291 (Alkoholpsychose), 303 (Alkoholabhängigkeitssyndrom), 305.0 (Alkoholmissbrauch), 357.5 (alkoholische Polyneuropathie), 425.5 (alkoholische Myokardiopathie), 535.3 (alkoholische Gastritis), 571.0-571.3 (alkoholische Fettleber, akute Alkoholhepatitis und alkoholische Leberzirrhose), 790.3 (übermäßiger Alkoholgehalt im Blut) und 977.3 (Vergiftung durch Alkohol-Antagonisten) verwendet.

Die alkohol-assoziierten Todesfälle beliefen sich im Jahr 2002 auf 15. Nach einer weitgehenden Stabilität bis zum Jahr 1999 zeigt sich das Phänomen nun tendenziell rückläufig, mit Sterblichkeitsraten von 7,1 pro 100.000 im Jahr 2001 und 3,2 pro 100.000 im Jahr 2002.

Abbildung 16: **Sterblichkeit aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen in der Provinz Bozen. Jahre 1996-2002.**



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

Im Laufe des Jahres 2004 wurden von den DfA des Landes 2.111 Personen mit Alkoholsuchtproblemen versorgt; 1.106 davon gehörten zum Patientenbestand der DfA (52,4% der Patienten). Die Fremdpatienten, die vorübergehend vom Dienst versorgt wurden, machten 21 aus (2,1%), während sich die Zahl der Personen, die nicht vom Dienst in Behandlung genommen wurden, auf 984 belief (46,6% der Patienten).

Von der privaten Vereinigung Hands wurden insgesamt 1.433 Patienten versorgt, 807 davon (56,3%) als fester Patientenstand. Das Zentrum für Psychosoziale Beratung Caritas Schlanders zählte außerdem 182 Patienten, 144 davon im Patientenbestand (79,1%).

Die im Laufe des Jahres von mehreren Diensten in den Patientenbestand aufgenommenen Patienten beliefen sich auf 145 (7,6% der Patienten des Patientenbestandes).

Insgesamt wurden im Laufe des Jahres in der Provinz 1.910 Patienten in den Patientenbestand aufgenommen, was einer Intervall-Prävalenzquote von 4,0 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht, wobei die Werte von 3,6 pro 1.000 für den Sanitätsbetrieb Bozen bis 4,7 pro 1.000 für den Sanitätsbetrieb Brixen schwanken. Im Vergleich zum Vorjahr werden keine bedeutenden Unterschiede verzeichnet.

Die altersspezifische Verteilung des alkoholabhängigen Patientenbestandes der DfA und der Vereinigungen Hands und Caritas Schlanders zeigt für beide Geschlechter vorherrschend die Altersklasse zwischen 40 und 49 Jahren (28,8% aller Patienten) mit einem Durchschnittsalter von 49,1 Jahren für die Männer und 50,1 Jahren für die Frauen. 70,2% der Patienten sind Männer.

In den Landestherapiegemeinschaften Bad Bachgart und Hands wurden im Laufe des Jahres insgesamt 241 Patienten in den Patientenstand aufgenommen, für einen Gesamtverbrauch von 14.355 Aufenthaltstagen (durchschnittlich 44,1 in Bad Bachgart und 116,9 in der Gemeinschaft Hands).

3 Drogenabhängige und 4 Alkoholabhängige wurden außerdem in österreichische Einrichtungen überwiesen; der Verbrauch an Aufenthaltstagen belief sich dabei auf insgesamt 363 bzw. 446.

Tabelle 6: In der Provinz Bozen versorgte Alkoholabhängige nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb. Jahr 2004

	DfA-, Hands- oder Caritas-Patienten	Bad Bachgart-Patienten	TG Hands-Patienten
Bozen	750	68	34
Merano	519	54	9
Brixen	316	36	4
Bruneck	325	34	2
INSGESAMT	1.910	192	49

Quelle: DfA

Abbildung 17: Von den DfA in der Provinz Bozen versorgte AA-Patienten. Jahr 2004

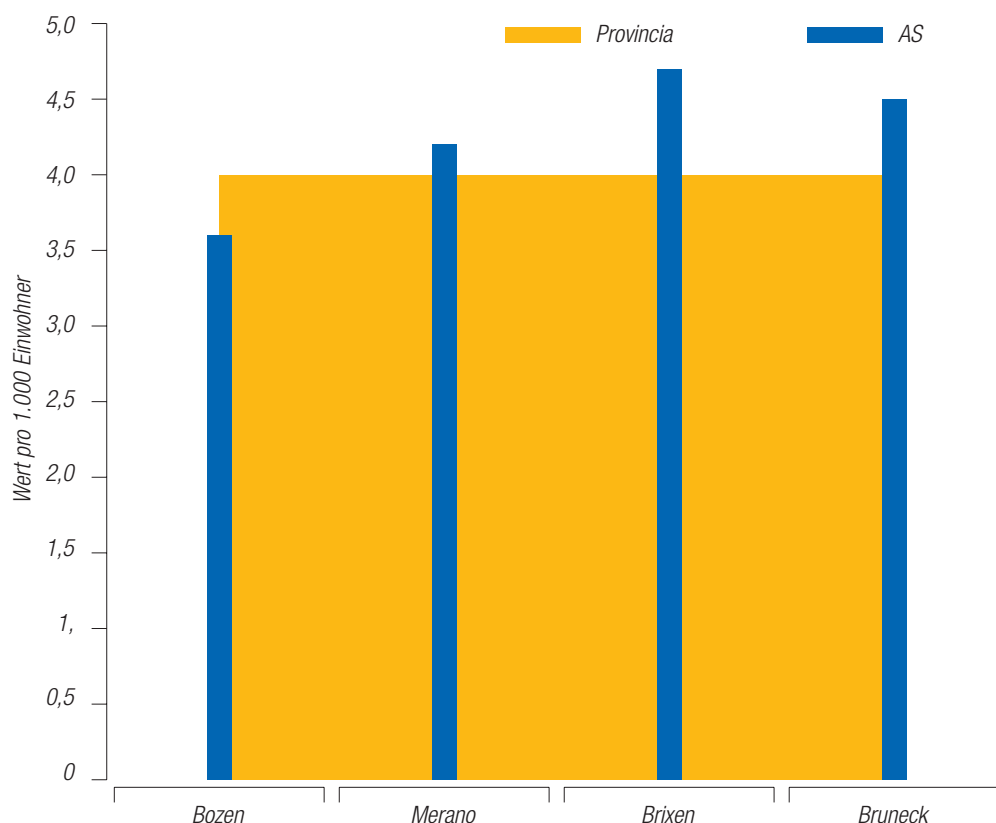
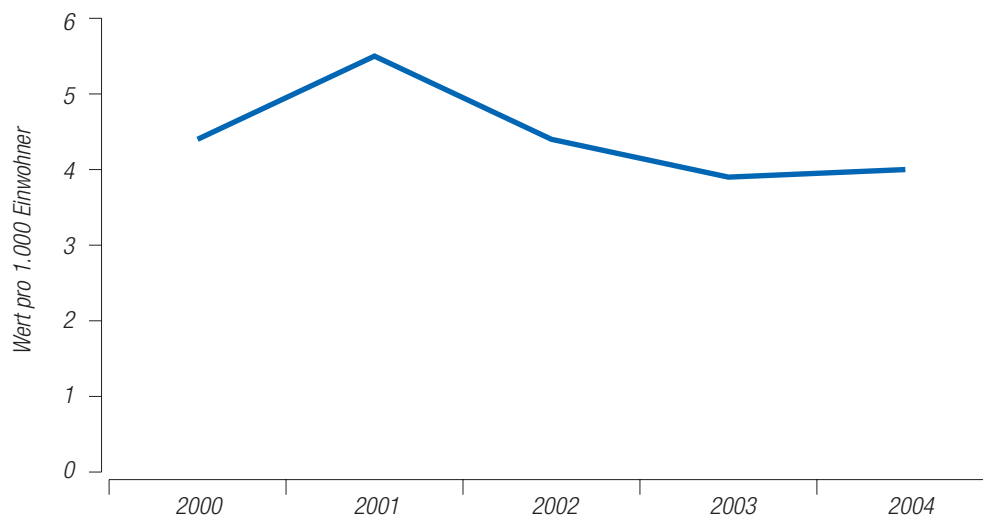


Abbildung 18: In der Provinz Bozen von einem DfA, von Hands oder Caritas versorgte AA-Patienten. Jahre 2000-2004.



2.3. UMWELT: LUFT, PHYSIKALISCHE EINWIRKUNGEN, WASSER

Der Umweltverschmutzung sind 4,7% aller Todesfälle zurückzuführen. Im Kindesalter sind 28,6% der akuten Bronchitiden und 8,7% der Asthmaanfälle auf die Umweltverschmutzung zurückzuführen.

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

Trotz widersprüchlicher Ergebnisse ist ein Zusammenhang zwischen der Niederfrequenz-Magnetfeld-Exposition und Leukämien im Kindesalter erkennbar. Die bisher durchgeführten Studien haben den eventuellen Zusammenhang zwischen Radiofrequenzen und Leukämien noch nicht endgültig geklärt.

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

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

Das Radongas kann als Hauptelement der ionisierenden Bestrahlung angesehen werden.

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

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

Rund 15% der Erdgeschoss-Wohnungen sind Radongaskonzentrationen aus-

gesetzt, welche die auf europäischer Ebene festgesetzten Grenzwerte überschreiten.

Die Südtiroler Seen eignen sich als Badegewässer.

Die größten Probleme der Südtiroler Flüsse werden durch die Wasserableitungen zur Stromerzeugung verursacht.

2.3.1. Luft

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

60% der Stickstoffoxide und mehr als 90% des Kohlenmonoxids in den städtischen Gebieten sind auf dem Verkehr zurückzuführen.

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

Die Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit werden üblicherweise in kurz- und langfristige Auswirkungen unterschieden.

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

Die langfristigen Auswirkungen sind nach einer langen Exposition und Jahre nach dem Beginn der Risikoexposition zu beobachten und können in chronischen Bronchitiden und Lungentumoren bestehen. Die Folgen können auch in diesem Fall tödlich sein.

Ein klassisches Beispiel einer Umweltbelastung mit starken gesundheitlichen Folgen ist jenes aus dem Jahr 1952 in London. Zu Beginn des Monats Dezember hüllten die Schadstoffe, die durch die enormen Kohlemengen, welche die Bevölkerung zum Heizen der Häuser in einem sehr strengen Winter verwendeten, die Stadt infolge einer Temperaturumkehr in eine Giftblase. In jener Woche erhöhte sich die allgemeine Sterblichkeit um das 2,6-Fache gegenüber demselben Vorjahreszeitraum; die Todesfälle aufgrund von Ateminsuffizienz, akuter Bronchitis und Pneumonie stiegen um das 9,3-Fache an. Unter diesen besonderen Bedingungen belief sich das Sterblichkeitsdifferenzial aufgrund der Luftverschmutzung auf rund 4.000 Personen in einer Woche.

Die Langzeiteffekte der städtischen Luftverschmutzung, d.h. der Mischung aus Schwebstoffen (TSP) und Schwefeldioxid (SO₂) gehen klar aus der übermäßigen Lungentumor-Inzidenz von 46% unter den Menschen, die in den verschmutzten Gebieten Krakaus lebten, hervor. In dieser Stadt betrugen die durchschnittlichen, jährlichen Konzentrationen von schwarzem Rauch über 150 µg/m³ und die SO₂-Konzentrationen über 104 µg/m³. Diese Werte waren viele Jahre vor den ersten

Tumormeldungen vorhanden gewesen (Jedrychowski et al., 1990).

Besonders gefährlich unter den Luftschadstoffen sind die PM₁₀. Diese feinen Staubpartikel sind sehr komplex (Schwermetalle, Sulfate, Nitrate, Ammon, organischer Kohlenstoff, polycyclische, aromatische Kohlenstoffe, Dioxine/Furane) und messen weniger als 10 Mikrometer Durchmesser.

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

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

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

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

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

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

Auch im Fall der Verschlimmerung des Asthmas sind die Resultate für die Bevölkerung im Kindesalter offensichtlich; die den PM₁₀ zuzuschreibenden Schäden werden auf 8,7% geschätzt. Für die erwachsene Bevölkerung ergeben sich im Gegensatz dazu keine besonders ersichtlichen Folgen. Die durch die Luftverschmutzung verursachten Einschränkungen der täglichen Tätigkeiten belaufen sich schätzungsweise auf 14,3%, während die Atemsymptome eine Frequenz von 11,3% erreichen.

FEINSTAUB (PM₁₀)

EINE STUDIE IN ACHT ITALIENISCHEN STÄDTEN

Tabelle 7: Auswirkungen auf die Gesundheit aufgrund von PM10-Konzentrationen über 30µg/m³ nach Ursachen und Risikogruppen

Ursachen	Punktueller Schätzwert %	Unterer Grenzwert IC 95%	Oberer Grenzwert IC 95%	N.B.
Sterblichkeit (ausgenommen die Todesfälle durch Unfall)	4,7	1,7	7,5	Alter >30 J.
Krankenhausaufenthalte wegen Herz-Kreislauferkrankungen	1,7	1,2	2,5	
Krankenhausaufenthalte wegen Atemwegkrankungen	3,0	2,5	3,7	
Akute Bronchitiden	28,6	18,4	32,9	Alter <15 J.
Asthmaanfälle	8,7	8,1	9,2	Alter <15 J.
Asthmaanfälle	0,8	0,0	1,5	Alter >15 J.
Einschränkung der Tätigkeiten	14,3	12,5	15,9	Alter >20 J.
Frequenz der Atemsymptome	11,3	3,7	11,0	

Quelle: OMS

LUFTVERSCHMUTZUNG IN DER PROVINZ BOZEN

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

Die meist verbreitetsten Luftschadstoffe sind der Feinstaub (PM10), das Stickstoffdioxid (NO₂), Benzol und Ozon (O₃).

Auf Landesebene führt der Feinstaub vor allem im Winter zu Problemen, während sich für das Stickstoffdioxid, wenngleich rückläufig in den letzten Jahren, übermäßige Konzentrationen vor allem in den dichtbesiedelten oder stark dem Verkehr ausgesetzten städtischen Gebieten ergeben.

Das Benzol weist zwar örtlich noch immer Konzentrationen über den Grenzwerten auf, ist aber durch die immer stärkere Katalysierung der Benzinmotoren konstant rückläufig und wird sich in den nächsten Jahren voraussichtlich weitgehend innerhalb der zulässigen Werte stabilisieren.

Ozon verzeichnet im Gegensatz zum Feinstaub die höchsten Konzentrationen in den wärmsten Monaten des Jahres (von Mai bis September); die Ozonkonzentrationen sind stationär, befinden sich aber jedenfalls noch über den gesetzlichen Grenzwerten.

Die polycyclischen, aromatischen Kohlenstoffe (Benzopyren) sind zwar tendenziell rückläufig, liegen aber immer noch in der Nähe der Grenzwerte. Die Schwefeldioxid-, Kohlenmonoxid- und Bleikonzentrationen haben seit einigen Jahren die Grenzwerte unterschritten.

Die größte Verschmutzungsquelle ist der Verkehr: er trägt zu 80% der Stickstoffoxid-Emissionen, zu 56% der Feinstaub-Emissionen und zu 98% der Benzolemissionen bei.

2.3.2. Elektromagnetische Strahlen

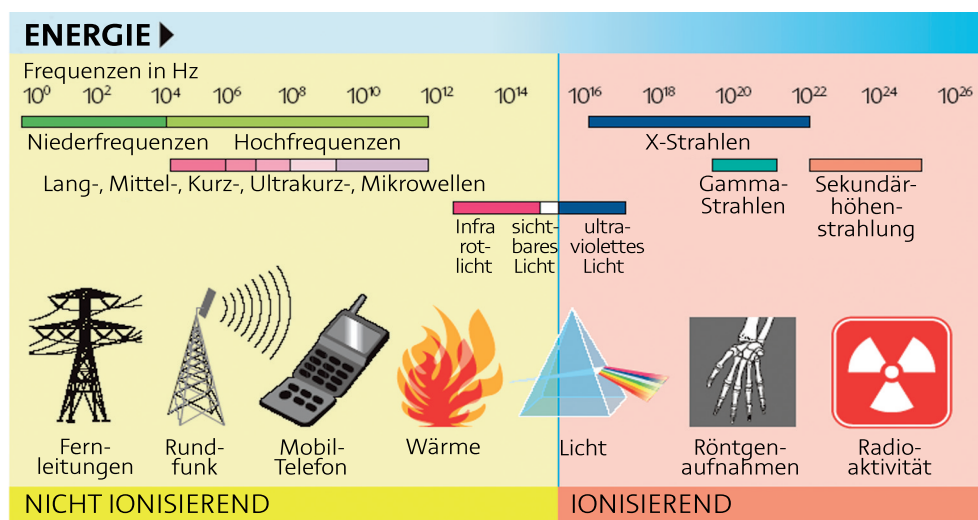
Die elektromagnetischen Strahlen können auf der Grundlage der Emissionsfrequenz nach dem in der Abbildung gezeigten elektromagnetischen Spektrum dargestellt und klassifiziert werden.

Die wichtigste Unterteilung des elektromagnetischen Spektrums erfolgt in nicht

ionisierende Strahlungen (z.B. Radiowellen, Mikrowellen) und ionisierende Strahlungen (z.B. X- und Gammastrahlen). Die nicht ionisierenden Strahlungen sind auch bei hoher Intensität nicht fähig, die den Organismus zusammensetzenden Moleküle zu brechen, sondern setzen diese nur in Bewegung und erzeugen dadurch Energie.

Die ionisierenden Strahlungen hingegen greifen in die Molekularstruktur ein und können dem Organismus auch bedeutende Schäden wie Hauttumoren oder Leukämie zufügen.

Abbildung 19: Das elektromagnetische Spektrum



Quelle: Landesagentur für Umweltschutz – Abteilung Gesundheitswesen

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

Die ELF-Felder (Felder mit sehr niedriger Frequenz) bilden sich vorwiegend um Geräte oder Stromkabel im privaten oder beruflichen Umfeld oder in der Nähe von Hochspannungsleitungen oder Transformatoren.

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

Die Radiowellen- und Mikrowellenfelder werden vor allem in Bereichen Telekommunikation und Mobilfunk sowie in den Haushaltsmikrowellenherden verwendet. Die bisher durchgeführten Untersuchungen des Zusammenhangs zwischen der

ELF-FELDER

RADIOFREQUENZEN

Radiofrequenzexposition und dem Auftreten von Leukämie haben keine klaren und eindeutigen Resultate ergeben.

Eine erste, an der Bevölkerung von Oahu auf den Hawaiiinseln durchgeführte Untersuchung, die im Umkreis von 4 km einer starken Radiofrequenzemissionsquelle lebten, hat keine statistisch relevanten Leukämie-Risiken im Kindesalter aufgrund der Radiofrequenzexposition ergeben.

Eine analoge, in Australien in drei Gemeinden im Umkreis von 4 km dreier starker TV-Sender durchgeführte Studie hat ein bescheidenes, wenngleich bedeutendes Übermaß an Leukämien in den Erwachsenen erhoben.

Zwei in England an der in der Nähe der 21 größten Radio- und TV-Sender lebenden Bevölkerung durchgeführte Studien haben keinen Zusammenhang zwischen der Exposition und den Tumorerkrankungen in den Erwachsenen erwiesen.

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

Zur Installation neuer, fester Telekommunikations- und Radio-TV-Anlagen oder auch zum Eingriff in die bereits vorhanden muss seit 1999 eine technisch-umwelttechnische Bewertung vorgelegt werden, welche vom Landeslabor für Physikalische Chemie überprüft wird.

Die Maßnahmen zur Herabsetzung der durch die Anlagen hervorgerufenen Bestrahlung berücksichtigen - in Funktion der Machbarkeit - einen angemessenen Abstand von den nahegelegensten Bauten, die Ausrichtung des Signals (auch anhand von höheren Antennen) nicht in Richtung der anliegenden Bauten und eine Einschränkung der Sendeleistung.

Anhand dieser Maßnahmen konnten in den neuen Anlagen Expositionswerte für die Landesbevölkerung festgelegt werden, die klar unter den gesetzlichen Höchstwerten (6 V/m) lagen, mit einer variablen Stärke unter 1 V/m in ländlichen Gebieten bis zu Werten, die normalerweise, auch in den dicht besiedeltsten Gebieten, nicht 3 V/m überschreiten.

Auch für die älteren Anlagen werden die gesetzlichen Grenzwerte allgemein nicht überschritten, oder es können Eingriffe vorgenommen werden, welche die Exposition der Bevölkerung elektromagnetischen Feldern gegenüber einschränken.

2.3.3. Radioaktivität

Die Folgen der ionisierenden Bestrahlung können je nach Strahlungsdosis, Exposition sowie Sensibilität des bestrahlten Gewebes vorübergehend oder permanent sein.

Auch im Fall von Strahlungsdosen, die nicht ausreichen, um die Zellen sofort zu zerstören, können Verletzungen aufgrund der Exposition im Nachhinein, oft auch nach Jahren, auftreten.

Die strahlungsempfindlichsten Gewebe sind jene, in denen der Großteil der Zellenerneuerung stattfindet, also das Knochenmark, die Haut, die Schleimhäute und die Samenzellen.

Die Auswirkungen infolge der ionisierenden Bestrahlung können die Gewebe des Organismus betreffen oder sich auf die Fortpflanzungszellen ausdehnen und genetische Änderungen in der Nachkommenschaft der der Strahlung ausgesetzten Person verursachen.

Die absorbierte Strahlungsdosis wird in Gray gemessen (Gy).

Dosen bis zu einem 1 Gy verursachen reversible, akute Störungen, in denen das Risiko eines Todesfalles fast Null beträgt.

Dosen bis zu 2 Gy führen zu einer geschwächten Symptomatologie mit niedrigem Sterblichkeitsrisiko. Die Schäden sind an den Geweben und vor allen an der Haut lokalisiert, mit Verletzungen verschiedenartigen Grades, die bis zur Geschwürbildung mit langsamer Heilung reichen.

Für Dosen zwischen 2 und 4,5 Gy besteht ein hohes Sterblichkeitsrisiko; die Blutzellen des Knochenmarks erleiden schwere Schäden mit Beeinträchtigungen des Gastrointestinaltrakts, Erbrechen, Durchfall und Gewichtsverlust, Hautverletzungen, Sterilität, fetaler Schädigung.

Für Dosen über 5-6 Gy tritt der Tod unvermeidlich innerhalb weniger Tage aufgrund von schwerer gastrointestinaler Blutung oder Dehydratation oder schwerer Schädigung des zentralen Nervensystems ein.

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

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

2.3.4. Radongas

Das Radon ist ein in der Natur vorkommendes, radioaktives Edelgas, das aufgrund seiner unterschiedlichen Verbreitung als Hauptelement der ionisierenden Bestrahlung angesehen werden kann.

Das Radongas ist vorwiegend in Böden geologischer Zusammensetzung wie Granit, Porphyry, Quarzphyllit und Tuffstein vorhanden.

DAS RADONGAS IN DER PROVINZ

Aufgrund des vorhandenen Radons sind jedoch auch jene Faktoren wichtig, die es dem Gas ermöglichen, in geschlossene Räume einzudringen; die Permeabilität des Bodens und der Isolierungsgrad der Fußböden und Wände mit direktem Bodenkontakt nehmen also eine wichtige Bedeutung ein.

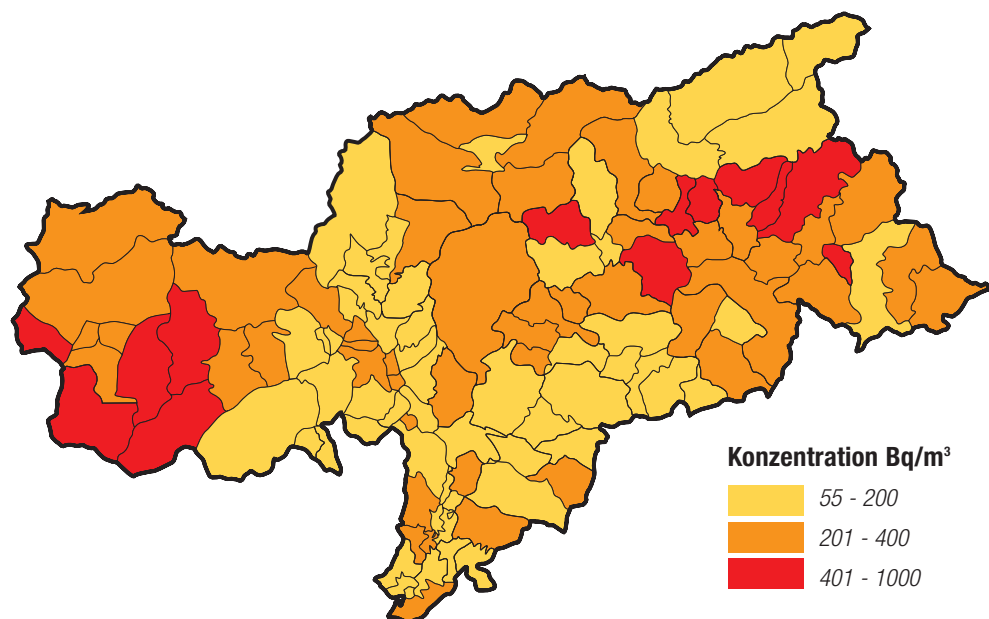
Dem Radon werden schätzungsweise 5% bis 20% aller Lungentumoren zugeschrieben.

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

Berücksichtigt man, dass die Radongaskonzentrationen im Winter durchschnittlich doppelt so hoch wie im Sommer sind, ergibt sich für ganz Südtirol eine mittlere Konzentration von rund 170 Bq/m³ (für die Wohnungen im Erdgeschoss). Den bisher in Italien durchgeführten Studien zufolge liegt der italienische Durchschnittswert bei ca. 70 Bq/m³ (für die Wohnhäuser allgemein).

85,4% der Kontrollen in den Erdgeschoss-Wohnungen haben eine Radonkonzentration unter dem von der Europäischen Union festgelegten Grenzwert von 400 Bq/m³ ergeben. In 11,0% der Fälle schwankten die Messwerte zwischen 400 und 1.000 Bq/m³, während in 3,6% der Fälle Werte über 1.000 erreicht wurden.

Abbildung 20: **75. Perzentil der Radiokonzentration nach Gemeinde in der Provinz Bozen, Jahr 2003**



Quelle: Landesagentur für Umweltschutz

2.3.5. Qualität der Gewässer

Die Qualität der Badeseen wird auf ihre gesetzliche Übereinstimmung in Bezug auf das Vorhandensein von Kolibakterien (Total- und Fäkalkoliforme), Streptokokken, Salmonellen, Mineralöl, Tensiden, Phenolen, auf die Menge des darin gelöstem Sauerstoffes sowie auf den pH-Wert, die Farbe und Transparenz überprüft. Die Kontrollen auf die Eignung als Badeseen in Südtirol betreffen den Völser Weiher, Wolfsgrubenersee, kleinen und großen Montiggler See, Kalterersee, Fennbergsee, Tretsee und Vahrnersee.

Ende Mai 2005 standen die letzten Ergebnisse für den Fennbergsee und Tretsee noch nicht zur Verfügung, während sich die anderen sechs als Badeseen geeignet erwiesen.

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

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

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

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

Quelle: Landesagentur für Umweltschutz

Die Resultate der biologischen Qualität der Fließgewässer, bezogen auf den Untersuchungszeitraum 2001-2004, sind auf der Karte dargestellt.

Die Etsch (Daten von 2001 und 2004) weist im Vinschgau aufgrund der geringen Restwasserdotation eine Belastung auf. Grund für diese kritische Belastung ist vor allem die Wasserausleitung zur Stromerzeugung. Unterhalb von Bozen steigt die Wassergüte der Etsch an (1990 war sie noch kritisch bis stark belastet): Grund für diese deutliche Verbesserung sind die gut funktionierende Kläranlage von Bozen sowie das Selbstreinigungspotential des Flusses.

Der Eisack (Daten 2003 und 2004) weist seine kritischste Belastung zwischen Mittewald und Waidbruck auf, während er in den restlichen Abschnitten eine

BADESEEN

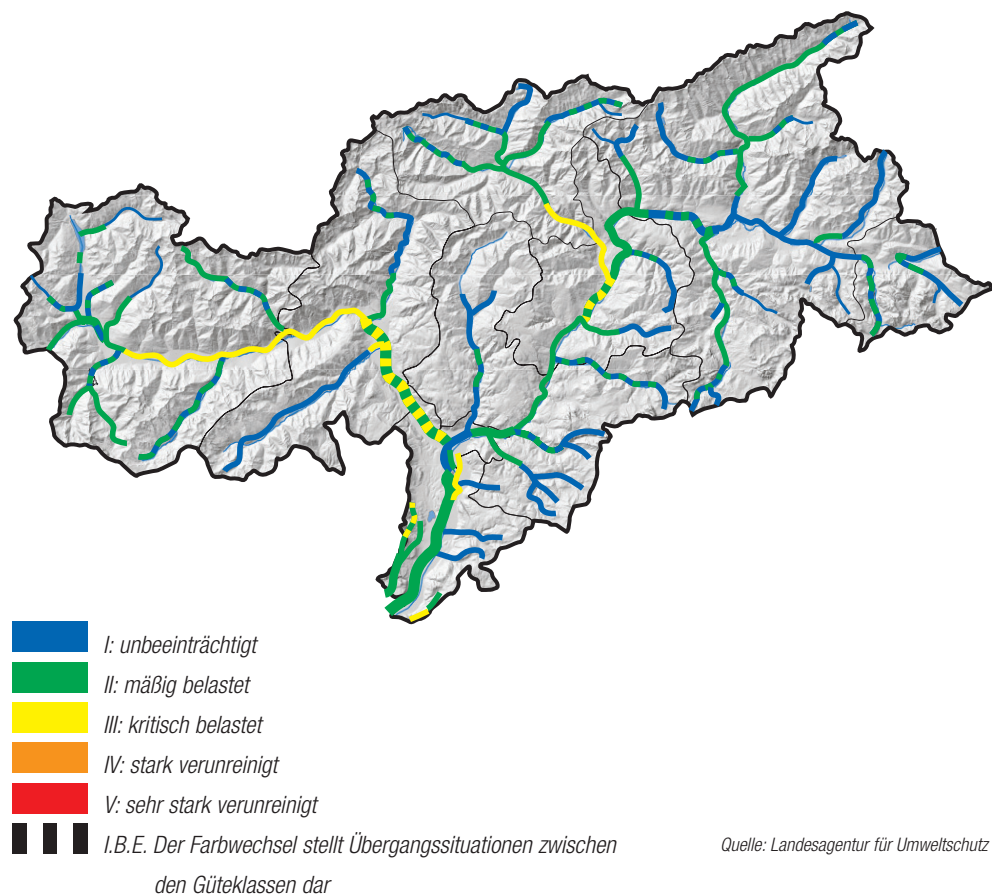
FLIEßGEWÄSSER

zweite Güteklasse beibehält. Die Situation des Eisack hat sich nach Inbetriebnahme der A.R.A Freienfeld verbessert, durch die massive Ableitung des Wassers bei Franzensfeste zwecks Stromerzeugung bleibt der Fluss jedoch auch weiterhin kritisch belastet. Zwischen der Mündung in die Talfer und Etsch zeigt sich der Eisack nicht belastet.

Die Rienz (Daten 2003 und 2004) ist im oberen Gewässerabschnitt von einer geringen Beeinträchtigung gekennzeichnet. Zwischen Toblach und Niederdorf weist der Fluss eine deutlich Belastung auf. Zwischen Welsberg und Bruneck erholt er sich wieder, ab Kiens verschlechtert sich die Situation und endet mit einer mäßigen Belastung in Brixen. Diese Verschlechterung ist hauptsächlich dem Schwallbetrieb und den Ausleitungen zur Stromerzeugung zuzuschreiben.

Die Drau verlässt die Provinz unbelastet und verzeichnet somit einen deutlichen Qualitätssprung im Vergleich zur Situation vor zehn Jahren, als sie noch belastet in Österreich mündete.

Abbildung 21: **Biologische Güte der Fließgewässer. Jahre 2001-2004**



2.4. SOZIALE UNGLEICHHEITEN

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

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

Rund 15% der Südtiroler Familien sind arm.

Das durchschnittliche Familieneinkommen in der Provinz betrug im Jahr 2003 29.884 Euro.

50% der Familien bezogen 2003 ein Einkommen unter 21.887 Euro.

Die Einkommenskonzentration in der Provinz, die im Jahr 2003 40,7% entsprach, verzeichnet einen Anstieg.

Fachkräfte und Beobachter dieses Sektors sind einhellig der Meinung, dass die Armut eine wichtige Rolle unter den Faktoren des schlechten Gesundheitszustandes spielt, da sie mit einer höheren Kindersterblichkeit, einer höheren Morbidität, einer geringeren Aufmerksamkeit den gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholmissbrauch, Drogenkonsum, wenig körperliche Bewegung) und einer höheren Umweltrisikofaktorexposition (Risiken im Wohn-, Arbeits- und Sozialbereich) zusammenhängt.

Studienschätzungen in verschiedenen, europäischen Ländern zufolge ist die Sterblichkeit in 20% der ärmeren Bevölkerung bis zu fünfmal höher als in 20% der reicheren Bevölkerung. Diese Ungleichheit hat sich auch in italienischen Regionen wie Piemont und Latium erwiesen, in denen analoge Untersuchungen durchgeführt wurden.

In den mittel-niedrigen Gesellschaftsschichten wird ein höherer Anteil an Fettleibigkeit und Hypercholesterinämie verzeichnet; außerdem wird mehr geraucht und mehr Alkohol konsumiert. Dem Zigarettenrauchen werden 50% des Sterblichkeitsdifferenzials zwischen wohlhabenden und benachteiligten Schichten sowie steigende Unterschiede in der Lebenserwartung zugeschrieben.

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

Die in Turin, Livorno und Florenz durchgeführten, italienischen Längsschnittstudien ergeben sich die Mortalitätskluft in diesen Jahren trotz der allgemeinen Besserung der Gesundheitsbedingungen vertieft hat. Das relative Sterblichkeitsrisiko in der männlichen Bevölkerung zwischen 30 und 59 Jahren wird auf 2,6 bis 3,3 mal höher unter den Personen ohne Studientitel im Vergleich zu den Personen mit Universitätsabschluss geschätzt, 1,5 bis 1,7 mal höher unter den Arbeitern im Vergleich zur Bürgerschicht, 1,7 bis 2,0 mal höher für die Bewohner von kleinen

Wohnungen im Vergleich zu jenen, die in sehr großen Wohnungen leben.

Drei im Latium durchgeführten Studien haben einen Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und dem Krankheitsausgang aufgezeigt; berücksichtigt wurden dabei die Wahrscheinlichkeit einer Nierentransplantation in Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, das Überleben von Patienten mit AIDS-Diagnose vor und nach der Einführung der Therapien mit antiretroviraler Wirkung und die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen in Patienten mit aortokoronarem Bypass.

Für die Patienten mit Universitäts- oder Oberschulabschluss lag die Wahrscheinlichkeit, innerhalb von 36 Monaten ab der ersten Dialyse einer Transplantation unterzogen zu werden, 2,4 mal höher als für die Patienten mit Grund- oder Mittelschulabschluss.

Unter den AIDS-Kranken wurden keine Überlebensdifferenzen aufgrund der wirtschaftlichen Lage vor der Einführung der Pharmaka mit antiretroviraler Wirkung verzeichnet. Ab der Einführung dieser Medikamente ergaben sich jedoch deutliche Unterschiede: in den niedrigeren Gesellschaftsschichten war das Risiko eines Todesfalls 2,6 mal höher als in den wohlhabenderen Klassen.

Bei Patienten mit aortokoronarem Bypass liegt die Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (ohne Berücksichtigung der Alters, Geschlechts und Schweregrads des Patienten im Moment der Einlieferung und der Art des Krankenhauses) bedeutend höher (2,4 mal) für die sozioökonomisch benachteiligten Klassen.

Eine Studie über die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung, die an den Krankenhauspatienten der Gemeinde Rom durchgeführt wurde, hat einen klaren Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und der Hospitalisierung insgesamt ergeben, mit einem um 44% und 25% höheren Risiko für die Männer der benachteiligten Schichten in Bezug auf die ordentlichen Krankenhausaufenthalte und Tagesklinikaufenthalte. Dagegen ergaben sich keine großen Differenzen beim Zugang zu effizienten, herkömmlichen Behandlungen wie der Aufnahme in Intensivtherapieeinrichtungen aufgrund von akutem Myokardinfarkt oder der Zulassung zu chirurgischen Therapien im Fall eines Oberschenkelbruchs.

2.4.1. Armut

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

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

Die Armutsschwelle stieg in der Provinz Bozen für eine zweiköpfige Familie zwischen 1998 und 2003 von 9.398 auf 12.929 Euro an. Die Zunahme (37,6%) ist sowohl auf den steigenden Wohlstand der Bevölkerung als auch auf das Inflationswachstum zurückzuführen.

Rund 27.000 Familien leben unterhalb der Armutsschwelle, mit einer Inzidenz von 14,9% an den Familien insgesamt. Im Besonderen erweisen sich 19,6% der ein-köpfigen Familien und 17,1% der Familien ab 4 Mitgliedern sowie 24,1% der Familien mit nur einem Einkommen als arm. Ebenso als arm gelten 19,2% der Paare mit Kindern unter 15 Jahren und 19,3% der Familien, die nur aus einem Elternteil und Kindern bestehen.

5,9% der Familien können, mit einem Einkommen unter 80% der Armutsgrenze, als sehr arm bezeichnet werden, während sich 18,1% in der Nähe der Armuts-schwelle bewegen: 9,0% der armen Familien (Einkommen unter der Armuts-grenze, aber über 80% des Wertes der Grenze selbst) und 9,1% der fast armen Familien (Einkommen zwischen der Armutsgrenze und 120% des Wertes der Grenze selbst).

Trotz des Anstiegs der Einkommensgrenze ist in der Provinz Bozen auch die Inzi-denz der Armut von 14,4% im Jahr 1998 auf 14,9% im Jahr 2003 angestiegen. Gegenüber 1998 verschlechtert sich die Situation der Familien der abhängigen Arbeiter und nehmen die Schwierigkeiten für die vierköpfigen Familien zu (die armen Familien steigen von 10,5% auf 17,1% an), insbesondere für die Paare mit Kindern bis zu 14 Jahren, für welche die Inzidenz unter den armen Familien von 14,6% auf 19,2% im Jahr 2003 ansteigt.

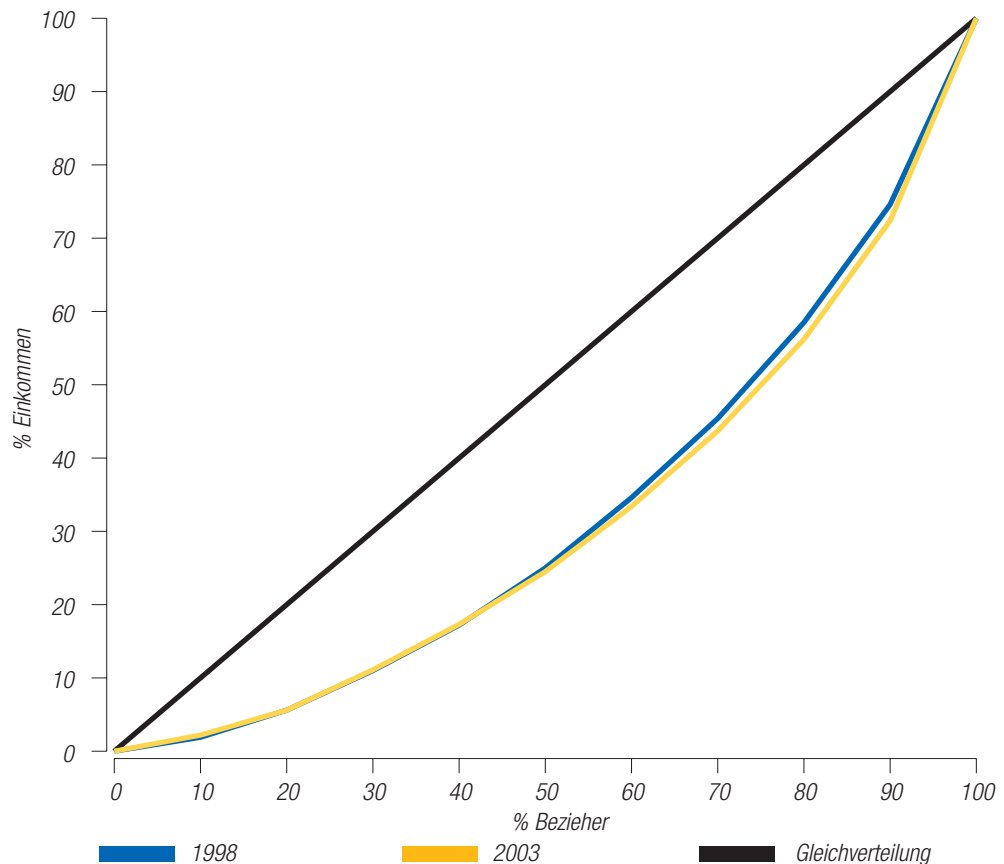
2.4.2. Einkommenskonzentration

Für die Bewertung der Ungleichheit der Einkommensverteilung werden die Lorenz-Kurve und der Gini-Index verwendet.

Die Lorenz-Kurve gibt das Verhältnis zwischen dem Anteil der Einkommensbezie-her und der von diesen bezogenen Einkommensquote an. Die Diagonale auf der Lorenz-Kurve steht für die Gleichverteilung des Einkommens innerhalb einer Bevölkerung. Die Abweichung von der Gleichverteilungsdiagonalen bedingt eine höhere Einkommenskonzentration, d.h. immer kleineren Bevölkerungsanteilen entsprechen immer höhere Quoten am Gesamteinkommen.

LORENZ-KURVE

Abbildung 22: Lorenz-Kurve für die Provinz Bozen. Jahre 1998 und 2003

**GINI-KOEFFIZIENT**

Der Gini-Koeffizient stellt die Fläche zwischen der Gleichverteilungsdiagonalen des Einkommens und der Lorenz-Kurve dar. Koeffizienten zwischen 0,5 und 0,7 weisen auf starke Ungleichheiten in der Einkommensverteilung hin, während Werte zwischen 0,20 und 0,35 eine relative Gleichverteilung des Einkommens darlegen.

**EINKOMMENS-
KONZENTRATION IN DER
PROVINZ BOZEN**

Den ASTAT-Daten 2003 über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Haushalte in Südtirol zufolge beträgt das durchschnittliche Familieneinkommen 29.884 Euro, mit einem Mittelwert von 21.887 Euro (50% der Familien beziehen ein niedrigeres Einkommen, 50% ein höheres). Von 100 Familien verfügen die 10 ärmsten über 2,2% des Gesamteinkommens mit einem Durchschnitt von 6.413 Euro, während auf die reichsten Familien 27,6% des Einkommens mit einem Durchschnitt von 82.963 Euro fallen.

Im Vergleich zur Einkommenserhebung des Jahres 1998 bessert sich die Situation von 20% der ärmsten Familien nur leicht, während 10% der reichsten Familien mit einem ansteigenden Anteil am Gesamteinkommen von 25,4% auf 27,6% deutliche Verbesserungen verzeichnen.

Der Gini-Index nimmt für die Provinz Bozen von 39,2% des Jahres 1998 auf 40,7% im Jahr 2003 zu, was einen Anstieg der Einkommenskonzentration bedeutet.

Auf gesamtstaatlicher Ebene betrug der Index im Jahr 1998 30,1%.

BIBLIOGRAPHIE

- Regione Piemonte. *La Salute in Piemonte*, 2000.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute*, 2004.
- Europäische Kommission. *Öffentliche Gesundheit*.
- URL: http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/healthdeterminants_it.htm
- Region Emilia Romagna. Regionale Gesundheitsagentur.
- URL: http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/determinanti_salute.html
- Ministero della Salute. *Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2001-2002*.
- Provincia di Torino. *Relazione sullo stato di salute nella provincia di Torino*, 2001.
- Krieger N.. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:693-700
- Cardano M., Costa G., Demarca M., Merler E., Buggeri A.. Le diseguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. In *Epidemiologia e Prevenzione* 1999;23:133-240
- Rapiti E., Peducci C.A., Agabiti N. et al. Disuguaglianze socioeconomiche nell'efficacia dei trattamenti sanitari. In *Epidemiologia e Prevenzione* 1999;23:133-240
- Materia E., Spadea T., Rossi L. et al.. Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: ospedalizzazione e posizione socioeconomica a Roma. In *Epidemiologia e Prevenzione* 1999;23:133-240
- ASTAT. *Sozialporträt Südtirol*, 2004.
- ASTAT. *Sozialporträt Südtirol*, 1998.
- ASTAT. *Ernährungsgewohnheiten*. ASTATinfo nr. 29/2004
- Epicentro – Nacionales Zentrum für Epidemiologie, Überwachung und Förderung der Gesundheit
- URL: <http://www.epicentro.iss.it/default.htm>
- ASTAT. *Der Verbrauch der privaten Haushalte*, 2002.
- ASTAT. *Statistisches Jahrbuch für Südtirol*, 2004.
- ASTAT. *Sportorganisationen in Südtirol*, 2003.
- Doxa. *Il fumo in Italia*. URL: <http://www.iss.it/sitp/ofad/fumo/fpdf/0021.pdf>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia* 2003.
- OEDT. *Relazione annuale* 2004.
- WHO. *Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies*, 2001.
- WHO. *Drinking among young Europeans*, 2001.
- ASTAT. *Einkommens- und Vermögensverhältnisse der Haushalte in Südtirol*, 2003-2004.
- Unione Europea. *Povertà ed esclusione sociale in Italia*. Allegato al NAP/inc 2003.
- Autonome Provinz Bozen. Landesagentur für Umweltschutz. Ressort für Gesundheit. *Elektromagnetische Strahlung und Gesundheit*.
- Regionalagentur für Umweltschutz von Venetien.
- URL: http://www.arpa.veneto.it/salute/htm/inquinamento_at.asp
- URL: http://www.arpa.veneto.it/agenti_fisici/htm/radioattivita_salute.asp
- Gemeinde Turin. URL: http://www.comune.torino.it/ambiente/inquinamento/aria_salute.html
- Landesagentur für Umweltschutz. URL: http://www.provincia.bz.it/agenzia-ambiente/index_i.asp

Regionalagentur für Umweltschutz Piemont. URL: <http://www.arpa.piemonte.it/index.php>

Martuzzi M., Galassi, C. Ostro B., Forastiere F. Bertolini R. Exposure to PM10 in the eight major Italian cities and quantification of the health effects. URL:

<http://www.euro.who.int/document/E75492.pdf>

WHO. Health Aspects of Air Pollution with Particulate Matter, Ozone and Nitrogen Dioxide. URL:

<http://www.euro.who.int/document/e79097.pdf>

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

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

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

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

3. GESUNDHEITZUSTAND

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

78,7% der Personen halten ihren Gesundheitszustand für gut.

30,1% der Bevölkerung erklären, an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden.

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 77,2 Jahre für die Männer und 83,4 Jahre für die Frauen.

Die Lebenserwartung, frei von Beeinträchtigungen im Alter von 15 Jahren, liegt bei 58,9 Jahren für die Männer und 65,1 Jahren für die Frauen.

Die Sterblichkeitsrate belief sich im Jahr 2002 auf 763,5 pro 100.000 unter den Männern und 783,4 pro 100.000 unter den Frauen.

Die höhere männliche Sterblichkeit überwiegt vor allem in der Altersklasse zwischen 15 und 43 Jahren.

Die häufigsten Todesursachen waren im Jahr 2002 die Erkrankungen des Kreislaufsystems (265,5 pro 100.000 für die Männer und 387,7 für die Frauen) und die Tumoren (252,9 pro 100.000 für die Männer und 216,9 für die Frauen). Im Zeitraum 1995 bis 2002 wurden durchschnittlich 426,9 Fälle vermeidbarer Sterblichkeit erfasst.

Die häufigsten vermeidbaren Todesursachen sind die Traumata und Vergiftungen unter den Männern (durchschnittlich 121,6 Fälle pro Jahr) und das Mammarkarzinom unter den Frauen (durchschnittlich 29,6 Fälle pro Jahr).

Die häufigste Krankheit unter den Todesfällen aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems waren im Jahr 2002 die ischämischen Herzleiden (112,6 pro 100.000 unter den Männern und 110,3 pro 100.000 unter den Frauen).

Die Windpocken waren im Jahr 2004 die am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit (540,2 Fälle pro 100.000 Einwohner).

Die Inzidenz der AIDS-Fälle betrug im Jahr 2004 2,1 pro 100.000.

2004 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit 8.140 Personen mit

psychiatrischen Problemen versorgt.

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

2003 starben in Verkehrsunfällen 65 Personen, 1.716 wurden dabei verletzt.

2003 wurden insgesamt 16.514 Arbeitsunfälle, 17 davon mit tödlichem Ausgang, sowie 310 Berufskrankheiten gemeldet.

3.1. WAHRGENOMMENE UND GEMESSENE GESUNDHEIT

ERKLÄRTE GESUNDHEIT

Die über die von der Bevölkerung wahrgenommene Gesundheit gesammelten Informationen stammen von der periodischen Untersuchung "Gesundheitszustand und Gesundheitsdienste", die auf gesamtstaatlicher Ebene vom ISTAT und auf Landesebene vom ASTAT durchgeführt wurde.

Aus der Untersuchung 1999-2000 ging hervor, dass sich 78,7% der befragten Personen in guter Gesundheit befanden (61,4% auf gesamtstaatlicher Ebene), während nur 2,9% ihren Zustand als schlecht bezeichneten (7,0% auf gesamtstaatlicher Ebene).

Den aktualisierten Daten zufolge ist der Anteil der Bevölkerung, der den eigenen Gesundheitszustand als gut bezeichnet, im Jahr 2003 in Südtirol auf 79,9% (80,2% im Jahr 2002) und auf gesamtstaatlicher Ebene (2002) auf 74,7% gestiegen. Gleichzeitig ist jedoch auch der Anteil der Landesbevölkerung, der seinen Gesundheitszustand als schlecht bezeichnet, auf 6,0% angewachsen.

Da bei der Erhebungsmethode des direkten Interviews die subjektive Komponente bei der Beantwortung der Fragen einen Einfluss hat, kann angenommen werden, dass für die chronischen Krankheiten die geschätzten Werte unter den realen liegen; der Grund dafür ist, dass die chronische Krankheit allgemein nur bei Auswirkungen auf das tägliche Leben erklärt wird, oder dass die Anwesenheit von kranken Personen in den Familien nur ungern zugegeben wird.

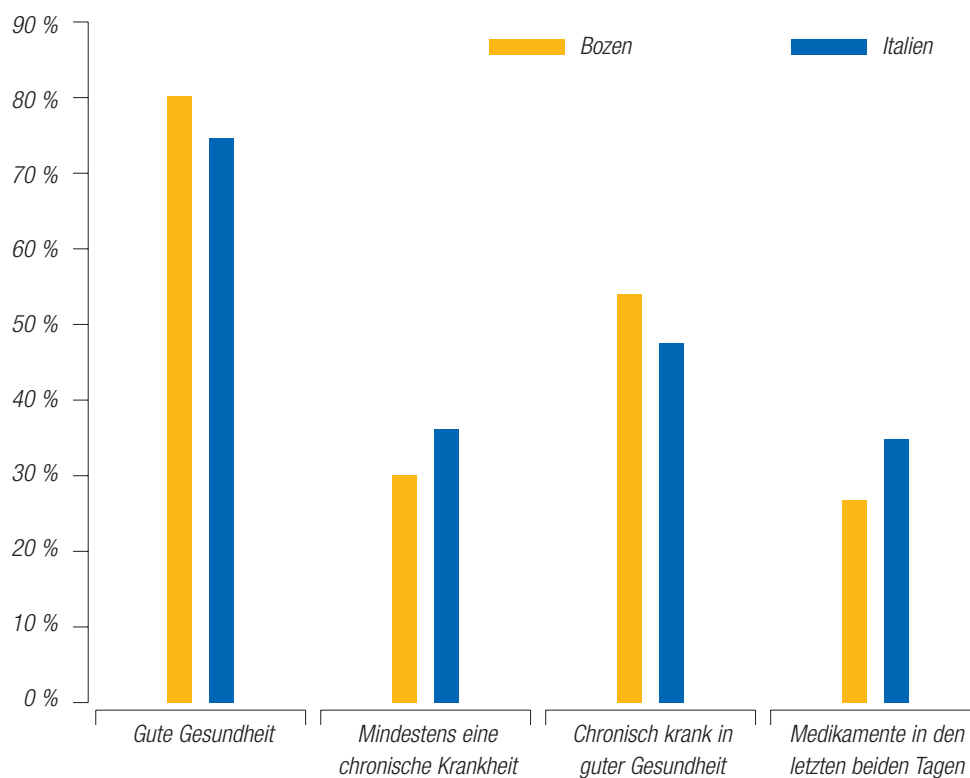
30,1% der Bevölkerung leiden mindestens an einer chronischen Krankheit (Jahr 2002), gegenüber dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 36,2%. 4,5% der Bevölkerung erklären, mindestens an einer schweren chronischen Krankheit zu leiden und pflegebedürftig zu sein (Jahr 2003).

54,0% der chronisch Kranken bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut, im Vergleich zum italienischen Durchschnitt von 47,5% (Jahr 2002).

26,8% der Bevölkerung nahmen in den beiden Tagen vor der Erfassung Medikamente ein (gegenüber 34,9% in Italien).

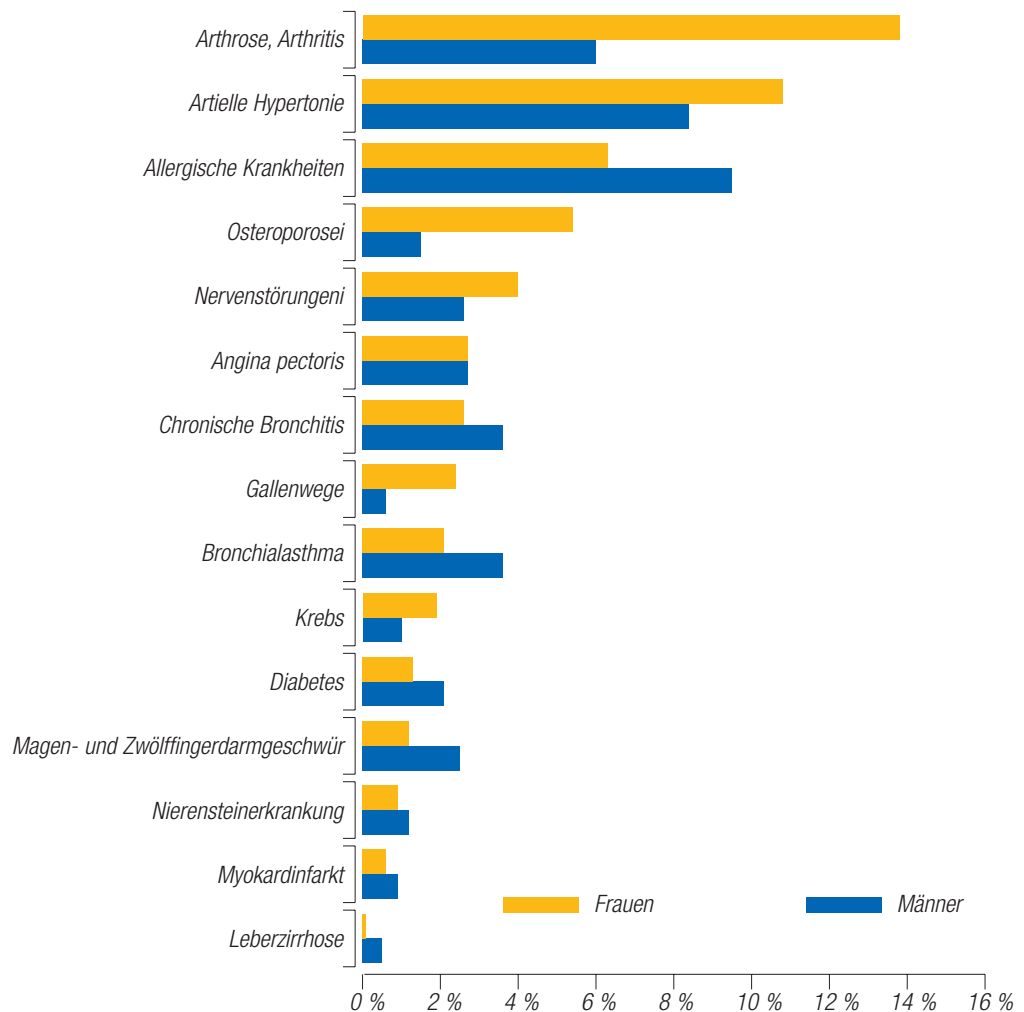
ERKLÄRTE, CHRONISCHE KRANKHEITEN

Abbildung 1: Indikatoren für den von der Bevölkerung erklärten Gesundheitszustand: Bozen und Italien (Jahr 2002).



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

Abbildung 2: Erklärte chronische Krankheiten nach Geschlecht. Bozen, Jahr 2003



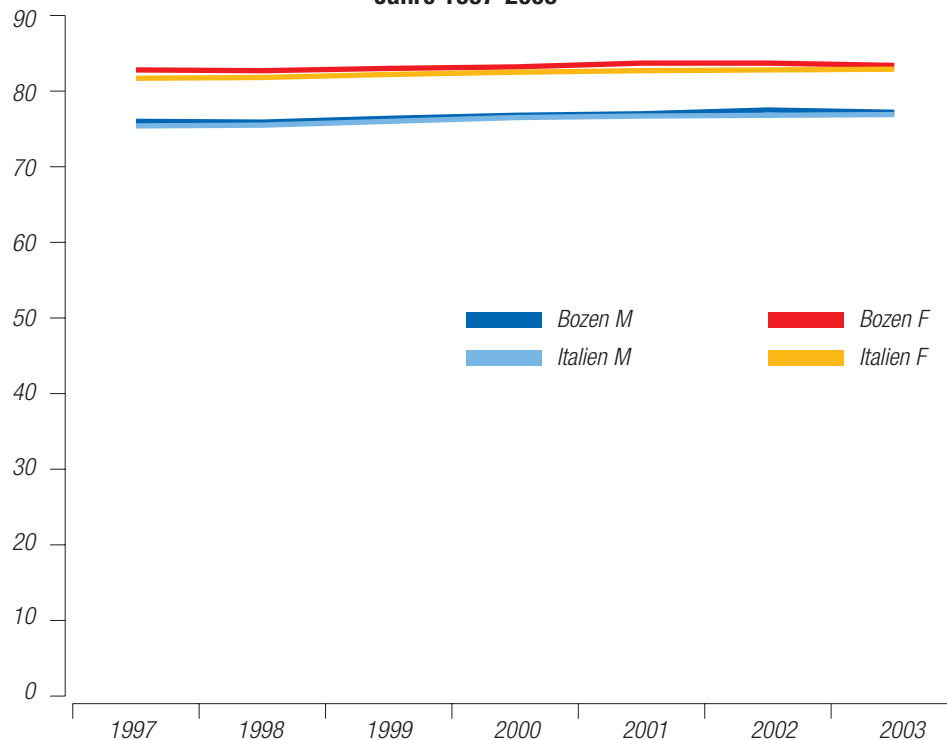
LEBENSERWARTUNG BEI DER GEBURT

Die Lebenserwartung bei der Geburt (ISTAT- Schätzungen 2003) beträgt 77,2 Jahre für die Männer und 83,4 Jahre für die Frauen und liegt somit für beide Geschlechter über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (um 0,3 Jahre für die Männer und 0,5 Jahre für die Frauen).

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

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

Abbildung 3: Lebenserwartung bei der Geburt nach Geschlecht. Bozen und Italien, Jahre 1997-2003



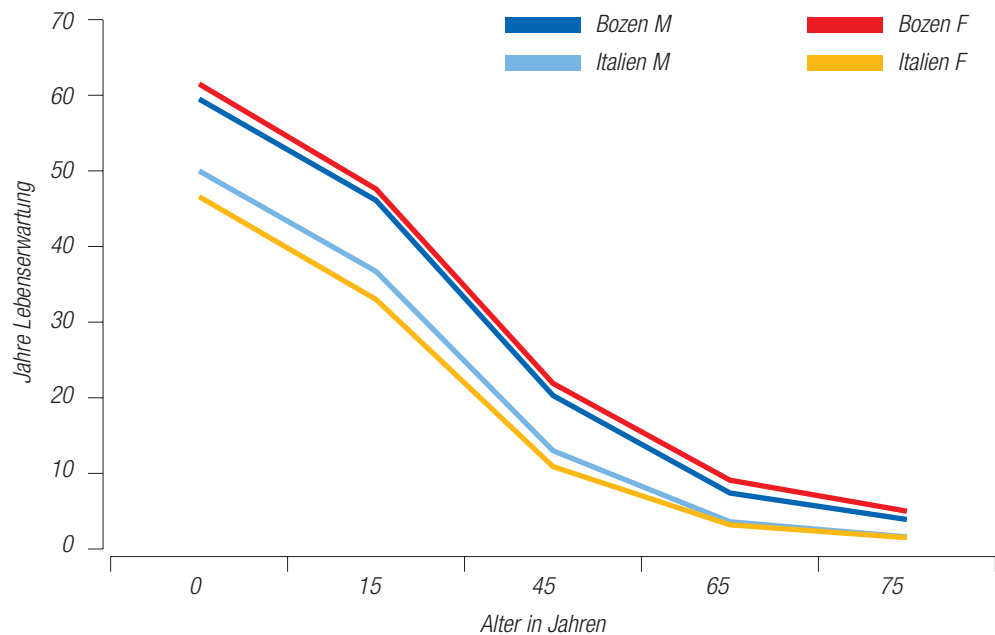
Natürlich sollte, nach dem Motto der WHO “Add life to years, not just years to life“, einer höheren Lebenserwartung auch ein guter Gesundheitszustand entsprechen. Die Lebenserwartung bei der Geburt in guter Gesundheit beträgt 59,5 Jahre für die Männer (50 auf gesamtstaatlicher Ebene) und 61,5 Jahre für die Frauen (46,6 Jahre auf gesamtstaatlicher Ebene).

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

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

LEBENSERWARTUNG IN
GUTER GESUNDHEIT

Abbildung 4: Lebenserwartung in guter Gesundheit nach verschiedenen Altersklassen

**LEBENSERWARTUNG****OHNE****BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

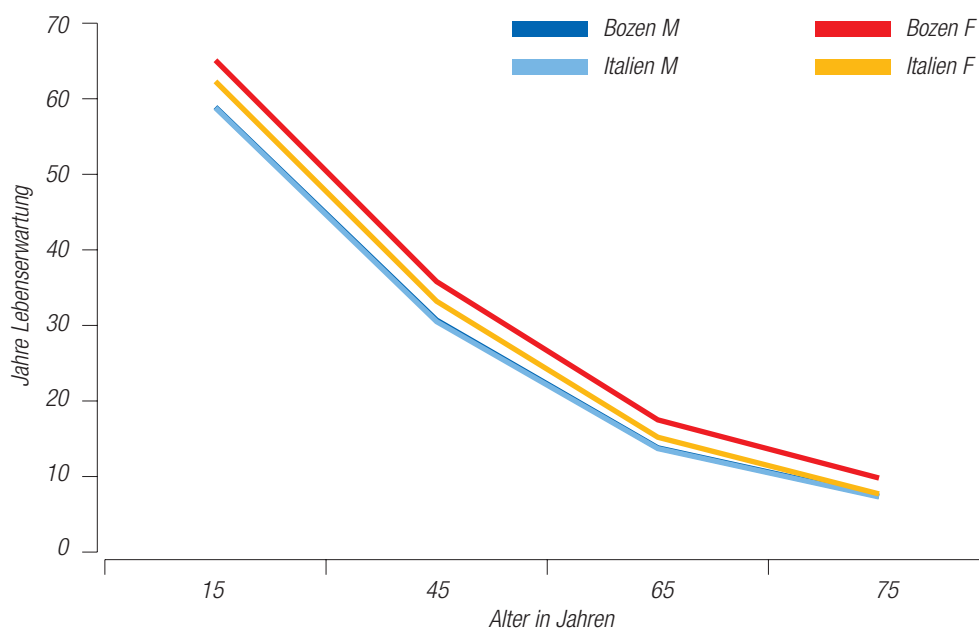
Neben der Lebenserwartung in guter Gesundheit kann auch die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigungen geschätzt werden.

Die Lebenserwartung ohne Beeinträchtigungen schwankt für die Männer zwischen 58,9 Jahren im Alter von 15 Jahren und 7,4 Jahren im Alter von 75, für die Frauen zwischen 65,1 Jahren im Alter von 15 und 9,8 Jahren im Alter von 75.

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

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

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



3.2. STERBLICHKEIT

Im Laufe der Jahre 2001 und 2002 (nicht endgültige Daten) beliefen sich die Todesfälle unter der Wohnbevölkerung auf 3.513 bzw. 3.610, was einer Sterblichkeitsrate von 754,9 pro 100.000 im Jahr 2001 und von 773,6 pro 100.000 im Jahr 2002 entspricht (763,5 pro 100.000 unter den Männern und 783,4 pro 100.000 unter den Frauen).

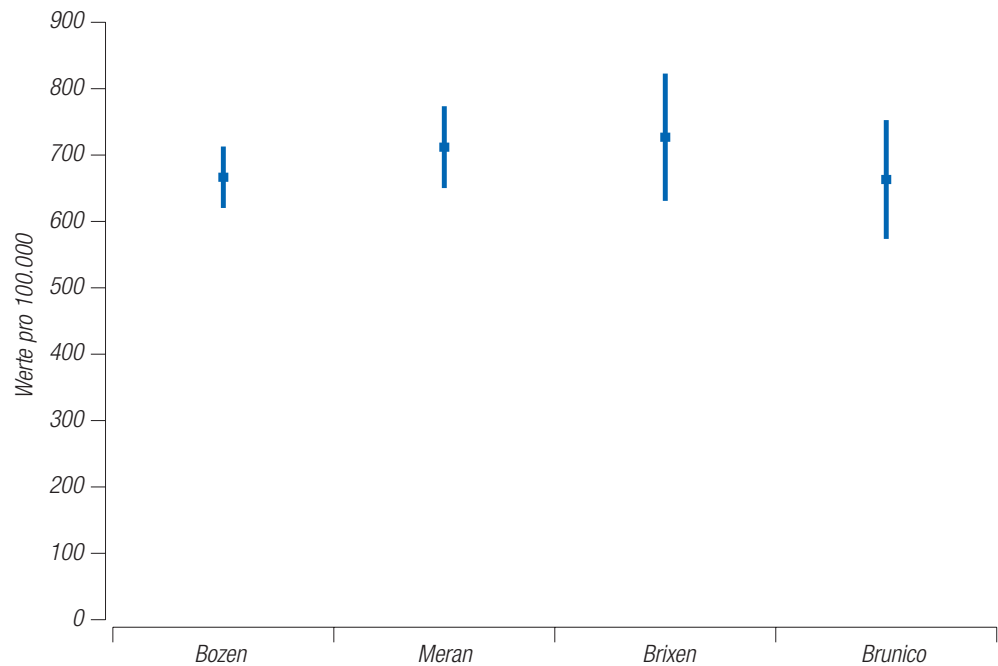
Aus einem Vergleich mit den standardisierten Raten (europäische Standardbevölkerung) gehen keine bedeutenden Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen den vier Landessanitätsbetrieben hervor.

ALLGEMEINE

STERBLICHKEIT NACH

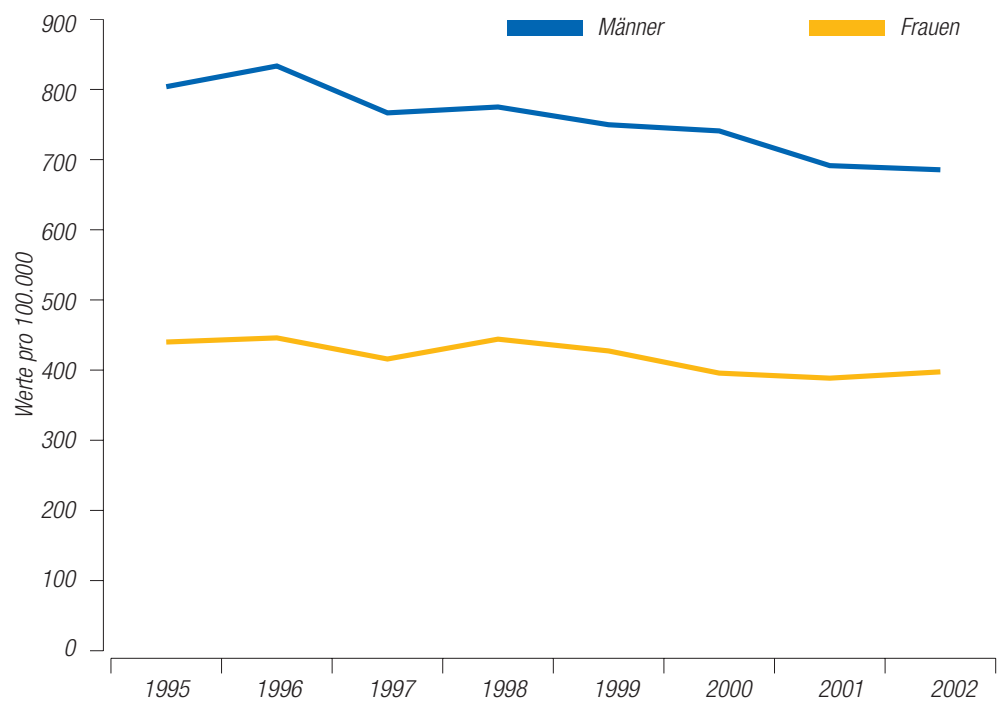
GESCHLECHT UND ALTER

Abbildung 6: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Sanitätsbetrieb, Jahr 2002



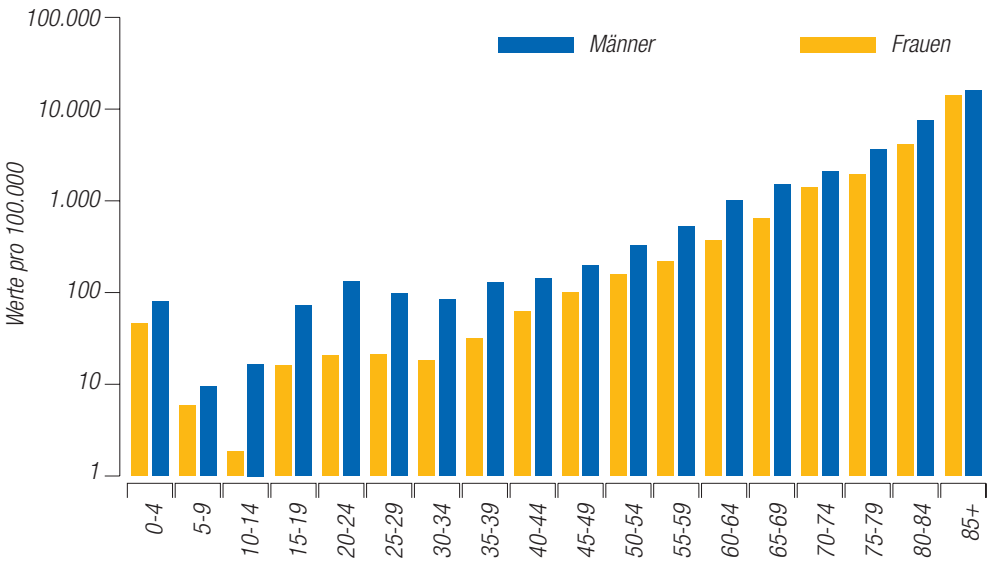
Im Zeitraum 1995-2002 ist die standardisierte Sterblichkeitsrate mit einem deutlichen Unterschied zwischen den Raten von 1995 und 2002 sowohl für die Männer als auch für die Frauen konstant rückläufig.

Abbildung 7: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Bozen, Jahre 1995-2002



Die höhere männliche Sterblichkeit überwiegt in allen Altersklassen; vor allem zwischen 15 und 34 Jahren ist die Sterblichkeit unter den Männern 2,5 bis 22,5 mal höher (in der Altersklasse 10-14) als jene der Frauen aufgrund der besonders häufigen Todesfälle durch Unfall.

Abbildung 8: Sterblichkeitsrate nach Altersklassen. Bozen, Jahre 2000-2002



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

Tabelle 1: Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht und Ursache. Bozen, Jahr 2001

Todesursache	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Infektions- und parasitäre Krankheiten	6	2,6	11	4,7
Tumoren	597	260,1	494	209,5
Krankheiten der endokrinen Drüsen	18	7,8	44	18,7
Erkrankungen des Blutes	2	0,9	4	1,7
Psychische Störungen	2	0,9	9	3,8
Krankheiten des Nervensystems	29	12,6	45	19,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	654	284,9	864	366,3
Krankheiten der Atemwege	131	57,1	134	56,8
Krankheiten des Verdauungsapparats	80	34,9	64	27,1
Krankheiten des Urogenitaltraktes	29	12,6	23	9,8
Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Puerperium	-	-	1	0,4
Krankheiten der Haut und des Unterhautgewebes	-	-	-	-
Krankheiten der Muskeln und Knochen	2	0,9	2	0,8
Angeborene Missbildungen	2	0,9	6	2,5
Krankheitszustände perinatalen Ursprungs	5	2,2	4	1,7
Schlecht definierte Krankheitszustände	19	8,3	27	11,4
Traumata und Vergiftungen	166	72,3	39	16,5
Noch nicht kodifizierte Krankheitszustände	-	-	-	-
INSGESAMT	1.742	759,0	1.771	750,9

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 2: Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht und Ursache. Bozen, Jahr 2002

	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Infektions- und parasitäre Krankheiten	13	5,6	14	5,9
Tumoren	582	252,9	513	216,9
Krankheiten der endokrinen Drüsen	24	10,4	29	12,3
Erkrankungen des Blutes	2	0,9	9	3,8
Psychische Störungen	9	3,9	13	5,5
Krankheiten des Nervensystems	28	12,2	37	15,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	611	265,5	917	387,7
Krankheiten der Atemwege	151	65,6	114	48,2
Krankheiten des Verdauungsapparats	67	29,1	45	19,0
Krankheiten des Urogenitaltraktes	18	7,8	23	9,7
Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Puerperium	-	-	-	-
Krankheiten des Verdauungsapparats	-	-	2	0,8
Krankheiten der Muskeln und Knochen	2	0,9	6	2,5
Angeborene Missbildungen	7	3,0	1	0,4
Krankheitszustände perinatalen Ursprungs	5	2,2	4	1,7
Schlecht definierte Krankheitszustände	28	12,2	27	11,4
Traumata und Vergiftungen	149	64,8	39	16,5
Noch nicht kodifizierte Krankheitszustände	61	26,5	60	25,4
INSGESAMT	1.696	737,0	1.793	758,1

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Die standardisierten Sterblichkeitsraten nach den häufigsten Todesursachen verzeichnen eine rückläufigen Verlauf für die Männer, mit Ausnahme der gewaltsamen Ursachen und der Krankheiten der Atemwege, welche im Zeitraum weitgehend unverändert bleiben.

Unter den Frauen erscheinen die Raten der Tumor- und Atemwegerkrankungen stabil, während die anderen Todesursachen tendenziell rückläufig sind.

Abbildung 9: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach den häufigsten Todesursachen, Männer. Bozen, Jahre 1995-2002

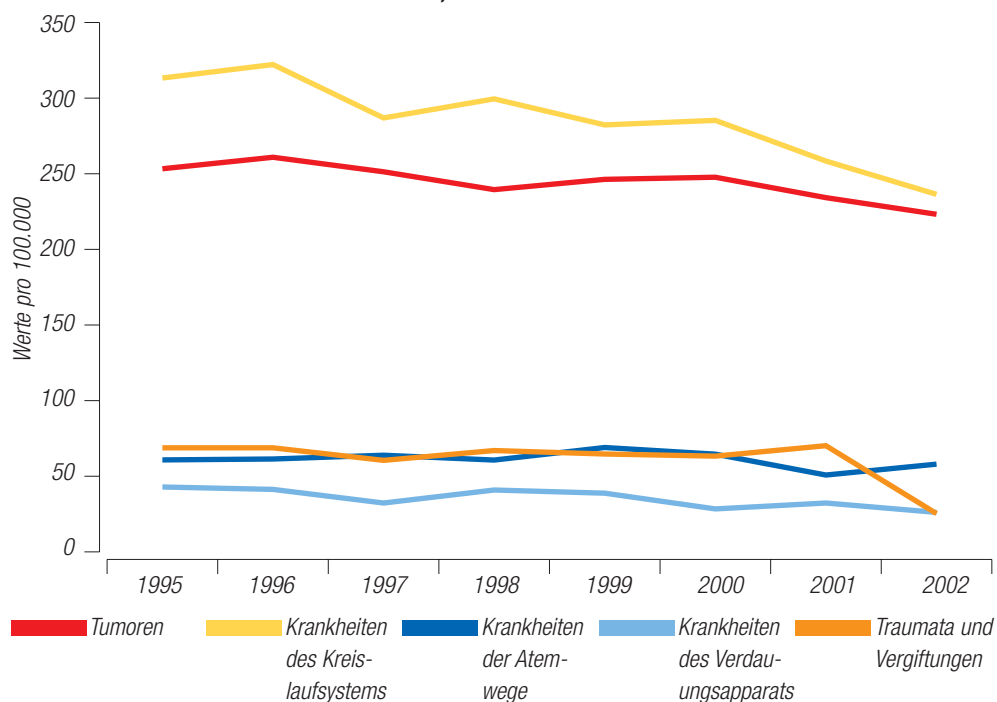
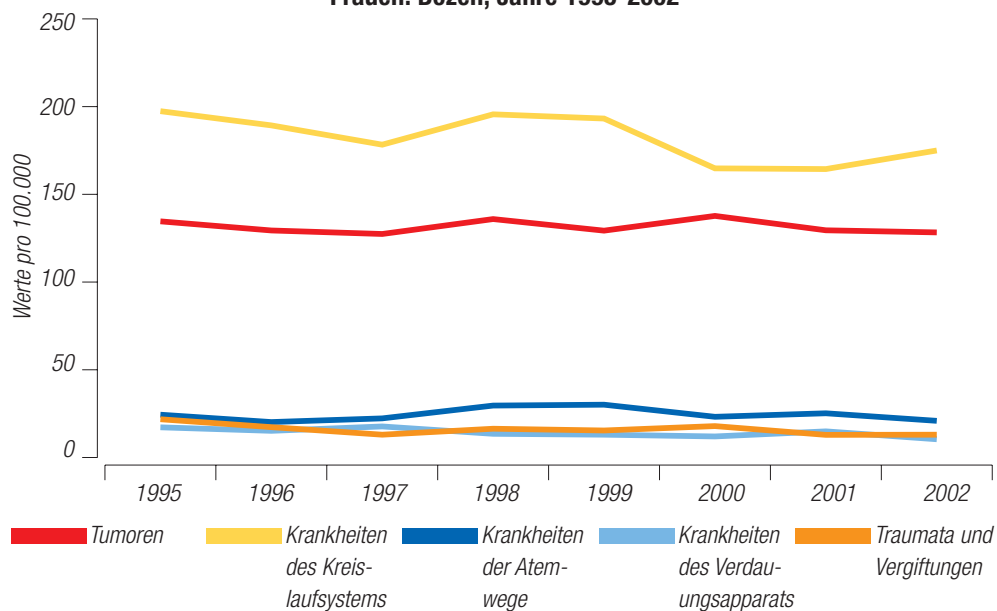


Abbildung 10: Standardisierte Sterblichkeitsrate nach den häufigsten Todesursachen, Frauen. Bozen, Jahre 1995-2002



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

Zwischen 1995 und 2002 wurden 3.415 Fälle vermeidbarer Sterblichkeit erfasst, durchschnittlich 426,9 pro Jahr, 320,3 davon betrafen Männer, 106,6 Frauen.

**VERMEIDBARE
STERBLICHKEIT**

Die häufigsten Ursachen bei den Männern waren die gewaltsamen Todesursachen im Alter zwischen 5-64 Jahren, mit einem Durchschnitt von 121,6 Fällen pro Jahr, gefolgt von den ischämischen Herzleiden im Alter von 35-64 Jahren (durchschnittlich 51,0 Fälle pro Jahr), vom Lungenkarzinom im Alter von 5-64 Jahren (35,1 Fälle pro Jahr), von der Leberzirrhose von 5-64 Jahren (27,4 Fälle pro Jahr) und von den Tumoren der oberen Verdauungs- und Atemwege (durchschnittlich 24,6 Fälle pro Jahr).

Die häufigste Todesursache bei den Frauen war hingegen das Mammakarzinom im Alter von 25-64 Jahren mit einem Jahresdurchschnitt von 29,6 Fällen, gefolgt von Traumata und Vergiftungen im Alter von 5-64 Jahren (durchschnittlich 23,4 Fälle pro Jahr).

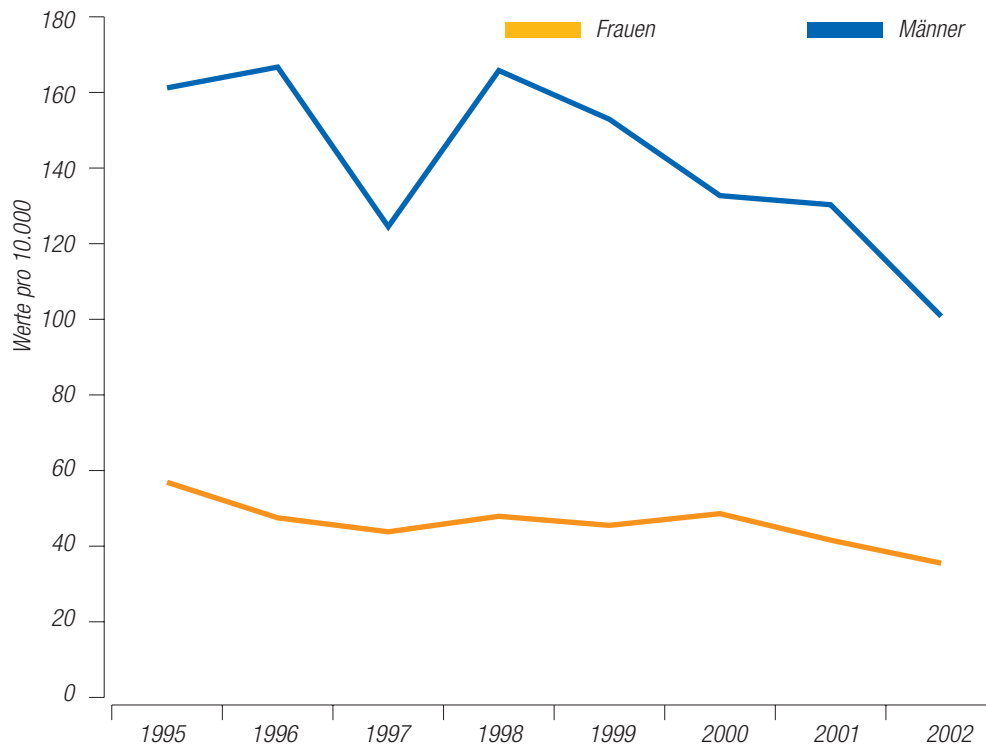
Tabelle 3: Vermeidbare Todesfälle und Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Bozen, Jahr 2002

	Männer		Frauen	
	Todesfälle	Rate pro 100.000	Todesfälle	Rate pro 100.000
Traumata und Vergiftungen, Alter 5-64 J.	109	47,4	17	7,2
Ischämische Herzleiden, Alter 35-64 J.	32	13,9	9	3,8
Lungenkarzinome, Alter 5-64 J.	22	9,6	9	3,8
Bösartige Tumoren der ob. Verdauungs- und Atemwege, Alter 5-64 J.	6	2,6	2	0,8
Mammakarzinom, Frauen Alter 25-64 J.	-	-	21	8,9
Leberzirrhose, Alter 5-64 J.	15	6,5	6	2,5
Erkrankungen des Hirnkreislaufs, Alter 5-64 J.	12	5,2	9	3,8
Leukämie, Alter 0-64 J.	2	0,9	1	0,4
Leberkarzinome, Alter 5-64 J.	15	6,5	2	0,8
Infektions- und parasitäre Krankheiten Alter 5-64 J.	2	0,9	1	0,4
Hypertonie, Alter 35-64 J.	7	3,0	3	1,3
Lungenentzündungen, Bronchitis, akute Erkrankungen der Atemwege, Alter 5-64 J.	6	2,6	-	-
Angeborene Herzfehler, Alter 0-14 J.	-	-	-	-
Tumor des Gebärmutterkörpers und der Gebärmutter ohne sonstige Indikation, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	4	1,7
Tumor des Gebärmutterhalses, Frauen Alter 15-64 J.	-	-	-	-
Erkrankungen der Atemwege, Alter 1-14 J.	2	0,9	-	-
Magengeschwür, Alter 25-64 J.	2	0,9	-	-
Chronische rheumatische Kardiopathien, Alter 5-44 J.	-	-	-	-
Blinddarmrentzündung, Alter 55-64 J.	-	-	-	-
Muttersterblichkeit, alle Altersklassen	-	-	-	-
INSGESAMT	232	100,8	84	35,5

Quelle: Landessterblichkeitsregister

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

Abbildung 11: Vermeidbare Sterblichkeitsrate nach Geschlecht. Bozen, Jahre 1995-2002



3.3. KRANKHEITEN DES HERZ-KREISLAUFSYSTEMS

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

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

Für eine an Hypertonie leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, 2 bis 4 mal höher als für eine nicht an Hypertonie leidende Person, und um über 4 mal höher, an einer Ischämie zu sterben. Schätzungen zufolge sind 25% der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie hypertonie-assoziiert. Die Daten der Mehrzweckerhebung aus dem Jahr 2003 ergeben, dass in der Provinz Bozen die Hypertoniepatienten 8,4% unter den Männern (10,8% in Italien im Jahr 2002) und 10,8% unter den Frauen (14,2% in Italien) ausmachen. Aus dem Italienischen Atlas der Herz-Kreislaferkrankungen geht ein Anteil an Hypertoniekranken in der Bevölkerung im Alter zwischen 35 und 74 Jahren von 33% unter den Männern und 31% unter den Frauen hervor. In den Personen mit einer Herz-Kreislaferkrankung wurde in 41% der männlichen Fälle und in 54% der weiblichen Fälle eine Hypertonie erfasst.

Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes

RISIKOFAKTOREN

STERBLICHKEIT

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

Die häufigste Pathologie unter den Todesursachen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems besteht in den ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 259 Todesfällen unter den Männern (112,6 pro 100.000) und 261 unter den Frauen (110,3 pro 100.000) im Jahr 2002. Vor allem unter den Frauen ist die Zahl der Erkrankungen des Hirnkreislaufs hoch (221 Fälle im Jahr 2002, d.h. 93,4 pro 100.000), während diese bei den Männern weniger häufig auftreten (117 Fälle, 50,8 pro 100.000).

Bedeutend ist auch der Anteil der anderen Herzkrankheiten (116 Fälle unter den Männern und 224 unter den Frauen, Jahr 2002), darunter die Herzinsuffizienz, für welche 68 Fälle unter den Männern (29,6 pro 100.000) und 144 unter den Frauen (60,9 pro 100.000) verzeichnet werden.

Die Todesfälle aufgrund ischämischer Herzleiden sind tendenziell rückläufig, vor allem bei den Männern. Die anderen Herzkrankheiten verzeichnen für die Männer eine Verminderung, für die Frauen jedoch einen Anstieg. Zunehmend ist auch die weibliche Sterblichkeit aufgrund von Bluthochdruck.

Abbildung 12: **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Herz-Kreislaufferkrankungen, Männer. Bozen, Jahre 1995-2002**

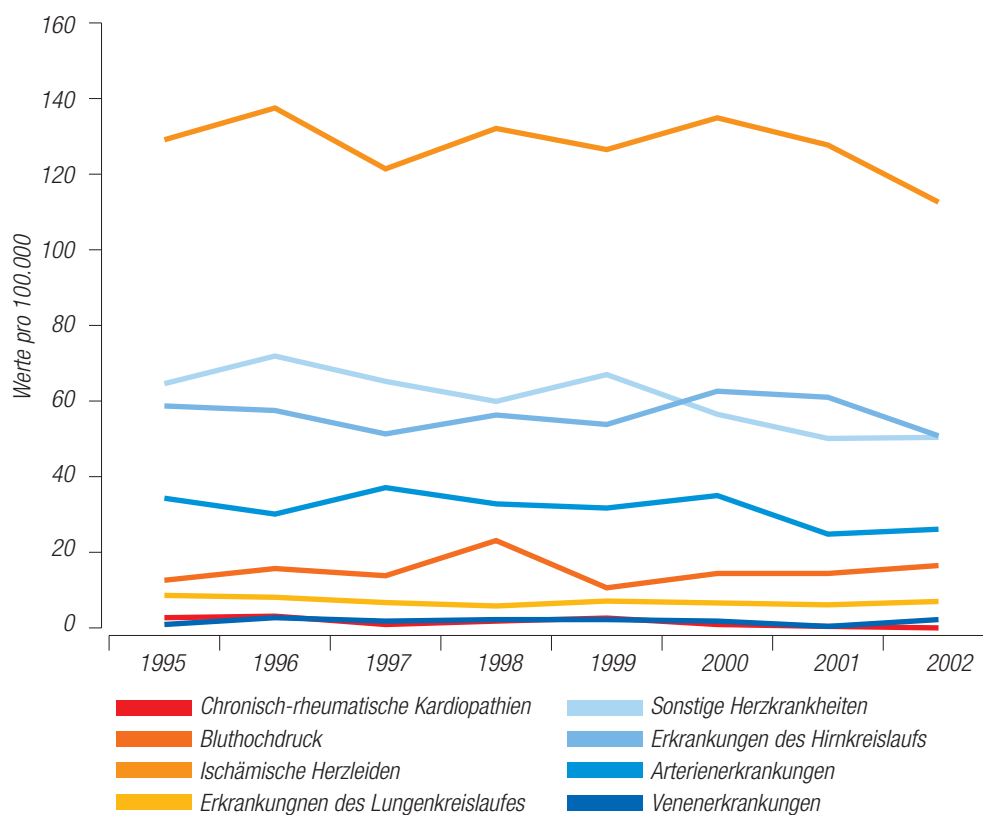
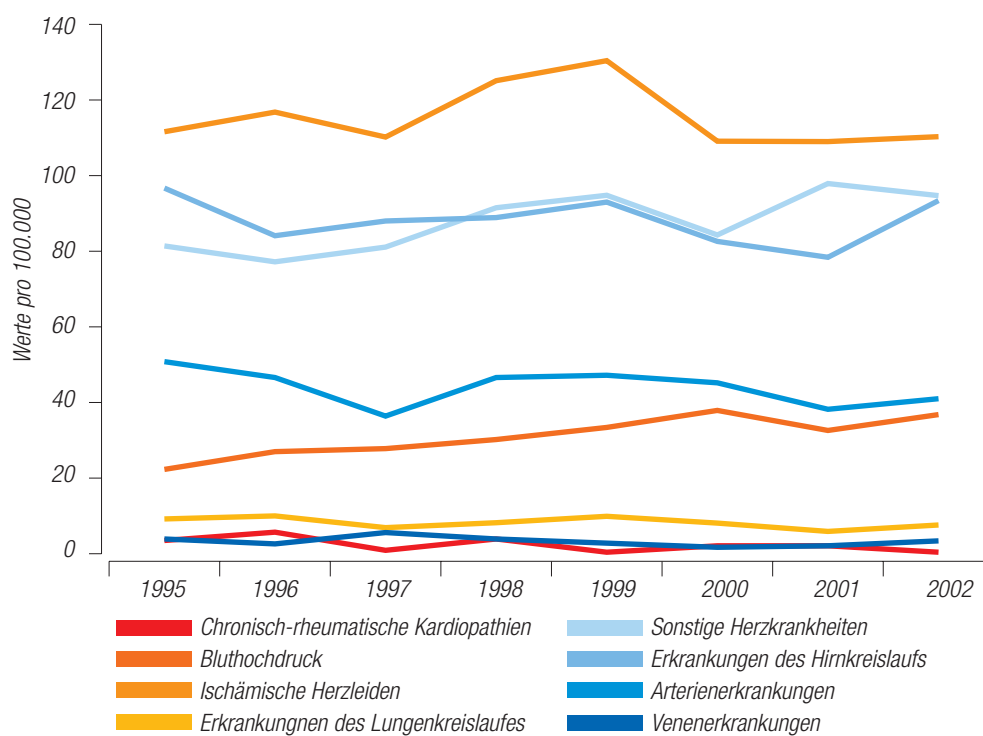


Abbildung 13: **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Herz-Kreislaufferkrankungen, Frauen. Bozen, Jahre 1995-2002.**



KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen von Einwohnern mit einer Krankheit des Kreislaufsystems als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2004 insgesamt auf 9.897, mit einer Hospitalisierungsrate im Zeitraum 2002-2004 von 2,4 pro 1.000 für die Männer und 2,2 pro 1.000 für die Frauen. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren die anderen Herzkrankheiten sowohl für die Männer als auch die Frauen, insbesondere die Herzrhythmusstörungen (1.390 Aufenthalte insgesamt) und die Herzinsuffizienz (1.350 Aufenthalte). Die Aufenthalte aufgrund von akutem Myokardinfarkt betrugen 444 für die Männer (mit 39 Todesfällen) und 314 für die Frauen (54 Todesfälle).

Tabelle 4. Aufenthalte, Todesfälle, Hospitalisierungsrate und Sterblichkeitsrate der Einwohner nach Geschlecht und Erkrankung des Kreislaufsystems. Bozen, Jahre 2002-2004.

	Aufenthalte 2004	Hospitalisierungs- rate 2002-04 (x100.000)	Todesfälle 2002	Sterblich- keitsrate 2000-02 (x 100.000)
Männer				
Akutes Gelenkrheuma	2	0,7	-	-
Chronische rheumatische Kardiopathien	15	8,9	-	0,4
Bluthochdruck	186	88,8	38	15,1
Ischämische Herzleiden	1.265	548,6	259	125,2
Erkrankungen des Lungenkreislaufs	80	35,4	16	6,6
Sonstige Herzkrankheiten	1.604	712,4	116	52,4
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	1.008	463,3	117	58,2
Arterienerkrankungen	636	279,6	60	28,7
Venenerkrankungen	377	225,7	5	1,5
INSGESAMT	5.173	2.363,4	611	288,1
Frauen				
Akutes Gelenkrheuma	1	0,6	-	0,1
Chronische rheumatische Kardiopathien	26	11,0	1	1,6
Bluthochdruck	280	130,3	87	35,9
Ischämische Herzleiden	724	315,0	261	109,9
Erkrankungen des Lungenkreislaufs	138	57,1	18	7,2
Sonstige Herzkrankheiten	1.581	702,6	224	92,7
Erkrankungen des Hirnkreislaufs	1.113	512,1	221	85,2
Arterienerkrankungen	360	137,6	97	41,6
Venenerkrankungen	501	364,3	8	2,4
INSGESAMT	4.724	2.230,7	917	376,7

Quelle: EBK, Landessterblichkeitsregister

3.4. INZIDENZ UND STERBLICHKEIT DURCH BÖSARTIGE TUMOREN

Im Fünfjahreszeitraum 1998-2002 wurden in der Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Bozen:

- 11.983 neue Fälle von bösartigen Tumoren diagnostiziert, durchschnittlich 2.397 pro Jahr, davon 1.330 unter den Männern und 1.067 unter den Frauen.

ALLGEMEINE
DATENÜBERSICHT

- Die unbereinigte jährliche Inzidenzrate - Hauttumore ausgeschlossen (ICD IX: 173) - betrug 553 Fälle pro 100.000 unter den Männern und 428 pro 100.000 unter den Frauen.
- Die häufigsten Tumorlokalisationen sind: Prostata, Kolon-Rektum und Lungen für die Männer sowie Brust, Kolon-Rektum und Magen für die Frauen.
- Durchschnittlich verstarben pro Jahr aufgrund von bösartigen Neoplasien 591 Männer (259,0 Todesfälle pro 100.000 Männer) und 488 Frauen (208,2 Todesfälle pro 100.000 Frauen).

Das Tumorregister Südtirol wurde mit Landesbeschluss Nr. 2.076/92 eingeführt und begann 1995 mit seiner Tätigkeit. Es wird vom Chefarzt des überbetrieblichen Dienstes für Pathologische Anatomie geleitet.

Das Tumorregister führt eine ständige Erhebung der neuen Fälle von bösartigen Tumoren (Inzidenz) und Sterblichkeit aufgrund von Tumorerkrankungen in der Wohnbevölkerung Südtirols und gleichzeitig periodische Qualitätsprüfungen der bereits archivierten Daten durch. Seine institutionellen Aufgaben umfassen die Bereitstellung von Informationen über die Inzidenz und Verbreitung der Tumorerkrankungen, die Erstellung einer Datenbank der möglichen Ursachen sowie die Förderung einer Sozial- und Gesundheitspolitik, die auf die Planung und Bewertung von Präventionsprogrammen und die Planung der Versorgung der an Neoplasien leidenden Patienten ausgerichtet ist.

Was die Klassifikationskriterien betrifft, listet das Tumorregister alle sicher diagnostizierbaren bösartigen Tumore auf, wie sie im ICD IX-Kodex Sektion 140.0 - 208.9 zu finden sind. Fälle mit multipler Tumorentstehung in ein und demselben Subjekt werden entsprechend den Regeln des IARC (Internationales Institut für Krebsforschung – International Agency for Research on Cancer) registriert. Bösartige Tumore, die in paarig angelegten Organen entstehen, werden nur dann als multipel erkannt, wenn sie sich morphologisch unterscheiden. Die Tumore der Haut sind dem Kodex ICD IX 172 (Melanome) und 173 (Hautkarzinome) zugeordnet. Nicht invasive Neoplasien werden zwar registriert, sind aber von der Berechnung der Inzidenzraten ausgenommen. Ausnahmen bilden die Tumore der Blase einschließlich der nicht invasiven Karzinome und jener mit unklarem Verhalten.

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

- Meldung seitens der Ärzte (öffentliche oder private) mittels Zustellung eines eigenen Formulars an das Tumorregister;
- Archiv der anatomisch-pathologischen Befunde des überbetrieblichen Dienstes für Pathologische Anatomie und des Dienstes für Pathologische Anatomie der Universitätsklinik Innsbruck;
- Landesarchiv der Entlassungsbogen der Krankenanstalten (EBK);

TUMORREGISTER SÜDTIROL

INFORMATIONSQUELLEN DES TUMORREGISTERS

**INZIDENZ IM ZEITRAUM
1998-2002**

- im Landessterblichkeitsregister archivierte Totenscheine der Wohnbevölkerung;
- Archiv der Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz und in der Universitätsklinik Innsbruck;
- Inzidenz - Datenbanken anderer aktiver Tumorregister in Grenzgebieten (Tirol, Autonome Provinz Trient).

2001 wurde das Tumorregister Südtirol vom Internationalen Institut für Krebsforschung (IARC) und der Italienischen Vereinigung der Tumorregister (AIRT) akkreditiert, nachdem seine aufgezeichneten Daten als korrekt und vollständig bewertet wurden.

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumore beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 1998-2002 (die Daten für das Jahr 2002 liegen noch nicht endgültig vor). Der verfügbare Datenerfassungszeitraum garantiert stabile Raten, deren Werte vor allem für weniger häufig auftretende Tumoren durch die geringe Anzahl der Südtiroler Bevölkerung beeinflusst werden können.

Im Zeitraum 1998-2002 wurden in der Autonomen Provinz Bozen 6.650 neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung (1.330 Fälle/Jahr) und 5.333 Fälle (1.067 Fälle/Jahr) in der weiblichen Wohnbevölkerung diagnostiziert. Hauttumore ausgeschlossen (ICD IX: 173) wurden 6.308 Fälle (553,1 Fälle pro 100.000 Männer) und 5.022 Fälle (428,4 Fälle pro 100.000 Frauen) erfasst. Von diesen wurden bei den Männern 36 Fälle (0,57%) in der Altersklasse von 0-14 Jahre und 4.274 Fälle (67,8%) in der Altersklasse über 65 Jahren beobachtet; bei den Frauen zählte man einen bösartigen Tumor bei 26 Mädchen (0,52%) unter 15 Jahren und 3.024 Fälle (60,2%) ab 65 Jahren.

Tabelle 5: **Neue Fälle von bösartigen Tumoren in der männlichen Bevölkerung - Jahre 1998-2002**

ICD IX	Lokalisation	Bozen	Merano	Brixen	Bruneck	Provinz
140	Lippen	9	3	1	1	14
141	Zunge	29	9	7	9	54
142	Speicheldrüsen	6	5	2	1	14
143-145	Mund	33	13	14	9	69
146	Oropharynx	26	15	12	8	61
147	Rhinopharynx	9	1	-	2	12
148	Hypopharynx	26	28	14	12	80
149	Rachen, n.a.d.	9	3	3	5	20
150	Speiseröhre	41	28	20	24	113
151	Magen	151	93	42	68	354
152	Dünndarm	12	8	3	2	25
153	Kolon	250	124	58	55	487
154	Rektum	139	89	38	54	320
155	Leber	117	66	35	34	252
156	Gallenwege	30	14	9	12	65
157	Bauchspeicheldrüse	78	31	22	15	146
160	Nasenhöhlen	8	5	3	6	22
161	Kehlkopf	69	30	18	15	132
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	377	196	87	68	728
163-164	Andere Thoraxorgane	4	2	1	2	9
MES	Mesotheliom	8	5	2	1	16
170	Knochen	5	3	2	2	12
171	Weichteile	19	7	4	2	32
KAP	Karposisarkom	5	1	-	1	7
172	Melanome der Haut	82	34	15	20	151
173	Haut, Nicht-Melanome	200	71	40	31	342
175	Brust (Mann)	3	3	-	-	6
185	Prostata	772	369	174	130	1.445
186	Hoden	29	24	15	13	81
187	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	6	3	1	-	10
334	147	59	76	616		
188	Blase	334	147	59	76	616
189	Nieren und andere Harnwege	122	47	36	30	235
190	Augen	1	1	1	-	3
191-192	Großhirn und ZNS	46	28	9	13	96
193	Schilddrüse	20	9	9	1	39
194	Andere endokrine Drüsen	3	-	-	-	3
201	Hodgkin-Lymphom	18	7	6	-	31
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	94	54	27	23	198
203	Myelom	21	23	12	6	62
204	Lymphatische Leukämie	37	21	14	12	84
205	Myeloische Leukämie	36	17	5	5	63
206	Monozytische Leukämie	6	1	-	-	7
207	Sonstige definierte Leukämien	1	-	-	-	1
208	Leukämie, n.a.d.	2	-	-	1	3
	Schlecht definierte Lokalisationen *	53	39	18	20	130
	ALLE LOKALISATIONEN	3.346	1.677	838	789	6.650

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

Quelle: Tumorregister Südtirol

Tabelle 6: Neue Fälle von bösartigen Tumoren in der weiblichen Bevölkerung - Jahre 1998-2002

ICD IX	Lokalisation	Bozen	Merano	Brixen	Bruneck	Provinz
140	Lippen	2	1	-	-	3
141	Zunge	11	2	3	2	18
142	Speicheldrüsen	6	3	3	-	12
143-145	Mund	8	6	4	3	21
146	Oropharynx	7	1	2	-	10
147	Rhinopharynx	-	2	1	2	5
148	Hypopharynx	6	-	-	-	6
149	Rachen, n.a.d.	3	-	-	-	3
150	Speiseröhre	15	8	1	-	24
151	Magen	122	87	48	48	305
152	Dünndarm	3	3	4	3	13
153	Kolon	228	135	57	54	474
154	Rektum	100	45	33	30	208
155	Leber	40	24	5	2	71
156	Gallenwege	65	29	10	18	122
157	Bauchspeicheldrüse	91	42	29	19	181
160	Nasenhöhlen	-	1	-	2	3
161	Kehlkopf	14	2	2	-	18
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	134	74	32	21	261
163-164	Andere Thoraxorgane	2	-	2	-	4
MES	Mesotheliom	5	-	1	1	7
170	Knochen	3	2	3	1	9
171	Weichteile	12	6	3	3	24
KAP	Karposisarkom	3	1	-	1	5
172	Melanome der Haut	96	51	25	22	194
173	Haut, Nicht-Melanome	144	62	40	65	311
174	Brust (Frau)	715	358	150	146	1.369
179	Gebärmutter, n.a.d.	7	4	4	2	17
180	Gebärmutterhals	47	38	16	15	116
181	Plazenta	1	-	-	-	1
182	Gebärmutterkörper	120	55	34	39	248
183	Eierstock	96	62	26	30	214
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	28	5	1	7	41
188	Blase	80	42	20	11	153
189	Nieren und andere Harnwege	61	37	31	22	151
190	Augen	2	2	2	1	7
191-192	Gehirn und ZNS	44	15	11	18	88
193	Schilddrüse	47	10	12	7	76
194	Andere endokrine Drüsen	2	1	-	-	3
201	Hodgkin-Lymphom	10	3	3	1	17
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	92	57	23	15	187
203	Myelom	29	20	7	5	61
204	Lymphatische Leukämie	23	14	8	15	60
205	Myeloische Leukämie	31	14	8	9	62
206	Monozytische Leukämie	1	-	-	-	1
207	Sonstige definierte Leukämien	-	1	-	-	1
208	Leukämie, n.a.d.	1	1	-	-	2
	Schlecht definierte Lokalisationen *	71	40	14	21	146
	ALLE LOKALISATIONEN	2.628	1.366	678	661	5.333

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

Quelle: Tumorregister Südtirol

Tabelle 7: Durchschnittliche jährliche Inzidenzraten der bösartigen Tumoren pro 100.000 Einwohner - Jahre 1998-2002

ICD IX	Lokalisationen	Unbereinigte Raten		Standardisierte Raten (euro. Bevölk.)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
140	Lippen	1,2	0,3	1,1	0,2
141	Zunge	4,7	1,5	4,6	1,4
142	Speicheldrüsen	1,2	1,0	1,2	0,9
143-145	Mund	6,1	1,8	5,9	1,6
146	Oropharynx	5,3	0,9	5,1	0,8
147	Rhinopharynx	1,1	0,4	1,0	0,4
148	Hypopharynx	7,0	0,5	6,8	0,4
149	Rachen, n.a.d.	1,8	0,3	1,8	0,2
150	Speiseröhre	9,9	2,0	9,3	1,6
151	Magen	31,0	26,0	28,5	16,8
152	Dünndarm	2,2	1,1	2,0	0,9
153	Kolon	42,7	40,4	39,6	28,6
154	Rektum	28,1	17,7	26,4	12,6
155	Leber	22,1	6,1	20,8	3,9
156	Gallenwege	5,7	10,4	5,1	6,6
157	Bauchspeicheldrüse	12,8	15,4	11,9	10,3
160	Nasenhöhlen	1,9	0,3	1,8	0,2
161	Kehlkopf	11,6	1,5	11,2	1,2
162	Luftröhre, Bronchien, Lungen	63,8	22,3	58,6	15,9
163-164	Andere Thoraxorgane	0,8	0,3	0,8	0,2
MES	Mesotheliom	1,4	0,6	1,4	0,4
170	Knochen	1,1	0,8	1,1	0,8
171	Weichteile	2,8	2,0	2,6	1,6
KAP	Karposisarkom	0,6	0,4	0,5	0,2
172	Melanome der Haut	13,2	16,6	12,6	13,9
173	Haut, Nicht-Melanome	30,0	26,5	27,6	15,3
174	Brust (Frau)	-	116,8	-	97,7
175	Brust (Mann)	0,5	-	0,4	-
179	Gebärmutter, n.a.d.	-	1,5	-	1,0
180	Gebärmutterhals	-	9,9	-	9,0
181	Plazenta	-	0,1	-	0,1
182	Gebärmutterkörper	-	21,2	-	16,0
183	Eierstock	-	18,3	-	14,6
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	-	3,5	-	2,2
185	Prostata	126,7	-	115,4	-
186	Hoden	7,1	-	6,2	-
187	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	0,9	-	0,8	-
188	Blase	54,0	13,1	49,6	8,2
189	Nieren und andere Harnwege	20,6	12,9	19,2	9,6
190	Augen	0,3	0,6	0,3	0,5
191-192	Großhirn und ZNS	8,4	7,5	8,1	6,0
193	Schilddrüse	3,4	6,5	3,2	5,8
194	Andere endokrine Drüsen	0,3	0,3	0,3	0,3
201	Hodgkin-Lymphom	2,7	1,5	2,5	1,4
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	17,4	16,0	16,4	12,3
203	Myelom	5,4	5,2	5,0	3,5
204	Lymphatische Leukämie	7,4	5,1	7,1	3,5
205	Myeloische Leukämie	5,5	5,3	5,1	3,8
206	Monozytische Leukämie	0,6	0,1	0,6	0,0
207	Sonstige definierte Leukämien	0,1	0,1	0,1	0,1
208	Leukämie, n.a.d.	0,3	0,2	0,2	0,1
	Schlecht definierte Lokalisationen*	11,4	12,5	10,8	7,7
	ALLE LOKALISATIONEN	583,1	455,0	540,4	339,9

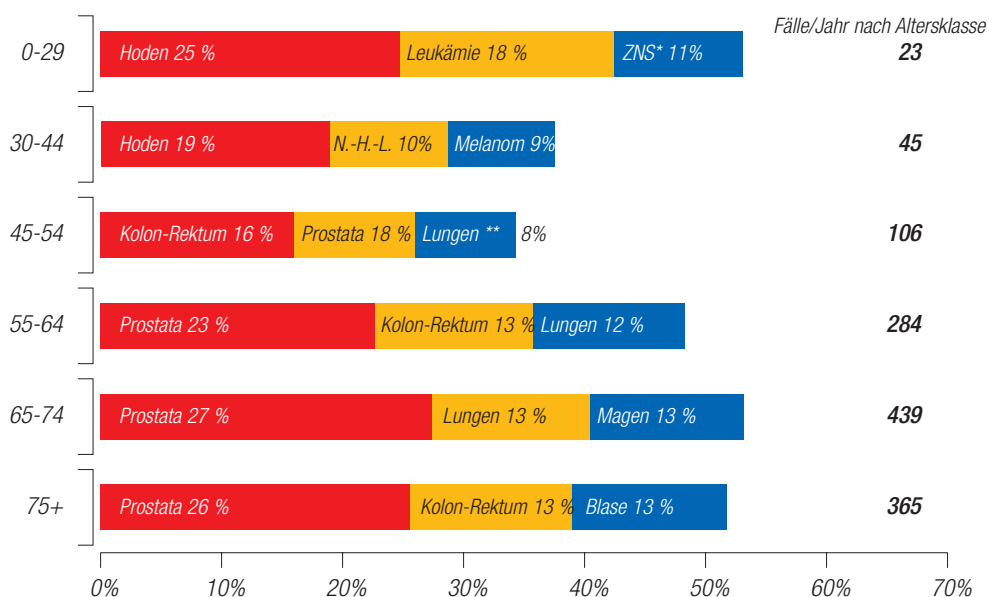
* umfasst die Kodexe ICD IX: 158, 159, 165, 195-199

Quelle: Tumregister Südtirol

AM HÄUFIGSTEN AUFTRETENDE TUMORE

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD IX 173), betreffen die am häufigsten bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (1.445 Fälle, was 22,9% entspricht), Kolon-Rektum (807 Fälle, 12,8%), Lunge (728 Fälle, 11,5%), Blase (616 Fälle, 9,8%) und Magen (354 Fälle, 5,6%). Die folgende Abbildung stellt für jede große Altersklasse das Gewicht (in Prozent) der drei häufigsten Tumorlokalisationen bei den Männern dar, zusammen mit der Gesamtanzahl der durchschnittlich pro Jahr für die Altersklasse gemeldeten Tumorfälle.

Abbildung 14: Die häufigsten 3 Lokalisationen für die großen Altersklassen (ausgeschl. ICD IX 173) – Männer, Jahre 1998-2002

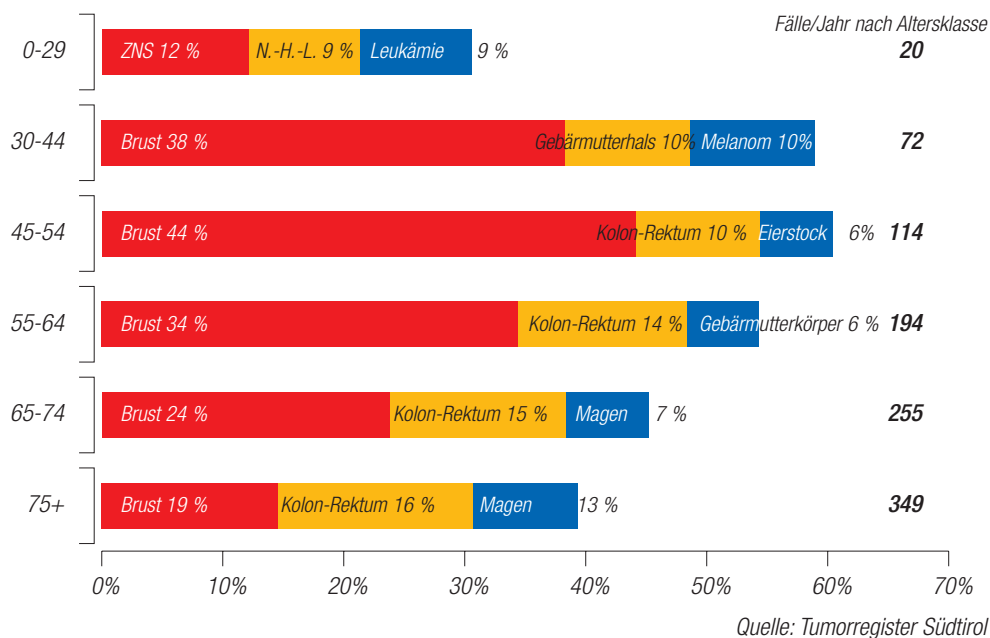


* * Melanom: 11%; ** Blase: 8%

Quelle: Tumorregister Südtirol

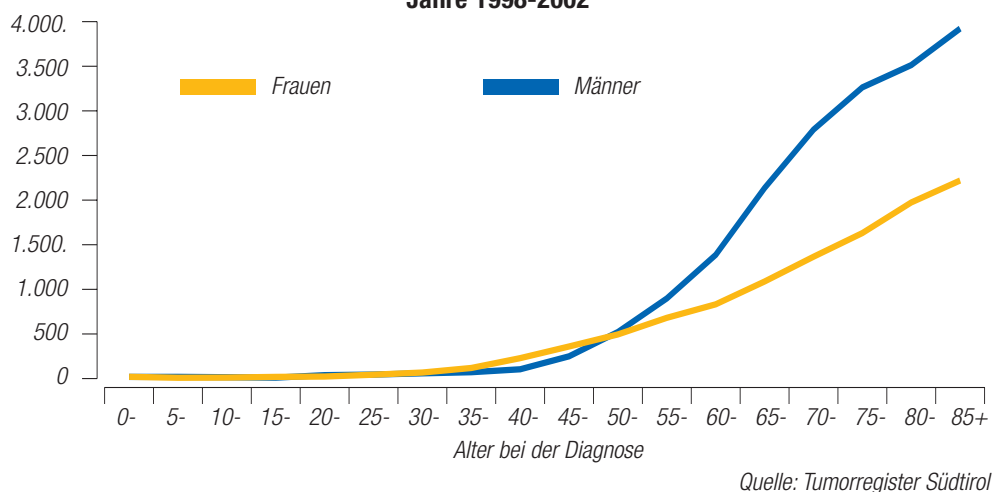
Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (1.369 Fälle, was 27,3% entspricht) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (682 Fälle, 13,5%), Magenkarzinom (305 Fälle, 6,1%), Lungenkarzinom (261 Fälle, 5,2%) und von den hormonassoziierten Tumoren wie Uteruskarzinom (248 Fälle, 4,9%) und Ovarialkarzinom (214 Fälle, 4,3%). Mit Bezugnahme auf die großen Altersklassen werden die drei häufigsten Tumorlokalisationen und die Gesamtzahl der durchschnittlich pro Jahr gemeldeten Tumorfälle dargestellt

Abbildung 15: Die häufigsten 3 Lokalisationen für die großen Altersklassen (ausgeschl. ICD IX 173) – Frauen, Jahre 1998-2002



Die Analyse der unbereinigten Inzidenzraten (Anzahl der pro 100.000 Einwohner beobachteten Fälle) an den gesamten Tumorerkrankungen (ausgeschlossen die Hauttumoren) ergibt bei den Männern einen deutlichen Anstieg ab der Altersklasse von 60 Jahren im Vergleich zu den Frauen und Spitzenwerte im fortgeschrittenen Alter von 3.922 Fällen pro 100.000 Männer gegenüber den 2.220 Fällen pro 100.000 Frauen.

Abbildung 16: Unbereinigte Inzidenzraten (pro 100.000 Einw.) (Ausgeschl. ICD IX 173) - Jahre 1998-2002



Die in den Sanitätsbetrieben beobachteten Inzidenzraten wurden für einen Vergleich mit der europäischen Standardbevölkerung standardisiert (SIR). In Bezug auf die gesamten Tumoren (mit Ausnahme der Hautkarzinome) verzeichnet die männliche Bevölkerung im Sanitätsbetrieb Bruneck im Zeitraum 1998-2002 eine

**SPEZIFISCHE
INZIDENZRATEN
NACH ALTER**

**TERRITORIALER
VERGLEICH DER
INZIDENZRATEN
ALLER TUMORE**

standardisierte jährliche Inzidenzrate, die mit 455,1 pro 100.000 deutlich unter dem Landesdurchschnitt liegt (512,8 pro 100.000). Die in der weiblichen Wohnbevölkerung Südtirols beobachtete standardisierte Rate (324,6 pro 100.000) weicht hingegen in keinem Sanitätsbetrieb stark vom Durchschnitt ab.

Abbildung 17: **Standardisierte Inzidenzraten – Alle Tumoren (Ausgeschl. ICD IX 173) (IC 95%) Männer**

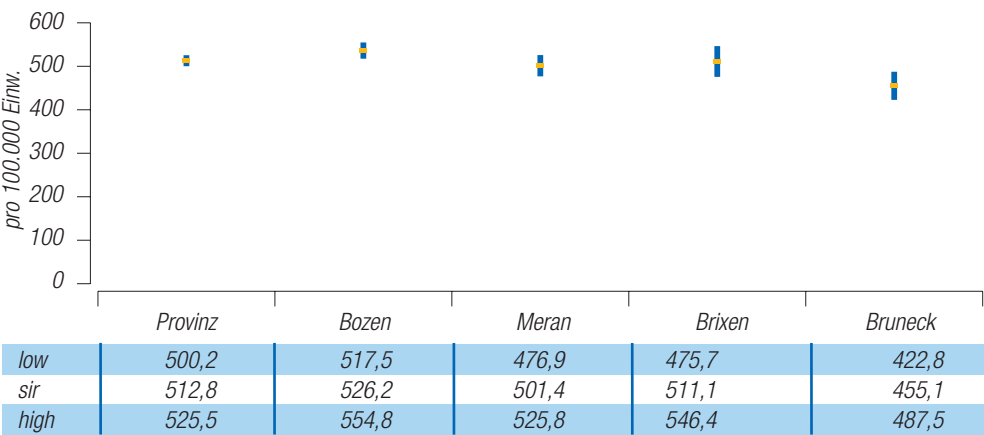
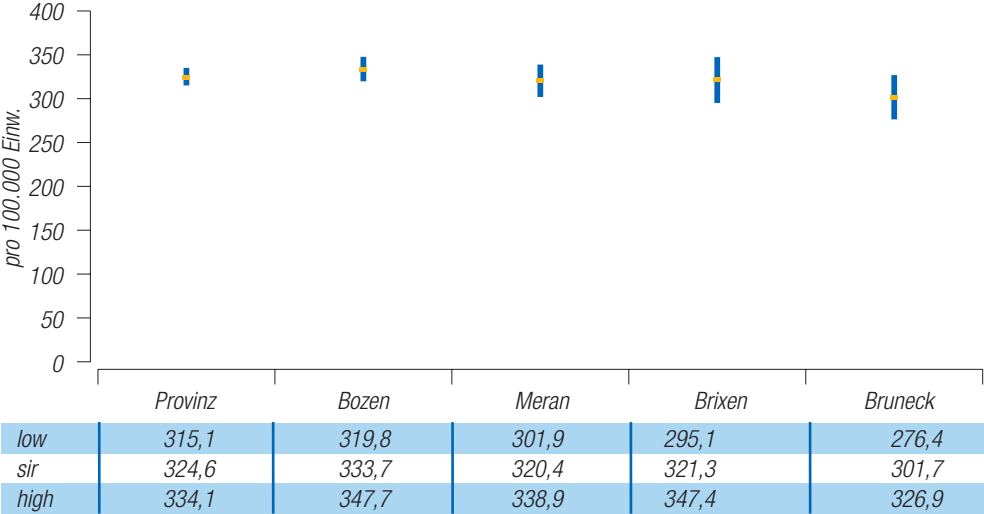


Abbildung 18: **Standardisierte Inzidenzraten – Alle Tumoren (Ausgeschl. ICD IX 173) (IC 95%) Frauen**



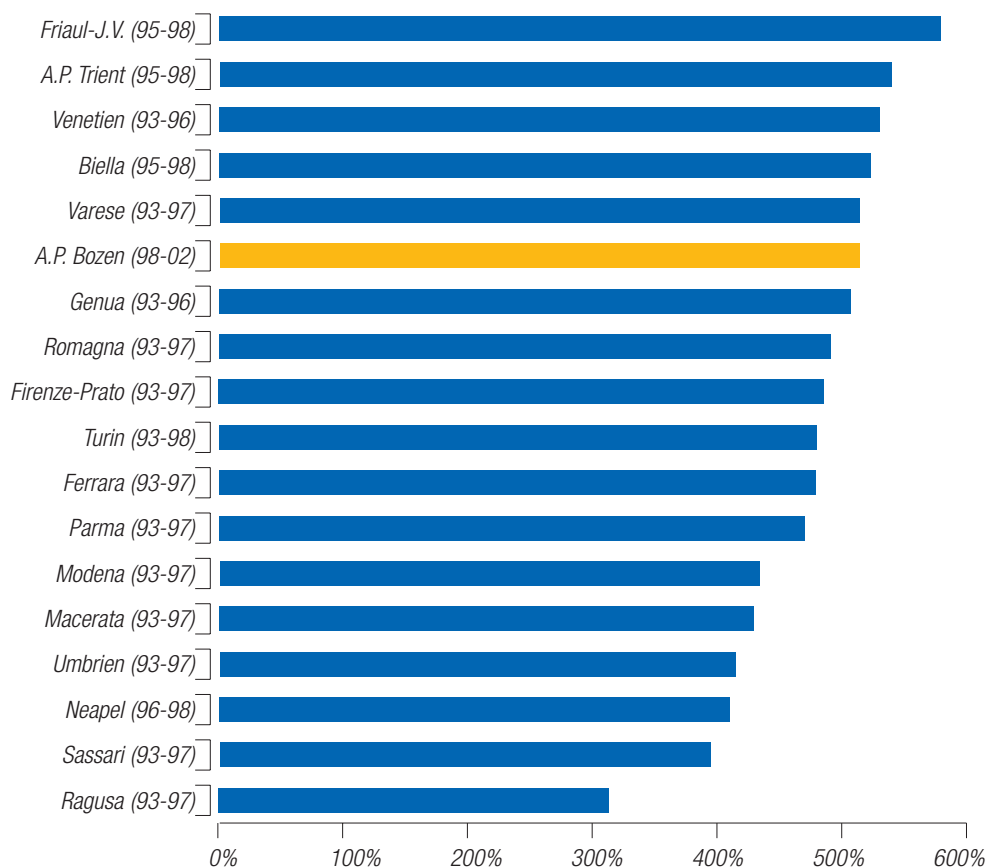
Quelle: Tumorregister Südtirol

Der Vergleich mit den Inzidenzraten auf gesamtstaatlicher Ebene wurde auf der Grundlage der im Jahr 2002 von der Italienischen Vereinigung der Tumorregister (AIRT) veröffentlichten Daten in “Il Cancro in Italia (Der Krebs in Italien), Band III-1993-1998” gezogen, welche sich auf die 17 italienischen Tumorregister beziehen und 23% der gesamten, italienischen Bevölkerung decken. Insgesamt platziert die Inzidenzrate der Tumoren (ausgeschlossen die Hautkarzinome) in der männlichen Bevölkerung während des Fünfjahreszeitraums 1998-2002 die Autonome Provinz Bozen an einer zentralen Stellung in der Rangliste der standardisierten Raten, hinter Friaul-Julisch Venetien (das in absoluten Zahlen die

höchste Inzidenz verzeichnet), der Autonomen Provinz Trient, Venetien, den Provinzen Biella und Varese. Südtirol verzeichnet mit 512,8 pro 100.000 eine Rate, die leicht über den von den italienischen Registern für die Jahre 1993-98 (483,5 pro 100.000) berechneten Werten liegt.

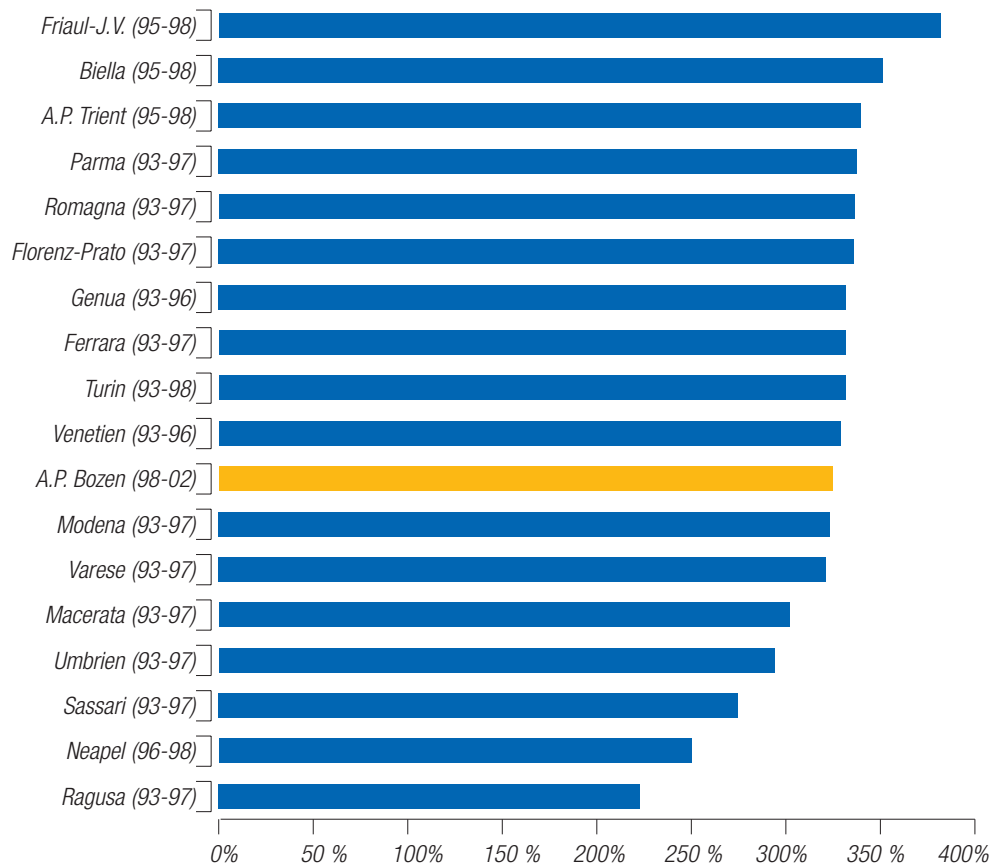
In Bezug auf die Südtiroler Frauen zeigt sich die Lage im Vergleich zu den anderen italienischen Provinzen positiver, vor allem aufgrund der geringeren Häufigkeit des Mammakarzinoms, das normalerweise über 25% der bösartigen Tumoren bei den Frauen ausmacht. Die Daten der Autonomen Provinz Bozen (324,6 pro 100.000) entsprechen in etwa dem Durchschnitt der italienischen Register (325,5 pro 100.000, Jahre 1993-98). Der Vergleich ergibt jedenfalls eine geringere Variabilität der Raten als in der männlichen Bevölkerung. Auch hier verzeichnet die Region Friaul-Julisch Venetien die geringste Inzidenz der Tumorerkrankungen, während Ragusa, Neapel und Sassari die niedrigen, auch für die Männer beobachteten Inzidenzraten bestätigen.

Abbildung 19: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) alle Tumoren (ESCL. ICD IX 173) – Männer - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 20: **Standardisierte Inzidenzraten (pro 100.000) alle Tumoren (Ausgeschl. ICD IX 173) – Frauen - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

**STERBLICHKEIT
AUFGRUND
VON TUMOREN**

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

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

abhängen, ob die Todesfälle aufgrund einer Tumorerkrankung im Moment des Auftretens der Krankheit im Archiv vermerkt wurden (Death Certificate Only – DCO – wichtigster Qualitätsindikator laut der WHO).

Mit dem Landesbeschluss Nr. 4.215 vom 13. November 2000 wurde beim Tumorregister Südtirol in enger Zusammenarbeit mit den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe und mit der Epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes das Landessterblichkeitsregister eingeführt.

Das Landessterblichkeitsregister überprüft und registriert jede Information der ISTAT-Totenscheine und verwendet dabei die Kopien der Scheine, welche bei den vier Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Landes verwahrt werden. Diese betreffen die Todesfälle seit dem 1. Januar 1995. Die nötigen Qualitätskontrollen finden periodisch durch den Vergleich mit den Daten der kommunalen Einwohnermeldeämter der Provinz statt.

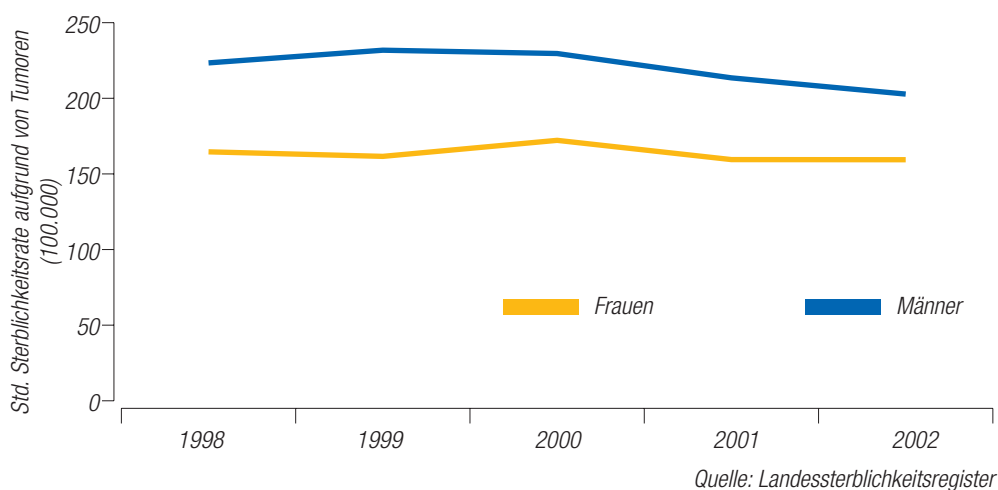
In der Folge werden die Werte bezüglich der Todesfälle aufgrund von bösartigen Neoplasien in der Wohnbevölkerung während des Zeitraums 1998-2002 dargestellt: sie beruhen auf der Ausarbeitung der Totenscheine, für welche die Haupttodesursache ein bösartiger Tumor (Kodex ICD IX: 140 –208) war. Der Vergleich auf gesamtstaatlicher Ebene erfolgte mittels Standardisierung der Raten (Std.) in der italienischen Standard-Bevölkerung, Stand der Volkszählung 1981.

Im Zeitraum 1998-2002 verstarben 2.954 Männer (durchschnittlich 591 Todesfälle pro Jahr) mit einer Rate von 259,0 Todesfällen pro 100.000 Einwohner und 2.440 Frauen (durchschnittlich 488 pro Jahr) mit einer Rate von 208,2 Todesfällen pro 100.000 Frauen aufgrund von Tumorerkrankungen.

**DAS
LANDESSTERBLICHKEITS-
REGISTER**

**STERBLICHKEIT
AUFGRUND VON
TUMOREN 1995-2000**

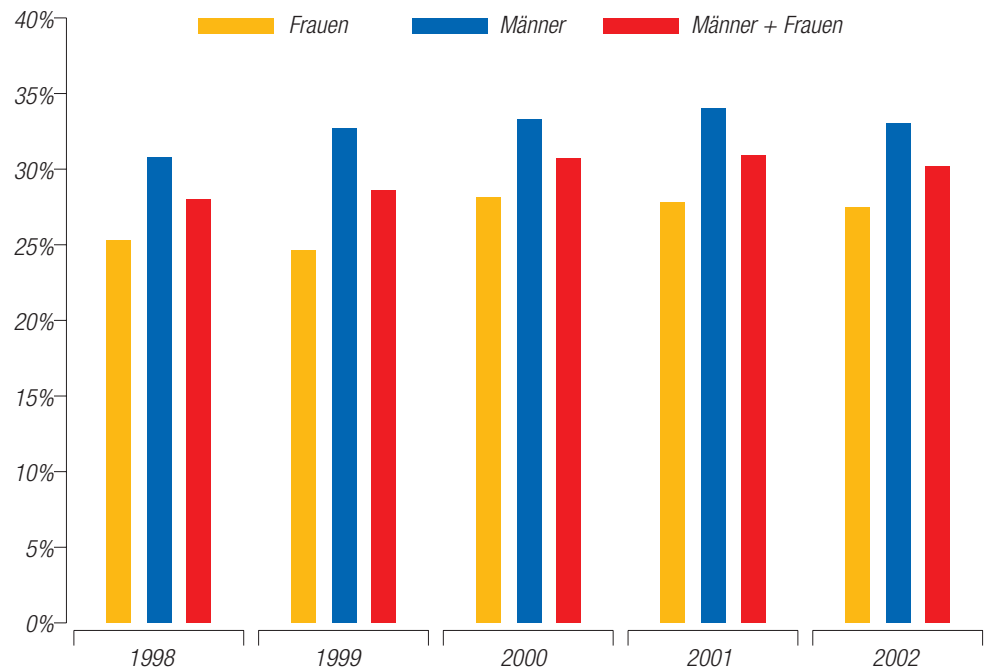
Abbildung 21: **Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren (pro 100.000) Alle Tumoren – Männer und Frauen**



Der Verlauf der standardisierten Sterblichkeitsrate unter den Männer hebt im Zeitraum 1998-2002 einen rückläufigen Trend ab 2000 hervor, wobei sich die Raten in den einzelnen Jahren nicht stark voneinander unterscheiden. Bei den Frauen zeigt sich das Phänomen im berücksichtigten Zeitraum konstant.

Das Verhältnis zwischen der Anzahl der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren und den Todesfällen insgesamt ist zeitlich sehr stabil, mit Schwankungen zwischen 28,0% (1998) und 30,9% (2001). In der männlichen Bevölkerung ist die Todesursache in rund einem Drittel der Fälle eine Tumorerkrankung (32,3%), während dieser Prozentsatz bei den Frauen auf 26,2% sinkt.

