

Landesgesundheitsbericht - Kurzfassung

10 Jahre Gesundheitswesen
100 Indikatoren



Abteilung
Gesundheitswesen

Epidemiologische Beobachtungsstelle

2001

Landesgesundheitsbericht - Kurzfassung



2001

LANDESGESUNDHEITSBERICHT - KURZFASSUNG 2001

10 JAHRE GESUNDHEITSWESEN

100 INDIKATOREN

XIII. Ausgabe, September 2002

© Herausgeber:

Autonome Provinz Bozen
Abteilung Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle

Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angabe der Quelle gestattet.

Verfügbare Kopien:

Abteilung Gesundheitswesen - Epidemiologische Beobachtungsstelle
Freiheitsstraße 23 - 39100 BOZEN
Tel. 0471 411567
Fax 0471 411579
E-Mail: carla.melani@provincia.bz.it

Layout und Graphik:

Epidemiologische Beobachtungsstelle

Umschlag:

Studio Schlemmer, Bozen

Druck:

Graphische Betriebe Tezzele, Leifers (BZ)

VORWORT

Mit dem Jahr 2001 geht die Kurzfassung des Landesgesundheitsberichts in ihre dreizehnte Auflage. Im Hinblick auf Methodik und Inhalte schließt sich die diesjährige Ausgabe an die positiven Erfahrungen der Vorjahre an. Die Darlegung des historischen Verlaufs der Indikatoren der wichtigsten Gesundheitsphänomene und Gesundheitsdienste wurde neu gestaltet. Unser Ziel ist es, diese Kurzfassung für die zahlreichen am Gesundheitswesen Interessierten und für alle Bürger der Provinz zugänglicher zu gestalten.

Auch in dieser Ausgabe wird die historische Entwicklung der letzten 10 Jahre von hundert für die Landesgesundheitsysteme und die Gesundheitsdienste grundlegenden Indikatoren graphisch und numerisch dokumentiert. Die Wahl der Indikatoren richtet sich nach dem Informationsbedarf der Leser dieser Kurzfassung, unter Beachtung der Einschränkungen, die sich bei historischen Vergleichen der von den Informationssystemen der Sanitätsbetriebe, der Provinz und des Staates produzierten Daten ergeben.

Die 100 Indikatoren beziehen sich auf folgende Aspekte des Gesundheitswesens und der Gesundheitsdienste:

- Bevölkerungsstatistik und soziale Aspekte;
- Gesundheitszustand der Bevölkerung (Krankheiten, Sterblichkeit nach Ursachen, Funktionsbeeinträchtigungen);
- Gesundheitsrisiken für die Gemeinschaft;
- Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste seitens der Bürger;
- Ressourcen für den Gesundheitsschutz.

Aus der Dokumentation ergibt sich ein positives Bild der Entwicklung des Landesgesundheitswesens. Die epidemiologischen Indikatoren zeigen einen Gesundheitszustand auf, der den europäischen Standards entspricht.

Das Netz der Gesundheitsdienste wurde in den letzten zehn Jahren erheblich ausgebaut, die territorialen Dienste durch zusätzliche Dienste erweitert und flächendeckender organisiert. Die Krankenhausdienste erweiterten ihr Leistungsangebot und erhöhten ihre Effizienz.

Beachtlich ist auch das Bemühen um die Grund- und Fachausbildung des Personals.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen stiegen in den letzten zehn Jahren real an; im selben Zeitraum nahm auch das Verhältnis zwischen den laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen und dem Bruttoinlandsprodukt der Provinz zu und erreichte im Jahr 2001 einen Anteil von 8,1%. Die Investitionen in Krankenhäuser und territoriale Einrichtungen, in biomedizinische Geräte und Informatik waren sehr umfangreich und ermöglichten eine

quantitative und qualitative Verbesserung der Gebäude sowie eine Anpassung der Geräte an den neuesten Stand der Technik.

Detailliertere Informationen über die Entwicklungstrends der wichtigsten Aspekte des Gesundheitswesens können den Schaubildern und dem Text der nachstehenden Kurzfassung entnommen werden. Für weitere Vertiefungen verweisen wir auf den Landesgesundheitsbericht 2001, da es sich beim vorliegenden Bericht um die Kurzfassung handelt.

Wir hoffen, dass wir mit dieser Kurzfassung des Landesgesundheitsberichts, herausgegeben von der epidemiologischen Beobachtungsstelle des Landes, dem Informationsbedarf der zahlreichen, am Gesundheitswesen und an den einschlägigen Diensten beteiligten Vertreter des politischen und gesellschaftlichen Lebens gerecht werden.

Kommentare und Anregungen, die zur Verbesserung der zukünftigen Ausgaben der Kurzfassung nützlich sein können, sind immer willkommen.

DER LANDESRAT FÜR GESUNDHEITSWESEN
-DR. OTTO SAURER-



100 INDIKATOREN	1
1. BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT	5
1.1. BEVÖLKERUNG	5
1.2. GESUNDHEITZUSTAND	10
1.2.1. Infektionskrankheiten	10
1.2.2. Arbeitsunfälle	17
1.2.3. Sterblichkeit	17
1.2.4. Funktionsbeeinträchtigungen	23
2. GESUNDHEITSRISIKEN FÜR DIE GEMEINSCHAFT	25
2.1. MÜLLSAMMLUNG	25
2.2. TÄTIGKEIT DES DIENSTES FÜR PNEUMOLOGIE	26
2.3. TÄTIGKEIT DES DIENSTES FÜR ARBEITSMEDIZIN	26
2.4. KONTROLLEN IM SPORTBEREICH	27
2.5. IMPFDECKUNG	28
3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE	33
3.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG	33
3.1.1. Allgemeinmedizin	33
3.1.2. Hauskrankenpflege	35
3.2. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG	36
3.3. TERRITORIALE VERSORGUNG	38
3.3.1. Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen	38
3.3.2. Schutz der geistigen Gesundheit	40
3.3.3. Stationäre Rehabilitation	42
3.4. FACHMEDIZINISCHE VERSORGUNG	42
3.4.1. Einrichtungen	43
3.4.2. Leistungen	44
3.4.3. Betriebliche fachmedizinische Dienste	44
3.4.4. Überbetriebliche fachmedizinische Dienste	47
3.5. KRANKENHAUSVERSORGUNG	50
3.5.1. Krankenanstalten und Personal	50
3.5.2. Versorgungstätigkeit	52
3.5.3. Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit der Krankenhausversorgung	57

4. RESSOURCEN	61
4.1. GESUNDHEITSPERSONAL	61
4.1.1. In den Sanitätsbetrieben beschäftigtes Personal	61
4.1.2. Grundausbildung des Gesundheitspersonals	62
4.1.3. Fachausbildung des Gesundheitspersonals	64
4.2. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN UND INVESTITIONEN	65
4.2.1. Laufende Ausgaben	65
4.2.2. Investitionsausgaben	68
4.2.3. Ausgaben für das Gesundheitswesen und BIP	68

100 INDIKATOREN

1. BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1.1. Bevölkerung

- 1) Wohnbevölkerung
- 2) Geburtenrate
- 3) Sterblichkeitsrate
- 4) Wanderungssaldo der Wohnbevölkerung
- 5) Altersindex
- 6) Durchschnittlicher Kinderindex pro Frau im gebärfähigen Alter
- 7) Abtreibungsrate
- 8) Fehlgeburtenrate
- 9) Ausländische Wohnbevölkerung
- 10) Arbeitslosenrate

1.2. Gesundheitszustand

- 11) Inzidenzquote von Hepatitis B
- 12) Inzidenzquote von Hepatitis C
- 13) Inzidenzquote von Lungentuberkulose
- 14) Inzidenzquote von Masern
- 15) Inzidenzquote von Mumps
- 16) Inzidenzquote von Röteln
- 17) Inzidenzquote von Windpocken
- 18) Inzidenzquote von Keuchhusten
- 19) Inzidenzquote von nicht typhusartiger Salmonellose
- 20) Inzidenzquote von AIDS
- 21) Prävalenzquote von AIDS
- 22) Inzidenzquote von HIV
- 23) Gemeldete Arbeitsunfälle
- 24) Tödliche Arbeitsunfälle
- 25) Lebenserwartung bei der Geburt
- 26) Kindersterblichkeitsrate
- 27) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Tumoren
- 28) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems
- 29) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Atemwege
- 30) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Verdauungsapparates

- 31) Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Traumata und Vergiftungen
- 32) Selbstmordrate
- 33) In stationären Einrichtungen versorgte Menschen mit Behinderung

2. GESUNDHEITSRISIKEN FÜR DIE GEMEINSCHAFT

2.1. Müllsammlung

- 34) Müllsammlung

2.2. Tätigkeit des Dienstes für Pneumologie

- 35) Vom Dienst für Pneumologie durchgeführte ärztliche Untersuchungen

2.3. Tätigkeit des Dienstes für Arbeitsmedizin

- 36) Vom Dienst für Arbeitsmedizin durchgeführte Untersuchungen zur Feststellung der Eignung zur Arbeit

2.4. Kontrollen im Sportbereich

- 37) Vom Dienst für Sportmedizin durchgeführte Untersuchungen zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport

2.5. Impfdeckung

- 38) Impfdeckung: Diphtherie und Tetanus
- 39) Impfdeckung: Keuchhusten
- 40) Impfdeckung: Kinderlähmung
- 41) Impfdeckung: Masern
- 42) Impfdeckung: Mumps
- 43) Impfdeckung: Röteln
- 44) Impfdeckung: Haemophilus Influenzae B
- 45) Impfdeckung: Hepatitis B

3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.1. Medizinische Grundversorgung

- 46) Allgemeinmediziner
- 47) Kinderärzte freier Wahl
- 48) Durchschnittliche Patientenbelastung pro Allgemeinmediziner
- 49) Durchschnittliche Patientenbelastung pro Kinderarzt freier Wahl
- 50) Prozentanteil der von Basisärzten verschriebenen Aufenthalte
- 51) Im Rahmen der Hauspflege versorgte alte Menschen

3.2. Pharmazeutische Versorgung

- 52) Durchschnittlich verschriebene Stückanzahl pro Einwohner
- 53) Durchschnittlicher Medikamentenverbrauch pro Kopf
- 54) Durchschnittliche Einwohneranzahl pro Apotheke

3.3. Territoriale Versorgung

- 55) Von den DfA betreute Drogenabhängige
- 56) Von den DfA betreute Alkoholabhängige
- 57) Von den ZGG versorgte Patienten
- 58) Betten in stationären Einrichtungen für psychisch Kranke
- 59) Hospitalisierungsrate in Psychiatrieabteilungen
- 60) Betten in Rehabilitationszentren

3.4. Fachmedizinische Versorgung

- 61) Vom Diabetologischen Dienst durchgeführte diabetologische Untersuchungen
- 62) Vom Dienst für Diät und Ernährung durchgeführte diätologische Untersuchungen
- 63) Vom Dienst für physische Rehabilitation durchgeführte Ergotherapieleistungen
- 64) Vom Dienst für physische Rehabilitation durchgeführte Logotherapieleistungen
- 65) Vom Dienst für physische Rehabilitation durchgeführte Zonenreflexmassagen
- 66) Vom Dienst für physische Rehabilitation durchgeführte ärztliche Rehabilitationsuntersuchungen
- 67) Vom Dienst für physische Rehabilitation durchgeführte individuelle Kinesiotherapie
- 68) Vom Dienst für Pathologische Anatomie vorgenommene Autopsien
- 69) Vom Dienst für Pathologische Histologie durchgeführte histologische Untersuchungen
- 70) Vom Dienst für Pathologische Histologie durchgeführte zytologische Untersuchungen
- 71) Vom Dienst für Genetische Beratung geleistete genetische Beratungen
- 72) Blutspender

3.5. Krankenhausversorgung

- 73) Betten für Akutkranke in öffentlichen und vorläufig akkreditierten Krankenhäusern
- 74) Ärzte pro Bett
- 75) Krankenpfleger pro Bett

- 76) Aufenthalte in öffentlichen und vorläufig akkreditierten Krankenhäusern
- 77) Hospitalisierungsrate von Ansässigen
- 78) Aufenthaltstage
- 79) Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
- 80) Mobilitätssaldo
- 81) Attraktionsindex
- 82) Fluchtindex
- 83) Anteil in Prozent der Entlassungen aufgrund von Geburt mit Kaiserschnitt
- 84) Anteil der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen
- 85) Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes
- 86) Hospitalisierungsrate aufgrund von Asthma
- 87) Eingriffe am Kristallin in der Tagesklinik (DRG 039)
- 88) Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik (DRG 119)

4. RESSOURCEN

4.1. Gesundheitspersonal

- 89) Personal der Sanitätsbetriebe
- 90) Diplom-Krankenpfleger
- 91) Zu Grundausbildungskursen Gemeldete
- 92) Zu Ausbildungskursen in Allgemeinmedizin gemeldete Ärzte
- 93) Zu Fachausbildungskursen gemeldete Ärzte
- 94) Finanzielle Beiträge für die Fachausbildung

4.2. Ausgaben für das Gesundheitswesen und Investitionen

- 95) Laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen
- 96) Ausgaben für das Gesundheitswesen nach Ausgabenkategorien
- 97) Laufende Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen
- 98) Investitionsausgaben
- 99) Verhältnis zwischen Investitionsausgaben und laufenden Ausgaben
- 100) Verhältnis zwischen den laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen und BIP

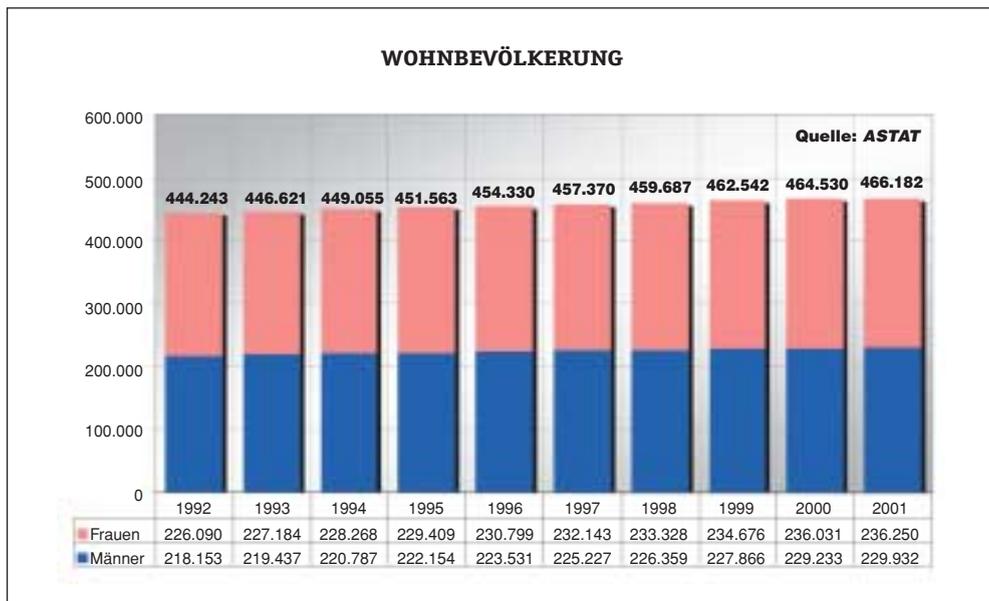
1. BEVÖLKERUNG UND GESUNDHEIT

1.1. Bevölkerung

Wohnbevölkerung

Die Wohnbevölkerung setzt sich aus Personen italienischer und ausländischer Staatsbürgerschaft zusammen, die beim Einwohnermeldeamt der Gemeinden gemeldet sind. Die Personen, die vorübergehend aufgrund einer Saisonarbeit oder aus irgendeinem Grund für einen begrenzten Zeitraum in einer anderen Gemeinde oder im Ausland leben, gehören auch weiterhin der Wohnbevölkerung an.

Abbildung 1.1



Geburtenrate, Sterblichkeitsrate, Wanderungssaldo

Die Schwankungen des Bevölkerungsbestands sind auf die Eintritts- und Austrittsflüsse in die und aus der Bevölkerung zurückzuführen. Der Eintritt in die Bevölkerung erfolgt durch Geburt oder Einwanderung, der Austritt daraus bei Todesfall oder Auswanderung. Zwei Bevölkerungsdynamiken beeinflussen diese Flüsse, nämlich der natürliche Saldo, d.h. der Saldo, der sich aus der Geburtenrate und der Sterblichkeitsrate ergibt, und der Wanderungssaldo, d.h. der Saldo, der aus den Ein- und Auswanderungsraten resultiert.

Die Geburtenraten übersteigen im berücksichtigten Zeitraum konstant den gesamtstaatlichen Wert (9,4 pro 1.000 im Jahr 2000), während die Sterblichkeitsraten unterhalb der entsprechenden Werte auf Staatsebene liegen (9,7 pro 1.000 im Jahr 2000).

Für die Provinz Bozen ergibt sich daraus für den berücksichtigten Zeitraum ein immer aktiver natürlicher Saldo, während seit dem Jahr 1993 auf gesamtstaatlicher Ebene ein negativer Saldo (-0,3 pro 1.000 im Jahr 2000) verzeichnet wird. Auch der Wanderungssaldo ist konstant aktiv (3,1 pro 1.000 auf gesamtstaatlicher Ebene im Jahr 1999).

Abbildung 1.2



Abbildung 1.3



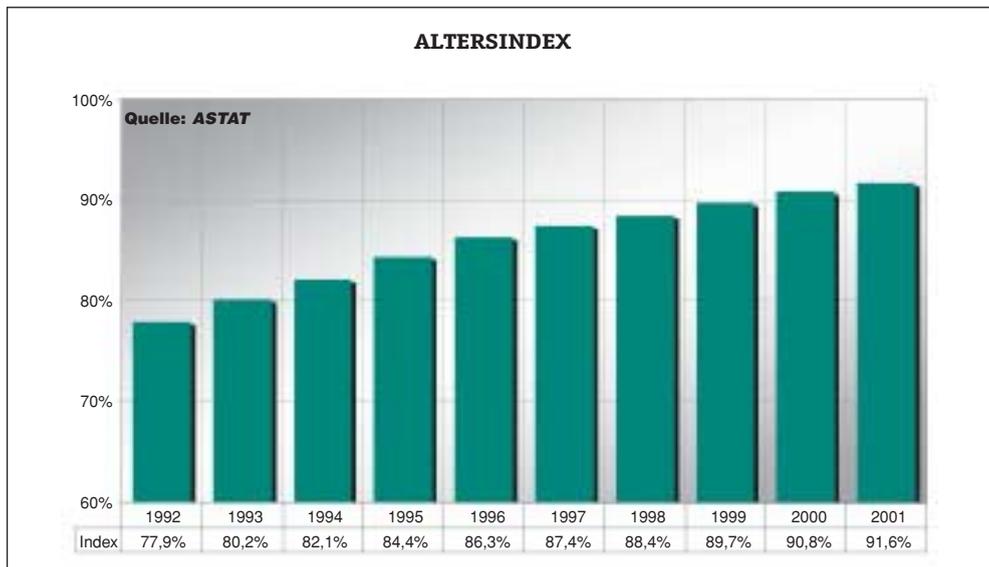
Altersindex

Einer der Indizes, welche die Altersstruktur der Bevölkerung zum Ausdruck bringen, ist der Altersindex.

Der Altersindex ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Bevölkerung im Alter von über 65 Jahren und jener im Alter bis zu 14 Jahren. Der Anstieg des Index drückt das fortlaufende Überwiegen der älteren Bevölkerung gegenüber der jungen aus. Diese Zunahme ist vor allem auf die niedrigen Fruchtbarkeitsraten zurückzuführen, welche einen geringeren Bevölkerungsanteil in den jüngeren Altersklassen bedingen, aber auch auf den erheblichen Zuwachs der älteren Bevölkerung, welcher mit der steigenden Lebenserwartung zusammenhängt.

Der gesamtstaatliche Altersindex stieg 2001 auf 129% an, während auf Landesebene das Wachstum mäßiger ausfiel.

Abbildung 1.4



Durchschnittlicher Kinderindex pro Frau im gebärfähigen Alter

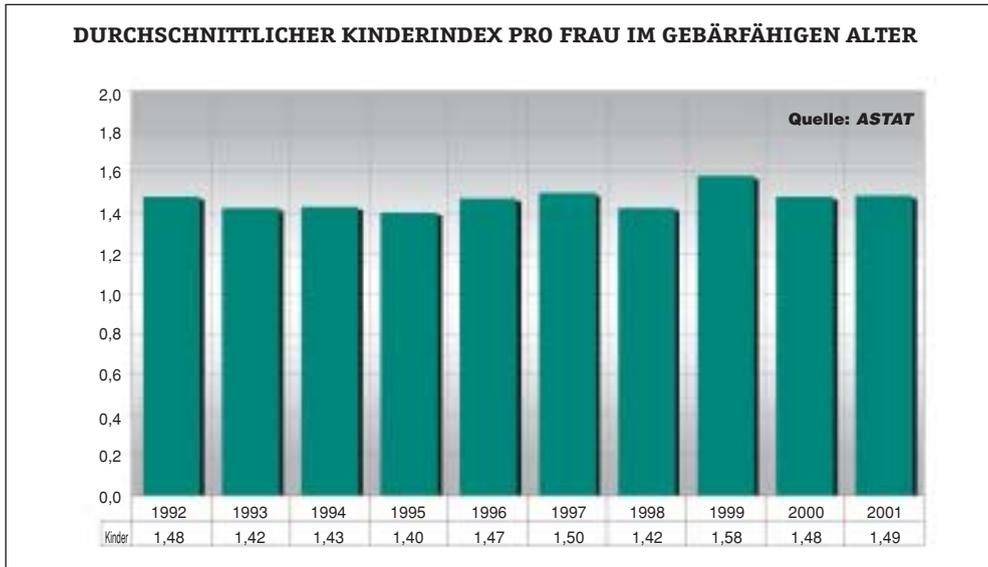
Die Gesamtfruchtbarkeitsrate misst, unabhängig von der Sterblichkeitsrate, die Gesamtzahl der von einer Generation Frauen geborenen Kinder.

Allgemein wird er pro Frau berechnet, indem die Geburten von Frauen (zwischen 15 und 49 Jahren) in einem bestimmten Jahr zugrunde gelegt werden.

Die Gesamtfruchtbarkeitsrate stellt den angemessensten Index zur Überwachung der Geburtenrate dar, weil sie es ermöglicht, die durchschnittliche

Kinderanzahl pro Frau im gebärfähigen Alter zu berechnen (der gesamtstaatliche Wert für das Jahr 2001 beläuft sich auf 1,3).

Abbildung 1.5



Abtreibungs- und Fehlgeburtenrate

Die Phänomene, welche die Fruchtbarkeitsraten beeinflussen, sind die negativen Ausgänge der Schwangerschaften: Totgeburten und Abtreibungen.

Unter Abtreibung versteht man die Schwangerschaftsunterbrechung vor der Geburt (bevor der Fetus außerhalb der Gebärmutter selbstständig lebensfähig ist). Man unterscheidet zwischen spontaner Fehlgeburt und Abtreibung oder freiwilligem Schwangerschaftsabbruch.

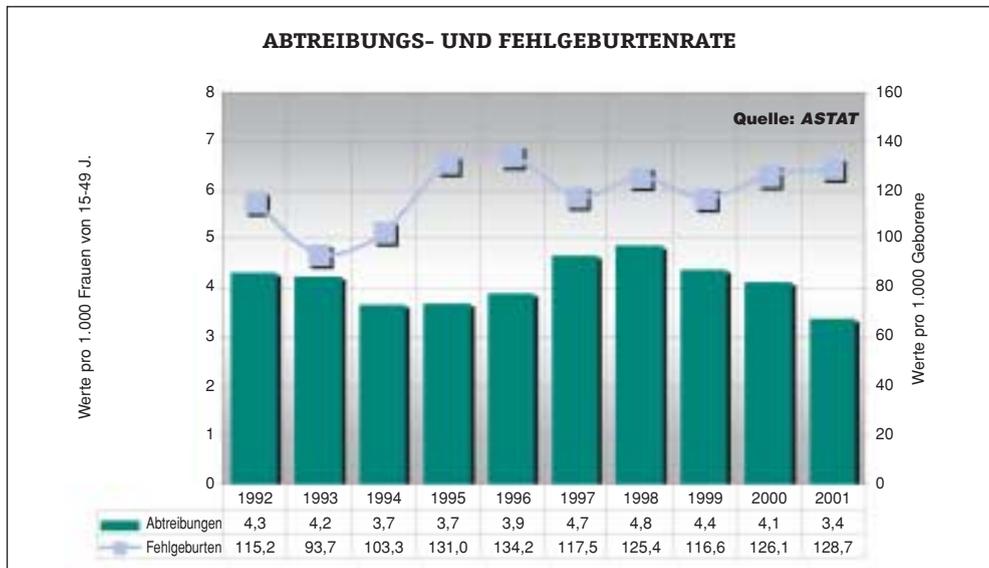
Die Abtreibung besteht in einem operativen Eingriff durch einen Facharzt, wobei die Leibesfrucht mit Annexen entfernt wird, was eine Unterbrechung der Schwangerschaft mit sich bringt. Die Abtreibung darf nur auf ausdrücklichen Wunsch der Frau innerhalb von 90 Tagen ab der Zeugung vorgenommen werden. Sie kann des Weiteren aus therapeutischen Gründen nach den ersten 90 Tagen durchgeführt werden, sollte die Schwangerschaft oder die Geburt das Leben der Frau stark gefährden, oder bei schwerwiegenden Anomalien oder Missbildungen des Ungeborenen, sollten diese eine große Gefahr für die physische oder psychische Gesundheit der Frau darstellen.

Die Abtreibungsrate wird sowohl von der Fruchtbarkeitsrate als auch von der Neigung zur Geburtenkontrolle anhand sicherer Verhütungsmittel bestimmt.

Die spontane Fehlgeburt besteht in der unfreiwilligen Unterbrechung der Schwangerschaft aufgrund von Pathologien, und im Besonderen in allen Fällen von Expulsion oder Tod des Fetus oder Embryo innerhalb des 180. Schwangerschaftstages (vollendete 25 Wochen und 5 Tage).

Der Anstieg der Fehlgeburtenrate 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.

