Der Teil über die versorgungsberechtigte Bevölkerung enthält die wichtigsten demographischen Daten zur Südtiroler Wohnbevölkerung: Bevölkerungsstruktur und territoriale Verteilung, Lebenserwartung, Geburtenrate und Wachstumsindikatoren.

1 BETREUUNGSBERECHTIGTE BEVÖLKERUNG

Der Gesundheitsbericht verwendet verschiedene bereichsabhängige Kriterien für die Berechnung der betreuungsberechtigen Bezugsbevölkerung: Bevölkerung nach durchlebten Jahren, Bevölkerung nach Köpfen oder Bevölkerung zum ASTAT-Stand vom 31. Dezember.
Die Berechnung nach durchlebten Jahren zählt die Tage im Jahr, in denen ein auf dem Landesgebiet ansässiger Bürger effektiv vom Landesgesundheitsdienst (LGD) versorgt wurde.
Die Berechnung nach Köpfen berücksichtigt alle in Südtirol ansässigen Personen, die für mindestens einen Tag zwischen dem 01.01. und dem 31.12. für den Sanitätsbetrieb des Landes betreuungsberechtigt waren. Darin eingeschlossen sind auch alle Einwohner, die im Laufe des Jahres zur Wohnbevölkerung hinzukamen (geboren und übersiedelt) oder davon austraten (verstorben oder weggezogen).
Das Landesamt für Statistik (ASTAT) legt hingegen die offizielle Landesbevölkerung zum 31. Dezember des Bezugsjahres auf der Grundlage der von den Meldeämtern aller Südtiroler Gemeinden gelieferten Daten fest. Unter diese Bevölkerung fallen alle lebenden, auf dem Landesgebiet zum 31. Dezember ansässigen Bürger, ausgeschlossen die Personen, die vor diesem Zeitpunkt (wegen Tod oder Abwanderung) aus der Bevölkerung ausgetreten sind, jedoch für einen Teil des Jahres vom Landesgesundheitsdienst versorgt wurden.

1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG

Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung nach durchlebten Jahren: 500.281 Einwohner

Im Jahr 2012 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung nach durchlebten Jahren gemäß Datei der Betreuungsberechtigten des Landes (DBBL) 500.281 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 67,6 Einwohnern pro km². 55,0% des Landesgebietes weisen einen niedrigen

Erschließungsgrad auf[1], 21,1% einen mittleren Erschließungsgrad und 23,9% einen hohen Erschließungsgrad (Volkszählung 2011).

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter: 41,7 Jahre
- Altersindex: 121,3%
- Abhängigkeitsindex: 53,8%

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 96,5 Männer. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 41,7 Jahren (40,4 Jahre für die Männer und 43,0 für die Frauen) und verzeichnet im letzten fünf Jahren eine Zunahme von 0,9 Jahren. Der Altersindex entspricht 121,3 Senioren (über 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den letzten fünf Jahren von 9 Punkte und ist unter den Frauen höher (142,6%) als unter den Männern (101,4%). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 147%. Der Abhängigkeitsindex liegt bei 53,8% und verläuft seit dem letzten Jahrzehnt konstant ansteigend. Für die Frauen (57,4%) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,2%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 53%.

1.3. LEBENSERWARTUNG

Indikatoren im Überblick

- Lebenserwartung bei der Geburt - Männer: 80,5 Jahre
- Lebenserwartung bei der Geburt - Frauen: 85,8 Jahre

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Landessterbetafeln aus dem Jahr 2009 79,9 Jahre für die Männer und 85,1 Jahre für die Frauen. ISTAT-Schätzungen für das Jahr 2011 zufolge besitzt Südtirol eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (80,5 vs. 79,4 für die Männer und 85,8 vs. 84,5 für die Frauen).

[1] *Gemäß Eurostat-Definition liegt ein hoher Erschließungsgrad bei einer Bevölkerungsdichte über 500 Einwohner/km² und mindestens 50.000 Einwohnern vor, ein mittlerer Erschließungsgrad bei einer Bevölkerungsdichte über 100 Einwohner/km² bei weniger als 50.000 Einwohnern; in allen anderen Fällen wird der Erschließungsgrad als niedrig eingestuftt*

Die Lebenserwartung bei der Geburt verlief in den letzten Jahren konstant zunehmend: Sie verlängerte sich im letzten zehn Jahren für die Männer um 2,5 Jahre, für die Frauen um 2,1 Jahre. Frauen leben in allen Altersklassen länger als die Männer: Im Alter von 20 bis 30 Jahren ist das männliche Sterblichkeitsrisiko von zweimal bis fünfmal höher als jenes der Frauen und im Alter von 30 bis 80 Jahren zweimal höher. Die Lebenserwartungsdifferenz zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren der Sterbetafeln 1977-79 auf 5,3 Jahre der neueren Tafeln).

1.4. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: 5.668
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: 5.281
- Durchschnittsalter der Eltern bei der Geburt: 31,5 Jahre für die Mutter und 35,2 Jahre für den Vater
- Prozentsatz der ansässigen Ausländerinnen, die in Südtirol entbunden haben: 20,0%
- Prozentsatz der schwangeren Südtirolerinnen über 35 Jahren, die mindestens eine invasive Untersuchung durchgeführt haben: 17,3%

Aus strategischer Sicht ist die Betreuung während der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Geburt und des Neugeborenen für das Gesundheitssystem sehr wichtig, da sie sich auf das Wohlergehen der gesamten Bevölkerung auswirkt. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Eigenschaften und kritischen Punkte der Betreuung zu überwachen. Im Jahr 2012 wurden in Südtirol 5.668 Kinder geboren, 5.281 davon von ansässigen Müttern (93,2%), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Die Anzahl der Neugeborenen ist gegenüber 2011 gestiegen und somit höher als die Durchschnittswerte der Vorjahre (durchschnittliche Anzahl in den Jahren 2008-2011 ca. 5.550 Geburten). Fast alle Geburten fanden in den 8 Geburtsstellen des Landes statt, nur 17 waren Hausgeburten. Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol weiterhin ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Betreuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten. Bei der Durchführung von invasiven Pränataldiagnostiken verzeichnen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Südtiroler Müttern und jenen auf dem restlichen Staatsgebiet. Nur 17,3% der schwangeren Südtirolerinnen über 35 Jahren (Risikofaktor, aufgrund dessen der Eingriff angeboten wird) unterziehen sich mindestens einer invasiven Untersuchung, während es in den italienischen Regionen wie der Emilia Romagna, Venetien und der Toskana zirka

rund 50,0%* sind.

*Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 9 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2011

1.4.1 Eigenschaften der Eltern

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: 31,5 Jahre
- Ansässige Mütter, die 2012 entbunden haben: 5.180
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: 30,1%
- Prozentsatz der Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt Hausfrauen sind: 18,5%
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: 91,4%
- Prozentsatz der Väter mit Mittelschulabschluss: 45,2%

Das Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung ist geringfügig gestiegen und betrug 31,5 Jahre. Dieser Wert zeigt, dass die Südtiroler Mütter im Durchschnitt etwas jünger als die Mütter der Regionen Emilia Romagna, Venetien und Toskana sind, aber älter als die Mütter der Regionen Piemont, Marken und Kampanien*. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2012 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (64,8%), fast 1 von 3 über 35 Jahre (30,1%) und 7,0% (352 Frauen) über 40 Jahre. Auch das Durchschnittsalter des Vaters ist gegenüber dem Vorjahr gestiegen und betrug daher 35,1 Jahre. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 66 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 1,3% aller ansässigen Frauen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die große Schwierigkeiten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiven Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen haben). Weiterhin signifikant hoch ist der Prozentsatz der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind und insbesondere Mütter mit italienischer Staatsbürgerschaft: eine von zwei Müttern sind zum Zeitpunkt der Entbindung nicht verheiratet. Dieser Wert liegt weiterhin deutlich über dem gesamtstaatlichen Durchschnitt mit nur 21,3%* an außerehelichen Geburten. Ein Umstand, der sich eher dort verbreitet, wo die Frauen wirtschaftlich unabhängiger sind und demnach auch mehr Sicherheiten besitzen. Hinsichtlich des Studientitels weisen 62,0% der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 48,9% sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 74,9% der Mütter gegenüber 91,4% der Väter). Der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist laut CedAP-Daten in

ständigem Anstieg: von 14,6% im Jahr 2005 auf 20,0% im Jahr 2012 (eine von fünf Müttern). Die marokkanische Staatsbürgerschaft kommt am häufigsten vor. Berücksichtigt man das Geburtsland der Mutter, so sind im Jahre 2012 23,1% der gesamten ansässigen Mütter im Ausland geboren.

*Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 9 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2011

1.4.2 Schwangerschaft und Geburt

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittliche Anzahl der Schwangerschaftsuntersuchungen: 6,8
- Prozentsatz der entbindenden ansässigen Mütter, die mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen: 6,5%
- Prozentsatz der Neugeborene mit Kaiserschnitte in Südtirol: 25,3%
- Prozentsatz der Neugeborene durch vaginale Entbindung in der Marienklinik 59,0%
- Anzahl der Zwillingsgeburten: 100, entspricht 1,9% aller Geburten
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: 117, entspricht 2,3% aller entbindenden ansässigen Mütter

Die Geburtsbescheinigung lässt Informationen über Visiten und Instrumentaluntersuchungen der Mutter während der Schwangerschaft erfassen. Im Jahr 2012 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,8 Kontrollvisiten (konstanter Wert in den letzten Jahren). Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. In 4,7% der Fälle haben die Mütter weniger als 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 63,1% der schwangeren Mütter haben die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh (dieser Wert zeigt eine steigende Tendenz). Von den Frauen, die im Jahr 2012 in Südtirol entbunden haben, ließen 335 (6,5%) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2005 waren es 9,8%). 2,9% ließen eine Amniozentese vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom), 2,4% eine Chorionbiopsie. Bei der Untersuchung der Art der Entbindung bei ansässigen Müttern ergibt sich, dass 68,5% der Kinder vaginal und 6,1% operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Der Prozentsatz der chirurgischen Geburten im Jahr 2012 entspricht dem Wert des Vorjahres 25,3%. Die häufigste Inanspruchnahme des Kaiserschnittes konnte in der Marienklinik festgestellt werden, wo der Prozentsatz der Kaiserschnitte 38,5%

betrug im Vergleich zu 25,0% in den öffentlichen Krankenhäusern. Wird auch der bereinigte Anteil der Neugeborenen durch Kaiserschnitt NTSV berücksichtigt (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), ein Indikator, der die Zweckmäßigkeit der Art der Entbindung misst und diese von Faktoren bereinigt, welche die Inanspruchnahme des Kaiserschnittes erhöhen können, ergibt sich ein Wert von 19,2%. Die einzelnen Geburtsstellen verzeichnen in Bezug auf die Unterschiede zwischen den unbereinigten und bereinigten Kaiserschnitten eine geringe Variabilität: Bei hohen Unterschieden zwischen unbereinigten und bereinigten Anteilen ist eine höhere Konzentration von komplexen Fällen zu beobachten, die eine stärkere Inanspruchnahme der Kaiserschnitte verlangen. Bereinigte Werte über den unbereinigten Werten weisen hingegen in Richtung einer übermäßigen Inanspruchnahme der chirurgischen Entbindung. Die Mehrlingsgeburten stellen 1,9% aller Geburten dar (100 Zwillingsgeburten für insgesamt 201 Neugeborene). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 32,0% (eine von drei Mehrlingsgeburten ist auf die künstliche Befruchtung zurückzuführen).

Im Jahr 2012 griffen 117 Frauen (2,3% aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück. Derselbe Wert wurde auch in der Region Emilia Romagna im Jahr 2011 erhoben (2,0%). Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) betrug 7,9%, während die Schwangerschaften mit verspätetem Geburtstermin 0,1% waren.

1.5. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate: 8,1 pro 1.000 Einwohner
- Natürliche Wachstumsrate: 2,5 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate: 5,6 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate: 1.615,2 pro 1.000 Frauen
- Gesamtfruchtbarkeitsrate (2008-2010): 1.596,2 pro 1.000 Frauen

Im Jahr 2011 wuchs die Bevölkerung um 8,1 Personen pro 1.000 Einwohner.

Einen wichtigen Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 1,9‰; das natürliche Wachstum von 2,1‰ gehört auch weiterhin zu den höchsten unter den italienischen Regionen.

Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, welche die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,59 Kindern je Frau (1,4 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene im Jahr 2011).

Die nächsten beiden Abschnitte behandeln die grundlegenden Risikofaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung und beschreiben die Aspekte der Morbidität und Mortalität der wichtigsten Krankheiten.

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheitsleistungen und sonstigen Diensten ab, sondern auch von zahlreichen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren. Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wie Lebenserwartung bei der Geburt und Kindersterblichkeitsrate wird in der Folge auf andere Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen: Lebensstile, Inzidenz von Neoplasien, Verbreitung des Diabetes, Verbreitung der Kreislauf-, Atemweg- und Infektionskrankheiten sowie geistige Gesundheit.

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT

2.1. LEBENSSTILE

„Gesund leben“ ist der Fokus des vom Gesundheitsministerium in die Wege geleiteten Programms „Guadagnare salute“. Die Beseitigung der größten Risikofaktoren für chronischdegenerative Krankheiten, nämlich ungesunde Ernährung, mangelhafte körperliche Bewegung, Rauchen und Alkoholmissbrauch wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus und gewährleistet gleichzeitig ein nachhaltiges Gesundheitssystem.

2.1.1. Ernährung

Indikatoren im Überblick

- Übergewichtige Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 27,5%
- Fettleibige Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 6,7%
- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 44,4%
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 23,8%
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: 5,6%

Eine qualitativ und quantitativ ungesunde Ernährung gehört zu den größten Risikofaktoren für Pathologien wie arterielle Hypertonie, Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Übergewicht und

Fettleibigkeit (auch im Zusammenhang mit mangelnder körperlicher Bewegung) und Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus. 34,2% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (27,5% übergewichtig, 6,7% fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (44,4%) als unter den Frauen (23,8%) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (41,7%) als unter jenen mit höherem Studientitel (26,8%) auf. Nur 5,6% halten sich an die Empfehlung mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen.

2.1.2. Körperliche Bewegung

Indikatoren im Überblick

- Körperlich aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 54,4%
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 6,0%
- Personen ab 3 Jahren, die regelmäßig Sport betreiben: 37,3%

Eine unzureichende körperliche Bewegung macht nicht nur anfälliger für Fettleibigkeit, sondern stellt auch einen Risikofaktor für verbreitete Krankheiten wie koronare Kardiopathie, Diabetes mellitus und einige Tumorarten dar. 54,4% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbedingt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 6,0% betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. Rauchgewohnheit

Indikatoren im Überblick

- Raucher (Männer und Frauen) in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 26,0%
- Raucher (Männer und Frauen) in der Altersklasse von 18-24 Jahren: 36,1%
- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 30,8%
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 21,1%
- Zigarettenkonsum pro Tag: 12
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2006): 1.197

Rauchen ist „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“. Rauchen ist für rund 28% der Todesfälle wegen Tumorerkankungen und für 33% aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 75% der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre und 80% der Lungentumoren zuzuschreiben. Außerdem führt Rauchen auch zu anderen

Krankheiten wie Myokardinfarkt, Ischämie, chronisch-obstruktiver Bronchitis und sonstigen Störungen der Atemwege. Die Rauchgewohnheit ist unter 26,0% der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 30,8% der Männer und 21,1% der Frauen). Jugendliche sind stärker davon betroffen: Im Alter zwischen 18 und 34 Jahren rauchen 36,1%.

2.1.4. Alkohol- und Drogenmissbrauch

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgte Patienten: 816
- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 3,0 pro 1.000 Einwohner
- Inzidenz der von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 2,1 pro 10.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen: 234
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 86,6 pro 100.000 Einwohner
- Von den DfA versorgte alkoholabhängige Patienten: 1.767
- Prävalenz der von den DfA versorgten alkoholabhängigen Patienten: 3,5 pro 1.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen: 1.098
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen: 2,2 pro 1.000 Einwohner
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 40,0%

Die Drogenabhängigkeit hat nicht nur direkte Auswirkungen auf die Gesundheit, sondern beeinträchtigt auch das soziale Verhalten des Einzelnen.

Im Jahr 2012 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 816 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 3,0 Patienten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Nach den Schätzungen der WHO sind rund 9% der Gesamtausgaben für die Gesundheit in Europa auf den Missbrauch von alkoholischen Getränken zurückzuführen. Der Alkohol spielt bei der Erhöhung des Risikos für Erkrankungen wie Leberzirrhose, einigen Tumorarten, Hypertonie, Ischämie und angeborenen Missbildungen eine ausschlaggebende Rolle.

Die risikobehafteten Trinker („Binge Drinker“, Personen, die Alkohol außerhalb der Mahlzeiten konsumieren oder starke Trinker) stellen auf Landesebene 40,0% der Bevölkerung zwischen

18 und 69 Jahren dar; 30,1% davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 20,1% sind „Binge Drinker“ (Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken zu einem einzigen Anlaß im letzten Monat für die Männer und 4 für die Frauen) und 3,5% sind starke Trinker (Konsum im letztem Monat von mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen).
Im Jahr 2012 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 190 Personen mit Spielsuchtproblemen, 111 Personen wegen Mißbrauch von Medikamenten, 129 wegen Probleme mit Nikotin, 365 Angehörige von Personen, welcher unter eine Abhängigkeit leiden, und 82 sonstige Personen versorgt.

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

Dieses Kapitel führt die unter der Bevölkerung am häufigsten verbreiteten Krankheiten an: Allgemeine chronische Krankheiten, Infektionskrankheiten, Tumoren, Diabetes, psychische Störungen, Krankheiten des Herzkreislaufsystems und Atemwegserkrankungen. Für die einzelnen Krankheiten werden die Daten zu Prävalenz, Inzidenz und Mortalität geliefert.

2.2.1. Verbreitung der chronischen Krankheiten

Indikatoren im Überblick

- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: 27,6%
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: 62,3 Jahre
- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Senioren: 75,3%
- An Hypertonie leidende Bevölkerung: 14,7%
- Personen in der Stadt Bozen, die an einer Herzkreislauferkrankung leiden: Mehr als 21.000
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: 6,9%
- Von einer Neoplasie betroffene Bevölkerung: 4,8%
- Von einer chronischen Atemwegserkrankung betroffene Männer: 4,0%

Die chronischen Krankheiten sind die häufigste Todesursache in fast aller Welt. Zu dieser weitumfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen usw.. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Bekämpfung für die öffentliche Gesundheit

eine Priorität darstellt.

Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Die Südtiroler Wohnbevölkerung ist mit einem mittleren Alter von 41,6 Jahren und einem Altersindex von 121 Jahren (d. h. auf 100 Jugendliche kommen 121 Senioren) im Jahr 2012 im Vergleich zum nationalen Durchschnitt relativ jung (trotzdem kohärent mit dem demografischen Trend und einer immer älteren Bevölkerung).