Abbildung 22: Anteil der Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren an allen Todesfällen - Männer und Frauen



Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 8: Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der männlichen Wohnbevölkerung - Jahre 1998-2002

ICD IX	Lokalisation	Todesfälle	Unbereinigte Rate (x 100.00)	Std.-Rate (Ita '81) (x 100.00)
140	Lippen	3	0,3	0,2
141	Zunge	26	2,3	2,1
142	Speicheldrüsen	3	0,3	0,3
143-145	Mund	28	2,5	2,3
146	Oropharynx	27	2,4	2,1
147	Rhinopharynx	4	0,4	0,3
148	Hypopharynx	39	3,4	3,1
149	Rachen, n.a.d.	14	1,2	1,1
150	Speiseröhre	104	9,1	8,0
151	Magen	243	21,3	18,0
152	Dünndarm	9	0,8	0,7
153	Kolon	218	19,1	16,1
154	Rektum	136	11,9	10,3
155	Leber	159	13,9	12,6
156	Gallenwege	57	5,0	4,1
157	Bauchspeicheldrüse	130	11,4	9,8
160	Nasenhöhlen	5	0,4	0,4
161	Kehlkopf	43	3,8	3,3
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	631	55,3	48,3
163-164	Andere Thoraxorgane	12	1,1	0,9
MES	Mesotheliom	13	1,1	1,0
170	Knochen	5	0,4	0,4
171	Weichteile	9	0,8	0,7
KAP	Karposisarkom	-	-	-
172	Melanome der Haut	25	2,2	2,0
173	Haut, Nicht-Melanome	7	0,6	0,4
175	Brust (Mann)	3	0,3	0,2
185	Prostata	322	28,2	21,7
186	Hoden	3	0,3	0,2
187	Penis und sonstige männliche Geschlechtsorgane	1	0,1	0,0
188	Blase	145	12,7	9,9
189	Nieren und andere Harnwege	81	7,1	5,9
190	Augen	2	0,2	0,2
191-192	Gehirn und ZNS	90	7,9	7,2
193	Schilddrüse	13	1,1	0,9
194	Andere endokrine Drüsen	2	0,2	0,1
201	Hodgkin-Lymphom	3	0,3	0,3
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	80	7,0	5,9
203	Myelom	43	3,8	3,1
204	Lymphatische Leukämie	39	3,4	2,7
205	Myeloische Leukämie	60	5,3	4,4
206	Monozytische Leukämie	4	0,4	0,3
207	Sonstige definierte Leukämien	2	0,2	0,2
208	Leukämie, n.a.d.	2	0,2	0,1
	Schlecht definierte Lokalisationen	109	9,6	8,1
	ALLE LOKALISATIONEN	2.954	259,0	220,2

Quelle: Landessterblichkeitsregister

Tabelle 9: Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren in der weiblichen Wohnbevölkerung - Jahre 1998-2002

ICD IX	Lokalisation	Todesfälle	Unbereinigte Rate (x 100.00)	Std.-Rate (Ita '81) (x 100.00)
140	Lippen	1	0,1	0,0
141	Zunge	6	0,5	0,4
142	Speicheldrüsen	5	0,4	0,3
143-145	Mund	7	0,6	0,5
146	Oropharynx	5	0,4	0,4
147	Rhinopharynx	-	-	-
148	Hypopharynx	2	0,2	0,2
149	Rachen, n.a.d.	3	0,3	0,2
150	Speiseröhre	18	1,5	1,3
151	Magen	204	17,4	13,2
152	Dünndarm	9	0,8	0,7
153	Kolon	219	18,7	16,9
154	Rektum	108	9,2	6,7
155	Leber	57	4,9	4,0
156	Gallenwege	97	8,3	6,2
157	Bauchspeicheldrüse	171	14,6	11,6
160	Nasenhöhlen	3	0,3	0,2
161	Kehlkopf	5	0,4	0,3
162	Lufttröhre, Bronchien, Lungen	222	18,9	15,8
163-164	Andere Thoraxorgane	4	0,3	0,3
MES	Mesotheliom	6	0,5	0,5
170	Knochen	-	-	-
171	Weichteile	6	0,5	0,4
KAP	Karposisarkom	1	0,1	0,1
172	Melanome der Haut	28	2,4	1,9
173	Haut, Nicht-Melanome	17	1,5	0,8
174	Brust (Frau)	397	33,9	21,3
179	Gebärmutter, n.a.d.	30	2,6	1,7
180	Gebärmutterhals	34	2,9	2,3
181	Plazenta	-	-	-
182	Gebärmutterkörper	50	4,3	3,3
183	Eierstock	151	12,9	10,2
184	Sonstige weibliche Geschlechtsorgane	22	1,9	1,4
188	Blase	59	5,0	3,4
189	Nieren und andere Harnwege	60	5,1	3,9
190	Augen	4	0,3	0,3
191-192	Großhirn und ZNS	76	6,5	5,6
193	Schilddrüse	21	1,8	1,4
194	Andere endokrine Drüsen	4	0,3	0,3
201	Hodgkin-Lymphom	5	0,4	0,3
200, 202	Non-Hodgkin-Lymphom	75	6,4	5,1
203	Myelom	37	3,2	2,7
204	Lymphatische Leukämie	25	2,1	1,4
205	Myeloische Leukämie	47	4,0	3,1
206	Monozytische Leukämie	1	0,1	0,1
207	Andere Leukämien	-	-	-
208	Leukämie, n.a.d.	4	0,3	0,1
	Schlecht definiert Lokalisationen	134	11,4	8,5
	ALLE LOKALISATIONEN	2.440	208,2	163,3

Quelle: Landessterblichkeitsregister

**HÄUFIGSTE TODES-
URSACHEN AUFGRUND
VON TUMOREN**

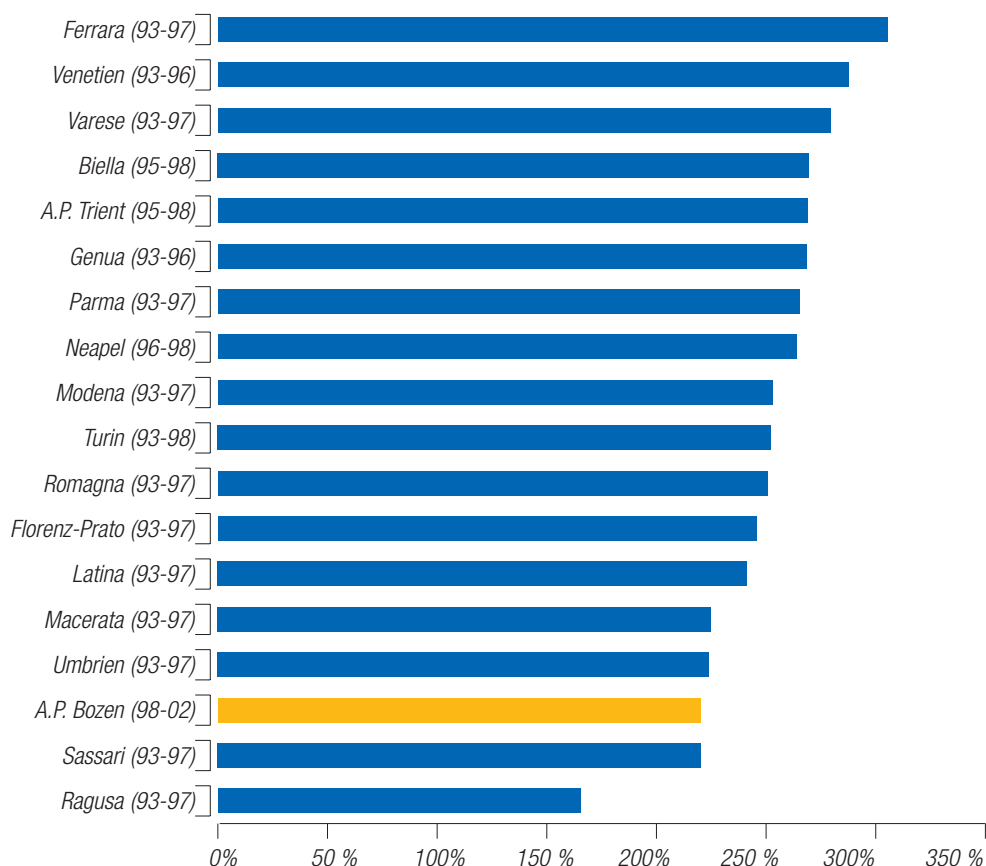
Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (631 Todesfälle, was 21,4% der gesamten Todesfälle aufgrund von Neoplasien entspricht), das Kolon-Rektum-Karzinom (354 Todesfälle,

12,0%), das Prostatakarzinom (322 Todesfälle, 10,9%) das Magenkarzinom (243 Todesfälle, 8,2%) und das Leberkarzinom (159 Todesfälle, 5,4%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom die häufigste Todesursache aufgrund von Neoplasien (397 Todesfälle, 16,3%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (327 Todesfälle, 13,4%), vom Lungenkarzinom (222 Todesfälle, 9,1%), vom Magenkarzinom (204 Todesfälle, 8,4%) und vom Pankreaskarzinom (171 Todesfälle, 7,0%).

Insgesamt verweist die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren in der männlichen Bevölkerung die Autonome Provinz Bozen in den Jahren 1998-2002 an eine der letzten Stellen in der Rangliste der standardisierten Raten der italienischen Tumorregister (219,8 Todesfälle auf 100.000 Einwohner). Auf gesamtstaatlicher Ebene (italienische Bevölkerung 1981) schwanken die standardisierten Raten für die Männer von 305,5 pro 100.000 Einwohner (Ferrara) bis 165,5 pro 100.000 (Ragusa). Analog dazu positioniert sich beim Vergleich mit der Sterblichkeit aufgrund von Tumoren bei den Frauen die Autonome Provinz Bozen (163,3 Todesfälle pro 100.000) auf nationaler Ebene in der Mitte. Die registrierten Fälle in Italien betragen 175,4 pro 100.000, sie schwanken zwischen 138,0 pro 100.000 (Ragusa) und 198,2 pro 100.000 (Ferrara).

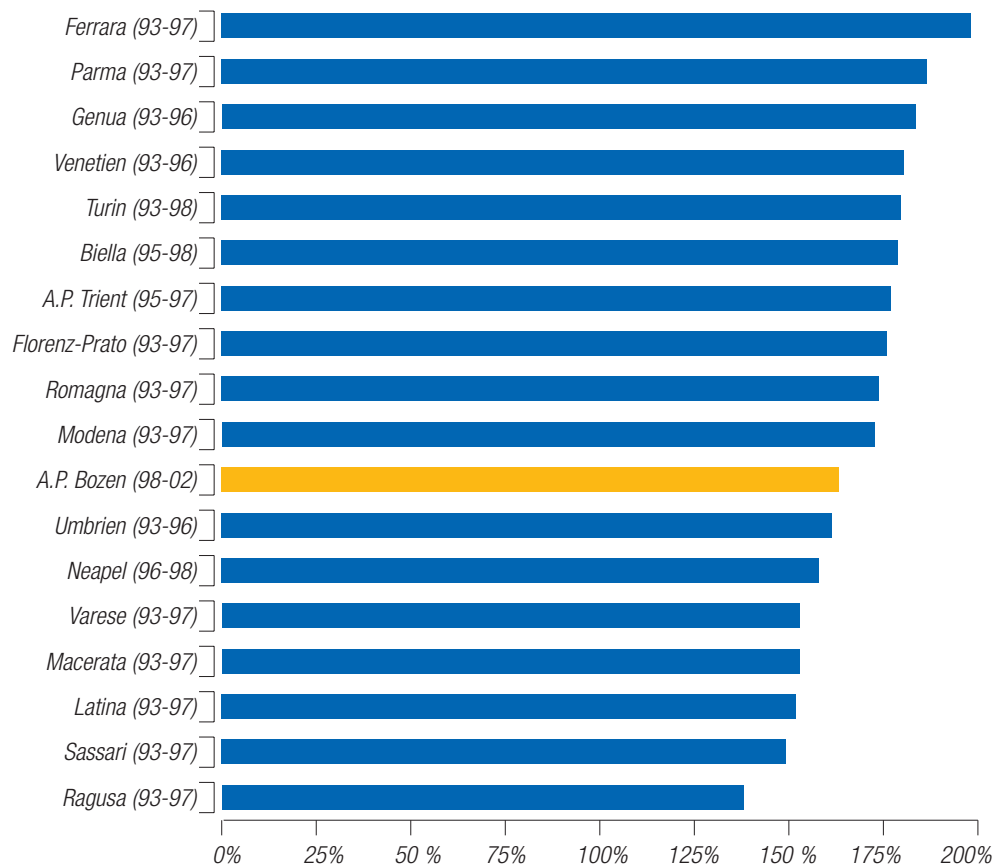
**STERBLICHKEIT
AUFGRUND ALLER
TUMOREN**

Abbildung 23: **Standardisierte Sterblichkeitsraten (pro 100.000) Alle Tumoren – Männer - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

Abbildung 24: **Standardisierte Sterblichkeitsraten (pro 100.000) Alle Tumoren – Frauen - Italien**



Quelle: Italienische Vereinigung der Tumorregister

3.5. ATEMWEGERKRANKUNGEN

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

RISIKOFAKTOREN

Die Risikofaktoren für die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie können umweltbedingten (Zigarettenrauch, Luftverschmutzung, Atemwegsinfektionen im Kindesalter) oder individuellen, genetischen Ursprungs sein.

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

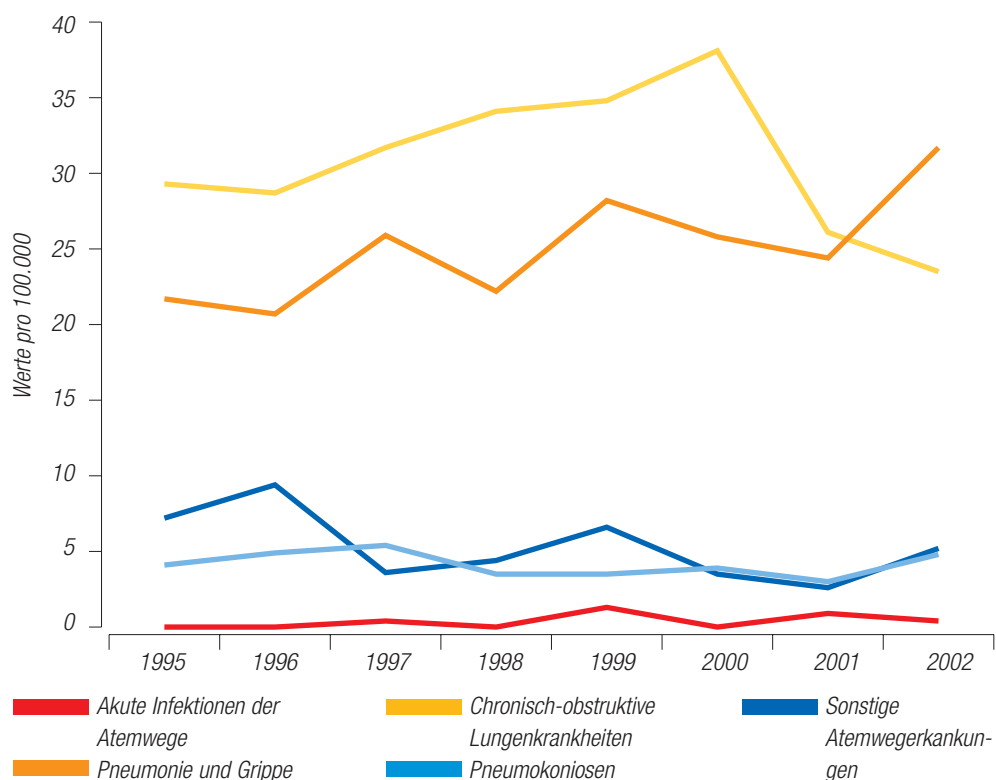
STERBLICHKEIT

Die chronisch-obstruktiven Lungenkrankheiten stellen unter den Atemwegerkrankungen die häufigste Todesursache für die Männer dar (29,3 Fälle pro 100.000

Einwohner im Zeitraum 2000-2002), obwohl im Jahr 2002 die Pneumonie und Grippe überwogen (60 Todesfälle in der männlichen Bevölkerung im Jahr 2000, 31,7 pro 100.000 Einwohner). Pneumonie und Grippe verzeichnen im Zeitraum 1995-2002 einen Wachstumstrend, während die obstruktiven Krankheiten nach den Spitzenwerten im Jahr 2000 rückläufig sind.

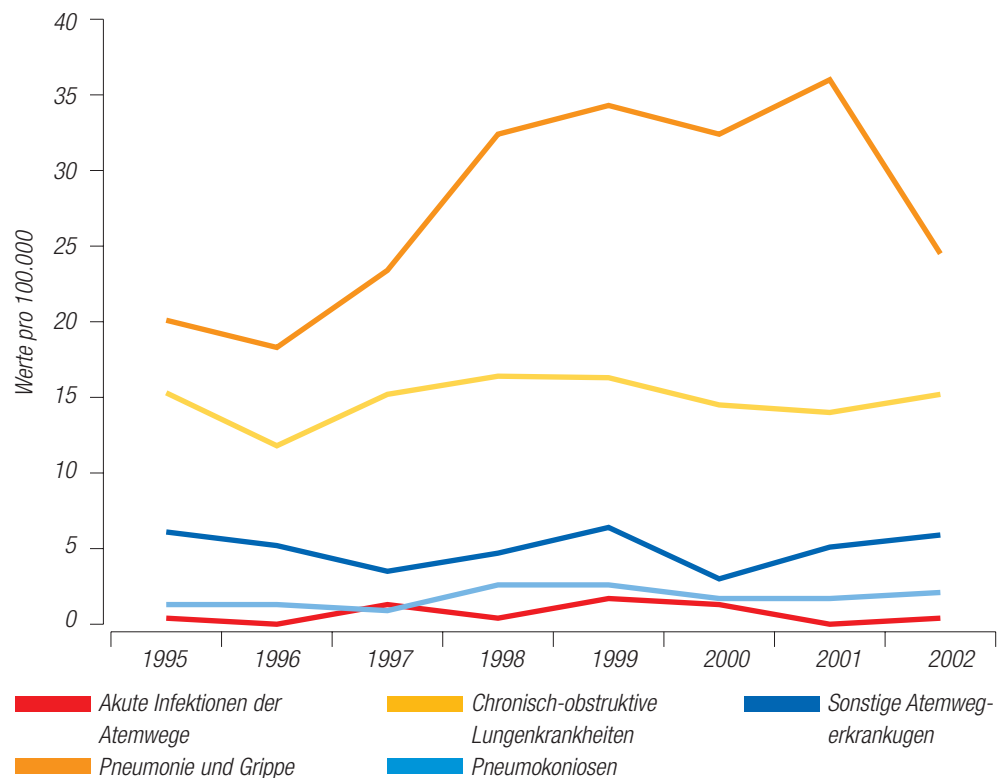
Pneumonie und Grippe sind die häufigste Todesursache für die Atemwegerkrankungen in der weiblichen Bevölkerung (58 Fälle im Jahr 2002, was 24,5 pro 100.000 Einwohner entspricht).

Abbildung 25: **Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen, Männer. Bozen, Jahre 1995-2002**



KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN

Abbildung 26: Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen, Frauen.
Bozen, Jahre 1995-2002



Die Entlassungen von Einwohnern aus Landeskrankenanstalten mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2004 auf insgesamt 5.891, mit einer Hospitalisierungsrate von 1,5 pro 1.000 unter den Männern und 1,1 pro 1.000 unter den Frauen im Zeitraum 2002-2004. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren „Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege“ sowohl unter den Männern als auch unter den Frauen, und insbesondere die chronischen Mandel- und Drüsenerkrankungen (1.030 Aufenthalte insgesamt). Unter den chronisch-obstruktiven Krankheiten herrschen die Aufenthalte aufgrund von chronischer Bronchitis vor, welche 448 unter den Männern und 229 unter den Frauen ausmachen.

Tabelle 10: Aufenthalte, Todesfälle und Hospitalisierungs- und Sterblichkeitsraten von Einwohnern nach Geschlecht und Atemwegerkrankung. Bozen, Jahre 2002-2004

	Aufenthalte 2004	Hospitali- sierungsrate 2002-04	Todesfälle 2002	Sterblich- keitsrate 2000-02
Männer				
Akute Infektionen der Atemwege	558	243,8	1	0,4
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	982	433,8	73	27,4
Pneumonie und Grippe	865	377,2	54	29,3
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	571	252,5	11	3,9
Pneumokoniosen	60	24,2	12	3,8
Sonstige Atemwegerkrankungen	409	182,3	151	64,8
INSGESAMT	3.445	1.513,7	1	0,4
Frauen				
Akute Infektionen der Atemwege	426	198,5	1	0,6
Sonstige Erkrankungen der oberen Atemwege	727	333,6	58	31,1
Pneumonie und Grippe	656	269,7	36	14,6
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten	326	154,2	5	1,8
Pneumokoniosen	47	20,0	14	4,7
Sonstige Atemwegerkrankungen	264	115,2	114	52,8
INSGESAMT	2.446	1.091,2	1	0,6

Quelle: EBK, Landessterblichkeitsregister

3.6. INFEKTIONSKRANKHEITEN

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

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

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

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

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

Die Infektionskrankheiten und Seuchen, die beim Sanitätsbetrieb gemeldet wer-

**MELDUNG DER
INFEKTIONS-
KRANKHEITEN**

den, Zoonosen und die nicht genannten Krankheiten gehören der Klasse V an. Die am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 2.573 Fällen, was einer Inzidenz von 540,2 pro 100.000 Einwohner entspricht.

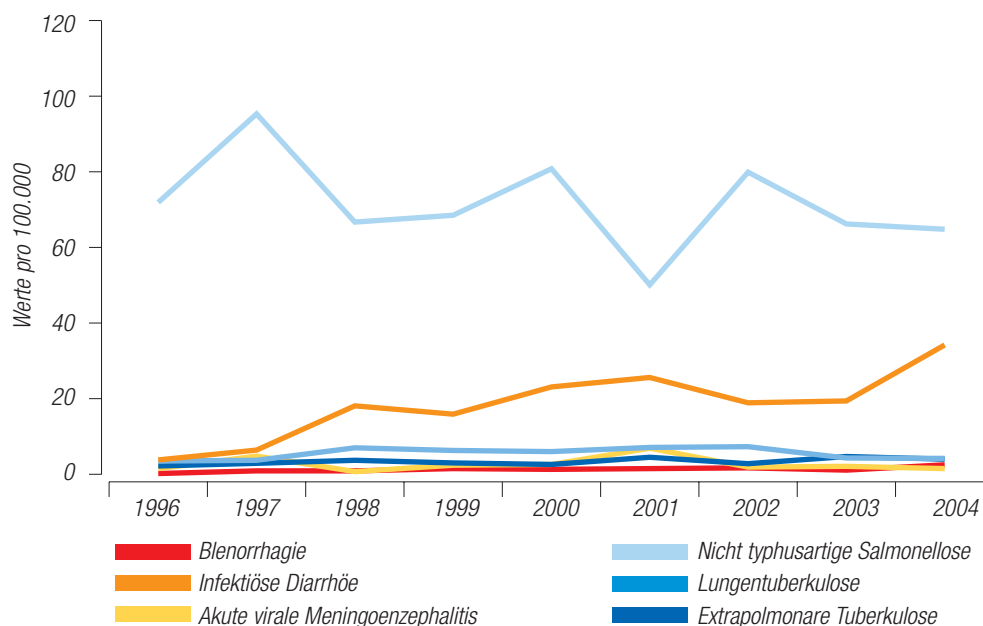
*Tabelle 11: Gemeldete Fälle von Infektionskrankheiten und Raten pro 100.000 Einwohner.
Bozen, Jahr 2004*

	<i>Meldungen</i>	<i>Raten x 100.000</i>
<i>Blennorrhagie</i>	12	2,5
<i>Infektiöse Diarrhöe</i>	162	34,0
<i>Virushepatitis A</i>	8	1,7
<i>Virushepatitis B</i>	3	0,6
<i>Virushepatitis C</i>	4	0,8
<i>Virushepatitis NANB</i>	1	0,2
<i>Typhusfieber</i>	1	0,2
<i>Legionellose</i>	1	0,2
<i>Meningokokkenmeningitis</i>	1	0,2
<i>Akute virale Meningoenzephalitis</i>	7	1,5
<i>Epidemischer Mumps</i>	52	10,9
<i>Keuchhusten</i>	93	19,5
<i>Röteln</i>	26	5,5
<i>Nicht typhusartige Salmonellose</i>	307	64,5
<i>Scharlach</i>	764	160,4
<i>Syphilis</i>	5	1,0
<i>Windpocken</i>	2.573	540,2
INSGESAMT KLASSE II	4.020	844,0
<i>Lungentuberkulose</i>	20	4,2
<i>Extrapulmonare Tuberkulose</i>	19	4,0
INSGESAMT KLASSE III	39	8,2

Quelle: SIMI

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

Abbildung 27: Melderaten für einige Infektionskrankheiten. Bozen, Jahre 1996-2004



2004 wurden 1.924 Krankenhausentlassungen mit einer Infektionskrankheit als primäre Aufenthaltsdiagnose verzeichnet; in 50,1% der Fälle waren die Ursachen Darminfektionen, in 20,7% andere bakterielle Erkrankungen und in 11,2% virale Erkrankungen mit Exanthem.

Die Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten im Laufe des Jahres 2002 beliefen sich insgesamt auf 27 mit einem Durchschnitt von 4,5 Todesfällen pro 100.000 Einwohner im Zeitraum 2002-2004. Rund die Hälfte der Todesfälle erfolgt aufgrund von Sepsis (14 Fälle).

Tabelle 12: Aufenthalte, Todesfälle und Sterblichkeitsraten aufgrund von Infektionskrankheiten. Bozen, Jahre 2002-2004.

	Krankenhausentlassungen 2004			Todesfälle 2002	Sterblichkeitsrate 200-2002 (x100.000)
	Männer	Frauen	Insgesamt		
Darminfektionen	452	512	964	3	0,4
Tuberkulose	35	16	51	3	0,6
Sonstige bakterielle Erkrankungen	201	198	399	15	2,4
HIV/AIDS	11	15	26	-	0,1
Poliomyelitis und andere virale Krankheiten des zentralen Nervensystems	13	8	21	-	0,1
Virale Krankheiten mit Exanthem	97	118	215	-	0,1
Andere Virus- und Chlamydia-Krankheiten I	90	54	144	3	0,3
Rickettsiose	11	8	19	-	0,1
Syphilis und andere Geschlechtskrankheiten	7	3	10	-	-
Mykose	11	19	30	1	0,1
Helminthiasen	4	3	7	-	-
Sonstige Infektions- und parasitäre Krankheiten	18	17	35	2	0,2
Folgeerscheinungen von Infektions- und parasitären Krankheiten	2	1	3	0	-
INSGESAMT	952	972	1.924	27	4,5

Fonte: SIMI, EBK

**AUFENTHALTE AUFGRUND
VON INFektions-
KRANKHEITEN**

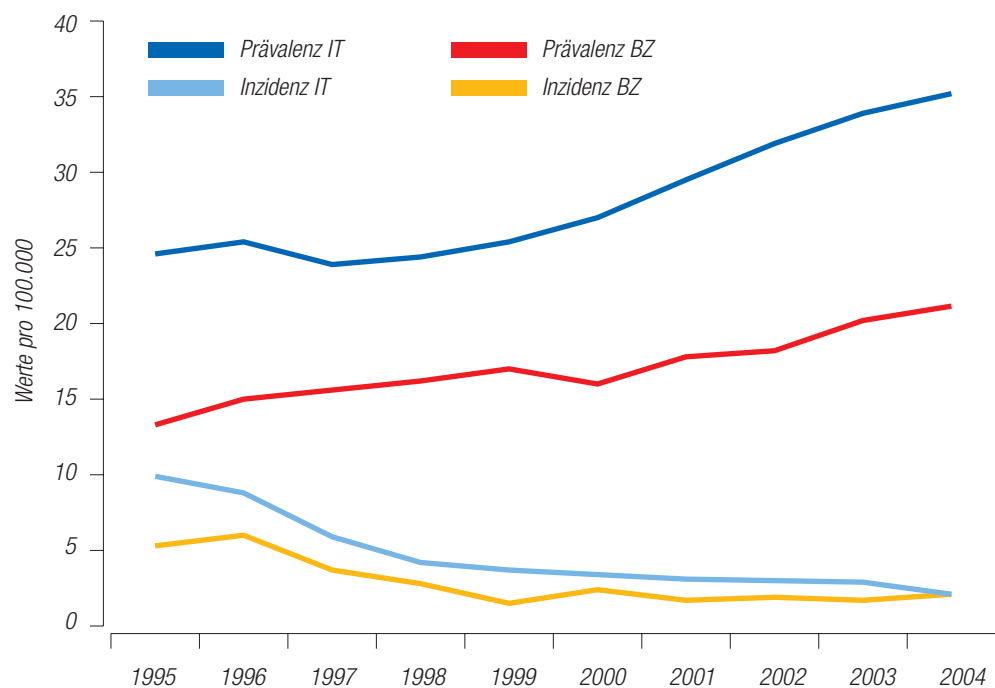
AIDS

Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2004 wurden in der Provinz Bozen 250 Fälle von AIDS gemeldet, 233 davon betrafen Anässige. Die Inzidenz der AIDS-Fälle ist seit 1996 mit einem Wert von 2,1 Fällen pro 100.000 Einwohner progressiv rückläufig.

Den gesamtstaatlichen Daten zufolge wuchs das Durchschnittsalter bei der Diagnose von 29 Jahren im Jahr 1985 auf 41 Jahre im Jahr 2004 unter den Männern und von 24 Jahren auf 38 Jahre unter den Frauen an. Ansteigend ist außerdem der Anteil der Fälle, die heterosexuellen Kontakten zuzuschreiben sind, welche seit 2002 die häufigste Übertragungsmodalität darstellen (40,3% der Fälle im Jahr 2004), gefolgt von der Risikogruppe der Drogenabhängigen (32,5%) und Homo-/Bisexuellen (18,8%).

Die neuen HIV-Infektionen in der Provinz Bozen machten 2003 einen Anteil von 3,5 pro 100.000 Einwohner aus.

Abbildung 28: Inzidenz- und Prävalenzraten von AIDS. Bozen und Italien, Jahre 1995-2004.



EPIDEMISCHE HERDE

2004 wurden in Südtirol 262 epidemische Herde erfasst, 199 davon entfielen auf Pedikulose (76,0% der Herde), die insgesamt 1.039 Personen betrafen (74,4% aufgrund von Pedikulose). 59,6% der Herde wurden in Schulen oder Kinderhorten und 28,5% in Privathaushalten verzeichnet.

Tabelle 13: **Gemeldete epidemische Herde und Zahl der betroffenen Personen.**
Bozen, Jahr 2004

	<i>Herde</i>	<i>Anzahl der Fälle</i>
<i>Sonstige</i>	6	18
<i>Lebensmittelinfektionen und -vergiftungen</i>	54	240
<i>Pedikulose</i>	199	773
<i>Skabies</i>	3	8
INSGESAMT	262	1.039

Fonte: SIMI

3.7. GEISTIGE UND PSYCHOLOGISCHE GESUNDHEIT

Das Netz der Psychiatrischen Dienste umfasst alle Einrichtungen für psychisch Kranke, die direkt zu den Sanitätsbetrieben gehören oder durch eine Konvention eigenständig geführt werden, und die sozio-psychiatrischen Einrichtungen, die von den Sozialdiensten verwaltet werden.

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

Der Psychiatrische Dienst ist eine komplexe Struktur. Zentral werden die verschiedenen Einrichtungen koordiniert, damit die Integration, die therapeutische Kontinuität und Einheitlichkeit der Planung und Umsetzung der Therapiepläne sowie der Wiedereingliederung in die Gesellschaft garantiert wird. Die Einrichtungen des psychiatrischen Netzes unterscheiden sich durch den Patiententyp und ihre Funktion.

Es gibt folgende Einrichtungen: das Zentrum für Geistige Gesundheit (ZGG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, der Dienst Day-and-Night Hospital, die Rehabilitationszentren und weitere Einrichtungen für die stationäre und halbstationäre Versorgung.

2004 wurden 8.140 Personen mit psychiatrischen Problemen versorgt, 39 davon in Österreich in konventionierten Rehabilitationszentren.

ZGG-PATIENTEN

Tabelle 14: **In den ZGG, Geschützte Werkstätten und Landesrehabilitationszentren versorgte Patienten nach Sanitätsbetrieb. Jahr 2004**

	<i>In ZGG versorgte Patienten</i>	<i>In geschützten Werkstätten versorgte Patienten</i>	<i>In Rehabilitationszentren versorgte Patienten</i>	
			<i>Provinz</i>	<i>Österreich</i>
<i>Bozen</i>	3.178	-	78	16
<i>Meran</i>		1.564	-	12
<i>Brixen</i>	1.268	36	-	4
<i>Bruneck</i>	1.926	51	-	7
INSGESAMT		8.023	78	39

Quelle: ZGG

**PATIENTEN DER
PSYCHOLOGISCHEN
DIENSTE**

Tabelle 15: Von den ZGG erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb. Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
<i>Zugunsten der Patienten erbrachte Leistungen</i>				
Psychiatrische/s Untersuchung und Gespräch	9.338	7.317	6.660	743
Klinisches psychologisches Gespräch	1.040	3.282	16	1.574
Sonstiges Gespräch	1.748	304	-	3.480
Beratung	-	33.275	622	632
Rechtsmedizinische Ermittlungen	-	454	-	-
Standardisierte Bewertung/Tests	5	-	10	74
Verabreichung von Medikamenten	1.802	10.644	1.782	-
Individuelle Psychotherapie	2.656	1.117	-	3.766
Familienpsychotherapie	238	106	2.042	660
Gruppenpsychotherapie	462	443	-	-
<i>Zugunsten der Familien erbrachte Leistungen</i>				
Gespräch	286	885	n.r.	-
Aufklärungs- und psychotherapeutische Erziehungsmaßnahmen	-	732	-	-
<i>Behandlungsintegration</i>				
Versammlungen mit MMG	-	1.933	128	-
Verschiedene Eingriffe	1.467	3.819	n.r.	-
Sozialfürsorgliche Eingriffe	-	17.362	-	-
INSGESAMT	19.042	81.673	11.260	11.528

Quelle: ZGG

Im Jahr 2004 wurden von den Psychologischen Diensten 8.105 Patienten versorgt, in 48,3% der Fälle handelte es sich um neue Patienten. Insgesamt wurden 60.847 Leistungen erbracht, was (mit Ausnahme der Präventionsleistungen) 6,9 Leistungen pro Patient entspricht.

Tabelle 16: Von den Psychologischen Diensten versorgte Patienten nach Sanitätsbetrieb. Jahr 2004

	Patienten	davon neue Patienten	Patienten pro 1.000 Einwohner
Bozen*	3.660	2.096	17,4
Meran	2.131	948	17,2
Brixen	1.125	401	16,6
Bruneck	1.189	472	16,6
INSGESAMT	8.105	3.917	17,1

* Schätzwerte, einschließlich der Patienten des Dienstes für Verkehrspsychologie

Quelle: Psychologische Dienste

Tabelle 17: Von den Psychologischen Diensten erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb. Jahr 2004.

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Diagnostische Auswertung	4.603	3.972	2.845	3.177	14.597
Psychologische Beratung	6.807	9.121	4.420	2.133	22.481
Psychotherapie	4.581	2.146	2.585	2.566	11.878
Falldiskussion/Interdisziplinärbesprechungen	2.499	2.108	1.211	1.306	7.124
Prävention	1.060	1.380	1.157	1.170	4.767
INSGESAMT	19.550	18.727	12.218	10.352	60.847

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN**

Die Entlassungen von Patienten mit psychiatrischer Primärdiagnose beliefen sich insgesamt auf 3.508, was 740,1 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Die häufigste Entlassungsdiagnose der von den ZGG versorgten Patienten war die affektive Psychose (35,6% der Fälle), gefolgt von den neurotischen Störungen

(17,3%) und schizophrenen Psychosen (12,8%). Die affektiven und schizophrenen Psychosen sind unter den Männern stärker verbreitet (38,5% gegenüber 31,1% bzw. 15,7% gegenüber 10,9%) während die neurotischen Störungen häufiger Frauen betreffen (18,7% gegenüber 14,9%).

Auch im Fall der Krankenhausentlassungen überwiegen die Diagnosen der affektiven Psychosen (25,4%), gefolgt vom Alkoholabhängigkeitssyndrom (17,0%), den neurotischen Störungen (10,9%) und den schizophrenen Psychosen (9,6%).

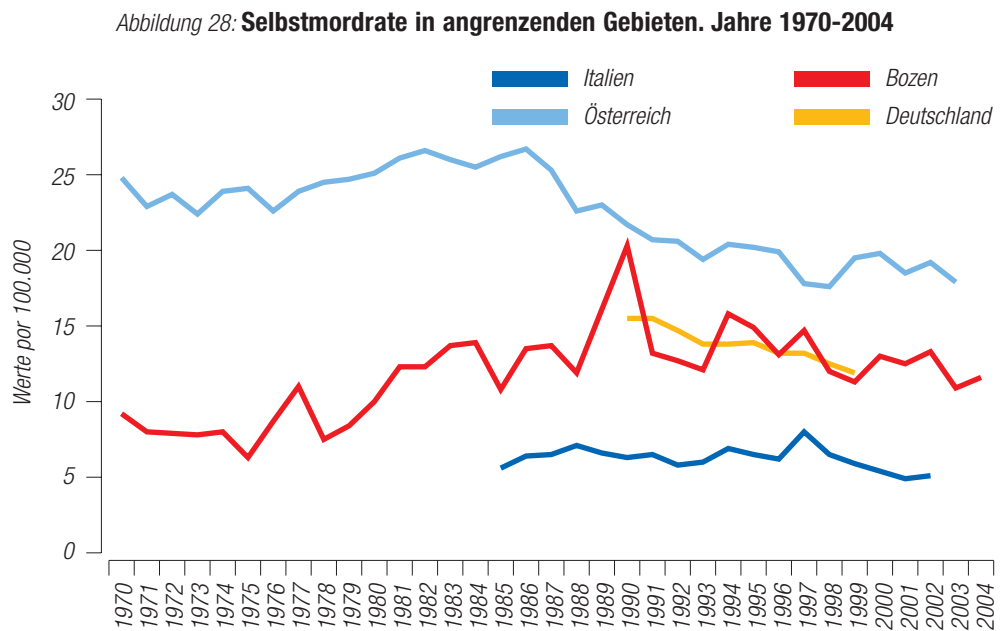
Tabelle 18: Von den ZGG versorgte Patienten und Krankenhausentlassungen nach Ursache. Bozen, Jahr 2004.

	Von den ZGG versorgte	Krankenhausentlassungen	
		Fälle	Rate x 100.000
Organische senile und präsenile psychotische Zustände	209	253	53,4
Alkoholpsychosen	17	95	20,0
Medikamentenpsychosen	4	19	4,0
Vorübergehende organische psychotische Zustände	77	64	13,5
Sonstige organische psychotische Zustände	25	19	4,0
Schizophrene Psychosen	1.003	336	70,9
Affektive Psychosen	2.799	892	188,2
Wahnsinnszustände	162	39	8,2
Sonstige, nicht organische Psychosen	306	61	12,9
Psychosen mit spezifischem Ursprung in der Kindheit	4	4	0,8
Neurotische Störungen	1.356	383	80,8
Persönlichkeitsstörungen	325	147	31,0
Abweichendes Sexualverhalten und sexuelle Störungen	2	-	-
Alkoholabhängigkeitssyndrom	118	597	125,9
Medikamentensucht	20	54	11,4
Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit	21	214	45,1
Somatische Funktionsstörungen	177	45	9,5
Besondere Symptome oder Syndrome	74	79	16,7
Akute Reaktion auf Stresssituationen	60	19	4,0
Anpassungsreaktionen	506	103	21,7
Spezifische psychische Störungen	32	13	2,7
Nicht klassifizierte depressive Störungen	7	11	2,3
Verhaltensstörungen	14	8	1,7
Emotivitätsstörungen	55	9	1,9
Kindliches Hyperkinesesyndrom	55	1	0,2
Spezifische Retardierung der Entwicklung	4	5	1,1
Mit sonstigen, anderswo klassifizierten Krankheiten zusammenhängende psychische Faktoren	3	-	-
Leichte Oligophrenie	124	24	5,1
Sonstige spezifizierte Oligophrenien	69	5	1,1
Nicht spezifizierte Oligophrenie	26	9	1,9
INSGESAMT	7.852	3.508	740,1

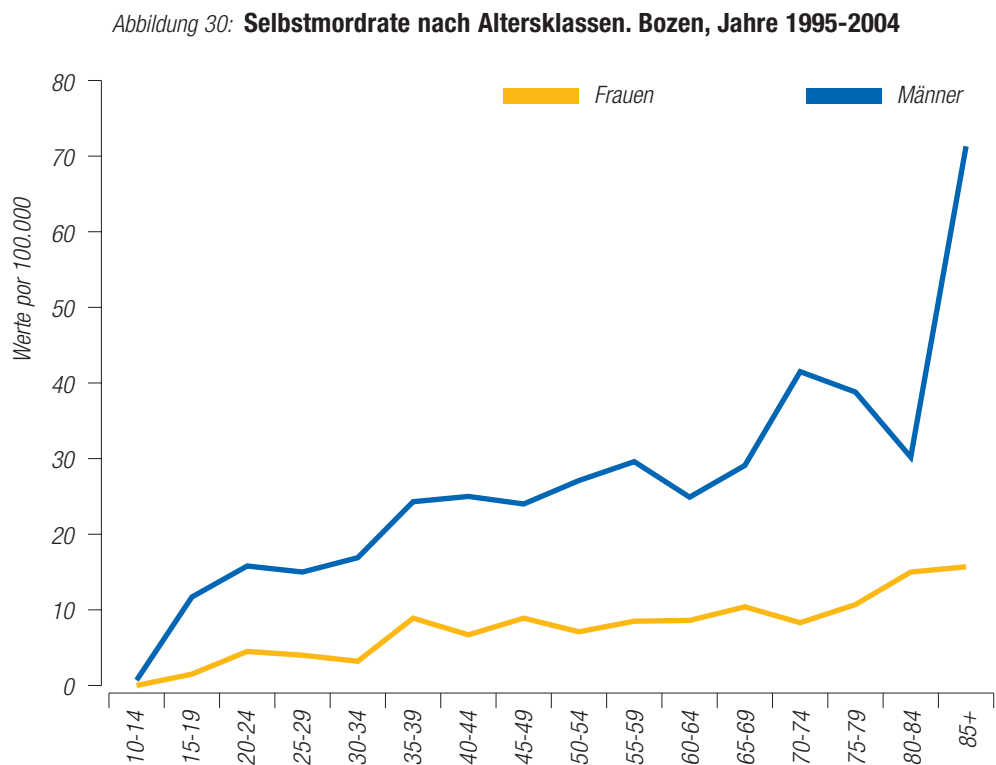
Fonte: ZGG, EBK

Im Jahrzehnt 1995-2004 verzeichnete die Provinz Bozen 584 Suizidfälle, was einem Durchschnitt von 12,6 Fällen pro 100.000 Einwohner entspricht. Nach einer Spitze von 20,3 Fällen pro 100.000 im Jahr 1990 ist das Phänomen progressiv rückläufig und nähert sich den Durchschnittswerten Deutschlands und liegt in der Mitte zwischen den nationalen und österreichischen Daten.

SUIZIDE



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



3.8. VERKEHRSUNFÄLLE

2003 wurden in Südtirol 1.716 Verkehrsunfälle verzeichnet, in denen 65 Menschen ums Leben kamen und 1.716 verletzt wurden. In absoluten Zahlen ausgedrückt ist die Zahl der Verkehrsunfälle um 16,7% gegenüber 2002 und um 17,9% gegenüber 2001 rückläufig. Auch die Zahl der Toten und Verletzten hat sich vermindert, in Bezug auf die Toten um 26,1% gegenüber 2002 und 33,0% gegenüber 2001, bei den Verletzten um 18,6% gegenüber 2002 und um 22,1% gegenüber 2001. Die meisten Unfälle spielten sich auf Gemeindestraßen (41,8%) und Staatsstraßen (36,4%) ab.

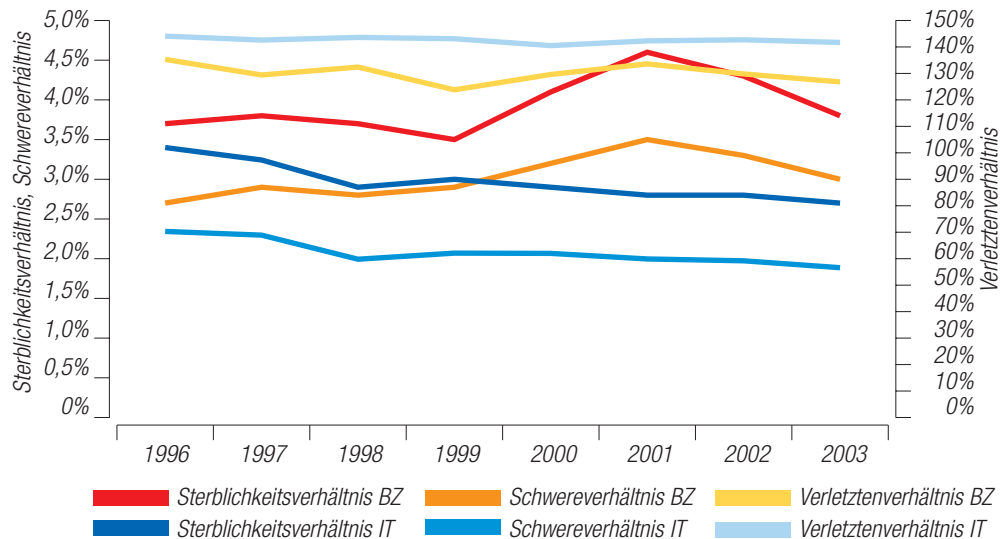
Die Ausgänge der Verkehrsunfälle unterscheiden sich je nach Art der Straße. 58,5% der Todesfälle ereigneten sich auf Staatsstraßen, 16,9% auf Landestraßen und 10,8% auf Gemeindestraßen. 38,6% der Verletzten waren in einen Unfall auf Staatsstraßen, 38,2% auf Gemeindestraßen und 13,6% auf Landesstraßen verwickelt.

Das Schwereverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Verletzten) ist höher auf den Gemeindestraßen außerhalb Ortszentren (6,8%) und geringer auf den Gemeindestraßen in Ortszentren (0,8%). Eine analoge Situation ergibt sich für das Sterblichkeitsverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Toten und der Zahl der Unfälle), das höher für die Unfälle auf Gemeindestraßen außerhalb Ortszentren (7,9%) und geringer auf Gemeindestraßen in Ortszentren (1,0%) ausfällt. Das Verletztenverhältnis (Verhältnis zwischen der Zahl der Verletzten und der Zahl der Unfälle) ist höher auf den Autobahnen (166,7%) und geringer auf den Gemeindestraßen (115,9%).

Schwere- und Sterblichkeitsverhältnis nahmen zwischen 1996 und 2001 zu und in den darauffolgenden Jahren ab, verzeichneten aber konstant Werte über dem nationalen Durchschnitt. Tendenziell rückläufig ist im selben Zeitraum das Verletztenverhältnis, das konstant unter den gesamtstaatlichen Durchschnittswerten liegt.

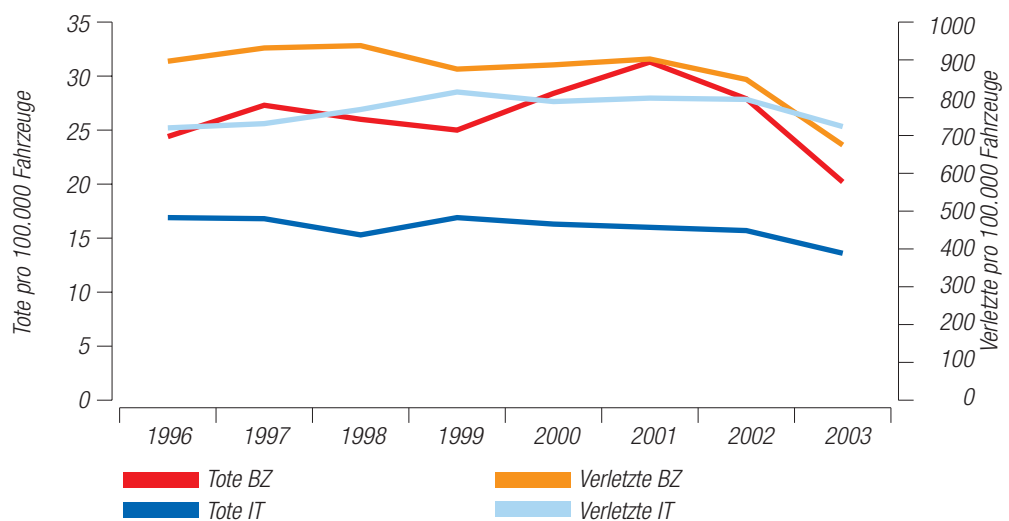
AUSGÄNGE DER VERKEHRSUNFÄLLE

Abbildung 31: **Sterblichkeits-, Schwere- und Verletztenverhältnis der Verkehrsunfälle.**
Bozen und Italien, Jahre 1996-2003



Die Zahl der Todesfälle im Vergleich zum Fahrzeugbestand des Jahres 2003 betrug 20,2 pro 100.000 Fahrzeuge, während sich die Verletztenzahl auf 674,8 pro 100.000 Fahrzeuge belief. Der Indikator liegt im Vergleich zu jenem der Toten über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, obwohl er sich dem Index des Jahres 2003 nähert. Der Indikator der Verletzten war im berücksichtigten Zeitraum rückläufig, während auf gesamtstaatlicher Ebene ein entgegengesetzter Trend verzeichnet wird, was dazu geführt hat, dass 2003 der Landesindikator unter dem gesamtstaatlichen Wert lag.

Abbildung 32: **Tote und Verletzte pro Verkehrsunfall im Vergleich zum Fahrzeugbestand.**
Bozen und Italien, Jahre 1996-2003



3.9. ARBEITSUNFÄLLE UND BERUFSKRANKHEITEN

2003 wurden insgesamt 16.514 Arbeitsunfälle gemeldet (-7,5% gegenüber 2002), 17 davon mit tödlichen Folgen, und 310 Berufskrankheiten im Industrie- und Dienstleistungssektor.

84,8% der Arbeitsunfälle und 14 der 17 tödlichen Unfälle ereigneten sich im produzierenden Gewerbe, die restlichen 3 Todesfälle in der Landwirtschaft.

Vergleicht man für den Dreijahreszeitraum 2000-02 die Südtiroler Daten mit jenen der anderen Regionen Italiens, so stellt man fest, dass in Südtirol die relative Häufigkeit der entschädigten Vorfälle gegenüber der Zahl der Meldungen (37,6 pro 1.000) über den gesamtstaatlichen Mittelwerten liegt (35,8 pro 1.000). Das Schwereverhältnis erfasst das Verhältnis zwischen den Folgen der Verletzungen und der Anzahl der gemeldeten Fälle. Die Folgen der Verletzungen kommen durch die Zahl der tatsächlich durch den Arbeitsunfall verlorenen Arbeitstage zum Ausdruck.

Im Jahresdurchschnitt verlor auf Landesebene jeder Arbeitnehmer im Dreijahreszeitraum 2000-02 infolge eines Arbeitsunfalls 2,72 Arbeitstage. Der Schweregrad der in Südtirol gemeldeten Arbeitsunfälle liegt unter den nationalen Durchschnittswerten (2,88).

BIBLIOGRAPHIE

Regione Piemonte. La Salute in Piemonte, 2000.

Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. In Italian Heart Journal. 2003;4.

Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV. Dicembre 2004.

ASTAT. Verkehrsunfälle in Südtirol, 2003. ASTATInfo Nr. 02/2005

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

INAIL. Statistiche Datenbank. URL: <http://bancadati.inail.it/prevenzionale/>

4. RISIKOGRUPPEN

Die weibliche Bevölkerung im fruchtbaren Alter wird älter; im Jahr 2004 stieg das Durchschnittsalter auf 33,6 Jahre an.

Die Schwangerschaftsabbruchrate (5,1 pro 1.000) liegt unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert, während die Fehlgeburtenrate (120,9 pro 1.000 im Jahr 2004) weitgehend mit den gesamtstaatlichen Werten vergleichbar ist.

Südtirol verzeichnet unter den italienischen Regionen (1,26 Kinder pro Frau) mit 1,54 die höchste Zahl an Kindern pro Frau.

Pro 1.000 Südtiroler Frauen im fruchtbaren Alter werden durchschnittlich 65,4 Krankenhausentlassungen aufgrund von Schwangerschaft, Entbindung oder Puerperium erfasst.

Die Kaiserschnitte machen 22,9% an den Geburten insgesamt aus.

Die Totgeburtenrate beträgt 3 pro 1.000 und ist mit den gesamtstaatlichen Daten vergleichbar; sie ist eine der niedrigsten in Europa.

Die Geburtenrate (11,5 pro 1.000) gehört zu den höchsten Italiens.

Die Zahl der Todesfälle im ersten Lebensjahr belief sich im Jahr 2004 auf 23.

Die Kindersterblichkeitsrate (4,2 pro 1.000) ist eine der niedrigsten Italiens.

64% der Todesfälle im Kindesalter erfolgt im ersten Lebensmonat, was das hohe Gewicht der endogenen Mortitätsfaktoren bestätigt.

Die Impfdeckungen im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2002 lagen auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95%: 90,1% für Kinderlähmung, 89,5% für Diphtherie-Tetanus, 89,6% für Hepatitis B, 58,0% für Masern und 88,3% für HiB.

Die Lebenserwartung in guter Gesundheit im Alter von 65 Jahren (1999-2000) beträgt 7,4 Jahre für die Männer und 9,1 Jahre für die Frauen.

Die Hospitalisierungsraten der älteren Bevölkerung betragen 512,4 pro 1.000 für die über 64-Jährigen und 662,4 pro 1.000 für die über 74-Jährigen.

Die ausländische Wohnbevölkerung beläuft sich auf über 22.000, dabei handelt es sich vorwiegend um Jugendliche (der Altersindex entspricht 27,4%).

Unter den ausländischen Frauen sind die häufigsten Hospitalisierungsursachen jene, die mit der Schwangerschaft, Entbindung und dem Puerperium zusammenhängen (42,9% der Entlassungen), während unter den Männern die Traumata und Vergiftungen vorherrschen (17,0%).

Beim Gesundheitsschutz der Bevölkerung müsste vor allem den Risikogruppen, die aufgrund ihrer Merkmale höheren Gefahren ausgesetzt sind, eine besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. Diesen Gruppen können Kinder, schwangere Frauen sowie ältere Menschen und die Einwanderer zugeordnet werden.

Die Gesundheit von Mutter und Kind ist ein prioritärer gesundheitlicher Bereich, in dem mit Maßnahmen zur Verbesserung des Ansatzes und Zuganges zur Versorgung eingegriffen werden kann: durch eine qualifiziertere Versorgung, pharmakologische Behandlungen und die Ausbildung der Bediensteten sowie durch eine einfache Prävention während der Schwangerschaft, Entbindung und der ersten Lebensjahre des Kindes.

Die Gesundheit der älteren Menschen hat in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und der sich daraus ergebenden Verzehrerung der Ressourcen eine immer größere Bedeutung erlangt. Somit wird es zur dringlichen Aufgabe, die Bedürfnisse der älteren Bevölkerung zu erkennen und sie mit dem Angebot der verfügbaren Versorgungsleistungen ins Verhältnis zu setzen. Die Gesundheitsprobleme der eingewanderten Bevölkerung sind komplex und im epidemiologischen Rahmen der Ausgangsbevölkerung bestimmbar, in den Anpassungsproblemen und in der Aussetzung anderen, gesundheitlichen Risiken in der Zielbevölkerung gegenüber erkennbar. Die bedeutendsten Risikofaktoren für die Gesundheit der eingewanderten Bevölkerung können in der prekären Beschäftigungs- und Unterkunftslage, in den ernährungsbezogenen Mängeln und Unausgewogenheiten, in den klimatischen Unterschieden, im Mangel an affektiver Unterstützung sowie in den Eingliederungsschwierigkeiten und Zugangsproblemen zu den Gesundheitsdiensten zusammengefasst werden.

4.1. GESUNDHEIT VON MUTTER UND KIND

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

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

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

4.1.1. Schutz der Mutter

Die weibliche Bevölkerung im fruchtbaren Alter belief sich zum 31. Dezember 2004 (die Daten beziehen sich auf die Altersklasse zwischen 15 und 49 Jahren) auf 114.675; die Rate verzeichnet somit in den letzten zehn Jahren nur einen

geringen Anstieg (+1,1% gegenüber 1995), jedoch eine Änderung in der Struktur ihrer Altersklassen. 1995 befanden sich 44,1% dieser Bevölkerung in der Altersklasse zwischen 15 und 29 Jahren, 31,3% waren zwischen 30 und 39 Jahre alt, 24,6% zwischen 40 und 49 Jahre. 2004 betrugen diese Anteile 35,4% (-8,7%), bzw. 34,5% (+3,2%) bzw. 30,1% (+5,5%).

Somit kann man von einer Alterung der weiblichen Bevölkerung im fruchtbaren Alter sprechen, was sich auch durch die Zunahme des durchschnittlichen Alters in dieser Altersklasse bestätigt, das von 32,2 Jahren im Jahr 1995 auf 33,6 Jahren im Jahr 2004 angestiegen ist.

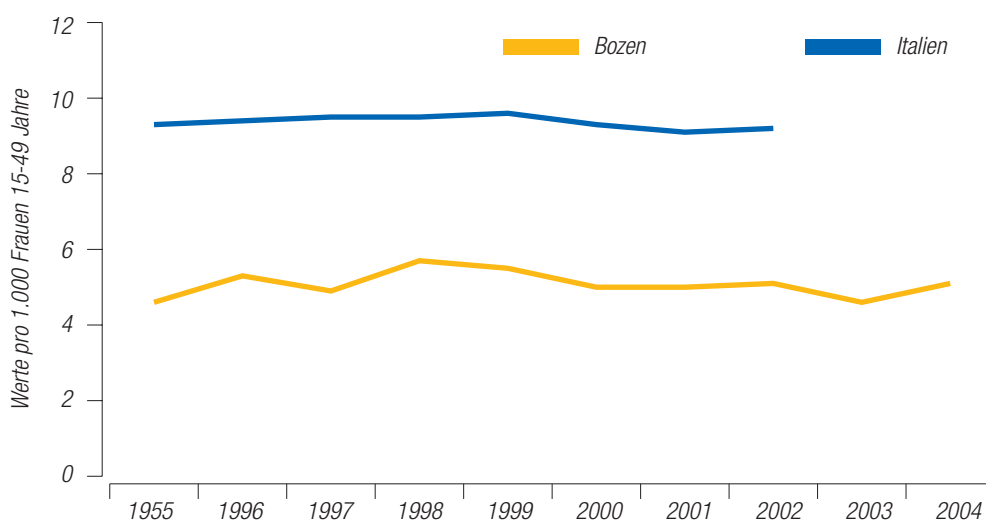
Tabelle 1: Weibliche Bevölkerung im fruchtbaren Alter nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb und Altersklasse. Bozen, Jahr 2004

Altersklasse	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
15-29	16.508	10.963	6.281	6.888	40.640
30-39	17.567	10.157	5.734	6.076	39.534
40-49	15.669	8.978	4.818	5.036	34.501
INSGESAMT	49.744	30.098	16.833	18.000	114.675

Quelle: ASTAT

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche unter den ansässigen Frauen belief sich auf 582, was dem höchsten Wert im Zeitraum 2000 bis 2004 entspricht. Das Phänomen zeigt sich mit einer Schwangerschaftsabbruchrate (5,1 pro 1.000 im Jahr 2004), die konstant unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert (9,2 pro 1.000 im Jahr 2002) liegt, jedenfalls stabil.

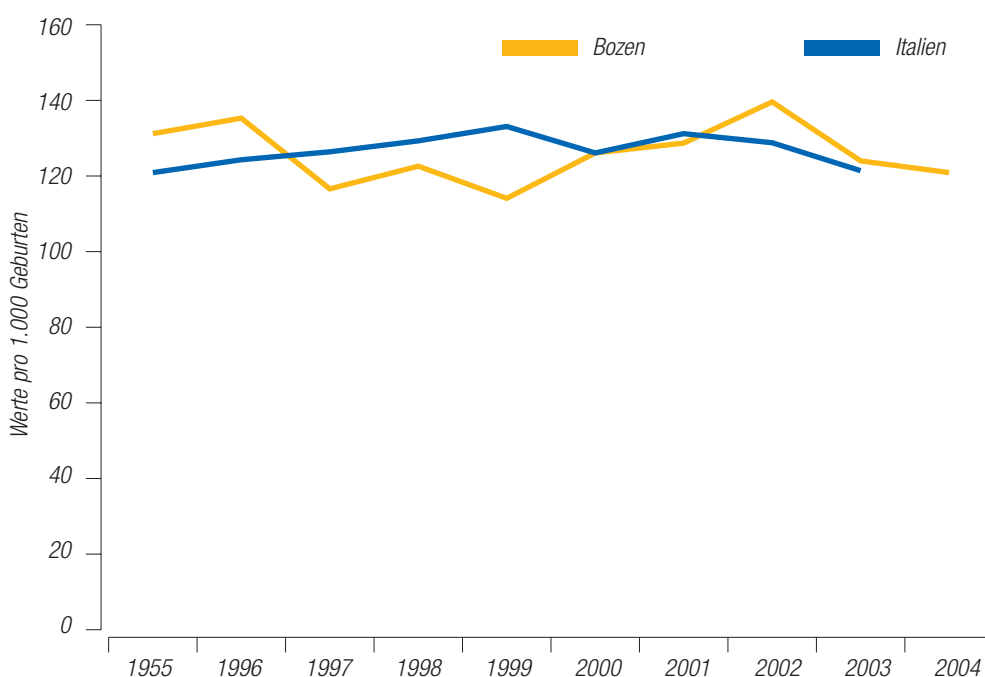
Abbildung 1: Schwangerschaftsabbruchrate: Bozen und Italien. Jahre 1995-2004



Die Zahl der spontanen Fehlgeburten (659 im Jahr 2004) ist nach einem Spitzenwert im Jahr 2002 in den letzten beiden Jahren rückläufig. Der Anstieg der Fehlgeburtenrate zu Beginn der 90er Jahre kann sowohl durch eine sich mit der Zeit verbesserte Erhebung des Phänomens als auch durch eine verstärkte Verbreitung der Risikofaktoren erklärt werden, z.B. durch den Anstieg des durchschnittlichen Alters der Frau bei der Zeugung.

Die Fehlgeburtenrate auf Landesebene (120,9 pro 1.000 im Jahr 2004) ist mit der gesamtstaatlichen Rate vergleichbar (121,4 pro 1.000 im Jahr 2003).

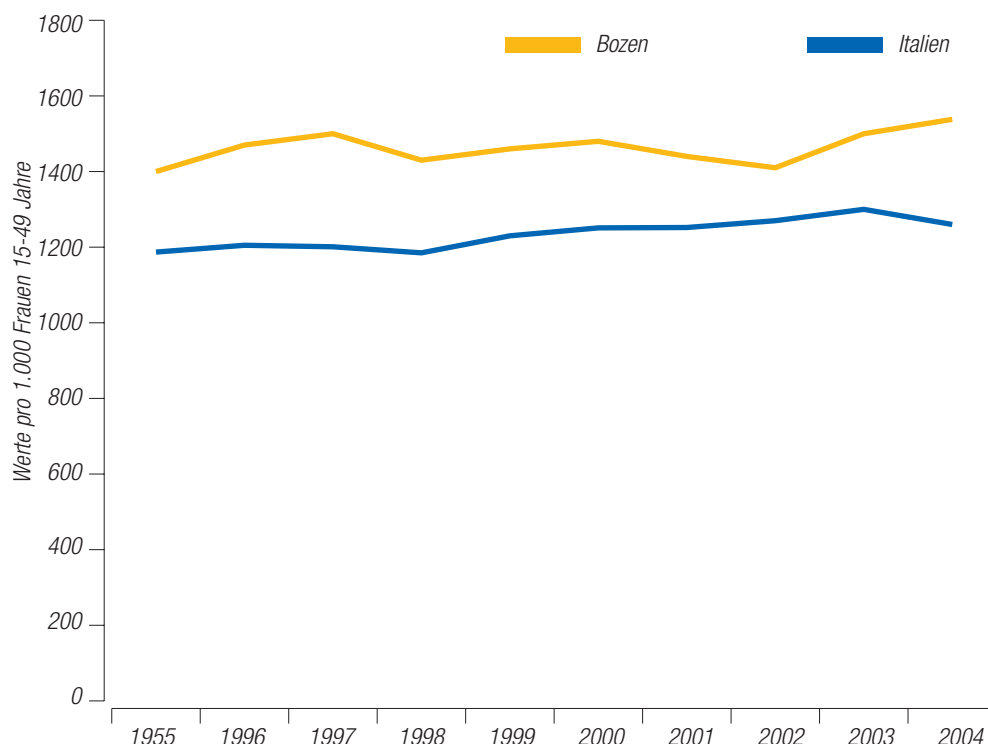
Abbildung 2: Spontane Fehlgeburtenrate. Bozen und Italien, Jahre 1995-2004



GESAMTFRUCHTBAR- KEITSRATE

Die für den Bezugszeitraum berechnete Gesamtfruchtbarkeitsrate besagt, dass die Südtiroler Frauen im Jahr 2004 durchschnittlich 1,54 Kinder geboren haben, gegenüber dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 1,26. Die Fruchtbarkeit verzeichnet in den letzten zehn Jahren einen Wiederaufschwung sowohl auf Landesebene (+0,14) als auch Staatsebene (+0,07). Südtirol besitzt italienweit die höchste Fruchtbarkeitsrate.

Abbildung 3: Gesamtfruchtbarkeitsrate. Bozen und Italien. Jahre 1995-2004



Die wachsende Fruchtbarkeitsrate und zunehmende Alterung der weiblichen Bevölkerung im fruchtbaren Alter führen zu einem Anstieg des Durchschnittsalters der Frau bei der Entbindung, das in den Jahren zwischen 1995 und 2004 von 29,4 auf 31,1 Jahre zugenommen hat.

2004 gab es in Südtirol insgesamt 7.504 Entlassungen aus Abteilungen für Akutkranke von ansässigen Frauen mit der Primärdiagnose Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Puerperium: 47,1% aufgrund von Vaginalgeburt, 16,3% aufgrund von Schwangerschaft mit Abort, 13,3% aufgrund von Komplikationen bei der Schwangerschaft und 1,3% aufgrund von Komplikationen im Puerperium. In 22,0% der Fälle wurden Komplikationen vor allem während der Geburtswehen und bei der Entbindung gemeldet. Die Entlassungen von ansässigen Frauen aufgrund von Schwangerschaft, Entbindung oder Puerperium beliefen sich - ohne bedeutende Veränderungen im letzten Jahrzehnt - auf 65,4 pro 1.000 Frauen im Alter zwischen 15-49 Jahren.

**DURCHSCHNITTSALTER
BEI DER ENTBINDUNG**

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN
AUFGRUND VON
SCHWANGERSCHAFT,
ENTBINDUNG UND
PUERPERIUM**

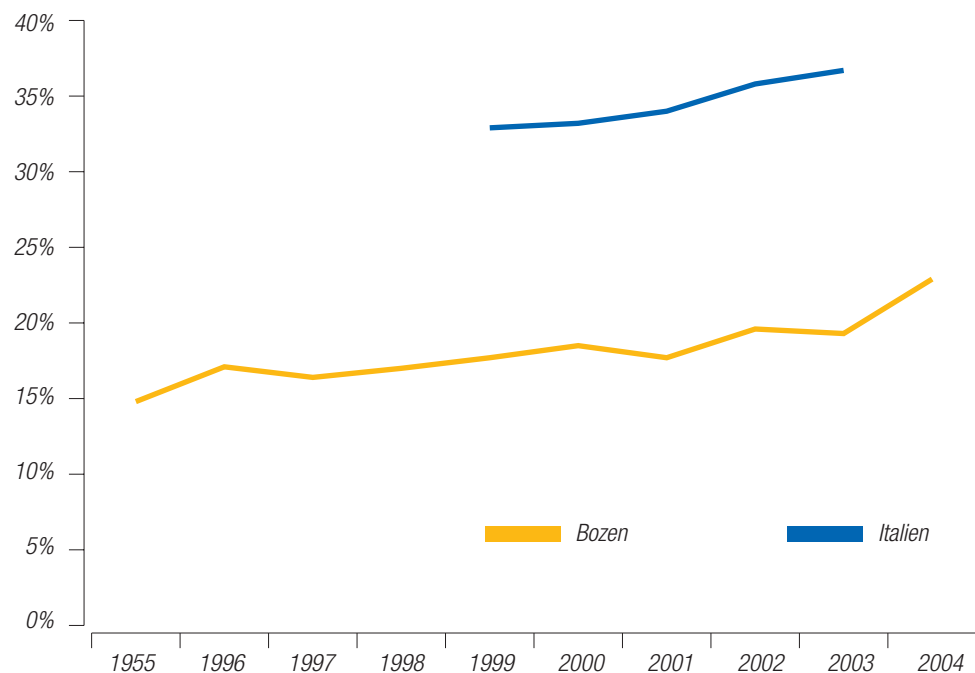
Tabelle 2: Krankenhausentlassungen aufgrund von Entbindung und Schwangerschaftskomplikationen (ICD IX 630-676), aufgrund von DRGs, die mit der Geburt zusammenhängen (DRG 370-375) und aufgrund von Kaiserschnitt (DRG 370-371). Absolute Werte pro 1.000 Frauen im Alter zwischen 15-49 Jahren und Anteil der Kaiserschnitte. Bozen, Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Absolute Werte					
ICD IX 630-676	3.342	1.719	1.196	1.247	7.504
DRG 370-375	2.134	1.223	795	843	4.995
DRG 370-371	477	274	165	228	1.144
Werte pro 1.000 Frauen 15-49 Jahre und % der Kaiserschnitte					
ICD IX 630-676	67,2	57,1	71,1	69,3	65,4
DRG 370-375	42,9	40,6	47,2	46,8	43,6
DRG 370-371	22,4%	22,4%	20,8%	27,0%	22,9%

Quelle: EBK

Die Entlassungen aufgrund von Geburt (nach dem DRG-Kriterium) von ansässigen Frauen beliefen sich insgesamt auf 4.995, was 43,6 pro 1.000 Frauen im Alter 15-49 Jahren entspricht. In 1.144 Fällen wurde ein Kaiserschnitt vorgenommen. Der Anteil der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt beträgt 22,9% und ist in den letzten Jahren tendenziell angestiegen, obwohl er sich immer noch unter den gesamtstaatlichen Vergleichswerten hält.

Abbildung 4: Anteil der Kaiserschnitte. Bozen und Italien. Jahre 1995-2004



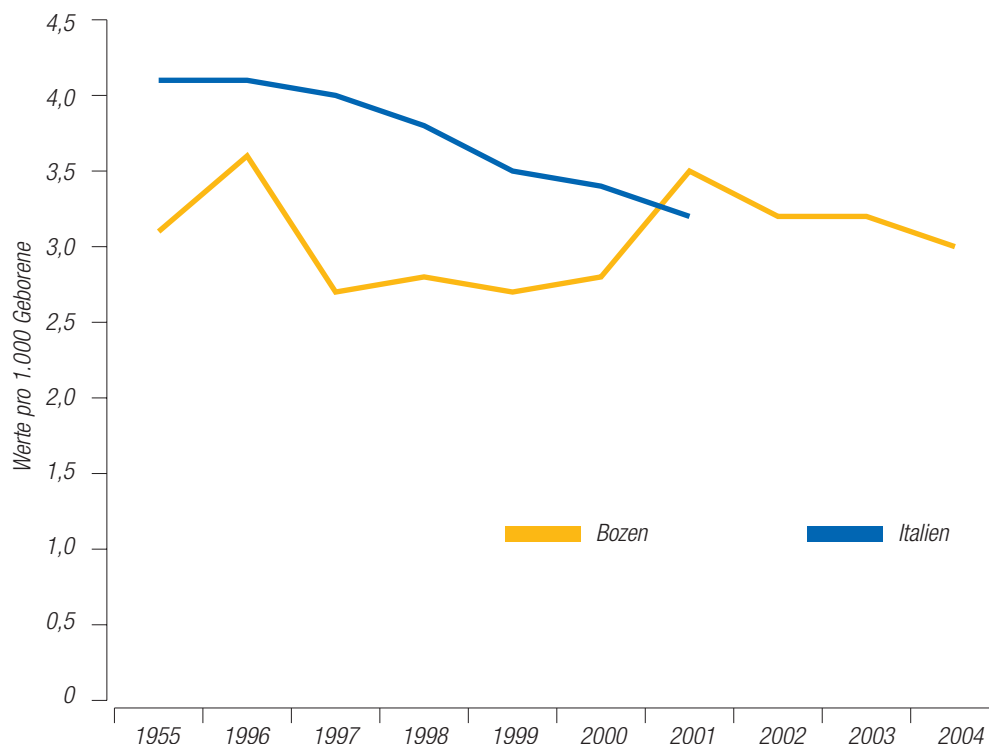
4.1.2. Gesundheit des Kindes

TOTGEBURTENRATE

Die Definition der Totgeburt ist nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit jener der tardiven fetalen Sterblichkeit vergleichbar, die sich auf eine Schwangerschaftsdauer von über 28 Wochen bezieht. Die Dauer der Schwangerschaft, die nach der italienischen Gesetzgebung zwischen Fehlgeburt und Totgeburt unterscheidet, entspricht 180 Tagen (25 Wochen + 5 Tagen).

Die Totgeburtenrate in Südtirol ist mit 3,0 Totgeborenen pro 1.000 Geborene im Jahr 2004 (16 Fälle) mit der gesamtstaatlichen Rate vergleichbar und gehört zu den niedrigsten in Europa.

Abbildung 5: Totgeburtenrate. Bozen und Italien. Jahre 1995-2004



Im Jahr 2004 wurden in der Wohnbevölkerung 5.450 Geburten verzeichnet, was einer Geburtenrate von 11,5 pro 1.000 Einwohner entspricht. Der Trend der letzten zehn Jahre ist auch infolge der Alterung der Bevölkerung rückläufig, obwohl sich auf gesamtstaatlicher Ebene, wenngleich mit geringeren Werten als auf Landesebene, ein Umkehrtrend abzeichnet, der auf die Geburtenrate der eingewanderten Bevölkerung zurückzuführen ist.

Die Zahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder betrug 23, was einer Kindersterblichkeitsrate von 4,2 pro 1.000 entspricht. Die Südtiroler Kindersterblichkeitsrate gehört zu den niedrigsten Italiens.

64% der Todesfälle erfolgen im ersten Lebensmonat, 79% innerhalb des dritten Monats, was auf das hohe Gewicht der endogenen Mortalitätsfaktoren hinweist. Unter den Ursachen der Kindersterblichkeit überwiegen die perinatalen Erkrankungen (55% der Fälle): in 28% der Fälle ist der Tod auf eine kurze Schwangerschaft oder auf ein niedriges Gewicht bei der Geburt, in 7% der Fälle auf ein Atemnotsyndrom, in 5% auf eine intrauterine Hypoxie oder auf eine Asphyxie bei der Geburt zurückzuführen. Die angeborenen Missbildungen sind in 22% der Fälle (in 9% der Fälle sind es Herzfehler) für den Tod verantwortlich, während in 4% der Todesfälle die Ursache eine Infektionskrankheit ist.

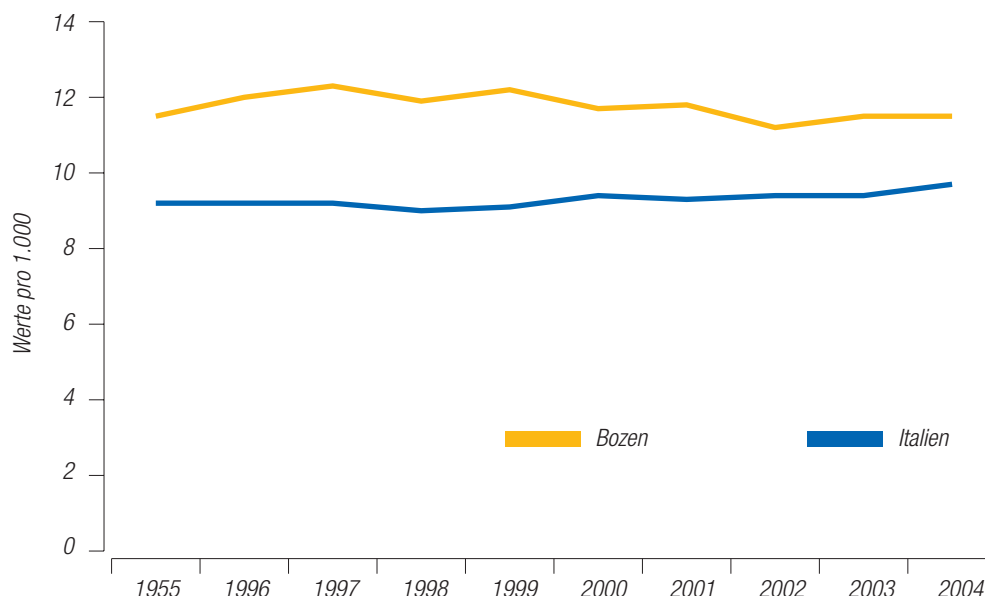
GEBURTENRATE

KINDERSTERBLICHKEIT

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN IN DER
BEVÖLKERUNG ZWISCHEN
0-1 JAHR**

Im Jahr 2004 wurden (die gesunden Lebendgeborenen ausgeschlossen) 2.740 Krankenhausentlassungen aus Abteilungen für Akutkranke von ansässigen Kindern im ersten Lebensjahr verzeichnet (502,8 pro 1.000 Lebendgeborene), 43,6% davon aufgrund von perinatalen Erkrankungen, 11,1% aufgrund von Krankheiten der Atemwege und 9,3% aufgrund von angeborenen Missbildungen.

Abbildung 6: Geburtenrate. Bozen und Italien. Jahre 1995-2004



**STERBLICHKEIT IN DER
BEVÖLKERUNG ZWISCHEN
1-14 JAHREN**

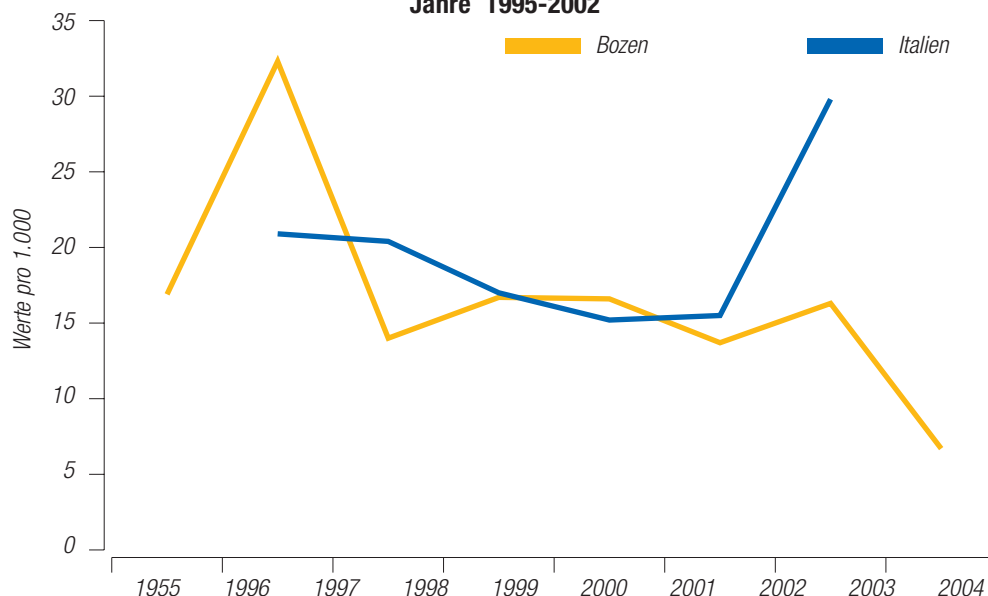
2002 wurden in der Provinz 5 Todesfälle (6,7 pro 100.000) in der Bevölkerung zwischen 1 und 14 Jahren verzeichnet, gegenüber einem jährlichen Durchschnittswert von 12 Todesfällen im Zeitraum 1995-2002. Die Landesdaten sind trotz des unterschiedlichen Ausmaßes des Phänomens mit den gesamtstaatlichen Werten vergleichbar.

Von den 96 im Zeitraum 1995-2002 verzeichneten Todesfälle sind 39% auf Traumata und Vergiftungen zurückzuführen (37 Fälle, 16 davon aufgrund von intrakraniellen Traumen), 14% auf Tumoren (13 Fälle, 6 davon bösartige Hirntumoren). Infektionskrankheiten, Erkrankungen des Nervensystems und angeborene Missbildungen sind für je 9% am Gesamtanteil (je 9 Fälle) verantwortlich.

**KRANKENHAUS-
ENTLASSUNGEN IN DER
BEVÖLKERUNG ZWISCHEN
1-14 JAHREN**

2004 wurden 8.092 Krankenhausentlassungen aus Abteilungen für Akutkranke in der Bevölkerung zwischen 1-14 Jahren verzeichnet (26,8 pro 1.000 Einwohner). Die primäre Entlassungsdiagnose war in 20,1% der Fälle eine Erkrankung der Atemwege, in 15,9% der Fälle ein Trauma oder eine Vergiftung und in 12,4% der Fälle eine Erkrankung des Verdauungsapparats.

Abbildung 7: Sterblichkeitsrate in der Bevölkerung von 1-14 Jahren. Bozen und Italien.
Jahre 1995-2002



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

Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2002 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95% sowohl für die Pflichtimpfungen (90,1% für Kinderlähmung, 89,5% für DT, 89,6% für Hepatitis B) als auch für die empfohlenen Impfungen (58,0% für Masern und 88,3% für HiB).

Tabell 3: : Impfdeckungen im Alter von 24 Monaten nach Sanitätsbetrieb. Bozen, Geburtenfolge 2002

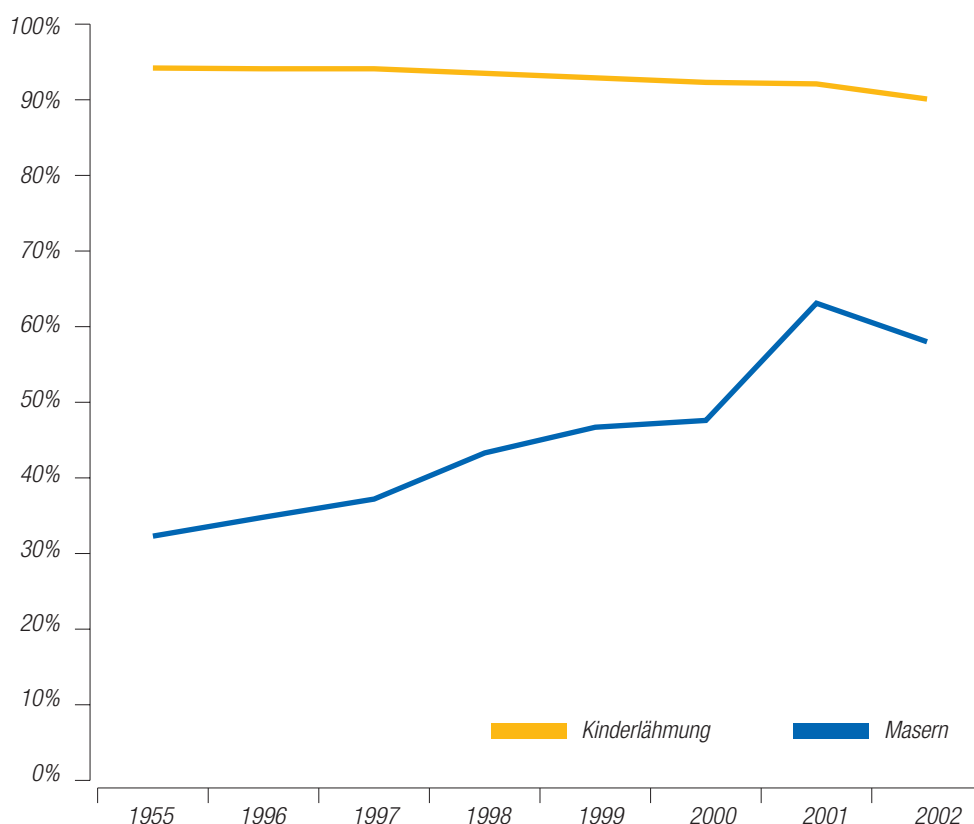
	Kinderlähmung	DT	Hepatitis B	Masern	HiB
Bozen	88,7%	87,4%	88,4%	65,9%	87,6%
Meran	92,6%	92,4%	91,8%	46,6%	87,6%
Brixen	87,6%	87,8%	87,3%	52,0%	88,5%
Bruneck	92,4%	92,3%	91,6%	60,1%	90,9%
INSGESAMT	90,1%	89,5%	89,6%	58,0%	88,3%

Quelle: Sanitätsbetriebe, Südtiroler Gemeindenverband

Die Deckungsraten für Impfungen im Alter von 24 Monaten sind für die Kinderlähmung rückläufig (von 94,2% für die Geburtenfolge 1995 auf 90,1%, für die Geburtenfolge 2002), während die Deckungsraten für Masern von 32,3% für die Geburtenfolge 1995 auf 58,0% für die Geburtenfolge 2002 angestiegen sind, wenngleich mit einer Verminderung von 4,9% im Vergleich zur Geburtenfolge 2001.

IMPFDECKUNG

Abbildung 8: Impfdeckungsrate im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung und Masern. Bozen, Geburtenfolgen 1995-2002



4.2. ÄLTERE MENSCHEN

Die Alterung der Bevölkerung hat die Verhaltensweisen der älteren Bevölkerung stark verändert, die mit verstärkter Aufmerksamkeit die Notwendigkeit verspürt, sich selbst um die eigene Gesundheit zu sorgen, um den negativen Auswirkungen des fortschreitenden Alters entgegenzuwirken.

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

Die Südtiroler Wohnbevölkerung über 64 Jahren belief sich zum 31. Dezember 2004 auf 77.899, die Bevölkerung über 74 Jahren auf 35.926. Die Frauen überwiegen in der älteren Bevölkerung mit einem Anteil von 58,7% bei den über 64-Jährigen und 64,6% bei den über 74-Jährigen.

Zwischen 1995 und 2004 ist die Zahl der über 64-Jährigen von 14,4% auf 16,4%

der Gesamtbevölkerung angestiegen, die Zahl der über 74-Jährigen von 5,8% auf 7,5%.

Tabelle 4: Ältere Bevölkerung nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb. Bozen, Jahr 2004

	Über 64 anni		Über 74 anni	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bozen	15.407	22.354	6.072	11.533
Meran	8.377	11.933	3.367	6.054
Brixen	3.984	5.695	1.568	2.865
Bruneck	4.424	5.725	1.707	2.760
INSGESAMT	32.192	45.707	12.714	23.212

Quelle: ASTAT

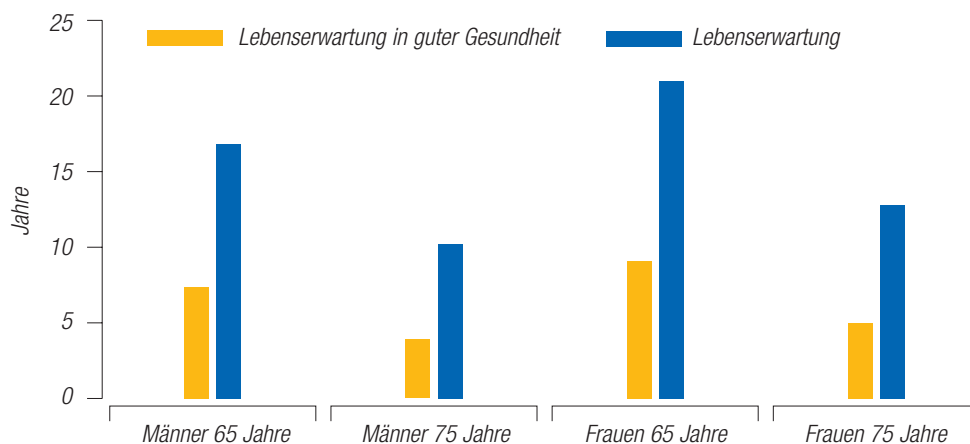
Die Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren (1997-2001) beträgt 16,8 Jahre für die Männer und 20,9 Jahre für die Frauen, also mit einer voraussichtlichen Lebensdauer von 81,8 Jahren für die Männer und 85,9 Jahren für die Frauen. Die Lebenserwartung im Alter von 75 entspricht 10,1 Jahren für die Männer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

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

LEBENSERWARTUNG

127

Abbildung 9: Lebenserwartung und Lebenserwartung in guter Gesundheit der älteren Bevölkerung. Bozen, Zeitraum 1999-2000



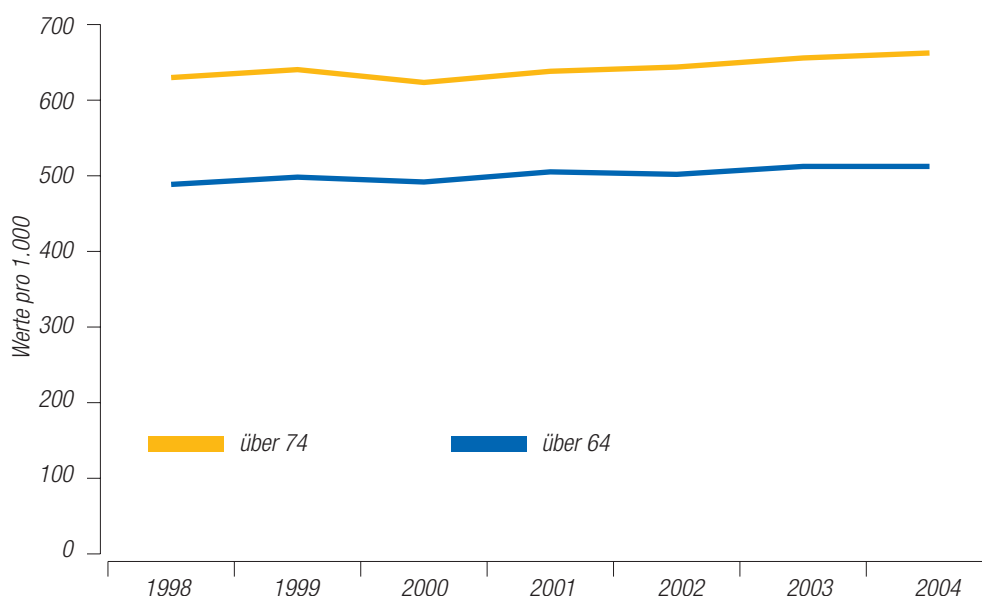
Die Krankenhausentlassungen von ansässigen älteren Menschen beliefen sich im Jahr 2004 auf 39.411 für die über 64-Jährigen und auf 23.485 für die über 74-Jährigen. Die Hospitalisierungsraten sind zwischen 1998 und 2004 ansteigend. In

KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

der Bevölkerung über 64 Jahren nimmt die Rate von 488,6 auf 512,4 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner zu, in der Bevölkerung über 74 Jahren von 629,9 auf 662,4 pro 1.000.

Die Hospitalisierungsraten der männlichen Bevölkerung liegen konstant über jenen der weiblichen Bevölkerung. Im Jahr 2004 wurden für die über 64-Jährigen 551,7 Entlassungen pro 1.000 Einwohner unter den Männern und 484,8 unter den Frauen verzeichnet, für die über 74-Jährigen betrugen die Raten 737,8 bzw. 621,5 pro 1.000.

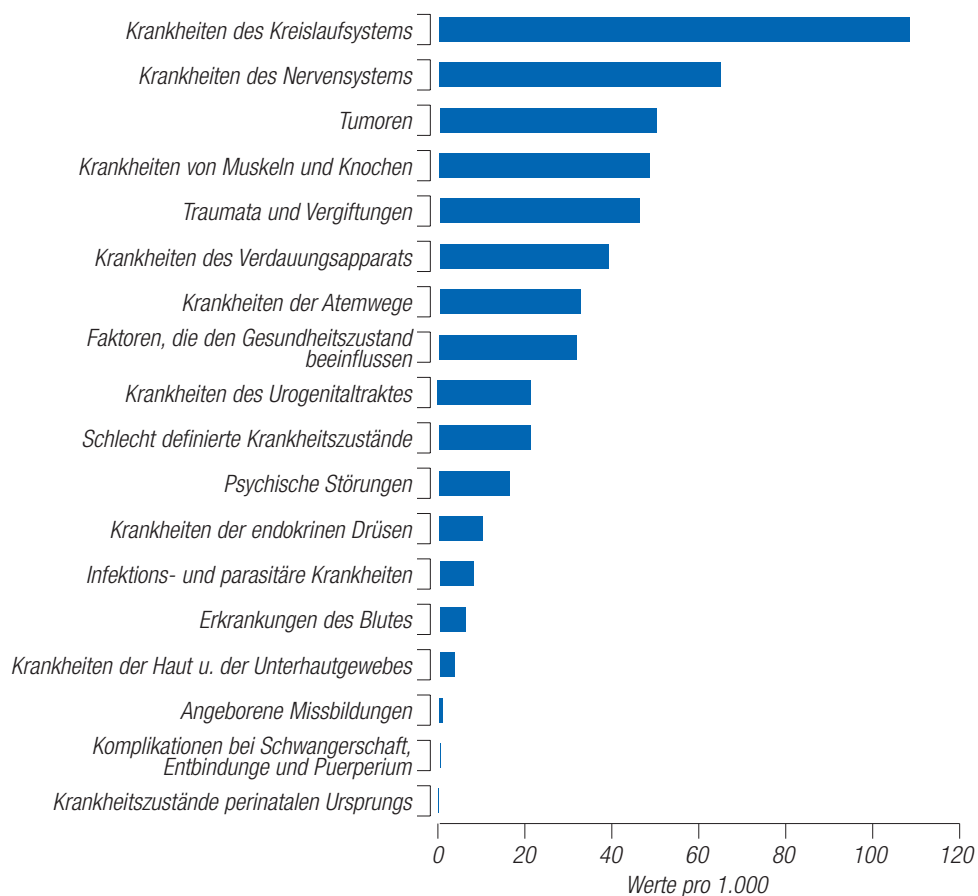
Abbildung 10: Hospitalisierungsraten in der älteren Bevölkerung. Bozen, Jahre 1998-2004



Die häufigsten Entlassungsursachen unter den über 64-jährigen Männern sind die Krankheiten des Kreislaufsystems (23,0%), gefolgt von den Tumoren (12,1%) und von den Krankheiten des Nervensystems (11,2%). Auch unter den Frauen sind die häufigsten Ursachen die Krankheiten des Kreislaufsystems (20,1%), gefolgt von den Krankheiten des Nervensystems (14,1%), den Krankheiten von Muskeln und Knochen (12,0%) und den Traumata (10,7%).

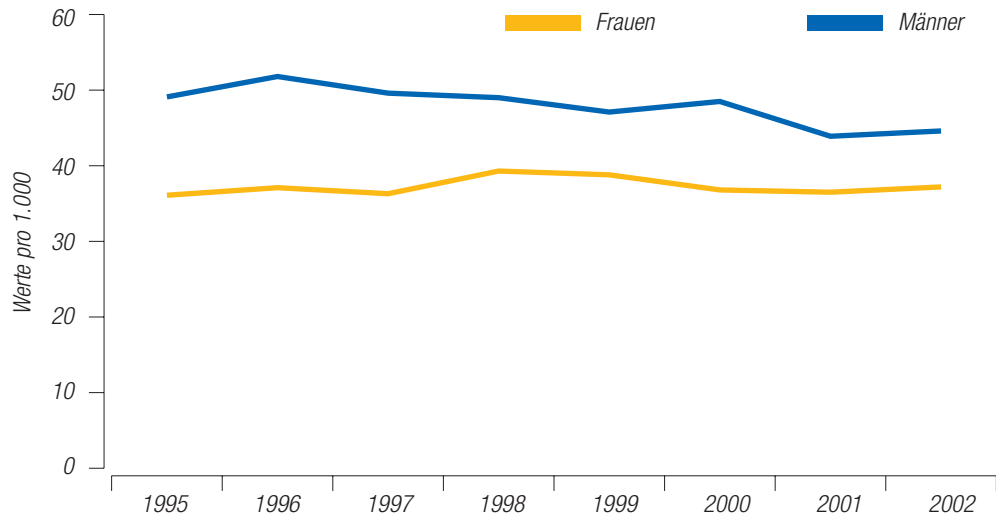
Die Krankheiten des Kreislaufsystems stellen insgesamt die höchste Hospitalisierungsrate (108,1 pro 1.000 Einwohner über 64 Jahren) dar, gefolgt von den Krankheiten des Nervensystems (64,7 pro 1.000), von den Tumoren (49,9 pro 1.000), den Krankheiten von Muskeln und Knochen (48,4 pro 1.000) und den Traumata und Vergiftungen (45,9 per 1.000).

Abbildung 11: Hospitalisierungsrate nach Ursache in der älteren Bevölkerung. Bozen, Jahr 2004



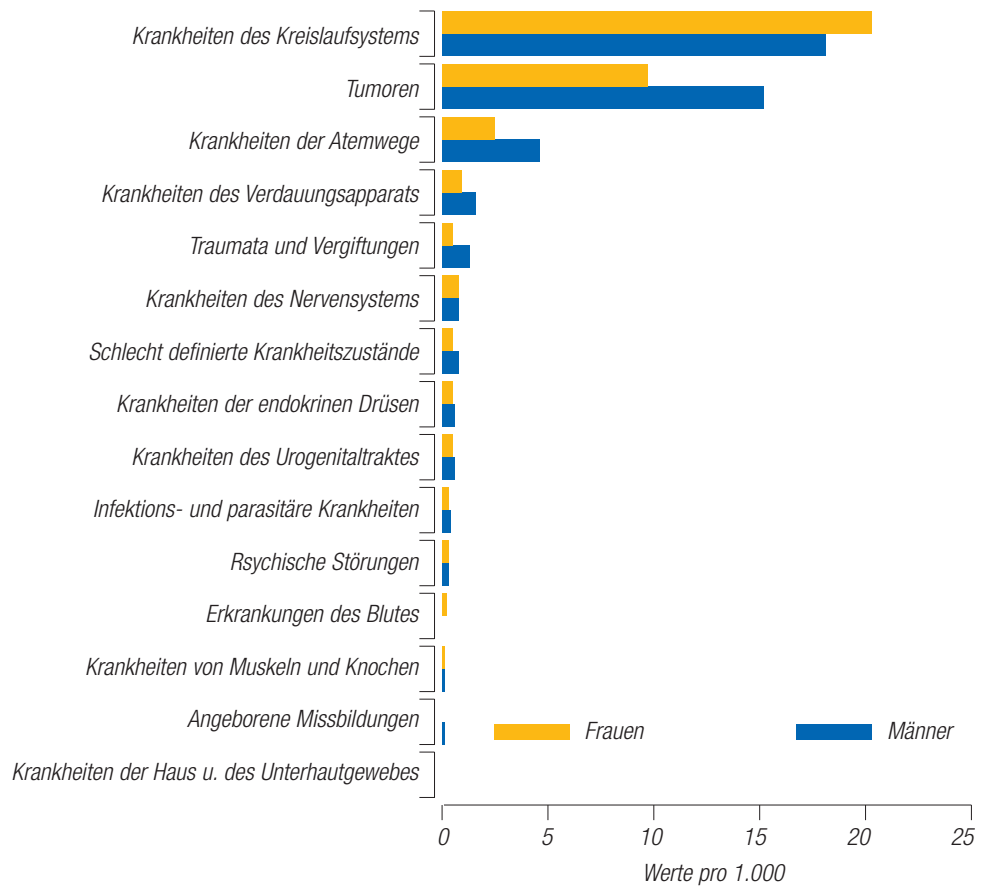
Die in der Bevölkerung über 64 Jahren im Jahr 2002 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 1.329 unter den Männern und 1.624 unter den Frauen, was einer spezifischen Sterblichkeitsrate von 44,6 pro 1.000 bzw. 37,2 pro 1.000 entspricht. Im Zeitraum 1995-2002 ist die Sterblichkeit dieser Bevölkerungsklasse unter den Männern rückläufig, unter den Frauen, die auch stärker von der Alterung der Bevölkerung in dieser Altersklasse betroffen sind, jedoch im Anstieg.

Abbildung 12: Sterblichkeitsrate in der älteren Bevölkerung. Bozen, Jahre 1995-2002



Unter den Todesursachen in der Bevölkerung über 64 Jahren überwiegen die Krankheiten des Kreislaufsystems und die Tumoren, welche die Männer mit 15,2 pro 1.000 und die Frauen mit 9,7 pro 1.000 betreffen.

Abbildung 13: Sterblichkeitsrate nach Ursache und Geschlecht in der älteren Bevölkerung. Bozen, Jahr 2002

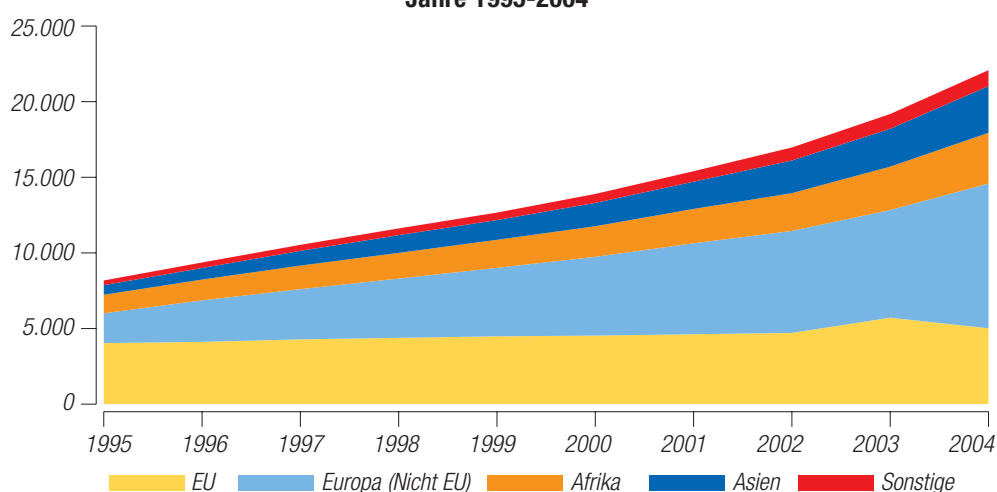


4.3. AUSLÄNDISCHE WOHNBEVÖLKERUNG

Die ausländische Wohnbevölkerung belief sich in Südtirol zum 31. Dezember 2004 auf 22.154. 27,6% davon stammen aus den 15 EU-Staaten, 38,6% aus anderen europäischen Ländern, 15,2% aus Afrika und 13,8% aus Asien.

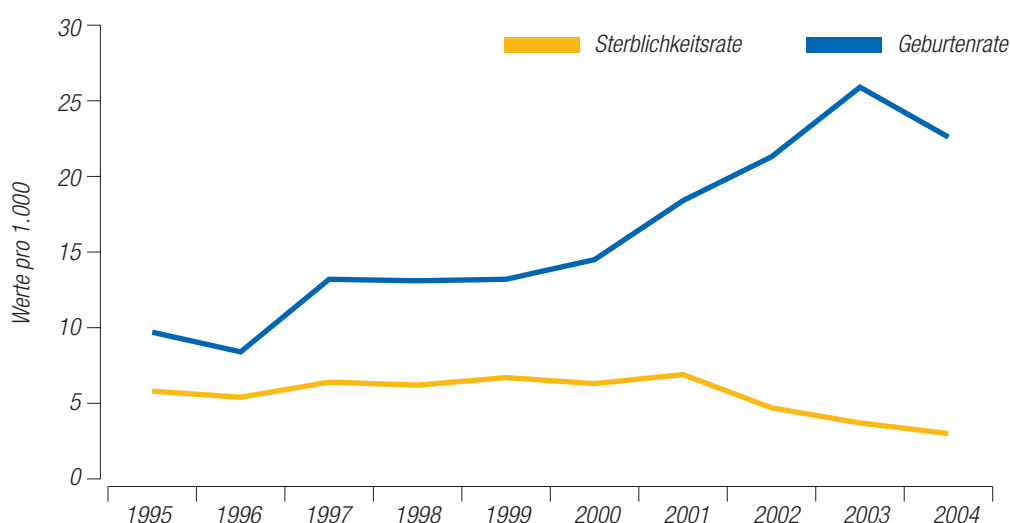
Im Zeitraum 1995-2004 wurde ein Zuwachs um 171% der in Südtirol ansässigen ausländischen Bürger verzeichnet; die Zahl der Bürger aus Nicht-EU-Ländern sind auf 6.593 (+386%) angestiegen.

Abbildung 14: **Ausländische Wohnbevölkerung nach Herkunftsgebiet. Bozen, Jahre 1995-2004**



In der ausländischen Bevölkerung überwiegen die Männer (108 pro 100 Frauen) und die Jugendlichen, mit einem Altersindex von 27,4% (gegenüber dem Gesamtindex auf Landesebene von 95,9%). Die Sterblichkeits- und Geburtenraten werden von der unterschiedlichen Alterstruktur beeinflusst: die Geburtenrate beträgt fast das Doppelte gegenüber jener der Gesamtbevölkerung (22,6 pro 1.000 gegenüber 11,5 pro 1.000 im Jahr 2004), während die Sterblichkeitsrate mit 3,0 pro 1.000 im Jahr 2004 deutlich darunter liegt (7,9 pro 1.000, Wohnbevölkerung 2004).

Abbildung 15: Geburten- und Sterblichkeitsraten in der ausländischen Wohnbevölkerung. Bozen, Jahre 1995-2004



KRANKENHAUS- ENTLASSUNGEN

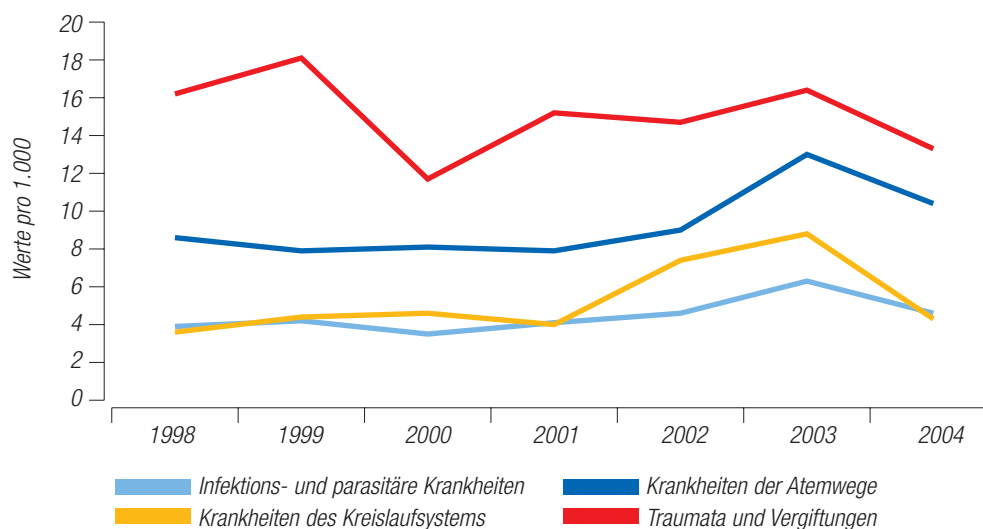
2004 belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen von ansässigen ausländischen Bürgern aus Abteilungen für Akutkranke auf insgesamt 2.567, 56,1% davon betrafen Frauen.

Die Hospitalisierungsrate der ausländischen Wohnbevölkerung entspricht 124,2 pro 1.000: sie kann in zwei Klassen unterteilt werden: die EU-Bürger stellen eine sehr niedrige Hospitalisierungsrate (44,7 pro 1.000), die restlichen ausländischen Bürger eine Rate zwischen 142,0 pro 1.000 für die anderen europäischen Länder und 186,9 pro 1.000 für Afrika.

Die Hospitalisierungsrate wird klar von der hohen Geburtenrate beeinflusst: in der weiblichen Bevölkerung sind 42,9% der Entlassungen auf Ursachen zurückzuführen, die mit der Schwangerschaft, Entbindung und dem Puerperium zusammenhängen. Unter den Männern besteht die häufigste Entlassungsdiagnose in Traumata und Vergiftungen (17,0%), während sowohl unter der Männern als auch unter den Frauen der Entlassungsanteil aufgrund von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste (14,4% unter den Männer und 9,9% unter den Frauen) sehr hoch ausfällt.

Unter den Hospitalisierungsursachen können die Infektionskrankheiten (4,6 pro 1.000) weitgehend mit jenen der Gesamtbevölkerung verglichen werden (3,9 pro 1.000 im Jahr 2004); die Werte für die Krankheiten des Kreislaufsystems liegen hingegen klar darunter (4,3 gegenüber 20,7 pro 1.000 im Jahr 2004). Im Fall der Erkrankungen der Atemwege konvergieren die Raten aufgrund einer tendenziellen Verminderung in der Gesamtbevölkerung (12,0 pro 1.000 im Jahr 2004), während sie in der ausländischen Bevölkerung gleichzeitig ansteigen (10,4 pro 1.000). Die Hospitalisierung aufgrund von Traumata und Vergiftungen unter den Ausländern (13,3 pro 1.000 im Jahr 2004) bleibt unter dem Gesamtwert (17,2 pro 1.000), nähert sich diesem jedoch in einigen Jahren stark.

Abbildung 16: Hospitalisierungsrate der ausländischen Wohnbevölkerung nach einigen Ursachengruppen. Bozen, Jahre 1998-2004



BIBLIOGRAPHIE

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

ISTAT. System der territorialen Indikatoren. Interaktive Datenbank. URL:

<http://sitis.istat.it/sitis/html/index.htm>

ISTAT. L'interruzione di gravidanza in Italia. Anno 2002.

ISTAT. L'interruzione di gravidanza in Italia. Anno 2000-2001.

ASTAT. Freiwillige Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten in Südtirol. 2004. ASTATInfo 09/05.

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

WHO. Maternal and newborn health in the WHO European Region:

the challenges and the way forward. Fact sheet EURO/03/05

Grandolfo M., Donati S., Giusti A. "Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. URL:

<http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf>

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

Ministero della salute. Relazione sullo stato sanitario del paese. 2001-2002.

Ministero della salute. Salute degli anziani. Comunicato stampa, 20 luglio 2005.

Gesundheitsministerium. Krankenhausaufenthalts-Statistiken. Interaktive Datenbank. URL:

http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp

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

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

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



Zweiter Teil

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

Die gewährleisteten Versorgungsstandards

1.1. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG

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

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

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

1.1. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND GESUNDHEITSERZIEHUNG

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

Im Sinne der Ziele der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, die 1986 anlässlich der 1. Internationalen Konferenz über die Gesundheitsförderung erlassen wurde, besteht die globale Strategie der Gesundheitsförderung in der Gesellschaft in der:

- Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung und der einzelnen Bürger;
- Bereitstellung von Mitteln und Förderung von Ideen;

- Schaffung eines günstigen Umfeldes;
- Anpassung der Gesundheitsdienste an die neuen Anforderungen;
- Entwicklung von individuellen Fähigkeiten zur Steuerung des eigenen Wohlbefindens.

GESUNDHEITSERZIEHUNG

Die Gesundheitserziehung betrifft nur eine dieser fünf Zielsetzungen, und zwar den Ausbau der individuellen oder kollektiven Fähigkeiten, über die eigene Gesundheit zu bestimmen und eventuelle Probleme zu bekämpfen.

Die Gesundheitserziehung ist also ein engerer Aktionsbereich, in welchem der Bevölkerung eine aktive Rolle bei der Förderung und beim Schutz der Gesundheit übertragen werden soll, wie es vom Reformgesetz des Nationalen Gesundheitsdienstes 833/78 festgelegt und von der WHO ausgelegt wurde (Schaffung eines psychophysischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur Abwesenheit von Leiden und Krankheit).

Die Gesundheitserziehung obliegt also in erster Linie dem Gesundheits- und Schulwesen, während alle anderen sozialen und politischen Aspekte der Gesundheitsförderung die Miteinbeziehung anderer Bereiche der Gesellschaft erfordern. Diese beinhalten Umweltmaßnahmen, Qualität der gesellschaftlichen Entwicklung, Produktionsverfahren, Wirtschaftsmodelle, Ausbildung, Netz und Organisation der Dienstleistungen.

Förderer der Gesundheit sind damit auch Politiker, Meinungsbildner, Ökonomen, Unternehmer in Industrie und Landwirtschaft und Ingenieure, während die Lehrkräfte und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen für die Gesundheitserziehung zuständig sind.

Zahlreiche weitere Subjekte können in solche Initiativen miteinbezogen werden (das Volontariat, die Medien, die Freizeitverbände, die Berufsverbände u.a.).

GESUNDHEITSZIELE

Die Gesundheitsziele werden anhand verschiedener Aktionen im Bereich der Gesundheitserziehung umgesetzt:

- Ausbau der Kompetenzen und individuellen Fähigkeiten, die eigene Gesundheit zu wahren, Krankheiten vorzubeugen, den Körper zu pflegen und seine Funktionen und Selbstständigkeit beizubehalten;
- Ausdehnung der Zuständigkeiten und das Wissen um den Gesundheitsdienst, um dessen Betrieb besser zu verstehen und zu nutzen;
- Erhöhung des Bewusstseins über die sozialen, politischen und umweltbedingten Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen.

Zur Rationalisierung der Ressourcen und Gewährleistung der Einheitlichkeit, Kohärenz und Effizienz der Methoden, Nachrichten und Handlungen fördert, finanziert und koordiniert die Provinz über das Landesressort für Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit den Sanitätsbetrieben, der Schule und anderen, auch fachspezifischen Einrichtungen die Initiativen zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung auf dem gesamten Landesgebiet.

Jeder Sanitätsbetrieb hat die Möglichkeit, spezifische Projekte in die Wege zu leiten und umzusetzen, die zusammen einen allgemeinen, einheitlichen Rahmen der Gesundheitsförderung und -erziehung bilden müssen und von den zuständigen Organen auf Landes- oder Schulebene oder mit spezialisierten Institutionen zu vereinbaren sind, um parallele oder kontrastierende Vorhaben zu vermeiden. Dabei muss über die bloße Bekanntgabe des Risikos als Erklärung der Gefahren und Folgen, die mit bestimmten Tätigkeiten, Situationen, Praktiken etc. verbunden sind, hinausgegangen werden. Auch innerhalb eines Sanitätsbetriebs müssen die Projekte integriert abgewickelt werden und alle betroffenen Dienste mit ein beziehen.

Die prioritären Bereiche für die Projekte der Gesundheitsförderung/-erziehung sind jene, in denen die Notwendigkeit besteht, verhaltensbezogene oder organisatorisch/strukturelle Änderungen zu bewirken, um dem Risiko der Erkrankung (oder mehrerer, an den selben Faktor gebundenen Krankheiten) vorzubeugen oder es zumindest zu reduzieren.

Dazu gehören:

- die gesunde Ernährung;
- die Prävention vor Suchtmitteln mit besonderer Beachtung des Tabakrauchs und Alkoholkonsums;
- die körperliche Bewegung;
- der Gesundheitsschutz der Kinder, Jugend und aller Bevölkerungsgruppen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind (Frauen, ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, bestimmte Kategorien von Arbeitnehmern, Einwanderer);
- die geistige Gesundheit.

Zur Gewährleistung der Qualität der Maßnahmen müssen die Projekte mit epidemiologischen Daten untermauert und auf der Grundlage der Leitlinien der Provinz erarbeitet werden. Auch in der Gesundheitserziehung besteht die Notwendigkeit, eine Projektbewertung vorzunehmen, welche die Kosten und investierten Ressourcen, die umgesetzten Verfahren, die Reaktionen und Ergebnisse im Bezug auf die Verhaltensweisen, Kenntnisse und Zufriedenstellung der Zielgruppe (Output) sowie gesundheitliche Ergebnisse (Outcome) berücksichtigt.

Das Landesressort für Gesundheit finanzierte auf der Grundlage des Beschlusses Nr. 1184 vom 13.04.2004 im Jahr 2004 die folgenden, von den territorialen Diensten der Sanitätsbetriebe realisierten Projekte¹:

Sanitätsbetrieb Bozen

- „Prävention der Hausunfälle in der älteren Bevölkerung“ (€ 2.544,60)
- „Gesunde Ernährung“ (€ 2.750,00)

**PRIORITÄRE
EINGREIFBEREICHE**

**VOM RESSORT FÜR
GESUNDHEIT
FINANZIERT UND VON
DEN SANITÄTSBETRIEBEN
REALISIERTE PROJEKTE**

¹ Es war nicht möglich, die Projekte zu erfassen, die nicht gemäß Beschlussfassung finanziert, sondern autonom von den Sanitätsbetrieben realisiert wurden.

INITIATIVEN DES
LANDESRESSORTS FÜR
GESUNDHEIT

Sanitätsbetrieb Meran

- „*Gesunde Lebensstile*“ (€ 4.690,48)
- „*Gruppentherapie für übergewichtige Kinder und deren Eltern*“ (€ 841,43)
- „*Gruppentrainingsprogramm – mit Kopf abnehmen*“ (€ 954,74)

Sanitätsbetrieb Brixen

- Initiativen zur Förderung der richtigen Körperhaltung (€ 6.650,00).

Außerdem stellte das Landesressort für Gesundheit im Jahr 2004 30 Non Profit-Vereinigungen auf dem gesamten Landesgebiet Beiträge für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitserziehung zur Verfügung.

Die Tätigkeit des Landesressorts für Gesundheit selbst umfasste im Jahr 2004 folgende Initiativen:

- Projekt Mini Med Studium 2004 – Veranstaltungsreihe in Form von Konferenzen für die Bevölkerung zu Themen der Medizin (Anzahl der angesprochenen Personen: ca. 4.000);
- WHO Regions for Health Network (RHN) – Netz der Regionen für die Gesundheit: Projekt zum Thema „*Regional public health strategies to reach the target of measles elimination by the year 2010*“ (Regionale öffentliche Gesundheitsstrategien zur Erreichung des Ziels der Ausrottung der Masern innerhalb 2010);
- Konferenz zum Thema „*Auswirkungen der Luft- und Lärmverschmutzung auf die Gesundheit*“;
- Erarbeitung eines Plans zur Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Prävention in der Autonomen Provinz Bozen;
- WHO-Untersuchung über den Gesundheitszustand und die Lebensstile der Kinder im Schulalter (HBSC) – „*Health behaviour in school-aged children*“ (Vorarbeiten).

Außerdem wurden eine Reihe von Kommunikations-Events in den Massenmedien organisiert:

- Spezifisches Informationsmaterial, kleine Werbebeigaben zur Gesundheitsförderung;
- Diverse Pressemitteilungen;
- Welttage:
 - 24. März „*Welt-Tuberkulosestag*“ (Slogan: „*Jeder Atemzug zählt – Stoppt TB jetzt!*“);
 - 7. April „*Weltgesundheitsstag*“ (Slogan: „*Sicherheit der Kinder im Straßenverkehr*“);
 - 31. Mai „*Welt-Nichtrauchertag*“ (Slogan: „*Stil ändern. Eine Initiative für ein rauchfreies Leben*“);
 - 14. November „*Weltdiabetestag*“;

1. Dezember *“Welt-AIDS-Tag”* (Jahresthema: *“Frauen, Mädchen, HIV und AIDS”*)

- Radiospot *“Die Feinstaubemission”*, *“Welttag ohne Rauch”*;
- Kinospot: *“Impfen lohnt sich”*, *“Nicht rauchen lohnt sich”*;
- TV-Info-Sendungen im Bereich der Gesundheitserziehung und -prävention in deutscher Sprache *“Gesundheitsmagazin”* – RAI Sender Bozen;
- Rundfunksendungen zur Gesundheitserziehung und -prävention in italienischer Sprache: *“Punto a capo”* – Radio RAI.

Auf internationaler Ebene präsentierte wissenschaftliche Initiativen:

- 18° internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung – Melbourne (Australien) – 26.-30. April 2004 – Präsentation der Projektergebnisse *“Road safety for children in South Tyrol – promoting networks and communication for raising awareness in the public”* (Sicherheit der Südtiroler Kinder im Straßenverkehr);
- 41° nationaler Kongress *“Obiettivo salute – lo sviluppo culturale in Europa”* – Ziel Gesundheit - die kulturelle Entwicklung in Europa – Genua – 20.-23. Oktober 2004 Präsentation des RHN-Projektes (*“Strategie regionali di salute pubblica per raggiungere l’obiettivo di eliminazione del morbillo entro l’anno 2010”*) Regionale öffentliche Gesundheitsstrategien zur Ausrottung der Masern innerhalb 2010);
- WHO Regions for Health Network (RHN): 12th Annual General Meeting and Conference *“Evaluation of Health Policies and Plans”* Valencia (Spanien) – 10-11. November 2004 Präsentation des RHN-Projektes *“Regional public health strategies to reach the target of measles elimination by the year 2010”* – ((Regionale öffentliche Gesundheitsstrategien zur Ausrottung der Masern innerhalb 2010).

Das Landesressort für Gesundheit finanziert auch die Maßnahmen zur Gesundheitserziehung, die von den Diensten für Gesundheitserziehung der drei Schulämter organisiert werden.

Aus einer Datenerhebung dieser Dienste ergeben sich Maßnahmen der Schulen (teilweise in Zusammenarbeit mit den Sanitätsbetrieben) in folgenden Bereichen:

- Erziehung zur gesunden Ernährung;
- Bewegung und Haltung;
- Suchtprävention;
- Persönlichkeitsbildung;
- Vorbeugung von Gewalt und soziales Lernen;
- Sexualerziehung;
- Verknüpfung von verschiedenen Themenbereichen;
- Erziehung der Sinne;
- Körperpflege und Erziehung zur Sicherheit.

AUF INTERNATIONALER
EBENE PRÄSENTIERTE
WISSENSCHAFTLICHE
INITIATIVEN

VOM SCHULAMT
ERGRIFFENE INITIATIVEN

1.2. ORGANISIERTE PROGRAMME ZUR FRÜHDIAGNOSE UND PRÄVENTION IN DER BEVÖLKERUNG

Im Laufe des Jahres 2004 ließen 41,8% der ansässigen Frauen im Alter zwischen 23-65 Jahren mindestens einen Paptest vornehmen. Im Dreijahreszeitraum 2002-2004 wird geschätzt, dass 8 von zehn Frauen mindestens eine Kontrolle durchgeführt haben.

Das Programm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms bezog 34.703 Frauen im Zeitraum Juli 2003 – Dezember 2004 mit ein (61,6% der Zielbevölkerung). Die unbereinigte Beteiligungsrate an der Mammographie betrug auf Landesebene zum 30. Juni 2005 über 63%.

1.2.1. Programm zur Frühdiagnose des Zervixkarzinoms

Seit Februar 2001 läuft in Umsetzung des Beschlusses der Landesregierung Nr. 4034 vom 20.09.1999 ein Landesprogramm für die Verstärkung der Frühdiagnose des Zervixkarzinoms. Die Zielbevölkerung besteht aus allen ansässigen Frauen im Alter zwischen 23 und 65 Jahren, die seit mindestens drei Jahren keinen Paptest in einer Landesgesundheitsseinrichtung vornehmen ließen.

Die betroffenen Frauen werden zur Durchführung des Paptests und einer gynäkologische Untersuchung in ein öffentliches oder privates Ambulatorium eingeladen. Lässt die Frau den Paptest innerhalb von sechs Monaten nicht vornehmen, wird ihr vom Tumorregister Südtirol, das sich um die Einladungen kümmert, eine erste Aufforderung zugeschickt; sollte die Frau in den weiteren sechs Monaten dieser Aufforderung wieder nicht nachkommen, folgt eine zweite und letzte Aufforderung. Die Frauen, die der Aufforderung nicht gefolgt sind, treten aus der Screening-Runde aus und werden erst drei Jahre nach dem Datum des letzten Paptests wieder kontaktiert. Den Frauen, die sich am Programm beteiligen, wird empfohlen, die Kontrolle zwecks Prävention alle ein/zwei Jahre zu wiederholen.

Insgesamt wurden 2004 30.788 Frauen eingeladen, am Screening-Programm teilzunehmen: 20.445 Frauen (66,4%) erhielten die Einladung zum ersten Mal, für die restlichen 10.343 (33,6%) handelte es sich um die erste und/oder zweite Aufforderung.

Die Verteilung der eingeladenen Frauen nach Fünfjahresklassen lässt erkennen, dass 52,7% der Einladungen Frauen zwischen 23 und 44 Jahren betreffen. Die am häufigsten vertretene Klasse ist jene von 60-64 Jahren (4.249, was 13,8% entspricht).

Das Verhältnis zwischen den eingeladenen und ansässigen Frauen entspricht auf Landesebene einem Wert von 22,4%, der sich innerhalb der einzelnen Sanitätsbetriebe homogen zeigt: bei der Unterscheidung nach Altersklassen werden im

LANDESPROGRAMM FÜR
DAS SCREENING DES
ZERVIXKARZINOMS

ZIELBEVÖLKERUNG DES
PROGRAMMS

Vergleich zur ansässigen Bevölkerung die höchsten Anteile für die jungen (23-29 Jahre) und die höchsten Altersklassen (60-65 Jahre) verzeichnet.

Insgesamt nahmen im Laufe des Jahres 5.881 Frauen am Programm teil: 3.972 dieser wurden 2004 zum ersten Mal eingeladen, während 1.909 Frauen die erste Einladung bereits vorher erhalten hatten. Die Gesamtteilnahme am Programm belief sich auf 19,1%.

Die Teilnahme am Programm war höher in den jungen Altersklassen (23-29 Jahre) und vermindert sich mit ansteigendem Alter bis auf 11,4% für die 65-jährigen Frauen.

Tabelle 1: Verteilung der teilnehmenden Frauen nach Altersklassen und Wohnsitzsanitätsbetrieb der Frau – Zervix-Screening, Jahr 2004

Altersklasse	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	abs. W.	% an Eingel.	abs. W.	% an Eingel.	abs. W.	% an Eingel.	abs. W.	% an Eingel.	abs. W.	% an Eingel.
23-24 Jahre	191	28,9%	102	25,8%	63	30,9%	90	29,6%	446	28,5%
25-29 Jahre	395	25,1%	186	23,3%	119	25,5%	130	24,8%	830	24,7%
30-34 Jahre	344	20,6%	196	21,3%	123	24,3%	129	23,0%	792	21,6%
35-39 Jahre	372	20,9%	197	20,3%	152	25,6%	121	20,5%	842	21,4%
40-44 Jahre	340	19,7%	164	18,2%	102	18,9%	113	20,7%	719	19,4%
45-49 Jahre	273	18,7%	129	15,0%	90	20,0%	84	17,6%	576	17,7%
50-54 Jahre	224	16,4%	104	14,2%	66	15,2%	68	15,9%	462	15,6%
55-59 Jahre	273	16,9%	114	12,8%	57	11,7%	75	16,6%	519	15,1%
60-64 Jahre	321	16,4%	143	12,5%	73	12,7%	84	14,7%	621	14,6%
65	40	12,9%	14	8,1%	11	12,8%	9	11,3%	74	11,4%
INSGESAMT	2.773	19,6%	1.349	17,3%	856	19,7%	903	19,9%	5.881	19,1%

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

Analysiert man die Daten der Programmteilnahme nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau, schwankt die Teilnahme von 17,3% (SB Meran) bis 19,9% (SB Bruneck). Der Sprengel mit der höchsten Quote ist Klausen-Umgebung mit einer Teilnahme von 22,4%. Den niedrigsten Anteil von 15,0% verzeichnen hingegen die Einwohnerinnen des Sprengels Hochpustertal.

Das Verhältnis zwischen den teilnehmenden Frauen und den ansässigen Frauen beträgt insgesamt 4,3%, wobei die Werte zwischen 3,8% (SB Meran) und 4,5% (SB Brixen) schwanken. Der Sprengel Wipptal besitzt den höchsten Anteil (5,3%), der Sprengel Lana den niedrigsten (3,5%).

TEILNAHME AM
PROGRAMM

Tabelle 2: Am Programm eingeladene und teilnehmende Frauen nach Sanitätsbetrieb, Anteil an den eingeladenen und ansässigen Frauen* – Zervix-Screening, Jahr 2004

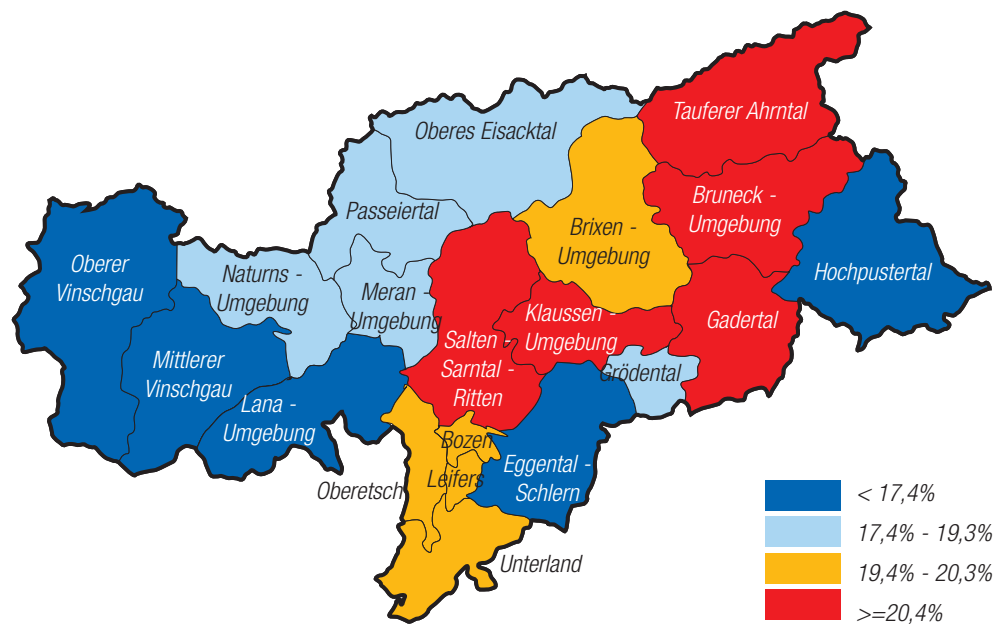
Sanitätsbetrieb	Einzel. Frauen	Teiln. Frauen	Teiln. Frauen/ eingel. Frauen	Teiln. Frauen/ ansäss. Frauen
Bozen	14.123	2.773	19,6%	4,4%
Meran	7.792	1.349	17,3%	3,8%
Brixen	4.338	856	19,7%	4,5%
Bruneck	4.535	903	19,9%	4,4%
PROVINZ INSGESAMT	30.788	5.881	19,1%	4,3%

*Mitte 2004 wurde die weibliche Wohnbevölkerung zwischen 23 und 65 geschätzt

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

Die folgende Karte zeigt die territoriale Verteilung der Teilnahmequote; die Bezugsklassen werden in Quartile eingeteilt.

Abbildung 1: Territoriale Verteilung der Frauen nach Teilnahmequoten - Jahr 2004



PAPTEST-ERGEBNISSE

Die Verteilung nach Paptest-Ergebnissen der teilnehmenden Frauen des Jahres 2004 ergibt ein negatives Ergebnis in über 95% der Fälle. Für 48 Frauen (0,8%) wurde eine Dysplasie diagnostiziert; kein Test hat eine Karzinomdiagnose ergeben.

Tabelle 3: Verteilung der durchgeführten Paptests nach Ergebnis und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau* - Zervix-Screening, Jahr 2004

Ergebnis**	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%
Unangemessen	28	1,0%	12	0,9%	6	0,7%	3	0,3%	49	0,8%
Negativ	2.652	95,7%	1.266	93,9%	815	95,2%	863	95,6%	5.596	95,2%
ASCUS/ASCH/AGUS	74	2,7%	56	4,2%	26	3,0%	30	3,3%	186	3,2%
LSIL	10	0,4%	4	0,3%	3	0,4%	3	0,3%	20	0,3%
HSIL	8	0,3%	10	0,7%	6	0,7%	4	0,4%	28	0,5%
KARZINOM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
INSGESAMT	2.772	100%	1.348	100%	856	100%	903	100%	5.879	100%

*Für zwei Frauen stand das Paptest-Ergebnis bei der Datenanalyse noch nicht zur Verfügung. Für die teilnehmenden Frauen mit mehr als einem Paptest im Jahr wurde der Paptest mit dem schlechteren Ergebnis berücksichtigt.

**Verwendet wurde die vom GISCi vorgeschlagene Bethesda-Klassifikation. Die Entsprechung mit dem Münchner Verzeichnis ist die Folgende:

Bethesda-Klassifizierung Münchner Verzeichnis

Negativ PAP I, PAP II

ASCUS/ASCH/AGUS PAP II w, PAP III, PAP III G

LSIL PAP III D (lieve)

HSIL PAP III D (media), PAP IV

Karzinom PAP V

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

Zur Schätzung der Deckung in der weiblichen Bevölkerung, d.h. des Anteils der Frauen, die mindestens einen Paptest durchgeführt haben, muss die Mitwirkung am Screening auf Einladung mit dem Prozentsatz der Frauen integriert werden, die im Jahr 2004 den Paptest spontan vornehmen ließen.

DECKUNG IN DER
BEVÖLKERUNG IM
JAHR 2004

Tabelle 4: Frauen im Alter von 23-65 Jahren, die mindestens einen Paptest durchführen ließen, gemessen an den ansässigen Frauen* nach Sanitätsbetrieb und nach Jahr der ersten Einladung – Zervix-Screening, Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Frauen mit erster Einladung im Jahr			Nicht eingeladene Frauen	Insgesamt	% an Ansässigen
	2004	2003	2002			
Bozen	1.895	1.379	140	23.176	26.590	42,5%
Meran	892	747	78	13.291	15.008	42,3%
Brixen	588	451	35	6.755	7.829	40,8%
Bruneck	597	498	71	6.919	8.085	39,8%
PROVINZ INSGESAMT	3.972	3.075	324	50.141	57.512	41,8%

*Mitte 2004 wurde die weibliche Bevölkerung zwischen 23 und 65 Jahren geschätzt

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pathologische Anatomie

Im Jahr 2004 ließen 41,8% der weiblichen Wohnbevölkerung im Alter von 23-65 Jahren mindestens einen Paptest durchführen. Weitert man die Analyse auf den letzten Dreijahreszeitraum 2002-2004 aus, wird geschätzt, dass acht von 10 Frauen mindestens eine Kontrolle vornahmen.

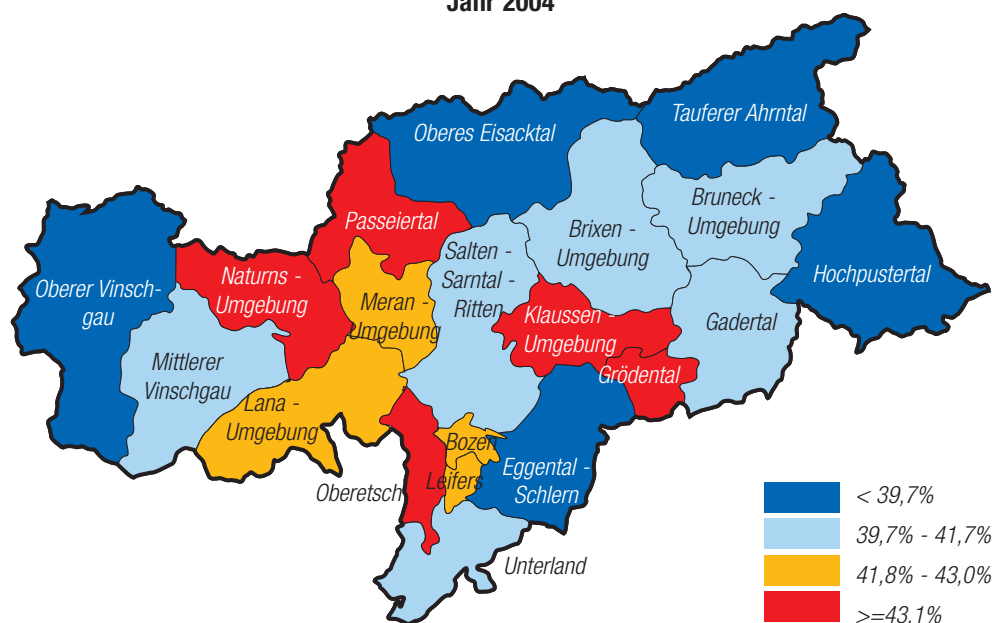
Im Vergleich zum Landesdurchschnitt sind keine bedeutenden Abweichungen von den jährlichen Deckungsanteilen der Sanitätsbetriebe zu beobachten. Der Sanitätsbetrieb Bruneck verzeichnet eine leicht niedrigere Deckung (39,8%), die Sanitätsbetriebe Bozen und Meran besitzen höhere Anteile.

Eine detaillierte territoriale Analyse zeigt eine beachtliche Homogenität im Deckungsgrad für die Sprengel des Sanitätsbetriebs Bruneck auf (39,3% - 40,1%), während die Daten der anderen Sanitätsbetriebe stärker schwanken. Knapp die

Hälfte (46,7%) der im Sprengel Passeiertal ansässigen Frauen hat im Jahr 2004 mindestens einen Paptest vorgenommen, gegenüber der niedrigeren Deckung im Sprengel Wipptal (36,0%).

Die territoriale Verteilung des Deckungsgrads der weiblichen Bevölkerung ist auf folgenden Karte dargestellt; die Intervallschwellen entsprechen dabei den Verteilungsquartilen.

Abbildung 2: **Territoriale Verteilung des Deckungsgrads der weiblichen Bevölkerung – Jahr 2004**



GESETZESVERWEISE

1.2.2. Programm zur Frühdiagnose des Mammakarzinoms

Das Screening des Mammakarzinoms ist in der Provinz Bozen im Programm für die Prävention und Bekämpfung der Neoplasien vorgesehen, das mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2076 vom 27.04.1992 genehmigt wurde. Zur Umsetzung der Zielsetzungen dieser Leitlinien starteten die Sanitätsbetriebe Bozen, Brixen und Bruneck mit Beginn des Zweijahreszeitraums 1994-95 ein Programm zum Mammographie-Screening, das an die ansässigen Frauen gerichtet ist. Im Sanitätsbetrieb Meran wurden die Mammographie-Untersuchungen hingegen in den Krankenhäusern Meran und Schlanders auf Anfrage der Basisärzte oder Gynäkologen vorgenommen.

Mit der nachfolgenden Beschlussfassung der Landesregierung Nr. 4033 vom 20.09.1999 „Frühdiagnose des Mammakarzinoms: Ausbau und Vereinheitlichung des Mammographie-Screenings“ wurde die Genehmigung mit dem Ziel der landesweiten Standardisierung der grundlegenden Variablen des Programms zur Frühdiagnose erteilt, d.h. die Altersklassen der zu untersuchenden Frauen, die Verwaltung der Einladungen/Aufforderungen, die Art der Ausführung und Befunde der Mammographie-Untersuchungen, die Durchführung der vertieften Diagnose, die

NEUES LANDESPROGRAMM ZUR FRÜHDIAGNOSE DES MAMMAKARZINOMS

Sammlung und Archivierung der nötigen Informationen für die Erstellung der Indikatoren zur Programmbewertung.

Im Juli 2003 wurde offiziell die erste Runde des Landesprogramms zur Frühdia-
gnose des Mammakarzinoms eingeleitet, das eine Zielbevölkerung von 56.323
ansässigen Frauen im Alter von 50 und 69 Jahren vorsieht, die in den vergange-
nen 18 Monaten keine mammographische Untersuchung vorgenommen haben
und sich keinen therapeutischen Behandlungen des einschlägigen Tumors unter-
zogen haben.

Die Sitze, an denen das Mammographie-Screening stattfindet, sind:

- der Röntgendienst des Krankenhauses Bozen für den Sanitätsbetrieb Bozen;
- die Röntgendienste der Krankenhäuser Meran und Schlanders für den Sani-
tätsbetrieb Meran;
- die Röntgendienste der Krankenhäuser Brixen und Sterzing für den Sanitäts-
betrieb Brixen;
- die Röntgendienste der Krankenhäuser Bruneck und Innichen für den Sani-
tätsbetrieb Bruneck.

Die für das Screening in Frage kommenden Frauen werden schriftlich eingeladen,
die Vormerkzentren der Röntgendienste des eigenen Sanitätsbetriebs zu kontak-
tieren (mit Ausnahme der Ansässigen in den Gemeinden St. Ulrich, St. Christina
und Wolkenstein im Gröden, die sich an die Screening-Zentren des Sanitäts-
betriebs Brixen wenden müssen), um eine mammographische Untersuchung vor-
zumerken. Dem Tumorregister Südtirol ist die Verwaltung der Einladungen und
das Verschicken der Befunde mit negativem Ergebnis übertragen. Die nicht teil-
nehmenden Frauen treten aus dem Screening-Programm aus und werden erst,
falls sie den oben genannten Anforderungen entsprechen, in der nächsten Pro-
grammrunde erneut eingeladen.

Die Röntgenbefunde werden vom Röntgendienst des Krankenhauses Bozen ana-
lysiert und bewertet; eine Ausnahme bilden dabei die Mammographien der im
Sanitätsbetrieb Brixen ansässigen Frauen, die von den Radiologen der Kranken-
häuser Brixen und Sterzing untersucht werden.

Die Endergebnisse der wichtigsten Verfahrensindikatoren werden gegen Ende
2005 zum Abschluss der laufenden Programmrunde zur Verfügung stehen. Der-
zeit können auf der Grundlage der im Zeitraum Juli 2003 – Dezember 2004
erfassten Daten Vorergebnisse geschätzt werden. In diesen 18 Monaten wurden
insgesamt 34.703 Frauen (61,6% der Zielbevölkerung) eingeladen. Die unberei-
nigte Teilnahmequote an der Mammographiekontrolle betrug zum 30. Juni 2005
auf Landesebene über 63%, wobei diese Daten auch die spontan durchgeführten
Kontrollen der Frauen zwischen 50-69 Jahren beinhalten.

ORGANISATION DES SCREENINGS

VORERGEBNISSE DER LAUFENDEN PROGRAMMRUNDE

Tabelle 5: Eingeladene und teilnehmende Frauen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau – Mammographie-Screening, Jahre 2003-2004

Sanitätsbetrieb	Eingeladene Frauen	Teilnehmende Frauen	% an eingeladenen Frauen
Bozen	17.012	12.121	71,2%
Meran*	8.739	4.188	47,9%
Brixen	4.532	3.117	68,8%
Bruneck	4.420	2.648	59,9%
INSGESAMT	34.703	22.074	63,6%

* Für diesen Sanitätsbetrieb sind nicht alle Daten zum spontanen Screening verfügbar

Quelle: Tumorregister Südtirol

IM JAHR 2004

EINGELADENE FRAUEN

Im Laufe des Jahres 2004 verschickte das Tumorregister 22 Einladungen zum Programm (zwei Lose pro Monate, Dezember ausgeschlossen), das sich an 24.060 Frauen richtete.