Abbildung 1.6

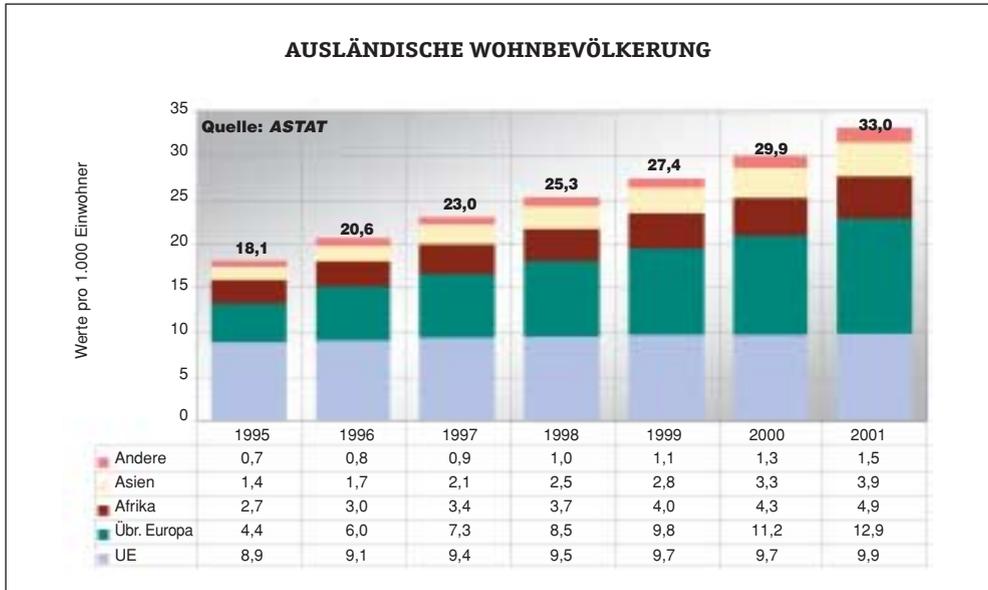


Ausländische Wohnbevölkerung

Die ausländische Wohnbevölkerung besteht aus den Personen ausländischer Staatsbürgerschaft, die beim Einwohnermeldeamt der Gemeinden gemeldet sind. In der Tat sind fast alle Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis beim Einwohnermeldeamt gemeldet. Nicht alle beim Einwohneramt gemeldeten Ausländer sind Eingewanderte; immer häufiger erfolgen die Meldungen aufgrund von Geburt in Italien von ausländischen Eltern.

In Italien stellten die Ausländer zum 31. Dezember 2000 2,5% der Gesamtbevölkerung dar. Der Bevölkerungszuwachs aufgrund der Zuwanderung von Ausländern wird durch den hohen natürlichen Saldo der ausländischen Bevölkerung (21,5 pro 1.000 im Nord-Osten, 17,6 auf gesamtstaatlicher Ebene) mit hohen Geburtenraten (23,2 pro 1.000 im Nord-Osten, 18,5 auf gesamtstaatlicher Ebene) deutlich. Diese Daten, verstärkt durch einen großen Anteil an Minderjährigen (21,6% der Ausländer im Nord-Osten, 19% auf nationaler Ebene), zeigen einen sich stabilisierenden Trend auf.

Abbildung 1.7



Arbeitslosenrate

Die Arbeitsbedingungen bestimmen die Situation des Einzelnen im Verhältnis zum Arbeitsmarkt.

Die Arbeitskräfte setzen sich aus Beschäftigten und Beschäftigungssuchenden zusammen.

Die Arbeitslosenrate ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen den Personen auf der Suche nach Beschäftigung (Arbeitslose auf der Suche nach einer neuen Beschäftigung und Personen auf der Suche nach Erstanstellung) und den Erwerbstätigen.

Die Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf den Gesundheitszustand des Betroffenen aus; der Einkommensverlust, aber auch der Verlust der sozialen Identität, der Strukturierung der Lebenszeit, der sozialen Beziehungen beeinträchtigen besonders den geistigen Zustand des Betroffenen, und hinterlassen außerdem aspezifische Spuren in der physischen Gesundheit.

1.2. Gesundheitszustand

1.2.1. Infektionskrankheiten

Die Auswirkungen der Infektionskrankheiten sind vor allem in Bezug auf den Krankheitszustand bedeutend, während von der Sterblichkeit vor allem die jungen Altersklassen aufgrund der AIDS-Infizierten und die alten Menschen aufgrund von chronischen Krankheiten betroffen sind, deren Gesundheitszustand durch saisonbedingte Grippepidemien verschlechtert wird.

Abbildung 1.8



Die Krankheiten aufgrund von unangemessenen hygienischen oder umweltbedingten Zuständen nahmen zusehends ab, und dank der primären Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen verschwanden Kinderlähmung und Diphtherie schließlich gänzlich.

Neue Lebensgewohnheiten, der Zuwachs der älteren und immunsupprimierten Menschen sowie die Verschlechterung der Umweltbedingungen schufen jedoch gleichzeitig die Voraussetzungen für eine verstärkte Verbreitung von bakteriologischen, viralen und parasitären Infektionen, die sich nicht immer in charakteristische und bekannte klinische Bilder einordnen lassen.

Inzidenzquote von Virushepatitis B und C (HBV und HCV)

In den Ländern mit niedriger oder mittlerer Prävalenz wie Italien sind die HBV-Infektionen vorwiegend außerhalb der Risikogruppen anzutreffen, und vor allem im Jugendalter mit Beginn der sexuellen Aktivität und dem eventuellen parenteralen Konsum von Drogen. In 30-40% der Fälle von akuter HBV-Infektion kann kein Risikofaktor identifiziert werden; bei den Jugendlichen bleibt die Infektionsquelle in 60% der Fälle unbekannt.

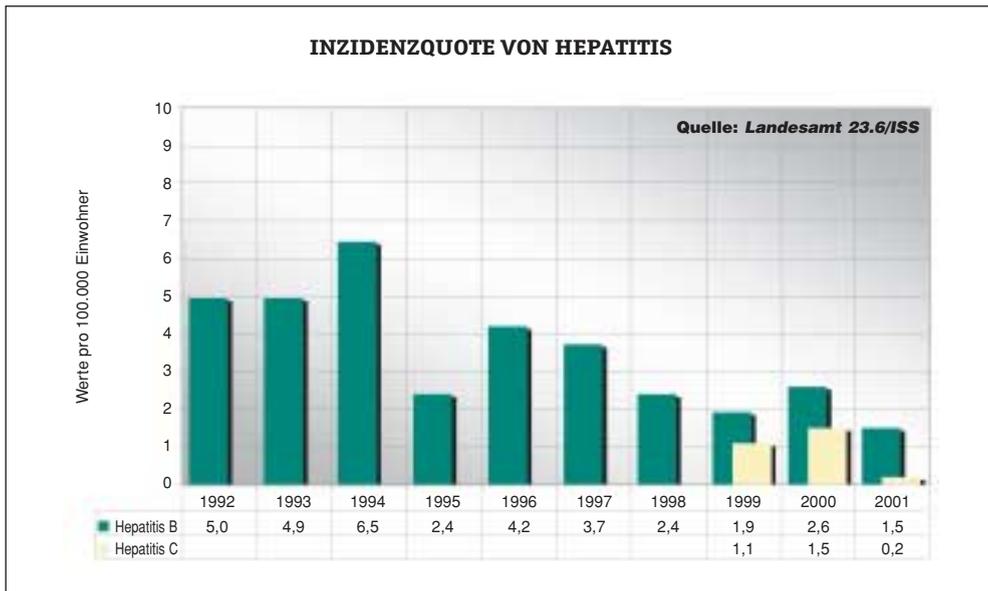
Die Inzidenz von HBV verzeichnete einen bedeutenden Rückgang nach Anwendung des Gesetzes 161/91, welches die Pflichtimpfung von Neugeborenen und Jugendlichen einführte.

Die chronische HCV-Infektion stellt in Italien die primäre Ursache für chronische Lebererkrankungen, Leberkarzinom und Transplantationsbedarf dar. Die serum-

positiven Anti-HCV-Personen konzentrieren sich vor allem in den höheren Altersklassen, während die symptomatische akute Infektionsinzidenz rückläufig ist.

Die Verfügbarkeit einer effizienten Impfung ist eine der wichtigsten Erwartungen für die nächsten Jahre.

Abbildung 1.9



Inzidenzquote von Lungentuberkulose

Die Hauptursache für das Wiederaufkommen der Tuberkulose ab Mitte der 80-er Jahre in den Industrieländern sind die HIV-Infektionen, bei denen sich die Tuberkulose fortlaufend weiterentwickelt oder neu aktiviert und den Übergang vom Infektionsstadium von HIV zu AIDS beschleunigt. Bei den AIDS-Tuberkulose-Patienten ist des Weiteren sowohl die bakteriologische als auch virale Ansteckungsgefahr sehr groß.

Ein weiterer Faktor, der für den erneuten Aufschwung der Tuberkulose verantwortlich gemacht werden kann, ist die Resistenz gegen Tuberkulostatika mit der gefährlichen Zunahme von vornehmlich multiresistenten Stämmen.

Ein dritter Faktor besteht in der Immigration aus Dritte-Welt-Ländern mit endemischem Charakter der Tuberkulose oder aus ost-europäischen Ländern, wo in den letzten Jahren ein starker Rückgang der aktiven TBC-Überwachung verzeichnet wurde. Die Missstände und Armut, in denen ein Teil der eingewanderten Bevölkerung lebt, fördern die Entwicklung oder die Reaktivierung der Krankheit zusätzlich. Zu vermerken sind auch die zahlreichen, unzureichend erfassten Faktoren des Phänomens, die zu einer Unterschätzung des realen Ausmaßes der Krankheit führen.

Abbildung 1.10

Inzidenzquote von Masern, epidemischem Mumps und Röteln

Die niedrigen Impfdeckungen für Masern und Röteln erwiesen sich als unzureichend, um die Verbreitung der Krankheitserreger dieser Krankheiten zu kontrollieren, welche die endemisch-epidemische Entwicklung in der Zeit vor der Einführung der Impfungen darstellen, auch wenn die Inzidenz rückläufig ist.

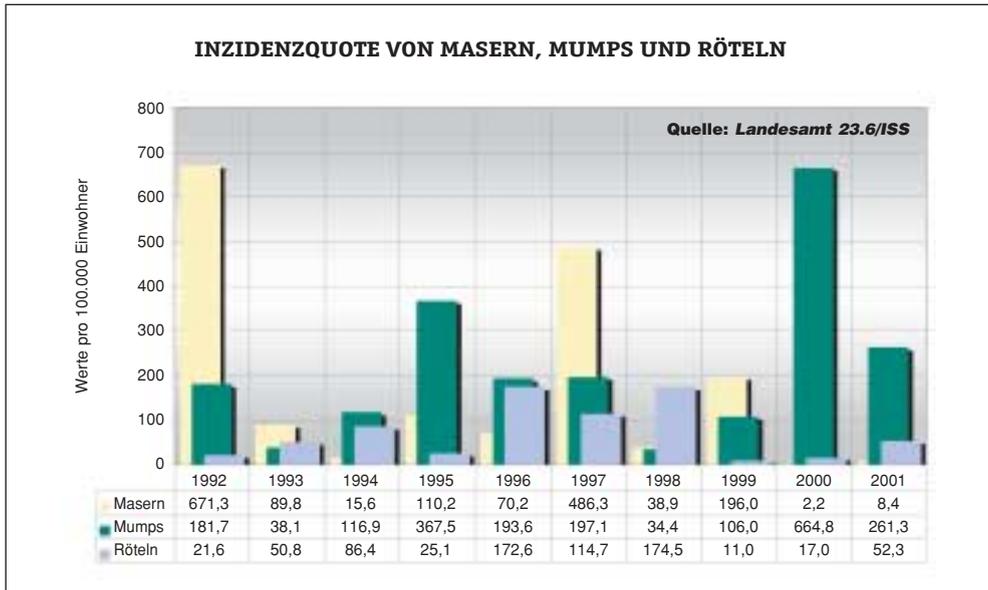
Bei einer Nicht-Verabreichung der Impfung infiziert sich fast die gesamte Bevölkerung mit dem Masernvirus vor Vollendung des 15. Lebensjahres; häufige Komplikationen sind Mittelohrentzündung, Bronchopneumonie und Diarrhöe, mit einem Fall pro 1.000 von Masernenzephalitis und einem letalen Ausgang der Krankheit pro 1.000. Epidemische Spitzenwerte werden alle 3-4 Jahre verzeichnet. Die Auswirkungen der Krankheit sind bei Säuglingen und Erwachsenen schwerwiegender.

Bei einer Nicht-Impfung infizieren sich 80% der Bevölkerung mit dem Rötelnvirus innerhalb des 20.-24. Lebensjahres. Die Ansteckungsgefahr ist für 20% der Bevölkerung also auch noch im Erwachsenenalter groß. Die schwerwiegendsten Auswirkungen der Röteln während der Schwangerschaft sind Fehlgeburten, Totgeburten und Missbildungen des Fetus.

Nach Einführung der Impfung wurden keine bedeutenden Veränderungen in der Epidemiologie des epidemischem Mumps verzeichnet. Die Gefahr der Ansteckung mit dem Mumpsvirus ist universal; bei fehlendem Impfstoff infizieren sich 90% der Bevölkerung vor Erreichen des Erwachsenenalters, bei einem endemischen Verlauf mit epidemischen Spitzenwerten alle 2-5 Jahre.

Bis zu 70% der Infektionen mit dem Mumpsvirus können aspezifische Symptome oder Symptome in asymptomatischer Form aufweisen, während die aseptische Meningitis 4-6% der Mumpsfälle kompliziert.

Abbildung 1.11



Inzidenzquote von Windpocken und Keuchhusten

Die primäre Infektion erfolgt vorwiegend im Kindesalter. Die schwersten Komplikationen bestehen in der viralen Lungenentzündung; des Weiteren können ernste Komplikationen bei schwangeren Frauen in den ersten oder letzten Schwangerschaftsmonaten auftreten.

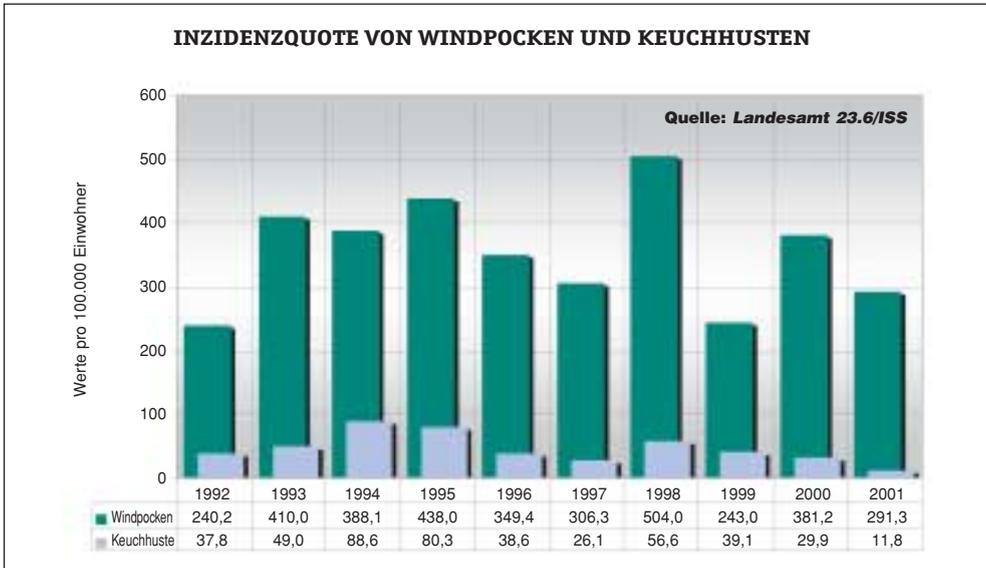
Keuchhusten ist heute aufgrund der hohen Fallzahlen und der Möglichkeit von schweren pulmonalen und fatalen enzephalopathischen Komplikationen eine der bedeutendsten Kinderkrankheiten, die aber durch die Impfung verhindert werden können. In den nicht geimpften Bevölkerungen, besonders, wenn sie von Unterernährung und respiratorischen und Infektionen des Magen-Darm-Traktes betroffen sind, stellt der Keuchhusten eine der Krankheiten mit der höchsten Letalität bei Neugeborenen und Kleinkindern dar.

Inzidenzquote von nicht typhusartiger Salmonellose

Die Salmonellose ist eine Infektionskrankheit, die akute Gastroenteritiden mit Durchfall, Krämpfen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fieber als häufigste Symptome hervorruft.

Die Salmonellen-Epidemien verdienen besondere Aufmerksamkeit: sie sind sowohl besonders häufig als auch exemplarisch. Es handelt sich dabei um typi-

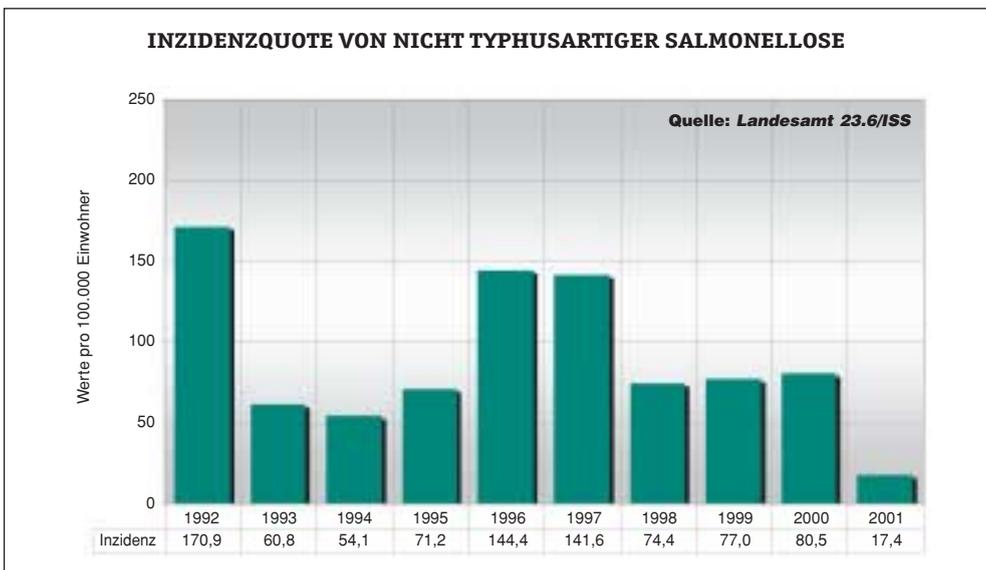
Abbildung 1.12



sche Epidemien der kollektiven Gastronomie und gleichzeitig um Epidemien, die oft mit der Verseuchung der Nahrungsmittel bereits an der Quelle zusammenhängen.

Auch in Italien sind die bedeutendsten Epidemien in den letzten zehn Jahren auf die Verbreitung von Toxinschädigungen der Nahrungsmittel mit Salmonella enteriditis zurückzuführen.

Abbildung 1.13



Inzidenz- und Prävalenzquote von AIDS und Inzidenzquote von HIV

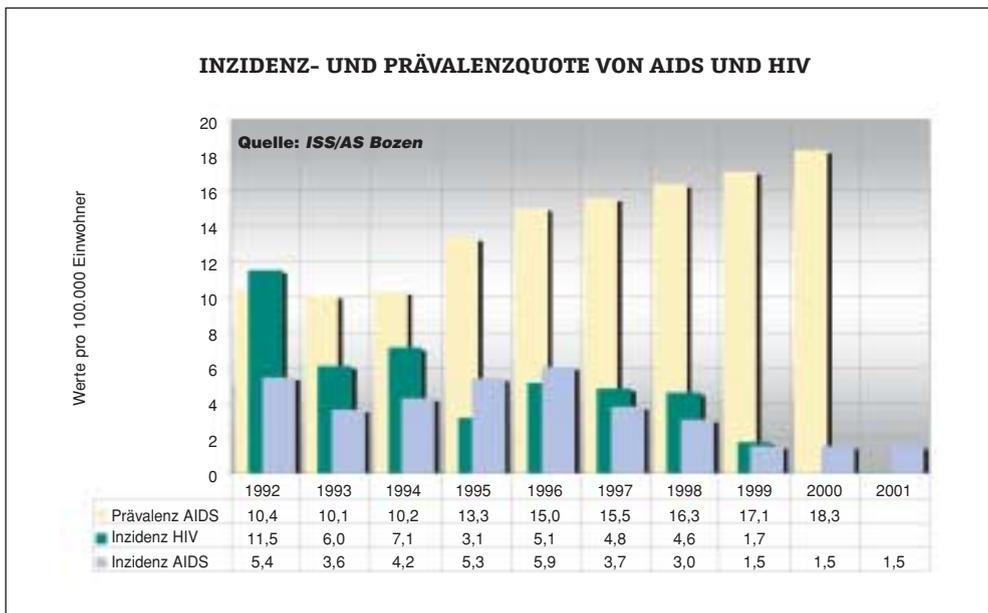
AIDS (Syndrom der erworbenen Immundefizienz) wurde erstmals im Jahr 1979 diagnostiziert und ist durch das Auftreten schwerer opportunistischer Infektionen gekennzeichnet, die von Keimen verursacht werden, welche normalerweise von der zellularen Immunität kontrolliert werden. Die Übertragung erfolgt ausschließlich mittels Körperflüssigkeiten.

78% der 47.500 von 1982 bis zum 31.12.2000 in Italien diagnostizierten AIDS-Fälle betreffen Männer; 1,5% sind Kinder und 5,1% Ausländer. 66,3% der Patienten verstarben an dieser Krankheit, auch wenn die Angaben aufgrund der Nicht-Meldepflicht des Todesfalls unterschätzt werden.

Im Jahr 2000 betrug die Inzidenz auf gesamtstaatlicher Ebene 2,5 Fälle pro 100.000 Einwohner. Das Durchschnittsalter bei der Diagnose zeigt einen zeitlichen Anstieg sowohl bei den Männern (von 29 Jahren auf 39 Jahre) als auch bei den Frauen (von 24 Jahren im Jahr 1985 auf 35 Jahre im Jahr 2000).

62,7% der Fälle sind auf Praktiken im Zusammenhang mit der endovenösen Einnahme von Drogen zurückzuführen. Die zeitliche Verteilung zeigt einen Anstieg der Fälle, in denen die Krankheit sexuell übertragen wurde.

Abbildung 1.14



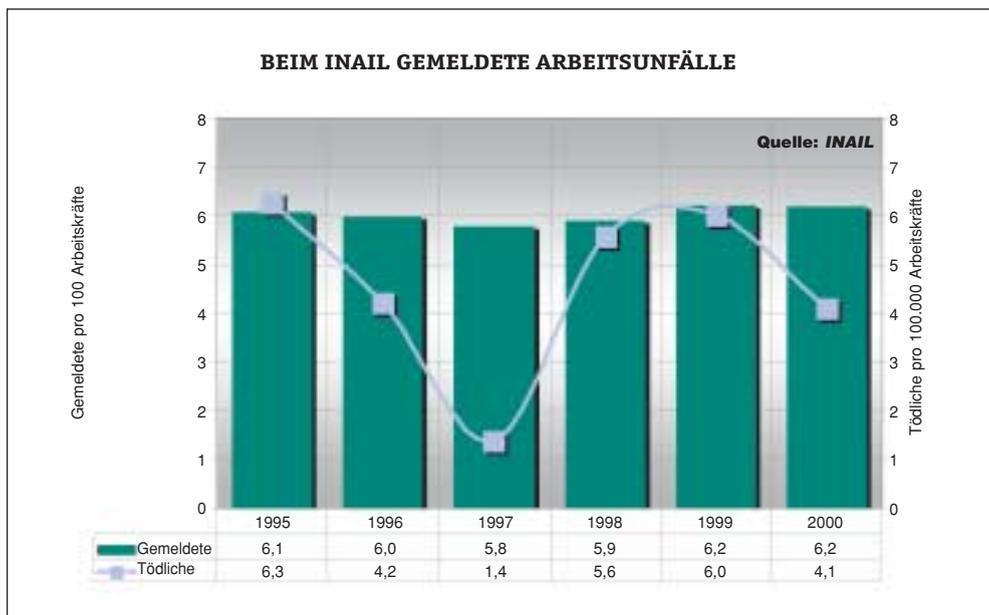
1.2.2. Arbeitsunfälle

Gemeldete und tödliche Arbeitsunfälle

Die Gesetzesvorschriften über die obligatorische Versicherung der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sehen die Meldepflicht beim INAIL der Arbeitsunfälle von Arbeitskräften (angestellten und selbstständigen) mit einer Prognose von über 3 Tagen vor.

Arbeitsunfälle mit tödlichem Ausgang sind jene, bei denen der Todesfall innerhalb von 180 Tagen ab dem Datum des Unfalls eintritt, mit Ausnahme jener, für die im selben Zeitraum eine nicht-berufliche Ursache diagnostiziert wurde.

Abbildung 1.15



1.2.3. Sterblichkeit

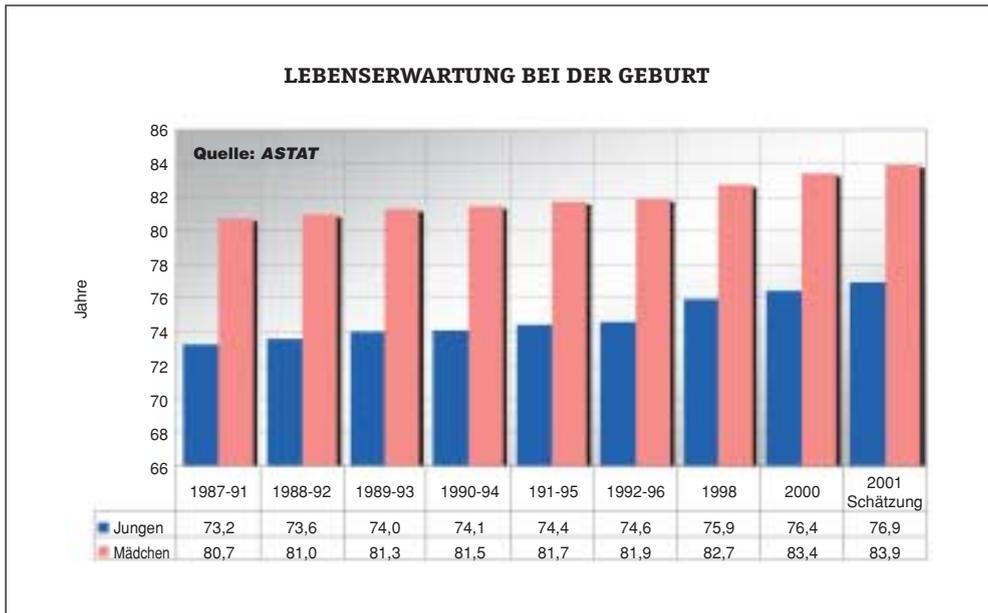
Der Anstieg der Todesfälle in den letzten Jahren ist ausschließlich auf eine fortlaufende Alterung der Bevölkerung und nicht auf die Vermehrung der Todesrisiken zurückzuführen, die im Gegenteil stark rückläufig sind. Eine Verminderung der Sterblichkeitsraten wird in allen Altersklassen verzeichnet.

Lebenserwartung bei der Geburt

Die Lebenserwartung bei der Geburt, d.h. die durchschnittliche Lebensdauer, stellt die durchschnittliche Anzahl der Lebensjahre dar, die für ein Neugeborenes erwartet werden kann.