Auf nationaler Ebene wird ein Altersindex von 147* geschätzt. m Jahr 2012 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 27,6% (jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine sowie neurologisch Krankheiten verzeichnet.

15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; etwa 5 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 4 Männer pro 100 eine Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 75 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen ergibt für ländliche Sprengel wie Leifers-Branzoll-Pfatten und das Passeiertal Prävalenzschätzungen der chronischen Kranken, die leicht oberhalb der städtischen Sprengel Bozen und Meran liegen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit Autoimmunkrankheiten und Hashimoto-Thyreoiditis.

Im Gesundheitsbezirk Meran ist die Hypothyreose signifikant stärker verbreitet. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Bluthochdruck (Brixen) und Epilepsie (Bruneck) vor.

2.2.2. Infektionskrankheiten

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Infektionskrankheiten der Klasse II: 3.038
- Melderaten für Infektionskrankheiten der Klasse II: 607,3 pro 100.000 Einwohner
- Gemeldete Infektionskrankheiten der Klasse III: 71
- Melderaten für Infektionskrankheiten der Klasse III: 14,2 pro 100.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Infektionskrankheiten: 2.132
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von Infektionskrankheiten: 426,2 pro 100.000 Einwohner
- Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten (2009): 43
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Infektionskrankheiten (2009): 8,8 pro 100.000 Einwohner
- Neue AIDS-Fälle (2011): 6
- Prävalenzfälle von AIDS (2011): 136
- Inzidenzrate von AIDS (2010): 1,2 pro 100.000 Einwohner
- Prävalenzrate von AIDS (2010): 27,3 pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2012 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 1.991 Fällen bei einer Inzidenz von 398,0 pro 100.000 Einwohner.

Außerdem wurden 2012 71 Tuberkulosefälle gemeldet, was 14,2 pro 100.000 Einwohner entspricht (11,8 im Jahr 2011).

Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2011 wurden unter den Südtirolern 290 Fälle von AIDS gemeldet. Die Inzidenz der neuen AIDS-Fälle betrug für das Jahr 2011 6 (1,2 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2011 774 neue Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 1,3 Fällen pro 100.000 Einwohner. Die Melderate der neuen HIV-Infektionen (28 Fälle) belief sich auf Landesebene im Jahr 2011 auf 5,6 pro 100.000 Einwohner (4,5 im Jahr 2010).

2.2.3. Bösartige Tumore

Indikatoren im Überblick

- Neue erwartete Fälle von bösartigen Tumoren - Männer (2012): 1.856
- Neue erwartete Fälle von bösartigen Tumoren - Frauen (2012): 1.398
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2003-2007): 652,3 pro 100.000 Männer
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2003-2007): 500,1 pro 100.000 Frauen
- Erwartete Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren - Männer (2012): 808
- Jährliche Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren - Männer (2003-2007): 271,1 pro 100.000 Männer
- Erwartete Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren - Frauen (2012): 603
- Jährliche Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren - Frauen (2003-2007): 209,6 pro 100.000 Frauen

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2003-2007.

Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.556 neue Fälle unter den Männern (652,3 pro 100.000) und 1.221 unter den Frauen (500,1 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2012 1.856 neue Fälle unter den Männern und 1.398 neue Fälle unter den Frauen zu erwarten. Die unter den Kindern (0-14 Jahre) beobachteten Tumorfälle betrugen im Jahresdurchschnitt 5,6 für die Jungen und 4,2 für die Mädchen.

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten, bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (23,1% der Fälle), Kolon-Rektum (12,0%), Lunge (9,6%), Blase (8,9%) und Magen (5,2%).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (24,7% der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (12,4%), von dem Lungenkarzinom (5,3%), vom Melanomen (5,1%) und Magenkarzinom (5,1%).

Im Zeitraum 2003-2007 verstarben pro Jahr durchschnittlich 646 Männer an Tumorerkrankungen (271,1 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 512 Frauen (209,6 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2012 können somit für Südtirol insgesamt 1.411 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 808 unter den Männern und 603 unter den Frauen.

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (20,0% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (11,5%), das Prostatakarzinom (10,8%), das Magenkarzinom (7,8%) und das Leberkarzinom (6,6%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom für die meisten Todesfälle verantwortlich (16,6%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (12,1%), vom Lungenkarzinom (9,9%), vom Magenkarzinom (8,1%) und vom Pankreaskarzinom (7,7%).
Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumorregister verwiesen: *http://www.registri-tumori.it/cms/.*

2.2.4. Diabetes

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der diabetischen Patienten an der gesamten Wohnbevölkerung: 4,1**%** (3,9**%** Diabetes Typ 2 und 0,2% Diabetes Typ I)
- Durchschnittsalter: 68,0 Jahre (69,3 Jahre Diabetiker Typ 2 und 38,7 Diabetiker Typ I)
- Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herzkreislaufkrankheit, zwei Drittel sind Hypertonie-Patienten
- Über 75**%** der Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin- und Hämoglobin-Untersuchung durchführen
- Diabetiker Typ 2, die mindestens ein Medikament für Diabetes eingenommen haben (orales Antidiabetikum, Aggregationshemmer, Lipidsenker oder Insulin): 84,6**%**
- Hospitalisierungsrate wegen Diabetes: 98,5 Aufenthalte von Ansässigen pro 100.000 Einwohner

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt - auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,5% der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2012), wobei jedoch weitere 3% mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind.
Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

- Diabetes Typ I (8% der Fälle) ist eine vorwiegend in der Kindheit und Jugend vorkommende Form, die mit Insulin behandelt werden muss;

- Diabetes Typ 2 (über 90% der Fälle) bricht allgemein im Erwachsenenalter oder Greisenalter aus und kann oft durch Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika unter Kontrolle gehalten werden.

Im Jahr 2012 wurden in Südtirol 883 Patienten mit Diabetes Typ I und 19.561 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut (in durchlebte Jahre berechnet), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,2% (Typ I) und 3,9% (Typ II).
Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 12,5% zwischen 65 und 74 Jahren und 15,5% ab 75 Jahren.
Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 38,7 Jahren (Typ I) vs. 67,9 Jahren (Typ II).
Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene nicht homogen. Die Städte verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt, was auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitssystems seitens der dort ansässigen Diabetiker zurückzuführen ist. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Ahrntal, Gadertal, Eggental und Gröden.
Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 auf Landesebene leiden auch an einer Herzkreislaufkrankheit, mehr als zwei Drittel an Hypertonie und ein Drittel an Dislypämie.
Über 75% der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersuchung und eine Glykohämoglobin-Untersuchung durchführen (der gesamtstaatliche Vergleichswert, der in den Nationalen AMD-Leitlinien (AMD - Verband italienischer Diabetesärzte) für das Glykohämoglobin angeführt ist, beträgt 84% gegenüber einem angestrebten Zielwert von 100%).
Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2012 68,6% der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 47,6% einen Lipidsenker, 39,7% einen Aggregationshemmer und 15,8% führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer Medikamente: 84,6% der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.
Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 98,5 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner (ausgeschlossen die Aufenthalte in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes und in österreichischen Einrichtungen). Berücksichtigt man nur die Bevölkerung über 18 Jahren, steigt die Rate auf 114,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner.
Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes mit langzeitigen Komplikationen (in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, das periphere Kreislaufsystem oder andere Komplikationen) beträgt 56,2 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahre.

2.2.5. Psychische Störungen

Indikatoren im Überblick

- Von den Zentren für Geistige Gesundheit betreute Patienten: 9.621
- Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: 19,2 pro 1.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von psychischer Krankheit: 2.968
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von psychischer Krankheit: 593,3 pro 100.000 Einwohner
- Von den Psychologischen Diensten betreute Patienten: 8.380
- Von den Psychologischen Diensten erbrachten Psychotherapie: 10.044
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: 16,8 pro 1.000 Einwohner
- Suizidfälle: 46
- Suizidrate: 9,2 pro 100.000 Einwohner

Der Psychiatrische Dienst ist eine komplexe Struktur, die durch die technische und verwaltungstechnische Koordinierung der operativen Einrichtungen einen integrierten Betrieb, die therapeutische Kontinuität sowie eine einheitliche Planung und Umsetzung der Therapieund sozialen Wiedereingliederungspläne garantiert. Die gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes sind das Zentrum für Geistige Gesundheit (ZGG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, das Day-and-Night Hospital, die Rehabilitationszentren und weitere Einrichtungen für die stationäre und halbstationäre Versorgung.

Im Jahr 2012 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 9.621 Personen betreut (19,2 pro 1.000 Einwohner), 2.968 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (593,3 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (32,4% der Entlassungen).

Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2012 8.380 Patienten (16,8 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der erbrachten Psychotherapie betrug 10.044.

2012 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2008-2012 von 46 Fällen 46 Suizide (9,2 pro 100.000 Einwohner).

2.2.6. Krankheiten des Kreislaufsystems

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der chronischen Vaskulopatien - Männer: 166,1 pro 1.000 Männer
- Prävalenz der chronischen Vaskulopatien - Frauen: 175,5 pro 1.000 Frauen
- Prävalenz der Hypertonie - Männer: 140,7 pro 1.000 Männer
- Prävalenz der Hypertonie - Frauen: 153,3 pro 1.000 Frauen
- Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer (2009): 581
- Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen (2009): 738
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer (2009): 241,0 pro 100.000 Männer
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen (2009): 295,7 pro 100.000 Frauen
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer: 4.941,
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen: 4.112
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer: 2.011,8 pro 100.000 Männer
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen: 1.614,9 pro 100.000 Frauen

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 36,2% der Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems sind die Hypertonie, die Hypercholesterinämie, der Diabetes und die Fettleibigkeit.

Für eine an Hypertonie leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als für eine nicht an Hypertonie leidende Person, und um über viermal höher, an einer Ischämie zu sterben.

