

SABINE WEISS ANTONIO FANOLLA



2005

Studie PASSI

**Fortschritte in den Sanitätsbetrieben für die
Gesundheit in Italien**



Autonome Provinz Bozen
Epidemiologische Beobachtungsstelle des Landes

Unser besonderer Dank gilt folgenden Personen, die aktiv an der Durchführung der Studie beigetragen haben:

auf nationaler Ebene

Nicoletta Bertozzi, Nancy Binkin e Alberto Perra
Antonino Bella, Bruno Caffari, Chiara Cattaneo,
Silvia Colitti e Paola Scarpetta (CNESPS,
Istituto Superiore di Sanità)

Carla Bietta, Giovanna De Giacomi, Pirous
Fateh-Moghadam, Tolinda Gallo, Francesco
Sconza, Massimo Oddone Trinito (PROFEA)

auf Assessoratsebene

Paolo Spaloro und Mitarbeiter

Peter Kreidl als Koordinator der Studie während
der Datenerhebung

Bernhard Natter für die Lekturierung des
deutschen Textes

auf Landesebene

Firma Apollis, Sozialforschung und
Demoskopie, für die qualitativ gute
Datenerhebung.

Ein besonderer Dank gilt auch dem Landesrat
für Gesundheitswesen für die Unterstützung der
Studie

Ganz besonders möchten wir uns bei den
Teilnehmern für die gute Mitarbeit bedanken.

Impressum

Autoren **Sabine Weiss, Antonio Fanolla**

Druck **Landesdruckerei, 2007**

in Zusammenarbeit mit



Inhaltsverzeichnis	1
Vorwort	3
Zusammenfassung	4
Einführung	7
Ziele der Studie.....	8
Allgemeine Ziele	8
Spezifische Ziele.....	8
Methode.....	10
Studiendesign	10
Studienbevölkerung	10
Auswahlverfahren	10
Interviews.....	10
Analyse der Daten	10
Ethik und Privacy	11
Vergleich der beiden Auswahlverfahren.....	11
Beschreibung der Studienbevölkerung	13
Kommentare und Empfehlungen.....	15
Wahrnehmung des Gesundheitszustandes.....	16
Kommentare und Empfehlungen.....	17
Körperliche Aktivität	18
Kommentare und Empfehlungen.....	19
Rauchgewohnheit.....	20
Kommentare und Empfehlungen.....	23
Ernährungsgewohnheiten	25
Kommentare und Empfehlungen.....	26
Alkoholkonsum	27
Kommentare und Empfehlungen.....	30
Verkehrssicherheit.....	31
Kommentare und Empfehlungen.....	32
Grippeimpfung	33
Kommentare und Empfehlungen.....	33
Rötelnimpfung.....	34
Kommentare und Empfehlungen.....	35
Bluthochdruck.....	36
Kommentare und Empfehlungen.....	37
Cholesterinämie.....	39
Kommentare und Empfehlungen.....	40
Ernährung und Körpergewicht	42
Kommentare und Empfehlungen.....	43
Charta des kardiovaskulären Risikos	44
Kommentare und Empfehlungen.....	44
Gebärmutterhalskrebs	45
Kommentare und Empfehlungen.....	46
Screening des Brustkrebs.....	48
Kommentare und Empfehlungen.....	50
Screening des Kolon-Rektum Karzinoms.....	51
Kommentare und Empfehlungen.....	51
Definitionen.....	52
Body Mass Index (BMI).....	52
Rauchgewohnheit	52
Konsum von Nahrungsmittel	52
Empfundener Gesundheitszustand	52
Körperliche oder geistige Probleme und limitierte Ausübung der alltäglichen Tätigkeiten.....	53

Unfälle und Alkohol	53
Körperliche Bewegung	53
Onkologisches Screening	53
Tabelle über die Ergebnisse der Studie	55
Bibliografie.....	60

Vorwort

Es freut mich sehr, die Ergebnisse der Studie PASSI (Fortschritte in den Sanitätsbetrieben für die Gesundheit in Italien), die im Jahre 2005 in allen Regionen/Autonomen Provinzen Italiens durchgeführt wurde, vorzustellen.

Ziel der Studie ist die Überwachung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren anhand einer fortlaufenden Überprüfung der Gewohnheiten und Lebensstile, um Risikoverhalten, die mit den Hauptursachen für Morbidität und Mortalität assoziiert sind, durch gezielte Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zu verändern.

Die Studie PASSI ist eines der vielen Projekte zur Förderung von gesunden Lebensstilen, die im Nationalen Präventionsplan 2005-2007 vorgesehen ist, um das Risiko von kardiovaskuläre Krankheiten, Tumoren und Diabetes zu minimieren.

Im Jahre 2005 wurde anhand eines Berichtes der Weltgesundheitsorganisation bestätigt, dass 86% der Todesfälle auf nicht übertragbare Pathologien wie Diabetes mellitus, Tumor, kardiovaskuläre Krankheiten, chronische Atemwegserkrankungen, Tumor, Muskel- oder Skeletterkrankungen oder psychische Krankheiten in Europa zurückzuführen sind und die Tendenz steigend ist. Im Jahre 2004 war die Prävalenz der chronischen Kardiovaskulopatie in Südtirol 137,4 Fälle pro 1.000 Einwohner (125,4 unter den Männern und 148,9 unter den Frauen). Weiters wurden in Südtirol im Fünfjahreszeitraum 1999-2003 insgesamt 12.430 neue Fälle von bösartigen Tumoren (ausgeschlossen die Hautkarzinome) in der Wohnbevölkerung diagnostiziert und 5.443 Todesfälle aufgrund von Tumorerkrankungen verzeichnet (durchschnittlich 596 Fälle/Jahr bei Männern und 492 Fälle/Jahr bei Frauen). Weiters schätzt man, dass in Südtirol ca. 14.422 Diabetesfälle aller Altersgruppen leben.

Bereits der Nationale Gesundheitsplan 2003-2005 befasst sich mit dem Thema Prävention und Förderung der Gesundheit, wobei ein eigens dafür vorgesehener Abschnitt den gesunden Lebensstilen und der Wichtigkeit regelmäßiger Kontrolluntersuchungen und Screening Tests gewidmet ist. In Südtirol wurden bereits mehrere Screening Programme eingeführt, unter anderem der Pap-Test zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses, die Mammografie als Präventionsmaßnahme für den Brustkrebs und die Vorsorgeuntersuchung für das Kolon-Rektum Karzinom und die Akzeptanz der Südtiroler Bevölkerung gegenüber diesen Screening Untersuchungen ist teilweise sehr zufrieden stellend. Trotzdem geht aus den Ergebnissen dieser Studie hervor, dass es notwendig ist, weitere Informations- und Aufklärungskampagnen zu veranstalten, um die Bevölkerung von der Wichtigkeit der Regelmäßigkeit bei der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen zu überzeugen.

Ich hoffe, dass es uns gelingt, die gegebenen Empfehlungen umzusetzen, es bedarf jedoch der Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Ich möchte mich nochmals recht herzlich bei all jenen bedanken, die bei der Durchführung der Studie mitgewirkt haben, den Autoren und Mitarbeitern und natürlich allen Teilnehmern.

Der Landesrat für Gesundheits- und Sozialwesen
Dr. Richard Theiner



Zusammenfassung

Beschreibung der Studienbevölkerung

In Südtirol wurde eine Studienbevölkerung von 609 Personen interviewt, wobei 302 Personen zufällig aus dem Sanitätsregister und die restlichen 300 auf der Grundlage des amtlichen Telefonbuchs ausgewählt wurden. Von den Befragten waren 44% Frauen und 56% Männer mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren. Achtundvierzig Prozent konnten eine hohe Schulausbildung vorweisen und mehr als 77% waren berufstätig.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

Die Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes hat sich als einer der ausschlaggebenden Faktoren für die Lebensqualität erwiesen.

Von den Südtiroler Studienteilnehmern nahmen 19% den eigenen Gesundheitszustand als diskret oder schlecht wahr, während 60% der Personen mit mindestens einer schweren Pathologie trotzdem eine positive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes angaben.

Körperliche Aktivität

Eine körperlich inaktive Lebensweise in Kombination mit einer schlechten Ernährung ergibt eine ansteigende Zahl an übergewichtigen Personen verantwortlich und stellt einen weiteren Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen dar. Eine moderate und regelmäßige körperliche Aktivität erhöht die Lebensqualität und reduziert das Risiko an kardiovaskulären Erkrankungen, ischämischer Kardiopathie, Diabetes Typ 2, Kolonkrebs, Osteoporose, Depression und Folgeschäden aufgrund von Stürzen.

Insgesamt 5% der Studienbevölkerung führten eine körperlich inaktive Lebensweise und nur 65% übten körperliche Aktivität laut den Empfehlungen aus. Etwas mehr als ein Drittel der Befragten bestätigte, dass sich der Arzt in Bezug auf die vom Patienten ausgeübte körperliche Aktivität informiert und Empfehlungen gegeben hatte.

Rauchgewohnheit

Zigarettenrauchen ist ein sehr wichtiger Risikofaktor für Tumor-, Kreislauf- und Atemwegserkrankungen. Im Unterschied zu den anderen Faktoren ist das Zigarettenrauchen ein beseitigbarer Risikofaktor und das Unterbrechen dieses schädlichen Verhaltens führt zu einer belegten und erwiesenen Verminderung der damit verbundenen Risiken.

In Südtirol waren 23% der Südtiroler Studienteilnehmer Raucher und 27% Ex-Raucher. Fast alle hatten alleine ohne fremde Hilfe mit dem Rauchen aufgehört und niemand hatte die Hilfe des Sanitätspersonals in Anspruch genommen.

Seit fast einem Jahr gilt das Rauchverbot in allen geschlossenen öffentlichen und in privaten fürs Publikum zugänglichen Lokalen. Laut Angaben der Befragten wurde in 81% der Fälle das Rauchverbot am Arbeitsplatz eingehalten.

Ernährungsgewohnheiten

Obst und Gemüse enthalten essenzielle Vitamine, Mineralien und Ballaststoffe, die vor chronischen Krankheiten schützen.

Großteil der Südtiroler Studienteilnehmer konsumiert täglich Obst und Gemüse, auch wenn nur 12% sich an die internationalen Empfehlungen, fünf Portionen Obst und Gemüse täglich zu konsumieren, hielten. Diese Gewohnheit ist noch sehr selten bei Personen zwischen 18 und 34 Jahren und insbesondere bei Männern verbreitet.

Alkoholkonsum

Alkohol stellt neben Tabak einen weiteren großen Risikofaktor für die Gesundheit dar. Mäßiger, auch regelmäßiger Alkoholkonsum muss nicht als gesundheitsgefährdend eingestuft werden, aber übermäßiger und chronischer Alkoholkonsum hingegen birgt ein großes Gesundheitsgefährdungspotential in sich. Gesteigerter und chronischer Alkoholkonsum kann zu einer Vielzahl von Gesundheitsstörungen und Krankheiten führen. Neben Befindlichkeitsstörungen wie innerer Unruhe, Schlaflosigkeit, Zittern, Konzentrationsprobleme und Einschränkung der Kontrollfähigkeit sowie alkoholbedingter Krankheiten ist für die Betroffenen vielfach der Verlust von Familie, Arbeit oder Wohnung zu beklagen.

Man schätzt, dass über zwei Drittel der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren alkoholische Getränke konsumieren und über ein Drittel zirka die Gewohnheit hat, Alkohol in Mengen, die bereits ein Risiko darstellen, zu konsumieren (insgesamt 29% gehört zu den Risikokonsumenten oder "binge" Trinkern). Das Sanitätspersonal informiert sich nur selten über die Alkoholgewohnheiten ihrer Patienten und empfehlen nur wenigen den Konsum zu zügeln.

Verkehrssicherheit

Es wurde ein häufiger Gebrauch der Sicherheitsgurte beobachtet (90% schnallten immer die vorderen Gurte an), mit Ausnahme der hinteren Gurte, die nur in 41% der Fälle immer angeschnallt wurden.

Ein Monat vor dem Interview waren 14% der Befragten in betrunkenem Zustand mit dem Auto gefahren und 11% waren mit einem betrunkenen Autofahrer mitgefahren.

Grippeimpfung

Die Grippeimpfung wird vor allem Personen mit chronischen Krankheiten und der Bevölkerung im dritten Lebensalter empfohlen, weil sie Komplikationen, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle der Erkrankung herabsetzt.

Nur 18% der Studienteilnehmer zwischen 18 und 64 Jahren mit mindestens einem Risikofaktor für Komplikationen in Folge einer Grippe (Diabetes, Tumor, kardiovaskuläre Erkrankungen) hatten sich im letzten Jahr impfen lassen.

Impfung gegen Röteln

Im November 2003 wurde der Nationale Plan zur Ausrottung von Masern und kongenitalen Röteln genehmigt und innerhalb 2007 sollte eine Durchimpfungsrate von 95% gewährleistet sein.

In Südtirol ist der Prozentsatz an empfänglichen Frauen derzeit noch weit höher als die notwendigen 5% zur Ausrottung der kongenitalen Röteln. Die weiblichen Studienteilnehmer waren in 37% der Fälle für Röteln empfänglich bzw. wussten über ihren Immunstatus nicht Bescheid.

Bluthochdruck

Bluthochdruck ist eine sehr verbreitete Krankheit, die sehr oft unterschätzt und nicht behandelt wird, obwohl er als einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen gilt.

Laut Angaben der Studienteilnehmer waren 21% von ihnen Hypertoniker und 64% davon behandelten die Krankheit medikamentös. In 5% der Fälle hatten die Studienteilnehmer niemals den Blutdruck gemessen.

Cholesterinämie

Durch einen erhöhten Cholesterinwert steigt das Risiko von Erkrankungen der Herzkranzgefäße aber auch für Gehirnschlag, Nierenschädigungen und Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen. Ein Befragter von fünf gab an, hohe Cholesterinwerte zu haben, wobei 15% davon in medikamentöser Behandlung waren. Ein Drittel der Studienteilnehmer hatte bisher niemals das Cholesterin gemessen.

Ernährungsstand

Den Teilnehmern wurde anhand der selbst erklärten Körpergröße und des Körpergewichts der Body Mass Index berechnet. Dabei wurden 27% als übergewichtig und 8% als fettleibig klassifiziert. In 21% der Fälle waren die Befragten bemüht, das Übergewicht durch eine Diät zu reduzieren und nur in 38% der Fälle durch regelmäßige körperliche Bewegung.

Charta des kardiovaskulären Risikos

Die Charta des kardiovaskulären Risikos wird für die Schätzung der Wahrscheinlichkeit eines ersten kardiovaskulären Vorfalls (Herzinfarkt oder Iktus) innerhalb der nächsten 10 Jahre verwendet. Die Berechnung wird anhand der Werte folgender Risikofaktoren durchgeführt: Geschlecht, Alter, Diabetes, Rauchgewohnheiten, systolischer Wert des Blutdrucks und Cholesterinämie. Nur in 9% der über 40-jährigen Südtiroler Studienteilnehmer wurde das kardiovaskuläre Risiko berechnet.

Onkologisches Screening

Der Pap-Test wurde 1928 von dem griechischen Arzt George Papanicolaou entwickelt. Er beruht auf der Beurteilung von gefärbten Zellabstrichen vom Muttermund der Frau und dient der Früherkennung eines Gebärmutterhalskrebses.

Innerhalb der Südtiroler Studienbevölkerung hatten 93% der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren mindestens einmal in ihrem Leben einen Pap-Test durchgeführt und 85% hatten sich dem Test wie empfohlen im Dreijahresintervall unterzogen.

Mammografie

Das Mammografie Screening wird zur Früherkennung von Brustkrebs eingesetzt. Ziel dieser Screening-Maßnahme ist es, durch möglichst frühzeitige Erkennung die Lebenserwartung an Brustkrebs erkrankter Frauen zu verlängern, zumindest aber ihre Lebensqualität auf Dauer zu verbessern.

Bei den Frauen zwischen 50 und 69 Jahren hatten 82% mindestens einmal in ihrem Leben eine Mammografie durchgeführt, aber ein geringerer Prozentsatz (60%) hatte sie im Zeitintervall von zwei Jahren wiederholt.

Screening des Kolon-Rektum Karzinoms

Das Kolon-Rektum Karzinom ist ein Tumor des Dickdarmes. Es ist eine der am meisten verbreiteten bösartigen Tumorerkrankungen. Der Screening-Test hat zum Ziel die Krankheit zu erkennen, bevor sie Symptome verursacht.

Aber nur knapp 26% der über 50 Jährigen Studienteilnehmer hatten die Untersuchung zur Feststellung von verstecktem Blut im Stuhl aus Präventionsgründen durchgeführt (oder "Hämoccult" oder Kolonskopie).

Einführung

Im Nationalen Gesundheitsplan 2003-2005 wird auf das Thema der Gesundheitsprävention und Förderung eingegangen, wobei ein Abschnitt dem gesunden Lebensstil und der Wichtigkeit, sich im Erwachsenenalter periodischen Tests und Screenings zu unterziehen, gewidmet ist. Die Anwendung von nichtkorrekten Lebensstilen, welche zu einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Tumoren und Diabetes führen können, wird als sanitärer Notfall angesehen und ist der häufigste Grund für Mortalität und Morbidität bei Erwachsenen. Erstrangige Ziele des Präventionsplanes 2005-2007 sind die aktive Prävention von kardiovaskulären Risiken und der Komplikationen des Diabetes, sowie Onkologische Screening Programme zu implementieren.

Das kürzlich in Italien gegründete Nationale Zentrum für Prävention und Kontrolle der Krankheiten (CCM), hat es sich zur Aufgabe gemacht, effiziente und wirksame Methoden zu entwickeln, welche gesunde Lebensstile fördern helfen; dazu braucht es auch Instrumente, welche die Wirksamkeit dieser Modelle prüfen. Das Gesundheitsministerium und die Regionen, haben die Wichtigkeit eines Überwachungssystems zu Lebensgewohnheiten und Gesundheit in Italien erkannt.

Die Studie PASSI wird vom Nationalen Zentrum für Prävention und Kontrolle der Krankheiten (CCM) gefördert. Die primären ausgewählten Themen für die Studie sind die körperliche Aktivität, das Rauchen, die Ernährung, der Alkoholkonsum, die Verkehrssicherheit, der Bluthochdruck, die Hypercholesterinämie, das Screening von Brustkrebs, des Gebärmutterhalskrebses und des Kolon Rektum Karzinoms.