Die Daten bestätigen den konstanten Anstieg der durchschnittlichen Lebensdauer der Bevölkerung. Allgemein sind positive Veränderungen der Lebenserwartung bei ansteigendem Alter zu beobachten, was die Wichtigkeit der rückläufigen Sterblichkeit unter den alten Menschen als entscheidenden Beitrag zur Erhöhung der Lebenserwartung bezeugt.

Abbildung 1.16



Kindersterblichkeitsrate

Die Kindersterblichkeit umfasst die Todesfälle im ersten Lebensjahr, d.h. die Lebendgeborenen, die vor Vollendung des 1. Lebensjahres sterben, einschließlich der Todesfälle vor der Meldung der Geburt.

Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Tumoren

Die Sterblichkeit aufgrund von bösartigen Tumoren verzeichnet eine Verlangsamung; für die nächsten Jahre kann ebenfalls ein weiterer Rückgang angenommen werden, auch angesichts des positiven Einflusses der immer stärkeren Verbreitung von Prävention, Frühdiagnose und Behandlung.

Abbildung 1.17

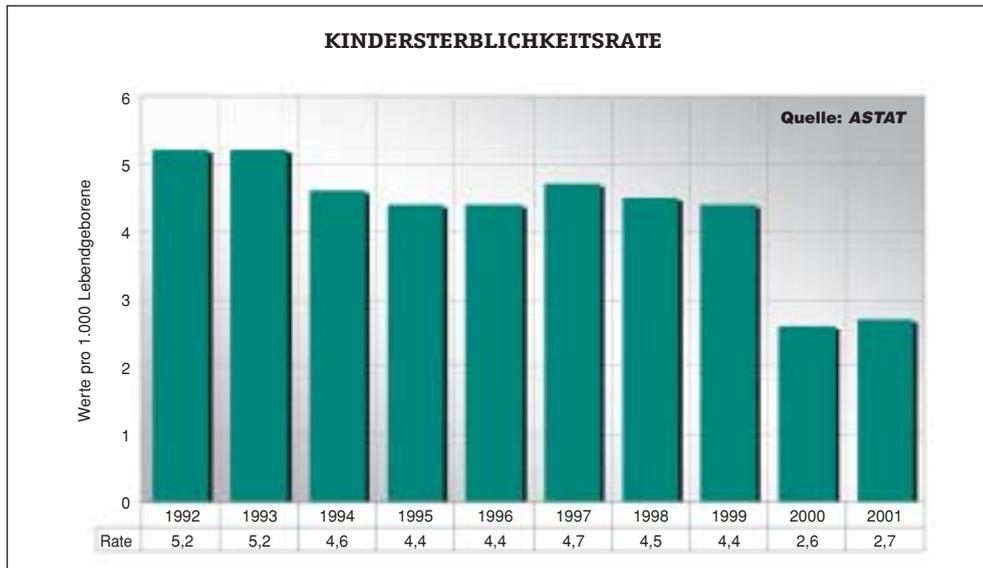
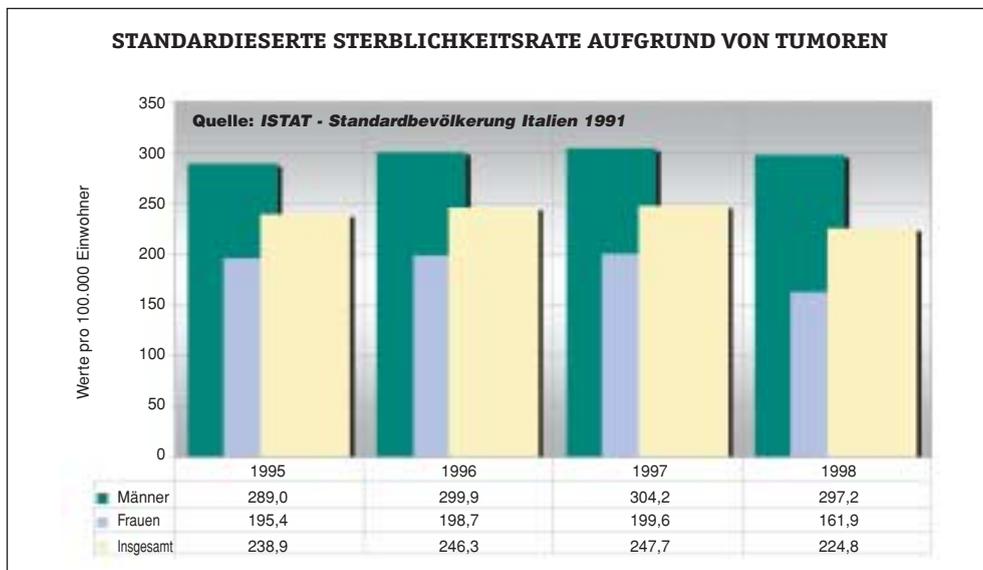


Abbildung 1.18

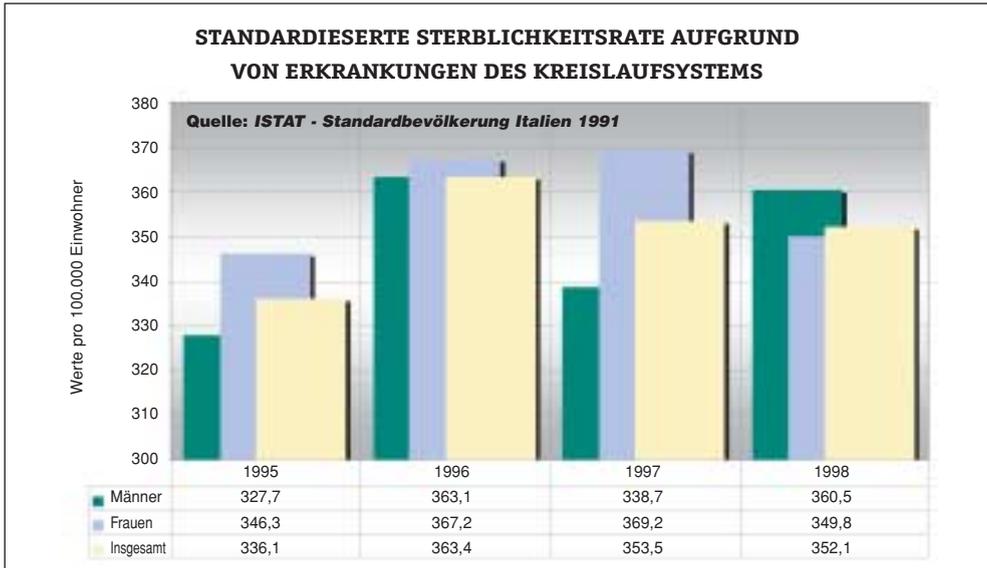


Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems

Die Sterblichkeit aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems stellt die häufigste Todesursache in der Bevölkerung insgesamt und unter den alten Menschen dar, sowie die zweithäufigste Todesursache - nach den Tumoren - für die erwachsene Bevölkerung.

Diese Krankheiten, die auf gesamtstaatlicher Ebene bereits in den letzten Jahren rückläufig waren, verzeichneten in der letzten Zeit eine weitere Verminderung für beide Geschlechter.

Abbildung 1.19



Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen der Atemwege

Die Erkrankungen der Atemwege stellen trotz ihrer rückläufigen Tendenz im letzten Jahrzehnt die dritthäufigste Todesursache dar.

Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Erkrankungen des Verdauungsapparates

Auch im Falle der Erkrankungen des Verdauungsapparates setzt sich auf gesamtstaatlicher Ebene eine Verminderung der Sterblichkeit fort. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern fällt zum Nachteil für die Männer aus, für die jedoch in der letzten Zeit eine stärkere Rückläufigkeit der Sterblichkeit verzeichnet wird.

Abbildung 1.20

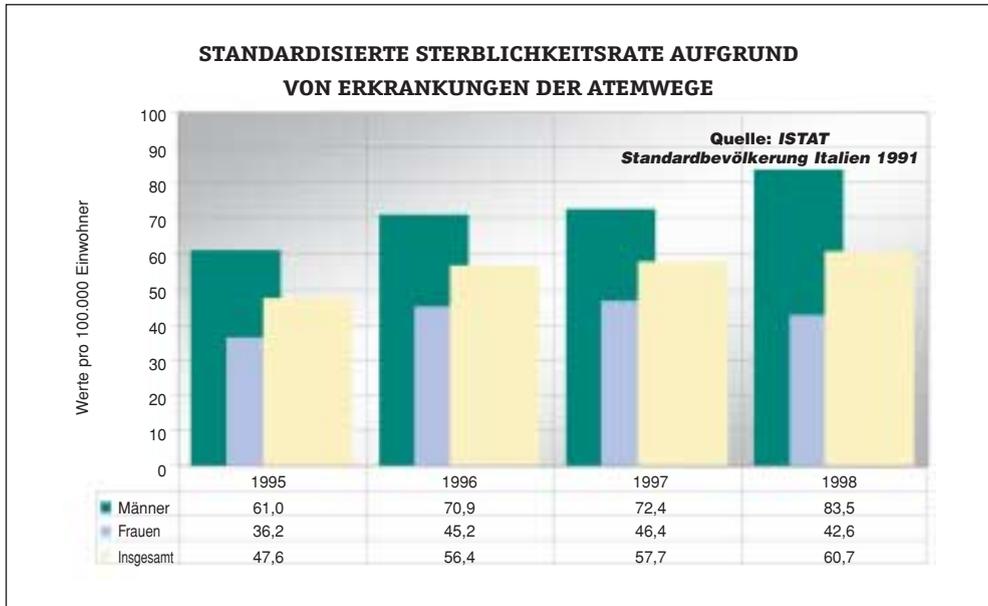
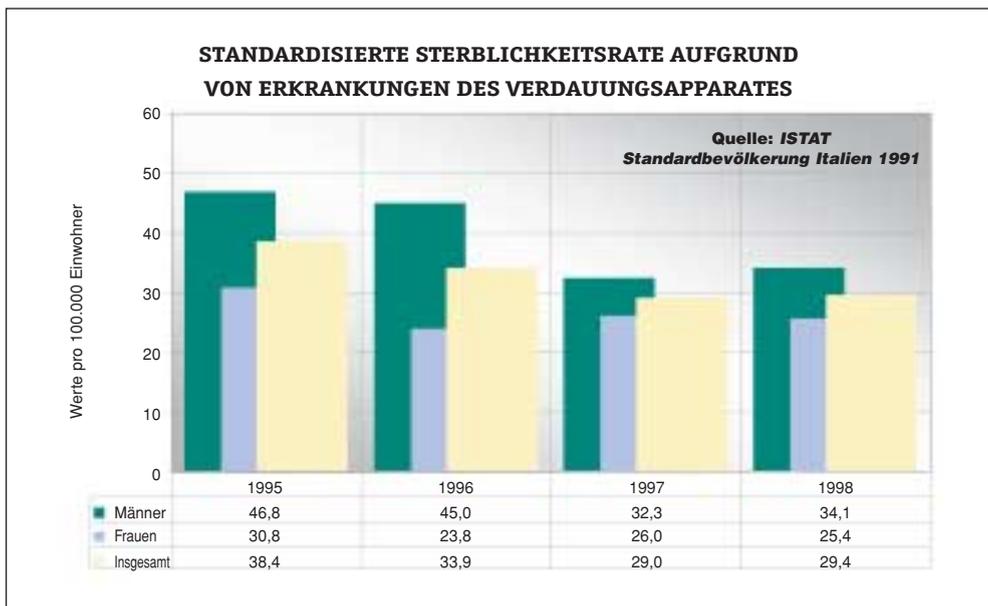


Abbildung 1.21

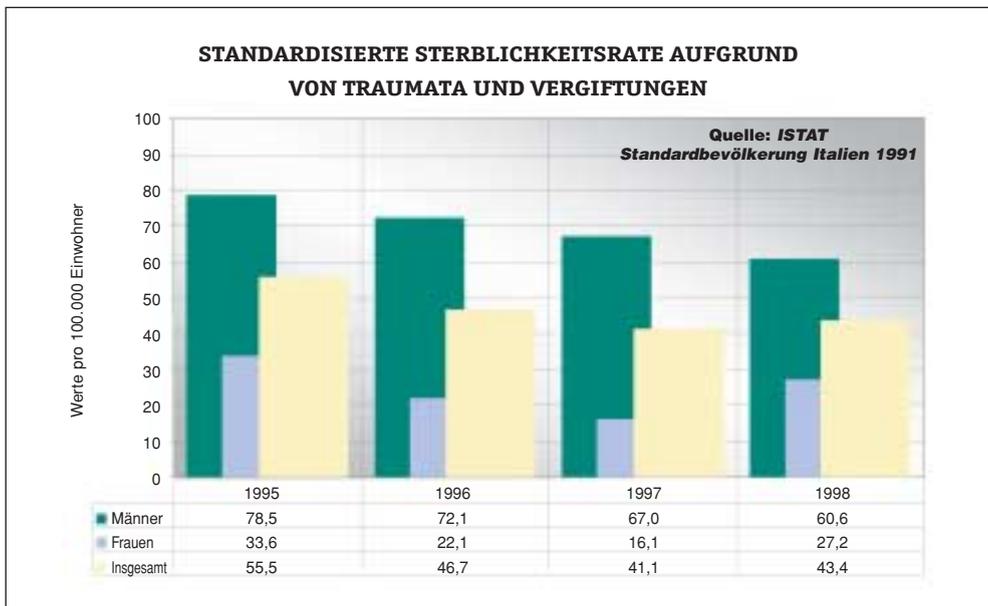


Standardisierte Sterblichkeitsrate aufgrund von Traumata und Vergiftungen

Die zufälligen und gewaltsamen Ursachen stellen die häufigste Todesursache unter den Jugendlichen bis zu 34 Jahren dar. Dieser Sterblichkeitstrend erweist sich jedoch in den letzten Jahren als rückläufig. Die Altersklasse, in der dieser Rückgang am wenigsten offensichtlich ist, ist jene der Männer zwischen 15 und 34 Jahren aufgrund deren häufigeren Verwicklung in Verkehrsunfälle mit Motorfahrzeugen, die ca. 60% der Jugendsterblichkeit aufgrund von gewaltsamen Todesursachen darstellen.

Bei den Frauen konzentrieren sich die gewaltsamen Todesursachen stark in den höheren Altersklassen.

Abbildung 1.22

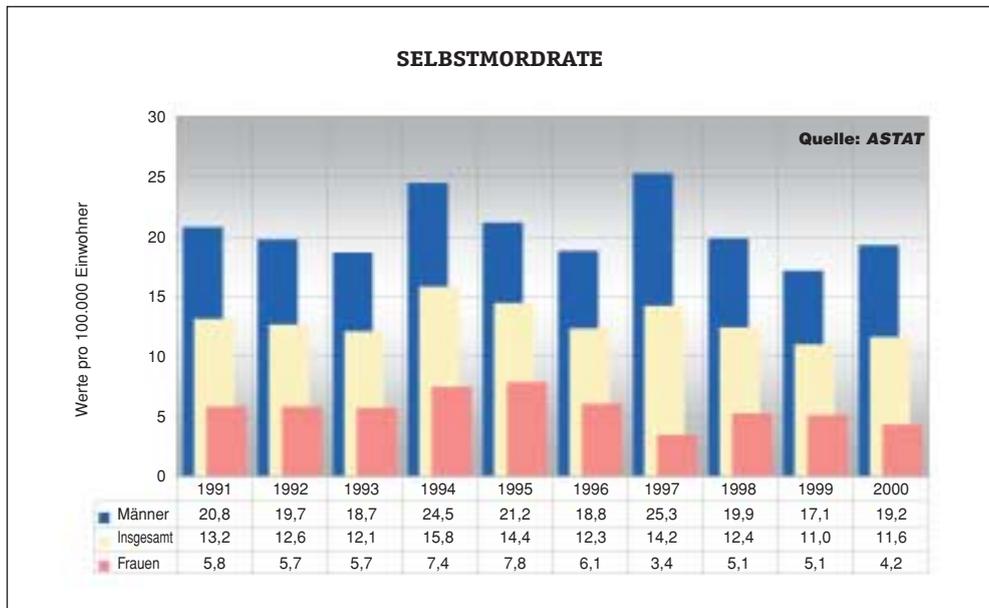


Selbstmordrate

Die jährliche Selbstmordrate auf nationaler Ebene beträgt 5,2 Fälle pro 100.000 Einwohner (Jahr 1999).

Schizophrenie und affektive Störungen wie Depressionen und Manie sind die häufigsten Krankheiten, die zum Selbstmord führen. Weitere Risikofaktoren sind, wenn das Geschlecht (die Selbstmordrate der Männer ist dreimal höher als jene der Frauen) und das Alter (die Inzidenz nimmt mit ansteigendem Alter zu, auch wenn unter den jungen Männern das Phänomen wächst) berücksichtigt werden, die Arbeitslosigkeit, der Alkoholismus, der Drogenmissbrauch, schwere physische Krankheiten und Existenzkrisen.

Abbildung 1.23



1.2.4. Funktionsbeeinträchtigungen

Die drei bedeutendsten Dimensionen einer Funktionsbeeinträchtigung sind die Dimension der Alltagstauglichkeit, die körperliche und die kommunikative Dimension. ISTAT definiert eine Person als beeinträchtigt, wenn sie mindestens in einer der genannten Dimensionen schwerwiegende Mängel aufweist.

Nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1980 unterscheidet man 3 Gruppen von Funktionsbeeinträchtigungen: Schädigung, Beeinträchtigung und Benachteiligung.

Unter Schädigung (impairment) versteht man jegliche „geistige oder körperliche Störung von Organen oder Funktionen des Körpers“.

Unter Beeinträchtigung (disability) versteht man die „Einschränkung oder den Verlust von funktionalen Fähigkeiten oder der Tätigkeit infolge einer Schädigung“.

Der Begriff Benachteiligung (handicap) umfasst die wahrgenommenen Nachteile aufgrund von Schädigung oder Beeinträchtigung. Er drückt also die „gesellschaftlichen und umweltbedingten Folgen der Beeinträchtigung oder Schädigung aus“.

Die wichtigsten Eingreifbereiche auf der Ebene der Benachteiligung und der Beeinträchtigung sind die gesundheitlichen und sozial-fürsorglichen Bereiche.

Im Gesundheitsbereich steht die Versorgung durch die Psychologischen und Rehabilitationsdienste im Vordergrund. Unter den sozialen Bereich fallen die stationären Einrichtungen für Behinderte, die aus geschützten Labors, Internaten, Wohngemeinschaften und anderen angemessenen geschützten Wohnformen bestehen, welche Maßnahmen im Bereich der Erziehung, Ausbildung, Beschäftigung, Sozialfürsorge und Freizeit garantieren.

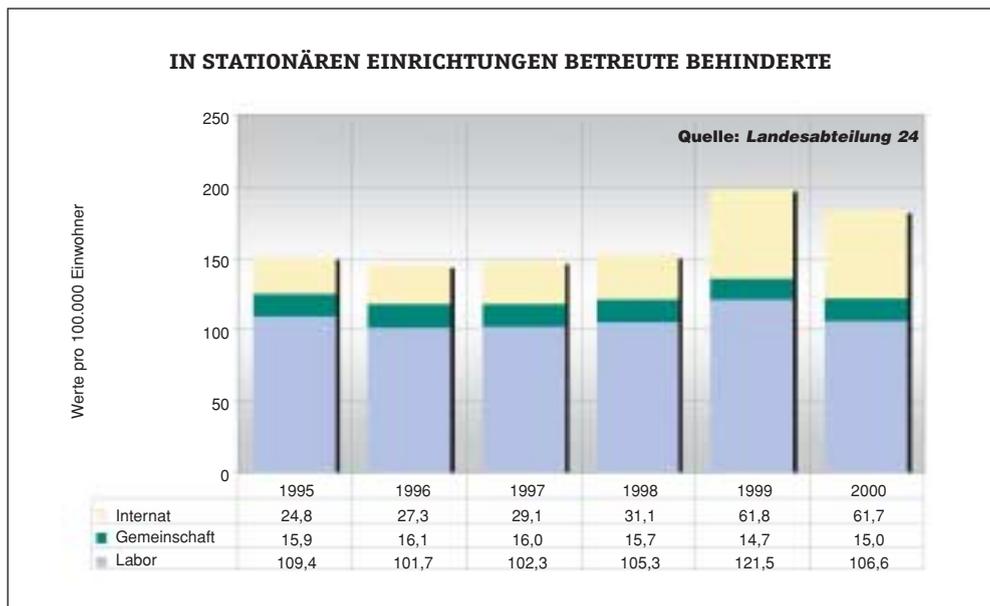
Die geschützten Labors stellen den Schwerpunkt der sozio-rehabilitativen Versorgung und der Beschäftigung der Menschen mit Behinderung dar und diversifizieren sich je nach vorwiegender Ausrichtung in Rehabilitations-, Produktions- und Halbproduktionslabors.

Die Wohngemeinschaften sind Einrichtungen, die eine minimale Versorgung erfordern; aufgenommen werden Personen, die eine gewisse Selbstständigkeit in der Verwaltung des eigenen täglichen und gesellschaftlichen Lebens besitzen.

Internate sind Wohn- und Lebensformen für Menschen mit Behinderung, die ständiger Betreuung bedürfen und in ihrer Selbstständigkeit aufgrund des Schweregrads ihrer Benachteiligung stark eingeschränkt sind.

Die Zunahme der Patientenzahl im Laufe des Jahres 1999 ist vor allem auf die Einführung - unter den Internaten - eines vorher nicht erhobenen, privaten Instituts zurückzuführen.

Abbildung 1.24



2. GESUNDHEITSRISIKEN FÜR DIE GEMEINSCHAFT

Die Bevölkerung ist täglich Risikofaktoren ausgesetzt, d.h. Situationen, Gewohnheiten, Lebensstilen oder Lebensbedingungen, die den Gesundheitszustand des Einzelnen oder der Gemeinschaft negativ beeinflussen können.

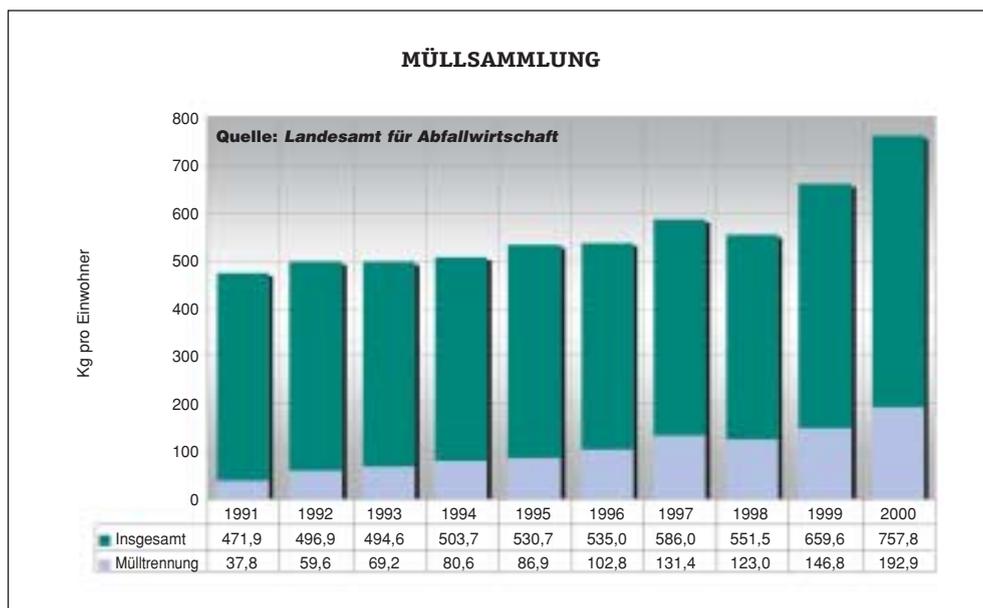
Im Besonderen werden jene Risikofaktoren berücksichtigt, die an die Umweltverschmutzung, das mehr oder weniger gesunde Lebens- und Arbeitsumfeld und an die Verbreitung von Infektionskrankheiten gebunden sind.

2.1. Müllsammlung

Das System der Mülltrennung trägt zur starken Reduzierung der zu entsorgenden Abfälle bei und fördert die Verwertungs- und Recyclingtätigkeit.

Neben Vorsorgemaßnahmen zugunsten der Reduzierung der Abfälle scheint die Wiederverwertung von getrennt gesammeltem Abfallmaterial ein bedeutender Schritt in Richtung Verminderung der Abfallproduktion zu sein, d.h. einer Verlängerung der effektiven Lebensdauer der Mülldeponien.

Abbildung 2.1

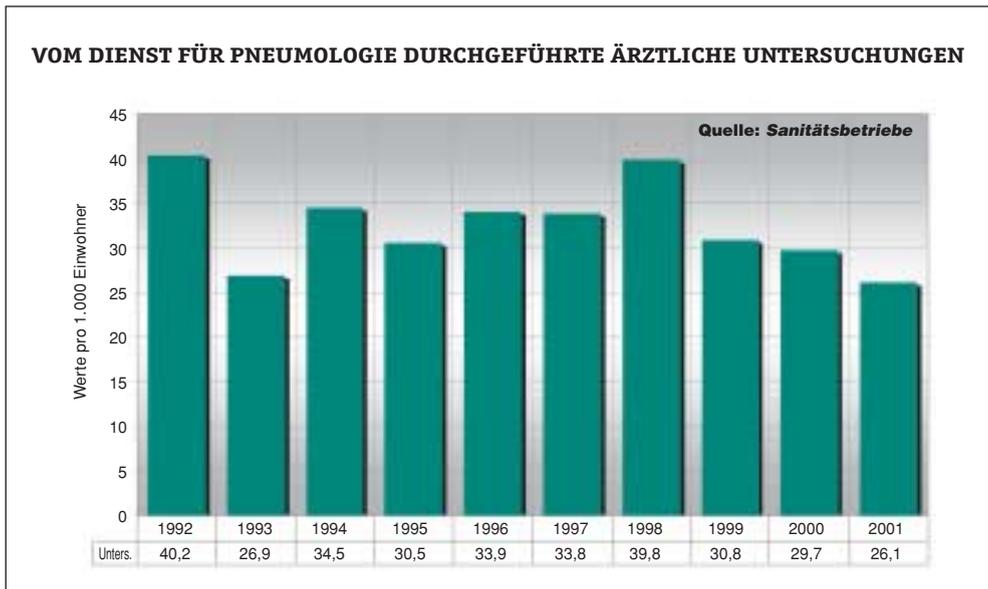


2.2. Tätigkeit des Dienstes für Pneumologie

Die pneumologische Versorgung gilt der Prävention, Diagnose, Behandlung und Rehabilitation im Falle von Erkrankungen der Atemwege und Tuberkulose gegenüber Risikogruppen, der Gesundheitserziehung (durch Massenkampagnen in den Schulen, Erziehung der Personen mit Atmungsbeschwerden, Raucherambulatorien), den epidemiologischen Untersuchungen auf dem Gebiet der Respiration, den Diensten für Respirationsleistungen zu Hause und der Aktivierung eines fachmedizinischen, mit einschlägigen dezentralisierten Ambulatorien ausgestatteten Netzwerks in ganz Südtirol.