Schätzungen zufolge sind 25% der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie Hypertonie-assoziiert. Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie.

Für das Jahr 2012 wird in der Wohnbevölkerung eine Prävalenz von 171,4 Fällen pro 1.000 chronische Herzkreislaufkranke (166,1 pro 1.000 unter den Männern und 175,5 pro 1.000 unter den Frauen) und von 147,1 Fällen pro 1.000 Hypertonie-Patienten geschätzt (140,7 unter den Männern und 153,3 unter den Frauen).

Insgesamt belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen aufgrund von Herzkreislauferkrankungen auf 9.054 (1.809,8 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.454) gehen 706 auf akuten Myokardinfarkt zurück (449 Männer und 257 Frauen).

Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren im Jahr 2009 die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 243 Todesfällen unter den Männern (100,8 pro 100.000) und 223 unter den Frauen (89,4 pro 100.000).

2.2.7. Atemwegserkrankungen

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der chronischen Bronchopathien - Männer: 40,5 pro 1.000 Männer
- Prävalenz der chronischen Bronchopathien - Frauen: 34,2 pro 1.000 Frauen
- Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2009): 154
- Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2009): 139
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2009): 63,9 pro 100.000 Männer
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2009): 55,7 pro 100.000 Frauen
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: 3.445
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen: 2.622
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: 1.402,4 pro 100.000 Männer
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen - Frauen: 1.029,7 pro 100.000 Frauen

Die Atemwegserkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache (8,0%).

Die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) ist für über die Hälfte der Todesfälle aufgrund von Lungenkrankheiten verantwortlich und ständig im Anstieg.
Rauchen ist der bedeutendste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20% der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden Atmungsinsuffizienz. Die für das Jahr 2012 geschätzte Prävalenz der chronischen Bronchopathien entspricht in Südtirol 37,3 Fällen pro 1.000 Einwohner (40,5 unter den Männern und 34,2 unter den Frauen).
Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2012 insgesamt auf 6.067, wobei die Hospitalisierungsrate 1.212,7 pro 100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Pneumonie und Grippe.
Die chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten stellten im Jahr 2009 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache (34,0 pro 100.000 für die Männer und 20,8 pro 100.000 für die Frauen).

2.2.8. Sterblichkeit nach Ursachen

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer (2009): 760,4 pro 100.000 Männer
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2009): 772,9 pro 100.000 Frauen

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2009 fast vollständig, für die nach diesem Datum erfolgten Todesfälle jedoch nicht verfügbar.
Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2009 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 3.762, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 766,8 pro 100.000 entspricht.
Die Haupttodesursache waren 2009 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 38,3% der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 31,7% in der männlichen Bevölkerung.
Unter der Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 34,6% gegenüber den 29,0% unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (7,6% vs. 3,4%) vor.

Die „Kollektive Gesundheitsversorgung" umfasst die Tätigkeiten und Leistungen zum Schutz und zur Sicherheit der Bevölkerung vor Infektions- und Umweltrisiken im Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld und den Lebensstilen.

3. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

Der Landesgesundheitsplan sieht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans unter anderem die „Kollektive Gesundheitsversorgung im Lebens- und Arbeitsumfeld" vor. Das Ziel besteht darin, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch die Gewährleistung folgender Leistungen zu fördern:

1. Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten
2. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor gesundheitlichen Risiken im Lebensumfeld, auch mit Bezug auf die durch die Umweltverschmutzung verursachten Auswirkungen auf die Gesundheit
3. Schutz der Bevölkerung und der Einzelpersonen vor Unfall- und Gesundheitsrisiken im Arbeitsumfeld
4. Öffentliches Veterinärwesen
5. Hygienisch-sanitärer Lebensmittelschutz
6. Rechtsmedizinische Tätigkeiten.

Ausgeschlossen sind die individuellen Präventionsmaßnahmen, mit Ausnahme der organisierten Impfprogramme, die zum Ziel haben, das Immunsystem der Bevölkerung (wie im Nationalen Impfplan vorgesehen) zu stärken, und die onkologischen Screening, wenn sie als strukturierte Programme für die Bevölkerung organisiert sind.

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING

Die onologischen Screening-Programme verfolgen das Ziel, die Krankheit in vorklinischer Phase oder deren Vorläufer in der allgemeinen Bevölkerung oder in einer Untergruppe zu ermitteln. Sie wenden sich an eine asymptomatische Bevölkerung, die aufgefordert wird, sich einem Test zu unterziehen. Die Tumoren, für welche die Wirksamkeit des Screening-Programms zur Verminderung der Inzidenz und Sterblichkeit erwiesen ist, sind das Mammakarzinom und Zervixkarzinom für die Frauen und das Kolon-Rektum-Karzinom für die Gesamtbevölkerung. In Südtirol läuft das Screening-Programm für das Mammakarzinom und es wurden wiederum Einladungen für das Zervixkarzinom verschickt.

3.1.1. Zervixkarzinom

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzinom -Screening (2012): 39,3%
- Karzinom-Diagnosen beim Zervixkarzinom -Screening (2012): -
- Schwere Dysplasien beim Zervixkarzinom -Screening (2012): 40 (0,27%)

Das für das Zervixkarzinom empfohlene Screening ist der Paptest, den Frauen zwischen 25 und 64 Jahren alle drei Jahre durchführen sollten. Die Wirksamkeit des Screening-Programms ist sowohl durch die Reduzierung der Sterblichkeit in den Gebieten, in denen es durchgeführt wird, als auch durch spezifische Studien erwiesen.
Im Jahr 2011 aufgeforderten Frauen nahmen 39,3% die Einladung am Screening-Programm wahr. Auf keinen Fall wurde ein Karzinom diagnostiziert, in 40 Fällen (0,27%) eine schwere Dysplasie und in 292 Fällen eine leichte oder mittelschwere Dysplasie (1,97%).

3.1.2. Mammakarzinom

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening (2012): 51,4%
- Positive Fälle beim Mammakarzinom-Screening (2012): 17
- Identifikationsrate beim Mammakarzinom-Screening (2012): 5,9‰

Das für das Mammakarzinom empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird, reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35%. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003.
Im Jahr 2012 aufgeforderten Frauen nahmen 51,4% die Einladung am Screening-Programm wahr; in 17 Fällen fiel das Ergebnis positiv aus (5,9‰).

3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITENERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Der Bevölkerung unter 18 Jahren verabreichte Impfdosen: 162.984
- Prozentsatz verabreichte Impfdosen für gesetzlich vorgesehene Pflichtimpfungen: 49,0%
- Prozentsatz verabreichte Impfdosen für empfohlene Impfungen: 51,0%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: 89,3%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Diphtherie-Tetanus: 89,3%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Hepatitis B: 88,8%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: 71,5%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Krankheiten durch Haemophilus Influenzae Typ B: 90,0%
- Von der Landeskommision untersuchte Anträge um Pflichtimpfungbefreiung: 4
- Genehmigte vorläufige Pflichtimpfungbefreiungen: -
- Genehmigte permanente Pflichtimpfungbefreiungen: 1
- In epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische meldepflichtige Infektionskrankheiten miteinbezogene Personen: 4.360
- Durchgeführte TBC-Impfungen: 16
- Durchgeführte Tuberkulin-Hautreaktionstests: 2.489
- Sanitäre Beratung und Informationstätigkeit für Reisende ins Ausland: 2.145
- Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungseinsätze in öffentl. Einrichtungen: 271
- Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungseinsätze in privaten Einrichtungen: 202

Der mit Beschluss Nr. 4699 vom 28.12.2007 genehmigte Landesimpfkalender sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2005-2007 angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung und Virushepatitis B Pflicht.

Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib), Pneumokokken, Meningokokken C und

gegen die Papillomaviren, die für das Zervixkarzinom (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.
2012 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 162.984 Impfungen verabreicht; 49% (79.873) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen; die restlichen 51% (83.111 Impfungen) waren empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2010 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95%; noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern. Im Laufe des Jahres wurde von Seiten der Landeskommission für Impfungen 4 Anträge um zeitbegrenzte oder fortdauernde Befreiung von der Pflichtimpfung behandelt (eine fortdauernde Befreiung erteilt). Im letzten Jahrzehnt wurde eine starke Reduzierung der Anzahl dieser Befreiungsanträge beobachtet (1998 wurden 56 Anträge untersucht).
Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SIMI) und sieht die Miteinbeziehung des behandelnden Arztes (Krankenhaus- oder Basisarzt) vor, der die Infektionskrankheit diagnostiziert und sie bei den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Auf der Grundlage der Ätiopathogenese und epidemiologischen Relevanz der Krankheit ergreifen die Bediensteten die angemessensten Prophylaxemaßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.
Im Rahmen der Vorbeugung von Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Die zahlreichsten davon betrafen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch den Virus der Neuen Grippe A/H1N1, Salmonellose, Campylobacter, und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxetätigkeit wurde im Jahr 2012 bei insgesamt 4.360 Personen durchgeführt .
Die Prophylaxe gegen Tuberkulose wird auf Landesebene vom Dienst für Pneumologie vorgenommen.
Die Zahl der im Jahr 2012 verabreichten Tuberkuloseimpfungen liegt unter jener des Vorjahres (16 gegenüber den 23 des Jahres 2011); im Laufe des Jahres wurden rund 2.500 Tuberkulin-Hautreaktionstests durchgeführt. Der Rückgang der Impfungen hängt im Wesentlichen mit der Änderung der nationalen Gesetzgebung (Gesetz 388/2000) und mit den Angaben in den kürzlich abgefassten Leitlinien einiger wissenschaftlicher Verbände zusammen, welche die Tuberkulose-Prophylaxe zusätzlich vermindern und sich nur auf einige Risikogruppen konzentrieren (Neugeborene oder stark infektionsrisikobehaftete Kinder sowie Bedienstete, die in Umgebungen mit hohem Expositionsrisiko arbeiten).
Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist jenen Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder

Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges Fieber, Malaria). Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die Prophylaxe auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.
Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2011 wurden im Landesgebiet 473 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 57,3% davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 42,7 % öffentliche Plätze und Privatgebäude.