Derzeit werden die Daten über die Gesundheitsfaktoren und die Anwendung von Präventionsmaßnahmen auf nationaler und regionaler Ebene durch die periodische Multiscopo Studie des Istat erhoben. Die Informationen auf lokaler Ebene sind sehr spärlich: diese Einschränkung erschwert die Beurteilung der effektiv erreichten Fortschritte in der Gesundheit aufgrund der Anwendung der Präventionsprogramme in den lokalen Sanitätsbetrieben.

Die Daten der Studie PASSI hingegen wurden schnell und repräsentativ auf regionaler und Sanitätsbetriebsebene erhoben. Die Studie unterstützt somit die Vorstellung, dass der Fortschritt eines Gesundheitssystems (auch auf Sanitätsbetriebsebene), sowie die Festlegung der Prioritäten und die Entwicklung der Maßnahmen nur durch Interaktion zwischen Nachfrage und Angebot der Dienste, zwischen Benutzer und Dienstleister gegeben sind.

Ziele der Studie

Allgemeine Ziele

Überwachung einiger Aspekte der Gesundheit der italienischen Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 69 Jahren im Verhältnis zu den spezifische Interventionsprogrammen (bereits aktiv oder in Realisierung) auf die hauptsächlichen Verhaltensrisikofaktoren und die Anwendungen von vorgesehenen Präventionsmaßnahmen.

Spezifische Ziele

1. *Sozio-demografische Eigenschaften*

- die sozio-demografischen Variablen der Studienbevölkerung beschreiben (Alter, Geschlecht, Schulausbildung, Staatsbürgerschaft, Familienstand) und eventuelle Zusammenhänge auch mit den erhobenen Risikofaktoren beurteilen

2. *Wahrnehmung des Gesundheitszustandes und der Lebensqualität*

- den empfundenen Gesundheitszustand der Teilnehmer aufgrund der durchschnittlichen Anzahl an Tagen in schlechtem Gesundheitszustand wegen körperlicher oder geistiger Probleme und der Anzahl an Tagen mit limitierter Ausübung der alltäglichen Tätigkeiten schätzen

3. *Körperliche Aktivität*

- den Anteil der Personen schätzen, die leichte und intensive körperliche Bewegung ausüben
- den Anteil der Bevölkerung schätzen, die den internationalen Empfehlungen über die körperliche Bewegung nachkommt
- die Risikogruppen ausfindig machen, die eine sitzende Lebensweise führen, um für diese Personen Präventionsmaßnahmen einzuführen
- den Anteil der Personen schätzen, die vom Sanitätspersonal individuelle Ratschläge über körperliche Bewegung erhalten haben

4. *Rauchgewohnheiten*

- die Prävalenz der Raucher, nicht Raucher und Ex-Raucher schätzen
- die Aufmerksamkeit des Sanitätspersonals bezüglich des Rauchproblems schätzen
- die Prävalenz der Raucher schätzen, denen von Seiten des Sanitätspersonals geraten wurde, mit dem Rauchen aufzuhören
- die häufigste Modalität beschreiben mit dem Rauchen aufzuhören
- die Einhaltung des Rauchverbots am Arbeitsplatz schätzen
- das Aussetzens dem Passivrauch im Haushalt schätzen
- die Auswirkung des Rauchverbotes in den öffentlichen Lokalen schätzen

5. *Ernährungsgewohnheiten*

- die angegebene Prävalenz von untergewichtigen, normalgewichtigen, übergewichtigen und fettleibigen Personen anhand des Body Mass Index schätzen
- den Prozentsatz der Bevölkerung schätzen, die von Seiten des Gesundheitspersonals Ratschläge über eine richtige Ernährung erhalten haben
- den Prozentsatz der Bevölkerung schätzen, die sich richtig ernährt (täglich Konsum von 5 Portionen Obst und Gemüse)

- den Prozentsatz der Bevölkerung schätzen, die von Seiten des Sanitätspersonals Ratschläge über ihr Körpergewicht erhalten hat und versucht hat, durch entsprechende Maßnahmen (Diät, körperliche Bewegung), das Körpergewicht zu halten oder an Körpergewicht zu verlieren

6. *Alkoholkonsum*

- den Prozentsatz von Alkohol Konsumenten schätzen, wobei zwischen moderaten und starken Konsumenten unterschieden wird
- die Häufigkeit von gefährdetem Konsum schätzen ("binge drinking" und Konsum außerhalb der Mahlzeiten)
- die Aufmerksamkeit des Sanitätspersonals bezüglich des Alkohol Konsums beurteilen
- die Prävalenz von gefährdeten oder starken Konsumenten schätzen, denen geraten wurde weniger Alkohol zu konsumieren

7. *Verkehrssicherheit*

- die Prävalenz von Personen schätzen, die die Sicherheitsvorkehrungen berücksichtigen (Gurt, Helm)
- den Prozentsatz von Personen schätzen, die angeben nach dem Konsum von Alkohol mit dem Auto gefahren zu sein
- den Prozentsatz von Personen schätzen, die nach dem Konsum von Alkohol andere mit dem Auto mitgenommen haben

8. *Impfungen im Erwachsenenalter*

- die Prävalenz von Frauen zwischen 18 und 45 Jahren schätzen, die gegen Röteln geimpft sind
- die Prävalenz von Frauen zwischen 18 und 45 Jahren schätzen, die den Rötelntest durchgeführt haben
- den Prozentsatz von Personen schätzen, die gegen Grippe geimpft sind und zur Risikogruppe gehören
- den Prozentsatz von Personen zwischen 18 und 69 Jahren schätzen, die gegen Grippe geimpft sind und zur Risikogruppe gehören

9. *Kardiovaskuläre Risikofaktoren*

- den Anteil der Bevölkerung schätzen, die den Blutdruck, das Cholesterin und den Blutzucker gemessen haben und wann die letzte Kontrolle war
- die Prävalenz von Personen schätzen, die angeben, an Hypertonie oder Hypercholesterin zu leiden und sich einer Behandlung unterziehen (Medikamente und andere Maßnahmen wie Gewichtsverlust und körperliche Bewegung)
- die Prävalenz der Bevölkerung schätzen, die angibt, mit ihrem Arzt das kardiovaskuläre Risiko aufgrund der kürzlich eingeführten Methode berechnet zu haben

10. *Onkologische Screening*

- die Prävalenz der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren schätzen, die mindestens eine Mammografie als Präventionsmaßnahme durchgeführt haben, die Regelmäßigkeit der Durchführung, ob die Mammografie Teil eines Screening Programms
- die Prävalenz der Frauen zwischen 25 und 65 Jahren schätzen, die mindestens einen Pap-Test als Präventionsmaßnahme durchgeführt haben, die Regelmäßigkeit der Durchführung, ob der Pap-Test Teil eines Screening Programms war
- die Prävalenz der Personen ≥ 50 Jahre, die den Test zur Feststellung von verstecktem Blut im Stuhl und/oder eine Rektoskopie oder eine Koloskopie durchgeführt haben, die Regelmäßigkeit der Durchführung, ob der Test Teil eines Screening Programms war

Methode

Studiendesign

Die Studie PASSI ist eine transversale punktuelle Prävalenzstudie. Die Daten wurden telefonisch anhand eines standardisierten Fragebogens erhoben.

Studienbevölkerung

Die Studienbevölkerung besteht aus Personen im Alter zwischen 18 und 69 Jahren. Es wurden alle in Südtirol wohnhaften Personen mit Telefonanschluss für die Studie berücksichtigt. Von der Studie ausgeschlossen wurden jene Personen, die während der Durchführung der Studie im Altersheim oder im Krankenhaus waren.

Auswahlverfahren

Für die Studie wurde ein einfaches zufälliges Auswahlverfahren verwendet, wobei zwei verschiedene Datenquellen herangezogen wurden. Eine Teilstichprobe von 307 Personen wurde auf der Grundlage des amtlichen Telefonbuches ausgewählt. Die Auswahl der Zielperson erfolgte durch ein zweistufiges Verfahren, indem im ersten Schritt der Haushalt und im zweiten die Person im Haushalt zufällig ausgewählt wurden. Die restlichen 302 Personen wurden aufgrund einer zufälligen Auslosung aus dem provinziellen Sanitätsregister festgelegt.

Das Ausmaß der Studienbevölkerung betrug daher 609 Befragte, proportional zur Anzahl der Bevölkerung in den einzelnen Sanitätsbetrieben und wurde aufgrund statistischer Standardmethoden und der Prävalenz einiger Hauptvariablen berechnet, um eine Schätzung von einer Genauigkeit von 10% zu garantieren, mit einem Konfidenzintervall von 95%.

Beide Stichproben wurden nach Zonen (größere Städte und restliche Provinz), Sanitätsbetrieben, Altersgruppen und Geschlecht gewichtet. Die Gewichtung der gesamten Studienbevölkerung ergab sich aus der Gewichtung der beiden Teilstichproben.

In manchen Regionen Italiens wurde die Auswahl der Teilnehmer auf einen Sanitätsbetrieb beschränkt ohne regionaler Studienbevölkerung. Insgesamt hatten schlussendlich 123 Sanitätsbetriebe (von allen Regionen Italiens stammend) auf nationaler Ebene an der Studie teilgenommen und es wurden ca. 16.000 Telefoninterviews durchgeführt.

Interviews

Die ausgewählten Personen wurden mittels persönlichem Brief informiert, ebenso die Ärztekammer.

Die gesammelten Daten sind Informationen die die ausgewählte Person selbst erklärt hat und es wurden keine Messungen von Seiten des Gesundheitspersonals durchgeführt.

Die Interviews wurden vom Personal der Firma Apollis – Sozialforschung und Demoskopie – geführt. Die telefonischen Interviews dauerten im Durchschnitt 20-25 Minuten.

Für die Interviewer, die für die Erhebung der Fragebögen verantwortlich waren, wurde eine Fortbildungsveranstaltung organisiert. Während der Veranstaltung wurden folgende Themen besprochen: die Art der Kontaktaufnahme, die Einhaltung der Privacy, die Methode des telefonischen Interviews und die telefonische Erhebung des Fragebogens mit Hilfe der erstellten Richtlinien.

Analyse der Daten

Die Eingabe und Analyse der Daten wurde anhand des Software EPI Info, Version 3.3. durchgeführt. Die Analyse wurde auf regionaler/provinzieller Ebene, Sanitätsbetriebsebene und nationaler Ebene durchgeführt. Die nationalen Daten wurden aggregiert und nicht gewichtet.

Für die Erleichterung der Verständlichkeit des Berichtes wurden die Ergebnisse größtenteils in Form von Prozentsatz und Anzahl angegeben. Nur für die primären Variablen wurden die punktuelle Schätzungen und das Konfidenz Intervall berechnet.

Ethik und Privacy

Aufgrund der derzeitigen gesetzlichen Regelungen war es nicht notwendig die Studie dem Garanten für Privacy zu melden. Es wurde die Begutachtung und Genehmigung von Seiten der Ethikkommission der Obersten Gesundheitsbehörde eingeholt.

Die für das Interview ausgewählten Personen wurden mittels eines Briefes über die Ziele, die Methode zum Schutze der Privacy und Vertraulichkeit und die Vorgangsweise zur Realisierung der Studie informiert. Die Interviewer haben die ausgewählten Personen persönlich telefonisch kontaktiert, um ihnen die Ziele und Methoden der Studie zu erklären und ihnen die Vertraulichkeit der gesammelten Daten zu garantieren. Vor der Datenerhebung hat der Interviewer dem Befragten nochmals die Ziele, Vor- und Nachteile der Studie erklärt und ihn über die Maßnahmen zur Bewahrung der Privacy informiert.

Die Daten wurden während des Interviews direkt im Computer eingegeben, mit Ausnahme der demografischen Daten. In der Datenbank ist es nicht möglich aufgrund der vorhandenen Daten auf die Person zu schließen.

Vergleich der beiden Auswahlverfahren

Für die Auswahl der Studienteilnehmer wurden zwei verschiedene Methoden verwendet, um zu evaluieren, ob das relativ aufwändige Auswahlverfahren, das für die Studie vorgesehen war, nicht durch ein einfacheres ersetzt werden kann.

Die Stichprobenziehung der zwei Methoden lief folgendermaßen ab:

- Ziehung einer randomisierten Stichprobe von 302 Teilnehmern aus dem provinziellen Sanitätsregister (laut Studienprotokoll)
- zweistufige Ziehung von 307 Teilnehmern aus dem amtlichen Telefonbuch.

In erster Linie wurde die Verfügbarkeit der demografischen Daten, die für das Auswahlverfahren laut Studienprotokoll notwendig waren, überprüft, und in der Folge um die Frage, wie man die Telefonnummern der Probanden auffindig machen sollte, da sie im Sanitätsregister und im amtlichen Melderegister nicht vorhanden waren. Die vom Istituto Superiore di Sanità vorgesehene Methode verlief auf drei Stufen:

- Suche der Telefonnummern der gezogenen Personen im amtlichen Telefonbuch
- im Falle negativen Ergebnisses, Einholung weiterer Informationen zur gezogenen Person im amtlichen Melderegister, insbesondere andere Familiennamen im Haushalt
- Suche des Telefonanschlusses im amtlichen Telefonbuch
- im Falle negativen Ergebnisses, Recherche der Telefonnummer beim zuständigen Basisarzt. An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass dieser dritte Schritt entfallen musste, weil es sich herausgestellt hat, dass die Basisärzte die Telefonnummern ihrer Patienten/innen nicht hatten bzw. nicht weitergeben wollten.

Bei der zweiten Methode erfolgte die Auswahl der Zielperson durch ein zweistufiges Verfahren, indem im ersten Schritt der Haushalt und im zweiten Schritt die Person im Haushalt zufällig ausgewählt wurden. Dieses Verfahren garantiert eine gute Stichprobenqualität, weil auch schwer erreichbare Personengruppen befragt werden.

Bezüglich der Ausschöpfung unterschieden sich die zwei Stichproben nicht. Bis auf den methodenimmanenten Aspekt, dass durch die Ziehung der Probanden aus dem Telefonbuch keine a-priori Auswahl nach Alter möglich ist und damit eine Kategorie von Haushalten anfällt, in denen niemand in der Zielgruppe wohnt, zeigen sich sehr ähnliche Ausschöpfungszahlen, sodass gesagt werden kann, dass sich die Erreichbarkeit und die response-rate der Probanden in den zwei unterschiedlichen Stichproben nicht unterscheiden.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Auswahl der Adressen aus dem Sanitätsregister und die nachfolgende Recherche der Telefonnummern naturgemäß aufwändiger ist als eine direkte Ziehung von Haushaltsanschlüssen, aber dass sich der Aufwand in Grenzen hält.

Die Verteilung nach Geschlecht zeigt insbesondere in der Stichprobe aus dem Sanitätsregister einen deutlichen Männerhang. Dafür ist die Recherche der Telefonnummern nach den Adressen aus den Stichproben verantwortlich, bei der Männer leichter auffindbar sind als Frauen, da die Telefonanschlüsse meist auf sie eingetragen sind.

Insbesondere in der Altersverteilung kann man bei beiden Stichproben eine unterproportionale Repräsentativität der Altersgruppe zwischen 25 und 29 Jahren feststellen, während die über 64 Jährigen überdurchschnittlich Eingang in die realisierte Stichprobe gefunden haben. Für die Abweichung sind wiederum die Auffindbarkeit und Erreichbarkeit der verschiedenen Personengruppen verantwortlich. Die 25 bis 29 Jährigen sind dabei als sehr mobil, viel beschäftigt und häufig allein lebende Gruppe besonders schwer erreichbar.

Beide Methoden haben Vor- und Nachteile. Eine Ziehung der Teilnehmer anhand des amtlichen Telefonbuchs hat den Vorteil, dass nach der Ermittlung der Telefonnummer des Zielhaushaltes mit der zweiten Auswahlstufe es noch Steuerungsmöglichkeiten gibt, um die letztendliche ausgeschöpfte Stichprobe der anvisierten Grundgesamtheit anzupassen. Dieser zweite Schritt ist allerdings auch dringend notwendig, denn der Nachteil dieser Methode besteht darin, beim Abdecken seltener und telefonisch unterrepräsentierter Bevölkerungsgruppen auf Zufallstreffer angewiesen zu sein. Diese Zufallstreffer bieten einen repräsentativeren Ausschnitt der Zielgruppe als ein zielgerichtetes, aber immer nur teilweise erfolgreiches und meist systematisch verzerrtes Suchen nach namentlich bekannten Haushalten. Die Stichprobe auf Basis des Sanitätsregisters geht zwar von einer nahezu perfekten Personenstichprobe aus, aber der Prozess der Telefonnummernrecherche führt zu deutlichen systematischen Verzerrungen.

Ingesamt weisen die Stichproben kaum inhaltliche Unterschiede auf. Statistisch gesehen entsprechen beide Stichproben der Gesamtbevölkerung Südtirols.

Beschreibung der Studienbevölkerung

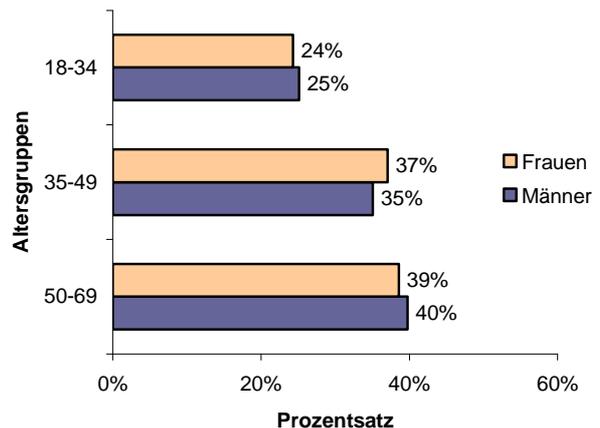
In Südtirol besteht die Studienbevölkerung aus 609 befragten Personen im Alter zwischen 18 und 69 Jahren. Für die Auswahl der Teilnehmer wurden zwei verschiedene Verfahren verwendet, wobei 302 Teilnehmer aus dem provinziellen Sanitätsregister zufällig ausgewählt wurden und die restlichen 307 Personen auf der Grundlage des amtlichen Telefonbuchs.

Alle 609 Interviews wurden von den Mitarbeitern der Firma Apollis, Sozialforschung und Demoskopie, durchgeführt: es wurden 391 primär ausgewählte Personen interviewt und 218 Personen mussten ersetzt werden (36%). Grund für das Ersetzen der primär ausgewählten Person war Großteils die Unauffindbarkeit der Telefonnummern oder eine Wohnsitz Änderung; nur 7% der primär Ausgewählten hatten die Teilnahme an der Studie verweigert. In der gesamten nationalen Studienbevölkerung hatten 84% der primär ausgewählten Personen an der Studie teilgenommen und 6% verweigerten die Teilnahme.