Die territorialen pneumologischen Leistungen werden am Hauptsitz in Bozen und an den Nebenstellen von Neumarkt, Meran, Schlanders und Bruneck angeboten.

Abbildung 2.2



2.3. Tätigkeit des Dienstes für Arbeitsmedizin

Zuständig für den Schutz vor gesundheitlichen Risiken am Arbeitsplatz und die gesundheitliche Überwachung der Arbeitnehmer ist der Dienst für Arbeitsmedizin, der als überbetriebliche Dienststelle im Sanitätsbetrieb Bozen eingerichtet ist.

Der Dienst hat die Aufgabe, gesundheitsgefährdende Situationen zu erkennen und geeignete Maßnahmen sowie gezielte Eingriffe zur Reduzierung und Beseitigung der bestehenden Risiken vorzuschlagen.

Der Tätigkeitsbereich umfasst im Wesentlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz,

vorbeugende Kontrollen in neuen Gewerbeansiedlungen in Zusammenarbeit mit anderen, hierfür zuständigen Landeseinrichtungen, die Koordinierung und Überwachung von sanitären Ermittlungen sowie deren Durchführung zugunsten der vertraglich konventionierten Produktionseinheiten durch die klinische Abteilung des Dienstes gemäß Beschluss der Landesregierung.
Der Dienst gliedert sich in zwei Abteilungen: das arbeitsmedizinische Inspektorat und die klinische Abteilung für Arbeitsmedizin.

Abbildung 2.3



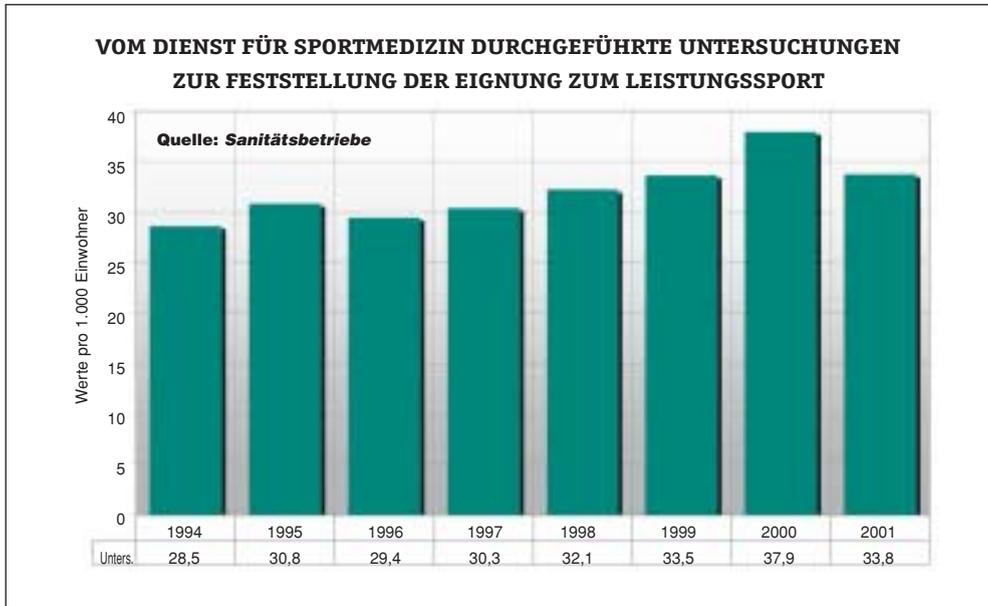
2.4. Kontrollen im Sportbereich

Landesweit wird der Gesundheitsschutz im Sportbereich vom Dienst für Sportmedizin gewährleistet.

Derzeit sind in den Sanitätsbetrieben Bozen und Brixen Ärzte und Krankenpflegepersonal beschäftigt, die dem Landesgesundheitsdienst unterstehen, während in den Sanitätsbetrieben Meran und Bruneck dieser Aufgabenbereich von konventionierten externen Fachärzten für Sportmedizin abgedeckt ist, die in Privatpraxen arbeiten.

Der Dienst garantiert alle regelmäßigen sportmedizinischen Untersuchungen, die Feststellung zur Eignung zu sportlicher Betätigung, die Koordinierung und Förderung der Einsätze der Ärzte und Einrichtungen in Zusammenhang mit dem Gesundheitsschutz bei sportlichen Tätigkeiten.

Abbildung 2.4



2.5. Impfdeckung

Die Ziele der Weltgesundheitsorganisation sehen die Impfdeckung von mindestens 95% für die Impfungen gegen Kinderlähmung, Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Mumps und Röteln vor. Der Nationale Gesundheitsplan nimmt diese Ziele auf und schreibt die Impfdeckung von 95% der Bevölkerung im Alter bis zu 2 Jahren sowohl für die Pflichtimpfungen als auch für die empfohlenen Impfungen vor.

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Diphtherie und Tetanus

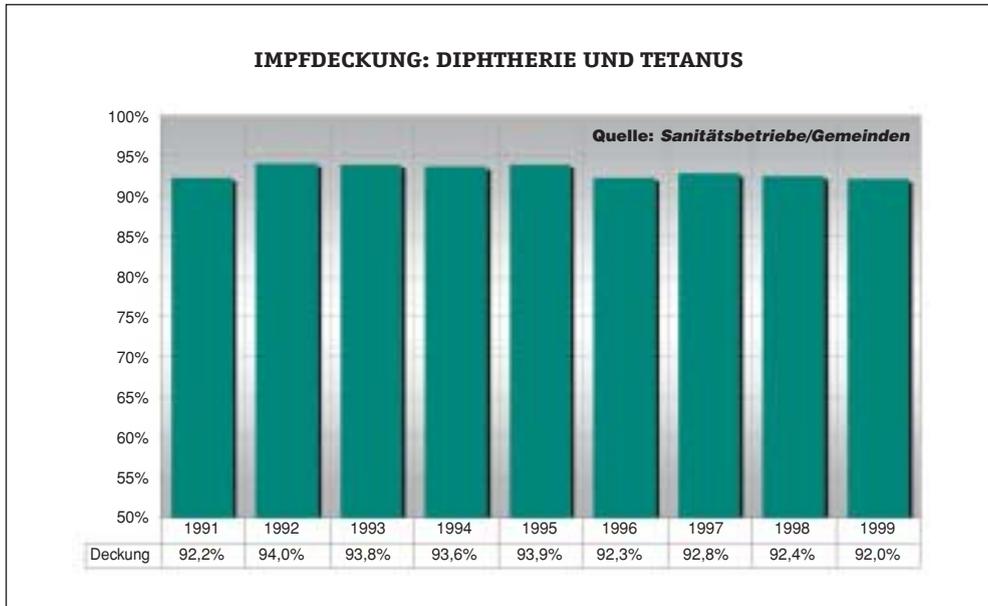
Die Impfdeckung für Diphtherie und Tetanus ist allgemein zufriedenstellend und zeitlich konstant, auch wenn das Deckungsniveau leicht unter den Zielwerten des Nationalen Gesundheitsplans liegt.

Weiterhin muss vermerkt werden, dass immer noch Verdachtsdiagnosen von Diphtherie gemeldet werden, von denen in den letzten Jahren eine im Labor untersucht und bestätigt wurde, und dass jedes Jahr ca. hundert Fälle von Tetanus bei Erwachsenen gemeldet werden.

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Keuchhusten

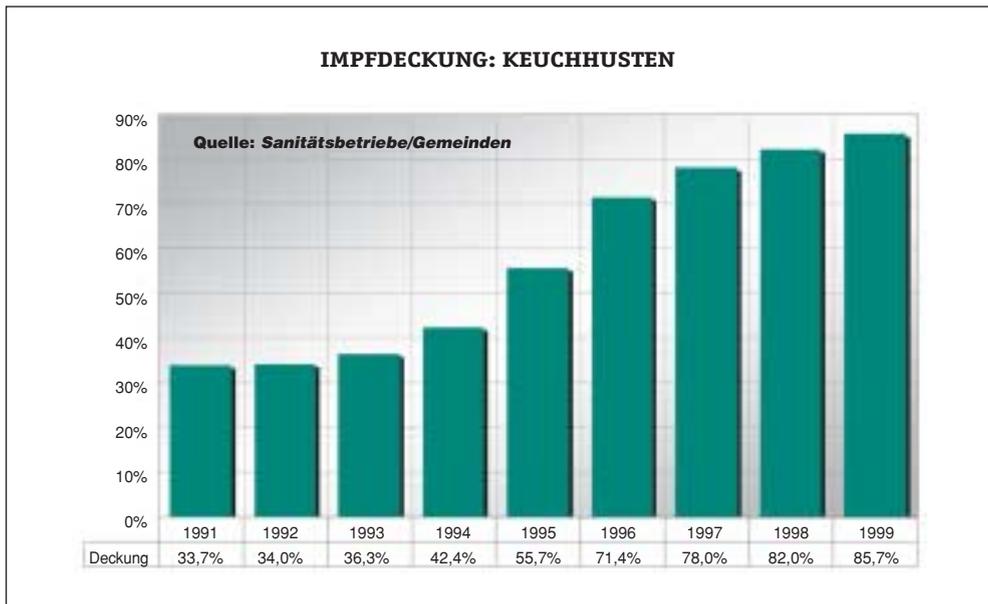
Mit der Einführung der zellenlosen Impfstoffe hat die Impfdeckung in wenigen Jahren radikal zugenommen. Das erzielte Resultat ist auch das Ergebnis einer intensiven wissenschaftlichen Informationskampagne, die in Italien während der klinischen Erforschung der zellenlosen Impfstoffe durchgeführt wurde.

Abbildung 2.5



Die Inzidenz der Krankheit liegt immer noch weit über 1/100.000 (Ziel der WHO); andererseits ist der Anstieg der Impfdeckung aber noch zu jung, um eine offensichtliche Auswirkung auf die Inzidenz der Krankheit beurteilen zu können.

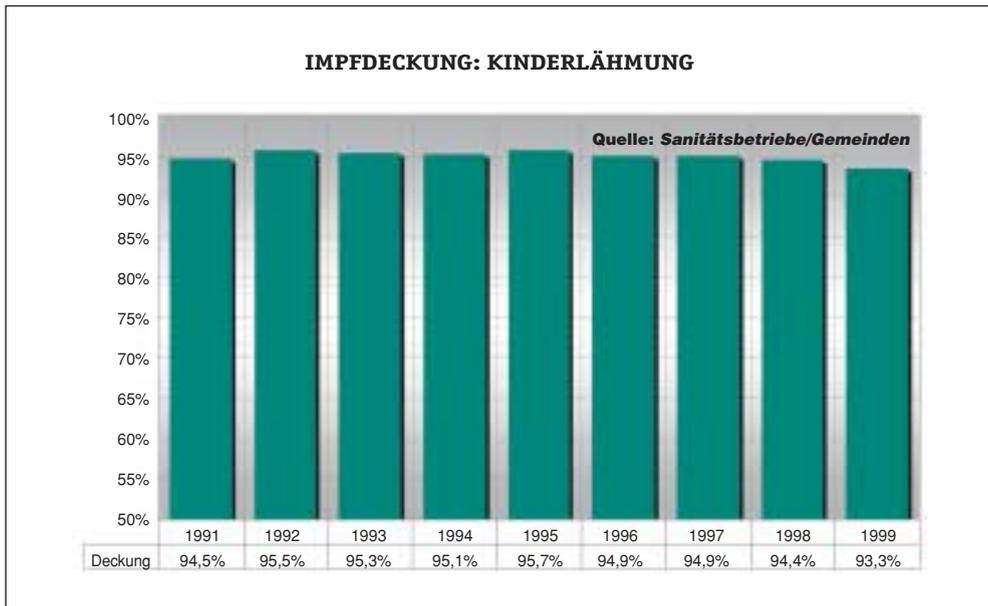
Abbildung 2.6



Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung

Die Impfdeckung für Kinderlähmung ist allgemein zufriedenstellend. Zudem werden seit dem Jahr 1982 keine Krankheitsfälle in der einheimischen Bevölkerung mehr verzeichnet.

Abbildung 2.7



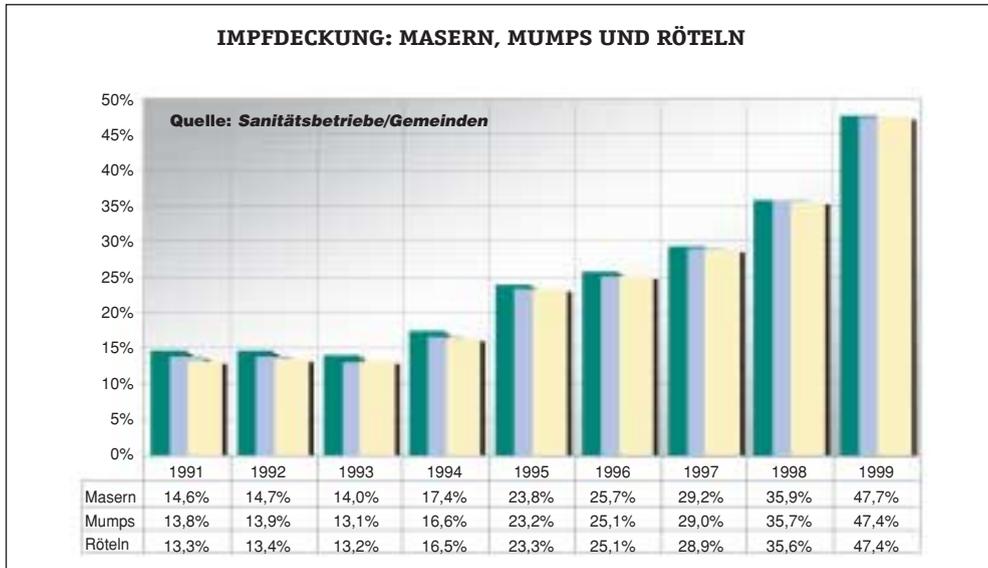
Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern, Mumps und Röteln

Die Impfdeckung für Masern ist auf gesamtstaatlicher Ebene unzureichend und entspricht nicht den weit höheren Werten der anderen europäischen Länder. Nimmt man an, dass der Großteil der gegen Masern Geimpften auch einen kombinierten Impfstoff gegen Mumps und Röteln erhält, ist die Impfdeckung für diese Krankheiten höchstens gleich jener, welche für die Masern verzeichnet wird.

Die Inzidenz der Masern ist noch hoch. Regelmäßig werden Epidemien bedeutenden Ausmaßes verzeichnet. Weiterhin kam es zu einer fortlaufenden Verschiebung der Krankheit in Richtung höhere Altersklassen, was das Ergebnis einer nicht genügend effizienten Impfpolitik ist. Die hohe Inzidenz der Krankheit führt zu einer hohen Anzahl von Todesfällen (wie bei der kürzlichen Epidemie in Süditalien) sowie zu schweren Komplikationen.

Auch für Mumps und Röteln werden in unserem Land regelmäßig große Epidemien verzeichnet.

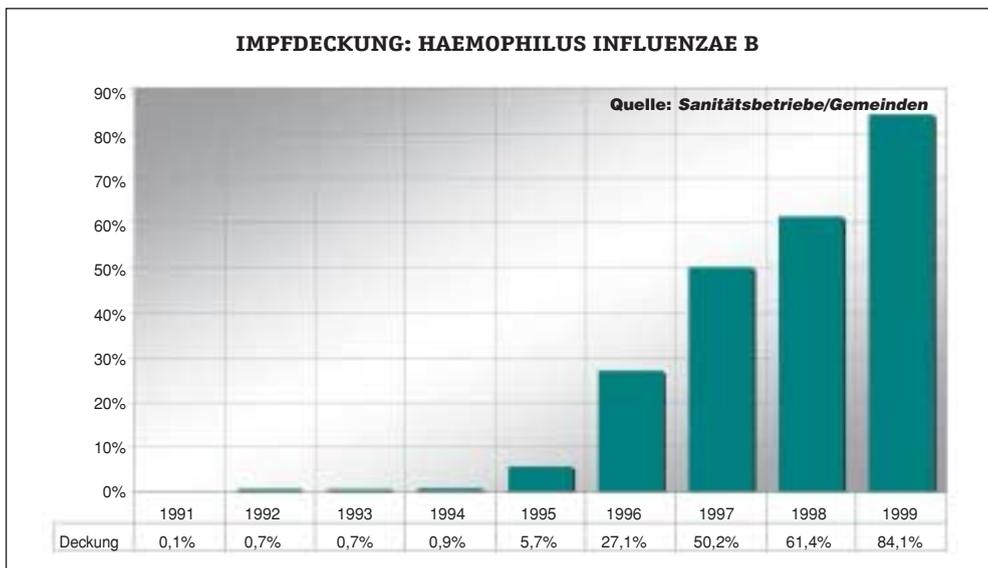
Abbildung 2.8



Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Haemophilus influenzae B (Hib)

Der Impfstoff gegen Hib ist in Italien seit 1995 verfügbar. Seit 1994 besteht ein Überwachungssystem für bakteriologische Meningitis und seit 1997 ein Überwachungssystem, das auf der Meldung der Infektionen mit Haemophilus influenzae seitens der Labors gründet.

Abbildung 2.9



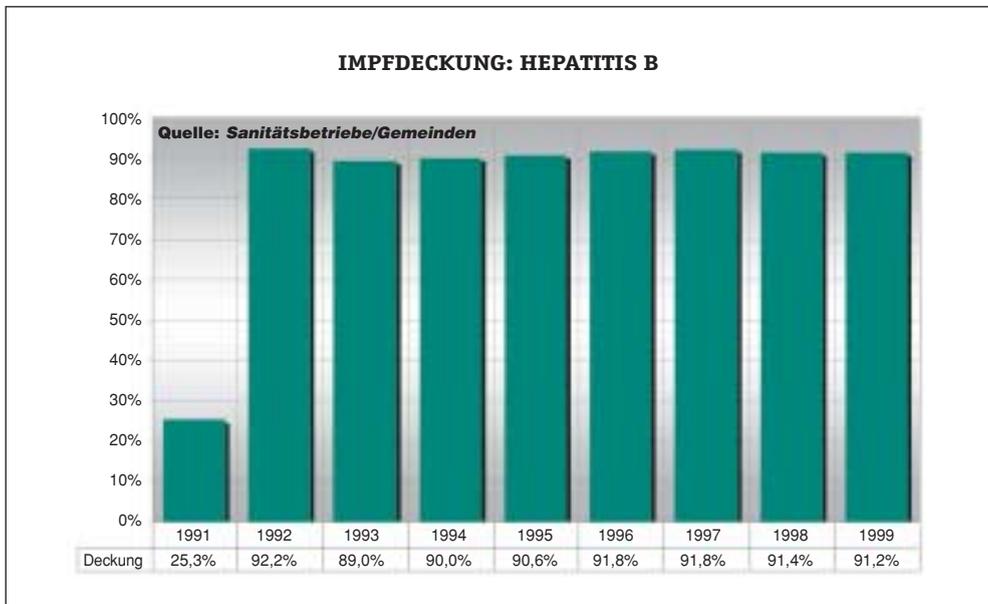
Die Impfdeckung ist auf dem gesamten Gebiet noch sehr niedrig. Das Gesundheitsministerium führt derzeit Analysen über die Inzidenz der Anzahl der Krankheitsfälle mit *Haemophilus influenzae* durch, welche die Häufigkeit dieser Krankheiten mit größerer Genauigkeit bestimmen und den Anteil, dem durch die Impfung vorgebeugt werden kann, berechnen werden.

Impfdeckung für Hepatitis B

Die Impfdeckung ist hoch, die Inzidenz der Krankheit bei Kindern minimal und der Trend der Infektionen rückläufig.

Der Impfplan, der die Impfung von Säuglingen und Jugendlichen vorsieht, muss bis zum Jahr 2003, in dem der Großteil der Personen im Alter zwischen 0 und 24 Jahren geimpft sein wird, beibehalten werden. Besonders die Jugendlichen werden bei der Impfung zur Prävention der sexuellen oder venösen Übertragung des Virus im Fall von Drogenabhängigen stark berücksichtigt.

Abbildung 2.10



3. INANSPRUCHNAHME DER GESUNDHEITSDIENSTE

3.1. Medizinische Grundversorgung

Die Medizinische Grundversorgung umfasst die Gesamtheit der von den Allgemeinmedizinern, den Kinderärzten freier Wahl und den Gesundheitsprengeln - territoriale Einrichtungen, in welche die Landessanitätsbetriebe aufgeteilt sind - erbrachten Leistungen.

Prägende Merkmale der Grundversorgung sind die Unmittelbarkeit der Inanspruchnahme, die keine besonderen Formalitäten vorschreibt, und die Globalität und Allgemeinheit der Patienten. Sie wird allen gewährleistet, die beim Landesgesundheitsdienst gemeldet sind, d.h. der ansässigen Bevölkerung und allen anderen Personen, die sich aus Arbeits-, Studien-, Wehrdienstgründen etc. in Südtirol aufhalten und somit hier den Basisarzt wählen.

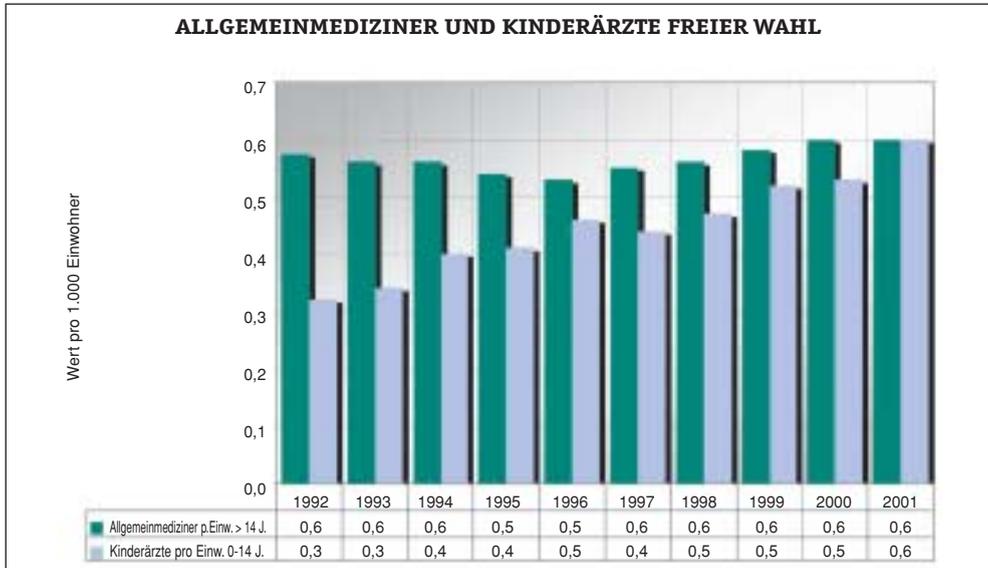
3.1.1. Allgemeinmedizin

Die Allgemeinmedizin garantiert die Gesundheitsversorgung der ersten Stufe und deckt die häufigsten Bedarfsfälle, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern; außerdem lenkt sie den Versorgungsbedarf der Bevölkerung in die richtige Richtung und wird somit zum Filter für die Gesundheitseinrichtungen der höheren Stufen. Sie erfolgt vorwiegend durch die Allgemeinmediziner zugunsten der erwachsenen Bevölkerung und durch die Kinderärzte freier Wahl zugunsten der Versorgungsberechtigten bis zum 14. Lebensjahr.

Auf der Grundlage von Konventionen mit dem Landesgesundheitsdienst erbringen diese Ärzte Leistungen im Bereich der individuellen Präventivmedizin, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Gesundheitserziehung im eigenen Ambulatorium oder zu Hause der Patienten. In Wirklichkeit wird auf Landesebene ca. die Hälfte der Patienten im Alter von unter 14 Jahren aufgrund des Mangels an Kinderärzten in einigen Gebieten von Allgemeinmedizinern versorgt, wo man versucht, dem durch das Angebot von Leistungen seitens der kinderärztlichen Beratungsstellen abzuweichen.

Die Versorgung der Patienten durch die Ärzte der Grundversorgung erfolgt von Montag bis Freitag von 8.00 bis 20.00 Uhr und von 8.00 bis 10.00 Uhr an Vorfeiertagen unter der Woche. Die Versorgungskontinuität für die Notfälle in der Nacht, an Feier- und Vorfeiertagen wird zu anderen Zeitpunkten als oben angegeben nach verschiedenen Erbringungsmodalitäten garantiert und auf Sprengelzebene geregelt. Zwei Indikatoren, die eine Orientierung über die für die Grundversorgung zur Verfügung gestellten Ressourcen bieten, zählen die Allgemeinmediziner pro 1.000 Einwohner im Alter von über 14 Jahren und die Kinderärzte freier Wahl pro 1.000 Einwohner im Alter von bis zu 14 Jahren: nur für die Letzteren ist ein konstanter Anstieg zu erkennen, der auf eine ständige Zunahme der Anzahl der Kinderärzte freier Wahl im Landesgebiet zurückzuführen ist.

Abbildung 3.1



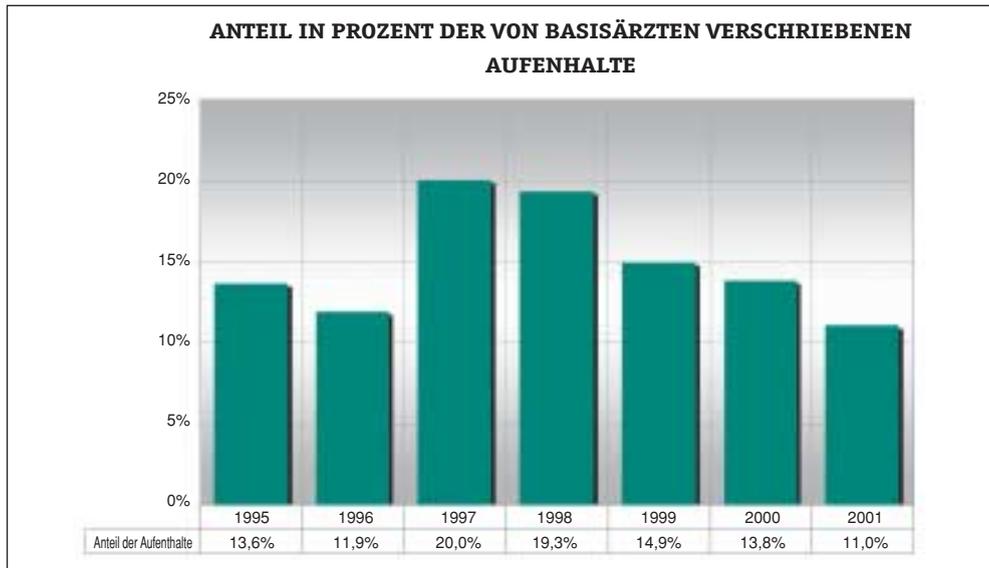
Die Indikatoren über die durchschnittliche Patientenbelastung pro Arzt informieren hingegen über den Zugang zur Versorgung: der einschlägige Indikator für die Allgemeinmediziner erreicht langsam das optimale Verhältnis von 1 Arzt pro 1.500 Einwohner; der Anstieg jenes für die Kinderärzte ist durch die Tatsache bedingt, dass angesichts der Zunahme der Zahl der Kinderärzte auch die Zahl der getroffenen Kinderarztwahlen angestiegen ist.