Tabelle 6: Verteilung der eingeladenen Frauen nach Altersklasse* und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau – Absolute und Prozentwerte – Mammographie-Screening, Jahr 2004

Altersklasse	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%	abs. W.	%
48-49 Jahre	293	2,5%	163	2,7%	167	5,1%	112	3,6%	735	3,1%
50-54 Jahre	2.054	17,8%	788	12,9%	765	23,2%	679	21,9%	4.286	17,8%
55-59 Jahre	3.044	26,3%	816	13,4%	647	19,6%	632	20,4%	5.139	21,4%
60-64 Jahre	3.284	28,4%	2.178	35,8%	658	20,0%	686	22,1%	6.806	28,3%
65-69 Jahre	2.462	21,3%	1.821	29,9%	823	25,0%	729	23,5%	5.835	24,3%
70-71 Jahre	433	3,7%	326	5,4%	233	7,1%	267	8,6%	1.259	5,2%
INSGESAMT	11.570	100%	6.092	100%	3.293	100%	3.105	100%	24.060	100%

* Es wurde das Alter bei der Einladung berücksichtigt

Quelle: Tumorregister Südtirol

TEILNAHME IM

JAHR 2004

Am Programm nahmen 15.841 Frauen teil. Als teilnehmende Frauen wurde alle Frauen bezeichnet, die sich zum 30. Juni 2005 in den oben genannten Einrichtungen einem Mammographie-Screening unterzogen. Die unbereinigte Teilnahmerate betrug 65,8% und schwankte zwischen 79,7% (SB Bozen) und 43,4% (SB Meran, siehe vorhergehende Anmerkung). Die derzeit von der Italienischen Gruppe für das Mammographie-Screening (GISMa) für diesen Parameter empfohlenen Werte sind $\geq 50\%$ (annehmbar) und $\geq 70\%$ (erwünschenswert).

In Bezug auf die Verteilung der teilnehmenden Frauen nach Altersklasse nimmt die Beteiligung in der Klasse 65-69 Jahre ab, vor allem in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck.

Tabelle 7: Verteilung der teilnehmenden Frauen nach Altersklasse* und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb der Frau – Mammographie-Screening, Jahr 2004

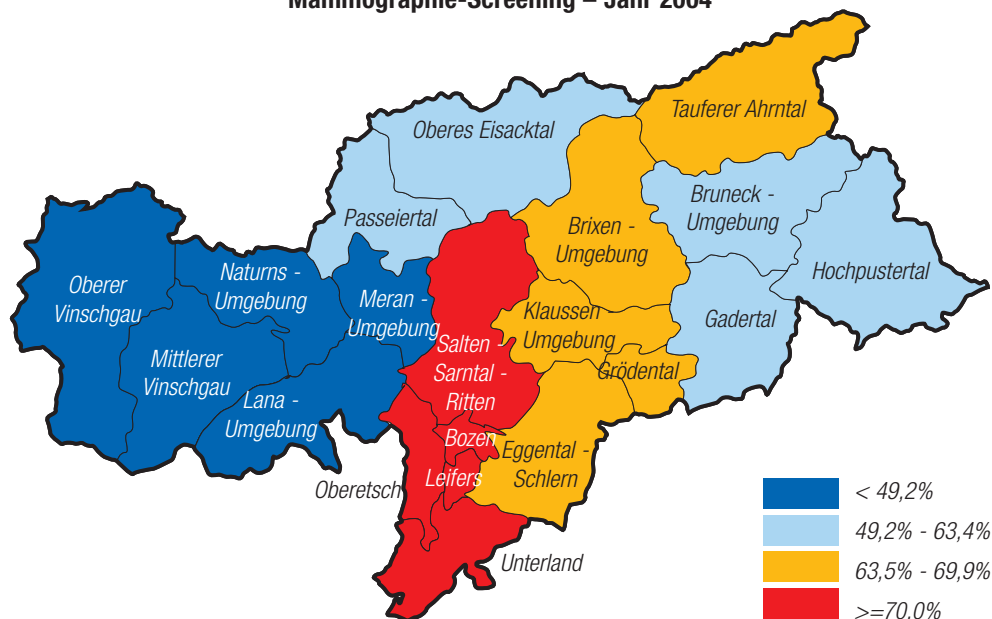
Altersklasse	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	abs. W.	% an Einzel.	abs. W.	% an Einzel.	abs. W.	% an Einzel.	abs. W.	% an Einzel.	abs. W.	% an Einzel.
48-49 Jahre	222	75,8%	99	60,7%	121	72,5%	71	63,4%	513	69,8%
50-54 Jahre	1.644	80,0%	516	65,5%	532	69,5%	469	69,1%	3.161	73,8%
55-59 Jahre	2.492	81,9%	484	59,3%	464	71,7%	438	69,3%	3.878	75,5%
60-64 Jahre	2.729	83,1%	797	36,6%	492	74,8%	463	67,5%	4.481	65,8%
65-69 Jahre	1.942	78,9%	650	35,7%	406	49,3%	381	52,3%	3.379	57,9%
70-71 Jahre	195	45,0%	98	30,1%	71	30,5%	65	24,3%	429	34,1%
INSGESAMT	9.224	79,7%	2.644	43,4%	2.086	63,3%	1.887	60,8%	15.841	65,8%

*Es wurde das Alter bei der Einladung berücksichtigt

Quelle: Tumregister Südtirol

Auf territorialer Ebene verzeichnet der Sprengel Bozen die höchste Teilnahmequote (83,2%), der Sprengel Lana die geringste (37,0%). Auf der folgenden Karte ist die territoriale Verteilung der unbereinigten Teilnahmequote auf Grundlage der Intervalle, die den Quartilen entsprechen, dargestellt.

Abbildung 3: Territoriale Verteilung der unbereinigten Teilnahmequote am Mammographie-Screening – Jahr 2004



Mit Bezug auf die im Jahr 2004 eingeladenen Frauen wurden insgesamt 58 Fälle von bösartigem Brusttumor diagnostiziert, die histologische Bestätigung gefunden haben. Die Daten gelten als leicht unterschätzt, da sie nicht die nur auf klinisch-instrumenteller Basis durchgeführten Tumordiagnosen beinhalten. Für die Eingeladenen beträgt die unbereinigte Identifikationsrate (begrenzt auf die Diagnosen mit positiver Histologie) also 3,7 pro 1.000, während das Verhältnis zwischen Histologien mit gutartigem Ausgang und bösartigem Ausgang 0,4 entspricht.

IM JAHR 2004
DIAGNOSTIZIERTE
BÖSARTIGE TUMOREN

Tabelle 8: Indikatoren des Mammographie-Screening-Programms - Jahr 2004

Indikatoren	Provinz	Standard GISMa
Anzahl der bösartigen Histologien	58	-
Unbereinigte Identifikationsraten	3,7	Kein Standard
Histologieverhältnis G/B	0,4	<= 1 annehmbar <= 0,5 erwünschenswert

Quelle: Tumorregister Südtirol

1.3. PROPHYLAXE GEGEN INFEKTIONS- UND PARASITÄRE KRANKHEITEN

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol in der Bevölkerung unter 18 Jahren 91.048 empfohlene Impfungen durchgeführt; 59,8% davon (54.470) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe leisteten 1.759 gesundheitliche Beratungen und Aufklärungen für Auslandsreisende; außerdem führten sie 444 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durch.

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

In der folgenden Tabelle ist der Impfkalendar für das Jahr 2004 wiedergegeben, der ein einheitliches harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Gesundheitsplan vorgesehenen Kinderschutzimpfungen umfasst.

Tabelle 9: Impfkalendar für das Jahr 2004

Impfung	Bei Geburt	3 Mon.	5 Mon.	11 Mon.	12 Mon.	15 Mon.	3 Jahre	5-6 Jahre	11-12 Jahre	14-15 Jahre
Dtp		DTP	DTP	DTP				DTP		DT
Kinderlähmung		IPV	IPV	IPV			IPV			
Hepatitis B	HB*	HB	HB	HB					HB**	
Mpr					MPR°			MPR°°		
Hib		Hib	Hib	Hib						

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

HB: Impfung gegen Hepatitis B

DTP: Impfung gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten

IPV: Impfstoff mit inaktivierten Viren gegen Kinderlähmung - Injektion

MPR: Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln

DT: Impfung gegen Diphtherie-Tetanus für Erwachsene, nur 2 Diphtherie-Anatoxin-LF

Hib: Impfstoff gegen Haemophilus influenzae Typ B (Grippe)

* In den Kindern von HbsAg-positiven Müttern innerhalb von 12-24 Stunden gleichzeitig mit spezifischen Hepatitis B-Immunglobulinen zu verabreichen; der Zyklus muss mit einer zweiten Dose im Abstand von 4 Wochen ab der ersten, einer dritten Dose nach Vollendung der 8. Woche und der vierten Dose zwischen dem 11. und 12. Lebensmonat neben den anderen Impfungen beendet werden.

** Gemäß Gesetz Nr. 165 vom 27. Mai 1991 für die nicht zuvor geimpften Jugendlichen.

° Eine gleichzeitige Verabreichung (in einer einzigen Impfsitzung) der Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten, Virushepatitis B, Kinderlähmung und Masern-Mumps-Röteln, wobei Letztere im 12. Lebensmonat verabreicht werden muss. War eine Impfdose MPR innerhalb der ersten 24 Monate nicht möglich, muss jede darauf folgende Impfsitzung für die Nachimpfung der nicht geimpften Personen benutzt werden.

°° Die aktive Verabreichung der zweiten Routinedose der Impfung gegen Masern-Mumps-Röteln ist epidemiologisch gesehen nur nach Erreichen der Impfdeckung gleich oder über 80% in der Zielbevölkerung wichtig (Kinder unter 24 Monaten).

Dem Gesundheitsministerium zufolge wurden kürzlich in Italien ausgezeichnete Ergebnisse bei der Kontrolle einiger durch die Impfungen vorbeugbaren Krankheiten erzielt. Die Diphtherie wurde ausgerottet, und vor kurzem erlangte Italien das offizielle Zertifikat für die Ausrottung der Kinderlähmung. Tetanus betrifft fast ausschließlich ältere, nicht geimpfte Menschen. Hepatitis B ist ständig rückläufig, vor allem in den jüngeren Altersklassen, die seit 1991 einer Universalimpfung unterzogen werden.

2004 wurden in Südtirol an Kindern bis zum 18. Lebensjahr 91.048 empfohlene Impfungen vorgenommen; 59,8% (54.470) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen.

Tabelle 10: Durchgeführte Impfungen nach Art und Sanitärbetrieb – Jahr 2004

Art der Impfung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Kinderlähmung (alle Dosen)	8.608	4.754	2.969	3.325	19.656
Diphtherie-Tetanus (alle Dosen)	6.731	4.864	3.138	3.530	18.263
Keuchhusten (alle Dosen)	4.626	3.659	2.605	3.111	14.001
Hib (alle Dosen)	6.221	3.472	2.185	2.510	14.388
Hepatitis B (alle Dosen)	7.278	3.968	2.534	2.771	16.551
Masern-Mumps-Röteln (alle Dosen)	3.619	1.396	1.222	1.952	8.189
INSGESAMT	37.083	22.113	14.653	17.199	91.048

Quelle: Sanitätsbetriebe - Informatisiertes Gemeindesysteme für die Impfprophylaxe

Im Rahmen der Vorbeugung der Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit insgesamt 5.906 epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Pedikulose, bakterielle Meningitis, Salmonellose und sonstige Lebensmittelvergiftungen.

Insgesamt ist im Vergleich zum Jahr 2003 ein Zuwachs der Eingriffe zwecks epidemiologischer Überwachung der Ektoparasiten (3.958 Untersuchungen im Jahr 2004 gegenüber 3.213 des Jahres 2003, +23,2%) und der Salmonellose (1.314 im Jahr 2004 gegenüber 749 des Jahres 2003, +75,4%) zu verzeichnen.

Tabelle 11: Prophylaxe und Kontrolle der Infektionskrankheiten - Jahr 2004

Anz. der epidemiologischen Ermittlungen und/oder Überwachung bez. Infektions- und parasitärer Krankheiten:	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Salmonellose	382	291	220	421	1.314
Sonstige Lebensmittelvergiftungen	88	52*	-	188*	328
Legionellose	-	40	1	-	41
Bakterielle Meningitis	104	30	13	2	149
Hepatitis A	11	23	-	1	35
Ektoparasiten	515	1.095	991	1.357	3.958
Sonstige	59*	20**	2**	-	81

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

* Einschließlich Campylobacter

** Shigella

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

DURCHGEFÜHRTE
IMPFUNGEN

EPIDEMIOLOGISCHE
ERMITTLUNGEN
UND/ODER
ÜBERWACHUNGEN

TUBERKULOSE

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

Tabelle 12: TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests – Jahr 2004

Art der Leistung	Bozen	Neumarkt	Meran	Schlanders	Brixen	Bruneck	Insgesamt
TBC-Impfung	172	1	23	1	-	14	211
Tuberkulin-Hautreaktionstest	1.753	32	696	307	360	435	3.583

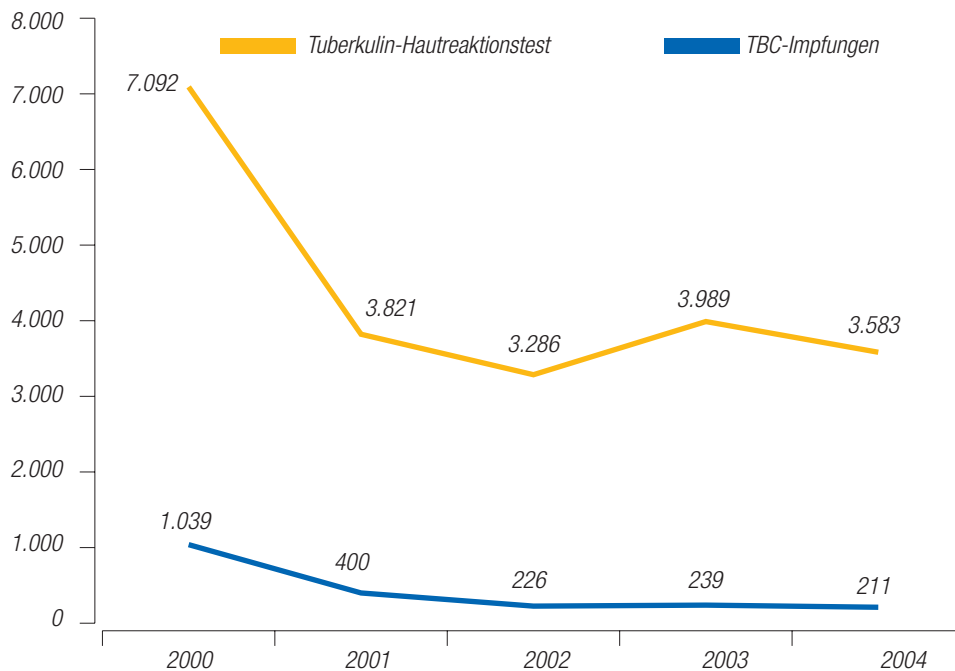
Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pneumologie

Im letzten Fünfjahreszeitraum beobachtete man eine starke Verminderung der durchgeführten TBC-Impfungen sowie einen Rückgang in der Zahl der Tuberkulin-Hautreaktionstests. Dieses Phänomen ist zum Großteil auf die veränderte Gesetzgebung zurückzuführen, welche die auf nationaler Ebene vorgesehene TBC-Prophylaxe regelt. Seit 30.06.2001 besteht infolge des Gesetzes Nr. 388/2000 (Haushaltsgesetz 2001) keine Tuberkulin-Hautreaktionstest-Pflicht in den Schulen und keine Impfpflicht für die Bediensteten im Gesundheitswesen oder Berufssoldaten mehr. Die TBC-Impfung muss nur in den folgenden Situationen durchgeführt werden:

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

Nach fünf Jahren können die Auswirkungen des angewandten Gesetzes Nr. 388/2000, das die Eingreifbereiche der TBC-Prophylaxe radikal geändert hat, genauestens bewertet werden. Die Zahl der durchgeführten Impfungen scheint sich auf Jahreswerte zwischen 210 und 240 stabilisiert zu haben (80% weniger als im Jahr 2000), während jährlich rund 3.500 Tuberkulin-Hautreaktionstests vorgenommen werden, wo eine Verminderung von 50% im Vergleich zum Beginn des Fünfjahreszeitraums verzeichnet wird.

Abbildung 4: TBC-Impfungen und Tuberkulin-Hautreaktionstests – Jahre 2000-2004



1.3.2. Reisemedizin

Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist den Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, japanische Enzephalitis, Gelbfieber, Hantavirus-Infektionen, Malaria, Rift-Tal-Fieber, bakterielle Ruhr oder Shigellose, typhusartiges Fieber).

Eine unzureichende Aufklärung über die zu beobachtenden Vorschriften vor, während und nach der Reise hat zur Folge, dass ein Tourist von vier (nach den Angaben des Gesundheitsministeriums) mit gesundheitlichen Problemen nach Hause zurückkehrt: von der einfachen Reisediarrhöe bis Krankheiten mit viel schlimmeren Folgen.

Zusätzlich zur Planung und Durchführung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die Vorbeugung in diesem Bereich auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Tabelle 13: Gesundheitliche Beratung und Aufklärung für Auslandsreisende – Jahre 2000-2004

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

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.3.3. Hygienekontrolle der Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen

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

Tabelle 14: Meldungen und Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen nach Art der Einrichtung - Jahr 2004

Art der Maßnahme	Bozen*	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Anz. der Meldungen, öffentliche Einrichtungen und Plätze	218	30	4	7	259
Anz. der Maßnahmen, öffentliche Einrichtungen und Plätze	218	30	3	6	257
Anz. der Meldungen, private Wohnungen und Plätze	85	23	2	4	114
Anz. der Maßnahmen, private Wohnungen und Plätze	159	23	1	4	187
Anz. der Maßnahmen zwecks Überwachung der von Dritten ausgeführten Desinfektionstätigkeit	-	6	6	-	12

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

Quelle: Sanitätsbetriebe – Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

2004 wurden in den vier Sanitätsbetrieben 444 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 57,9% davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 42,1% öffentliche Plätze und Privatgebäude.

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

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Sanitätsbetriebe bewerteten im Laufe des Jahres 2004 die hygienisch-sanitären Bedingungen von 397 Einrichtungen auf Landesebene.

In Bezug auf die Schwimmbadkontrolle wurden 562 Wasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen (40,6% davon resultierten als nicht regulär) und 732 Wasserproben zwecks mikrobiologischer Analysen (9,0% davon erwiesen sich als nicht regulär) entnommen.

Die Luft- und Lärmbelastung wurde von der überbetrieblichen Sektion für Umweltmedizin (eingerrichtet beim Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen), vom Labor für Luft- und Lärmanalysen und vom Labor für Physikalische Chemie kontrolliert. Überschreitungen der vorgeschriebenen Gesundheitsschutzschwellen wurden für Stickstoffdioxid (NO₂), Feinstaub (PM₁₀) und Ozon (O₃) gemessen.

Das Arbeitsinspektorat führte 759 Lokalausweise zur Feststellung der beruflichen Risiken und 177 Gesundheitsaufklärungs- und -erziehungsmaßnahmen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch.

Beim Arbeitsinspektorat gingen 2004 187 Meldungen von Berufskrankheiten

ein. Die klinische Abteilung für Arbeitsmedizin führte 10.728 ärztliche Untersuchungen und klinische Ermittlungen an den Arbeitnehmern durch.

1.4.1. Schutz der hygienisch-sanitären Bedingungen und Sicherheit der Gebäude vor allem in Bezug auf öffentliche Gebäude

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

Tabelle 15: Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Gebäude - Jahr 2004

Art der kontrollierten Einrichtung	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck	
	Anz. kontroll. Einricht.	Anz. erfasst. Einricht.	Anz. kontroll. Einricht.	Anz. erfasst. Einricht.	Anz. kontroll. Einricht.	Anz. erfasst. Einricht.	Anz. kontroll. Einricht.	Anz. erfasst. Einricht.
Schulische und vorschulische Einrichtung (Schulkantinen ausgeschlossen)	350	93	205	18	143	11	155	33
Campingplätze und Ferienlager	-	-	21	11	4	2	14	6
Öffentliche Gesundheitseinrichtungen (KH, Sprengel, Polyambulatorien, Pflegestätten, Einrichtungen für psychiatrische Patienten, Therapiegemeinschaften für DA)	51	8	33	4	7	2	8	5
Private Gesundheitseinrichtungen (Privatkliniken, Ambulatorien für Physiotherapie und Massagen, Pflegeheime, Therapiegemeinschaften für Abhängigkeitserkrankungen, Ambulatorien, Studios, Zahnarzt- und Optikerlabors)	535	34	280	9	100	4	109	12
Soziale Einrichtungen (Altersheime, Tageszentren für alte Menschen)	29	5	25	20	8	8	9	5
Nomadencamps	n.d.	1	1	1	1	1	1	1
Haft- und Strafanstalten	1	1	1	-	1	1	-	-
Verkaufsstellen von Pflanzenschutzmitteln	30	24	28	23	4	4	3	3
Gelegentliche Veranstaltungen (Märkte, Messen, Wiesenfeste)	201	2	n.d.	9	n.d.	6	n.d.	12
Sonstige	25*	16	-	-	2**	2	-	-
INSGESAMT	N.D.	184	N.D.	95	N.D.	41	N.D.	77

* Naturkostläden und Apotheken

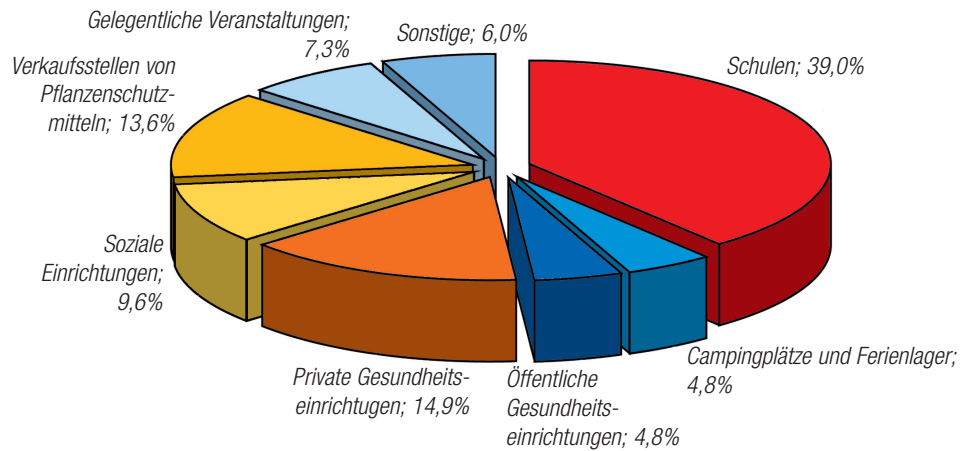
** Pflanzenschutzmittel-Experimente

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

2004 wurden insgesamt 397 Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in Schulen (39,0%), privaten Gesundheitseinrichtungen (14,9%) und in Verkaufs- und/oder Verpackungsbetrieben von Pflanzenschutzmitteln (13,6%) vorgenommen.

**KONTROLLIERTE
EINRICHTUNGEN**

Abbildung 5: Von den Diensten für Hygiene und öffentliche Gesundheit kontrollierte öffentliche Gebäude – Jahr 2004



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

Tabelle 16: Leistungen der Mitarbeiter der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit im Bereich der Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Einrichtungen nach ihrer Verwendung - Jahr 2004

Erbrachte Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Inspektionen zur Ausstellung von Bewohnbarkeits- bzw. Unbewohnbarkeitsbescheinigungen	22	257	9	2	290
Überprüfung von Bauprojekten zur Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten	735	844	866	480	2.925
Bescheinigungen über hygienische Mängel in Wohnungen	30	7	4	7	48
Hygienisch-sanitäre Gutachten zur Genehmigung der Eröffnung von öffentlich zugänglichen Betrieben gemäß LG 58/88	70	57	40	72	239
Hygienisch-sanitäre Gutachten und/oder Überprüfungsberichte zur Genehmigung der Eröffnung und/oder der Führung von Gesundheitseinrichtungen oder im Gesundheitsbereich tätigen Freiberuflern	12	15	1	-	28
Hygienisch-sanitäre Gutachten (Anzahl der Akte) für die Eröffnung und/oder der Führung von:					
- Verkaufsstellen	4	11	3	n.d.	n.d.
- Stands für zeitweilige Veranstaltungen	201	70	51	n.d.	n.d.
Hygienische Entsprechung der Räume für die Verarbeitung landwirtschaftlicher Produkte	-	-	5	-	5

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.2. Kontrolle der Qualität der Schwimmbäder

2004 wurden 562 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 40,6% davon resultierten als nicht regulär. Mikrobiologische Analysen wurden an 732 Wasserproben durchgeführt, 9,0% davon erwiesen sich als nicht regulär.

KONTROLLE DER SCHWIMMBÄDER

Tabelle 17: Kontrollen der Schwimmbäder - Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Lokal- augenscheine	Entnommene Stichproben	Nicht reguläre Stichproben
Bozen			
Chemisch-physische Analysen	88	145	13
Mikrobiologische Analysen	88	159	7
Meran			
Chemisch-physische Analysen	127	191	91
Mikrobiologische Analysen	127	344	42
Brixen			
Chemisch-physische Analysen	116	201	122
Mikrobiologische Analysen	116	200	15
Bruneck			
Chemisch-physische Analysen	15	25	2
Mikrobiologische Analysen	15	29	2

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.3. Überwachung und Kontrolle der Kosmetika

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

KONTROLLE DER KOSMETIKA

Tabelle 18: Überwachung und Kontrolle der Kosmetika. Erfasste Einrichtungen und von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit kontrollierte Einrichtungen - Jahr 2004

Dienste für Hyg. u. Öff.	Produktionslabors von Kosmetika		Schönheitssalons/ Beautyfarmen		Tätowier-/Piercing- Zentren	
	Erfasste Einricht.	Kontroll. Einricht.	Erfasste Einricht.	Kontroll. Einricht.	Erfasste Einricht.	Kontroll. Einricht.
Bozen	6	-	442	88	16	5
Meran	3	1	189	70	6	2
Brixen	-	-	112	6	2	1
Bruneck	1	1	160	15	1	1
INSGESAMT	10	2	903	179	25	9

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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

Tabelle 19: Hygienisch-sanitäre Gutachten zur Erteilung der Genehmigung für die Eröffnung von Herrenfriseurläden und Damenfriseurläden, Beautyfarmen und Wellnesszentren - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Hygienisch-sanitäre Gutachten	44	18	1	4	67

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.4. Kontrolle und Überwachung durch die Leichenpolizei und Leichenbeschauer

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

Tabelle 20: Leichenpolizeiliche Tätigkeiten - Jahr 2004

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Inspektionen auf Friedhöfen	-	8	4	-	12
Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport	502	373	161	218	1.254
Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen	5	8	1	-	14
Autopsien	464	246	73	38	821
Genehmigung der Fahrzeuge	11	6	5	1	23

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.4.5. Überwachung der Luft- und Lärmbelastung

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

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

Die überbetriebliche Sektion für Umweltmedizin arbeitet eng mit dem Landesressort für Gesundheit, mit dem überbetrieblichen Dienst für Arbeitsmedizin und mit

LEICHENPOLIZEILICHE
TÄTIGKEITEN

LANDESAGENTUR FÜR
UMWELT- UND
ARBEITSSCHUTZ

SEKTION FÜR
UMWELTMEDIZIN

der Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz zusammen. Im Laufe des Jahres 2004 erbrachte sie die folgenden Tätigkeiten:

- Sanitäre und gesetzliche Beratung und Unterstützung des Ressorts für Gesundheit in Bezug auf Landesbeschlüsse über Umweltthemen;
- Durchführung von Ad hoc-Untersuchungen auf Hinweis von Fällen akuter Vergiftung durch Pestizide;
- Mitarbeit bei der Erarbeitung der Dreijahrespläne zur sanitären und umwelttechnischen Überwachung der Auswirkungen der Pflanzenschutzmittel;
- Teilnahme an Treffen (als Mitglied) des Amtes für Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP);
- Zusammenarbeit mit dem Assessorat für Umwelt der Gemeinde Bozen zur Erarbeitung eines Plans für die Aufstellung von Telekommunikations-Basisanlagen;
- Vorlegung der Resultate einer Untersuchung über die Gesundheit und Umwelt des Stadtviertels Oberau in der Gemeinde Bozen;
- Beitrag zur Erarbeitung des Landesplans der Luftqualität;
- Beteiligung an der Erarbeitung der Maßnahmenplanung im Fall der Überschreitung der für den Feinstaub PM10 (in den Wintermonaten) und Ozon (in den Sommermonaten) festgelegten Grenzwerte.

2004 plante die überbetriebliche Sektion für Umweltmedizin außerdem die Untersuchungen und Initiativen für den Dreijahreszeitraum 2005-2007. Die vorgesehenen Tätigkeiten sind:

- Rückblickende Studie für die Jahre 2000-2002 über die kurzfristigen Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit; die Untersuchung sieht die Analyse der gesundheitlichen und umwelttechnischen Daten mit Festlegung der Beziehung zwischen der durchschnittlichen Tageskonzentration der verschiedenen Schadstoffe und den Todesfällen aufgrund von natürlichen Ursachen und Erkrankungen der Atemwege und Herz-Kreislauf-erkrankungen und den Aufenthalten aufgrund von Erkrankungen der Atemwege, Herz-Kreislauf- und zerebrovaskulären Erkrankungen vor;
- Voraussichtsstudie für die Jahre 2005-2007 über die kurzfristigen Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Gesundheit der Wohnbevölkerung in den verschiedenen Tälern der Provinz, darunter jener mit besonderen Verkehrsbelastungen;
- Erstellung einer Webseite für die Tätigkeiten der überbetrieblichen Sektion für Umweltmedizin.

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

**LABOR FÜR LUFT- UND
LÄRMALYSEN**

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

2004 wurde gegenüber 2003 eine deutliche Verminderung der durchschnittlichen jährlichen Benzolkonzentration an allen kritischen Stellen verzeichnet; außerdem wurden keine Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit gemessen ($10 \text{ } \mu\text{g}/\text{m}^3/\text{Jahr}$), was in erster Linie auf die Zunahme der Anzahl der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen ist.

Die Analyse der Messungen des Jahres 2004 ergab für die anderen Schadstoffe in der Stadt Bozen die folgende Situation:

- Benzopyren: der Jahresdurchschnittswert für diesen Schadstoff betrug $0,8 \text{ ng}/\text{m}^3$, der somit unter dem von der nationalen Gesetzgebung vorgeschriebenen Grenzwert ($1 \text{ ng}/\text{m}^3$) und dem im Jahr 2003 gemessenen jährlichen Durchschnitt ($0,9 \text{ ng}/\text{m}^3$) liegt;
- Feinstaub (PM_{10}): die durchschnittliche jährliche Feinstaubkonzentration ergab einen Wert von $35,8 \text{ } \mu\text{g}/\text{m}^3$, der leicht über dem Wert des Jahres 2003 ($34 \text{ } \mu\text{g}/\text{m}^3$) liegt;
- Blei: die Schadstoffkonzentration in der Luft der Stadt ist sehr niedrig: der durchschnittliche Jahreswert für 2004 beträgt $0,04 \text{ } \mu\text{g}/\text{m}^3$ (Grenzwert $0,5 \text{ } \mu\text{g}/\text{m}^3$).

Das Labor für Physikalische Chemie befasst sich ebenfalls mit der Überprüfung der Luftqualität; die ständig erfassten chemischen Schadstoffe sind: Schwefeldioxid (SO_2), Stickstoffdioxid (NO_2) und Stickstoffoxide (NO_x), Kohlenmonoxid (CO), Ozon (O_3), Feinstaub (PM_{10}) und Benzol. Das Labor verwaltet zwölf Messstationen für die Erfassung der Luftverschmutzung: vier in Bozen und jeweils eine in Salurn, Meran, Brixen, Sterzing, Bruneck, Latsch und am Rittner Horn; 2004 wurde außerdem eine neue Station auf der Brennerautobahn zwischen Brixen und Klausen eingerichtet. Auf Landesebene zeigt sich die Luftverschmutzung im Jahr 2004 in Bezug auf die einzelnen Schadstoffe folgendermaßen:

- Schwefeldioxid (SO_2): die für diesen Schadstoff erfassten Werte liegen deutlich unter den Grenzwerten (die Werte werden auch weiterhin unter Kontrolle gehalten);
- Kohlenmonoxid (CO): die geltenden Grenzwerte wurden nicht überschritten. Die Verminderung der Schadstoffkonzentration in der Luft ist, wie auf internationaler Ebene, auf die Zunahme der Zahl der Fahrzeuge mit Katalysatormotor zurückzuführen;
- Stickstoffdioxid (NO_2): die durchschnittliche Jahreskonzentration hat Überschreitungen des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit ($40 \text{ } \mu\text{g}/\text{m}^3$) an den Stationen in Bozen (Verdiplatz, Claudia Augusta-Straße, Hadrianplatz), in Salurn und auf der Brennerautobahn verzeichnet;

**LABOR FÜR
PHYSIKALISCHE CHEMIE**

- **Ozon** (O₃): im Jahr 2004 wurden an den Stationen von Bozen (Amba Alagi-Straße), Ritten und Salurn einige Überschreitungen der Gefahrenschwelle von 180 µg/m³, des Grenzwertes für den Schutz der Gesundheit (120 µg/m³) und des Zielwertes für den Schutz der Vegetation (18.000 µg/m³/h) verzeichnet;
- **Feinstaub** (PM₁₀): im Laufe der letzten Jahre kam es zu einem deutlichen Anstieg der Feinstaubkonzentration; der Grenzwert für den Schutz der Gesundheit (20 µg/m³), der innerhalb 2010 zu erreichen ist, wurde an allen Landesmessstationen für diesen Schadstoff überschritten;
- **Benzol**: 2004 wurde keine Überschreitung des Grenzwertes für den Gesundheitsschutz (5 µg/m³) erfasst.

1.4.6. Schutz der Bevölkerung und Einzelpersonen vor Risiken im Arbeitsumfeld

Der Dienst für Arbeitsmedizin, der beim Sanitätsbetrieb Bozen als überbetriebliche Dienststelle eingerichtet ist, befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer und führt Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen zugunsten dieser durch.

Der Dienst für Arbeitsmedizin ist in zwei Bereichen unterteilt: das Arbeitsinspektorat und der klinische Bereich für Arbeitsmedizin.

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

Tabelle 21: Tätigkeit des Arbeitsinspektorats – Jahre 2003-2004

Art der Leistung	2003	2004
Lokalausweise in Unternehmen mit Information und Beratung	236	185
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste Hilfe-Maßnahmen	196	162
Informationen an Arbeitgeber und -nehmer, einschließlich Aus- und Weiterbildungskurse	-	15
Periodische Versammlungen zur Prävention – Teilnahme an Arbeitskommissionen oder -gruppen	-	26
Überwachung der Durchführung der ASPP	747	574
Vorschläge und/oder Überprüfungen der Programme für Arztvisiten	39	6
Ermittlungen (f. d. Staatsanwaltschaft) über Berufskrankheiten und Verstöße gegen geltende Bestimmungen	44	31
Epidemiologische Untersuchungen nach Abteilung, Risiko oder Bearbeitung	1	1*
Rekurse gegen Eignungsurteile	6	5
Tauglichkeitsbeurteilung von Heizern	6	9
Tauglichkeitsbeurteilung von Minderjährigen	309	242
Bestimmungen im Bereich der Arbeitsmedizin	39	51
Verwaltungsstrafen	2	1
Mitteilungen der Vorschriften	37	30
Genehmigung von Arbeitsplänen zur Beseitigung von Asbest	133	116
Sonstige Ermittlungen	-	28
Sonstige Mitteilungen an die Unternehmen über Aufschub, Befreiung, Verpflichtungen, Nicht-Erfüllung von Verpflichtungen	169	161

* Untersuchung des Holzstaubes und der Tumoren der Nasennebenhöhlen

Die Anzahl der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen nahm im letzten Dreijahreszeitraum von den 362 gemeldeten Berufskrankheiten des Jahres 2002 auf 187 im Jahr 2004 deutlich ab (- 48,3%).

Außerdem beziehen sich fast 70% der im Jahr eingegangenen Meldungen auf Probleme oder Störungen aufgrund von Hyperakusis durch Lärm.

Tabelle 22: **Art der beim Arbeitsinspektorat eingegangenen Meldungen - Jahre 2002-2004**

Eingegangene Meldungen	Anzahl der eingegangenen Meldungen		
	Jahr 2002	Jahr 2003	Jahr 2004
Hypoakusis durch Lärm	330	198	130
Latexallergie und allergischer Kontaktdermatitis	12	12	11*
Karpaltunnelsyndrom	8	9	6
Diskushernie	12	9	12
Ekzemen und Hautsensibilität	-	8	9
Mesotheliom der Pleura	-	1	4
Sonstiges	-	-	15**
INSGESAMT	362	237	187

*Einschließlich Asthma-Rhinitis

**Einschließlich Ischias, Epikondylitis, Tendinitis, Asbestosi, TBC-Verdacht und andere Krankheiten

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

KLINISCHE ABTEILUNG FÜR ARBEITSMEDIZIN

Die klinische Abteilung für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern und allen dem gemäß gesetzesvertretendem Dekret 626/94 dem zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch.

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

Tabelle 23: **Tätigkeit der klinischen Abteilung für Arbeitsmedizin - Jahre 2003-2004**

Art der Leistung	Anz. der Maßn. 2003	Anz. der Maßn. 2004
Untersuchung der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit	10.489	10.728
Sehtests	1.163	1.000
Hörtests	3.106	3.290
Spirometrie Fluss-Volumen-Diagramm (einfache Spirometrie)	3.887	3.911
Allgemeine Spirometrie	9	21
Spirometrie mit Diffusion	-	16
EKG	20	22
Venöse Blutentnahme	241	294
Seh- und Hörreaktionstests	5	-
Lokalaugenschein in Unternehmen mit Information und Beratung	175	1.294
Protokoll der präventiven und periodischen gesundheitlichen Ermittlungen (ASPP), Bericht und Schlussfolgerungen	n.d.	1.308
Informationen an Arbeitgeber und Arbeitnehmer einschließlich Aus- und Weiterbildungenskurse	n.d.	22
Periodische Versammlungen zur Prävention	-	52
Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zur Risikobewertung und Einleitung von Schutz- und Erste-Hilfe-Maßnahmen	-	34
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, bis zu 5 Personen	2.210	2.032
Medizinischer Schlussbericht und Verschreibungen, über 5 Personen	676	1.248

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - überbetrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin

2004 ist ein starker Anstieg der von der Arbeitsmedizin durchgeführten Tätigkeiten zu verzeichnen, vor allem in Bezug auf die Lokalaugenscheine in Betrieben zur Information und Beratung (+639,4% gegenüber 2003) und auf die Verfassung von medizinischen Berichten und Verschreibungen für über 5 Personen (+84,6%). Der Dienst für Arbeitsmedizin bedient sich des Labors für Wasseranalysen und des Labors für Luft- und Lärmanalysen für einige Tätigkeiten, welche die Bewertung der Risiken im Arbeitsumfeld betreffen.

Das Labor für Wasseranalysen führt vorwiegend toxikologische Analysen von Blut- und Harnproben von Arbeitnehmern durch, während sich das Labor für Luft- und Lärmanalysen mit dem Gesundheitsgrad des Arbeitsumfeldes beschäftigt und spezifische Kontrollen der Lärm- und Vibrationsbelastung und die Abnahmeprüfungen von Produktionsanlagen vornimmt.

**LABOR FÜR
WASSERANALYSEN**

**LABOR FÜR LUFT- UND
LÄRMANALYSEN**

1.5. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Im Rahmen der Tiergesundheit wurden 2004 insgesamt doppelt so viele Viehkontrollen wie im Vorjahr durchgeführt (303.924 kontrollierte Tiere im Jahr 2004). Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Stichproben an der Milch der Milchtanks vorgenommen. In den Viehzuchtbetrieben wurden auf Landesebene 27 neue Fälle von infektiöser boviner Rhinotracheitis (IBR) und 93 Fälle von BVD/MD erfasst.

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

Gemäß Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 und nachfolgenden Änderungen befasst sich die erste Sektion mit der Überwachung und Kontrolle der Tiere, deren Unterbringung und Dichte, mit Tiertransport und Fahrzeugen sowie mit der Herstellung, Verarbeitung und dem Vertrieb von Produkten für Tiere; außerdem wacht die Sektion über die Einhaltung der Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, über den Einsatz von tiermedizinischen Arzneimitteln und den Tierschutz.

**AUFGABEN DES
LANDESVETERINÄR-
DIENSTES**

**AUFGABEN DES
ÜBERBETRIEBLICHEN
TIERÄRZTLICHEN
DIENSTES**

Die zweite Sektion ist für die Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs zuständig. Sie sorgt für die Inspektion und Überwachung von Erzeugnissen tierischen Ursprungs und deren Derivaten bei der Herstellung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung, Vermarktung, im Groß- und Einzelhandel sowie bei deren Verabreichung. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger.

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

2004 belief sich der Viehbestand (Rinder, Schafe, Ziegen, Pferde und Schweine) auf 225.838 Stück. Insgesamt überwiegen die Rinder mit 64,4% am Gesamtbestand.

VIEHBESTAND

Tabelle 24: Viehbestand nach Tierart - Jahr 2004

Tierart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Rinder	32.048	36.579	32.492	44.280	145.399
Schafe/Ziegen	8.900	35.211	7.408	6.920	58.439
Pferde	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7.000*
Schweine	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	15.000*
INSGESAMT	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	225.838

*Die Daten wurden nur für die Provinz insgesamt geliefert

Quelle: Landesveterinärdienst

In Bezug auf die Verteilung des Viehbestandes im Landesgebiet wird eine gleichmäßige Rinderdichte in allen vier Sanitätsbetrieben verzeichnet. Für die Schafe und Ziegen weist der Sanitätsbetrieb Meran mit 60,3% am erfassten Gesamtbestand die höchste Viehdichte auf.

Abbildung 6: Verteilung des Viehbestandes nach Tierart - Jahr 2004

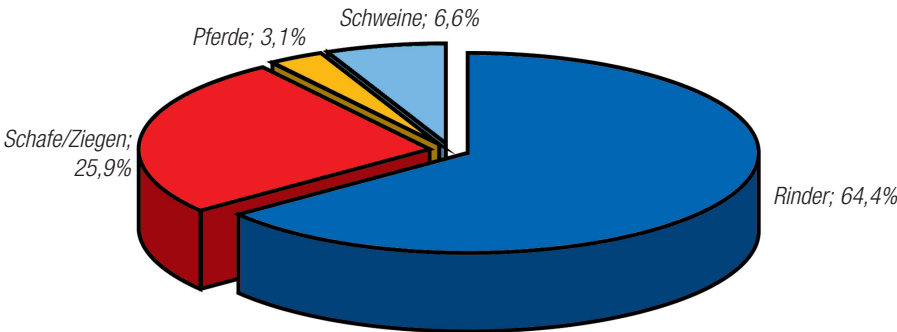


Tabelle 25: Prozentmäßige Verteilung der Rinder und Schafe/Ziegen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Tierart	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Rinder	22,0%	25,2%	22,3%	30,5%	100%
Schafe/Ziegen	15,2%	60,3%	12,7%	11,8%	100%

Quellen: Landesveterinärdienst; überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Tabelle 26: Tierzuchtbetriebe in der Provinz Bozen nach Tierart – Jahre 2002, 2003 und 2004

Tierart	Jahr 2002	Jahr 2003	Jahr 2004
Rinder	9.458	9.044	9.074
Schafe/Ziegen	4.122	3.804	4.642
Pferde	1.790	1.800	1.800
Schweine	3.800	3.610	4.241
Geflügel/Kaninchen	39	49	48
Forellenzucht	5	5	5
INSGESAMT	19.214	18.312	19.810

Quelle: Landesveterinärdienst

2004 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landesveterinärdienstes auf die Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, die Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Viren, Blue Tongue, Skrapies und CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen). Die Prophylaxe verzeichnete im Laufe des Jahres eine beachtliche Entwicklung. Insgesamt wurden im Vergleich zum Vorjahr doppelt so viele Viehkontrollen vorgenommen (303.924 Stück im Jahr 2004 gegenüber 149.892 im Jahr 2003). In Übereinstimmung mit den obligatorischen, für das Jahr 2004 vorgesehenen Sanierungsplänen wurden Rinder-TBC-Prophylaxen durchgeführt und alle Tiere über 6 Monate kontrolliert. Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden auch Stichproben an der Milch der Milchtanks von 11.602 Betrieben auf Brucellose bei Rindern, IBR und Rinderleukose und 5.697 Betriebe auf BVD/MD-Antikörper und -Viren kontrolliert.

2004 wurde ein freiwilliges Prophylaxeprogramm gegen CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen) durchgeführt, das eine hohe Teilnahmequote verzeichnete.

Die Provinz Bozen beteiligt sich außerdem an einem nationalen Überwachungsprogramm der Blue Tongue.

Tabelle 27: Im Rahmen der Pflichtsanierungspläne in der Autonomen Provinz Bozen vorgenommene Kontrollen und Impfungen – Jahre 2003-2004

Art der Kontrolle	Anzahl der kontrollierten Tiere	
	2003	2004
Rindertuberkulose	5.342	126.495
Rinderbruzellose	15.171	23.709
BRuzellose der Schafe und Ziegen	22.089	32.102
Brucella ovis*	1.639	2.434
IBR	59.366	23.635
Vesikulärkrankheit der Schweine	522	702
Schweinepest	532	732
Aujeszky-Krankheit bei Schweinen	533	608
Rinderleukose	15.159	23.635
BVD/MD-Antikörper	169	5.408
BVD/MD-Virus	20.617	35.944
Blue Tongue	7.875	8.454
Scrapies – Genotypisierung	4	857
CAEV	874	19.209
KONTROLLEN INSGESAMT	149.892	303.924

* Brucella ovis-Schafböcke

Art der Impfungen	Anzahl der geimpften Tiere	
	2003	2004
Symptomatischer Milzbrand	7.160	7.320
IMPFUNGEN INSGESAMT	7.160	7.320

Quelle: Landesveterinärndienst

Auch 2004 wurden, wie nunmehr seit verschiedenen Jahren, keine Fälle von Rinder-TBC verzeichnet. Es wurden auch keine Fälle von Rinderbruzellose oder Bruzellose der Schafen/Ziegen festgestellt.

In den Viehzuchtbetrieben des Landes traten dagegen 27 neue Fälle von IBR und 93 Fälle von BVD/MD auf.

Tabelle 28: Vom überbetrieblichen Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen – Bereich Gesundheit der Tiere – Jahr 2004

Vom Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	Anzahl
Eingefangene streunende Tiere	443
Tollwutprophylaxe: Untersuchung der beißenden Tiere	534
Sterilisation von Hunden	236
Sterilisation von Katzen	1.034
Untersuchungen am Zuchtvieh - Hengste und Stiere	170
Kontrolle der pharmakologischen Behandlungen der Tiere (Registerkontrolle)	783
Futterkontrolle	333
Radioaktivitätskontrolle des Futters	6
Kontrolle des bei der Zucht verwendeten Wassers	113
Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen	6.278
Reisepässe für Hunde, Katzen und Frettchen für EU-Reisen (seit 1/7/04)	1.177
Amtstierärztliche Bescheinigungen für die Mitnahme von Hunden und Katzen auf Auslandsreisen	104
Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von lebenden Tieren	573
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Tierarztambulatorien	1
Abgabe von Mikrochips	597
INSGESAMT	12.382

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Im Bereich der Tiergesundheit führt der überbetriebliche Tierärztliche Dienst auch Blutentnahmen für Versteigerungen von Rindern und Schafen (6.278 Entnahmen,

davon 5 positiv für BVD, 1 für IBR-IPV, 1 für Rinderbruzellose und 2 für Bruzellose bei Schafen und Ziegen) durch; außerdem beschäftigt er sich mit dem Gesundheitsschutz des Zuchtviehs (170 kontrollierte Hengste und Stiere), stellt Gesundheitszeugnisse für den Viehhandel und Schlachtungen aus (57.730 zertifizierte Tiere) und nimmt Kontrollen der pharmakologischen Behandlungen der Tiere vor (783 Behandlungsregister mit kontrollierten, tiermedizinischen Arzneimitteln).

Im Bereich der Kontrollmaßnahmen der Tierfütterung wurden 333 Futterproben (10 erwiesen sich als nicht regulär) und 113 Wasserproben (8 davon waren nicht regulär) durchgeführt; es wurden auch Radioaktivitätskontrollen an 6 Futterproben vorgenommen.

Der Dienst beschäftigt sich außerdem mit der Bekämpfung der streunenden Tiere (443 eingefangene streunende Tiere) und mit der Tollwutprophylaxe der beißen Tiere (534 kontrollierte Hunde).

In allen Gemeinden des Landes wurde 2004 das Verfahren für die Identifizierung der Hunde mit eigenen Mikrochips fortgesetzt. Dadurch wurde die Rückgabe der Tiere an ihre Besitzer erleichtert und ihre Aufenthaltszeit im Tierheim gekürzt.

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

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte 1.297 Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an den kontrollierten Betrieben insgesamt entspricht 2,5%, ist im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig und liegt gleichzeitig unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt.

Alle geschlachteten Rinder über 24 Monate wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen (13.699 kontrollierte Rinder).

Die von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit durchgeführten spezifischen Kontrollen der Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs betrafen 1.855 Produktionseinrichtungen; auf Landesebene ist der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der kontrollierten Einrichtungen auch weiterhin sehr hoch (35,8%).

Im hygienisch-sanitären Schutz der Lebensmittel analysierten das Labor der Anstalt für Tierprophylaxe und die Labors der Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz (Labor für Lebensmittelanalysen und Biologisches Labor) 1.990 Lebensmittelstichproben, wobei sich 104 Proben als nicht regulär erwiesen.

In Bezug auf die Kontrolle des Trinkwassers der öffentlichen Wasserleitungen

entnahmen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.791 Wasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen und 2.263 Wasserproben zwecks mikrobiologischer Analysen. Der Anteil der nicht regulären Wasserproben ist sehr niedrig (4,5% für die chemisch-physischen Analysen und 6,8% für die mikrobiologischen Analysen, was die erfassten Vorjahreswerte bestätigt.

1.6.1. Hygienisch-sanitärer Schutz von Lebensmitteln und Getränken

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

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

Tabelle 29: **Ergebnisse der Kontrollen von Einrichtungen für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs und ergriffene Maßnahmen - Jahr 2004**

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einrichtungen	Einheiten mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Primäre Erzeugung	218	1	206	6
Produktion und Verpackung	116	1	357	16
Großhandel	54	3	194	10
Einzelhandel	210	9	407	14
Transport (sanitäre Genehmigungen)	191	3	191	4
Öffentliche Gastronomie	84	3	86	6
Kollektive Gastronomie	9	-	10	-
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	415	12	591	43
INSGESAMT	1.297	32	2.042	99

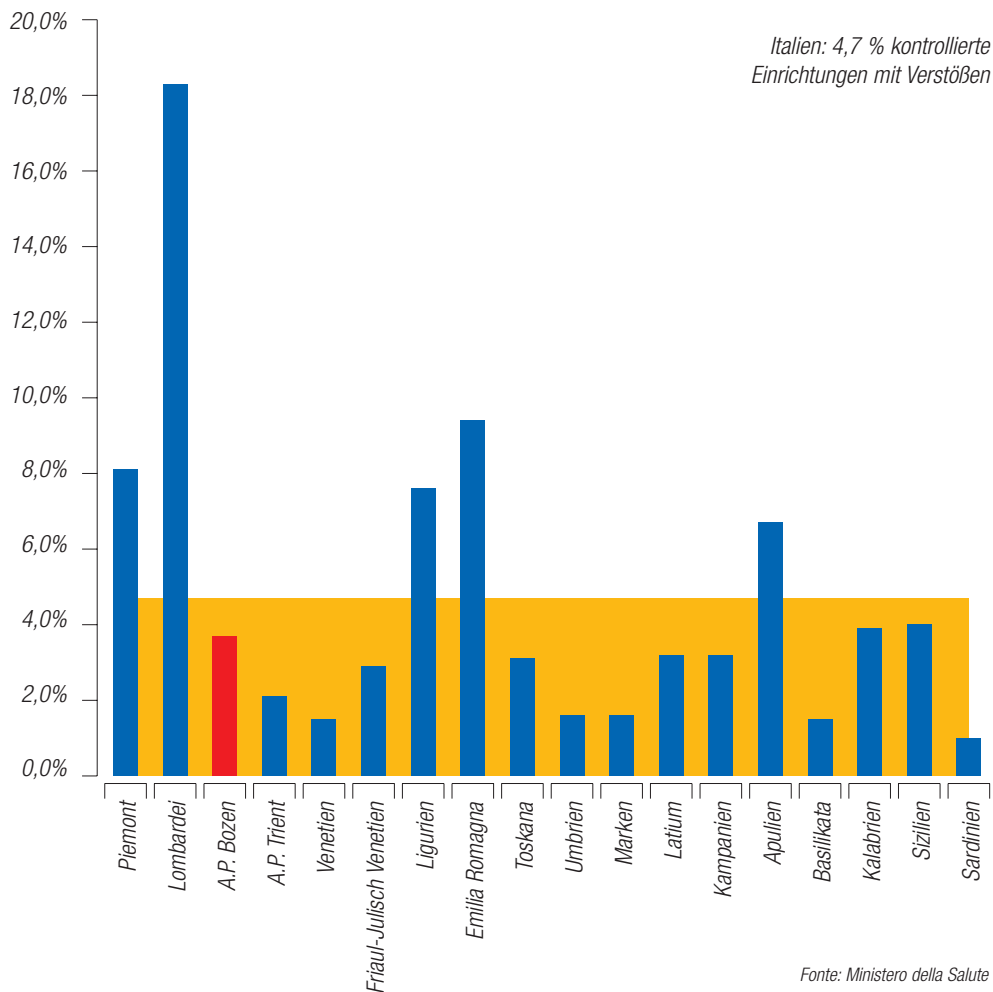
Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2004 insgesamt 1.297 Einrichtungen, bei 32 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,6 Inspektionen pro kontrollierte Einrichtung durch. Der Anteil der nicht regulären Einrichtungen an den kontrollierten Einrichtungen insgesamt entspricht 2,5%; dieser Wert ist im Vergleich zu den Vorjahren rückläufig und liegt unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt (Daten des Jahres 2002).

KONTROLLE DER
LEBENSMITTEL
TIERISCHEN URSPRUNGS

ÜBERBETRIEBLICHER
TIERÄRZTLICHER DIENST

Abbildung 7: Anteil der Einrichtungen mit Verstößen an den von den tierärztlichen Diensten kontrollierten Einrichtungen insgesamt - Jahr 2002



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

Alle Schlachttiere werden vor und nach der Schlachtung auf eventuelle auf Menschen oder Tiere übertragbare Krankheiten untersucht. Bei besonderen Not- schlachtungen werden regelmäßig bakteriologische Untersuchungen am Fleisch und an den Tierorganen sowie Analysen für die Erforschung von Hemmstoffen angeordnet.

2004 wurde eine deutliche Verminderung in der Zahl der Inspektionen der durchgeführten Hausschlachtungen verzeichnet (3.944 im Jahr 2004 gegenüber 7.080 des Jahres 2003, minus 44,3%). Der Rückgang ist vor allem auf Änderungen in der Gesetzgebung zurückzuführen (Landesgesetz Nr. 1 vom 8.4.2004), die nun die Schlachtung von Schweinen, Schafen und Ziegen zu Hause ohne Untersuchungen vor und nach der Schlachtung durch den Tierarzt erlaubt.

Tabelle 30: Leistungen seitens des überbetrieblichen Tierärztlichen Dienstes – Bereich Hygiene der Lebensmittel tierischen Ursprungs – Jahr 2004

Vom Tierärztlichen Dienst erbrachte Leistungen	Anzahl
Bakteriologische Untersuchungen des Fleisches	130
Trichinoskopien	9.473
Inspektionen der bei Hausschlachtungen geschlachteten Tiere	3.944
Inspektionen der bei Privatschlachtungen in Schlachthöfen geschlachteten Tiere	10.643
Inspektionen der für kommerzielle Zwecke geschlachteten Tiere	43.151
BSE-Test	13.699
Skrapias-Test	216
Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und spezifischem Risikomaterial	8.012
Sanitäre Genehmigungen für Fahrzeuge für den Transport von Lebensmitteln	191
Sanitäre Genehmigungen für die Eröffnung von Labors, Fleischlagern etc.	34
Inspektionen von Almen, in denen Käse hergestellt wird	63

Quelle: Überbetrieblicher Tierärztlicher Dienst

MAßNAHMEN AN SCHLACHTTIEREN

Im Laufe des Jahres wurden in Südtirol 50.918 Tiere geschlachtet (Rinder/Pferde/Schweine/Schafen/Ziegen/Strauße), 12,9% weniger als im Jahr 2003. Alle geschlachteten Rinder über 24 Monaten wurde einem BSE-Schnelltest unterzogen. 2004 wurden 13.699 Rinder kontrolliert, alle Ergebnisse fielen negativ aus. Außerdem wurden 216 Schafe und Ziegen, die bei ihrer Schlachtung über 18 Monate alt waren, auf Skrapies untersucht, alle mit negativen Ergebnissen. An den geschlachteten Schweinen und Pferden wurden 9.473 Trichinoskopien vorgenommen: das gesamte untersuchte Fleisch ergab sich als regulär. Von den bakteriologischen Untersuchungen von 130 Fleischproben erwiesen sich 14 als nicht regulär.

Im Rahmen der Privatschlachtungen wird zwischen den Schlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen und den Hausschlachtungen in Zuchtbetrieben unterschieden. Der Anteil der Privatschlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen stieg in den letzten vier Jahren von 57,8% des Jahres 2001 auf 72,8% des Jahres 2004 an. Der wachsende Trend der Privatschlachtungen in zugelassenen Schlachthöfen wird vom überbetrieblichen Tierärztlichen Dienst mit Maßnahmen zur Gesundheitserziehung und Sensibilisierungskampagnen in der Bevölkerung zugunsten der öffentlichen Schlachthöfe, die im Vergleich zu den Privatschlachtungen bessere hygienisch-sanitäre Bedingungen garantieren, gefördert.

KONTROLLPLAN AUF DEN ALMEN

Aufgrund der Lebensmittelvergiftungen in den letzten Jahren durch den Verzehr von Almkäse wurde ein Kontrollplan der Almen erarbeitet, der sich an die Almen wendet, die Butter und Käse für Privatkonsumenten/Wiederverkäufer herstellen, und an Almen, welche Milchprodukte ausschließlich für den Endverbraucher herstellen, verkaufen und abgeben. Insgesamt wurden 63 Inspektionen durchgeführt. Die Kontrollen bezogen sich auf die hygienisch-sanitären Bedingungen der Einrichtungen, die Geräteausstattung und auf die Hygiene des Personals. Dabei wurden keine großen Verstöße verzeichnet. Bei den Inspektionen wurden die Ergebnisse der Untersuchungen auf Krankheitserreger analysiert, die an den Endprodukten von den Almbetreibern in Selbstkontrolle durchgeführt wurden.

Der überbetriebliche Tierärztliche Dienst beteiligt sich außerdem am vom Gesundheitsministerium geförderten und koordinierten Tätigkeitsprogramm "Nationaler Rückständeplan". Dabei handelt es sich um ein Jahresüberwachungsprogramm der Lebensmittel und Produkte tierischen Ursprungs zur Erfassung von Rückständen von für die menschliche Gesundheit schädlichen Substanzen. Alle im Jahr 2004 im Rahmen des Nationalen Rückständeplans entnommenen Stichproben erwiesen sich als regulär, mit Ausnahme einer Schweineleberprobenentnahme, die sulfanomid-positiv war.

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

**KONTROLLE DER
LEBENSMITTEL NICHT
TIERISCHEN URSPRUNGS**

**DIENTE FÜR HYGIENE
UND ÖFFENTLICHE
GESUNDHEIT**

Tabelle 31: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen -Jahr 2004

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einricht.	Einricht. mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	25	12	34	19
Großhandel	10	3	16	4
Einzelhandel	72	31	83	46
Transport (Überwachung)	1	1	1	1
Transport (sanitäre Genehmigungen)	1	1	1	2
Öffentliche Gastronomie	263	223	297	324
Kollektive Gastronomie	54	32	56	37
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	19	13	28	28
INSGESAMT	445	316	516	461

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bozen

Tabelle 32: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Meran - Jahr 2004

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einricht.	Einricht. mit Verstößen*	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	80	4	124	21
Großhandel	14	1	28	3
Einzelhandel	63	6	120	24
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	4	-	4	-
Öffentliche Gastronomie	454	15	503	420
Kollektive Gastronomie	56	-	61	8
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	98	3	118	68
INSGESAMT	769	29	958	544

* Für den SB Meran wurden nur die beanstandeten Verwaltungsverstöße gerechnet

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Meran

Tabelle 33: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen - Jahr 2004

Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einricht.	Einricht. mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	10	4	10	11
Großhandel	11	3	11	7
Einzelhandel	28	13	30	28
Transport (Überwachung)	10	-	10	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	6	-	9	6
Öffentliche Gastronomie	128	105	160	155
Kollektive Gastronomie	38	14	41	20
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	43	18	49	28
INSGESAMT	274	157	320	255

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Brixen

Tabelle 34: Ergebnisse der Kontrollen der in der Verarbeitung, im Groß- und Einzelhandel, in der Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätigen Einrichtungen, durchgeführt vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bruneck – Jahr 2004

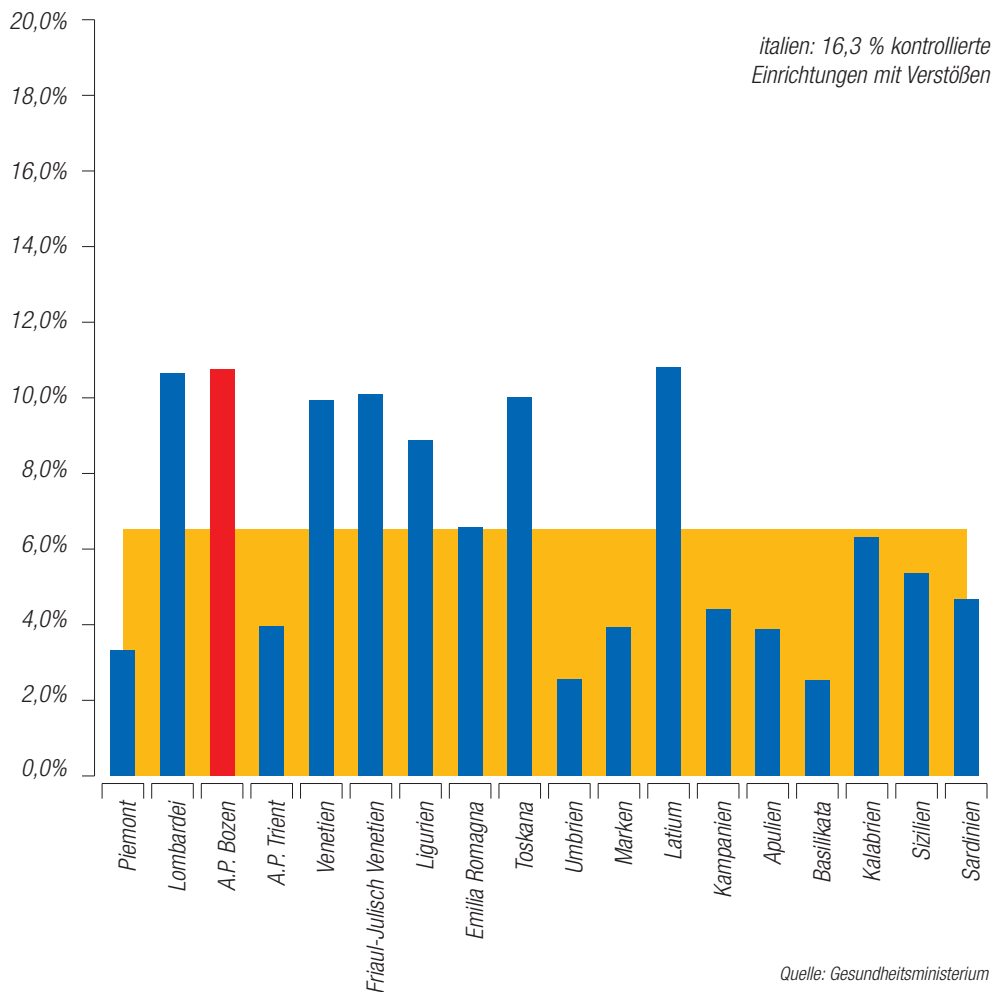
Art der Tätigkeit	Kontrollierte Einricht.	Einricht. mit Verstößen	Zahl der Inspektionen	Verwaltungsmaßnahmen und/oder Strafanzeigen
Produktion und Verpackung	18	5	30	10
Großhandel	11	-	13	-
Einzelhandel	28	3	32	7
Transport (Überwachung)	-	-	-	-
Transport (sanitäre Genehmigungen)	13	-	13	-
Öffentliche Gastronomie	255	145	255	187
Kollektive Gastronomie	32	5	33	5
Produktion und Verpackung für Einzelhandel	10	5	10	10
INSGESAMT	367	163	386	219

Quelle: Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit von Bruneck

Im Jahr 2004 wurden 1.855 Einrichtungen, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind, kontrolliert: die Kontrollen betrafen vor allem die Gastronomie (59,3% der kontrollierten Einrichtungen insgesamt).

Auf Landesebene bleibt der Anteil der Einrichtungen mit Verstößen auch weiterhin hoch (35,8%); der Wert ist im Vergleich zu den vergangenen Jahren ansteigend und entspricht in etwa den in Norditalien erfassten Daten (Stand 2002).

Abbildung 8: Anteil der Einrichtungen mit Verstößen an den kontrollierten Einrichtungen insgesamt – Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit - Jahr 2002



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

Tabelle 35: Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der mykologischen Risikofaktoren nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Genießbarkeitsbescheinigungen von für den Verkauf bestimmten Pilzen	319	-	1	73	393
Mykologische Beratung für private Pilzsammler	229	54	25	34	342

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 36: Überprüfung, Überwachung und Kontrolle der Risikofaktoren im Lebensmittelbereich durch die Mitarbeiter der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit - Jahr 2004

Art der Tätigkeit	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für:					
- Lebensmittellager für den Großhandel	6	1	1	-	8
- Lebensmittellabors	49	29	13	8	99
Erstellung von hygienisch-sanitären Gutachten für die Erteilung der Genehmigung zum Lebensmitteltransport	47	13	3	13	76
INSGESAMT	102	43	17	21	183

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

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

Die Anstalt für Tierprophylaxe führte mikrobiologische Analysen an 809 Lebensmittelstichproben durch und erfasste dabei insgesamt 10 Verstöße (1,2%).

Tabelle 37: Kontrollen von Lebensmitteln durch die Anstalt für Tierprophylaxe - Jahr 2004

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	272	4
Eier und Derivate	36	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	299	2
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	17	-
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGESAMT	624	6

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Kräuter, Gewürze, Kaffee, Tee	11	-
LEBENSMITTEL PFLANZLICHEN URSPRUNGS INSGESAMT	11	-

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Eis und Desserts	134	1
Fertiggerichte	40	3
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	174	4

Quelle: Anstalt für Tierprophylaxe

Das Labor für Lebensmittelanalysen untersuchte im Laufe des Jahres 755 Stichproben und erfasste dabei 77 Verstöße (10,2%). Eine hohe Anzahl an Verstößen ergab sich dabei vor allem in den Fetten und Ölen nicht tierischen Ursprungs und in den Weinen aus frischen Trauben.

ANSTALT FÜR
TIERPROPHYLAXE

LABOR FÜR
LEBENSMITTELANALYSEN

Tabelle 38: **Kontrolle von Lebensmitteln durch das Labor für Lebensmittelanalysen - Jahr 2004**

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	90	1
Eier und Derivate	6	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	104	5
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	15	1
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGESAMT	215	7

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Fette und Öle nicht tierischen Ursprungs	68	18
Zerealien und Backwaren	46	5
Obst und Gemüse	121	2
Kräuter, Gewürze, Kaffee und Tee	56	2
Wein	110	27
Kakao und Kakaopräparate	7	3
LEBENSMITTEL PFLANZLICHEN URSPRUNGS INSGESAMT	408	57

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Suppen, Brühen, Saucen	20	-
Nicht alkoholische Getränke	50	3
Alkoholische Getränke außer Wein	16	1
Eis und Desserts	1	-
Süßspeisen	11	2
Trockenschalenfrüchte, Snacks	6	1
Produkte für eine besondere Ernährung (Kinder)	14	-
Sonstige Präparate nicht tierischen Ursprungs	14	6
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	132	13

Quelle: Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz, Labor für Lebensmittelanalysen

Das Biologische Labor kontrollierte im Jahr 2004 426 Stichproben und erfasste dabei 17 Verstöße (4,0%).

BIOLOGISCHES LABOR

Tabelle 39: Kontrolle von Lebensmitteln durch das Biologische Labor - Jahr 2004

Lebensmittel tierischen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Molkereiprodukte	9	3
Eier und Derivate	3	-
Fleisch, Fleischprodukte, Wild und Geflügel	11	-
Fisch, Schalentiere und Weichtiere	1	-
LEBENSMITTEL TIERISCHEN URSPRUNGS INSGESAMT	24	3

Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Zerealien und Backwaren	112	3
Obst und Gemüse	22	3
Kräuter, Gewürze, Kaffee und Tee	16	1
Kakao und Kakaopräparate	1	-
LEBENSMITTEL PFLANZLICHEN URSPRUNGS INSGESAMT	151	7

Sonstige Lebensmittel	Anzahl der analysierten Stichproben	Anzahl der Verstöße
Suppen, Brühen, Saucen	33	3
Nicht alkoholische Getränke	3	-
Alkoholische Getränke außer Wein	10	-
Süßspeisen	1	-
Trockenschalenfrüchte, Snacks	1	-
Fertiggerichte	202	4
Sonstige Präparate	1	-
SONSTIGE LEBENSMITTEL INSGESAMT	251	7

Quelle: Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz, Biologisches Labor

Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umwelt- und Arbeitsschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.

Dabei wird zwischen den Eignungsermittlungen der Wasserleitungen und den Kontrollen an denselben unterschieden.

Tabelle 40: Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen - Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Kontrolle der öffentlichen Wasserleitungen				
	Anz. der Wasserleitungen	Anzahl der kontroll. Wasserleitungen	Entnommene Stichproben insgesamt	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Nicht reguläre Stichproben
Bozen	123	123			
Chemisch-physische Analysen			659	604	17
Mikrobiologische Analysen			719	688	34
Meran	148	148			
Chemisch-physische Analysen			604	473	27
Mikrobiologische Analysen			1.013	738	45
Brixen	158	158			
Chemisch-physische Analysen			516	453	20
Mikrobiologische Analysen			825	545	47
Bruneck	102	85			
Chemisch-physische Analysen			316	261	17
Mikrobiologische Analysen			632	292	27

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 41: Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der privaten Wasserleitungen öffentlichen Interesses – Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Kontrolle der privaten Wasserleitungen				
	Anz. der Wasserleitungen	Anzahl der kontroll. Wasserleitungen	Entnommene Stichproben insgesamt	Ent. Stichproben bei Gebrauch	Nicht reguläre Stichproben
Bozen	282	19			
Chemisch-physische Analysen			15	15	-
Mikrobiologische Analysen			27	19	4
Meran	457	81			
Chemisch-physische Analysen			68	66	4
Mikrobiologische Analysen			99	89	27
Brixen	193	24			
Chemisch-physische Analysen			23	19	1
Mikrobiologische Analysen			29	27	5
Bruneck	231	46			
Chemisch-physische Analysen			46	46	4
Mikrobiologische Analysen			51	46	2

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 42: Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer - Eignungsermittlungen - Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Anzahl der Ermittlungen	Chem.-phys. Analyse der entnommenen Stichproben	Mikrobiol. Analyse der entnommenen Stichprobe
Bozen	17	21	46
Meran	17	108	57
Brixen	13	87	108
Bruneck	44	56	115

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

DIENSTE FÜR DIÄT UND
ERNÄHRUNGEIGNUNGSKONTROLLEN
DER ERNÄHRUNGSPLÄNE

In Bezug auf die Kontrolle der für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil an nicht regulären Wasserproben sehr niedrig (4,5% für die chemisch-physischen Analysen und 6,8% für die mikrobiologischen Analysen), was die Werte der Vorjahre bestätigt.

Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen: Eisen (infolge von Korrosion der Leitungen und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs). Überschreitungen in Bezug auf Nitrate, Schwermetalle, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, chlorierte Lösemittel und Schädlingsbekämpfungsmittel/Unkrautvertilgungsmittel wurden in den für menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässern hingegen nicht verzeichnet.

1.6.2. Prävention der quantitativen und qualitativen Ernährungsstörungen in der Bevölkerung

Die Prävention der Ernährungsstörungen in der Bevölkerung erfolgt durch die vier Dienste für Diät und Ernährung der Sanitätsbetriebe: zu ihren Aufgaben gehört die Überwachung und Erarbeitung von Ernährungsplänen für die Gastronomie sowie die Ernährungsberatung.

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

Tabelle 43: Eignungskontrollen der Ernährungspläne und Überwachung der Nahrungsmittelkette in der kollektiven Gastronomie - Jahr 2004

Art der kontrollierten Einrichtung	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck	
	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontr.	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontr.	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontr.	Kontroll. Einricht.	Anz. d. Kontr.
Kindergärten	79	137	2	3	10	10	-	-
Grundschulen	25 ⁺	39 ⁺	-	-	2	2	-	-
Mittelschulen	-	-	-	-	1	2	-	-
Oberschulen	-	-	-	-	1	5	-	-
Öffentl. Krankenhäuser	1	1 ^x	-	-	2	2 ^x	-	-
Privatkliniken	-	-	-	-	-	-	-	-
Pflegeheime	2	3	-	-	3	3 ^x	-	-
Altersheime	24	36	4	10	4	42	-	-
Soz. Behindertenzentren	12	12	-	-	1	2	-	-
Sonstige Einrichtungen	1 [*]	3	1 [*]	2	2 [*]	2 ^x	-	-
INSGESAMT	144	231	7	15	26	70	-	-

⁺ Die Daten des Sanitätsbetriebs Bozen umfassen die Grund-, Mittel- und Oberschulen

^x Ständig überwachte Einrichtungen

^{*} Für den SB Bozen handelt es sich um das Zentrum für Transportmahlzeiten, für den SB Meran um die Vergabe des Essensverteilungsdienstes für alte Menschen, für den SB Brixen um den Kinderhort und um die Rehabilitationseinrichtung für Alkohol- und Drogenabhängige Bad Bachgart

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Diät und Ernährung

Alle in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran kontrollierten Einrichtungen erwiesen sich als angemessen, während der Dienst für Diät und Ernährung von Brixen die Ernährungspläne in 10 Kindergärten, 2 Grundschulen und 2 Mittelschulen als unangemessen bewertete.

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

UNTERSTÜTZUNG BEI DER ERARBEITUNG DER ERNÄHRUNGSPLÄNE

Tabelle 44: Unterstützung bei der Erarbeitung von Ernährungsplänen für die kollektive Gastronomie - Jahr 2004

Art der kontrollierten Einrichtung	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck	
	Einbezog. Einricht.	Bestehen. Einricht.	Einbezog. Einricht.	Bestehen. Einricht.	Einbezog. Einricht.	Bestehen. Einricht.	Einbezog. Einricht.	Bestehen. Einricht.
Kindergärten	79	100	-	-	10	56	18	n.d.
Grundschulen	25 ⁺	88	-	-	2	50	-	-
Mittelschulen		33	-	-	1	9	-	-
Oberschulen	-	40	-	-	1	5	-	-
Öffentl. Krankenhäuser	1	1	-	-	2	2	-	-
Privatkliniken	-	3	-	-	-	-	-	-
Pflegeheime	2	2	-	-	3	3	-	-
Altersheime	24	24	-	-	4	7	4	n.d.
Soz. Behindertenzentren	12	12	-	-	1	2	-	-
Sonstige Einrichtungen	1 ⁺⁺	1	-	-	2 ⁺⁺⁺	2	-	-
INSGESAMT	144	304	-	-	26	139	22	n.d.

+ Die Daten für den SB Bozen wurden für die Grund- und Mittelschulen zusammengefasst

++ Zentrum für Transportmahlzeiten

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

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Diät und Ernährung

1.7. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

Im Jahr 2004 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin über 35.000 Leistungen, darunter ambulatorische Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Die Dienste für Sportmedizin führten insgesamt 19.502 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durch: nicht erteilt wurde das Eignungsattest 25 Leistungssportlern.

**ORGANISATION DER
DIENSTE FÜR
RECHTSMEDIZIN**

1.7.1. Tätigkeiten des Dienstes für Rechtsmedizin

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

- Bereich Hygiene und Öffentliche Gesundheit;
- Bereich Rechtsmedizin.

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

**AUFGABEN DER DIENSTE
FÜR RECHTSMEDIZIN**

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

**TÄTIGKEITEN DES
DIENSTES FÜR
RECHTSMEDIZIN DES
SANITÄTSBETRIEBS
BOZEN**

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

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Im Jahr 2004 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin über 35.000 Leistungen, darunter ambulatorische Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Tabelle 45: Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Rechtsmedizin - Jahr 2004

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht bei besonderer Komplexität. Rechtsmedizinische Gutachten	5	-	-	-	5
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Parkausweis für Invaliden	299	167	47	-	513
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Zertifikate für Private (z. B. Wehrdienst etc.)	14	43	2	-	59
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	499	109	40	67	715
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulatorische Visiten der Arbeitnehmer im Privatsektor (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	-	166	3	34	203
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von Privatunternehmen. Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht	40	3	-	-	43
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von Privatunternehmen. Anamnestiche Vorvisiten mit schriftlichem Bericht	20	-	-	-	20
Kollegialvisiten für die Hauspflege (*)	122	-	7	-	129
INSGESAMT	999	488	99	101	1.687

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

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin

Tabelle 46: Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Invalidenversorgung - Jahr 2004

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Rechtsmedizinische Leistungen, die von Gesetzen oder Bestimmungen vorgesehen sind oder von öffentlichen Ämtern oder Privatpersonen angefordert werden, mit schriftlichem Bericht (Visiten zur Verschreibung von Prothesen, Abnahmeprüfungen, Kontrollen für Kuren oder Einweisung von Invaliden) (*)	3.052	1.037	-	-	4.089
Beratung zu Scheinen oder klinischen Dokumenten (Genehmigung der Verschreibung von Prothesen/Hilfsmitteln/Tutoren) (**)	4.132	3.358	1.352	-	8.842
Kollegialvisiten außerhalb des Tarifs	120	38	55	24	237
INSGESAMT	7.304	4.433	1.407	24	13.168

(*) In den SB Brixen und Bruneck werden diese rechtsmedizinischen Visiten auch von anderen Diensten der Sanitätsbetriebe vorgenommen

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

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

Tabelle 47: Im Interesse oder im Auftrag von Privatpersonen von den Diensten für Rechtsmedizin erbrachte Leistungen - Bereich Invalidenkommission - Jahr 2004

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Hausvisiten zur Feststellung der Zivildisqualifikation	141	124	18	43	326
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung der Zivildisqualifikation	2.487	1.312	825	791	5.415
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung des Behinderungsgrads (G 104/92)	376	237	127	68	808
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Arbeitsvermittlung von Invaliden (G 68/99)	198	109	54	42	403
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung von Blindheit (*)	123	-	-	-	123
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Feststellung von Taubstummheit (*)	7	-	-	-	7
DPR 698 (Postmortem)	-	-	-	4	4
Ambulatorische Kollegialvisiten zur Arbeitsvermittlung von Invaliden (G 68/99)	27	3	10	5	45
INSGESAMT	3.359	1.785	1.034	953	7.131

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

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

Tabelle 48: Auf Initiative der Dienste für Rechtsmedizin oder im Interesse oder auf Anfrage von öffentlichen Ämtern erbrachte Leistungen - Jahr 2004

Art der Leistung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Beratung zur Feststellung und Bewertung des Personenschadens im Fürsorge-, Sozial- und Privatversicherungsbereich, mit Bericht. Schadensfälle, Schadenersatzforderungen	117	-	-	-	117
Beratung zu Bescheinigungen oder klinischen Dokumenten. Noteinweisungen im Ausland. Gutachten zu TFR. Gutachten bez. Sauerstoffzentrum	435	-	-	-	435
Beratung zu Bescheinigungen oder klinischen Dokumenten in Fällen besonderer Komplexität. Gutachten, Beratung	170	12	-	-	182
Visite mit rechtsmedizinischer Bescheinigung. Von öffentlichen Verwaltungen angeforderte Zertifikate (INPDAP, Autonome Provinz Bozen, etc.) (*)	78	-	-	-	78
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, Hausbesuche an Werktagen zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	1.357	321	174	86	1.938
Ärztliche Kontrollvisiten der Arbeitnehmer, ambulatorische Visiten der Arbeitnehmer im öffentlichen Bereich (Beschluss der Landesregierung Nr. 130 vom 21.01.2002)	3	46	7	12	68
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit, Dienstbefreiung, Entschädigung, gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat Region oder Provinz auf Anfrage von öffentlichen Ämtern, Beratungs-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht	184	17	-	1	202
Ermittlung der Arbeitsfähigkeit oder vorübergehenden bzw. dauernden Arbeitsunfähigkeit gemäß den Gesetzen oder Bestimmungen von Staat, Region oder Provinz auf Anfrage von öffentlichen Ämtern. Anamnestiche Vor-Kollegialvisiten mit schriftlichem Bericht (*)	65	-	-	-	65
INSGESAMT	2.409	396	181	99	3.085

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

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Rechtsmedizin

Neben den in der Tabelle angeführten Leistungen führte der Dienst für Rechtsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen 6.179 kollegiale gesundheitliche Ermittlungen zur Ausstellung, Revision oder Erneuerung von Führerscheinen für Personen mit psychophysischen Störungen durch (örtliche Ärztekommision) und nahm auch 4.390 rechtsmedizinische Kontrollen von klinischen Dokumenten (Ticketkontrollen) vor.

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

Tabelle 49: Von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit erbrachte rechtsmedizinische Leistungen - Jahr 2004

Art der Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen	160	41	27	-
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	5.938	1.071	1.090	-
Visiten zur Abtretung des Fünftels	53	2	3	-
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	938	287	153	-
Visiten zur Ausstellung von Arbeitsbüchern für Minderjährige	86	54	9	-
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Sanitätsbüchern	844	350	287	-

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

Tabelle 50: Von den Sprengelhygienikern erbrachte rechtsmedizinische Leistungen - Jahr 2004

Art der Leistungen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen	7.731	6.302	3.584	5.271
Visiten zur Abtretung des Fünftels			n.d.	3
Visiten zur Ausstellung von Gesundheits- und Berufseignungsbescheinigungen	1.483*	871*	341	1.014
Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen		565	246	427
Visiten zur Ausstellung/Verlängerung von Sanitätsbüchern	761	759	292	659

*Umfasst sowohl die Gesundheitsbescheinigungen als auch die Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen

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

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit

1.7.2. Tätigkeiten des Dienstes für Sportmedizin

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

**DIENTE FÜR HYGIENE
UND ÖFFENTLICHE
GESUNDHEIT**

**AUFGABEN DER DIENSTE
FÜR SPORTMEDIZIN**

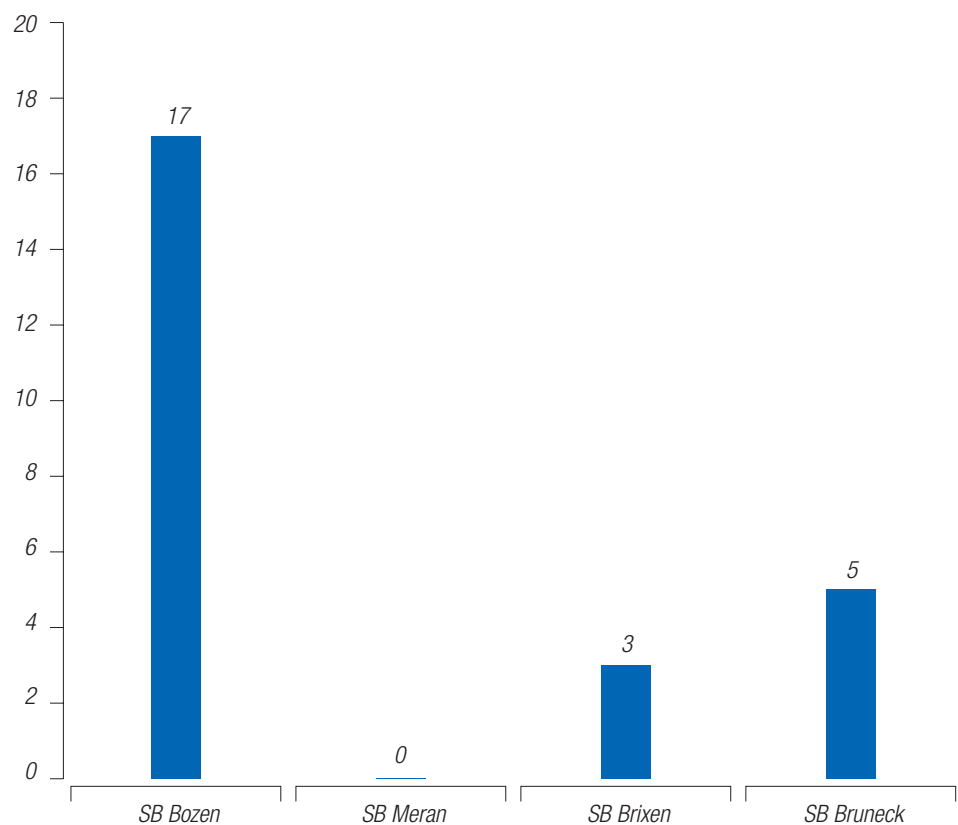
**ORGANISATION DER
DIENSTE FÜR
SPORTMEDIZIN**

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

Der Dienst für Sportmedizin des Sanitätsbetriebes Bozen führt die Untersuchungen und Tauglichkeitserklärungen für berufliche sportliche Tätigkeiten am Sitz des Sanitätsbetriebes Bozen und in den Sprengeln von St. Ulrich (Gröden), Karadaun (Salten.- Schlern) und Neumarkt (Unterland) durch.

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

Abbildung 9: **Nicht für den Leistungssport geeignete Sportler - Jahr 2004**



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

**VISITEN ZUR
FESTSTELLUNG DER
EIGNUNG ZUM
LEISTUNGSSPORT**

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 19.502 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durchgeführt: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 25 Leistungssportlern.

Tabelle 51: Leistungen der Dienste für Sportmedizin nach Art der Leistung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Tipologia di prestazioni	Bozen	Meran*	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab.a der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, EKG)	963	27	225	230	1.445
Bescheinigungen für Leistungssport gemäß Tab.b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit zwei Masterstufen)	6.726	5.887	2.290	2.826	17.729
Bescheinigungen für Leistungssportarten gemäß Tab.b der Ministerialverordnung vom 18.02.82 mit Herzkreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer)	- ⁺	-	286	42	328
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufband-ergometer oder Pulsfrequenzmesser) mit Laktatbestimmung (einschließlich: EKG, Belastungs-EKG, Messung der Herzschlagfrequenz und des Arterienblutdrucks, Laktat-Test, Bestimmung der aeroben und anaeroben Schwelle, Schlussbericht mit Trainingsempfehlungen)	168	-	-	124	292
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufband-ergometer oder Pulsfrequenzmesser) mit direkter Messung der Sauerstoffaufnahme (einschließlich: EKG, Belastungs-EKG, Messung der Herzschlagfrequenz und des Arterienblutdrucks, Lungenfunktionsmessung: VO ₂ , VO ₂ /Kg, VC0 ₂ , VE, Atemminutenvolumen, max. VO ₂ , max. aeroben und anaeroben Leistung, aerobe und anaerobe Schwelle, Schlussbericht mit Trainingsempfehlungen)	89	-	-	24	113
Sport-Gesundheitscheck (einschließlich: ärztliche Visite, Harnuntersuchung, einfache Spirometrie, Belastungs-EKG mit Fahrradergometer, Schlussbericht)	761	-	21	41	823
Funktionsprüfung mit Fahrradergometer (oder Laufband-ergometer oder Pulsfrequenzmesser) mit direkter Messung der Sauerstoffaufnahme und Laktat-Test	89	-	-	32	121
Jump-Test (Leistungstest mit Bestimmung der Explosivkraft Reaktionskraft, Muskelelastizität, Kraft und Leistungsfähigkeit nach Laktatkonzentration)	45	-	-	-	45
Anamnese und Bewertung, kurz definiert - Geschichte und Kurzbewertung. Zweitvisite	934	-	-	39	973
Gesamtberatung	795	-	-	86	881
Einfache Spirometrie	87	-	416	55	558
Leistungstest mit zwei Masterstufen	-	-	-	-	-
Herzkreislauf-Test unter Belastung mit Fahrradergometer	50	-	280	32	362
Dynamisches EKG - Holter	-	-	53	-	53
Elektrokardiogramm EKG	115	-	491	54	660
Laktat	1.938	-	6	65	2.009
Monofunktionsbewertung - mit Psycho-Verhaltens-Skala. Vorbehandlungsscheck der Kommunikations- und Sprachstörungen, Sprachfunktionstest	727	-	-	377	1.104
Diätetische Bewertung. Diättherapie - Erstellung der Ernährungsprogramms. Diättherapiekontrolle. Pro Sitzung	-	-	-	100	100
Orthoptische Bewertung	108	-	-	53	161

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

+ Nicht gebräuchlicher Kodex im Dienst für Sportmedizin von Bozen

Quelle: Sanitätsbetriebe - Dienste für Sportmedizin

1.8. TÄTIGKEITEN DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

Der überbetriebliche Dienst für Pneumologie nahm im Laufe des Jahres 2004 12.096 ambulatorische Visiten und ca. 1.000 Hausbesuche vor; außerdem wurden Proben und Diagnoseuntersuchungen, Allergietests sowie Behandlungen mit Arzneimitteln und Atmungstrainings durchgeführt.

ORGANISATION DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

AUFGABEN DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE

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

Die Tätigkeit des überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie gilt der Prävention, Diagnose und Behandlung der Erkrankungen der Atemwege, Respirationsleistungen zu Hause, der Bekämpfung der Tuberkulose und der Vorbeugung der Nikotinvergiftung.

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

ERBRACHTE LEISTUNGEN

Der überbetriebliche Dienst für Pneumologie nahm im Laufe des Jahres 2004 12.096 ambulatorische Visiten und ca. 1.000 Hausbesuche vor. Dabei wird ein beträchtlicher Anstieg der durchgeführten Bronchodilatationstests (1.434 im Jahr 2004 gegenüber 472 im Jahr 2003, +203,8%) sowie ein Zuwachs der Spirometrien mit Reservevolumen (+71,4%) sowie der Pulsoximetrien (+19,5%) verzeichnet.

Tabelle 52: Leistungen seitens des überbetrieblichen Dienstes für Pneumologie - Jahr 2004

	Bozen	Neu- markt	Meran	Schlanders	Brixen	Bruneck	Ins- gesamt
Ambulatorische Visiten	6.931	574	2.015	704	710	1.162	12.096
Pneumologische Beratung im Krankenhaus	-	-	30	2	23	34	89
Globale Spirometrie	51	-	-	-	-	-	51
Polysomnographie	19	-	-	-	-	15	34
Ergospirometrie (Fahrrad)	2	-	-	-	-	-	2
Einfache Spirometrie (F/V)	1.772	220	664	264	171	252	3.343
Spirometrie mit Reservevolumen	27	3	36	12	1	17	96
Bronchodilatationstest	735	101	288	143	52	115	1.434
Bronchostenosetest	112	-	27	-	-	3	142
Diffusionskapazitätstest (DLCO)	78	5	59	3	11	35	191
Kompletter Allergietest	356	80	119	56	25	15	651
Haltungsdrainage	343	-	-	-	-	-	343
Aerosoltherapie mit Arzneimitteln	265	-	-	-	-	-	265
Atmungstraining	647	-	-	-	-	-	647
Test Pe Max-Pi Max	29	-	12	-	-	-	41
Hausbesuche durch den Arzt	39	-	21	6	5	-	71
Hausbesuche durch die Sanitätsassistentin	331	58	164	58	134	195	940
Pulsoximetrie	1.126	194	523	260	352	346	2.801
Belastungstest	103	-	31	4	-	3	141
Arterielle Blutentnahme	609	99	198	88	155	47	1.196
Blutgasanalyse	609	-	-	-	-	-	609
Thorakozentese	-	-	-	-	-	-	-
Akupunktur	70	-	-	-	-	-	70
INSGESAMT	14.254	1.334	4.187	1.600	1.639	2.239	25.253
Thorax RX Standard	6.018	272	718	331	-	-	7.339
INSGESAMT	20.272	1.606	4.905	1.931	1.639	2.239	35.592

Quelle: Überbetrieblicher Dienst für Pneumologie

2. SPRENGELVERSORGUNG

Die Provinz Bozen ist in 20 Sprengel aufgeteilt, die normalerweise je 4 bis 6 Gemeinden mit einer Bevölkerung von 15.000 bis 20.000 Einwohnern umfassen (eine Ausnahme bildet der Sprengel Bozen mit ungefähr 100.000 Einwohnern). Jeder Sprengel verfügt über einen Hauptsitz, zu dem mehrere auf dem Gebiet verteilte Sprengelstützpunkte hinzukommen.

Für die Durchführung des Investitionsprogramms für den Bau und/oder die Modernisierung der Gebäude der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1993 bis heute ungefähr 98.000.000 Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von 130.000.000 Euro aus. Alle Sprengel und die dazugehörigen Stützpunkte sind bereits in Betrieb genommen; einige Sprengel sind noch provisorisch untergebracht, da sie über kein den Anforderungen entsprechendes neues oder renoviertes Gebäude verfügen.

Im Jahr 2004 wurden der Stützpunktsitz Kaltern und der Sprengelsitz Quirein/Gries in Bozen fertig gestellt.

Alle seit 1994 errichteten Sitze werden gemeinsam von den Gesundheits- und Sozialsprengeln benutzt.

Tabelle 1: Gesundheitssprengel mit Sitzen und Stützpunkten und Durchführungsstand der Gebäude - Stand zum 31.12.2004

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

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

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

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

Tabelle 2: In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bozen angebotene Leistungen (ausgenommen Sprengel Bozen) - Jahr 2004

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

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

(1) Umfassen: Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Massagen; (2) Blutentnahmen zu Hause

Für den Sprengel Bozen siehe Tab. 3

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

DATENÜBERSICHT ÜBER
DIE ART DER IN DEN
SPRENGELN ERBRACHTEN
LEISTUNGEN

Tabelle 3: Im Gesundheitssprengel Bozen des Sanitätsbetriebs Bozen angebotene Leistungen - Jahr 2004

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

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

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

° Im Jahr 2004 wegen Umbauarbeiten geschlossen

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

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

In den Tabellen 2, 3, 4, 5 und 6 werden die Arten der von jedem Sprengel erbrachten Leistungen nach Sanitätsbetrieb angeführt.

Die im Sanitätsbetrieb Bozen erbrachten Leistungen werden aufgrund der Fachausrichtung des Sprengels Gries-Quirein in zwei verschiedenen Tabellen vorgestellt (Tabelle 2 und 3).

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

Tabelle 4: In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran angebotene Leistungen - Jahr 2004

Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen	In den Sprengeln angebotene Leistungen																				
		Verwaltung	Entnahmen	Ambulante Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Zahnärztliches Amb.	Enterostomie Amb.	Neuropsych. Amb. für Kinder	Psychiatrie	Psychologie	Dermatologie	Amt für Zivilinvaliden	DrA	Hygiene u. Öffentl. Gesundheit	Lymphdrainage	Neurologie	Genetische Beratung	Schmerztherapie
Oberer Vinschgau	Mals	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X	X	X	X	X							
	Burgels				X																	
	Graun		X	X	X																	
	Glurns			X	X																	
	Matsch			X	X																	
	Prad a. Stifterjoch	X	X	X	X	a		d														
	Reschen			X	X																	
	Schluderns		X	X	X																	
	Stilfs		X	X	X																	
	Taufers			X	X																	
Mittlerer Vinschgau	Schlanders	X		X	X	a		d	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Kastelbell		X	X	X	a																
	Latsch		X	X	X	a																
	Laas		X	X	X	a																
Naturns-Umgebung	Naturns	X	X	X	X	a	Go	d		X	X					X						
	Karthaus			X	X																	
	Unser Frau			X	X	a																
	Partschins			X	X	a		d														
	Plaus			X	X																	
	Rabland			X	X																	
Lana-Umgebung	Lana	X	X	X	X	a	Go	d	X	X	X					X		X				
	Tscherns				X																	
	Gargazon			X	X																	
	Laurein	X	X	X	X			d														
	Burgstall			X	X			d														
	Proveis	X		X	X	Pa		d				X										
	St. Pankraz	X			X	Pa		d														
	St. Felix	X	X	X	X			d														
	Tisens				X	a																
	Ulten	X	X	X	X	Pa		d														
Meran-Umgebung	Meran	X		X	X	a	Go	Dd	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	Algund			X	X																	
	Marling			X	X																	
	Riffian			X	X	a																
	Schenna			X	X																	
	Dorf Tirol			X	X																	
	Vöran			X	X	a																
Passeiertal	St. Leonhard	X	X	X	X	Pa	Go	d	X	X	X	X	X			X						
	Moos			X	X	Pa		d	X						X							
	St. Martin			X	X	Pa		d	X													

(*) P=Kinderarzt; a=Sanitätsassistentin; (**) G=Gynäkologe; o=Hebamme

(***) D=Ernährungsberater; d=Diätberater

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 5: In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Brixen angebotene Leistungen - Jahr 2004

		In den Sprengeln angebotene Leistungen										
		Verwaltung	Entnahmen	Ambulante Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Berat.Stelle (*)	Berat.st. Geburtsh./Gynäk. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Zahnärztliches Amb.	Psychiatrie	Psychologie
Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen											
Wipptal	Sterzing	X		X	X	Pa		d				X
	Brenner				X							
	Freienfeld				X							
	Gossensass			X	X	a						
	Franzensfeste			X	X							
	Ratschings				X							
	Pfitsch				X							
Brixen-Umgebung	Brixen	X		X	X	a		d				
	Lüsen			X	X	a						
	Natz-Schabs				X							
	Mühlbach	X	X	X	X	a		d				
	Rodeneck				X							
	St. Andrä			X	X	a						
	Vintl			X	X	a						
	Vahrn			X	X							
Klausen-Umgebung	Klausen	X	X	X	X	Pa	Go	d		X	X	X
	Barbian			X	X							
	Villnöss			X	X							
	Gufidaun			X	X							
	Laien			X	X	a			X			
	Latzfons			X	X				X			
	Waidbruck				X							
	Feldthruns				X	a						
	Villanders			X	X							

(*) P=Kinderarzt; a=Sanitätsassistentin;

(**) G=Gynäkologe; o=Hebamme

(***) D=Ernährungsberater; d=Diätberater

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen

Tabelle 6: In den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bruneck angebotene Leistungen - Jahr 2004

		In den Sprengeln angebotene Leistungen											
		Verwaltung	Entnahmen	Amb. Krankenpflege	Hauskrankenpflege	Kinderärztl. Ber.Stelle (*)	Ber.Stelle Gebh./Gyn. (**)	Diät und Ernährung (***)	Rehabilitation	Logopädie	Psychologie	Ergotherapie	Tierärztlicher Dienst
Sprengel	Gemeinden oder Fraktionen												
Taufers-Ahrntal	Sand in Taufers	X	X	X	X	a	G	d	X	X	X	X	X
	Ahornach			X	X								
	Steinhaus			X	X								
	Lappach			X	X								
	Luttach			X	X								
	Mühlen in Taufers			X	X								
	Prettau			X	X								
	Weißbach			X	X								
	Rein in Taufers			X	X								
	St. Johan			X	X								
	St. Peter			X	X								
	Mühlwald			X	X								
Bruneck-Umgebung	Bruneck	X		X	X	a		d					X
	Antholz Mittertal			X	X								
	Antholz Niedertal			X	X								
	Ehrenburg			X	X								
	Kiens			X	X	a							
	Pfalzen			X	X	a							
	Gais			X	X								
	Percha			X	X								
	Niederrasen			X	X	a							
	Reischach			X	X								
	St. Georgen			X	X								
	St. Lorenzen			X	X								
	Furkel			X	X								
	Terenten			X	X								
	Mitterolang		X	X	X	a							
	Niederolang			X	X								
	Uttenheim			X	X								
Hochpustertal	Innichen	X		X	X	a		d					
	Prags			X	X								
	Pichl/Gsies			X	X								
	Toblach			X	X	a							
	Welsberg			X	X	Pa							
	St. Magdalena/Gsies			X	X								
	St. Martin/Gsies			X	X								
	Sexten			X	X	a							
	Taisten			X	X								
	Niederdorf			X	X	a							
Gadertal	St. Martin in Thurn	X	X	X	X	Pa	G	d	X	X	X	X	X
	Untermoj			X	X								
	Corvara			X	X								
	Wengen			X	X								
	Kampill			X	X								
	Pedratsches		X	X	X								
	St. Kassian			X	X								
	St. Leonhard					a							
	St. Vigil			X	X								

(*) P=Kinderarzt; a=Sanitätsassistentin;

(**) G=Gynäkologie; o=Hebamme; (***) D=Ernährungsberater; d=Diätberater

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

ALLGEMEINE DATENÜBERSICHT

Im Jahr 2004 zählte der Landesgesundheitsdienst 468.906 Versorgungsberechtigte, 89,3% davon wurden von den Allgemeinmedizineren versorgt. Insgesamt waren 249 Allgemeinmediziner und 51 Kinderärzte tätig. Die verschiedenartigen territorialen Bedingungen ergeben eine unterschiedliche durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt. In Bezug auf das optimale Verhältnis von 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner ergibt sich ein Mangel an Allgemeinmedizineren vor allem in den Sprengeln Bozen, Leifers-Branzoll-Pfatten und Wipptal. Nur in 15 Sprengeln ist ein Kinderarzt freier Wahl tätig.

Die Grundversorgung der Versorgungsberechtigten durch den Arzt wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr und von 8.00 bis 10.00 Uhr an den Vorfeiertagen unter der Woche gewährleistet. Die Versorgung für die nächtlichen Notfälle, die Notfälle an Feiertagen und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeiten als den oben angegebenen auf verschiedene Art gesichert.

Der saisonbedingte Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen wird nur im Sanitätsbetrieb Bozen und Bruneck eingesetzt; im Sanitätsbetrieb Brixen wird die Versorgung der Touristen durch den normalen Bereitschaftsdienst unter der Woche und an den Wochenenden von den Allgemeinmedizineren der einzelnen Sprengel gewährleistet.

2.1.1. Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl

DIE WAHL DES BASISARZTES

Zum 31. Dezember 2004 zählte der Landesgesundheitsdienst 468.906 Versorgungsberechtigte; davon wurden ungefähr 418.000 von Allgemeinmedizineren und weitere 50.000 von Kinderärzten freier Wahl versorgt. Die Zahl der Versorgungsberechtigten im Alter von unter 14 Jahren belief sich auf 68.999, 67,8% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Tabelle 7: Wahl der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Wahlen zugunsten von:	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Allgemeinmediziner	187.117	107.800	59.088	64.630	418.635
Kinderärzte freier Wahl	21.818	14.121	7.595	6.737	50.271
WAHLEN INSGESAMT	208.935	121.921	66.683	71.367	468.906

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 8: Versorgungsberechtigte der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl nach Altersklasse und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

	Allgemeinmediziner		Kinderärzte freier Wahl		Versorgungsberechtigte		Insgesamt
	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	0-13	≥ 14	
Bozen	8.869	178.248	20.015	1.803	28.884	180.051	208.935
Meran	4.802	102.998	13.229	892	18.031	103.890	121.921
Brixen	3.252	55.836	7.198	397	10.450	56.233	66.683
Bruneck	5.326	59.304	6.308	429	11.634	59.733	71.367
PROVINZ	22.249	396.386	46.750	3.521	68.999	399.907	468.906

Quelle: Sanitätsbetriebe

Zum 31. Dezember 2004 waren insgesamt 300 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 249 Allgemeinmediziner und 51 Kinderärzte freier Wahl. Das Verhältnis zwischen der Anzahl der getroffenen Wahlen und der Anzahl der Ärzte ergibt für Südtirol einen durchschnittlichen Wert von 1.681 Versorgungsberechtigten pro Allgemeinmediziner und von 986 pro Kinderarzt freier Wahl.

Tabelle 9: Durchschnittliche Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl - Stand zum 31.12.2004

Sprengel/Betriebe	Allgemeinmediziner			Kinderärzte freier Wahl		
	Ärzte	Wahlen	Durch. Belast.	Kinderärzte	Wahlen	Durch. Belast.
Gröden	5	10.140	2.028	-	-	-
Eggental-Schlern	10	17.449	1.745	-	-	-
Salten-Sarnthal-Ritten	10	16.523	1.652	1	453	453
Überetsch	13	22.009	1.693	4	4.317	1.079
Leifers-Branzoll-Pfatten	8	15.635	1.954	3	2.919	973
Unterland	13	20.214	1.555	3	2.391	797
Bozen	52	85.147	1.637	11	11.738	1.067
SB Bozen	111	187.117	1.686	22	21.818	992
Oberer Vinschgau	8	14.229	1.779	1	1.116	1.116
Mittlerer Vinschgau	8	14.828	1.854	2	2.555	1.278
Naturns-Umgebung	5	9.066	1.813	1	1.177	1.177
Lana-Umgebung	12	19.435	1.620	2	2.442	1.221
Meran-Umgebung	28	41.761	1.491	7	6.831	976
Passeiertal	4	8.481	2.120	-	-	-
SB Meran	65	107.800	1.658	13	14.121	1.086
Wipptal	8	15.996	2.000	1	1.195	1.195
Brixen-Umgebung	19	29.714	1.564	5	4.450	890
Klausen-Umgebung	7	13.378	1.911	3	1.950	650
SB Brixen	34	59.088	1.738	9	7.595	844
Taufers-Ahrntal	6	11.421	1.904	1	1.145	1.145
Bruneck-Umgebung	19	28.482	1.499	6	5.592	932
Hochpustertal	7	14.612	2.087	-	-	-
Gadertal	7	10.115	1.445	-	-	-
SB Bruneck	39	64.630	1.657	7	6.737	962
PROVINZ	249	418.635	1.681	51	50.271	986

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die unterschiedliche Verteilung der Basisärzte auf die Sanitätsbetriebe und einzelnen Gesundheitssprengel sowie die territorialen Bedingungen ergeben eine unterschiedliche durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt. Nur in 15 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig.

DURCHSCHNITTliche
PATIENTENBELASTUNG
PRO BASISARZT

Tabelle 10: Allgemeinmediziner, Bevölkerung im Alter von über 14 Jahren, Verhältnis Einwohner/Ärzte, geschätzter Bedarf an zusätzlichen Ärzten pro Sprengel - Stand zum 31.12.2004

Sprengel/Betriebe	Ärzte	Einwohner > 14	Einwohner pro Arzt	Geschätzter Bedarf
Grödental	5	7.153	1.431	
Eggental-Schlern	10	15.294	1.529	0,2
Salten-Sarntal-Ritten	10	14.481	1.448	
Überetsch	13	22.001	1.692	1,7
Leifers-Branzoll-Pfatten	8	15.621	1.953	2,4
Unterland	13	18.756	1.443	
Bozen	52	84.794	1.631	4,5
SB Bozen	111	178.100	1.605	
Oberer Vinschgau	8	12.691	1.586	0,5
Mittlerer Vinschgau	8	14.468	1.809	1,6
Naturns-Umgebung	5	8.523	1.705	0,7
Lana-Umgebung	12	18.383	1.532	0,3
Meran-Umgebung	28	42.169	1.506	0,1
Passeiertal	4	6.859	1.715	0,6
SB Meran	65	103.093	1.586	
Wipptal	8	15.021	1.878	2,0
Brixen-Umgebung	19	27.655	1.456	
Klausen-Umgebung	7	12.726	1.818	1,5
SB Brixen	34	55.402	1.629	
Taufers-Ahrntal	6	10.206	1.701	0,8
Bruneck-Umgebung	19	27.838	1.465	
Hochpustertal	7	12.263	1.752	1,2
Gadertal	7	8.155	1.165	
SB Bruneck	39	58.462	1.499	
PROVINZ	249	395.057	1.587	

Quelle: Sanitätsbetriebe

BEDARF AN ALLGEMEINMEDIZINERN

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

Der Vergleich zwischen dem tatsächlichen und optimalen Verhältnis gibt Aufschluss über den Mangel an Allgemeinmediziner. Auf diese Weise schätzt man beispielsweise einen zusätzlichen Bedarf an 4,5 Allgemeinmediziner im Sprengel Bozen, an 2,4 im Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten, an 2,0 im Sprengel Wipptal, an 1,7 im Sprengel Überetsch und an 1,6 im Sprengel Mittlerer Vinschgau. Dabei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei dieser Schätzung die unterschiedlichen territorialen Bedingungen einiger Sprengel nicht berücksichtigt wurden, und auch nicht der Umstand, dass von der Gesamtanzahl der Versorgungsberechtigten die Patienten der Altersheime ausgeschlossen sind; auch die Möglichkeit, bis zum 16. Lebensjahr vom Kinderarzt betreut zu werden, wurde nicht miteinbezogen. Deshalb sind diese Angaben nur richtungsweisend und überschätzen manchmal den effektiven Mangel an Allgemeinmediziner.

Abbildung 1: **Allgemeinmediziner nach Anzahl der Versorgungsberechtigten Provinz Bozen – Stand zum 31/12/2004**

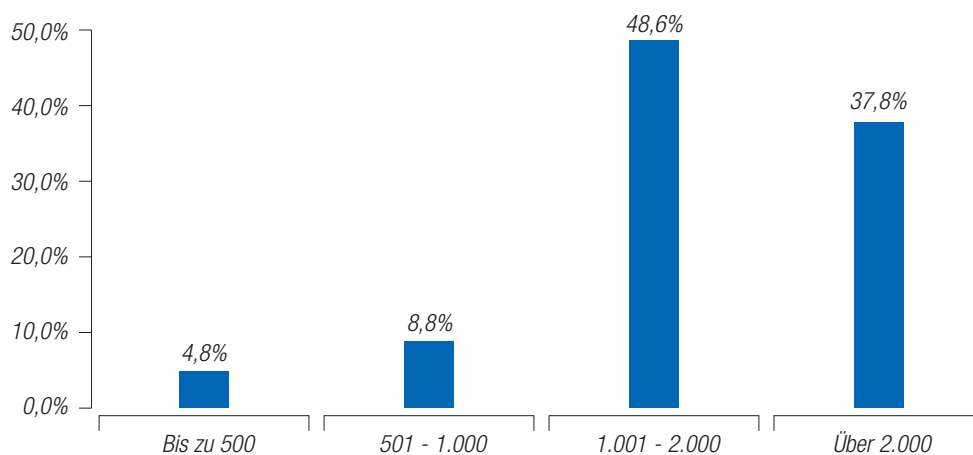


Abbildung 2: **Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten Provinz Bozen – Stand zum 31/12/2004**

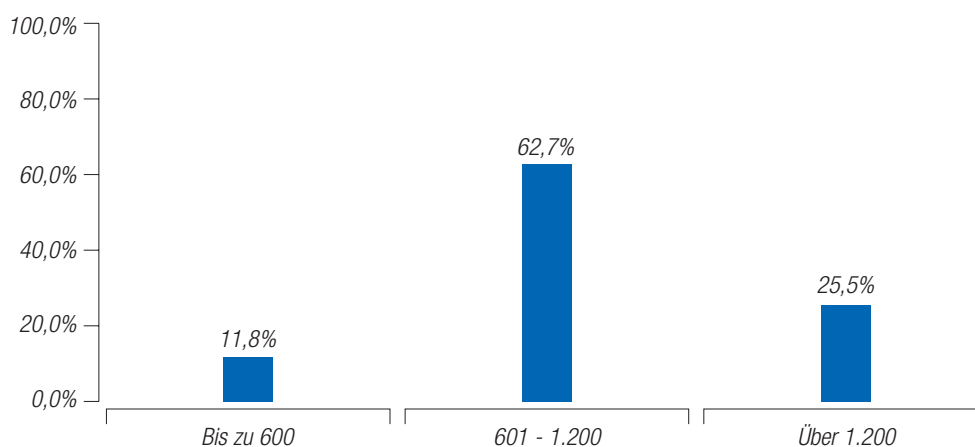


Tabelle 11: **Allgemeinmediziner nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Sanitätsbetrieb – Stand zum 31.12.2004**

Patientengruppen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Fino a 500	2	3	4	3	12
501 – 1.000	10	6	1	5	22
1.001 – 2.000	61	34	12	14	121
Oltre 2.000 scelte	38	22	17	17	94
ALLGEMEINMEDIZINER INSGESAMT	111	65	34	39	249

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 12: **Kinderärzte freier Wahl nach Anzahl der Versorgungsberechtigten und Sanitätsbetrieb – Stand zum 31.12.2004**

Patientengruppen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Bis zu 600	3	1	1	1	6
601 – 1.200	14	5	8	5	32
Über 1.200	5	7	0	1	13
KINDERÄRZTE FREIER WAHL INSGESAMT	22	13	9	7	51

Quelle: Sanitätsbetriebe

PATIENTENHÖCHSTZAHL

WÖCHENTLICHE
ÖFFNUNGSZEITEN DER
AMBULATORIEN

Zum 31. Dezember 2004 überschritten 37,8% der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Versorgungsberechtigten.

Die vorgesehene Höchstschwelle für die Kinderärzte freier Wahl beträgt 1.200; die Schwelle wurde Ende 2004 von 25,5% der Kinderärzte überschritten.

Die Öffnungszeiten der Ambulatorien (Stunden am Tag und Tage in der Woche) sind ein wichtiger Indikator des Zugangs zu den Diensten für Allgemeinmedizin und Pädiatrie freier Wahl; der Zugang muss den Patienten also durch angemessene Öffnungszeiten erleichtert werden: durchschnittlich waren in der Provinz im Jahr 2004 die Ambulatorien der Allgemeinmediziner für 17 Stunden und 26 Minuten pro Woche geöffnet. Der Sanitätsbetrieb Brixen bot die durchschnittlich längste Öffnungszeit mit 18 Stunden und 18 Minuten an; im Sanitätsbetrieb Bozen reduzierte sich die Öffnungszeit auf 16 Stunden und 50 Minuten pro Woche.

2004 hielten 112 Allgemeinmediziner (45,0%) auch nach 18.00 Uhr geöffnet, nur 2 Ärzte waren auch Samstag vormittags im Ambulatorium tätig; 44 Ärzte boten mehr als 20 Stunden Öffnungszeit pro Woche an.

Die wöchentlichen Öffnungszeiten der Ambulatorien der Kinderärzte freier Wahl liegen deutlich unter denen der Allgemeinmediziner: im Durchschnitt 15 Stunden und 32 Minuten. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass der geltende Landesvertrag der Kinderärzte freier Wahl und Allgemeinmediziner eine zur Anzahl der Versorgungsberechtigten proportionale Öffnungszeit vorsieht.

2004 gewährte nur ein Kinderarzt freier Wahl eine Öffnungszeit von über 20 Stunden pro Woche, während 8 Kinderärzte das Ambulatorium auch nach 18.00 Uhr geöffnet hatten.

Abbildung 3: Durchschnittliche wöchentliche Öffnungsstunden und -minuten pro Allgemeinmediziner – Jahr 2004

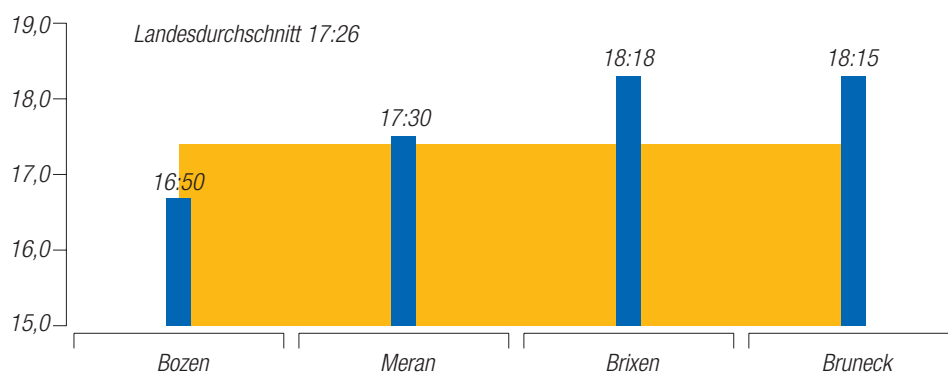
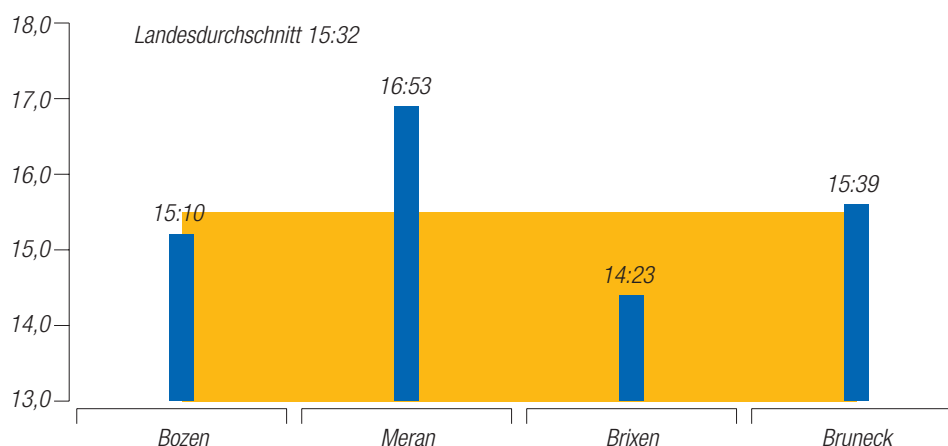


Abbildung 4: Durchschnittliche wöchentliche Öffnungsstunden und -minuten pro Kinderarzt freier Wahl – Jahr 2004



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

Tabelle 13: Von den Allgemeinmedizinern zusätzlich erbrachte Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Nachfolgende Wundbehandlungen	8.661	5.926	3.300	2.274	20.161
Entfernen eines Zeruminalpfropfs	5.969	5.069	2.364	2.704	16.106
Erste Wundbehandlung	5.087	4.514	3.168	1.227	13.996
Impfungen, d. keine Pflichtimpfungen sind	-	5.501	2.483	1.851	9.835
Ziehen der Fäden	2.690	1.948	1.380	1.327	7.345
Infusionszyklen	1.337	2.249	1.752	276	5.614
Behandlungszyklus mit endovenösen Spritzen	917	315	216	836	2.284
Gammaglobulin-Spritzen oder Tetanusspritzen	655	1.001	276	47	1.979
Nähen	961	270	228	241	1.700
Untersuchungen von Ausländern	369	264	137	355	1.125
Endovenöse Spritzen	440	56	528	82	1.106
Blasenkatheterisierung bei Männern	160	167	36	118	481
Entfernen von Fremdkörpern aus dem Auge	147	128	24	114	413
Infusion	153	156	-	16	325
Subkutanspritzen zur Desensibilisierung	15	36	-	31	82
Blasenkatheterisierung bei Frauen	16	19	36	-	71
Sonstiges	21	21	3	8	53
INSGESAMT	27.598	27.640	15.931	11.507	82.676

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 14: Von den Kinderärzten freier Wahl zusätzlich erbrachte Leistungen mit variabler Vergütung nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Impfungen	219	-	2.868	2.660	5.747
Gesundheitschecks	11.798	6.886	4.980	3.155	26.819
Pharynxtamponade für schnellen Streptokokkentest	975	784	492	612	2.863
Harnuntersuchung mit Analysator und gedrucktem Bericht	92	80	456	780	1.408
EKG, nach Sprengel	222	551	-	83	856
Nachfolgende Wundbehandlungen	221	154	108	54	537
Erste Wundbehandlung	270	128	24	61	483
Ziehen der Fäden und Wundbehandlung	165	178	60	39	442
Amblyopie	-	-	348	43	391
Entfernung von Warzen	130	77	-	55	262
Prick-Test	66	-	36	26	128
Geschlossene Reposition von Phimose und Paraphimose	-	118	-	4	122
Spirometrie	77	-	12	17	106
Durchschneidung d. Verwachsung d. kleinen Schamlippen	46	15	-	4	65
EKG	8	-	-	49	57
Scotch-Test auf Oxyuren	52	1	-	-	53
Untersuchungen von Ausländern	-	3	6	23	32
Nähen einer Oberflächenwunde	16	-	-	3	19
Sonstiges	25	44	-	13	82
INSGESAMT	14.382	9.019	9.390	7.681	40.472

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.1.2. Der Dienst für Versorgungskontinuität

Die Versorgung seitens des Arztes für Grundversorgung der eigenen Versorgungsberechtigten wird von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr und von 8.00 bis 10.00 Uhr an den Vorfeiertagen unter der Woche gewährleistet. Die Versorgungskontinuität für die nächtlichen Notfälle, die Notfälle an Feier- und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeiten als den oben angegebenen auf verschiedene Art garantiert.

Der aktive Dienst mit Einsatzzentrale wurde in den Sprengeln Bozen, Leifers-Branzoll-Pfatten und Überetsch sowie in den Gemeinden Mölten, Jenesien und Tiers sowie in der Fraktion Kardaun (Gemeinde Karneid) eingerichtet. Der Dienst deckt rund 70% der Bevölkerung des Sanitätsbetriebs Bozen. Der aktive Bereitschaftsdienst sieht zwei Ärzte in den Nachtturndiensten (von 20.00 bis 8.00 Uhr) von Montag bis Freitag, drei Ärzte in den Nachtturndiensten am Wochenende und vier Ärzte untertags (von 8.00 bis 20.00 Uhr) samstags, sonntags, feiertags und vorfeiertags unter der Woche vor. Für ärztliche Einsätze, die im Ambulatorium stattfinden können, richtete der Sanitätsbetrieb Bozen im Jahr 2003 an den Sitzen Eppan und Leifers der Sprengel Überetsch und Leifers-Branzoll-Pfatten zwei Ambulatorien mit ärztlichem Bereitschaftsdienst ein: in diesen Ortschaften kommt die ambulatorische Tätigkeit der Ärzte zu den Hausbesuchen hinzu. Im Jahr 2004 erbrachten die Ärzte des aktiven Bereitschaftsdienstes 12.180 ärztliche Leistungen, 3.633 davon waren Hausbesuche, 1.379 ambulatorische Visiten (an den Sitzen Eppan und Leifers) und 7.168 telefonische Beratungen.

In den nicht vom aktiven ärztlichen Bereitschaftsdienst abgedeckten Gemeinden wird der ärztliche Bereitschaftsdienst für Feier- und Vorfeiertage vom Sanitätsbetrieb selbst organisiert und turnusmäßig von den Allgemeinmediziner*innen übernommen; der ärztliche Bereitschaftsdienst während der Nacht wird dagegen von jedem Arzt für seine eigenen Patienten oder in Form ärztlicher Zusammenschlüsse organisiert. In beiden Fällen garantieren die diensthabenden Ärzte den Bereitschaftsdienst in Form der Erreichbarkeit zuhause. Um die Deckung des übrigen Landesgebietes im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes an Feier- und Vorfeiertagen und in der Nacht zu optimieren, sind die größeren Sprengel in Landesteile aufgegliedert, in denen die Bereitschaft von mindestens einem Arzt pro Turnus 48 Stunden lang gesichert wird. Die Organisation der Bereitschaftsdienste nach territorialen Bereichen berücksichtigt nicht nur die Anzahl der Versorgungsberechtigten, sondern auch die Morphologie des Territoriums, denn Berge und Täler verlängern manchmal ganz erheblich die Einsatzzeiten in Notfällen. In keinem der Sanitätsbetriebe gibt es ein Verfahren zur Erhebung der während der Erreichbarkeit zuhause erbrachten Leistungen.

Die Versorgungskontinuität durch die Kinderärzte wird in der Stadt Bozen am Samstag und Sonntag Nachmittag und in Brixen am Samstag Nachmittag von 14.00-17.00 Uhr (von Oktober bis Mai) mit einem Kinderarzt freier Wahl in der Kinderärztlichen Beratungsstelle gewährleistet.

In Meran wird der Dienst sonntags im Krankenhaus angeboten. Außerhalb der Städte sichern viele Kinderärzte einzeln oder in Form von Zusammenschlüssen die Versorgungskontinuität während der Nacht unter der Woche. In Bruneck garantieren die Kinderärzte die Versorgungskontinuität während der Nacht unter der Woche.

2.1.3. Der touristische Bereitschaftsdienst

Der saisonbedingte Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen wird nur in einigen Landesteilen folgender Sprengel eingesetzt: Grödental, Eggental-Schlern und Gadertal. Im Sanitätsbetrieb Brixen können alle Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl auf Anfrage der Touristen Dienst leisten. Die Dauer der „Fremdenverkehrssaison“ wird von den einzelnen Sanitätsbetrieben festgelegt; deshalb weichen die Öffnungszeiten der Ambulatorien leicht voneinander ab. Im Jahr 2004 gab es im Sanitätsbetrieb Bozen 3 Dienststellen für Touristen mit Bereitschaftsdienst, die unter der Woche, samstags, sonntags und feiertags während bestimmter Zeiten geöffnet waren.

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

**DIE VERSORGUNGS-
KONTINUITÄT SEITENS
DER KINDERÄRZTE**

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

Tabelle 15: Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2003/2004 im Sanitätsbetrieb Bozen (untertags und in der Nacht)

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Zusätzliche Leistungen	Durch. Ein- sätze pro Tag
St. Ulrich	2.640	359	179	12	11,2
Wolkenstein		673		20	
Kastelruth	2.280	585	179	11	8,1
Welschnofen/Deutschnofen	2.640	404	172	8	5,3
INSGESAMT	7.560	2.021	530	51	*23,4

* Dabei wurden 111 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Die Wintersaison in der Gemeinde Kastelruth (vom 24. Dezember 2003 bis 28. März 2004) wurde 96 Tage lang gedeckt; die Sommersaison (vom 1. Juli bis 10. Oktober 2004) hingegen 102 Tage. In den restlichen Gemeinden, die den saisonalen Dienst für die medizinische Versorgung der Touristen gewährleisteten, wurde die Wintersaison (vom 24. Dezember 2003 bis zum 12. April 2004) 111 Tage gedeckt, die Sommersaison (vom 1. Juli bis 30. September 2004) 92 Tage.

Tabelle 16: Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Sommer 2004 im Sanitätsbetrieb Bozen

Gemeinde	Öffnungs- stunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Zusätzliche Leistungen	Durch. Ein- sätze pro Tag
St. Ulrich	2.208	282	125	8	10,8
Wolkenstein		560		18	
Kastelruth	2.448	684	123	21	8,1
Welschnofen/Deutschnofen	2.208	350	96	9	4,9
INSGESAMT	6.864	1.876	344	56	*24,7

* Dabei wurden 92 Öffnungstage des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung berücksichtigt Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Im Sanitätsbetrieb Meran wurde im Jahr 2004 der touristische Bereitschaftsdienst nicht angeboten. Im Sanitätsbetrieb Brixen wird der Dienst von den Allgemeinmedizinerinnen der einzelnen Gesundheitssprengel im Rahmen ihrer normalen Erreichbarkeit unter der Woche und am Wochenende geleistet.

Im Sprengel Gadertal wurden 2 Dienststellen für den Winter und für den Sommer eingerichtet, die von Montag bis Freitag geöffnet waren. In der Wintersaison (vom 27. Dezember 2003 bis zum 31. März 2004) wurden 66 Tage gedeckt, in der Sommersaison (vom 1. Juli bis zum 15. September 2004) 55 Tage.

Tabelle 17: Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Winter 2003/2004 im Sanitätsbetrieb Bruneck (nur tagsüber)

Gemeinde	Öffnungsstunden	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Durch. Einsätze pro Tag*
Zwischenwasser und St. Martin in Thurn	560,0	285	50	5,1
Wengen, Abtei und Corvara	785,5	234	50	4,3
INSGESAMT	1.345,5	519	100	9,4

* Ausgenommen die zusätzlichen Leistungen

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

Tabelle 18: Tätigkeit und Leistungen seitens des saisonbedingten Dienstes für die medizinische Versorgung der Touristen im Sommer 2004 im Sanitätsbetrieb Bruneck (nur tagsüber)

Gemeinde	Öffnungszeiten	Ambulator. Visiten	Hausbesuche	Durch. Einsätze pro Tag*
Zwischenwasser und St. Martin in Thurn	570,0	73	3	1,4
Wengen, Abtei und Corvara	685,0	310	7	5,8
INSGESAMT	1.228,0	383	10	7,1

* Ausgenommen die zusätzlichen Leistungen

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.2. AMBULATORISCHE TERRITORIALE VERSORGUNG UND HAUSKRANKENPFLEGE

Zum 31.12.2004 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf einen Hauspflegebeitrag auf Landesebene 3.650; für diesen Dienst wurden im Jahr 2004 17.893.138,65 Euro ausgegeben.

Im Jahr 2004 wurden in der Programmierten Hauspflege von den Diensten für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe 2.043 Patienten versorgt, in der Integrierten Hauspflege 192.

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der am meisten verbreitete Dienst auf Sprengel Ebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulatorische Leistungen als auch Leistungen zu Hause des Patienten. Im Jahr 2004 wurden den Patienten 644.494 Krankenpflegeleistungen erbracht.

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln der Autonomen Provinz Bozen, Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in 15 von 20 Sprengeln.

Über die Hauskrankenpflege führen die Mitarbeiter des Gesundheitswesens medizinische Maßnahmen zu Hause durch, mit dem vorrangigen Ziel, missbräuchliche Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und den Verlust der Selbstständigkeit der gefährdeten Personen so lange wie möglich hinauszuschieben. Der Hausbesuch bietet nämlich eine vollständigere Analyse der Situation des Versorgungsberechtigten sowie die Möglichkeit, den Familien nicht nur therapeutische, sondern auch präventive Anweisungen zu geben.

Der Landeskollektivvertrag, der die Vereinbarungen mit den Allgemeinmedizinern enthält, sieht zwei Arten von Hauspflegedienst vor: die programmierte Hauspflege (PHP), die für Patienten bestimmt ist, die sich zu Hause und in geschützten Heimen nicht mehr fortbewegen können (keine Pflegefälle), und die integrierte Hauspflege (IHP).

DATENÜBERSICHT

ZIELE DER HAUSKRANKENPFLEGE

HAUSPFLEGEBEITRAG

Das Landesgesetz Nr. 33, Artikel 21 „Hauspflegedienst“ vom 18. August 1988 und nachfolgende Änderungen sieht die Auszahlung eines Tagesbeitrags durch einen Fonds des Landesgesundheitsdienstes an die Personen vor (Familienangehörige oder Lebensgefährten), welche zu Hause einen schweren Pflegefall betreuen. Der Beitrag hat das Ziel, die Hauspflege von Pflegefällen zu fördern, und stellt eine Alternative zum Krankenhausaufenthalt dar.

Die Auszahlung dieses Beitrags setzt eine Bewertung der Hauspflege der Person voraus, wobei der Grad des Pflegefalls und die Angemessenheit der geleisteten Versorgung erfasst werden. Zum 31.12.2004 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten auf Landesebene 3.650; für diesen Dienst wurden im Jahr 2004 17.893.138,65 Euro ausgegeben.

Tabelle 19: **Tätigkeiten in Bezug auf die Anfrage um Hauspflegebeiträge für die Versorgung von Pflegefällen seitens des Dienstes für Basismedizin - Jahr 2004**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Provinz</i>
<i>Im Jahr 2004 gestellten Anträge</i>	991	427	324	174	1.916
<i>Im Jahr 2004 angenommene Anträge</i>	657	310	261	133	1.361
<i>Prozentsatz der angenommenen Anträgen</i>	66,3%	72,6%	80,6%	76,4%	71,0%
<i>Rekurse</i>	534	326	174	127	1.161
AUSGEZAHLTE BEITRÄGE					
INSGESAMT	9.329.045,19	4.975.433,21	1.916.514,23	1.672.146,02	17.893.138,65
PERSONEN ZUM 31.12.04					
INSGESAMT	2.009	1.002	318	321	3.650

Quelle: Sanitätsbetriebe

**PROGRAMMIERTE
HAUSPFLEGE (PHP)**

2.2.1. Die Programmierete Hauspflege (PHP)

Die PHP wird dann nötig, wenn die Patienten nicht mehr gehfähig sind, nicht mehr transportiert werden können bzw. wenn sie an besonders entkräftigenden Krankheiten leiden. Der Pflegefall kann entweder durch die Gesundheits- oder Sozialdienste oder durch die Familie bzw. durch den Vertrauensarzt gemeldet werden. Letzterer muss einen begründeten Pflegeantrag an den Leiter des Dienstes für Basismedizin abfassen, in dem er die Anzahl der programmierten Hausbesuche, die medizinischen Versorgungsbedürfnisse und die eventuellen Personalerfordernisse anführt. Das Pflegeprogramm wird kurzfristig innerhalb von 15 Tagen ab Meldung eingeleitet. Der größte Teil der Genehmigungen wird für ein Jahr ausgestellt.

Der Basisarzt - der oft den Patient allein versorgt - wird gegebenenfalls von einem Krankenpfleger unterstützt.

Tabelle 20: : Datenüberblick über die Programmierte Hauspflege in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anzahl der PHP-Patienten	1.197	465	286	95	2.043
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für PHP-Einsätze bezahlt wurden	65	39	23	11	138
Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten PHP-Patient	1,0	2,6	1,5	1,3	1,4
INSGESAMT FÜR DIE PHP-V ERGÜTUNG GEZAHLTER BETRAG IN EURO	291.495,88	264.513,36	46.981,00	23.064,45	626.054,69

Quelle: Sanitätsbetriebe

Im Jahr 2004 wurden in der PHP von den Diensten für Basismedizin der vier Sanitätsbetriebe 2.043 Patienten versorgt. Jeder der beteiligten Ärzte (55,4% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 14,8 Patienten; dafür erhielt er im Laufe des Jahres 4.536,63 Euro, d.h. 306,44 Euro pro Patient.

76,4% der versorgten Patienten der Sanitätsbetriebe sind über 75 Jahre alt. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern beträgt fast 2 Frauen pro Mann (1,9): die höhere Lebenserwartung der Frauen bringt auch eine häufigere Inanspruchnahme der Programmierter Hauspflege in den höheren Altersklassen mit sich.

Tabelle 21: Verteilung der PHP-Patienten nach Alter und Geschlecht in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2004

	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck			Provinz		
	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.
Bis zu 64 Jahre	56	42	98	30	20	50	3	6	9	3	1	4	92	69	161
65-74	87	84	171	19	26	45	40	54	94	8	4	12	154	168	322
75-84	156	312	468	54	113	167	57	91	148	14	20	34	281	536	817
85 und älter	119	341	460	49	154	203	10	25	35	10	35	45	188	555	743
INSGESAMT	418	779	1.197	152	313	465	110	176	286	35	60	95	715	1.328	2.043

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Programmierte Hauspflege wird vorwiegend für Krankheiten des Kreislaufsystems praktiziert. Im Sanitätsbetrieb Brixen machten im Jahr 2004 die Patienten mit dieser Krankheit 66,1% aller Patienten aus, die Patienten im Sanitätsbetrieb Meran 47,5%. Von Krankheiten der Muskeln und Knochen sind auf Landesebene 15,0% der PHP-Patienten betroffen, was auch die Lage der einzelnen Sanitätsbetriebe widerspiegelt.

PHP-PATIENTEN NACH
ALTER UND GESCHLECHTPHP-PATIENTEN NACH
HAUPTZUSTAND

Tabelle 22: PHP-Patienten nach Zustand und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Absolute Werte					
Krankheiten des Kreislaufsystems	658	221	189	48	1.116
Krankheiten der Muskeln und Knochen (Arthrose, Arthritis, etc.)	175	66	49	17	307
Neoplasien (einschließlich der Todkranken im Endstadium)	65	47	19	6	137
Neurologische Krankheiten (Parkinson, multiple Sklerose, etc)	113	-	-	8	121
Krankheiten der Atemwege	60	38	13	6	117
Psychotische Störungen	87	-	-	3	90
Sonstige/r Krankheit/Zustand	39	93	16	7	155
INSGESAMT	1.197	465	286	95	2.043
Prozentwerte					
Krankheiten des Kreislaufsystems	55,0	47,5	66,1	50,5	54,6
Krankheiten der Muskeln und Knochen (Arthrose, Arthritis, etc.)	14,6	14,2	17,1	17,9	15,0
Neoplasien (einschließlich der Todkranken im Endstadium)	5,4	10,1	6,6	6,3	6,7
Neurologische Krankheiten (Parkinson, multiple Sklerose, etc)	9,4	-	-	8,4	5,9
Krankheiten der Atemwege	5,0	8,2	4,5	6,3	5,7
Psychotische Störungen	7,3	-	-	3,2	4,4
Sonstige/r Krankheit/Zustand	3,3	20,0	5,6	7,4	7,6
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.2.2. Die Integrierte Hauspflege (IHP)

In besonders komplexen sozialmedizinischen Fällen, die den Einsatz mehrerer Berufsbilder erfordern, wird hingegen die integrierte Hauspflege angeboten. Das Pflgeteam, dessen Zusammensetzung sich nach den besonderen Erfordernissen des Patienten richtet, ist ein multidisziplinäres Team, in dem Krankenpfleger, Sozialassistenten, Altenpfleger, Fachärzte, Physiotherapeuten, Diätberater etc. vertreten sein können. Der Basisarzt übernimmt die Koordinierung der von den Fachkräften geleisteten Tätigkeiten und ist Hauptansprechpartner. Die IHP als Ersatz des Krankenhausaufenthaltes richtet sich häufig an Todkranke im Endstadium oder an Patienten, die eine begleitete Entlassung aus Krankenanstalten benötigen.

Der Pflegeantrag kann vom Basisarzt, von den Sozialdiensten, den Familienangehörigen des Patienten oder vom Leiter der Krankenhausabteilung bei der Entlassung gestellt werden. Innerhalb von 48 Stunden nach der Meldung ermächtigt der Leiter des Dienstes für Basismedizin den Vertrauensarzt des Patienten, die Integrierte Hauskrankenpflege einzuleiten.

Im Jahr 2004 wurden im Rahmen der IHP von den Diensten der Basismedizin der Sanitätsbetriebe insgesamt 192 Patienten versorgt.

Im Vergleich zur Programmierten Hauspflege sind von der Integrierten Hauspflege weniger Patienten und auch weniger Allgemeinmediziner betroffen; anderer-

seits ist die IHP erheblich aufwendiger, sowohl was die Anzahl der Einsätze als auch die finanziellen Ausgaben seitens des Landesgesundheitsdienstes betrifft. 26,1% der Allgemeinmediziner der Provinz Bozen wurden 2004 in Programme der Integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient 7,6 Einsätze im Monat mit Unterstützung seitens verschiedener Berufsbilder geleistet. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass zwischen den Sanitätsbetrieben die Daten diesbezüglich stark variieren, was auf die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse der Patienten zurückzuführen ist: in Meran wurden durchschnittlich 20,4 Einsätze pro Patient und Monat verzeichnet, in Brixen 3, in Bozen 3,8 und in Bruneck 5,1.