3.3. SCHUTZ VOR GESUNDHEITLICHEN RISIKEN IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

Dieser Unterbereich umfasst alle Tätigkeiten und Leistungen zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung mit besonderem Augenmerk auf die Risiken im Lebensumfeld (öffentliche Einrichtungen, Gebäude für unterschiedliche Zwecke, öffentliche Schwimmbäder oder der Öffentlichkeit zugängliche Privatschwimmbäder, Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, Schönheitssalons/Beautyfarmen) und im Arbeitsumfeld.

3.3.1. Lebensumfeld

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Gesundheitseinrichtungen: 2,8%
- Prozentsatz der kontrollierten privaten Gesundheitseinrichtungen: 10,5%
- Prozentsatz der kontrollierten sozialen Einrichtungen: 25,0%
- Inspektionen bei Wohnungen zwecks Ausstellung der Wohnbarkeitserklärung: 104
- Entnommene Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen: 402
- Prozentsatz der nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der chemisch-physischen Analysen: 15,0%
- Entnommene Schwimmbadwasserproben zwecks mikrobiologischer Analysen: 864
- Prozentsatz der nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der mikrobiologischen Analysen: 7,5%
- Prozentsatz der kontrollierten Produktionsstätten von Kosmetika: 23,1%
- Prozentsatz der kontrollierten Schönheitssalons/Beautyfarmen: 19,3%
- Prozentsatz der kontrollierten Tätowier-/Piercing-Geschäfte: 52,4%
- Durchgeführte Autopsien: 902

Die Aufgaben der Kontrolle, Überwachung und Überprüfung der hygienisch-sanitären Bedingungen der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen werden hauptsächlich von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit wahrgenommen. Die Dienste nehmen analytische Kontrollen zur Feststellung der Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen der Gebäude mit Augenmerk sowohl auf die Nutzer als auch Arbeitnehmer vor. Außerdem leisten sie den zuständigen Körperschaften und Betreibern der Einrichtungen bei der Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen der hygienischen und sicherheitstechnischen Bedingungen der Gebäude Beistand.

2012 wurden insgesamt 443 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (26,2%) und die öffentlichen und privaten schulischen und vorschulischen Einrichtungen (33,9%) vorgenommen.

Außerdem führen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Kontrollen an öffentlichen Schwimmbädern oder der Öffentlichkeit zugänglichen Privatschwimmbädern durch. In diesem Rahmen wurden analytische Wasserkontrollen an allen Freizeit- oder Rehabilitations-Badeanlagen vorgenommen.

2012 wurden 402 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 15,0% davon waren nicht regulär. Bei der Auslegung dieser Daten ist zu beachten, dass Schwimmbäder komplexe Anlagen sind, deren chemisch-physische Bedingungen ständigen Variationen unterliegen, die mit dem Anlagentyp, den Wassertemperatur- und Wetterbedingungen, der Anzahl der Badegäste und anderen Interferenz-Faktoren zusammenhängen. Mikrobiologische Analysen wurden an 864 Wasserproben durchgeführt, 7,5% davon erwiesen sich als nicht regulär.

Das Gesetz Nr. 713 vom 11. Oktober 1986 in geltender Fassung beinhaltet die Vorschriften über die Umsetzung der Richtlinien der Europäischen Union für die Produktion und den Vertrieb von Kosmetika.

Das Gesundheitsministerium hat die Aufgabe, die Sicherheit der am Markt angebotenen Kosmetikartikel zu gewährleisten. Hierzu arbeitet es an zwei Fronten:

- es sammelt und überprüft eventuelle Meldungen von Unverträglichkeitsreaktionen infolge der Verwendung von regulären Kosmetika (konform mit Gesetz 713/86);
- es führt territoriale Überwachungen zur Überprüfung und Bekämpfung der irregulären Vertriebs- und Verteilungstätigkeiten durch (nicht konform mit Gesetz 713/86).

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit sind hingegen für die Kontrolle der Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, der Schönheitssalons und Beautyfarmen in Südtirol sowie der Tätowier- und/oder Piercing-Geschäfte zuständig.

Die Kontrolle und Überwachung im Bereich des Leichenpolizeidienstes und der Leichenbeschauung, welche von den Bediensteten der Dienste für Hygiene und Öffentliche

Gesundheit vorgenommen wird, sieht die Durchführung von Inspektionen auf Friedhöfen, den Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen, Autopsien und den Erlaß von Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport vor.

3.3.2. Arbeitsumfeld

Indikatoren im Überblick

- Maßnahmen der Unterstützung oder Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern zwecks Risikobeurteilung: 1.951
- Durchgeführte ärztliche Untersuchungen der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit: 10.032
- Beim Arbeitsinspektorat gemeldete Berufskrankheiten: 164

Der Dienst für Arbeitsmedizin befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer und führt zugunsten dieser Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen durch.
Der Dienst ist in zwei Bereiche unterteilt: Arbeitsinspektorat und klinischer Bereich für Arbeitsmedizin.
Das Arbeitsinspektorat führt Ermittlungen zu beruflichen Risiken, Maßnahmen zur Aufklärung und Gesundheitserziehung für die Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch und überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zugunsten der Gesundheit der Arbeitnehmer.
Im Jahr 2012 wurden 164 Berufskrankheiten gemeldet. Fast 31,1% der eingegangenen Meldungen beziehen sich auf Krankheiten der oberen Extremitäten.
Der klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern sowie alle dem gemäß Art. 25 des Legislativdekrets 81/2008 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch. Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. konventionierten und in Privatpraxen tätigen Fachärzten vorgenommen. Den organisatorischen und pflegerischen Aspekt hingegen übernimmt der Dienst für Arbeitsmedizin, ebenso wie die praktische Durchführung einiger Untersuchungen (EKG-EEG), deren Befunde dann von Fachärzten erstellt werden.

3.4. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Indikatoren im Überblick

- Gemäß Pflicht- und freiwilligen Sanierungsplänen kontrolliertes Stück Vieh: 182.543
- An Milchtank-Stichproben in Bezug auf Rinderkrankheiten durchgeführte Untersuchungen: fast 15.000 Analysen
- Impfungen gemäß Pflicht- und freiwilligen Sanierungsplänen kontrolliertes Stück Vieh: 11.980

Der Landesveterinärdienst ist das technische Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er befasst sich mit der Erarbeitung der Rechtsvorschriften des Landes und überprüft die korrekte Anwendung der Bestimmungen der EU, des Staates und der Provinz im Bereich des Veterinärwesens seitens der anerkannten Tierärzte, der Hygieneinspektoren und der anderen Kontrollorgane. Der betriebliche Tierärztliche Dienst sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: Gesundheit der Tiere und Hygiene der Produktion, Konservierung und Vermarktung der Lebensmittel tierischen Ursprungs.

Gemäß Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 in geltender Fassung befasst sich die erste Sektion mit der Überwachung und Kontrolle der Tiere, deren Unterbringung und Dichte, mit den sanitären Genehmigungen, mit den Transportfahrzeugen und dem Tiertransport innerhalb und außerhalb der Europäischen Union sowie mit der Herstellung, Verarbeitung und dem Vertrieb von Produkten für Tiere (Futtermittel); außerdem wacht sie über die Einhaltung der Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, über den Einsatz von tiermedizinischen Arzneimitteln und den Tierschutz.

Die zweite Sektion ist für die Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs zuständig. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger. Zur Gewährleistung der landesweiten tierärztlichen Versorgung bedient sich der betriebliche Tierärztliche Dienst, dessen Sitz in Bozen liegt, operativer Dienststellen in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck.

2012 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes auf die Rinder-TBC, Bruzellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, Rinderleukose, BVD/MD-

Antikörper und -Virus, Blue Tongue, CAE bei Ziegen (Caprine-Arthritis-Enzephalitis), Maedi-Visna, Paratuberkulose, IHN (Infektiöse hämatopoetische Nekrose) und VHS (Virale hämorrhagische Septikämie) der Fische. In Übereinstimmung mit den Pflicht- und freiwilligen Sanierungskampagnien des Jahres 2011 wurden insgesamt 182.543 Tiere kontrolliert..

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Hierzu wurden fast 15.000 Analysen in Bezug auf Bruzellose bei Rindern, IBR und Rinderleukose durchgeführt.

2012 wurden das Pflichtprophylaxeprogramm gegen CAEV (Ziegen-Arthritis-Enzephalitis-Virusinfektionen) und das freiwillige Prophylaxeprogramm gegen Pseudotuberkulose fortgesetzt. Südtirol beteiligt sich außerdem an einem nationalen Blue-Tongue-Überwachungsprogramm, in dessen Rahmen 2.448 Rinderblutproben entnommen wurden. 2013 wurden keine Fälle von Rinder-TBC verzeichnet.

Es wurde kein Fall von Rinder-TBC und kein Fall von Rinderbruzellose oder Bruzellose der Schafen/Ziegen festgestellt. Im Laufe des Jahres wurden in den Viehzuchtbetrieben des Landes 156 neue Fälle von BVD/MD-Virus Positivitäten vorgefunden. Außerdem wurden bei Ziegen 134 neue Fälle an CAE ausfindig gemacht.