Abbildung 3.2



Der prozentmäßige Verlauf der von den Basisärzten (Allgemeinmediziner und Kinderärzten freier Wahl) verschriebenen Aufenthalte informiert über die Patientenbelastung, welche diese für die Krankenhäuser mit sich bringen.

Abbildung 3.3



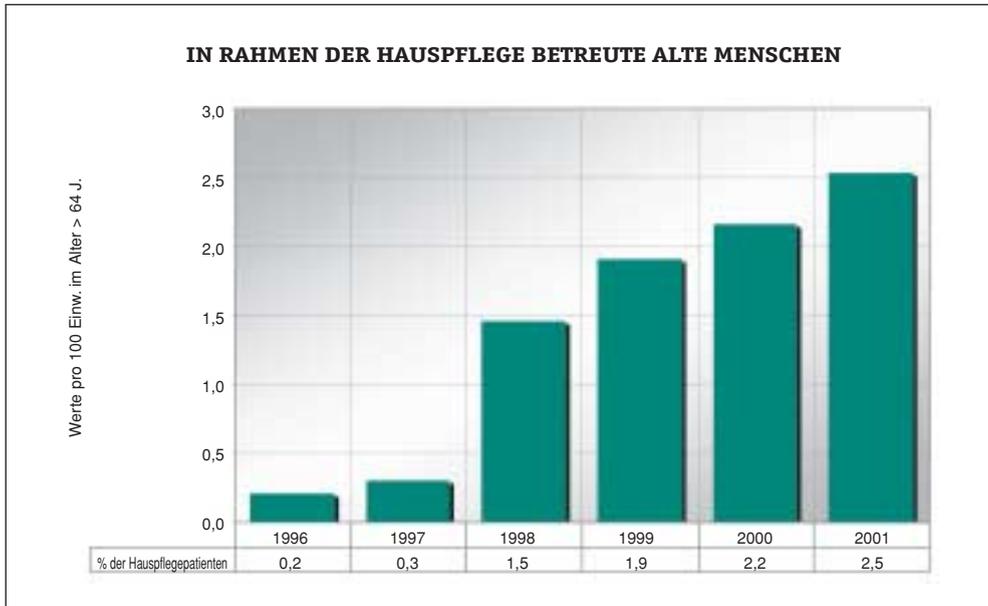
3.1.2. Hauskrankenpflege

Über die Hauspflege 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 Nationale Kollektivvertrag, der die Beziehungen mit den Allgemeinmediziner regelt, 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, und die integrierte Hauspflege (IHP), welche die Unterstützung der territorialen Dienste vorsieht.

In den letzten Jahren wurde außerdem das Angebot an territorialer Hauspflege erweitert; dieser Dienst zielt auf die Beibehaltung des Patienten in seinem familiären und sozialen Umfeld ab und somit auf die Bewahrung seiner Identität. Wenngleich unvollständig beschreiben die verfügbaren Daten in Bezug auf die letzten fünf Jahre einen Anstieg des Prozentanteils der im Rahmen der programmierten und integrierten Hauspflege versorgten alten Menschen.

Abbildung 3.4



3.2. Pharmazeutische Versorgung

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, je nach medizinischem Bedeutungsgrad der Pharmaka. Seit dem 1. Januar 1994 sind die Medikamente nach dem Kriterium der gleichartigen Kategorien in eine der nachfolgenden Klassen eingeordnet:

- grundlegende Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten, die vollständig vom Nationalen Gesundheitsdienst getragen werden, für die der Bürger nur die fixe Rezeptgebühr zahlen muss;
- Pharmaka von erheblicher therapeutischer Bedeutung, für die alle Versorgungsberechtigten einen Anteil von 50% des Verkaufspreises zahlen müssen;
- sonstige Pharmaka, die voll vom Versorgungsberechtigten gezahlt werden müssen.

Nach einer Stabilisierung im ersten Dreijahreszeitraum ist sowohl die Anzahl der verschriebenen Rezepte als auch die ausgegebene Stückzahl erneut angestiegen.

Aufgrund der nicht erfolgten Einrichtung von neuen privaten oder kommunalen Apotheken auf Landesebene im vergangenen Jahr verschlechtert sich der Zugang zur territorialen pharmazeutischen Versorgung leicht, nachdem in den letzten Jahren die durchschnittliche Anzahl der pro Apotheke versorgten Kundenanzahl konstant rückläufig war.

Abbildung 3.5

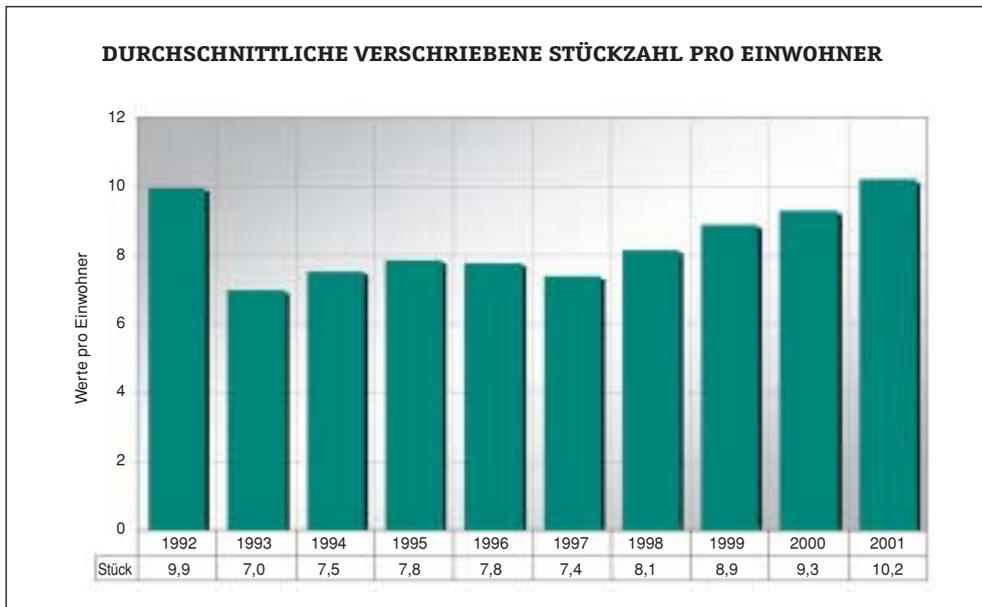


Abbildung 3.6

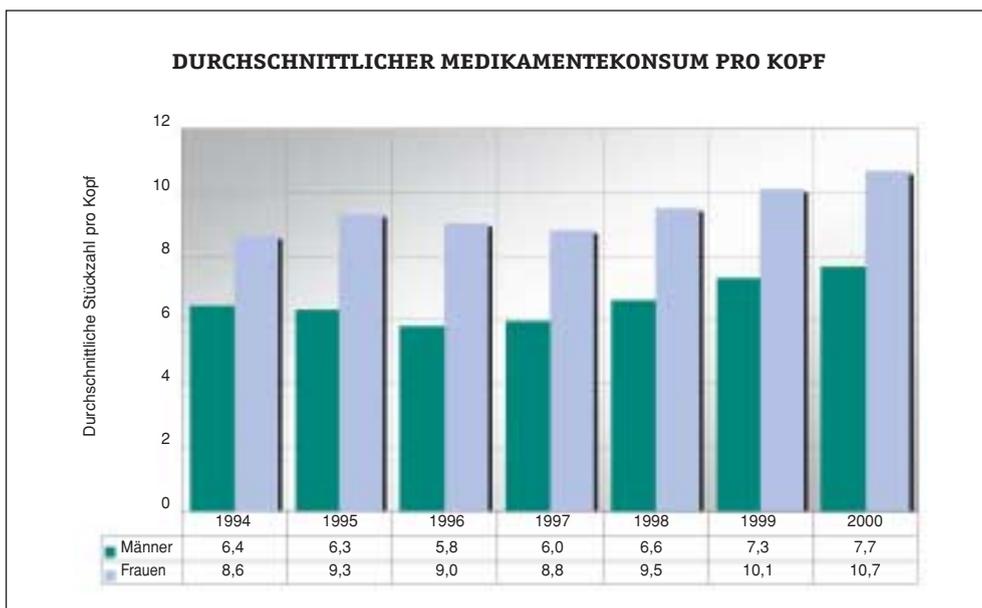
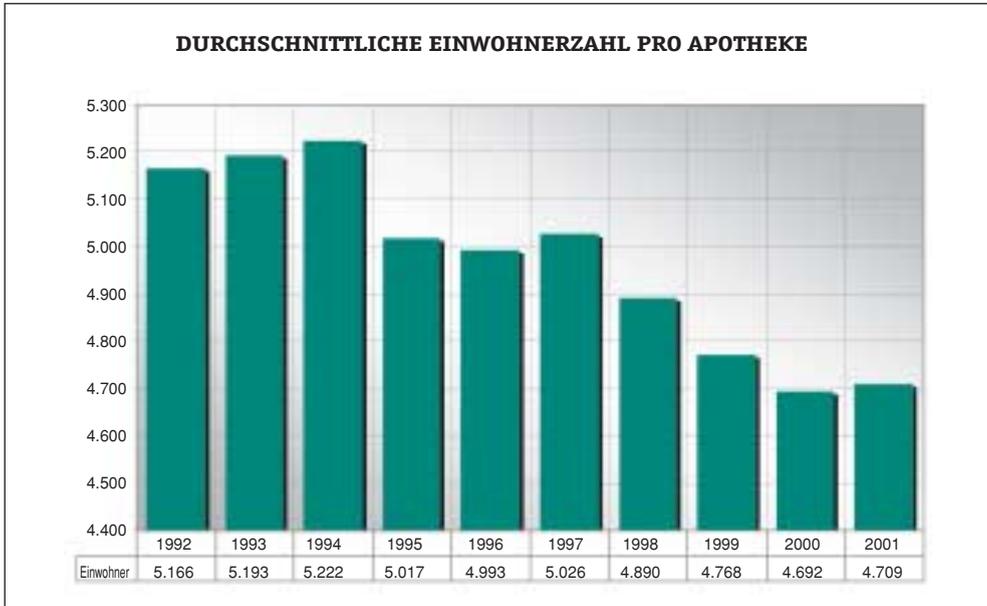


Abbildung 3.7



3.3. Territoriale Versorgung

3.3.1. Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen

Die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol stellt eine der individuellen Verhaltensweisen mit beschränkter Haftung dar, die häufig zur sozialen Ausgrenzung und Armut führen können.

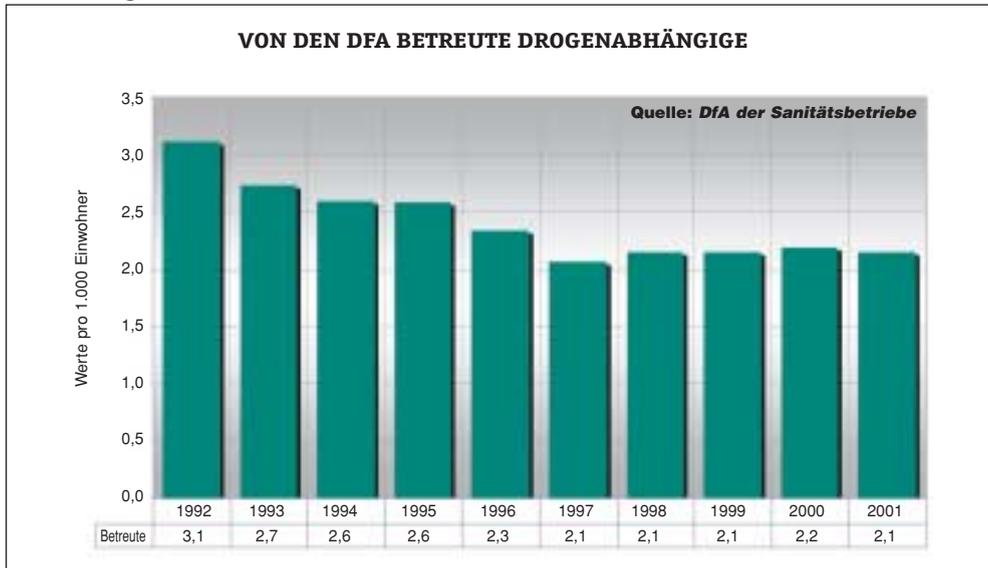
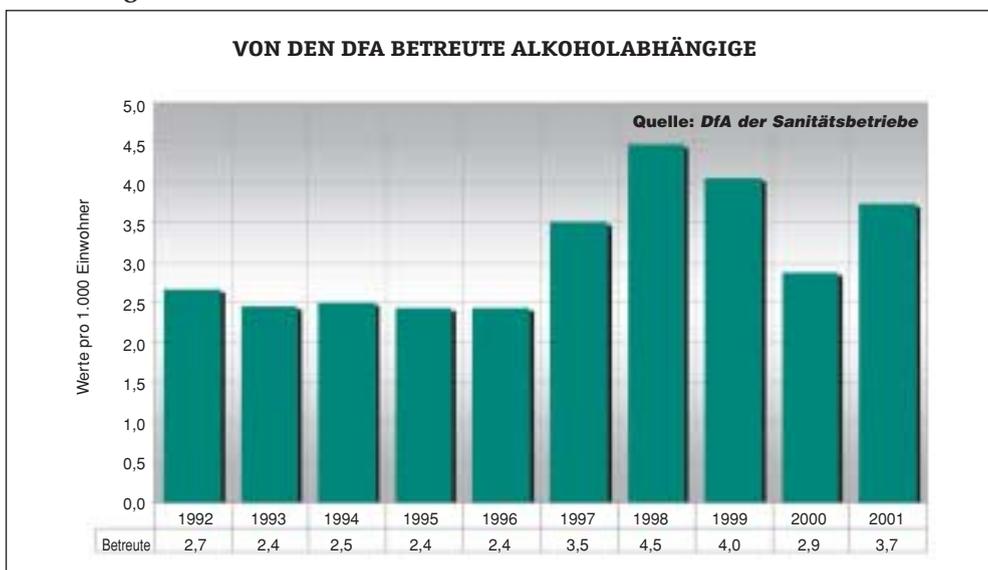
Die Drogenabhängigkeit gehört heute zu den schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen der jungen erwachsenen Bevölkerung mit einem Übermaß an Sterblichkeit aufgrund vieler spezifischer Ursachen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung.

Versorgung von Alkohol- und Drogenabhängigen

Der Dienst für Abhängigkeitserkrankungen DfA, der in jedem Sanitätsbetrieb eingerichtet ist, gewährleistet die wichtigsten Behandlungen psychologischer, gesundheitlicher und sozialer Art sowie die soziale Rehabilitation im Rahmen der Abhängigkeit von Pharmaka, Rauschgiften und Alkohol. Außerdem erbringt er psychosoziale und gesundheitliche Leistungen für AIDS-krankte Drogenabhängige und bietet Präventionstätigkeit bei Abhängigkeit von giftigen Substanzen.

Für die Durchführung der Therapieprogramme und der sozialen Rehabilitation kann der DfA die Einrichtungen zur Behandlung, Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung der Drogen-, Alkoholabhängigen und AIDS-Kranken benutzen.

Der DfA, ein gesundheitlicher fachmedizinischer Dienst, arbeitet im Rahmen seiner Tätigkeit mit den Krankenanstalten und den übrigen territorialen Gesundheits- und Sozialdiensten zusammen, leistet ärztliche, psychologische und psychosoziale Beratung und sorgt für die einschlägigen fachmedizinischen ambulatorischen Einsätze. Außerdem arbeiten die DfA hinsichtlich der Suchtkrankheiten an spezifischen Programmen für die Prävention, Behandlung und Rehabilitation der HIV-Infizierten.

Abbildung 3.8**Abbildung 3.9**

3.3.2. Schutz der geistigen Gesundheit

Von den ZGG versorgte Patienten und Betten in Einrichtungen für psychisch Kranke

Das neue Organisationsmodell des Landesnetzes für die psychiatrische Versorgung wurde mit Beschluss der Landesregierung Nr. 711 des Jahres 1996 „Ein modernes Therapie- und Versorgungsnetz für psychisch Kranke“ festgelegt.

Der Landesgesundheitsplan 2000-2002 bekräftigt den Inhalt des Beschlusses 711/96, indem er die Ausübung der Funktionen seitens der Sanitätsbetriebe im Rahmen des Schutzes der geistigen Gesundheit über den Psychiatrischen Dienst vorsieht. Der Psychiatrische Dienst umfasst alle Einrichtungen für psychisch Kranke, die direkt von den Sanitätsbetrieben verwaltet oder benutzt werden, und die sozio-psychiatrischen Einrichtungen, die von den Sozialdiensten verwaltet werden.

Im psychiatrischen und sozio-psychiatrischen Rahmen ist die Erbringung von Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen gesundheitlicher und sozialer Art vorgesehen, die von zahlreichen operativen Einrichtungen, welche verschiedenen Institutionen angehören, integriert stattfinden müssen. Der Psychiatrische Dienst ist eine komplexe Einrichtung, die durch die technische und verwaltungstechnische Koordinierung der operativen Einrichtungen den integrierten Betrieb derselben, die therapeutische Kontinuität und Einheitlichkeit der Planung und Umsetzung der Therapiepläne sowie der Wiedereingliederung in die Gesellschaft garantiert. Die Einrichtungen des psychiatrischen Netzes unterscheiden sich durch den Patiententyp und ihre Funktion.

Abbildung 3.10

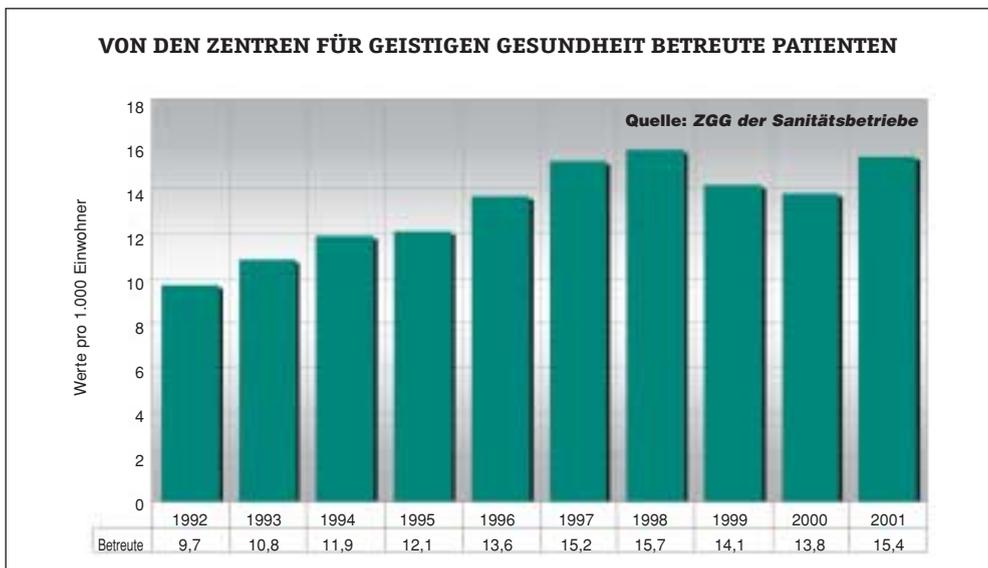
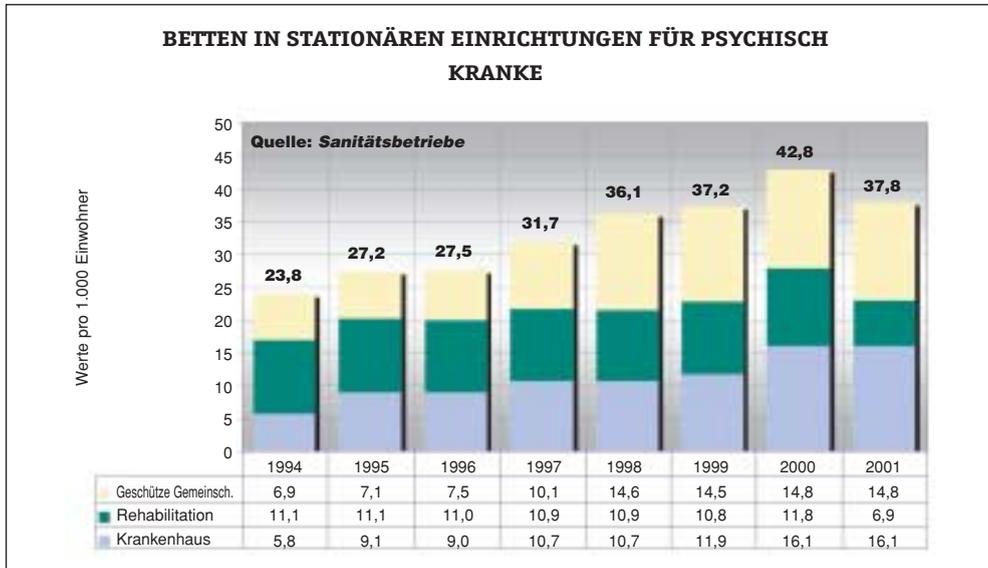


Abbildung 3.11



Hospitalisierungsrate in Psychiatrieabteilungen

Da es nicht genügend stichhaltige Daten für die Bewertung der Häufigkeit der psychiatrischen Störungen gibt, wird als Beispiel die Hospitalisierungsrate in Psychiatrieabteilungen wiedergegeben; diese Angaben müssen jedoch mit der Tätigkeit der territorialen Dienste integriert werden.

Abbildung 3.12



3.3.3. Stationäre Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation

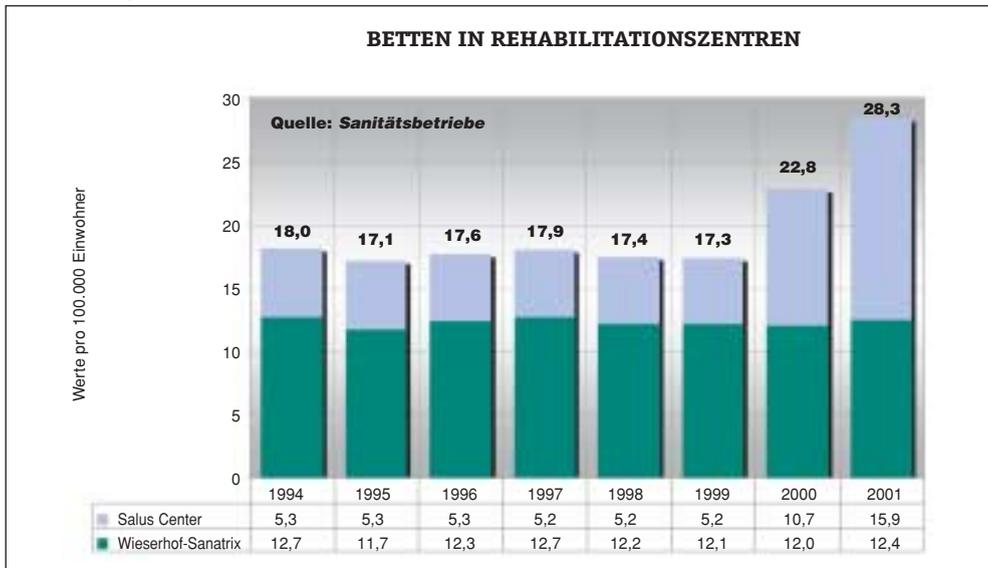
Der Landesgesundheitsdienst nimmt für die Wiederherstellung der Funktionen und die Rehabilitation vorläufig akkreditierte Einrichtungen in Anspruch. Diese Einrichtungen gehören ausschließlich dem territorialen Gesundheitssystem an; sie unterscheiden sich je nach den verschiedenen Behinderungen, mit denen sie sich befassen (körperliche, psychische, sensorische und/oder mehrfache Behinderungen), und nach der unterschiedlichen Intensität der angebotenen Behandlungen; sie sind spezifisch auf die funktionale Wiederherstellung ausgerichtet, wobei sie Diagnose-, Therapie- und Rehabilitationsleistungen anbieten, die klinisch, psychologisch, pädagogisch und sozial abgesichert sind.

In Südtirol bestehen zwei vorläufig akkreditierte stationäre Zentren für physische Rehabilitation: Salus Center und Sanatrix-Wieserhof.

Im „Salus Center“ werden Patienten mit rheumatischen, orthopädischen, neurologischen, pneumologischen und onkologischen Krankheiten behandelt.

Das Zentrum Sanatrix-Wieserhof versorgt die Patienten mit kardiologischer Rehabilitation.

Abbildung 3.13



3.4. Fachmedizinische Versorgung

Die ambulante fachmedizinische Versorgung umfasst fachmedizinische Leistungen, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordern, in logischer Integration mit der medizinischen Grundversorgung und in enger Verbindung mit der Kran-

kenhausversorgung. Die ambulatorische fachmedizinische Versorgung besteht vor allem in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen sowie in Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

3.4.1. Einrichtungen

Die Dienste, die vom Landesgesundheitsdienst getragene fachmedizinische Leistungen erbringen, sind teilweise öffentlicher, teilweise privater Natur und sind in Krankenhäusern oder Privatkliniken und territorialen Einrichtungen tätig. Im Besonderen lassen sich die Einrichtungen, die im Landesgebiet fachmedizinische Leistungen anbieten, wie folgt klassifizieren:

1. krankenhausinterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien und Krankenhausambulatorien, Labors, Röntgendienste und andere operative Einheiten);
2. krankenhausexterne öffentliche Einrichtungen (z.B. Polyambulatorien an Sitzen außerhalb des Krankenhauses);
3. mit dem Landesgesundheitsdienst (LGD) konventionierte und vorläufig akkreditierte private Einrichtungen;
4. nicht akkreditierte private Einrichtungen.

Außerdem können ambulatorische fachmedizinische Leistungen von folgenden Berufsgruppen erbracht werden:

5. von mit dem LGD konventionierten Freiberuflern, die ihre Tätigkeit innerhalb der öffentlichen Krankenhäuser ausüben;
6. von mit dem LGD vorläufig akkreditierten und konventionierten Freiberuflern, die ihre Tätigkeit in Privatkliniken ausüben;
7. von noch nicht akkreditierten Freiberuflern.