Jeder der betroffenen Ärzte versorgte durchschnittlich 3,0 Patienten, für die jeweils (für die Entlohnung der Allgemeinmediziner, die im Laufe des Jahres die Einsätze leisteten) 1.026,94 Euro ausgegeben wurden.

Tabelle 23: **Datenüberblick über die Integrierte Hauspflege in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2004**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anzahl der IHP-Patienten	46	47	83	16	192
Anzahl der Allgemeinmediziner, die für IHP-Einsätze bezahlt wurden	23	20	14	8	65
*Durchschnittliche Anzahl der monatlichen Einsätze pro versorgten IHP-Patient	3,8	20,4	3,0	5,1	7,6
INSGESAMT FÜR DIE IHP-V ERGÜTUNG GEZAHLTER BETRAG IN EURO	30.202,43	37.366,36	120.960,00	8.643,56	197.172,35

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Patienten weisen hinsichtlich des Geschlechts eine ähnliche Verteilung auf, mit einem Verhältnis von 0,98 Männern pro Frau; 60,9% der Patienten sind über 75 Jahre alt.

Rund die Hälfte (49,0%) der im Rahmen der IHP versorgten Patienten litten an Neoplasien und 24,5% an einer Krankheit des Kreislaufsystems. Die Kategorie „Sonstiger Zustand“ umfasst verschiedene Krankheiten, welche die Patienten der vier Sanitätsbetriebe unterschiedlich betrafen.

Tabelle 24: **Verteilung der IHP-Patienten nach Alter und Geschlecht - Jahr 2004**

	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck			Provinz		
	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.	M	F	Ins.
Bis zu 64 Jahre	6	6	12	7	6	13	6	4	10	5	-	5	24	16	40
65-74	5	1	6	8	6	14	8	5	13	2	-	2	23	12	35
75-84	10	7	17	12	4	16	12	23	35	3	2	5	37	36	73
85 und älter	3	8	11	2	2	4	6	19	25	-	4	4	11	33	44
INSGESAMT	24	22	46	29	18	47	32	51	83	10	6	16	95	97	192

Quelle: Sanitätsbetriebe

**IHP-PATIENTEN NACH
ALTER UND GESCHLECHT**

**IHP-PATIENTEN NACH
HAUPTZUSTAND**

Tabelle 25: IHP-Patienten nach Zustand und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Absolute Werte					
Neoplasien (einschließlich der Todkranken im Endstadium)	29	35	17	13	94
Krankheiten des Kreislaufsystems	6	4	34	3	47
Krankheiten der Atemwege	-	1	28	-	29
Sonstiger Zustand	11	7	4	-	22
INSGESAMT	46	47	83	16	192
Prozentwerte					
Neoplasien (einschließlich der Todkranken im Endstadium)	63,0	74,5	20,5	81,3	49,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	13,0	8,5	41,0	18,8	24,5
Krankheiten der Atemwege	-	2,1	33,7	-	15,1
Sonstiger Zustand	23,9	14,9	4,8	-	11,5
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

Von den 192 IHP-Patienten wurden im Jahr 2004 43,2% im Sanitätsbetrieb Brixen, 24,5% im Sanitätsbetrieb Meran, 24,0% im Sanitätsbetrieb Bozen und nur 8,3% im Sanitätsbetrieb Bruneck versorgt.

Was die Zusammensetzung der multidisziplinären Teams betrifft, die 2004 IHP-Einsätze leisteten, waren im Sanitätsbetrieb Meran von den 65 Mitarbeitern in der IHP 47 Krankenpfleger. Im Sanitätsbetrieb Brixen waren von den 80 Mitarbeitern in der IHP 30 Krankenpfleger, 27 Altenpfleger, 2 Therapeuten und 21 Ärzte. Im Sanitätsbetrieb Bruneck waren von den 22 IHP-Mitarbeitern 16 Krankenpfleger. Im Sanitätsbetrieb Bozen setzten sich die IHP-Teams neben den Berufsbildern des Allgemeinmediziners und Krankenpflegers aus Diätberatern, Sanitätsassistenten, Fachärzten und Sozialassistenten zusammen.

2.2.3. Der Krankenpflegedienst

Der territoriale Krankenpflegedienst ist der am meisten verbreitete Dienst auf Sprengel Ebene mit auch mehreren Dienststellen im selben Sprengel; er erbringt sowohl ambulatorische Leistungen als auch Leistungen zu Hause des Patienten. Im Jahr 2004 wurden den Patienten auf Landesebene 644.494 Krankenpflegleistungen erbracht; da die Daten einiger Sprengelleistungen nicht zur Verfügung stehen, entspricht diese Zahl nicht den effektiv erbrachten Leistungen.

Tabelle 26: Krankenpflegleistungen in den Sprengeln nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Gesamtzahl der direkt den Patienten erbrachten Krankenpflegleistungen	242.853	150.575	91.543	159.523	644.494

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die drei am häufigsten erbrachten Leistungen sind die Messung der lebenswichtigen Parameter, die venöse Blutentnahme und die Wundbehandlungen, die allein 52,6% der direkt erbrachten Krankenpflegetätigkeiten ausmachen. Im Sprengel Bozen ist die Zahl der Blutentnahmen relativ niedrig im Vergleich zu den anderen Gesundheitssprengeln, da dort eine beträchtliche Anzahl an Entnahmen von konventionierten Privatlabors und vom Krankenhauslabor vorgenommen wird. In der Gesundheitserziehung für die Patienten und/oder Familienangehörigen und in der Krankenpflegeberatung zu Symptomatik und Behandlung spielt das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle. Diese Leistungen werden trotz der hohen Anzahl (30.014) aufgrund der Heterogenität der Daten selbst nicht unter den ersten sieben am häufigsten erbrachten Leistungen berücksichtigt.

Tabelle 27: Anzahl der am häufigsten direkt den Patienten erbrachten Leistungen (absolute Werte und Prozentwerte) seitens der Krankenpflegedienste der Sprengel auf Landesebene - Jahr 2004

	Anzahl	%	% kumuliert
Messung der lebenswichtigen Parameter	165.215	25,6	25,6
Venöse Blutentnahme	100.117	15,5	41,2
Wundbehandlungen	73.855	11,5	52,6
Subkutane, intramuskuläre Injektionen/Phlebotomie	60.223	9,3	62,0
Kapillare Blutentnahme	34.784	5,4	67,4
Dekubitus-Wundbehandlung	26.099	4,0	71,4
Parenteraltherapie	25.399	3,9	75,4
ERSTE 7 LEISTUNGEN INSGESAMT	485.692	75,4	75,4
LEISTUNGEN INSGESAMT	644.494	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

Eine weitere Krankenpflegeleistung ist die Patientenbeurteilung zu Hause gemäß LG 33/8 (insgesamt 2.223 Leistungen, ausgenommen Sprengel Grödenal). Weitere vom Krankenpflegedienst geleistete Tätigkeiten, die aber von vielen Sprengeln nicht quantifiziert werden, sind: Patientenbeurteilung in Krankenanstalten auf der Grundlage des LG 33/88, Art. 21; die „indirekten krankenflegerischen Tätigkeiten“ wie Gespräche mit dem Allgemeinmediziner des Patienten, mit Krankenhausabteilungen und Verwandten, das Verfahren im Zusammenhang mit der Zuweisung von Pflegehilfsmitteln, die Begleitung der Patienten zu den ärztlichen Untersuchungen und das Abholen der Medikamente aus der Apotheke. Zu den Gruppentätigkeiten zählen dagegen Besprechungen mit den Familienangehörigen des Patienten, Gesundheitserziehungsveranstaltungen für Bürger, Studenten der Schulen für Gesundheitsberufe, Informationen für Selbsthilfegruppen und die Ausbildung von Volontariatsmitarbeitern.

Tabelle 28: Die am häufigsten erbrachten Direktleistungen der Krankenpflagedienste im Ambulatorium und zu Hause der Patienten; Leistungen in den Sprengeln insgesamt - Jahr 2004

Sprengel/Betriebe	Messung der lebenswichtigen Parameter		Venöse Blutentnahme		Wundbehandlungen		Leist. ins-ges. * pro Sprengel
	Amb.	Haus	Amb.	Haus	Amb.	Haus	
Grödental	1.033	217	3.775	160	255	1.269	9.810
Eggental-Schlern	5.278	7.353	6.360	500	771	2.967	47.124
Salten-Sarnthal-Ritten	3.229	2.949	5.936	299	741	1.145	22.808
Überetsch	3.515	1.335	10.424	550	1.565	2.793	32.285
Leifers-Branzoll-Pfatten	7.519	930	**	171	884	3.106	21.016
Unterland	7.970	3.001	16.400	963	1.561	3.913	52.927
Bozen	3.861	476	9.216	2.054	1.751	3.340	56.883
SB Bozen	32.405	16.261	52.111	4.697	7.528	18.533	242.853
Oberer Vinschgau	3.562	758	6.865	411	424	683	26.671
Mittlerer Vinschgau	4.075	2.992	2.896	420	530	1.925	21.989
Naturns-Umgebung	3.176	876	3.103	269	436	856	15.754
Lana-Umgebung	3.577	3.783	6.548	690	522	2.510	27.999
Meran-Umgebung	9.030	785	-	2.233	2.258	1.052	34.258
Passeiertal	2.232	3.278	3.468	497	635	833	23.904
SB Meran	25.652	12.472	22.880	4.520	4.805	7.859	150.575
Wipptal	723	2.208	89	426	579	3.164	21.302
Brixen-Umgebung	5.724	5.277	583	450	1.713	5.537	50.282
Klausen-Umgebung	1.216	1.913	2.787	208	219	2.990	19.959
SB Brixen	7.663	9.398	3.459	1.084	2.511	11.691	91.543
Taufers-Ahrntal	8.261	6.914	5.944	316	613	2.659	40.537
Bruneck-Umgebung	15.467	7.622	947	671	2.405	3.959	54.937
Hochpustertal	9.337	5.874	5	491	2.168	7.131	41.638
Gadertal	3.600	4.289	2.810	182	480	1.513	22.411
SB Bruneck	36.665	24.699	9.706	1.660	5.666	15.262	159.523
PROVINZ	102.385	62.830	88.156	11.961	20.510	53.345	644.494

* Da in den meisten Sprengeln eine oder mehrere erbrachte Leistungen nicht erhoben wurden, handelt es sich nicht um die effektive Gesamtsumme, sondern um die erbrachten und gezählten Leistungen insgesamt

** Der Blutentnahmedienst (nicht zu Hause) wird von einem konventionierten Privatlabor gewährleistet

Quelle: Sanitätsbetriebe

2.2.4. Die Versorgung von Mutter und Kind

2.2.4.1. Die Kinderärztlichen Beratungsstellen

Kinderärztliche Beratungsstellen gibt es in allen Sprengeln der Autonomen Provinz Bozen; in den Kinderärztlichen Beratungsstellen ist der Kinderarzt in jenen Sprengeln vorhanden, in denen kein Kinderarzt freier Wahl tätig ist; in den Sprengeln mit Kinderarzt freier Wahl ist in den Beratungsstellen nur die Sanitätsassistentin anwesend. In den Kinderärztlichen Beratungsstellen des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachten die Kinderärzte im Jahr insgesamt 9.917 Leistungen. 46,8% aller Leistungen sind Kontrollen in den verschiedenen Altersklassen, bei 27,8% handelt es sich um Gesundheitschecks. Die von den Kinderärzten der Beratungsstellen des Sanitätsbetrieb Meran am häufigsten erbrachten Leistungen sind hingegen die Erstuntersuchungen (44,9%); gleich häufig werden im Gegensatz zum Sanitätsbetrieb Bozen Gesundheitschecks vorgenommen. Im Sanitätsbetrieb Brixen wurden 479 Leistungen erbracht, 177 davon (37,0%) waren Gesundheitschecks. Im Sanitätsbetrieb Bruneck überwogen die Kontrolluntersuchungen (503 von 587 Leistungen).

Die von den Sanitätsassistentinnen in den Kinderärztlichen Beratungsstellen erbrachten, häufigsten Leistungen sind, mit Ausnahme des Sanitätsbetriebs Bozen, der Beistand bei den Kontrolluntersuchungen und der Beistand bei den Folgeuntersuchungen.

Tabelle 29: **Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen - Jahr 2004**

	<i>Grödental</i>	<i>Schlern</i>	<i>Ritten</i>	<i>SB Bozen</i>
<i>Erstuntersuchungen</i>	93	229	338	660
<i>Kontrolluntersuchungen, Folgeuntersuchungen</i>	385	988	484	1.857
<i>Gesundheitschecks</i>	409	1.212	1.137	2.758
<i>Kontrollen bis zu 12 Monaten</i>	743	1.506	1.640	3.889
<i>Kontrollen 1-3 Jahre</i>	139	251	299	689
<i>Kontrollen 3-6 Jahre</i>	9	21	34	64
INSGESAMT	1.778	4.207	3.932	9.917

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 30: **Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2004**

	<i>Lana - Umgebung</i>	<i>Passeiertal</i>	<i>SB Meran</i>
<i>Erstuntersuchungen</i>	796	92	888
<i>Kontrolluntersuchungen, Folgeuntersuchungen</i>	-	521	521
<i>Gesundheitschecks</i>	315	252	567
INSGESAMT	1.111	865	1.976

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 31: **Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Brixen erbrachte Leistungen - Jahr 2004**

	<i>Wipptal</i>	<i>Klausen - Umgebung</i>	<i>SB Brixen</i>
<i>Erstuntersuchungen</i>	-	80	80
<i>Kontrolluntersuchungen, Folgeuntersuchungen</i>	-	89	89
<i>Gesundheitschecks</i>	8	169	177
<i>Kontrollen 15-24 Monate</i>	58	-	58
<i>Kontrollen 3-4 Jahre</i>	48	2	50
<i>Kontrollen 5-6 Jahre</i>	25	-	25
INSGESAMT	139	340	479

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen

Tabelle 32: **Von den Kinderärzten der kinderärztlichen Beratungsstellen in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2004**

	<i>Taufers - Ahrntal*</i>	<i>Hochpustertal</i>	<i>Gadertal</i>	<i>SB Bruneck</i>
<i>Erstuntersuchungen</i>	30	36	18	84
<i>Kontrolluntersuchungen, Folgeuntersuchungen</i>	83	168	252	503
INSGESAMT	113	204	270	587

* Der Kinderarzt war bis zum 31.10.2004 vorhanden

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

Tabelle 33: Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Gröden- tal	Schlern	Ritten	Über- etsch	Leifers	Unter- Land	Bozen	SB Bozen
Beistand bei Erstuntersuchungen	93	229	338	225	-	201	438	1.524
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	385	988	484	-	-	2.624	-	4.481
Hausbesuche	14	38	112	276	72	142	43	697
Gesundheitschecks	409	1.212	1.137	-	-	-	-	2.758
Kontrollen bis zu 12 Monaten	-	-	-	1.862	3.211	2.462	6.017	13.552
Kontrollen 1-3 Jahre	-	-	-	181	407	294	709	1.591
Kontrollen 3-6 Jahre	-	-	-	45	32	69	68	214
Orthoptische Bewertung	404	499	594	913	696	751	1.254	5.111
Infantiler audiometrischer Test	297	364	458	658	471	558	873	3.679
Phonetographischer Test	152	196	277	346	340	300	481	2.092
Zahnkontrolle/ Kariesprophylaxe	46	229	-	-	49	366	-	690
Impfungen (Beistand und Ausführung)	181	296	530	1.266	-	146	-	2.419
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	1.309	532	526	985	709	1.288	3.609	8.958
Informationstreffen über Gesundheitserziehung	12	20	52	-	257	59	91	491
Messung der lebenswichtigen Parameter	207	405	545	-	120	-	-	1.277
Sonstiges	141	43	85	228	15	237	494	1.243
INSGESAMT	3.650	5.051	5.138	6.985	6.379	9.497	14.077	50.777
Beratungen (auch telefonisch)	218	1.107	675	630	1.254	797	1.034	5.715

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 34: Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Ob. Vinschgau	Mittl. Vinschgau	Naturns	Lana	Meran	Passeier- tal	SB Meran
Beistand bei Erstuntersuchungen	124	148	-	796	245	98	1.411
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	1.018	1.755	1.969	1.777	2.827	1.464	10.810
Hausbesuche	28	103	104	154	97	8	494
Gesundheitschecks	-	115	217	315	-	252	899
Kontrollen 7 Monate	-	-	90	190	310	58	648
Orthoptische Bewertung	310	372	245	310	1.011	255	2.503
Infantiler audiometrischer Test	107	126	90	-	-	-	323
Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe	28	94	104	64	380	75	745
Impfungen (Beistand und Ausführung)	-	-	356	1.000	227	-	1.583
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	1.092	883	377	359	-	-	2.711
INSGESAMT	2.707	3.596	3.552	4.965	5.097	2.210	22.127
Informationstreffen über Gesundheits- erziehung (Stunden)	-	67	17	*5	230	*4	n.d.
Vorbereitung auf Visiten (Stunden)	-	448,2	-	60,0	n.d.	*8	n.d.
Beratung (auch telefonisch)	77	228	610	1.230	541	257	2.943

* Anzahl der Leistungen

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 35: Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Brixen erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Wipptal	Brixen	Klausen	SB Brixen
Beistand bei Erstuntersuchungen	168	467	-	635
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	745	2.285	-	3.030
Vorbereitung auf Visiten	139	497	169	805
Hausbesuche	3	13	4	20
Gesundheitschecks*	8	-	-	8
Kontrollen 15-24 Monate*	58	-	-	58
Kontrollen 3-4 Jahre*	48	-	-	48
Kontrollen 5-6 Jahre*	25	-	-	25
Orthoptische Bewertung	430	972	727	2.129
Phonetographischer Test	-	-	262	262
Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe	286	863	421	1.570
Kontrollen auf Läuse/Parasiten	305	44	62	411
Informationstreffen über Gesundheitserziehung	17	65	32	114
INSGESAMT	2.232	5.206	1.677	9.115
Beratungen (auch telefonisch)	n.d.	299	72	n.d.

* Anzahl der spontanen Zugänge

Quelle: Sanitätsbetrieb Brixen

Tabelle 36: Von den Sanitätsassistentinnen in den kinderärztlichen Beratungsstellen der Sprengel des Sanitätsbetriebs Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Taufers-Ahrntal	Bruneck	Hoch-Pustertal	Gadertal	SB Bruneck
Beistand bei Erstuntersuchungen	30	-	36	18	84
Beistand bei Kontrolluntersuchungen und bei Folgeuntersuchungen	939	2.875	1.694	1.071	6.579
Vorbereitung auf Visiten	407	272	500	322	1.501
Hausbesuche	6	9	6	9	30
Kontrollen 12-14 Jahre	137	204	189	102	632
Kontrollen 9-10 Jahre	143	68	171	114	496
Kontrollen 5-6 Jahre	127	-	140	106	373
Orthoptische Bewertung	447	1.313	568	342	2.670
Infantiler audiometrischer Test	2	2	2	2	8
Phonetographischer Test/Boel - Test	146	355	199	95	795
Zahnkontrolle/Kariesprophylaxe	223	1.013	143	181	1.560
Impfungen (Beistand und Ausführung)	258	70	368	175	871
Informationstreffen über Gesundheitserziehung	2	12	8	9	31
INSGESAMT*	2.867	6.193	4.024	2.546	15.630

* Umfasst nicht die Kontrollen auf Läuse/Parasiten, da diese Leistung vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit erbracht wird

Quelle: Sanitätsbetrieb Bruneck

2.2.4.2. Die Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie

Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt es in 15 von 20 Sprengeln. Neben den Gynäkologen, die in allen 15 Sprengeln, die diesen Dienst anbieten, vorhanden sind, werden in einigen Fällen die Leistungen auch von Hebammen erbracht, in anderen von Krankenpflegerinnen oder Sanitätsassistentinnen. In den Sprengeln, in denen es keine Beratungsstelle für Geburtshilfe und Gynäkologie gibt, wird die Tätigkeit in den Krankenhäusern erbracht.

Tabelle 37: Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Bozen erbrachte Leistungen -Jahr 2004

	Gröden- tal	Schlern	Ritten	Über- etsch	Leifers	Unter- Land	Bozen	SB Bozen
Erstgespräch mit der Patientin	301	313	182	-	510	217	908	2.431
Gynäk. Untersuchung	114	107	214	606	853	390	1.147	3.431
Schwangerschaftskontrolle	-	-	-	-	220	173	-	393
Brustkontrolle	217	168	41	178	-	114	289	1.007
Paptest	187	194	339	501	431	161	871	2.684
Vaginale Entnahme für bakteriolog. Untersuchung	284	63	2	478	10	113	49	999
Beratung - Gesundheitserziehung/ Gesundheitliche Anweisung	199	25	60	215	70	450	456	1.475
Kardiotokographie, Echographie	241	261	107	120	300	161	139	1.329
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	18	1	32	n.d.	100	64	240	n.d.
Verschreibung von Verhütungsmitteln	-	-	-	n.d.	45	64	-	n.d.
Sonstiges	-	-	116	-	60	210	-	386
INSGESAMT	1.561	1.132	1.093	n.d.	2.599	2.117	4.099	n.d.

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen

Tabelle 38: Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Ob. Vinschgau	Naturns	Lana	Meran	Passeier- tal	SB Meran
Erstgespräch mit der Patientin	316	n.d.	-	1.092	122	n.d.
Gynäk. Untersuchung	316	105	462	1.092	465	2.440
Schwangerschaftskontrolle	-	-	-	206	-	206
Brustkontrolle	187	5	193	454	64	903
Paptest	261	84	440	778	256	1.819
Vaginale Entnahme für bakteriolog. Untersuchung	21	-	-	70	5	96
Beratungen - Gesundheitserziehung / Gesundheitliche Anweisungen	-	-	-	260	n.d.	n.d.
Kardiotokographie, Echographie	203	-	-	596	115	914
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	25	-	634	n.d.	n.d.
Verschreibung von Verhütungsmitteln	-	-	-	620	n.d.	n.d.
Sonstiges	-	-	195	283	-	478
INSGESAMT	1.304	n.d.	1.290	6.085	n.d.	n.d.

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

Tabelle 39: Von den Gynäkologen der Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie in den Sprengeln der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Klausen	SB Brixen	Taufers- Ahrntal	Gader- tal	SB Bruneck
Erstgespräch mit der Patientin	156	156	401	n.d.	n.d.
Gynäk. Untersuchung	426	426	688	341	1.029
Schwangerschaftskontrolle	111	111	-	-	-
Brustkontrolle	408	408	651	326	977
Paptest	434	434	595	314	909
Vaginale Entnahme für bakteriolog. Untersuchung	4	4	5	4	9
Beratungen - Gesundheitserziehung / Gesundheitliche Anweisungen	297	297	n.d.	36	n.d.
Kardiotokographie, Echographie	78	78	-	-	-
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	227	227	n.d.	142	n.d.
Verschreibung von Verhütungsmitteln	198	198	n.d.	n.d.	n.d.
Sonstiges	-	-	202	38	240
INSGESAMT	2.339	2.339	n.d.	n.d.	n.d.

Quelle: Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck

Tabelle 40: Von den Hebammen/Krankenpflegerinnen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Sprengel der Sanitätsbetriebe Bozen und Bruneck erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Gader-tal	Schlern	Über-etsch	Leifers	Unter-land	Bozen	SB Bozen	Taufers-Ahrntal	SB Bruneck
Erstgespräch mit der Patientin	-	-	-	227	185	-	412	-	-
Gynäk. Untersuchung	-	-	-	44	-	-	44	688	688
Schwangerschaftskontrolle/ geburtshilfliche Untersuchung	512	516	25	20	14	1.682	2.769	-	-
Paptest	10	59	86	262	199	733	1.349	595	595
Vaginale Entnahme für bakteriol. Untersuchung	-	-	40	26	22	-	88	5	5
Beratungen - Gesundheitserziehung / Gesundheitliche Anweisungen	31	-	532	714	396	69	1.742	-	-
Hausbesuche (nach der Geburt, Wundbehandlungen, etc.)	80	73	36	6	5	49	249	-	-
Informationen (über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sonstiges)	-	-	n.d.	30	257	-	n.d.	-	-
Beckenbodentraining	79	59	-	36	-	-	174	-	-
Leopold-Handgriff	61	42	-	-	-	82	185	-	-
Fetus-Herzschlagmessung	71	43	-	-	34	84	232	-	-
Verschreibung von Verhütungsmitteln	-	-	n.d.	-	-	135	n.d.	-	-
Sonstiges	98	86	21	50	-	92	347	-	-
INSGESAMT	942	878	n.d.	1.415	1.112	2.926	n.d.	1.288	1.288

Quelle: Sanitätsbetriebe Bozen und Bruneck

Tabelle 41: Von den Hebammen/Krankenpflegerinnen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie der Sprengel des Sanitätsbetriebs Meran erbrachte Leistungen - Jahr 2004

	Lana	Meran	Passeiertal	SB Meran
Geburtshilfe-Beratung	1	83	-	84
Gruppenbewegungstraining	42	60	36	138
Telefonische Beratung	-	461	-	461
Beckenbodentraining	15	33	-	48
Leopold-Handgriff	-	79	-	79
Fetus-Herzschlagmessung	-	78	-	78
Sonstiges	-	223	-	223
INSGESAMT	58	1.017	36	1.111

Quelle: Sanitätsbetrieb Meran

2.3. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Im Jahr 2004 wurden 53.063 Noteinsätze geleistet, was einem Durchschnitt von rund 145 Einsätzen pro Tag entspricht, sowie ca. 108.000 geplante Kranken Transporte für durchschnittlich 295 Transporteinsätze pro Tag.

FUNKTIONEN DER NOTRUFZENTRALE 118

PERSONAL DER NOTRUFZENTRALE 118

TECHNOLOGISCHE RESSOURCEN

2.3.1. Medizinisches Notrufsystem

Dem Landesgesundheitsplan 2000-2002 zufolge ist das Medizinische Notrufsystem Bestandteil des Medizinischen Notfallsystems mit dem Ziel der interdisziplinären und koordinierten Verwaltung der medizinischen Notfälle auf dem gesamten Landesgebiet. Das Medizinische Notrufsystem wird von der Landesnotrufzentrale 118 verwaltet (eingerrichtet im Jahr 1991 und aktiv seit 1993), in der alle medizinischen Notrufe zusammenlaufen. Seit 1998 wird die Notrufzentrale 118 vom Sanitätsbetrieb Bozen verwaltet. Diese Dienststelle, die rund um die Uhr arbeitet, koordiniert die Tätigkeit des Personals und der Einsatzwagen auf dem gesamten Landesgebiet und stellt die Verbindung mit dem Krankenhaus her.

Die wichtigsten Funktionen der Notrufzentrale sind:

- Entgegennahme der Notrufe;
- Bewertung des Schwierigkeitsgrads des durchzuführenden Einsatzes;
- Aktivierung und Koordinierung des Rettungseinsatzes.

Außerdem koordiniert sie die nicht dringenden Krankentransporte der Patienten von Krankenhaus zu Krankenhaus, führt Transporte von medizinischem Material (Blutplasma, Laborproben, etc.) durch und sorgt für den Transport von Organen und Medikamenten.

Zur Durchführung dieser Aufgaben, steht der Notrufzentrale 118 erfahrenes Krankenpflegepersonal, ausgebildete Mitarbeiter der Rettungsorganisationen und ärztlicher Beistand zur Verfügung.

Der Verantwortliche für die Notrufzentrale 118 ist ein Arzt der zweiten Leitungsebene, Chefarzt des überbetrieblichen Dienstes für dringende Einsätze und medizinische Notfälle. Die operative Verantwortung für die Entgegennahme, Aufzeichnung und Auswahl der Notrufe und die Bestimmung des Schwierigkeitsgrads des Einsatzes trägt hingegen das Krankenpflegepersonal der Notrufzentrale gemäß den Vereinbarungen mit dem leitenden Arzt der Zentrale.

Die Notrufzentrale 118 ist mit einem Telekommunikations- und Funksystem ausgestattet, das folgende Funktionen ermöglicht:

- Entgegennahme aller Notrufe aus dem gesamten Landesgebiet;
- direkte Verbindung mit anderen öffentlichen Diensten für Noteinsätze (Erste Hilfe-Dienste, Feuerwehr, Carabinieri, Polizei);
- direkte Verbindung mit dem Standort der Fahrzeuge und mit den Rettungsfahrzeugen selbst.

Außerdem verfügt die Notrufzentrale 118 über ein Informationssystem zum Abruf von aktualisierten Daten in Echtzeit über die Erste Hilfe-Dienste, den Standort der Rettungsfahrzeuge sowie über Angaben zum Einsatzort (kartographische Bezugspunkte und Straßenlage).

2.3.2. Territorialer Notarztdienst

Der Territoriale Notarztdienst, eingerichtet mit Beschluss der Landesregierung von 1991, ist Bestandteil des landesweiten Notfallsystems. Dieser Dienst gewährleistet den rechtzeitigen Einsatz des Notarztes auf dem gesamten Landesgebiet.

Je nach Schwierigkeitsgrad des Einsatzes leisten die territorialen Notärzte Erste Hilfe und fortgeschrittene Lebensrettung (auch traumatologische und pädiatrische) mit dem Ziel, den klinischen Zustand des Patienten zu stabilisieren, um ihn im Rettungswagen transportieren zu können. Den Notärzten obliegt außerdem die Wahl des Zielkrankenhauses und die Ablieferung des Patienten an die Erste Hilfe-Dienste der Krankenhäuser.

Die Organisation des Territorialen Notarztdienstes auf Landesebene sieht im Rahmen des Einzugsgebiets jedes Krankenhauses den Einsatz von Krankenhausärzten vor, deren Tätigkeit von einem leitenden Arzt für jedes Krankenhaus koordiniert wird. Außerhalb der territorialen Bereiche der öffentlichen Landeskrankenhäuser wird die Tätigkeit des Territorialen Notarztdienstes auch von einigen Basisärzten ausgeübt, die per Funk mit der Notrufzentrale 118 verbunden sind und spezifischen Ausbildungs- und Ausrüstungsanforderungen entsprechen.

Für den Einsatz der Notärzte können je nach Situation und örtlichen Bedingungen Rettungswagen, Arztwagen und tagsüber auch Rettungshubschrauber verwendet werden.

2.3.3. Krankentransport

Der mittels Konvention mit den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz organisierte Krankentransport der Provinz Bozen garantiert den Bürgern folgende Leistungen:

- a. Dringende Krankentransporte mit Notarzt
- b. Dringende Krankentransporte ohne Notarzt
- c. Nicht dringende Krankentransporte, um die Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten
- d. Krankentransporte mit Fahrzeugen, die nicht über eine medizinische Ausstattung verfügen, zum Beispiel für den Transport von Nieren- und Krebskranken, die zur Dialyse bzw. Strahlentherapie gebracht werden
- e. Transport von Laborproben, Befunden, Muttermilch, Blutplasma, etc., der dringend oder nicht dringend sein kann.

LEISTUNGEN DES
TERRITORIALEN
NOTARZTES

ORGANISATION DES
DIENSTES

LEISTUNGEN DES
KRANKENTRANSPORT-
DIENSTES

*Tabelle 42: Indikatoren für die territoriale Verteilung der Standorte und Rettungsfahrzeuge.
Beschlussfassung der Landesregierung Nr. 4326/2001*

Indikatoren	Festgelegte Grenzwerte für die Indikatoren - Einsätze mit Arzt	Festgelegte Grenzwerte für die Indikatoren - Einsätze ohne Arzt
1. Prozentanteil der Einsätze mit Dauer unter 20 Minuten (Berechnete Dauer ab Start vom Standort bis zur Ankunft am Einsatzort. Nur Einsätze mit gelbem und rotem Code)	MIN. Grenzwert 90%	Min. Grenzwert 85%
2. Distanz zwischen den Standorten der Rettungsfahrzeuge	MIN. Grenzwert 25 km MAX. Grenzwert 35 km	MIN. Grenzwert 10 km MAX. Grenzwert 30 km
3. Bevölkerung in den Einzugsgebieten der Standorte der Rettungsfahrzeuge	MIN. Grenzwert 20.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 5.000 Einwohner
4. Anzahl der Rettungsfahrzeuge pro 100.000 Einwohner in den Einzugsgebieten der Standorte	MIN. Grenzwert 1 fortschritt. Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 3 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 20 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner
5. Anzahl der jährlichen Einsätze pro Rettungsfahrzeug	MAX. Grenzwert 2.000 Einsätze pro fortschrittlichen Rettungswagen (NAW – NEF)	MIN. Grenzwert 500 Einsätze pro Rettungswagen (RTW) MAX. Grenzwert 2.000 Einsätze pro Rettungswagen (RTW)
6. Anzahl der Rettungsfahrzeuge pro 100.000 Einwohner in den Bezirken	MIN. Grenzwert 1 fortschritt. Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 3 fortschritt. Rettungswagen (NAW – NEF) pro 100.000 Einwohner	MIN. Grenzwert 6 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner MAX. Grenzwert 10 Rettungswagen (RTW) pro 100.000 Einwohner

**INDIKATOREN FÜR DIE
TERRITORIALE
VERTEILUNG**

**STANDORTE DER
RETTUNGSFAHRZEUGE**

Im Laufe des Jahres 2001 legte die Landesregierung mit eigener Beschlussfassung Nr. 4326/2001 sechs Indikatoren für die territoriale Verteilung der Standorte und Rettungsfahrzeuge fest. Die Tabelle 42 enthält eine Übersicht über diese Indikatoren mit den entsprechenden Grenzwerten.

Auf der Grundlage der von diesen Indikatoren angenommenen Werte wurde die Lage der Standorte der Rettungsfahrzeuge sowie die Anzahl der Fahrzeuge für den Notfalltransport an den verschiedenen Standorten festgelegt.

Im Jahr 2004 gab es auf Landesebene 31 Rettungswagen-Standorte, die rund um die Uhr einsatzbereit waren. Der Verband Weißes Kreuz verfügt in der Provinz über 30 Standorte (7 davon mit Arzt), während das Rote Kreuz 5 Standorte hat (1 davon mit Arzt).

Tabelle 43.: Ausstattung mit Krankentransportwagen. Stand zum 31.12.2004

	Notarzt- wagen (NAW, NEF)	Fortschrittl. Basis- Rettungswagen (RTW)	Krankenwagen für den gem. Transport (NKTW)	Kranken- transport- wagen (KTW)	Langstrecken- Transport- wagen (LKTW)	PKWs
Weißes Kreuz	9	26	6	109	3	29
Rotes Kreuz	3	6	-	13	4	9
INSGESAMT	12	32	6	122	7	38

Quelle: Weißes Kreuz und Rotes Kreuz

2004 erfuhr die Gesamtausstattung der aktiven Standorte der Rettungsfahrzeuge in der Provinz Bozen im Vergleich zum Jahr 2003 einige Änderungen.

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 12 Notarztwagen (NAW) oder Not-einsatzfahrzeuge (NEF), 32 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 6 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 129 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 38 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

Der Landeshubschrauberrettungsdienst, Bestandteil des Krankentransportdienstes, wurde von der Provinz der Arbeitsgemeinschaft AVS-BRD, CAI-CNSA und Weißes Kreuz übertragen; Letzteres übernimmt koordinierende Funktion.

Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen) ausgestattet. Falls nötig steht ein weiterer Hubschrauber des Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

2.3.4. Noteinsätze

Im Jahr 2004 wurden 53.063 Noteinsätze geleistet, was einem Durchschnitt von rund 145 Einsätzen pro Tag entspricht. Gegenüber dem Vorjahr ist ein Anstieg von 1,6% zu verzeichnen.

In 78,3% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 17,7% der Fälle jene des Roten Kreuzes. Auf den Hubschrauberrettungsdienst entfielen 3,1% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 0,9%.

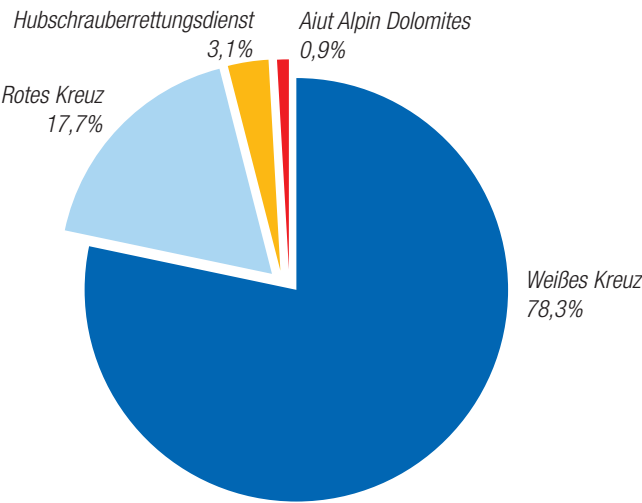
KRANKENWAGEN

HUBSCHRAUBER-
RETTUNGSDIENST

EINSÄTZE,
TRANSPORTIERTE
PERSONEN,
ZURÜCKGELEGTE
KILOMETER

TRANSPORTE

Abbildung 5: Noteinsätze nach Rettungsverband - Jahr 2004



Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2004 fast 1,5 Millionen Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 29 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.095 Einsätze für insgesamt 1.164 Flugstunden durch (rund 33 Flugminuten pro Einsatz).

Tabelle 44: Von den Landesrettungsverbänden durchgeführte Einsätze, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer - Jahr 2004

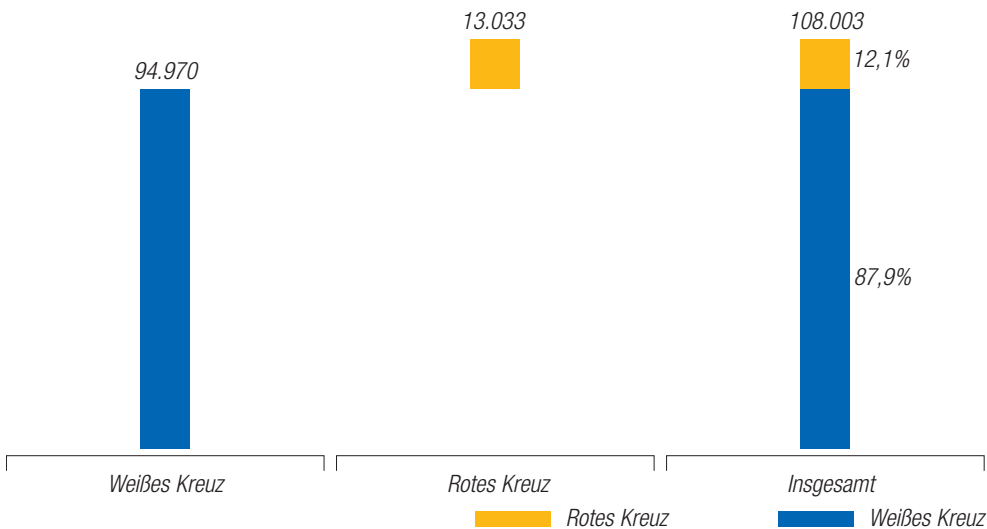
Rettungsverbände	Anzahl der Einsätze	Anzahl transport. Personen	Zurückgelegte Kilometer/Flugminuten
Weißes Kreuz	41.565	42.834	1.237.637
Rotes Kreuz	9.403	9.722	230.756
Hubschrauberrettungsdienst			
Weißes Kreuz	1.642	1.558	53.739
Aiut Alpin Dolomites	453	433	16.135
INSGESAMT	53.063	54.547	1.538.267

Quelle: Weißes Kreuz und Rotes Kreuz

2.3.5. Nicht dringende Krankentransporte

2004 tätigte der Krankentransportdienst 108.000 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 295 Transporteinsätzen pro Tag. In 87,9% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 12,1% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Abbildung 6: Nicht dringende Krankentransporte nach Transportverband - Jahr 2004



Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2004 rund 4 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 42,6 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.

Tabelle 45: Von den Krankentransportverbänden durchgeführte nicht dringende Krankentransporte, transportierte Personen und zurückgelegte Kilometer - Jahr 2004

Krankentransportverbände	Anzahl der Krankentransporte	Anzahl der transportierten Personen	Anzahl der zurückgelegten Kilometer
Weißes Kreuz	94.970	121.434	4.161.873
Rotes Kreuz	12.033	14.173	443.044
INSGESAMT	108.003	135.607	4.604.917

Quelle: Weißes Kreuz und Rotes Kreuz

Im Vergleich zum Vorjahr fanden 2004 pro Tag ca. 5 Krankentransporte weniger statt, was einem jährlichen Rückgang von 1,9% entspricht. Außerdem wurden 85 Hubschraubereinsätze zwecks Übung für insgesamt 7.063 Flugminuten getätigt.

2.4. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Im Jahr 2004 gab es in der Provinz 107 Apotheken mit einem Deckungsgrad von 85,4% gegenüber dem Stellenplan.

Im Jahr 2004 wurden über 2,5 Millionen Rezepte ausgestellt, was 5,3 Verschreibungen pro Kopf und durchschnittlich 10,6 Medikamentenpackungen pro Bürger entspricht. Die Gruppe der am häufigsten von der Südtiroler Bevölkerung eingenommenen Medikamente beinhaltet jene für das Herzkreislaufsystem (über 2 Millionen verschriebene Packungen, was durchschnittlich 262 täglichen Dosen pro 1.000 Einwohner entspricht).

ZURÜCKGELEGTE
KILOMETER

Im Jahr 2004 beliefen sich die Nettoaussgaben des Landesgesundheitsdienstes auf knapp 74 Millionen Euro mit einem Anstieg gegenüber 2003 von 4,9% (gesamtstaatlicher Anstieg 8,0%).

Der größte Teil der Medikamentenverschreibungen geht mit 84,5% aller verschriebenen Medikamente auf Allgemeinmediziner zurück.

Die von den Sanitätsbetrieben über die Apotheken gewährleistete pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Arzneimitteln und Galenika an die Versorgungsberechtigten mit oder ohne Ticket.

Es gibt konventionierte Privatapotheken und öffentliche Apotheken. Die öffentlichen Apotheken unterteilen sich außerdem in interne, wenn sie ausschließlich im Dienst der Inhaberkörperschaft, zum Beispiel des Sanitätsbetriebs, stehen, und in externe Apotheken, wie zum Beispiel Gemeindeapotheken.

Sämtliche in diesem Kapitel enthaltene Angaben betreffen die Dienste, die von den privaten und kommunalen Apotheken angeboten werden.

2.4.1. Die Apotheken

Die Gesundheitsbehörden regeln die Verteilung der Apotheken auf dem Landesgebiet so, dass mindestens eine Apotheke pro 5.000 Einwohner in den Gemeinden mit einer Bevölkerung bis zu 12.500 Einwohnern und eine pro 4.000 Einwohner in den übrigen Gemeinden vorhanden ist. Zum 31.12.2004 gab es in der Provinz 107 Apotheken, ungefähr die Hälfte davon befindet sich im Sanitätsbetrieb Bozen.

Tabelle 46: Durchschnittliche Kundenanzahl pro Apotheke nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Apotheken	50	27	12	18	107
Einwohner pro Apotheke	4.238	4.605	5.665	4.004	4.451

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

Im Jahr 2004 blieb der Deckungsgrad der eingerichteten Apotheken gegenüber dem Stellenplan im Vergleich zum Vorjahr unverändert (85,4%). Mit Bezug auf die im Beschluss der Landesregierung Nr. 2788 vom 31.7.2000 enthaltenen Standards erfolgte die größte Anpassung im Sanitätsbetrieb Bozen, wo ein Deckungsgrad von 96,2% verzeichnet wird. Die durchschnittliche Pro-Kopf-Anzahl der Apotheken pro 10.000 Einwohner beträgt 2,2 und schwankt von einem Mindestwert von 1,8 im Sanitätsbetrieb Brixen bis zu einem Höchstwert von 2,5 im Sanitätsbetrieb Bruneck.

Tabelle 47: Geplante und eingerichtete Apotheken nach Sprengel, Deckungsgrad des Stellenplans, Apotheken pro 10.000 Einwohner - Jahr 2004

	Geplant	Einger.	% Deckung Stellenplan	Apotheken/ 10.000 Einw.
Grödental	3	3	100,0	3,4
Eggental-Schlern	6	6	100,0	3,2
Salten-Sarnthal-Ritten	4	3	75,0	1,7
Überetsch	4	4	100,0	1,5
Leifers-Branzoll-Pfatten	4	4	100,0	2,1
Unterland	6	5	83,3	2,2
Bozen	25	25	100,0	2,6
AS Bozen	52	50	96,2	2,4
Oberer Vinschgau	4	2	50,0	1,3
Mittlerer Vinschgau	5	4	80,0	2,2
Naturns-Umgebung	3	2	66,7	1,9
Lana-Umgebung	6	5	83,3	2,2
Meran-Umgebung	12	12	100,0	2,4
Passeiertal	3	2	66,7	2,3
AS Meran	33	27	81,8	2,2
Wipptal	7	3	42,9	1,7
Brixen-Umgebung	7	7	100,0	2,1
Klausen-Umgebung	3	2	66,7	1,3
AS Brixen	17	12	70,6	1,8
Taufers-Ahrntal	2	2	100,0	1,6
Bruneck-Umgebung	10	8	80,0	2,3
Hochpustertal	5	4	80,0	2,7
Gadertal	4	4	100,0	4,0
AS Bruneck	21	18	85,7	2,5
INSGESAMT	123	107	87,0	2,2

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

Durchschnittlich hat jede Apotheke in der Provinz einen potentiellen Kundenkreis von 4.451 Einwohnern. Auf Sprengelzebene schwanken die Zahlen jedoch sehr stark: im Gadertal beträgt die Anzahl der Einwohner pro Apotheke 2.528, in den Sprengeln Oberer Vinschgau und Klausen über 7.500. Diese durchschnittlichen Kundenzahlen berücksichtigen jedoch den Touristenzustrom im Sommer und Winter in den wichtigsten Fremdenverkehrszentren Südtirols nicht.

**DURCHSCHNITTLICHE
KUNDENANZAHL PRO
APOTHEKE**

Abbildung 7: Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Bozen - Jahr 2004

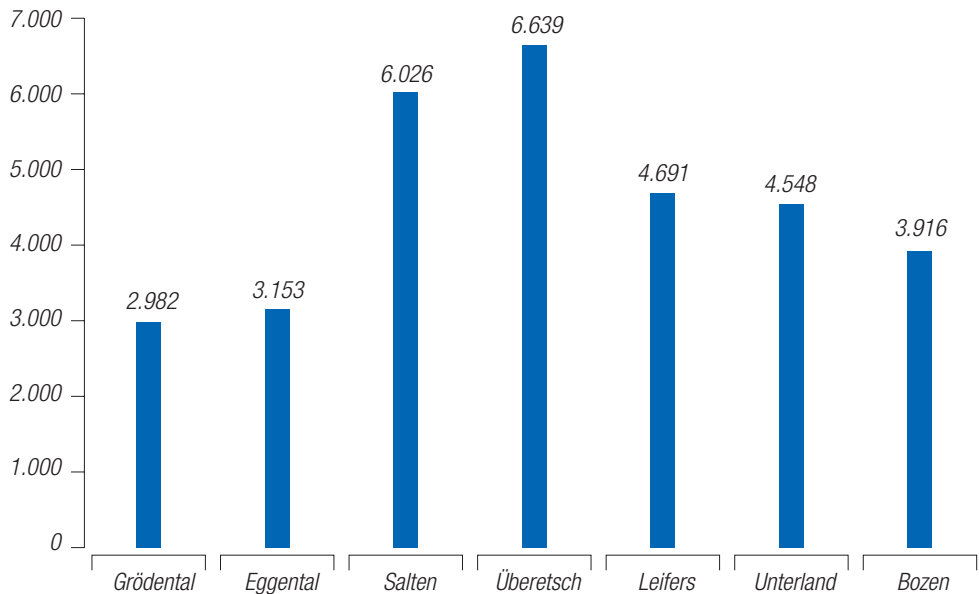


Abbildung 8: Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Meran - Jahr 2004

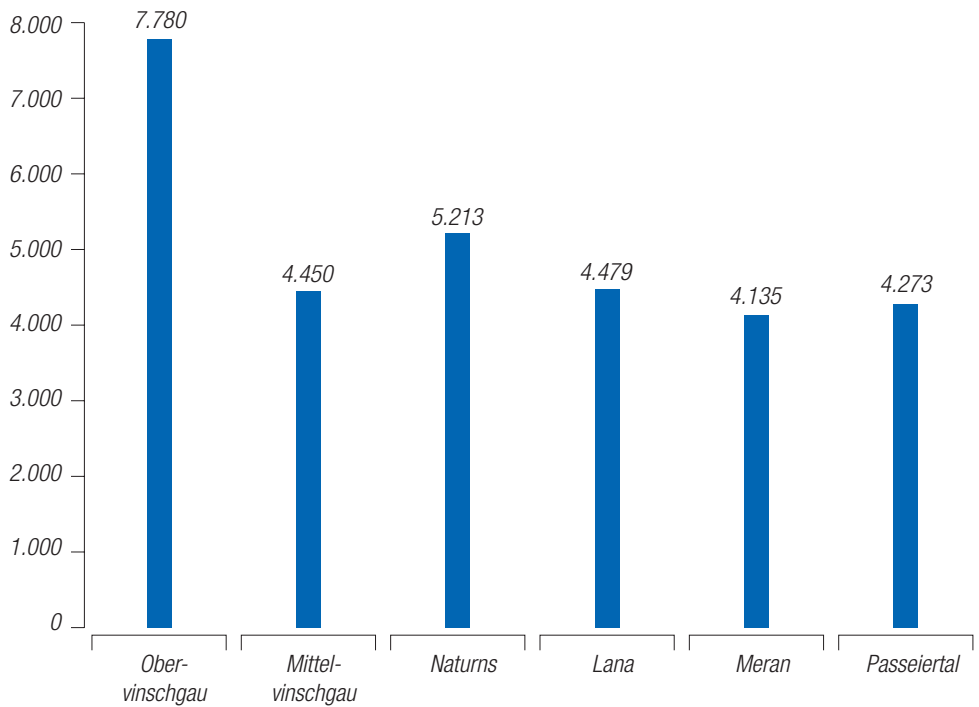


Abbildung 9: Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Brixen - 2004

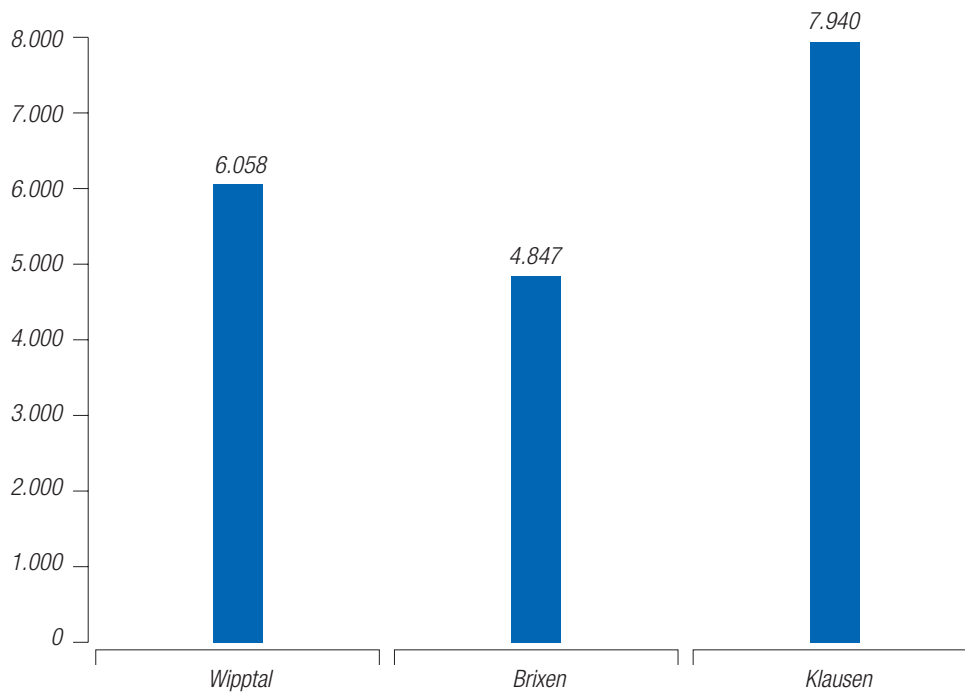
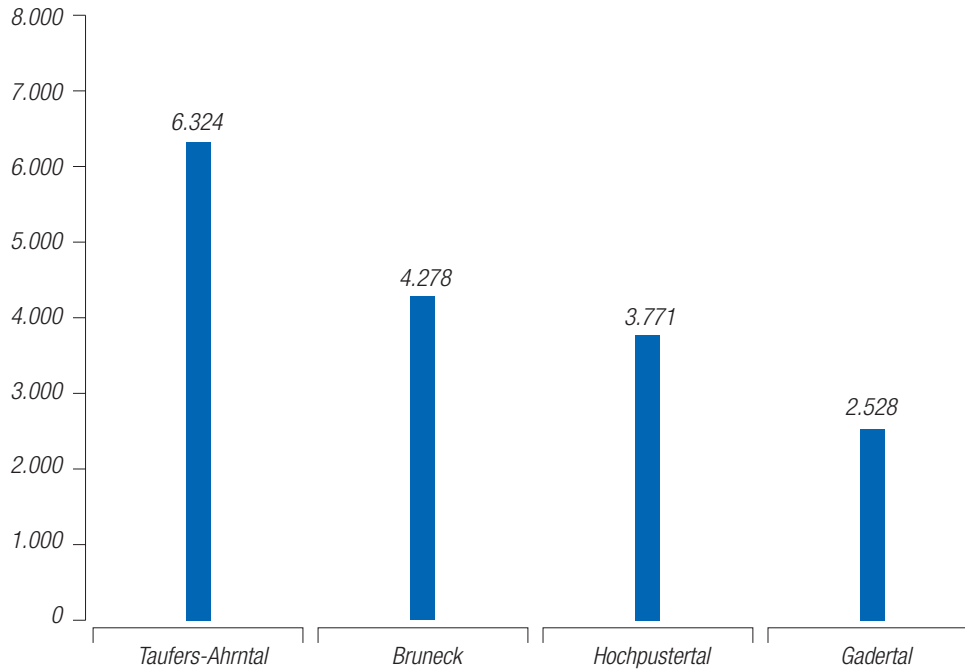


Abbildung 10: Einwohner pro Apotheke - Sanitätsbetrieb Bruneck - Jahr 2004



2.4.2. Der Medikamentenverbrauch

Die pharmazeutische Versorgung besteht in der Abgabe von Medikamenten an die Versorgungsberechtigten, normalerweise auf Verschreibung des behandelnden Arztes; in einigen Fällen erfolgt die Abgabe kostenlos, in anderen unter teilweiser oder voller Beteiligung des Bürgers an den Kosten, je nach der Bedeutung der verschriebenen Arzneimittel für die Gesundheit.

Das Gesetz Nr. 537 vom 24. Dezember 1993, Art. 8 (Bestimmungen im Bereich Gesundheitswesen) legt die Kriterien fest, nach denen die „Commissione Unica del Farmaco“ (CUF) die abzugebenden Medikamente klassifizieren muss. Die von der Gesetzgebung für das Jahr 2003 vorgesehenen Klassen sind¹:

Klasse A - Essentielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten, voll zu Lasten des Nationalen Gesundheitsdienstes NGD. Die Klasse A sieht auch eine Untergruppe (Klasse H) vor, welche Medikamente umfasst, deren Kosten ausschließlich dann rückerstattet werden, wenn sie im Krankenhaus oder Tagesklinikbetrieb verwendet werden;

Klasse C - Pharmaka zu Lasten der Bürger, die für leichte oder mindere Krankheiten eingesetzt werden (Antineuralgika, Antipyretika, Laxativa, Nasenabschwellungsmittel, etc.) oder Pharmaka, die für kurze Zeitspannen zur Vermeidung von potentiellen Missbräuchen verwendet werden (Benzodiazepinderivate). Die Pharmaka der Klasse C können in drei Hauptgruppen unterteilt werden:

1. Medikamente, die vom Arzt verschrieben werden müssen;
2. Medikamente, die keiner ärztlichen Verschreibung bedürfen und für die nicht geworben werden darf;
3. Freiverkäufliche Medikamente, die keiner ärztlichen Beschreibung bedürfen und für die Werbung gemacht werden darf.

Auf der Grundlage des Gesetzes Nr. 326 vom 24. November 2003, welches bei Überschreitung der für die pharmazeutische Versorgung geplanten Ausgaben den Ausgleich der Differenz durch die Aufteilung der Kosten (60% zu Lasten der Pharmaunternehmen und 40% zu Lasten der Regionen) vorsieht, setzte die Regierung mit Gesetzesdekret Nr. 156 ein Korrekturmanöver in Kraft. Das Ziel dieses Manövers war die Reduzierung der Kluft zwischen den geplanten Ausgaben (von 13% der Ausgaben für das Gesundheitswesen) und den effektiven Ausgaben. Die Gesetzesumwandlung dieser Maßnahme am 2. August 2004 sah die Verminderung des Anteils der Produzenten von 66,7% des Verkaufspreises abzüglich MwSt. um 6,8% ab Juli 2004 vor (4,1% am Verkaufspreis außer für die natürlichen Hämoderivate und rekombinanten DNA-Derivate und der nicht patentrechtlich geschützten Medikamente)¹.

¹ Quelle: Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Medikamente

Auf Landesebene wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27. Mai 2002 die Mitbeteiligung an den Gesundheitsausgaben seitens der Bürger für alle Leistungen des Landesgesundheitsdienstes eingeführt. Im Rahmen der Pharmazeutischen Versorgung kam es dadurch zur Einführung des Tickets ab 1. Juli 2002 nach folgenden Modalitäten:

1. Nicht befreite Bevölkerung: zwei Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung bei maximal vier Euro für zwei oder mehrere Medikamente;
2. Wegen Krankheit oder Einkommen oder nicht hohem Invaliditätsgrad befreite Bevölkerung: ein Euro pro Rezept;
3. Bevölkerung, die steuerrechtlich zu Lasten eines oder beider Elternteile ist: ein Euro für eine verschriebene Medikamentenpackung und zwei Euro für zwei oder mehrere verschriebene Packungen;
4. Bevölkerung mit hohem Invaliditätsgrad oder Kinder, deren Familien wegen Einkommen ticketbefreit sind: kein Ticket.

Mit dem Rundschreiben vom 30. Oktober 2003, Durchführungsverordnung des Landesgesetzes Nr. 7 vom 05.03.2001 „Neuordnungsgesetz des Landesgesundheitsystems“, fand die Ticketbefreiung für Bürger mit einigen seltenen Krankheiten (Lymphödem und Fibromyalgie) Anwendung.

Die nachstehenden Analysen des Medikamentenverbrauchs in der Provinz Bozen im Jahr 2004 beziehen sich auf die Medikamente zu Lasten des NGD; ausgeschlossen sind also die Pharmaka, die vollständig zu Lasten der Bürger sind. Die Informationsquellen der Datenerfassung sind:

- das Amt für Gesundheitssprengel (Anzahl der Apotheken und deren Gebietsverteilung, Anzahl der Rezepte, Gesamtausgaben pro Sanitätsbetrieb und deren Zusammensetzung);
- das Verbuchungsamt für Rezepte des Sanitätsbetriebs Bozen (es stellt die anonymen Daten der Medikamentenverschreibung der Apotheken im Landesgebiet bereit, zusammen mit den Informationen über die meldeamtlichen Daten der Kunden).

Im Jahr 2004 wurden insgesamt 2.511.452 Rezepte ausgestellt, was einem Anstieg auf Landesebene von 2,8% im Vergleich zum Vorjahr entspricht; der deutlichste Zuwachs (3,8%) war in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck zu verzeichnen.

Tabelle 48: **Allgemeine Indikatoren für den Medikamentenverbrauch nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

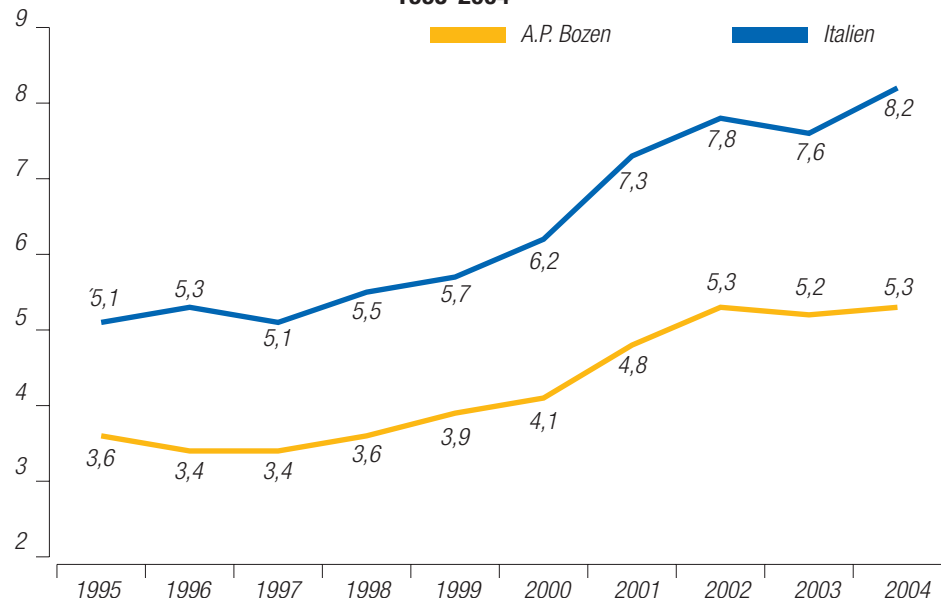
	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>	<i>Provinz</i>
<i>Rezepte insgesamt</i>	1.197.952	642.698	329.799	341.003	2.511.452
<i>Rezepte pro Kopf</i>	5,7	5,2	4,9	4,7	5,3
<i>Stück insgesamt</i>	2.430.766	1.264.363	681.470	684.540	5.061.139
<i>Stück pro Kopf</i>	11,5	10,2	10,0	9,5	10,6

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

In Bezug auf die letzten elf Jahre stieg die Pro-Kopf-Anzahl der verschriebenen Medikamente von 1998 bis 2004 sowohl auf gesamtstaatlicher als auch auf Landesebene fortlaufend an; die Werte der Provinz Bozen lagen dabei jedoch konstant unter dem nationalen Durchschnitt.

Im Jahr 2003 kam es in ganz Italien zu einer vorübergehenden Verlangsamung des Wachstumstrends der Verschreibungen aufgrund der zahlreichen Maßnahmen zur Rationalisierung der Ausgaben; auch die Provinz Bozen verzeichnete einen langsameren Anstieg, der für den letzten Dreijahreszeitraum einen Wert von 5,2 Rezepten pro Kopf annimmt.

Abbildung 11: **Durchschn. Rezeptanzahl pro Kopf in der A.P. Bozen und Italien Jahre 1995-2004**



**MEDIKAMENTEN-
VERSCHREIBUNG
(ANZAHL DER
PACKUNGEN)**

Die Anzahl der verschriebenen Medikamentenpackungen belief sich 2004 auf über fünf Millionen Stück (5.061.139), was ca. 10,6 Medikamentenpackungen pro Kopf entspricht. Die höchsten Werte wurden dabei im Sanitätsbetrieb Bozen und die geringsten im Sanitätsbetrieb Bruneck verzeichnet.

**INTERNATIONALE
KLASSIFIKATION DER
MEDIKAMENTE ATC**

Um einen Vergleich zwischen den der Südtiroler Bevölkerung im Jahr 2004 verschriebenen Medikamentenmengen nach den verschiedenen Arten von Pharmaka und Verbrauchsmodalitäten in den Sanitätsbetrieben anstellen zu können, wurden bei der Analyse des Verbrauchs die internationale Klassifikation der Medikamente ATC (Anatomische, Therapeutische, Chemische Klassifikation) und die Standardmenge der verschriebenen Medikamentendosis (DDD - Defined Daily Dose) herangezogen. DDD ist die tägliche Medikamentendosis, die in Bezug auf den aktiven Wirkstoff im Medikament und für eine pharmakologische Behandlungsdauer, die der in einer Packung enthaltenen Medikamentenmenge entspricht, verschrieben wird.

DEFINED DAILY DOSE DDD

Der Indikator DDD/1.000 Einwohner stellt also die durchschnittliche Medikamen-

tenmenge (in Standard-Einheiten) dar, die im Bezugszeitraum (Monat, Halbjahr, Jahr, etc.) pro 1.000 Einwohner verschrieben wird.

Abbildung 12: **Durchschn. Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner) nach Geschlecht und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

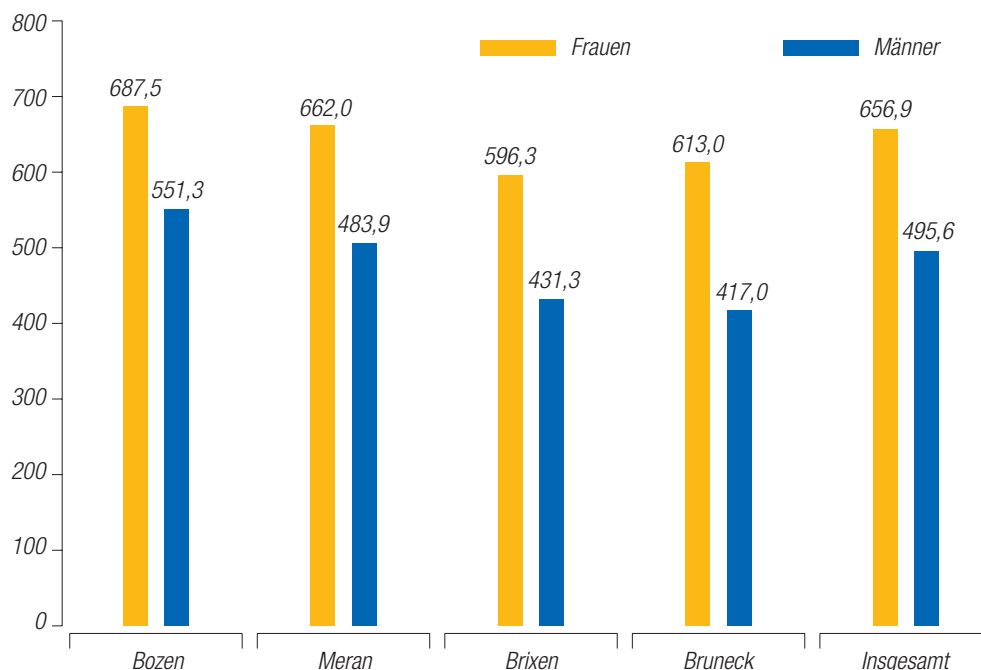
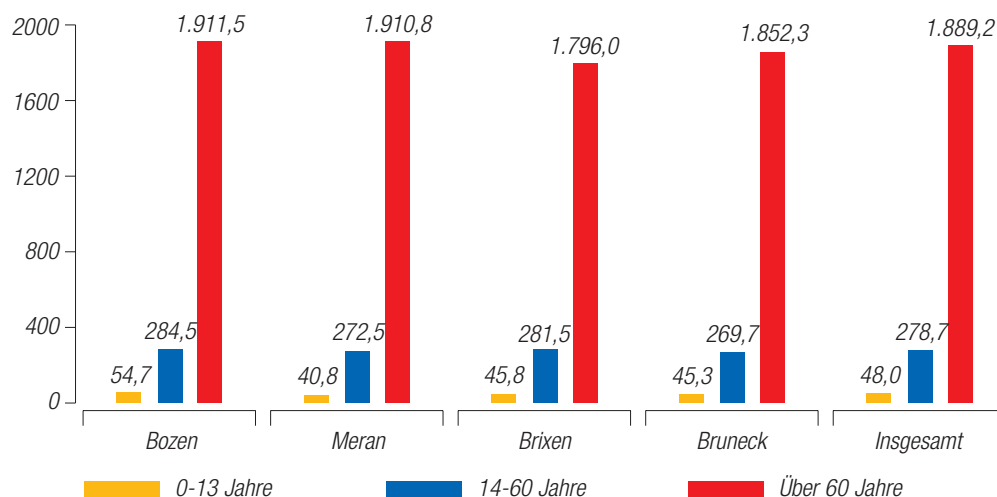


Abbildung 13: **Durchschn. Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner) nach Alter und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**



Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: im Jahr 2004 verbrauchten die Männer durchschnittlich 495 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (9,2 Packungen pro Kopf im gesamten Jahr), während es bei den Frauen durchschnittlich 657 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen waren (11,8 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Datenbank der verschriebenen Medi-

**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH NACH ALTER
UND GESCHLECHT**

kamente in einigen Fällen nicht Informationen über das Geschlecht und/oder Alter enthielt, was somit Differenzen bei der abgegebenen Stückzahl (Tabelle 49) im Vergleich zum Wert von Tabelle 48 ergibt.

Tabelle 49: : Abgegebene Stückzahl nach Alter, Geschlecht und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

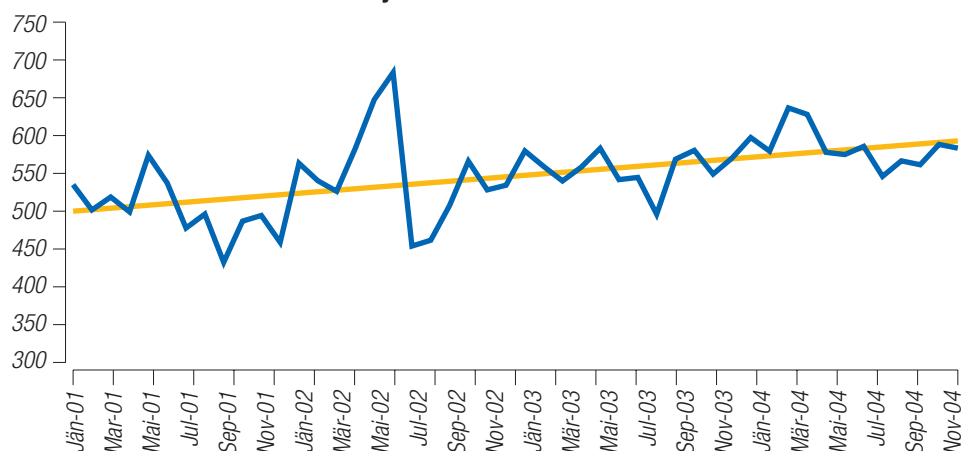
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Männer					
0-13 Jahre	30.989	14.876	10.493	10.771	67.129
14-60 Jahre	305.475	159.172	94.398	88.057	647.102
Über 60 Jahre	720.288	364.467	174.617	185.749	1.445.121
INSGESAMT	1.056.752	538.515	279.508	284.577	2.159.352
Frauen					
0-13 Jahre	27.524	12.491	9.116	9.547	58.678
14-60 Jahre	383.396	217.985	126.870	127.331	855.582
Über 60 Jahre	934.002	498.736	237.487	250.953	1.921.178
INSGESAMT	1.344.922	729.212	373.473	387.831	2.835.438
Insgesamt					
0-13 Jahre	58.513	27.367	19.609	20.318	125.807
14-60 Jahre	688.871	377.157	221.268	215.388	1.502.684
Über 60 Jahre	1.654.290	863.203	412.104	436.702	3.366.299
INSGESAMT	2.401.674	1.267.727	652.981	672.408	4.994.790

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Stark sind auch die Unterschiede im Verbrauch nach Alter: im Kindesalter liegt der durchschnittliche Verbrauch im Jahr 2004 bei rund 70 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Kinder (ungefähr 2 Packungen pro Kind im Jahr), mit Schwankungen zwischen 60 (Bruneck) und 90 (Brixen); im Erwachsenenalter beträgt der durchschnittliche Verbrauch 290 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner (268 Bruneck; 305 Bozen), was rund 5 Packungen pro Kopf im gesamten Zeitraum entspricht; im fortgeschrittenen Alter wächst der Verbrauch erheblich an und erreicht durchschnittlich 1.700 tägliche Dosen pro 1.000 Einwohner (1.600 Brixen; 1.737 Bozen), was ca. 32 Packungen pro Kopf im Jahr gleichkommt.

Der Trend der letzten Jahre in den vier Sanitätsbetrieben hält auch weiterhin an, d.h. es lassen sich starke Unterschiede im Verbrauch nach Alter und Geschlecht der Patienten feststellen: von den ca. 4.843.106 in der Provinz im Jahr 2003 verteilten Stück waren 57,5% für Frauen bestimmt, in 63,9% der Fälle im Alter von über 60 Jahren.

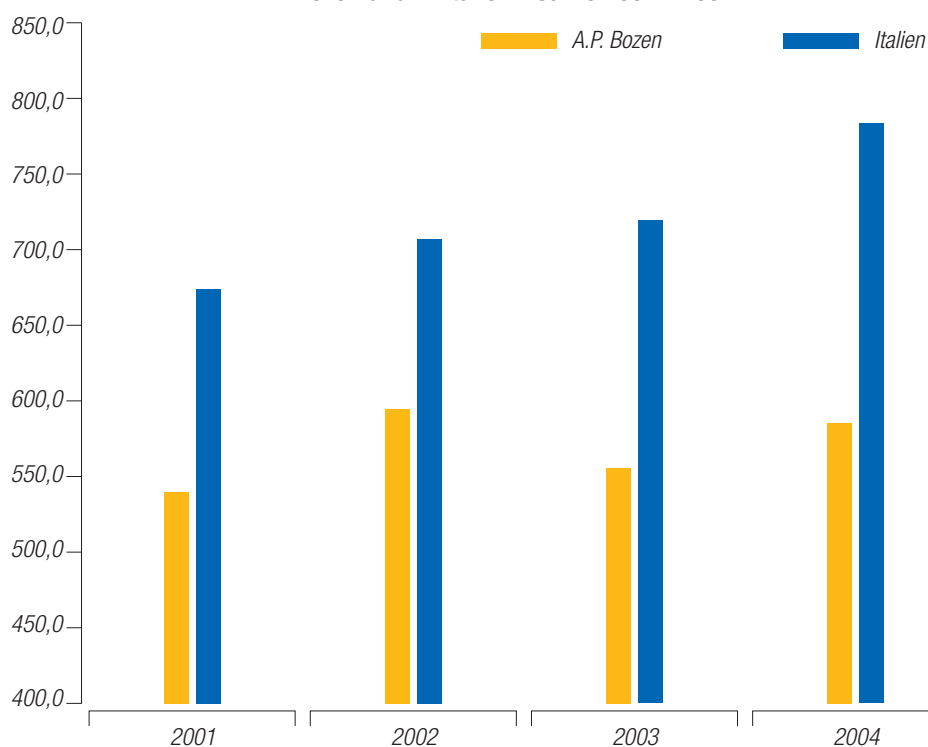
Abbildung 14: **Durchschn. Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Einwohner im Vierjahreszeitraum - 2004**



Der tägliche Medikamentenverbrauch pro 1.000 Südtiroler Einwohner im Vierjahreszeitraum 2001 - 2004 verläuft ansteigend und variiert je nach Monat. Im Jahr 2002 sind außerdem Spitzenwerte bei der Medikamentenabgabe im Juni zu verzeichnen, gefolgt von einem Rückgang des Verbrauchs im Juli, als der Beschluss der Landesregierung Nr. 1862 vom 27.05.02 über die Ticketeinführung für Medikamente in Kraft trat.

**MEDIKAMENTE IM VIER-
JAHRESZEITRAUM
2001-2004**

Abbildung 15: **Durchschn. Medikamentenverbrauch (DDD pro 1.000 Einwohner) in der A. P. Bozen und in Italien - Jahre 2001 - 2004**



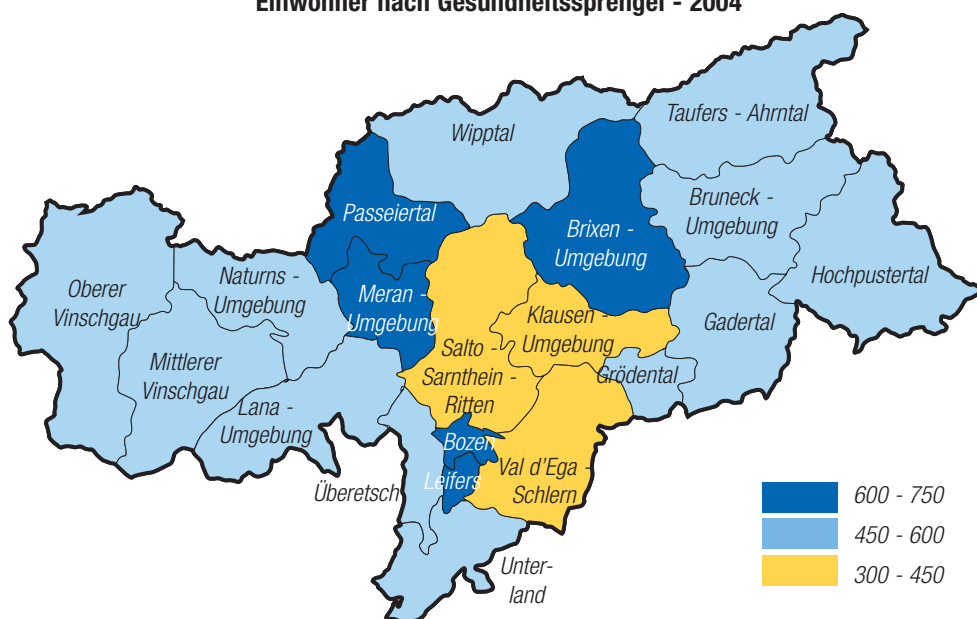
Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Verlauf verzeichnet der Medikamentenverbrauch auf Landesebene in den letzten beiden Jahren einen weniger starken

**GEWICHTESYSTEM
AUFGRUND DER
DEMOGRAPHISCHEN
MERKMALE**

Anstieg, wodurch sich die Schere zwischen dem durchschnittlichen Verbrauch auf Staats- und Landesebene zusätzlich erweitert (Abbildung 15).

Zur Beseitigung der Unterschiede im Medikamentenverbrauch auf der Grundlage der demographischen Merkmale der Bevölkerung (Geschlecht und Alter) im Vergleich zwischen den Gesundheitssprengeln und Sanitätsbetrieben wurde ein Gewichtesystem eingeführt, das von der Planungsabteilung des Gesundheitsministeriums für die Aufteilung der Pro-Kopf-Quote des Nationalen Gesundheitsfonds (NGF) benutzt wird.

Abbildung 16: **Durchschn. Anzahl der täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Einwohner nach Gesundheitssprengel - 2004**



Der Medikamentenverbrauch auf Sprengelzebene hebt eine hohe Inanspruchnahme der Pharmakotherapie in den dicht besiedelten Wohngebieten (mit Ausnahme von Bruneck) hervor, während die Gesundheitssprengel Salten-Sarnthal-Ritten, Eggen-Schlern und Klausen von einem minderen Medikamentenverbrauch im Vergleich zu den anderen Gebieten gekennzeichnet sind.

Für einige Medikamente wurden die Informationen über den verschreibenden Arzt nicht in die Datenbank eingegeben; dadurch ergeben sich Differenzen in der insgesamt vom Amt für Gesundheitssprengel des Ressorts für Gesundheit erfassten Packungen (Tabelle 48) gegenüber dem Wert von Tabelle 50.

Tabelle 50: **Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl) nach ATC und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	Angegebene Stückzahl				
Herz-Kreislaufsystem	1.001.373	529.981	239.781	264.110	2.035.245
Gastrointestinaltrakt	296.751	148.967	79.438	67.838	592.994
Nervensystem	232.022	117.154	80.866	91.189	521.231
Blut und blutbildende Organe	164.399	103.051	46.350	52.837	366.637
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	148.822	83.958	52.038	50.024	334.842
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	157.650	78.695	47.310	46.849	330.504
Muskel- und Skelettsystem	145.913	82.871	44.763	38.969	312.516
Respirationstrakt	113.620	50.677	26.741	22.174	213.212
Systemische Hormonpräparate	76.895	47.803	22.005	26.809	173.512
Sinnesorgane	46.207	18.413	6.980	6.992	78.592
Zytostatika	30.425	13.748	6.525	7.527	58.225
Dermatologika	16.410	8.146	4.893	4.921	34.370
Antiparasitäre Pharmaka	9.416	2.847	1.574	1.198	15.035
Verschiedene	396	248	39	152	835
INSGESAMT	2.440.299	1.286.559	659.303	681.589	5.067.750

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Die Verteilung der durchschnittlich pro 1.000 Einwohner Südtirols im Jahr 2004 verschriebenen täglichen Medikamentenmengen nach der therapeutischen Gruppe ATC zeigt auf den ersten fünf Plätzen die Medikamentengruppen für das Herz-Kreislaufsystem, für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwechsel, für den Urogenitaltrakt und die Sexualhormone, für das Blut und die blutbildenden Organe und für das zentrale Nervensystem.

Tabelle 51: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner pro Tag) nach ATC und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
	DDD/1.000 Einwohner pro Tag				
Herz-Kreislaufsystem	277,5	268,6	220,6	236,2	261,7
Gastrointestinaltrakt	60,4	54,2	55,8	48,0	56,4
Blut und blutbildende Organe	48,1	57,3	51,7	55,2	52,0
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	44,4	46,3	55,4	48,8	47,0
Zentrales Nervensystem	45,5	39,2	49,8	60,3	46,6
Muskel- und Skelettsystem	35,4	36,9	38,7	31,5	35,7
Respirationstrakt	33,5	27,4	26,2	20,6	29,1
Systemische Hormonpräparate	22,1	25,3	23,4	28,5	24,0
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	12,2	10,5	12,4	11,7	11,7
Sinnesorgane	14,0	9,9	6,9	6,4	10,9
Zytostatika	7,2	5,1	4,5	4,6	5,9
Dermatologika	3,8	3,4	3,7	3,6	3,7
Antiparasitäre Pharmaka	1,0	0,4	0,4	0,3	0,7
Verschiedene	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
INSGESAMT	605,3	584,7	549,6	556,0	585,5

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Die Sanitätsbetriebe der Provinz verzeichnen Unterschiede beim Medikamentenverbrauch vor allem zwischen den süd-westlichen Gebieten (Sanitätsbetriebe Bozen und Meran) und nord-östlichen Gebieten (Sanitätsbetriebe Brixen und

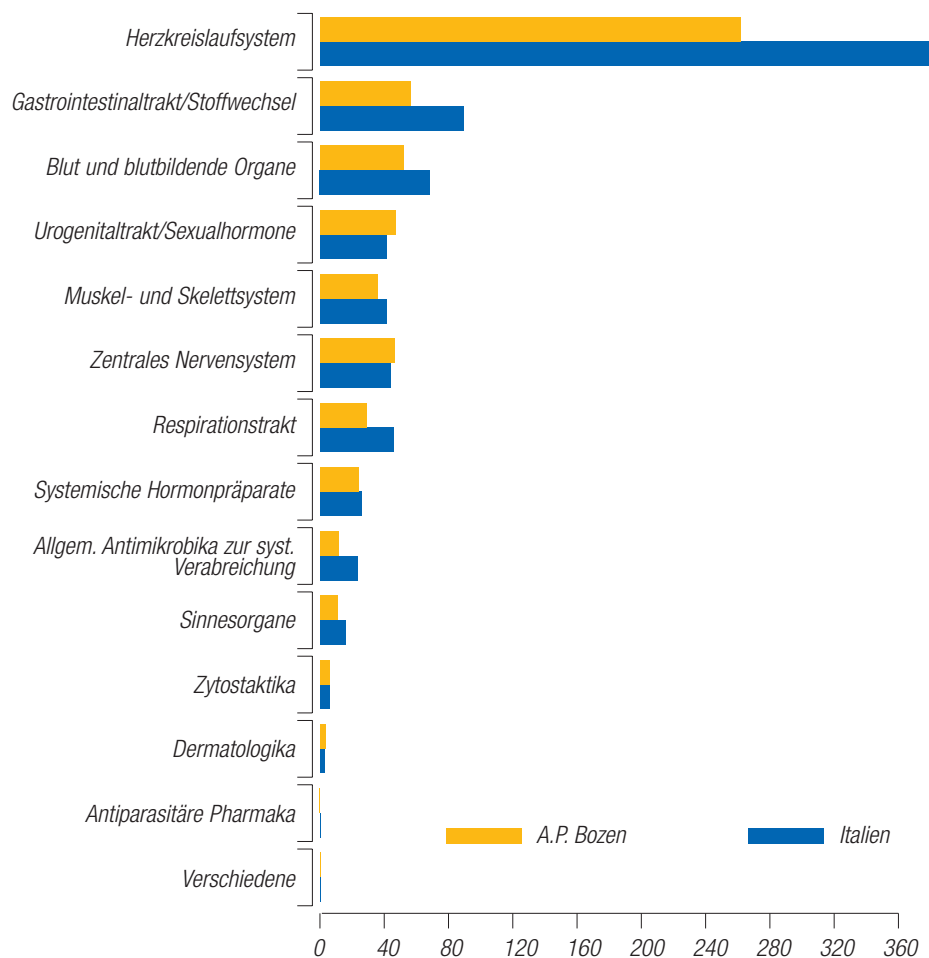
**MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH**

(DDD/1.000 EINW./TAG)

Bruneck). Bei den Ersteren lässt sich eine größere Inanspruchnahme von Pharmakotherapien für das Herz-Kreislaufsystem, die Sinnesorgane und den Respirationstrakt beobachten, während in Brixen und Bruneck die meisten Verschreibungen Medikamente für den Urogenitaltrakt betreffen.

Zwischen dem restlichen Staatsgebiet und der Südtiroler Bevölkerung sind Unterschiede zu erkennen: auf gesamtstaatlicher Ebene ist der Zugriff auf Medikamente für das Herzkreislaufsystem, den Urogenitaltrakt, das Blut und die blutbildenden Organe und den Respirationstrakt stärker als in der Provinz Bozen. Im gesamtstaatlichen Vergleich wird ein gleichmäßiger Verbrauch für die therapeutischen Gruppen des Muskel- und Skelettsystems, des zentralen Nervensystems und des Respirationstraktes verzeichnet, während auf Provinzebene gerade hier Unterschiede im Verbrauch aufscheinen.

Abbildung 17: Verteilung DDD/1.000 Einwohner - A.P. Bozen und Italien - 2004



2.4.3. Die Ausgaben für Medikamente

Die allgemeinen, von der Autonomen Provinz Bozen getragenen Bruttoausgaben für die über die Apotheken verteilten Medikamente erreichten im Jahr 2004 fast 85 Millionen Euro, was einem Anstieg von 6,6% gegenüber 2003 entspricht (der gesamtstaatliche Durchschnitt beträgt 9,3%).

Die allgemeinen Bruttoausgaben für Medikamente umfassen nur die von den konventionierten Apotheken dem Verbuchungsamt für Rezepte des Sanitätsbetriebs Bozen gesendeten Rezepte. Der Gesamtbetrag der Tickets entspricht der tatsächlichen Beteiligung der Versorgten an den Ausgaben des Landes für Arzneimittel; gegenüber 2003 ist der Beitrag der Südtiroler Bürger an den Medikamentenausgaben um 1% gesunken, auf gesamtstaatlicher Ebene um durchschnittlich 6,5%.

Tabelle 52: Ausgaben für konventionierte Medikamente - A.P. Bozen und Italien - Jahre 2003-2004

Tausend Euro	Jahr 2003		Jahr 2004		Differenzen % 2003-2004	
	A.P. BZ	Italien	A.P. BZ	Italien	A.P. BZ	Italien
Bruttoausgaben	79.408,36	12.348.300,00	84.651,02	13.492.272,85	6,6	9,3
Ticket	4.550,88	641.400,00	4.506,98	600.017,19	-1,0	-6,5
Rabatt Apotheken	4.334,26	617.400,00	6.183,24	910.720,67	42,7	47,5
Nettoausgaben zu Lasten des NGD	70.523,22	11.089.200,00	73.960,80	11.981.534,99	4,9	8,0

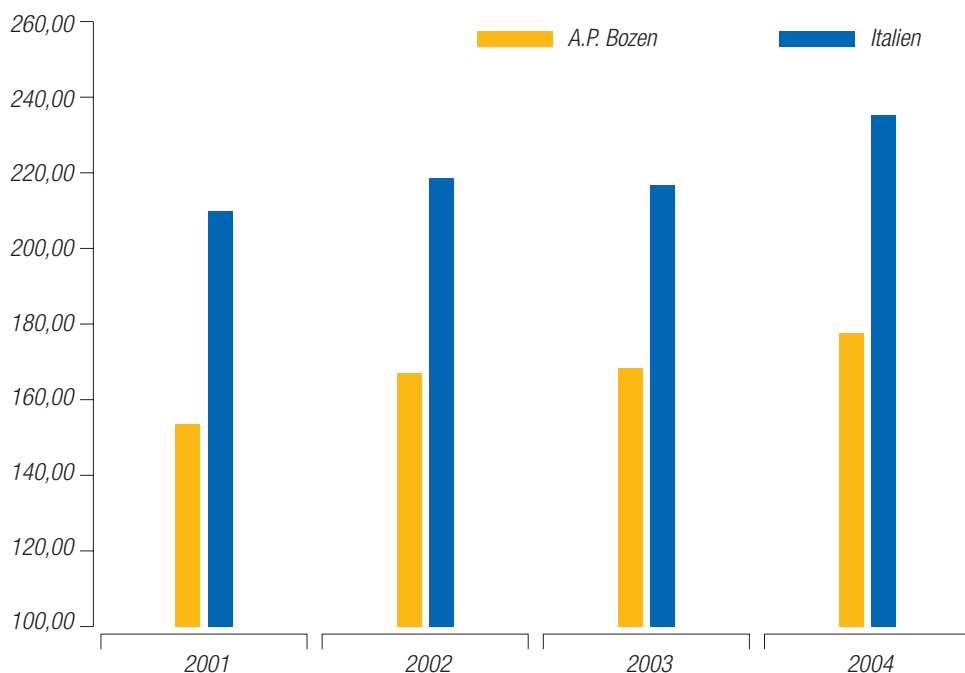
Quelle: A.P.B. - Amt für Gesundheitssprengel; Nationale Beobachtungsstelle über den Einsatz der Medikamente

Der Anstieg der Ausgaben für Medikamente hängt mit dem Zuwachs der verschriebenen Rezepte von 2,8% gegenüber 2003 sowie mit den höheren durchschnittlichen Rezeptkosten zusammen, welche der NGD zur Verteilung der verschriebenen Medikamente im Jahr 2004 im Vergleich zum Vorjahr zu tragen hatte.

**BRUTTOAUSGABEN FÜR
DIE PHARMAZEUTISCHE
VERSORGUNG**

**BRUTTO- UND
NETTOAUSGABEN FÜR
MEDIKAMENTE**

Abbildung 18: **Bruttoausgaben für Medikamente pro Kopf in der A.P. Bozen und in Italien
Jahre 2001 - 2004**



Gemäß den nationalen Bestimmungen müssen die Apotheken dem Nationalen/Landesgesundheitsdienst einen Rabatt auf die auf den Packungen angegebenen Preise gewähren; zieht man von den Bruttoausgaben den von den Bürgern gezahlten Ticketbetrag und den Rabatt der Apotheken ab, erhält man die allgemeinen Nettoaussgaben, die dem Betrag entsprechen, den die Autonome Provinz Bozen den Apotheken rückerstattet.

Im Jahr 2004 nahmen die Nettoaussgaben des Landesgesundheitsdienstes im Vergleich zum Vorjahr um 4,9% zu; die beträchtlichsten Anstiege sind in den Sanitätsbetrieben Meran und Bruneck zu verzeichnen (5,6% bzw. 5,8%), die geringsten im Sanitätsbetrieb Bozen (2,4%).

Tabelle 53: : Indikatoren für die Ausgaben für die konventionierten Medikamente nach Sanitätsbetrieb -Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Indikatoren für die Ausgaben für Medikamente					
Bruttoausgaben (Tausend Euro)	42.082,18	20.898,80	10.189,02	11.481,01	84.651,02
Tickets (Tausende Euro)	2.170,49	1.134,66	600,06	601,77	4.506,98
Rabatt Apotheken (Tausend Euro)	3.189,02	1.495,12	722,04	777,07	6.183,24
Nettoausgaben zu Lasten den NGD (Tausend Euro)	36.722,67	18.269,03	8.866,93	10.102,17	73.960,80
Nettoausgaben pro Kopf abzüglich des Alters (Euro)	166,37	147,49	138,16	149,65	155,29
Durch. Bruttoausgaben pro DDD (Euro)	0,86	0,79	0,79	0,84	0,83
Änderung in Prozent 2003-2004					
Bruttoausgaben	5,1	8,2	7,6	8,3	6,6
Tickets	-1,1	-1,1	-0,1	-1,2	-1,0
Rabatt Apotheken	38,4	50,2	42,5	47,3	42,7
Nettoausgaben zu Lasten d. NGD	3,4	6,4	6,0	6,7	4,9
Nettoausgaben pro Kopf abzüglich des Alters	2,4	5,6	4,6	5,8	3,9
Durch. Bruttoausgaben pro DDD	-0,6	1,7	1,2	0,1	0,3

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

Der Landesgesundheitsdienst gab durchschnittlich 155 Euro pro Kopf für die pharmazeutische Versorgung aus (34% weniger im Vergleich zum nationalen Durchschnitt mit 235 Euro). Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben entstanden im Sanitätsbetrieb Bozen mit 166,37 Euro, die niedrigsten im Sanitätsbetrieb Brixen mit 138,16 Euro.

Die territoriale Verteilung nach Region und Sanitätsbetrieb des durchschnittlichen täglichen Medikamentenverbrauchs (DDD/1.000 Einwohner pro Tag) im Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten pro DDD ermöglicht einige interessante Betrachtungen über den Medikamentenverbrauch sowohl in Bezug auf die Menge als auch aus wirtschaftlicher Hinsicht.

Die folgenden Graphiken stellen eine in vier Quadranten eingeteilte Zone dar, die durch die Schnittpunkte des durchschnittlichen Tageskonsums auf gesamtstaatlicher Ebene (Provinzebene) und der durchschnittlichen gesamtstaatlichen Kosten (Kosten auf Landesebene) pro DDD-Einheit festgelegt werden. Die Regionen (Sanitätsbetriebe und Gesundheitssprengel) ordnen sich innerhalb der Quadranten nach der durchschnittlichen, im Jahr 2003 pro Tag eingenommenen Medikamentenmenge in DDD-Standard-Einheiten und nach den Einheitskosten pro eingenommene Dosis an.

**DURCHSCHNITTLICHER
TÄGLICHER
MEDIKAMENTEN-
VERBRAUCH NACH
DURCHSCHNITTLICHEN
EINHEITSKOSTEN PRO
TÄGLICHE DOSIS**

Abbildung 19: Nationaler Vergleich durchschn. DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einw./Tag - Jahr 2004



MEDIKAMENTENKOSTEN
IM VERHÄLTNIS ZUM
VERBRAUCH.
ÜBERREGIONALER
VERGLEICH

Die nördlichen Regionen und die Regionen Marken, Abruzzen und Molise sind gekennzeichnet von einem Medikamentenverbrauch und Einheitskosten pro Tagesdosis, die unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegen. Die Region Trentino-Südtirol weist den geringsten Konsum auf gesamtstaatlicher Ebene auf, während die Region Umbrien die niedrigsten Einheitskosten verzeichnet. Die Regionen Süditaliens kennzeichnen sich durch hohe und teure Medikamentenkonsume.

MEDIKAMENTENKOSTEN
IM VERHÄLTNIS ZUM
VERBRAUCH.
ÜBERBETRIEBLICHER
VERGLEICH

Medikamentenkosten im Verhältnis zum Verbrauch. Überbetrieblicher Vergleich
Auf Landesebene wird im Sanitätsbetrieb Bozen der höchste und teuerste Verbrauch verzeichnet, insbesondere in dicht besiedelten Wohngebieten (Sprengel Bozen und Leifers-Branzoll-Pfatten); die Sanitätsbetriebe Meran und Brixen kennzeichnen sich durch Werte unter dem Landesdurchschnitt, mit Ausnahme der Sprengel Meran, Passeiertal und Brixen, die sich in die Zonen mit dem höchsten Verbrauch zu geringsten Kosten einordnen.

Abbildung 20: Landesvergleich durchschn. DDD-Kosten (Euro) und DDD/1.000 Einw./Tag - Jahr 2004



Tabelle 54: Bruttoausgaben für den Medikamentenverbrauch nach ATC-Kategorie und Sanitätsbetrieb (absolute Werte und Prozentwerte) - Jahr 2004

(Euro)	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Absolute Werte					
Gastrointestinaltrakt	4.562.103,96	2.447.096,27	1.307.101,01	1.114.214,24	9.430.515,48
Blut und blutbildende Organe	2.023.145,13	833.421,78	398.772,64	593.238,12	3.848.577,67
Herzkreislaufsystem	13.626.164,56	7.292.931,42	2.881.194,13	3.442.625,70	27.242.915,81
Dermatologika	175.849,69	105.772,15	64.560,16	73.632,07	419.814,07
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	2.314.263,29	1.196.318,59	720.024,35	778.539,49	5.009.145,72
Systemische Hormonpräparate	1.722.337,85	567.565,32	433.151,67	472.494,61	3.195.549,45
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	2.878.191,40	1.533.598,52	811.387,46	781.654,28	6.004.831,66
Zytostatika	3.619.523,18	1.364.205,21	674.114,30	805.311,20	6.463.153,89
Muskel- und Skelettsystem	2.629.493,26	1.509.032,60	744.567,40	690.942,81	5.574.036,07
Zentrales Nervensystem	5.369.793,65	2.435.664,71	1.463.107,46	2.121.925,02	11.390.490,84
Antiparasitäre Pharmaka	66.347,34	19.355,19	11.351,61	10.087,61	107.141,75
Respirationstrakt	2.391.720,38	1.268.195,58	578.790,00	461.593,47	4.700.299,43
Sinnesorgane	580.461,41	256.518,38	79.366,74	92.015,72	1.008.362,25
Verschiedene	83.489,29	49.991,15	9.623,50	27.000,56	170.104,50
INSGESAMT	42.042.884,39	20.879.666,87	10.177.112,43	11.465.274,90	84.564.938,59
Prozentwerte					
Gastrointestinaltrakt	10,9	11,7	12,8	9,7	11,2
Blut und blutbildende Organe	4,8	4,0	3,9	5,2	4,6
Herzkreislaufsystem	32,4	34,9	28,3	30,0	32,2
Dermatologika	0,4	0,5	0,6	0,6	0,5
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	5,5	5,7	7,1	6,8	5,9
Systemische Hormonpräparate	4,1	2,7	4,3	4,1	3,8
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	6,8	7,3	8,0	6,8	7,1
Zytostatika	8,6	6,5	6,6	7,0	7,6
Muskel- und Skelettsystem	6,3	7,2	7,3	6,0	6,6
Zentrales Nervensystem	12,8	11,7	14,4	18,5	13,5
Antiparasitäre Pharmaka	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Respirationstrakt	5,7	6,1	5,7	4,0	5,6
Sinnesorgane	1,4	1,2	0,8	0,8	1,2
Verschiedene	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

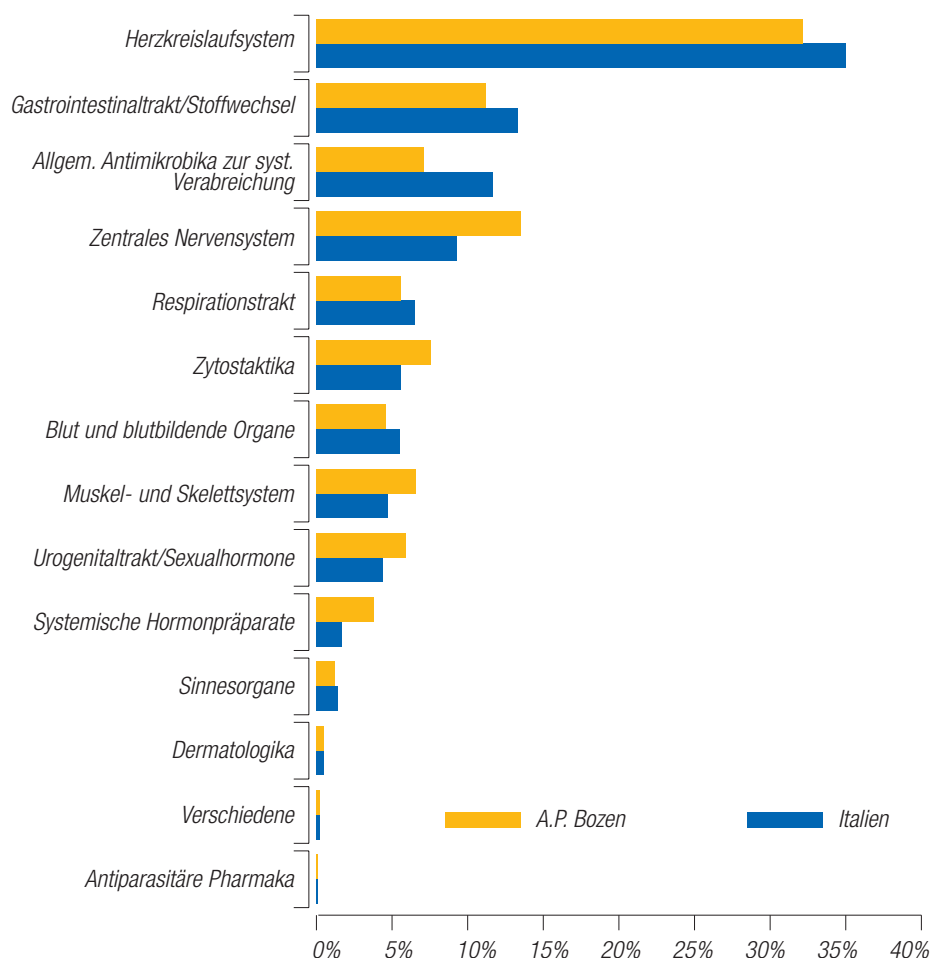
Die prozentmäßige Verteilung der Landesbruttoausgaben für die pharmazeutische Versorgung nach Hauptkörperteilen ATC setzt die Medikamentenausgaben für das Herzkreislaufsystem (32,2%) an die erste und jene für das zentrale Nervensystem (13,5%) an die zweite Stelle; es folgen die Medikamente für den Gastrointestinaltrakt mit einem Anteil von 11,2%.

Die Informationen über die Art der verschriebenen Medikamente wurden in einigen Fällen nicht in die Datenbank eingegeben; dadurch ergeben sich Differenzen bei den Bruttoausgaben (Tabelle 54) im Vergleich zum Wert von Tabelle 53.

Deutliche Unterschiede gehen aus dem Vergleich zwischen der Provinz und Italien hervor: das Südtiroler Gesundheitswesen trägt prozentmäßig höhere Ausgaben für die Erkrankungen des zentralen Nervensystems, für die Erkrankungen des

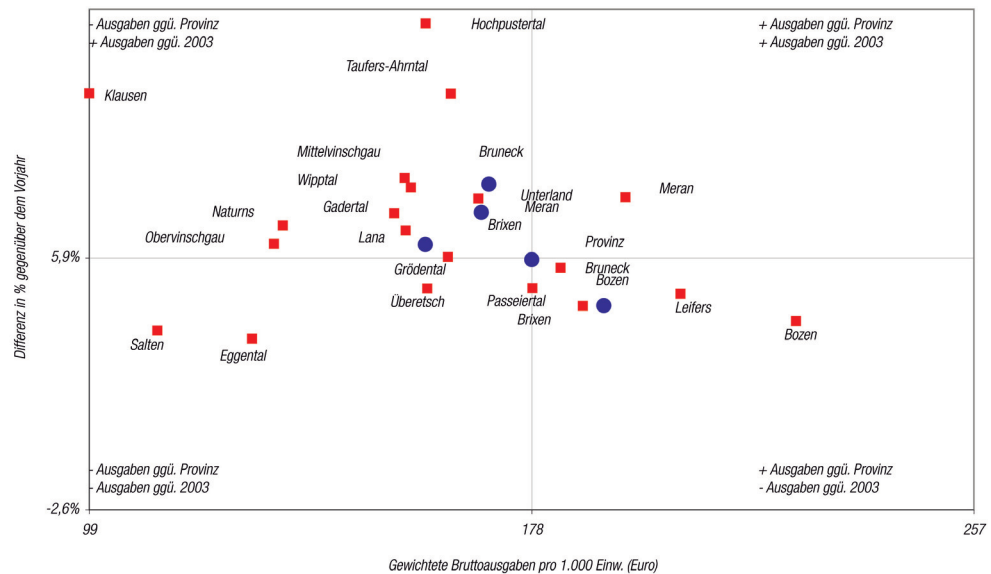
Urogenitaltrakts und des Muskel- und Skelettsystems sowie für Antineoplastika und die systemischen Hormonpräparate gegenüber prozentmäßig niedrigeren Ausgaben für Antimikrobika zur systematischen Verabreichung, Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, Erkrankungen des Respirationstrakts und des Blutes und der blutbildenden Organe.

Abbildung 21: **Prozentmäßige Verteilung der Bruttoausgaben für Medikamente nach ATC-Klasse - A.P. Bozen und Italien - Jahr 2004**



Unterteilt man wie vorher beschrieben eine Zone in vier Quadranten, können die Entwicklung der Bruttoausgaben für Medikamente des Jahres 2004 auf territorialer Ebene und die Abweichungen vom Vorjahr berechnet werden.

Abbildung 22: Landesvergleich der gewichteten Bruttoausgaben pro 1.000 Einwohner und Änderung in % der Bruttoausgaben 2003-2004



Die in Abbildung 22 dargestellte Graphik hebt höhere Medikamentenausgaben in den Städten oder Ortszentren als in ländlichen Gebieten sowie einen Anstieg von rund 14% gegenüber 2003 im Sprengel Hochpustertal hervor; in den Sprengeln Eggental-Schlern und Salten-Sarntal-Ritten wird gegenüber 2003 hingegen ein Anstieg der Bruttoausgaben pro 1.000 Einwohner von 3% verzeichnet.

2.4.4. Die Verschreibung der Medikamente

Die konventionierten Ärzte, d.h. die Ärzte, die ermächtigt sind, die vom Landesgesundheitsdienst ausgegebenen Pharmaka zu verschreiben, können Allgemeinmediziner, Kinderärzte freier Wahl, Krankenhausärzte oder Fachärzte sein.

Der größte Teil der Medikamentenverschreibungen geht auf Allgemeinmediziner zurück, deren Rezepte 84,5% der Verschreibungen in der Provinz insgesamt decken; es folgen die Krankenhausärzte mit 11,8%, die Fachärzte mit 2,2% und die Kinderärzte freier Wahl mit 1,4%.

Tabelle 55: **Medikamentenverbrauch (abgegebene Stückzahl und DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibender Ärztekategorie und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Absolute Werte					
Basisärzte	2.083.811	1.101.487	528.130	529.811	4.243.239
Kinderärzte	34.329	17.668	9.723	8.492	70.212
Krankenhausärzte	243.078	137.393	98.200	116.031	594.702
Fachärzte	54.015	17.352	16.886	23.938	112.191
INSGESAMT	2.415.233	1.273.900	652.939	678.272	5.020.344
DDD / 1.000 Einwohner / Tag					
Basisärzte	523,8	505,3	446,3	436,6	496,2
Kinderärzte	4,4	4,2	4,2	3,7	4,2
Krankenhausärzte	57,1	61,7	82,3	94,2	67,0
Fachärzte	13,4	7,6	11,5	18,6	12,3
INSGESAMT	598,7	578,8	544,2	553,1	579,7

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Auch in diesem Fall führt die Nicht-Angabe des verschreibenden Arztes zu einer Differenz bei der verschriebenen Packungen (Tabelle 55) im Vergleich zum Wert von Tabelle 48.

Tabelle 56: **Medikamentenverbrauch (DDD/1.000 Einwohner/Tag) nach verschreibendem Arzt und Hauptkörperteil - Jahr 2004**

	Allgemeinmed.	Kinderärzte	KH-Ärzte	Fachärzte	Insgesamt
Gastrointestinaltrakt	45,6	0,1	9,9	0,4	55,9
Blut und blutbildende Organe	42,1	0,1	9,0	0,3	51,5
Herz-Kreislaufsystem	241,7	0,1	17,5	0,8	260,2
Dermatologika	2,2	0,1	1,3	0,0	3,5
Urogenitaltrakt/ Sexualhormone	38,4	0,1	6,6	1,0	46,1
Systemische Hormonpräparate	19,7	0,3	3,5	0,3	23,8
Allgem. Antimikrobika zur syst. Verabreichung	7,6	1,2	2,5	0,2	11,6
Zytostatika	4,1	0,0	1,7	0,1	5,9
Muskel- und Skelettsystem	29,3	0,0	5,3	0,4	35,1
Zentrales Nervensystem	34,2	0,1	4,0	7,4	45,7
Antiparasitäre Pharmaka	0,5	0,0	0,1	0,0	0,6
Respirationstrakt	22,8	2,1	2,6	1,4	29,0
Sinnesorgane	7,8	0,0	2,9	0,0	10,8
Verschiedene	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
INSGESAMT	496,2	4,2	67,0	12,3	579,7

Quelle: Sanitätsbetrieb Bozen - Verbuchungsamt für Rezepte

Während der größte Teil der Verschreibungen durch die Allgemeinmediziner und Krankenhausärzte das Herz-Kreislaufsystem und den Gastrointestinaltrakt betrifft, verschreiben die Kinderärzte vorwiegend Antimikrobika und Medikamente für den Respirationstrakt, die Fachärzte vor allem Medikamente für das zentrale Nervensystem.

3. KRANKENHAUSVERSORGUNG

3.1. ERSTE HILFE

Im Jahr 2004 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste insgesamt 211.141 Zugänge, 16,2% davon hatten eine Einweisung ins Krankenhaus zur Folge. Die Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner betrug für das Jahr 2004 443,3, weshalb die Situation auf Landesebene dem gesamtstaatlichen Durchschnitt gleichkommt.

Alle öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen verfügen über einen Erste Hilfe-Dienst. Die Erste Hilfe-Dienste bilden gemeinsam mit dem medizinischen Notrufsystem, dem territorialen Notarztdienst und dem Netz der Departements für Notfälle und dringende Einsätze das landesweite medizinische Notfallsystem, das für die Notfälle und dringenden Einsätze auf Landesebene zuständig ist.

Der Erste Hilfe-Dienst des Krankenhauses Bozen verfügt über einen selbstständigen Stellenplan für Ärzte und wird von einem Arzt der zweiten Leitungsebene geführt. Im Krankenhaus Meran besteht ein Departement für Erste Hilfe und Medizinische Aufnahme, das von einem in Anästhesie und Reanimation spezialisierten Arzt der ersten Leitungsebene geleitet wird. In den anderen Krankenhäusern verfügt die Erste Hilfe über keinen eigenen ärztlichen Stellenplan, sondern ist in interdisziplinärer Form organisiert und wird organisatorisch vom ärztlichen Leiter des Krankenhauses koordiniert.

Alle Erste Hilfe-Dienste verfügen über spezifisches Krankenpflegepersonal, das bei Bedarf durch anderes, von den verschiedenen Abteilungen abwechselnd zur Verfügung gestelltes Krankenpflegepersonal ergänzt wird.

Im Laufe des Jahres 2004 verzeichneten die Erste Hilfe-Dienste der öffentlichen Krankenhäuser der Autonomen Provinz Bozen 211.141 Zugänge.

Da es keine auf Landesebene festgelegten Leitlinien gibt, kann aufgrund der unterschiedlichen internen Organisation und der verschiedenen verwendeten Informationssysteme die Erfassung der Zugänge in den verschiedenen Erste Hilfe-Einrichtungen in den Krankenhäusern sehr unterschiedlich ausfallen.

In der Ersten Hilfe von Bozen werden als Zugänge alle Patienten berechnet, für die ein Erste Hilfe-Bogen angelegt wurde und die von einem diensthabenden Arzt untersucht wurden; in Bruneck umfassen die Zugänge zur Ersten Hilfe auch die nicht dringenden Zugänge.

16,2% der 211.141 Zugänge hatten eine Einweisung ins Krankenhaus zur Folge, wobei die Werte jedoch von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich sind und zwischen 29,4% für das Krankenhaus Schlanders und 5,6% für das Krankenhaus Bruneck (traumatologische und chirurgische Eingriffe) schwanken. Diese

DATENÜBERSICHT

PERSONAL DER ERSTEN HILFE-DIENSTE

ZUGÄNGE ZUR ERSTEN HILFE

Unterschiede sind zum Teil auch auf die verschiedenartigen Datenerfassungsmodalitäten und die Vollständigkeit der Daten der Zugänge, die einen Krankenhaus-aufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

Tabelle 1: **Anzahl der Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser - Jahr 2004**

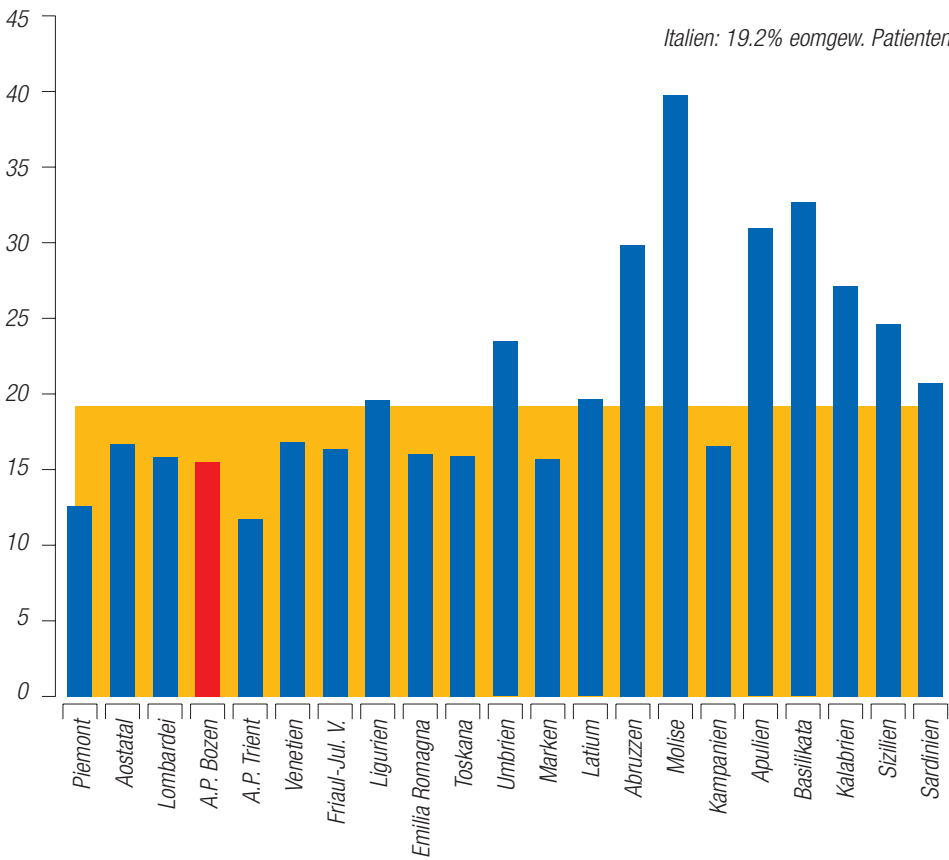
	KH Bozen	KH Meran	KH Schlanders	KH Brixen	KH Sterzing	KH Bruneck	KH Innichen
Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe insgesamt	77.105*	54.052	12.349	23.871	6.919**	29.058**	7.787
Anzahl der Zugänge mit darauffolgender Einwei- sung ins Krankenhaus insgesamt	15.747	6.599	3.633	3.885	690	1.618	2.005
Prozentsatz der einge- wiesenen EH-Patienten an der Anzahl der Zugänge insgesamt	20,4%	12,2%	29,4%	16,3%	10,0%	5,6%	25,7%

* Die Gesamtanzahl der Patienten, für die ein Erste Hilfe-Bogen angelegt wurde und die mindestens einmal von den Erste Hilfe-Ärzten unter-
sucht wurden

** Eingeschlossen die nicht dringenden Zugänge

Quelle: Erste Hilfe-Dienste der Sanitätsbetriebe

Abbildung 1: **Anteil der eingewiesenen Erste Hilfe-Patienten in den italienischen Regionen - Jahr 2003**



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium

Setzt man die Zugänge zu den Erste Hilfe-Diensten mit den Einwohnern der Provinz ins Verhältnis, erhält man einen Indikator, der einen Vergleich der Anfrage an medizinischen Notfallleistungen seitens der Wohnbevölkerung zwischen den vier Sanitätsbetrieben ermöglicht. Da keine Daten über die Zugänge nach Wohnsitz für alle Sanitätsbetriebe vorliegen, wird der Indikator auf der Grundlage aller Zugänge berechnet. Hohe Werte spiegeln somit auch die Zugänge zur Ersten Hilfe seitens der Touristen wider.

Dieser Indikator erreichte auf Landesebene im Jahr 2004 einen Wert von 443,3 Zugängen pro 1.000 Einwohner und liegt somit höher als im Jahr 2003. Im Vergleich mit den anderen italienischen Regionen (Daten 2003 des Gesundheitsministeriums) kommt die Situation auf Landesebene jedoch dem gesamtstaatlichen Durchschnitt gleich.

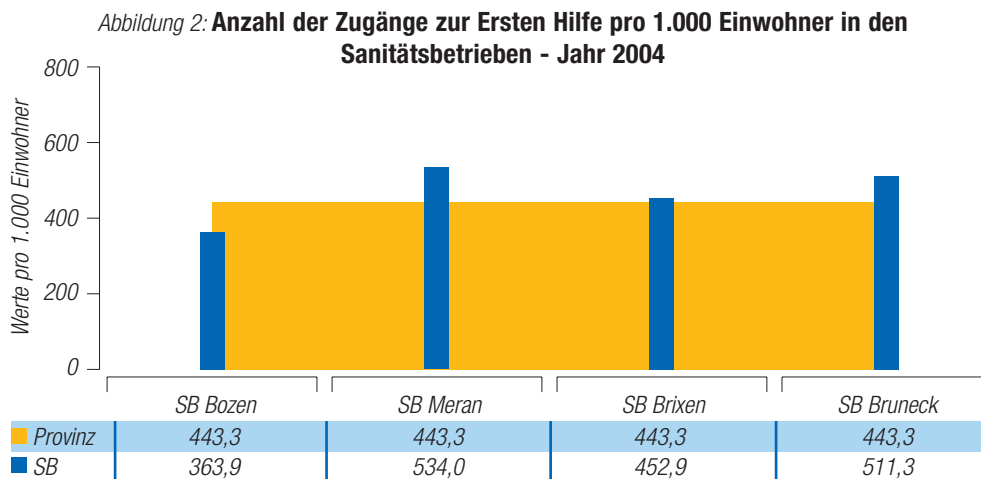
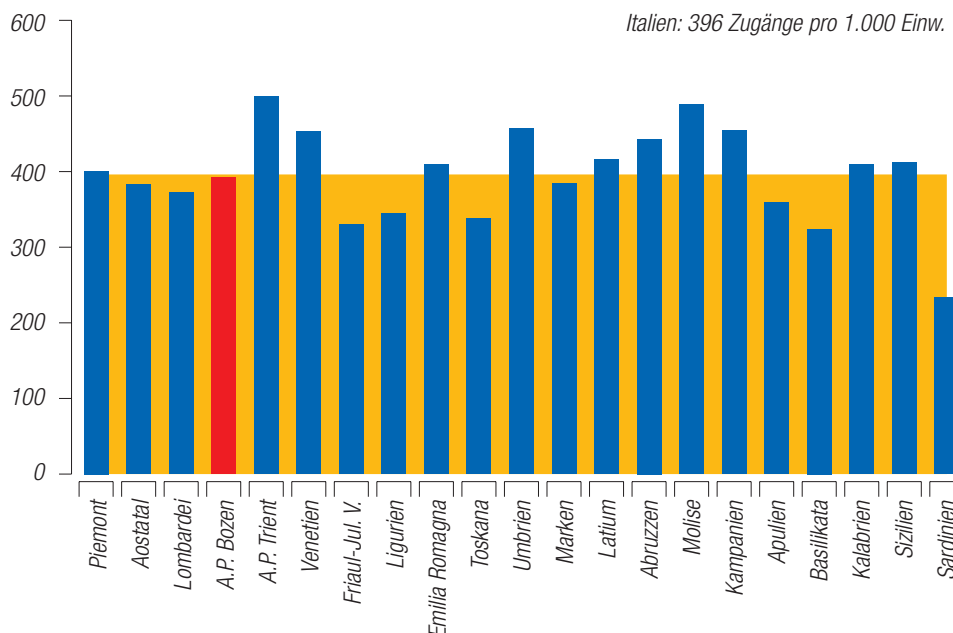


Abbildung 3: Anzahl der Zugänge zur Ersten Hilfe pro 1.000 Einwohner in den italienischen Regionen - Jahr 2003



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium

**MEDIZINISCHE
EINWEISUNGEN AUS DER
ERSTEN HILFE**

Im Jahr 2004 wurden 15.531 dringende medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer bis zu 3 Tagen erhoben. Betrachtet man die Dringlichkeit des Aufenthalts als bezeichnend für die Herkunft aus der Ersten Hilfe, stellt der Anteil dieser Art von Aufenthalten im Vergleich zu den Zugängen insgesamt laut Gesundheitsministerium einen angemessenen Indikator für die Analyse und Messung der Filterfunktion der Ersten Hilfe der Aufenthalte dar. Dieser Indikator nimmt auf Landesebene einen Wert von 73,6 pro 1.000 Zugänge ein und liegt im Krankenhaus Meran mit ca. 43 medizinischen Einweisungen aus der Ersten Hilfe mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen pro 1.000 Zugänge zur Ersten Hilfe am niedrigsten. Die höchsten Werte weisen hingegen die Krankenhäuser Bruneck, Innichen und Schlanders auf (97,8 bzw. 96,7 bzw. 96,0 Aufenthalte pro 1.000 Zugänge).

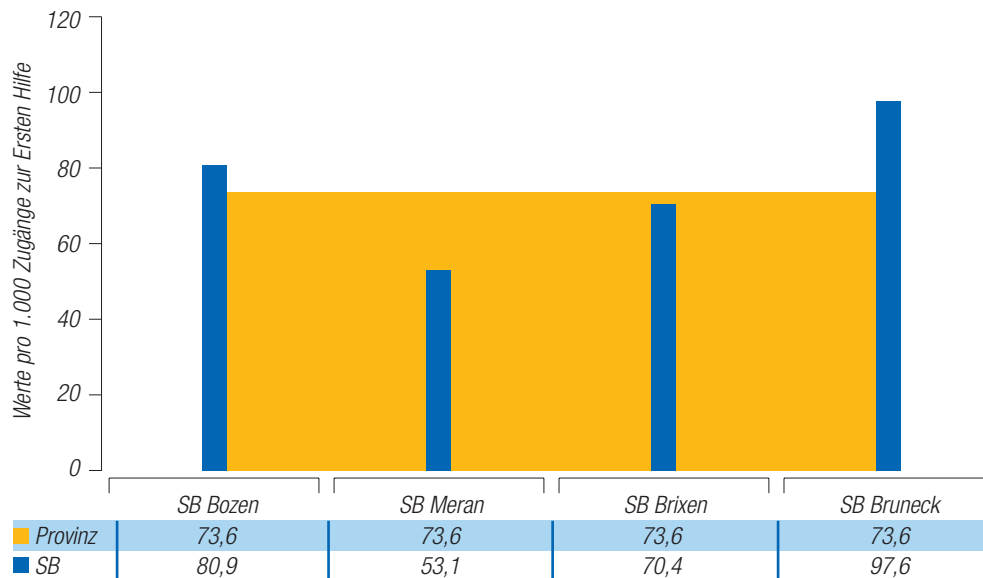
Tabelle 2: Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen - Jahr 2004*

	<i>KH Bozen</i>	<i>KH Meran</i>	<i>KH Schlanders</i>	<i>KH Brixen</i>	<i>KH Sterzing</i>	<i>KH Bruneck</i>	<i>KH Innichen</i>
<i>Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen</i>	6.240	2.342	1.186	1.675	493	2.842	753
<i>Prozentsatz der medizinischen Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen an den medizinischen Einweisungen aus der Ersten Hilfe insgesamt</i>	41,2%	37,9%	38,8%	48,7%	50,3%	47,5%	48,1%
<i>Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit einer Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen an den Zugängen zur Ersten Hilfe insgesamt (pro 1.000)</i>	80,9	43,3	96,0	70,2	71,3	97,8	96,7

*Der Indikator wurde anhand der Informationen der EBK-Datenbank berechnet; als Proxy für die Herkunft aus der Ersten Hilfe wurde die Variable der „Dringlichkeit“ des Aufenthalts verwendet

Quelle: Sanitätsbetriebe - EBK-Archiv

Abbildung 4: Medizinische Einweisungen aus der Ersten Hilfe und Entlassungen mit Aufenthaltsdauer von 0-3 Tagen pro 1.000 Zugänge zur Ersten Hilfe - Jahr 2004



Die folgende Tabelle enthält eine quantitative Übersicht über einige der von den Erste Hilfe-Diensten im Laufe des Jahres 2004 erbrachten Leistungen. Sehr häufig erbrachte, aber derzeit nicht gleichmäßig von den Landesdiensten erfassbare Leistungen (zum Beispiel arterielle Blutentnahme, pharmakologische Therapie der Herzrhythmusstörungen im Ambulatorium, Elektrotherapie der Herzrhythmusstörungen, einfache Verbände, Injektionen oder Infusionen, etc.) wurden nicht angeführt.

LEISTUNGEN DER ERSTE
HILFE-DIENSTE

Tabelle 3: Einige der von den Erste Hilfe-Diensten der öffentlichen Landeskrankenhäuser erbrachten Leistungen - Jahr 2004

	KH Bozen	KH Meran	KH Schlanders	KH Brixen	KH Sterzing	KH Bruneck	KH Innichen
Ärztliche Untersuchung	77.105	54.052	12.349	23.871	6.919*	38.982*	7.787
Periphere Anästhesie- behandlung	3.972	5.303	474	4.762	1.046	2.394	838
Anlegen von Geräten/ Gipsverbänden	8.700	5.828	1.097	2.919	1.226	6.567	1.256
Nähen	4.041	2.444	850	4.432	815	1.799	615
Durchführung kleiner chirurgischer Eingriffe	381	2.305	1.478	329	305	187	348
Instrumentaldiagnostik:							
ECHO	1.930	2.542	149	65	701	1.191	-
EKG	11.953	6.076	1.025	4.107	1.460	2.662	-
SKOPIEN	122	783	19	-	52	25	-
Einfache Wiederbelebung und Defibrillation	83	30	5	11	9	25	11
Impfungen, Tetanus- prophylaxe mit Immun- globulinen	2.372	1.302	483	1.199	815	780	158
Gelenkpunktion	423	226	50	33	85	806	115
Interkostale Thoraxdrainage	15	11	1	12	12	62	-

* Eingeschlossen die nicht dringenden Zugänge

Quelle: Erste Hilfe-Dienste der Sanitätsbetriebe

3.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN IN FORM VON AUFENTHALTEN

Im Jahr 2004 wurden 104.135 Aufenthalte von Akutkranken verzeichnet, davon 80.474 ordentliche Aufenthalte und 23.661 (22,7%) Tagesklinik-Aufenthalte. 94,4% der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern.

Die Landeskrankenanstalten kamen der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 2.128 Betten für Akutkranke (89,4% in öffentlichen Krankenhäusern) nach, die 4,5 pro 1.000 Einwohner entspricht und über dem Standard von 4,5 Betten pro 1.000 Einwohner (einschließlich der Betten für post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege) liegt. Für den Tagesklinik-Betrieb standen 179 Betten zur Verfügung. In den Krankenanstalten waren außerdem 86 Säuglingskrippen vorhanden, 10 davon in den Privatkliniken.

Die Hospitalisierungsrate der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen entsprach 2004 209,3 Aufenthalten von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (161,9 ordentliche Aufenthalte und 47,3 Tagesklinik-Aufenthalte). Trotz der Verminderung um 2,2% gegenüber 2003 liegt die Hospitalisierungsrate noch weit über dem Wert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner, der vom nationalen Plan als Ziel für das Jahr 2007 angegeben wird.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der

Menge der im Gebiet der Provinz produzierten Aufenthalte von Akutkranken und der Anzahl der Aufenthalte von Ansässigen außerhalb der Provinz, ist 2004, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 4.473 (produzierte Aufenthalte=104.135, Verbrauch von Aufenthalten seitens Ansässiger=99.662).

In Bezug auf die Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit werden folgende problematische Aspekte gemeldet:

- Die Bettenauslastungsrate (75,5% für die öffentlichen und privaten Einrichtungen, 78,9% für die öffentlichen Krankenhäuser) liegt auf Landesebene unter dem vom Gesundheitsplan festgelegten Wert von 80%. In einigen Krankenanstalten weist dieser Indikator auf eine übermäßige Bettenausstattung hin.
- Der Case-mix-Index (0,89) liegt unter dem gesamtstaatlichen Standardwert (1,0).
- Die Organisation der Versorgung ist teilweise noch sehr unangemessen, obwohl im Vergleich zum Jahr 2003 Verbesserungen verzeichnet werden.
- Die Inzidenz der „angemessenen“ Tagesklinik-Aufenthalte ist (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003) niedrig.

Betrachtet man alle genannten Punkte, ergibt sich eine Situation, die durch die Umsetzung der vom Landesgesundheitsplan 2000-2002 vorgeschriebenen Bestimmungen folgendermaßen verbessert werden kann:

- Kohärente Anpassung des Personalbestandes der Krankenhäuser durch Verminderung der Bettenanzahl.
- Verstärkte Umwandlung der ordentlichen Aufenthalte in Tagesklinik-Aufenthalte sowie Ausbau der zum Krankenhausaufenthalt alternativen Aufenthaltsformen.
- Reduzierung der Unangemessenheit auch durch immer strengere Kontrollen.
- Erhöhung der Bettenauslastungsrate.
- Reduzierung der passiven Mobilität durch Anpassung der Leistungen und Steigerung der wahrgenommenen und technisch-beruflichen Qualität.
- Neuorganisation der Krankenhausproduktion durch die verstärkte Einführung der Departements.

Die Krankenhausversorgung von Akutkranken wird in der Autonomen Provinz Bozen von den vier Sanitätsbetrieben über die öffentlichen und privaten Krankenanstalten gewährleistet.

Die Landeskrankenanstalten gliedern sich in öffentliche Krankenhäuser, Privatkliniken und eine Pflegestätte.

Die öffentlichen Krankenhäuser werden vom Landesgesundheitsfonds finanziert; der Zugang ist für alle Versorgungsberechtigten kostenlos.

ÖFFENTLICHE KRANKENHÄUSER

Die öffentlichen Krankenhäuser teilen sich wie folgt auf die Sanitätsbetriebe auf:
Sanitätsbetrieb Bozen:

- Zentralkrankenhaus Bozen

Sanitätsbetrieb Meran:

- Schwerpunktkrankenhaus Meran
- Krankenhaus für die Grundversorgung Schlanders

Sanitätsbetrieb Brixen:

- Schwerpunktkrankenhaus Brixen
- Krankenhaus für die Grundversorgung Sterzing

Sanitätsbetrieb Bruneck:

- Schwerpunktkrankenhaus Bruneck
- Krankenhaus für die Grundversorgung Innichen.

PRIVATKLINIKEN

Die Privatkliniken werden normalerweise von Privatpersonen geführt. Einige wurden vorläufig akkreditiert und in den Haushaltsvoranschlag des Gesundheitswesens aufgenommen, wobei die Kosten vom Landesgesundheitsdienst übernommen werden. In diesen erhält der Patient die Leistungen kostenlos, und der Privatklinik wird der einschlägige Tarif für die DRG, die dem Aufenthalt zugeordnet wird, vergütet.

Die Pflegestätte Sarnthein ist eine akkreditierte Einrichtung, in welcher der Aufenthalt für den Patient kostenlos ist.

In den nicht akkreditierten Kliniken zahlen die Patienten direkt die Kosten für den Aufenthalt; es ist jedoch eine Rückerstattung des Tarifs vorgesehen, die von Fall zu Fall entweder vollständig oder teilweise (indirekte Versorgung) erfolgt.

Derzeit arbeiten folgende Privatkliniken in Südtirol:

Sanitätsbetrieb Bozen:

- “Marienlinik”
- Privatklinik “L. Bonvicini” (vorläufig akkreditiert für die Rehabilitation und die post-akute Langzeitpflege)
- Privatklinik “Villa Melitta” (vorläufig akkreditiert für die Rehabilitation und die post-akute Langzeitpflege)
- Pflegestätte Sarnthein

Sanitätsbetrieb Meran:

- Privatklinik “Villa St. Anna” (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Medizin)
- Privatklinik “Martinsbrunn”.

AUFENTHALTE VON AKUTKRANKEN

Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums¹ gelten als Akutkranke die Fälle, die aus anderen Abteilungen als Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugebore-

¹ Jahresbericht über die Krankenhausaufenthalte – Gesundheitsministerium

nen, d.h. die Neugeborenen, die in die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ eingeordnet werden können.

Die vorliegenden Daten sind das Ergebnis der Datenverarbeitung des Landesaufenthaltsarchivs zum 11.05.2005.

3.2.1. Betten für Akutkranke

In den Landeseinrichtungen stehen insgesamt 2.128 Betten für Akutkranke (4,5 pro 1.000 Einwohner) und 86 Säuglingskrippen zur Verfügung.

Tabelle 4: **Betten für Akutkranke (ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) in den Krankenanstalten nach Art, einschließlich der Betten in der Säuglingskrippe - Jahr 2004**

Krankenanstalten	Betten für ordentliche Aufenthalte			TK-Betten	Insgesamt
	Öff.*	Akk. PK	Nicht akkr. PK		
KH Bozen	782	-	-	75**	857
KH Meran	337	-	-	26	363
KH Brixen	228	-	-	20	248
KH Bruneck	208	-	-	24	232
KH Schlanders	120	-	-	6	126
KH Sterzing	73	-	-	7	80
KH Innichen	66°	-	-	7	73
ÖFF. KRANKENHÄUSER INS.	1.814	-	-	165	1.979
Marienklinik	-	-	127*	14	141
PK St. Anna	-	45	11	-	56
PK Martinsbrunn	-	-	18	-	18
Pflegestätte Sarnthein	-	20	-	-	20
PRIVATKLINIKEN	-	65	156	14	235
KRANKENANSTALTEN	1.814	65	156	179	2.214

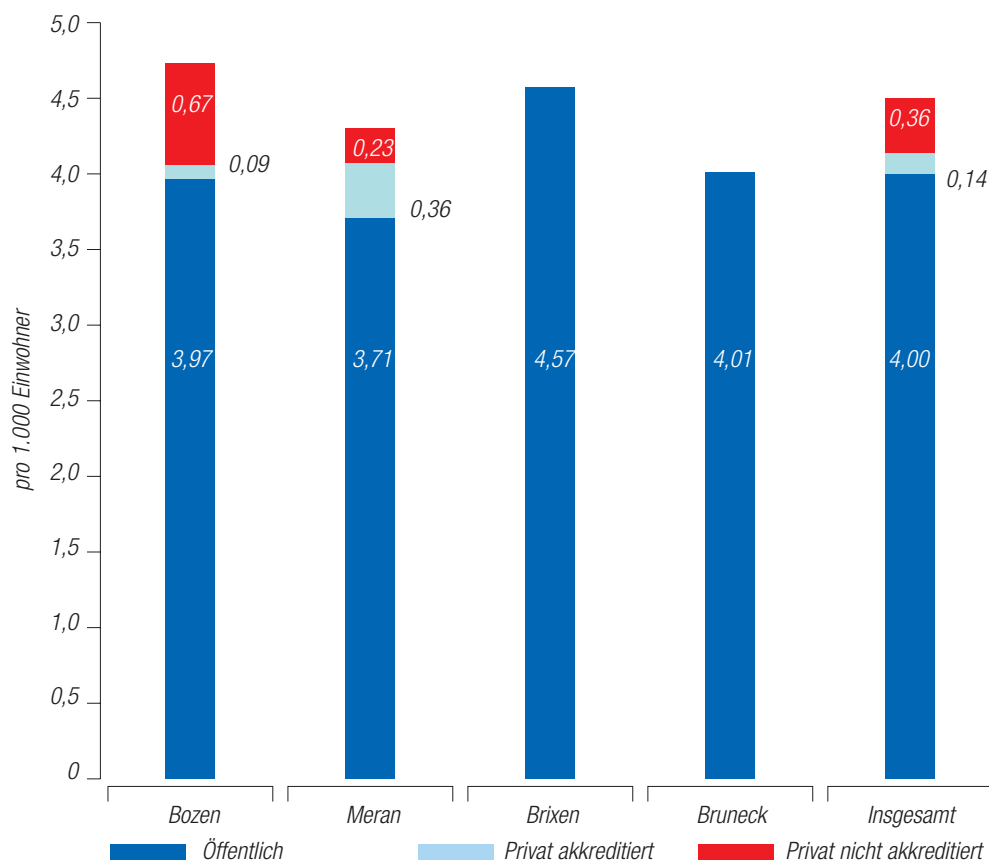
* Einschließlich der Betten in der Säuglingskrippe: 15 in Bozen, 20 in Meran, 10 in Brixen, 10 in Bruneck, 8 in Schlanders, 7 in Sterzing, 6 in Innichen und 10 in der Marienklinik

** In der Abteilung Infektions- und Tropenkrankheiten wurde 1 Bett im November 2004 eingerichtet

° Die Pädiatrieabteilung war vom 05.06.04 bis 27.06.04 geschlossen

Quelle: Sanitätsbetriebe

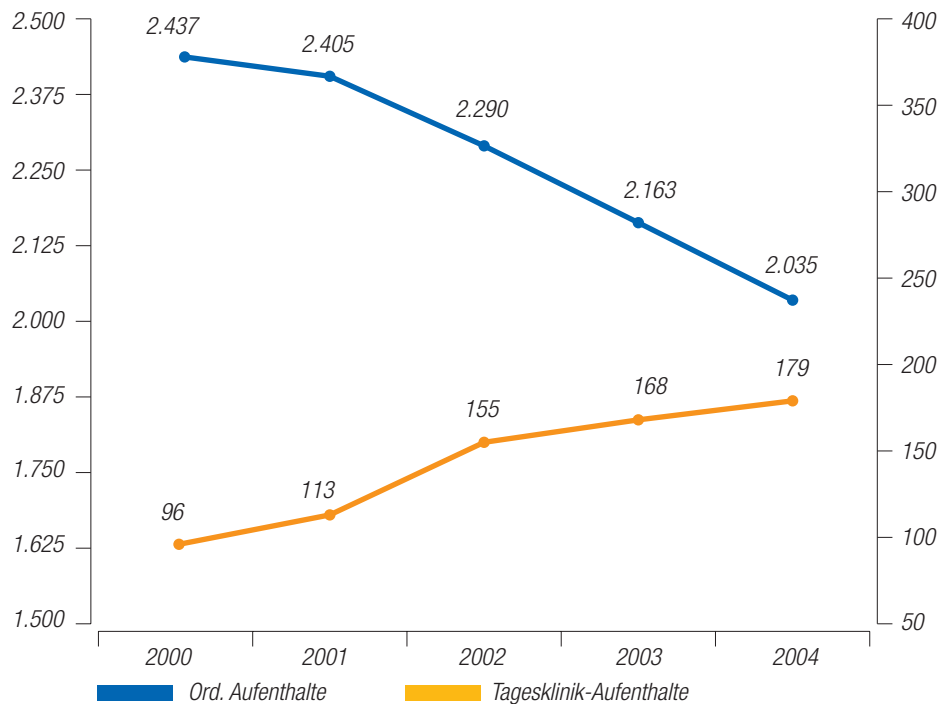
Abbildung 5: Betten für Akutkranke (Ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) (Säuglingskrippen ausgeschlossen) pro 1.000 Einwohner in den Sanitätsbetrieben - Jahr 2004



Die Bettenausstattung in der Provinz Bozen liegt noch über dem Standard von 4,5 Betten pro 1.000 Einwohner (einschließlich der Betten für post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege), der innerhalb 2007 erreicht werden soll².