1. Alter und Geschlecht

- In Südtirol waren 44% der Teilnehmer Frauen.
- Fünfundzwanzig Prozent der Befragten gehörten der Altersgruppe 18-34 Jahren an, 36% zu den 35-49 Jährigen und 39% zu den 50-69 Jährigen.
- Wie bereits aus den Daten hervorgeht, repräsentiert die Studienbevölkerung die Gesamtbevölkerung sowie die Bevölkerung der einzelnen Sanitätsbetriebe in Bezug auf Alter und Geschlecht sehr gut.

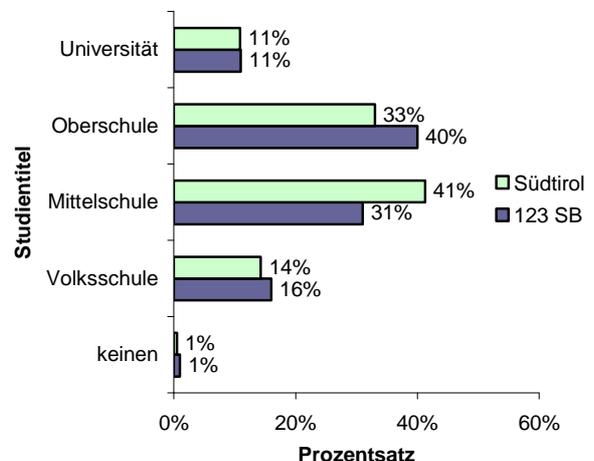
Alters- und Geschlechtsverteilung der Studienbevölkerung in Südtirol, PASSI 2005



2. Studientitel

- In Südtirol gab 1% der Studienteilnehmer an, keine Schulausbildung vorweisen zu können, 11% hatten einen Volksschulabschluss, 42% einen Mittelschulabschluss, 35% einen Oberschulabschluss und 11% hatten ein Universitätsstudium abgeschlossen.
- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetriebe auf nationaler Ebene war die Verteilung der Studientitel ähnlich wie auf provinzieller Ebene.

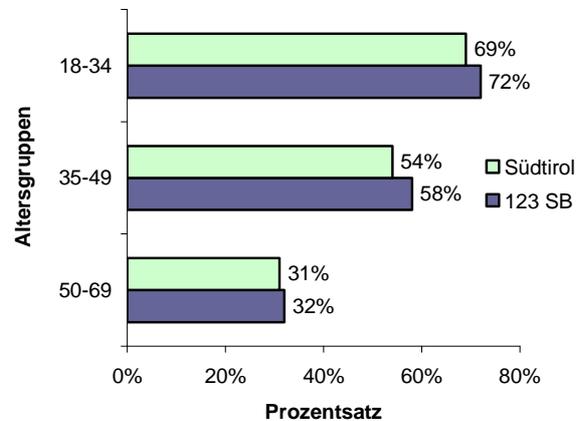
Studientitel der Studienbevölkerung in Südtirol und Italien, PASSI 2005



3. Grad der Schulausbildung

- In Südtirol gaben 48% der Befragten an, eine hohe Schulausbildung absolviert zu haben (Oberschul- oder Universitätsabschluss); dieses Niveau der Schulausbildung war vor allem in den jüngeren Altersgruppen und insbesondere bei den 18 bis 34 Jährigen gegeben.
- Auf nationaler Ebene gaben 51% der Teilnehmer der 123 Sanitätsbetriebe an, eine hohe Schulausbildung zu besitzen; das Niveau der Schulausbildung in den verschiedenen Altersgruppen war mit jenem in Südtirol gleich.

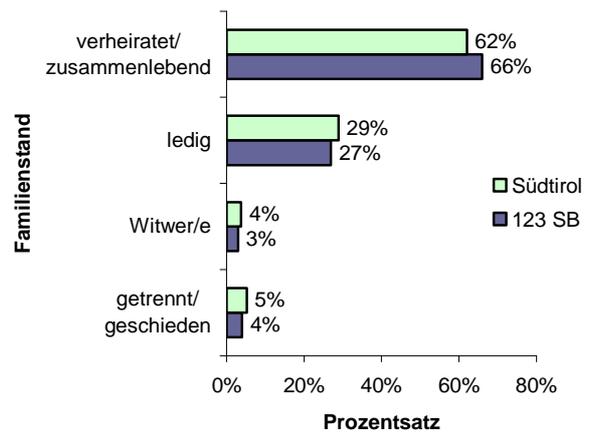
Grad der Schulausbildung nach Alter in Südtirol und Italien, PASSI 2005



4. Familienstand

- In Südtirol berichteten 62% der Teilnehmer verheiratet/zusammenlebend zu sein, 29% waren ledig, 4% waren Witwer/en und 5% getrennt/geschieden.
- Der Familienstand war in Südtirol ähnlich verteilt wie auf nationaler Ebene in den 123 an der Studie teilnehmenden Sanitätsbetrieben.

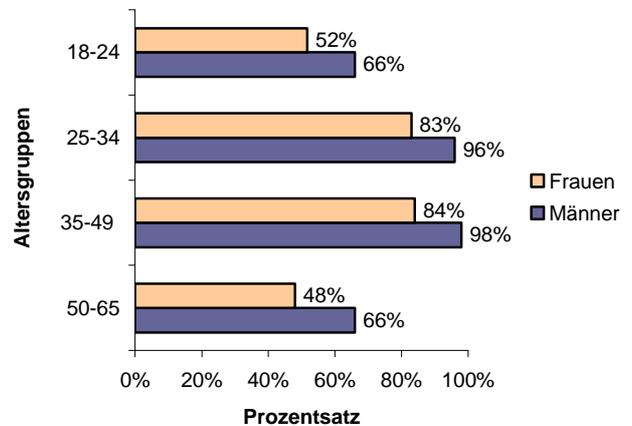
Familienstand in Südtirol und Italien, PASSI 2005



5. Berufstätigkeit

- In Südtirol gaben 77% der Studienteilnehmer zwischen 18 und 65 Jahren an, berufstätig zu sein.
- Frauen waren insgesamt seltener berufstätig als Männer (83% vs. 69%); bei den jungen Teilnehmern konnte ein niedriger Prozentsatz an Berufstätigen festgestellt werden.
- Auf nationaler Ebene gaben 74% der männlichen Teilnehmer und 51% der weiblichen Teilnehmer der 123 teilnehmenden Sanitätbetriebe an berufstätig zu sein.

Berufstätigkeit nach Alter und Geschlecht in Südtirol, PASSI 2005



Kommentare und Empfehlungen

Wie aus den Daten hervorgeht, repräsentiert die Studienbevölkerung die im provinziellen Sanitätsregister gemeldete Bevölkerung sehr gut und daher können die Ergebnisse der Studie auf die Gesamtbevölkerung Südtirols bezogen werden. Die Altersunterschiede in der Schulausbildung bieten die Möglichkeit verschiedene Kommunikationsstrategien anzuwenden, um den prioritären Gesundheitsproblemen entgegenzutreten. Der niedere Prozentsatz an Berufstätigen in der jungen Altersgruppe stellt in Südtirol ein sozio-ökonomisches Problem dar.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

Das Verhältnis zwischen Gesundheit und empfundene Lebensqualität wurde bereits in den 80-er Jahren anhand von Studien untersucht, die gezeigt haben, dass der individuell wahrgenommene Gesundheitszustand eng in Zusammenhang mit den allgemeinen objektiven Gesundheitsindikatoren wie die Sterblichkeit und die Erkrankung steht. Der wahrgenommene Gesundheitszustand und die häufigsten chronischen Erkrankungen sowie deren Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, das Rauchen, geringe körperliche Bewegung) stehen in Korrelation. Die wahrgenommene Gesundheit wurde durch die Berechnung der "Tage in Gesundheit" beurteilt, indem folgende vier Fragen über die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens gestellt wurden: der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand, die monatliche Anzahl an Tagen in schlechtem körperlichen Zustand, die Anzahl der Tage in schlechtem geistigen Zustand und die Anzahl an Tagen mit Einschränkung der alltäglichen Tätigkeiten aufgrund von körperlichen oder geistigen Problemen.

Wie viele Studienteilnehmer haben eine positive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes?

- In Südtirol beurteilten 81% der Befragten den eigenen Gesundheitszustand als positiv (gut oder sehr gut).
- Den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut hatten insbesondere
 - Personen der Altersgruppe der 18-34 Jährigen
 - Männer
 - Personen mit hoher Schul-ausbildung*
 - Personen ohne schwerer Pathologie
 beurteilt.
- In den 123 auf nationaler Ebene teilnehmenden Sanitätsbetriebe beurteilten 64% der befragten Personen den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut; die jüngste Altersgruppe, Männer, Personen mit höherer Schulausbildung und jene ohne schweren Pathologie waren generell zufriedener mit der eigenen Gesundheit.

Positive Wahrnehmung des Gesundheitszustandes
Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	%
Gesamt	81,4 (IC95%: 78,1-84,4)
Alter in Jahren	
18 - 34	93,4
35 - 49	85,4
50 - 69	70,6
Geschlecht	
Männer	82,7
Frauen	79,8
Schul-ausbildung*	
niedere	76,8
hohe	86,4
schwere Pathologie**	
ja	59,7
nein	86,7

* niedere Schulausbildung: keinen Studientitel, Volks- oder Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

** mindestens eine der folgenden Pathologien: Iktus, Herzinfarkt, andere kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, Atemwegserkrankungen

Wie viele Tage in schlechtem Gesundheitszustand wurden in einem Monat wahrgenommen?

- In Südtirol gaben die Befragten im Durchschnitt ca. 2,5 Tage im Monat an, an denen sie sich aufgrund körperlicher oder geistiger Probleme nicht wohl fühlten; die alltäglichen Aktivitäten konnten ca. 1 Tag im Monat nur limitiert ausgeübt werden.
- Die Anzahl der Tage in schlechtem Gesundheitszustand aufgrund körperlicher Probleme war in der Altersgruppe der 50-69 Jährigen am größten. Ebenso hatte dieselbe Altersgruppe die größte Anzahl an Tagen mit begrenzter Ausübung der alltäglichen Aktivitäten angegeben.
- Frauen beklagten eine größere Anzahl an Tagen in schlechtem Gesundheitszustand als Männer.

Wahrgenommene Tage in schlechtem Gesundheitszustand
Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	Anzahl Tage/Monat		
	körperlich	geistig	begrenzte Tätigkeit
Gesamt	3,2	2,4	1,2
Alter in Jahren			
18 - 34	1,9	2,7	0,8
35 - 49	2,0	2,5	0,5
50 - 69	5,4	2,1	2,1
Geschlecht			
Männer	2,2	1,2	0,9
Frauen	4,5	3,8	1,5

- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben ergab sich ein Durchschnitt von 3,3 Tagen im Monat in schlechter körperlicher Verfassung, 3,2 Tage im Monat in schlechter psychologischer Verfassung und 1,6 Tage im Monat konnten die alltäglichen Aktivitäten nicht durchgeführt werden. Ebenso gaben die älteren Altersgruppen und die Frauen mehr Tage in schlechtem Gesundheitszustand an und konnten an einer größeren Anzahl an Tagen die alltäglichen Aktivitäten nicht ausüben.

Kommentare und Empfehlungen

Die Analyse der Daten bezüglich des wahrgenommenen Gesundheitszustandes auf Landesebene ist kohärent mit jenen der Studie Multiscopo 1999-2000 und unterstreicht nochmals die Korrelation mit Alter, Geschlecht und Schulausbildung. Die Berechnung der durchschnittlichen Tage in schlechtem Gesundheitszustand oder mit Einschränkung der alltäglichen Tätigkeiten nach Alter oder Geschlecht, bestätigt, dass vor allem ältere Personen und Frauen eine erhöhte negative Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes haben. Die Erhebung der Daten bezüglich der Lebensqualität stellt eine nützliche Datenbank dar, um Präventionsmaßnahmen für die öffentliche Gesundheit festzulegen, umzusetzen und zu evaluieren, insbesondere auf Landesebene bzw. Sanitätsbetriebsebene, wo diese Daten häufig fehlen.

Körperliche Aktivität

Eine körperlich inaktive Lebensweise ist die Ursache für 1,9 Millionen Todesfälle weltweit im Jahr und in Kombination mit einer schlechten Ernährung ist sie derzeit für die ansteigende Zahl an übergewichtigen Personen verantwortlich.

Eine moderate und regelmäßige körperliche Aktivität spielt eine wichtige Rolle für die Lebenserwartung: man schätzt nämlich, dass sie die Sterblichkeit aller Erkrankungen um ca. 10% senkt. Aktive Personen haben ein reduziertes Risiko an kardiovaskulären Erkrankungen, ischämischen Iktus, Diabetes Typ 2, Kolonkrebs, Osteoporose, Depression und Folgeschäden aufgrund von Stürzen zu leiden.

In der Zwischenzeit hat man sich über das Ausmaß der zu empfehlenden körperlichen Aktivität geeinigt: 30 Minuten moderate Aktivität für mindestens 5 Mal die Woche oder 20 Minuten intensive Aktivität für mindestens 3 Mal die Woche.

Die Ratschläge der Ärzte bezüglich körperlicher Aktivität haben sich für die allgemeine Bevölkerung und für Risikogruppen als nützlich gezeigt (zusammen mit anderen Maßnahmen).

Wie viele körperlich inaktive und wie viele körperlich aktive Personen wurden interviewt?

- In Südtirol gaben 65% der Befragten an, eine körperlich anstrengende Arbeit zu verrichten oder die Empfehlungen bezüglich der körperlichen Aktivität zu befolgen; 30% verrichteten keine körperlich anstrengende Arbeit und übten weniger körperliche Aktivität wie empfohlen aus und 5% führten eine körperlich inaktive Lebensweise.
- Körperlich inaktiv waren vor allem die jüngste Altersgruppe, die Frauen und Personen mit einer niederen Schulausbildung.
- Von den Teilnehmern der 123 Sanitätsbetriebe auf nationaler Ebene übten 19% körperliche Aktivitäten wie empfohlen aus oder verrichteten eine körperlich anstrengende Arbeit, 58% übten weniger körperliche Aktivität wie empfohlen aus und 23% führt eine körperlich inaktive Lebensweise.

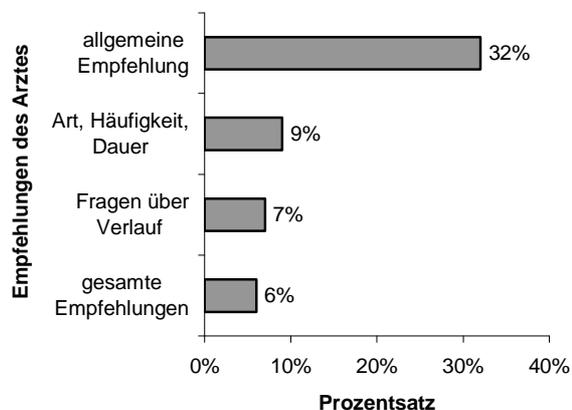
Körperlich inaktive Lebensweise Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	Körperlich inaktive Personen* (%)
Gesamt	5,3 (IC95%:3,7-7,4)
Alter in Jahren	
18 - 34	7,9
35 - 49	3,2
50 - 69	5,4
Geschlecht	
Männer	4,4
Frauen	6,4
Schulausbildung**	
niedere	5,4
hohe	5,1

* Ausübung von weniger als 10 Minuten körperlicher Aktivität die Woche und keine körperlich anstrengende Arbeit
 ** niedere Schulausbildung: keinen Studientitel, Volks- oder Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Wurde den Patienten von Seiten des Gesundheitspersonals körperliche Aktivität empfohlen?

- In Südtirol bestätigten 33% der Befragten, dass sich der Arzt über das Ausmaß der ausgeübten körperlichen Aktivität informiert hatte. In 32% der gesamten Südtiroler Teilnehmer wurde empfohlen regelmäßig körperliche Aktivität auszuüben.
- Nur 9% (und 29% von denjenigen, die die Empfehlung erhalten hatten, körperliche Aktivität auszuüben) hatten detaillierte Informationen über die Art, die Häufigkeit und die Dauer der auszuübenden körperlichen Aktivität erhalten und 7% (bzw. 49% von denjenigen, die die Empfehlung erhalten hatten, körperliche Aktivität auszuüben) wurden anlässlich der darauf folgenden Visite über den Verlauf der empfohlenen körperlichen Aktivität befragt.
- Insgesamt nur 6% (bzw. 18% von denjenigen, die die Empfehlung erhalten hatten, körperliche Aktivität auszuüben) wurde körperliche Aktivität empfohlen, sowie detaillierte Informationen gegeben und Fragen über den Verlauf der empfohlenen Aktivität gestellt.

Körperliche Aktivität und Empfehlungen des Arztes*, Südtirol PASSI 2005



* für jede Kategorie wurde die gesamte Südtiroler Studienbevölkerung berücksichtigt (n=609)

- Auf nationaler Ebene gaben 38% der Teilnehmer der 123 Sanitätsbetriebe an, dass ihnen Fragen über körperliche Aktivität seitens des Gesundheitspersonals gestellt wurden, in 40% wurde körperliche Aktivität empfohlen, 11% hatten genaue Informationen über die Art, die Häufigkeit und die Dauer der empfohlenen Aktivität erhalten und in 10% der Fälle wurde anlässlich der darauf folgenden Visite der Verlauf der empfohlenen Aktivität überprüft. Nur 7% der Teilnehmer hatten die vollständigen Empfehlungen erhalten.

Kommentare und Empfehlungen

Man schätzt, dass ca. 5% der Südtiroler Bevölkerung eine körperlich inaktive Lebensweise führen und 30% sich nicht ausreichend körperlich betätigen; auch wenn der Prozentsatz an Personen, die keine körperliche Aktivität ausüben geringer scheint im Vergleich zur nationalen Studienbevölkerung, ist es trotzdem notwendig die Wichtigkeit der körperlichen Aktivität weiterhin zu fördern.

In nur einem Drittel der Fälle informieren und beraten die Ärzte ihre Patienten allgemein über körperliche Aktivität, während der Prozentsatz der Ärzte, die detaillierte Ratschläge geben, noch wesentlich geringfügiger ist (9%).

Trotzdem ist das Einwirken des Arztes nicht genug, sondern gemeinsame Maßnahmen müssen vom Gesundheitswesen und anderen Verantwortlichen gefördert und unterstützt werden (Ernährungsexperten, Kurse zur körperlichen Aktivität, usw.).

Rauchgewohnheit

Das Rauchen von Zigaretten ist eines der primären Risikofaktoren für verschiedene chronisch-degenerative Krankheiten (insbesondere was die Atemwege und den kardiovaskulären Apparat betrifft) und der häufigste vermeidbare Risikofaktor für einen frühzeitigen Tod.