3.5. HYGIENISCH-SANITÄRER SCHUTZ VON LEBENSMITTELN UND GETRÄNKEN

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs: 763
- Prozentsatz der kontrollierten Betriebe für Lebensmittel tierischen Ursprungs mit Verstößen: 34,9%
- Geschlachtete und einem BSE-Test unterzogene Rinder von über 48 Monaten: 3.143 (alle mit negativem Ergebnis)
- Geschlachtete und auf Skrapies untersuchte Schafe und Ziegen von über 18 Monaten: 2.198 (alle mit negativem Ergebnis)
- Geschlachtete und einer Trichinoskopie unterzogene Schweine: 6.887 (alle mit negativem Ergebnis)
- Kontrollierte Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs: 2.284
- Prozentsatz der kontrollierten Betriebe für Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs mit Verstößen: 48,2%
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Trinkwasserleitungen: 100,0%
- Aus öffentlichen Wasserleitungen entnommene Wasserproben für menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen: 1.255
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen mit nicht regulären Werten: 2,7%
- Aus öffentlichen Wasserleitungen entnommene Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks mikrobiologischer Analysen: 1.863
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks mikrobiologischer Analysen mit nicht regulären Werten: 7,4%
- Mykologische Beratungen an private Sammler durchgeführt von den mykologischen Inspektoraten: 285

Die EU Gesetzgebung (EG-Verordnung Nr. 178/2002) überträgt den Bediensteten des Lebensmittelsektors (OSA) die Verantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel bereits ab der primären Erzeugung bis zu deren Verarbeitung und Verkauf an den Endverbraucher.

Die offiziellen Kontrollen der Einhaltung der EU Vorschriften über die Hygiene und Sicherheit der Lebensmittel und Getränke werden von den zuständigen Behörden (Gesundheitsministerium, Regionen und autonome Provinzen, Sanitätsbetriebe und lokale Sanitätseinheiten) auf der Grundlage der Bestimmungen der EU-Verordnung Nr. 882/2004 vorgenommen. Diese Kontrollen beginnen bereits ab der primären Erzeugung und können jede Phase der Verarbeitung, Lagerung, des Transportes, des Verkaufs und der Abgabe einschließlich Niederlassungen, Räumlichkeiten und zugehörige Ausrüstungen betreffen. Die italienische Verordnung sieht Kontrollen an Lebensmitteln tierischen Ursprungs durch die Tierärztlichen Dienste vor, während die Kontrolltätigkeit an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit obliegt.

Der betriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2012 insgesamt 763 Betriebe, bei 266 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 2,0 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 34,9%.

Der Dienst stellt auch die sanitären Genehmigungen für den Transport von Lebensmitteln und die Eröffnung von Fleischverarbeitungsbetrieben und Lagerstätten aus. Ihm unterliegt ebenfalls die Ausstellung der Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und Risikomaterial, für die Hausschlachtungen und für die Privatschlachtungen in Schlachthöfen.

Alle Schlachttiere werden vor und nach der Schlachtung auf eventuelle, auf Menschen oder Tiere übertragbare Krankheiten untersucht. Bei besonderen Notschlachtungen werden regelmäßig bakteriologische Untersuchungen am Fleisch und an den Tierorganen sowie Analysen für die Erforschung von Hemmstoffen angeordnet.

Alle geschlachteten, getöteten oder verstorbenen Rinder von über 48 Monaten wurden einem BSE-Schnelltest unterzogen. 2012 wurden 3.146 Rinder kontrolliert, alle Ergebnisse fielen negativ aus. Außerdem wurden 2.198 Schafe und Ziegen, die bei der Schlachtung über 18 Monate alt waren, auf Skrapies untersucht, alle mit negativen Ergebnissen. An den 6.887 geschlachteten Schweinen wurden Trichinoskopien vorgenommen, alle mit negativem Ausgang.

Der betriebliche Tierärztliche Dienst beteiligt sich außerdem an dem vom Gesundheitsministerium geförderten und koordinierten Tätigkeitsprogramm „Nationaler Rückständeplan". Dabei handelt es sich um ein Jahresüberwachungsprogramm der Lebensmittel und Produkte tierischen Ursprungs zur Erfassung von Rückständen von für die menschliche Gesundheit schädlichen Substanzen. Alle im Jahr 2012 im Rahmen des Nationalen Rückständeplans entnommenen Stichproben erwiesen sich als regulär.

Im Jahr 2012 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 2.284 Betriebe, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind: Die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (41,5% aller kontrollierten Betriebe).

Auf Landesebene beträgt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der Kontrollierten 48,2 %.

Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.

Dabei wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden. In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 2,7% für die chemisch-physischen Analysen und 8,4% für die mikrobiologischen Analysen.

Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen das Eisen (größtenteils aufgrund der geringen Mineralisierung unserer Bergwässer, was zur einer Korrosion der Leitungen führt, und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs) und manchmal den pH-Wert (zu sauer aufgrund von Wasser mit geringem Mineralgehalt oder zu alkalisch infolge der Neutralisierung solcher Wasserarten).

Überschreitungen in Bezug auf Nitrate, Schwermetalle, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, chlorierte Lösungsmittel und Schädlingsbekämpfungsmittel/Unkrautvertilgungsmittel wurden in den für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässern hingegen nicht verzeichnet.

Die mykologischen Inspektorate der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke stellen Geniesbarkeitsbescheinigungen für Pilze aus und leisten mykologische Beratungstätigkeit für private Pilzsammler. Außerdem stellen sie Bescheinigungen für den Verkauf von Frischpilzen aus.

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

In diesem Unterbereich sind alle Tätigkeiten und Leistungen enthalten, die zur Erstellung von Stellungnahmen und technischen Gutachten bezogen auf die verschiedenen und oft komplexen Problematiken der Rechtsmedizin im Gesundheitswesen dienen. Besonderes Hauptaugenmerk wird auf die Bescheinigungen im Bereich der Behinderung, auf die von der öffentlichen

Verwaltung angeforderten Gutachten in Anwendung der Gesetze und Bestimmungen, auf die Kontrollvisiten der Arbeiter , die aus Gesundheitsgründen vom Dienst abwesend sind (fiskalische Visiten), gelegt.
Außerdem werden in diesem Teil des Berichtes Tätigkeiten und Leistungen beschrieben, die zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport dienen.

3.6.1. Tätigkeiten der Dienste für Rechtsmedizin

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Dienste für Rechtsmedizin (Ambulatoriums- und Hausvisiten; Gesundheitszeugnisse und Verwaltungsverfahren): 42.505
- Gesundheitszeugnisse zwecks Ausstellung, Revision oder Erneuerung des Führerscheines für Personen mit psychophysischen Problemen: 5.139
- Ärztliche Kontrollvisite, Hauskontrollvisite zur Feststellung der Arbeitsuntauglichkeit und zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit aus Krankheits- oder Unfallgründen der abhängigen Arbeiter (öffentlicher und privater Bereich): 3.772

In den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck werden die rechtsmedizinischen Tätigkeiten vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit wahrgenommen, der in zwei Bereiche gegliedert ist:

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

Im Gesundheitsbezirk Bozen werden rechtsmedizinische Leistungen von einer unabhängigen Dienststelle erbracht mit Kompetenzen auf dem gesamten Landesgebiet. Die vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 geregelte rechtsmedizinische Tätigkeit umfaßt hauptsachlich die Feststellung vorübergehender Arbeitsunfähigkeit; Ermittlungen zur Erstellung von Gutachten über allgemeine und spezifische Arbeitsunfähigkeit bzw. dauernde Invalidität; die Ermittlung der rechtsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung des Rechts auf zusätzliche Gesundheitsleistungen für die Versorgten des Landesgesundheitsdienstes; die gesundheitliche Versorgung von Zivil-, Dienst- und Kriegsinvaliden sowie von Blinden und Taubstummen und anderen geschützten Personengruppen; rechtsmedizinische Ermittlungen zur Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden und Ermittlungen aus Entschädigungs- und Versicherungsgründen zur Überprüfung einer eventuellen beruflichen Haftung seitens des Gesundheitspersonals; technische Gutachten über rechtsmedizinische Fragen im Gesundheitswesen; Ermittlungen für die Anerkennung der Zivilinvalidität und des

Behinderungsgrades.

Der Dienst für Rechtsmedizin Bozen ist außerdem für die Feststellung der Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeugs seitens Invaliden (örtliche Ärztekommission) zuständig, für Untersuchungen zwecks Anerkennung von Blindheit und Taubstummheit, für außerordentliche Revisionen bei Zivilinvalidität und für die Arbeitsvermittlung von Invaliden (Invalidenkommission gemäß Gesetz 68/99); er befasst sich auch mit der Eignung für die Ausstellung von Waffenscheinen (Rekurskommission). Auf der Grundlage des bereichsubergreifenden Kollektivvertrags vom 13.08.1999 ist der Dienst für Rechtsmedizin zudem für Berufseignung, Dienstfreistellung und Anerkennung von dienstbedingter Berufsunfähigkeit von Landesangestellten zuständig. Auf Antrag der Gerichtsbehörde nimmt der Dienst auch gerichtspolizeiliche Aufgaben wahr.

Im Jahr 2012 erbrachten die Dienste für Rechtsmedizin zirka 43.000 Leistungen, darunter ambulante Visiten und Hausbesuche, sanitäre Ermittlungen und Verwaltungsverfahren.

Neben den in der Tabelle angeführten Leistungen stellte der Dienst für Rechtsmedizin Bozen 5.139 Gesundheitszeugnisse für den Erwerb, Revision oder Erneuerung von Führerscheinen für Personen mit psychophysischen Störungen aus (Ärztekommission für Führerscheine).