² Ständige Konferenz für die Beziehungen zwischen Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen – März 2005

Abbildung 6: Betten für Akutkranke (Säuglingskrippen eingeschlossen) (Ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) Pro 1.000 Einwohner in den Krankenanstalten – Jahre 2000-2004



Insgesamt gibt es 2.035 Betten für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken (Säuglingskrippen eingeschlossen), 89,4% davon in öffentlichen Einrichtungen. In den Privatkliniken stehen insgesamt 235 Betten (Säuglingskrippen eingeschlossen) zur Verfügung (10,6% der Gesamtbettenanzahl), die sich ausschließlich in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran befinden. In den öffentlichen und privaten Einrichtungen stehen für den Tagesklinik-Betrieb insgesamt 179 Betten zur Verfügung, was 8,1% der Betten für Akutkranke in der Provinz entspricht, also 0,38 pro 1.000 Einwohner.

Schließt man die Säuglingskrippen aus, sind pro 1.000 Einwohner 4,0 Betten für Akutkranke in öffentlichen Einrichtungen und 0,5 Betten für Akutkranke in privaten Einrichtungen vorhanden.

Tabelle 5: **Betten für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser, Säuglingskrippen eingeschlossen – Jahr 2004**

Kod.	Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Schlanders	Sterzing	Innichen	Insgesamt
5100	Beobachtungsstation	18	-	-	-	-	-	-	18
0800	Kardologie	24	10	-	-	-	-	-	34
0900	Allgemeine Chirurgie	-	37	12	38	28	27	24	166
0901	Chirurgie 1	36	-	-	-	-	-	-	36
0902	Chirurgie 2	35	-	-	-	-	-	-	35
1100	Kinderchirurgie	12	-	-	-	-	-	-	12
1400	Gefäßchirurgie	31	-	9	-	-	-	-	40
5200	Dermatologie	14	3	-	4	-	-	-	21
1800	Hämatologie	18	-	-	-	-	-	-	18
5800	Gastroenterologie	22	-	-	-	-	-	-	22
2100	Geriatric	62	37	-	-	-	-	-	99
2400	Infektions- u. Tropenkrankheiten	18	-	-	-	-	-	-	18
2600	Allgemeine Medizin	-	54	-	47	59	22	20	202
2601	Medizin 1	70	-	42	-	-	-	-	112
2602	Medizin 2	61	-	19	-	-	-	-	80
2900	Nephrologie	15	-	-	-	-	-	-	15
3000	Neurochirurgie	21	-	-	-	-	-	-	21
3200	Neurologie	30	14	-	-	-	-	-	44
3100	Säuglingskrippe	15	20	10	10	8	7	6	76
3400	Augenheilkunde	8	6	-	9	-	-	-	23
3600	Orthopädie u. Traumatologie	62	52	51	47	-	-	-	212
3700	Geburtshilfe u. Gynäkologie	40	37	23	22	18	12	11	163
3800	HNO	24	12	16	-	-	-	-	52
3900	Pediatric	23	16	13	12	7	5	5*	81
6800	Pneumologie	25	-	-	-	-	-	-	25
4000	Psychiatric	24	9	15	13	-	-	-	61
4900	Intensivtherapie	17	8	6	6	-	-	-	37
7300	Intensivtherapie für Säuglinge	24	-	-	-	-	-	-	24
5000	Koronareinheit	8	6	-	-	-	-	-	14
4300	Urologie	25	16	12	-	-	-	-	53
BETTEN FÜR AKUTKRANKE									
INSGESAMT		782	337	228	208	120	73	66	1.814

* Die Pädiatrieabteilung war vom 05.06.04 bis 27.06.04 geschlossen

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 6: Betten für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser - Jahr 2004

Kod.	Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Schlanders	Sterzing	Innichen	Insgesamt
0900	Allgemeine Chirurgie	-	4	3	2	2	2	3	16
0901	Chirurgie 1	1	-	-	-	-	-	-	1
0902	Chirurgie 2	2	-	-	-	-	-	-	2
1100	Kinderchirurgie	2	-	-	-	-	-	-	2
1400	Gefäßchirurgie	2	-	1	-	-	-	-	3
5200	Dermatologie	2	1	-	1	-	-	-	4
1800	Hämatologie	1	-	-	-	-	-	-	1
5800	Gastroenterologie	4	-	-	-	-	-	-	4
2100	Geriatric	15	-	-	-	-	-	-	15
1900	Endokrine, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten	3	-	-	-	-	-	-	3
2400	Infektions- u. Tropenkrankheiten	1*	-	-	-	-	-	-	1
2600	Allgemeine Medizin	-	2	-	5	1	2	2	12
2601	Medizin 1	1	-	4	-	-	-	-	5
2602	Medizin 2	1	-	-	-	-	-	-	1
2900	Nephrologie	1	-	-	-	-	-	-	1
3200	Neurologie	5	1	-	-	-	-	-	6
3400	Augenheilkunde	6	4	-	4	-	-	-	14
6400	Oncologia	4	-	-	-	-	-	-	4
3600	Orthopädie u. Traumatologie	1	4	4	2	-	-	-	11
3700	Geburtshilfe u. Gynäkologie	4	3	2	7	2	1	1	20
3800	HNO	2	2	1	-	-	-	-	5
3900	Pediatric	7	2	1	2	1	2	1	16
6800	Pneumologie	1	-	-	-	-	-	-	1
4000	Psychiatric	7	1	2	1	-	-	-	11
5000	Koronareinheit	-	1	-	-	-	-	-	1
4300	Urologie	2	1	2	-	-	-	-	5
BETTEN FÜR AKUTKRANKE INS.		75	26	20	24	6	7	7	165

* Eingerichtet im November 2004

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 7: Betten für ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken in den Abteilungen der Privatkliniken - Jahr 2004

Kod.	Abteilung	Pflegerst. Sarnthein akkr.	Marienkl. nicht akkreditiert		St. Anna		Martinsbrunn nicht akkr.	Insgesamt	
			ord. Auf.	TK-Auf.	akkr.	nicht akkr.		akkr.	nicht akkr.
0900	Allgemeine Chirurgie	-	16	1	-	11	-	-	28
1400	Gefäßchirurgie	-	11	2	-	-	-	-	13
2600	Allgemeine Medizin	20	29	1	45	-	18	65	48
3100	Säuglingskrippe	-	10	-	-	-	-	-	10
3400	Augenheilkunde	-	6	5	-	-	-	-	11
3500	Odontoiatria e Stomatologia	-	3	-	-	-	-	-	3
3600	Orthopädie u. Traumatologie	-	28	1	-	-	-	-	29
3700	Geburtshilfe u. Gynäkologie	-	13	2	-	-	-	-	15
3800	HNO	-	4	1	-	-	-	-	5
4300	Urologie	-	7	1	-	-	-	-	8
BETTEN FÜR AKUTKRANKE INS.		20	127	14	45	11	18	65	170

Quelle: Privatkliniken

AUFENTHALTE VON NEUGEBORENE

3.2.2. Aufenthalte von gesunden Neugeborenen

Die Erfassung der Krankenhausaufenthalte von Neugeborenen erfolgte seit jeher anhand der EBK, wobei jedoch die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe nicht berücksichtigt werden mussten. Mit MD vom 30.06.1997 wurde die Erhebungspflicht auch auf die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe ausgedehnt. Die Analyse der Aufenthalte von Neugeborenen liefert sowohl aus epidemiologischer Hinsicht als auch in Bezug auf die gesundheitliche Planung nützliche Zahlen.

Als gesunde Neugeborene gelten die in den Krankenhäusern anwesenden Neugeborenen, die der DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ zugeordnet werden können. Außerdem wurden die gesunden Neugeborenen in der Säuglingskrippe als Untergruppe der gesunden, 0 Tage alten (Geburtsdatum gleich Aufnahmedatum) und in der Aufenthaltseinrichtung geborenen Neugeborenen klassifiziert.

Tabelle 8: **Gesunde Neugeborene (Alter 0-28 Tage) in den öffentlichen und privaten Einrichtungen der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2004**

Krankenanstalt	Neugeb. 0 Tage	Neugeb. 1-28 T.	Aufenthaltstage
KH Bozen	1.183	7	3.923
KH Meran	552	5	2.085
KH Brixen	414	17	1.683
KH Bruneck	468	2	2.356
KH Schlanders	318	6	1.577
KH Sterzing	490	3	2.020
KH Innichen	190	1	950
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	3.615	41	14.594
Marienlinik	222	6	1.176
PK St. Anna	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-
PRIVATKLINIEN INSGESAMT	222	6	1.176
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	3.837	47	15.770

Quelle: Sanitätsbetriebe

In den Einrichtungen der Autonomen Provinz Bozen wurden im Jahr 2004 insgesamt 5.591 Kinder geboren, 3.837 (68,6%) wurden gesund geboren oder wurden Diagnoseuntersuchungen unterzogen, die jedenfalls zur Diagnose des unauffälligen Neugeborenen und zur Zuweisung zur DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ geführt haben. Die Zahl der Aufenthalte von Neugeborenen im Alter von 1-28 Tagen betrug hingegen 47.

3.2.3. Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken

In diesem Kapitel wird die Versorgung von Akutkranken in Form ordentlicher Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen beschrieben.

Dafür werden sowohl klassische Indikatoren (durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Bettenauslastungsrate, Turnover-Intervall, Rotationsindex der Betten) verwendet,

die sich nur auf die Zahl der berücksichtigten Ereignisse beziehen, als auch Indikatoren nach dem Kriterium der DRG-Aufenthalte (durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthalts-einheit, durchschnittliches DRG-Gewicht pro Aufenthalt, durchschnittlicher Landestarif pro Aufenthalt, Case-mix-Index und Vergleichsindex Performance), welche die Komplexität der Fälle, die nach dem DRG-Kriterium bewertet wurden, berücksichtigen.

Maßeinheiten für die Erhebung:

- a) **Krankenhausaufenthalt** (oder Entlassung): gesamtes Aufenthaltseignis ab dem Augenblick der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung aus der Krankenanstalt.
- b) **Abteilungsaufenthalt**: Aufenthalt in einer Abteilung ab dem Augenblick des Eingangs des Patienten in die Abteilung durch Aufnahme oder Verlegung aus einer anderen Abteilung bis zum Verlassen der Abteilung wegen Verlegung in eine andere Abteilung oder Entlassung.

Im Falle eines Aufenthaltes ohne interne Verlegung fallen die beiden Einheiten zusammen; bei internen Verlegungen desselben Krankenhausaufenthalts ergibt sich 1 Krankenhausaufenthalt mit zwei oder mehreren Abteilungsaufenthalten, je nach Anzahl der stattgefundenen Verlegungen. Die Einheit des Abteilungsaufenthalts dient der operativen Planung der Tätigkeiten und der Betriebskontrolle (Anwendung der Haushaltsmethodik).

In den nachstehenden Tabellen, in denen die Daten über die Aufenthalte angeführt sind, wird im Titel oder im Feld der Tabelle erläutert, ob es sich um Krankenhausaufenthalte (oder Entlassungen) oder um Abteilungsaufenthalte handelt.

Die Berechnung der klassischen Indikatoren auf der Grundlage der nach den zwei Erfassungseinheiten definierten Aufenthalte bringt keine Schwierigkeiten mit sich. Bei der Auslegung der Ergebnisse muss natürlich auch die Art der jeweiligen Einheit berücksichtigt werden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist die durchschnittliche Zeit, die ein Patient in der jeweiligen Abteilung oder Einrichtung verbringt; sie wird berechnet, indem die Aufenthaltstage der Patienten durch die Anzahl der Aufenthalte geteilt werden.

Die Bettenauslastungsrate ist der Zeitanteil, in dem ein Bett während eines Jahres durchschnittlich genutzt wird.

Das Turnover-Intervall ist die durchschnittliche Zeit, die zwischen der Entlassung eines Patienten aus einem Bett und der Aufnahme des nächsten Patienten verstreicht.

Der Rotationsindex der Betten ist die durchschnittliche Anzahl von Patienten, die im Laufe eines Jahres dasselbe Bett belegen.

Die Indikatoren, die sich auf die DRG-Klassifikation der Aufenthalte stützen, benützen für die Einheit Krankenhausaufenthalt (Entlassung) festgelegte Gewichts- und Tarifstabellen. Diese Indikatoren werden somit immer auf die Kran-

KRANKENHAUS-
AUFENTHALT UND
ABTEILUNGSAUFENTHALT

KLASSISCHE
INDIKATOREN DER
KRANKENHAUSEFFIZIENZ

DURCHSCHNITTliche
AUFENTHALTSDAUER

BETTENAUS-
LASTUNGSRATE
TURNOVER-INTERVALL

ROTATIONSINDEX

INDIKATOREN FÜR DIE
DRG-KLASSIFIKATION
DER AUFENTHALTE

ÄQUIVALENTE DRG-PRODUKTION DER KRAKENHAUSAUFENTHALTE

DURCHSCHNITTliche AUfENTHALTSDAUER PRO ÄQUIVALENTEN DRG-KRAKENHAUSAUFENTHALT

DURCHSCHNITTliches DRG-GEWICHT PRO AUfENTHALTSEINHEIT

TARIFWERTE DER PRODUKTION VON KRAKENHAUSAUFENTHALTEN

DURCHSCHNITTlicher LANDESTARIF PRO KRAKENHAUSAUFENTHALT

CASE-MIX-INDEX

VERGLEICHsINDEX PERFORMANCE

ORDENTliche AUfENTHALTE VON AKUTKRAKEN

kenhausaufenthalte bezogen.

Durch die Gewichtung der produzierten Krankenhausaufenthalte mit dem Gewicht der entsprechenden DRG³ erhält man die äquivalente DRG-Produktion der Krankenhausaufenthalte.

Teilt man die Gesamtanzahl der Aufenthaltstage durch die äquivalente DRG-Produktion der Krankenhausaufenthalte, erhält man die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalenten DRG-Aufenthalt.

Teilt man die äquivalente DRG-Produktion der Aufenthalte durch die Anzahl der effektiv produzierten Aufenthalte, erhält man das durchschnittliche DRG-Gewicht pro Krankenhausaufenthalt.

Wendet man auf die einzelnen Krankenhausaufenthalte den entsprechenden DRG-Tarif des Aufenthalts gemäß Landestarifverzeichnis an, erhält man den Gesamttarifwert der Produktion von Krankenhausaufenthalten.

Teilt man den Tarifwert der Produktion durch die Anzahl der Krankenhausaufenthalte, erhält man den durchschnittlichen Landestarif pro Krankenhausaufenthalt. Der Case-mix-Index ergibt sich, wenn man das durchschnittliche äquivalente DRG-Gewicht des Krankenhausaufenthalts der jeweiligen Abteilung durch das äquivalente durchschnittliche Gewicht des Krankenhausaufenthalts einer typischen Aufenthaltsbevölkerung, z. B. der nationalen, teilt⁴.

Der Vergleichsindex Performance ist das Verhältnis zwischen der durchschnittlichen äquivalenten DRG-Aufenthaltsdauer einer Produktionseinheit und dem entsprechenden Wert der äquivalenten DRG-Aufenthaltsdauer einer typischen Aufenthaltsbevölkerung, z.B. der nationalen.

Im Laufe des Jahres 2004 wurden 80.474 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in Krankenanstalten der Autonomen Provinz Bozen verzeichnet, die insgesamt 545.018 Aufenthaltstage umfassten. 94,5% der Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und bezogen sich auf 93,2% aller Aufenthaltstage. 39,8% aller Krankenhausaufenthalte betrafen Krankenanstalten im Gebiet des Sanitätsbetriebs Bozen, 36,1% davon das Zentralkrankenhaus Bozen.

³ Das System der Gewichte ist das offiziell im Landestarifverzeichnis (Beschluss der Landesregierung Nr. 2797 vom 27.08.01) angenommene.

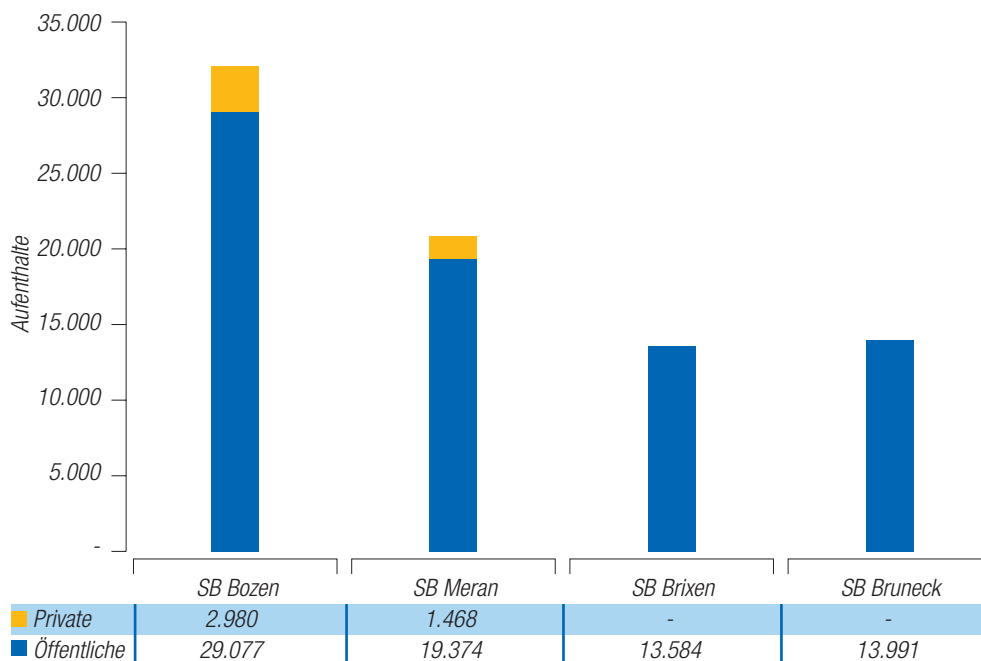
⁴ Die nationalen und Landessysteme der DRG-Gewichte stimmen nicht überein. Der Case-mix-Index der Produktion von Krankenhausaufenthalten einer Landesproduktionseinheit ist jedoch erhältlich, indem das durchschnittliche DRG-Gewicht der Produktionseinheit durch das durchschnittliche Gewicht der nationalen Produktion geteilt wird, die als Standard-Bevölkerung angesehen wird.

Tabelle 9: Ordentliche Krankenhausaufenthalte (exclusive Säuglingskrippen) und Aufenthaltstage von Akutkranken in Krankenanstalten der Provinz – Jahr 2004

Krankenanstalt	Aufenthalte	Aufenthaltstage
KH Bozen	29.077	220.286
KH Meran	14.899	97.563
KH Brixen	10.337	64.666
KH Bruneck	11.271	64.207
KH Schlanders	4.475	28.505
KH Sterzing	3.247	17.310
KH Innichen	2.720	15.157
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	76.026	507.694
Marienklinik	2.930	18.955
PK St. Anna	1.324	14.584
PK Martinsbrunn	144	2.328
Pflegestätte Samthein	50	1.457
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	4.448	37.324
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	80.474	545.018

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 7: Ordentliche Krankenhausaufenthalte in öffentlichen und privaten Krankenanstalten nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2004

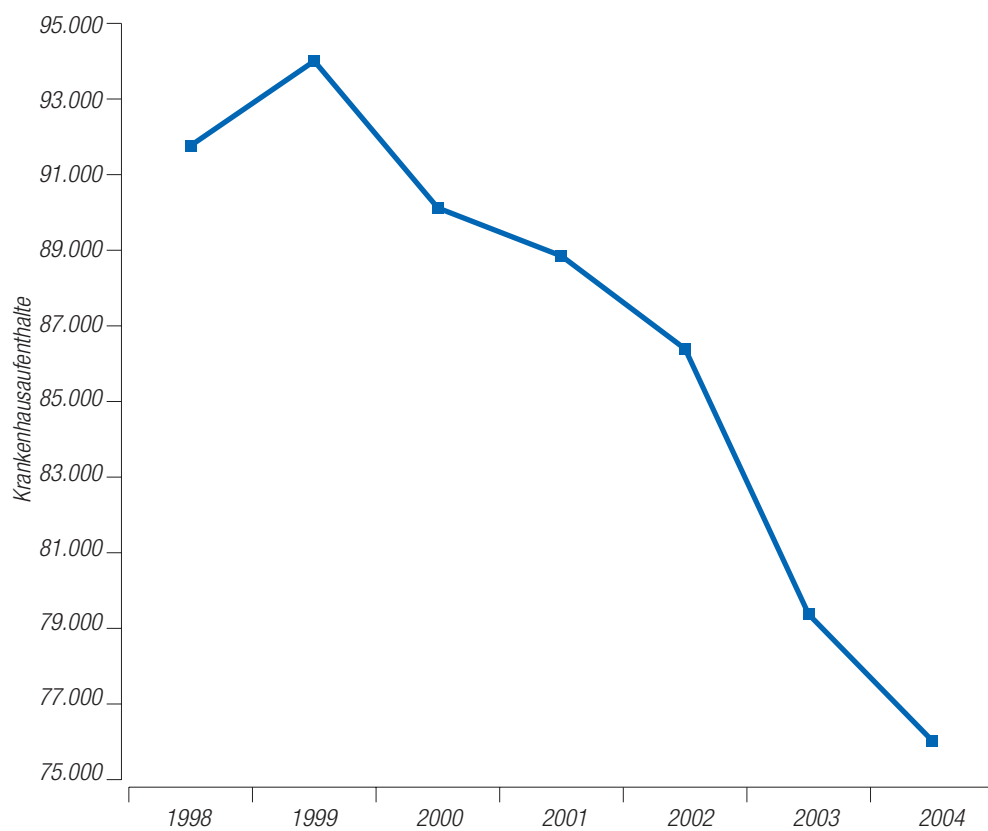


Die ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Landeskrankenhäusern verzeichneten bis 1999 einen Zuwachs (1999 wurden 94.004 Krankenhausaufenthalte produziert); ab 2000 nahm die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den öffentlichen Einrichtungen laufend ab (-4,1% zwischen 1999 und 2000, -1,4% zwischen 2000 und 2001, -2,8% zwischen 2001 und 2002, -4,0% zwischen 2002 und 2003 und -4,2% zwischen 2003 und 2004⁵).

KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND DURCHSCHNITTICHE AUFGENTHALTSDAUER IN DEN JAHREN 1998-2004

⁵ Bei der Berechnung der Aufenthaltsvariationen zwischen 2002 und 2003 und zwischen 2003 und 2004 wurden die gesunden Neugeborenen ausgeschlossen.

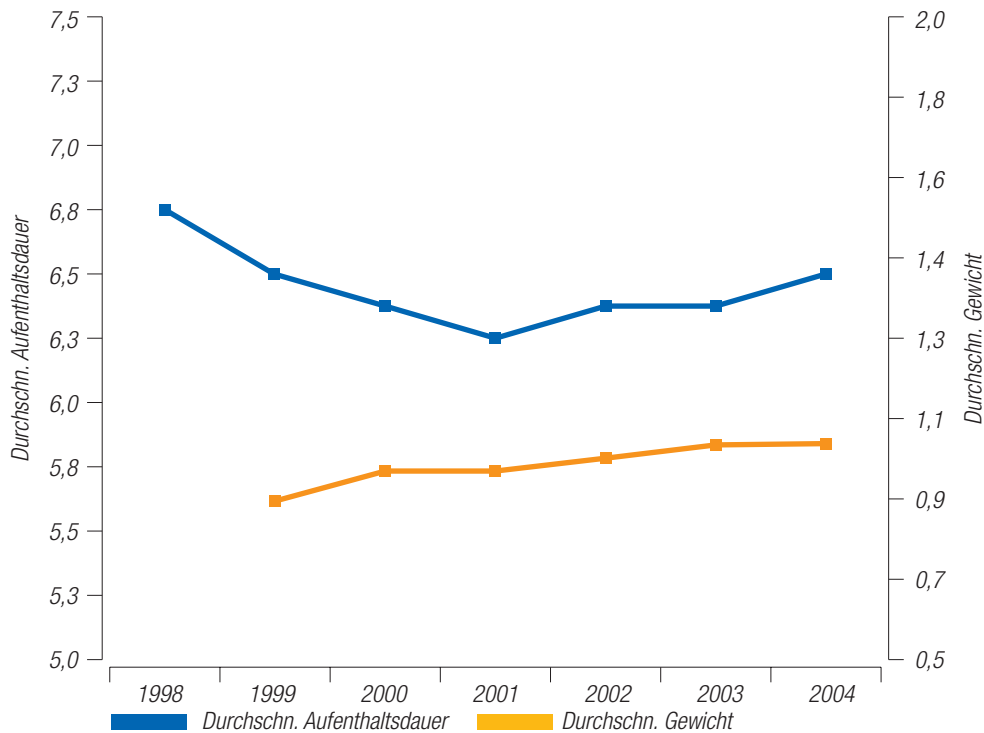
Abbildung 8: Ordentliche Krankenhausaufenthalte in öffentlichen Krankenanstalten - Jahre 1998-2004



In den Jahren 2003-2004 sind die gesunden Neugeborenen nicht eingeschlossen

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeseinrichtungen, bei der auch die gesunden Neugeborenen berücksichtigt werden, war dagegen immer rücklaufend (von 6,8 Tagen im Jahr 1998 auf 6,4 im Jahr 2003) und bleibt auch 2004 weitgehend unverändert.

Abbildung 9: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer und durchschnittliches Gewicht der ordentlichen Aufenthalte in öffentlichen Krankenanstalten - Jahre 1998-2004



Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (gesunde Neugeborene ausgeschlossen) beträgt für das Jahr 2004 6,7 Tage und ist somit im Vergleich zum Wert des Jahres 2003 leicht im Anstieg (6,5).

Insgesamt waren die Betten zu 75,5% der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 41,5 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 2,2 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

Tabelle 10: Indikatoren der Effizienz der ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten, Krankenhausaufenthalte - Jahr 2004

Krankenanstalten	Durchn. AD	Auslastungsrate%*	Turnover-Interwall*	Rotations-Index*
KH Bozen	7,6	78,6	2,0	38,7
KH Meran	6,5	81,0	1,5	45,9
KH Brixen	6,3	79,7	1,6	47,2
KH Bruneck	5,7	87,7	0,8	56,4
KH Schlanders	6,4	68,7	2,9	40,0
KH Sterzing	5,3	72,5	2,0	51,2
KH Innichen	5,6	67,2	2,7	44,3
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	6,7	78,9	1,8	43,9
Marienklinik	6,5	43,4	8,3	24,9
PK St. Anna	11,0	71,4	4,4	23,6
PK Martinsbrunn	16,2	35,4	29,5	8,0
Pflegestätte Sarnthein	29,1	20,0	116,9	2,5
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	8,4	47,7	9,0	21,2
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	6,8	75,5	2,2	41,5

* Bei der Berechnung wurden die Aufenthalte und die Aufenthaltstage, einschließlich jener der gesunden Neugeborenen, und die im effektiven Tätigkeitszeitraum belegten Betten, einschließlich der Säuglingskrippen, berücksichtigt; die Anzahl der gesunden Neugeborenen beläuft sich auf 3.884

Quelle: Sanitätsbetriebe

**ABTEILUNGS-
VERLEGUNGEN**

Den 80.474 Krankenhausaufenthalten entsprechen 85.943 ordentliche Abteilungsaufenthalte, 94,8% davon in den öffentlichen Krankenhäusern. Die Differenz ergibt sich aus den 5.469 Abteilungsverlegungen in den öffentlichen Landeskrankenhäusern (bezogen auf 3.831 Krankenhausaufenthalte).

Tabelle 11: Abteilungsverlegungen und Anzahl der betroffenen ordentlichen Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

Verlegungen	Aufenthalte	Verlegungen insgesamt	% der Verlegungen
1	2.649	2.649	3,48
2	929	1.858	1,22
3	143	429	0,18
4	62	248	0,08
5	28	140	0,04
6	9	54	0,01
7	3	21	-
8	5	40	-
9	-	-	-
10	3	30	-
INSGESAMT	3.831	5.469	5,04

Quelle: Sanitätsbetriebe

Auf der Grundlage des DRG-Systems, das die Aufenthalte klassifiziert, ist es möglich, die Aufenthaltsproduktion der Krankenhäuser in äquivalenten Einheiten zu bemessen und zu vergleichen, indem jedem Aufenthalt das entsprechende Gewicht zugeordnet wird.

Tabelle 12: Indikatoren nach dem DRG-Kriterium der ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den öffentlichen Landeskrankenhäusern – Jahr 2004

Krankenhäuser	Äquival. DRG-Aufenthalte	Äquival. durchschnittl. AD	Durchschn. Gewicht pro Aufenthalt	Durchschn. Landestarif (Euro)	Case-mix-Index	Vergleichs-Index Performance
KH Bozen	35.379	6,2	1,22	3.311,39	0,997	1,13
KH Meran	15.978	6,1	1,07	2.676,98	0,879	1,11
KH Brixen	11.441	5,7	1,11	2.752,19	0,907	1,03
KH Bruneck	10.683	6,0	0,95	2.345,92	0,777	1,09
KH Schlanders	3.996	7,1	0,89	2.082,95	0,732	1,30
KH Sterzing	2.707	6,4	0,83	1.944,69	0,683	1,16
KH Innichen	2.333	6,5	0,86	2.000,78	0,703	1,18
ÖFF. KH INSGESAMT	82.517	6,2	1,09	2.790,33	0,890	1,12

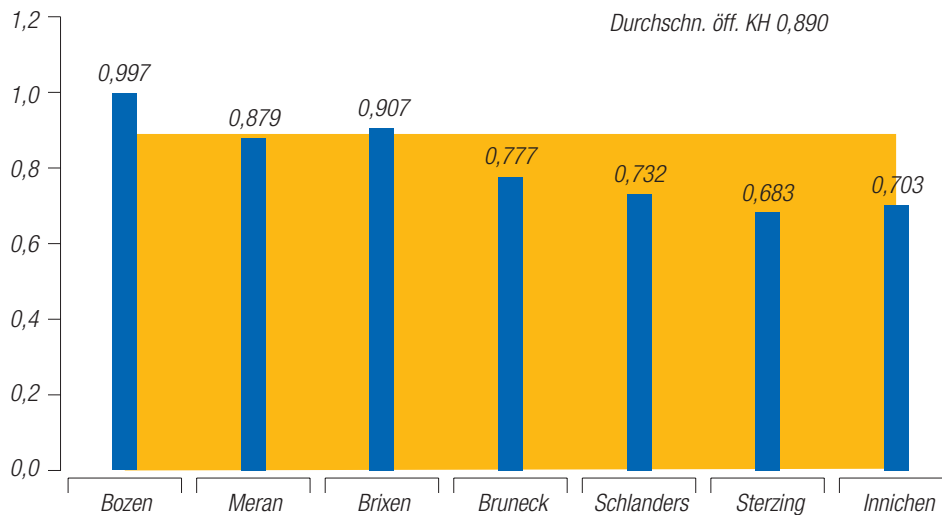
Quelle: Sanitätsbetriebe

CASE-MIX-INDEX

Der Case-mix-Index drückt die Komplexität der von einem bestimmten Krankenhaus behandelten Fälle gegenüber einem Bezugsstandard aus.

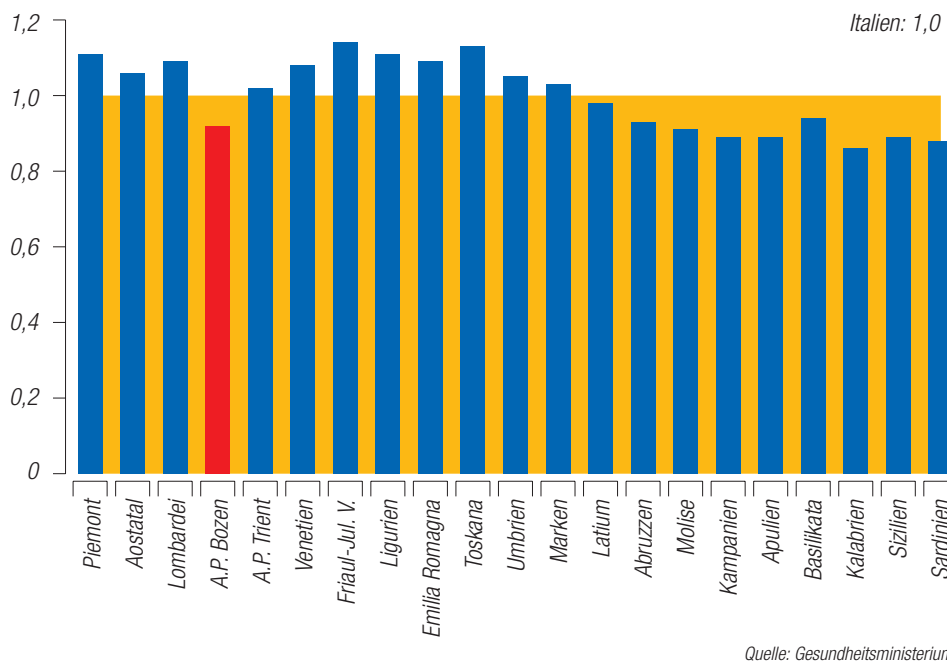
Ein Wert über 1 ist ein Zeichen für eine komplexere Kasuistik im Vergleich zum Bezugsstandard, und umgekehrt zeugen niedrigere Werte von einer geringeren Komplexität.

Abbildung 10: Case-mix-Index der ordentlichen Aufenthalte in öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2004



Alle öffentlichen Krankenhäuser der Provinz weisen einen niedrigeren Komplexitätsgrad als die gesamtstaatliche Bezugsgruppe⁶ (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser 1,09) auf; so nimmt der Case-mix-Index in allen öffentlichen Krankenhäusern des Landes Werte unter 1 an, wobei diese zwischen 0,683 für das Krankenhaus Sterzing und 0,997 für das Krankenhaus Bozen schwanken.

Abbildung 11: Case-mix-Index in den italienischen Regionen - Jahr 2003



⁶ Das Durchschnittsgewicht der Autonomen Provinz Bozen, das mit den Gewichten gemäß Ministerialverordnung vom 30.06.1997 berechnet wurde, beträgt für das Jahr 2004 1,17; 2003 belief es sich laut Daten des Jahresberichtes über die Krankenhausaufenthalte - Gesundheitsministerium auf 1,11. Der gesamtstaatliche Durchschnittswert (alle Krankenanstalten) machte 2003 1,22 aus.

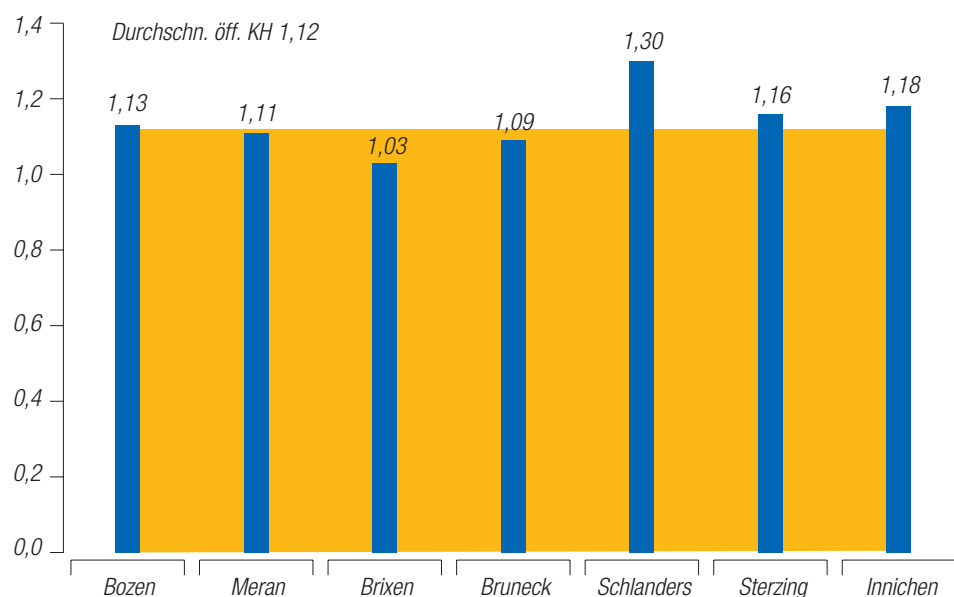
**VERGLEICHSEX
PERFORMANCE**

Über das DRG-System ist es außerdem möglich, den Vergleichsindex Performance festzustellen, der die Effizienz eines Krankenhauses - verstanden als durchschnittliche Aufenthaltsdauer - im Verhältnis zur durchschnittlichen Effizienz einer Gruppe von Bezugskrankenhäusern ausdrückt. Auch in diesem Fall besteht der gewählte Bezugsstandard in der Gesamtanzahl der Entlassungen aus allen italienischen Einrichtungen im Jahr 2003 (die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Gewichtseinheit beträgt 5,5 Tage).

VIP-Werte unter 1 zeugen davon, dass die Effizienz eines Krankenhauses (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) bei gleichen Kasuistiken über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt liegt, bzw. dass für eine äquivalente Aufenthaltseinheit eine geringere Anzahl von Aufenthaltstagen zur Behandlung aufgewendet wurde.

Die öffentlichen Krankenhäuser der Provinz Bozen weisen insgesamt eine niedrigere Performance im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt auf, insbesondere in den Krankenhäusern Schlanders (VIP = 1,30), Innichen (VIP = 1,18) und Sterzing (VIP = 1,16).

Abbildung 12: Vergleichsindex Performance der ordentlichen Aufenthalte für die öffentlichen Krankenhäuser - Jahr 2004

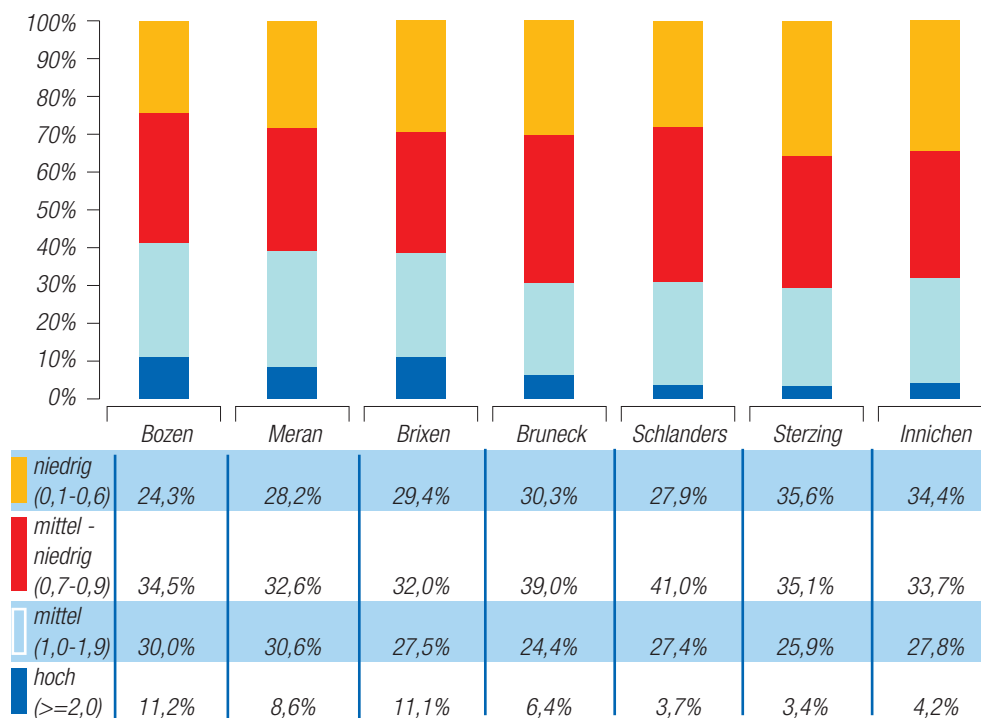

**DRG NACH
GEWICHTSKLASSE**

Die häufigsten Aufenthalte sind jene, denen eine DRG mit mittlerem bis niedrigem Gewicht zugeordnet wird (größer oder gleich 0,7 und kleiner als 1,0); sie machen 34,8% aller Aufenthalte in den Krankenanstalten aus. 27,7% der Aufenthalte verzeichnen eine DRG mit niedrigem Gewicht (unter 0,7), 28,5% besitzen ein mittleres Gewicht (zwischen 1,0 und 1,9). Nur 8,9% weisen ein hohes Gewicht auf (größer oder gleich 2,0).

Der Vergleich zwischen den öffentlichen Krankenhäusern zeigt hinsichtlich der Zusammensetzung der Aufenthalte nach Komplexität der Fälle den größten Anteil der DRGs mit niedrigem Gewicht für das Krankenhaus Sterzing (rund 35,6% der

Fälle) und der DRGs mit hohem Gewicht für die Krankenhäuser Bozen und Brixen (11,2% bzw. 11,1% der Fälle).

Abbildung 13: Ordentliche Aufenthalte nach DRG-Gewichtsklasse in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2004



62,6% der Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten wurden einer medizinischen DRG, 33,9% einer chirurgischen DRG und 3,5% einer DRG ohne genaue Klassifizierung (medizinisch oder chirurgisch) zugeordnet⁷.

Tabelle 13: Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) in den Landeskrankenanstalten nach Art der DRG - Jahr 2004

Krankenanstalten	Med. DRG	Chir. DRG	nicht klassifiziert	Insgesamt
KH Bozen	19.225	9.257	595	29.077
KH Meran	8.646	5.514	739	14.899
KH Brixen	5.724	4.054	559	10.337
KH Bruneck	6.779	4.155	337	11.271
KH Schlanders	3.374	973	128	4.475
KH Sterzing	2.008	1.061	178	3.247
KH Innichen	1.821	777	122	2.720
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	47.577	25.791	2.658	76.026
Marienklinik	1.422	1.484	24	2.930
PK St. Anna	933	286	105	1.324
PK Martinsbrunn	137	2	5	144
Pflegestätte Samthein	49	-	1	50
PRIVATKLINIEN INSGESAMT	2.541	1.772	135	4.448
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	50.118	27.563	2.793	80.474

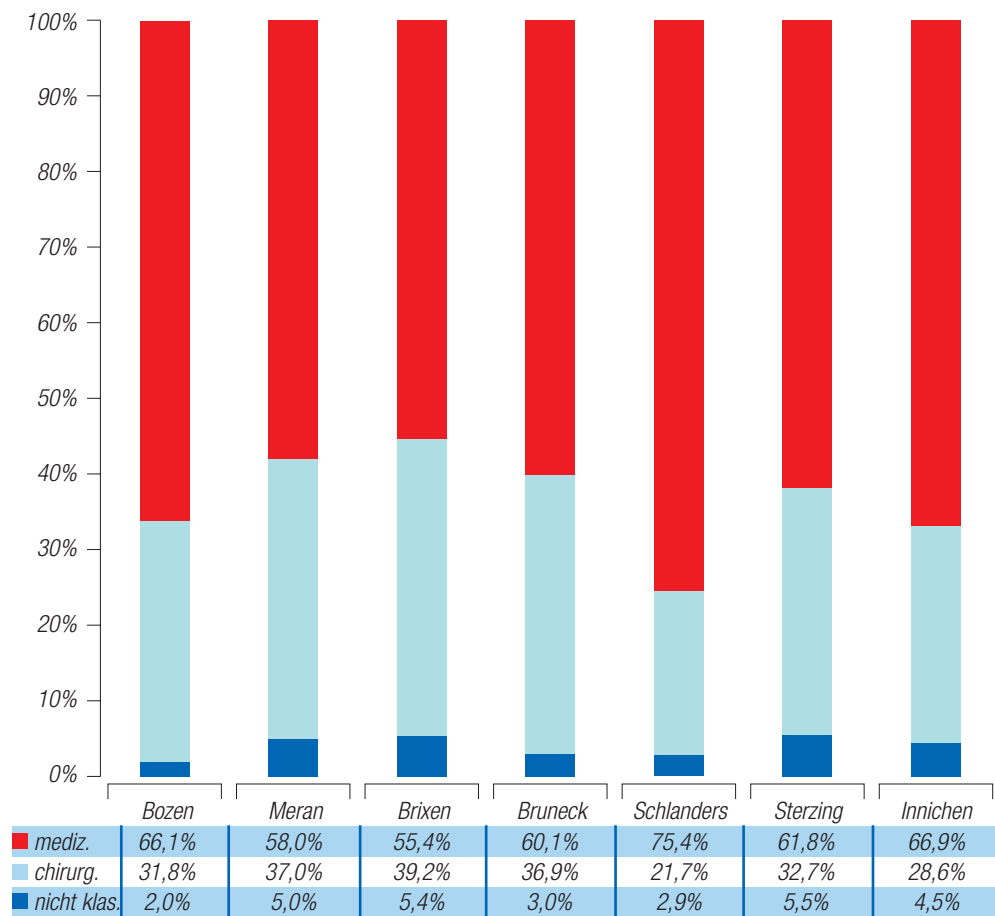
Quelle: Sanitätsbetriebe

⁷ Die DRGs ohne medizinische oder chirurgische Klassifizierung entsprechen den DRGs, die der Primärdiagnosekategorie MDC 15 „Krankheiten und Störungen der Pränatalzeit“ (DRG von 385 bis 391), der Primärdiagnosekategorie MDC 20 „Alkohol-/Drogenmissbrauch“ (DRG von 433 bis 438) und den anomalen DRGs (DRG 469 und 470) angehören.

In den öffentlichen Krankenhäusern stellen die ordentlichen Aufenthalte mit medizinischer DRG einen Anteil von 55,4% bis 75,4% aller Aufenthalte, während der Anteil der chirurgischen DRGs zwischen 21,7% und 39,2% schwankt.

In der Marienlinik sind 50,6% aller Aufenthalte chirurgischer Natur, während in der Privatklinik St. Anna 70,5% medizinischer Art sind.

Abbildung 14: **Ordentliche Aufenthalte nach Art der DRG in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2004**



Die ordentlichen Aufenthalte lassen sich im Rahmen der Krankenhausversorgung von Akutkranken wie folgt einteilen:

EINTAGSAUFENTHALTE

- **Eintagsaufenthalte:** Aufenthalte mit einer Dauer von unter zwei Tagen, und damit sowohl die Fälle von Patienten, die am selben Tag eingeliefert und entlassen werden, als auch die Fälle von Patienten, die eine Nacht im Krankenhaus verbringen.

NORMALE AUFENTHALTE

- **Normale ordentliche Aufenthalte:** Aufenthalte, deren Dauer länger oder gleich zwei Tage und gleichzeitig kleiner oder gleich dem spezifischen Grenzwert für die jeweilige Aufenthalts-DRG ist;

ANOMALE AUFENTHALTE

- **Anomale Aufenthalte:** Aufenthalte, deren Dauer über dem im Tarifverzeichnis festgelegten Grenzwert liegt.

Insgesamt beträgt der Anteil der ordentlichen Eintagsaufenthalte 13,9% an allen

ordentlichen Aufenthalten (leicht rückläufig gegenüber 2003), mit Spitzenwerten von 20,1% im Krankenhaus Innichen und 18,1% im Krankenhaus Bruneck. Hinsichtlich der Inzidenz der Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert der spezifischen DRG wird ein leichter Unterschied zwischen den öffentlichen Krankenhäusern (1,4%) und den Privatkliniken (1,6%) deutlich (die Anteile der Pflegestätte Sarnthein sind hoch).

Tabelle 14: **Ordentliche Eintagsaufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) und Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2004**

Krankenanstalten	Eintagsaufenthalte	% Eintagsauf. am Gesamtw.	Aufenth. über Grenzwert	% Aufenth. über Grenzw. am Grenzw.
KH Bozen	3.879	13,3	559	1,9
KH Meran	1.711	11,5	148	1,0
KH Brixen	1.300	12,6	98	0,9
KH Bruneck	2.044	18,1	121	1,1
KH Schlanders	631	14,1	51	1,1
KH Sterzing	508	15,6	34	1,0
KH Innichen	546	20,1	34	1,3
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	10.619	14,0	1.045	1,4
Marienklinik	344	11,7	27	0,9
PK St. Anna	190	14,4	21	1,6
PK Martinsbrunn	3	2,1	5	3,5
Pflegestätte Sarnthein	1	2,0	17	34,0
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	538	12,1	70	1,6
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	11.157	13,9	1.115	1,4

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer innerhalb des Grenzwertes bezieht sich auf die durchschnittliche Dauer der normalen ordentlichen Aufenthalte und versteht sich als durchschnittliche Aufenthaltsdauer, wenn keine anomalen Aufenthalte vorliegen (Eintagsaufenthalte und Aufenthalte über dem Grenzwert), die sich auf die durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer auswirken und sie senken bzw. erhöhen.

Tabelle 15: **Durchschnittliche Dauer der ordentlichen Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) innerhalb des Grenzwertes und durchschnittliche Aufenthaltsdauer insgesamt in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2004**

Krankenanstalten	Durch. AD innerhalb Grenzwert	Durch. AD insgesamt
KH Bozen	7,8	7,6
KH Meran	6,8	6,5
KH Brixen	6,7	6,3
KH Bruneck	6,4	5,7
KH Schlanders	7,0	6,4
KH Sterzing	5,9	5,3
KH Innichen	6,5	5,6
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	7,1	6,7
Marienklinik	7,0	6,5
PK St. Anna	12,3	11,0
PK Martinsbrunn	15,3	16,2
Pflegestätte Sarnthein	14,8	29,1
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	8,9	8,4
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	7,2	6,8

Quelle: Sanitätsbetriebe

Trotz der niedrigeren Inzidenz (in %) verbrauchen die Aufenthalte mit einer Dauer über dem Grenzwert eine höhere Anzahl an Aufenthaltstagen als die Eintagsaufenthalte, vor allem in den Privatkliniken. Die kombinierte Wirkung der Aufenthaltstage der Aufenthalte über dem Grenzwert und der Eintagsaufenthalte ist eine Reduzierung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern um 0,4 Tage und in den Privatkliniken um 0,5 Tage im Vergleich zur theoretischen Situation (die nur aus den ordentlichen normalen Aufenthalten besteht), weshalb sich die Situation im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert erweist.

Tabelle 16: Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach den häufigsten DRGs, kumulierter % der Aufenthalte und % der Aufenthalte über dem Grenzwert in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2004

DRG	Beschreibung	Aufenth.	% kumul. Aufenth.	% Aufenth. über Grenzw.
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	3.896	4,8	2,4
243	Rückenbeschwerden	1.853	7,1	0,5
183	Ösophagitis, Gastroenteritis und Verdauungsbeschwerden Alter >17 ohne Kompl.	1.576	9,1	0,3
127	Herzinsuffizienz und Schock	1.464	10,9	1,3
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße	1.402	12,7	0,7
430	Psychose	1.373	14,4	2,5
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	1.327	16,0	0,3
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	1.238	17,6	0,7
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	1.161	19,0	0,2
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen (Femur), Alter >17, ohne Komplikationen	1.112	20,4	0,2
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.022	21,7	1,3
112	Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem	977	22,9	1,6
14	Spezifische zerebrovaskuläre Krankheiten ausschl. TIA	963	24,1	1,8
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	951	25,2	0,2
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	911	26,4	0,3
390	Neugeborene mit sonstigen signifikanten Problemen	831	27,4	1,3
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	807	28,4	8,2
15	TIA und präzerebrale Verstopfungen	757	29,4	1,8
89	Einfache Lungenentzündung und Pleuritis, Alter >17, mit Komplikationen	706	30,2	1,3
AUFENTHALTE INSGESAMT		80.474		1,4

Quelle: Sanitätsbetriebe

HÄUFIGSTE DRGS

19 DRGs decken 30,2% der Krankenhausaufenthalte der Provinz; die häufigste DRG ist die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (4,8% der Aufenthalte insgesamt).

AUFENTHALTE INNER-

HALB DES GRENZWERTES

Die Häufigkeit der Aufenthalte innerhalb des Grenzwertes ist sehr hoch für die DRGs 467, 430 und 373 mit Anteilen von 8,2% bzw. 2,5% bzw. 2,4%.

CHIRURGISCHE DRGS

Die Aufenthalte mit einer chirurgischen DRG und einem chirurgischen Eingriff (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version '97 unter '8700') betragen insgesamt 27.448 (34,1% aller Krankenhausaufenthalte). 93,5% der Aufenthalte

mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff wurden in öffentlichen Krankenhäusern vorgenommen.

Die Aufenthalte mit chirurgischer DRG und nur Diagnose- und Therapieverfahren (Eingriffe mit Kodex ICD9CM Version '97 höher als '8700') belaufen sich auf 115.

Tabelle 17: Ordentliche Aufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff* oder nur Diagnose- und Therapieverfahren in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2004

Krankenanstalten	Chirurgische Eingriffe	Diagnoseverfahren
KH Bozen	9.202	55
KH Meran	5.501	13
KH Brixen	4.026	28
KH Bruneck	4.140	15
KH Schlanders	973	-
KH Sterzing	1.061	-
KH Innichen	773	4
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	25.676	115
Marienkl. n. k.	1.484	-
PK St. Anna	286	-
PK Martinsbrunn	2	-
Pflegestätte Sam. thein	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	1.772	-
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	27.448	115

* Chirurgische Eingriffe = Eingriffe mit Kodex ICD9CM (Version 1997) < '8700'; Diagnoseverfahren = Eingriffe und Verfahren mit Kodex ICD9CM (Version 1997) > '8700'

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation der (nicht dringenden) Eingriffe mit chirurgischer DRG und mindestens einem chirurgischen Eingriff in den Landeskrankenanstalten beträgt 1,24 Tage (in den öffentlichen Krankenhäusern 1,34 Tage; in den Privatkliniken 0,19 Tage). Nur das Krankenhaus Bozen verzeichnet eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation von 2 Tagen.

Abbildung 15: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation von (nicht dringenden) ordentlichen Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern – Jahr 2004

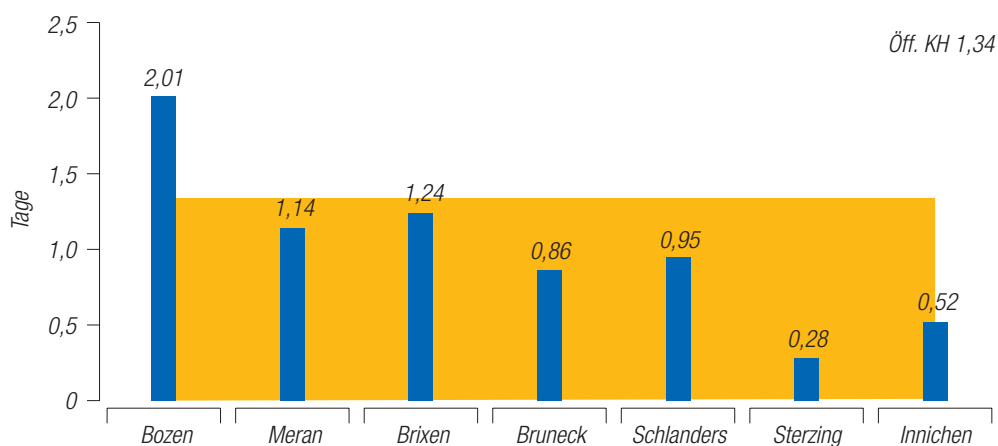


Tabelle 18: Ordentliche Krankenhausaufenthalte (ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen) mit den häufigsten chirurgischen DRGs und chirurgischen Eingriffen (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version '97 unter '8700'), kumulierter % der Aufenthalte, durchschnittliche Aufenthaltsdauer und durchschnittliche Aufenthaltsdauer vor der Operation – Jahr 2004

DRG	Beschreibung	Aufenthalte ^o	% kum. Aufenth.	Durch. AD	Durch. AD vor der Op.*
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße	1.401	5,1	13,5	2,0
039	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	1.327	9,9	2,2	0,5
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	1.161	14,2	3,7	0,7
219	Eingriff an den Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen (Femur), Alter >17, ohne Komplikationen	1.112	18,2	6,8	1,0
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	1.022	21,9	6,4	0,8
112	Perkutane Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem	959	25,4	6,9	2,4
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	951	28,9	5,3	0,9
060	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	676	31,4	2,6	0,8
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	620	33,6	3,6	0,9
167	Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen	601	35,8	3,9	0,4
225	Eingriffe am Fuß	559	37,8	4,5	0,9
055	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	504	39,7	3,3	0,9
162	Eingriffe wegen Hernia inguinalis und femoralis, Alter > 17 ohne Komplikationen	494	41,5	3,0	0,8
494	Laparoskopische Cholezystektomie ohne Exploration des Ductus cysticus, ohne Komplikationen	476	43,2	4,4	1,1
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Kompl.	462	44,9	2,9	0,8
215	Eingriffe an Rücken und Hals, ohne Kompl.	416	46,4	6,4	2,1
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	402	47,9	4,4	1,2
119	Venenligatur und -stripping	392	49,3	2,5	0,5
211	Eingriffe an Hüfte und Oberschenkelknochen, außer größere Gelenke, Alter > 17, ohne Komplikationen	380	50,7	10,2	1,2
AUFENTHALTE INSGESAMT		27.448		6,8	1,6

* Bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer vor der Operation wurden für die DRGs die nicht dringenden und dringenden Aufenthalte gezählt

^o Interne Verlegungen ausgeschlossen

Quelle: Sanitätsbetriebe

19 DRGs ergeben 50,7% der chirurgischen Gesamttätigkeit auf Landesebene. Die häufigste chirurgische DRG mit chirurgischem Eingriff (mindestens ein Eingriff mit Kodex ICD9CM Version '97 unter '8700') war die DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße“, die in 1.401 Fällen zur Anwendung kam, mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 13,5 Tagen und einem Aufenthalt von 2,0 Tagen vorher in Erwartung der Operation.

Bei den am häufigsten ausgeführten chirurgischen Eingriffsarten mit chirurgischer DRG beträgt die durchschnittliche niedrigste Aufenthaltsdauer 2,2 Tage für die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“. Die Zeit vor der Operation ab Einlieferung ins Krankenhaus ist länger für die DRG 112 „Perkutane Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem“ (2,4 Tage) und kürzer für die DRG

167 „Appendektomie mit nicht komplizierter Primärdiagnose, ohne Komplikationen“ (0,4 Tage).

Als Krankenhausverlegungen gelten die Fälle, in denen der Patient aus einem Landeskrankenhaus entlassen und in einem anderen Landeskrankenhaus innerhalb des auf die Entlassung folgenden Tages aufgenommen wurde. Die angeführten Daten beziehen sich auf die Gesamtheit der Aufenthalte, die sich aus den Aufenthaltspaarungen n und $n+1$ der verlegten Patienten zusammensetzen.

Für das Jahr 2004 ergeben sich 1.513 Krankenhausverlegungen in der Autonomen Provinz Bozen. In 95,4% der Fälle wurde die Aufnahme in das zweite Krankenhaus am Entlassungstag aus dem ersten verzeichnet, während in den restlichen 4,6% (69 Fälle) die Aufnahme am darauffolgenden Tag stattfand.

Aus dem Zentralkrankenhaus Bozen erfolgten 70,0% der Verlegungen in ein Schwerpunktkrankenhaus, während in Richtung Krankenhaus Bozen 66,9% der Verlegungen aus Schwerpunktkrankenhäusern, 21,9% aus Krankenhäusern der Grundversorgung und 11,2% aus Privatkliniken gingen.

Tabelle 19: **Krankenhausverlegungen nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten - Jahr 2004**

Art des Herkunfts-KH	Art des Ziel-KH				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerpunkt-KH	KH der Grundvers.	Privat-klinik	
Zentral-KH	-	333	70	73	476
Schwerpunkt-KH	340	76	147	52	615
KH der Grundvers.	111	189	1	3	304
Privatklinik	57	53	-	8	118
INSGESAMT	508	651	218	136	1.513

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.2.4. Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken

In diesem Kapitel wird die Versorgung von Akutkranken in Form von Tagesklinik-Aufenthalten in den öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen beschrieben. Dafür werden die klassischen Indikatoren verwendet, die sich auf die Zahl der berücksichtigten Ereignisse beziehen (durchschnittliche Zahl der Zugänge, Bettenauslastungsrate, Rotationsindex der Betten). Für die Berechnung der Bettenauslastungsrate im Tagesklinik-Betrieb wurden die Öffnungstage der Abteilungen auf 250 festgesetzt.

Die Tagesklinik-Aufenthalte (mit medizinischer, chirurgischer oder nicht klassifizierbarer DRG) lassen sich als einzelne Zugänge oder geplante Aufenthaltszyklen (d.h. mehrere Zugänge desselben Patienten wegen der gleichen Krankheit) klassifizieren. Im Falle des einzelnen Zugangs wird ein Versorgungstag gezählt, im Falle eines Behandlungszyklus wird eine Anzahl von Aufenthaltstagen gerechnet, die der Gesamtanzahl der geplanten und geleisteten Aufnahmen entspricht.

TAGESKLINIK-AUFENTHALTE UND ZUGÄNGE

Im Jahr 2004 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 23.661, 22.260 (94,1%) davon betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser. Gegenüber 2003 erhöhte sich die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte in allen öffentlichen Krankenhäusern (+ 5,9%) sowie in der Marienlinik (+19,6%); das Krankenhaus Sterzing verzeichnete dabei einen Anstieg von 40,1% (von 1.032 auf 1.446), das Krankenhaus Meran von 26,2% (von 3.258 auf 4.112).

Abbildung 16: Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten - Jahre 2000-2004

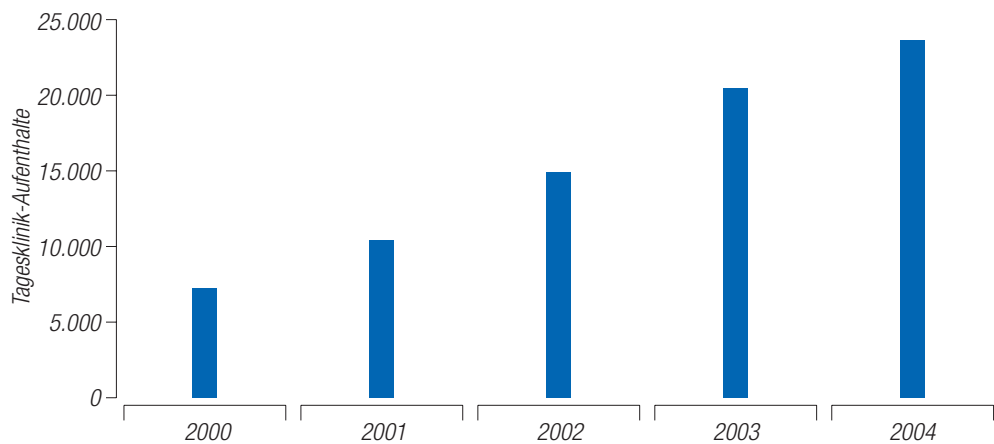


Tabelle 20: Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Anzahl der Zugänge und klassische Indikatoren für den Tagesklinik-Betrieb in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

Krankenanstalten	Betten	Aufenth.	Tage insgesamt	Zugänge	Bettenauslastung%**	Rotationsindex
KH Bozen	75*	8.831	23.086	2,6	124,5	119,1
KH Meran	26	4.112	8.551	2,1	131,6	158,2
KH Brixen	20	3.070	5.328	1,7	106,6	153,5
KH Bruneck	24	3.164	5.597	1,8	93,3	131,8
KH Schlanders	6	819	1.346	1,6	89,7	136,5
KH Sterzing	7	1.446	1.981	1,4	113,2	206,6
KH Innichen	7	818	2.193	2,7	125,3	116,9
ÖFF. KH INSGESAMT	165	22.260	48.082	2,2	117,2	135,6
Marienlinik	14	1.236	1.236	1,0	35,3	88,3
PK St. Anna	-	165	166	1,0	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	14	1.401	1.402	1,0	40,1	100,1
KRANKENANSTALTEN INSGES.	179	23.661	49.484	2,1	111,1	132,8

* In der Abteilung Infektions- und Tropenkrankheiten wurde 1 Bett im November 2004 eingerichtet

** Die jährlichen Öffnungstage wurden auf 250 festgesetzt

Quelle: Sanitätsbetriebe

Von den Tagesklinik-Aufenthalten insgesamt kennzeichneten sich 11.202 durch eine medizinische oder nicht klassifizierbare DRG bei insgesamt 36.579 Zugängen.

Die durchschnittliche Anzahl an medizinischen Zugängen pro Tagesklinik-Aufenthalt schwankt zwischen 1,8 für das Krankenhaus Sterzing und 3,7 für das Krankenhaus Meran.

Die chirurgischen Aufenthalte in der Tagesklinik beliefen sich hingegen auf 12.459 für insgesamt 12.905 Aufenthaltstage.

Tabelle 21: **Tagesklinik-Aufenthalte und Aufenthaltstage (mit medizinischer oder nicht klassifizierbarer und chirurgischer DRG) in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2004**

Krankenanstalten	Med. oder nicht klassif. DRG		Chirurgische DRG	
	Aufenthalte	Tage insgesamt	Aufenth.	Tage insgesamt
KH Bozen	5.787	19.689	3.044	3.397
KH Meran	1.639	6.052	2.473	2.499
KH Brixen	1.037	3.295	2.033	2.033
KH Bruneck	1.418	3.840	1.746	1.757
KH Schlanders	219	738	600	608
KH Sterzing	638	1.170	808	811
KH Innichen	341	1.672	477	521
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	11.079	36.456	11.181	11.626
Marienklinik	122	122	1.114	1.114
PK St. Anna	1	1	164	165
PK Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	123	123	1.278	1.279
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	11.202	36.579	12.459	12.905

Quelle: Sanitätsbetriebe

Im Jahr 2004 trat unter den medizinischen und nicht klassifizierbaren DRGs die DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ mit 10,0% der Aufenthalte am häufigsten auf. Die häufigste Entlassungsdiagnose für den Tagesklinik-Aufenthalt war „Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen“ (10,8%).

Tabelle 22: **Häufigste medizinische oder nicht klassifizierbare DRGs in der Tagesklinik der Landeskrankenanstalten – Jahr 2004**

DRG	Beschreibung	Aufenth.	% kum.
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	1.121	10,0
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	698	16,2
384	Sonstige Diagnosen vor der Geburt ohne medizinische Komplikationen	571	21,3
369	Menstruationsstörungen u. sonstige Störungen des weibl. Geschlechtsapparates	563	26,4
012	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	413	30,0
187	Ziehen und Reparatur von Zähnen	292	32,7
243	Rückenbeschwerden	270	35,1
301	Endokrine Krankheiten, ohne Komplikationen	249	37,3
035	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	245	39,5
026	Konvulsionen und Kopfschmerzen Alter < 18	237	41,6
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	207	43,4
013	Multiple Sklerose und Hirntaxie	200	45,2
429	Organische Störungen und Geistesstörungen	187	46,9
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter < 18	183	48,5
411	Anamnese einer bösartigen Neoplasie ohne Endoskopie	181	50,1
MEDIZIN. ODER NICHT KLASSIF. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE INSGESAMT		11.202	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 23: Häufigste Entlassungsdiagnosen der Tagesklinik mit medizinischer oder nicht klassifizierbarer DRG in den Landeskrankenanstalten – Jahr 2004

Kodex ICD9CM	Entlassungsdiagnose	Aufenthalt	% kum.
V58	Sonstige und nicht spezifizierte weitere Behandlungen	1.215	10,8
628	Weibliche Unfruchtbarkeit	483	15,2
659	Sonstige Angaben zur Behandlung oder zum Eingriff bezüglich Geburtswehen und Geburt, nicht anders klassifiziert	454	19,2
521	Erkrankungen des Hartgewebes der Zähne	276	21,7
331	Andere zerebrale Degenerationen	254	23,9
427	Herzrhythmusstörungen	231	26,0
345	Epilepsie	209	27,9
340	Multiple Sklerose	193	29,6
780	Allgemeine Symptome	183	31,2
V10	Persönliche Anamnese eines bösartigen Tumors	176	32,8
724	Sonstige und nicht spezifizierte Rückenbeschwerden	162	34,2
290	Senile und präsenile organisch bedingte psychotische Zustände	153	35,6
333	Extrapyramidale Erkrankungen und andere Erkrankungen mit abnormalem Bewegungsmuster	153	37,0
300	Neurotische Störungen	122	38,1
440	Arteriosklerose	119	39,1
278	Fettleibigkeit und andere Zustände aufgrund von Überernährung	116	40,2
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE M. MEDIZIN. ODER NICHT KLASSIF. DRG INSGES.		11.202	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die häufigste chirurgische DRG war die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie“ (19,1%), die häufigste Entlassungsdiagnose hingegen „Grauer Star“ (19,0%).

Tabelle 24: Häufigste chirurgische DRGs in der Tagesklinik der Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

DRG	Beschreibung	Aufenth.	% kum.
039	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	2.385	19,1
381	Abort mit Dilatation u. Ausschabung mittels Aspiration o. Hysterotomie	1.103	28,0
119	Venenligatur und -stripping	1.031	36,3
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	987	44,2
359	Eingriff an Gebärmutter u. Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Kompl.	853	51,0
364	Dilatation und Ausschabung, Konisation, außer wegen maligner Neoplasien	753	57,1
162	Eingriffe wegen Hernia inguinalis und femoralis, Alter > 17 ohne Komplikationen	583	61,8
006	Dekompression am Karpaltunnel	466	65,5
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte und Femur	425	68,9
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Kompl.	327	71,5
270	Andere Eingriffe an der Haut, am Unterhautgewebe und an der Brust, ohne Komplikationen	250	73,5
060	Tonsillektomie und/oder Adenotomie, Alter < 18	196	75,1
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT CHIRURGISCHER DRG INSGESAMT		12.459	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 25: Häufigste chirurgische Entlassungsdiagnosen in der Tagesklinik in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

Kodex ICD9CM	Entlassungsdiagnose	Aufenth.	% kum.
366	Grauer Star	2.366	19,0
454	Krampfadern an den unteren Gliedmaßen	1.041	27,3
717	Interne Verletzungen des Knies	1.023	35,6
628	Weibliche Unfruchtbarkeit	721	41,3
550	Hernia inguinalis	624	46,4
635	Legalen Schwangerschaftsabbruch	566	50,9
354	Mononeuritis der oberen Gliedmaße und Mononeuritis multiplex	473	54,7
V54	Sonstige weitere orthopädische Behandlung	425	58,1
605	Vorhauthypertrophie und Phimose	340	60,8
727	Sonstige Störungen der Synovialis, der Sehnen und der Schleimbeutel	316	63,4
621	Gebärmuttererkrankungen, nicht anders klassifiziert	301	65,8
626	Menstruationsstörungen u. andere anomale Blutungen der weibl. Genitalien	300	68,2
634	Spontane Fehlgeburt	273	70,4
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE MIT CHIRURGISCHER DRG INSGESAMT		12.459	

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.2.5. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

3.2.5.1. Mehrfachaufenthalte

Als Mehrfachaufenthalte wurden jene Fälle definiert, in denen der Patient im Jahr mindestens zwei Aufenthalte in Einrichtungen des Landes absolviert hat, wobei die Krankenhausverlegungen ausgenommen werden. Unter Mehrfachaufenthalten versteht man alle Aufenthalte, die auf den ersten folgen, ausgenommen die Tagesklinik-Aufenthalte, die Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie und die Aufenthalte für die DRG 409 „Strahlentherapie“, DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ und DRG 492 „Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“.

Tabelle 26: Ordentliche Mehrfachaufenthalte nach Art des Ziel- und Herkunftskrankenhauses des Patienten - Jahr 2004

Art des Herkunftsk-H	Art des Ziel-KH				Insgesamt
	Zentral-KH	Schwerp.-KH	Grundv.-KH	Privatklinik	
Zentral-KH	6.273	296	72	220	6.861
Schwerpunkt-KH	358	6.284	231	171	7.044
Grundv.-KH	90	277	1.717	24	2.108
Privatklinik	240	180	27	493	940
INSGESAMT	6.961	7.037	2.047	908	16.953

Quelle: Sanitätsbetriebe

Von den 16.953 im Jahr 2004 verzeichneten Mehrfachaufenthalten entfallen 40,5% auf das Herkunftskrankenhaus Bozen, 41,6% auf Schwerpunktkrankenhäuser, 12,4% auf Krankenhäuser der Grundversorgung und 5,5% auf Privatkliniken. Die Art des Herkunftskrankenhauses stimmt in 87,1% der Fälle überein: in 91,4% der Fälle für das Krankenhaus Bozen, in 89,2% der Fälle für die

Schwerpunktkrankenhäuser, in 81,5% der Fälle für die Krankenhäuser der Grundversorgung und in 52,4% der Fälle für die Privatkliniken.

3.2.5.1.1. Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG

Im Jahr 2004 wurden in den Abteilungen der Krankenanstalten der Provinz (ausgenommen die Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie) 3.204 Mehrfachaufenthalte in derselben Einrichtung und mit derselben DRG verzeichnet (ausgeschlossen die DRG 409 „Strahlentherapie“, DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ und DRG 492 „Chemotherapie, an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“). In 87,5% dieser Fälle wurde der Patient nach Hause entlassen.

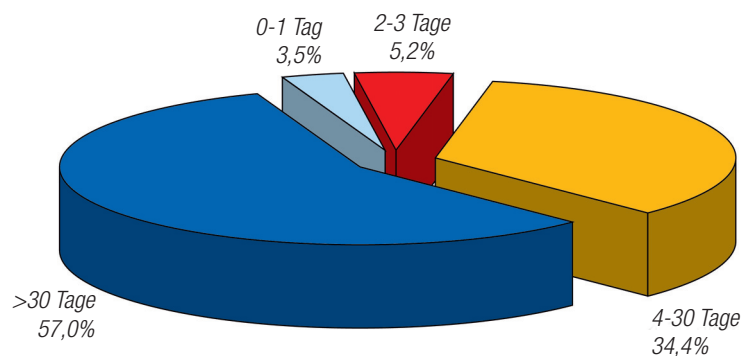
Tabelle 27: Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Art der Entlassung und Zeitintervall zwischen den Aufenthalten - Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

Zeitintervall zwischen den Aufenthalten	Entlassung nach Hause	andere Entlassungsart	Insgesamt
0-1 Tag	98	13	111
2-3 Tage	151	16	167
4-30 Tage	937	164	1.101
>30 Tage	1.616	209	1.825
INSGESAMT	2.802	402	3.204

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 17: Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt und mit derselben DRG nach Zeitintervall zwischen den Aufenthalten - Jahr 2004

ZEITINTERVALL
ZWISCHEN DEN
AUFENTHALTEN



Das zwischen einem Aufenthalt und dem nächsten verstrichene Zeitintervall betrug in 57,0% der Fälle über 30 Tage, in 34,4% zwischen 4 und 30 Tagen, in 5,2% der Fälle zwischen 2 und 3 Tagen und in 3,5% der Fälle wurde der Patient entlassen und am selben oder am nächsten Tag im selben Krankenhaus und mit derselben DRG wieder aufgenommen.

Von den 249 Mehrfachaufenthalten mit Zeitintervall zwischen 0 und 3 Tagen und Entlassung des Patienten nach Hause fanden 38,6% im Krankenhaus Bozen statt, 16,1% im Krankenhaus Meran, 13,3% im Krankenhaus Bruneck und 12,9% im Krankenhaus Brixen. Die Mehrfachaufenthalte von nicht in der Provinz ansässigen Patienten betrugen 14.

Der Gesamtbetrag dieser 249 Mehrfachaufenthalte belief sich auf 588.051,73 Euro. Die Summe der 14 Mehrfachaufenthalte von nicht in der Provinz ansässigen Patienten machte 39.816,77 Euro aus.

Tabelle 28: Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt, mit derselben DRG, mit Entlassung nach Hause und Zeitintervall zwischen den Aufenthalten von 0-3 Tagen nach Krankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2004

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außer Prov.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck		
KH Bozen	84	5	3	-	4	96
KH Meran	1	35	-	1	3	40
KH Brixen	5	-	24	1	2	32
KH Bruneck	2	-	2	28	1	33
KH Schlanders	-	12	-	-	1	13
KH Sterzing	4	-	13	-	1	18
KH Innichen	-	-	-	7	2	9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	96	52	42	37	14	241
Marienklinik	6	2	-	-	-	8
PK St. Anna	-	-	-	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Sarnthein	-	-	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	6	2	-	-	-	8
KRANKENANSTALTEN INSG.	102	54	42	37	14	249

Quelle: Sanitätsbetriebe

Von den 937 Mehrfachaufenthalten mit Zeitintervall von 4 bis 30 Tagen und Entlassung des Patienten nach Hause betrafen 40,6% das Krankenhaus Bozen, 20,3% das Krankenhaus Meran, 9,6% das Krankenhaus Brixen, 11,1% das Krankenhaus Bruneck, 6,5% das Krankenhaus Schlanders, 6,0% das Krankenhaus Sterzing, 3,1% das Krankenhaus Innichen und die restlichen 3,3% die Privatkliniken.

**MEHRFACHAUFENTHALTE
MIT ZEITINTERVALL VON
0-3 TAGEN**

**MEHRFACHAUFENTHALTE
MIT ZEITINTERVALL VON
4-30 TAGEN**

Tabelle 29: Ordentliche Mehrfachaufenthalte in derselben Krankenanstalt, mit derselben DRG, mit Entlassung nach Hause und Zeitintervall zwischen den Aufenthalten von 4 bis 30 Tagen nach Krankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2004

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außer Prov.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck		
KH Bozen	306	24	9	6	35	380
KH Meran	8	172	1	3	6	190
KH Brixen	11	2	65	10	2	90
KH Bruneck	2	3	7	87	5	104
KH Schlanders	-	60	-	-	1	61
KH Sterzing	8	5	40	1	2	56
KH Innichen	-	1	-	21	7	29
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	335	267	122	128	58	910
Marienkl. n. k.	16	4	-	-	-	20
PK St. Anna	3	4	-	-	-	7
PK Martinsbrunn	-	-	-	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	19	8	-	-	-	27
KRANKENANSTALTEN INSG.	354	275	122	128	58	937

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Mehrfachaufenthalte mit einer Differenz zwischen dem Entlassungs- und Neuaufnahme-Datum von 4 bis 30 Tagen seitens nicht in der Provinz Ansässiger betragen 58.

Der Gesamtbetrag dieser 937 Mehrfachaufenthalte belief sich auf 2.516.412,99 Euro. Die Summe der 58 Mehrfachaufenthalte von nicht in der Provinz ansässigen Patienten machte 308.893,63 Euro aus.

3.2.5.2. Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen

Im Jahr 2004 wurden in den Abteilungen der Krankenanstalten der Provinz (ausgenommen die Abteilungen Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung, post-akute Langzeitpflege und Psychiatrie) 22.705 ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen verbraucht, was 28,8% der 78.809 ordentlichen Aufenthalte insgesamt entspricht.

Tabelle 30: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen nach Art der Entlassung und DRG in den Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

Art der Entlassung	Mediz. DRGs	Chirurg. DRGs	Nicht klass. DRGs	Insgesamt	%
Entlassung nach Hause	12.043	9.221	410	21.674	95,5
Verstorben	225	24	3	252	1,1
sonstige Entlassungsart	607	149	23	779	3,4
INSGESAMT	12.875	9.394	436	22.705	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

In 95,5% der Fälle (21.674 Aufenthalte) wurde der Patient nach Hause entlassen. 56,7% der Kurzaufenthalte wurde eine medizinische DRG zugeordnet, 41,4% eine chirurgische DRG und den restlichen 1,9% eine nicht klassifizierbare DRG.

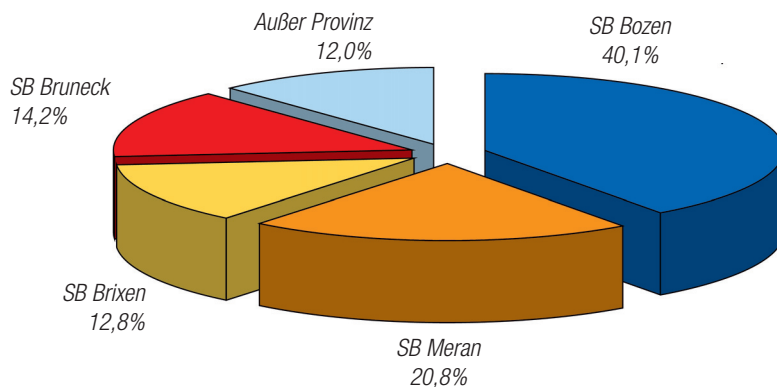
Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und mit medizinischer DRG betrugen 12.043 (53,0% der Aufenthalte insgesamt). 97,7% davon betrafen die öffentlichen Krankenhäuser (39,8% das Krankenhaus Bozen), die restlichen 2,3% die Privatkliniken, vor allem die Marienlinik.

Tabelle 31: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG nach Landeskrankenanstalt und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2004

Krankenanstalt	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				Außer Prov.	Insgesamt
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck		
KH Bozen	4.048	154	40	37	509	4.788
KH Meran	179	1.607	5	9	209	2.009
KH Brixen	269	10	1.077	114	180	1.650
KH Bruneck	38	9	85	1.274	252	1.658
KH Schlanders	3	652	-	-	94	749
KH Sterzing	66	31	327	5	71	500
KH Innichen	1	4	1	269	133	408
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSG.	4.604	2.467	1.535	1.708	1.448	11.762
Marienlinik	200	25	11	2	2	240
PK St. Anna	18	16	1	1	1	37
PK Martinsbrunn	1	2	-	-	-	3
Pflegestätte Samthein	1	-	-	-	-	1
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	220	43	12	3	3	281
KRANKENANSTALTEN INSG.	4.824	2.510	1.547	1.711	1.451	12.043

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 18: Ordentliche Kurzaufenthalte mit Entlassung nach Hause und medizinischer DRG in den Landeskrankenanstalten nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten - Jahr 2004



12,0% der 12.043 Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG (d.h. 1.451 Aufenthalte) betrafen nicht in der Provinz ansässige Patienten, 35,1% davon wurden in das Krankenhaus Bozen und 17,4% in das Krankenhaus Bruneck eingeliefert.

In Bezug auf die Aufenthalte von Südtirolern in anderen Regionen Italiens betrug die Aufenthaltsdauer in 1.034 Fällen 2 oder 3 Tage, was 33,1% der außerhalb der Provinz verbrauchten Aufenthalte entspricht. Für detaillierte Angaben hierzu wird auf den Abschnitt der Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen verwiesen.

**KURZAUFENTHALTE MIT
ENTLASSUNG NACH HAUSE
UND MEDIZINISCHER
DRG**

3.2.5.3. Indikatoren der Angemessenheit

Die Verordnung des Ministerpräsidenten vom 29.11.01 (ordentliches Ergänzungsblatt Nr. 26 des Amtsblatts vom 08.02.02) „Definition der Versorgungsstandards“ legt neben den vom Nationalen Gesundheitsdienst gewährleisteten Gesundheitsleistungen eine Reihe von Indikatoren und die „kritischen Bereiche“ der derzeit erbrachten Versorgungsstandards fest.

Die dargelegten Indikatoren sollen bei der Implementierung eines Informationssystems berücksichtigt werden, das nicht nur die Effizienz, sondern auch die Qualität steigern soll. Diese Indikatoren tragen zur Umgestaltung der Krankenhausleistungen und der Förderung einer Neugestaltung des Krankenhauses durch Programme zur strukturellen Neuordnung, technologischen Anpassung und Entwicklung des Netzes der territorialen Dienstleistungen bei.

Zur Überprüfung der Qualität der Versorgungsstandards im Krankenhausbereich betrifft der Verweis auf die kritischen Bereiche Leistungen, die ein potentiell unangemessenes Organisationsprofil aufweisen, oder für die angemessenere Erbringungsmodalitäten festgelegt werden müssen. Somit werden jene ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte als potentiell „unangemessen“ definiert, welche die Einrichtungen in einem anderen Organisations- und Versorgungsrahmen mit gleichem Nutzen/Ergebnis für den Patient und gleichzeitig bei einem minderen Einsatz von Ressourcen erbringen können. Die Kontrolle muss vor allem hinsichtlich einer Liste von 43 DRGs „mit hohem Unangemessenheitsrisiko“ erfolgen, wenn sich diese auf ordentliche Aufenthalte gemäß DPCM beziehen.

In der Folge werden die von den „Indikatoren der Angemessenheit“ für die Autonome Provinz Bozen angenommenen Werte dargelegt, die aus dem Entlassungsbogen der Krankenanstalt berechnet werden können.

Im Vergleich zwischen der Situation der Autonomen Provinz Bozen und den anderen Regionen Italiens (siehe Abbildungen) wird der Wert für die Provinz der Jahre 2003 und 2004 angeführt; dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass zwei unterschiedliche Quellen benutzt werden: für das Jahr 2003 wurden die Daten dem Jahresbericht des Gesundheitsministeriums entnommen, für das Jahr 2004 dem EBK-Archiv der im Jahr 2004 Entlassenen. Die Differenzen sind somit mit Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 32: Indikatoren der Angemessenheit für alle Einrichtungen (öffentliche und private) der Autonomen Provinz Bozen - Jahre 2003-2004

Indikatoren der Angemessenheit	Jahr 2003	Jahr 2004
Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt ⁽¹⁾	19,6	23,0
Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen an den aus chirurgischen Abteilungen Entlassenen insgesamt ⁽²⁾	41,9	41,5
Hospitalisierungsrate wegen Diabetes ⁽³⁾	138,6	137,3
Hospitalisierungsrate wegen Asthma ⁽⁴⁾	53,8	42,0
Hospitalisierungsrate wegen Herzdekompensation ⁽⁵⁾	270,0	287,2
Hospitalisierungsrate wegen TURP Männer >49 J. ⁽⁶⁾	368,7	419,4
Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie ⁽⁷⁾	168,3	170,1
Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie Frauen >45 J. ⁽⁸⁾	487,8	423,6
Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie ⁽⁹⁾	264,9	267,3
Hospitalisierungsrate wegen Gastroenteritis im Kindesalter	508,2	503,1
Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik	54,7	64,3
Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik	40,6	72,5

(1) Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung der DRGs 370, 371, 372, 373, 374, 375

(2) Die Berechnung erfolgte unter Berücksichtigung der ordentlichen Aufenthalte in chirurgischen Abteilungen

(3) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 250.xx

(4) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 493.xx

(5) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 428.xx

(6) Primärdiagnose entsprechend dem Kodex ICD9CM 60.2 für Aufenthalte mit Prostata-Hyperplasie

(7) Primäreingriff entsprechend den Kodizes ICD9CM 47.0 und 47.1

(8) Primäreingriff entsprechend den Kodizes ICD9CM 68.3, 68.4, 68.5, 68.6, 68.7 und 68.9

(9) Primäreingriff entsprechend den Kodizes ICD9CM 28.2, 28.3, 28.6 und 28.7 der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte

Quelle: Sanitätsbetriebe

Eines der Ziele des Nationalen Gesundheitsplans 2002-2004 ist die Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte, um einen gesamtstaatlichen Wert von 20% entsprechend den Durchschnittswerten der anderen europäischen Länder zu erreichen.

KAISERSCHNITT

285

Tabelle 33: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Geburt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004

Krankenanstalt	Aufenth. wegen Kaiserschnitt	Aufenth. wegen Geburt	% d. Kaiserschnitt an den Geburten insges.
KH Bozen	343	1.453	23,6
KH Meran	277	1.207	22,9
KH Brixen	152	755	20,1
KH Bruneck	179	614	29,2
KH Schlanders	72	358	20,1
KH Sterzing	74*	518*	14,3*
KH Innichen	71	270	26,3
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	1.168	5.175	22,8
Marienklinik	79	240	32,9
PK St. Anna	-	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	79	240	32,9
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	1.247	5.415	23,0

* Bei der Analyse der Fälle mit anomaler DRG wurden Kodifizierungsfehler der Diagnose Geburt und/oder Kaiserschnitt nach Abschluss der Landesdatenbank-Erhebung festgestellt. Die Zahl der insgesamt von der Sanitätsdirektion erklärten Geburten beträgt 545, 127 davon sind Kaiserschnitte, was einem Anteil von 23,3% an den Geburten insgesamt entspricht

Quelle: Sanitätsbetriebe

2004 betrug der Anteil der Kaiserschnitte an den gesamten Geburten 23,0%. In Bezug auf diesen Indikator liegt die Provinz - trotz eines leichten Anstieges - unter dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2003 (36,4%) und entspricht

somit den Zielen des Nationalen Gesundheitsplans.

Abbildung 19: Anteil der Aufenthalte wegen Kaiserschnitt an den Aufenthalten wegen Geburt insgesamt in den öff. KH - Jahre 2000-2004

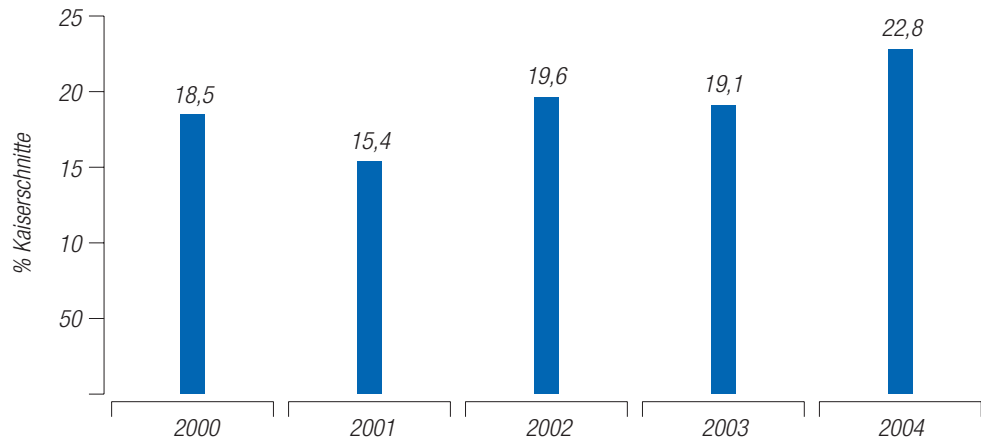
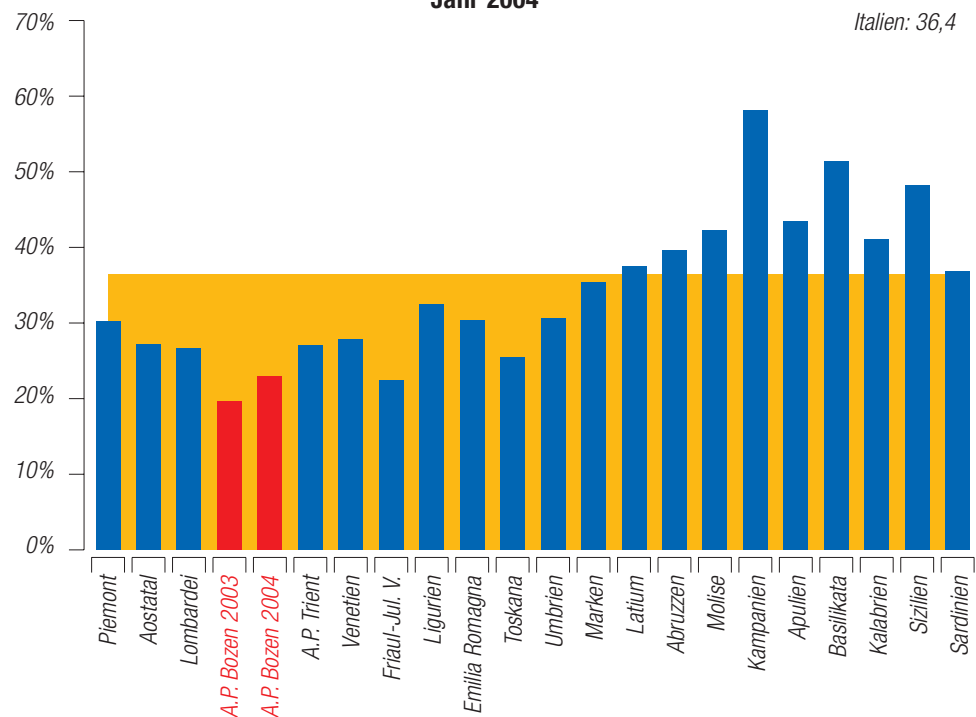


Abbildung 20: % der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt Italien Jahr 2003, A.P. Bozen Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P.B

Analysiert man die Daten des Jahres 2004, kann man feststellen, dass der Anteil der Kaiserschnitte an allen Geburten im Krankenhaus für die verschiedenen Krankenanstalten unterschiedlich ausfällt; der sehr niedrige Wert des Krankenhauses Sterzing ist auf Kodifizierungsprobleme zurückzuführen⁸. Fälle von Muttersterblichkeit traten im Laufe des Jahres nicht auf.

⁸ Bei der Analyse der Fälle mit anomaler DRG wurden Kodifizierungsfehler der Diagnose Geburt und/oder Kaiserschnitte nach Abschluss der Landesdatenbank-Erhebung festgestellt. Die Zahl der insgesamt von der Sanitätsdirektion erklärten Fälle beträgt 545, 127 davon sind Kaiserschnitte, was einem Anteil von 23,3% an den Geburten insgesamt entspricht.

Die Situation des Jahres 2004 bleibt in Bezug auf den Indikator „Medizinische DRGs in chirurgischen Abteilungen“, der einen „Proxy“-Indikator für den unangemessenen Aufenthalt im fachärztlichen Bereich darstellt, im Vergleich zum Vorjahr weitgehend unverändert.

Tabelle 34: Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen* mit medizinischer DRG und Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen insgesamt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004

Krankenanstalt	Entlassungen mit med. DRG	Entlassungen aus chir. Abt. insgesamt	% Entlassungen aus chir. Abt. mit med. DRG
KH Bozen	5.659	13.514	41,9
KH Meran	3.120	8.076	38,6
KH Brixen	2.859	6.666	42,9
KH Bruneck	2.768	6.623	41,8
KH Schlanders	1.009	1.831	55,1
KH Sterzing	947	1.987	47,7
KH Innichen	767	1.493	51,4
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	17.129	40.190	42,6
Marienklinik	495	1.972	25,1
PK St. Anna	12	289	4,2
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	507	2.261	22,4
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	17.636	42.451	41,5

* Allgemeine Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Neurochirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde und Stomatologie, Orthopädie und Traumatologie, HNO, Geburtshilfe und Gynäkologie und Urologie
Quelle: Sanitätsbetriebe

Dieser Indikator nimmt 2004 einen Wert von 41,5% ein und liegt somit über dem gesamtstaatlichen Wert von 38,5% des Jahres 2003.

Abbildung 21: Anteil der Entlassungen aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG in den öff. KH - Jahre 2001-2004

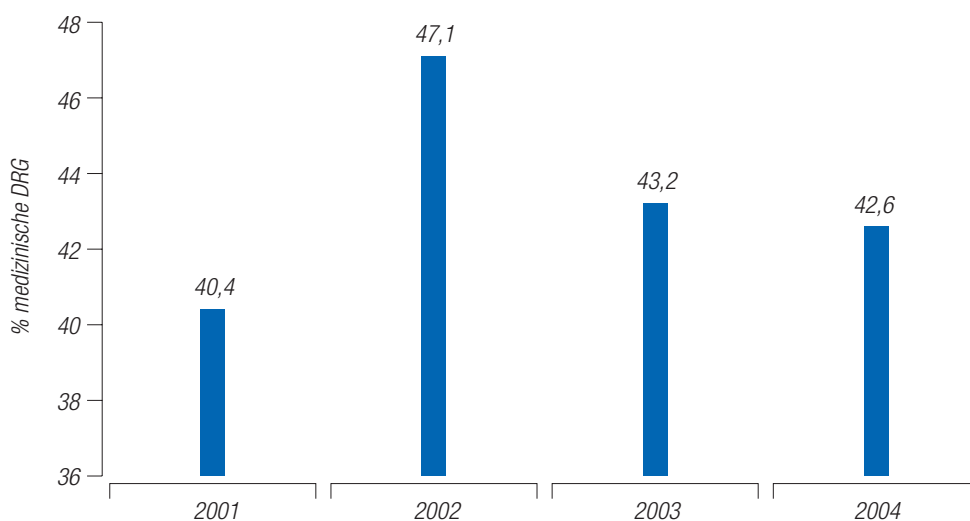
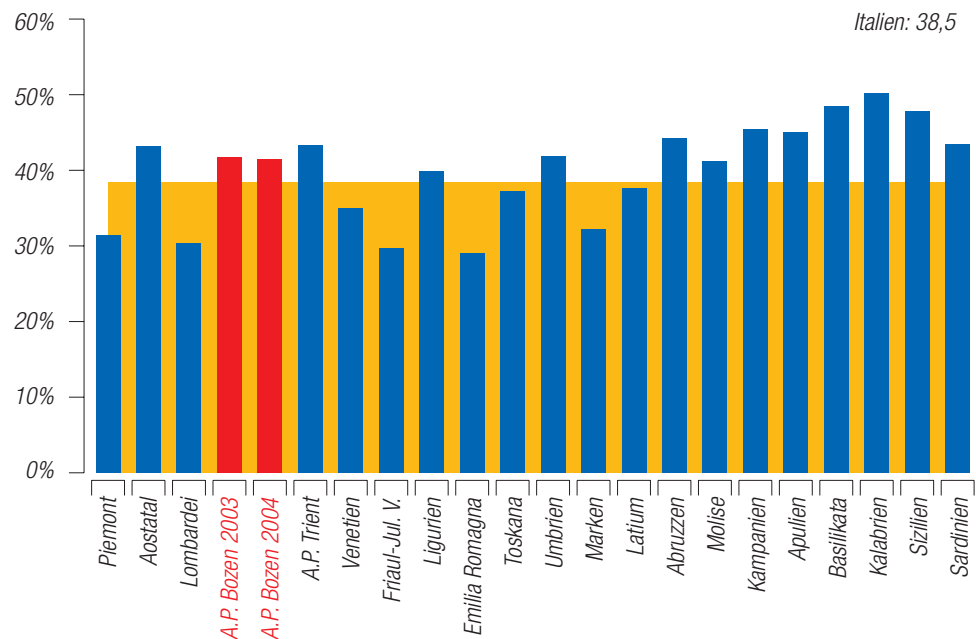


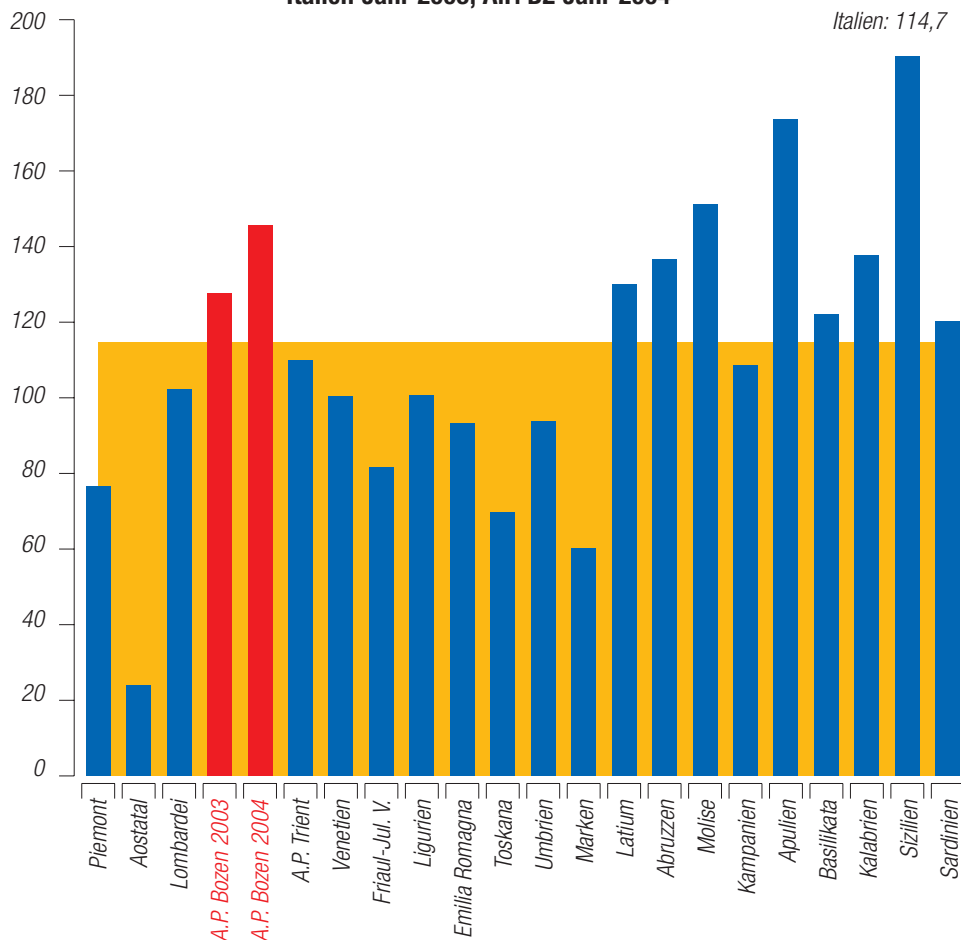
Abbildung 22: % der Entlassungen aus chir. Abt. mit med. DRG an den Entlassungen aus chir. Abt. insgesamt - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

Im Jahr 2004 beträgt die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes in der Provinz 137,3. Die Aufenthalte aufgrund von Diabetes pro 1.000 Einwohner, die 2004 hingegen 145,5 pro 100.000 Einwohner entsprechen, sind gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig, verzeichnen aber im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt von 2003, der gegenüber dem Vorjahr niedriger ausfällt, höhere Werte (Italien 114,7).

Abbildung 23: Aufenthalte wegen Diabetes pro 100.000 Einwohner -
Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



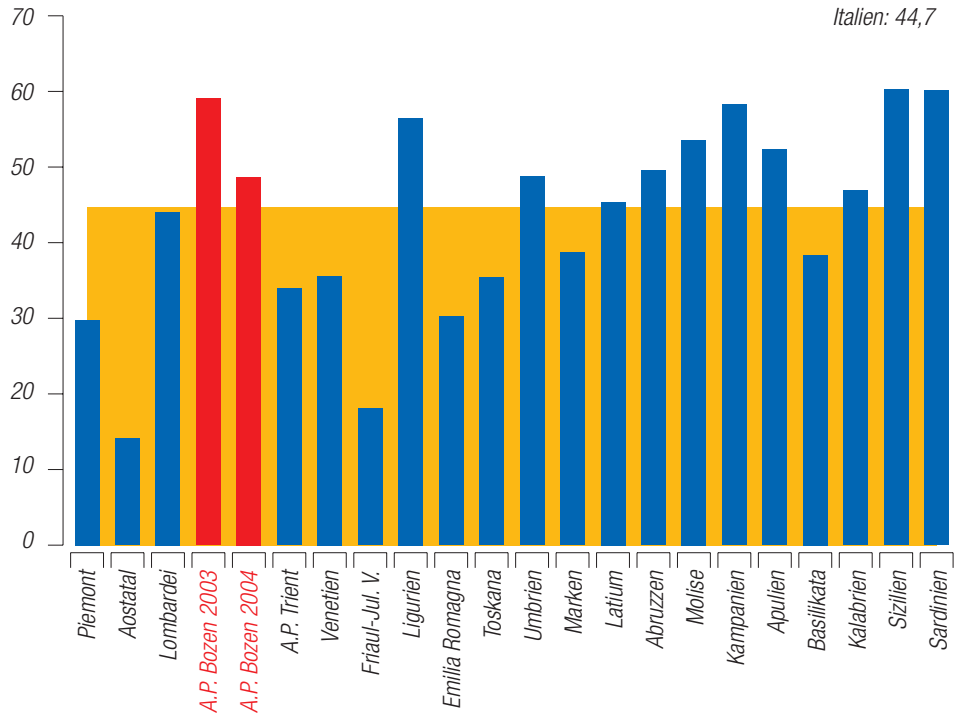
Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

Die Hospitalisierungsrate wegen Asthma beträgt im Jahr 2004 42,0. Die Zahl der Aufenthalte aufgrund von Asthma pro 1.000 Einwohner von 48,7 hat gegenüber 2003 abgenommen und liegt nur mehr leicht über den gesamtstaatlichen Werten von 2003 (Italien 44,7).

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN ASTHMA**

HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN HERZ-
DEKOMPENSATION

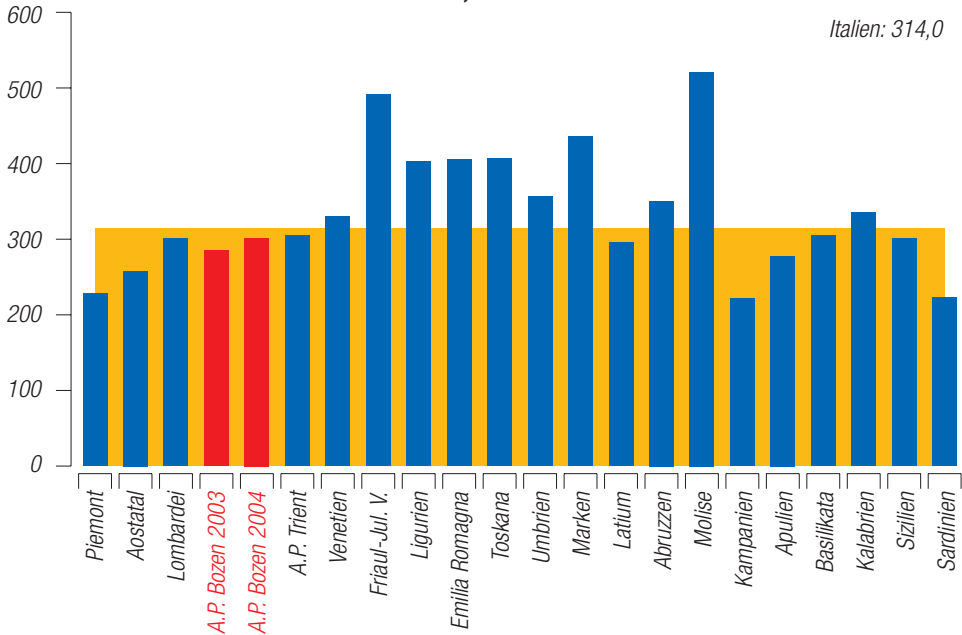
Abbildung 24: Aufenthalte aufgrund von Asthma pro 100.000 Einwohner - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

Die Provinz liegt mit einer Hospitalisierungsrate wegen Herzdekompensation von 287,2 unter den gesamtstaatlichen Werten (Italien 314,0 im Jahr 2003); in Bezug auf die Aufenthalte aufgrund von Herzdekompensation pro 1.000 Einwohner wird 2004 ein Wert von 301,5 verzeichnet, der gegenüber 2003 ansteigend ist.

Abbildung 25: Aufenthalte aufgrund von Herzdekompensation pro 100.000 Einwohner - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004

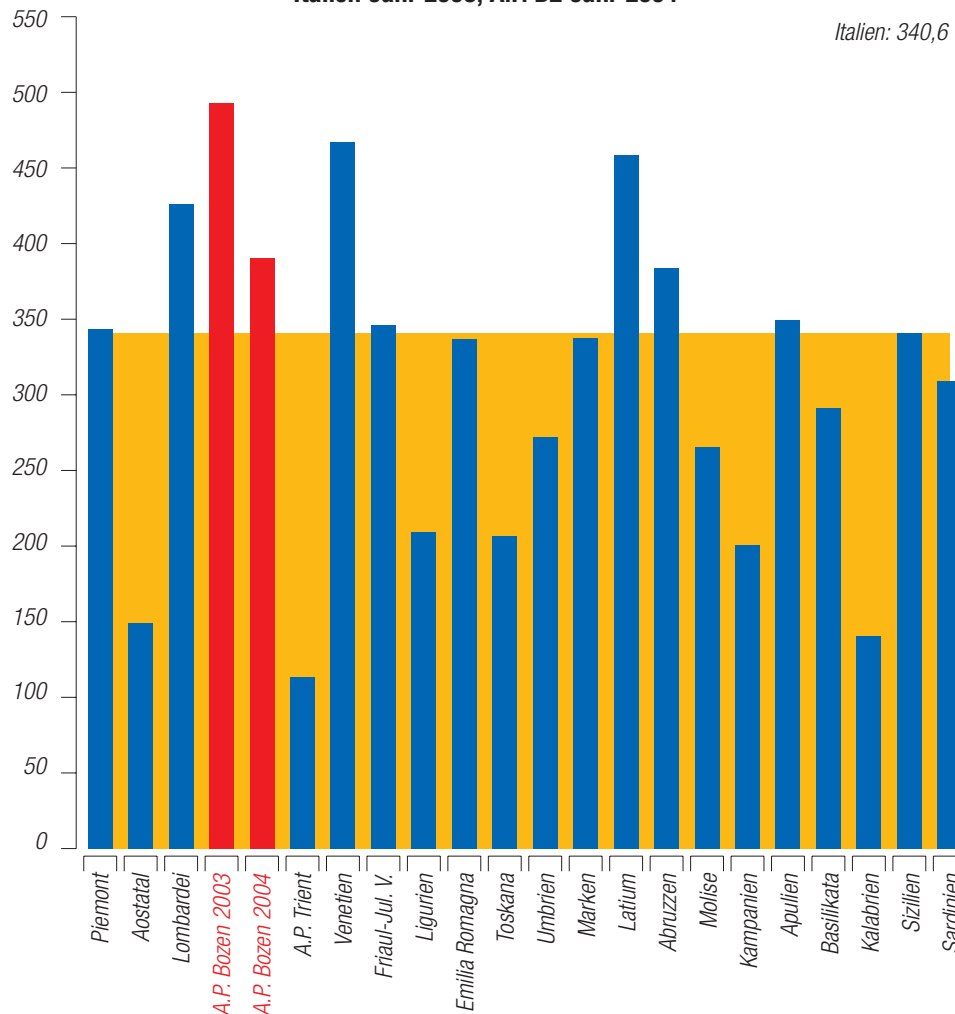


Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

Die Überwachung des Gebrauchs von unangemessenen Techniken bei Prostataektomien (durch Laparotomie) erfolgt durch die Überprüfung des Anteils der transurethralen Resektion der Prostata (TURP).

HOSPITALISIERUNGSRATE WEGEN TURP

Abbildung 26: Hospitalisierungsrate wegen TURP (Männer >49 Jahre) pro 100.000 Einwohner - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

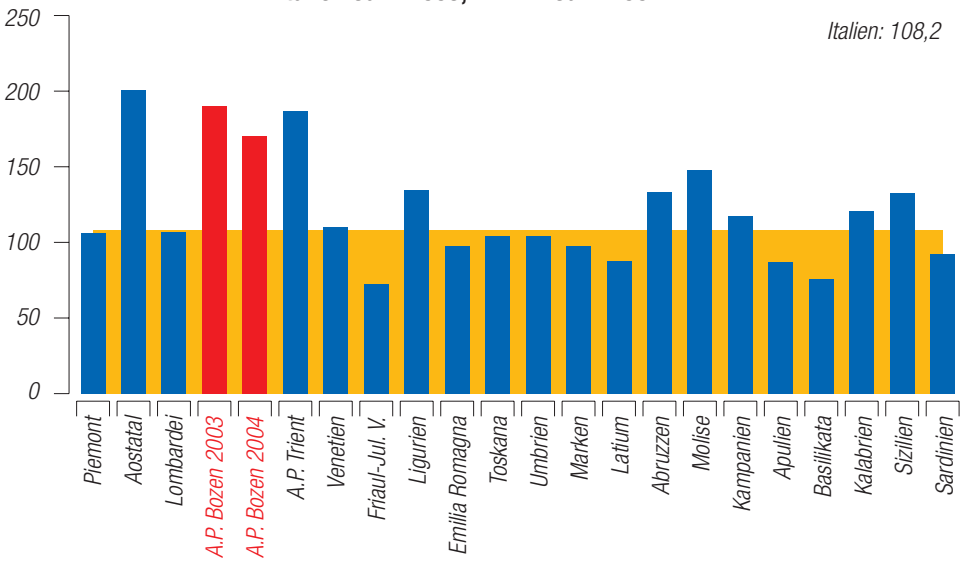
In der Autonomen Provinz Bozen betrugen die Prostataektomien insgesamt 320, 299 davon wurden durch TURP ausgeführt.

Für die Autonome Provinz Bozen wurde eine Hospitalisierungsrate wegen TURP (assoziiert mit der Diagnose Prostata-Hyperplasie) bei Männern im Alter über 49 Jahren von 419,4 pro 100.000 Einwohner verzeichnet, die also über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 340,6 des Jahres 2003 liegt. Der rücklaufende Trend dieses Indikators ist wahrscheinlich auf eine effektive Reduzierung der Eingriffe sowie auf eine andere Kodifizierung zurückzuführen. Hervorzuheben ist jedoch, dass die Zahl der betroffenen Männer im Alter über 49 Jahren von 70.785 des Jahres 2003 auf 72.009 des Jahres 2004 angestiegen ist.

HOSPITALISIERUNGS-
RATEN: APPEDEKTOMIE,
HYSTEREKTOMIE,
TONSILLEKTOMIE

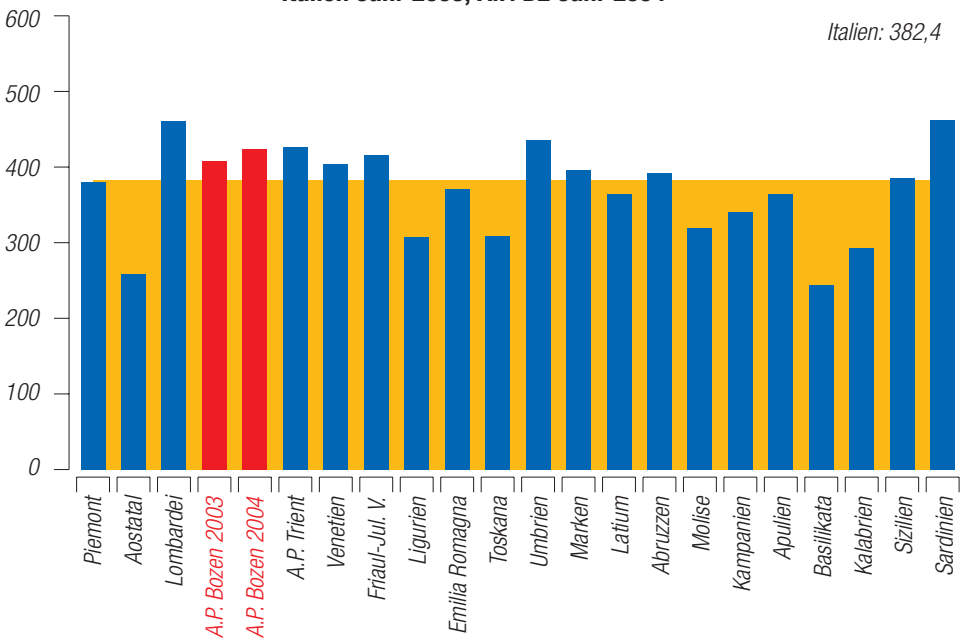
Zur Überprüfung der Begrenzung der nicht unbedingt nötigen chirurgischen Eingriffe im Vergleich zu anderen Behandlungsarten wurden für das Jahr 2004 folgende berechnet: die Hospitalisierungsrate für Appendektomie mit 170,1 (Italien 108,2), die Hospitalisierungsrate für Hysterektomie bei Frauen über 45 Jahren mit 423,6 (Italien 382,4) und die Hospitalisierungsrate für Tonsillektomie in Bezug auf ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von 267,3 (Italien 134,8).

Abbildung 27: Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie pro 100.000 Einwohner - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



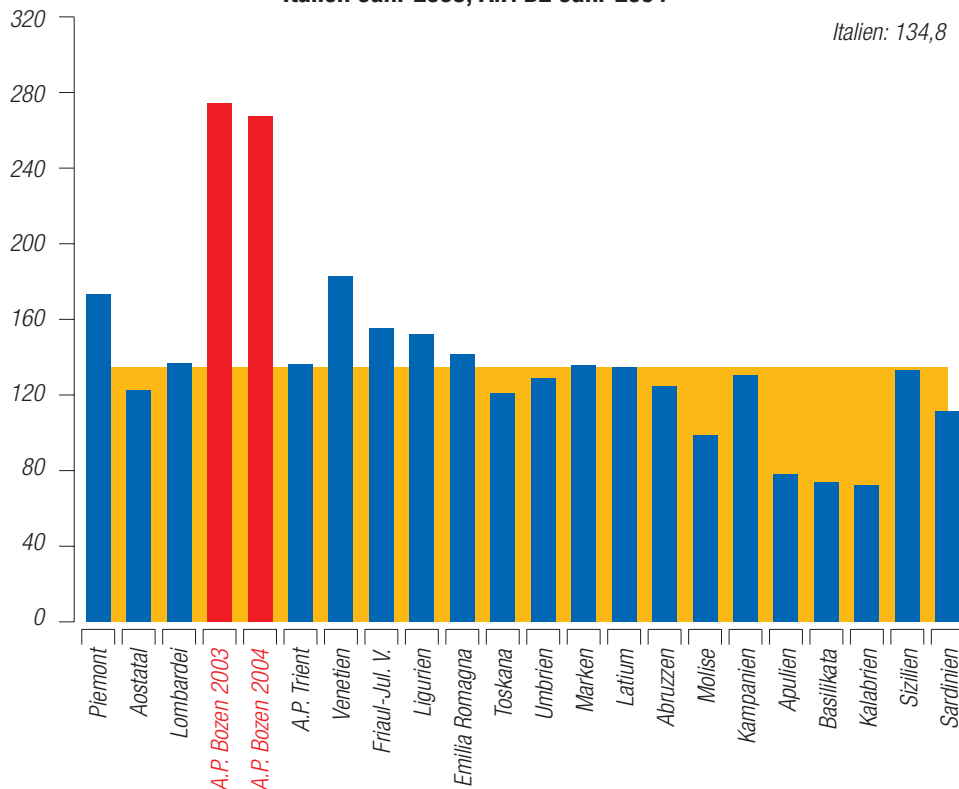
Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

Abbildung 28: Hospitalisierungsrae wegen Hysterektomie Frauen >45 J. pro 100.000 Einw. - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

Abbildung 29: Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie pro 100.000 Einw. - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.

In Bezug auf diese Indikatoren werden im Jahr 2004 in der Provinz immer noch Werte über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt des Jahres 2003 verzeichnet, vor allem für die Hospitalisierungsraten wegen Appendektomie und Tonsillektomie.

Die Hospitalisierungsrate wegen Gastroenteritis im Kindesalter (0-14 Jahre) liegt im Jahr 2004 bei 475,2 und ist gegenüber dem Wert von 2003 (481,3) rückläufig.

Für die Eingriffe am Kristallin und Venenligatur und -stripping, für welche die Behandlung in der Tagesklinik viel angemessener gilt als ein ordentlicher Aufenthalt, zeichnet sich eine Zunahme des Tagesklinik-Betriebs ab. Im Jahre 2004 verzeichnen die Indikatoren, welche den Tagesklinik-Betrieb an den Eingriffen insgesamt (Tagesklinik und ordentliche Aufenthalte) bemessen, Anteile von 64,3% bzw. 72,5%.

**HOSPITALISIERUNGSRATE
WEGEN GASTROENTERI-
TIS IM KINDESALTER**

**EINGRIFFE AM KRISTAL-
LIN UND VENENLIGATUR
UND -STRIPPING**

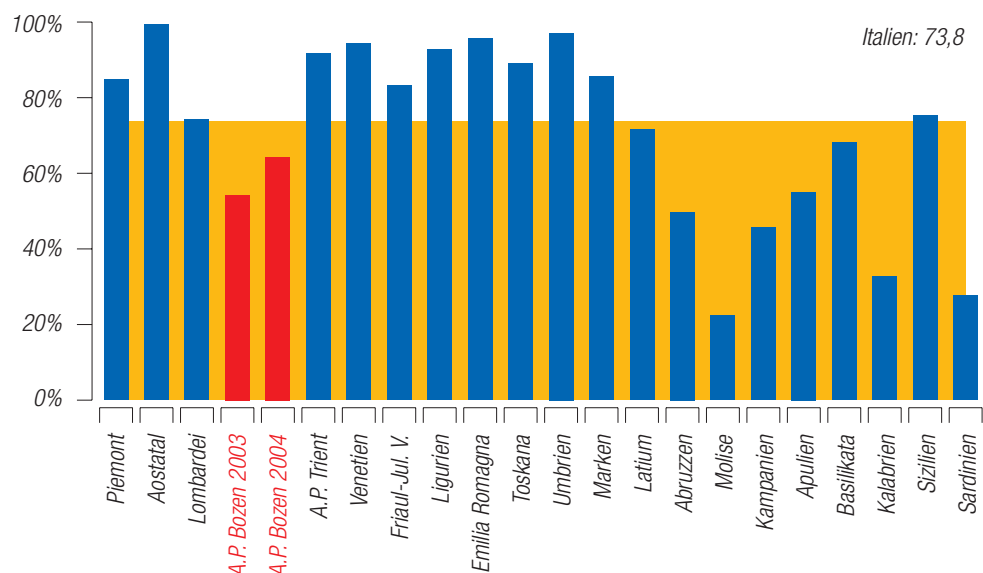
Tabelle 35: Krankenhausaufenthalte mit Eingriff am Kristallin und Venenligatur und -stripping nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004

Krankenanstalt	Eingriffe am Kristallin		Venenligatur und -stripping	
	Anz. Fälle in TK	% an Eingr. insgesamt	Anz. Fälle in TK	% an Eingr. insges.
KH Bozen	947	82,3	20	27,0
KH Meran	525	63,0	54	36,2
KH Brixen	-	-	148	85,5
KH Bruneck	411	34,5	145	84,3
KH Schlanders	-	-	222	93,7
KH Sterzing	-	-	132	75,4
KH Innichen	-	-	92	76,0
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	1.883	59,3	813	73,8
Marienlinik	502	93,3	174	64,2
PK St. Anna	-	-	44	86,3
PK Martinsbrunn	-	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	502	93,3	218	67,7
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	2.385	64,3	1.031	72,5

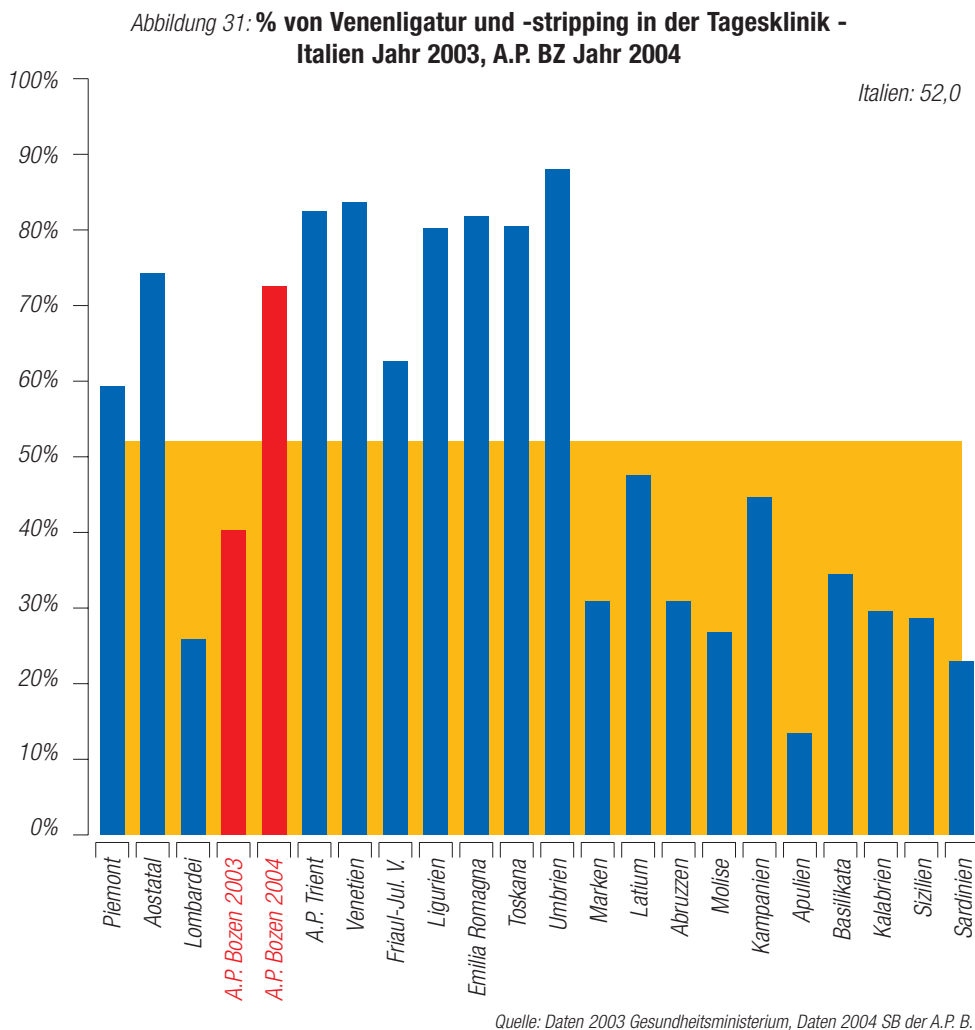
Quelle: Sanitätsbetriebe

Durch den deutlichen Anstieg des Tagesklinik-Betriebs für Venenligatur und -stripping verzeichnet die Autonome Provinz Bozen Werte über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt von 2003 (Italien 52,0). Für die Eingriffe am Kristallin liegt der gegenüber 2003 ansteigende Prozentsatz jedoch noch unter den gesamtstaatlichen Werten (Italien 73,8).

Abbildung 30: % der Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik - Italien Jahr 2003, A.P. BZ Jahr 2004



Quelle: Daten 2003 Gesundheitsministerium, Daten 2004 SB der A.P. B.



Die Krankenhausaufenthalte, die Patienten im Kindesalter betrafen, d.h. Patienten im Alter von unter 14 Jahren, betrugen insgesamt 8.937, 99,1% davon wurden in öffentlichen Krankenhäusern verbraucht.

In 1.026 Fällen (11,5% der Fälle insgesamt) wurden diese Patienten nicht in Pädiatrieabteilungen (Säuglingskrippe, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Intensivtherapie für Säuglinge) versorgt.

Der Anteil der Aufenthalte im Kindesalter in Nicht-Pädiatrieabteilungen ist für die Krankenhäuser Brixen und Bozen hoch, während in den anderen öffentlichen Landeskrankenhäusern geringe Werte verzeichnet werden. Gegenüber 2003 wird eine deutliche Senkung des Anteils der Patienten unter 14 Jahren, die in Nicht-Pädiatrieabteilungen des Krankenhauses Meran versorgt wurden, beobachtet.

Insgesamt wurden 58,7% der von Nicht-Pädiatrieabteilungen versorgten Kinder in die HNO-Abteilungen eingeliefert; die häufigste DRG war die DRG 060 „Tonsillektomie, Alter unter 18 Jahren“ (40,6%).

KRANKENHAUSAUFENTHALTE IM KINDESALTER

Tabelle 36: **Krankenhausaufenthalte von Patienten im Kindesalter (unter 14 Jahren), insgesamt und in Nicht-Pädiatrieabteilungen nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004**

Krankenanstalt	Aufenthalte von Patienten im Kindesalter (< 14 Jahre) in Nicht-Pädiatrieabteilungen	Aufenthalte von Patienten im Kindesalter (< 14 Jahre)
KH Bozen	514	3.082
KH Meran	136	2.165
KH Brixen	258	1.191
KH Bruneck	30	1.285
KH Schlanders	9	456
KH Sterzing	1	292
KH Innichen	8	382
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	956	8.853
Marienlinik	60	74
PK St. Anna	10	10
PK Martinsbrunn	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	70	84
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	1.026	8.937

Quelle: Sanitätsbetriebe

TODESFÄLLE IM KRANKENHAUS

Die Anzahl der im Krankenhaus verstorbenen Patienten betrug 1.701 (2,1% der Krankenhausaufenthalte insgesamt); in 1.518 Fällen (89,2% der Todesfälle) trat der Tod innerhalb von 30 Tagen ab dem Einlieferungsdatum ein.

Der Anteil der Todesfälle innerhalb von 30 Tagen ab Einlieferung ist in den verschiedenen Einrichtungen ziemlich konstant und nimmt den niedrigsten Wert im Krankenhaus Bruneck (85,2% der Todesfälle) und den höchsten Wert im Krankenhaus Brixen (96,7%) ein.

Tabelle 37: **Krankenhausaufenthalte mit Tod des Patienten, insgesamt und innerhalb von 30 Tagen ab Einlieferung nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004**

Krankenanstalt	Todesfälle	Todesfälle innerh. 30 Tagen ab Einlieferung	% der Todesfälle innerh. 30 Tagen an Todesfällen insgesamt
KH Bozen	870	753	86,6
KH Meran	301	281	93,4
KH Brixen	122	118	96,7
KH Bruneck	162	138	85,2
KH Schlanders	76	72	94,7
KH Sterzing	51	46	90,2
KH Innichen	46	42	91,3
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	1.628	1.450	89,1
Marienlinik	40	38	95,0
PK St. Anna	20	19	95,0
PK Martinsbrunn	7	6	85,7
Pflegestätte Samthein	6	5	83,3
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	73	68	93,2
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	1.701	1.518	89,2

Quelle: Sanitätsbetriebe

AKUTER MYOKARDINFARKT

Die Krankenhausaufenthalte wegen akutem Myokardinfarkt betrugen insgesamt 1.016; in 164 Fällen (16,1%) verstarb der Patient, und in 56 Fällen (5,5%) der Aufenthalte mit derselben Diagnose insgesamt innerhalb von 2 Tagen ab der Einlie-

ferung. Die Todesfälle aufgrund von akutem Myokardinfarkt machten 9,6% der Todesfälle im Krankenhaus aus.

Tabelle 38: Todesfälle wegen akutem Myokardinfarkt insgesamt und innerhalb von 2 Tagen ab der Einlieferung und Krankenhausaufenthalte wegen Infarkt nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004

Krankenanstalt	Todesfälle wegen Infarkt insges.	Todesfälle wegen Infarkt innerh. 2 Tage ab Einlief.	KH-Aufenthalte wegen Infarkt insgesamt
KH Bozen	93	29	521
KH Meran	40	12	198
KH Brixen	6	3	118
KH Bruneck	13	9	93
KH Schlanders	7	2	52
KH Sterzing	1	-	20
KH Innichen	2	1	14
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	162	56	1.016
Marienklinik	1	-	-
PK St. Anna	1	-	-
PK Martinsbrunn	-	-	-
Pflegestätte Samthein	-	-	-
PRIVATKLINIEN INSGESAMT	2	-	-
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	164	56	1.016

Quelle: Sanitätsbetriebe

Laut Ministerialverordnung (DPCM vom 29.11.01) wird die eventuelle organisatorische Unangemessenheit bei der Behandlung der klinischen Fälle durch die Bestimmung von „Risikobereichen“, bestehend aus 43 DRGs, bemessen, für welche die Inanspruchnahme eines Aufenthalts als „potentiell unangemessen“ gilt. Es handelt sich dabei um Aufenthalte, für die das klinische Problem mit derselben Effizienz auf einer weniger intensiven Versorgungsstufe und folglich mit einem geringeren Einsatz von Ressourcen behandelt werden könnte.

Somit ist es für die Provinz wichtig, die „Risikoaufenthalte“ regelmäßig zu überprüfen und deren Anzahl laufend zu reduzieren, um sie nur mehr in Ausnahmefällen rechtfertigen zu müssen. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass nicht für alle DRGs der „Risikoaufenthalte“ andere Versorgungsformen angewandt werden können.

Die Steigerung der Effizienz und Leistungsfähigkeit muss bei der Behandlung der Fälle mit geringem Schweregrad mit einer Dauer von über 1 Tag verfolgt werden. Bestimmte ordentliche Aufenthalte mit einer Aufenthaltsdauer von über 1 Tag können hinsichtlich besonderer Schweregrade der klinischen Bedingungen und des Selbstständigkeitsgrads oder aufgrund sozialer Faktoren wie familiäre Lage und Unterstützung von „Caregivers“ sowie logistischer Faktoren (Distanz der Versorgungseinrichtung vom Wohnort des Patienten) „toleriert“ werden.

In dieser Hinsicht hat die Autonome Provinz Bozen mit Beschluss der Landesregierung Nr. 4434 vom 09.12.2003 die „Zulässigkeitsschwellen“ für die Erbringung der 43 DRGs mit Unangemessenheitsrisiko bei ordentlichen Aufenthalten in

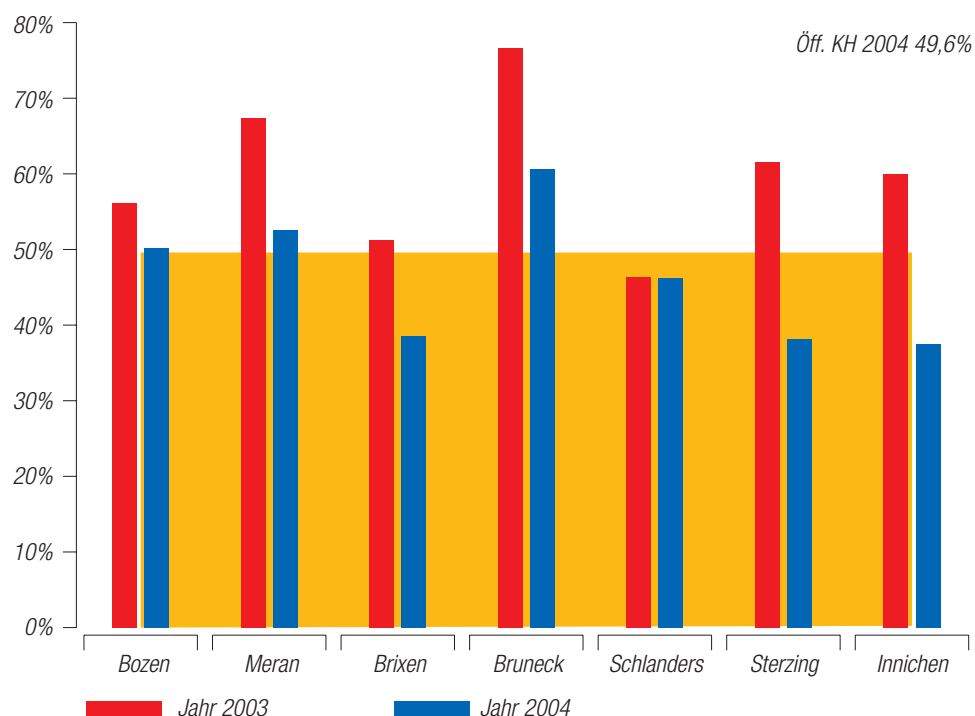
**DRGS MIT
UNANGEMESSENHEITS-
RISIKO**

öffentlichen und privaten Krankenanstalten gemäß Anhang 2C des DPCM Nr. 26 vom 29.11.2001 festgelegt.

Die nachstehend angeführten Daten sind das Ergebnis der Analyse der „Bereiche mit Unangemessenheitsrisiko“ mit Wahl der Fälle gemäß DPCM vom 29.11.01; sie bezwecken, die kritischsten Bereiche in der Provinz und auch im Vergleich mit dem übrigen Italien aufzuzeigen. Diese Analyse hat das Ziel, innerhalb jedes Sanitätsbetriebs die Bewertung der Leistung in Bezug auf die Angemessenheit zu fördern, welche die Inanspruchnahme und die Leistungen, die dem Prinzip der organisatorischen Angemessenheit und Wirtschaftlichkeit bei der Verwendung der Ressourcen nicht nachkommen, beschränken soll (wie gemäß DPCM für die Versorgungsstandards durch Förderung der Entwicklung von effizienten und leistungsfähigen Organisationsmodellen bei der Versorgung vorgeschrieben).

Die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte, die zu den 43 DRGs gehören, die als „Risikobereiche“ angesehen werden, betrugen im Jahr 2004 insgesamt 18.931 und machten 18,2% aller Krankenhausaufenthalte aus. 50,2% davon wurden in der Tagesklinik behandelt.

Abbildung 32: **Prozentanteil der ordentlichen Krankenhausaufenthalte von ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ in den öff. KH - Jahre 2003-2004**



Hohe Anteile an ordentlichen Aufenthalten von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko“ in öffentlichen Krankenhäusern wurden für das Krankenhaus Bruneck (60,5%) und Meran (52,5%) verzeichnet, während das Krankenhaus Innichen den niedrigsten Wert aufwies (37,5%). Im Sanitätsbetrieb Bruneck ist der Anteil der ordentlichen Aufenthalte mit „Risiko-DRG“ sehr hoch (57,7%), niedrig dagegen im Sanitätsbetrieb Brixen (38,4%).

Die Hospitalisierungsrate der Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern bezüglich der 43 Risiko-DRGs betrug 2004 insgesamt 352,3 und liegt somit leicht unter dem Vorjahreswert von 360,4; höhere Werte im Vergleich zum Landesdurchschnitt wurden in den Sanitätsbetrieben Bruneck und Brixen verzeichnet, wobei Brixen jedoch im Vergleich zum Jahr 2003 eine deutliche Verminderung des Indikatorwertes erzielen konnte (-41,1%).