Die Rauchgewohnheit hat sich in den letzten 40 Jahren sehr verändert: der hohe Prozentsatz an männlichen Rauchern ist in den letzten Jahren zurückgegangen, während die Anzahl der rauchenden Frauen angestiegen ist und die Werte beider Geschlechter in der Zwischenzeit vergleichbar sind; außerdem ist der Prozentsatz an rauchenden Jugendlichen im Ansteigen.

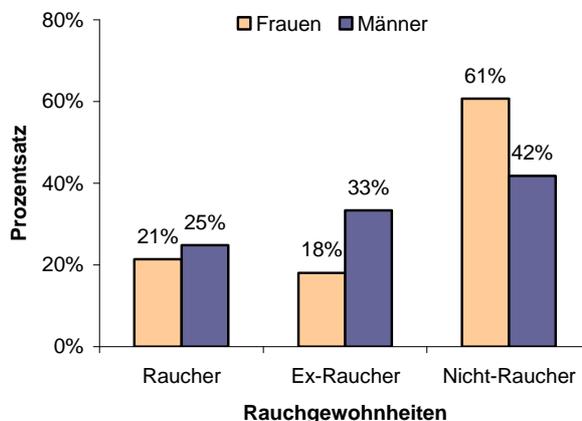
Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, wie das Einstellen des Rauchens das Risiko eines Herzinfarktes bereits nach einem Jahr um die Hälfte reduziert; nach 15 Jahren ist das Risiko gleich mit dem eines Nicht-Rauchers. Raucher, die vor ihrem 50. Lebensjahr mit dem Rauchen aufhören, reduzieren das eigene Risiko in den darauf folgenden 15 Jahren zu sterben, um die Hälfte im Vergleich zu den Rauchern.

Die Ärzte und das Gesundheitspersonal sind für das Informieren der Patienten über die Risiken des Rauchens verantwortlich; ein erster Schritt ist ein Gespräch mit dem Patienten zu führen und ihn über die Vorteile, wenn man mit dem Rauchen aufhört, zu überzeugen. Neben den Auswirkungen des Rauchens auf den Raucher selbst, wurde bereits die Korrelation zwischen Passivrauchen und einigen Erkrankungen dokumentiert. Das kürzliche Einführen des Rauchverbots in den öffentlichen Lokalen ist ein eindeutiges Zeichen, dass auf die Probleme des Rauchens Aufmerksamkeit geweckt werden möchte.

Wie sind die Rauchgewohnheiten verteilt?

- In Südtirol gaben 23% der Studienteilnehmer an Raucher zu sein, 27% waren Ex-Raucher und 50% Nicht-Raucher.
- Der Prozentsatz an Rauchern war bei Männern höher als bei Frauen (25% vs. 21%); bei den Nicht-Rauchern waren Frauen stärker vertreten (61% vs. 42%).
- Bei den 123 auf nationaler Ebene teilnehmenden Sanitätsbetriebe waren 26% der Befragten Raucher, 20% Ex-Raucher und 54% Nicht-Raucher.

Rauchgewohnheiten, Südtirol PASSI 2005



*Raucher: 100 Zigaretten im Leben geraucht und derzeit täglich oder an manchen Tagen Raucher

**Ex-Raucher: mehr als 100 Zigaretten im Leben geraucht und seit mindestens 6 Monaten Nicht-Raucher

***Nicht-Raucher: weniger als 100 Zigaretten im Leben geraucht und derzeit Nicht-Raucher

Was sind die Eigenschaften der Raucher?

- Es wurden etwas höhere Prozentsätze an Rauchern bei der jungen Altersgruppe, bei den Männern und bei Personen mit niedriger Schulausbildung beobachtet.
- Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer mit 18 Jahren mit dem Rauchen begonnen.
- Im Durchschnitt werden ca. 12 Zigaretten am Tag geraucht.
- Bei den Teilnehmern der 123 Sanitätsbetriebe auf nationaler Ebene waren die Prozentsätze der Raucher etwas höher bei der jungen Altersgruppe und den Männern; es konnten keine Unterschiede in der Schulausbildung festgestellt werden. Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer mit 18 Jahren mit dem Rauchen begonnen und es wurden durchschnittlich 14 Zigaretten am Tag geraucht.

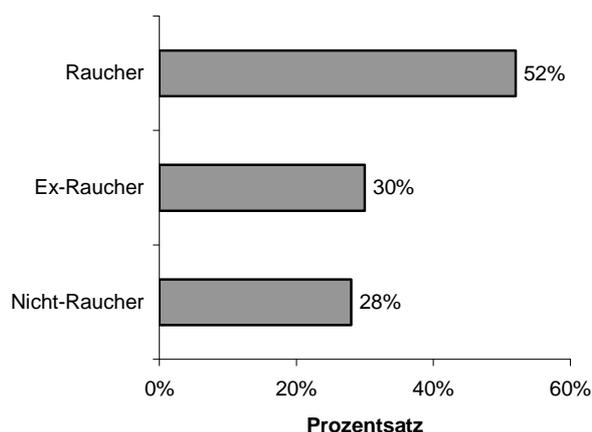
Raucher Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	% Raucher*
Gesamt	23,3 (IC95%:20,1-26,9)
Alter in Jahren	
18 - 24	37,5
25 - 34	33,3
35 - 49	23,3
50 - 69	15,9
Geschlecht	
Männer	24,9
Frauen	21,3
Schulausbildung**	
niedere	23,9
hohe	22,7

* Raucher: 100 Zigaretten im Leben geraucht und derzeit täglich oder an manchen Tagen geraucht
 ** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Wie vielen Personen wurden Fragen über ihre Rauchgewohnheit von Seiten des Gesundheitspersonals gestellt?

- In Südtirol hatte sich ca. ein Drittel des Gesundheitspersonals (34%) über die Rauchgewohnheiten ihrer Patienten informiert.
- Zirka die Hälfte der Raucher (52%), 30% der Ex-Raucher und 28% der Nicht-Raucher gaben an, vom Gesundheitspersonal über die eigenen Rauchgewohnheiten befragt worden zu sein.

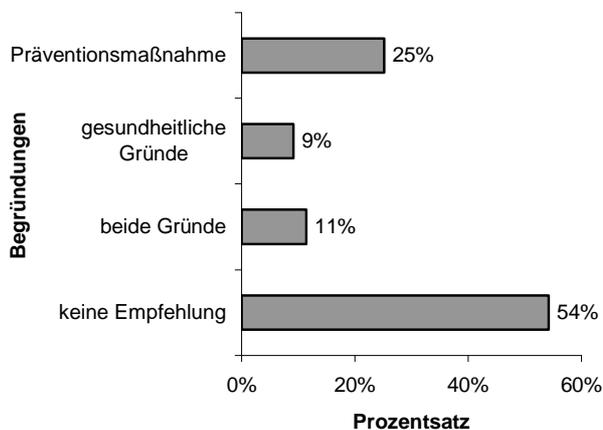
Fragen des Gesundheitspersonals bezüglich Rauchgewohnheit, Südtirol PASSI 2005



Wie vielen Rauchern wurde empfohlen mit dem Rauchen aufzuhören? Und warum?

- In Südtirol hatten 46% der Raucher die Empfehlung von Seiten des Gesundheitspersonals erhalten, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Diese Empfehlung wurde hauptsächlich aufgrund von Präventionsmaßnahmen gegeben (25%).
- Immerhin 54% der Raucher gaben an, keine Empfehlungen des Gesundheitspersonals erhalten zu haben.

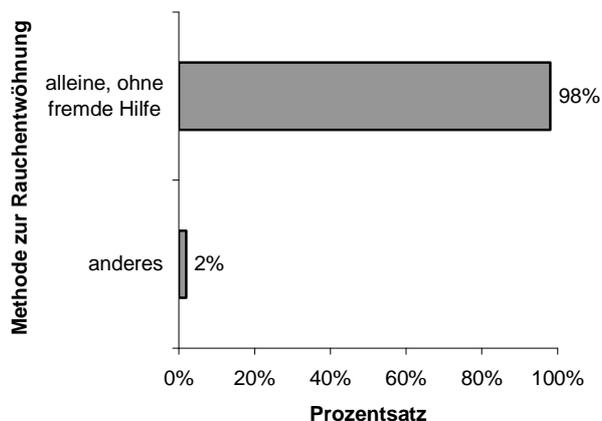
Empfehlung und Begründung des Gesundheitspersonals mit dem Rauchen aufzuhören, Südtirol PASSI 2005



Wie haben die Ex-Raucher mit dem Rauchen aufgehört?

- In Südtirol hatten 98% der Ex-Raucher alleine ohne fremde Hilfe mit dem Rauchen aufgehört; keiner der Ex-Raucher hatte die Hilfe des Gesundheitspersonals in Anspruch genommen.
- Auch in den auf nationaler Ebene teilnehmenden 123 Sanitätsbetriebe wurde die Tendenz der Raucher, alleine das Problem zu bewältigen, bestätigt.

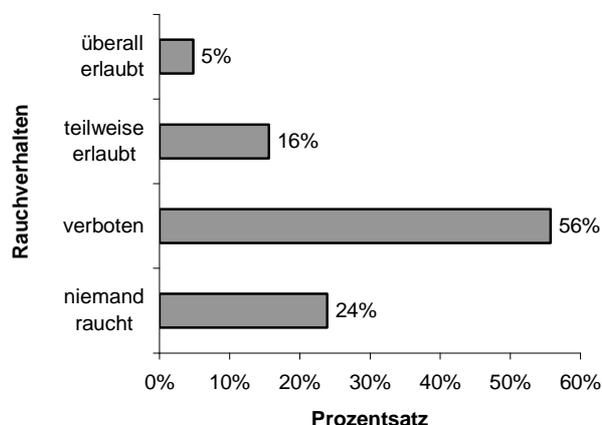
Methoden zur Rauchentwöhnung der Ex-Raucher, Südtirol PASSI 2005



Wie sieht das Rauchverhalten im Haushalt aus?

- Bei den Südtiroler Teilnehmern wurde in 80% der Fälle im Haus nicht geraucht (56% verboten; 24% keiner raucht); in den restlichen 20% der Fälle war das Rauchen in einigen Zimmern oder überall erlaubt.

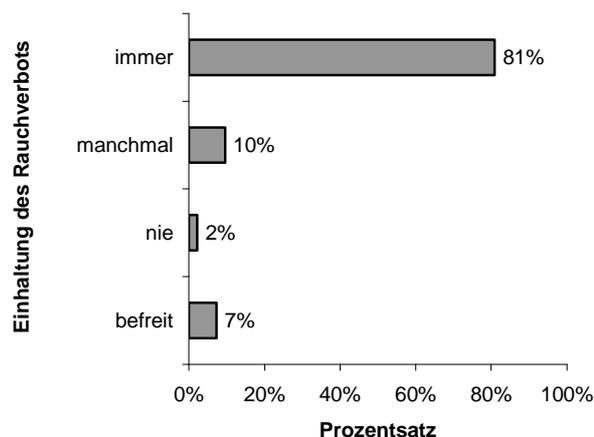
Rauchverhalten im Haus, Südtirol PASSI 2005



Wie sieht das Rauchverhalten am Arbeitsplatz aus?

- Von den berufstätigen Personen gaben 81% an, dass das Rauchverbot am Arbeitsplatz immer eingehalten werde.

Einhaltung des Rauchverbots am Arbeitsplatz*, Südtirol PASSI 2005



* alle berufstätigen Studienteilnehmer (n=317)

Kommentare und Empfehlungen

Die Prävalenz der Raucher in Südtirol war geringer als auf nationaler Ebene.

Große Sorgen bereitet die hohe Prävalenz der Raucher bei der jungen Bevölkerung, insbesondere bei den 25-34 Jährigen, wo 3 von 10 Personen angegeben hatten Raucher zu sein.

Etwas weniger als die Hälfte der Raucher hatte von Seiten des Gesundheitspersonals die Empfehlung erhalten, mit dem Rauchen aufzuhören, was eine akzeptable Aufmerksamkeit des Gesundheitspersonals in Bezug auf dieses Problem unterstreicht. Keiner der Raucher hatte mit Hilfe von Medikamenten, Selbsthilfegruppen oder des Gesundheitspersonals mit dem Rauchen aufgehört. Es scheint somit notwendig, das Verhältnis zwischen Gesundheitspersonal und Patienten zu stärken, um die Inanspruchnahme der bereits vorhandenen Initiativen zur Rauchentwöhnung zu unterstützen.

Trotz der Einführung des Rauchverbotes in öffentlichen Lokalen, um dem Passivrauch vorzuzorgen, sollte vermehrt Aufmerksamkeit den Rauchgewohnheiten im Haus und am Arbeitsplatz geschenkt werden.

Ernährungsgewohnheiten

Eine übermäßige Nahrungsaufnahme und eine unausgewogene Diät sind insbesondere in den Industrieländern sehr verbreitete Erkrankungs- und Todesursachen. Krankheiten, bei denen eine Diät eine wichtige Rolle spielt, sind iskemische Kardiopathie, einige Arten von Neoplasie, Iktus, Bluthochdruck, Übergewicht und nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus.

Einigen Nahrungsmitteln wurde eine schützende Wirkung gegenüber einiger Krankheiten anerkannt: die schützende Wirkung von Obst und Gemüse in hohen Konzentrationen gegenüber der Neoplasie wurde bereits bestätigt. Aus diesem Grund wird ein täglicher Obst- und Gemüsekonsum empfohlen: die internationalen Empfehlungen sehen den Konsum von mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag vor ("5 a day").

Wie viele Studienteilnehmer essen 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag?

- In Südtirol gaben 92% der Studienteilnehmer an, mindestens einmal am Tag Obst und Gemüse zu essen.
- Nur 12% hielt sich an die Empfehlung 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu konsumieren.
- Diese Ernährungsgewohnheit hatten sich vor allem Studienteilnehmer über 49 Jahre, Frauen und Personen mit niedriger Schulausbildung angeeignet.
- Auf nationaler Ebene gaben 13% der Teilnehmer der 123 Sanitätsbetriebe an, sich laut dem "5 a day" zu ernähren; der Unterschied zwischen Männern und Frauen war statistisch signifikant.

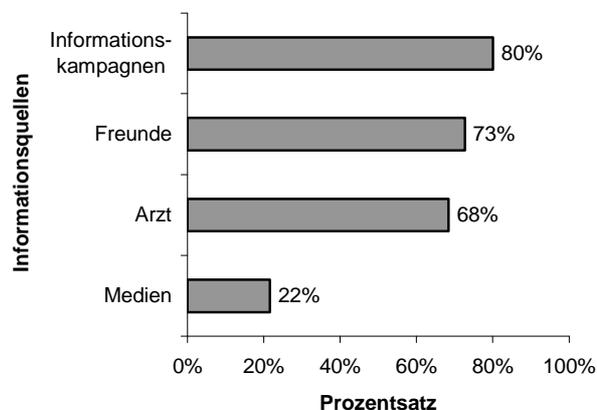
Ernährungsgewohnheiten	
Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	Einhaltung des "5 a day" ^{**} (%)
Gesamt	11,5 (IC95% 9,1-14,4)
Alter in Jahren	
18 - 34	7,3
35 - 49	10,5
50 - 69	15,1
Geschlecht [^]	
Männer	7,6
Frauen	16,5
Schulausbildung ^{**}	
niedere	13,1
hohe	9,8

^{*} 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag
^{**} niedere Schulausbildung: keinen Studientitel, Volks- oder Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule
[^] statistisch signifikanter Unterschied (p=0,0004)

Wie viele wissen über "5 a day" Bescheid? Wer hat sie darüber informiert?

- In Südtirol gaben 44% der Studienteilnehmer an, über das "5 a day" Bescheid zu wissen (im Vergleich zu 56% der gesamten 123 Sanitätsbetriebe).
- Die Informationen haben die meisten aus Informationskampagnen erhalten; nur 68% der Befragten wurden vom Hausarzt darüber informiert.

Informationsquellen über "5 a day", Südtirol PASSI 2005



* es wurden nur Personen berücksichtigt, die "5 a day" kennen (n=268);

** für jede Variable wurden alle 268 Personen berücksichtigt

Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol konsumiert Großteil der Personen täglich Obst und Gemüse, auch wenn nur eine von 10 Personen sich an die fünf empfohlenen Portionen hält. Dieser begrenzte Konsum kann teilweise auf die Unwissenheit zurückzuführen: in der Tat weniger als die Hälfte der befragten Personen wusste über die positive Wirkung dieser Ernährungsform auf die Gesundheit Bescheid.

Die Kommunikation der Informationen über dieses korrekte Verhalten von Seiten des Arztes ist weniger verbreitet als durch andere Informationsquellen. Es scheint daher notwendig zu sein, das Gesundheitspersonal über die Wichtigkeit dieses Aspektes zu sensibilisieren und eine enge Zusammenarbeit mit den Präventionsdiensten und den Hausärzten zu garantieren.

Alkoholkonsum

Der Alkohol hat, aufgrund der Konsequenzen bei übermäßigem Konsum insbesondere bei Jugendlichen, gemeinsam mit dem Rauchen, der körperlichen Aktivität und der Ernährung an Bedeutung gewonnen. Der Alkoholmissbrauch führt sehr oft zu risikoreichen Verhaltensweisen sich selbst als auch anderen gegenüber (wie schnelles Autofahren, risikoreiches Sexualverhalten, Verrichtung der Arbeit in geistig und körperlich ungeeignetem Zustand, Gewalt) und verleitet leichter zum Rauchen und/oder zum Drogenmissbrauch im Vergleich zu den Abstinenten.

Der Schaden, der durch den Konsum von Alkohol verursacht wird und zwar nicht nur bei starkem Konsum, hat auch Folgen auf die Familie und den nahe stehenden Personen und äußert sich auch auf die gesamte Gesellschaft: man schätzt, dass 9% der Gesundheitskosten durch Alkoholprodukte verursacht werden.

Risikopersonen, die durch den Alkoholkonsum besonders gefährdet sind, sind jene die außerhalb der Mahlzeiten Alkohol konsumieren, starke Konsumenten (drei oder mehr Einheiten an Alkohol – Dose Bier, Glas Wein oder Gläschen Schnaps – am Tag für Männer und zwei oder mehr Einheiten für Frauen), Personen die sich großen Mengen an Alkohol hingeben oder "binge drink" ausüben (monatlicher Konsum von 6 oder mehr Einheiten alkoholischer Getränke in einer einzigen Gelegenheit).

Die Ärzte und das Gesundheitspersonal spielen eine wichtige Rolle in der Prävention von Alkoholmissbrauch: ein erster Schritt wäre, einen Dialog mit dem Patienten über Alkoholkonsum zu führen.