Innerhalb der ersten beiden Einrichtungsarten erfolgt die Versorgung durch abhängiges und/oder stundenweise vertraglich gebundenes Personal (Punkt 5) und wird als „interne fachmedizinische Versorgung“ und „interne konventionierte fachmedizinische Versorgung“ klassifiziert; in den Punkten 3 und 6 hingegen wird die Versorgung als „externe konventionierte fachmedizinische Versorgung“ eingeordnet.

In den nicht konventionierten privaten Ambulatorien (Punkte 4 und 7), die Leistungen erbringen, welche den sogenannten „schwachen Fachbereichen“ angehören, d.h. den Fachbereichen, für welche die konventionierten öffentlichen und privaten Einrichtungen der Nachfrage seitens der Bürger nicht nachkommen können, wird die Form der Versorgung, die für alle ansässigen Bürger eine teilweise Kostenrückerstattung von den Sanitätsbetrieben vorsieht, als „indirekte fachmedizinische Versorgung“ bezeichnet.

3.4.2. Leistungen

Die ambulante fachmedizinische Versorgung umfasst die Gesamtheit der Tätigkeiten und Leistungen, die in Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und in anderen, vom Verzeichnis der fachmedizinischen Versorgung und von den Beratungsstellen für Mutter und Kind vorgesehenen Leistungen bestehen.

3.4.3. Betriebliche fachmedizinische Dienste

Die fachmedizinischen Dienste auf Betriebsebene sind: der Diabetologische Dienst, der Dienst für Diät und Ernährung und der Dienst für Physische Rehabilitation. Diese Dienste sind sowohl auf Krankenhausebene als auch territorial tätig. Im Rahmen der überbetrieblichen Dienste werden Leistungen der Pathologischen Anatomie und Histologie, der Genetischen Beratung und des Bluttransfusionsdienstes angeboten.

Diabetologische Versorgung

Die Tätigkeit im Rahmen der diabetologischen Versorgung umfasst die Prävention, Frühdiagnose und Therapie von Diabetes, die Vorbeugung von Komplikationen und die Verbesserung der Gesundheitserziehung für die Prophylaxe von Diabetes. Die am häufigsten erbrachten Leistungen betreffen diabetologische Untersuchungen und Laboruntersuchungen.

Abbildung 3.14

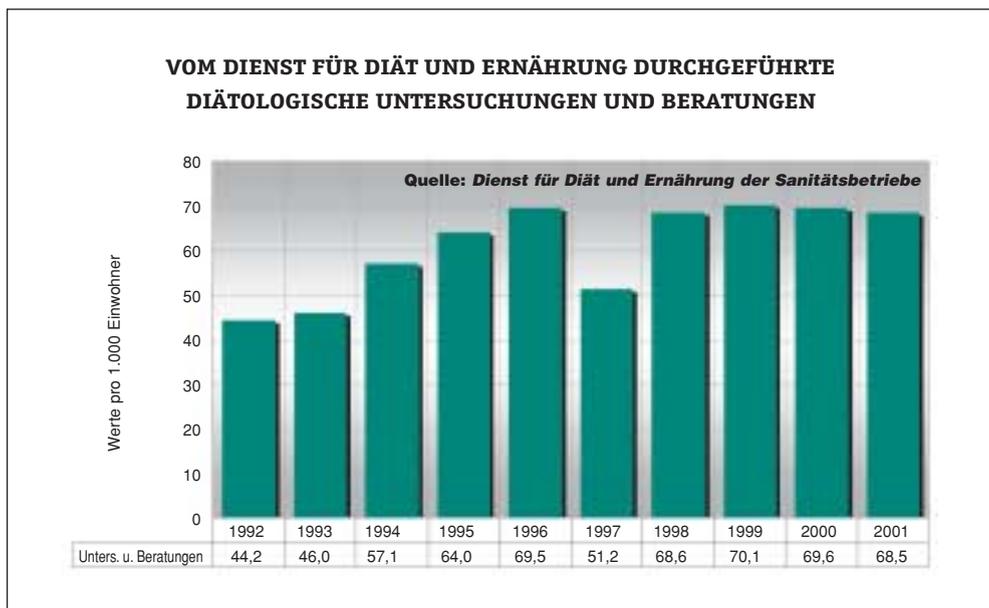


Diät- und Ernährungsberatung

Auf Krankenhausebene bietet der Dienst fachmedizinische Beratungstätigkeit zugunsten anderer operativer Einheiten und Informationstätigkeit zugunsten der Patienten sowie die Zusammenarbeit mit dem Ökonomats- und Beschaffungsdienst bei der Vorbereitung der Lagerbedingungen und -kontrollen von Lebensmitteln.

Auf territorialer Ebene arbeitet der Dienst in Zusammenarbeit und/oder auf Anweisung der Allgemeinmediziner und bietet Ernährungsberatung und ambulatoire Versorgung, indem er Verhaltensregeln für die Diätberater der Sprengel festlegt (vor allem für die enterale Ernährung zu Hause) und auf Anfrage Beratungstätigkeit für öffentliche und private Kantinen, Schulen, Altersheime, etc. leistet.

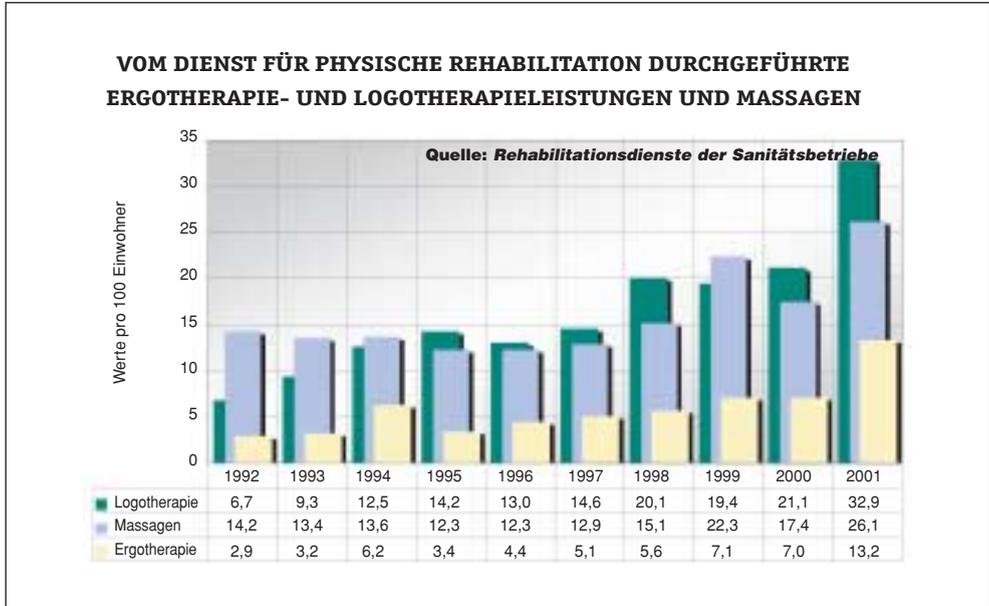
Abbildung 3.15



Physische Rehabilitation

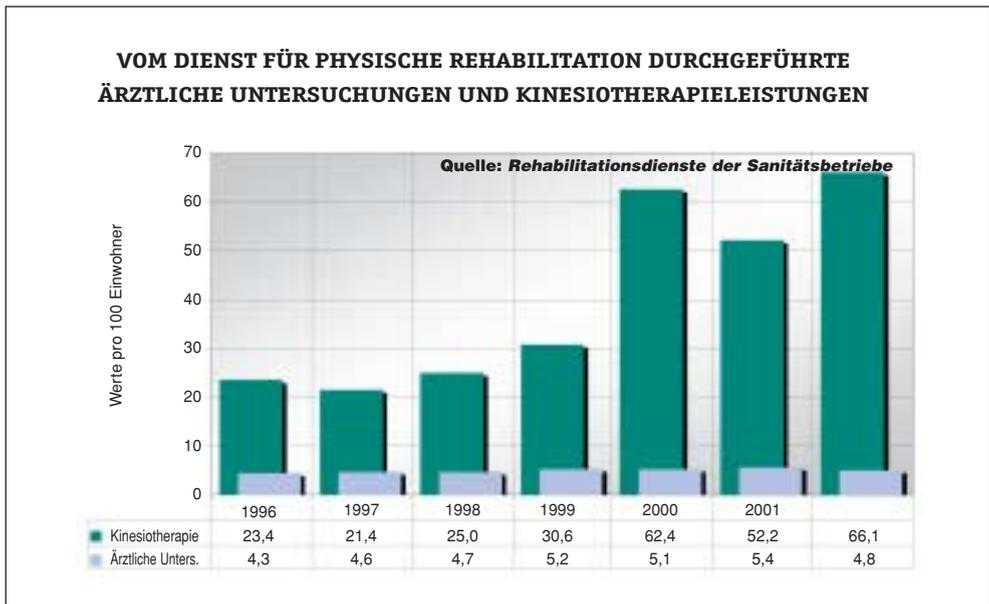
Die ambulatoire physische Rehabilitation wird von den Sanitätsbetrieben sowohl auf territorialer Ebene als auch auf Krankenhausebene garantiert. Die erbrachten Leistungen betreffen die Bereiche Prävention, Frühdiagnose, Diagnostik im Allgemeinen, Therapie sowie als Endziel die Wiedereingliederung in die Gesellschaft von Patienten, die nach Überwindung der akuten Krankheitsphase spezifischer neuromotorischer, kardiorespiratorischer, orthopädischer Rehabilitationsleistungen etc. bedürfen. Außerdem garantiert die physische Rehabilitation dem Psychologischen Dienst, den sozialen Zentren, den Einrichtungen für Langzeitpflege und den Altersheimen die vom Facharzt verschriebene fachmedizinische und therapeutische Beratungstätigkeit.

Abbildung 3.16



Im berücksichtigten Zeitraum wird ein ansteigender Trend der in den verschiedenen Formen der physischen Rehabilitation erbrachten Leistungen verzeichnet, vor allem im Bereich der Kinesiotherapie.

Abbildung 3.17



3.4.4. Überbetriebliche fachmedizinische Dienste

Die überbetrieblichen fachmedizinischen Dienste arbeiten im Sanitätsbetrieb Bozen und erbringen Leistungen für die Bürger der gesamten Provinz im Bereich der Pathologischen und Histologischen Anatomie, der Genetischen Beratung und der Bluttransfusion.

Dienst für Pathologische Anatomie und Histologie

Die Leistungen der Pathologischen Anatomie und Histologie umfassen die im Krankenhaus Bozen vorgenommenen Autopsien, sowohl diejenigen, die in dessen Zuständigkeitsbereich fallen, als auch jene, die aus irgendeinem besonderen Grund in Bozen durchgeführt werden müssen, und die histologischen, zytologischen und zytogenetischen Untersuchungen für die gesamte Provinz.

Seit 1997 besteht der Dienst für Pathologische Anatomie und Histologie aus folgenden operativen Einheiten:

- Histologisches Labor;
- Zytologisches Labor;
- Labor für Zytogenetik;
- Autopsiedienst;
- Tumorregister Südtirol.

Abbildung 3.18

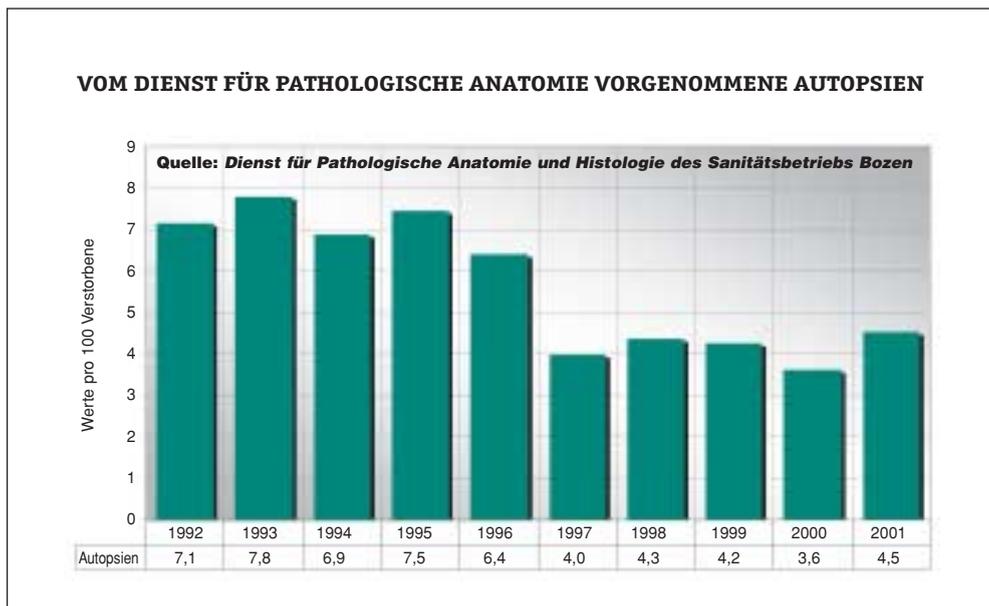
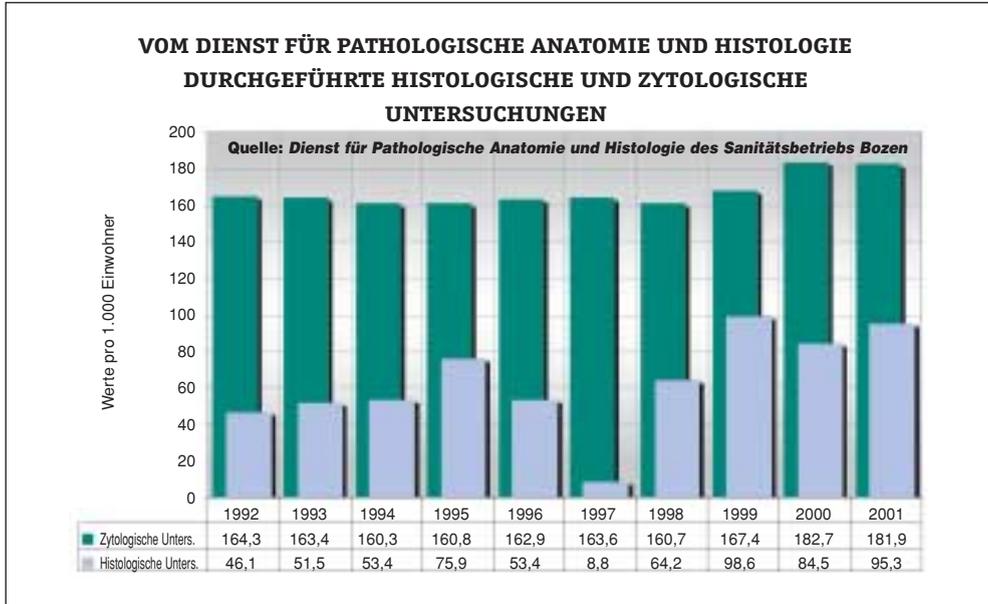


Abbildung 3.19



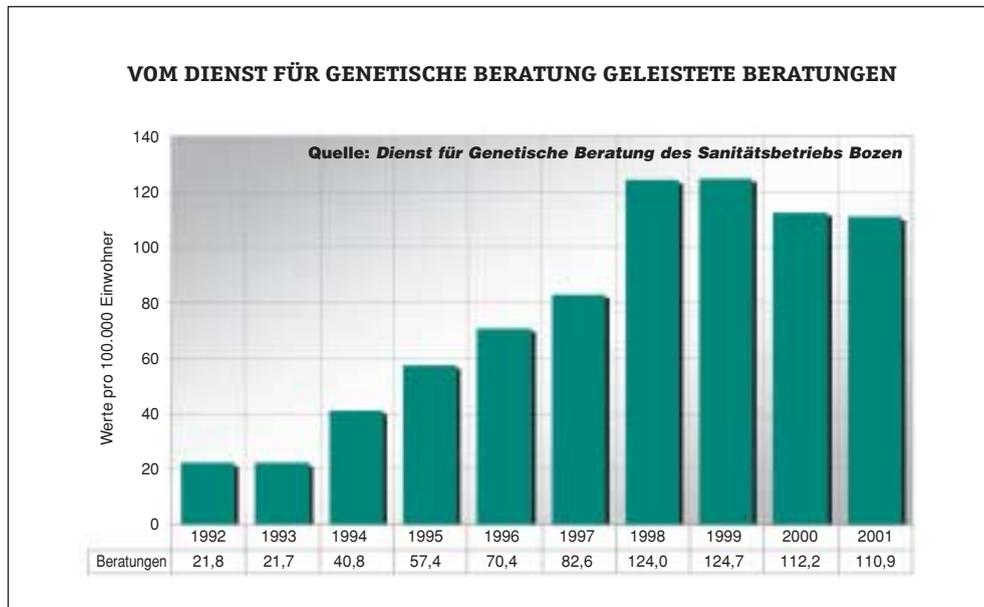
Dienst für Genetische Beratung

Die Leistungen des Dienstes für Genetische Beratung umfassen die Beratung der Familienberatungsstellen, der Dienste für Menschen mit Behinderung, der Familien und der einzelnen Bürger auf Landesebene zur Ermittlung der vorhandenen Erbkrankheiten oder Chromosomenunregelmäßigkeiten. Die genetische Beratung wendet sich an folgende Interessentenkategorien:

- Mitglieder von Familien, in denen eine Erbkrankheit vorhanden ist;
- blutsverwandte Paare, die eine Beratung vor der Ehe und vor der Zeugung der Kinder wünschen;
- Frauen (oder deren Partner), die in der Schwangerschaft Medikamente eingenommen haben und Informationen über die Gefahr einer fetalen Anomalie einholen möchten;
- Neugeborene mit einer Erbkrankheit oder Missbildung zwecks diagnostischer Orientierung;
- Basis- und Fachärzte mit spezifischen Fragen.

In besonders komplexen Fällen kann der Dienst auf die Beratung von international anerkannten Instituten und Experten in Italien oder im Ausland zurückgreifen.

Abbildung 3.20

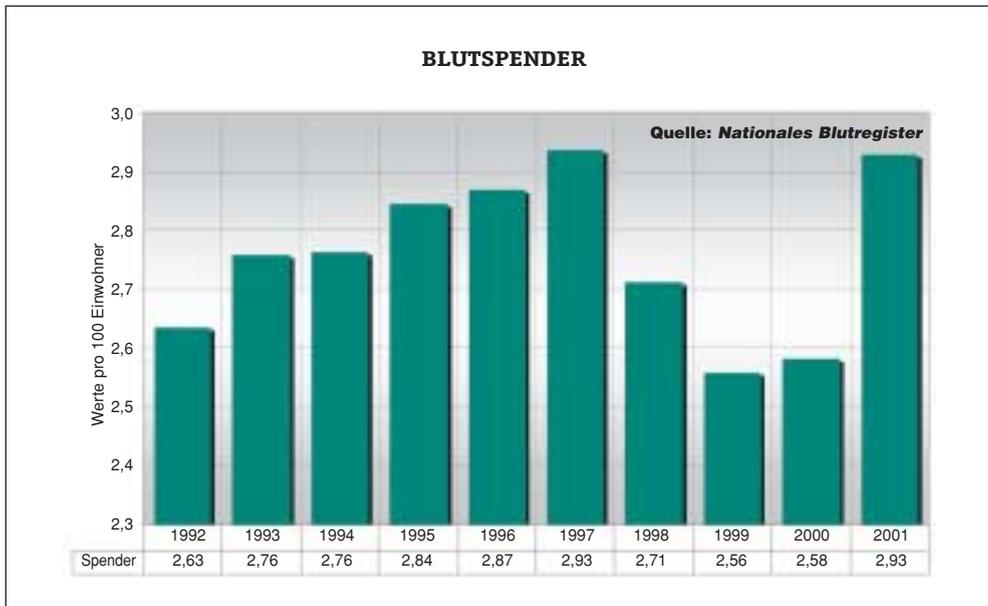


Bluttransfusionsdienst

Die Ziele des Bluttransfusionsdienstes können gemäß Landesgesundheitsplan folgendermaßen zusammengefasst werden:

- den Bürgern des Landes eine pünktliche, korrekte und einheitliche Versorgung mit Bluttransfusionen liefern und dabei den Patienten die größtmögliche Sicherheit bieten;
- die Sammlung und Verteilung des Blutes im ganzen Landesgebiet rationalisieren;
- die Verschwendung von Blutkomponenten vermeiden.

Abbildung 3.21



3.5. Krankenhausversorgung

3.5.1. Krankenanstalten und Personal

Die Krankenanstalten des Landes gliedern sich in öffentliche Krankenhäuser, Privatkliniken und eine Pflegestätte.

Die öffentlichen Krankenhäuser werden vom Landesgesundheitsfonds finanziert; der Zugang ist für alle Versorgungsberechtigten kostenlos.

In der Provinz gibt es sieben öffentliche Krankenhäuser: das Zentralkrankenhaus Bozen, die Schwerpunktkrankenhäuser Meran, Brixen und Bruneck und die Krankenhäuser für die Grundversorgung Schlanders, Sterzing und Innichen.

In den nicht akkreditierten Privatkliniken 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 vorläufig akkreditierte Privatkliniken für Akutkranke im Landesgebiet: die „Marienlinik“ (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Zahnheilkunde und Stomatologie), die Privatklinik „Villa St. Anna“ (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Medizin) und die Pflegestätte Sarthein. Vorläufig akkreditierte Privatklinken für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege sind die Privatklinken „L. Bonvicini“ und „Villa Melitta“.

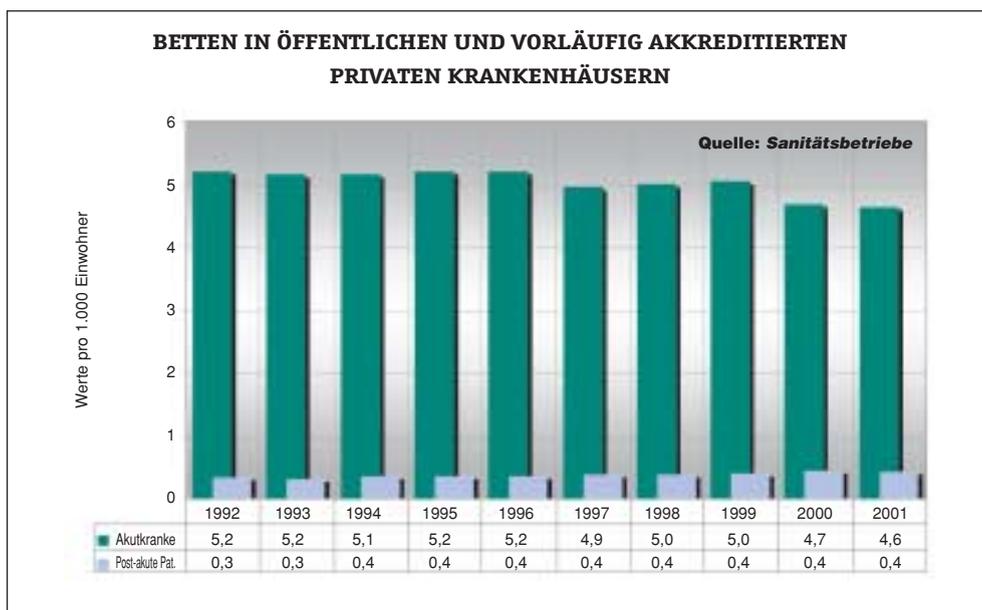
Die nicht akkreditierten Privatkliniken für Akutkranke sind die Kliniken „Grieserhof“ und „Martinsbrunn“.

Betten in öffentlichen und vorläufig akkreditierten Krankenhäusern

Der Umstrukturierungsprozess des Krankenhausnetzes, der mit dem Haushaltsgesetz des Jahres 1991 eingeleitet wurde, um die Rationalisierung der Ressourcen zu fördern und gleichzeitig hohe Qualitätsstandards der angebotenen Dienste beizubehalten, sieht unter anderem auch eine Bettenausstattung von insgesamt 5,5 Betten pro 1.000 Einwohner vor, davon 1 pro 1.000 für die Rehabilitation und Langzeitpflege (Gesetz 662/96).

Die Betten werden zum 31. Dezember jedes Jahres erhoben, wobei jene in den Abteilungen Säuglingskrippen nicht mitgerechnet werden.

Abbildung 3.22



Ärzte und Krankenpflegepersonal der öffentlichen Krankenhäuser

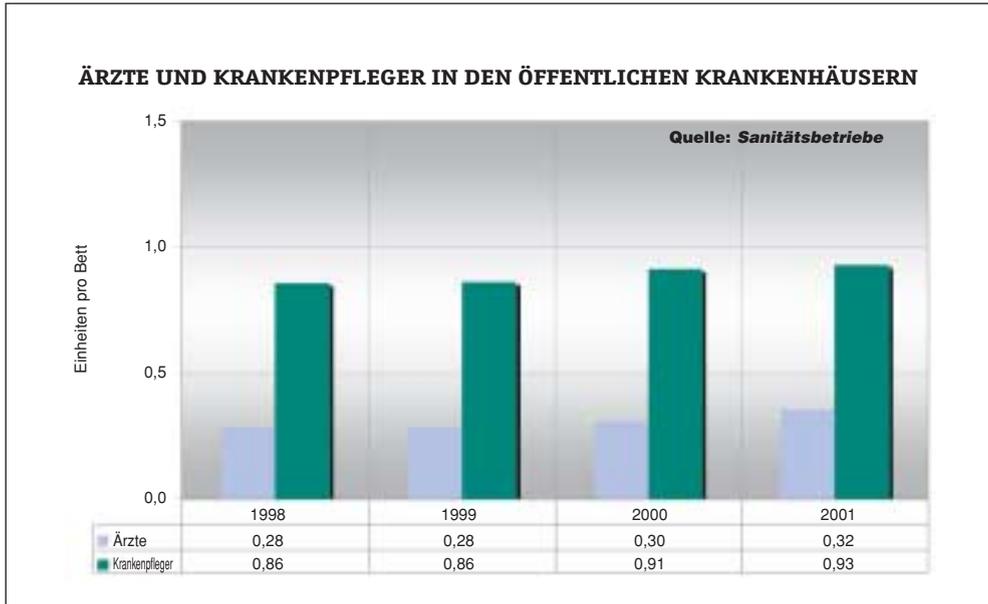
Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitsdienstes; die entsprechenden Ausgaben stellen für das Jahr 2001 41% der laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen dar.

Die Klassifizierung des Personals, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, 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 legt das Gesetz vier Berufskategorien fest: Gesundheits- technisches, Fach- und Verwaltungspersonal.

Ein weiterer Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt, betrifft die verschiedenen

Arten von Diensten, in denen das Personal tätig ist: Krankenhausdienste, territoriale Dienste, überbetriebliche Dienste und allgemeine und Verwaltungsdienste.