Abbildung 33: Hospitalisierungsrate der Aufenthalte von Ansässigen mit „Unangemessenheitsrisiko-DRGs“ in den öff. KH - Jahre 2003-2004

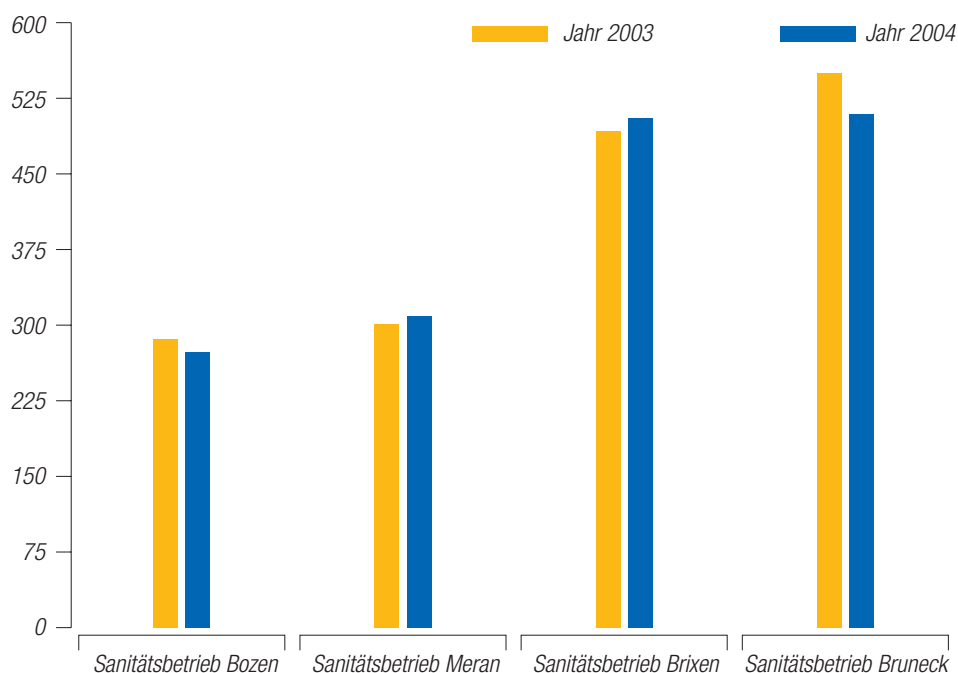


Tabelle 39: Aufenthalte von Ansässigen mit „Risiko-DRGs“ in den Krankenanstalten der Autonomen Provinz Bozen – Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Ordentl. Aufent.	Tagesklinik-Aufenthalte	Aufenthalte insgesamt	Hospital.-rate	% Var. HR 2003
Bozen	2.912	2.891	5.803	273,9	-13,2
Meran	1.971	1.881	3.852	309,8	8,4
Brixen	1.323	2.122	3.445	506,8	13,0
Bruneck	2.124	1.555	3.679	510,5	-41,1
ÖFFENTLICHE EINRICHT.	8.330	8.449	16.779	352,3	-8,1
PRIVATE EINRICHT.	1.104	1.048	2.152	45,2	-5,1
PROVINZ INSGESAMT	9.434	9.497	18.931	397,5	-13,2

Quelle: Sanitätsbetriebe

Schließlich kann noch ein anderer Indikator aus den EBK-Daten berechnet werden, der aus dem Anteil der atypischen (DRG 468 „Ausgedehnter chirurgischer Eingriff, nicht an die Primärdiagnose gebunden“, DRG 476 „Chirurgischer Eingriff an der Prostata, nicht an die Primärdiagnose gebunden“ und DRG 477 „Nicht ausgedehnter chirurgischer Eingriff, nicht an die Primärdiagnose gebunden“) und der anomalen DRGs (DRG 469 „Primärdiagnose nicht gültig als Entlassungsdiagnose“ und DRG 470 „Keiner anderen DRG zuzuordnen“) an den gesamten Aufenthalten berechnet wird; obwohl er mehr Angaben zur Qualität der Informationen als zur Qualität der Leistungen liefert, stellt er trotzdem einen Wert dar, der überwacht werden muss.

Die mit atypischen und anomalen DRGs klassifizierbaren Aufenthalte machen insgesamt knapp über 0,29% (306 Fälle) der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in den Landeskrankenanstalten aus.

Tabelle 40: **Atypische und anomale DRGs (ordentliche Aufenthalte und Tagesklinik-Aufenthalte) nach Landeskrankenanstalt - Jahr 2004**

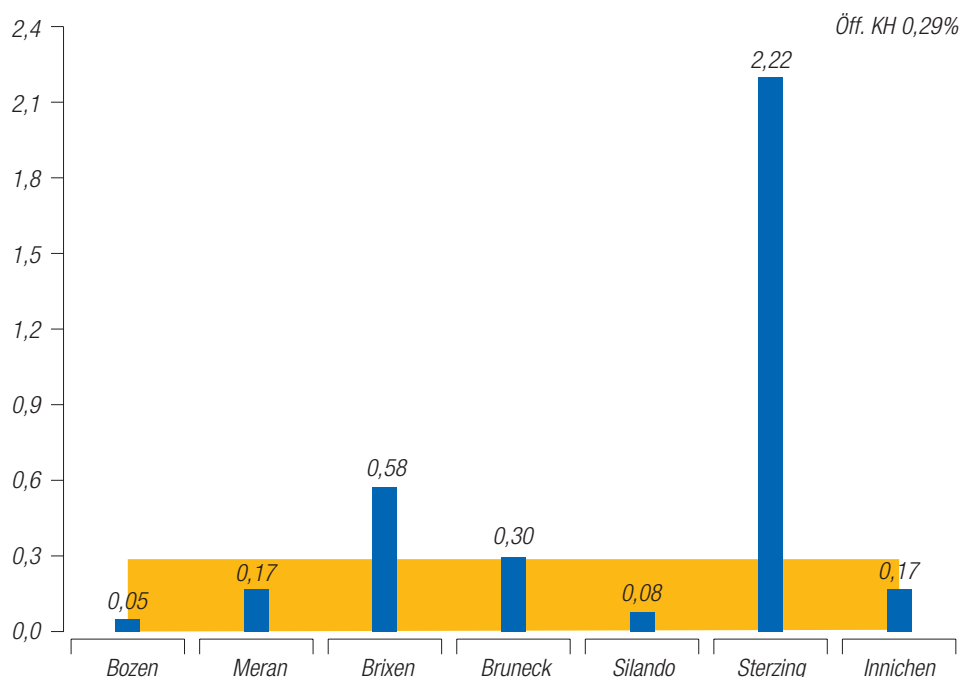
Krankenanstalten	Atypische DRGs (DRG 468, 476, 477)		Anomale DRG (DRG 469, 470)	
	Fälle	% Fälle	Fälle	% Fälle
KH Bozen	20	0,05	-	-
KH Meran	33	0,17	-	-
KH Brixen	75	0,56	3	0,02
KH Bruneck	36	0,25	8	0,06
KH Schlanders	3	0,06	1	0,02
KH Sterzing	21	0,45	83*	1,77
KH Innichen	5	0,14	1	0,03
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	193	0,20	96	0,10
Marienlinik	14	0,34	-	-
PK St. Anna	3	0,20	-	-
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	17	0,29	-	-
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	210	0,20	96	0,09

* Die Kodifizierungsfehler, die einen hohen Anteil von anomalen DRGs ergeben haben, wurden erst nach Abschluss der Landesdatenbank-Erhebung festgestellt

Quelle: Sanitätsbetriebe

In den öffentlichen Landeskrankenhäusern schwankt der Anteil der atypischen und anomalen DRGs an den ordentlichen Aufenthalten und Tagesklinik-Aufenthalten insgesamt zwischen 0,05% des Krankenhauses Bozen und 2,22% des Krankenhauses Sterzing; der übermäßig hohe Wert für das Krankenhaus Sterzing ist vor allem auf die Kodifizierungsfehler bei der Aufzeichnung der Anteile zurückzuführen. In den Privatkliniken sind 14 Fälle in der Marienlinik und 3 Fälle in der Privatklinik St. Anna zu verzeichnen.

Abbildung 34: Anteil der Aufenthalte mit atypischen DRGs (DRG 468, 476, 477) und anomalen DRGs (DRG 469, 470) in den öffentlichen Krankenhäusern - Jahr 2004



3.2.6. Krankenhausmobilität

Die Daten über die Krankenhausversorgung von Akutkranken in Einrichtungen außerhalb der Provinz beziehen sich auf Krankenhausaufenthalte von Ansässigen im übrigen Italien, für die der Ausgleich der überregionalen Mobilität durchgeführt wird, und auf die Aufenthalte in konventionierten österreichischen Einrichtungen. Die Daten über die überregionale Mobilität beziehen sich auf die Jahre 2003 und 2004, die Angaben über die Aufenthalte in Österreich auf das Jahr 2004.

3.2.6.1. Aufenthalte von Akutkranken in nationalen Einrichtungen

Im Laufe des Jahres 2004 wurden 4.382 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz verzeichnet, 193 weniger als 2003. Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte betrug 3.126 (6,6 pro 1.000 Einwohner) bei insgesamt 21.727 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 7,0 Tagen, die Tagesklinik-Aufenthalte beliefen sich auf 1.256 für insgesamt 2.601 Zugänge.

Außerdem wurden weitere 216 Aufenthalte in Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 56.00) und 53 Aufenthalte in Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60.00) verbraucht.

ORDENTLICHE
AUFENTHALTE IN
NATIONALEN
EINRICHTUNGEN

Tabelle 41: Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittlicher Tarif (Euro) und Gesamtbetrag (Euro) nach Art des Aufenthalts in nationalen Einrichtungen außerhalb der Provinz nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb – Jahr 2003

Wohnsitz-Sanitätsbetrieb	Aufenth.	Aufenth. - Tage	Durch. AD	Durch. Tarif (Euro)	Gesamtbetrag (Euro)
Ordentliche Aufenthalte					
Bozen	2.386	15.956	6,7	3.873,24	9.241.544,83
Meran	568	4.347	7,7	4.492,53	2.551.755,23
Brixen	205	1.308	6,4	3.634,96	745.165,90
Bruneck	186	1.120	6,0	3.406,43	633.595,87
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSG.	3.345	22.731	6,8	3.937,84	13.172.061,83
Tagesklinik-Aufenthalte					
Bozen	955	1.873	2,0	1.418,92	1.355.071,58
Meran	162	341	2,1	1.239,92	200.867,64
Brixen	48	89	1,9	1.178,43	56.564,60
Bruneck	65	146	2,2	1.248,14	81.128,87
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE INSG.	1.230	2.449	2,0	1.376,94	1.693.632,69
AUFENTHALTE IN NATIONALEN EINRICHTUNGEN INSGESAMT	4.575			3.249,33	14.865.694,52

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

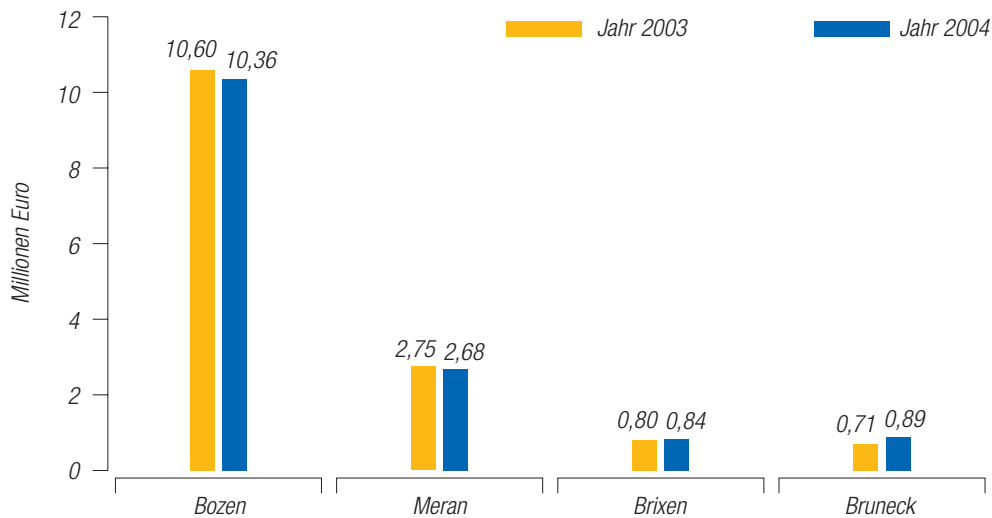
In 71,4% der Fälle stammen die Patienten aus dem Sanitätsbetrieb Bozen und in 17,3% aus dem Sanitätsbetrieb Meran. Die anderen beiden Sanitätsbetriebe senden weitaus weniger Patienten in italienische Einrichtungen: 5,2% Brixen und 6,1% Bruneck.

Tabelle 42: Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, durchschnittlicher Tarif (Euro) und Gesamtbetrag (Euro) nach Art des Aufenthalts in nationalen Einrichtungen außerhalb der Provinz nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb – Jahr 2004

Wohnsitz-Sanitätsbetrieb	Aufenth.	Aufenth. - Tage	Durch.AD	Durch. Tarif (Euro)	Gesamtbetrag (Euro)
Ordentliche Aufenthalte					
Bozen	2.185	14.708	6,7	4.132,81	9.030.196,40
Meran	566	4.567	8,1	4.287,50	2.426.725,59
Brixen	178	991	5,6	4.328,01	770.385,45
Bruneck	197	1.461	7,4	3.990,34	786.096,37
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSG.	3.126	21.727	7,0	4.162,96	13.013.403,81
Tagesklinik-Aufenthalte					
Bozen	958	1.825	1,9	1.386,48	1.328.247,72
Meran	176	442	2,5	1.461,48	257.220,92
Brixen	50	145	2,9	1.352,21	67.610,73
Bruneck	72	189	2,6	1.471,70	105.962,57
TAGESKLINIK-AUFENTHALTE INSG.	1.256	2.601	2,1	1.400,51	1.759.041,94
AUFENTHALTE IN NATIONALEN EINRICHTUNGEN INSGESAMT	4.382			3.371,17	14.772.445,8

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 35: Gesamtbetrag (Euro) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in nationalen Einrichtungen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahre 2003-2004



Im Jahr 2004 machte der Gesamtbetrag für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in anderen italienischen Regionen 14,772 Millionen Euro aus, 70,1% davon für Ansässige des Sanitätsbetriebs Bozen, 18,2% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Meran, 5,7% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Brixen und 6,0% für Ansässige des Sanitätsbetriebs Bruneck.

Venetien (33,9%) und die Autonome Provinz Trient (30,4%) sind die häufigsten Anlaufstellen. Gegenüber 2003 kam es zu einer Verminderung der ordentlichen Aufenthalte, während die Tagesklinik-Aufenthalte vor allem in den Einrichtungen in Venetien, Trient und Sizilien zunahmen.

**AUSGABEN FÜR
AUFENTHALTE IM
ÜBRIGEN ITALIEN IM
JAHR 2004**

Tabelle 43: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im übrigen Italien nach Aufenthaltsregion – Jahr 2004

Aufenthalts-region	Ordentliche Aufenthalte		Tagesklinik-Aufenthalte		Insgesamt	
	Anz. Ent-lassungen	Diff. der Auf-enth. ggü. 2003	Anz. Ent-lassungen	Diff. der Auf-enth. ggü. 2003	Anz. Ent-lassungen	Prozentsatz
Venetien	1.207	-15	279	25	1.486	33,9
Trient	742	-93	590	11	1.332	30,4
Lombardiei	357	-80	105	-1	462	10,5
Emilia Romagna	261	-21	127	-14	388	8,9
Latium	81	17	22	9	103	2,4
Toskana	82	8	16	-12	98	2,2
Friaul	66	-35	14	-5	80	1,8
Apulien	57	-11	11	3	68	1,6
Piemont	40	-2	17	-	57	1,3
Kampanien	44	3	9	3	53	1,2
Sizilien	30	-2	21	11	51	1,2
Kalabrien	35	6	9	-5	44	1,0
Sardinien	36	12	2	2	38	0,9
Ligurien	16	-10	18	2	34	0,8
Abruzzen	29	4	3	-1	32	0,7
Marken	23	-2	6	5	29	0,7
Umbrien	14	6	2	-6	16	0,4
KH Bambin Gesù	1	-1	5	3	6	0,1
Molise	2	-2	-	-1	2	-
Basilikata	2	-	-	-2	2	-
Aostatal	1	-1	-	-1	1	-
INSGESAMT	3.126	-219	1.256	26	4.382	100,0

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

Tabelle 44: **Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im übrigen Italien nach MDC und Betrag (Euro) – Jahr 2004**

MDC	Beschreibung der MDC	Anzahl Aufenth.	%	Gesamtbetrag (Euro)
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	635	20,3	2.297.698,29
5	Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems	474	15,2	4.034.707,61
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	211	6,7	629.473,81
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	204	6,5	874.635,59
3	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	200	6,4	503.113,44
17	Myeloproliferative Krankheiten und Störungen und schwach differenzierte Neoplasien	191	6,1	837.048,41
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	146	4,7	566.087,61
14	Schwangerschaft, Entbindung und Puerperium	126	4,0	201.206,67
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	106	3,4	266.314,62
13	Krankheiten und Störungen des weiblichen Fortpflanzungssystems	104	3,3	269.773,28
2	Krankheiten und Störungen des Auges	98	3,1	181.969,63
19	Geisteskrankheiten und -störungen	90	2,9	212.040,13
10	Endokrine, Stoffwechsel- u. Ernährungskrankheiten u. -störungen	84	2,7	191.322,55
15	Krankheiten und Störungen der Neonatalzeit	80	2,6	140.003,91
7	Krankheiten u. Störungen des Leber- u. Gallensystems u. Pankreas	78	2,5	344.791,27
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	69	2,2	257.884,84
12	Krankheiten und Störungen des männlichen Fortpflanzungssystems	60	1,9	232.018,30
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	33	1,1	48.228,64
18	Infektions- und parasitäre Krankheiten (systemisch oder nicht spezifizierter Lokalisation)	31	1,0	115.830,11
21	Traumata, Vergiftungen und toxische Wirkung von Pharmaka	30	1,0	64.318,17
-	Sonstige DRGs	22	0,7	486.761,29
16	Krankheiten und Störungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	19	0,6	73.009,18
20	Alkohol-/Drogenmissbrauch und alkohol-/drogeninduzierte organische Geistesstörungen	17	0,5	32.587,03
24	Relevante multiple Traumata	11	0,4	105.048,22
22	Verbrennungen	6	0,2	42.247,21
25	HIV-Infektionen	1	-	5.284,00
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		3.126	100,0	13.013.403,81

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

Die Hauptursache der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien besteht in den Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes (20,3%) und in den Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems (15,2%).

2,8% der Patienten werden mit der DRG 222 „Eingriffe am Knie, ohne Komplikationen“, 2,6% mit der DRG 209 „Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße“ und 2,4% mit der DRG 215 „Eingriffe an Rücken und Hals, ohne Komplikationen“ entlassen.

Tabelle 45: Ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien nach den häufigsten DRGs und Betrag (Euro) - Jahr 2004

DRG	Beschreibung der DRGs	Anz. Aufenth.	Gesamtbetrag (Euro)	% kum.
222	Eingriffe am Knie ohne Kompl.	89	189.612,55	2,8
209	Haupteingriffe an größeren Gelenken und Replantation der unteren Gliedmaße	79	718.541,52	5,4
215	Eingriffe an Rücken und Hals, ohne Kompl.	75	280.807,66	7,8
408	Myeloproliferative Krankheiten oder schwach differenzierte Neoplasien	63	324.027,14	9,8
107	Koronar-Bypass ohne Katheterisierung	62	950.540,36	11,8
105	Eingriffe an den Herzklappen ohne Herzkatheterisierung	59	1.078.329,76	13,7
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	58	77.109,26	15,5
231	Lokale Exstirpation und Entfernung der intramedullären Fixateure ausgenommen Hüfte	57	130.853,00	17,3
391	Unauffälliger Neugeborener	55	27.986,56	19,1
359	Eingriff an Gebärmutter und Annexen nicht wegen bösartigem Tumor, ohne Komplikationen	50	129.453,14	20,7
409	Strahlentherapie	49	261.134,64	22,3
63	Sonstige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	47	174.494,73	23,8
430	Psychose	47	109.047,46	25,3
112	Perkutane Eingriffe am Herzkreislaufsystem	44	306.440,92	26,7
225	Eingriffe am Fuß	43	96.232,40	28,1
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagn. akute Leukämie gebunden	43	86.055,60	29,4
127	Herzinsuffizienz und Schock	33	96.450,61	30,5
219	Eingriffe an Beinen und Oberarmknochen, ausschl. Hüfte, Fuß, Oberschenkelknochen (Femur), Alter > 17 ohne Komplikationen	30	79.266,66	31,4
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	28	34.625,23	32,3
56	Rinoplastica	27	41.656,43	33,2
183	Ösophagitis, Gastroent. u. Verdauungskrankheiten, Alter >17 o. Kompl.	27	32.272,17	34,1
224	Eingriffe an Schulter, Ellbogen oder Unterarm außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Komplikationen	27	54.101,33	34,9
1	Trepanation, Alter > 17, außer wegen Trauma	26	280.695,48	35,8
184	Ösophagitis, Gastroent. und Verdauungskrankheiten, Alter < 18	25	19.903,68	36,6
371	Kaiserschnitt ohne Komplikationen	25	60.959,14	37,4
243	Rückenbeschwerden	24	34.090,03	38,1
344	Sonstige Eingriffe am männlichen Fortpflanzungsapparat aufgrund bösartiger Neoplasien	24	135.491,04	38,9
39	Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie	23	32.241,61	39,6
169	Eingriffe am Mund, ohne Komplikationen	23	55.338,30	40,4
227	Eingriffe am Weichgewebe, ohne Kompl.	23	44.957,11	41,1
428	Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Impulskontrolle	23	63.705,41	41,8
14	Spezifische zerebrovaskuläre Erkrankungen außer transitorisch ischämischer Attacke (TIA)	22	73.970,23	42,5
36	Eingriffe an der Retina	21	59.837,44	43,2
260	Subtotale Mastektomie aufgrund bösartiger Neoplasien, ohne Kompl.	21	55.084,72	43,9
125	Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung und ohne kompl. Diagnose	20	37.038,63	44,5
266	Hauttransplantation und/oder Durchschneidung außer wegen Hautgeschwüren/Zellulitis, ohne Komplikationen	20	55.492,95	45,2
55	Gemischte Eingriffe an Ohren, Nase, Rachen	19	32.517,91	45,8
138	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen, mit Kompl.	19	61.450,68	46,4
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	19	14.400,25	47,0
119	Venenligatur und -stripping	18	29.775,87	47,6
82	Neoplasien der Atemwege	17	57.689,87	48,1
104	Eingriffe an den Herzklappen mit Herzkatheter	17	421.701,28	48,7
229	Eingriffe an der Hand oder am Handgelenk außer größeren Eingriffen an Gelenken, ohne Kompl.	17	24.384,95	49,2
108	Sonstige Eingriffe am Herz-Kreislaufsystem	16	212.220,32	49,7
158	Eingriffe an Anus und Enterostoma, ohne Komplikationen	16	23.764,77	50,2
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	16	42.803,06	50,7
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		3.126	13.013.403,81	

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

Bei 1.034 ordentlichen Aufenthalten von ansässigen Südtirolern im Jahr 2004 außerhalb der Provinz betrug die Aufenthaltsdauer 2 oder 3 Tage (mit Ausnahme der Aufenthalte in den Abteilungen Rehabilitation, Langzeitpflege und Psychiatrie), was 33,1% der außerhalb der Provinz getätigten Aufenthalte von Akutkranken entspricht. Die Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrugen 983, die Aufenthalte, nach denen der Patient auf eine andere Art entlassen wurde, 51.

37,1% der Kurzaufenthalte mit Entlassung des Patienten nach Hause betrafen Krankenanstalten der Region Venetien, 25,4% bezogen sich auf Einrichtungen in der Autonomen Provinz Trient.

Tabella 46: Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen von Südtirolern in Krankenanstalten im übrigen Italien nach Aufenthaltsregion und Entlassungsart – Jahr 2004

Aufenthaltsregion	Entlassung des Patienten nach Hause	Andere Art der Entlassung	Insgesamt
Venetien	365	11	376
Trient	250	18	268
Lombardei	110	4	114
Emilia Romagna	107	-	107
Apulien	22	1	23
Friaul	20	-	20
Latium	17	3	20
Kampanien	17	2	19
Toskana	14	4	18
Sardinien	13	-	13
Kalabrien	9	3	12
Piemont	8	1	9
Abruzzen	7	2	9
Sizilien	8	1	9
Ligurien	5	-	5
Marken	5	-	5
Umbrien	4	-	4
Aostatal	-	1	1
KH Bambin Gesù	1	-	1
Molise	1	-	1
ORDENTL. KURZAUFENTHALTE INSG.	983	51	1.034

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

Die Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause seitens Südtiroler in allen Krankenanstalten im übrigen Italien betrugen 351. Die häufigste DRG war die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ mit 36 Aufenthalten, gefolgt von der DRG 410 „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden“ mit 26 Aufenthalten.

2004 machte der Gesamtbetrag für Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit Entlassung des Patienten nach Hause und medizinischer DRG seitens Ansässiger im restlichen Italien 735.379,36 Euro aus.

**KURZAUFENTHALTE VON
2 ODER 3 TAGEN**

Tabelle 47: **Ordentliche Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause seitens Südtiroler in Krankenanstalten im übrigen Italien nach häufigster DRG und Betrag (Euro) – Jahr 2004**

DRG	Beschreibung DRG	Anz. Kurzauf.	Gesamtbe- trag (Euro)	% kum. Kurzauf.
373	Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose	36	49.157,81	10,3
410	Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden	26	52.557,78	17,7
125	Kreislaufstörungen ausschl. akut. Myokardinfarkt mit Herzkatheterisierung	12	22.238,15	21,1
184	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Verdauungskrankheiten, Alter <18	11	11.457,13	24,2
082	Neoplasien der Atemwege	9	30.288,58	26,8
183	Ösophagitis, Gastroent. u. Verdauungskrankheiten, Alter >17 ohne Kompl.	9	13.270,18	29,3
409	Strahlentherapie	9	30.953,19	31,9
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	7	6.668,45	33,9
047	Sonstige Krankheiten der Augen, Alter > 17 ohne Kompl.	6	12.443,84	35,6
138	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen, mit Kompl.	6	19.511,80	37,3
139	Herzrhythmus- und Reizleistungsstörungen ohne Komplikationen	6	11.328,26	39,0
185	Krankheiten der Zähne und der Mundhöhle, außer Ziehen und Reparatur, Alter > 17	6	13.003,37	40,7
189	Sonstige Diagnosen Verdauungsapparat, Alter >17 ohne Komplikationen	6	8.958,23	42,5
243	Rückenbeschwerden	6	8.181,14	44,2
241	Krankheiten des Bindegewebes, ohne Komplikationen	5	14.568,74	45,6
025	Konvulsionen und Kopfschmerzen Alter > 17 ohne Kompl.	4	4.569,07	46,7
026	Konvulsionen und Kopfschmerzen Alter < 18	4	6.082,86	47,9
070	Mittelohrentzündung und Infektion der Atemwege, Alter < 18	4	5.164,69	49,0
098	Bronchitis und Asthma, Alter < 18	4	5.796,92	50,1
KURZAUFENTHALTE MIT MEDIZINISCHER DRG UND ENTLASSUNG DES PATIENTEN NACH HAUSE INSGESAM		351	735.379,36	

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

3.2.6.2. Aufenthalte von Akutkranken in Österreich

AUFENTHALTE IN ÖSTERREICH

Um den Bürgern der Provinz unter Achtung der jeweiligen ethnisch-sprachlichen Merkmale eine vollständige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, ist die Autonome Provinz Bozen mit österreichischen Universitätskliniken und öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Österreich für Krankenhausdienste für akute und post-akute Patienten konventioniert, die das Südtiroler Gesundheitswesen nicht anbieten kann. Folgende Einrichtungen leisten Krankenhausversorgung für Akutkranke:

- Universitätsklinik Innsbruck, für alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in klinischen Fällen, die aufgrund ihres hohen wissenschaftlich-technologischen Inhalts bzw. der Komplexität der Maßnahmen den Einsatz einer Universitätsstruktur erfordern. In den Fällen, in denen die Universitätsklinik Innsbruck nicht in der Lage ist, diese hochspezialisierten Leistungen zu erbringen, ist sie befugt, die Patienten in die Universitätskliniken Wien und Graz zu überweisen. In diesen Fällen trägt die Landesverwaltung die Kosten für den Transport und die Pflegesätze für den Aufenthalt, welche sie direkt zahlt;
- Landeskrankenanstalten von Salzburg für die Behandlung von Nierenkrankheiten, kardiochirurgischen Operationen und Gaumenspalte;

- c) „Landeskrankenhaus Natters“, für phthisio-pneumologische Behandlungen;
 d) „Magistrat der Stadt Wien – AKH“, für die Behandlung der aus der Universitätsklinik Innsbruck überwiesenen schwersten Fälle von Patienten.

Die hier angeführten Daten müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die Ergebnisse von der Qualität der von den österreichischen Einrichtungen weitergeleiteten Angaben und von der daraus folgenden Korrektheit/Vollständigkeit der Landesdatenbank abhängen.

Im Laufe des Jahres 2004 wurden insgesamt 2.690 ordentliche Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, die 22.469 Aufenthaltstage in Anspruch nahmen.

Tabelle 48: Entlassungen, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Gesamtbetrag (Euro) und durchschnittlicher Tarif (Euro) für ordentliche Aufenthalte und Aufenthaltszyklen in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke seitens Patienten aus der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2004

Einrichtungen	Aufenthalte	Patient.	Aufenthaltstage	Durch. AD	Gesamtbetrag (Euro)	Durch. Tarif (Euro)
Ordentliche Aufenthalte						
Universitätsklinik Innsbruck	2.556	1.543	21.814	8,5	13.886.299,33	5.432,82
Landeskrankenhaus Natters	40	23	263	6,6	97.300,35	2.432,51
Landeskrankenanstalten Salzburg	12	11	113	9,4	65.314,00	5.442,83
ORDENTL. AUFENTH. INSG.	2.608	1.577	22.190	8,5	14.048.913,68	5.386,85
Aufenthaltszyklen von der Dauer 1 Tages						
Universitätsklinik Innsbruck	75	75	259	3,5	198.940,00	2.652,53
Landeskrankenhaus Natters	7	7	20	2,9	8.738,10	1.248,30
AUFENTHALTSZYKLEN INSG.	82	82	279	3,4	207.678,10	2.532,66
AUFENTHALTE IN ÖSTERR. EINRICHTUNGEN INSG.	2.690	1.659	22.469		14.256.591,78	5.299,85

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

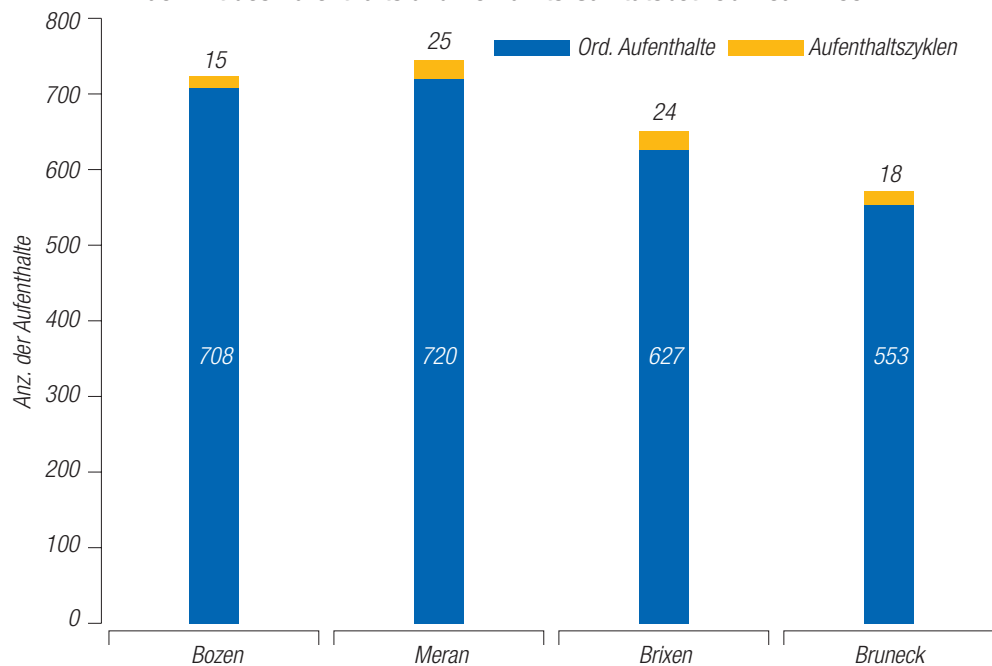
Unterscheidet man nach Art des Aufenthalts, ergeben sich 2.608 ordentliche Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen mit insgesamt 22.190 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 8,5 Tagen und einem durchschnittlichen Betrag von 5.386,85 Euro. Die Aufenthaltszyklen beliefen sich auf 82. Insgesamt fanden 279 Aufenthaltstage statt mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 3,4 Tagen und einem Betrag von 2.532,66 Euro.

In 27,7% der Aufenthalte in Österreich stammen die Patienten aus dem Wohnsitz-Sanitätsbetrieb Meran; es folgen Bozen (26,8%), Brixen (24,2%) und Bruneck (21,2%).

Berücksichtigt man die gesamten Aufenthalte von Südtirolern, so machte die Inanspruchnahme von österreichischen Einrichtungen 2,7% der gesamten Aufenthalte aus: 5,1% für Brixen, 3,9% für Bruneck, 2,9% für Meran und 1,6% für Bozen.

**HERKUNFTS-
SANITÄTSBETRIEB**

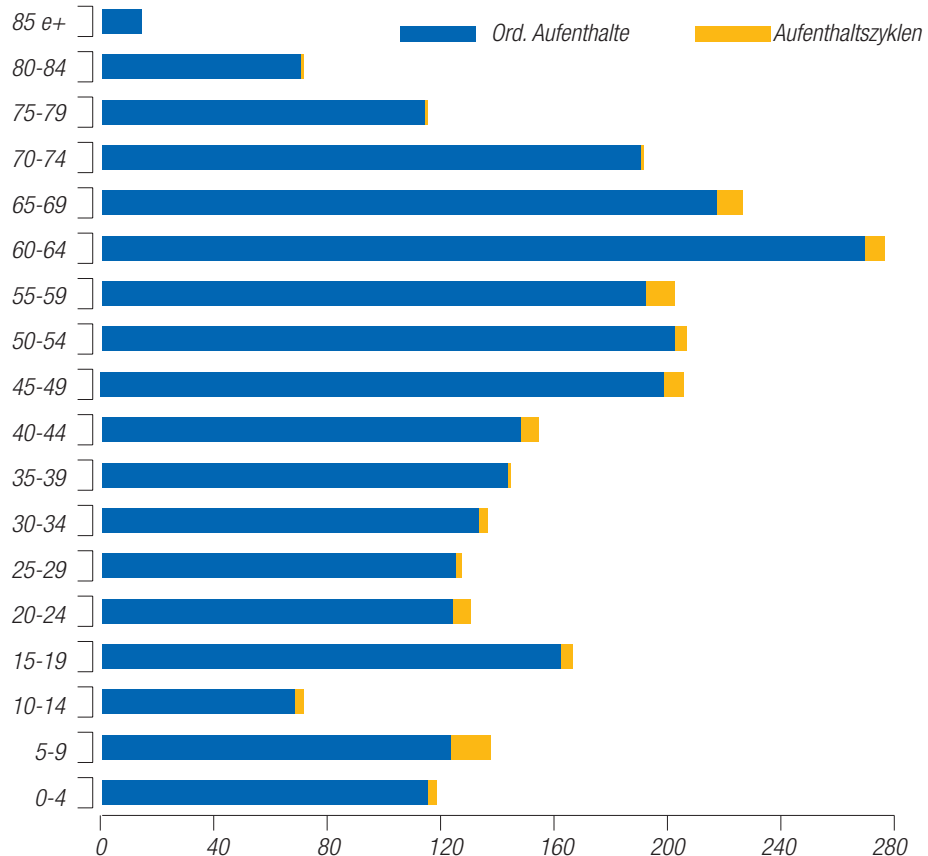
Abbildung 36: Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke nach Art des Aufenthalts und Herkunfts-Sanitätsbetrieb – Jahr 2004



ALTERSKLASSEN

Die häufigsten Altersklassen der Aufenthalte in Österreich sind jene zwischen 60-64 für die ordentlichen Aufenthalte (10,3%) und zwischen 5-9 Jahren für die Aufenthaltszyklen (17,1%).

Abbildung 37: Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen für Akutkranke nach Art des Aufenthalts und Altersklasse – Jahr 2004



Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen „Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust“ (mit 7,2% der ordentlichen Aufenthalte und 9,8% der Aufenthaltszyklen) und „Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen“ (mit 6,8% der ordentlichen Aufenthalte und 24,4% der Aufenthaltszyklen); diese Kategorie steht bei den Aufenthaltszyklen an erster Stelle.

Tabelle 49: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (ordentliche Aufenthalte) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten - Jahr 2004**

ICD9CM	Beschreibung	Aufent.	% kumul.
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	189	7,2
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	178	14,1
150-159	Bösartige Tumoren der Organe des Verdauungsapparats	168	20,5
190-199	Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen	125	25,3
720-724	Rückenleiden	123	30,0
740-759	Angeborene Missbildungen	114	34,4
570-579	Sonstige Krankheiten des Verdauungsapparats	113	38,7
520-529	Erkrankungen der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Kiefers	102	42,6
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	96	46,3
300-316	Neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und sonstige psychische, nicht psychotische Störungen	83	49,5
420-429	Sonstige Herzleiden	83	52,7
160-165	Bösartige Tumoren des Respirationstrakts und der Thoraxorgane	68	55,3
140-149	Bösartige Tumoren der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens	53	57,3
360-379	Krankheiten der Augen und Annexe	53	59,4
210-229	Gutartige Tumoren	52	61,3
410-414	Ischämische Herzleiden	52	63,3
590-599	Sonstige Krankheiten des Harntraktes	50	65,3
710-719	Arthropathien und damit verbundene Störungen	50	67,2
780-789	Symptome	49	69,1
730-739	Osteopathien, Chondropathien und erworbene Missbildungen der Muskeln und des Skeletts	48	70,9
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT		2.608	

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

Tabelle 50: **Häufigste Entlassungsdiagnosen (Aufenthaltszyklen) für in österreichischen Krankenanstalten für Akutkranke behandelte Südtiroler Patienten - Jahr 2004**

ICD9CM	Beschreibung	Aufent.	% kumul.
179-189	Bösartige Tumoren an den Urogenitalorganen	20	24,4
150-159	Bösartige Tumoren der Organe des Verdauungsapparats	10	36,6
190-199	Bösartige Tumoren anderer und nicht spezifizierter Lokalisationen	9	47,6
200-208	Bösartige Tumoren der Lymph-, Blut- und der damit verbundenen Gewebe	9	58,5
170-176	Bösartige Tumoren der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brust	8	68,3
510-519	Sonstige Krankheiten der Atemwege	5	74,4
AUFENTHALTSZYKLEN INSGESAMT		82	

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

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 98,0% der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen; die der gesamtstaatlichen Klassifizierung entsprechenden, am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren Orthopädie und Traumatologie, Plastische Chirurgie und Chirurgie 1.

DIAGNOSEN

In Bezug auf die Aufenthaltszyklen deckte die Klinik 91,5% der Aufenthalte; die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Urologie und Allgemeine Medizin.

Tabelle 51: **Ordentliche Aufenthalte nach Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck – Jahr 2004**

Aufenthaltsabteilung	Anz. d. Aufenth.	% Aufenth.	Aufenth.-Tage	% Tage
Anästhesie und Reanimation	17	0,7	244	1,1
Kardiochirurgie	132	5,2	1.471	6,7
Kardologie	26	1,0	177	0,8
Chirurgie 1	173	6,8	2.328	10,7
Chirurgie 2	1	-	3	-
Allgemeine Chirurgie	26	1,0	290	1,3
Gesichts- und Kieferchirurgie	1	-	4	-
Kinderchirurgie	20	0,8	205	0,9
Plastische Chirurgie	220	8,6	1.859	8,5
Gefäßchirurgie	14	0,5	98	0,4
Dermatologie	44	1,7	404	1,9
Hämatologie	66	2,6	602	2,8
Gastroenterologie	128	5,0	631	2,9
Medizin 1	4	0,2	34	0,2
Medizin 2	2	0,1	6	-
Allgemeine Medizin	116	4,5	621	2,8
Nuklearmedizin	28	1,1	135	0,6
Nephrologie	11	0,4	52	0,2
Neonatologie	1	-	8	-
Neurochirurgie	156	6,1	1.314	6,0
Neurologie	109	4,3	957	4,4
Neuropsychiatrie für Kinder	54	2,1	666	3,1
Säuglingskrippe	2	0,1	83	0,4
Augenheilkunde	60	2,3	254	1,2
Zahnheilkunde und Stomatologie	143	5,6	1.067	4,9
Onkologie	3	0,1	18	0,1
Orthopädie u. Traumatologie	239	9,4	2.519	11,5
Geburtshilfe u. Gynäkologie	157	6,1	1.117	5,1
HNO	51	2,0	330	1,5
Pediatric	162	6,3	1.091	5,0
Pneumologie	1	-	3	-
Psychiatrie	48	1,9	867	4,0
Strahlentherapie	147	5,8	1.354	6,2
Onkologische Strahlentherapie	7	0,3	16	0,1
Intensivtherapie	10	0,4	128	0,6
Urologie	120	4,7	575	2,6
Kinderurologie	57	2,2	283	1,3
ORDENTLICHE AUFENTHALTE INSGESAMT	2.556	100,0	21.814	100,0

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

Tabelle 52: Aufenthaltszyklen nach Abteilung der Universitätsklinik Innsbruck - Jahr 2004

Aufenthaltsabteilung	Anz. d. Aufenth.	% Aufenth.	Aufenth.-Tage	% Tage
Chirurgie 2	1	1,3	2	0,8
Dermatologie	1	1,3	3	1,2
Hämatologie	4	5,3	8	3,1
Gastroenterologie	3	4,0	8	3,1
Allgemeine Medizin	11	14,7	32	12,4
Nuklearmedizin	3	4,0	7	2,7
Neuropsychiatrie für Kinder	1	1,3	9	3,5
Augenheilkunde	2	2,7	4	1,5
Onkologie	1	1,3	2	0,8
Geburtshilfe u. Gynäkologie	12	16,0	66	25,5
Pediatric	22	29,3	88	34,0
Urologie	12	16,0	26	10,0
Kinderurologie	2	2,7	4	1,5
INSGESAMT	75	100,0	259	100,0

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

184 Südtiroler Ärzte verschrieben Aufenthalte in Österreich; 38,6% davon gehören dem Sanitätsbetrieb Bozen an (mit rund 27% der verschriebenen Aufenthalte), 25,5% sind Ärzte des Sanitätsbetriebs Meran (mit demselben Anteil von verschriebenen Aufenthalten), 37 Ärzte (20,1%) gehören zum Sanitätsbetrieb Brixen (24,2% der Aufenthalte) und 29 Ärzte (15,8%) sind im Sanitätsbetrieb Bruneck tätig (21,2% der verschriebenen Aufenthalte).

Tabelle 53: Ordentliche Aufenthalte und Aufenthaltszyklen insgesamt in österreichischen Einrichtungen nach Sanitätsbetrieb des verschreibenden Arztes und Anzahl der Aufenthalte von Südtirolern nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten – Jahr 2004

Sanitätsbetrieb	Aufenth. in Ö. nach SB des verschreibenden Arztes insgesamt	Aufenth. in Ö. pro Arzt	Aufenth. von Südtirolern nach Wohnsitz-SB des Patienten	% Aufenth. in Ö. an Aufenth. von Ansässigen
Bozen	723	10,2	33.894	2,1
Meran	745	15,9	21.430	3,5
Brixen	651	17,6	10.488	6,2
Bruneck	571	19,7	12.656	4,5

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

3.2.6.3. Krankenhausmobilität insgesamt

Die Anwendung des Kriteriums der freien Wahl der Versorgungsstufe seitens der Bürger führt zu verschiedenen territorialen Mobilitätsflüssen der Aufenthalte.

Die aktive Mobilität besteht aus den Aufenthalten in Krankenanstalten eines Gebiets seitens der Ansässigen anderer Gebiete. Die passive Mobilität besteht aus Aufenthalten von in einem bestimmten Gebiet Ansässigen in Krankenanstalten anderer Gebiete. In beiden Fällen muss zwischen provinzinterner Mobilität (zwischen Gebieten der vier Sanitätsbetriebe, also überbetrieblicher) und provinzexterner Mobilität (zwischen dem Landesgebiet und anderen externen Gebieten, also überregionaler) unterschieden werden. Zu den nicht im Wohnsitz-Sanitätsbetrieb liegenden Gebieten gehören provinzexterne Krankenanstalten im übrigen

VERSCHREIBENDE ÄRZTE

KRANKENHAUS-
MOBILITÄT

Italien und im Ausland, insbesondere in Österreich.

Bezüglich der Mobilität der Versorgungsberechtigten der Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck in den Abteilungen Augenheilkunde, HNO und Urologie ist darauf hinzuweisen (da diese Abteilungen nicht in beiden Sanitätsbetrieben vorhanden sind), dass eine Konvention besteht, der zufolge die Augenheilkunde des Krankenhauses Bruneck (wie auch die Dermatologie) auch für die Ansässigen des Sanitätsbetriebs Brixen Leistungen erbringt, während die Abteilungen HNO und Urologie des Krankenhauses Brixen Leistungen für die Einwohner des Sanitätsbetriebs Bruneck erbringen.

Die Einrichtungen der Provinz produzierten im Laufe des Jahres 80.474 ordentliche Aufenthalte. Die Südtiroler nahmen im gleichen Zeitraum insgesamt 77.127 ordentliche Aufenthalte in Anspruch, 71.393 in Landeskrankenanstalten, 3.126 in Einrichtungen im übrigen Italien und 2.608 in Österreich.

Tabelle 54: **Ordentliche Krankenhausaufenthalte in den Krankenanstalten der Sanitätsbetriebe nach Wohnsitz des Patienten – Jahr 2004**

Aufenthalts-Sanitätsbetrieb	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	26.215	1.618	526	449	28.808	3.249°	32.057
Meran	1.948	17.167	56	74	19.245	1.597°°	20.842
Brixen	2.696	250	8.022	929**	11.897	1.687	13.584
Bruneck	467	105	801*	10.070	11.443	2.548	13.991
AUFENTH. IN D. PROVINZ	31.326	19.140	9.405	11.522	71.393	9.081	80.474
Übriges Italien	2.185	566	178	197	3.126		
Österreich	708	720	627	553	2.608		
AUFENTH. SEITENS ANSÄSSIGER INSGESAMT	34.219	20.426	10.210	12.272	77.127		

* Einschließlich 531 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Einschließlich 584 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Einschließlich 21 Aufenthalte in der Marienkl. von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

°° Einschließlich 34 Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie in der Klinik St. Anna von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe

Im Rahmen der überbetrieblichen Mobilität verzeichnet Brixen unter den Sanitätsbetrieben - mit 3.291 Aufenthalten von Südtirolern, die in einem anderen Sanitätsbetrieb ansässig sind - die größte Attraktion, was 27,7% der Aufenthaltsproduktion des Sanitätsbetriebs Brixen für Ansässige entspricht.

Tabelle 55: **Aktive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Ordentliche Aufenthalte – Jahr 2004**

Aufenth.-S	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. Prov. insg.		
Bozen	81,8	5,0	1,6	1,4	89,9	10,1	100,0
Meran	9,3	82,4	0,3	0,4	92,3	7,7	100,0
Brixen	19,8	1,8	59,1	6,8	87,6	12,4	100,0
Bruneck	3,3	0,8	5,7	72,0	81,8	18,2	100,0
INSGESAMT	38,9	23,8	11,7	14,3	88,7	11,3	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Sanitätsbetrieb, in dem die meisten ordentlichen Aufenthalte von in der Provinz Ansässigen stattfanden, ist Meran mit 92,3%, 82,4% davon gehen auf die eigenen Ansässigen zurück.

Der Sanitätsbetrieb, der die größte Produktion von ordentlichen Aufenthalten zugunsten von außerhalb der Provinz Ansässigen aufweist, ist Bruneck mit 18,2%.

Tabelle 56: **Passive Mobilitätsindizes nach Sanitätsbetrieb. Ordentliche Aufenthalte – Jahr 2004**

Aufenth.-SB	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Bozen	76,6	7,9	5,2	3,7	37,4
Meran	5,7	84,0	0,5	0,6	25,0
Brixen	7,9	1,2	78,6	7,6	15,4
Bruneck	1,4	0,5	7,8	82,1	14,8
AUFENTHALTE IN DER PROVINZ	91,5	93,7	92,1	93,9	92,6
Übriges Italien	6,4	2,8	1,7	1,6	4,1
Österreich	2,1	3,5	6,1	4,5	3,4
AUFENTH. VON ANSÄSSIGEN INSGES.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die ordentlichen Aufenthalte von Ansässigen in der Provinz betreffen in 92,6% der Fälle Landeseinrichtungen. Der Sanitätsbetrieb mit dem größten Anteil von Aufenthalten seitens Ansässiger in den Landeseinrichtungen war Bruneck (93,9%), während Bozen 6,4% ordentliche Aufenthalte seitens Ansässiger in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz aufweist, und Brixen 6,1% in österreichischen Einrichtungen.

Im Jahr 2004 wurden in der Autonomen Provinz Bozen außerdem 23.661 Tagesklinik-Aufenthalte produziert, 89,6% davon zugunsten von Ansässigen. 10,4% der Aufenthalte waren von Ansässigen außerhalb der Provinz in Anspruch genommen, 43,9% dieser wurden im Sanitätsbetrieb Bozen versorgt.

Auch für den Tagesklinik-Betrieb lässt sich im Rahmen der überbetrieblichen Mobilität die größte Attraktion für den Sanitätsbetrieb Brixen feststellen; die Aufenthalte seitens in einem anderen Sanitätsbetrieb des Landes Ansässiger betragen 1.470, was 35,4% der Aufenthaltsproduktion für Ansässige des eigenen Sanitätsbetriebs entspricht.

Tabelle 57: Tagesklinik-Aufenthalte in den Krankenanstalten der Sanitätsbetriebe nach Wohnsitz des Patienten – Jahr 2004

Aufenth.-SB	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	7.679	810	263	234	8.986	1.081°	10.067
Meran	519	4.263	23	13	4.818	278°°	5.096
Brixen	1.205	126	2.466	353**	4.150	366	4.516
Bruneck	274	78	305*	2.586	3.243	739	3.982
AUFENTH. IN D. PROVINZ	9.677	5.277	3.057	3.186	21.197	2.464	23.661
Übriges Italien	958	176	50	72	1.256		
Österreich	15	25	24	18	82		
AUFENTH. VON ANSÄSS. INSGESAMT	10.650	5.478	3.131	3.276	22.535		

* Einschließlich 158 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Einschließlich 214 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Einschließlich 6 Aufenthalte in der Marienkl. von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

°° Einschließlich 1 Aufenthalt in der Abteilung Allgemeine Chirurgie der Klinik St. Anna von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe

Der Sanitätsbetrieb mit den meisten Tagesklinik-Aufenthalten seitens Ansässiger in der Provinz ist Meran mit 94,5%; 83,7% dieser waren für Ansässige des Sanitätsbetriebs Meran.

Der Sanitätsbetrieb mit der größten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion für Ansässige außerhalb der Provinz ist Bruneck mit 18,6%.

Tabelle 58: Aktive Mobilitätsindizes in % nach Sanitätsbetrieb. Tagesklinik-Aufenthalte – Jahr 2004

Aufenth. SB	Wohnsitz-Sanitätsbetriebe					Außerh. Prov.	Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Ansäss. insges.		
Bozen	76,3	8,0	2,6	2,3	89,3	10,7	100,0
Meran	10,2	83,7	0,5	0,3	94,5	5,5	100,0
Brixen	26,7	2,8	54,6	7,8	91,9	8,1	100,0
Bruneck	6,9	2,0	7,7	64,9	81,4	18,6	100,0
INSGESAMT	40,9	22,3	12,9	13,5	89,6	10,4	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Tagesklinik-Aufenthalte der Ansässigen in der Provinz betreffen in 94,1% der Fälle Landeseinrichtungen. Der Sanitätsbetrieb mit den häufigsten Tagesklinik-Aufenthalten seitens Ansässiger in den Landeseinrichtungen war Brixen (97,6%), während Bozen 9,0% Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz hatte. Die Tagesklinik-Aufenthalte seitens Ansässiger in österreichischen Einrichtungen machen nur einen geringen Anteil (0,4%) an den insgesamt von Ansässigen in der Provinz getätigten Aufenthalten aus.

Tabelle 59: Passive Mobilitätsindizes in % nach Sanitätsbetrieb. Tagesklinik-Aufenthalte – Jahr 2004

Aufenth. SB	Wohnsitz-Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Bozen	72,1	14,8	8,4	7,1	39,9
Meran	4,9	77,8	0,7	0,4	21,4
Brixen	11,3	2,3	78,8	10,8	18,4
Bruneck	2,6	1,4	9,7	78,9	14,4
AUFENTHALTE IN DER PROVINZ	90,9	96,3	97,6	97,3	94,1
Übriges Italien	9,0	3,2	1,6	2,2	5,6
Österreich	0,1	0,5	0,8	0,5	0,4
AUFENTH. VON ANSÄSS. INGES.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe

Im Jahr 2004 produzierten die Landeskrankenanstalten 104.135 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte für Akutkranke, 11.545 davon für Ansässige außerhalb der Provinz (einschließlich der 62 Aufenthalte, die nicht zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes waren). Die Aufenthalte von Südtirolern in Landeseinrichtungen außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs betrugen 14.122.

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - abzüglich der Aufenthalte, die nicht zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes waren und der konventionierten Aufenthalte - betrug 11,0% für die überregionale aktive Mobilität. Der Anteil von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Südtirolern, die nicht im Sanitätsbetrieb ansässig waren, in dem sie aufgenommen wurden, machte 12,1% an den insgesamt produzierten Aufenthalten aus. Die Attraktionsindizes des Jahres 2004 für die einzelnen Sanitätsbetriebe sind in der folgenden Tabelle angeführt: der Attraktionsanteil im Vergleich zur gesamten ordentlichen Aufenthaltsproduktion schwankt in den einzelnen Betrieben stark: von 19,5% in Bozen bis 37,6% in Brixen.

Tabelle 60: Übersicht der aktiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2004

Aktive Mobilität (der Produktion)	Aufenth. SB			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
	Absolute Werte			
Von anderen Sanitätsbetrieben	3.900	2.633	4.761**	1.341*
Von außerhalb der Provinz	4.303°	1.840°°	2.053	3.287
INSGESAMT	8.203	4.473	6.814	4.628
PRODUZIERTE AUFENTHALTE INSGESAMT	42.124	25.938	18.100	17.973
	Prozentwerte			
Von anderen Sanitätsbetrieben	9,3	10,2	26,3**	7,5*
Von außerhalb der Provinz	10,2°	7,1°°	11,3	18,3
INSGESAMT	19,5	17,3	37,6	25,7

* Ausgeschlossen 689 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Ausgeschlossen 798 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

° Ausgeschlossen 27 Aufenthalte in der Marienkl. von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

°° Ausgeschlossen 35 Aufenthalte in der Abteilung Allgemeine Chirurgie in der Klinik St. Anna von nicht in der Provinz Bozen ansässigen Patienten

Quelle: Sanitätsbetriebe

**AKTIVE MOBILITÄT DER
ORDENTLICHEN UND
TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE IN
SÜDTIROL**

**PASSIVE MOBILITÄT DER
ORDENTLICHEN UND
TAGESKLINIK-
AUFENTHALTE IN
SÜDTIROL**

**ATTRAKTIONS- UND
FLUCHTINDIZES**

Im Jahr 2004 fanden 99.662 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akut-kranken seitens Ansässiger in der Provinz statt. 7.072 in Krankenanstalten außerhalb der Provinz (7,1% überregionaler Fluchtindex, davon 4,4% in Richtung übriges Italien und 2,7% in Richtung Österreich); weitere 11.545 von Südtirolern innerhalb der Provinz, aber in Krankenanstalten, die sich nicht im Gebiet des eigenen Wohnsitz-Sanitätsbetriebs befinden (11,6%).

In der Tabelle wird eine Übersicht der ordentlichen passiven Mobilität in Südtirol nach Sanitätsbetrieb in Bezug auf das Jahr 2004 vorgestellt.

Der Sanitätsbetrieb mit dem höchsten Attraktionsindex für Aufenthalte von Nicht-Ansässigen ist Brixen, wobei 37,6% der Patienten außerhalb des Gebietes des Sanitätsbetriebs ansässig waren, während Meran den geringsten Attraktionsindex aufweist (17,3%).

Der Sanitätsbetrieb Bruneck kennzeichnet sich durch die geringste passive Mobilität mit 13,5% der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte in Krankenanstalten außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs; der Sanitätsbetrieb Bozen weist die höchste passive Mobilität auf (24,4% der Aufenthalte von Ansässigen in Einrichtungen außerhalb des eigenen Sanitätsbetriebs).

Tabelle 61: Übersicht der passiven Mobilitätsindizes (absolute Werte und Prozentwerte) und Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten nach Sanitätsbetrieb – Jahr 2004

Passive Mobilität (des Aufenthaltsverbrauchs von Ansässigen)	Aufenth. SB			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
	Absolute Werte			
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	7.109	2.987	1.285*	1.254**
In Richtung übriges Italien	3.143	742	228	269
In Richtung Österreich	723	745	651	571
INSGESAMT	10.975	4.474	2.164	2.094
VERBRAUCHTE AUFENTHALTE INSGESAMT	44.869	25.904	13.341	15.548
	Prozentwerte			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
	Prozentwerte			
In Richtung andere Sanitätsbetriebe	15,8	11,5	9,6*	8,1**
In Richtung übriges Italien	7,0	2,9	1,7	1,7
In Richtung Österreich	1,6	2,9	4,9	3,7
INSGESAMT	24,4	17,3	16,2	13,5
PRODUZIERTE AUFENTHALTE VON VER- BRAUCHTEN AUFENTHALTEN (X 100)	93,8	100,0	135,7	115,6

* Ausgeschlossen 689 konventionierte Aufenthalte im KH Bruneck für Ansässige des SB Brixen

** Ausgeschlossen 798 konventionierte Aufenthalte im KH Brixen für Ansässige des SB Bruneck

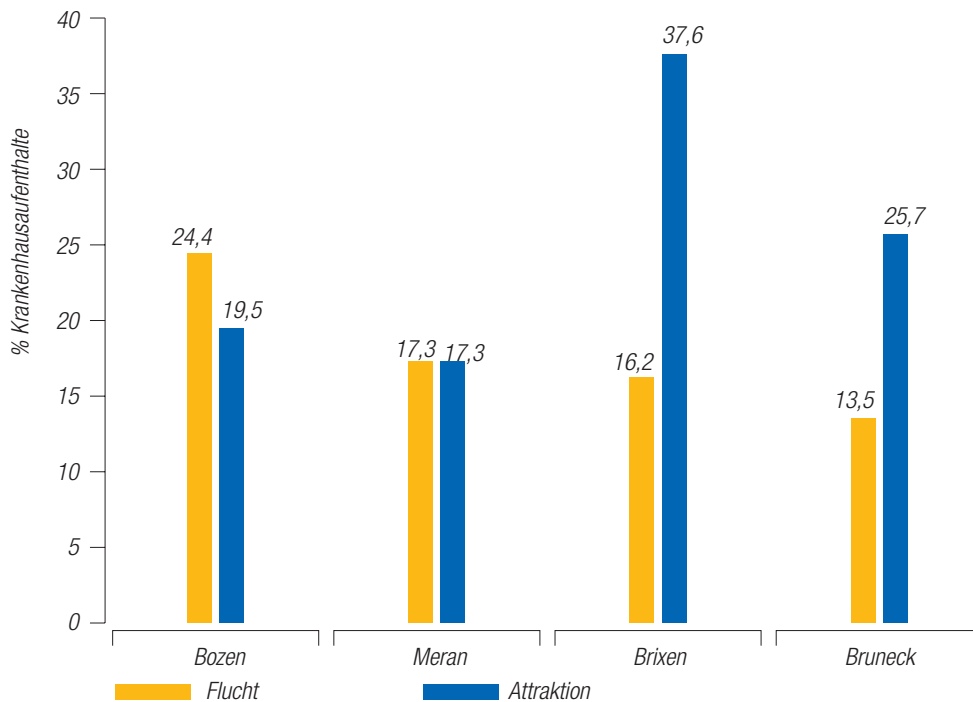
Quelle: Sanitätsbetriebe

Insbesondere muss die starke passive überbetriebliche Mobilität und die Mobilität in Richtung übriges Italien der Ansässigen des Sanitätsbetriebs Bozen hervorgehoben werden. Die Flucht in Richtung Krankenhäuser anderer Sanitätsbetriebe der Provinz betrug im Jahr 2004 15,8% der Aufenthalte von Ansässigen, die Flucht in Richtung übriges Italien 7,0%.

Das Phänomen der passiven Mobilität muss positiv für die Garantie der freien Wahl des Bürgers gewertet werden, hat aber auch negative Aspekte, wenn man die Unannehmlichkeiten berücksichtigt, die mit der Entfernung des Pflegeorts

vom Wohnort verbunden sind (wahrgenommene Qualität) und gegenüber der nicht genutzten Auslastung der Produktionsleistungen der Sanitätsbetriebe, deren Bettenauslastungsgrad durchschnittlich unter dem Planstandard von 80% liegt (Sterzing, Innichen und Schlanders liegen unter 75%).

Abbildung 38: **Attraktions- und Fluchtindizes der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte insgesamt nach Aufenthalts-Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**



Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der Menge der im Gebiet der Provinz oder der Sanitätsbetriebe produzierten ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte und der Anzahl der Aufenthalte von Ansässigen außerhalb der Provinz oder außerhalb des Gebiets des Wohnsitz-Sanitätsbetriebs ermöglicht es, das Verhältnis zwischen der Produktion und dem Verbrauch der Aufenthalte auf Landes- oder Betriebsebene darzustellen.

Mit Bezug auf die gesamte Provinz war der Saldo der überregionalen Mobilität im Jahr 2004 positiv, da die produzierten Aufenthalte (104.135) die von den Ansässigen in der Provinz insgesamt verbrauchten Aufenthalte (99.662) um 4.473 Einheiten überschritten.

In den einzelnen Sanitätsbetrieben lag das Verhältnis zwischen den gesamten produzierten ordentlichen Aufenthalten und den ordentlichen Aufenthalten von den Ansässigen im Jahr 2004 über 100% (positiver Saldo) für die Sanitätsbetriebe Brixen (135,7%), Bruneck (115,6%), im Ausgleich für Meran (100,0%), für den Sanitätsbetrieb Bozen hingegen darunter (93,8%).

MOBILITÄTSSALDO

HOSPITALISIERUNGSRATE

3.2.7. Hospitalisierung der Ansässigen in der Autonomen Provinz Bozen

Die Inanspruchnahme der Krankenhausversorgung seitens Südtiroler wird an der Hospitalisierungsrate der Ansässigen gemessen, die sich aus dem Verhältnis zwischen allen Krankenhausaufenthalten der Ansässigen und der Wohnbevölkerung ergibt. Das Phänomen der Hospitalisierung der Ansässigen nimmt eine besondere Bedeutung für den Landesgesundheitsdienst ein, da an ihr (und nicht an der Aufenthaltsproduktion) der Ressourcenverbrauch zu Lasten der Provinz bemessen wird.

Abbildung 39: Ordentliche Aufenthalte von Ansässigen nach Sanitätsbetrieb und Aufenthaltsort - Jahr 2004

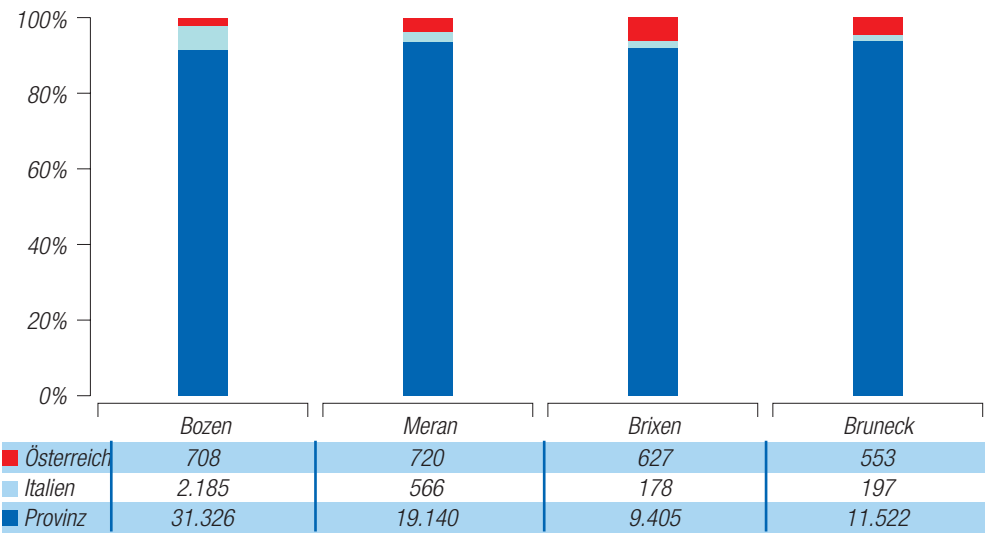
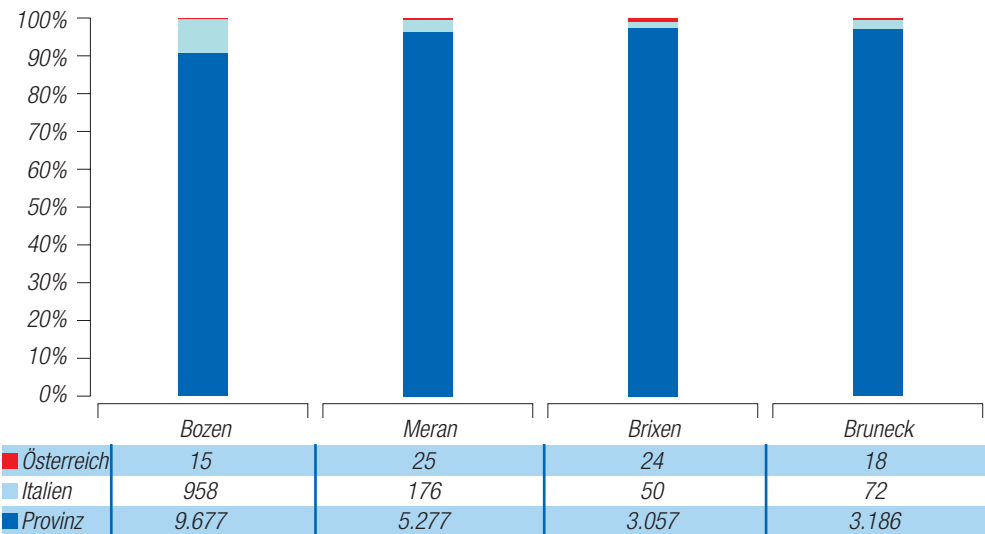


Abbildung 40: Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen nach Sanitätsbetrieb und Aufenthaltsort - Jahr 2004



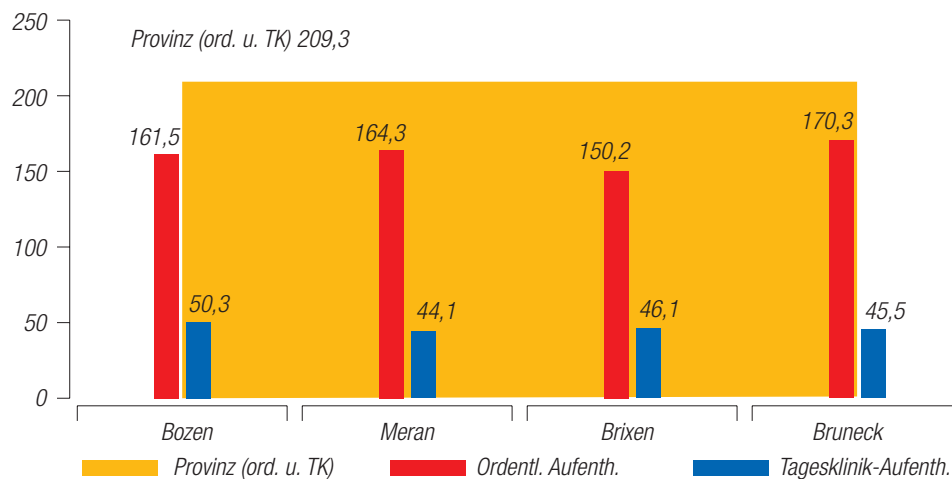
Im Jahr 2004 gab es 99.662 Aufenthalte von Südtirolern, 77.127 davon waren ordentliche Aufenthalte und 22.535 Tagesklinik-Aufenthalte, was 209,3 Aufent-

halten pro 1.000 Einwohner entspricht: 161,9 ordentliche und 47,3 Tagesklinik-Aufenthalte. Von den 99.662 Aufenthalten von Südtirolern wurden 92.590 in öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen getätigt (92,9%), 71.393 bezogen sich auf ordentliche Aufenthalte, 21.197 auf Tagesklinik-Aufenthalte.

Die Hospitalisierungsrate der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte des Sanitätsbetriebs Bozen betrug 211,8, des Sanitätsbetriebs Meran 208,4, des Sanitätsbetriebs Brixen 196,3 und des Sanitätsbetriebs Bruneck 215,8. Im Vergleich zum Jahr 2003⁹ wurde auf Landesebene eine Verminderung um 2,2 Punkte pro 1.000 Einwohner für die ordentlichen Aufenthalte verzeichnet: 4,8 Punkte in Bozen, 5,6 in Meran, 9,6 in Brixen und 2,2 in Bruneck.

DIE HOSPITALISIERUNG IN DEN SANITÄTSBETRIEBEN

Abbildung 41: Hospitalisierungsrate der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



Im Zeitraum 1998-2004 unterlag die Gesamt-Hospitalisierungsrate keinen weitgehenden Veränderungen, obwohl eine Umwandlung der ordentlichen Aufenthalte in Tagesklinik-Aufenthalte deutlich wurde. Die Rate des Jahres 2004 bleibt im Vergleich zum auf nationaler Ebene vorgesehenen Standard und Zielwert des Landesgesundheitsplans von 180 immer noch hoch.

Tabelle 62: Hospitalisierungsrate von Ansässigen in Bezug auf die ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte und alle Aufenthalte – Jahre 1998-2004

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ordentliche Aufenth.	206,1	215,1	202,6	193,5	188,9	170,7	161,9
Tagesklinik-Aufenth.	4,4	7,9	15,6	21,2	31,2	40,8	47,3
INSGESAMT	210,5	223,0	218,2	214,7	220,0	211,5	209,3

Quelle: Sanitätsbetriebe

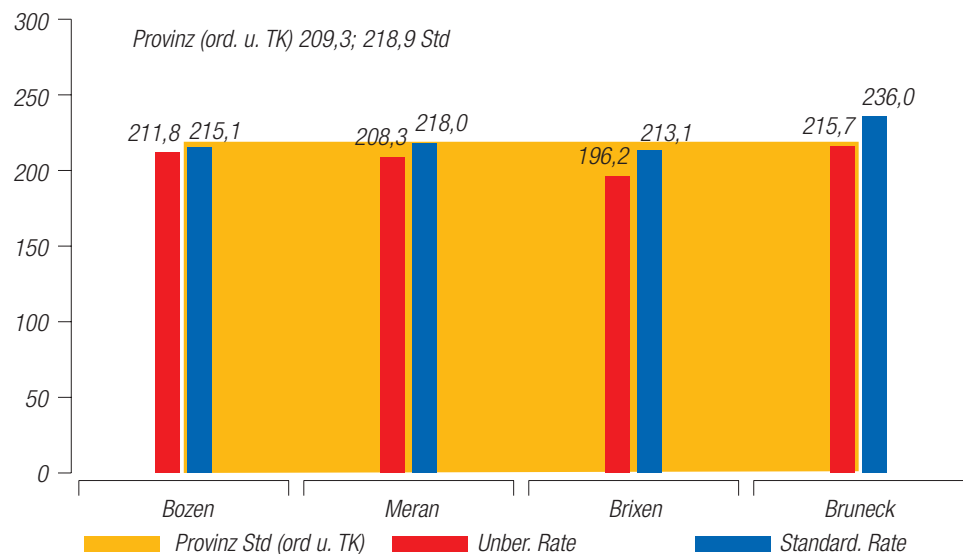
⁹ Laut den Daten des Gesundheitsministeriums belief sich im Jahr 2003 die Hospitalisierungsrate (abzüglich der überregionalen Mobilität) der Autonomen Provinz Bozen für die ordentlichen Aufenthalte auf 165,87 und für die Tagesklinik-Aufenthalte auf 41,01. Die standardisierte Hospitalisierungsrate betrug für die ordentlichen Aufenthalte 176,75.

Die Gesamt-Hospitalisierungsrate betrug in Italien im Jahr 2003 (abzüglich der überregionalen Mobilität) für die ordentlichen Aufenthalte 146,4 und für die Tagesklinik-Aufenthalte 61,9 bei insgesamt 208,3 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ist in der Provinz Bozen der Tagesklinik-Betrieb, zusätzlich und anstelle der ordentlichen Aufenthalte, noch begrenzt: 40,8 pro 1.000 Einwohner im Jahr 2003 (einschließlich der Aufenthalte im übrigen Italien und der Aufenthaltszyklen in Österreich), wenngleich für das Jahr 2004 ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist (47,3).

Die standardisierte Hospitalisierungsrate der Provinz Bozen nach Alter im Vergleich zur gesamtstaatlichen Bevölkerung beträgt 218,9 pro 1.000 Einwohner: die Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens Ansässiger in der Autonomen Provinz Bozen liegt über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt, obwohl die Südtiroler Wohnbevölkerung deutlich jünger als die Staatsbevölkerung ist, vor allem in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck.

Abbildung 42: **Unbereinigte und standardisierte Hospitalisierungsrate nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**



AUFENTHALTE NACH
GESCHLECHT

54,4% der ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in Landes-einrichtungen betreffen weibliche Patienten, wobei der Anteil zwischen 53,1% im Sanitätsbetrieb Meran und 55,4% im Sanitätsbetrieb Bozen schwankt.

AUFENTHALTE NACH
ALTER

Der Verlauf der Aufenthalte nach Altersklassen lässt den starken Anstieg der Hospitalisierungsrate ab der Altersklasse 60-64 erkennen, auch wenn sich der letzte Wert (64,6%) auf die Klasse „85 und älter“ bezieht.

Abbildung 43: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen in den Landeskrankenanstalten nach Geschlecht und Wohnsitz-Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

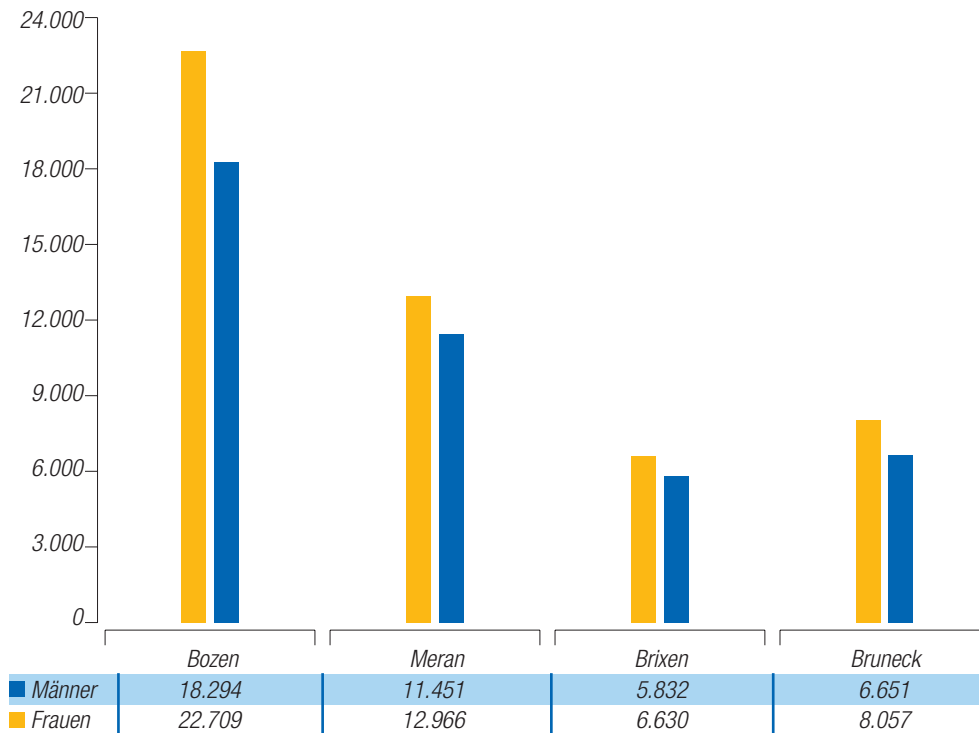


Tabelle 63: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Ansässigen nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb und Altersklasse in den Landeseinrichtungen - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.	Spezifische Hospitalisierungsrate nach Altersklasse (pro 100 Einw.)
0-4	2.241	2.022	1.015	1.228	6.506	24,3
5-9	1.023	785	353	393	2.554	9,3
10-14	858	669	288	336	2.151	8,0
15-19	873	644	360	418	2.295	9,0
20-24	1.028	712	497	515	2.752	10,0
25-29	1.665	1.092	649	848	4.254	13,9
30-34	2.560	1.378	965	1.094	5.997	15,5
35-39	2.596	1.458	869	1.020	5.943	13,9
40-44	2.053	1.234	683	744	4.714	12,0
45-49	1.645	1.065	562	730	4.002	12,6
50-54	1.943	1.199	644	733	4.519	16,6
55-59	2.387	1.260	646	842	5.135	19,4
60-64	3.044	1.775	796	1.026	6.641	24,4
65-69	3.012	1.760	803	977	6.552	29,2
70-74	3.800	1.916	963	1.136	7.815	39,9
75-79	4.089	2.195	1.010	1.216	8.510	52,5
80-84	3.623	1.861	860	919	7.263	60,5
85-89	1.473	746	278	299	2.796	64,6*
90-94	894	544	183	193	1.814	
95 e +	196	102	38	41	377	
INSGES.	41.003	24.417	12.462	14.708	92.590	19,4

* Bei der Berechnung der Rate wurden die drei letzten Altersklassen zusammen berücksichtigt

Quelle: Sanitätsbetriebe, A.P.B. - Amt für Gesundheitsökonomie

GRUND DER BEWERTUNG

3.2.8. Bewertungen des Systems der Krankenhausaufenthalte von Akutkranken

3.2.8.1. Begründungen und Bewertungskriterien

Abschließend zum Teil über die Krankenhausversorgung in der Autonomen Provinz Bozen wird eine Schlussbewertung vorgeschlagen. Die Begründungen und Bezugskriterien sind:

- Die Krankenhausversorgung stellt ca. 50% der Produktion im Rahmen des Gesundheitswesens und des Verbrauchs der Ressourcen des Landesgesundheitsdienstes dar.
- Die Produktionsprozesse und die Krankenhausproduktion haben konsolidierte und anerkannte Standards erreicht, sodass es hier relativ einfacher als für die anderen Versorgungsstufen erscheint, landesinterne Vergleiche sowie Vergleiche mit landesexternen, nationalen und internationalen Situationen zu ziehen.
- Die Anwendung des DRG-Systems für die Klassifizierung der Aufenthalte vereinfacht die Auswertung der Produktion und die Bewertungen der Produktionseffizienz.
- Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 enthält präzise Zielvorgaben für die Krankenhausproduktion der Landeseinrichtungen und für die Inanspruchnahme der Krankenhausdienste seitens der Einwohner der Provinz Bozen.
- Für einige Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung kann der Verlauf mit zeitlich vergleichbaren Daten rekonstruiert werden, wonach die Bewertung der Situation des Jahres 2004 auf die Entwicklungstendenzen in Südtirol zurückgeführt werden kann.
- Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 legt fest, dass der Landesgesundheitsbericht auch Informationen über das Umsetzungsverfahren des Landesgesundheitsplans beinhalten muss.

INHALT DER BEWERTUNG

Unter Berücksichtigung der Bestimmungen des LGP 2000-2002 werden die zu bewertenden Phänomene im Bereich der Krankenhausversorgung in drei Bereiche unterteilt:

- 1) Krankenhausproduktion der Landeseinrichtungen, vor allem der öffentlichen Einrichtungen (sieben Krankenhäuser der vier Sanitätsbetriebe).
- 2) Inanspruchnahme der Krankenhausaufenthalte seitens der Einwohner der Autonomen Provinz Bozen, vor allem jene zu Lasten des Landesgesundheitsdienstes.
- 3) Aktive und passive Mobilität der Krankenhausaufenthalte.

3.2.8.2. Effizienz und Qualität der Krankenhausaufenthalte

Die Landeskrankenanstalten für Akutkranke und für die post-akute Versorgung verfügten im Jahr 2004 über 2.035 ordentliche Betten für Akutkranke (einschließlich der 86 Säuglingskrippen), 179 Betten für die Tagesklinik und 304 Betten für

DIMENSION DER

BETTENAUSSTATTUNG

die post-akute Versorgung (davon 4 Tagesklinik-Betten). Insgesamt beläuft sich die Anzahl der Betten (die 86 Säuglingskrippen ausgeschlossen) auf 2.432 (2.257 öffentliche und konventionierte private), was 5,1 Betten pro 1.000 Einwohner entspricht, davon 4,5 für Akutkranke und 0,6 für die post-akute Versorgung. Schließt man die Betten der nicht akkreditierten Einrichtungen aus, sinkt der Wert auf 4,7 Betten pro 1.000 Einwohner, davon 0,6 für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege. Im Jahr 1996 betrug die Bettenanzahl 2.827 (6,2 pro 1.000 Einwohner). In neun Jahren sind die Betten für Akutkranke und die post-akute Versorgung um 1,1 pro 1.000 Einwohner gesunken.

Die Anzahl der Betten der Krankenhausproduktion pro 1.000 Einwohner in einer Provinz mit 476.281 Einwohnern, die sehr offen für die Mobilität von außen ist, ist nicht direkt mit der auf nationaler Ebene festgelegten Anzahl zu vergleichen, da ein Vergleich mit den äquivalenten Betten der von den Einwohnern getätigten Aufenthalte angemessener wäre. Die Bettenausstattung liegt jedoch auch weiterhin über dem gesamtstaatlichen Standardwert¹⁰ von 4,5 Betten pro 1.000 Einwohner, von denen 1 pro 1.000 Einwohner der post-akuten Rehabilitation und Langzeitpflege vorbehalten ist. Auch weiterhin bleibt ein kleines Ungleichgewicht zwischen den Betten für Akutkranke und für die post-akute Versorgung zugunsten der ersteren bestehen (0,6 anstatt 1,0 pro 1.000 Einwohner).

Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in der Provinz ist in den letzten neun Jahren von 93.538 Aufenthalten des Jahres 1996 auf 80.474¹¹ im Jahr 2004 gesunken. Der Anteil der Aufenthalte in öffentlichen Einrichtungen ist dagegen von 93,0% auf 94,4% angestiegen.

In diesen letzten neun Jahren unterlag die Hospitalisierungsrate keinen weitgehenden Veränderungen und liegt somit immer noch weit über dem Standardwert von 180 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner (209,4 im Jahr 2004).

2004 produzierten die öffentlichen und privaten Landeseinrichtungen 107.589 Aufenthalte, davon 104.135 für Akutkranke. Die Aufenthalte von Akutkranken seitens außer der Provinz Ansässiger betrugen 11.545 (62 davon waren nicht zu Lasten des LGD). Der überregionale Attraktionsindex entsprach 2004 11,0%.

Vor neun Jahren, im Jahr 1996, war die Situation sehr ähnlich: der Attraktionsindex betrug 10,5%.

2004 fanden 7.121 Aufenthalte von Akutkranken Südtirolern in Einrichtungen außerhalb der Provinz statt, was einem Fluchtindex von 7,1% der Aufenthalte von Südtirolern entspricht, der nur knapp unter dem Vergleichswert des Jahres 1996 (7,8%) liegt.

**DIMENSION DER
KRANKENHAUS-
PRODUKTION**

¹⁰ Arbeitsgruppe für die Beziehungen zwischen Staat, Regionen und den Autonomen Provinzen Trient und Bozen – März 2005

¹¹ Ausgenommen die 3.884 gesunden Neugeborenen

Tabelle 64: Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Produktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten – Jahre 1996 und 2004

Indikatoren	Autonome Provinz Bozen	
	1996	2004
Bettenausstattung für Akutkranke	2.653	2.128
Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation	174	304
Prozentsatz der öffentlichen Betten (akut+post-akut)	82,6%	82,0%
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (akut+post-akut)	6,2	5,1
Bettenausstattung pro 1.000 Einwohner (post-akut)	0,4	0,6
Bettenauslastungsrate für Akutkranke pro 100 (öff. KH)	73,7	78,9
Durchschn. Aufenthalt. pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage) (öff. KH)	8,1	6,2
Aufenthalte von Akutkranken und der post-akuten Versorgung in den öffentlichen und privaten Einrichtungen	95.143	107.590
Ordentl. Aufenthalte von Akutkranken in den öffentl. und privaten Einrichtungen	93.538	80.474**
Prozentsatz der Aufenthalte von Akutkranken in den öffentl. Krankenhäusern	93,0%	94,4%
Durchschnittliches DRG-Gewicht der ordentlichen Aufenthalte von Akutkranken in den öffentlichen Krankenhäusern	0,88	1,09
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (ordentliche Aufenthalte von Akutkranken)	203,0	161,9
Hospitalisierungsrate von Ansässigen (Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken)	4,4*	47,3
Überregionaler Attraktionsindex (Aufenthalte von Akutkranken)	10,5	11,0
Überregionaler Fluchtindex (Aufenthalte von Akutkranken)	7,8	7,1

* Wert des Jahres 1998

** Ausgenommen die 3.884 gesunden Neugeborenen

Quelle: Sanitätsbetriebe

Zehn Indikatoren der Effizienz, Qualität und Angemessenheit wurden ausgewählt, um einige wichtige Phänomene im Bereich der öffentlichen Krankenhausproduktion von ordentlichen Aufenthalten von Akutkranken in der Autonomen Provinz Bozen darzulegen, für die der LGP spezifische Ziele oder zu verfolgende Entwicklungstendenzen vorschreibt.

Die ersten beiden Indikatoren der Tabelle 65 messen die Aspekte hinsichtlich der Krankenhauseffizienz: die Nutzungsrate der maximalen Produktionsleistung und entsprechenden Fixkosten sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Effizienz der Krankenhaustätigkeit insgesamt).

ZEHN EFFIZIENZ- UND

QUALITÄTSINDIKATOREN

Tabelle 65: Qualitäts- und Effizienzindikatoren der Produktion von ordentlichen und Tagesklinik-Aufenthalten von Akutkranken nach öffentlichem Krankenhaus – Jahr 2004

	Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
1. Bettenauslastungsrate pro 100	78,6%	81,0%	68,7%	79,7%	72,5%	87,7%	67,2%
2. Durchschn. Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage)	6,2	6,1	7,1	5,7	6,4	6,0	6,5
3. Durchschn. DRG-Gewicht d. Aufenth.	1,22	1,07	0,89	1,11	0,83	0,95	0,86
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	23,6%	22,9%	20,1%	20,1%	23,3%*	29,2%	26,3%
5. Prozentsatz der Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	7,0%	7,0%	7,8%	7,7%	10,6%	10,9%	12,5%
6. Prozentsatz d. angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an den Aufenthalten insges. (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	11,7%	14,0%	11,6%	15,2%	16,0%	9,1%	15,1%
7. Prozentsatz der nicht angemessenen medizin. Tagesklinik-Aufenthalte an den medizin. Tagesklinik-Aufenthalten insges. (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	69,0%	55,1%	66,2%	62,7%	87,8%	82,0%	69,8%
8. Prozentsatz der Aufenthalte über dem Grenzwert, zulässig für die 43 Risiko-DRGs (DLR Nr. 4434 vom 9.12.2003)	7,1%	9,7%	18,1%	11,1%	9,1%	12,8%	8,4%
9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentl. Aufenth. an den ordentl. Aufent. insgesamt (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	2,8%	2,3%	1,7%	3,4%	2,7%	2,8%	2,2%
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	19,4%	18,7%	8,0%	38,6%	35,0%	23,7%	34,0%

* Der Anteil von 23,3% ergibt sich aus den von der Sanitätsdirektion erklärten Daten (Gesamtzahl der Geburten: 545; Kaiserschnitte: 127)

Quelle: Sanitätsbetriebe

Unter Berücksichtigung der Bedeutung der organisatorischen Angemessenheit bei der ständigen Qualitätssteigerung zur Rationalisierung der Ressourcen wurden 7 Indikatoren eingeführt (von Nr. 3 bis 9), die für die Überwachung und Kontrolle der Versorgungsqualität und der Angemessenheit der erbrachten Leistungen sowie für den Vergleich zwischen den Krankenhäusern nützlich sind.

Der Indikator „9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an allen ordentlichen Aufenthalten (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)“ wurde berechnet, indem

- die folgenden Elemente berücksichtigt wurden:
 - Eintagsaufenthalte mit einem Eingriff aus der Liste der Tagesklinik-Aufenthalte und anderen Verfahren oder chirurgischen Eingriffen,
 - Aufenthalte der Dauer von 2 Tagen mit einem Eingriff aus der Liste der Tagesklinik-Aufenthalte mit eventuellen diagnostischen Prozeduren (Kodex ICD 9 CM > „8700“),
- und die folgenden Elemente ausgeschlossen wurden:
 - Aufenthalte von verstorbenen, selbstentlassenen oder in eine andere Krankenanstalt verlegten Patienten,
 - Aufenthalte von Patienten im Alter unter 6 Monaten oder über 75 Jahren,
 - Aufenthalte mit psychiatrischen DRGs,
 - Aufenthalte aufgrund von Chemotherapie oder Strahlentherapie.

BEWERTUNGSMODELL

Im Bewertungsmodell wurde außerdem ein Indikator eingeführt, der die Attraktivität der Krankenhäuser misst, welche ein indirekter Maßstab für die von den Bürgern wahrgenommene Qualität darstellt.

Für eine zusammenfassende Bewertung der Leistungen der öffentlichen Krankenhäuser in der Autonomen Provinz Bozen wird in Tabelle 66 ein Übersichtsmodell der Qualitäts- und Effizienzindikatoren auf der Grundlage der 10 genannten Indikatoren vorgeschlagen. Für jeden Indikator und jedes Krankenhaus gibt es eine Punkteanzahl P auf der Skala 25 – 100, die mit der Leistung proportional ansteigt (25= akzeptables Minimum, 100= vorzügliche Situation). Die Berechnung der Punkteanzahl P ergibt den Wert des Indikators: V_P schlechtester Wert, an den eine niedrige Leistung gebunden ist, akzeptables Minimum des Phänomens, und somit ein Wert P von 25 Prozentpunkten; V_M = bester Wert, vorzügliche Situation des Phänomens, $P= 100$. Die Berechnung von P für Zwischenwerte V_E des Indikators zwischen V_P und V_M erfolgt auf der Grundlage folgender Formeln (Proportionalitätshypothese):

a) Für Indikatoren mit direkt zur Leistung proportionalen Werten

$$P = 25 + (100 - 25) \frac{V_E - V_P}{V_M - V_P}$$

b) Für Indikatoren mit umgekehrt zur Leistung proportionalen Werten

$$P = 25 + (100 - 25) \frac{V_P - V_E}{V_P - V_M}$$

Die Wahl der Zielwerte erfolgte für einige auf der Grundlage der von den Landes- oder nationalen Plänen definierten Standardparameter, für andere durch den internen Vergleich der Indikatoren in den sieben öffentlichen Krankenhäusern der Provinz.

Die zusammenfassende Punkteanzahl pro Krankenhaus ist der einfache Durchschnitt der 10 Indikatoren. Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Sanitätsbetrieb wurde erreicht, indem der arithmetische gewichtete Durchschnitt der mittleren Punkteanzahl der jeweiligen Krankenhäuser mit den Gewichten der Anzahl der ordentlichen Aufenthalte berechnet wurde.

KRANKENHÄUSER IM
VERGLEICH

Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Krankenhaus erreicht Werte von 40 (Krankenhaus Schlanders) bis 65 (Krankenhaus Brixen). Die durchschnittliche Punkteanzahl pro Sanitätsbetrieb schwankt zwischen $P=48$ des Sanitätsbetriebs Brunneck und $P=61$ des Sanitätsbetriebs Brixen.

Der Landesdurchschnitt der Qualität und Effizienz der Produktion von öffentlichen ordentlichen Krankenhausaufenthalten von Akutkranken beträgt $P=55$. Im Vergleich zum Variabilitätsfeld P von 25 bis 100 erreicht der Landesdurchschnitt 40% des Weges in Richtung vorzügliche Situation, welchen die besten Zielwerte der 10 benutzten Indikatoren vorgaben.

Tabelle 66: Indikatoren P ($25 \leq P \leq 100$) der Qualität und Effizienz der öffentlichen Krankenhäuser, ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken - Jahr 2004

Indikatoren	Zielwerte		Bozen	Meran	Schlanders	Brixen	Sterzing	Bruneck	Innichen
	Schlecht. (P=25)	Bester (P=100)	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004	P 2004
1. Bettenauslastungsrate pro 100	75,0%	80,0%	79	100	25	96	25	100	25
2. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalente DRG-Aufenthaltseinheit (Tage)	7,5	6,0	89	95	44	100	81	100	75
3. Durchschnittliches DRG-Gewicht der Aufenthalte	0,9	1,3	85	57	25	64	25	34	25
4. Prozentsatz der Kaiserschnitte an den Geburten insgesamt	22,0%	15,0%	25	25	45	45	25	25	25
5. Prozentsatz der Eintagsaufenthalte (einschließlich Notfälle)	10,0%	5,0%	69	69	58	59	25	25	25
6. Prozentsatz d. angemessenen Tagesklinik-Aufenthalte an d. Aufenhalten insgesamt (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	15,0%	20,0%	25	25	25	100	100	25	100
7. Prozentsatz d. nicht angemessenen medizin. Tagesklinik-Aufenthalte an den medizin. Tagesklinik-Aufenthalten insgesamt (DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	70,0%	30,0%	27	53	32	39	25	25	25
8. Prozentsatz der Aufenthalte über d. Grenzwert, zulässig für die 43 Risiko-DRGs (DLR Nr. 4434 vom 9.12.2003)	10,0%	5,0%	69	30	25	25	39	25	49
9. Prozentsatz der in Tagesklinik-Aufenthalte umwandelbaren ordentlichen Aufenthalte an den ordentlichen Aufenthalten insges. (gemäß DLR Nr. 3878 vom 4.11.2003)	3,0%	1,5%	35	59	92	25	39	34	63
10. Gesamt-Attraktionsindex (abzüglich der Konventionen)	10,0%	30,0%	60	58	25	100	100	76	100
DURCHSCHNITTliche P-WERTE PRO KH			56	57	40	65	48	47	51
DURCHSCHNITTliche P-WERTE PRO SANITÄTSBETRIEB			56	53		61		48	

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3. POST-AKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

In den letzten neun Jahren ist die Zahl der Betten für die post-akute Versorgung von 174 Betten des Jahres 1996 auf 304 (15 davon sind nicht akkreditiert) des Jahres 2004 stark angestiegen. Die Bettenausstattung für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege entspricht 0,6 pro 1.000 Einwohner und liegt noch unter dem nationalen Standardwert von 1 pro 1.000.

2004 wurden in den öffentlichen und privaten Krankenanstalten des Landes 1.572 Aufenthalte in den Abteilungen für Langzeitpflege und 1.883 Aufenthalte in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation verbraucht.

Weitere 53 Langzeitpflege-Aufenthalte wurden von Südtirolern in nationalen Einrichtungen in Anspruch genommen. Höher ist die Inanspruchnahme von Einrichtungen außerhalb der Provinz für die Rehabilitation: 2004 wurden 285 Aufenthalte von Südtirolern außerhalb der Provinz verzeichnet, davon 219 in italienischen Einrichtungen, 66 in österreichischen Einrichtungen und 3 in der Spinalzentren.

Über ein Drittel der Entlassungsdiagnosen der außerhalb der Provinz verbrauchten Aufenthalte sind schwere Krankheiten wie Myeloläsionen (z.B. Paraplegie oder Tetraplegie), die Strukturen erfordern, welche die Provinz Bozen derzeit nicht anbieten kann.

3.3.1. Betten für die post-akute Versorgung

In den Landeskrankenanstalten stehen insgesamt 304 Betten für die post-akute Versorgung zur Verfügung, 27,3% davon befinden sich in öffentlichen Einrichtungen. Die privaten Einrichtungen, die insgesamt 221 Betten für die post-akute Versorgung anbieten (72,7% des Gesamtwertes), liegen ausschließlich in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran.

Sowohl für die post-akute Rehabilitation als auch post-akute Langzeitpflege sind in den Krankenanstalten je 152 Betten vorhanden, was 0,32 pro 1.000 Einwohner entspricht.

Tabelle 67: Betten für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege in den Krankenanstalten – Jahr 2004

	Betten für die post-akute Rehabilitation (Kodex 56.00)	Betten für die post-akute Langzeitpflege (Kodex 60.00)	Insgesamt
KH Meran	20*	-	20
KH Brixen	14**	13°	27
KH Bruneck	8	19°°	27
KH Sterzing	4	5	9
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	46	37	83
Marienklinik	-	15 (non accreditati)	15
PK Martinsbrunn	18	33°°°	51
PK Bonvicini	44	42	86
PK Villa Melitta	44	25	69
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	106	115	221
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	152	152	304

* Ein Bett ist dem Tagesklinik-Betrieb vorbehalten

** Drei Betten sind dem Tagesklinik-Betrieb vorbehalten

° In den Abteilungen: Allgemeine Chirurgie, Medizin 1, Medizin 2, Psychiatrie, Orthopädie und Traumatologie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Urologie und HNO

°° In den Abteilungen: Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Medizin, Geburtshilfe und Gynäkologie, Urologie und HNO

°°° Ausgenommen 6 Betten in der akkreditierten Palliativstation

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3.2. Post-akute Rehabilitation

Die in diesem Kapitel analysierten Daten stützen auf den Auszügen des EBK-Archivs von Ende Mai 2005; die Entlassungsbogen mit einem späteren Einsenddatum wurden nicht berücksichtigt.

Tabelle 68: Ordentliche Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen - Jahr 2004

Krankenanstalt	Aufenth.	% an Aufenth.	Aufenthalts- Tage	Durch. AD	Mittel- wert
KH Meran	261	13,8	6.372	24,4	15
KH Brixen	138	7,3	3.450	25,0	19
KH Bruneck	90	4,8	2.570	28,6	21
KH Sterzing	38	2,0	785	20,7	15
PK Bonvicini	460	24,4	14.712	32,0	29
PK Villa Melitta	604	32,0	16.108	26,7	23
PK Martinsbrunn	292	15,5	6.631	22,7	21
INSGESAMT	1.883	100,0	50.628	26,9	23

(*) Die bewilligten Tage wurden abgezogen

Quelle: Sanitätsbetriebe

Von den 1.883 ordentlichen Aufenthalten des Jahres 2004 wurden knapp zwei Drittel in privaten Einrichtungen der Provinz getätigt (72%). Die niedrigste durchschnittliche Aufenthaltsdauer wird in der Privatklinik Martinsbrunn und im Krankenhaus Sterzing verzeichnet, während die Privatklinik Bonvicini und das Krankenhaus Bruneck über dem Landesdurchschnitt (26,9 Aufenthaltstage) liegen.

**DURCHSCHNITTliche
AUFENTHALTSDAUER**

Tabelle 69: Tagesklinik-Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeseinrichtungen – Jahr 2004

Krankenanstalten	Aufenth.	% an Aufenth.	Aufenth.- Tage	Durch. AD	Mittelwert
KH Meran	19	28,4	341	17,9	13
KH Brixen	48	71,6	702	14,6	11,5
KH Sterzing	3	4,3	164	54,7	60
INSGESAMT	70	100,0	1.207	17,2	13

(*) Die bewilligten Tage wurden abgezogen

Quelle: Sanitätsbetriebe

AUFENTHALTE NACH DRG

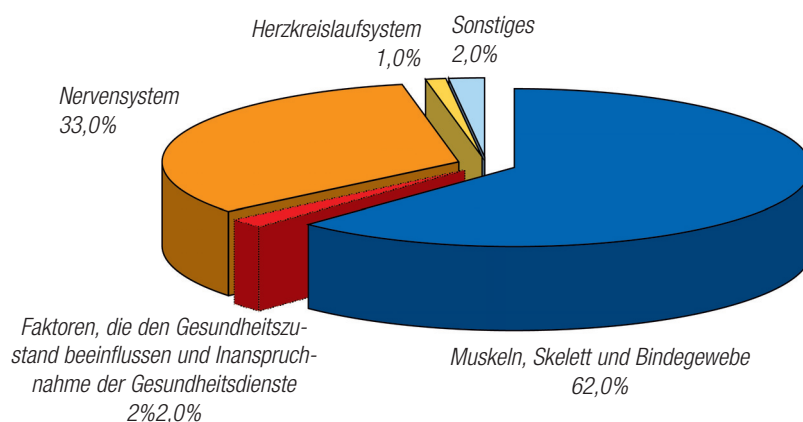
Aus Tabelle 70 bezüglich der Aufenthalte nach DRG (Diagnosis Related Groups) geht hervor, dass die häufigste DRG (27,5%) die DRG 256 „Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ war und in den Krankenhäusern Meran und Sterzing sowie in den Privatkliniken Villa Melitta und Martinsbrunn überwog, während im Krankenhaus Brixen und Bruneck die Aufenthalte mit der DRG 12 „Degenerative Krankheiten des Nervensystems“ vorherrschten.

Tabelle 70: Ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte nach DRG in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten – Jahr 2004

DRG	Beschreibung DRG	KH Meran	KH Brixen	KH Bruneck	KH Sterzing	PK Bonvi- cini	PK Villa Melitta	PK Martins- brunn	Insges.
256	Sonst. Diagnosen d. Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	92	21	3	20	129	178	94	537
249	Rehabilitation aufgrund von Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	42	14	4	1	144	136	60	401
012	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	55	53	39	7	28	167	45	394
243	Rückenbeschwerden	16	24	2	-	57	43	7	149
009	Krankheiten und Traumata der Rückenmarks	11	11	7	-	2	7	10	48
035	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, ohne Komplikationen	15	7	3	-	2	10	1	38
034	Sonstige Krankheiten des Nervensystems, mit Kompl.	8	10	4	1	-	10	4	37
245	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, ohne Komplikationen	3	12	4	1	14	1	-	35
467	Sonstige Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinfl.	8	3	1	4	5	-	12	33
013	Multiple Sklerose und Hirnataxie	5	3	1	-	1	14	4	28
018	Krankheiten der peripheren und Schädelnerven mit Komplikationen	2	2	3	-	2	11	6	26
019	Erkrankungen an peripheren u. Schädelnerven, o. Kompl.	-	-	2	-	9	6	5	22
014	Spezifische zerebrovaskuläre Erkrank. außer transitorisch ischämischer Attacke (TIA)	3	2	-	4	5	1	4	19
TEILSUMME		260	162	73	38	398	584	252	1.767
INSGESAMT		280	186	90	41	460	604	292	1.953

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 44: Aufenthalte in den Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) nach MDC - Jahr 2004



Die Analyse der Aufenthalte nach primärer Diagnosekategorie MDC (Major Diagnostic Categories), welche die Krankheiten und Störungen eines Organs oder Systems zusammenfasst, ergibt, dass 1.215 Aufenthalte (62% des Gesamtwertes) unter die MDC „Krankheiten und Störungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ und 642 (33%) unter die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ fallen.

AUFENTHALTE NACH MDC

Tabelle 71: Gesamttarif, Mitteltarif und Durchschnittstarif der Aufenthalte in den Abteilungen für post-akute Rehabilitation der Landeskrankenanstalten - Jahr 2004

Krankenanstalten	Aufenth.	Gesamttarif	Mitteltarif	Durch.-Tarif
KH Meran	280	1.372.404,04	3.199,50	4.901,44
KH Brixen	186	862.441,25	3.687,78	4.636,78
KH Bruneck	90	568.264,81	4.925,70	6.314,05
KH Sterzing	41	191.608,95	3.412,80	4.673,39
PK Bonvicini	460	2.824.768,51	5.526,53	6.140,80
PK Villa Melitta	604	3.126.948,99	4.573,68	5.177,07
PK Martinsbrunn	292	1.289.551,97	4.001,97	4.416,27
INSGESAMT	1.953	10.235.988,52	4.479,30	5.241,16

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.3.2.1. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen auf dem Staatsgebiet

In diesem Absatz werden die von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationsabteilungen in anderen italienischen Einrichtungen in Anspruch genommenen Aufenthalte analysiert. Dabei wird kurz auf die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und in den Spinalzentren (Kodex 2800) im übrigen Italien eingegangen. Was die Rehabilitationsaufenthalte von Südtiroler Patienten in österreichischen Einrichtungen betrifft, wird auf den nachfolgenden Absatz „Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich“ verwiesen.

Tabelle 72: **Aufenthalte von Südtirolern in den Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens – Jahre 2003 -2004**

Leistungserbr. Region	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Jahr 2003					
Piemont	5	3	-	-	8
Lombardei	31	6	1	1	39
A. P. Trient	67	8	5	-	80
Venetien	62	10	5	5	82
Emilia Romagna	4	1	2	-	7
Latium	2	1	-	-	3
Abruzzen	4	-	-	-	4
INSGESAMT	175	29	13	6	223
Jahr 2004					
Piemont	8	-	-	-	8
Lombardei	31	8	4	1	44
A. P. Trient	56	5	5	1	67
Venetien	55	6	3	5	69
Emilia Romagna	12	2	-	3	17
Toskana	2	-	-	-	2
Latium	3	-	-	1	4
Abruzzen	3	1	-	-	4
Kampanien	-	-	1	-	1
INSGESAMT	170	22	13	11	216

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) in anderen Regionen Italiens nahmen von 223 im Jahr 2003 auf 216 im Jahr 2004 ab. Die Aufenthaltstage stiegen um 20% bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, die sich von 28,2 Tagen auf 35 Tagen erhöhte, an. Die Gebiete mit der größten Attraktion für die Südtiroler Patienten sind die Autonome Provinz Trient und die Region Venetien.

Tabelle 73: Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche, Mindest- und Höchstaufenthaltsdauer, Standardabweichung von Südtirolern in post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens– Jahre 2003-2004

Leistungserbr. Region	Aufenth.	Aufenth.- Tage	Durch. AD	AD- Mittelwert	Min. AD massima	Max. AD	Std. Abweich.
Jahr 2003							
Piemont	8	161	20,1	25,0	1	30	12,3
Lombardien	39	660	16,9	16,0	1	42	9,6
A. P. Trient	80	3.338	41,7	18,5	1	350	75,2
Venetien	82	1.695	20,7	13,5	1	197	27,3
Emilia Romagna	7	202	28,9	21,0	11	80	23,7
Latium	3	158	52,7	53,0	27	78	25,5
Abruzzen	4	74	18,5	21,0	11	21	5,0
INSGESAMT	223	6.288	28,2	18,0	1	350	49,5
Jahr 2004							
Piemont	8	185	23,1	28,5	8	35	10,4
Lombardien	44	665	15,1	11,0	1	49	12,2
A. P. Trient	67	3.905	58,3	19,0	2	341	97,3
Venetien	69	1.832	26,6	19,0	2	326	41,0
Emilia Romagna	17	692	40,7	29,0	7	210	47,6
Toskana	2	35	17,5	17,5	5	30	17,7
Latium	4	167	41,8	32,5	1	101	43,2
Abruzzen	4	62	15,5	15,5	10	21	6,4
Kampanien	1	14	14,0	14,0	14	14	-
INSGESAMT	216	7.557	35,0	19,0	1	341	63,0

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Berücksichtigt man die DRGs in den Abteilungen 5600 (Tabelle 74), zeigt sich, dass sowohl im Jahr 2003 als auch 2004 die DRG 256 „Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ mit 13,5% bzw. 15,7% an den Aufenthalten insgesamt die häufigste war, während in der Provinz Bozen im Jahr 2004 dieselbe DRG 27,5% der Aufenthalte von Patienten in den Rehabilitationsabteilungen deckte.

**AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN
NACH DRG**

Tabelle 74: **Aufenthalte von Südtirolern in den Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens nach DRG - Jahre 2003-2004**

DRG	Beschreibung DRG	Anz.	%	% kum
Jahr 2003				
256	Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	30	13,5	13,5
009	Krankheiten und Traumata der Rückenmarks	28	12,6	26,0
145	Sonst. Diagnosen in Bezug auf d. Herz-Kreislaufsystem ohne Komplikationen	25	11,2	37,2
462	Rehabilitation	19	8,5	45,7
012	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	15	6,7	52,5
034	Sonstiges Krankheiten des Nervensystems mit Kompl.	11	4,9	57,4
245	Krankheiten der Knochen und spezifische Arthropathien ohne Komplikationen	9	4,0	61,4
243	Rückenbeschwerden	8	3,6	65,0
247	Hinweiszeichen und Symptome in Bezug auf die Muskeln, das Skelett und das Bindegewebe	7	3,1	68,2
TEILSUMME		152	68,2	
INSGESAMT		223	100	
Jahr 2004				
256	Sonstige Diagnosen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	34	15,7	15,7
145	Sonst. Diagnosen in Bezug auf d. Herz-Kreislaufsystem ohne Komplikationen	27	12,5	28,2
462	Rehabilitation	21	9,7	38,0
009	Krankheiten und Traumata der Rückenmarks	20	9,3	47,2
012	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	18	8,3	55,6
245	Krankheiten der Knochen und spezifische Arthropathien ohne Komplikationen	10	4,6	60,2
013	Multiple Sklerose und Hirnataxie	9	4,2	64,4
034	Sonstiges Krankheiten des Nervensystems mit Kompl.	8	3,7	68,1
TEILSUMME		147	68,1	
INSGESAMT		216	100,0	

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

**AUFENTHALTE IN
ANDEREN REGIONEN
NACH MDC**

Die Verteilung der MDC entspricht im Jahr 2004 weitgehend den Werten des Jahres 2003, außer für die MDC „Nervensystem“, die im Jahr 2003 leicht höher war (34% gegenüber 30% im Jahr 2004) und für die MCD „Herzkreislaufsystem“, die im Jahr 2003 knapp darunter lag (15% gegenüber 18% im Jahr 2004).

Abbildung 45: **Post-Akute Rehabilitationsaufenthalte (Kodex 5600) nach MDC, passive Mobilität - Jahr 2004**

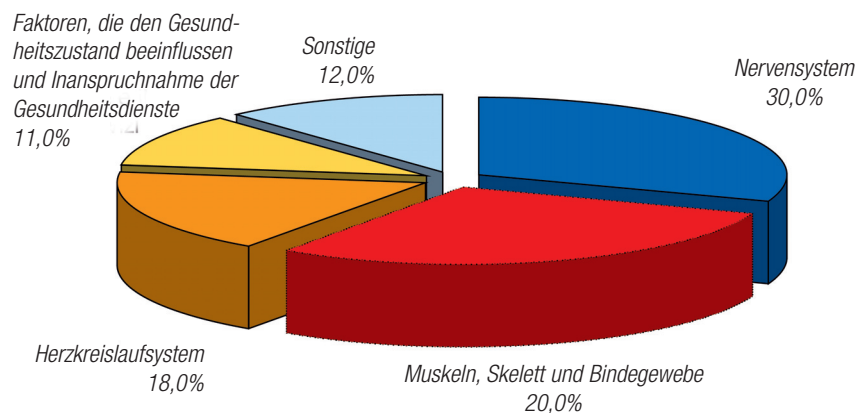


Tabelle 75: Anzahl, Gesamtbetrag (in Euro), Durchschnittsbetrag, der Aufenthalte von Südtirolern in den post-akuten Rehabilitationsabteilungen (Kodex 5600) anderer Regionen Italiens - Jahre 2003-2004

Region	Aufenth.	Gesamtbetr.	Durch.-Betrag
Jahr 2003			
Piemont	8	37.457,80	4.682,23
Lombardien	36	156.417,40	4.344,93
A. P. Trient	80	259.272,59	3.240,91
Venetien	82	310.234,45	3.783,35
Emilia Romagna	8	70.533,67	8.816,71
Latium	3	41.258,93	13.752,98
Abruzzen	4	19.103,47	4.775,87
INSGESAMT	221	894.278,31	4.046,51
Jahr 2004			
Piemont	8	38.365,69	4.795,71
Lombardien	44	162.621,06	3.695,93
A. P. Trient	67	223.362,37	3.333,77
Venetien	69	309.365,96	4.483,56
Emilia Romagna	17	106.176,10	6.245,65
Toskana	2	7.758,02	3.879,01
Latium	4	30.282,93	7.570,73
Abruzzen	4	15.381,88	3.845,47
Kampanien	1	568,92	568,92
INSGESAMT	216	893.882,93	4.138,35

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

In Bezug auf die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in Einrichtungen im übrigen Italien wird festgehalten, dass die analysierten Daten von den einzelnen Regionen und Provinzen bereit gestellt wurden und somit von den effektiv im Zuge der Kompensation der Mobilität im Gesundheitswesen von der Autonomen Provinz Bozen anerkannten Beträgen abweichen können.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und Spinalzentren (Kodex 2800) betreffen meistens schwere Krankheiten, weshalb die durchschnittliche Aufenthaltsdauer viel höher als jene in den Abteilungen für die funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 5600) ist.

**AUFENTHALTE IN DEN
ABTEILUNGEN
7500 UND 2800**

Tabelle 76: Anzahl der Aufenthalte, Aufenthaltstage, durchschnittliche Aufenthaltsdauer, Gesamtbetrag (in Euro), Durchschnittsbetrag (in Euro) in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 7500) und Spinalzentren (Kodex 2800) anderer Regionen Italiens - Jahre 2003-2004

Region	Aufenth.	Aufenth.-Tage	Durch. AD	Gesamt-betrag	Durch.-Betrag
Jahr 2003 – Kodex 2800					
Venetien	2	103	51,5	39.864,29	19.932,15
Emilia Romagna	1	85	85,0	28.903,52	28.903,52
INSGESAMT	3	188	62,7	68.767,81	22.922,60
Jahr 2003 – Kodex 7500					
Piemont	2	207	103,5	61.732,90	30.866,45
A. P. Trient	1	27	27,0	5.726,43	5.726,43
Venetien	1	3	3,0	1.020,00	1.020,00
Emilia Romagna	4	183	45,8	48.600,79	12.150,20
Sizilien	1	25	25,0	6.812,00	6.812,00
INSGESAMT	9	445	49,4	123.892,12	13.765,79
Jahr 2004 – Kodex 7500					
Lombardei	1	75		27.113,25	
A. P. Trient	1	39		8.271,51	
Emilia Romagna	1	34		12.291,34	
INSGESAMT	3	148	49,3	47.676,10	15.892,03

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

3.3.2.2. Aufenthalte in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich

Um den Bürgern der Provinz eine vollständige gesundheitliche Versorgung zu gewährleisten, ist die Autonome Provinz Bozen mit Universitätskliniken und öffentlichen und privaten Krankenanstalten in Österreich für Krankenhausdienste konventioniert, die das Südtiroler Gesundheitswesen nicht anbieten kann. Drei konventionierte Einrichtungen leisten Krankenhausversorgung in Form der post-akuten Rehabilitation:

1. „Rehabilitationszentrum Häring“ für physische und neurologische Rehabilitation;
2. „Krankenhaus orthopädische Chirurgie und Rehabilitation“ von Rovinj für die Sommerkuren der Patienten, die sich in Häring befinden;
3. „Landesnervenkrankenhaus Hochzirl“ für die physische Rehabilitation.

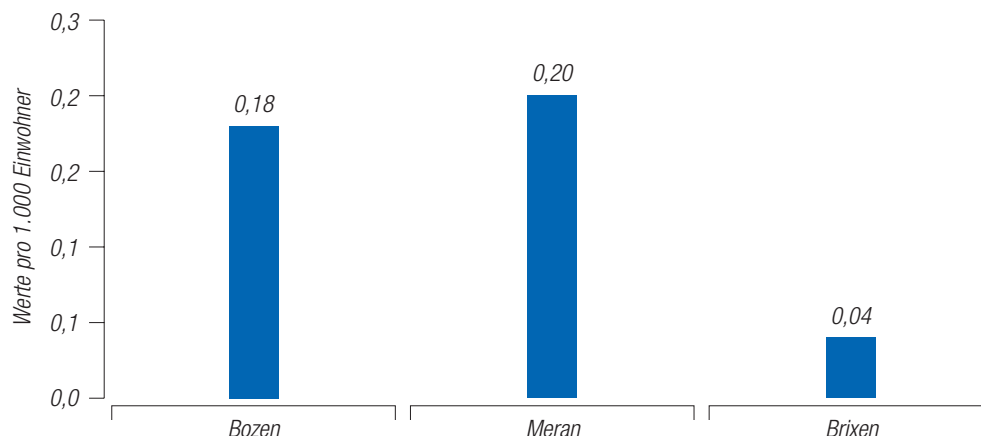
Im Jahr 2004 ging die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich gegenüber 2003 leicht zurück.

Tabelle 77: Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationseinrichtungen in Österreich gegenüber 2003 leicht zurück.

Österr. Einrichtungen	Aufenth.	Aufenthalts- tage	Durch. AD	Gesamtbetrag	Durch. Tarif	Patienten
Jahr 2003						
Häring	40	1.166	29,2	315.194,86	7.879,87	34
Hochzirl	23	1.093	47,5	281.136,60	12.223,33	15
Rovinj	11	242	22,0	14.711,97	1.337,45	11
INSGESAMT 2003	74	2.501	33,8	611.043,43	8.257,34	60
Jahr 2004						
Häring	41	1.412	34,4	420.741,64	10.261,99	35
Hochzirl	18	570	31,7	143.996,40	7.999,80	12
Rovinj	7	154	22,0	9.928,17	1.418,31	7
INSGESAMT 2004	66	2.136	32,4	574.666,21	8.707,06	54

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 46: Aufenthalte von Südtirolern pro 1.000 Einwohner, die sich an österreichische Einrichtungen gewandt haben - 2004



In Bezug auf die Aufenthalte in Österreich nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten verzeichnet Bozen 38 Aufenthalte, Meran 25 und Brixen 3. Setzt man diese Werte mit der Wohnbevölkerung des Bezugs-Sanitätsbetriebs ins Verhältnis, ergeben sich für Meran im Vergleich mit den anderen Sanitätsbetrieben die höchsten Werte (0,2 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner).

**AUFENTHALTE IN ÖSTER-
REICH NACH WOHSITZ-
SANITÄTSBETRIEB**

Tabelle 78: Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen nach Primärdiagnosekategorie ICD9-CM - Jahr 2004

ICD9-CM	Beschreibung der Diagnose	Häring	Rovinj	Hochzirl	Insg.	%	% kum
344	Sonstige Paralyse-Syndrome	14	5	3	22	33,3	33,3
905	Folgeerscheinungen und Traumen der Muskeln-Knochen und des Bindegewebes	16	-	-	16	24,2	57,6
430	Subarachnoidalblutung	-	-	4	4	6,1	63,6
334	Spinocerebellare Krankheiten	1	2	-	3	4,5	68,2
897	Amputationsverletzung des Beins (komplett) (partiell)	3	-	-	3	4,5	72,7
198	Sekundäre bösartige Tumoren an anderen spezifizierten Lokalisationen	2	-	-	2	3,0	75,8
343	Infantile Zerebralparese	-	-	2	2	3,0	78,8
434	Verschluss der Arteriae cerebri	-	-	2	2	3,0	81,8
722	Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben	-	-	2	2	3,0	84,8
TEILSUMME		36	7	13	56	84,8	
INSGESAMT		41	7	18	66	100,0	

Quelle: Sanitätsbetriebe

AUFENTHALTE NACH ENTLASSUNGSDIAGNOSE

Über ein Drittel der häufigsten Entlassungsdiagnosen in österreichischen post-akuten Rehabilitationseinrichtungen betreffen die Kategorie „Sonstige Paralyse-Syndrome“; diese schweren Krankheiten werden in Spinalzentren in Österreich oder anderen Regionen Italiens behandelt, da die Autonome Provinz Bozen nicht die geeigneten Strukturen besitzt.

3.3.3. Post-akute Langzeitpflege

Die Abteilungen für post-akute Langzeitpflege in der Provinz verzeichneten 1.572 Aufenthalte mit 42.220 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 26,9 Tagen.

2004 fanden außerdem 53 post-akute Langzeitpflege-Aufenthalte von Südtirolern in nationalen Einrichtungen außerhalb der Provinz statt, deutlich weniger im Vergleich zu den 63 des Jahres 2003.

Des Weiteren wurden 2004 67 Aufenthalte von stabilisierten Langzeitkranken in der Marienlinik und in der Privatklinik Bonvicini (Abteilungskodex 60.01) für insgesamt 3.736 Aufenthaltstage sowie 112 Aufenthalte aufgrund von palliativen Behandlungen in der Privatklinik Martinsbrunn (Abteilungskodex 60.02) mit 1.771 Aufenthaltstagen getätigt.

Die häufigsten primären Diagnosekategorien der post-akuten Langzeitpflege-Aufenthalte sind die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (37,7%) und die „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (21,2%).

POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE

Tabelle 79: **Aufenthalte, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege nach Krankenanstalt – Jahr 2004***

Krankenanstalt	Aufenth.	Aufenthaltstage	Durchschn. AD
KH Brixen	127	2.227	17,5
KH Sterzing	23	502	21,8
ÖFF. KRANKENHÄUSER INSGESAMT	150	2.729	18,2
Marienklinik	249	5.345	21,5
PK Martinsbrunn	374	12.357	33,0
PK Bonvicini	449	12.688	28,3
PK Villa Melitta	350	9.101	26,0
PRIVATKLINIKEN INSGESAMT	1.422	39.491	27,8
KRANKENANSTALTEN INSGESAMT	1.572	42.220	26,9

* Die Betten im Krankenhaus Bruneck befinden sich in den Abteilungen für Akutkranke. Die Langzeitpflege-Aufenthalte wurden nicht mit eigenen Kodizes unterschieden, weshalb sie nicht in die Analyse miteinbezogen werden konnten

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 80: **Aufenthalte nach primärer Diagnosekategorie (MDC) in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2004**

MDC	Beschreibung MDC	Aufenth.	% kum.
8	Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes	592	37,7
1	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	333	58,8
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand und die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste beeinflussen	115	66,2
5	Krankheiten und Störungen des Herz-Kreislaufsystems	106	72,9
4	Krankheiten und Störungen der Atemwege	92	78,8
19	Geisteskrankheiten und -störungen	66	83,0
6	Krankheiten und Störungen des Verdauungsapparats	50	86,1
7	Krankheiten und Störungen des Leber- und Gallensystems und Pankreas	43	88,9
11	Krankheiten und Störungen der Niere und des Harntraktes	35	91,1
17	Myeloproliferative Krankheiten u. Störungen u. schwach differenzierte Neoplasien	29	92,9
9	Krankheiten und Störungen der Haut, des Unterhautgewebes und der Brust	27	94,7
3	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund und Hals	16	95,7
POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE-AUFENTHALTE INSGESAMT		1.572	

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 81: **Aufenthalte nach den häufigsten Primär Diagnosen in den Abteilungen für post-akute Langzeitpflege der Autonomen Provinz Bozen - Jahr 2004**

ICD9CM	Beschreibung der Diagnose	Aufenth.	% kum.
715	Arthrose	146	9,3
721	Spondylosis und assoziierte Erkrankungen	112	16,4
905	Folgeerscheinungen von Traumen d. Knochen-Muskeln u. d. Bindegewebes	96	22,5
438	Folgeerscheinungen von zerebrovaskulären Krankheiten	95	28,6
V57	Rehabilitation	92	34,4
331	Andere zerebrale Degenerationen	42	37,1
733	Sonstige Beschwerden der Knochen und Knorpel	41	39,7
428	Herzinsuffizienz (Herzdekompensation)	35	41,9
290	Senile und präsenile organisch bedingte psychotische Zustände	33	44,0
332	Parkinson-Krankheit	32	46,1
437	Andere und unzureichend definierte zerebrale Vaskulopathien	28	47,8
724	Sonstige und nicht spezifizierte Rückenbeschwerden	26	49,5
V43	Organ- oder Gewebersersatz mit anderen Mitteln	24	51,0
722	Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben	22	52,4
728	Erkrankungen der Muskeln, der Bänder und der Faszien	22	53,8
296	Affektive Psychosen	21	55,2
434	Verschluss der Hirnarterien	21	56,5
440	Arteriosklerose	21	57,8
357	Entzündliche und toxische Neuropathien	19	59,0
491	Chronische Bronchitis	19	60,2
POST-AKUTE LANGZEITPFLEGE-AUFENTHALTE INSGESAMT		1.572	

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.4. KRANKENHAUSINTERNE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Im Jahr 2004 wurden in der Provinz Bozen 6.396.745 ambulatorische fachärztliche Leistungen erbracht, 90,3% davon in öffentlichen Einrichtungen. Bei einem Tarifwert der erbrachten Leistungen von 66.685.097 Euro zogen die öffentlichen Einrichtungen einen Ticketbetrag von 14.583.539 Euro ein.

Der Betrag, den die Sanitätsbetriebe hingegen den privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberuflern rückerstatten mussten, entsprach (abzüglich des Tickets) 4.777.376 Euro.

Die konventioniert mit den privaten Landeseinrichtungen erbrachten Leistungen waren vorwiegend Laboruntersuchungen und Rehabilitationsleistungen.

Die Südtiroler nahmen außerdem 98.936 Leistungen in nationalen Einrichtungen und 58.937 Leistungen in österreichischen Einrichtungen in Anspruch. Dafür entrichtete die Provinz einen Betrag von 2.029.423 Euro an die anderen Regionen Italiens und 1.724.685 Euro an Österreich.

Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität, d.h. die Differenz zwischen der Menge der im Gebiet der Provinz zugunsten von nicht ansässigen Patienten erbrachten Leistungen und der Anzahl der zugunsten der Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachten Leistungen ist für das Jahr 2004, wie auch in den Vorjahren, positiv und entspricht 156.655 Leistungen (für nicht Ansässige produzierte Leistungen=314.531 und Verbrauch von Leistungen seitens Ansässiger=157.876).

EINRICHTUNGEN, DIE FACHÄRZTLICHE LEISTUNGEN ANBIETEN

Die ambulatorische fachärztliche Versorgung besteht vor allem in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und in Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

Die Einrichtungen, die im Landesgebiet ambulatorische fachärztliche Leistungen anbieten, lassen sich wie folgt klassifizieren:

1. krankenhausinterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien und Krankenhausambulatorien, Labors, Röntgendienste, etc.);
2. krankenhausexterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien in der A. Alagi-Straße in Bozen, betriebliche und überbetriebliche Dienste, etc.), wo mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Freiberufler arbeiten (SUMAI);
3. mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte und vorläufig akkreditierte private Einrichtungen (z.B. Villa Melitta für Physiotherapie- und Röntgenleistungen, Drusus- und Marienlabor für Laboruntersuchungen, etc.);
4. noch nicht akkreditierte private Einrichtungen.

Außerdem können fachärztliche Leistungen von folgenden Berufsgruppen angeboten werden:

5. von mit dem LGD konventionierten Freiberuflern, die ihre Tätigkeit in privaten Einrichtungen ausüben;

6. von nicht konventionierten Freiberuflern.

Innerhalb der ersten beiden Einrichtungsarten erfolgt die Versorgung durch abhängiges und/oder stundenweise vertraglich gebundenes ärztliches Personal und wird als „interne fachärztliche Versorgung“ und „interne konventionierte fachärztliche Versorgung“ klassifiziert.

In Fällen laut Punkten 3 und 5 handelt es sich um eine „externe konventionierte fachärztliche Versorgung“.

In den privaten Ambulatorien sowie bei den nicht konventionierten Freiberuflern (Punkte 4 und 6) erhalten die Bürger, die Leistungen in Anspruch nehmen, welche den sogenannten „schlecht ausgestatteten Fachbereichen“ angehören, eine Kostenrückerstattung von den Sanitätsbetrieben; diese Form der Versorgung wird als „indirekte fachärztliche Versorgung“ bezeichnet.

3.4.1. Inanspruchnahme der öffentlichen Landeseinrichtungen

In diesem Abschnitt wird eine Analyse der ambulatorischen fachärztlichen Leistungen geliefert, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens für die ambulatorische Fachmedizin (SPA) für das Jahr 2004 erhoben wurden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Erste Hilfe-Leistungen, die keinen Aufenthalt erforderten; ausgeschlossen sind hingegen die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen, die konventioniert von den privaten Einrichtungen erbracht werden (siehe dafür das Kapitel „Inanspruchnahme der konventionierten privaten Einrichtungen und konventionierten Freiberufler“).

Die in Tabelle 82 angeführten Kostenstellen wurden nach Fachbereich zusammengefasst, um die Liste übersichtlicher und verständlicher zu gestalten; der Posten „Zahnheilkunde“ umfasst zum Beispiel die Kostenstellen Zahnheilkunde und Zahnheilkunde-Stomatologie. Einige Dienste besitzen, obwohl sie in allen Sanitätsbetrieben eingerichtet sind, nicht ihre entsprechende Kostenstelle, da sie einer anderen und weniger detaillierten Kostenstelle angegliedert wurden (zum Beispiel der Diabetologische Dienst des Sanitätsbetriebs Bozen, angegliedert an die Kostenstelle Medizin); der Kostenstellenplan ist nämlich in jedem Sanitätsbetrieb unterschiedlich aufgebaut, und deshalb entspricht nicht immer eine bestimmte Kostenstelle eines Sanitätsbetriebs jener eines anderen Sanitätsbetriebs.

2004 erbrachten die öffentlichen Einrichtungen insgesamt 5.773.759 (Tabelle 82) ambulatorische fachärztliche Leistungen: 43,7% wurden im Sanitätsbetrieb Bozen getätigt, 26,90% im Sanitätsbetrieb Meran und 13,4% bzw. 16,0% in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck.

Der Fachbereich, der die meisten Leistungen verzeichnet, ist das Labor (44,4% der Leistungen insgesamt), gefolgt von der Rehabilitation (8,4%) und vom Rönt-

gendienst (6,1%).

Tabelle 82: Von den öffentlichen Landeseinrichtungen erbrachte ambulatorische fachärztliche Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Fachbereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Fachbereich	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie und Reanimation	56	9	2.891	2.038	4.994
Kardiologie	49.382	20.341	-	-	69.723
Chirurgie	20.180	52.181	35.393	38.988	146.742
Gesichts- und Kieferchirurgie	-	-	3.093	-	3.093
Gefäßchirurgie	13.977	-	7.175	-	21.152
ZGG	779	6.087	9.274	1.709	17.849
Dermatologie	46.039	38.293	19.985	25.413	129.730
Hämatologie	121.663	-	-	-	121.663
Hämodialyse	-	4.916	6.371	3.626	14.913
Endoskopie	-	5.364	-	-	5.364
Gastroenterologie	11.160	-	-	2.894	14.054
Geriatric	3.575	3.405	-	-	6.980
Geburtshilfe und Gynäkologie	41.913	58.095	76.422	59.012	235.442
Labor	1.150.105	729.601	239.575	443.890	2.563.171
Infektionskrankheiten	6.080	-	-	-	6.080
Medizin	71.477	45.867	48.240	41.328	206.912
Nuklearmedizin	27.094	1.401	-	-	28.495
Sportmedizin	8.196	-	3.370	4.260	15.826
Nephrologie	21.621	-	-	-	21.621
Neurochirurgie	2.133	-	-	-	2.133
Neurologie	18.892	11.282	3.703	7.785	41.662
Augenheilkunde	37.716	27.197	16.287	24.084	105.284
Zahnheilkunde	10.638	7.635	5.120	4.592	27.985
Medizinische Onkologie	54.426	-	-	-	54.426
Orthopädie und Traumatologie	20.884	67.069	36.528	46.365	170.846
HNO	25.954	29.601	18.516	12.924	86.995
Pädiatrie	41.180	11.584	13.313	14.696	80.773
Pneumologie	12.934	-	-	-	12.934
Erste Hilfe	227.605	7.305	38.830	19.272	293.012
Psychiatrie	14.648	-	-	7.303	21.951
Röntgendienst	63.886	143.607	79.646	62.825	349.964
Sprengeldienste	81.230	28.780	-	3.189	113.199
Dienst für Pathologische Anatomie	14.680	-	-	-	14.680
Dienst für Physische Rehabilitation	207.557	113.380	72.903	90.732	484.572
Diabetologischer Dienst	-	25.825	5.238	2.987	34.050
Dienst für Diät und Ernährung	11.837	6.865	2.171	2.224	23.097
Orthoptischer Dienst	-	4.022	-	-	4.022
Dienst für Pneumologie	23.444	461	3.461	-	27.366
Psychologischer Dienst	17.871	2.380	-	-	20.251
Bluttransfusionsdienst	1	77.446	-	-	77.447
Urologie	14.269	22.635	27.645	-	64.549
Sonstiges, nicht spezifiziert	27.600	175	251	731	28.757
INSGESAMT	2.522.682	1.552.809	775.401	922.867	5.773.759

Quelle: SPA

Tabelle 83: Tarifwert (in Euro) der von den öffentlichen Landeseinrichtungen erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen (Erste Hilfe-Leistungen eingeschlossen) nach Fachbereich und Sanitätsbetrieb und pro Sanitätsbetrieb eingezogenem Ticketbetrag – Jahr 2004

Fachbereich	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Provinz
Anästhesie und Reanimation	1.880	437	72.211	52.744	127.271
Kardiologie	1.502.357	586.907	-	-	2.089.264
Chirurgie	250.016	713.829	602.533	557.763	2.124.141
Gesichts- und Kieferchirurgie	-	-	57.297	-	57.297
Gefäßchirurgie	226.042	-	116.242	-	342.283
ZGG	11.136	82.631	131.153	29.400	254.320
Dermatologie	580.535	437.890	261.092	350.153	1.629.670
Hämatologie	1.147.886	-	-	-	1.147.886
Hämodialyse	-	965.909	1.431.466	807.457	3.204.832
Endoskopie	-	241.410	-	-	241.410
Gastroenterologie	436.984	-	-	185.384	622.368
Geriatrie	55.422	26.988	-	-	82.410
Geburtshilfe und Gynäkologie	824.695	1.248.386	1.073.811	780.262	3.927.154
Labor	5.672.645	2.931.645	1.047.332	1.917.354	11.568.976
Infektionskrankheiten	58.532	-	-	-	58.532
Medizin	928.276	969.418	1.336.187	791.623	4.025.503
Nuklearmedizin	623.569	149.615	-	-	773.184
Sportmedizin	379.069	-	160.184	181.057	720.309
Nephrologie	2.323.683	-	-	-	2.323.683
Neurochirurgie	33.091	-	-	-	33.091
Neurologie	242.104	167.050	60.186	117.742	587.081
Augenheilkunde	620.836	359.779	253.784	393.345	1.627.744
Zahnheilkunde	212.369	135.073	89.421	92.685	529.548
Medizinische Onkologie	544.293	-	-	-	544.293
Orthopädie u. Traumatologie	328.239	963.584	541.819	839.563	2.673.205
HNO	374.372	431.354	257.010	180.217	1.242.953
Pediatric	689.199	231.833	300.384	235.693	1.457.108
Pneumologie	247.122	-	-	-	247.122
Erste Hilfe	2.687.273	103.432	608.244	299.646	3.698.595
Psychiatrie	205.949	-	-	113.181	319.130
Röntgendienst	2.610.476	2.951.532	2.141.656	1.914.555	9.618.220
Sprengeldienste	608.215	177.375	-	33.234	818.824
Dienst für Pathologische Anatomie	292.761	-	-	-	292.761
Dienst für Physische Rehabilitation	1.274.350	818.243	511.106	666.284	3.269.984
Diabetologischer Dienst	-	151.672	85.012	51.160	287.844
Dienst für Diät und Ernährung	145.135	69.128	24.037	23.742	262.042
Orthoptischer Dienst	-	48.977	-	-	48.977
Dienst für Pneumologie	383.582	6.854	59.294	-	449.730
Psychologischer Dienst	301.259	40.256	-	-	341.515
Bluttransfusionsdienst	52	949.558	-	-	949.610
Urologie	572.754	377.407	559.974	-	1.510.135
Sonstiges, nicht spezifiziert	536.744	2.894	2.727	12.728	555.092
TARIFWERT INSGESAMT	27.932.898	16.341.064	11.784.161	10.626.973	66.685.097
EINGEZOGENER TICKETBETRAG	5.345.196	3.524.157	3.100.022	2.614.164	14.583.539

Quelle: SPA

Der Tarifwert, d.h. der Tarif der gesamten, von den öffentlichen Landeseinrichtungen gemäß Landestarifverzeichnis erbrachten Leistungen, betrug im Jahr 2004 66.685.096,53 Euro.

**TARIFWERT DER
FACHÄRZTLICHEN
LEISTUNGEN**

VERLAUF IN DEN JAHREN

Fachbereiche mit einem sehr hohen Tarifwert sind das Labor mit 11.568.975,88 Euro (17,3% des Gesamtwertes der erbrachten Leistungen) und der Röntgendienst mit 5.093.188,70 Euro (7,6%).

Die Zahl der fachärztlichen Leistungen ist im Vergleich zum Jahr 2002 in allen vier Sanitätsbetrieben des Landes angestiegen.

Abbildung 47: Verlauf der von den öffentlichen Landeseinrichtungen in den Jahren 2002-2004 erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen

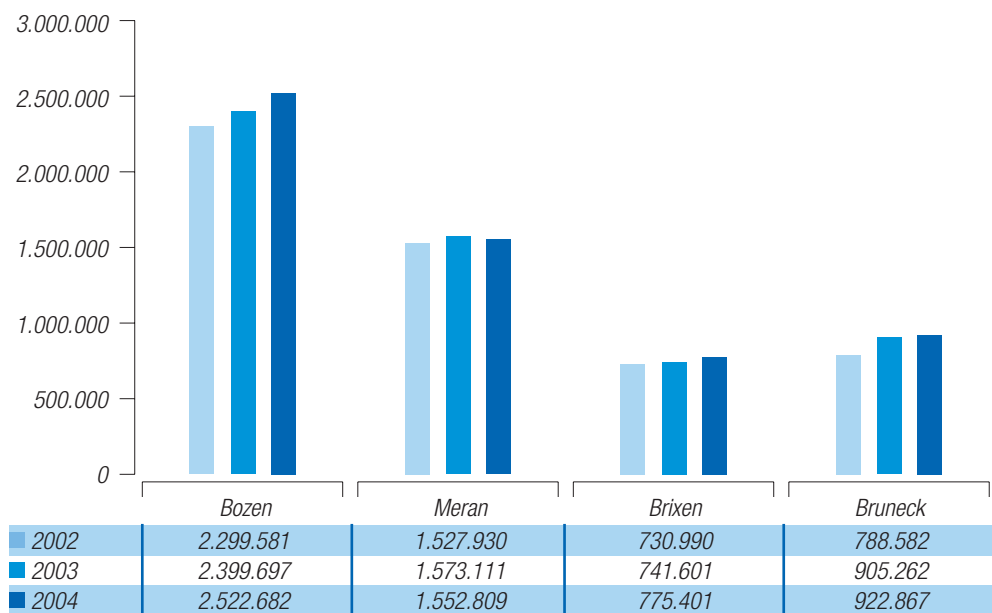
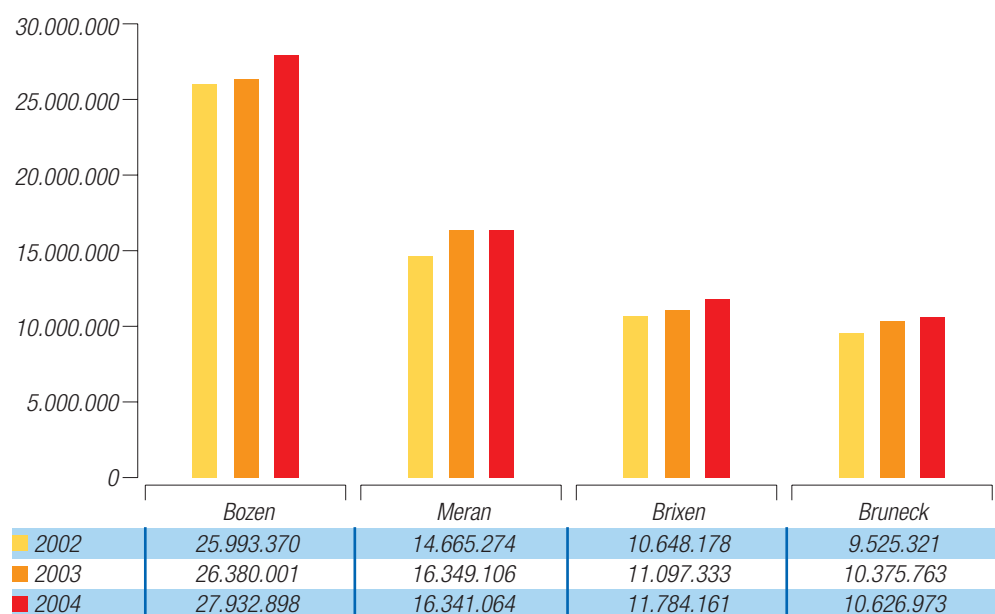


Abbildung 48: Verlauf der Tarifbeträge der von den öffentlichen Landeseinrichtungen in den Jahren 2002-2004 erbrachten fachärztlichen Leistungen



3.4.2. Inanspruchnahme der privaten Einrichtungen und konventionierten Freiberufler

Im Rahmen der vom Landesgesundheitsdienst (LGD) angebotenen Dienste bestehen mit privaten Einrichtungen und Freiberuflern Konventionen zur Erbringung von Leistungen für die territorial zuständigen Sanitätsbetriebe. Es handelt sich um ambulatorische Leistungen, die verschiedenen fachärztlichen Bereichen angehören, von der Instrumentaldiagnostik bis zu Laboruntersuchungen.