Wie viele Studienteilnehmer trinken Alkohol?

- In Südtirol war der Prozentsatz der befragten Personen, die im letzten Monat mindestens eine Einheit Alkohol (eine Dose Bier oder ein Glas Wein oder ein Gläschen Schnaps) konsumiert haben 81%.
- Es wurden höhere Prozentsätze bei den Jugendlichen (insbesondere in den Altersgruppen 18-24 und 25-34 Jahre), bei Männern und bei Personen mit einer hohen Schulausbildung festgestellt.
- Bei den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben wurde ein Prozentsatz von 64% berechnet, mit höheren Werten bei Männern (79% v. 50%) und bei Personen mit hoher Schulausbildung (67% v 60%). Bei der Altersverteilung waren die Werte nicht statistisch signifikant unterschiedlich.

Alkoholkonsum Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	(%) ≥1 Einheit alkoholischer Getränke im letzten Monat konsumiert *
Gesamt	80,8 (IC95%:77,4-83,8)
Alter in Jahren	
18 - 24	90,6
25 - 34	90,8
35 - 49	81,7
50 - 69	73,6
Geschlecht[^]	
Männer	92,7
Frauen	65,5
Schulausbildung^{**}	
niedere	74,5
hohe	87,5

* eine Einheit entspricht einer Dose Bier oder einem Glas Wein oder einem Gläschen Schnaps

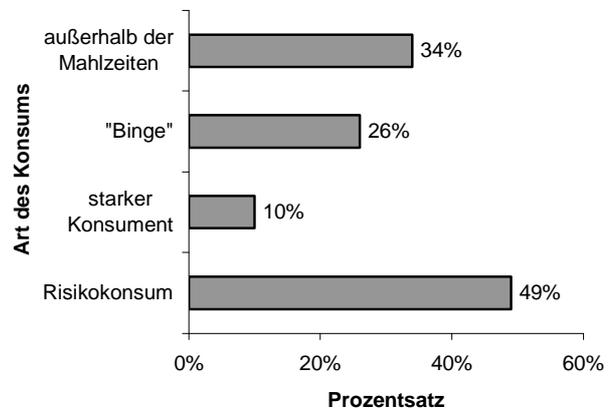
** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule – statistisch signifikanter Unterschied (p<0,0001)

[^] die Unterschiede waren statistisch signifikant (p<0,0001)

Wie viele gehörten zu den Risikokonsumenten?

- In einem Monat hatten 27% der gesamten Südtiroler Studienteilnehmer (und 34% der Personen, die im letzten Monat mindestens eine Einheit eines alkoholischen Getränks konsumiert haben) mindestens 1-mal die Woche außerhalb der Mahlzeiten Alkohol konsumiert.
- Einundzwanzig Prozent (und 26% der Personen, die im letzten Monat mindestens eine Einheit eines alkoholischen Getränks konsumiert haben) wurden als "binge" Trinker (im letzten Monat mindestens einmal in einer einzigen Gelegenheit 6 oder mehr Einheiten alkoholischer Getränke konsumiert) eingestuft.
- Acht Prozent (und 10% der Personen, die im letzten Monat mindestens eine Einheit eines alkoholischen Getränks konsumiert haben) wurden als starke Alkohol Konsumenten (mehr als 3 Einheiten/Tag für Männer und 2 oder mehr Einheiten/Tag für Frauen) klassifiziert.
- Insgesamt 40% der Südtiroler Studienteilnehmer (und 49% der Personen, die im letzten Monat mindestens eine Einheit alkoholischer Getränke konsumiert haben) gehörten zu den Risikokonsumenten (Alkoholkonsum außerhalb der Mahlzeiten oder starke Konsumenten oder "binge" Trinker).
- Von den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben auf nationaler Ebene konsumierten 12% alkoholische Getränke außerhalb der Mahlzeiten, 8% gehörten zu den "binge" Trinkern und 6% zu den starken Konsumenten.

Alkoholkonsum, Südtirol PASSI 2005



*alle Studienteilnehmer berücksichtigt (n=609)

Welche sind die Eigenschaften der "binge" Trinker?

- Dieses gefährliche Konsumverhalten wurde vor allem in der Altersgruppe der 35-49 Jährigen, bei Männern und bei Personen mit hoher Schulausbildung beobachtet.
- In den 123 Sanitätsbetrieben auf nationaler Ebene wurden 8% als "binge" Trinker eingestuft.

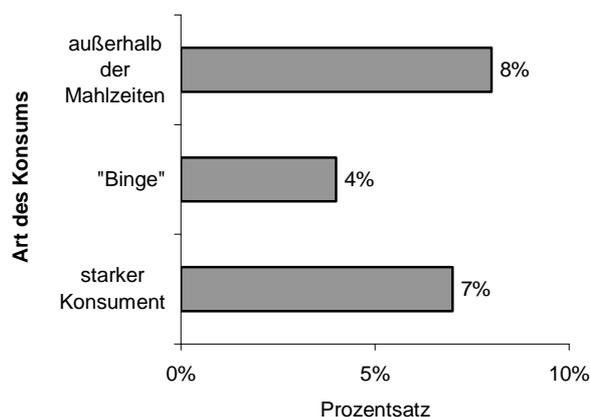
"binge" Trinker*	
Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	"binge" Trinker** (n=128)
Gesamt	21,0 (95% CI 17,9-24,5)
Alter in Jahren	
18 - 24	22,7
25 - 34	23,4
35 - 49	29,7
50 - 69	24,2
Geschlecht[^]	
Männer	86,7
Frauen	13,3
Schulausbildung***	
niedere	46,1
hohe	53,9

* für die Verteilung nach Alter, Geschlecht und Schulausbildung wurden nur die "binge" Trinker berücksichtigt
 ** Personen, die im letzten Monat mindestens einmal in einer einzigen Gelegenheit 6 oder mehr Einheiten alkoholischer Getränke konsumiert haben. Eine Einheit entspricht einer Dose Bier oder einem Glas Wein oder einem Gläschen Schnaps.
 *** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule
 ^ der Unterschied war statistisch signifikant ($p < 0,0001$)

Wie vielen Personen wurden Fragen über den Alkoholkonsum von Seiten des Gesundheitspersonals gestellt?

- In Südtirol hatte sich das Gesundheitspersonals nur in 16% der Fälle über die Verhaltensweisen ihrer Patienten in Bezug auf Alkoholkonsum informiert.
- Von den Teilnehmern, die in den letzten 12 Monaten beim Arzt waren, wurde in nur 4% der "binge" Trinker, 8% der Personen, die außerhalb der Mahlzeiten Alkohol konsumieren und 6% der starken Konsumenten die Empfehlung erteilt, weniger Alkohol zu konsumieren
- Unter den Teilnehmern der 123 Sanitätsbetriebe auf nationaler Ebene bestätigten 14%, dass sich der Arzt über ihren Alkoholkonsum informiert hatte.

Empfehlung des Arztes den Alkoholkonsum zu reduzieren, Südtirol PASSI 2005



In 11% der "binge" Trinker, 7% der Personen, die außerhalb der Mahlzeiten Alkohol konsumieren und 11% der starken Konsumenten wurde von Seiten des Arztes geraten, weniger Alkohol zu konsumieren.

Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol schätzt man, dass über zwei Drittel der Personen zwischen 18 und 69 Jahren Alkohol konsumieren und 40% davon Risikoverhaltensweisen in Bezug auf Alkohol aufweisen. Diese Werte sind in Südtirol höher als die Werte in den 123 Sanitätsbetrieben auf nationaler Ebene.

In Südtirol wie auch in den anderen Sanitätsbetrieben informiert sich das Gesundheitspersonal nur selten über den Alkoholkonsum ihrer Patienten und empfiehlt nur in wenigen Fällen eine Einschränkung des Konsums.

Die Risiken, die mit dem Alkohol verbunden sind, scheinen aufgrund des allgemeinen Konsums unterschätzt zu werden, während die Benefizien des Alkohols, wenn er in moderaten Mengen konsumiert wird, überschätzt werden. Daher ist es notwendig, die Wahrnehmung der Risiken, die mit dem Konsum von Alkohol gegeben sind, bei der Bevölkerung und beim Gesundheitspersonal zu verstärken.

Verkehrssicherheit

Die Verkehrsunfälle verursachen jedes Jahr in Italien ca. 8.000 Tote, 170.000 Krankenhausaufenthalte und 600.000 Dienstleistungen der Ersten Hilfe, wobei ca. 20.000 eine bleibende Invalidität hervorrufen mit hohen sozialen Kosten und humanen Ressourcen. Die Verkehrsunfälle stellen die primäre Todesursache bei Männern unter 40 Jahren dar und sind eine der primären Ursachen für Invalidität.

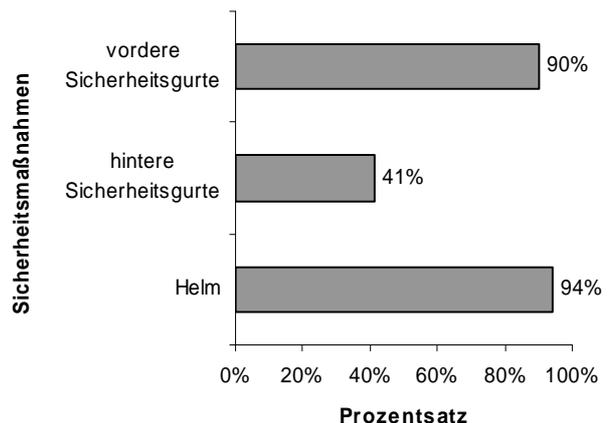
Sechzig Prozent der Verkehrsunfälle sind die Folge von menschlichen Verhaltensweisen: Alkoholmissbrauch, Medikamente, psychotropische Substanzen, Verwendung von Mobiltelefonen während des Autofahrens, Vernachlässigung der Sicherheitsgute oder Krankheiten können die Aufmerksamkeit während des Autofahrens beeinträchtigen.

Man schätzt, dass durch die Einführung der Alkoholkontrollen die tödlichen Verkehrsunfälle um ca. ein Viertel reduziert werden können und dass durch die Verwendung der Sicherheitsgurte 45-60% der Todesfälle und 50-65% der moderaten bis schlimmen Verletzungen vermieden werden können.

Anwendung der Sicherheitsmaßnahmen

- In Südtirol entsprach der Prozentsatz der Personen, die angaben immer die vorderen Sicherheitsgurte zu verwenden 90%; die Verwendung der hinteren Sicherheitsgurte war noch wenig verbreitet (41%).
- Vierundneunzig Prozent der Personen, die mit dem Motorrad oder dem Mofa fahren, gaben an immer den Helm auf zu setzten.
- Folgende Prozentsätze wurden auf nationaler Ebene in den 123 an der Studie teilnehmenden Sanitätsbetrieben berechnet: 83% verwenden immer die vorderen Sicherheitsgurte, 20% immer die hinteren Sicherheitsgurte und 88% immer den Helm.

Prozentsatz der Personen, die immer die Sicherheitsvorkehrungen verwenden, Südtirol PASSI 2005



* Autolenker (n=606), Personen die auf den hinteren Autositzen mitgefahren sind (n=453) und Motorradfahrer (n=139) wurden berücksichtigt

Wie viele Personen fahren in betrunkenem Zustand mit dem Auto?

- Im Monat vor der Datenerhebung waren 14% der gesamten Südtiroler Studienteilnehmer (und 18% der Personen, die mit dem Auto gefahren sind) in betrunkenen Zustand mit dem Auto gefahren; diese Verhaltensweise ist besonders bei Männern und bei Personen mit hoher Schulausbildung verbreitet.
- Elf Prozent der Studienteilnehmer gaben an, mit einem alkoholisierten Autofahrer mitgefahren zu sein.
- In den 123 auf nationaler Ebene teilnehmenden Sanitätsbetriebe war der Prozentsatz an alkoholisierten Autofahrern 11% (und 16% bei den Autofahrern). In der Altersgruppe der 25-34 Jährigen konnte der höchste Prozentsatz beobachtet werden, sowie bei Männern wurde diese Verhaltensweise häufiger angegeben als bei Frauen (20% vs. 2%)

Autofahren in betrunkenem Zustand*	
Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	(%)
Gesamt	13,6 (IC95%:11,1-16,7)
Alter in Jahren	
18 - 24	6,3
25 - 34	14,9
35 - 49	17,4
50 - 69	11,7
Geschlecht[^]	
Männer	22,2
Frauen	2,6
Schulausbildung^{**}	
niedere	11,1
hohe	16,3

* Personen, die angaben 2 Stunden nach Konsum von 2 oder mehr Einheiten alkoholischer Getränke mit dem Auto gefahren zu sein
 ** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule; die Unterschiede waren statistisch signifikant (p=0,03)

[^] der Unterschied war statistisch signifikant (p<0,0001)

Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol ist die Verwendung der Sicherheitsgurte sehr weit verbreitet mit Ausnahme der hinteren Gurte. Der Gebrauch der Sicherheitsgurte ist in Südtirol verbreiteter als auf nationaler Ebene.

Was das Autofahren in betrunkenen Zustand betrifft, ist der Prozentsatz in Südtirol höher als im restlichen Italien; die Risikogruppe scheint besonders die 35-49 Jährigen zu sein.

Angesichts dieser Daten ist es wichtig, die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in den öffentlichen Lokalen (Pub, Diskotheken) zu verstärken, sowie Tätigkeiten wie Strafsanktionen der Ordnungshüter mit besonderer Aufmerksamkeit auf den Gebrauch der Sicherheitsgurte und der Alkoholämie weiterzuführen.

Grippeimpfung

Aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr und der vielen schweren Komplikationen bei Risikogruppen (alte Personen und Träger chronischer Pathologien) stellt die Grippe ein relevantes Problem für die öffentliche Gesundheit dar.

Die Häufigkeit mit welcher Grippefälle auftreten beträgt ca. 10-20%, obwohl es von Epidemie zu Epidemie verschieden ist. Grippeepidemien steigern die Todesrate und verursachen eine höhere Anzahl an Krankenhausaufenthalten, was sich auf den sanitären und ökonomischen Bereich des Einzelnen und der Gesamtheit auswirkt.

Die Impfung ist auf die Prävention von Komplikationen aufgrund der Krankheit ausgerichtet und wird allen Personen über 64 Jahren und den Risikogruppen für sekundäre Komplikationen aufgrund von Pathologien empfohlen.

Wie viele sind gegen Grippe geimpft?

- In Südtirol waren 10% der Studienteilnehmer gegen Grippe geimpft; der Prozentsatz steigt bei den 65-69 Jährigen auf 29%.
- Bei den unter 65 Jährigen mit mindestens einer chronischen Pathologie waren nur 22% geimpft.
- Auf nationaler Ebene waren insgesamt 15% der Teilnehmer der 123 Sanitätsbetriebe gegen Grippe geimpft und bei der Altersgruppe der 65-69 Jährigen hatten 51% angegeben geimpft zu sein. Bei den unter 65 Jährigen mit mindestens einer chronischen Pathologie waren nur 28% geimpft.

Grippeimpfung (18-69 Jahre)

Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	Geimpfte, %
Gesamt	9,5 (IC95%:7,4-12,2)
Alter in Jahren	
≥65	29,3
<65	6,7
<65 mit mindestens einer schweren Pathologie	17,6
Geschlecht	
Männer	8,2
Frauen	11,2
Schulbildung*	
niedere	13,1
hohe	5,8

* niedere Schulbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulbildung: ab der Oberschule

Kommentare und Empfehlungen

Um die Sterblichkeit aufgrund von Grippe und den damit verbundenen Komplikationen signifikant zu minimieren, muss eine sehr hohe Durchimpfungsrate gegeben sein. Die in vielen Sanitätsbetrieben angewandten Strategien, unter anderem die Verabreichung der Impfung von Seiten der Basisärzte, haben ermöglicht einen kleinen Teil der über 60 Jährigen von der Impfung zu überzeugen, aber nur eine von fünf Personen unter 65 Jahren mit mindestens einer Pathologie. Auch bei den 65-69 Jährigen ist eine Steigerung der Durchimpfungsrate unbedingt notwendig. Daher ist es wichtig, die Impfung aktiv mit der Unterstützung der Basis- und Fachärzte den Risikogruppen anzubieten.

Rötelnimpfung

Die Röteln sind eine bösartige Erkrankung im Kindesalter. Eine Rötelerkrankung während der Schwangerschaft kann zu Spontanabort, Kindersterblichkeit oder zu schweren Missbildungen des Fötus (Syndrom der kongenitalen Röteln) führen.

Das primäre Ziel der Impfprogramme gegen Röteln ist die Prävention der Infektion von schwangeren Frauen und demzufolge der kongenitalen Röteln. Die auf internationaler Ebene angewandte Strategie, um das Ziel zu erreichen, besteht darin, Kinder im zweiten Lebensjahr zu impfen, sowie alle empfänglichen Frauen im gebärfähigen Alter anhand der Blutuntersuchung (Rubeotest) zu identifizieren und anschließend zu impfen. Man schätzt, dass der Prozentsatz an immunen Frauen im gebärfähigen Alter höher als 95% sein muss, um die kongenitalen Röteln auszurotten.

Wie viele Frauen sind gegen Röteln geimpft?

- Von den 18-45 Jährigen Frauen waren 43% gegen Röteln geimpft.
- Der Prozentsatz an geimpften Frauen nahm mit dem Alter ab (von 55% bei den 18-24 Jährigen auf 26% bei den 35-45 Jährigen) und war bei Teilnehmern mit niedriger Schulausbildung geringer als bei Teilnehmern mit höherer Schulausbildung.
- Auf nationaler Ebene waren 31% der Frauen der 123 Sanitätsbetriebe gegen Röteln geimpften.

Rötelnimpfung (Frauen 18-45 Jahre; n=142) Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	Geimpfte Frauen, %
Gesamt	43,0 (IC95%: 34,7–51,5)
Alter in Jahren	
18-24	55,2
25-34	69,4
35-45	26,0
Schulausbildung*	
niedere	35,3
hohe	47,3

* niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Wie viele Frauen sind für Röteln empfänglich?

- Unter den nicht geimpften Frauen hatten 49% angegeben, den Rubeotest durchgeführt zu haben.
- Aufgrund der durchgeführten Impfung (43%) oder eines positiven Ergebnisses beim Rubeotest (20%) wurden ca. 63% der Frauen zwischen 18 und 45 Jahren als immun klassifiziert.
- Als sicherlich empfänglich wurden 2% eingestuft, da sie nicht geimpft waren und das Ergebnis des Rubeotests negativ war.
- Die restlichen 35% der Frauen hatten einen unbekanntem Immunstatus.