Abbildung 3.23



3.5.2. Versorgungstätigkeit

Der Entlassungsbogen der Krankenanstalten (EBK) stellt das wichtigste ordentliche Instrument für die Sammlung von Informationen über jeden, aus öffentlichen und privaten Krankenanstalten auf dem Staatsgebiet entlassenen Patienten dar.

Die systematische Erhebung der Informationen, die im Entlassungsbogen der Krankenanstalten enthalten sind, zielt auch darauf ab, die statistische Erhebung der in den Krankenanstalten produzierten Aufenthalte, die bis zum Jahr 1995 anhand des Mod. IStat.D10 getätigt wurde, zu ersetzen.

Das Jahr 1995 war außerdem gekennzeichnet von der Einführung des Vergütungssystems für die im Krankenhaus erbrachten Leistungen, das auf vorbestimmten und für die jeweilige Aufenthaltsart spezifischen Tarifen gründete. Die Daten der EBK des Jahres 1995 ermöglichen deshalb den Beginn der Überwachung der vom neuen Vergütungssystem produzierten Auswirkungen, der Verwaltungsmodalitäten der Aufenthalte und der Ausfüllung derselben EBK.

Mit dem Ministerialdekret vom 30. Juni 1997, das eine Aktualisierung der Krankenhaustarife vorgibt, wurde die Erhebungspflicht des EBK auch auf das gesunde Neugeborene in der Säuglingskrippe ausgeweitet, wodurch die Anzahl der Entlassungen ab dem Jahr 1998 entsprechend zunahm.

Aufenthalte und Hospitalisierungsrate, Aufenthaltstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Die von den öffentlichen oder vorläufig akkreditierten Krankenanstalten des Landes produzierten Aufenthalte werden anhand der Anzahl der Entlassungen aus denselben Einrichtungen im Bezugsjahr gemessen.

Die Hospitalisierungsrate drückt die Nachfrage nach Krankenhausversorgung seitens der Bürger der Provinz aus, indem die Aufenthaltstendenz der Wohnbevölkerung anhand der in den Landeskrankenanstalten, in Krankenhäusern anderer Regionen Italiens oder in Krankenhäusern in Österreich getätigten Aufenthalte gemessen wird.

Die durchschnittliche gesamtstaatliche Hospitalisierungsrate des Jahres 2000 beträgt 160 Aufenthalte pro 1.000 Einwohner und entspricht somit dem festgelegten optimalen Wert. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Aufenthalte in der Tagesklinik, als Ergänzung zu den oder als Ersatz für die ordentlichen Aufenthalte, in der Provinz Bozen noch begrenzt sind: 21 pro 1.000 Einwohner im Jahr 2001 gegenüber 46 des gesamtstaatlichen Durchschnitts im Jahr 2000.

Abbildung 3.24



Abbildung 3.25

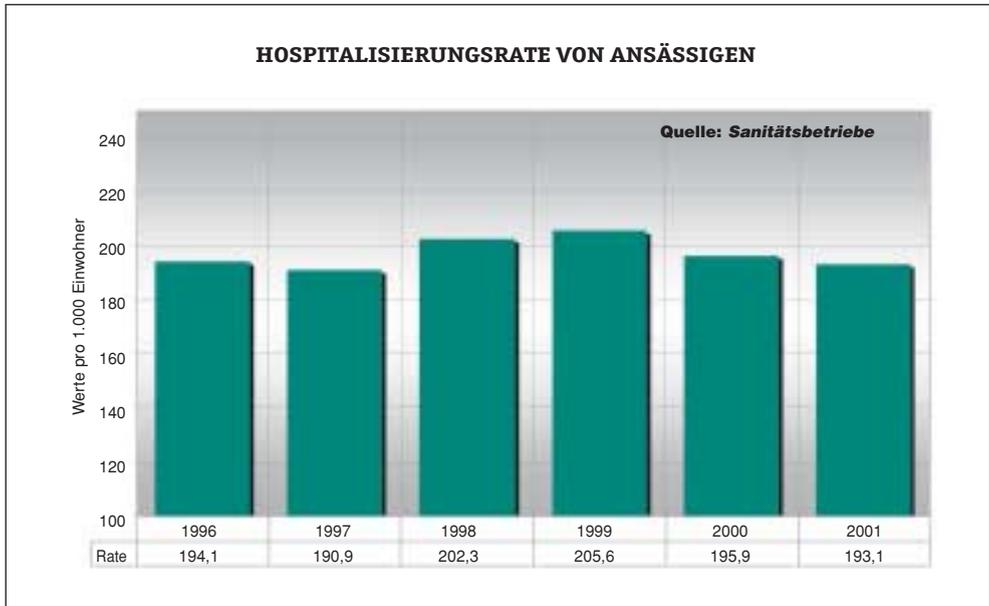


Abbildung 3.26

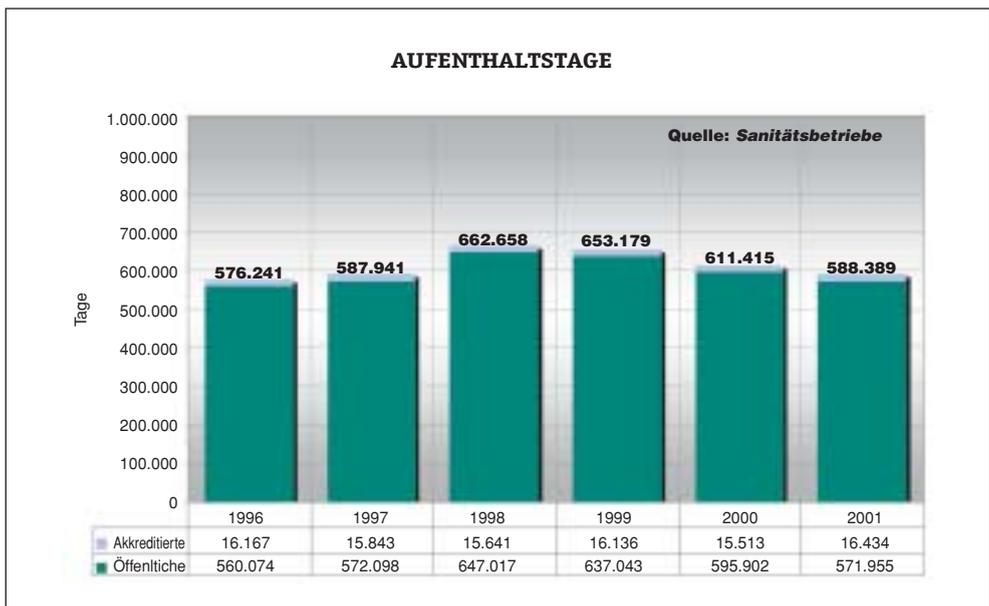
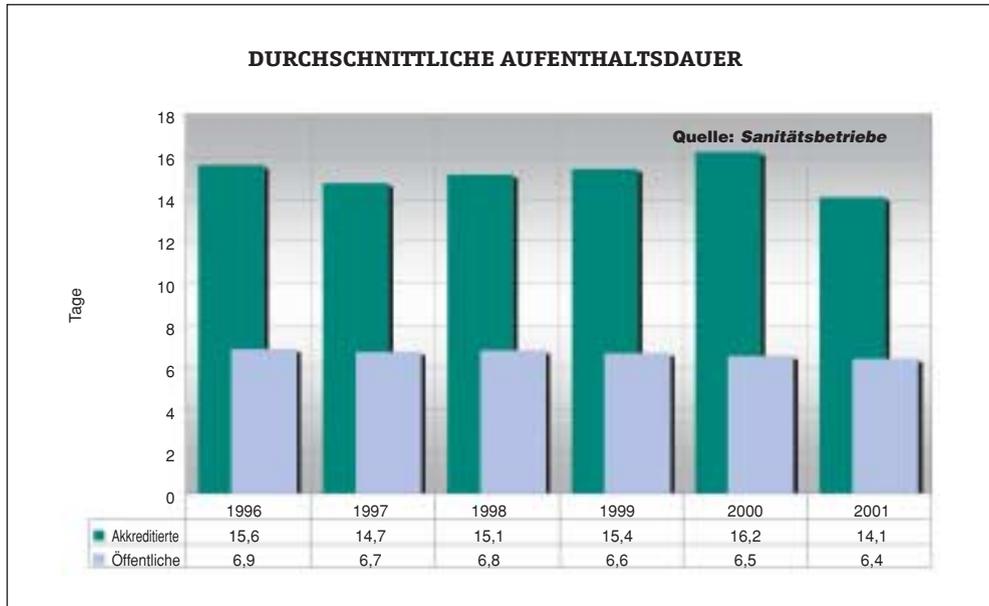


Abbildung 3.27

Mobilitätssaldo, Attraktionsindex und Fluchtindex

Der Mobilitätssaldo im Krankenhausbereich ergibt sich aus der Differenz zwischen den Aufenthalten von Nicht-Ansässigen in vorläufig akkreditierten öffentlichen und privaten Einrichtungen des Landes und den Aufenthalten von Ansässigen in Einrichtungen außerhalb der Provinz. Die Daten über die Krankenhausversorgung in Form von ordentlichen Aufenthalten für Akutkranke in Einrichtungen außerhalb der Provinz beziehen sich auf die Aufenthalte von Ansässigen im übrigen Italien, für welche die Kompensation der überregionalen Mobilität getätigt wird, sowie auf die Aufenthalte in konventionierten österreichischen Einrichtungen.

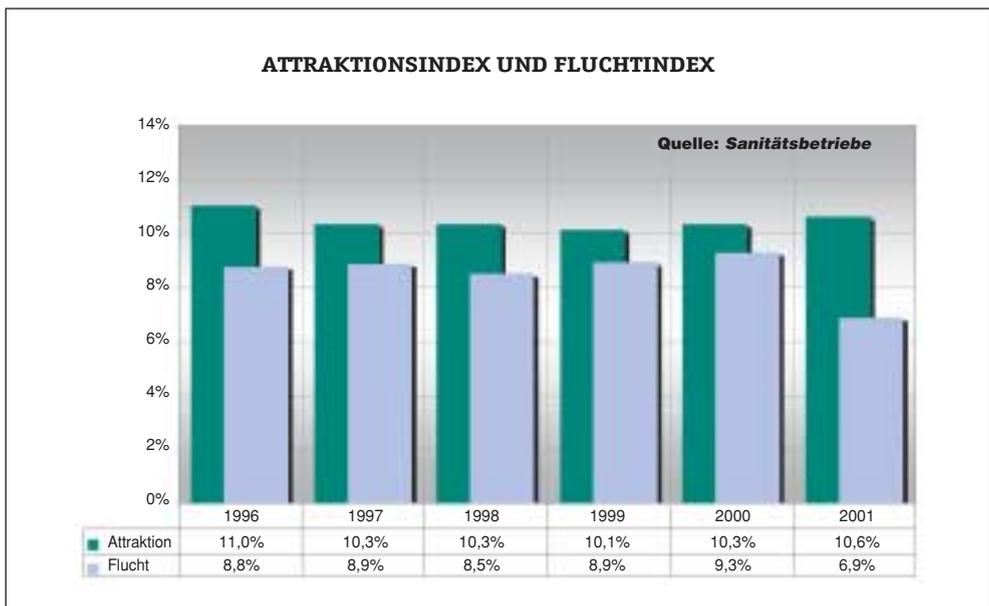
Der Attraktionsindex resultiert aus dem Verhältnis zwischen den Entlassungen aus den öffentlichen oder vorläufig akkreditierten Landeseinrichtungen von nicht in der Provinz Ansässigen und aus der Gesamtheit der Entlassungen aus denselben Einrichtungen im Bezugsjahr; er drückt also den Anteil der Tätigkeit aus, die zugunsten von außerhalb der Provinz ansässigen Patienten geleistet wurde.

Der Fluchtindex ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen der Anzahl der Ansässigen, die aus Einrichtungen außerhalb der Provinz entlassen wurden (nationale oder ausländische) und aus der Gesamtzahl der Entlassungen von Ansässigen. Er drückt den Anteil der Tätigkeit aus, die außerhalb des Landesgebietes in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 3.28



Abbildung 3.29



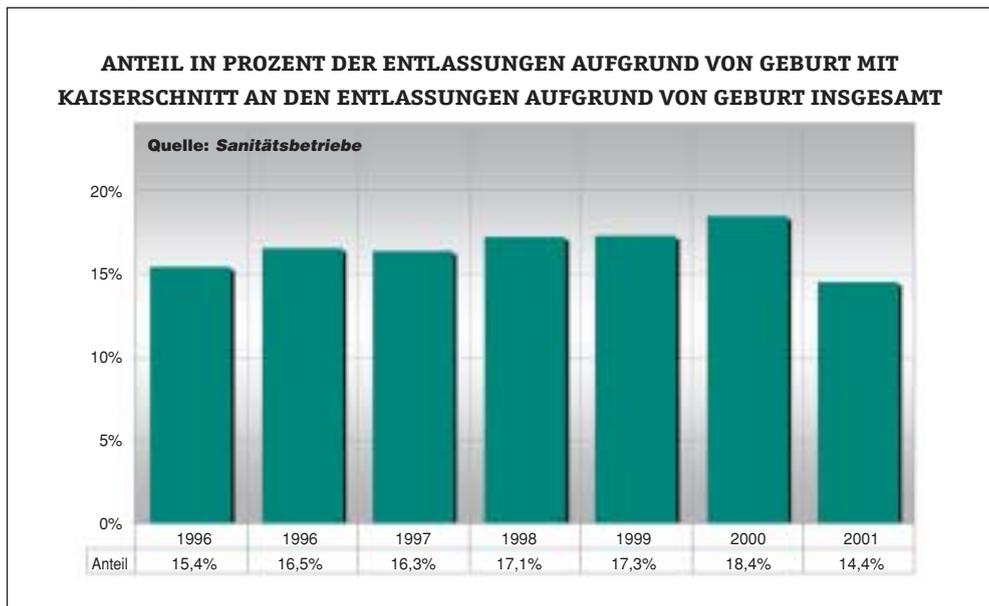
3.5.3. Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit der Krankenhausversorgung

Den im Entlassungsbogen der Krankenanstalten enthaltenen Daten können einige Indikatoren der Effizienz und Angemessenheit der Behandlung entnommen werden.

Entlassungen aufgrund von Geburten mit Kaiserschnitt

Der Indikator drückt die angemessene Anwendung des Eingriffs Kaiserschnitt aus und wird anhand des Verhältnisses zwischen den Entlassungen aufgrund von Geburten mit Kaiserschnitt (DRGs 370 und 371) und der Gesamtheit der Entlassungen aufgrund von Geburt (DRG 370 bis DRG 375) berechnet. Der entsprechende Wert auf gesamtstaatlicher Ebene beträgt 34,5% (Jahr 2000).

Abbildung 3.30

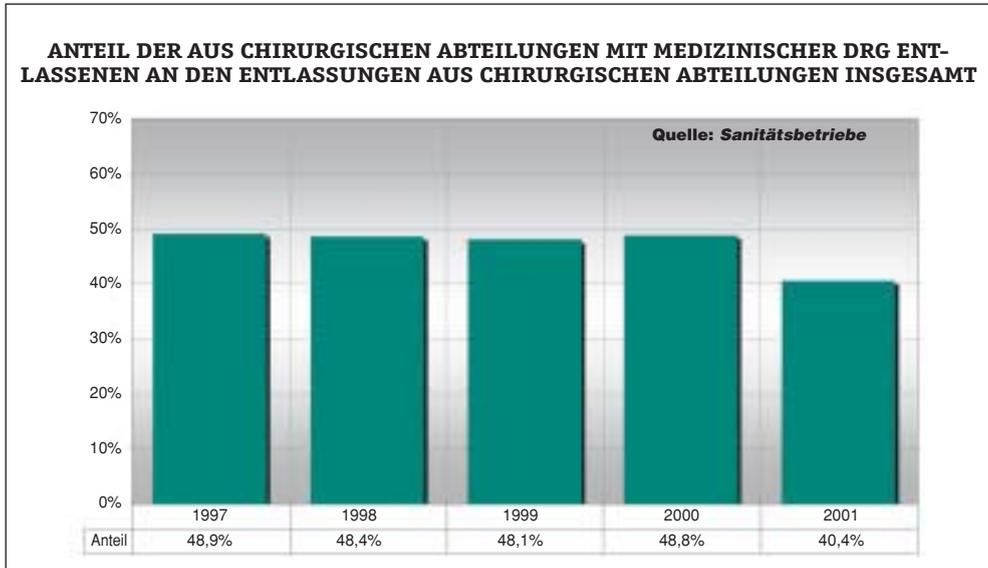


Aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassene

Das Verhältnis zwischen den aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen und der Gesamtheit der aus chirurgischen Abteilungen Entlassenen stellt einen Indikator für den unangemessenen Krankenhausaufenthalt dar.

Der entsprechende Wert auf gesamtstaatlicher Ebene beläuft sich für das Jahr 2000 auf 41,7%.

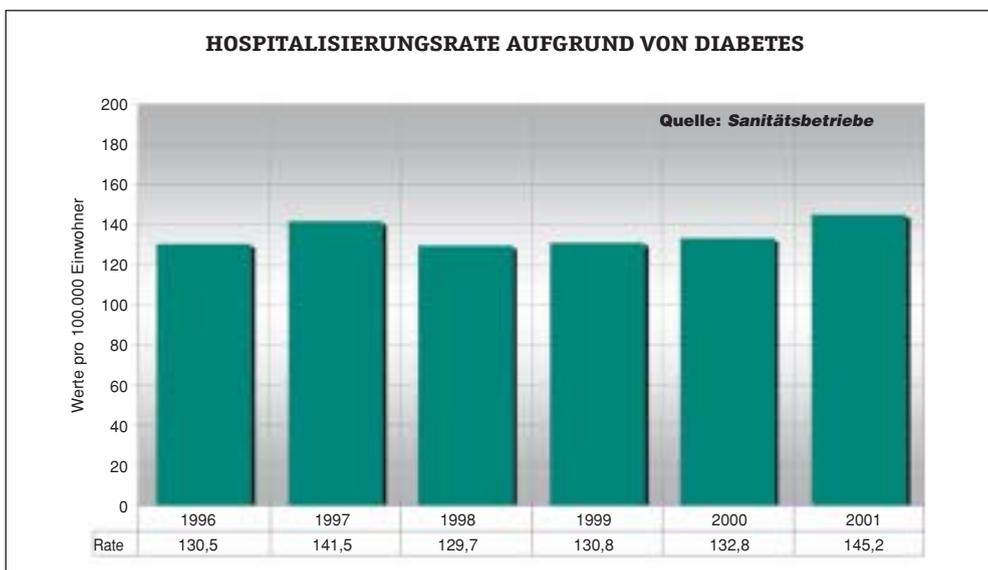
Abbildung 3.31



Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes und Asthma

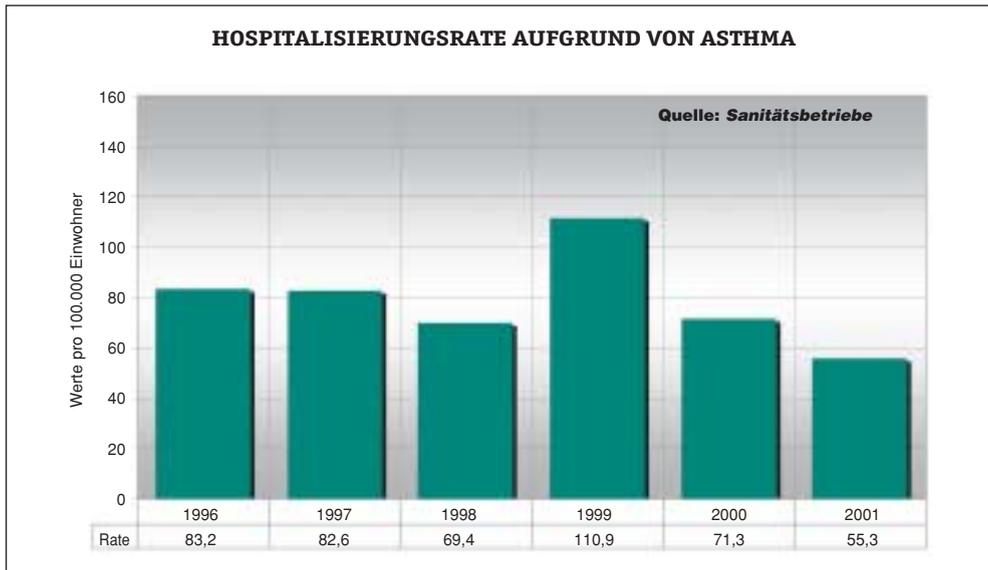
Dargestellt werden zwei Hospitalisierungsraten für spezifische Krankheitszustände, die zu den verbreitetsten gehören und für welche die Hospitalisierung im Rahmen der Wahrscheinlichkeit am häufigsten möglichen Situationen der Unangemessenheit ausgesetzt ist.

Abbildung 3.32



Die Hospitalisierungsrate für Diabetes beträgt auf gesamtstaatlicher Ebene 144 pro 100.000 Einwohner (Jahr 2000), während sich die Hospitalisierungsrate für Asthma, immer auf nationaler Ebene, auf ca. 57 pro 100.000 beläuft (Jahr 2000).

Abbildung 3.33



Eingriffe am Kristallin und Venenligatur und -stripping in der Tagesklinik

Ein weiterer Indikator beschreibt den Anteil der chirurgischen Eingriffe am Kristallin (größtenteils wegen Grauem Star) in der Tagesklinik - ein Verfahren, das auf internationaler Ebene als das angemessenste für den Großteil der Fälle angesehen wird - an der Gesamtzahl der Eingriffe dieser Art. Der gesamtstaatliche Wert für das Jahr 2000 beträgt 38%.

Der Indikator, der für die Eingriffe Venenligatur und -stripping angewendet wird, verzeichnet 2000 einen gesamtstaatlichen Wert von 26%.

Abbildung 3.34

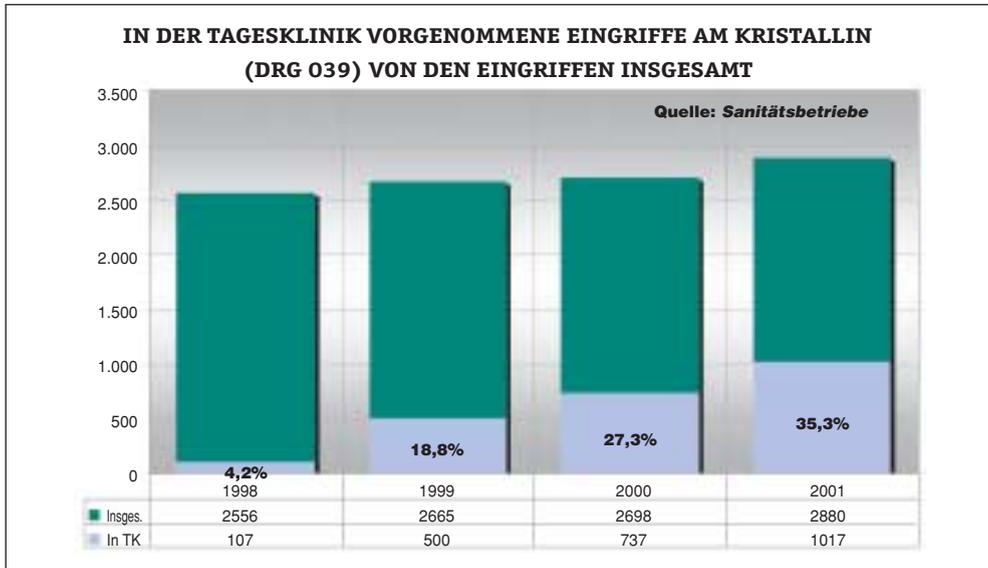
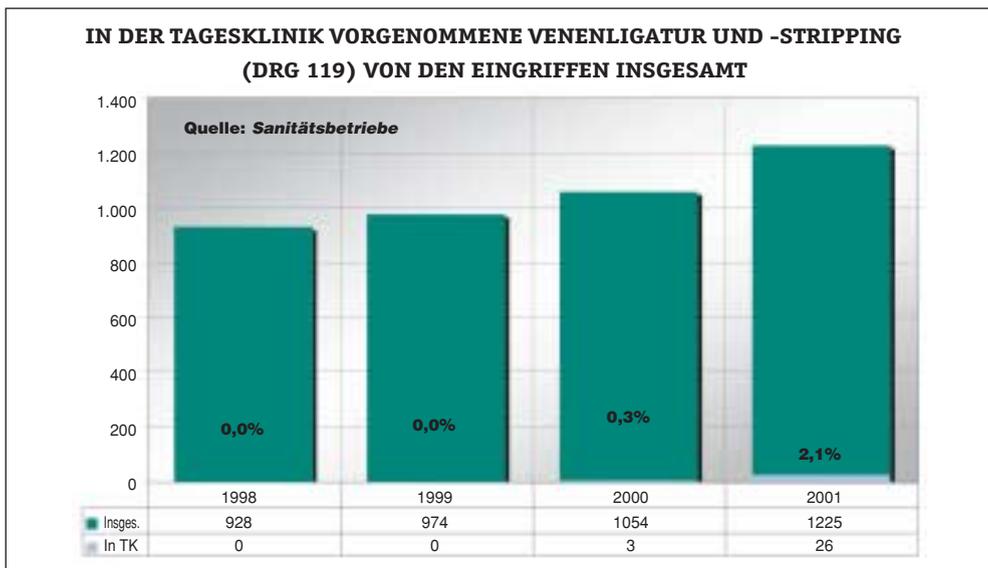


Abbildung 3.35



4. RESSOURCEN

4.1. Gesundheitspersonal

Das Personal ist die wichtigste Ressource des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Eine Zahl, die eine genaue Vorstellung vom „Gewicht“ dieser Ressource vermittelt, ist der Anteil der laufenden Kosten für das fest angestellte Personal an den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen im Jahr 2001: 47,5%. Die numerische Anzahl des im Jahr 2001 angestellten Personals beläuft sich auf 7.797,60 Einheiten.