Im Jahr 2004 waren folgende konventionierte private Einrichtungen und Freiberufler tätig:

Sanitätsbetrieb Bozen

- Drusus-Labor - Laboruntersuchungen
- Eisack-Labor - Laboruntersuchungen
- Labor Sabin - Laboruntersuchungen
- Marienlinik - Laboruntersuchungen
- Röntgenkabinett der Privatklinik Bonvicini - Röntgenaufnahmen und Kernspinresonanz
- Fisiocenter - Rehabilitation
- Mayr Rudi - Rehabilitation
- Studio Cadamuro- Rehabilitation
- Lo Faro Marina - Rehabilitation
- Cure fisiche Gries- Rehabilitation
- Privatklinik Villa Melitta - Rehabilitation und HNO
- Dr. Paolo Pellegrini – HNO
- Sauerstoffzentrum Bozen - Sauerstofftherapien
- Dialysezentrum Südtirol - Hämodialyse

Sanitätsbetrieb Meran

- Privatklinik St. Anna – Röntgendiagnostik und CT, Laboruntersuchungen, Kardiologie, Neurologie, Gastroenterologie
- Privatklinik Martinsbrunn - Rehabilitation, Röntgendiagnostik, Laboruntersuchungen und Kardiologie
- Dr. Regele Max - Sportmedizin
- Marienlinik - Laboruntersuchungen

Sanitätsbetrieb Brixen

- Dejacco Wolfram - Rehabilitation

Sanitätsbetrieb Bruneck

- Labor Dr. Harasser - Laboruntersuchungen

Tabelle 84: Konventioniert von den privaten Einrichtungen und Freiberuflern erbrachte Leistungen, Anzahl der Patienten und Einweisung pro Sanitätsbetrieb -Jahr 2004

Beschreibung	Leistungen	Einweisungen	Patienten
Dialysezentrum Südtirol	7.230	1.187	80
Dr. Paolo Pellegrini	2.000	1.496	653
Eisack-Labor	55.827	10.840	4.951
Marienklinik	65.781	11.679	5.165
Drusus-Labor	97.112	17.239	7.454
Privatklinik Bonvicini	11.162	8.455	7.350
Europa Center	11.095	521	348
Fisiocenter	64.689	3.499	1.985
Mayr Rudi	33.347	1.543	900
Studio Cadamuro	26.802	1.126	542
Privatklinik Villa Melitta	52.800	2.884	1.523
Lo Faro Marina	3.928	232	140
Campi Magnetici Pulsanti Sas	39.358	1.761	1.079
Sauerstoffzentrum Bozen	3.514	478	141
Bozen	474.645	62.940	32.311
Privatklinik St. Anna	43.695	11.668	6.360
Privatklinik Martinsbrunn	3.792	2.538	2.104
Marienklinik	64.996	10.067	4.418
Dr. Regele Max	5.914	5.914	5.855
Meran	118.397	30.187	18.737
Dejaco Wolfram	16.188	901	561
Brixen	16.188	901	561
Labor Harrasser	13.756	2.402	1.247
Bruneck	13.756	2.402	1.247
INSGESAMT	622.986	96.430	52.856

(*) Ausgenommen die vom Sauerstoffzentrum den Patienten der SB Brixen und Bruneck erbrachten Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe

KONVENTIONIERTER LEISTUNGEN

TARIFWERT DER KONVENTIONIERTEN LEISTUNGEN

Aus der Tabelle 84 geht hervor, dass im Jahr 2004 76,2% der insgesamt konventioniert erbrachten Leistungen vom Sanitätsbetrieb Bozen, 19% vom Sanitätsbetrieb Meran und 2,6% bzw. 2,2% von den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck erbracht wurden.

Der Tarifwert der konventioniert erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen betrug 5.857.267,71 Euro. Zieht man von diesem Betrag die vom Patient als Ticket getragenen Kosten ab (1.079.891,62 Euro), erhält man den Betrag, den die Sanitätsbetriebe den privaten Einrichtungen bzw. den konventionierten Freiberuflern rückerstatten müssen. 2004 entsprach dieser Betrag 4.777.376,09 Euro.

Tabelle 85: Tarifwert der in den Sanitätsbetrieben konventioniert erbrachten fachärztlichen Leistungen, den Einrichtungen rückzuerstattender Nettobetrag und von den Patienten gezahltes Ticket (in Euro) - Jahr 2004

Beschreibung	Ticketbetrag	Nettobetrag	Tarifwert
Hämodialysezentrum Südtirol	1.699.050,00	0,00	1.699.050,00
Dr. Paolo Pellegrini	23.980,95	8.915,25	32.896,20
Eisack-Labor	130.495,55	53.573,55	184.069,10
Marienkl. n. k.	110.016,49	117.707,77	227.724,26
Drusus-Labor	204.062,58	157.848,00	361.910,58
Privatklinik Bonvicini	564.069,77	172.227,51	736.297,28
Europa Center	51.060,12	11.035,18	62.095,30
Fisiocenter	216.481,08	43.639,12	260.120,20
Mayr Rudi	129.640,52	20.337,98	149.978,50
Studio Cadamuro	120.986,30	21.624,10	142.610,40
Privatklinik Villa Melitta	263.393,16	38.552,62	301.945,78
Lo Faro Marina	20.131,11	5.428,05	25.559,16
Cure fisiche Gries	159.266,47	31.834,33	191.100,80
Sauerstoffzentrum Bozen(*)	265.326,10	8.194,75	273.520,85
Bozen	3.957.960,20	690.918,21	4.648.878,41
Privatklinik St. Anna	299.476,58	163.758,82	463.235,40
Privatklinik Martinsbrunn	52.786,88	34.589,82	87.376,70
Marienkl. n. k.	86.218,98	118.711,42	204.930,40
Dr. Regele Max	267.957,06	37.097,44	305.054,50
Meran	706.439,50	354.157,50	1.060.597,00
Dejaco Wolfram	80.764,89	21.417,11	102.182,00
Brixen	80.764,89	21.417,11	102.182,00
Labor Harrasser	32.211,50	13.398,80	45.610,30
Bruneck	32.211,50	13.398,80	45.610,30
INSGESAMT	4.777.376,09	1.079.891,62	5.857.267,71

(*) Ausgenommen die vom Sauerstoffzentrum den Patienten der SB Brixen und Bruneck erbrachten Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe

Tabelle 86: Prozentwerte der von den Landeseinrichtungen erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2004

Wohnsitz des Patienten	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb (*)			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Bozen	98,3	2,9	0,9	0,5
Meran	0,9	95,9	0,5	0,1
Brixen	0,3	0,3	97,3	30,6
Bruneck	0,1	0,1	1,2	67,7
Ausland	0,1	0,1	0,0	0,2
Außerhalb der Provinz	0,3	0,6	0,2	0,8
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Ausgenommen die vom Sauerstoffzentrum den Patienten der SB Brixen und Bruneck erbrachten Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe

In Tabelle 86 sind die von den konventionierten privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen nach Wohnsitz des Patienten gegliedert. In den Sanitätsbetrieben Bozen, Meran und Brixen erbringen die privaten Einrichtungen die meisten Leistungen zugunsten der eigenen Ansässigen, im Sanitätsbetrieb Bruneck werden nur 67,7% der Leistungen den eigenen Ansässigen und fast 30,6% den Ansässigen des Sanitätsbetriebs Brixen erbracht. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass beide Sanitätsbetriebe mit privaten Einrichtungen konventioniert sind, die unterschiedliche Fachbereiche anbieten.

Tabelle 87 führt den Nettobetrag der von den privaten Einrichtungen erbrachten

**AKTIVE UND PASSIVE
MOBILITÄT DER
PRIVATEN
EINRICHTUNGEN**

Leistungen an, als Differenz zwischen den Tarifbeträgen der erbrachten Leistungen und den von den Patienten bezahlten Ticketbeträgen, unterteilt nach Wohnsitz des Patienten.

Tabelle 87: Prozentsätze des Nettobetrags (in Euro) der von den privaten Einrichtungen des Landes erbrachten ambulatorischen fachärztlichen Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten - Jahr 2004

Wohnsitz des Patienten	Leistungserbringender Sanitätsbetrieb (*)			
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
Bozen	91,6	13,2	0,9	0,5
Meran	5,2	84,4	0,4	0,0
Brixen	0,7	1,6	97,4	30,2
Bruneck	0,1	0,2	1,1	68,3
Ausland	0,5	0,1	0,0	0,2
Außerhalb der Provinz	1,9	0,6	0,2	0,9
INSGESAMT	100,0	100,0	100,0%	100,0

(*) Ausgenommen die vom Sauerstoffzentrum den Patienten der SB Brixen und Bruneck erbrachten Leistungen

Quelle: Sanitätsbetriebe

3.4.3. Fachärztliche Mobilität

Dieses Kapitel behandelt die im Rahmen der überregionalen ambulatorischen fachärztlichen Mobilität und in Österreich erbrachten Leistungen. Für die überregionale Mobilität werden die Daten der Jahre 2003 und 2004 vorgestellt, für Österreich wird die Situation im Jahr 2004 dargelegt.

3.4.3.1. Überregionale fachärztliche Mobilität

In diesem Abschnitt werden die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen untersucht, welche die Landeseinrichtungen zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern erbracht haben, sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbracht haben. Im ersten Fall handelt es sich um aktive Mobilität, der eine Forderung der Provinz Bozen gegenüber den anderen italienischen Regionen entspricht, während es sich im zweiten Fall um passive Mobilität handelt, die zu einer Verbindlichkeit gegenüber den anderen Regionen führt. Diese Leistungen wurden direkt mittels Erhebungsverfahren für die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen (SPA) erfasst.

Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die ausgewerteten Daten von den einzelnen Regionen und Provinzen für die Leistungen zugunsten Patienten anderer Regionen gemeldet wurden und von den tatsächlich von den übrigen Regionen im Rahmen der Kompensation der Mobilität im Gesundheitswesen anerkannten Leistungen abweichen können.

In Bezug auf die Leistungen der Jahre 2003 und 2004 verzeichnen alle Sanitätsbetriebe einen positiven Saldo, d.h. sie erbrachten zugunsten von nicht in der Provinz Ansässigen mehr Leistungen, als sie für ihre Einwohner seitens Einrichtungen außerhalb der Provinz erhielten, auch wenn der Saldo für Meran sehr gering ist.

Tabelle 88: Überregionale aktive und passive Mobilität in Bezug auf die ambulatorischen fachärztlichen Leistungen, absolute Werte und Werte pro 1.000 Einwohner – Jahr 2003-2004

	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
	Absolute Werte			Werte pro 1.000 Einwohner		
	Jahr 2003					
Bozen	92.082	63.756	28.326	439	304	135
Meran	20.656	19.302	1.354	167	156	11
Brixen	31.845	7.005	24.840	474	104	370
Bruneck	82.890	7.831	75.059	1.158	109	1.049
INSGESAMT	227.473	97.894	129.579	482	207	275
	Jahr 2004					
Bozen	94.907	64.612	30.295	72	49	23
Meran	22.491	20.117	2.374	107	95	11
Brixen	31.175	6.747	24.428	114	25	89
Bruneck	76.825	7.460	69.365	103	10	93
INSGESAMT	225.398	98.936	126.462	88	39	50

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 49: Leistungen nach Region und Wohnsitz des Patienten, aktive Mobilität - 2004

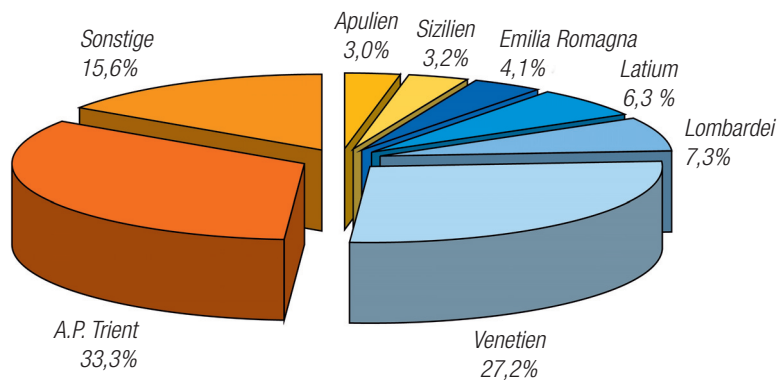
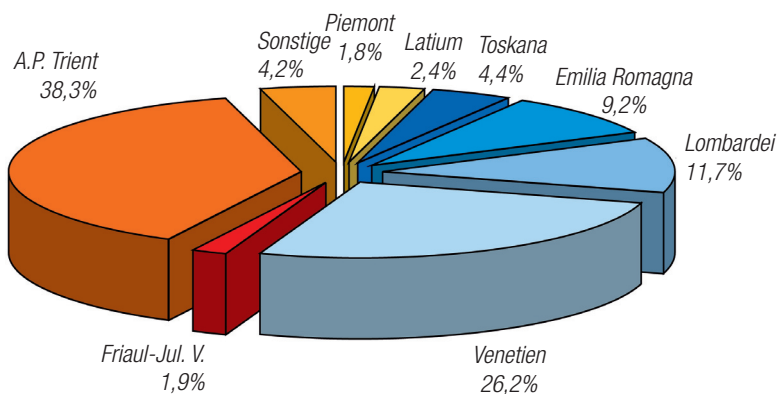


Abbildung 50: Leistungen nach leistungserbringender Region, passive Mobilität - 2004



Berechnet man den wirtschaftlichen Saldo zwischen der aktiven und passiven überregionalen fachärztlichen Mobilität, ergibt sich für das Jahr 2004 für die Autonome Provinz Bozen ein niedrigerer, positiver Saldo als in den Vorjahren mit 519.116 Euro gegenüber 540.337,61 Euro des Jahres 2003 und 825.169,50 Euro des Jahres 2002.

**ÜBERREGIONALE
MOBILITÄT –
BETRÄGE**

Tabelle 89: **Aktive und passive überregionale Mobilität in Bezug auf die Tarifbeträge, absolute Werte und Werte pro 1.000 Einwohner – Jahre 2003-2004**

	Aktiv	Passiv	Saldo	Aktiv	Passiv	Saldo
	Absolute Werte			Werte pro 1.000 Einwohner		
	Jahr 2003					
Bozen	1.264.098	1.260.818	3.280	6.028	6.012	16
Meran	191.474	415.904	-224.430	1.552	3.372	-1.819
Brixen	286.908	137.089	149.820	4.271	2.041	2.230
Bruneck	759.845	148.177	611.668	10.617	2.070	8.546
INSGESAMT	2.502.325	1.961.988	540.338	5.304	4.158	1.145
	Jahr 2004					
Bozen	1.317.914	1.256.727	61.187	6.220	5.931	289
Meran	211.162	434.468	-223.305	1.698	3.494	-1.796
Brixen	274.456	149.775	124.681	4.037	2.203	1.834
Bruneck	745.006	188.453	556.554	10.338	2.615	7.723
INSGESAMT	2.548.539	2.029.423	519.116	5.351	4.261	1.090

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

3.4.3.2. In Österreich erbrachte Leistungen

Jene Leistungen, die nicht von den Landesdiensten gewährleistet werden können, werden - auf der Grundlage der zwischen der Provinz Bozen und den österreichischen Organen vereinbarten Konventionen - in Funktion ihrer spezifischen Zweckbestimmung und der technischen und fachärztlichen Merkmale von Universitätskliniken und öffentlichen Krankenhäusern in Österreich erbracht.

Für die ambulatorische fachärztliche Versorgung ist die Autonome Provinz Bozen mit den folgenden Einrichtungen in Österreich konventioniert:

- Universitätsklinik Innsbruck
- Institut für Pathologie der Universität Innsbruck
- Institut für Bakteriologie und Serologie der Universität Innsbruck
- Institut für Hygiene der Universität Innsbruck
- Institut für Medizinische Chemie und Biochemie der Universität Innsbruck
- Institut für Allgemeine und Experimentelle Pathologie der Universität Innsbruck
- Institut für Genetische Beratung und Untersuchung der Universität Innsbruck
- Krankenhaus Hochzirl
- Krankenhaus Salzburg

Die von der Universitätsklinik Innsbruck erbrachten Leistungen werden vorwiegend von Patienten in Anspruch genommen, die sich direkt an die Abteilungen der besagten Einrichtung wenden.

Die von den verschiedenen Instituten der Universität Innsbruck erbrachten Leistungen beziehen sich ausschließlich auf Laboruntersuchungen, die von den Krankenhausabteilungen (sowohl von Krankenhäusern der Provinz als auch österreichischen Krankenhäusern, in die der einzelne Patient eingeliefert wurde oder an die er sich gewandt hat) angefordert wurden.

Tabelle 90: **Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach versorgendem Sanitätsbetrieb – Jahr 2004**

Leistungserbringende Einrichtung in Österreich	Versorgender Sanitätsbetrieb				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Universitätsklinik Innsbruck	14.430	15.745	15.674	11.714	57.563
Institut für Bakteriologie-Serologie von Innsbruck	759	-	-	-	759
Institut für Genetische Beratung und Untersuchung - Univ. IBK	-	1	-	-	1
Institut für Allgemeine und Experimentelle Pathologie - Univ. IBK	13	-	-	-	13
Institut für Medizinische Chemie und Biochemie - Univ. IBK	40	17	-	-	57
Institut für Hygiene und Sozialmedizin von IBK	297	114	-	-	411
Krankenhaus Salzburg	11	12	-	-	23
Krankenhaus Hochzirl	39	54	-	-	93
Institut für Pathologie - Univ. IBK	-	17	-	-	17
INSGESAMT	15.589	15.960	15.674	11.714	58.937

Quelle: Sanitätsbetriebe

Aus Tabelle 90 geht hervor, dass 97,7% der 58.937 in Österreich zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachten Leistungen von der Universitätsklinik Innsbruck erbracht wurden.

**IN ÖSTERREICHISCHEN
EINRICHTUNGEN
ERBRACHTE LEISTUNGEN**

Abbildung 51: **Von österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Patienten erbrachte Leistungen nach versorgendem Sanitätsbetrieb – Jahre 1996- 2004**

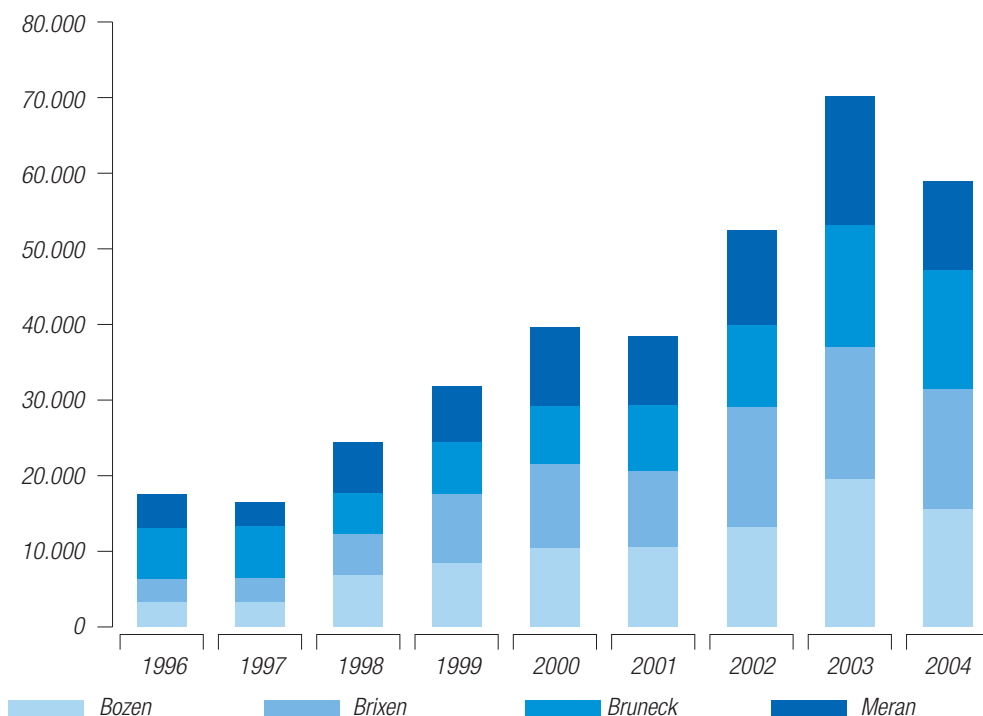
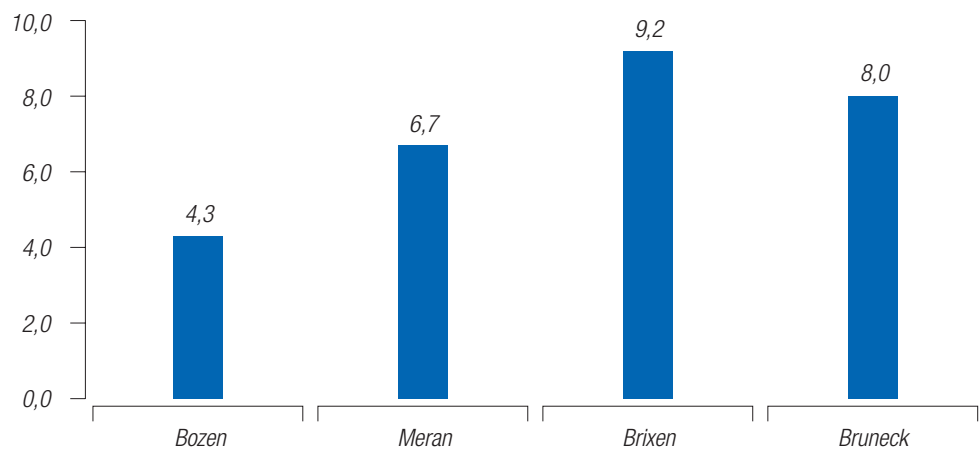


Tabelle 91: Südtiroler Patienten, die sich an österreichische Einrichtungen gewandt haben, nach versorgendem Sanitätsbetrieb und entsprechende Beträge – Jahr 2004

Versorgender Sanitätsbetrieb	Patienten	Beträge
Bozen	909	452.127,92
Meran	827	496.968,12
Brixen	627	452.636,48
Bruneck	574	322.952,39
INSGESAMT	2.937	1.724.684,91

Quelle: Sanitätsbetriebe

Abbildung 52: Anzahl der Patienten pro 1.000 Einwohner, die sich an österreichische Einrichtungen gewandt haben - Jahr 2004



**PATIENTEN, DIE SICH AN
ÖSTERREICHISCHE
EINRICHTUNGEN
GEWANDT HABEN**

Setzt man die absoluten Zahlen der Leistungen mit der Einwohneranzahl jedes Sanitätsbetriebs ins Verhältnis, geht hervor, dass sich vorwiegend die Ansässigen des Sanitätsbetriebs Brixen an österreichische Einrichtungen gewandt haben, gefolgt von den Ansässigen des Sanitätsbetriebs Bruneck.

3.4.3.3. Fachärztliche Mobilität insgesamt

In den folgenden Tabellen wurden die von den öffentlichen Einrichtungen erbrachten Leistungen und die entsprechenden Beträge nach Wohnsitz-Sanitätsbetrieb des Patienten getrennt. Für die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck ergibt sich allgemein eine sehr hohe aktive Mobilität. Das Verhältnis zwischen Produktion und Verbrauch zeigt, dass die Sanitätsbetriebe Brixen und Bruneck viel mehr Leistungen produzieren als verbrauchen. Für eine detaillierte Analyse der von Landeseinrichtungen zugunsten Ansässiger außerhalb der Provinz erbrachten Leistungen sowie der von Südtirolern in Einrichtungen außerhalb der Provinz in Anspruch genommenen Leistungen wird auf das Kapitel „Überregionale fachärztliche Mobilität“ verwiesen. Die von Südtiroler Patienten in Österreich in Anspruch genommenen Leistungen werden im Kapitel „Inanspruchnahme der konventionierten Einrichtungen in Österreich“ behandelt.

Tabelle 92: Ambulatorische fachärztliche Leistungen nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2004

Leistungs- erbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten							
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leistungen f. Ansäss.	Ausland	Übriges Italien	Leistung. Insges.
Bozen	2.764.167	92.199	18.154	14.388	2.888.908	12.692	94.907	2.996.507
Meran	48.787	1.564.439	2.566	2.008	1.617.800	31.108	22.491	1.671.399
Brixen	133.048	12.663	571.529	24.397	741.637	18.729	31.175	791.541
Bruneck	9.537	2.626	23.570	797.527	833.260	26.604	76.825	936.689
IN DER PROVINZ ERBRACHTE LEISTUNGEN	2.955.539	1.671.927	615.819	838.320	6.081.605	89.133	225.398	6.396.136
Übriges Italien	64.612	20.117	6.747	7.460	98.936			
Österreich	15.590	15.962	15.674	11.714	58.940			
LEISTUNGEN FÜR ANSÄSSIGE	3.035.741	1.708.006	638.240	857.494	6.239.481			

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 93: Prozentindizes der passiven Mobilität nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2004

Leistungsbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten				
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leist. f. Ansäss.
Bozen	91,1	5,4	2,8	1,7	46,3
Meran	1,6	91,6	0,4	0,2	25,9
Brixen	4,4	0,7	89,5	2,8	11,9
Bruneck	0,3	0,2	3,7	93,0	13,4
IN DER PROV. ERBRACHTE LEISTUNGEN	97,4	97,9	96,5	97,8	97,5
übriges Italien	2,1	1,2	1,1	0,9	1,6
Österreich	0,5	0,9	2,5	1,4	0,9
LEISTUNGEN FÜR ANSÄSSIGE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Sanitätsbetrieb und A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 94: Prozentindizes der aktiven Mobilität nach leistungserbringendem Sanitätsbetrieb und Wohnsitz des Patienten – Jahr 2004

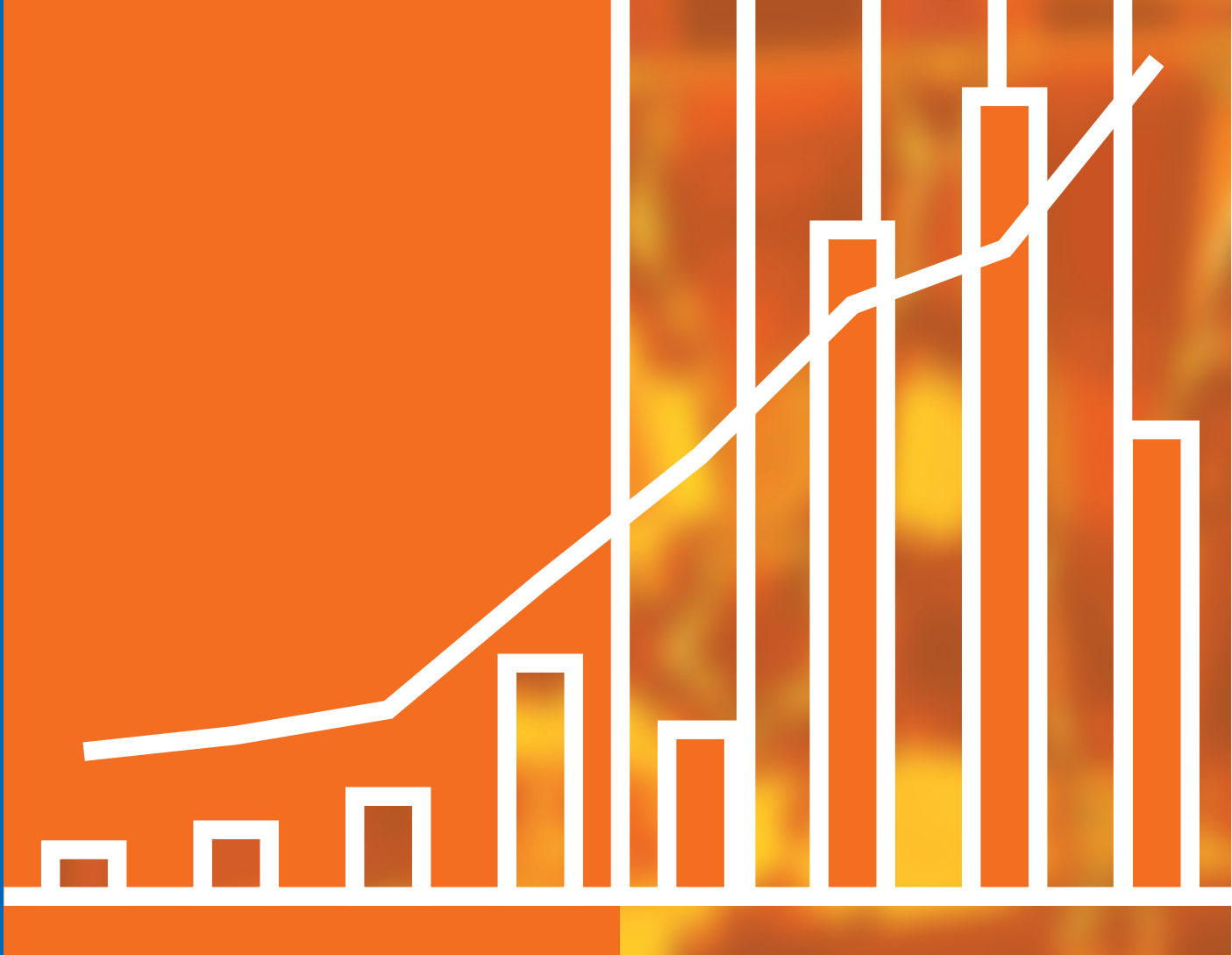
Leistungserbringender Sanitätsbetrieb	Wohnsitz des Patienten							Insges.
	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Leist. f. Ansäss.	Aus- land	Übriges Italien	
Bozen	92,2	3,1	0,6	0,5	96,4	0,4	3,2	100,0
Meran	2,9	93,6	0,2	0,1	96,8	1,9	1,3	100,0
Brixen	16,8	1,6	72,2	3,1	93,7	2,4	3,9	100,0
Bruneck	1,0	0,3	2,5	85,1	89,0	2,8	8,2	100,0
INSGESAMT	46,2	26,1	9,6	13,1	95,1	1,4	3,5	100,0

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Tabelle 95: **Prozentindizes der Mobilität und Prozentverhältnis zwischen Produktion und Verbrauch der Leistungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

Aktive Mobilität (der Produktion)	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck
von anderen Sanitätsbetrieben	4,2	3,2	21,5	3,8
von außerhalb der Provinz	3,6	3,2	6,3	11,0
PRODUZIERTE LEISTUNGEN INSGESAMT	7,8	6,4	27,8	14,9
Passive Mobilität (des Verbrauchs von Leist. seitens Ansäss.)				
in Richtung andere Sanitätsbetriebe	6,3	6,3	6,9	4,8
in Richtung übriges Italien	2,1	1,2	1,1	0,9
in Richtung Österreich	0,5	0,9	2,5	1,4
VERBRAUCHTE LEISTUNGEN INSGESAMT	8,9	8,4	10,5	7,0
PROD. LEISTUNGEN VON VERBRAUCH. LEISTUNGEN (PRO 100)	98,7	97,9	124,0	109,2

Quelle: Sanitätsbetriebe und A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie



Dritter Teil

Ressourcen

Ressourcen

1. DAS PERSONAL DER SANITÄTSBETRIEBE

1.1. DIENSTLEISTENDES GESUNDHEITSPERSONAL

Zum 31.12.2004 betrug der Personalbestand der Sanitätsbetriebe der Autonomen Provinz Bozen 8.583 Mitarbeiter, was 6.478,35 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

29,2% des Personals sind Teilzeitbeschäftigte (2.504 Mitarbeiter).

43% der laufenden Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe (420,077 Millionen Euro) werden vom Personal in Anspruch genommen.

Der Sanitätsbetrieb mit dem größten Personalbestand ist der Sanitätsbetrieb Bozen mit 2.769,75 äquivalenten Mitarbeitern (42,8% des gesamten Personals in der Provinz), gefolgt vom Sanitätsbetrieb Meran mit 1.742,59 äquivalenten Mitarbeitern (25,6%), Bruneck mit 998,47 äquivalenten Mitarbeitern (14,4%) und Brixen mit 967,54 äquivalenten Mitarbeitern (14,9%).

Der Großteil der Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe der Autonomen Provinz Bozen ist im Krankenhausbereich beschäftigt (59,6%); unter den Berufsbildern ist das Krankenpflegepersonal am häufigsten vertreten (34,6%).

In Südtirol gibt es 13,6 äquivalente Mitarbeiter im Gesundheitsbereich pro 1.000 Einwohner.

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitswesens und nimmt 44,3% der laufenden Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe der Provinz in Anspruch.

Im öffentlichen Gesundheitswesen wird Personal eingesetzt, das verschiedenen Berufskategorien angehört und laut Gesetz auf unterschiedlichen Ebenen eingestuft ist. Die Klassifizierung des Personals entspricht derjenigen, die im DPR Nr. 761 vom 20. Dezember 1979 und im DPR Nr. 384 vom 28. November 1990 festgelegt wurde. Im Zuge der größtmöglichen Aggregation fasst das Gesetz vier Berufskategorien zusammen: Gesundheitspersonal, Fachpersonal, technisches Personal und Verwaltungspersonal.

Zum Gesundheitspersonal zählen Ärzte (einschließlich Zahnärzte und Tierärzte), Krankenpfleger, technisch-sanitäres Personal, Rehabilitationspersonal, Aufsichts- und Inspektionspersonal (Techniker für Umwelt- und Arbeitsschutz) und andere im Gesundheitsbereich tätige Akademiker (Apotheker, Biologen, Chemiker, Physiker, Psychologen). Dem technischen Personal werden Raumpfleger, Fachhilfskräfte, Techniker, technische Assistenten, Sozialassistenten, Analytiker, Statistiker und Soziologen zugerechnet. Das Fachpersonal umfasst Seelsorger, Rechtsanwälte, Architekten, Ingenieure und Geologen. Zum Verwaltungspersonal gehören Boten,

Amtswarte, Sekretariatsassistenten, Verwaltungsassistenten, Übersetzer, Verwaltungsmitarbeiter, Verwaltungsinspektoren, Buchhalter, Techniker sowie auch die Berufsbilder der Verwaltungsdirektion (Vizedirektor und Verwaltungsdirektor).

Auch in der diesjährigen Ausgabe des Landesgesundheitsberichts wurde das Informationsverfahren für die Erhebung des Gesundheitspersonals der Sanitätsbetriebe des Landes (SIPS) alternativ zu den jährlich von den einzelnen Diensten bereit gestellten Datenerfassungsformularen genutzt.

Dieses Informationsverfahren erfasst das Gesundheitspersonal pro betriebliche Kostenstelle und wird periodisch anhand der Daten, welche die Datenverarbeitungszentren der Sanitätsbetriebe dem Amt für Gesundheitspersonal des Landesressorts senden, aktualisiert.

Das Personal ist in absoluten Zahlen (Personal nach Art der Vertragsverhältnisses - Teilzeit oder Vollzeit - zum 31.12.2004) und in äquivalenten Einheiten dargestellt, um die effektive Beschäftigungszeit des Personals im Jahr 2004 auszudrücken. Die äquivalenten Zahlen erklären auch die Dezimalwerte in den Tabellen und liefern präzisere Angaben als die rohen Zahlen, da es sich um einheitliche Werte über die Menge der in diesen Diensten tätigen Humanressourcen handelt. Die Daten über das äquivalente Personal geben also die effektive Zeit der Anstellung des Personals an. Bei einer gleichzeitigen Eintragung desselben Mitarbeiters in zwei verschiedene Kostenstellen (zum Beispiel effektive Anstellung in der Abteilung Medizin und Auftrag in der Endoskopie) wird die Anstellung in der auftraggebenden Kostenstelle gewählt. Der Analysezeitraum umfasst das Jahr 2004 (Beschäftigungszeitraum vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2004, abzüglich der Feiertage). Die Daten über die Absenzen des ersten Halbjahres im Sanitätsbetrieb Bozen sind in der SIPS-Datenbank nicht enthalten. Aus diesem Grund wurde für den Sanitätsbetrieb Bozen eine Schätzung der Jahresdaten auf der Grundlage der Daten des zweiten Halbjahres vorgenommen. Daraus ergibt sich jedoch eine Überschätzung des äquivalenten Personals im Sanitätsbetrieb Bozen im Vergleich zu den anderen drei Sanitätsbetrieben des Landes.

Das vorliegende Kapitel enthält eine allgemeine Analyse des in den Sanitätsbetrieben angestellten Personals. Für detailliertere Informationen über die einzelnen Sanitätsbetriebe und die einzelnen Einrichtungen wird auf die der vorliegenden Ausgabe des Landesgesundheitsberichtes beiliegenden CD-ROM verwiesen. Die CD-ROM-Tabellen enthalten die Daten des Personals der einzelnen Sanitätsbetriebe und der einzelnen Aufenthaltseinrichtungen nach Beschäftigungsbereich und Dienst.

1.1.1. Allgemeine Analyse

Die in der Folge dargestellten Daten beziehen sich auf das in den Sanitätsbetrieben angestellte Personal. Die in den Tabellen und Abbildungen benutzten Abkürzungen haben folgende Bedeutung:

P.T. = Teilzeitbeschäftigtes Personal

T.P. = Vollzeitbeschäftigtes Personal

EQ = Äquivalentes Personal

N = Anzahl der Mitarbeiter (erfasst zum 31.12.2004)

1.1.1.1. Personal nach Beschäftigungsbereich

Zum 31.12.2004 betrug der Personalbestand der Sanitätsbetriebe 8.583 Mitarbeiter (davon 2.504 Teilzeitbeschäftigte), was 6.478,35 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Tabelle 1: **Beschäftigtes Personal nach Bereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Strategischer Bereich	47	41	27	31	146
Nicht sanitärer Bereich	131	129	52	34	346
Krankenhausbereich	558	331	267	324	1.480
Territorialer Bereich	250	135	69	78	532
INSGESAMT	986	636	415	467	2.504
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Strategischer Bereich	226	156	64	89	535
Nicht sanitärer Bereich	361	425	146	122	1.054
Krankenhausbereich	1.533	882	612	649	3.676
Territorialer Bereich	479	202	76	57	814
INSGESAMT	2.599	1.665	898	917	6.079
Äquivalentes Personal					
Strategischer Bereich	214,07	163,70	70,06	88,06	535,89
Nicht sanitärer Bereich	376,27	444,99	169,12	131,10	1.121,48
Krankenhausbereich	1.637,36	905,05	622,86	695,05	3.860,32
Territorialer Bereich	542,05	228,85	105,50	84,26	960,66
INSGESAMT	2.769,75	1.742,59	967,54	998,47	6.478,35
Beschäftigte pro 1.000 Einwohner	13,1	14,0	14,2	13,9	13,6

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Auf Landesebene wird ein Wert von 13,6 äquivalenten Mitarbeitern pro 1.000 Einwohner verzeichnet (berechnet an der durchschnittlichen Wohnbevölkerung im Jahr 2004).

PERSONALBESTAND

Abbildung 1: Äquivalentes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

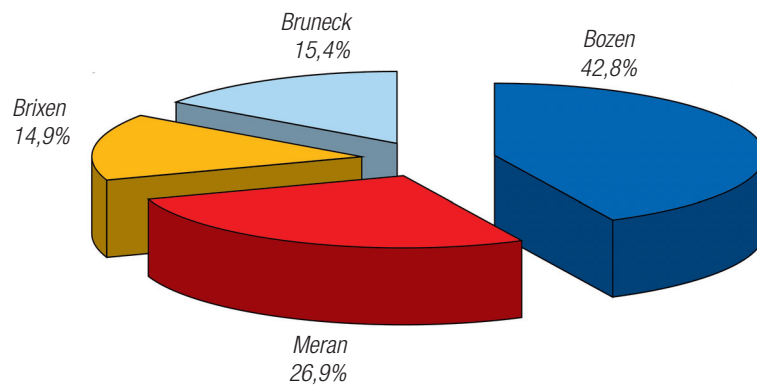
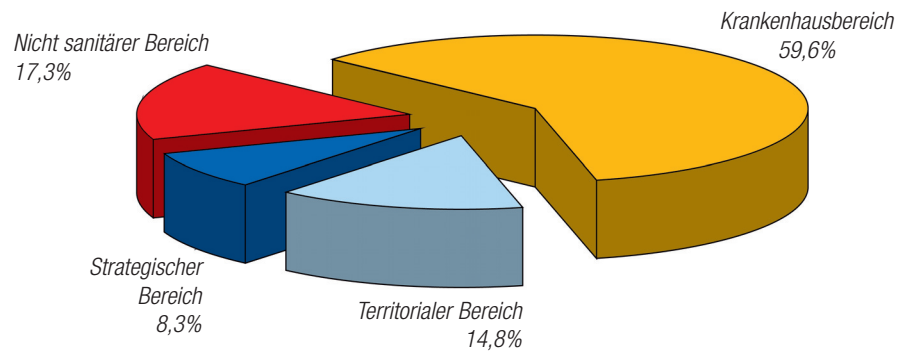


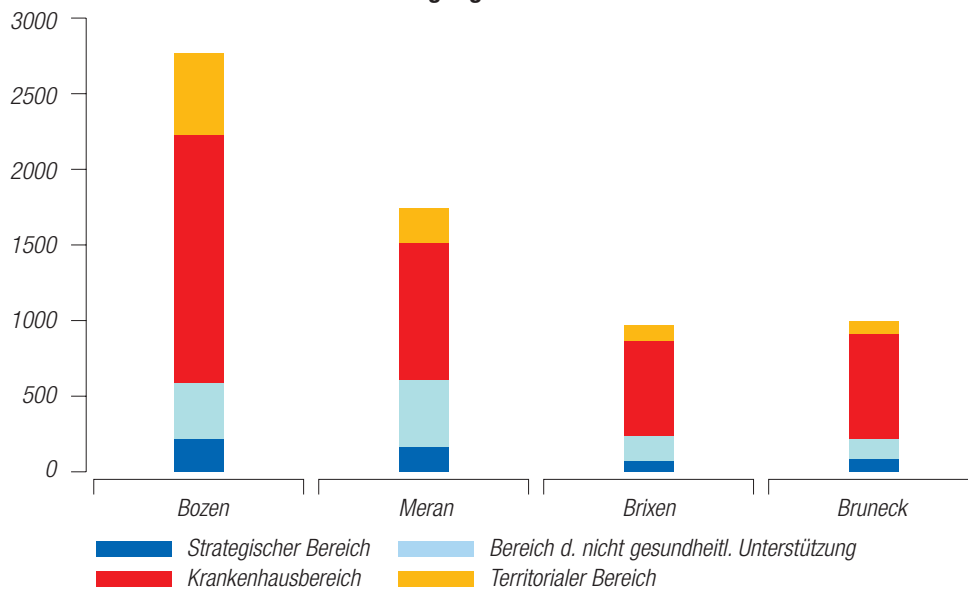
Abbildung 2: Äquivalentes Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2004



Eine Analyse der Beschäftigungsbereiche des Personals in den einzelnen Sanitätsbetrieben ergibt einen hohen Anteil an Personal im Krankenhausbereich. Im Sanitätsbetrieb Meran ist der Anteil der äquivalenten Mitarbeiter im Bereich der nicht gesundheitlichen Unterstützung mit 25,5% höher als in den anderen Sanitätsbetrieben.

Die Sanitätsbetriebe Bruneck und Brixen verzeichnen hohe Anteile von Personal im Krankenhausbereich mit 69,6% bzw. 64,3%; der Anteil des Sanitätsbetriebs Bozen entspricht 59,1%, jener des Sanitätsbetriebs Meran beträgt 51,9%.

Abbildung 3: **Durchschn. äquivalentes Personal der Sanitätsbetriebe - nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2004**



1.1.1.2. Personal nach Berufsbild

58,6% der äquivalenten Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe gehören der Berufskategorie des Gesundheitspersonals an; es folgt das technische Personal mit 27,0% und das Fachpersonal mit 0,3%.

Tabelle 2: Personal nach Berufskategorie / Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Kategorie/Berufsbild	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Leitende Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	10	-	4	1	15
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	20	5	8	2	35
Krankenpflegepersonal	471	294	220	211	1.196
Techn.-sanit., Reha-Personal	138	60	37	34	269
Gesundheitspersonal	639	359	269	248	1.515
Fachpersonal	6	-	-	-	6
Technisches Personal	139	164	73	143	519
Verwaltungspersonal	202	113	73	76	464
INSGESAMT	986	636	415	467	2.504
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Leit. Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	473	196	131	138	938
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	65	40	29	27	161
Krankenpflegepersonal	757*	509	341	337	1.944
Techn.-sanit., Reha-Personal	305	141	95	88	629
Gesundheitspersonal	1.600	886	596	590	3.672
Fachpersonal	10	5	3	2	20
Technisches Personal	632	557	212	207	1.608
Verwaltungspersonal	357	217	87	118	779
INSGESAMT	2.599	1.665	898	917	6.079
Äquivalentes Personal					
Leit. Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	448,93	176,88	112,49	117,42	855,72
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	66,98	38,96	31,81	23,16	160,91
Krankenpflegepersonal	843,40	538,33	352,45	379,70	2.113,88
Techn.-sanit., Reha-Personal	331,55	146,12	104,61	83,05	665,33
Gesundheitspersonal	1.690,86	900,29	601,36	603,33	3.795,84
Fachpersonal	11,01	4,60	3,00	2,00	20,61
Technisches Personal	649,17	598,37	241,93	258,29	1.747,76
Verwaltungspersonal	418,71	239,33	121,25	134,85	914,14
INSGESAMT	2.769,75	1.742,59	967,54	998,47	6.478,35

* Einschließlich 1 Direktor des Krankenpflegepersonals

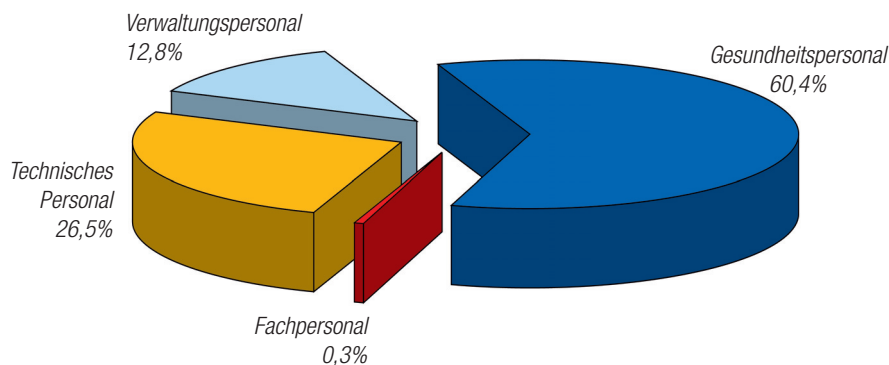
Tabelle 3: **Prozentsatz des Personals nach Berufskategorie / Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004**

Kategorie/Berufsbild	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Leit. Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	1,0%	0,0%	1,0%	0,2%	0,6%
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	2,0%	0,8%	1,9%	0,4%	1,4%
Krankenpflegepersonal	47,8%	46,2%	53,0%	45,2%	47,8%
Techn. -sanit., Reha-Personal	14,0%	9,4%	8,9%	7,3%	10,7%
Gesundheitspersonal	64,8%	56,2%	64,8%	53,1%	60,5%
Fachpersonal	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Technisches Personal	14,1%	25,8%	17,6%	30,6%	20,7%
Verwaltungspersonal	20,5%	17,8%	17,6%	16,3%	18,5%
INSGESAMT	100%	100%	100%	100%	100%
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Leit. Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	18,2%	11,8%	14,6%	15,0%	15,4%
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	2,5%	2,4%	3,2%	2,9%	2,6%
Krankenpflegepersonal	29,1%	30,6%	38,0%	36,8%	32,0%
Techn. -sanit., Reha-Personal	11,7%	8,5%	10,6%	9,6%	10,3%
Gesundheitspersonal	61,6%	53,2%	66,4%	64,3%	60,4%
Fachpersonal	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%
Technisches Personal	24,3%	33,5%	23,6%	22,6%	26,5%
Verwaltungspersonal	13,7%	13,0%	9,7%	12,9%	12,8%
INSGESAMT	100%	100%	100%	100%	100%
Äquivalentes Personal					
Leit. Ärzte (einschl. Zahnärzte u. Tierärzte)	16,2%	10,2%	11,6%	11,8%	13,2%
Sonst. Akademiker (Nicht-Gesundheitspersonal)	2,4%	2,2%	3,3%	2,3%	2,5%
Krankenpflegepersonal	30,5%	30,9%	36,4%	38,0%	32,6%
Techn. -sanit., Reha-Personal	12,0%	8,4%	10,8%	8,3%	10,3%
Gesundheitspersonal	61,0%	51,7%	62,2%	60,4%	58,6%
Fachpersonal	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%
Technisches Personal	23,4%	34,3%	25,0%	25,9%	27,0%
Verwaltungspersonal	15,1%	13,7%	12,5%	13,5%	14,1%
INSGESAMT	100%	100%	100%	100%	100%

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Analysiert man die Lage nach Sanitätsbetrieb, ergibt sich für Brixen der größte Anteil von äquivalentem Gesundheitspersonal (62,2%), während im Sanitätsbetrieb Bozen das Verwaltungspersonal (15,1%) den größten Anteil hat.

Abbildung 4: **Durschn. äquivalentes Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Kategorie - Jahr 2004**



**PERSONAL NACH
KATEGORIE GEMESSEN
AN DER
WOHNBEVÖLKERUNG**

Gemessen an der Wohnbevölkerung gibt es auf Landesebene 8,0 äquivalente Mitarbeiter des Gesundheitspersonals pro 1.000 Einwohner, 3,7 äquivalente Mitarbeiter des technischen Personals und 1,9 äquivalente Mitarbeiter des Verwaltungspersonals pro 1.000 Einwohner. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Sanitätsbetrieben gehen aus Tabelle 4 hervor.

Tabelle 4: Durchschnittliches äquivalentes Personal nach Sanitätsbetrieb und Kategorie pro 1.000 Einwohner - Jahr 2004

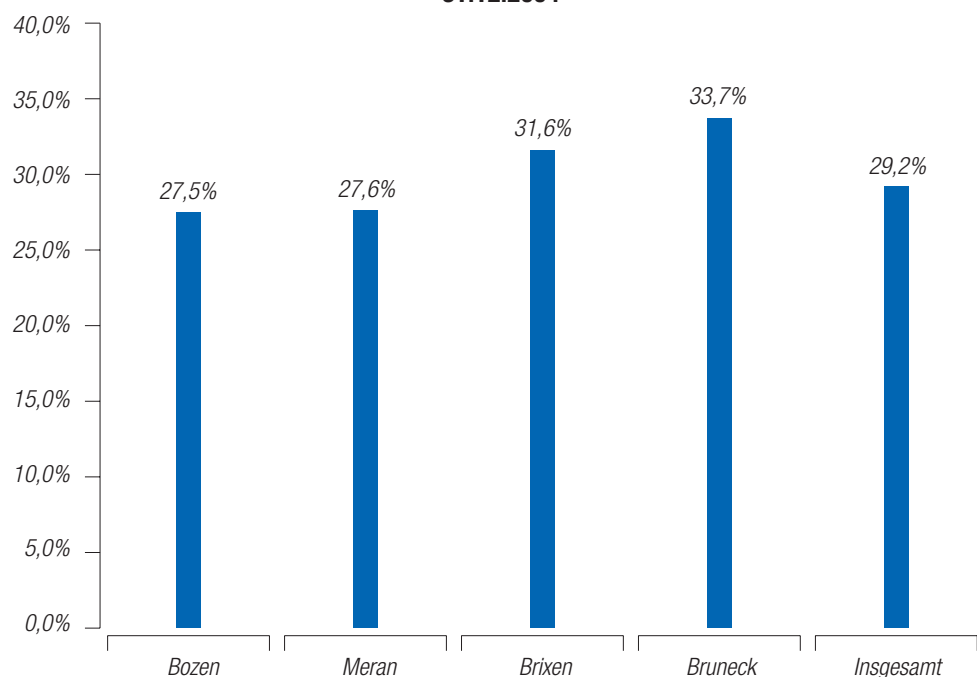
Kategorie	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Gesundheitspersonal	8,0	7,2	8,8	8,4	8,0
Fachpersonal	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Technisches Personal	3,1	4,8	3,6	3,6	3,7
Verwaltungspersonal	2,0	1,9	1,8	1,9	1,9
INSGESAMT	13,1	14,0	14,2	13,9	13,6

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPs

**TEILZEIT- UND
VOLLZEITBESCHÄFTIGTES
PERSONAL**

Eine Analyse des Personalbestandes zum 31.12.2004 nach Beschäftigungszeit ergibt deutliche Unterschiede zwischen den vier Sanitätsbetrieben. 29,2% des auf Landesebene angestellten Personals sind teilzeitbeschäftigt (Zuwachs von 1,6% im Vergleich zum Stand des 31.12.2003). Bruneck verzeichnet den höchsten Anteil an Teilzeitbeschäftigten mit 33,7% gegenüber 27,5% des Sanitätsbetriebs Bozen.

Abbildung 5: Teilzeitbeschäftigtes Personal am Personal insgesamt der Sanitätsbetriebe zum 31.12.2004



1.1.2. Personal des strategischen Bereichs

Für die Datenerhebung im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe wurde das Personal den folgenden Verantwortungsbereichen zugeordnet: Gemeinkosten, Verwaltungsdirektion des Sanitätsbetriebs, Verwaltungsdirektion des Krankenhauses, Verwaltungsdirektion d. kh, Pflegedirektion, Ärztliche Direktion des Krankenhauses, Sanitätsdirektion des Sanitätsbetriebs, Amt für die Beziehungen mit dem Publikum.

Der unterschiedliche Personalbestand in den Diensten mit ähnlicher Benennung in den einzelnen Sanitätsbetrieben ist nicht nur auf die unterschiedliche Planung der Humanressourcen seitens der Verwaltungsdirektionen zurückzuführen, sondern auch auf die verschiedenartige Organisation der Sanitätsbetriebe selbst (z.B. einige Kostenstellen mit ähnlicher Benennung können – auf eine ausdrückliche organisatorische Entscheidung der Sanitätsbetriebe hin – unter andere Abteilungen fallen).

Im strategischen Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte), Inspektoren, Fachpersonal (Seelsorger, Rechtsanwälte und Anwaltsanwärter), Gesundheitspersonal (Krankenpflegeleiter, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, Ärzte, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), sonstiges technisches Personal (Sozialassistenten, technische Assistenten, Soziologen), Hilfsfachkräfte (sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte), Techniker .

Die Anzahl der zum 31.12.2004 im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe beschäftigten Mitarbeiter betrug 681, was 535,89 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2004 entspricht.

Tabelle 5: Im strategischen Bereich beschäftigtes Personal insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Gemeinkosten	1	-	-	1	2
Verwaltungsdir. d. Sanitätsbetr.	7	-	1	-	8
Verwaltungsdir. d. Krankenhauses	9	13	14	21	57
Generaldirektion	3	1	-	-	4
Pflegedirektion	4	2	2	-	8
Ärztl. Direktion des Krankenhauses	21	25	10	9	65
Sanitätsdir. d. Sanitätsbetr.	-	-	-	-	-
Amt f. d. Beziehung. m. d. Publikum	2	-	-	-	2
INSGESAMT	47	41	27	31	146
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Gemeinkosten	1	-	-	-	1
Verwaltungsdir. d. Sanitätsbetr.	11	7	4	-	22
Verwaltungsdir. d. Krankenhauses	58	60	32	69	219
Generaldirektion	4	5	1	2	12
Pflegedirektion	42	8	4	6	60
Ärztl. Dir. des Krankenhauses	107	75	23	11	216
Sanitätsdir. d. Sanitätsbetr.	-	1	-	-	1
Amt f. d. Beziehung. m. d. Publikum	3	-	-	1	4
INSGESAMT	226	156	64	89	535
Äquivalentes Personal					
Gemeinkosten	1,42	-	-	0,75	2,17
Verwaltungsdir. d. Sanitätsbetr.	12,78	4,66	3,75	-	21,19
Verwaltungsdir. d. Krankenhauses	59,94	65,00	38,03	53,76	216,73
Generaldirektion	5,26	5,43	0,17	1,96	12,82
Pflegedirektion	20,39	8,84	3,00	3,09	35,32
Ärztl. Dir. des Krankenhauses	111,13	78,77	25,11	28,33	243,34
Sanitätsdir. d. Sanitätsbetr.	-	1,00	-	-	1,00
Amt f. d. Beziehung. m. d. Publikum	3,15	-	-	0,17	3,32
INSGESAMT	214,07	163,70	70,06	88,06	535,89

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Abbildung 6: Äquivalentes Personal des strategischen Bereichs insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

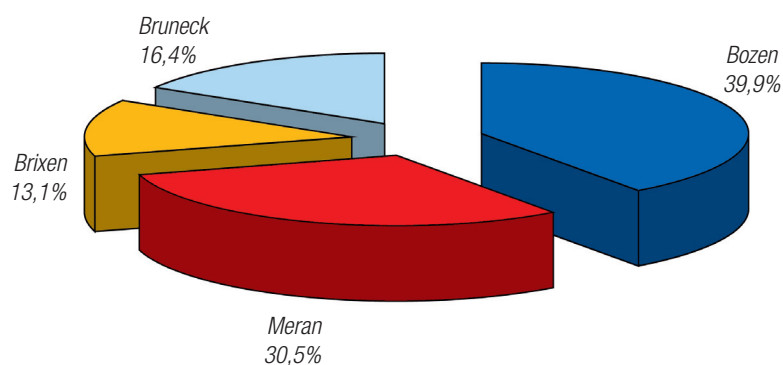
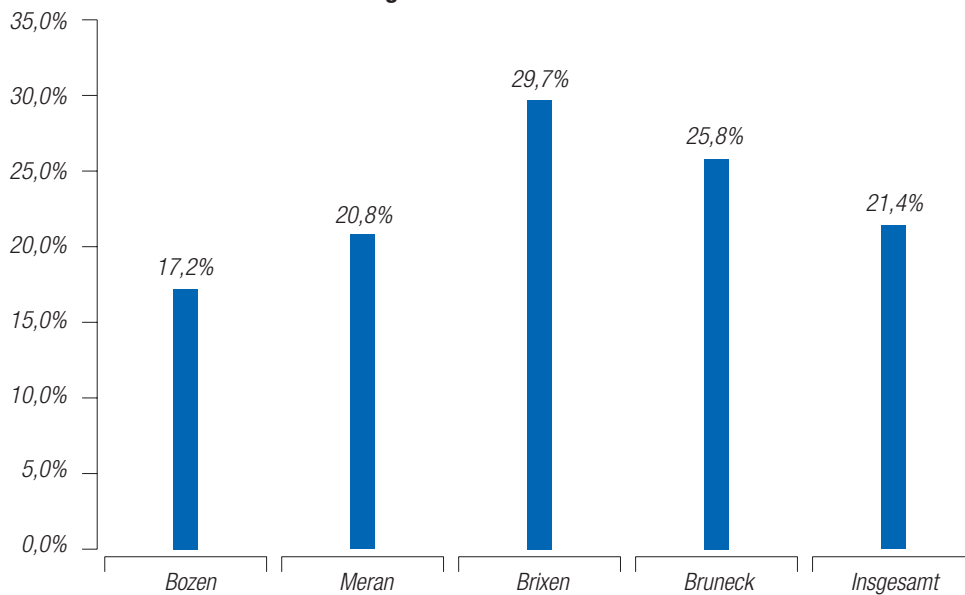


Abbildung 7: **Strategischer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2004**

Das vorherrschende Berufsbild ist jenes der Techniker mit insgesamt 204,54 äquivalenten Mitarbeitern, was 38,2% des im strategischen Bereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals entspricht.

Tabelle 6: **Personal des strategischen Bereichs insgesamt nach Berufsbild – Jahr 2004**

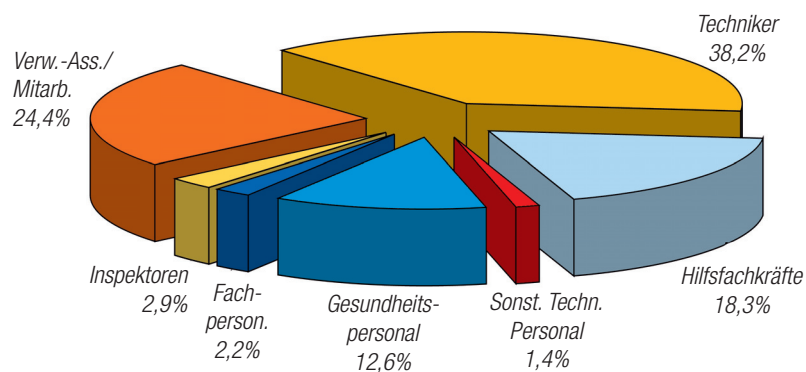
Abteilung		Inspk- toren	Verw. Ass. / Mitarb.*	Techniker	Hilfsfach- kräfte	Sonst. techn. Pers.	Gesundh.- Personal	Fach- personal	Insges.
Gemeinkosten	N	-	1	-	-	-	2	-	3
	EQ	-	0,46	-	-	-	1,71	-	2,17
Verwaltungsdir. d. Sanitätsbetriebes	N	7	19	1	1	-	-	2	30
	EQ	6,18	12,33	0,93	0,99	-	-	0,76	21,19
Verwaltungsdir. d. Krankenhauses	N	7	91	135	41	1	1	-	276
	EQ	6,59	61,78	122,21	24,93	0,97	0,25	-	216,73
Generaldirektion	N	2	11	1	-	1	1	-	16
	EQ	1,72	8,94	1,00	-	0,99	0,17	-	12,82
Pflegedirektion	N	-	15	1	1	-	51	-	68
	EQ	-	9,88	1,03	0,49	-	23,92	-	35,32
Ärztliche Dir. d. Krankenhauses	N	-	46	92	72	7	49	15	281
	EQ	0,83	33,39	79,37	71,65	5,61	41,40	11,09	243,34
Sanitätsdir. d. Sanitätsbetriebes	N	-	1	-	-	-	-	-	1
	EQ	-	1,00	-	-	-	-	-	1,00
Amt f. d. Beziehung. mit dem Publikum	N	1	5	-	-	-	-	-	6
	EQ	0,17	3,15	-	-	-	-	-	3,32
INSGESAMT	N	17	189	230	115	9	104	17	681
	EQ	15,49	130,93	204,54	98,06	7,57	67,45	11,85	535,89

* Einschließlich der Amtswarte

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Die verwaltungstechnischen Berufsbilder (Verwaltungsassistent/ Verwaltungsmitarbeiter) machen 24,4% des in diesem Bereich beschäftigten Personals insgesamt aus.

Abbildung 8: Äquivalentes Personal des strategischen Bereichs insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2004



Die Abteilungen, welche die meisten Mitarbeiter des strategischen Bereichs beschäftigen, sind die Ärztliche Direktion des Krankenhauses (45,4%) und die Verwaltungsdirektion des Krankenhauses (40,4%).

Abbildung 9: Äquivalentes Personal des strategischen Bereiches der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Abteilung - Jahr 2004

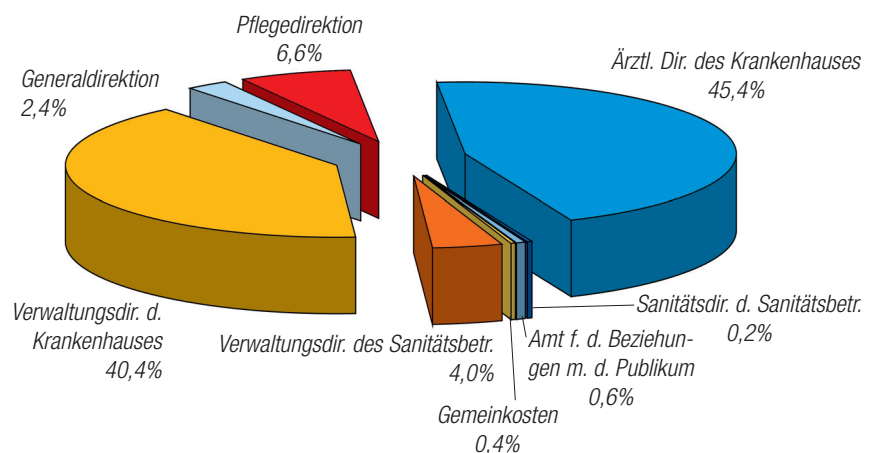


Abbildung 10: Äquivalentes Personal des strategischen Bereiches der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

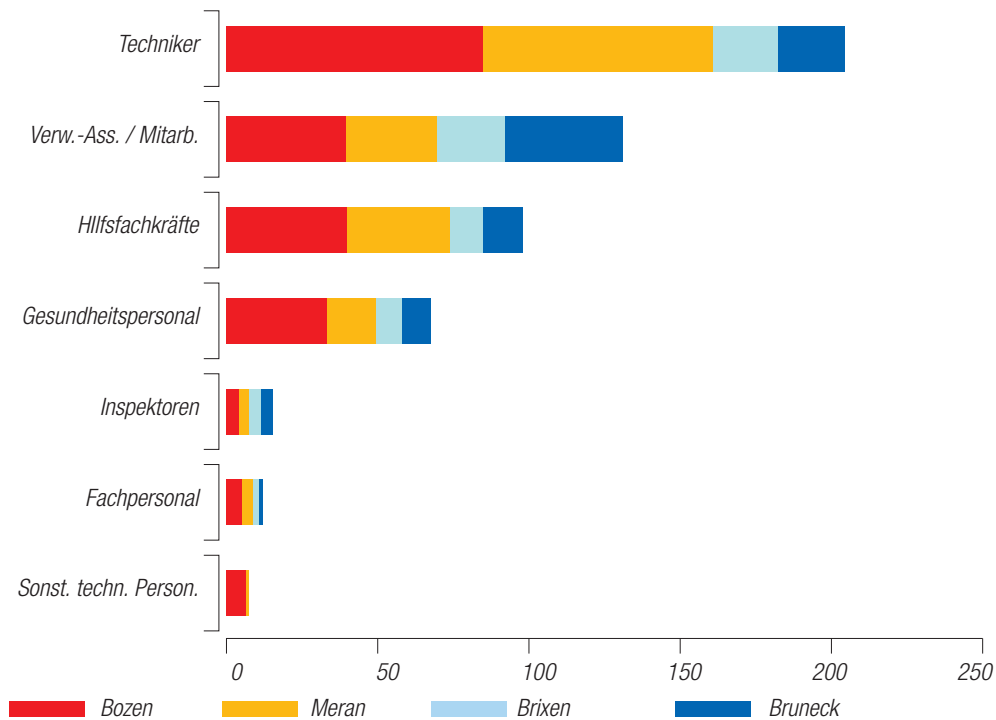
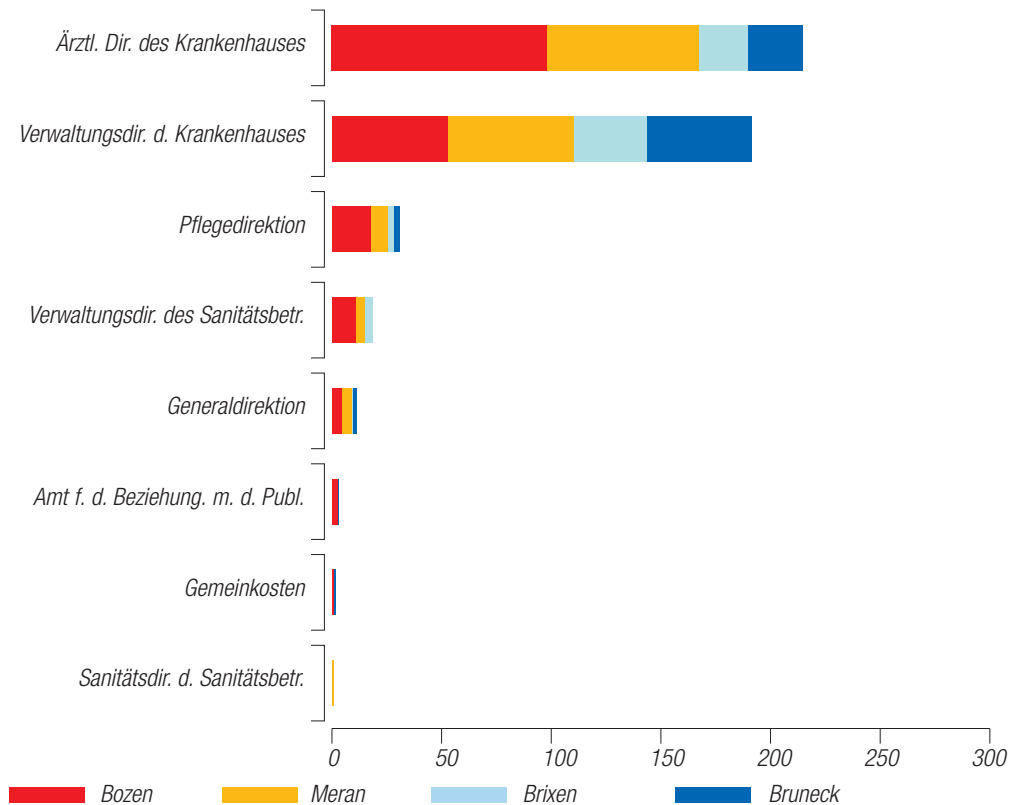


Abbildung 11: Äquivalentes Personal des strategischen Bereiches der Sanitätsbetriebe nach Abteilung und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



1.1.3. Personal des nicht sanitären Bereiches

Das Personal des nicht sanitären Bereiches ist in folgenden Abteilungen beschäftigt: Amt für Allgemeine Angelegenheiten, Abteilung für Einkauf und Wirtschaft, Abteilung für Wirtschaft und Finanzen, Abteilung für Informatik, Abteilung für Vermögen und Technik, Abteilung für Personal, Abteilung für Dienstleistung, Ausbildung - Schulen.

Auch in diesem Bereich ist der unterschiedliche Personalbestand in den Diensten mit ähnlicher Benennung nicht nur auf die unterschiedliche Planung der Humanressourcen seitens der Verwaltungsdirektionen zurückzuführen, sondern auch auf die verschiedenartige Organisation der Sanitätsbetriebe selbst.

Tabelle 7: Personal des nicht sanitären Bereiches nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Abteilung	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Amt f. Allgem. Angelegenheiten	3	1	-	-	4
Abt. f. Einkauf u. Wirtschaft	58	92	31	21	202
Abt. f. Wirtschaft u. Finanzen	1	6	1	3	11
Abteilung für Informatik	4	-	-	3	7
Abt. f. Vermögen u. Technik	10	3	3	2	18
Abteilung für Personal	13	11	10	3	37
Abteilung für Dienstleistungen	33	13	7	-	53
Ausbildung - Schulen	9	3	-	2	14
INSGESAMT	131	129	52	34	346
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Amt f. Allgem. Angelegenheiten	3	3	-	2	8
Abt. f. Einkauf u. Wirtschaft	154	271	62	55	542
Abt. f. Wirtschaft u. Finanzen	10	7	7	3	27
Abteilung für Informatik	25	13	7	10	55
Abt. f. Vermögen u. Technik	77	66	46	22	211
Abteilung für Personal	38	23	12	18	91
Abteilung für Dienstleistungen	34	34	12	7	87
Ausbildung - Schulen	20	8	-	5	33
INSGESAMT	361	425	146	122	1.054
Äquivalentes Personal					
Amt f. Allgem. Angelegenheiten	4,63	2,49	-	2,00	9,12
Abt. f. Einkauf u. Wirtschaft	170,58	285,35	73,24	62,99	592,16
Abt. f. Wirtschaft u. Finanzen	10,65	10,55	8,50	4,50	34,20
Abteilung für Informatik	24,27	13,00	7,00	11,84	56,11
Abt. f. Vermögen u. Technik	76,16	64,64	47,40	21,70	209,90
Abteilung für Personal	40,12	30,08	18,03	17,09	105,32
Abteilung für Dienstleistungen	46,14	31,52	14,95	6,00	98,61
Ausbildung - Schulen	3,72	7,36	-	4,98	16,06
INSGESAMT	376,27	444,99	169,12	131,10	1.121,48

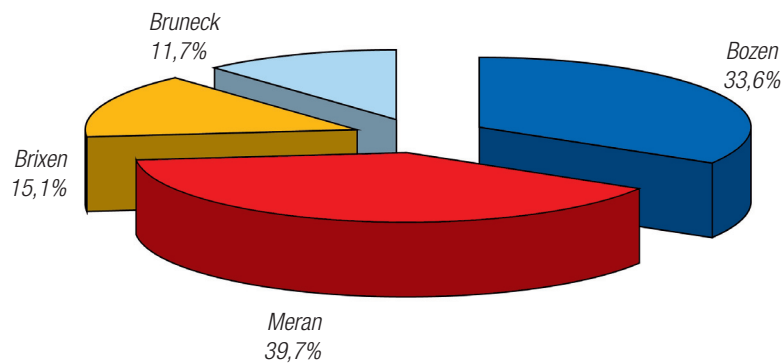
Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPs

Im nicht sanitären Bereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungsassistenten/Verwaltungsmitarbeiter, Inspektoren, Fachpersonal (Architekten, Ingenieure), Gesundheitspersonal (Personal mit Rehabilitationsfunktionen, Krankenpflegepersonal, technisch-sanitäres Personal), sonstiges technisches Personal (Analytiker, technische Assistenten), Hilfsfachkräfte, Techniker.

Die Anzahl der zum 31.12.2004 im nicht sanitären Bereich der Sanitätsbetriebe beschäftigten Mitarbeiter betrug 1.400, was 1.121,48 äquivalenten Arbeitskräften im Jahr 2004 entspricht.

Abbildung 12: Äquivalentes Personal des Bereiches der nicht gesundheitlichen Unterstützung insgesamt nach Sanitätsbereich - Jahr 2004



Das vorherrschende Berufsbild ist jenes der Hilfsfachkräfte mit insgesamt 405,14 äquivalenten Mitarbeitern, was 36,1% des im nicht sanitären Bereich der Sanitätsbetriebe insgesamt tätigen Personals entspricht.

Das Berufsbild der Techniker macht 29,5% des in diesem Bereich beschäftigten Personals aus, die verwaltungstechnischen Berufsbilder 23,5%.

Zum 31.12.2004 waren 24,7% des im nicht sanitären Bereich tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte.

Abbildung 13: Nicht sanitärer Bereich - Teilzeitbeschäftigtes Personal am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2004

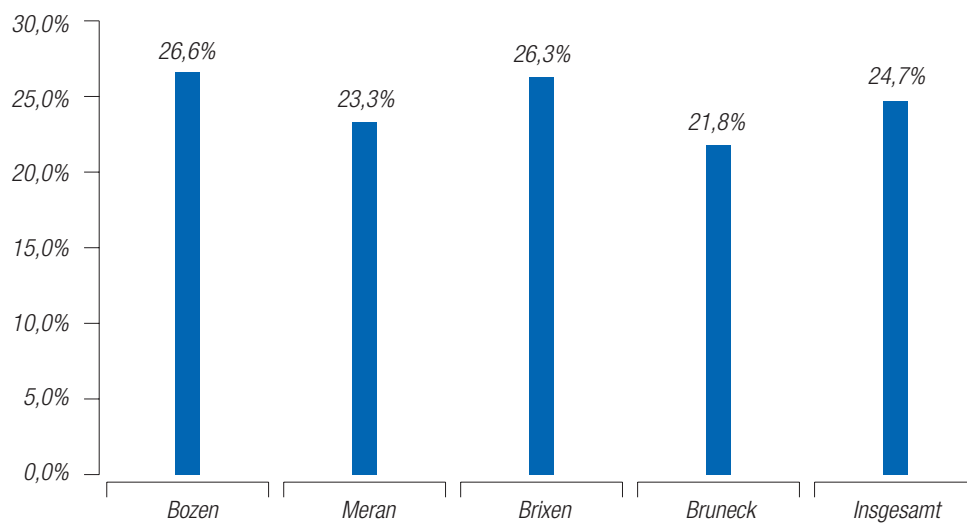


Tabelle 8: Im nicht sanitären Bereich beschäftigtes Personal nach Berufsbild - Jahr 2004

Abteilung		Inspektoren	Verw.-Ass. / Mitarb.*	Techniker	Fachhilfskräfte	Sonst. techn. Person.	Gesundheitsperson.	Fachperson.	Insges.
Amt f. Allgem. Angelegenheiten	N	5	6	-	1	-	-	-	12
	EQ	3,99	4,13	-	1,00	-	-	-	9,12
Abt. f. Einkauf u. Wirtschaft	N	15	69	165	494	1	-	-	744
	EQ	14,11	52,62	152,61	371,83	0,99	-	-	592,16
Abt. f. Wirtschaft u. Finanzen	N	6	32	-	-	-	-	-	38
	EQ	6,75	27,45	-	-	-	-	-	34,20
Abteilung für Informatik	N	4	9	28	-	20	-	1	62
	EQ	4,00	6,39	26,54	-	18,27	-	0,91	56,11
Abt. für Vermögen u. Technik	N	5	19	157	34	9	-	5	229
	EQ	4,99	14,05	148,97	27,99	8,92	-	4,98	209,90
Abteilung für Personal	N	20	104	-	3	1	-	-	128
	EQ	19,37	82,63	-	2,32	1,00	-	-	105,32
Abteilung für Dienstleistung	N	13	110	4	1	-	12	-	140
	EQ	12,25	75,07	2,88	1,04	-	7,37	-	98,61
Ausbildung - Schulen	N	-	2	-	2	-	43	-	47
	EQ	-	1,22	-	0,96	-	13,88	-	16,06
INSGESAMT	N	68	351	354	535	31	55	6	1.400
	EQ	65,46	263,56	331,00	405,14	29,18	21,25	5,89	1.121,48

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPs

Die Abteilung, welche die meisten Mitarbeiter des nicht sanitären Personals der Sanitätsbetriebe beschäftigt, ist die Einkaufsabteilung mit einem Anteil von 52,8% Personal (Abbildung 15).

Abbildung 14: Äquivalentes Personal des Bereiches der nicht gesundheitlichen Unterstützung der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2004

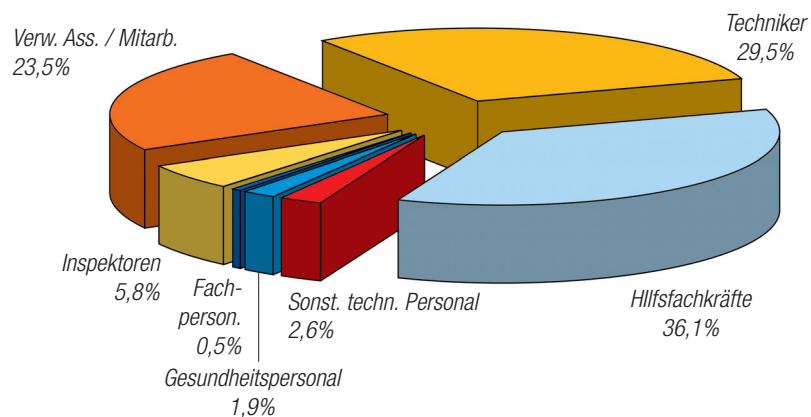
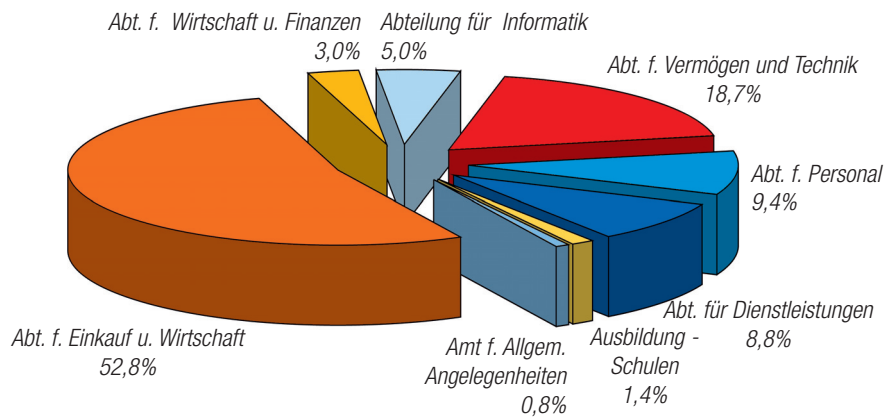


Abbildung 15: Äquivalentes nicht sanitäres Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt nach Abteilung - Jahr 2004



1.1.4. Personal des Krankenhausbereichs

Im Krankenhausbereich sind folgende Berufsbilder beschäftigt:

Verwaltungspersonal (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Inspektoren), Fachpersonal (Ingenieure), sonstiges Gesundheitspersonal (Biologen, Chemiker, Apotheker, Physiker, Personal mit Rehabilitationsfunktionen, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), Krankenpflegepersonal, Ärzte (Ärzte und Zahnärzte), technisches Personal (technische Assistenten, sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte, Techniker).

1.1.4.1. Personal des Krankenhausbereichs nach Abteilung / Dienst

Im Krankenhausbereich sind 59,6% der äquivalenten Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe beschäftigt, was 3.860,32 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Tabelle 9: Im Krankenhausbereich beschäftigtes Personal nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
KH-Abteilungen insges.	311	207	178	233	929
KH-Dienste insges.	247	124	89	91	551
INSGESAMT	558	331	267	324	1.480
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
KH-Abteilungen insges.	914	560	418	468	2.360
KH-Dienste insges.	619	322	194	181	1.316
INSGESAMT	1.533	882	612	649	3.676
Äquivalentes Personal					
KH-Abteilungen insges.	964,51	564,79	409,00	498,94	2.437,24
KH-Dienste insges.	672,85	340,26	213,86	196,11	1.423,08
INSGESAMT	1.637,36	905,05	622,86	695,05	3.860,32

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

63,1% der äquivalenten Mitarbeiter des Krankenhausbereichs sind in den Krankenhausabteilungen der Landeskrankenanstalten tätig.

42,4% des im Krankenhausbereich beschäftigten Personals sind im Krankenhaus Bozen tätig, 16,1% in den Krankenhäusern des Sanitätsbetriebs Brixen.

Abbildung 16: Äquivalentes Personal des Krankenhausbereiches nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

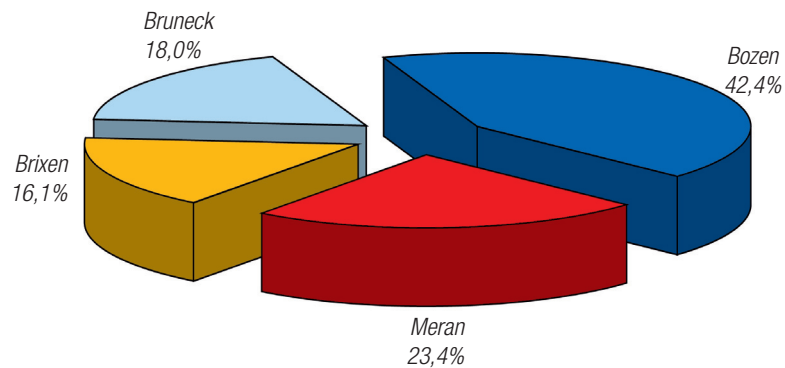


Abbildung 17: Äquivalentes Personal des Krankenhausbereiches nach Beschäftigungsbereich - Jahr 2004

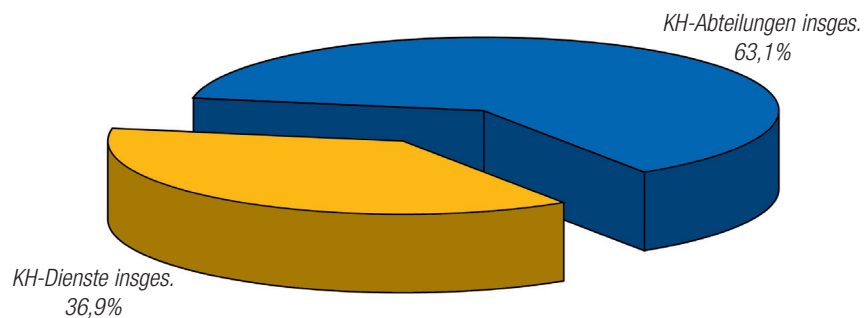
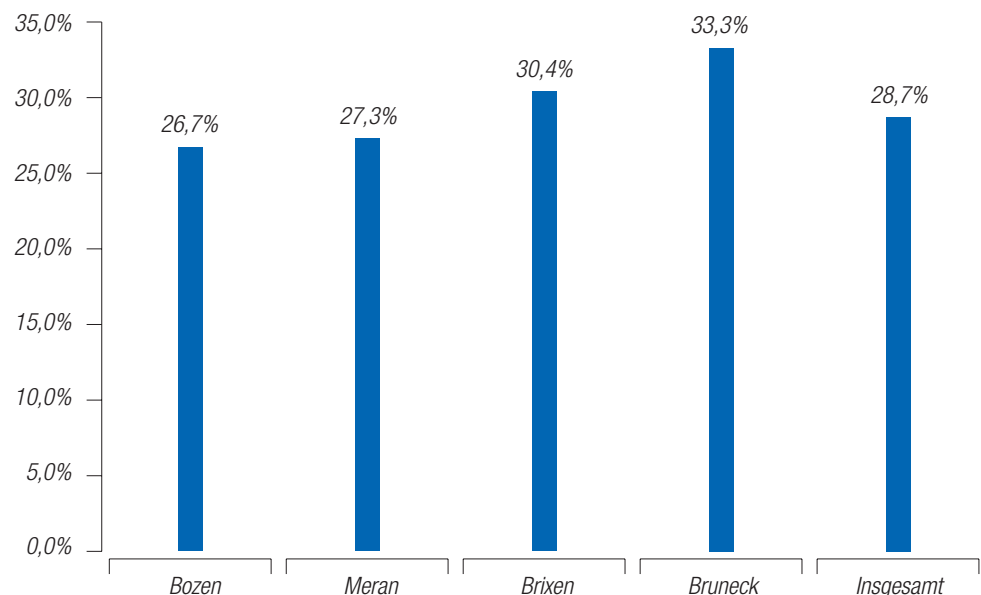


Abbildung 18: Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Sanitätsbetriebe insgesamt zum 31.12.2004



28,7% des im Krankenhausbereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals sind Teilzeitbeschäftigte. Die Unterschiede bei der Zusammensetzung des Personals nach Beschäftigungszeit in den einzelnen Sanitätsbetrieben gehen aus der Abbildung 18 hervor.

1.1.4.1.1. Personal der Krankenhausabteilungen

Vom äquivalenten Personal der Sanitätsbetriebe, das in den jeweiligen Krankenhausabteilungen tätig ist, arbeiten 15,5% in den Abteilungen Medizin, 10,1% in der Geburtshilfe und Gynäkologie, 9,9% in den Abteilungen Anästhesie und Reanimation, 9,8% in den Abteilungen Chirurgie und 8,5% in der Orthopädie und Traumatologie. Diese 5 Krankenhausabteilungen beschäftigen 53,8% des insgesamt in den Krankenhausabteilungen der Sanitätsbetriebe tätigen Personals.

Auf Landesebene sind 28,2% des in den Krankenhausabteilungen tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte (0,9% mehr als im Jahr 2003).

Tabelle 10: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Abteilung		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Anästhesie und Reanimation	Teilzeit. Person.	14	14	7	11	46
	Vollzeit. Person.	108	68	50	43	269
	Äquival. Person.	102,02	60,56	39,09	39,37	241,04
Kardiologie	Teilzeit. Person.	18	1	-	-	19
	Vollzeit. Person.	61	19	-	-	80
	Äquival. Person.	61,04	20,77	-	-	81,81
Chirurgie 1	Teilzeit. Person.	6	22	19	30	77
	Vollzeit. Person.	27	65	46	71	209
	Äquival. Person.	26,58	65,26	46,93	77,09	215,86
Chirurgie 2	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	25	-	-	-	25
	Äquival. Person.	22,50	-	-	-	22,50
Kinderchirurgie	Teilzeit. Person.	4	-	-	-	4
	Vollzeit. Person.	17	-	-	-	17
	Äquival. Person.	17,93	-	-	-	17,93
Gefäß- u. Thoraxchirurgie	Teilzeit. Person.	10	-	-	-	10
	Vollzeit. Person.	21	-	-	-	21
	Äquival. Person.	22,65	-	-	-	22,65
Dermatologie	Teilzeit. Person.	21	7	7	4	39
	Vollzeit. Person.	22	11	4	12	49
	Äquival. Person.	28,75	13,38	5,64	11,91	59,68
Hämatologie	Teilzeit. Person.	21	-	-	-	21
	Vollzeit. Person.	47	-	-	-	47
	Äquival. Person.	52,89	-	-	-	52,89
Gastroenterologie	Teilzeit. Person.	11	-	-	-	11
	Vollzeit. Person.	36	-	-	-	36
	Äquival. Person.	37,17	-	-	-	37,17
Geriatric	Teilzeit. Person.	22	9	-	-	31
	Vollzeit. Person.	38	33	-	-	71
	Äquival. Person.	45,80	33,23	-	-	79,03
Infektionskrankheiten	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	24	-	-	-	24
	Äquival. Person.	23,38	-	-	-	23,38

Abteilung		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insgesamt
Medizin 1	Teilzeit. Person.	8	34	35	51	128
	Vollzeit. Person.	44	110	72	105	331
	Äquival. Person.	44,61	96,22	69,39	110,58	320,80
Medizin 2	Teilzeit. Person.	9	-	8	-	17
	Vollzeit. Person.	34	-	17	-	51
	Äquival. Person.	34,33	-	21,55	-	55,88
Nephrologie / Hämodialyse	Teilzeit. Person.	11	6	2	6	25
	Vollzeit. Person.	26	12	10	6	54
	Äquival. Person.	29,95	15,01	9,53	8,30	62,79
Neurochirurgie	Teilzeit. Person.	4	-	-	-	4
	Vollzeit. Person.	19	-	-	-	19
	Äquival. Person.	19,78	-	-	-	19,78
Neurologie	Teilzeit. Person.	8	1	1	2	12
	Vollzeit. Person.	30	6	-	7	43
	Äquival. Person.	30,27	11,88	2,68	6,40	51,23
Säuglingskrippe	Teilzeit. Person.	15	15	-	5	35
	Vollzeit. Person.	9	19	-	5	33
	Äquival. Person.	12,93	19,32	-	6,79	39,04
Augenheilkunde	Teilzeit. Person.	20	-	-	13	33
	Vollzeit. Person.	19	5	-	21	45
	Äquival. Person.	24,83	6,13	-	22,21	53,17
Zahnheilkunde - Stomatologie	Teilzeit. Person.	3	-	-	2	5
	Vollzeit. Person.	13	1	1	2	17
	Äquival. Person.	13,98	1,00	-	3,32	19,27
Medizin. Onkologie	Vollzeit. Person.	4	6	-	-	10
	Teilzeit. Person.	10	5	-	-	15
	Äquival. Person.	12,60	6,22	-	-	18,82
Orthopädie und Traumatologie	Vollzeit. Person.	10	14	20	32	76
	Teilzeit. Person.	41	58	54	56	209
	Äquival. Person.	41,98	58,02	0,97	59,99	207,14
Geburtshilfe und Gynäkologie	Vollzeit. Person.	20	35	42	30	127
	Teilzeit. Person.	54	62	52	74	242
	Äquival. Person.	52,73	65,47	47,15	72,26	246,37
HNO	Vollzeit. Person.	10	16	4	4	34
	Teilzeit. Person.	18	22	19	1	60
	Äquival. Person.	18,57	27,60	18,51	3,00	67,68
Pediatrie	Vollzeit. Person.	31	12	21	23	87
	Teilzeit. Person.	78	27	35	30	170
	Äquival. Person.	85,74	25,91	36,31	37,58	185,54
Pneumologie	Vollzeit. Person.	8	-	1	-	9
	Teilzeit. Person.	32	-	-	-	32
	Äquival. Person.	36,20	-	2,04	-	38,24
Psychiatrie	Vollzeit. Person.	6	4	7	20	37
	Teilzeit. Person.	37	13	42	35	127
	Äquival. Person.	36,11	16,02	36,09	40,14	128,36
Urologie	Vollzeit. Person.	11	11	4	-	26
	Teilzeit. Person.	24	24	16	-	64
	Äquival. Person.	29,19	22,79	17,21	64	69,19
INSGESAMT	Vollzeit. Person.	311	207	178	233	929
	Teilzeit. Person.	914	560	418	468	2.360
	Äquival. Person.	964,51	564,79	409,00	498,94	2.437,24

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPs

Das in den Krankenhausabteilungen der Sanitätsbetriebe vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 53,1% an den äquivalenten Mitarbeitern insgesamt (1.293,00). Die Ärzte machen 25,2% aus, die restlichen 21,7% bestehen aus Verwaltungspersonal, technischem und sonstigem Gesundheitspersonal.

Abbildung 19: Äquivalentes Personal der Krankenhausabteilungen nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

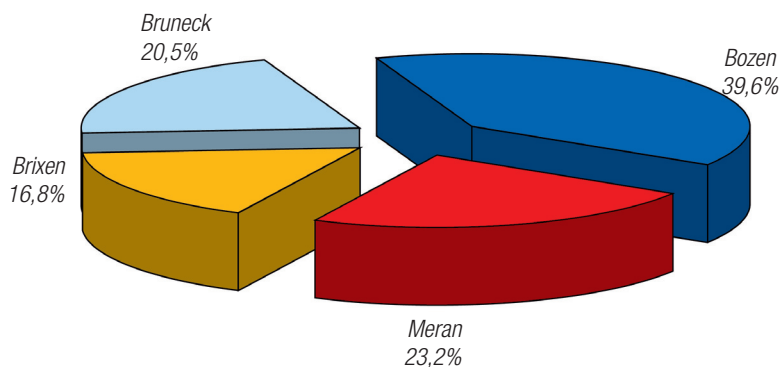
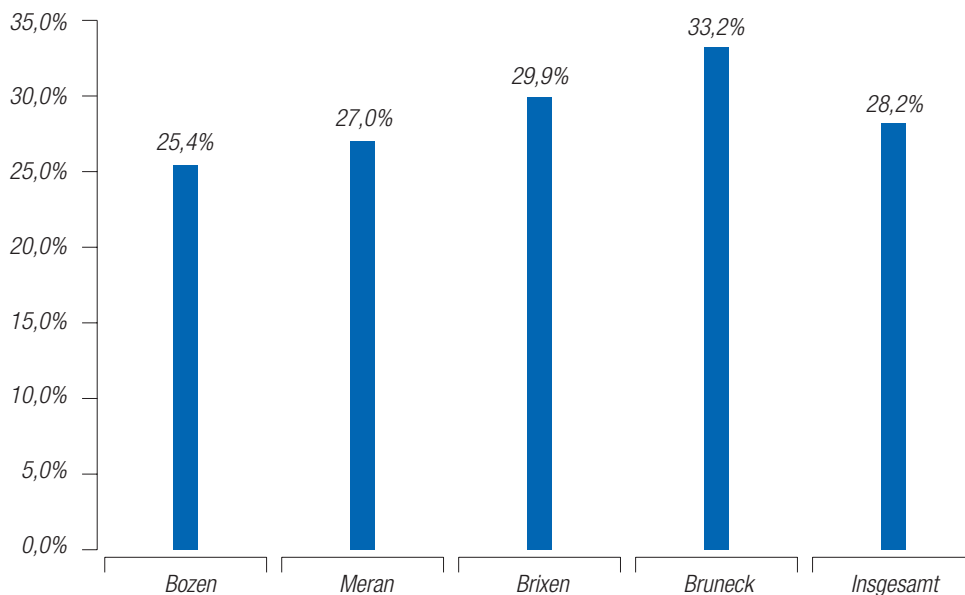


Abbildung 20: Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Abteilungen insgesamt zum 31.12.2004



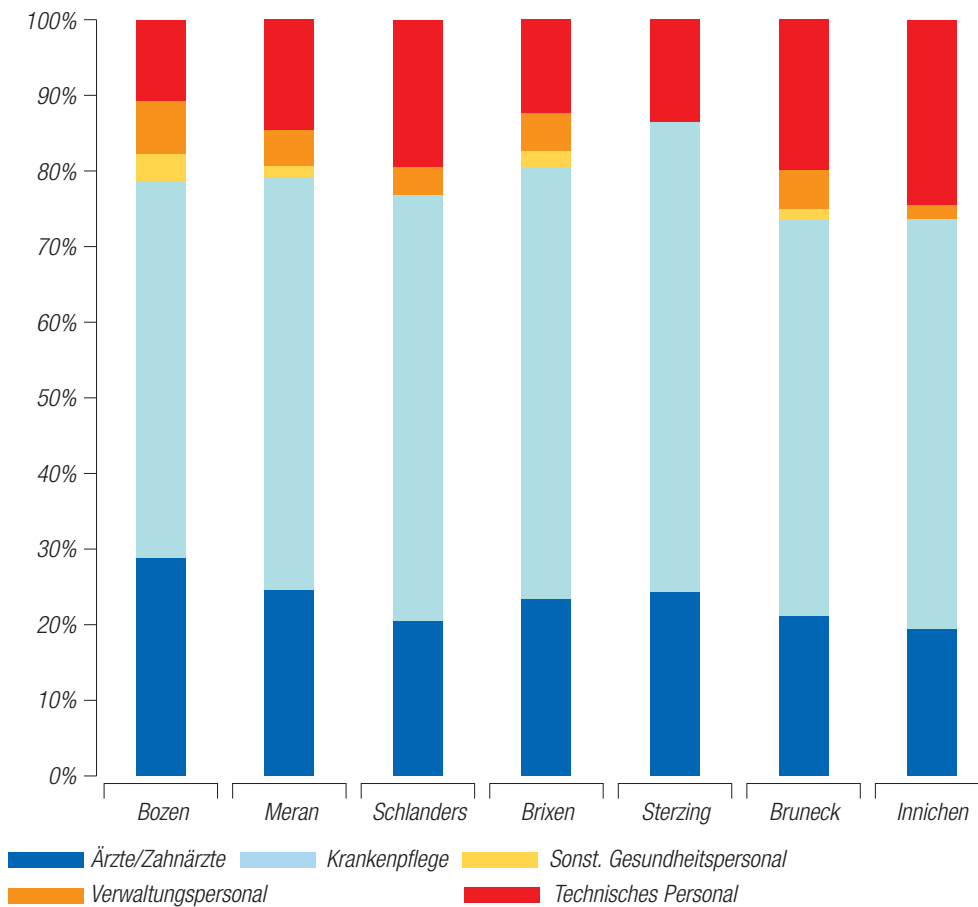
Die Abteilung mit den meisten Ärzten ist die Anästhesie und Reanimation (79,7 äquivalente Mitarbeiter), während der Großteil des Krankenpflegepersonals in der Medizin mit 182,78 äquivalenten Mitarbeitern beschäftigt ist. Die Medizin ist auch die Abteilung, in welcher das meiste Verwaltungs- und technische Personal tätig ist (20,85 bzw. 79,37 äquivalente Mitarbeiter).

Tabelle 11: In den Krankenhausabteilungen beschäftigtes Personal nach Berufsbild - Jahr 2004

Abteilung	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken- pfleger		Sonst. Ge- sundheitspers.		Verwaltungs Personal		Technisches Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Anästh. u. Reanimation	96	79,27	187	140,11	-	-	7	5,40	25	16,26	315	241,04
Kardiologie	25	24,59	59	45,41	1	0,24	9	7,25	5	4,32	99	81,81
Chirurgie 1	61	55,85	149	104,65	-	-	13	8,04	63	47,32	286	215,86
Chirurgie 2	10	9,06	15	10,82	-	-	1	0,97	2	1,65	28	22,50
Kinderchirurgie	6	6,00	13	9,73	-	-	1	1,23	1	0,97	21	17,93
Gefäß- u. Thoraxchir.	6	5,94	17	10,98	-	-	5	2,93	3	2,80	31	22,65
Dermatologie	22	18,38	50	29,91	1	0,25	12	8,59	3	2,55	88	59,68
Hämatologie	12	11,53	31	21,29	12	10,11	4	3,34	9	6,62	68	52,89
Gastroenterologie	13	12,96	24	16,43	-	-	5	4,27	5	3,51	47	37,17
Geriatrie	21	19,20	52	40,27	-	-	6	4,14	23	15,42	102	79,03
Infektionskrankheiten	6	5,55	18	15,14	-	-	2	1,86	1	0,83	27	23,38
Medizin 1	86	76,46	250	158,50	-	-	28	17,90	95	67,94	459	320,80
Medizin 2	19	17,22	34	24,28	-	-	3	2,95	12	11,43	68	55,88
Nephrol. / Hämodialyse	7	6,98	63	48,99	-	-	3	1,46	6	5,36	79	62,79
Neurochirurgie	5	4,34	14	12,44	-	-	2	1,21	2	1,79	23	19,78
Neurologie	23	19,78	23	24,52	-	-	6	3,79	3	3,14	55	51,23
Säuglingskrippe	-	-	67	38,18	-	-	-	-	1	0,86	68	39,04
Augenheilkunde	24	20,74	31	16,71	10	6,02	6	4,47	7	5,23	78	53,17
Zahnheilk. - Stomatol.	6	5,92	5	3,31	2	1,00	2	1,14	7	7,90	22	19,27
Medizin. Onkologie	4	2,33	16	12,96	-	-	4	2,67	1	0,86	25	18,82
Orthopädie u. Traumat.	62	56,23	159	105,29	-	-	17	11,01	47	34,61	285	207,14
Geburtsh. u. Gynäkol.	53	44,14	248	159,96	1	1,00	21	11,52	46	29,75	369	246,37
HNO	16	16,24	46	30,84	15	8,74	8	5,15	9	6,71	94	67,68
Pediatric	49	44,11	157	106,16	20	13,66	13	6,53	18	15,08	257	185,54
Pneumologie	11	11,65	21	18,50	-	-	5	4,12	4	3,97	41	38,24
Psychiatrie	24	20,81	70	51,15	13	9,03	7	4,98	50	42,39	164	128,36
Urologie	19	18,06	50	36,47	3	2,40	8	4,92	10	7,34	90	69,19
INSGESAMT	686	613,34	1.869	1.293,00	78	52,45	198	131,84	458	346,61	3.289	2.437,24

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Abbildung 21: Äquivalentes Personal der Krankenhausabteilungen der einzelnen Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2004



1.1.4.1.2. Personal der Krankenhausdienste

Vom gesamten äquivalenten Personal der Sanitätsbetriebe, das in den jeweiligen Krankenhausdiensten tätig ist, arbeiten 22,9% in den Diensten für Physische Rehabilitation der Landeskrankenhäuser (einschließlich der Dienste für Logopädie und Physische Rehabilitation des Sanitätsbetriebs Bozen). 13,9% der Mitarbeiter sind in den Röntgendiensten beschäftigt, 13,5% in den Analyselabors, während 12,8% in den Krankenhausdirektionen arbeiten. Außerdem gehören 10,0% des äquivalenten Personals zu den Erste Hilfe-Diensten und zur Beobachtungsstation der Krankenhäuser. Diese 5 Beschäftigungsbereiche decken rund 73,1% des insgesamt in den Krankenhausdiensten beschäftigten Personals.

Auf Landesebene sind 29,5% des in den Krankenhausdiensten der Sanitätsbetriebe tätigen Personals Teilzeitbeschäftigte (+ 2,3% gegenüber 2003) mit Spitzenwerten im Sanitätsbetrieb Bruneck (33,5%).

Tabelle 12: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Sonderräume	Teilzeit. Person.	1	-	-	-	1
	Vollzeit. Person.	-	-	-	-	-
	Äquival. Person.	0,92	-	-	-	0,92
Genetische Beratung	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Person.	6	-	-	-	6
	Äquival. Person.	6,75	-	-	-	6,75
Gemeinkosten Krankenhausbereich	Teilzeit. Person.	-	-	2	-	2
	Vollzeit. Person.	-	-	1	-	1
	Äquival. Person.	-	-	1,79	-	1,79
Funktionsdiagnostik	Teilzeit. Person.	-	3	-	-	3
	Vollzeit. Person.	-	15	-	-	15
	Äquival. Person.	-	11,59	-	-	11,59
Operationssäle	Teilzeit. Person.	21	10	13	9	53
	Vollzeit. Person.	55	45	43	35	178
	Äquival. Person.	59,04	43,66	43,10	36,63	182,43
Histologie und Pathologische Anatomie	Teilzeit. Person.	9	-	-	-	9
	Vollzeit. Person.	50	-	-	-	50
	Äquival. Person.	48,50	-	-	-	48,50
Histologie und Pathologische Anatomie - Tumorregister	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Äquival. Person.	3,40	-	-	-	3,40
Analyselabor	Teilzeit. Person.	27	12	20	16	75
	Vollzeit. Person.	84	32	29	25	170
	Äquival. Person.	88,42	37,00	36,46	29,86	191,74
Nuklearmedizin	Teilzeit. Person.	2	1	-	-	3
	Vollzeit. Person.	15	3	-	-	18
	Äquival. Person.	16,82	3,70	-	-	20,52
Polyambulatorien	Teilzeit. Person.	28	19	-	2	49
	Vollzeit. Person.	32	26	-	3	61
	Äquival. Person.	46,40	29,85	-	4,50	80,75
Erste Hilfe - Beobachtungsstation	Teilzeit. Person.	16	18	1	1	36
	Vollzeit. Person.	73	32	21	14	140
	Äquival. Person.	68,14	39,39	19,93	14,61	142,07
Röntgendienst	Teilzeit. Person.	26	7	9	9	51
	Vollzeit. Person.	78	53	29	27	187
	Äquival. Person.	83,92	49,71	33,33	30,18	197,14
Dienst für medizinische Strahlenphysik	Teilzeit. Person.	3	-	-	-	3
	Vollzeit. Person.	10	-	-	-	10
	Äquival. Person.	12,12	-	-	-	12,12
Immunhämatologie und Bluttransfusion	Teilzeit. Person.	12	1	1	-	14
	Vollzeit. Person.	36	16	-	-	52
	Äquival. Person.	38,14	13,71	0,93	-	52,78
Dienst für Medizintechnik	Teilzeit. Person.	-	1	-	-	1
	Vollzeit. Person.	28	-	-	-	28
	Äquival. Person.	26,60	0,75	-	-	27,35
Dienst für Strahlentherapie	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Person.	5	-	-	-	5
	Äquival. Person.	6,44	-	-	-	6,44
Dienst für Physische Rehabilitation	Teilzeit. Person.	18	46	36	46	146
	Vollzeit. Person.	36	80	62	63	241
	Äquival. Person.	36,42	90,13	67,40	65,78	259,73
Dienst für Physische Rehabilitation - Logopedie	Teilzeit. Person.	12	-	-	-	12
	Vollzeit. Person.	15	-	-	-	15
	Äquival. Person.	20,01	-	-	-	20,01
Dienst für Physische Rehabilitation - Fagenstraße	Teilzeit. Person.	43	-	-	-	43
	Vollzeit. Person.	32	-	-	-	32
	Äquival. Person.	45,88	-	-	-	45,88

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Diabetologischer Dienst	Teilzeit. Person.	10	1	2	-	13
	Vollzeit. Person.	5	2	-	-	7
	Äquival. Person.	9,52	1,66	0,87	-	12,05
Dienst für Diät und Ernährung	Teilzeit. Person.	4	4	5	4	17
	Vollzeit. Person.	23	10	4	6	43
	Äquival. Person.	22,26	10,62	5,05	5,58	43,51
Pharmazeutischer Dienst	Teilzeit. Person.	8	1	-	4	13
	Vollzeit. Person.	34	8	5	8	55
	Äquival. Person.	33,15	8,49	5,00	8,97	55,61
INSGESAMT	Teilzeit. Person.	247	124	89	91	551
	Vollzeit. Person.	619	322	194	181	1.316
	Äquival. Person.	672,85	340,26	213,86	196,11	1.423,08

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Abbildung 22: Äquivalentes Personal der Krankenhausdienste nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

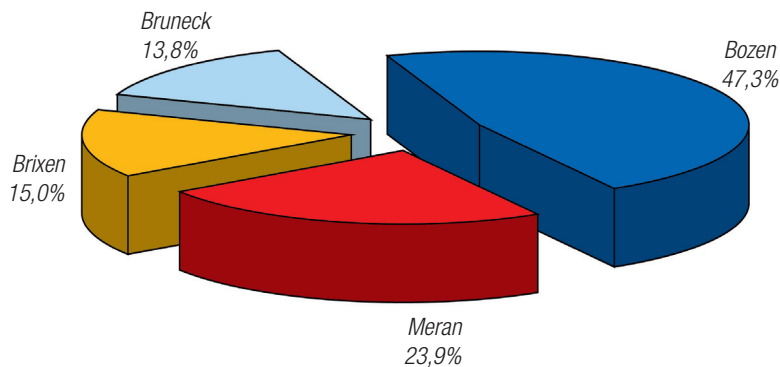
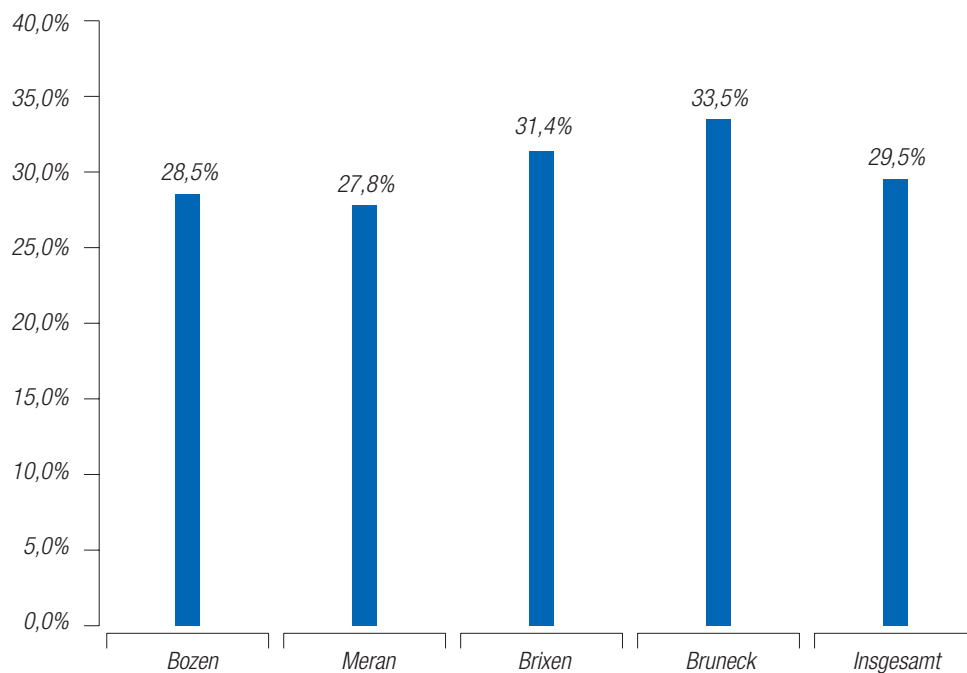


Abbildung 23: Krankenhausbereich - Teilzeitbeschäftigte am Personal der Krankenhausdienste insgesamt zum 31.12.2004



Die am häufigsten in den Krankenhausdiensten der Sanitätsbetriebe eingesetzten äquivalenten Berufsbilder (ausgenommen die Rehabilitation) sind das sonstige Gesundheitspersonal (33,7%), das Krankenpflegepersonal (29,6%), das technische Personal (16,1%) und das Verwaltungspersonal (11,6%). Die Ärzte machen 8,8% aus, die restlichen 0,3% gehören zum Fachpersonal.

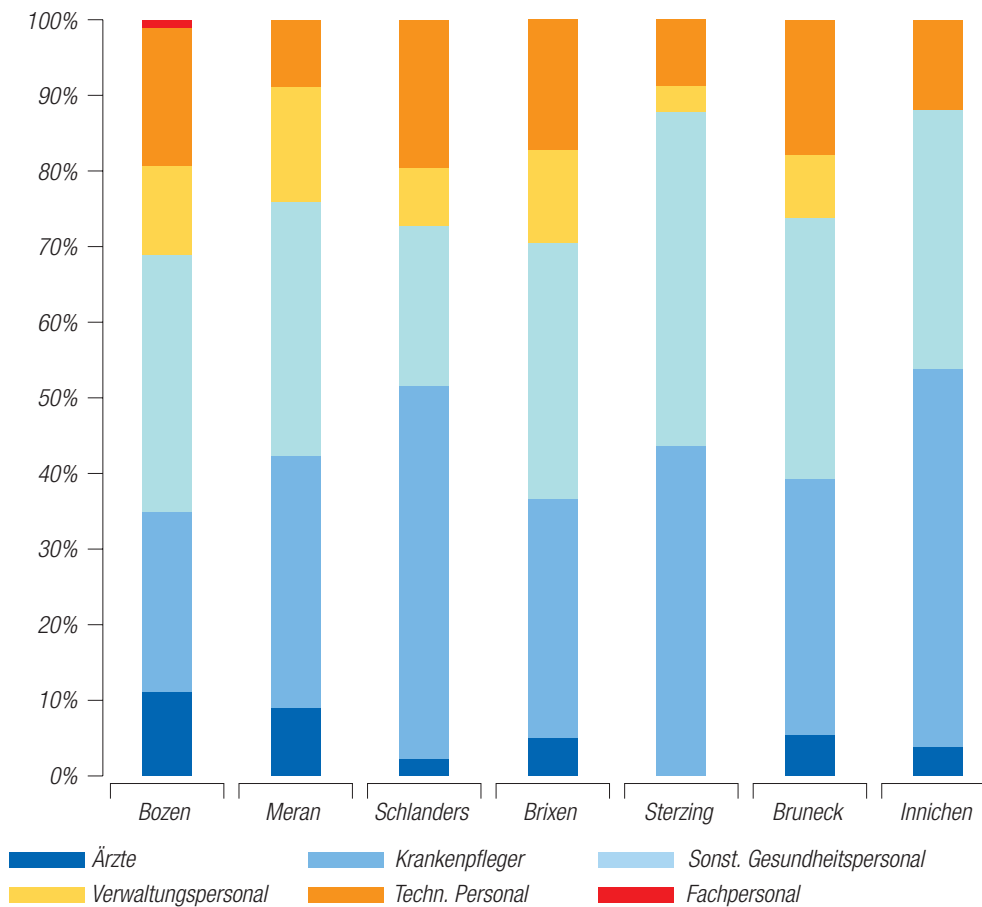
Der Großteil des Verwaltungspersonals ist in den Analyselabors der Krankenhäuser beschäftigt (24,01 äquivalente Mitarbeiter). Die Ärzte sind vorwiegend in den Röntgendiensten tätig (32,39 äquivalente Mitarbeiter), das Krankenpflegepersonal konzentriert sich vor allem in den Krankenhausdirektionen.

Tabelle 13: In den Krankenhausdiensten beschäftigtes Personal nach Berufsbild - Jahr 2004

Dienst		Ärzte/ Zahnä.	Kranken- pfleger	Sonst. Ge- sundh.-Pers.	Verwalt.- person.	Techn. Person.	Fach- Person.	Insges.
Sonderräume	N	-	1	-	-	-	-	1
	EQ	-	0,75	-	-	0,17	-	0,92
Genetische Beratung	N	2	5	-	1	-	-	8
	EQ	2,00	3,78	-	0,97	-	-	6,75
Gemeinkosten Krankenhausbereich	N	-	-	-	3	-	-	3
	EQ	-	-	-	1,79	-	-	1,79
Funktionsdiagnostik	N	-	15	-	3	-	-	18
	EQ	-	8,63	-	2,96	-	-	11,59
Operationssäle	N	-	144	-	2	85	-	231
	EQ	-	111,58	-	1,48	69,37	-	182,43
Histologie und Pathologische Anatomie	N	11	-	28	9	11	-	59
	EQ	10,95	-	21,50	5,93	10,12	-	48,50
Histologie und Patholog. Anatomie - Tumorregister	N	1	-	-	4	-	-	5
	EQ	1,00	-	-	2,40	-	-	3,40
Analyselabor	N	18	22	151	32	22	-	245
	EQ	14,72	12,80	122,96	24,01	17,25	-	191,74
Nuklearmedizin	N	5	-	12	3	1	-	21
	EQ	4,94	-	12,11	2,54	0,93	-	20,52
Polyambulatorien	N	1	69	1	32	7	-	110
	EQ	0,33	51,77	1,00	21,45	6,20	-	80,75
Erste Hilfe - Beobachtungsstation	N	16	130	-	16	14	-	176
	EQ	14,80	103,18	-	12,65	11,44	-	142,07
Röntgendienst	N	37	4	153	28	16	-	238
	EQ	32,39	4,04	124,73	22,49	13,49	-	197,14
Dienst für medizinische Strahlenphysik	N	-	-	9	2	2	-	13
	EQ	-	-	8,66	1,97	1,49	-	12,12
Immunhämatologie u. Bluttransfusion	N	10	17	29	6	4	-	66
	EQ	8,79	11,74	24,11	4,64	3,50	-	52,78
Dienst für Medizintechnik	N	-	-	-	5	21	3	29
	EQ	-	-	-	4,62	19,86	2,87	27,35
Dienst der Radioterapia	N	1	3	2	-	1	-	7
	EQ	0,98	2,47	2,00	-	0,99	-	6,44
Diabetologischer Dienst	N	-	20	-	-	-	-	20
	EQ	-	11,57	0,48	-	-	-	12,05
Dienst für Diät und Ernährung	N	6	-	50	4	-	-	60
	EQ	5,59	0,06	34,05	3,81	-	-	43,51
Pharmazeutischer Dienst	N	-	5	21	19	23	-	68
	EQ	-	2,10	17,85	13,66	22,00	-	55,61
INSGESAMT	N	108	435	456	169	207	3	1.378
	EQ	96,49	324,47	369,45	127,37	176,81	2,87	1.097,46

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Abbildung 24: Äquivalentes Personal der anderen Dienste des Krankenhausbereichs der einzelnen Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2004



Das in den Diensten für Physische Rehabilitation im Krankenhausbereich der Sanitätsbetriebe der Provinz tätige Personal beträgt 325,62 äquivalente Arbeitskräfte. 31,4% davon sind im Sanitätsbetrieb Bozen beschäftigt, 27,7% im Sanitätsbetrieb Meran, 20,7% im Sanitätsbetrieb Brixen und 20,2% im Sanitätsbetrieb Bruneck.

**PERSONAL DER DIENSTE
FÜR PHYSISCHE
REHABILITATION**

Tabelle 14: In den Diensten für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs beschäftigtes Personal - Jahr 2004

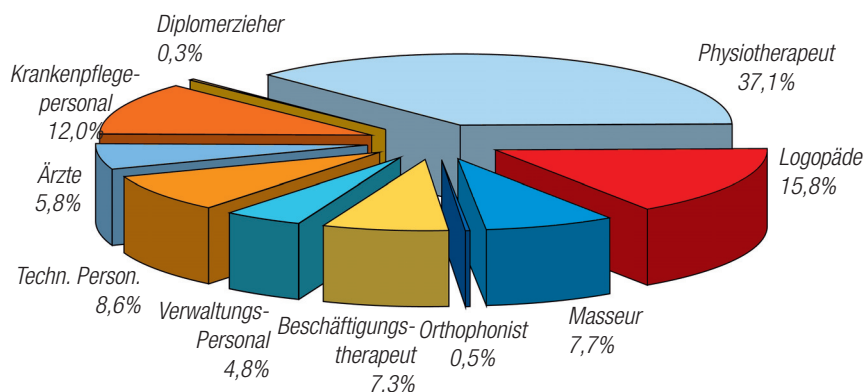
Berufsbild	Bozen		Meran		Brixen		Bruneck		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Ärzte	2	1,45	7	7,06	8	5,25	7	5,05	24	18,81
Krankenpflegepersonal	13	9,26	19	13,11	15	8,10	14	8,76	61	39,23
Diplomierzieher	-	-	-	-	1	1,00	-	-	1	1,00
Physiotherapeut	73	45,03	47	28,77	36	27,78	33	19,37	189	120,95
Logopäde	32	22,42	15	9,47	14	9,75	17	9,89	78	51,53
Masseur	17	11,53	10	7,85	6	2,97	6	2,65	39	25,00
Orthophonist	2	1,68	-	-	-	-	-	-	2	1,68
Beschäftigungstherapeut	6	4,16	14	9,53	7	4,98	7	5,13	34	23,80
Verwaltungspersonal	7	4,86	7	3,89	3	2,75	7	4,10	24	15,60
Technisches Personal	4	1,92	7	10,45	8	4,82	18	10,83	37	28,02
INSGESAMT	156	102,31	126	90,13	98	67,40	109	65,78	489	325,62

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

SANITÄTSBETRIEB BOZEN
– DIENSTE FÜR PHYSISCHE REHABILITATION

Das in den Diensten für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs des Sanitätsbetriebs Bozen beschäftigte Personal entspricht 102,31 äquivalenten Mitarbeitern.

Abbildung 25: Äquivalentes Personal der Dienste für Physische Rehabilitation des Krankenhausbereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild - Jahr 2004



Das vorherrschende Berufsbild ist der Physiotherapeut (37,1%), gefolgt vom Logopäden (15,8%) und vom Krankenpflegepersonal (12,0%). 8,6% gehören zum technischen Personal, 7,7% sind Masseure und die restlichen 18,8% setzen sich aus Beschäftigungstherapeuten, Ärzten, Verwaltungspersonal und sonstigem Personal zusammen.

44,8% des in den Rehabilitationsdiensten des Sanitätsbetriebs Bozen beschäftigten Personals sind beim Dienst für Physische Rehabilitation in der Fagenstraße tätig, 35,6% beim Dienst für Physische Rehabilitation des Krankenhauses Bozen und 19,6% beim Dienst für Logopädie.

1.1.5. Personal des territorialen Bereichs

Im territorialen Bereich sind folgende Berufsbilder tätig:

Verwaltungspersonal (Verwaltungsassistenten, Verwaltungsmitarbeiter, Amtswarte, Inspektoren), Ärzte, Krankenpflegepersonal, sonstiges Gesundheitspersonal (Personal mit Rehabilitationsfunktionen, technisch-sanitäres Personal, Psychologen), technisches Personal (Sozialassistenten, sozio-sanitäre Hilfsfachkräfte, Techniker, Soziologen).

1.1.5.1. Personal nach territorialem Makrobereich

Der territoriale Bereich wurde in sechs Bereiche gegliedert. Der Bereich mit dem größten äquivalenten Personalbestand ist die territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung (31,8%, was 305,12 äquivalenten Mitarbeitern entspricht).

Tabelle 15: Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal nach Makrobereich und Sanitätsbetrieb – Jahr 2004

Bereich	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insg.
Teilzeitbeschäftigtes Personal					
Sprengelversorgung	128	63	29	47	267
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	7	-	7
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	46	60	18	19	143
Basismedizin	1	-	2	-	3
Prävention	64	11	9	12	96
Allgemeine und Verwaltungs-dienste des Territoriums	11	1	4	-	16
INSGESAMT	250	135	69	78	532
Vollzeitbeschäftigtes Personal					
Sprengelversorgung	93	75	9	20	197
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	23	-	23
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	118	96	21	28	263
Basismedizin	31	-	2	-	33
Prävention	190	22	15	9	236
Allgemeine und Verwaltungs-dienste des Territoriums	47	9	6	-	62
INSGESAMT	479	202	76	57	814
Äquivalentes Personal					
Sprengelversorgung	134,39	85,13	22,25	37,57	279,34
Konventionierte territoriale Versorgung	-	-	23,64	-	23,64
Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung	128,33	111,16	33,45	32,18	305,12
Basismedizin	31,20	-	3,16	-	34,36
Prävention	205,69	25,11	17,66	14,51	262,97
Allgemeine und Verwaltungs-dienste des Territoriums	42,44	7,45	5,34	-	55,23
INSGESAMT	542,05	228,85	105,50	84,26	960,66

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Die konventionierte territoriale Versorgung, die nur im Sanitätsbetrieb Brixen angeboten wird, verzeichnet hingegen den geringsten Personalbestand.

Abbildung 26: Äquivalentes Personal des territorialen Bereiches nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

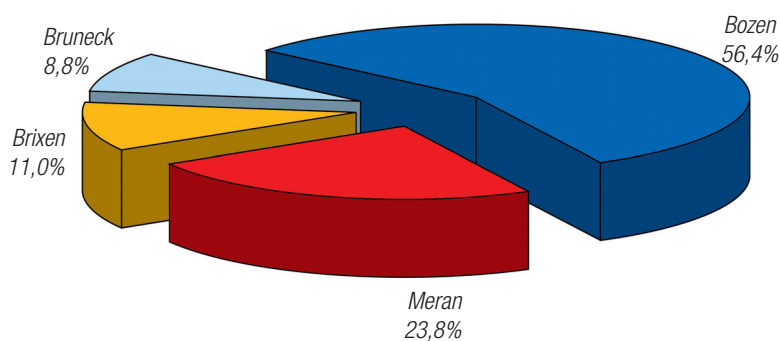


Abbildung 27: Äquivalentes Personal des territorialen Bereiches nach Makrobereich - Jahr 2004

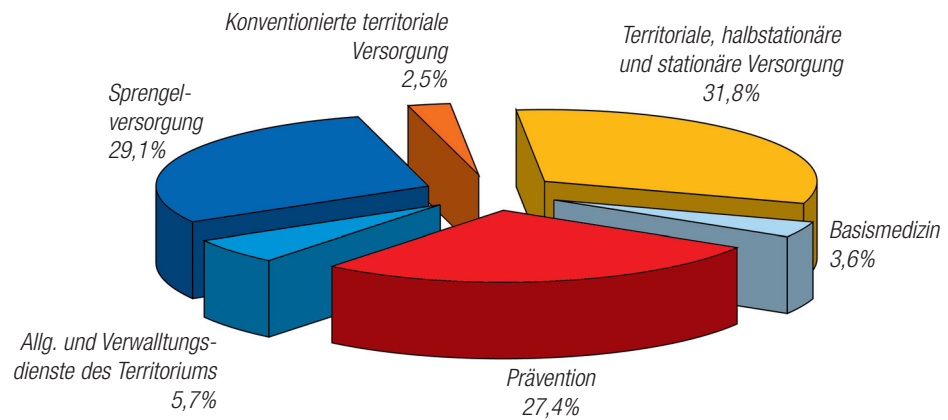
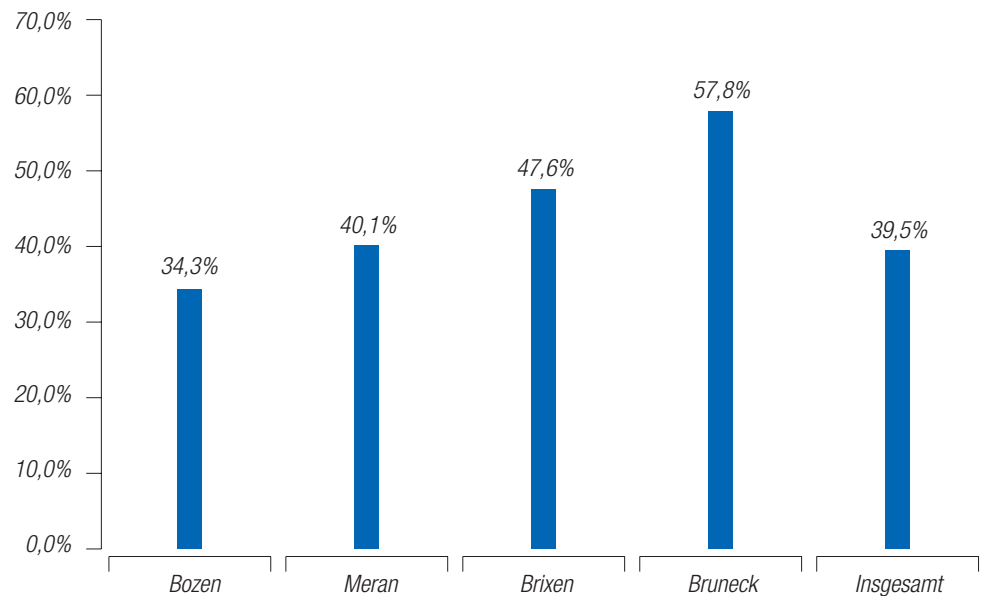
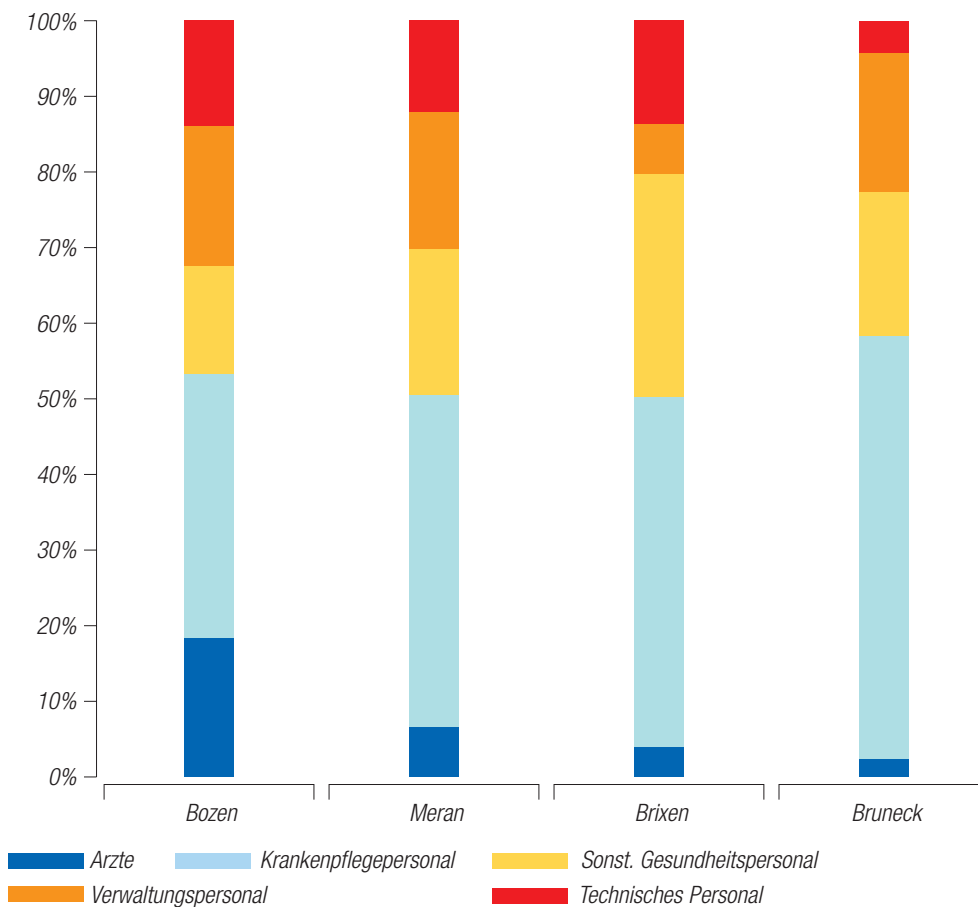


Abbildung 28: Territorialer Bereich - Teilzeitbeschäftigte am gesamten Personal der Sanitätsbetriebe zum 31.12.2004



39,5% des im territorialen Bereich der Sanitätsbetriebe tätigen Personals sind Teilzeitbeschäftigte. Für den Sanitätsbetrieb Bruneck ergibt sich der höchste Anteil von Beschäftigten mit Teilzeitvertrag (57,8%), für den Sanitätsbetrieb Bozen der niedrigste (34,3%).

Abbildung 29: Äquivalentes Personal des territorialen Bereiches der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



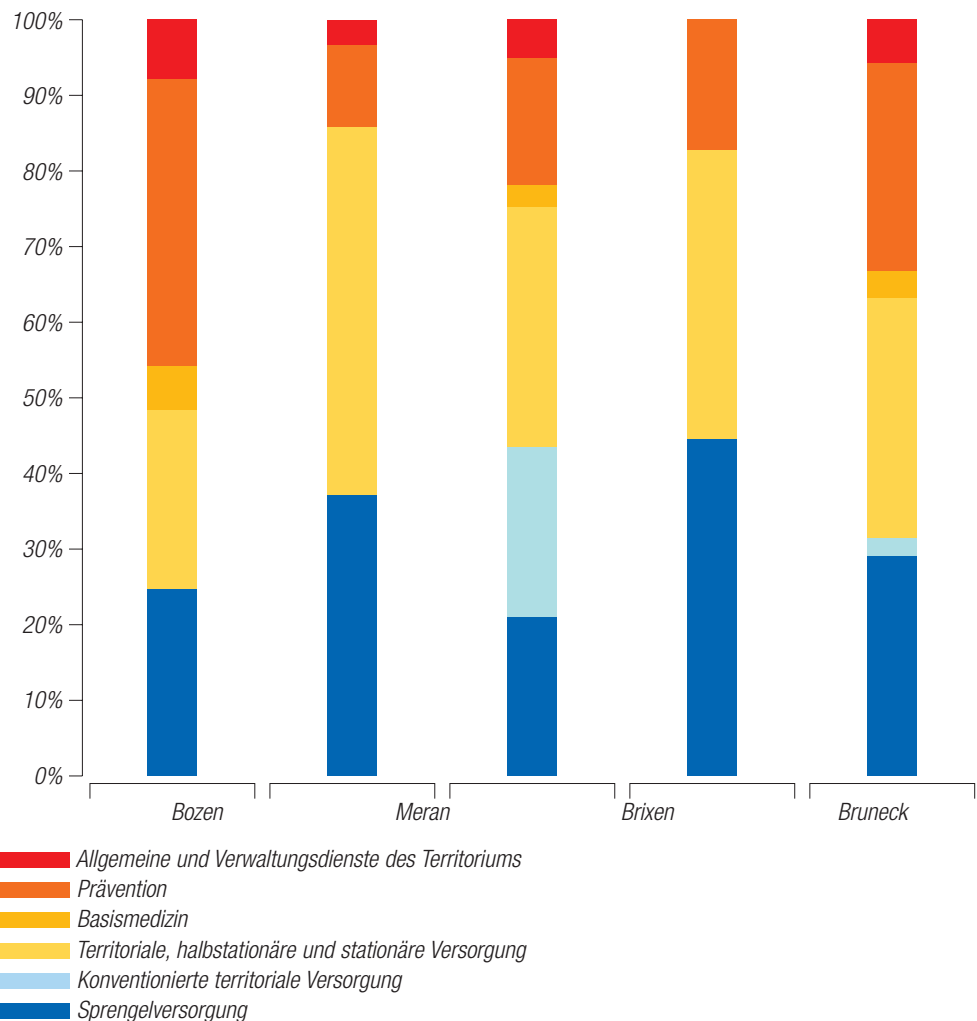
Das am häufigsten im territorialen Bereich der Sanitätsbetriebe vertretene Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 40,2% des Personals (385,83 äquivalente Mitarbeiter). Das sonstige Gesundheitspersonal macht 17,6% aus, gefolgt vom Verwaltungspersonal mit 17,1%. Die Ärzte und das technische Personal verzeichnen je 12,6% des im territorialen Bereich beschäftigten Personals.

Tabelle 16: Personal des territorialen Bereichs insgesamt nach Makrobereich und Berufsbild - Jahr 2004

Dienst	Ärzte/ Zahnärzte		Kranken- pflege- personal		Sonst. Gesundheits- personal		Verwal- tungs- personal		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Sprengelversorgung	1	1,00	352	197,32	16	14,00	76	54,69	19	12,33	464	279,34
Konventionierte territoriale Versorgung	1	0,75	13	9,84	9	7,82	2	1,73	5	3,50	30	23,64
Territoriale, halbstationäre u. stationäre Versorgung	29	31,17	159	102,04	111	89,44	21	15,44	86	67,03	406	305,12
Basismedizin	3	2,99	12	11,65	-	-	1	0,90	20	18,82	36	34,36
Prävention	84	75,98	88	56,69	65	57,68	77	56,17	18	16,45	332	262,97
Allg. und Verwaltungsdienste des Territoriums	10	9,28	15	8,29	-	-	50	34,96	3	2,70	78	55,23
INSGESAMT	128	121,17	639	385,83	201	168,94	227	163,89	151	120,83	1.346	960,66

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Abbildung 30: Äquivalentes Personal des territorialen Bereiches nach Makrobereich und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



Die Ärzte (einschließlich der Tierärzte) sind vor allem in der Prävention tätig. Das Krankenpflegepersonal ist mit 197,32 äquivalenten Mitarbeitern in der Sprengelversorgung vertreten, das technische Personal (67,03 äquivalente Mitarbeiter) überwiegt in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung. Im Bereich Prävention konzentriert sich auch der höchste Anteil von Verwaltungspersonal (56,17 äquivalente Mitarbeiter).

1.1.5.1.1. Sprengelversorgung

Zum 31.12.2004 waren in der Sprengelversorgung der Sanitätsbetriebe 464 Mitarbeiter tätig (57,5% Teilzeitbeschäftigte), was 279,34 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

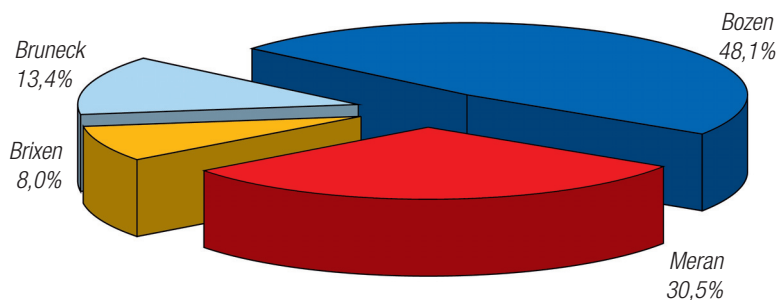
Tabelle 17: Im territorialen Bereich beschäftigtes Personal nach Sprengel und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Sprengel	Bozen			Meran			Brixen			Bruneck		
	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ	P.T.	T.P.	EQ
Grödental	9	2	6,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eggental-Schlern	15	10	14,01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Salten-Sarnal-Ritten	13	6	9,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Überetsch	12	12	16,20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Leifers-Branzoll-Pfatten	13	6	13,34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Unterland	24	10	19,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bozen	42	45	55,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberer Vinschgau	-	-	-	8	5	8,82	-	-	-	-	-	-
Mittlerer Vinschgau	-	-	-	14	10	12,07	-	-	-	-	-	-
Naturns-Umgebung	-	-	-	4	10	7,98	-	-	-	-	-	-
Lana-Umgebung	-	-	-	12	12	16,20	-	-	-	-	-	-
Meran-Umgebung	-	-	-	20	26	32,19	-	-	-	-	-	-
Passeiertal	-	-	-	5	12	7,87	-	-	-	-	-	-
Wipptal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brixen-Umgebung	-	-	-	-	-	-	21	6	15,18	-	-	-
Klausen-Umgebung	-	-	-	-	-	-	8	3	7,07	-	-	-
Taufers-Ahrntal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	3	6,81
Bruneck-Umgebung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	12	19,59
Hochpustertal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	3	6,45
Gadertal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2	4,72
INSGESAMT	128	93	134,39	63	75	85,13	29	9	22,25	47	20	37,57

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Der Sprengel mit dem höchsten Anteil von äquivalenten Mitarbeitern ist Bozen (55,61 äquivalente Mitarbeiter), während im Wipptal kein äquivalentes Personal tätig ist.