Rötelnimpfung und Immunität (Frauen 18-45 Jahre; n=142) Südtirol, Passi 2005	
	%
Immun	63,4
– geimpft	43,0
– nicht geimpft und negativer Rubeotest	20,4
Empfänglich/unbekannter Immunstatus	36,6
– nicht geimpft; negativer Rubeotest	2,1
– nicht geimpft; unbekanntes Ergebnis des Rubeotests	5,6
– nicht geimpft; keinen Rubeotest durchgeführt/weiß nicht	28,9

- Auf nationaler Ebene waren 52% der Frauen gegen Röteln immun.

Kommentare und Empfehlungen

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Anzahl der empfänglichen Frauen im gebärfähigen Alter sei es auf regionaler als auch auf nationaler Ebene noch sehr hoch ist. Es scheint daher notwendig, Maßnahmen zur Identifikation aller empfänglichen Frauen zu planen, wobei auch das Miteinbeziehen und die Zusammenarbeit verschiedene Berufsgruppen (Basisärzte, Gynäkologen und Hebammen) vorgesehen sein sollten.

Bluthochdruck

Bluthochdruck ist ein weiterer sehr verbreiteter kardiovaskulärer Risikofaktor. Man schätzt, dass in Italien jedes Jahr ca. 220.000 der Iktusfälle, 90.000 der Herzinfarkte und 180.000 der Herzinsuffizienzen aufgrund von nicht diagnostiziertem oder schlecht kontrolliertem Bluthochdruck hervorgerufen werden und es dadurch zu zusätzlichen Kosten im sanitären und ökonomischen Bereich kommt. Man schätzt, dass die Kosten der Komplikationen 2-3 Mal höher ausfallen als jene die für die Behandlung aller Bluthochdruck Patienten im gleichen Zeitraum notwendig sind.

Großteil der diagnostizierten Hypertoniker ist in medikamentöser Behandlung. Zu den wirksamen Maßnahmen zur Reduzierung der Blutdruckwerte gehören die Reduzierung des Salzes, eine Gewichtsabnahme bei übergewichtigen Personen und regelmäßige körperliche Aktivität.

Wann wurde die letzte Blutdruck Messung durchgeführt?

- In Südtirol hatten 79% der Befragten in den letzten 2 Jahren die Messung des Blutdrucks durchgeführt, 16% hatten sie vor mehr als 2 Jahren durchgeführt, und 5% hatten niemals den Blutdruck gemessen oder konnten sich nicht erinnern.
- Der Prozentsatz der Personen, die den Blutdruck kontrollieren, stieg mit dem Alter an. Es konnten keine Unterschiede in der Schulausbildung oder zwischen Männer und Frauen festgestellt werden.
- Auf lokaler Ebene wurden ähnliche Daten wie in den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben beobachtet: der Prozentsatz der Personen, die den Blutdruck kontrollieren, war 81% und der Verlauf nach Alter, Geschlecht und Schulausbildung war ebenso gleich.

Messung des Blutdrucks in den letzten zwei Jahren		
Südtirol, Passi 2005		
Demografische Eigenschaften		%
Gesamt		79,0 (IC95%:75,5-82,1)
Alter in Jahren		
	18 - 34	78,8
	35 - 49	74,4
	50 - 69	83,3
Geschlecht		
	Männer	80,4
	Frauen	77,2
Schulausbildung**		
	niedere	79,6
	hohe	78,3

** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Wie viele sind Hypertoniker?

- In Südtirol wurde in 21% der Befragten eine Hypertonie diagnostiziert.
- Der Prozentsatz der Hypertoniker nahm in der Altersgruppe der 50-59 Jährigen signifikant zu, wobei eine von drei Personen an Bluthochdruck litt (34%). Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Männer und Frauen festgestellt werden. Bei Personen mit niedriger Schulausbildung war der Anteil an Hypertonikern größer als bei Personen mit hoher Schulausbildung.
- Auf nationaler Ebene wurde in 23% der Teilnehmer Bluthochdruck diagnostiziert. Die Prozentsätze waren bei den über 50 Jährigen, bei Männern und bei Personen mit niedriger Schulausbildung höher.

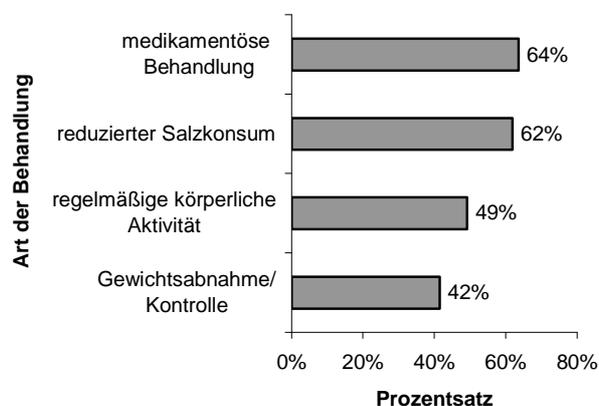
Hypertoniker Südtirol, Passi, 2005	
Demografische Eigenschaften	% *
Gesamt	20,7 (IC95%:17,5-24,3)
Alter in Jahren[^]	
18-34	9,3
35-49	13,7
50-69	33,9
Geschlecht	
Männer	20,3
Frauen	21,3
Schulausbildung^{**^}	
niedere	26,2
hohe	15,0

* vom Denominator wurden jene Personen ausgeschlossen, die niemals den Blutdruck gemessen hatten und jene die sich nicht erinnern konnten
 ** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule
[^] die Unterschiede waren statistisch signifikant (p<0,001)

Wie wird die Hypertonie behandelt?

- Sechsendvierzig Prozent der Hypertoniker behandelten den Bluthochdruck medikamentös. Abgesehen von der medikamentösen Behandlung, achteten 62% der Hypertoniker auf den Salzkonsum, 42% auf das Körpergewicht und 49% übten regelmäßig körperliche Aktivität aus.

Behandlungsmethoden* der Hypertonie, Südtirol PASSI 2005



* jede Kategorie einzeln berechnet

Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol schätzt man, dass ein Viertel der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren, ein Drittel der über fünfzig Jährigen und ca. 10% der unter 35 Jährigen Hypertoniker sind.

Trotz des niedrigen Anteils an Personen, die die Messung des Blutdrucks in den letzten 12 Monaten nicht durchgeführt hatten, wird es als nicht "best practice" angesehen (insbesondere bei der Kontrolle der über 35 jährigen Patienten) und darf somit vom Gesundheitspersonal nicht übersehen werden.

In vielen Fällen kann man die Hypertonie durch regelmäßige körperliche Aktivität, salzarme Diät und Gewichtskontrolle in Schacht halten. In anderen Fälle ist eine medikamentöse Behandlung

notwendig, um eine geeignete Kontrolle zu gewährleisten und Komplikationen zu vermeiden, aber diese ersetzt nicht die Einhaltung von korrekten Lebensgewohnheiten.

Cholesterinämie

Die Cholesterinämie stellt wie der Bluthochdruck einen der primären Risikofaktoren für iskemische Kardiopathien dar, man kann aber rechtzeitig eingreifen. Zahlreiche Studien bestätigen den ursächlichen Zusammenhang zwischen Lipämie (normalerweise im Serum gemessen) und Koronarsklerose. Das Risiko einer Cholesterinämie steigt mit der Präsenz von weiteren Risikofaktoren für iskemische Kardiopathien wie z. B. das Rauchen und der Bluthochdruck.

Wie viele haben zumindest einmal eine Cholesterin Messung durchgeführt?

- In Südtirol hatten 70% der Befragten mindestens einmal das Cholesterin gemessen.
- Nur 48% der Personen zwischen 18 und 34 Jahren gaben an, den Test durchgeführt zu haben; es wurden höhere Prozentsätze bei den 35-49 Jährigen und den 50-59 Jährigen beobachtet. Es konnten keine Unterschiede zwischen Männer und Frauen und der Schulausbildung festgestellt werden.
- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben hatten 79% der Befragten in den letzten 12 Monaten eine Cholesterinmessung durchgeführt.

Prozentsatz der Personen, die mindestens eine Cholesterin Messung durchgeführt haben Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	%
Gesamt	69,5 (IC95%:65,6-73,1)
Alter in Jahren	
18 - 34	48,3
35 - 49	69,9
50 - 69	82,4
Geschlecht	
Männer	68,7
Frauen	70,4
Schulausbildung*	
niedere	70,1
hohe	69,5

** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Wie viele Personen haben einen erhöhten Cholesterinspiegel?

- Bei den Südtiroler Studienteilnehmern, die die Cholesterinmessung durchgeführt hatten, gaben 25% an, dass ihnen eine Hypercholesterinämie diagnostiziert wurde.
- Die Hypercholesterinämie scheint bei älteren Personen und bei Personen mit niederer Schulausbildung vermehrt aufzutreten. Es konnte kein Unterschied zwischen Männer und Frauen festgestellt werden.
- Auf nationaler Ebene wurde 25% der Teilnehmer eine Hypercholesterinämie diagnostiziert. Der Verlauf nach Alter, Geschlecht und Schulausbildung war sehr ähnlich wie auf provinzieller Ebene.

Hypercholesterinämie Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	% *
Gesamt	25,4 (IC 95%21,4-29,9)
Alter in Jahren[^]	
18 - 34	11,0
35 - 49	23,3
50 - 69	32,5
Geschlecht	
Männer	25,2
Frauen	25,7
Schulausbildung**	
niedere	28,7
hohe	21,9

* vom Denominator wurden jene Personen ausgeschlossen, die niemals das Cholesterin gemessen hatten

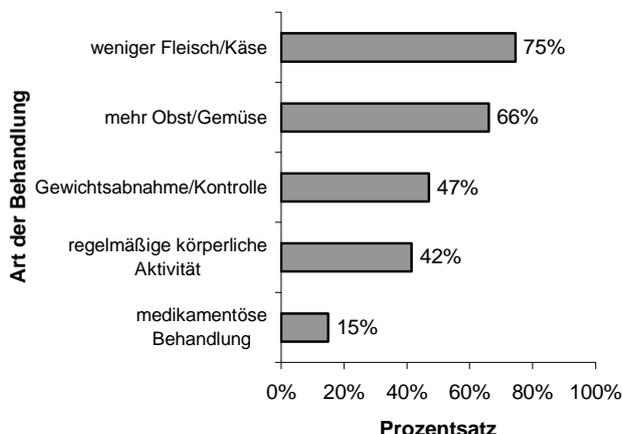
** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule;

[^] die Unterschiede waren statistisch signifikant (p=0,001)

Wie wird die Hypercholesterinämie behandelt?

- Fünfzehn Prozent der Personen, die an Hypercholesterinämie leiden, gaben an in medikamentöser Behandlung zu sein.
- Unabhängig von der medikamentösen Behandlung, versuchten die Personen mit Hypercholesterinämie den Cholesterinspiegel durch reduzierten Fleisch- und Käsekonsum (75%), einen erhöhten Obst- und Gemüsekonsum (66%), durch Gewichtskontrolle (47%) und regelmäßiger körperlicher Aktivität (42%) zu senken.

Behandlungsmethoden* der Hypercholesterinämie in Südtirol, Passi 2005

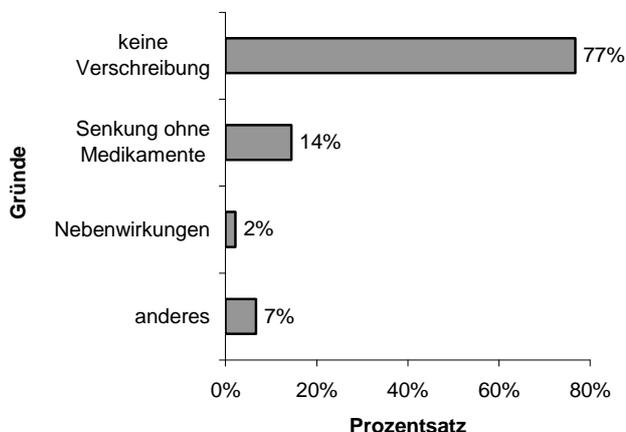


* jede Kategorie einzeln berechnet

Welche sind die Gründe weshalb Personen mit Hypercholesterinämie keine Medikamente einnehmen?

- Siebenundsiebzig Prozent der Hypercholesterinämie Erkrankten, die keine Medikamente zur Behandlung der Krankheit einnahmen, gaben an keine vom Arzte verschrieben bekommen zu haben; in 14% der Fälle war es gelungen, die Cholesterinwerte ohne Medikamente unterhalb des Grenzwertes zu senken.
- Weiters gaben 2% der Personen mit Hypercholesterinämie an, keine Medikamente aufgrund der Nebenwirkungen einzunehmen.

Gründe für eine nicht medikamentöse Behandlung der Hypercholesterinämie, Südtirol PASSI 2005



Kommentare und Empfehlungen

Ein Drittel der Südtiroler Bevölkerung hatte niemals das Cholesterin gemessen. Von den Personen, die sich mindestens einmal einer Cholesterinuntersuchung unterzogen hatten, gab ca. einer von vier der 18-69 Jährigen und einer von drei der 50-69 Jährigen an, an Hypercholesterinämie zu leiden; dieser Prozentsatz ist mit dem auf nationaler Ebene erhobenen Wert gleichzustellen.

Besondere Aufmerksamkeit auf Diät und körperliche Aktivität kann für manche ausreichen, um die Cholesterinwerte zu senken und eine medikamentöse Behandlung zu vermeiden. Etwas weniger als die Hälfte hatte die Diät verbessert, an Körpergewicht verloren und regelmäßige

körperliche Aktivität ausgeübt. Auch wenn manche ihre Krankheit durch nicht medikamentöse Behandlung erfolgreich kontrollieren, sollten die Kriterien bezüglich der Verschreibung von Medikamenten nochmals unter Berücksichtigung eventueller vorhandener Risikofaktoren und des Verlaufs der nicht medikamentösen Behandlung überprüft werden.

Ernährung und Körpergewicht

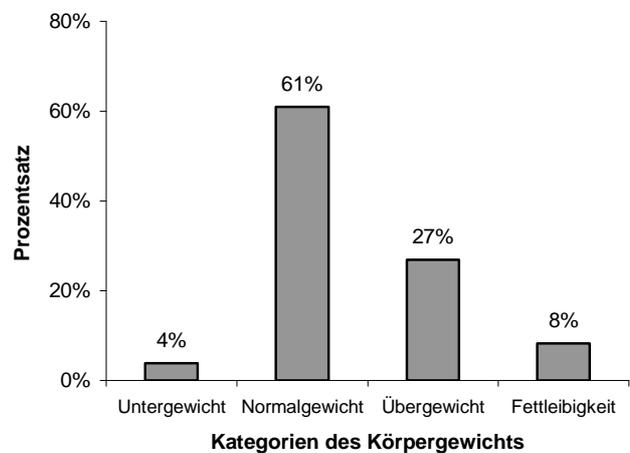
Das Übergewicht erhöht die Wahrscheinlichkeit an gesundheitlichen Problemen zu leiden und trägt zur Förderung von häufigen Krankheiten (unter anderem auch kardiovaskulärer Art) bis hin zum frühen Tod bei.

Die Eigenschaften des Körpergewichtes der Studienteilnehmer wurden anhand der Body Mass Index (BMI) Werte definiert, indem das Gewicht in kg durch die Größe in Metern zum Quadrat dividiert wurde.

Wie sieht das Körpergewicht der Studienteilnehmer aus?

- Von den Südtiroler Studienteilnehmer waren 4% untergewichtig, 61% hatten ein Normalgewicht, 27% waren übergewichtig und 8% fettleibig.

Kategorien des Körpergewichts der Südtiroler Studienteilnehmer, PASSI 2005



Wie viele Personen haben Übergewicht und durch welche Methoden versuchen sie Körpergewicht zu reduzieren?

- Laut Schätzungen hatten 35% der Studienbevölkerung Übergewicht (Übergewicht oder Fettleibigkeit).
- Dieser Zustand nahm mit dem Alter zu (bis hin zu 49% bei den über 50 Jährigen) und trat bei Männern häufiger als bei Frauen auf, sowie bei Personen mit niederer Schulausbildung.
- Personen mit Übergewicht hatten in 21% der Fälle durch eine Diät versucht das Körpergewicht zu reduzieren und in 38% durch regelmäßige körperliche Aktivität.
- Bei den Teilnehmern der 123 Sanitätsbetriebe war der Prozentsatz an übergewichtigen bis fettleibigen Personen 44%: davon versuchten 28% durch Diät das Körpergewicht zu reduzieren und 23% durch regelmäßiger körperlicher Aktivität.

Bevölkerung in Übergewicht*	
Südtirol, Passi 2005	
Demografische Eigenschaften	%
Gesamt	35,1 (IC 95% 31,4-39,1)
Alter in Jahren[^]	
18–24	7,8
25–34	28,7
35–49	30,6
50–69	49,0
Geschlecht[^]	
Männer	46,8
Frauen	20,2
Schulausbildung^{**}	
niedere	41,7
hohe	28,1

* übergewichtige oder fettleibige Studienteilnehmer
 ** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule; die Unterschiede waren statistisch signifikant (p=0,0002)
[^] der Unterschied war statistisch signifikant (p<0,0001)

Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol wird geschätzt, dass 35% der Bevölkerung übergewichtig bis fettleibig ist; dieser Wert ist etwas geringer als auf nationaler Ebene. Mehr als die Hälfte der Personen mit Übergewicht gab an, eine Diät durchzuführen oder körperliche Aktivität auszuüben, um Körpergewicht zu reduzieren.

Es scheint daher wichtig, Maßnahmen einzuführen, die die regelmäßige körperliche Aktivität und die korrekten Ernährungsgewohnheiten zu fördern. Die Planung dieser Maßnahmen muss aufgrund der sozialen und demografischen Eigenschaften, die in Zusammenhang mit dem Übergewicht stehen, durchgeführt werden.

Charta des kardiovaskulären Risikos

In Italien zählen die kardiovaskulären Erkrankungen zu den Haupttodesursachen (44% von allen Todesfällen).

Wenn man die potenziell verlorenen Lebensjahre bedenkt (Jahre die jede Person laut der derzeitigen durchschnittlichen Lebenserwartung hätte länger leben können), so verkürzt sich das Leben der unter 65 Jährigen jedes Jahr um ca. 300.000 Lebensjahre aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen.

Zahlreich sind die Faktoren, die mit dem Risiko an kardiovaskulären Krankheiten zu leiden, verbunden sind: Zigarettenrauch, Diabetes, Übergewicht, keine körperliche Bewegung, hohe Cholesterinwerte, Bluthochdruck (abgesehen von der Vererbung), Alter und Geschlecht. Das individuelle Risiko zu erkranken hängt von der Kombination der Risikofaktoren bzw. der Kombination ihrer Ausprägung ab.