4.1.1. In den Sanitätsbetrieben beschäftigtes Personal

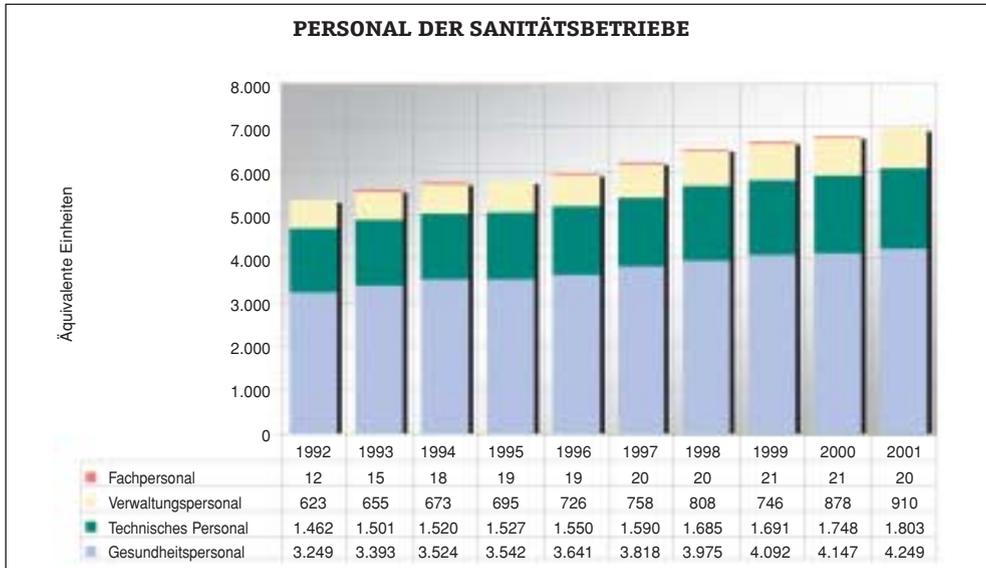
Im öffentlichen Gesundheitswesen wird Personal eingesetzt, das verschiedenen Berufskategorien angehört und laut Gesetz auf unterschiedlichen Ebenen eingestuft ist. Die Klassifizierung des Personals, auf die im Folgenden Bezug genommen wird, entspricht derjenigen, die im DPR Nr. 761 vom 20. Dezember 1979 und im DPR Nr. 384 vom 28. November 1990 festgelegt wurde. Im Zuge der größtmöglichen Aggregation legt das Gesetz vier Berufskategorien fest: Gesundheits- technisches, Fach- und Verwaltungspersonal.

Zum Gesundheitspersonal zählen Ärzte, Krankenpfleger, technisch-sanitäres Personal, Rehabilitationspersonal, Aufsichts- und Inspektionspersonal (Techniker für Umwelt- und Arbeitsschutz) und andere im Gesundheitsbereich tätige Akademiker (Apotheker, Tierärzte, Biologen, Chemiker, Physiker, Psychologen, Zahnärzte). Dem technischen Personal zugerechnet werden Raumpfleger, Fachhilfen, Techniker, Sozialassistenten, Analytiker, Statistiker und Soziologen. Das Fachpersonal umfasst Seelsorger, Rechtsanwälte, Architekten, Ingenieure und Geologen. Zum Verwaltungspersonal gehören Boten, Verkäufer sowie die Berufsbilder des Gehilfen, des Assistenten, des Mitarbeiters, des Vizedirektors und des Direktors.

Die im Schaubild dargestellten Daten beziehen sich auf das Vollzeitpersonal sowie auf das zu 50% bzw. 75% beschäftigte Teilzeitpersonal. Es handelt sich dabei um Stammpersonal sowie um Mitarbeiter, die in Erwartung der definitiven Einstellung mittels Wettbewerb eine freie Stelle besetzen. Zur Umrechnung des Personalbestands in äquivalente Arbeitskräfte wurden folgende Äquivalenzkoeffizienten verwendet: den einzelnen vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern wurde der Koeffizient 1, den zu 75% beschäftigten Mitarbeitern der Koeffizient 0,75 und den zu 50% beschäftigten Mitarbeitern der Koeffizient 0,5 zugeordnet.

Der durchschnittliche, in äquivalenten Einheiten ausgedrückte Personalbestand der Sanitätsbetriebe der Provinz im Jahr 2001 beläuft sich auf 6.981,68.

Abbildung 4.1



4.1.2. Grundausbildung des Gesundheitspersonals

Die Autonome Provinz Bozen fördert und betreibt - direkt oder durch Konventionen mit Körperschaften und Sanitätsbetrieben - koordinierte Maßnahmen zur Grund- und Fachausbildung des Gesundheitspersonals, die der organisatorischen Entwicklung der Gesundheitsdienste sowie dem einschlägigen kurz- und mittelfristigen Bedarf an qualifizierten Humanressourcen entsprechen.

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.

Bis zum Schuljahr 1996/97 umfasste das Ausbildungsangebot des Landes zahlreiche Kurse an verschiedenen Schulen: für Diplom-Krankenpfleger, Rehabilitationstherapeuten, Kinderkrankenpflegerinnen, Röntgentechniker, etc.

Mit dem Schuljahr 1996/97 hat die neue (nach Einführung der „Universitätsdiplome“ und auf gesamtstaatlicher Ebene gegründete) „Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe“, deren didaktische Organisation den Modellen der deutschsprachigen Mitgliedstaaten der Europäischen Union angepasst ist, ihre Tätigkeit aufgenommen.

Mit dem Schuljahr 2000/2001 wurden die Kurse für Pflegehilfen durch die Kurse für sozio-sanitäre Mitarbeiter ersetzt. Diese Mitarbeiter leisten ihre Tätigkeit sowohl im sozialen als auch im gesundheitlichen Bereich in Diensten der sozial-fürsorglichen Versorgung und sozial-gesundheitlichen, stationären oder halbstationären Versorgung im Krankenhaus, im territorialen Bereich oder zu Hause des Patienten.

Abbildung 4.2

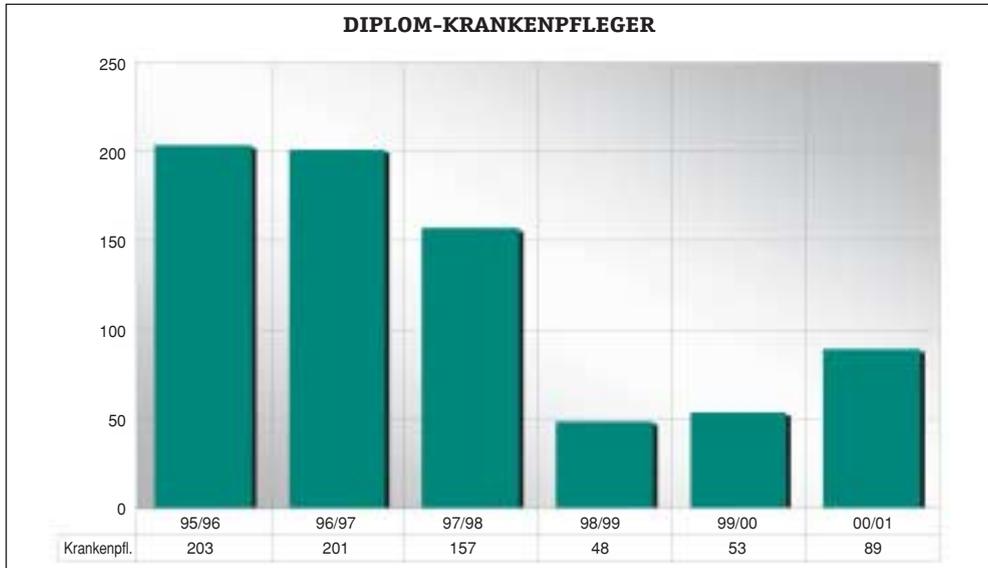


Abbildung 4.3

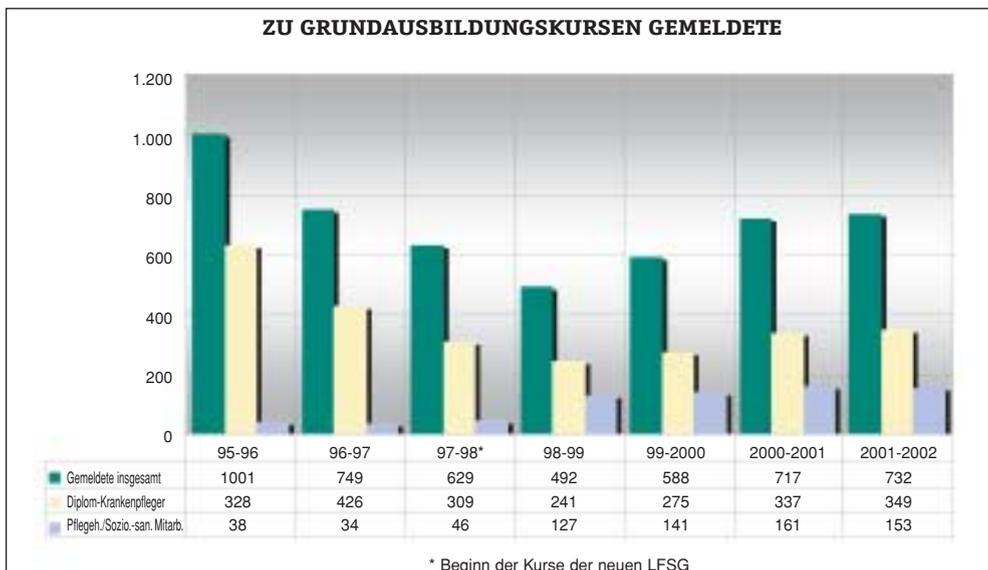
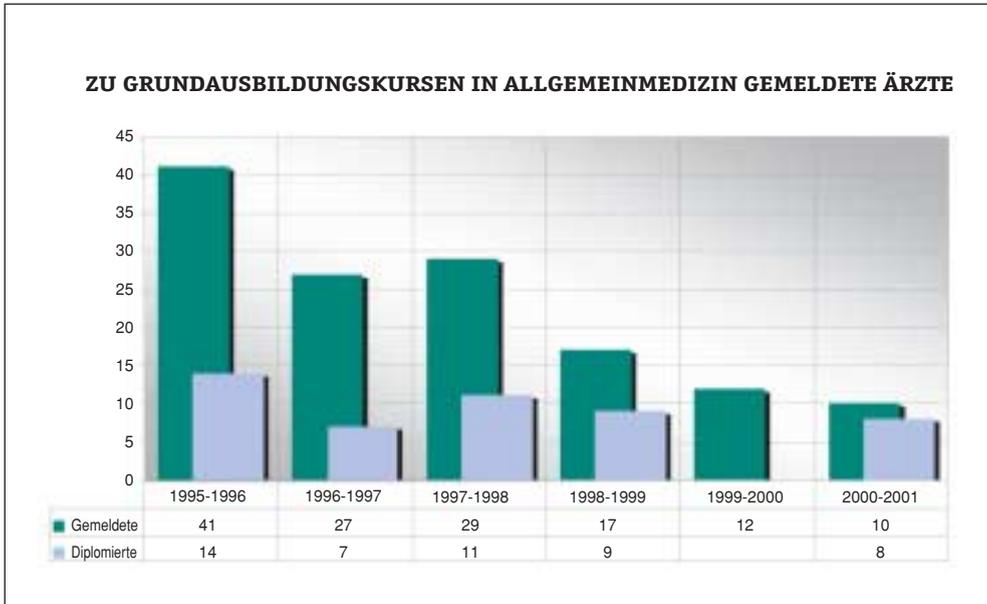


Abbildung 4.4



4.1.3. Fachausbildung des Gesundheitspersonals

Die Fachausbildung ermöglicht es den Besitzern eines Studentitels, ihre Ausbildung in einem bestimmten Bereich fortzusetzen.

Abbildung 4.5

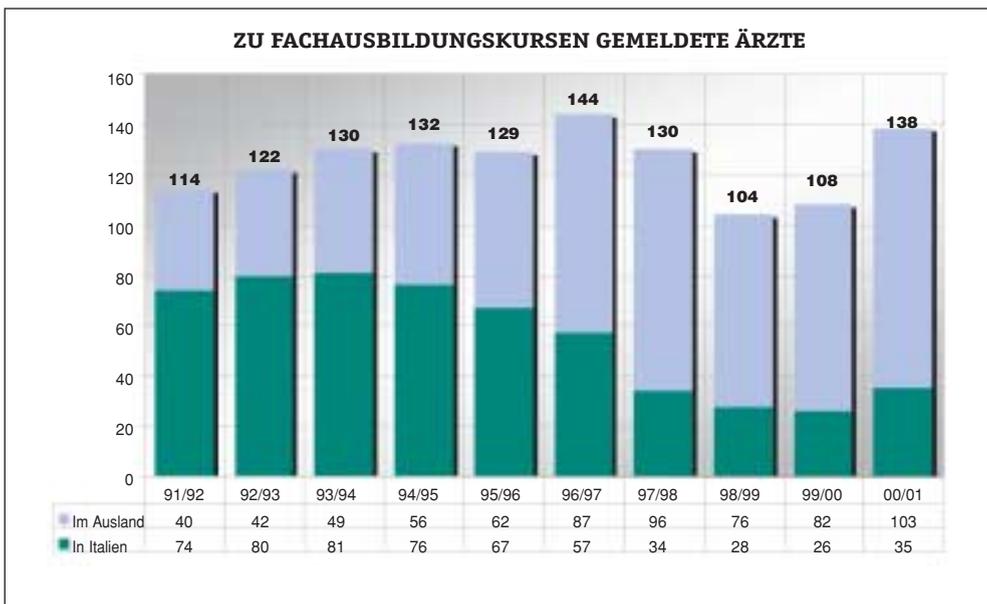
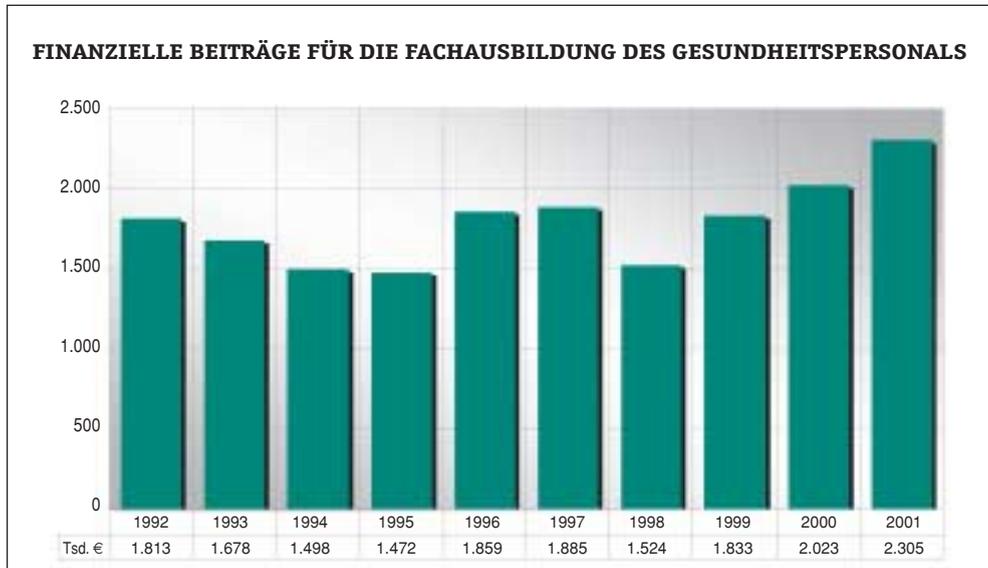


Abbildung 4.6



4.2. Ausgaben für das Gesundheitswesen und Investitionen

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung im Sinne der für den Gesundheitsschutz der Bürger aufgewendeten Beträge gliedern sich in die öffentlichen und privaten Gesundheitskosten. Erstere lassen sich unmittelbar anhand der von den Sanitätsbetrieben und der Landesverwaltung erstellten Finanzhaushalte quantifizieren; Letztere sind aufgrund der spärlichen Informationsquellen schwieriger zu bemessen.

Bezugnehmend auf die obigen Erläuterungen sind die nachfolgenden Analysen nur den öffentlichen Gesundheitsausgaben gewidmet.

Eine weitere grundsätzliche Unterscheidung innerhalb der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen ist jene nach laufenden Gesundheitsausgaben und Investitionsausgaben. Laufende Ausgaben sind die Ausgaben für die Deckung der Verwaltungskosten, wie die Ausgaben für das Personal und den Erwerb von Verbrauchsgütern und Dienstleistungen; Kosten aus Kapitalbewegungen oder Investitionsausgaben sind die Kosten für den Erwerb, den Bau oder die Renovierung von dauerhaften Gütern.

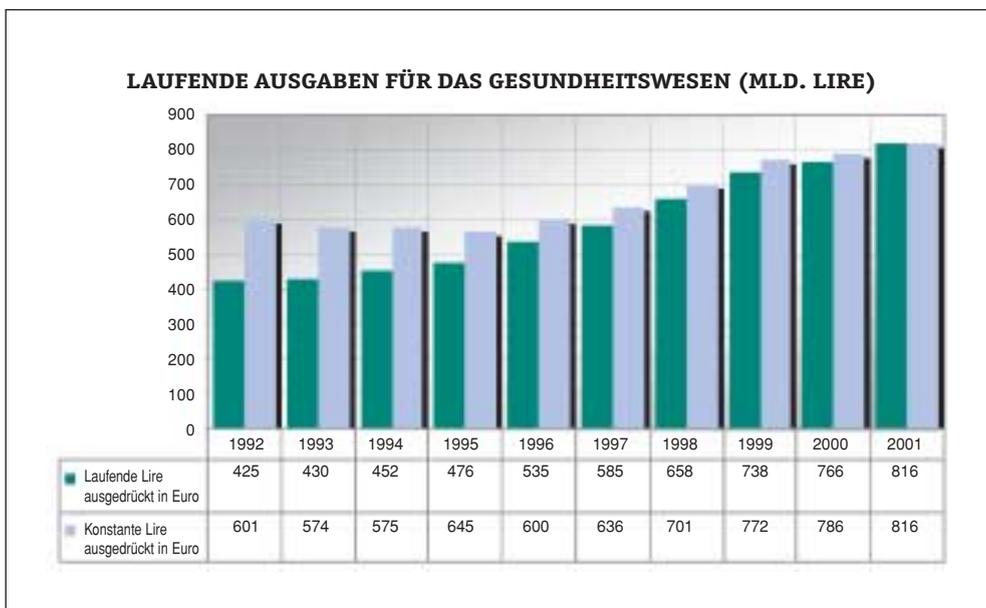
Aufgrund der Einführung des Euro als offizielle Währung ab dem 1. Januar 2002 wurden die nachstehend angeführten Daten in Euro konvertiert.

4.2.1. Laufende Ausgaben

Um eine reale Bewertung der Variationen der laufenden Ausgaben zu ermöglichen, wurden diese in der zweifachen Form der laufenden Ausgaben in laufender Lira, ausgedrückt in Euro, und der laufenden Ausgaben in konstanter Lira 2001, ausgedrückt in Euro, berücksichtigt.

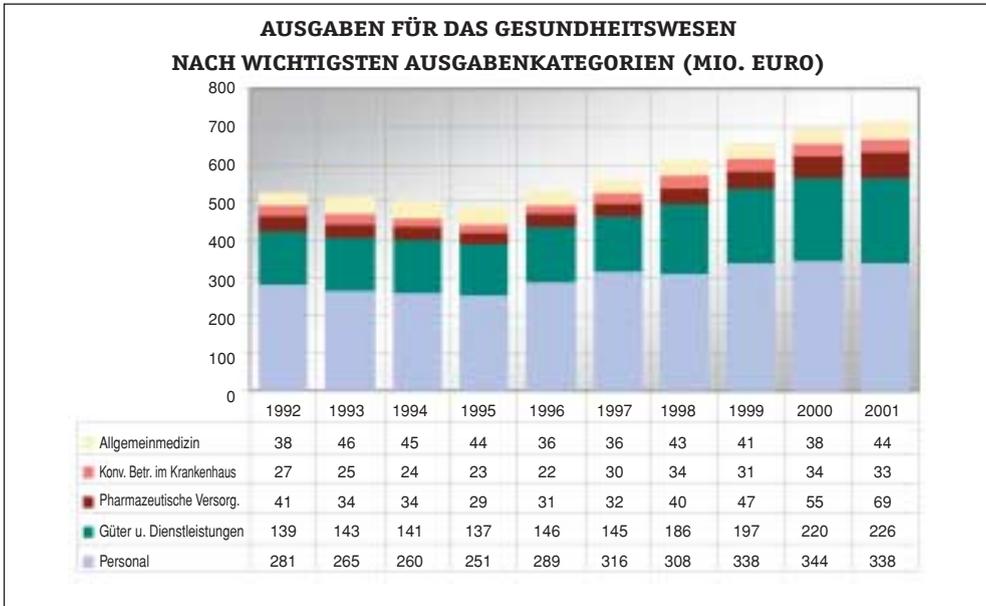
Der Vergleich zwischen den entsprechenden Werten ermöglicht eine Trennung zwischen der Entwicklung der Inflationsrate (die in den Ausgaben in laufender Lira/Euro enthalten ist) und der Wirkung der realen Variationen der Gesundheitsausgaben (Ausgaben in konstanter Lira/Euro 2001).

Abbildung 4.7



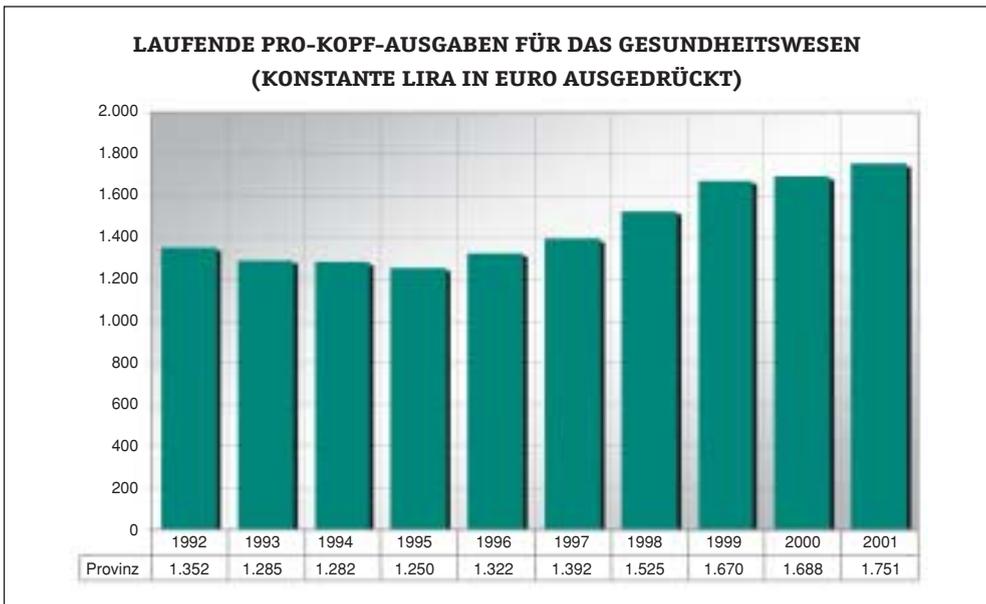
Die wichtigsten Ausgabenkategorien der laufenden Ausgaben lassen sich wie folgt zusammenfassen: Ausgaben für das Personal, Ausgaben für den Verbrauch von Gütern und Dienstleistungen (institutionelle Organe, pharmazeutische und sanitäre Produkte, Ökonomatsmaterial, in Outsourcing vergebene ordentliche Wartungsdienstleistungen, sonstige Dienstleistungen), Ausgaben für die konventionierte pharmazeutische Versorgung, Ausgaben für die konventionierte Krankenhausversorgung, Ausgaben für die allgemeinmedizinische Versorgung, Ausgaben für die interne fachmedizinische Versorgung (innerhalb von öffentlichen Einrichtungen von konventioniertem ärztlichem Personal erbrachte Leistungen) und externe fachmedizinische Versorgung (in konventionierten Privatkliniken erbrachte Leistungen).

Abbildung 4.8



Sehr interessant ist auch die Entwicklung der laufenden Pro-Kopf-Ausgaben für das Landesgesundheitswesen in den Jahren 1992 bis 2001, in denen die Pro-Kopf-Ausgaben seit 1995 konstant gestiegen sind.

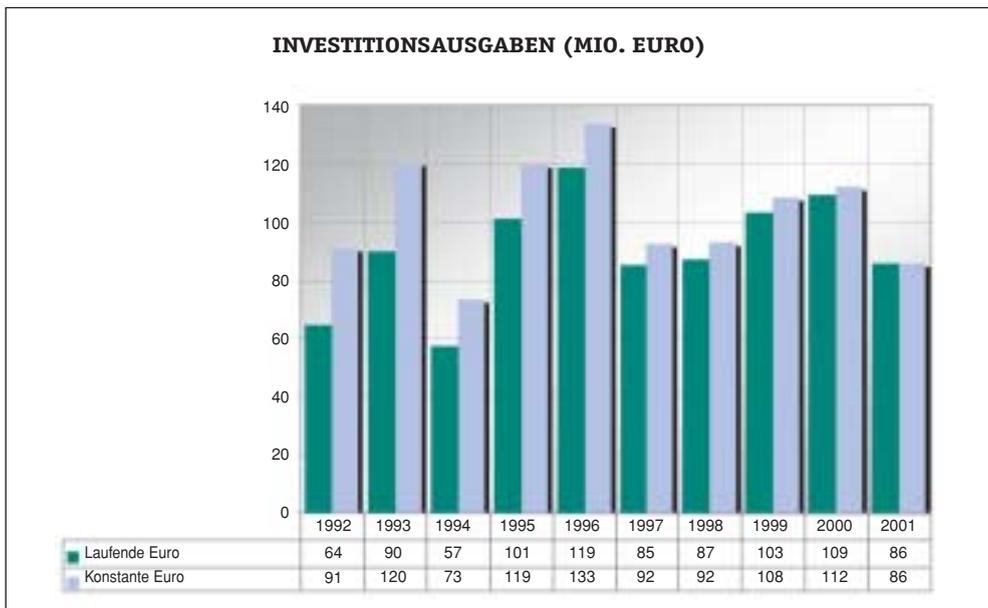
Abbildung 4.9



4.2.2. Investitionsausgaben

Die Gesundheitsausgaben in der Provinz für Investitionen in Liegenschaften, Einrichtungen und biomedizinische Geräte beliefen sich im Jahr 2001 auf ca. 85,5 Millionen Euro, was 9,5% der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen entspricht. Davon gingen 40,6 Millionen (47,5%) zu Lasten des Haushalts der Sanitätsbetriebe und die restlichen 44,9 Millionen Euro zu Lasten des Landeshaushalts. Im Laufe der letzten Jahre ist festzustellen, dass die anteilmäßige Verteilung der Investitionen zu Lasten der Betriebe und der Provinz am Anfang und Ende des Betrachtungszeitraums einen unterschiedlichen Verlauf genommen hat.

Abbildung 4.10



4.2.3. Ausgaben für das Gesundheitswesen und BIP

Eine weitere Bewertungsform für die Entwicklung der laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen ist schließlich das Verhältnis zwischen den laufenden Gesundheitsausgaben und dem BIP (Bruttoinlandsprodukt). Dieses Verhältnis drückt den Anteil der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung aus, der für den Gesundheitsschutz durch den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Provinz Bozen bestimmt ist.

Abbildung 4.11



Abbildung 4.12