Abbildung 31: Äquivalentes Personal in den Sprengeln des territorialen Bereichs nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



1.1.5.1.2. Territoriale, halbstationäre und stationäre Versorgung

Zum 31.12.2004 waren in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung der Sanitätsbetriebe 406 Mitarbeiter beschäftigt (35,2% davon waren Teilzeitbeschäftigte), was 305,12 äquivalenten Arbeitskräften entspricht.

Das im Makrobereich der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung vorherrschende Berufsbild ist das Krankenpflegepersonal mit 33,4% des insgesamt in diesem Bereich beschäftigten Personals (102,04 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen das sonstige Gesundheitspersonal mit 29,3% (89,44 äquivalen-

te Mitarbeiter) und das technische Personal mit 22,0%. Das restliche Personal setzt sich aus Ärzten (10,2%) und Verwaltungspersonal (5,1%) zusammen.

Tabelle 18: Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung insgesamt nach Dienst und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen (DfA)	P.T.	5	6	4	-	15
	T.P.	21	11	6	-	38
	EQ	20,81	13,65	8,40	-	42,86
Psychiatrische Versorgung – Tagesstätten	P.T.	-	-	-	-	-
	T.P.	2	-	-	-	2
	EQ	1,94	-	-	-	1,94
Psychiatrische Versorgung – Zentrum für psychiatrische Rehab. Stadion	P.T.	16	-	-	-	16
	T.P.	26	1	-	-	27
	EQ	32,86	0,85	-	-	33,71
Psychiatrische Versorgung (ZGG)	P.T.	13	14	5	2	34
	T.P.	41	47	2	10	100
	EQ	42,96	49,34	7,11	9,71	109,12
Psychiatrische Versorgung – Geschützte Gemeinschaften	P.T.	1	5	4	7	17
	T.P.	2	16	4	5	27
	EQ	2,57	18,58	6,00	7,86	35,01
Stationäre Versorgung der alten Menschen	P.T.	-	30	-	-	30
	T.P.	-	13	-	-	13
	EQ	-	21,05	-	-	21,05
Pflegeheime	P.T.	4	4	-	8	16
	T.P.	6	5	-	3	14
	EQ	6,09	4,79	-	6,12	17,00
Psychologischer Dienst	P.T.	7	1	5	2	15
	T.P.	20	3	9	10	42
	EQ	21,10	2,90	11,94	8,49	44,43
INSGESAMT	P.T.	46	60	18	19	143
	T.P.	118	96	21	28	263
	EQ	128,33	111,16	33,45	32,18	305,12

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Abbildung 32: Äquivalentes Personal in der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung des territorialen Bereichs insgesamt nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

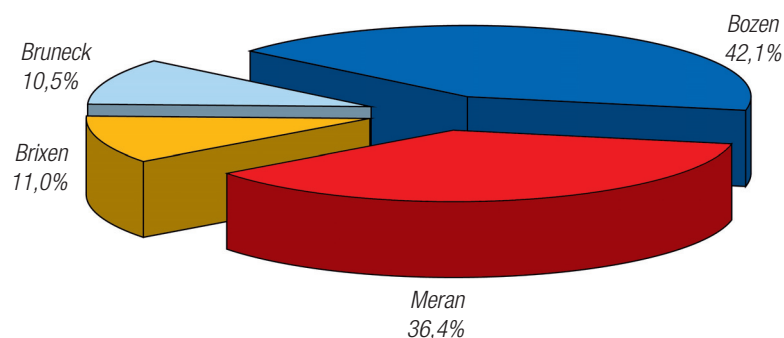
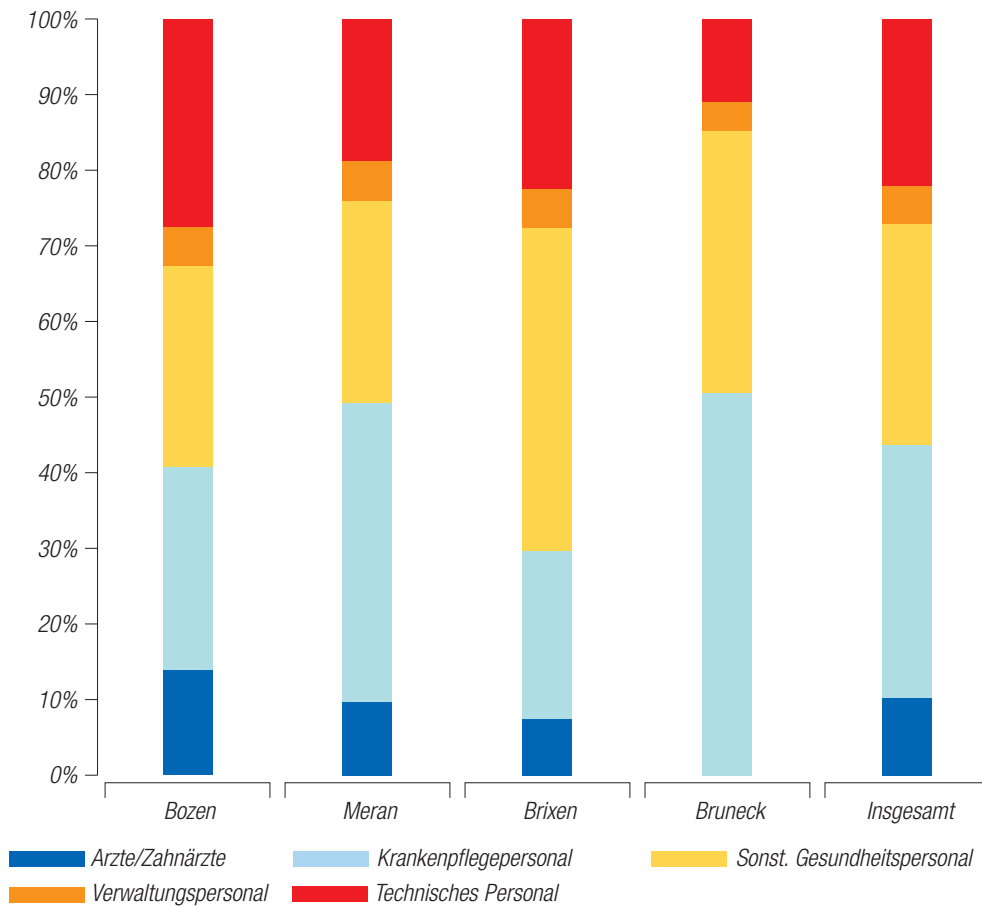


Abbildung 33: Äquivalentes Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



Der größte Bestand an Ärzten, Krankenpflegepersonal, Verwaltungspersonal und technischem Personal ist in der Psychiatrischen Versorgung der Zentren für Geistige Gesundheit (21,69 bzw. 28,67 bzw. 5,14 bzw. 19,55 äquivalente Mitarbeiter) zu verzeichnen.

Tabelle 19: Personal der territorialen, halbstationären und stationären Versorgung nach Berufsbild - Jahr 2004

Dienst	Ärzte		Kranken- pflege- personal		Sonst. Gesundheits- personal		Verwal- tungs- personal		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen (DfA)	6	6,63	14	10,05	16	14,62	5	3,38	12	8,18	53	42,86
Psychiatrische Versorgung – Tagesstätten	-	-	2	1,94	-	-	-	-	-	-	2	1,94
Psychiat. Versorg. – Zentrum f. psychiat. Rehab. Stadion	3	2,85	11	9,00	3	2,21	2	2,00	24	17,65	43	33,71
Psychiat. Versorgung (ZGG)	20	21,69	38	28,67	42	34,07	8	5,14	26	19,55	134	109,12
Psychiatrische Versorgung – Geschützte Gemeinschaften	-	-	23	15,37	1	1,00	-	-	20	18,64	44	35,01
Stationäre Versorgung der alten Menschen	-	-	41	20,01	-	-	-	-	2	1,04	43	21,05
Pflegeheime	-	-	30	17,00	-	-	-	-	-	-	30	17,00
Psychologischer Dienst	-	-	-	-	49	37,54	6	4,92	2	1,97	57	44,43
INSGESAMT	29	31,17	159	102,04	111	89,44	21	15,44	86	67,03	406	305,12

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPs

1.1.5.1.3. Bereich Prävention

Zum 31.12.2004 waren im Bereich Prävention 332 Mitarbeiter tätig (28,9% Teilzeitbeschäftigte), was 262,97 äquivalenten Arbeitskräften entspricht. 33,2% des gesamten äquivalenten Personals (87,24 äquivalente Mitarbeiter) arbeiten in den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der Sanitätsbetriebe. Es folgen die Tierärztlichen Dienste mit 25,8% (67,74 äquivalente Mitarbeiter), die Dienste für Rechtsmedizin mit 12,7% (33,32 äquivalente Mitarbeiter) sowie die klinische Abteilung für Arbeitsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen und die Dienste für Pneumologie mit je 9,5% (25,08 bzw. 25,06 äquivalente Mitarbeiter). Die restlichen Arbeitskräfte sind bei den Diensten für Sportmedizin sowie bei der Hygiene des Dienstes für Arbeitsmedizin des Sanitätsbetriebs Bozen tätig.

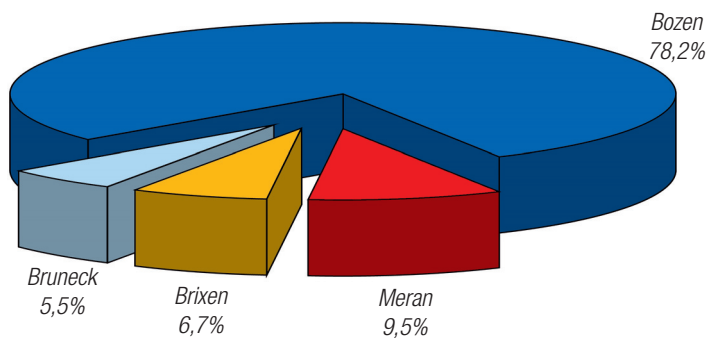
Tabelle 20: Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal nach Dienst und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004

Dienst		Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Hygiene und Öffentliche Gesundheit	Teilzeit. Person.	14	7	5	6	32
	Vollzeit. Person.	40	17	12	7	76
	Äquival. Person.	44,21	19,12	14,49	9,42	87,24
Sportmedizin	Teilzeit. Person.	3	-	4	6	13
	Vollzeit. Person.	9	-	2	2	13
	Äquival. Person.	10,56	-	2,17	3,65	16,38
Rechtsmedizin	Teilzeit. Person.	11	4	-	-	15
	Vollzeit. Person.	20	5	-	-	25
	Äquival. Person.	25,89	5,99	-	1,44	33,32
Dienst für Arbeitsmedizin - klinische Abteilung	Teilzeit. Person.	7	-	-	-	7
	Vollzeit. Person.	25	-	-	-	25
	Äquival. Person.	25,08	-	-	-	25,08
Dienst für Arbeitsmedizin - Hygiene	Teilzeit. Person.	2	-	-	-	2
	Vollzeit. Person.	9	-	-	-	9
	Äquival. Person.	8,15	-	-	-	8,15
Dienst für Pneumologie	Teilzeit. Person.	16	-	-	-	16
	Vollzeit. Person.	19	-	1	-	20
	Äquival. Person.	24,06	-	1,00	-	25,06
Tierärztlicher Dienst	Teilzeit. Person.	11	-	-	-	11
	Vollzeit. Person.	68	-	-	-	68
	Äquival. Person.	67,74	-	-	-	67,74
INSGESAMT	Teilzeit. Person.	64	11	9	12	96
	Vollzeit. Person.	190	22	15	9	236
	Äquival. Person.	205,69	25,11	17,66	14,51	262,97

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPS

Das im Bereich Prävention vorherrschende Berufsbild ist jenes der Ärzte (Tierärzte eingeschlossen), 28,9% des gesamten äquivalenten Personals dieses Bereichs (75,98 äquivalente Mitarbeiter). Es folgen das sonstige Gesundheitspersonal und das Krankenpflegepersonal mit 21,9% (57,68 äquivalente Mitarbeiter) bzw. 21,6% (56,69 äquivalente Mitarbeiter). Das Verwaltungspersonal macht 21,4% (56,17 äquivalente Mitarbeiter) aus, die restlichen 6,3% (16,45 äquivalente Mitarbeiter) setzen sich aus technischem Personal zusammen.

Abbildung 34: Äquivalentes Personal in der Prävention des territorialen Bereichs nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



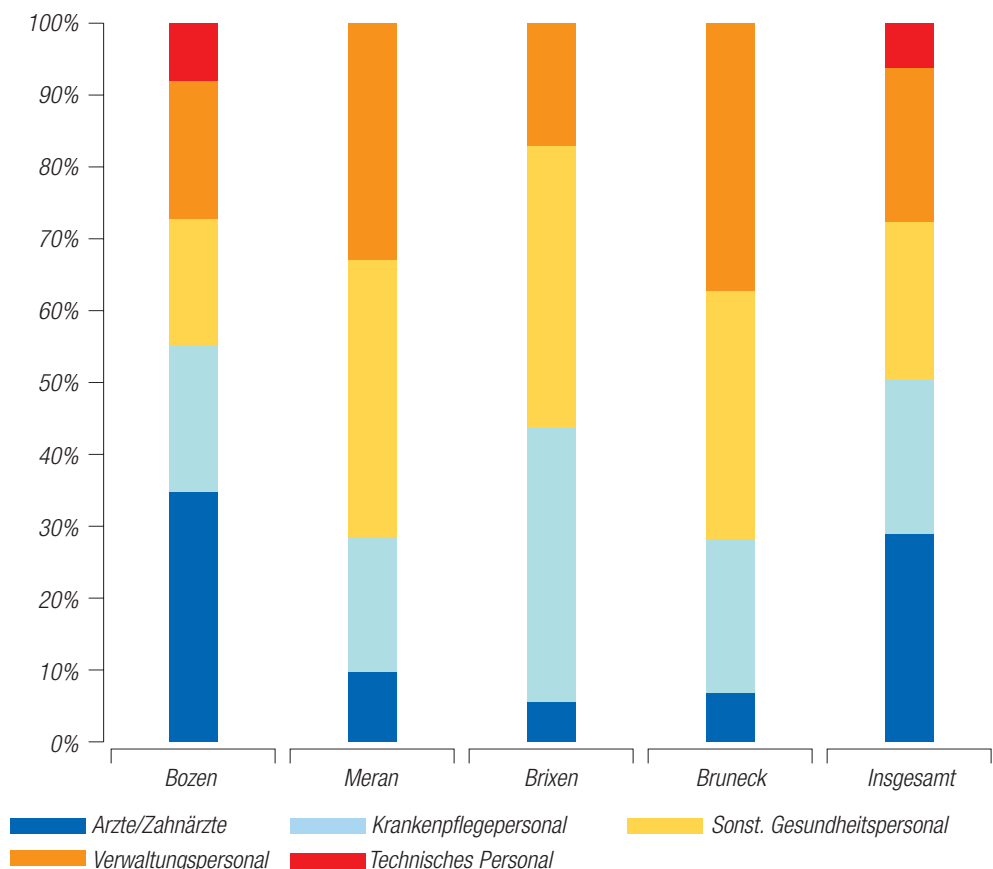
Der größte Bestand an Ärzten/Tierärzten ist im Tierärztlichen Dienst zu verzeichnen (35,10 äquivalente Mitarbeiter), der größte Anteil an Krankenpflegepersonal im Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit 18,52 äquivalenten Mitarbeitern. Das meiste Verwaltungspersonal konzentriert sich im Dienst für Rechtsmedizin (21,21 äquivalente Mitarbeiter).

Tabelle 21: Im Bereich Prävention beschäftigtes Personal insgesamt nach Berufsbild - Jahr 2004

Dienst	Ärzte/ Tierärzte		Kranken- pflege- personal		Sonst. Gesundheits- personal		Verwal- tungs- personal		Techn. Personal		Insgesamt	
	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ	N	EQ
Hygiene u. Öffentl. Gesundh.	10	9,94	29	18,52	45	41,01	22	15,80	2	1,97	108	87,24
Sportmedizin	5	4,91	16	8,53	-	-	5	2,94	-	-	26	16,38
Rechtsmedizin	5	4,94	7	5,19	-	-	26	21,21	2	1,98	40	33,32
Dienst für Arbeitsmedizin – klinische Abteilung	14	11,51	14	9,76	-	-	3	2,81	1	1,00	32	25,08
Dienst für Arbeitsmedizin – Hygiene	3	2,52	2	1,65	4	2,54	2	1,44	-	-	11	8,15
Dienst für Pneumologie	8	7,06	20	13,04	2	0,99	6	3,97	-	-	36	25,06
Tierärztlicher Dienst	39	35,10	-	-	14	13,14	13	8,00	13	11,50	79	67,74
INSGESAMT	84	75,98	88	56,69	65	57,68	77	56,17	18	16,45	332	262,97

Quelle: Sanitätsbetriebe - SIPs

Abbildung 35: Äquivalentes Personal in der Prävention des territorialen Bereichs der Sanitätsbetriebe nach Berufsbild und Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



1.2. AUSBILDUNG DES GESUNDHEITSPERSONALS

Im Schuljahr 2004/2005 betrug die Zahl der an der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ angemeldeten Schüler 614; die Zahl der Absolventen belief sich auf 141.

Im Jahr 2004 schlossen 191 sozio-sanitäre Mitarbeiter die einschlägigen Kurse ab.

Den Ärzten wurden 91 Stipendien für Fachausbildungen im Ausland und 39 Stipendien für Fachausbildungen in Italien gewährt.

Im Rahmen der ständigen Weiterbildung wurden 71 Kurse und 25 Tagungen von der Provinz sowie 483 Kurse von den Sanitätsbetrieben organisiert.

Die Autonome Provinz Bozen fördert und ergreift – direkt oder durch Konventionen mit Körperschaften und Sanitätsbetrieben – koordinierte Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung, die der organisatorischen Entwicklung der Gesundheitsdienste sowie dem einschlägigen kurz- und mittelfristigen Bedarf an qualifizierten Humanressourcen entsprechen.

Die Aus- und Weiterbildungstätigkeit gliedert sich in Grundausbildung, Fachausbildung und ständige Weiterbildung. Dazu kommen noch die obligatorischen Praktika vor dem Universitätsabschluss für die angehenden Ärzte und die Ausbildung für die Basisärzte.

Die Planung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für die Ausbildung des Gesundheitspersonals der Provinz erfolgt im Dreijahresplan, der gemäß den Bestimmungen des Landesgesundheitsplans 2000-2002 unter Berücksichtigung der vom Landesressort für Gesundheit ermittelten Personalanforderungen der Gesundheitsdienste sowie der von den Sanitätsbetrieben gemeldeten Prioritäten ausgearbeitet wird. Dieser Plan wird jährlich durch neue Initiativen ergänzt, die in den Terminplan der im Jahresverlauf durchzuführenden Maßnahmen (Seminare, Tagungen, Ausbildungskurse) aufgenommen werden.

Die Aus- und Weiterbildungskurse für das Personal in den Gesundheitseinrichtungen werden sowohl auf Landesebene als auch auf der Ebene der Sanitätsbetriebe organisiert.

1.2.1. Grundausbildung

Die Grundausbildung bereitet das Personal auf eine berufliche Qualifizierung vor und bezieht sich auf Kurse und Schulen für Mitarbeiter im Gesundheitswesen, nach deren Abschluss ein Diplom/Studientitel ausgestellt wird.

Mit dem Schuljahr 1996/97 hat die neue (nach Einführung der „Universitätsdiplome“ und auf gesamtstaatlicher Ebene gegründete) „Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe – Claudiana“ ihre Tätigkeit aufgenommen. Zu diesem Zweck

wurden Konventionen mit 5 italienischen Universitäten abgeschlossen, während die didaktische Organisation den Modellen der deutschsprachigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union angepasst ist.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass nach der Universitätsreform des Schuljahres 2002/2003 die Universitätsdiplome zu Universitätsabschlüssen der 1. Ebene wurden.

Tabelle 22: **Angemeldete Schüler der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe nach Studienjahr - Jahr 2004/2005**

Berufsbild	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Insgesamt
Diplom Krankenpfleger	135	85	83	303
Sanitätsassistenten	-	-	14	14
Hebammen	15	12	18	45
Röntgentechniker	15	-	13	28
Labortechniker	-	12	-	12
Physiotherapeuten	18	19	16	53
Ergotherapeuten	-	19	-	19
Diätberater	-	12	-	12
Zahnhygieniker	14	-	-	14
Logopäden	-	-	19	19
Kinderkrankenpfleger	-	23	21	44
Umwelttechniker	-	16	-	16
Orthopädische Techniker	-	-	4	4
Orthoptisten	-	-	11	11
Master management	20	-	-	20
INSGESAMT	217	198	199	614

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

Auch im Schuljahr 2003/04 wurden die Kurse für Pflegehilfen-sozio-sanitäre Mitarbeiter sowie die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter abgehalten. Diese Mitarbeiter leisten ihre Tätigkeit sowohl im sozialen als auch im gesundheitlichen Bereich in sozial-fürsorglichen und sozial-gesundheitlichen, stationären oder halbstationären Diensten, im Krankenhaus, territorial oder zu Hause des Patienten.

Die Kurse fanden in den Sanitätsbetrieben, in italienischen und deutschen Schulen für die Gesundheitsberufe und beim KVV („Katholischer Verband der Werktätigen“) statt; 2004 schlossen folgende Mitarbeiter diese Kurse ab:

Tabelle 23: **Anzahl der diplomierten sozio-sanitären Mitarbeiter nach besuchtem Institut - Jahr 2004**

Institut	Anzahl der diplomierten Schüler
Sanitätsbetriebe	59
Italienische Schulen für Gesundheitsberufe	49
Deutsche Schulen für Gesundheitsberufe	70
KVV	13
DIPLOMIERTE SOZIO-SANITÄRE MITARBEITER INSGESAMT	191

2004 wurden in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran die Spezialisierungsmodule in der Psychiatrie und im Sanitätsbetrieb Brixen das Spezialisierungsmodul im OP-Saal abgeschlossen.

Abbildung 36: Anmeldungen zu den Grundausbildungskursen Schuljahre 1995/1996 - 2004/2005

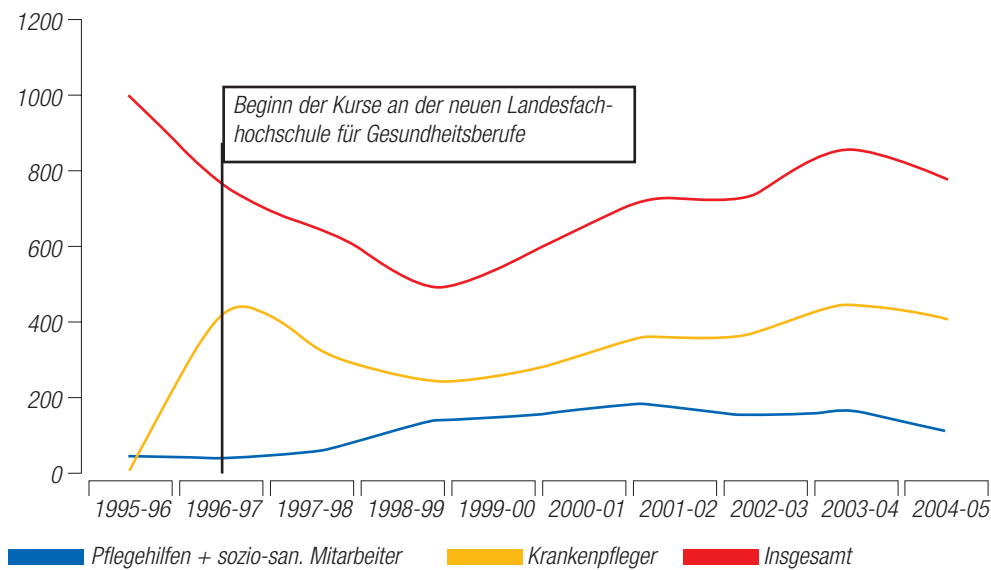


Tabelle 24: Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ nach Berufsbild - Jahr 2004

Berufsbild	Anz. Absolventen	Prozentsatz der Schüler des letzten Schuljahres
Diplom-Krankenpfleger	85	72,6 %
Physiotherapeuten	11	84,6 %
Hebammen	11	78,6 %
Diätberater	14	93,3 %
Zahnhygieniker	9	90,0 %
Röntgentechniker	11	100,0 %
INSGESAMT	141	78,3 %

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

Die Gesamtanzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ und der Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter im Schuljahr 2003/2004 betrug 434. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der Absolventen um rund 17,6% angestiegen. Die Gesamtzahl der Absolventen der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe ist 2004 gegenüber 2003 um 80 gesunken. Der Rückgang betrifft vor allem die Diplom-Krankenpfleger (von 104 im Jahr 2003 auf 85 im Jahr 2004). Dies ist vor allem auf eine größere Selektion der Absolventen aufgrund der Verminderung der Absolventen im Vergleich zur Anzahl der Schüler im letzten Jahr zurückzuführen.

In Bezug auf die Notfallmedizin wurden im Sinne des Artikels 72 des Landesgesetzes Nr. 312 vom 5. März 2001 die Ausbildungsstufen „A“ und „B“ des Rettungsfahrers und des freiwilligen Rettungshelfers festgelegt; mit Beschluss der Landesregierung Nr. 2929 vom 11. August 2004 wurde die Zusatzausbildung der Diplom-Krankenpfleger, die in den Notfallsystemen tätig sind, genehmigt.

1.2.2. Fachausbildung

Die Fachausbildung ermöglicht es den Besitzern eines akademischen Studientitels der Medizin und Chirurgie, ihre Ausbildung in einem bestimmten Bereich fortzusetzen.

Die Autonome Provinz Bozen fördert die Fachausbildung von Ärzten und anderen akademischen Berufsbildern des Gesundheitswesens (Psychologen, Biologen, Physiker, Apotheker etc.) durch Konventionen mit italienischen und österreichischen Universitäten bzw. Hochschulen anderer EU-Mitgliedstaaten im deutschsprachigen Kulturraum und mittels Gewährung von Stipendien.

Der Bedarf an Fachärzten wird für jeden Fachbereich von der Landesregierung aufgrund der Angaben der Sanitätsbetriebe und der konventionierten Einrichtungen sowie unter Berücksichtigung der Ziele des Landesgesundheitsplans festgelegt.

Außerdem wurde das neue Landesgesetz Nr. 14/2002 über die fachärztliche Ausbildung in Einklang mit der neuen staatlichen und europäischen Gesetzgebung in diesem Bereich angenommen. Die entsprechenden Durchführungsverordnungen müssen jedoch noch ausgearbeitet und der Landesregierung vorgelegt werden.

Tabelle 25: Anzahl der Stipendien für die Fachausbildung - Schuljahr 2003-2004

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Anästhesie und Reanimation	11	2
Kardiologie	-	2
Allgemeine Chirurgie	7	1
Gesichts- und Kieferchirurgie	-	3
Plastische Chirurgie	1	-
Thorax-Chirurgie	-	2
Dermatologie und Venerologie	3	2
Hämatologie	-	2
Geriatrie	-	2
Geburtshilfe und Gynäkologie	11	2
Arbeitsmedizin	-	1
Physikalische Medizin u. Rehabilitation	4	1
Sportmedizin	-	1
Interne Medizin	8	3
Neurochirurgie	-	1
Neurologie	6	-
Kinderneuropsychiatrie	2	-
Ophthalmologie	3	-
Orthopädie und Traumatologie	5	1
HNO	1	-
Pediatric	20	6
Psychiatrie	4	-
Klinische Psychologie	-	3
Röntgendiagnostik	3	2
Urologie	2	-
Ernährungswissenschaften	-	1
Hygiene und Präventivmedizin	-	1
INSGESAMT	91	39

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

2004 erhielten Biologen, Physiker, Ärzte und Psychologen außerdem einen Beitrag für kurze Fachausbildungen oder Praktika gemäß den Bestimmungen des Landesgesetzes Nr. 14/2002, Art. 4 für einen Gesamtbetrag in Höhe von 199.632,00 Euro¹.

Tabelle 26: **Anzahl der Beiträge für Fachausbildungen oder Praktika (LG Nr. 14/2002, Art. 4) - Jahr 2004**

Art der Fachausbildung	Ausland	Italien
Biologen	-	3
Ärzte	8	-
Psychologen	9	29
INSGESAMT	18	14

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

1.2.3. Praktika

Im Jahr 2004 ist die Anzahl der Anträge auf Studienbeihilfen für das Praktikum für die Zulassung zum Staatsexamen von Psychologen und Tierärzten im Vergleich zum Vorjahr von 40 auf 45 für einen Gesamtbetrag von 348.247,00 Euro leicht angestiegen. Von den 45 Anträgen wurden 43 von Psychologen und 2 von Tierärzten gestellt.

Tabelle 27: **Anträge auf Studienbeihilfen für Praktika von Biologen, Psychologen und Tierärzten und aufgewendeter Betrag - Jahre 1993-2004**

Jahr	Anträge			Gesamtbetrag (Euro)
	Biologen	Psychologen	Tierärzte	
1993	10	-	-	27.891,00
1994	13	19	-	108.942,00
1995	12	13	-	81.165,00
1996	13	7	-	113.495,00
1997	15	11	1	191.281,00
1998	16	25	-	247.077,00
1999	16	13	-	274.873,00
2000	11	26	3	257.093,00
2001	3	25	2	297.232,00
2002	-	32	3	246.955,00
2003	-	39	1	318.722,00
2004	-	43	2	348.247,00

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

1.2.4. Allgemeinmedizin

Im Jahr 2004 wurde der dreijährige Fachausbildungskurs in Allgemeinmedizin mit 15 Teilnehmern begonnen. Mit der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin wurde eine Konvention für den theoretischen Teil der Ausbildung abgeschlossen. Es wurden zwei Kurse für Krankenhaus-Tutors und Tutors für Allgemeinmediziner organisiert. Der wissenschaftliche Ausschuss versammelte sich vier Mal.

¹ Die Daten über die Ausgaben der Provinz für die Fachausbildung des Gesundheitspersonals liegen pro Kalenderjahr und nicht pro Schuljahr vor.

1.2.5. Ständige Weiterbildung

Die ständige Weiterbildung bietet den Fachärzten die Möglichkeit, im Laufe ihrer Karriere neue Kenntnisse und Fähigkeiten zu erlangen, welche es ihnen erlauben, ihr Fachwissen immer auf dem neuesten Stand der Wissenschaft und Technik in ihrem Bereich zu halten und ihre Arbeit mit Sachverstand unter Berücksichtigung der vom Landesgesundheitsplan vorgesehenen Entwicklung des Landesgesundheitsystems zu leisten.

Am 5.3.2001 trat das Landesgesetz Nr. 7 in Kraft, das im Art. 49 die Einrichtung der Landeskommission für die ständige Weiterbildung vorsieht (operativ seit Dezember 2002). Dabei handelt es sich um ein mit dem derzeitigen nationalen System (ECM – ständige medizinische Weiterbildung) kohärentes Organ der Provinz. Auf der Grundlage dieses Systems der „Ausbildungscredits“ muss jeder Mitarbeiter im Gesundheitswesen (Arzt, Krankenpfleger oder andere) nach der Grundausbildung seine berufliche Weiterbildung fortsetzen. Für jeden Mitarbeiter ist deshalb eine Fortbildung seines theoretischen Fachwissens, seiner praktischen Fähigkeiten und der Kompetenzen im Bereich Kommunikation und auf Beziehungsebene vorgesehen.

Das bedeutet in der Praxis, dass jeder Mitarbeiter verpflichtet ist, innerhalb von 3 Jahren ab 2006 150 Ausbildungscredits zu erlangen; 10 Credits sind für das Jahr 2002, 20 Credits für 2003 etc. vorgesehen.

Gemäß den nationalen Bestimmungen und in Bezug auf die Autonomie der Autonomen Provinz Bozen erarbeitete die Landeskommission für die ständige Weiterbildung:

- a) die Ausbildungsziele im Gesundheitswesen
- b) die Bewertungskriterien der Ausbildungsinitiativen in Südtirol und die Bewertungskriterien der Ausbildungserfahrungen der Mitarbeiter des Landesgesundheitsdienstes im Ausland. Die in den anderen Regionen oder Provinzen angebotenen Ausbildungsmaßnahmen werden auf örtlicher Ebene bewertet, falls das System dort implementiert ist, oder von der nationalen Kommission. Die Zuweisung der Punkteanzahl gemäß LG Nr. 14/2002 und die entsprechende Durchführungsverordnung wurden den Berufsverbänden/Kammern und Kollegien übertragen.

Aufgabe der Landeskommission ist außerdem die Festlegung der Akkreditierungskriterien der wissenschaftlichen Gesellschaften und öffentlichen und privaten Körperschaften, die in der Provinz akkreditierbare Fortbildungsmaßnahmen im Gesundheitsbereich anbieten; auf nationaler Ebene wird dies im Jahr 2004 erprobt werden.

1.2.5.1. Aus- und Weiterbildungskurse der Provinz

Die Entscheidung des Amtes für Personalausbildung, in der Provinz überbetriebli-

che Projekte der ständigen Weiterbildung anstelle der einzelnen, voneinander unabhängigen Initiativen zu fördern, erwies sich als richtig und berücksichtigt auch die Rolle der Provinz im Rahmen der ständigen Weiterbildung. Einen Ausbau müssen dabei jene Themenbereiche erfahren, die für die gesamte Provinz von Belange sind; auch das Ausbildungsangebot muss entsprechend gestaltet werden.

Das Ziel ist also die Zusammenlegung der Ressourcen, die Förderung der Interdisziplinarität und die Entwicklung von Kooperationsnetzen.

Zu den Projektthemen gehören unter anderem: Palliative Care, Evidence Based Nursing, Evidence Based Medicine in Dermatologie und Rehabilitation, die biomedizinische Aufklärung mit der Einrichtung der Virtuellen Medizinischen Bibliothek, Management, Notfallmedizin, Notfallpsychologie, Rehabilitation, Ethik, Komplementärmedizin und der Datenschutz vor allem in Bezug auf die Anwendung des neuen Datenschutzgesetzes.

Die Virtuelle Medizinische Bibliothek ist ein Instrument zur Unterstützung der täglichen Arbeit des Südtiroler Gesundheitspersonals: bei der Versorgung, Verwaltung, im Studium, bei der ständigen Erziehung und in der Forschung. Dieses für medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisse offene Portal richtet sich an das Südtiroler Gesundheitswesen und bietet Zugriff auf die maßgebendsten, online verfügbaren Quellen. Die Website "www.bmv.Bolzano.it" ist allen zugänglich. Zu den Ressourcen der elektronischen Fachzeitschriften und Datenbanken der Virtuellen Medizinischen Bibliothek haben folgende Zugang:

- das Personal der Sanitätsbetriebe der Autonomen Provinz Bozen
- das Personal und die Studenten der Landesfachhochschule für Gesundheitswesen „Claudiana“
- das Personal des Departements für Gesundheitswesen und Sozialpolitik der Autonomen Provinz Bozen

Im Jahr 2004 organisierte die Autonome Provinz Bozen 71 Kurse und 25 Tagungen für das akademische und nicht akademische Krankenpflege-, technische, Rehabilitations- und Hilfspersonal der Sanitätsbetriebe.

Die Weiterbildungskurse wurden von 2.265 Mitarbeitern im Gesundheitswesen besucht. Das unter den Kursteilnehmern vorherrschende Berufsbild war das Krankenpflegepersonal (623 Teilnehmer), gefolgt von den Ärzten (522). Die Anzahl der für die ständige Weiterbildungstätigkeit aufgebrauchten Stunden betrug rund 2.288, die entsprechenden Ausgaben beliefen sich auf ca. 551.784 Euro.

An den 25 von der Provinz organisierten Tagungen nahmen 3.034 Mitarbeiter der Sanitätsbetriebe teil, 1.854 davon waren Ärzte. Die Zahl der den Tagungen gewidmeten Stunden war 250, dafür wurde ein Betrag von rund 724.803 Euro aufgewendet.

Tabelle 28: Weiterbildungstätigkeit des Personals der Gesundheitsdienste der Provinz – Jahr 2004

Berufsbild	Anz. d. Teiln. an Kursen f. d. ständige Weiterb.	Anz. der Teiln. an Tagungen
Ärzte	522	1.854
Psychologen	345	92
Psychiater	69	2
Tierärzte	2	38
Biol., Physik., Apotheker, Chem.	10	267
Verwaltungspersonal	83	25
Krankenpfleger	623	385
Rehabilitationspersonal	271	84
Technisches-sanitäres Person.	16	6
Hilfspersonal	20	6
Sonst. nicht-akadem. Person.	304	275
INSGESAMT	2.265	3.034

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

Unter den für Ärzte durchgeführten Kursen wird auf den Kurs für neurologische Rehabilitation und auf den Kurs über den Datenschutz in der Gesundheitsverwaltung hingewiesen.

Außerdem sind der Grundkurs der „Spiraldynamik“ für Physiotherapeuten, welcher auf eine einfache und transparente Annäherung an die Körperhaltungs- und Bewegungsanalyse vorbereitet, sowie der Kurs „Einführung in die Ernährungsvirologie: die Handhabung der Nahrungsmittel-Virusepidemien“ für die im Bereich Prävention tätigen Mitarbeiter (Techniker und Sanitätsassistenten) zu nennen.

2004 wurden die ersten beiden Kurse für Management und Führung für Führungskräfte im Gesundheitswesen gemäß DPR Nr. 484/1997 und Landesgesetz Nr. 5/1998 mit Gültigkeit auf dem gesamten Staatsgebiet gestartet, an denen 42 Personen, darunter 17 Chefarzte und Direktoren, teilnahmen. Zugelassen waren auch Mitarbeiter in nicht-leitenden Positionen, um den Sanitätsbetrieben die Schaffung eines Pools neuer Führungskräfte zu ermöglichen; außerdem beteiligten sich einige Verwaltungsleiter, um ein Netz der Verbindung der Anforderungen des medizinischen Bereich und des verwaltungstechnischen Bereichs zu schaffen. Das innovative didaktische Konzept des Kurses konzentrierte sich auf die Teilnehmer und die berufliche Situation; die sich daraus ergebenden konkreten Probleme stellten den Ausgangspunkt für die Planung der einzelnen Ausbildungsmodule dar. Die Themenbereiche der didaktischen Module umfassten das Personalmanagement, die Unternehmensführung und die Organisation. Die inhaltliche Organisation der Kurse wurde den Universitäten Bocconi von Mailand und Innsbruck übertragen, die Koordinierung fand vor Ort statt.

Gemäß Leitlinien des Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 1998 und der Verordnung des Landeshauptmanns Nr. 56/1999 wurde im Jahr 2004 der 4. Kurs „Ausbildungskurs für diejenigen, die Tätowierungen und Piercing durchführen“ organisiert, an dem 19 Interessierte teilnahmen. In den letzten Jahren kam es auch in der Provinz Bozen zu einer weiten Verbreitung dieser Praktiken – vor allem unter den Jugendlichen. In Anbetracht der erwiesenen möglichen Übertragung von Infek-

tionen über das Blut bei Verfahren, bei denen Nadeln und spitze/scharfe Geräte verwendet werden, wurde eine angemessene Ausbildung der in diesem Bereich Tätigen nötig, um eine strenge Einhaltung der Bestimmungen bei der Durchführung der verschiedenen Praktiken unter größter Sicherheit zu gewähren.

Wie in Punkt 4.6 des Landesgesundheitsplans 2000-2002 vorgesehen wurden auch 2004 einige Ausbildungskurse mit dem Ziel durchgeführt, den Austausch zwischen den verschiedenen Berufsbildern des Gesundheitsdienstes und die Teamarbeit zu fördern.

Von den fachübergreifenden Weiterbildungskursen für Ärzte und Krankenpfleger werden eine Fortsetzung des Kurses über die Wahl und Kodifizierung der Diagnosen und der chirurgischen Eingriffe im Entlassungsbogen der Krankenanstalten sowie der Kurs über die Haftung (strafrechtliche, zivilrechtliche, verwaltungsrechtliche, leitungstechnische und disziplinarische Haftung) des öffentlichen Leiters gemäß der neuesten Gesetzgebung hervorgehoben.

Zu den veranstalteten Tagungen gehören: Notfallpsychologie – Die Hand des Musikers – Die Hand des Sportlers - Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury - VI AIRT - Gastroenterology Update 2004 - XIV Nationaler ACOI-Kongress der Videochirurgie.

Die Palliative Care-Tagung rief auch dieses Jahr großes Interesse im gesundheitlichen und sozialen Bereich hervor und bezog zahlreiche Mitarbeiter der verschiedenen Berufsbilder mit ein (Ärzte, Krankenpfleger, Psychologen, Sozialassistenten, Röntgentechniker, sozio-sanitäre Mitarbeiter).

Das Landeskomitee für Ethik setzte auch im Jahr 2004 seine Arbeit fort: neben einer Vollversammlung wurden 14 Sitzungen der Untergruppen zur Überprüfung diverser Themen abgehalten. Das Hauptthema des Jahres war „Allokation der Mittel“; die diesbezüglichen Initiativen umfassten:

- Treffen zwecks Dialog zwischen dem Landeskomitee für Ethik und den Vertretern des Gesundheitswesens, der Wirtschaft, den Gewerkschaften, der Kirche, der Politik, der Öffentlichen Verwaltung und der Presse
- Eine Tagung für Gesundheitspersonal und sonstige Interessierte
- Eine Konferenz für die Öffentlichkeit

Auf der Webpage wurde die Bioethische Fragenreihe „Mensch oder was sonst?“ zum Lebensbeginn mit Presse- und Rundfunkinformationen veröffentlicht.

Zahlreiche, von den Bürgern per E-Mail eingesendete Fragen wurden von den Komiteemitgliedern beantwortet.

Außerdem wurden Stellungnahmen über verschiedene Forschungen abgegeben, und die Homepage erfuhr eine völlige Neugestaltung.

1.2.5.2. Aus- und Weiterbildungskurse der Sanitätsbetriebe

Auch die Sanitätsbetriebe veranstalteten 2004 zahlreiche Weiterbildungskurse

**INTERDISZIPLINÄRE
KURSE**

sowohl für die Mitarbeiter der territorialen Dienste als auch für das Krankenhauspersonal. Insgesamt organisierten die Sanitätsbetriebe 483 Kurse, einige davon wurden während des Jahres mehrfach wiederholt.

Wie jedes Jahr behandelten die Kurse verschiedene Themen, von der Vertiefung der medizinischen Kenntnisse bis hin zur Krankenpflege, mit besonderem Hinweis auf die Ausbildung im Bereich der Informatik für alle Berufsbilder der Sanitätsbetriebe.

2004 entsprach die Anzahl der von den Sanitätsbetrieben organisierten Kurse in etwa jener der Vorjahres (im Jahr 2003 waren es 491, im Jahr 2004 483). Ein Anstieg der Ausbildungskurse gegenüber 2003 ist in den Sanitätsbetrieben Bozen und Meran zu verzeichnen (76 bzw. 118 im Jahr 2003, 112 bzw. 179 im Jahr 2004).

Tabelle 29: **Anzahl der Kurse und Gesamtausgaben für die Ausbildungsmaßnahmen der Sanitätsbetriebe - Jahr 2004**

	<i>Bozen</i>	<i>Meran</i>	<i>Brixen</i>	<i>Bruneck</i>
<i>Kurse</i>	112	179	78	114
<i>Gesamtausgaben (in Euro)</i>	166.789	217.356	n.d.	n.d.

Quelle: Sanitätsbetriebe

Die Daten über die Anzahl der Teilnehmer sind nicht vollständig vergleichbar, da für die Sanitätsbetriebe Bozen und Meran die Teilnahmen des Personals an den verschiedenen Aus- und Weiterbildungskursen und in den Sanitätsbetrieben Brixen und Bruneck die einzelnen, an den Kursen des Jahres 2004 teilnehmenden Mitarbeiter berücksichtigt wurden.

Tabelle 30: **Anzahl der Teilnehmer an den Ausbildungsmaßnahmen der Sanitätsbetriebe - Jahr 2004**

	<i>Bozen*</i>	<i>Meran*</i>	<i>Brixen**</i>	<i>Bruneck**</i>
<i>Ärzte</i>	484	706	103	103
<i>Sonstige Akademiker</i>	79	101	31	25
<i>Krankenpflegepersonal</i>	1.793	2.574	472	495
<i>Rehabilitationspersonal</i>	435	203	62	46
<i>Technisch-sanitäres Personal</i>	329	220	35	34
<i>Verwaltungspersonal</i>	397	218	110	174
<i>Sonstige Berufsbilder</i>	241	530	180	227

* Anzahl der Teilnahmen des Personals nach Berufsbild

** Effektive Anzahl des Personals, das an Ausbildungsmaßnahmen teilgenommen hat

Quelle: Sanitätsbetriebe

1.2.5.3. Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren

Das Landesgesetz Nr. 14/02 sieht Beiträge für Körperschaften und Vereinigungen vor, die Kurse im Gesundheitswesen organisieren. 2004 wurden 23 Anträge eingereicht und angenommen; dafür wurden Beiträge für insgesamt rund 442.880 Euro zugewiesen, was einem Finanzierungszuwachs von ca. 21% gegenüber 2003 entspricht.

1.2.5.4. Stipendien für die Ausbildung und Fachausbildung der sanitären, technischen und Hilfsfachkräfte

Das Landesgesetz Nr. 14/02 sieht außerdem Stipendien für den Besuch von Schulen oder Kursen der Grund-, Fach- und ständigen Weiterbildung vor. 2004 wurden 54 Anträge eingereicht (8 davon wurden zurückgewiesen); der dafür bereitgestellte Gesamtbetrag betrug 113.067,00 Euro.

Aus diesem Betrag ausgeschlossen sind die Anträge, die von den Schülern der Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe „Claudiana“ eingereicht wurden, und die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter, da diese in die Zuständigkeiten des Amtes für Schul- und Hochschulfürsorge fallen.

1.2.6. Gleichwertigkeit der im deutschsprachigen Raum erlangten Studientitel

Art. 6 des DPR Nr. 197 vom 26. Januar 1980 sieht vor, dass die Autonome Provinz Bozen eine Gleichwertigkeitserklärung für die von Bürgern der Europäischen Union in einem deutschsprachigen Land (Deutschland, Österreich und Schweiz) erlangten Studientitel für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe unter Berücksichtigung des Bedarfs an Mitarbeitern im Gesundheitsdienst der Provinz Bozen ausstellen kann. Diese Gleichwertigkeit gilt nur für das Gebiet der Provinz Bozen.

Die Gleichwertigkeitserklärung wird nur ausgestellt, wenn der Kandidat die in Italien für die Erlangung derselben Ausbildung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt. Außerdem muss die im Ausland absolvierte und abgeschlossene Ausbildung dieselbe Dauer sowohl für den theoretischen Unterricht als auch für das Praktikum haben.

2004 wurden 16 Gleichwertigkeitserklärungen ausgestellt. Mit der Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 18.06.2002 war die Autonome Provinz Bozen (wie auch die anderen betroffenen Regionen) ermächtigt, Ermittlungsverfahren für die Anerkennung der Befähigungstitel im Gesundheitsbereich (Krankenpfleger und sanitäre Röntgentechniker) anzustellen, die in Nicht-EU-Ländern erlangt worden waren (gemäß Art. 1, Absatz 10-ter der Gesetzesverordnung Nr. 402 vom 12.11.01, umgewandelt in Gesetz durch Art. 1 des Gesetzes Nr. 1 vom 8.1.2002). Mit dieser Ermächtigung wurde die Durchführung der Verfahren beschleunigt.

2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen betrugen im Jahr 2004 1.085,122 Millionen Euro (2.278,32 Euro pro Kopf).

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen machten 93,1% der von den Sanitätsbetrieben getragenen Gesamtausgaben aus (1.010,107 Millionen Euro; 2.120,82 Euro pro Kopf).

Die laufenden Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen der Provinz am BIP entsprachen 2004 7,6% (auf gesamtstaatlicher Ebene 6,6%).

Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität war 2003 insgesamt positiv mit 5,2 Millionen Euro.

Auch der Saldo der überregionalen fachärztlichen Mobilität des Jahres 2003 war mit 539.000 Euro positiv.

Die makroökonomische Analyse der Ausgaben für das Gesundheitswesen ergibt, dass die italienischen Familien in den letzten Jahren immer mehr für die Gesundheit ausgegeben haben.

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich, da die privaten Gesundheitsausgaben aufgrund der spärlichen Informationsquellen schwierig zu bemessen sind.

Die Ausgaben für das Gesundheitswesen setzen sich zusammen aus:

- den von den Sanitätsbetrieben getragenen Betriebskosten und Investitionen, die den Haushaltplänen bzw. den Beschlussfassungen der Landesregierung entnommen werden können;
- den direkt von der Provinz getragenen laufenden Ausgaben und Investitionsausgaben, die sich aus dem Landeshaushalt ergeben.

Die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich können in laufende Ausgaben (Absatz 3.2) und Ausgaben aus Kapitalbewegungen (Investitionsausgaben) (Absatz 3.3) unterteilt werden.

Laufende Ausgaben sind die Führungskosten, z.B. Ausgaben für das Personal und den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen; sie setzen sich aus den Führungskosten der Sanitätsbetriebe und den Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes zusammen. Die Kosten aus Kapitalbewegungen oder Investitionskosten sind die Kosten für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung von dauerhaften Gütern; sie bestehen aus den von den Sanitätsbetrieben getätigten Investitionen und den Investitionsausgaben des Landes.

Die Daten der Kosten der Sanitätsbetriebe wurden dem Kontenplan des Haushaltes der Sanitätsbetriebe entnommen. Die Ausarbeitung der Daten erfolgte nach

**LAUFENDE AUSGABEN
UND INVESTITIONS-
AUSGABEN**

**VON DEN SANITÄTS-
BETRIEBEN GETRAGENE
KOSTEN UND AGGRE-
GATIONSMETHODIK**

INVESTITIONEN DER SANITÄTSBETRIEBE

dem Gliederungsschema des Gesundheitsministeriums. Die Kosten der Sanitätsbetriebe setzen sich folgendermaßen zusammen: Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen, ...), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (z.B. Rückstellungen für das Personal) und die Ausgaben für die passive Mobilität außerhalb der Provinz und im Ausland. Nicht unter die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten fallen die provinziinterne passive Mobilität, für die ein Ausgleich zwischen den Sanitätsbetrieben stattfindet, und die Amortisationen und die Entwertungen der Forderungen. Die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten für die Erbringung der Zusatzleistungen (Versorgung, die über die nationalen LEA-Standards hinausgeht) wurden ebenfalls abgezogen, da sie den vom Land getragenen Kosten zugerechnet werden; Ausgabenduplikationen wurden somit vermieden. Dieses Aggregationskriterium wird seit 2002, Jahr der Einführung der Erfolgs- und Vermögensbuchhaltung in den Sanitätsbetrieben, benutzt. Vor 2002 wurde die Finanzbuchhaltung angewandt; ein zeitlicher Vergleich der beiden Buchhaltungssysteme ist aufgrund der unterschiedlichen Grundlagen nicht immer möglich. Die Datenquelle für die Jahre 2002 und 2003 ist also die Haushaltsabrechnung der Sanitätsbetriebe, für das Jahr 2004 hingegen die Rohbilanz.

Die Investitionen der Sanitätsbetriebe wurden auf der Grundlage der betrieblichen Zuweisungen mittels Beschlussfassungen der Landesregierung berechnet. Diese Zuweisungen stammen aus Landesbeiträgen zu Lasten des Landeshaushaltes 2004, wobei die Anteile der Neuzuweisung der Rückstände nicht berücksichtigt wurden, weil sie nicht zum Geschäftsjahr gehören.

LAUFENDE AUSGABEN DER PROVINZ

Die laufenden Ausgaben, die direkt vom Land getragen werden, sind in der Gewinn- und Verlustrechnung des IV. Trimesters 2004 enthalten. Die Gewinn- und Verlustrechnung wurde mit dem Ziel überarbeitet, auch den Anteil der Zusatzausgaben, die von den Führungskosten der Sanitätsbetriebe ausgegliedert worden waren, zu berücksichtigen, und die erhaltenen Daten somit um jene Kostenanteile zu bereinigen, die bereits den Sanitätsbetrieben zugeschrieben wurden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden. Die laufenden Ausgaben der Provinz umfassen somit sowohl die Versorgung, die in die nationalen LEA-Versorgungsstandards fällt (DPCM vom 22.11.2001), als auch die Versorgung, die über die nationalen LEA-Standards hinausgeht. Nicht in den laufenden Ausgaben der Provinz enthalten sind die Anteile zur Deckung der sozio-sanitären Ausgaben (Beiträge für Klimakuraufenthalte für Minderjährige, Beiträge für sozio-sanitäre Initiativen zugunsten der Blutspendervereinigungen).

INVESTITIONSAUSGABEN DER PROVINZ

Die Investitionsausgaben der Provinz ergeben sich aus den Zweckbindungen der Landeshaushaltskapitel zur Finanzierung der Investitionsausgaben.

Um einen zeitlichen Vergleich zu ermöglichen, wurden die Konversionskoeffizienten von laufender Lira, ausgedrückt in Euro, in konstante Lira, ausgedrückt in Euro

2004, auf die Nennwerte der Aufwendungen der verschiedenen Jahre angewendet. Diese Koeffizienten, die in Tabelle 1 zusammengefasst sind, wurden angesichts des unterschiedlichen Verlaufs der Inflationsrate der Provinz Bozen und Italiens für beide Gebiete berechnet und ergeben sich aufgrund der durchschnittlichen ASTAT/ISTAT-Indizes der Veränderung der Lebenshaltungskosten für die Arbeiter- und Angestelltenfamilien.

Tabelle 1: Koeffizienten für die Umrechnung laufende Lira, ausgedrückt in Euro/konstante Lira, ausgedrückt in Euro 2004: Provinz (Gemeinde Bozen), Italien

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Provinz	1,520	1,435	1,366	1,272	1,206	1,167	1,143	1,124	1,100	1,073	1,042	1,017	1,000
Italien	1,406	1,349	1,298	1,232	1,186	1,166	1,145	1,127	1,099	1,070	1,045	1,020	1,000

Quelle: ASTAT / ISTAT

Die Angaben über die Gesundheitsausgaben und das Bruttoinlandsprodukt für ganz Italien, die für einen Vergleich zur Landessituation herangezogen wurden, wurden für den Zeitraum 1990-95 der IRIS-Veröffentlichung 1996 entnommen; die Daten über die laufenden Gesundheitsausgaben für ganz Italien in den Jahren 1996-99 stammen aus dem allgemeinen Bericht über die Wirtschaftslage des Landes -1999; die gesamtstaatlichen Daten für die darauffolgenden Jahre wurden vom Gesundheitsministerium bereitgestellt.

Das Verhältnis zwischen den nationalen Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem BIP zu Marktpreisen wurde von 1999 bis 2003 den Bewertungen im „Allgemeinen Bericht über die wirtschaftliche Lage des Landes 2003“ entnommen. Die Quelle des BIP zu Marktpreisen für das Jahr 2004 ist Eurostat.

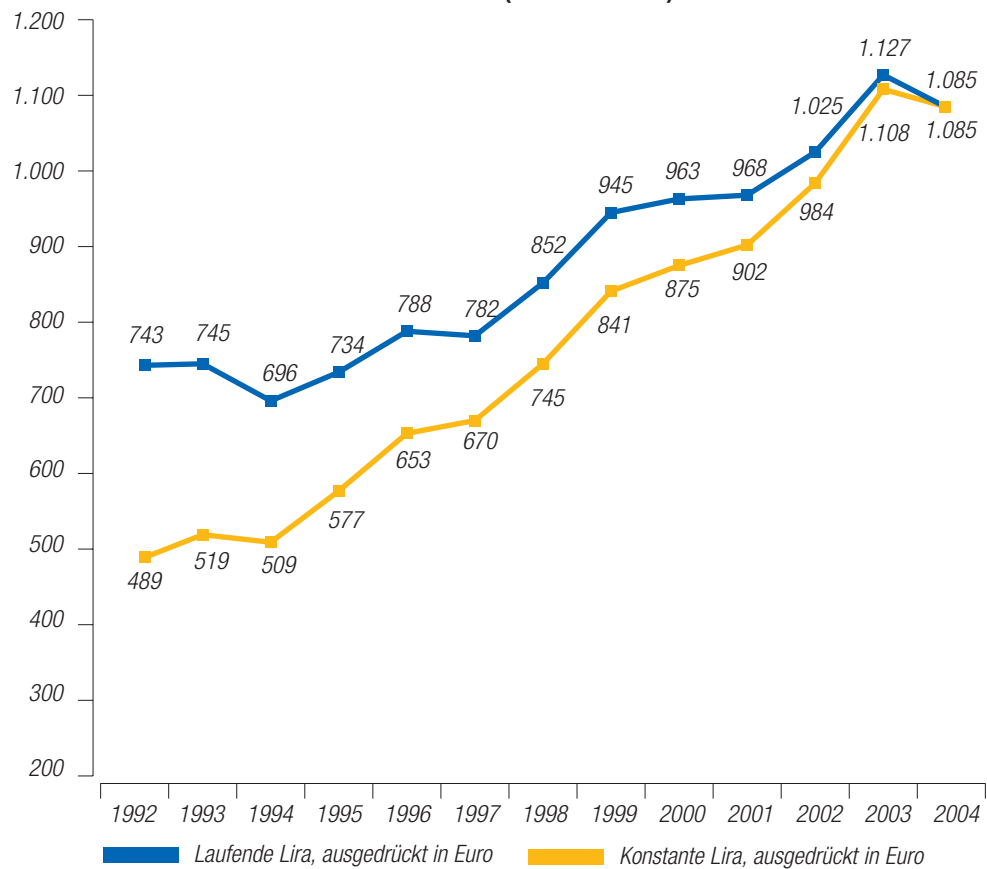
Die Daten über das Bruttoinlandsprodukt der Provinz für die Jahre 1992-2004 wurden vom ASTAT geliefert. Für die Jahre 2003 und 2004 gibt es nur Voraus-schätzungen.

2.1. DIE ÖFFENTLICHEN AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen ergeben sich aus der Summe der direkt von der Provinz für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben (laufende Ausgaben und Investitionsausgaben), zu denen die von den Sanitätsbetrieben getragenen Führungskosten und Investitionen hinzukommen. Der Landesgesundheitsdienst wird vom Landesgesundheitsfonds finanziert (der sich vorwiegend aus Abgaben und Steuern zusammensetzt), aus der Mitbeteiligung der Bürger an den Gesundheitsausgaben und aus den ordentlichen und außerordentlichen Erträgen der Sanitätsbetriebe.

KONVERSIONSKO-
EFFIZIENTEN LAUFENDE
LIRA/KONSTANTE LIRE,
AUSGEDRÜCKT IN EURO
2004

Abbildung 1: Öffentliche Gesamtausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz);
Jahre 1992-2004 (Millionen Euro)



Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen belaufen sich für das Jahr 2004 auf insgesamt 1.085,122 Millionen Euro, was 2.278,32 Euro pro Kopf entspricht. Abbildung 1 zeigt den Verlauf der öffentlichen Gesundheitskosten der Provinz im Zeitraum 1992-2004. Aus der Abbildung geht hervor, dass die Gesamtausgaben des Jahres 2003 über denen des Jahres 2004 liegen; die Differenz ist dadurch zu rechtfertigen, dass im Jahr 2003 der Landesgesundheitsdienst über eine einmalige Summe von mehr als 60 Millionen Euro verfügen konnte, die vom Staat zur Finanzierung der Investitionsausgaben bereit gestellt wurden.

Wie aus der in Abbildung 2 dargestellten Verteilung der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – hervorgeht, entfallen 93,1% der Gesamtausgaben des Jahres 2004 auf die laufenden Kosten; die restlichen 6,9% betreffen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

LAUFENDE AUSGABEN
UND
INVESTITIONSAUSGABEN

Abbildung 2: Laufende Ausgaben und Investitionsausgaben - Jahr 2004

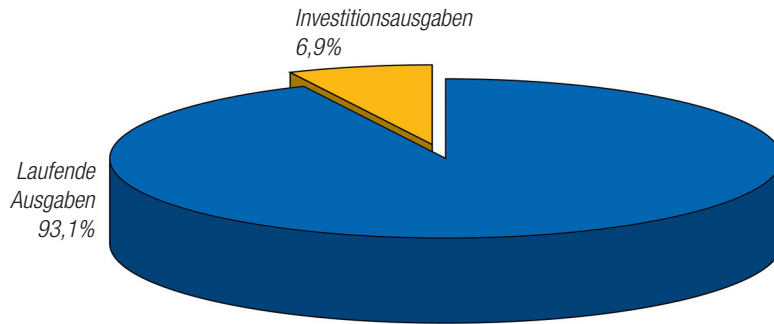


Abbildung 3: Gesundheitsausgaben der Sanitätsbetriebe und der Provinz - Jahr 2004 (Tausend Euro)

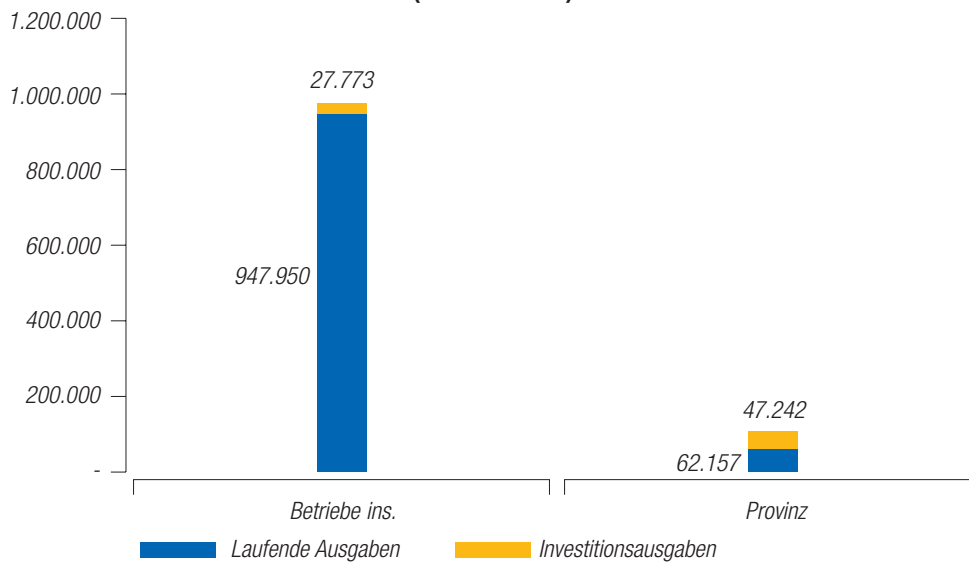


Tabelle 2: Zusammensetzung der Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Sanitätsbetrieb und Provinz: absolute Werte und Pro-Kopf-Werte. Jahr 2004

Ausg. f. d. Gesundheitswesen	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Betriebe ins.	Provinz*	Insges.
Absolute Werte (in Tausend Euro)							
Laufende Kosten	476.760	219.572	129.135	122.483	947.950	62.157	1.010.107
Investitionskosten	15.802	5.863	3.382	2.726	27.773	47.242	75.015
INSGESAMT	492.562	225.435	132.517	125.209	975.723	109.399	1.085.122
Pro-Kopf-Werte (in Euro)							
Laufende Ausgaben	2.250,02	1.765,92	1.899,55	1.699,54	1.990,32	130,51	2.120,82
Investitionskosten	74,58	47,15	49,75	37,82	58,31	99,19	157,50
INSGESAMT	2.324,59	1.813,07	1.949,30	1.737,36	2.048,63	229,69	2.278,32

*Die Zusatzausgaben sind der Provinz zuzuschreiben

Quelle: Abt. Gesundheitswesen - Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 4: Laufende Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben der Sanitätsbetriebe -Jahr 2004

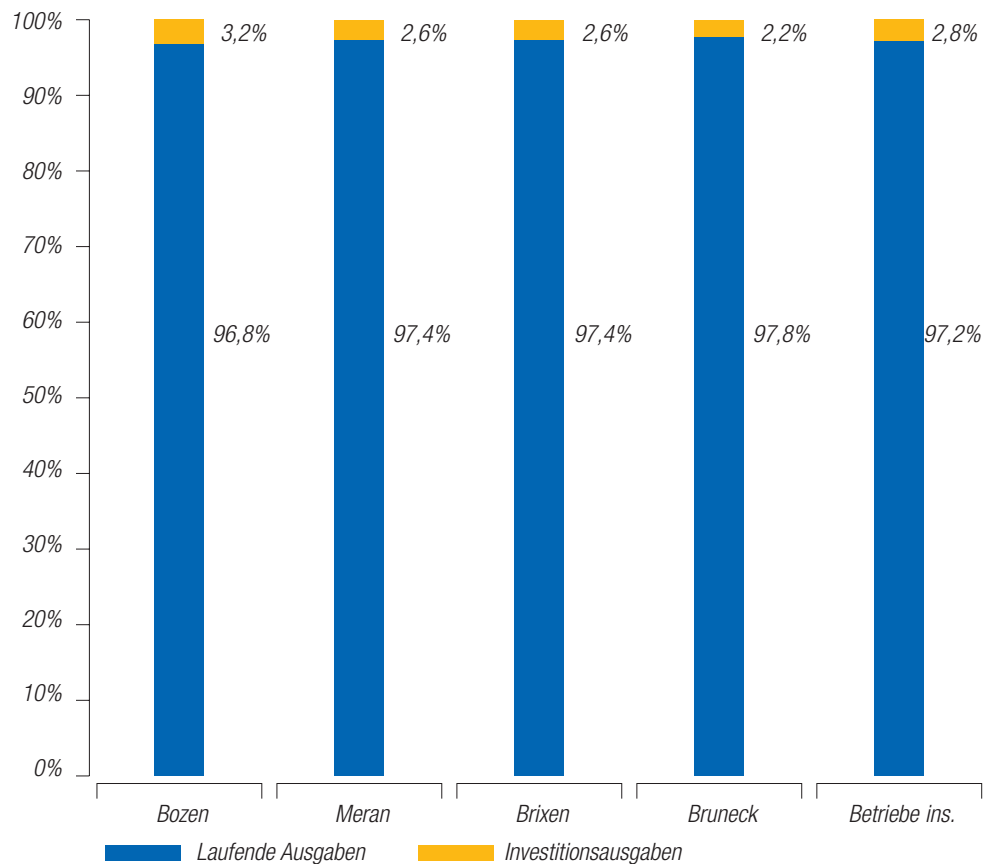
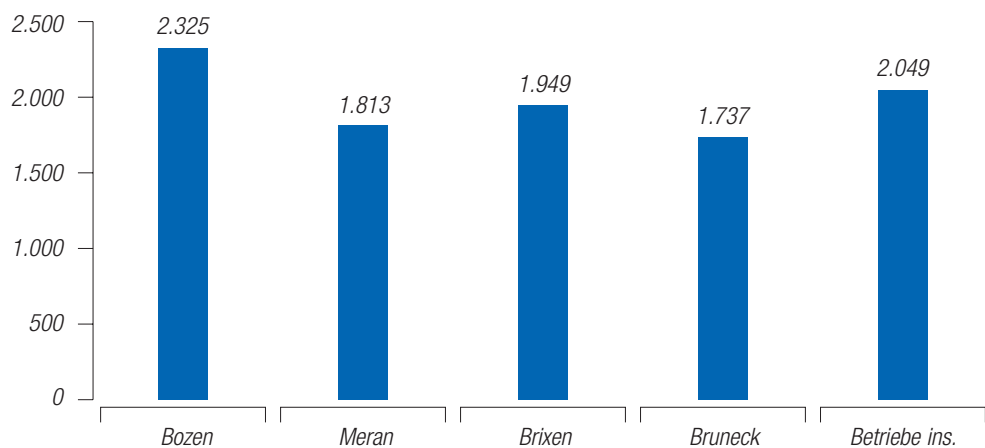


Abbildung 5: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004 (in Euro)



GESUNDHEITSAUSGABEN NACH SANITÄTSBETRIEB

Auf lokaler Ebene ist die anteilmäßige Verteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Gesamtkosten für die beiden Komponenten – laufende Ausgaben und Investitionsausgaben – von Betrieb zu Betrieb unterschiedlich, mit Höchst- und Tiefstwerten der laufenden Ausgaben für den Sanitätsbetrieb Bruneck (97,8%) bzw. den Sanitätsbetrieb Bozen (96,8%) (Abbildung 4).

PRO-KOPF-AUSGABEN

Pro Kopf (Abbildung 5) betragen die Gesundheitskosten der Sanitätsbetriebe insgesamt 2.048,63 Euro, mit Höchstwerten für den Sanitätsbetrieb Bozen (2.324,59

Euro) und Tiefstwerten für den Sanitätsbetrieb Bruneck (1.737,37 Euro). Zur Vermeidung von falschen Auslegungen wird präzisiert, dass in den Ausgaben der Sanitätsbetriebe auch die für die nicht ansässigen Bürger getragenen Kosten enthalten sind.

2.2. LAUFENDE GESUNDHEITSAUSGABEN

Die laufenden Gesundheitsausgaben machen 93,1% der von den Sanitätsbetrieben und der Provinz getragenen Gesamtausgaben aus und belaufen sich für 2004 auf rund 1.010,107 Millionen Euro, was 2.120,82 Euro pro Kopf entspricht.

Die laufenden Gesundheitsausgaben setzen sich aus laufenden Standard-Ausgaben und aus laufenden Zusatzausgaben zusammen. Unter laufenden Standard-Ausgaben sind die Ausgaben zu verstehen, die zur Gewährleistung der auf nationaler Ebene einheitlichen Versorgungsstandards für die Wohnbevölkerung und Anspruchsberechtigten aufgewendet werden. In der Provinz Bozen werden außerdem Zusatzleistungen angeboten, die von einschlägigen Landesgesetzen vorgesehen sind, deren Kosten vorwiegend den laufenden Ausgaben zugeschrieben werden, wie zum Beispiel die zahnärztlichen Leistungen (Landesgesetz 16/88), die Hauspflege (Landesgesetz 33/88) oder die nicht im Tarifverzeichnis vorgesehene außerordentliche Prothesenversorgung (Landesgesetz 2/86).

Wie bereits gesagt setzen sich die Kosten der Sanitätsbetriebe folgendermaßen zusammen: Führungskosten (für das Personal, den Erwerb von Gütern und gesundheitlichen und nicht gesundheitlichen Dienstleistungen, ...), außerordentliche Kosten, sonstige Kosten (wie die Rückstellungen für das Personal) und den Ausgaben für die passive Mobilität außerhalb der Provinz und im Ausland. Nicht unter die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten fallen die provinziinterne passive Mobilität, für die ein Ausgleich zwischen den Sanitätsbetrieben stattfindet, und die Amortisationen. Die von den Sanitätsbetrieben für die Erbringung der Zusatzleistungen getragenen Kosten wurden ebenfalls abgezogen, da sie den Kosten der Provinz zugerechnet werden, um Ausgabenduplikationen zu vermeiden.

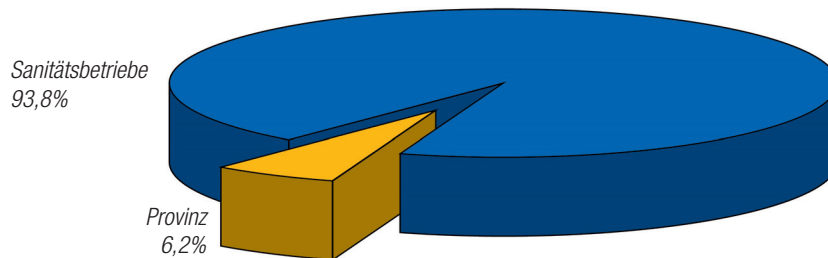
Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, machen die von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten 93,8% der laufenden Gesamtausgaben und die laufenden Ausgaben der Provinz 6,2% am Gesamtwert aus.

LAUFENDE GESUNDHEITS-
AUSGABEN DER PROVINZ
UND AUFWENDUNGEN
DER SANITÄTSBETRIEBE

VON DEN SANITÄTS-
BETRIEBEN GETRAGENE
KOSTEN

Abbildung 6: Laufende Gesundheitsausgaben der Provinz und der Sanitätsbetriebe -
Jahr 2004

Laufende Ausgaben insgesamt: 1.010.107 Euro



947,950 Millionen Euro von den 1.010,107 Millionen Euro sind, in absoluten Werten berechnet, von den Sanitätsbetrieben getragene Kosten; sie werden größtenteils für das Personal, für den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen, für die Grundversorgung und sonstige konventionierte Gesundheitsleistungen verwendet (Tabelle 3). In Abbildung 7 wird die Unterteilung der von den Sanitätsbetrieben getragenen Kosten dargestellt, aus denen der hohe Anteil der Personalkosten hervorgeht. In den nachstehenden Tabellen werden die Kosten der Sanitätsbetriebe nach den wichtigsten Kostenarten in absoluten Werten und Pro-Kopf-Werten angeführt.

Abbildung 7: Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kategorie
Gesamtkosten der Sanitätsbetriebe: 947.950 Mio Euro

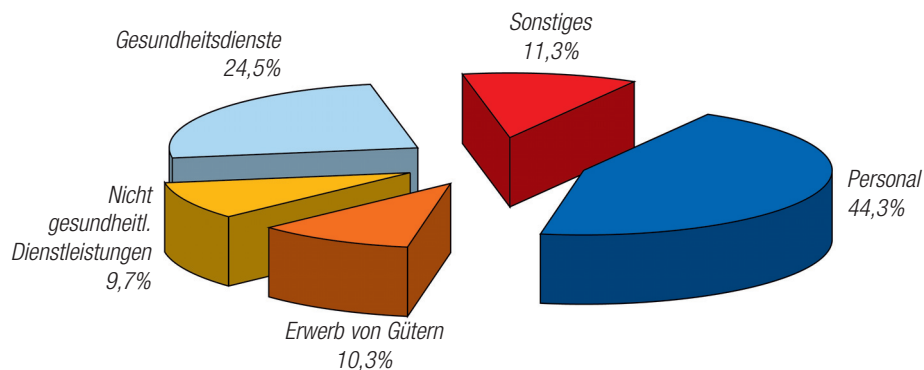


Tabelle 3: Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kategorie, Werte in Tausend €

Ausgabenkategorien	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB ins.
1) Personal	196.370	101.117	61.882	60.708	420.077
2) Erwerb von Gütern	48.474	20.044	15.440	13.524	97.481
3) Nicht gesundheitliche Dienstleistungen	63.038	10.346	9.943	8.207	91.533
4) Gesundheitsdienste	120.471	61.377	25.596	24.395	231.839
4.1) Allgemeinmed. Versorgung	18.861	11.033	5.863	6.123	41.880
4.2) Pharmazeutische Versorgung	36.672	18.270	8.867	10.106	73.914
4.3) Rehabilitation	2.725	2.017	5	176	4.923
4.4) Konv. fachärztliche Versorgung	3.195	831	14	51	4.090
4.5) Prothesenversorgung u. konvent. integr. Hauspflege	8.507	1.696	829	490	11.523
4.6) Konv. KH-Versorgung	11.033	5.782	25	102	16.944
4.7) Sonstige Versorgung	39.479	21.746	9.992	7.347	78.565
5) Sonst. (Finanzier., außerord. Kosten, Rückstellungen,...)	48.408	26.688	16.274	15.650	107.020
SUMME	476.760	219.572	129.135	122.483	947.950

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

Tabelle 4: Pro-Kopf-Kosten der Sanitätsbetriebe nach Kategorie, Werte in €

Ausgabenkategorien	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	SB ins.
1) Personal	927	813	910	842	882
2) Erwerb von Gütern	229	161	227	188	205
3) Nicht gesundheitliche Dienstleistungen	298	83	146	114	192
4) Gesundheitsdienste	569	494	377	338	487
4.1) Allgemeinmed. Versorgung	89	89	86	85	88
4.2) Pharmazeutische Versorgung	173	147	130	140	155
4.3) Rehabilitation	13	16	0	2	10
4.4) Konv. fachärztliche Versorgung	15	7	0	1	9
4.5) Prothesenversorgung u. konvent. integr. Hauspflege	40	14	12	7	24
4.6) Konv. KH-Versorgung	52	47	0	1	36
4.7) Sonstige Versorgung	186	175	147	102	165
5) Sonst. (Finanzier., außerord. Kosten, Rückstellungen,...)	228	215	239	217	225
SUMME	2.250	1.766	1.900	1.700	1.990

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

Die von der Provinz getragenen laufenden Ausgaben entsprechen für das Jahr 2004 62,157 Millionen Euro. Sie umfassen die Beiträge für die Ausbildung des Gesundheitspersonals, die Ausgaben für die Umsetzung der Ziele des Landesgesundheitsplans und die Kostenrückerstattungen für die verschiedenen Formen der Zusatzleistungen, darunter Hauspflege und zahnärztliche Leistungen. Die laufenden Ausgaben zu Lasten des Landeshaushaltes erscheinen im Vergleich zu den Jahren vor 2003 rückläufig, da der Krankentransportdienst, der Hubschrauberrettungsdienst, die Versorgung in Österreich und die indirekte Versorgung gemäß Art. 76 des Landesgesetzes Nr. 7/2004 den Sanitätsbetrieben übertragen wurden.

Die zeitliche Entwicklung der von der Landesverwaltung getragenen laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen, zu denen die Kosten der Sanitätsbetriebe (Abbildung 8) hinzukommen, folgt im Wesentlichen dem bereits zuvor beschriebenen Trend der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen, da sich diese zu über 90% aus laufenden Ausgaben zusammensetzen. Eine Ausnahme bildet dabei das Jahr 2003, in dem die Investitionsausgaben die Gesamtausgaben stärker beeinflusst haben, da der Landesgesundheitsdienst über 60 Millionen Euro für Investitionen durch staatliche Fonds verfügen konnte.

**LAUFENDE GESUNDHEITS-
AUSGABEN DER PROVINZ**

Abbildung 8: Laufende Gesundheitsausgaben (Provinz und Sanitätsbetriebe);
Jahre 1992-2004 (Millionen Euro)

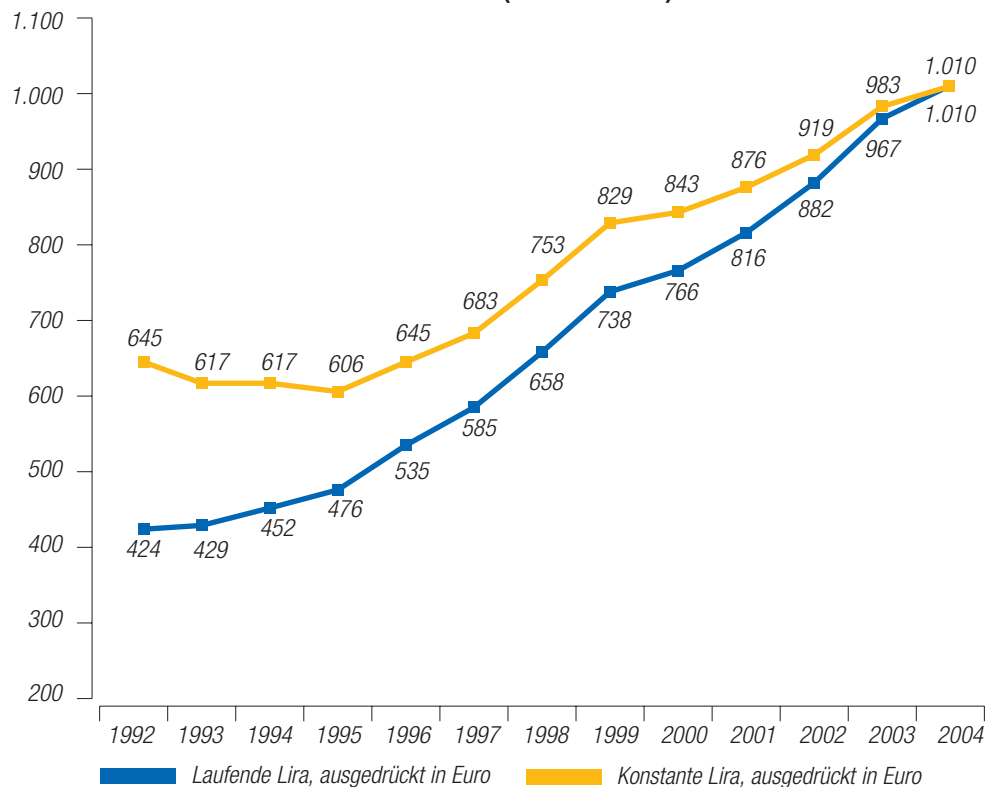
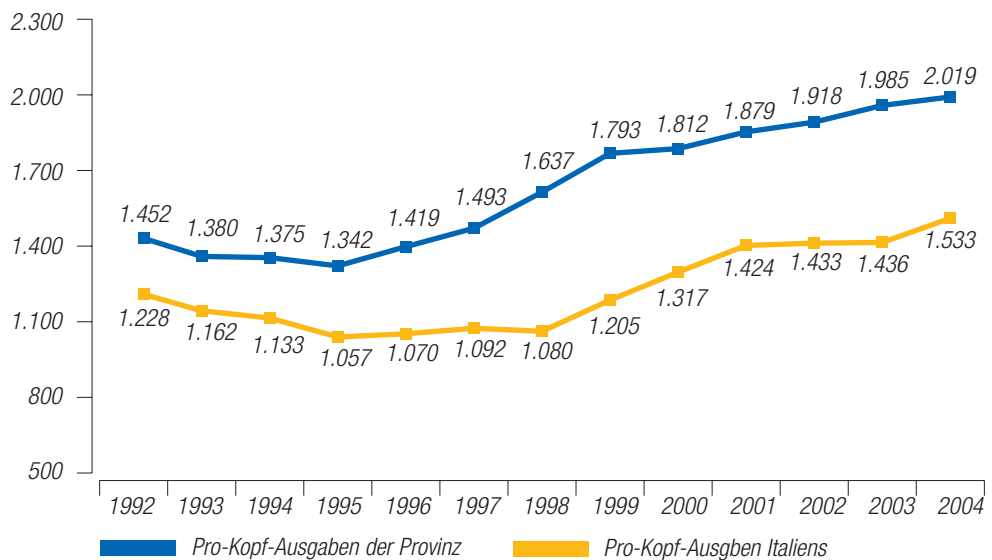


Abbildung 9: Laufende Pro-Kopf-Ausgaben in konstanter Lira, Ausgedrückt in Euro -
Jahre 1992-2004



LAUFENDE PRO-KOPF- AUSGABEN DER PROVINZ UND ITALIENS

Interessant ist auch der Vergleich des Verlaufs der laufenden Pro-Kopf-Ausgaben der Provinz mit jenen Italiens von 1992 bis 2004. Da der Landesgesundheitsdienst Leistungen erbringt, die über die nationalen Standards hinausgehen, übersteigen die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben jene auf gesamtstaatlicher Ebene (siehe Abbildung 9). Für den Vergleich zwischen den Daten der Provinz und jenen Italiens wurden die Ersteren nach dem vom Gesundheitsministerium vorgeschlagene-

nen Modell in der Kostendarstellung des LGD nach Ausgabenfunktionen erarbeitet, wobei die passive Mobilität (um Ausgabenduplikationen auf nationaler Ebene zu vermeiden) und die anderen wirtschaftlichen Posten (Amortisationen, Entwertung der Forderungen, ...) abgezogen wurden.

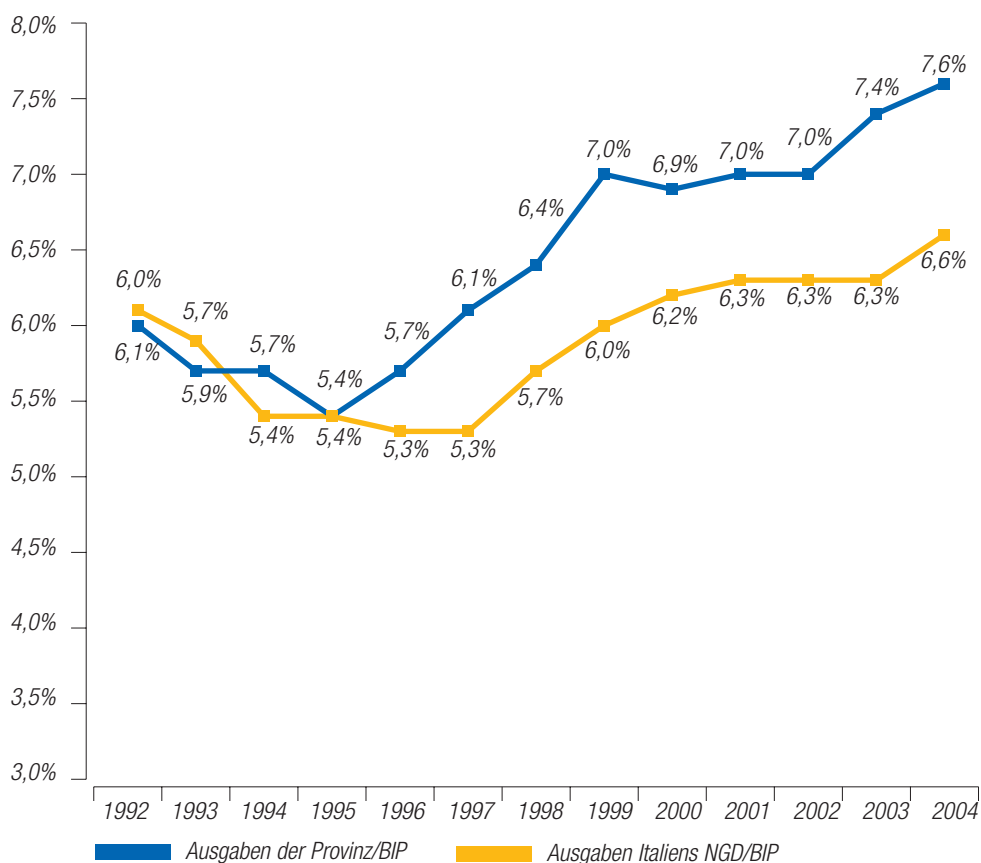
Die Südtiroler Pro-Kopf-Ausgaben sind höher als jene auf gesamtstaatlicher Ebene, wobei die Differenz im Laufe der letzten Jahre zugenommen hat.

Eine weitere Bewertungsform der Entwicklung der laufenden Gesundheitskosten ist das Verhältnis zwischen den laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem Bruttoinlandsprodukt (BIP).

Dieses Verhältnis drückt die Quote der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung aus, die für den Gesundheitsschutz durch das öffentliche Gesundheitswesen bestimmt ist. In Abbildung 10 ist die Entwicklung des prozentmäßigen Verhältnisses zwischen Gesundheitsausgaben und Bruttoinlandsprodukt auf Provinz- und Staatsebene dargestellt. Ab 1994 überschreiten die Werte Südtirols jene Italiens; ab 1998 belief sich die Differenz auf fast 1 Prozentpunkt und blieb auch in den darauffolgenden Jahren weitgehend unverändert. Auch in diesem Fall wurden für den Vergleich der Daten von Kosten der Provinz (Sanitätsbetriebe und Provinz) die Mobilität und die wirtschaftlichen Posten abgezogen (Modell der Kostendarstellung des Gesundheitsministeriums).

**LAUFENDE AUSGABEN
UND BIP**

Abbildung 10: Laufende Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP - Jahre 1992-2004



**KRITERIEN FÜR DIE
ZUWEISUNG DER
RESSOURCEN AN DIE
SANITÄTSBETRIEBE**

Seit 1996 beruht die Zuweisung der Ressourcen für die laufenden Ausgaben der Sanitätsbetriebe auf dem Kriterium der standardisierten Pro-Kopf-Quote; die Bedarfsbeträge werden im Verhältnis zur Altersstruktur der Bevölkerung (der finanzielle Bedarf ist dort größer, wo es einen höheren Anteil an Kindern und älteren Menschen gibt), zur Verteilung im Landesgebiet und anderen gesundheitlich relevanten Variablen, wie dem Ressourcenverbrauch der Bevölkerung für jede Versorgungsform errechnet, der sich aus der Gewichtung der lokalen (wenn verfügbar) oder nationalen Daten ergibt.

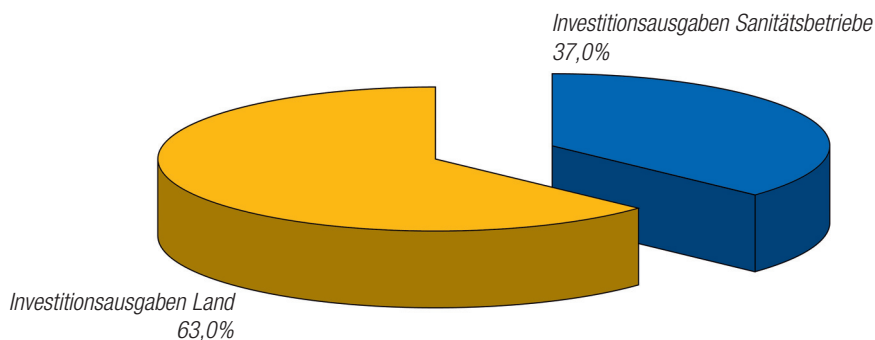
Am reinen Pro-Kopf-Kriterium werden Korrekturfaktoren angewendet, welche die Merkmale der Leistungserbringungseinrichtungen im Verhältnis zu den verschiedenen Merkmalen des Bezugsgebietes der Sanitätsbetriebe berücksichtigen. Zu diesen Korrekturfaktoren zählen die Kompensation der Mobilität im Gesundheitswesen, die Kostendeckung der Verträge des beschäftigten Personals und der Ausgaben für die Basismedizin, die Ausgaben für die Altersheime, die Finanzierung nach Funktion und der überbetrieblichen Dienste.

Außerdem ist eine weitere verbindliche Zuweisung der finanziellen Mittel für spezifische Initiativen von Interesse für den Staat und die Provinz in Bezug auf Projekte, die in den Dreijahresplänen der Sanitätsbetriebe enthalten sind, sowie für die Zusatzleistungen vorgesehen.

2.3. INVESTITIONSAUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Die insgesamt von den Sanitätsbetrieben und von der Provinz getragenen Gesundheitsausgaben für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte beliefen sich im Jahr 2004 auf rund 75,015 Millionen Euro, was 6,9% der Gesamtkosten für das Gesundheitswesen entspricht. Davon waren 27,773 Millionen Euro zu Lasten des Haushalts der Sanitätsbetriebe und die restlichen 47,242 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts (Abbildung 11).

Abbildung 11: Aufteilung in Prozent der Investitionsausgaben - Jahr 2004



**INVESTITIONSAUSGABEN
DER SANITÄTSBETRIEBE
UND DER PROVINZ**

In den letzten Jahren ist festzustellen, dass die prozentmäßige Verteilung der Investitionen zu Lasten der Betriebe und der Provinz eine zeitlich unterschiedliche Entwicklung erlebt hat. Zu Beginn des berücksichtigten Zeitraums zwischen 1992 und 1995 waren die Investitionsausgaben zu Lasten der Provinz höher als jene der Sanitätsbetriebe; von 1996 bis 1998 drehte sich die Lage um: höhere Kosten entfielen auf die Sanitätsbetriebe. Von 1999 - 2002 und für 2004 ergaben sich erneut höhere Ausgaben für die Provinz; im Jahr 2003 wird wieder eine Trendumkehr verzeichnet (Abbildung 13), die auf dem vom Staat bereit gestellten Fonds zur Unterstützung der Investitionsausgaben zurückzuführen ist.

Der unterschiedliche Verlauf in den einzelnen Jahren beruht auf der Art der Investitionen, insbesondere solcher, die umfangreiche Finanzierungen erfordern.

ZEITLICHE ENTWICKLUNG

Abbildung 12: **Investitionsausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz) - Jahre 1992-2004**

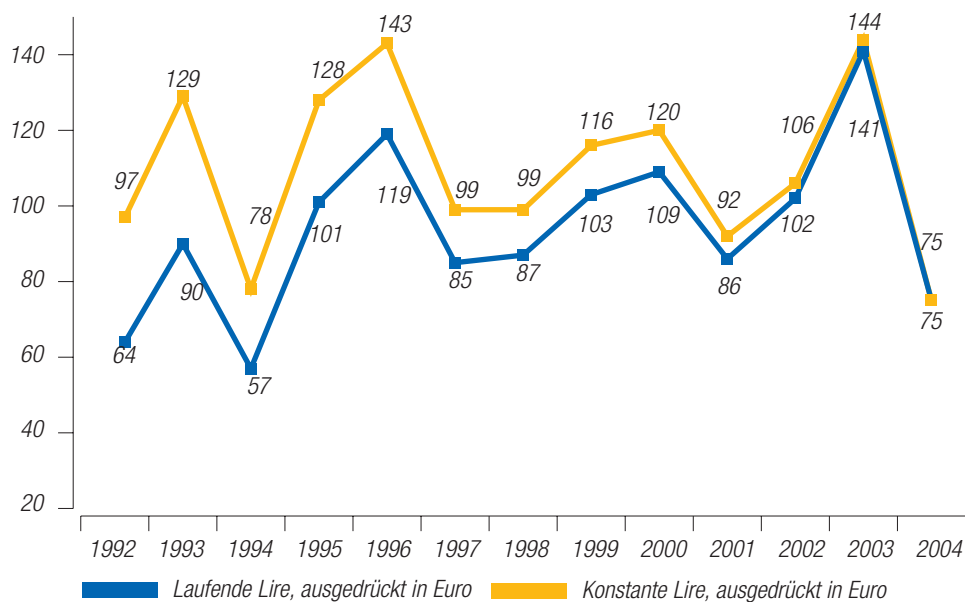
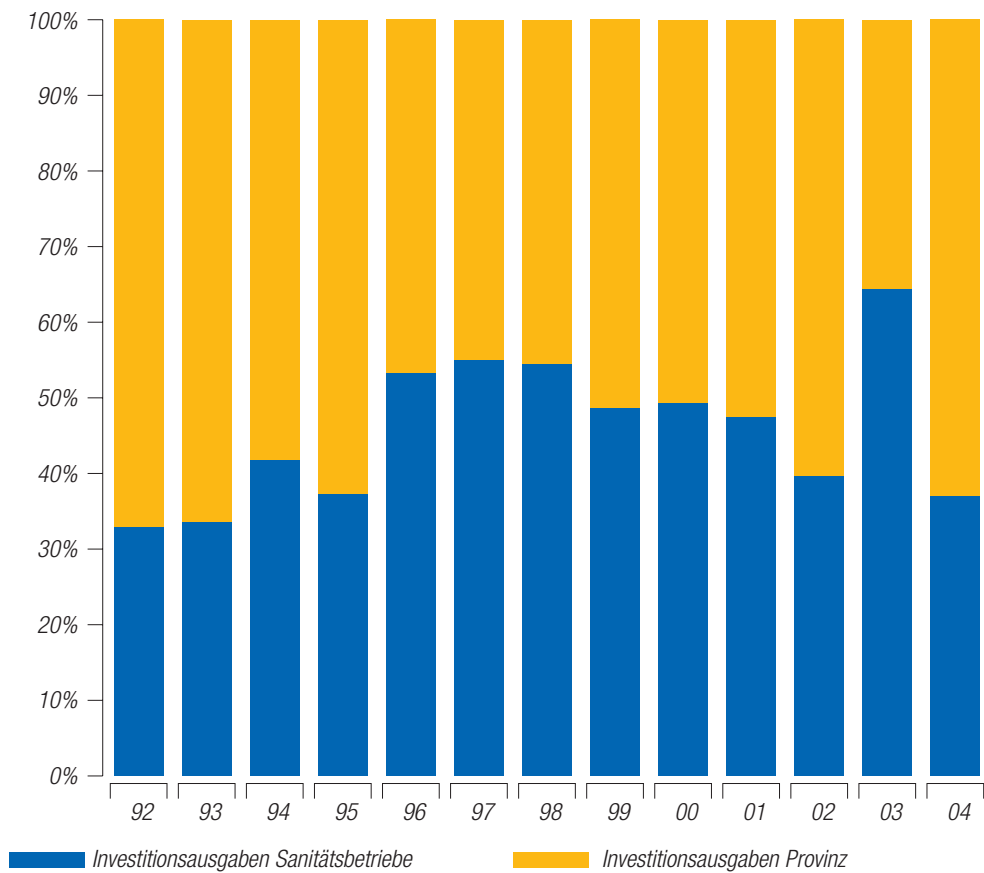


Abbildung 13: Investitionsausgaben, unterteilt auf Sanitätsbetriebe und Provinz - Jahre 1992-2004



Der Verlauf der Investitionsausgaben in der Provinz im Zeitraum 1992 – 2004 zeigt nominal und real, dass der Einsatz von finanziellen Mitteln von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich war. Vor allem in den Jahren 1995, 1996 und 2003 waren die Investitionsausgaben besonders hoch. Dieses Resultat ergibt sich auch aus der zeitlichen Analyse der prozentmäßigen Verteilung der Investitionskosten der Sanitätsbetriebe und Provinz im Verhältnis zu den laufenden Ausgaben insgesamt (Abbildung 13). 1996 erreichten die Investitionsausgaben 22,2% der laufenden Gesundheitsausgaben gegenüber 7,4% des Jahres 2004 (Abbildung 14).

Abbildung 14: Investitionsausgaben (Sanitätsbetriebe und Provinz) an laufende Ausgaben - Jahre 1992-2004

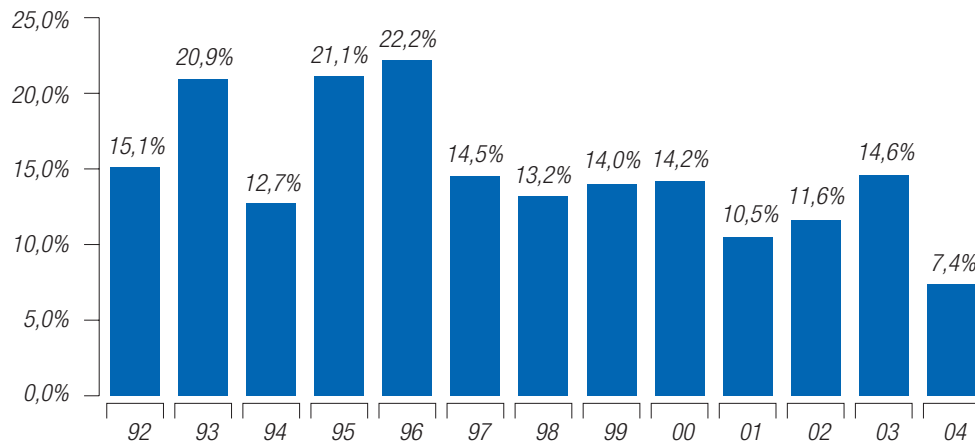
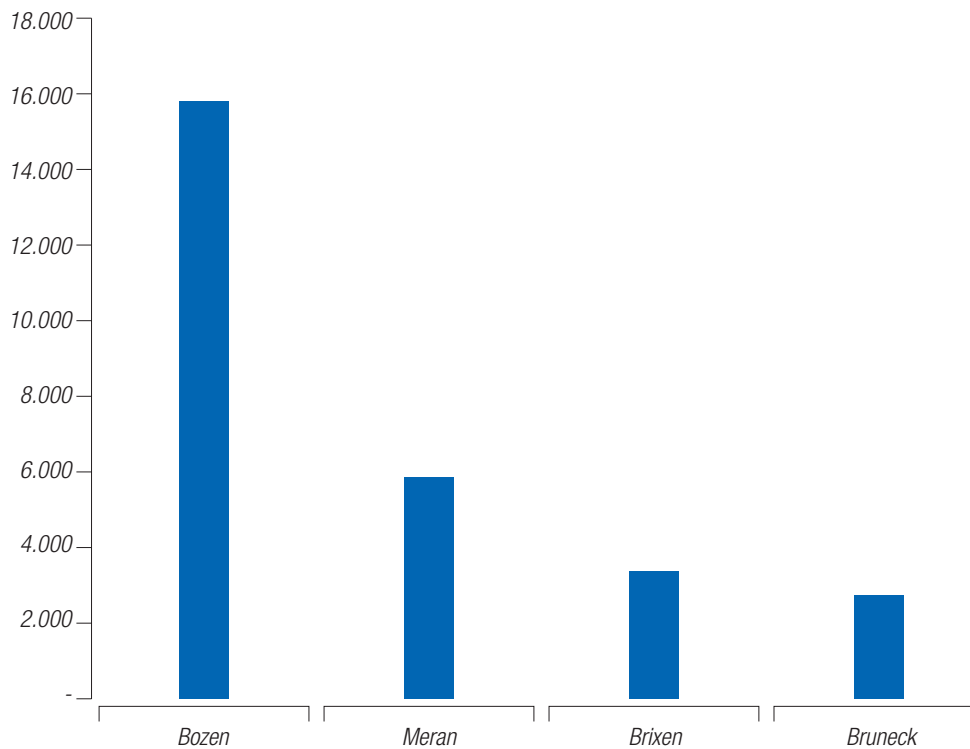


Abbildung 15: Investitionsausgaben nach Sanitätsbetrieb - Jahr 2004



Bei der Aufgliederung der Investitionsausgaben für 2004 nach Sanitätsbetrieb ergeben sich für den Sanitätsbetrieb Bozen hohe Ausgaben gegenüber den bescheideneren des Sanitätsbetriebs Bruneck (Abbildung 15).

**INVESTITIONSAUSGABEN
NACH SANITÄTSBETRIEB**

2.4. MOBILITÄTSSALDEN FÜR KRANKENHAUSAUFENTHALTE UND DIE AMBULATORISCHE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Das Tarifverzeichnis für Krankenhausaufenthalte wird laut Bestimmungen für die Kompensation der überbetrieblichen, überregionalen und internationalen Mobilität im Gesundheitswesen verwendet. Die Mobilität (sowohl aktiv als auch passiv) zwischen den Sanitätsbetrieben des Landes wird als überbetriebliche Mobilität bezeichnet und direkt zwischen den Betrieben kompensiert. Diejenige mit anderen italienischen Regionen wird als überregionale Mobilität bezeichnet, und die entsprechende Kompensation erfolgt auf der Ebene der Regionen und der Autonomen Provinzen. Die Mobilität mit dem Ausland (internationale Mobilität) wird auf gesamtstaatlicher Ebene kompensiert.

In finanzieller Hinsicht gelten als Passivposten die vom Sanitätsbetrieb getragenen Kosten für eigene Einwohner, die Aufenthalte in anderen Sanitätsbetrieben in Anspruch nehmen (passive Mobilität); als Aktivposten gelten die Einnahmen für Aufenthalte, die vom Sanitätsbetrieb geleistet und von nicht im Zuständigkeitsgebiet des Sanitätsbetriebs ansässigen Bürgern in Anspruch genommen werden (aktive Mobilität). Der Saldo, der sich aus der Differenz zwischen passiver und aktiver Mobilität ergibt, ist Gegenstand der Kompensation.

2.4.1. Krankenhausaufenthalte und entsprechende Mobilitätssalden

In Bezug auf die überbetriebliche Mobilität verzeichnet der Sanitätsbetrieb Brixen im Jahr 2004 die höchsten absoluten Werte für die aktive Mobilität mit 5.772 Aufenthalten. Für die passive überbetriebliche Mobilität weist der Sanitätsbetrieb Bozen hinsichtlich der Aufenthalte die höchsten absoluten Werte im Vergleich zu den anderen Sanitätsbetrieben auf, nämlich 6.916 (Tabelle 5 und Abbildung 16). Tabelle 6 und Abbildung 17 beschreiben die überbetriebliche Mobilität im Vergleich zum Vorjahr. Für den Sanitätsbetrieb Brixen ergibt sich dabei ein weiterer Anstieg des aktiven Saldos gegenüber 2003.

Tabelle 5: Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	2.925	2.242	5.772	2.023	12.962
Gesamtbetrag (Tausend €)	10.255	4.842	14.042	3.521	32.660
Passive Mobilität					
Aufenthalte	6.916	2.362	1.745	1.939	12.962
Gesamtbetrag (Tausend €)	16.376	7.560	3.809	4.915	32.660
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	-6.121	-2.718	10.233	-1.394	0

Tabelle 6: Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale öffentliche Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2003

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.173	2.400	5.553	2.082	13.208
Gesamtbetrag (Tausend €)	9.929	5.036	12.396	3.565	30.926
Passive Mobilität					
Aufenthalte	7.047	2.426	1.853	1.882	13.208
Gesamtbetrag (Tausend €)	15.537	7.108	3.946	4.335	30.926
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	-5.608	-2.072	8.450	-770	0

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

Abbildung 16: Aktive und passive überbetriebliche öffentliche Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2004

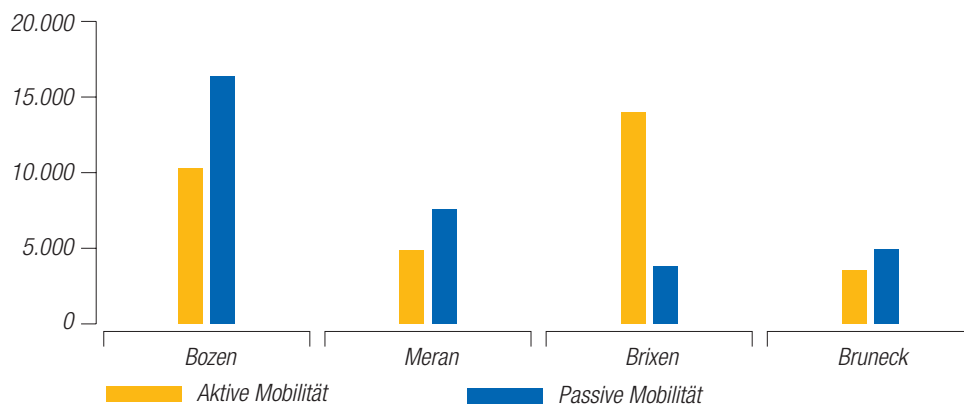
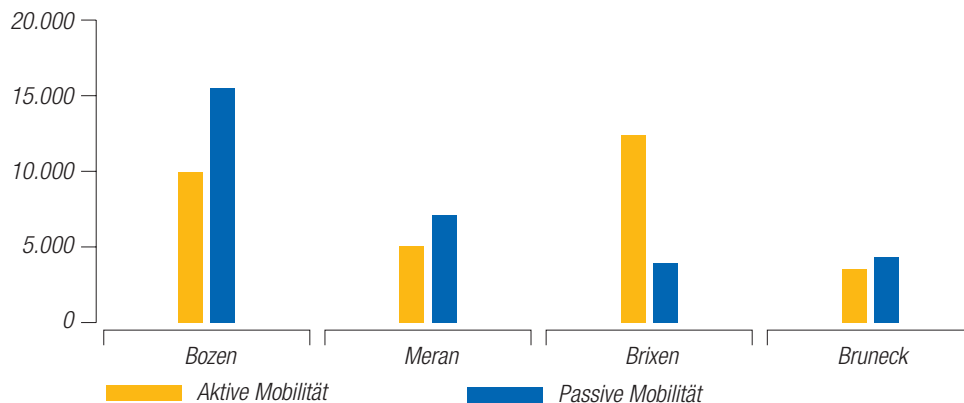


Abbildung 17: Aktive und passive überbetriebliche öffentliche Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2003



In Bezug auf die überregionale Mobilität des Jahres 2004 verzeichnen die Sanitätsbetriebe Bozen, Brixen und Bruneck in absoluten Aufenthaltswerten eine höhere passive als aktive Mobilität (Tabelle 7 und Abbildung 18).

Hinsichtlich der Beträge verzeichnet nur der Sanitätsbetrieb Meran einen Negativsaldo von rund –1,1 Millionen Euro, während die anderen Sanitätsbetriebe sowohl für die aktive als auch passive Mobilität einen positiven Saldo aufweisen.

Tabelle 7: Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.505	678	1.344	2.470	7.997
Gesamtbetrag (Tausend €)	12.382	1.699	3.006	4.079	21.166
Passive Mobilität					
Aufenthalte	3.338	789	244	283	4.654
Gesamtbetrag (Tausend €)	11.186	2.826	919	970	15.901
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	1.196	-1.127	2.087	3.109	5.265

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

Tabelle 8: Aufenthalte in Bezug auf die aktive und passive überregionale Krankenhausmobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2003

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Aufenthalte	3.578	646	1.396	2.721	8.341
Gesamtbetrag (Tausend €)	12.300	1.620	3.090	4.495	21.505
Passive Mobilität					
Aufenthalte	3.553	771	273	262	4.859
Gesamtbetrag (Tausend €)	11.549	3.006	950	777	16.282
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	751	-1.386	2.140	3.718	5.223

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

Der Saldo der überregionalen Krankenhausmobilität ist positiv mit rund 5,2 Millionen Euro (ähnlich wie im Jahr 2003).

Abbildung 18: Aktive und passive überregionale Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2004

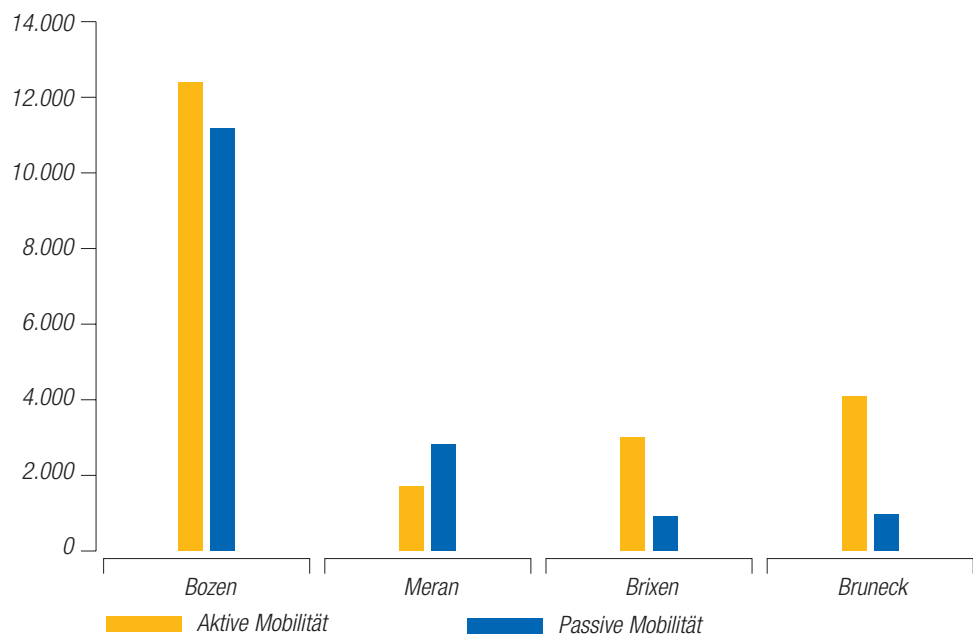
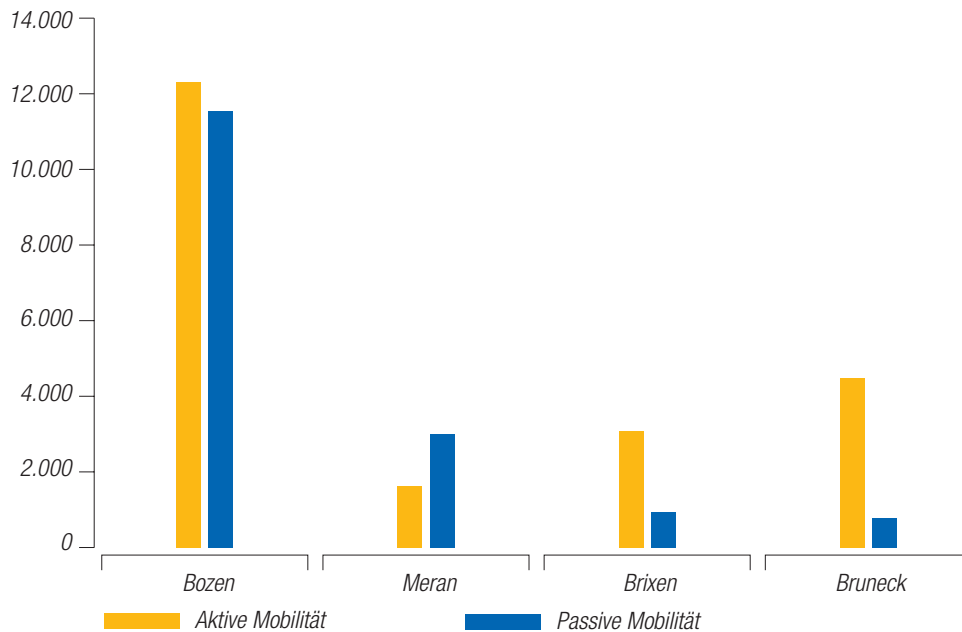


Abbildung 19: Aktive und passive überregionale Krankenhausmobilität (Tausend Euro) - Jahr 2003



Berücksichtigt man hingegen die überregionale Mobilität insgesamt (Krankenhausaufenthalte und andere Versorgungsformen wie fachärztliche und pharmazeutische Versorgung etc.), ergibt sich für den Sanitätsbetrieb Bruneck der höchste Saldo, für den Sanitätsbetrieb Meran ein Negativsaldo (Abbildung 20).

Tabelle 9: Leistungen in Bezug auf die aktive und passive überregionale Mobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Leistungen	164.412	28.890	37.912	94.881	326.095
Gesamtbetrag (Tausend €)	15.587	2.132	3.436	5.426	26.581
Passive Mobilität					
Leistungen	186.009	56.428	17.573	19.645	279.655
Gesamtbetrag (Tausend €)	13.809	3.619	1.236	1.315	19.979
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND €)	1.778	-1.487	2.200	4.111	6.602

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

Tabelle 10: Leistungen in Bezug auf die aktive und passive überregionale Mobilität und entsprechender Betrag - Jahr 2003

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Leistungen	166.405	26.935	39.277	101.264	333.881
Gesamtbetrag (Tausend €)	14.925	1.984	3.529	5.921	26.359
Passive Mobilität					
Leistungen	170.602	51.181	17.291	28.899	267.973
Gesamtbetrag (Tausend €)	14.135	3.741	1.226	1.107	20.209
SALDO AKTIV - PASSIV (TAUSEND €)	790	-1.757	2.303	4.814	6.150

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

Insgesamt ist der Saldo der überregionalen Mobilität des Jahres 2004 positiv mit über 6,6 Millionen Euro (6,1 im Jahr 2003).

Abbildung 20: **Aktive und passive überregionale Mobilität insgesamt (Tausend Euro) - Jahr 2004**

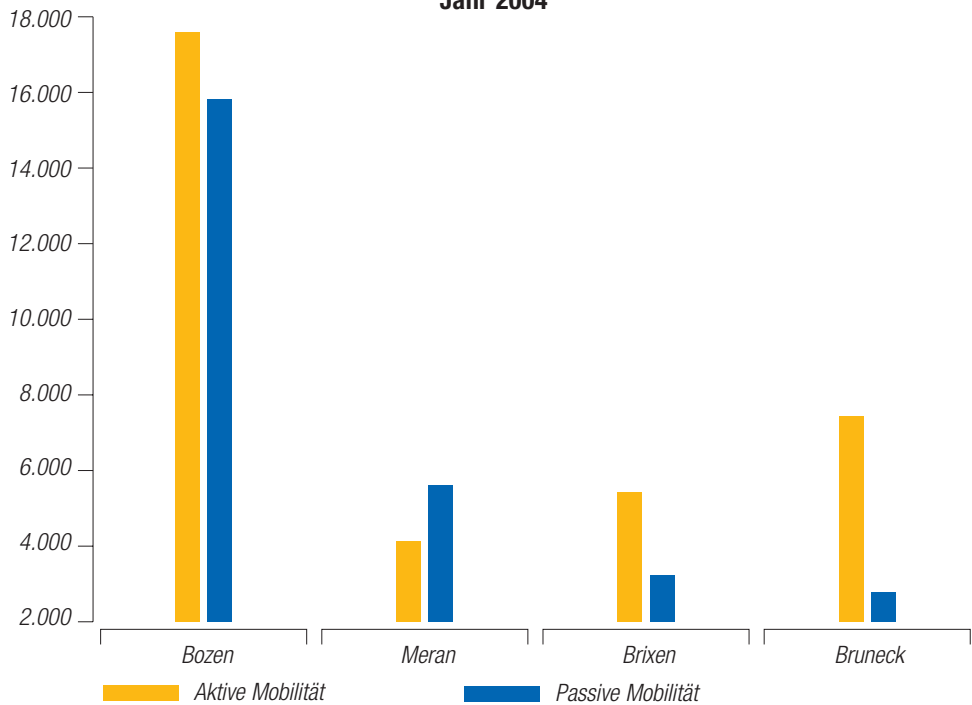
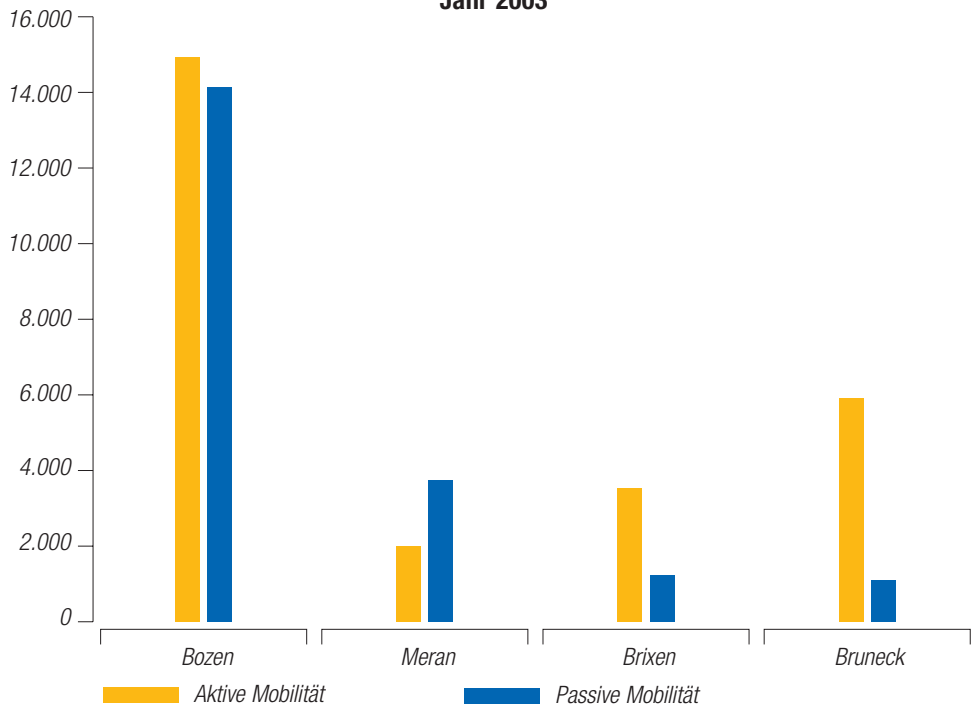


Abbildung 21: **Aktive und passive überregionale Mobilität insgesamt (Tausend Euro) - Jahr 2003**



Für die internationale Mobilität sind hingegen nur Daten von 2001 über den Gesamtaufenthaltswert verfügbar, mit Ausnahme der Krankenhausaufenthalte in Österreich, die durch spezifische Konventionen geregelt sind.

Tabelle 11: Aufenthalte in Bezug auf die aktive internationale Krankenhausmobilität (ausschließlich Krankenhausversorgung in Österreich) - Jahr 2001

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktive Mobilität					
Gesamtbetrag (Tausend €)	1.937	1.742	1.283	1.627	6.589
Passive Mobilität					
Gesamtbetrag (Tausend €)	1.604	816	373	741	3.534
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	333	926	910	886	3.055

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

Wie aus Tabelle 11 und Abbildung 22 hervorgeht, ist der gesamte Saldo der internationalen Krankenhausmobilität für das Jahr mit rund 3 Millionen Euro positiv.

Abbildung 22: Aktive und passive internationale Krankenhausmobilität 2001 (Ausgenommen Österreich) Tausend Euro

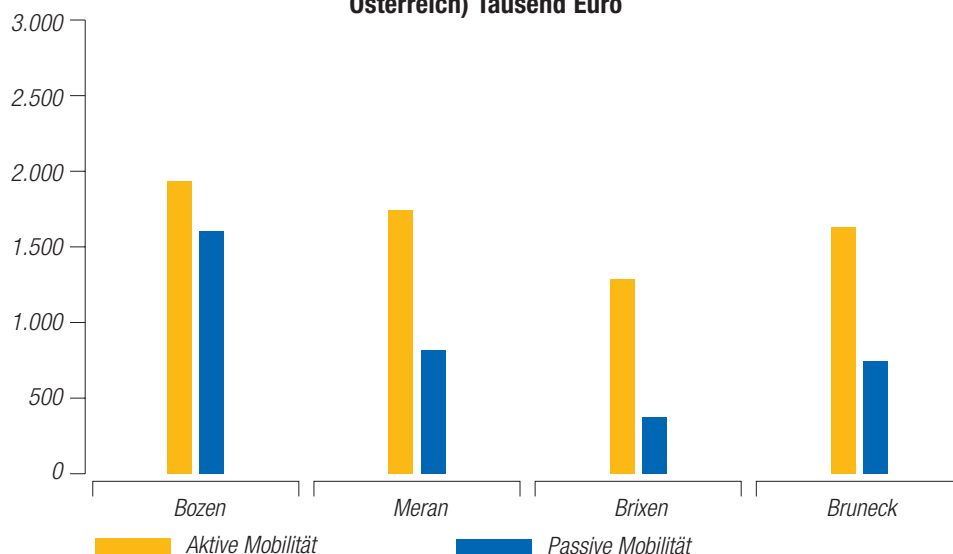


Abbildung 23 und 24 zeigen die Zusammensetzung der Ausgaben für die aktive und passive Mobilität im überregionalen und internationalen Bereich. Was die passive internationale Mobilität betrifft, so werden Aufenthalte im Ausland am häufigsten von Patienten des Sanitätsbetriebs Bruneck in Anspruch genommen. Hinsichtlich der aktiven Mobilität übt der Sanitätsbetrieb Meran die größte Attraktion für Ausländer aus.

Auf überregionaler Ebene wird der Sanitätsbetrieb Bozen von den außerhalb der Provinz Bozen ansässigen Italienern bevorzugt.

Abbildung 23: Ausgaben für die passive überregionale (2004) und internationale (2001) KH-Mobilität (Tausend Euro)

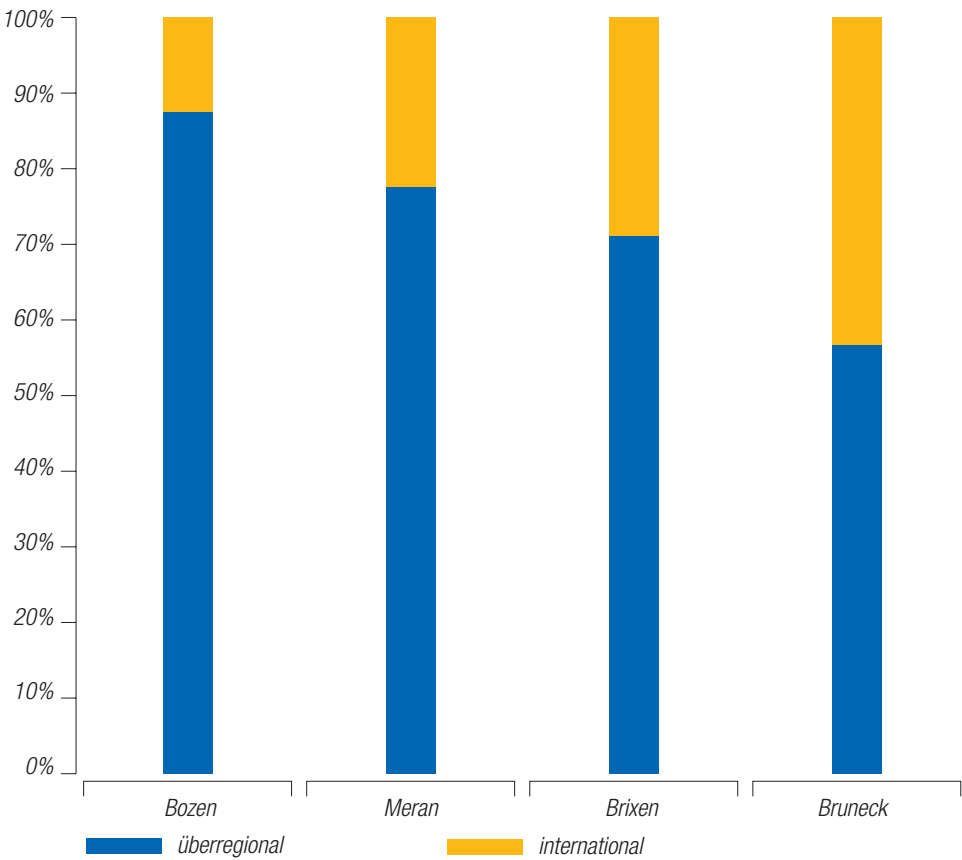
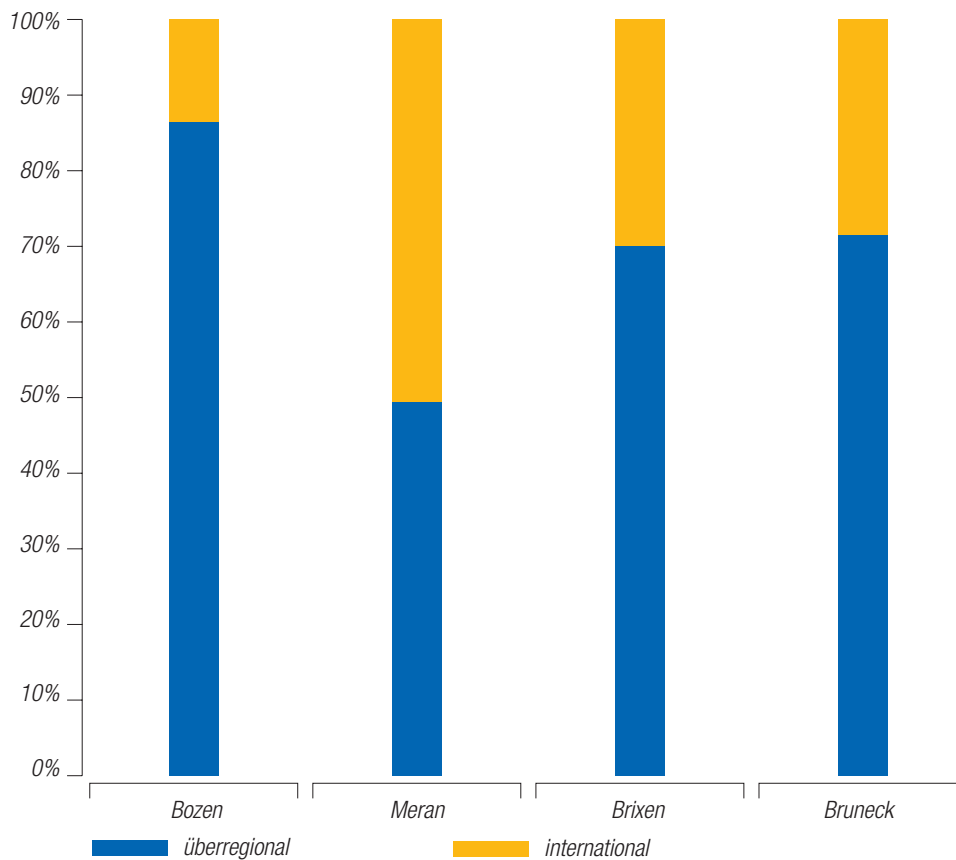


Abbildung 24: Einnahmen für die aktive überregionale (2004) und internationale (2001) KH-Mobilität (Tausend Euro)



2.4.2. Fachärztliche Leistungen und entsprechende Mobilitätssalden

Die Sanitätsbetriebe müssen den Bürgern die von den Versorgungsstandards vorgesehenen fachärztlichen Leistungen in den Ambulatorien, Instrumentaldiagnostiken und Laboruntersuchungen gewährleisten und sich dazu eigener Dienste oder anderer öffentlicher und privater Anbieter bedienen. Im zweiten Fall findet als Vergütungssystem die Zahlung nach Leistung Anwendung (Gesetzesverordnung Nr. 502/92 und nachfolgende Änderungen und Ergänzungen). Ebenso wie für die Krankenhausaufenthalte hat die Landesverwaltung auch für die ambulanten Leistungen ein eigenes Tarifverzeichnis laut nationalen Bestimmungen angenommen, das sowohl für die Zahlung des Tickets als auch für die Vergütung der zwischen den anbietenden Einrichtungen ausgetauschten Leistungen oder von den mit dem Landesgesundheitsystem konventionierten privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen gilt.

Auf der Internetseite der Landesgesundheitsdienste www.provincia.bz.it/sanita/2303/tarspec ist das Tarifverzeichnis mit aktuellen Informationen und genauen Angaben zur Anwendung der Tarife abrufbar.

Die Tarife entsprechen der maximalen Vergütung, die den Einrichtungen für im

LANDESTARIFVER-
ZEICHNIS FÜR
AMBULATORISCHE
LEISTUNGEN

Rahmen des Landesgesundheitssystems erbrachte fachärztliche Leistungen bezahlt werden darf.

Tabelle 12: **Betrag für die überregionale Mobilität in der fachärztlichen Versorgung - Jahr 2004**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktiv (Tausend €)	1.318	211	274	745	2.548
Passiv (Tausend €)	1.257	434	150	188	2.029
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	61	-223	124	557	519

Tabelle 13: **Betrag für die überregionale Mobilität in der fachärztlichen Versorgung - Jahr 2003**

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktiv (Tausend €)	1.264	191	287	760	2.502
Passiv (Tausend €)	1.262	416	137	148	1.963
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	2	-225	150	612	539

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 25: **Aktive und passive überregionale Mobilität in der Fachärztlichen Versorgung (Tausend Euro) - Jahr 2004**

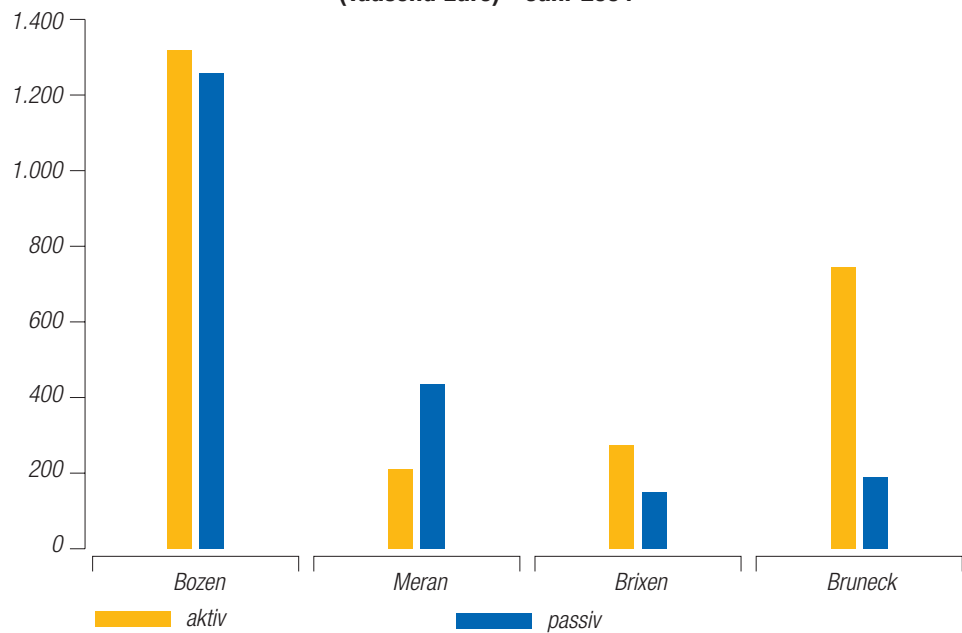


Abbildung 26: Aktive und passive überregionale Mobilität in der fachärztlichen Versorgung (Tausend Euro) - Jahr 2003

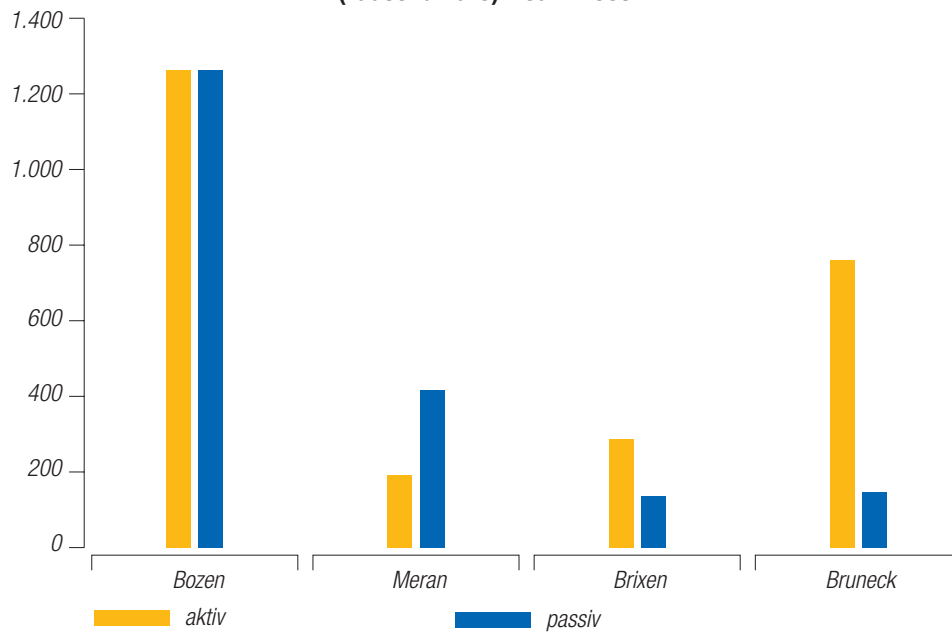


Tabelle 14: Betrag für die überbetriebliche Mobilität in der fachärztlichen Versorgung - Jahr 2004

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktiv (Tausend €)	1.768	677	1.844	343	4.632
Passiv (Tausend €)	2.141	1.338	533	620	4.632
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	-373	-661	1.311	-277	0

Tabelle 15: Betrag für die überbetriebliche Mobilität in der fachärztlichen Versorgung – Jahr 2003

	Bozen	Meran	Brixen	Bruneck	Insges.
Aktiv (Tausend €)	1.571	748	1.748	312	4.379
Passiv (Tausend €)	2.130	1.283	460	506	4.379
SALDO AKTIV – PASSIV (TAUSEND €)	-559	-535	1.288	-194	0

Quelle: A.P.B. – Amt für Gesundheitsökonomie

Abbildung 27: Aktive und passive überbetriebliche Mobilität in der fachärztlichen Versorgung (Tausend Euro) - Jahr 2004

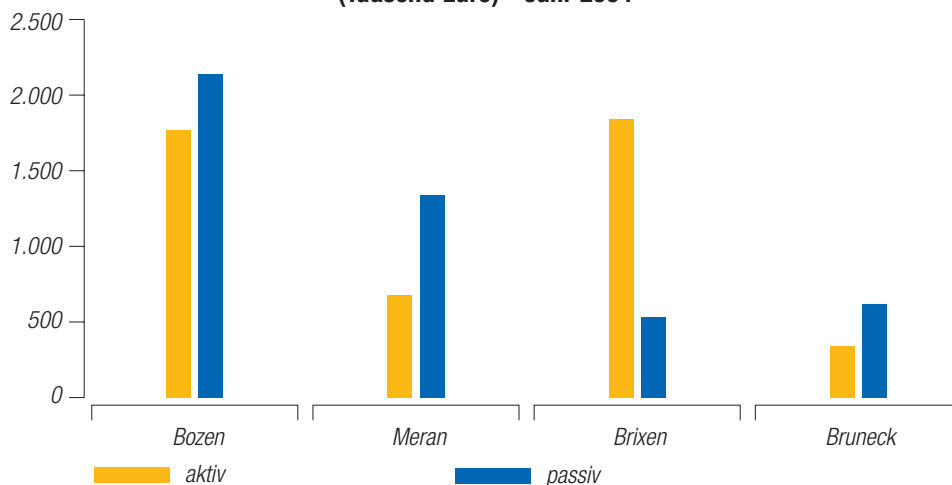
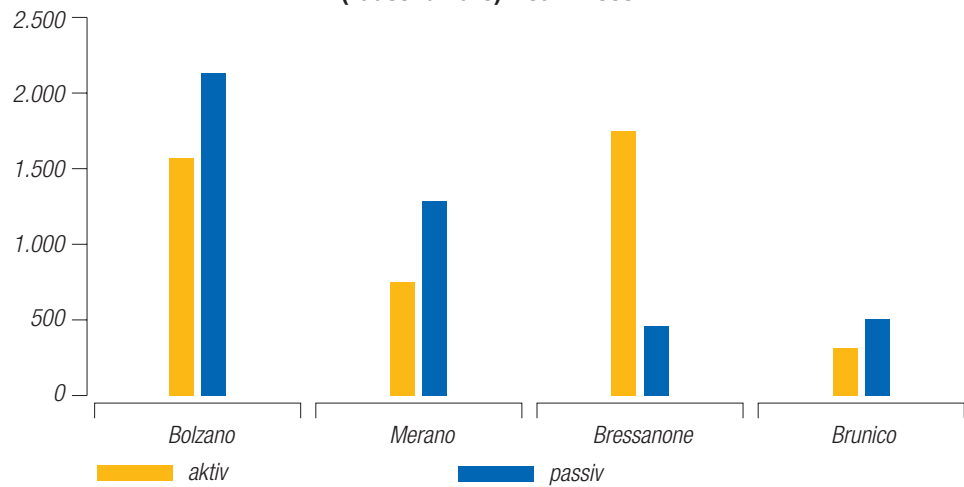


Abbildung 28: **Aktive und passive überbetriebliche Mobilität in der fachärztlichen Versorgung (Tausend Euro) - Jahr 2003**

Auch in diesem Fall werden die Tarifverzeichnisse für die Kompensation der aktiven und passiven Mobilität verwendet. In finanzieller Hinsicht ist das Phänomen völlig identisch mit der Krankenhausmobilität.

Im Jahr 2004 (wie auch 2003) war der überbetriebliche Mobilitätssaldo in der fachärztlichen Versorgung für den Sanitätsbetrieb Brixen positiv, negativ hingegen für die Sanitätsbetriebe Bozen, Meran und Bruneck.

Auf überregionaler Ebene verzeichnete der Sanitätsbetrieb Bruneck den höchsten Aktivsaldo; auch der Saldo der Sanitätsbetriebe Bozen und Brixen war positiv, während Meran einen negativen Saldo hatte.