Die Charta des kardiovaskulären Risikos ist ein einfaches objektives Instrument, das der Arzt zur Berechnung der Wahrscheinlichkeit des Patienten in den nächsten 10 Jahren einem kardiovaskulären Vorfall (Herzinfarkt oder Iktus) entgegenzugehen, verwenden kann. Das Risiko wird anhand der folgenden sechs Risikofaktoren berechnet: Geschlecht, Diabetes, Rauchgewohnheit, Alter, systolischer Blutdruckwert und Cholesterinämie.

Wie vielen Personen wurde die Berechnung des kardiovaskulären Risikos durchgeführt?

- In Südtirol war der Prozentsatz der 40-69 Jährigen, denen die Berechnung des kardiovaskulären Risikos durchgeführt wurde, 9%.
- Es konnten keine statistisch signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen, Alter und Schulausbildung beobachtet werden.
- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben war der Prozentsatz der Personen, denen das kardiovaskuläre Risiko berechnet wurde, gleich wie auf provinzieller Ebene (9%).

> 39 Jährige, denen das kardiovaskuläre Risiko berechnet wurde (n=393)
Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	%
Gesamt	8,7 (IC 95% 6,1-12,0)
Alter in Jahren	
40-49	4,5
50-59	13,0
60-69	9,9
Geschlecht	
Männer	10,5
Frauen	6,3
Schulausbildung*	
niedere	8,8
hohe	8,4

** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule;
hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Kommentare und Empfehlungen

Die Charta des kardiovaskulären Risikos wird derzeit noch sehr selten von den Ärzten in Südtirol und in den anderen Regionen verwendet. Dieses einfache Instrument sollte aufgewertet werden und viel häufiger Verwendung finden, da es das "Empowerment" der Betreuten erhöht und dem Arzt ermöglicht, das Risiko zu einem späteren Zeitpunkt zu vergleichen und die Kosten und Nutzen der angewandten Präventionsmaßnahmen zu evaluieren.

Gebärmutterhalskrebs

In den Industrieländern stellt der Gebärmutterhalskrebs die zweithäufigste Tumorart bei Frauen unter 50 Jahren dar. In Italien zählt man ca. 3.000 neue Fälle und 1.000 Todesfälle jedes Jahr. Das Screening hat sich als wirksames Instrument zur Reduzierung der Inzidenz und Mortalität dieser Tumorart, sowie den damit verbundenen chirurgischen Eingriffe, erwiesen. Das Screening sieht die Durchführung eines Pap-Tests im Abstand von drei Jahren bei allen Frauen zwischen 25 und 64 Jahren vor. Die Screening Programme, die im Jahre 1995 in verschiedenster Weise auf dem nationalen Territorium eingeführt wurden, decken schon bereits einheitlich das gesamte Territorium. Trotz der Einführung der meisten Programme ist es noch zu früh ihren Einschlag auf die Gesundheit zu evaluieren, aber in den Gebieten wo sich das Screening Programm bereits gefestigt hat, wurde ein signifikanter Trend in Richtung Reduzierung der Inzidenz des Gebärmutterhalskrebses verzeichnet.

Wie viele Frauen haben den Pap-Test durchgeführt?

- In Südtirol hatten 93% der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren den Pap-Test ohne Anzeichen von Symptomen durchgeführt; der Prozentsatz nahm mit dem Alter ab. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede aufgrund des Familienstandes oder der Schulausbildung beobachtet.
- Bei der Durchführung des ersten Pap-Tests aus Präventionsgründen entsprach das Durchschnittsalter der befragten Frauen 27 Jahre.
- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben hatten 78% der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren einen Pap-Test aus Präventionsgründen durchgeführt.

Screening des Gebärmutterhalskrebses (Frauen zwischen 25 und 64 Jahren)

Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	Pap-Test durchgeführt*
Gesamt	93,3 (IC95% 88,9-96,4)
Alter in Jahren	
25 - 34	97,2
35 - 49	95,8
50 - 64	87,3
Familienstand	
verheiratet	93,8
nicht verheiratet	92,5
Schulausbildung**	
niedere	91,8
hohe	94,9

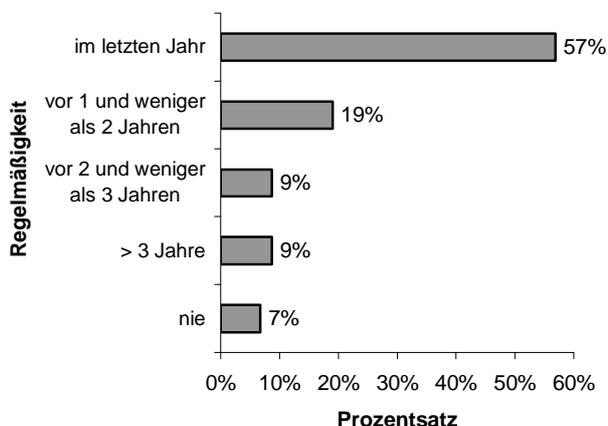
* Frauen, die den Pap-Test ohne Anzeichen von Symptomen durchgeführt hatten

** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Inwiefern werden die Richtlinien/Empfehlungen eingehalten?

- Der letzte Pap-Test wurde in 85% der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren in den letzten drei Jahren durchgeführt.
- Im letzten Jahr hatten 57% den Pap-Test durchgeführt.
- Immerhin 7% hatten noch nie den Test aus Präventionsgründen durchgeführt.
- Die Frauen der 123 teilnehmenden Sanitätsbetriebe hatten in 70% der Fälle in den letzten drei Jahren mindestens einen Pap-Test durchgeführt.

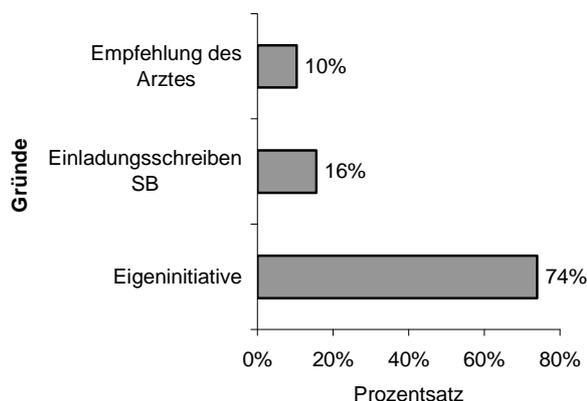
Durchführung des Pap-Tests und Regelmäßigkeit, Südtirol PASSI 2005



Wird die Durchführung des Pap-Test den Frauen empfohlen?

- Achtundsechzig Prozent der Frauen hatten von Seiten des Arztes die Empfehlung erhalten in regelmäßigen Abständen den Pap-Test durchzuführen und 58% hatten ein Einladungsschreiben des Sanitätsbetriebes erhalten.
- Der letzte Pap-Test wurde in 16% der Fälle aufgrund eines persönlichen Einladungsschreibens durchgeführt, in 10% aufgrund der Empfehlung des Arztes und in 74% aus eigener Initiative.
- Die Frauen der 123 teilnehmenden Sanitätsbetriebe auf nationaler Ebene hatten in 70% der Fälle die Empfehlung des Arztes erhalten, den Pap-Test regelmäßig durchzuführen und 56% hatten ein Einladungsschreiben erhalten.
- Der letzte Pap-Test wurde in 44% der Fälle aus Eigeninitiative durchgeführt, 31% auf Empfehlung des Arztes und 25% aufgrund des Einladungsschreibens des Sanitätsbetriebes.

Gründe für die Durchführung des Pap-Tests in Südtirol, PASSI 2005



Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol ist der Prozentsatz der Frauen, die den Pap-Test aus Präventionsgründen durchgeführt haben, aufgrund der konsolidierten Screening Programme sehr hoch. Ebenso zufrieden stellend war der Prozentsatz der Frauen, die den Pap-Test im empfohlenen

Zeitabstand durchgeführt hatten (in den letzten drei Jahren); mehr als die Hälfte hatte sich im letzten Jahr dem Test unterzogen.

Screening des Brustkrebs

Der Brustkrebs ist in Italien die häufigste Tumorart bei Frauen mit ca. 32.000 Fällen und 11.000 Todesfällen im Jahr.

Das mammografische Screening wird im Zeitintervall von zwei Jahren empfohlen und reduziert sei es die chirurgischen Eingriffe an der Brust als auch die Mortalität bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren um ca. 30%. Man schätzt daher, dass durch die Durchführung des Screening bei allen Frauen in Italien mehr als 3.000 Todesfälle im Jahr vermeidbar wären.

Die Regionen haben normative Maßnahmen und Richtlinien eingeführt, um das Angebot des Screenings zu erhöhen, aber die Programme wurden noch nicht auf dem gesamten nationalen Territorium gleichermaßen eingesetzt.

Wie viele Frauen haben mindestens eine Mammografie durchgeführt?

- In Südtirol gaben 82% der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren an, eine Mammografie in Abwesenheit von Symptomen durchgeführt zu haben; dieser Prozentsatz ist bei Personen mit hoher Schulausbildung höher als bei Personen mit niedriger Schulausbildung. Es konnten keine Unterschiede aufgrund des Familienstandes oder des Alters beobachtet werden.
- Die erste Mammografie wurde im Durchschnitt mit 45 Jahren durchgeführt, obwohl die periodische Durchführung der Mammografie erst ab 50 Jahren empfohlen wird.
- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben hatten 75% der Frauen die Mammografie aus Präventionsgründen durchgeführt.

Screening des Brustkrebs (≥50 Jahre)

Südtirol, Passi 2005

Demografische Eigenschaften	durchgeführte Mammografie*
Gesamt	81,6 (IC95%:72,7-88,5)
Alter in Jahren	
50-59	75,0
60-69	86,4
Familienstand	
verheiratet	78,6
nicht verheiratet	87,9
Schulausbildung**	
niedere	78,2
hohe	92,0

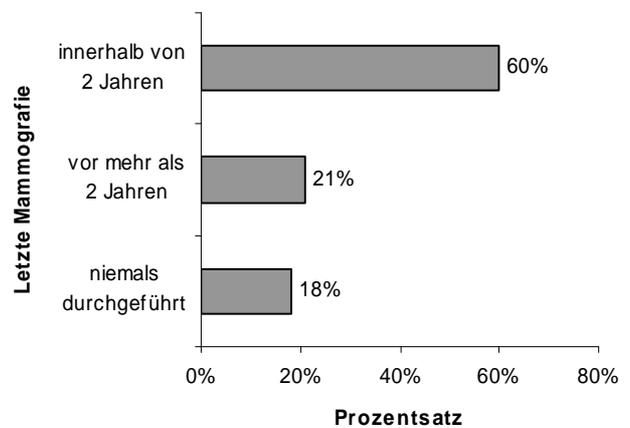
* für die Berechnung der Prozentsätze wurden jene Frauen berücksichtigt, die zumindest einmal eine Mammografie aus Präventionsgründen durchgeführt hatten

** niedere Schulausbildung: keine, Volksschule, Mittelschule; hohe Schulausbildung: ab der Oberschule

Inwieweit werden die Richtlinien/Empfehlungen eingehalten?

- In Südtirol gaben 60% der Frauen zwischen 50 und 69 Jahren an, die Mammografie in den letzten 2 Jahren durchgeführt zu haben und für 21% der Frauen war die letzte Mammografie mehr als 2 Jahre her. Achtzehn Prozent hatten bisher niemals eine Mammografie aus Präventionsgründen durchgeführt.
- Auf nationaler Ebene hatten 57% der Frauen in den letzten 2 Jahren eine Mammografie durchgeführt.

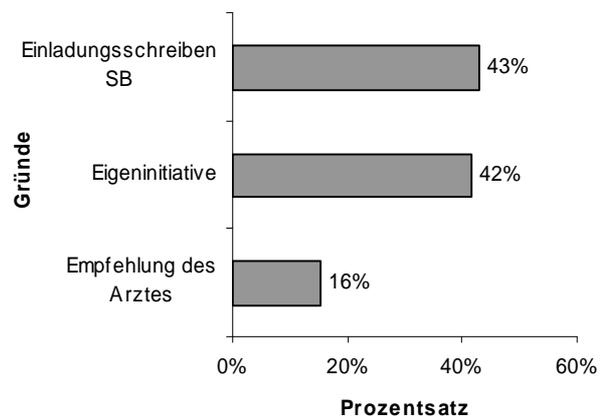
Mammografie und Regelmäßigkeit, Südtirol PASSI 2005



Wird die Mammografie den Frauen empfohlen?

- In 65% der Frauen hatte der Arzt empfohlen die Mammografie in periodischen Abständen durchzuführen; 72% hatten das Einladungsschreiben des Sanitätsbetriebes erhalten.
- Die letzte Mammografie wurde in 15% der Fälle aufgrund der Empfehlung des Arztes durchgeführt, 42% aus Eigeninitiative und 43% hatten das Einladungsschreiben erhalten.
- In den 123 teilnehmenden Sanitätsbetrieben hatten 66% der Frauen die Empfehlung von Seiten des Arztes erhalten und 58% das Einladungsschreiben. Die letzte Mammografie wurde von 29% der Frauen aufgrund der Empfehlung des Arztes durchgeführt, von 39% aufgrund des aktiven Angebotes des Sanitätsbetriebes und von 32% aus Eigeninitiative.

Gründe für die Durchführung der Mammografie in Südtirol, PASSI 2005



Kommentare und Empfehlungen

In Südtirol wurde die Mammografie mindestens einmal von 82% der Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren durchgeführt, aber nur 60% hatten sie im Zeitintervall von zwei Jahren laut Richtlinien durchgeführt. In etwas weniger als der Hälfte der Fälle war der Grund für die letzte Mammografie das Einladungsschreiben des Sanitätsbetriebes. Annähernd gleich viele Frauen hatten die letzte Mammografie aus Eigeninitiative durchgeführt, während nur jede vierte Frau den Empfehlungen des Arztes folgte. Diese Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit einer aktiven Einladung zum Screening des Brustkrebs, um die Adhäsion zum Präventionstest zu fördern: die literarischen Daten beweisen, dass es möglich ist, innerhalb eines organisierten Screening Programmes den Prozentsatz der Frauen, die die Mammografie in den empfohlenen Zeitintervallen und Modalitäten durchführen, zu erhöhen.

Screening des Kolon-Rektum Karzinoms

Das Kolon-Rektum Karzinom stellt die zweithäufigste Todesursache der Neoplasien dar, nach dem Lungenkrebs bei den Männern und dem Brustkrebs bei den Frauen. In Italien erkranken jedes Jahr ca. 34.000 Personen an Kolon-Rektum Karzinom und die Mortalitätsrate ist ziemlich hoch (ca. 19.000 Todesfälle).

Der primäre Screening Test für die Diagnosestellung von asymptomatischen Patienten ist die Untersuchung zur Feststellung von verstecktem Blut im Stuhl, die so genannte "Hämoccult"; durch diese Untersuchung werden mehr als 50% der Tumore im fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert und die Heilungswahrscheinlichkeit ist sehr hoch.

Im Nationalen Aktiven Präventionsplan 2004-2006 wird als Screening Strategie für das Kolon-Rektum Karzinom die Untersuchung zur Feststellung von verstecktem Blut im Stuhl für alle Personen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren in einem Zeitabstand von zwei Jahren empfohlen.

Wie viele haben die Untersuchung des Kolon-Rektum Karzinoms gemacht?

- In Südtirol hatten 26% der Befragten die Untersuchung zur Feststellung des versteckten Blutes im Stuhl aus Präventionsgründen durchgeführt
- Nur 9% wurden laut den Anweisungen des Nationalen Aktiven Präventionsplanes in den letzten zwei Jahren untersucht.
- Auf nationaler Ebene hatten 14% der Teilnehmer der 123 Sanitätsbetriebe den Test durchgeführt.

Screening des Kolon-Rektum Karzinoms (≥50 Jahre)

Südtirol, Passi 2005

Demografisch Eigenschaften	% durchgeführter Test* aus Präventionsgründen
Gesamt	25,5 (IC95%:20,1-31,5)
Alter in Jahren	
50-59	23,1
60-69	27,5
Geschlecht	
Männer	25,7
Frauen	25,2
Schulbildung**	
niedere	23,5
hohe	30,1

* verstecktes Blut im Stuhl oder "Hämoccult"

** niedere Schulbildung: keine, Volksschule, Mittelschule;
hohe Schulbildung: ab der Oberschule

Kommentare und Empfehlungen

Trotz der offensichtlichen Nachweise, dass das Screening die Mortalität des Kolon-Rektum Karzinoms wirksam reduziert, hatte nur ein kleiner Prozentsatz der Studienteilnehmer die Untersuchung aus Präventionsgründen sei es auf lokaler als auch nationaler Ebene durchgeführt. In Italien werden demnächst Programme zur aktiveren Anbietung des Screenings eingeführt.

Definitionen

Body Mass Index (BMI)

Der BMI wird mit folgender Formel berechnet: $IMC = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe (m}^2\text{)}$

Anhand des Wertes des BMI werden die Personen klassifiziert und das Risiko Krankheiten in Folge von Übergewicht zu erleiden, beurteilt. Während der Consensus Conference Italiana "Sovrappeso, Obesità e Salute" im Jahre 1991, wurden laut den internationalen Kriterien das Ausmaß an Übergewichtigkeit und das damit verbundene Risiko zu erkranken wie folgt klassifiziert:

Klassen des Übergewichts	(BMI)	Klassifizierung	Erkrankungsrisiko
0	< 25	Normalgewicht	sehr niedrig
0	25-29,9	Übergewicht	niedrig
1	30-34,9	Leichte Fettleibigkeit	mittelmäßig
2	35-39,9	Schwere Fettleibigkeit	hoch
3	> 40	Krankhafte Fettleibigkeit	sehr hoch

Rauchgewohnheit

- Nicht-Raucher: Personen die angeben weniger als 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht zu haben und derzeit nicht rauchen.
- Ex Raucher: Personen die angeben, mehr als 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht zu haben aber bereits seit 6 Monaten nicht mehr rauchen
- Raucher: Personen die angeben, mehr als 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht zu haben und derzeit regelmäßig alle Tage rauchen.

Weitere Klassifikation der "Raucher" aufgrund der Anzahl der gerauchten Zigaretten:

- starker Raucher (25 und + Zigaretten im Tag)
- mittelmäßiger Raucher (von 15 bis 24 Zigaretten am Tag)
- leichter Raucher (weniger als 15 Zigaretten am Tag)

Konsum von Nahrungsmittel

Laut Empfehlungen "5 a day" (5 am Tag): Personen die angeben, mindestens 5 Portionen (circa 100 g) Obst und Gemüse zu konsumieren

Empfundener Gesundheitszustand

Subjektive Wahrnehmung des erhobenen Gesundheitszustandes anhand von fünf Fragen mit vorgegebenen Antworten: Wie steht es um ihren Gesundheitszustand:

Kategorien: - sehr gut; gut; diskret; schlecht; sehr schlecht;

Tage, an denen die täglichen Aktivitäten aufgrund körperlicher oder geistiger Probleme nur limitiert ausgeübt werden können

Die subjektive Wahrnehmung der Tage an denen die täglichen Aktivitäten aufgrund körperlicher oder geistiger Probleme nur limitiert ausgeübt werden können, wird durch folgende Fragen erhoben: an wie vielen Tagen, in den letzten 30 Tagen, waren sie nicht fähig die täglichen Aktivitäten aufgrund körperlicher oder geistiger Probleme auszuüben?

Für jede der Variablen wird der Durchschnitt der Tage im Monat berechnet.

Es wird außerdem der Summary Index berechnet, welcher sich aus der Summe der Tage in schlechtem Gesundheitszustand wegen körperlicher und geistiger Probleme bis zu einem Maximum von dreißig Tagen zusammensetzt.

Unfälle und Alkohol

- Richtiger Gebrauch der vorderen Sicherheitsgurte: Personen die angeben, sich "immer" anzuschnallen
- Richtiger Gebrauch der hinteren Sicherheitsgurte: Personen die angeben, sich "immer" anzuschnallen
- Richtiger Gebrauch des Sturzhelmes: Personen die angeben, sich "immer" einen Sturzhelm aufzusetzen
- Lenken des Autos im betrunkenen Zustand: Personen die angeben, 2 oder mehr alkoholische Getränke weniger als eine Stunde vor dem Autofahren getrunken zu haben.
- Konsum von Alkohol: Personen die angeben, wenigstens ein alkoholisches Getränk im letzten Monat getrunken zu haben
- Mäßiger Konsum von Alkohol: Männer die angeben, 3 oder weniger als 3 alkoholische Getränke am Tag getrunken zu haben und Frauen die angeben, 2 oder weniger als 2 Getränke getrunken zu haben und nicht angeben binge drinking
- Starke Konsumenten: Männer die angeben, mehr als 3 Getränke am Tag zu sich genommen zu haben und Frauen mehr als 2 Getränke
- Risikokonsumenten: Personen die angeben, binge drinking (wer mehr als 5 Einheiten alkoholischer Getränke bei einer einzigen Gelegenheit trinkt) oder außerhalb der Mahlzeiten Alkohol konsumiert oder viel Alkohol konsumiert zu haben.

Körperliche Bewegung

- Laut Empfehlungen: mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung an 5 Tagen in der Woche für Personen, die im Sitzen arbeiten oder intensive körperliche Bewegung für 20 Minuten dreimal die Woche für Personen, die im Sitzen arbeiten
- aktiv: Personen, die Schwerarbeit ausüben oder die Empfehlungen einhalten (Department of Health and Human Services)
- mangelnde Bewegung bei der Arbeit: Personen, die im Sitzen arbeiten, oder die Empfehlungen nicht wahrnehmen

Onkologisches Screening

- Einhaltung der Empfehlungen bezüglich Pap-Test: Frauen zwischen 25 und 64 Jahren, die mindestens einen Test als Präventionsmaßnahme vor nicht mehr als 3 Jahren durchgeführt haben.
- Einhaltung der Empfehlungen bezüglich Mammografie: Frauen zwischen 50 und 64 Jahren, die mindestens eine Mammografie als Präventionsmaßnahme vor nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt haben

- Einhaltung der Empfehlungen bezüglich Kolon-Rektum: Personen >50 Jahre, die mindestens eine Untersuchung zur Feststellung von verstecktem Blut im Stuhl oder eine Rektoskopie und Koloskopie als Präventionsmaßnahme vor nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt haben

Tabelle über die Ergebnisse der Studie

(123 Sanitätsbetriebe, nicht gewichtet)

Beschreibung der Studienbevölkerung	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
mittleres Alter	45,2 anni	43,9 anni
Frauen, %	43,8	51,6
Studientitel, %		
<i>Universitätsabschluss</i>	10,9	11,2
<i>Oberschulabschluss</i>	33,0	40,4
<i>Mittelschulabschluss</i>	41,3	30,5
<i>Volksschulabschluss</i>	14,3	16,0
<i>keinen</i>	0,5	1,3
Grad der Schulausbildung*, %		
<i>hohe</i>	48,4	51,6
Familienstand, %		
<i>verheiratet/zusammenlebend</i>	62,1	66,2
<i>ledig</i>	28,9	27,4
<i>Witwer/e</i>	3,8	2,9
<i>getrennt/geschieden</i>	5,3	3,5
regelmäßige Arbeit**, %	76,7	62,5

* hohe Schulausbildung: Universitäts- oder Oberschulabschluss; niedere: Volks-, Mittelschulabschluss oder keinen

** Studienbevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren

Empfundener Gesundheitszustand	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Gesundheitszustand gut-sehr gut, %	81,4	63,5
Tage in schlechtem körperlichen Zustand (Tage/Monat)	3,2	3,2
Tage in schlechtem geistigen Zustand (Tage/Monat)	2,4	3,3
nicht fähig die alltäglichen Tätigkeiten auszuführen (Tage/Monat)	1,2	1,6

Körperliche Bewegung	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Einhaltung der Richtlinien [^] oder körperlich anstrengende Arbeit	64,7	42,4
Körperlich inaktive Lebensweise ^{^^}	5,3	23,3
Empfehlungen der Ärzte: ^{^^^}		
<i>Fragen über körperliche Aktivität</i>	32,5	38,2
<i>Empfehlung körperliche Aktivität auszuüben</i>	31,7	40,1
<i>Hinweise über Art, Häufigkeit und Dauer der körperlichen Aktivität</i>	9,0	10,2
<i>Fragen über den Verlauf der empfohlenen körperlichen Aktivität</i>	7,4	9,9
<i>vollständige Empfehlungen erhalten</i>	5,7	7,2

[^] 30 Minuten moderate körperliche Aktivität mindestens 5-mal die Woche oder intensive körperliche Aktivität mehr als 20 Minuten 3-mal die Woche

^{^^} keine körperlich anstrengende Arbeit und weniger als 10 Minuten moderate oder intensive körperliche Aktivität 1-mal die Woche

^{^^^} Empfehlung, Hinweise und Überprüfung bezüglich körperlicher Aktivität, auf die gesamte Studienbevölkerung berechnet

Das Rauchen	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Raucher*	23,3	26,5
<i>Männer</i>	24,9	31,5
<i>Frauen</i>	21,3	21,7
Ex Raucher**	26,6	19,7
Nicht-Raucher***	50,1	53,9
Methoden zur Rauchentwöhnung der Ex-Raucher:		
alleine, ohne fremde Hilfe	98,1	94,2
mit Hilfe eines Arztes	0	1,8
Empfehlungen der Ärzte:		
<i>Fragen über Rauchgewohnheiten</i>	33,8	38,6
<i>Fragen an die Raucher</i>	52,1	64,9
<i>Empfehlung mit dem Rauchen aufzuhören (Raucher)</i>	45,8	62,2
Rauchgewohnheiten im Haus:		
<i>nicht erlaubt</i>	55,7	37,0
<i>niemand raucht</i>	23,9	25,4
Einhaltung des Rauchverbotes am Arbeitsplatz (nur Berufstätige):		
<i>immer</i>	80,9	76,3
<i>manchmal/nie</i>	11,8	20,7

* mehr als 100 Zigaretten im Leben geraucht und derzeit alle Tage oder an manchen Tagen geraucht
** mehr als 100 Zigaretten im Leben geraucht und seit 6 Monaten nicht mehr geraucht
*** weniger als 100 Zigaretten im Leben geraucht und derzeit nicht geraucht

Ernährung	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Obst und Gemüse mindestens 1-mal am Tag wissen über das "5 a day" [^] Bescheid	91,5	90,8
fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag	44,0	55,8
Informationsquellen:		
<i>Medien</i>	11,5	13,3
<i>Arzt</i>	21,6	45,4
<i>Informationskampagnen</i>	68,4	18,5
	80,1	12,1

[^] 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag

Alkoholkonsum	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
≥1 Einheit eines alkoholischen Getränks im letzten Monat getrunken [◇]	80,8	63,8
Konsum von Alkohol außerhalb der Mahlzeiten ^{◇◇}	27,4	12,4
Binge Trinker ^{◇◇◇}	21,0	8,0
starker Alkoholkonsum ^{◇◇◇◇}	8,4	5,5
Fragen des Arztes an den Patienten über Alkoholkonsum	16,3	14,4

◇ eine Einheit eines alkoholischen Getränks ist einer Dose Bier oder einem Glas Wein oder einem Gläschen Schnaps gleichzustellen

◇◇ mindestens eine Einheit eines alkoholischen Getränks außerhalb der Mahlzeiten mindestens 1-mal die Woche

◇◇◇ Konsum von 6 oder mehr Einheiten alkoholischer Getränke bei einer einzigen Gelegenheit mindestens 1-mal im letzten Monat

◇◇◇◇ mehr als 3 Einheiten/Tag für Männer und mehr als 2 Einheiten/Tag für Frauen

Verkehrssicherheit	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Verwendung der Sicherheitsgurte auf den Vordersitzen (immer)	90,1	83,0
Verwendung der Sicherheitsgurte auf den Rücksitzen (immer)	41,3	19,7
Verwendung des Helms# (immer)	94,2	88,1
Autofahren in betrunkenen Zustand##	13,6	10,6
mit einem betrunkenen Autofahrer mitgefahren###	11,0	12,0

ausgeschlossen vom Denominator wer nicht mit dem Motorrad fährt

im letzten Monat mit dem Auto innerhalb einer Stunde nach dem Konsum von ≥ 2 Einheiten alkoholischer Getränke gefahren; auf die gesamte Studienbevölkerung berechnet

im letzten Monat mit einem Autolenker oder Motorradfahrer mitgefahren, der in der Stunde zuvor 2 oder mehr Einheiten alkoholischer Getränke konsumiert hat; auf die gesamte Studienbevölkerung berechnet

Grippeimpfung	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Geimpfte 18-69 Jahre	9,5	15,3
Geimpfte ≥ 65 Jahre	29,3	51,2
Geimpfte <65 Jahre mit mindestens einer Pathologie	17,6	27,9

Rötelnimpfung (Frauen 18-45 Jahre)	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Geimpfte	43,0	30,6
Rubeotest durchgeführt*	49,4	40,6
immune Frauen**	63,4	52,6

* % für die Berechnung wurden nicht geimpften Frauen/weiß nicht berücksichtigt

** % Frauen zwischen 18 und 45 Jahren, die geimpft sind oder einen positiven Rubeotest haben

Bluthochdruck	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Messung des Bluthochdrucks in den letzten 2 Jahren	79,0	81,4
Hypertoniker*	20,7	22,6
Behandlungsmethoden der Hypertonie:		
<i>medikamentöse Behandlung</i>	63,6	69,1
<i>geringerer Konsum von Salz</i>	61,9	71,0
<i>Abnahme oder Kontrolle des Körpergewichts</i>	41,5	37,4
<i>regelmäßige körperliche Aktivität</i>	49,2	34,6

* ausgeschlossen Personen, die niemals die Messung durchgeführt haben und jene die sich nicht mehr erinnern konnten ob oder wann die Messung durchgeführt wurde

Cholesterinämie	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Cholesterin Messung mindestens 1-mal durchgeführt	69,5	79,3
Hypercholesterinämie [^]	25,4	24,7
Behandlungsmethoden der Hypercholesterinämie:		
<i>medikamentöse Behandlung</i>	15,1	24,3
<i>reduzierter Fleisch- und Käsekonsum</i>	74,5	76,6
<i>Verzehrt Obst und Gemüse</i>	66,0	57,8
<i>Abnahme oder Kontrolle des Körpergewichts</i>	47,2	41,6
<i>regelmäßige körperliche Aktivität</i>	41,5	39,0

[^] ausgeschlossen Personen, die niemals die Messung durchgeführt haben oder sich nicht erinnern konnten ob oder wann die Messung durchgeführt wurde

Ernährung und Körpergewicht	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
übergewichtige Studienteilnehmer	35,1	43,6
<i>Übergewicht</i>	26,9	32,5
<i>Fettleibigkeit</i>	8,2	10,8
Behandlung des Übergewichts:		
<i>Diät</i>	21,0	28,0
<i>regelmäßige körperliche Aktivität</i>	38,3	22,7

Charta des kardiovaskulären Risikos (≥ 40 Jahre)	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
durchgeführte Berechnung [#]	8,7	9,0

[#] auch Personen die mit weiß nicht/kann mich nicht erinnern wurden berücksichtigt

Screening des Gebärmutterhalskrebses[^] (Frauen zwischen 25 und 64 Jahren)	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
mindestens einen Pap-Test durchgeführt	93,3	78,4
letzter Pap-Test vor nicht mehr als 3 Jahren	84,6	69,7
Empfehlung Pap-Test regelmäßig durchzuführen	68,2	70,1
Einladungsschreiben des Sanitätsbetriebes erhalten	58,0	56,0
Begründung des letzten Pap-Tests:		
<i>Einladungsschreibens</i>	14,9	24,6
<i>Empfehlung des Arztes</i>	9,9	30,6
<i>Eigeninitiative</i>	70,7	43,6

[^] als Präventionsmaßnahme durchgeführt

Screening des Brustkrebses (Frauen zwischen 50 und 69 Jahren) ^{◇,◇◇}	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
mindestens eine Mammografie durchgeführt	81,6	74,9
letzte Mammografie vor nicht mehr als 2 Jahren	60,2	56,7
Empfehlung Mammografie regelmäßig durchzuführen	65,0	65,7
Einladungsschreiben des Sanitätsbetriebes erhalten	71,8	57,6
Begründung der letzten Mammografie:		
<i>Einladungsschreibens</i>	42,9	38,7
<i>Empfehlung des Arztes</i>	15,5	28,6
<i>Eigeninitiative</i>	41,7	32,0

◇ nationale Werte ohne Berücksichtigung der zusätzlichen Studienbevölkerung einiger Sanitätsbetriebe

◇◇ als Präventionsmaßnahme durchgeführt

Screening des Kolon-Rektum Karzinoms (50-69 Jahre)[#]	Südtirol (%)	123 Sanitätsbetriebe (%)
Untersuchung zur Feststellung von verstecktem Blut im Stuhl, ("Hämoccult"), mindestens 1-mal durchgeführt	25,5	14,0
Untersuchung in den letzten 2 Jahren durchgeführt	9,2	8,3

als Präventionsmaßnahme durchgeführt

Bibliografie

- CDC: The Behavioral Risk Factor Surveillance System User's Guide www.cdc.gov/brfss
- Ministero della Salute: Piano Nazionale di prevenzione attiva 2004-2006
- Ministero della Salute - Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Relazione Sanitaria Provinciale 2004 – Provincia Autonoma di Bolzano, Alto Adige

Gesundheit und wahrgenommene Lebensqualität

- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- CDC - Healthy days methods 1989

Körperliche Aktivität

- Paul A. Estabrooks; Russell E. Glasgow; David A. Dziewaltowski, Physical Activity Promotion Through Primary Care, JAMA. 2003;289:2913-2916.
- Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to increase physical activity in communities. Am J Prev Med 2002;22(4S)
- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHO, 2003
- U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd Edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 1996. <http://cpmcnet.columbia.edu/texts/gcps/>

Rauchen

- Lancaster T., Stead L., Silagy C., Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings
- Sanguinetti C.M., Marchesani F., Prevenzione primaria del fumo, in Nardini S. e Donner C.F., L'epidemia del fumo in Italia, Edi-Aipo Scientifica, Pisa, 2000.
- Garattini S., La Vecchia C., Il fumo in Italia: prevenzione, patologie e costi. Editrice Kurtis, Milano, 2002.
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo, 2002 (www.ossfad.iss.it)
- Legge 3 del 16 gennaio 2003 art. 51
- Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Rapporto annuale sul fumo in Italia. Maggio 2005 (www.ossfad.iss.it)
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2003

Ernährung

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- Stili di vita e condizioni di salute, Indagine annuale sulle famiglie, Aspetti della vita quotidiana, ISTAT, Roma 2001
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000 (informazioni n.26)
- Food Guide Pyramid: A Guide to Daily Food Choices. Home and Garden Bulletin no. 232. Washington, DC: Department of Agriculture, 1992.

Alkohol

- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione - Ministero delle Politiche Agricole e Forestali: Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003
- <http://www.epicentro.iss.it/focus/alcool/alcol.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000-2005, http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ADU/Policy/20020923_1
- I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) E. Scafato, S. Ghirini, R. Russo <http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/alc%20REP%202004.1133945788.pdf>

Verkehrssicherheit

- WHO, World health report 2002: reducing risks, promoting healthy life, Geneva 2002 cit. in Adnan A Hyder, Margie Peden, Inequality and road traffic injuries: call for action, The Lancet, 2003; 362: 2034-35
- Clare Kapp, WHO acts on road safety to reverse accidents trends, The Lancet, 2003; 362: 9390
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, disponibile presso il sito internet del Ministero: <http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- Motor –Vehicle Occupant Injury: Strategies for Increasing use of Child Safety Seats, Increasing Use of Safety Belts, and Reducing Alcol-Impaired Driving, MMWR, Vol.50/No.RR-7, May 2001; Shults RA., et al., Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Alcol-Impaired Driving, Am J Prev Med 2001, 21, 66-88.)

Kardiovaskuläres Risiko

- Hense H.W. Observation, predictions and decisions assessing cardiovascular risk assessment. International Journal of Epidemiology, 2004; 33: 235-239
- Palmieri L., Vanuzzo D., Panico S. et al., Il progetto CUORE studi longitudinali. Ital Heart J; 5 (Suppl 3): 94-101
- Wald NJ, Law MR., A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%, BMJ, 2003; 326 (7404): 1491
- Writing Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control:main results of the PREMIER clinical trial JAMA 2003 30;289 (16):2083 - 93

Onkologische Screening

- LILT- Dossier “Tumori: la vera cura esiste e si chiama prevenzione” – 2002
- ISTAT: La mortalità per causa nelle regioni italiane – anni 2000 –2002 reperibile sul sito www.istat.it
- www.epicentro.iss.it
- <http://www.thecommunityguide.org/cancer/screening/default.htm>
- Osservatorio Nazionale per la prevenzione dei tumori femminili -secondo Rapporto
- ISTAT (2002) Fattori di rischio e tutela della salute. Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”. Anni 1999-2000 (informazioni n.26)