Einige rechtsmedizinische Leistungen wurden auch vom Personal der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit und von den Sprengelhygienikern des Landes erbracht. Dazu zählen Gesundheitszeugnisse für die Ausstellung von Waffenscheinen und Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen.

Bei den Ämtern der Landesabteilung Gesundheitswesen haben die Bürger Südtirols die Möglichkeit Rekurse gegen Entscheidungen der Gesundheitsbezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebes einzureichen. Bei folgenden Leistungen sind Rekurse möglich: Verweigerung der Rückerstattung von Spesen für Krankenhausaufenthalt oder indirekten fachärztlichen Leistungen; Verweigerung der Gewährung einer Prothese; Ablehnung des Ansuchens um Zivilinvalidität; Feststellung des Schweregrades einer behinderten Person und Gewährung der diesbezüglichen Begünstigungen lt. Gesetz 104/92; Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden; Rehabilitationsbehandlungen; Befreiung von der Pflicht des Tragens von Sicherheitsgurten; psychophysische Arbeitseignung; Berufsführerschein.

3.6.2. Tätigkeiten der Dienste für Sportmedizin

Indikatoren im Überblick

- Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport: 27.114
- Nicht geeignete Athleten zum Leistungssport: 28

Die Dienste für Sportmedizin befassen sich mit dem Gesundheitsschutz im Leistungssport. Die ihnen vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 im Bereich der Hygiene und öffentlichen Gesundheit und Rechtsmedizin zugewiesenen Aufgaben umfassen insbesondere die Feststellung der Eignung zum Leistungssport bzw. zur normalen sportlichen Betätigung mit Ausstellung der entsprechenden Bescheinigung und die Koordinierung und Förderung von Maßnahmen durch Ärzte und Einrichtungen im Rahmen des Gesundheitsschutzes im Sportbereich. Der Dienst für Sportmedizin Bozen nimmt außerdem besondere fachärztliche Aufgaben zugunsten aller Leistungssportler des Landes gemäß einer Vereinbarung wahr.

Die Dienste für Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet, während im Gesundheitsbezirk Meran die sportmedizinischen Leistungen von einem Ambulatorium der Sportmedizin (eingerichtet im Krankenhaus Meran im Jahr 2009) und von konventionierten Fachärzten erbracht werden.

Der Dienst für Sportmedizin des Gesundheitsbezirkes Bozen führt Visiten und Feststellungen zur Eignung zum Leistungssport am Hauptsitz in Bozen sowie an den Sprengelsitzen St. Ulrich (Grödental), Kardaun (Eggental-Schlern), Kaltern (Uberetsch) und Neumarkt (Unterland) durch.

Die Dienste für Sportmedizin nehmen zusätzlich zu den ihnen vom Landesgesetz 1/92 zugewiesenen Leistungen auch fachärztliche Aufgaben wie Gesundheitserziehung in den Schulen, Trainingsbewertung und -planung, Dopingkontrollen, Betreuung bei internationalen Wettkämpfen und periodische Bewertungen der Behindertensportler wahr.

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 27.114 Visiten zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport durchgeführt: nicht erteilt wurde das Eignungsattest nach dieser Untersuchung 28 Leistungssportlern (19 im Gesundheitsbezirk Bozen, 9 in Brixen).

Die territoriale Versorgung umfasst alle auf dem Landesgebiet engmaschig verbreiteten gesundheitlichen und sozio-sanitären Tätigkeiten und Dienste, von der Basismedizin zur pharmazeutischen Versorgung, von der ambulanten fachärztlichen Versorgung zur Prothesenversorgung, von den Hauspflegediensten zu den territorialen Beratungsstellen bis hin zu den halbstationären und stationären Einrichtungen.

4. TERRITORIALE VERSORGUNG

Der Landesgesundheitsplan sieht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans unter anderem die „Sprengelversorgung“ vor. Das Ziel dieser Versorgungsstufe besteht in der Gewährleistung der folgenden Leistungen:

1. Medizinische Grundversorgung
2. Territorialer Rettungsdienst
3. Pharmazeutische Versorgung über die Apotheken
4. Zusatzversorgung
5. Ambulante fachärztliche Versorgung
6. Ambulante territoriale Versorgung und Hauskrankenpflege
7. Territoriale halbstationäre und stationäre Versorgung
8. Thermalversorgung.

Dem Dienst für Basismedizin obliegen die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung und Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der ersten Stufe und Ersten Hilfe in der Ambulanz, zu Hause und in halbstationärer Unterbringung. Außerdem beschäftigt sich der Dienst für Basismedizin mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wiederherzustellen. In der territorialen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine technisch-funktionale Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein. Die Aufwertung und Förderung des Gesundheitssprengels gehören nunmehr zu den gefestigten und bewährten Grundsätzen und Kriterien der Südtiroler Gesundheitspolitik.

Neben dem Gesundheitssprengel gibt es auch den Sozialsprengel. Beide haben das gleiche Einzugsgebiet und verfügen über einen einheitlichen Sitz in dem die Dienste des Sozial- und Gesundheitsdienstes untergebracht sind. Die Träger der Sozialdienste sind die Bezirksgemeinschaften und in Bozen der Betrieb für Sozialdienste Bozen. In allen Sozialsprengeln werden zumindest die sozialpädagogische Grundbetreuung, die finanzielle Sozialhilfe und der Hauspflegedienst angeboten. In den größeren Sprengeln wurden zusätzlich zu den Sprengelsitzen die so genannten Sprengelstützpunkte errichtet.

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Seit 1988 finanzierter Betrag für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze: rund 133 Millionen Euro

Für die Durchführung des Investitionsprogramms für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1988 bis heute ungefähr 133 Millionen Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von 145 Millionen Euro aus. Diese Summe enthält alle seit 1988 getätigten Investitionen sowie verschiedene Übergangslösungen und Provisorien. Ca. 1/3 der getätigten Investitionen in den Sprengeleinrichtungen betreffen den Anteil des Sozialsprengels.

Im Jahr 2012 wurden die Arbeiten des II. Bauloses am Sitz des Sprengels Brixen-Umgebung und des neuen Sprengelstützpunktes in Kastelruth abgeschlossen und der Betrieb aufgenommen. Auch die Arbeiten des III. Bauloses im Sprengel Überetsch wurden abgeschlossen.

Es wurde nicht nur die Planung von neuen Sprengelsitzen (Wipptal, III. Baulos Sprengel Brixen-Umgebung) weitergeführt, sondern auch die Planung von Ausbau- oder Sanierungsarbeiten in bestehenden Sprengelsitzen (Tauferer Ahrntal, Unterland usw.).

Die Leistungen, die in den Sprengeln erbracht werden, sind auf den Karten dargestellt (durch Anklicken des entsprechenden Items). Die Tabellen 4.1.3, 4.1.4, 4.1.5 und 4.1.6 zeigen die in den Sprengeln angebotenen Leistungen nach Gesundheitsbezirk auf.

4.1.1. Medizinische Grundversorgung

Indikatoren im Überblick

- Betreuungsberechtigte Patienten der Allgemeinmediziner: 433.015
- Betreuungsberechtigte Patienten der Kinderärzte freier Wahl: 60.821
- Allgemeinmediziner: 278 (Stand zum 31. Dezember 2012)
- Kinderärzte freier Wahl: 60 (Stand zum 31. Dezember 2012)
- Höchster geschätzter Bedarf an Allgemeinmedizinern: 1,6 in den Gesundheitssprengeln Wipptal

Im Jahr 2012 hatten 493.836 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 433.015 von den Allgemeinmedizinern betreut, 60.821 von den Kinderärzten freier Wahl. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 73.843, 78,7% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.12 waren insgesamt 338 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basis-

ärzte tätig, davon 278 Allgemeinmediziner und 60 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.558 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.014. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2010*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.147 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 864 Betreuungsberechtigte pro Kinderärzte freier Wahl). Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest.

In vier Gesundheitssprengel (Wipptal, Tauferer Ahrntal, Hochpustertal, Gadertal) ist kein Kinderarzt freier Wahl vorhanden.

Bezogen auf die gesamte Provinz Bozen wäre im Jahr 2012 kein zusätzlicher Bedarf an Allgemeinmedizinern zu verzeichnen gewesen: betrachtet man jedoch die einzelnen Gesundheitssprengel, so steigt der Bedarf an Allgemeinmedizinern in den Sprengeln Wipptal auf 1,6 und im Sprengel Überetsch auf 1,0.

Insgesamt in 6 Gesundheitssprengeln wird ein zusätzlicher Bedarf von mindestens einem Allgemeinmediziner geschätzt. Zum 31. Dezember 2012 überschritten 28,4% der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberechtigten. Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberechtigten wurde von 26,7% der Kinderärzte überschritten.

Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2012 ca. 120.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Durchführung von nicht obligatorischen Impfungen, die Wundversorgungen und das Entfernen eines Zeruminalpfropfs). Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 44.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, Rachenabstriche und Sehtests mit einer Sehtafel).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2010*

4.1.2. Haus- und Krankenpflege

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): 2.190
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): 742
- Krankenpflegeleistungen: 1.189.170

Im Jahr 2012 wurden in der PHP 2.190 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist höher als in den Jahren 2008 und 2009, jedoch niedriger als in den Jahren 2010 und 2011 (1.774 im Jahr 2008, 1.859 im Jahr 2009, 2.489 im Jahr 2010, 2.271 im Jahr 2011). Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (61,9% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 12,7 Patienten.

82,9% der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4 (25,6%), bei degenerativen Knochen- und Gelenkserkrankungen (14%), bei seniler Demenz/Alzheimer (13,8%) und bei Schlaganfällen mit Paresen (9,8%) angewandt.

Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2012 in der IHP 742 Patienten versorgt. Dieser Wert ist höher als jener der vergangenen 3 Jahren: im Jahr 2009 wurden 574 Patienten betreut, 2010 waren es 705 und 2011 waren es 638.

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 17,6 pro 10.000 Einwohner. 52,2% der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2012 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 3,3 Einsätze im Monat geleistet. 69,7% der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt .

Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2012 versorgten Patienten, litten in 40,7% der Fälle an Tumorerkrankungen, in 11,5% der Fälle an einem Schlaganfall mit Paresen, in 10,2% der Fälle an einer schweren Herzinsuffizienz NYHA 3-4 und in 8,8% der Fälle an einer senilen Demenz/Alzheimer.

Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der programmierten oder integrieren Hauspflege 16 Kinder.

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage http://www.istat.it/sanita/Health/ verwiesen.

Im Jahr 2012 wurden auf Landesebene 1.189.170 Krankenpflegleistungen erbracht.

Im Jahr 2012 bestand die häufigste Tätigkeit in der venösen Blutabnahme mit 156.159 erbrachten Leistungen gefolgt von der Messung von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme mit 143.835 erbrachten Leistungen. Auch in der Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins spielte das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (138.629 Maßnahmen).

4.1.3. Die Versorgung von Mutter und Kind

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Sanitätsassistenten: 244.678
- Leistungen der Hebamme: 24.378
- Leistungen der Kinderärzte in den Beratungsstellen: ca. 4.700
- Leistungen der Gynäkologen in den Beratungsstellen: ca. 9.000

Im Laufe des Jahres 2012 haben die Sanitätsassistenten in den pädiatrischen Beratungsstellen

landesweit insgesamt 244.678 Leistungen erbracht (51% davon allein im Gesundheitsbezirk Meran).

Die häufigsten Leistungen, die erbracht wurden waren das Messen von Vitalzeichen und/oder die Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme des Neugeborenen und Kleinkindes (19,8%), die Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins (18,0%), die Beratung von Mutter und Kind (17,7%) und andere Leistungen (NAS) (7,02%).

In 7 Gesundheitssprengeln ist ein Kinderarzt in der pädiatrischen Beratungsstelle anwesend. Im Laufe des Jahres 2012 haben die Kinderärzte in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit ca. 4.700 Leistungen erbracht.

Die Leistungen der Hebammen, die in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbracht wurden, beliefen sich im Jahr 2012 auf insgesamt 24.378. In den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie wurden vorwiegend folgende Leistungen erbracht: Beratung von Mutter und Kind (26,6%), Visiten der Hebamme (13,3%) und Messen von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme (11,8%).

Im Jahr 2012 haben die Gynäkologen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie insgesamt ca. 9.000 Leistungen erbracht.

In Sprengeln in denen keine Gynäkologen, Kinderärzte oder Hebammen arbeiten, können sich die Bürger an die jeweiligen Krankenhäuser wenden.

4.2. AMBULTANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen pro Kopf: 19,9 Leistungen pro Einwohner

Der Landesgesundheitsdienst garantiert die ambulante fachärztliche Versorgung in Form von Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und Therapie- und Rehabilitationsleistungen.

Die vorgestellten Daten beziehen sich auf die ambulanten fachärztlichen Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens der Fachambulanzen (SPA) erhoben werden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Leistungen der Erste-Hilfe und der Kurz - Intensivbeobachtungsstation, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen; ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versor-

gung", für die keine Informationsflusserhebung zur Verfügung steht.
Außerdem werden auch die im Rahmen der überregionalen ambulanten fachärztlichen Mobilität und die in Österreich zugunsten der Südtiroler Bürger erbrachten Leistungen behandelt.
Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Südtiroler misst sich am Verhältnis zwischen den zugunsten der Ansässigen in Landes-, nationalen und österreichischen Gesundheitseinrichtungen erbrachten Leistungen und der Wohnbevölkerung. Im Jahr 2012 wurden 14,9 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1 Erbrachte Leistungen

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: 7.754.629
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: 106.000.846,93 Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: 20.820.694,04 Euro

2012 wurden in den Landeseinrichtungen 7.754.629 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 98,1% davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2011 nahm die Anzahl der Leistungen leicht ab (-1,3%).
Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 106.000.846,93 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 20.820.694,04 Euro ausmachen (94,0% wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).
59,6% der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 4,5% an zu 50% ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 2,2% an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 33,7% der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.
Aus der Analyse nach Geschlecht und Altersklasse ergibt sich, dass 56,2% aller Leistungen an Frauen gerichtet waren. Die Männer weisen unter 15 Jahren und über 70 Jahren einen höheren Verbrauch an Leistungen als die Frauen derselben Altersklassen auf. Außerdem wird festgestellt, dass die Betreuten im Alter von 70 – 74 Jahren am meisten Leistungen benötigen (9,8%), wobei der Höchstverbrauch, bei beiden Geschlechtern, im Alter von 75 – 79 Jahren liegt.
Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Fachbereiche, die in 3 Makrobereiche zusammengefaßt werden können:
Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie), Labor, Rehabilitation und alle andere Bereiche.
Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 60,4% Laboruntersuchungen, 6,1% Bilddiagnostik, 6,7% Rehabilitation und 26,8% sind andere klinische Leistungen. Ei-

ne Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 23,5%, Bilddiagnostik 19,8%, Rehabilitation 8,4% und sonstige klinische Leistungen 48,3%.
Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 15,3% der ambulanten fachärztlichen Leistungen und stellen also einen nahezu unveränderten Anteil am Gesamttarifwert.
Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (66,8%), gefolgt von der Röntgendiagnostik (14,4 %).
Im Jahr 2012 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 5.756.702,94 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen 6.342.189,85 Euro betrug.

4.2.2 Fachärztliche Mobilität

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: 275.320 zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und 129.135 zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: 110.244 in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und 64.770 in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: + 229.441 Leistungen
- Verhältnis zwischen den in Südtirol erbrachten Leistungen und von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen: 103,0**%**

Die Analyse der überregionalen, ambulanten fachärztlichen Leistungen berücksichtigt alle ambulanten fachärztlichen Leistungen, die von den Landeseinrichtungen für in anderen Regionen Italiens ansässige Bürger erbracht wurden (aktive Mobilität), sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtiroler Patienten erbracht haben (passive Mobilität).
Auch im Jahr 2012 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 165.079 Leistungen, d. h. das Land erbrachte außerhalb Südtirols ansässigen Italienern mehr Leistungen, als Südtiroler Bürger in anderen Regionen Italiens erhielten.
Auch in finanzieller Hinsicht ist der Saldo zwischen überregionaler aktiver und passiver Mobilität mit 1.301.456,74 Euro positiv.
29,5% der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 29,8% an die Bürger Venetiens.
In Bezug auf die passive Mobilität wenden sich die Südtiroler Patienten insbesondere an Ein-

richtungen der Autonomen Provinz Trient (31,6%), Venetiens (25,4%) und, in geringerem Maße, der Lombardei (14,0%) und Emilia Romagna (9,8%).
97,7% der von Ansässigen angeforderten Leistungen wurden von Landeseinrichtungen erbracht, 1,5% von anderen italienischen Einrichtungen und 0,9% von österreichischen Einrichtungen.
Der Saldo der aktiven und passiven Mobilität (der auch die Mobilität in Österreich umfasst) ist für das Jahr 2012 wie im Jahre 2011 positiv mit + 229.441 Leistungen (für nicht ansässige Patienten erbrachte Leistungen = 404.455; für Südtiroler außerhalb der Provinz erbrachte Leistungen = 175.014).
Das Verhältnis zwischen den in Südtirol insgesamt erbrachten Leistungen und den von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen beträgt 103,0.
Für 2.473 Südtiroler Patienten wurden 64.770 fachärztliche Leistungen in österreichischen Einrichtungen im Jahr 2011 erbracht, was einer durchschnittlichen Anzahl von Leistungen pro Kopf von 26,2 entspricht. Dieser Durchschnitt unterbricht zum ersten Mal den steigenden Trend seit 2005 (21 Leistungen pro Kopf).

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: 2.270

Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart:: 405

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Gemäß Art. 26 des Gesetzes 833/78 sichert diese Einrichtung, konventioniert mit den Gesundheitsbezirken des Landes, Rehabilitationsleistungen in stationärer Form. Die Rehabilitation richtet sich an nichtpflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien (700 Aufenthalte), Krankheiten der Atemwege (65 Aufenthalte), onkologischen Krankheiten (101), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (1.277) und des Nervensystems (127).
2012 standen 110 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 4 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 2.270 Aufenthalte in Anspruch genommen (- 11,2% gegenüber 2011 - Tabelle 4.3.1).
Die durchschnittliche Behandlungsdauer der ordentlichen Aufenthalte (Tabelle 4.3.2) entspricht 18,0 Tagen, wobei die Werte in Abhängigkeit der Art der Rehabilitation jedoch variieren: so beträgt für die Onkologische Rehabilitation der durchschnittliche Aufenthalt 15,9 Tage, für die Respirationsrehabilitation hingegen 25,1 Tage.

Neben dem Salus Center ist auf Landesebene auch das Rehabilitationszentrum Bad Bachgart

im Gesundheitsbezirk Brixen tätig.
Das Therapiezentrum Bad Bachgart verfügt über 65 Betten und kümmert sich um die stationäre, intensive und umfassende Behandlung verschiedener Abhängigkeitsprobleme und/oder psychischer und psychosomatischer Störungen.
Der Bereich „Abhängigkeitskrankheiten" widmet sich der stationären Behandlung der Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und/oder der Spielsucht. Die Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt 8 Wochen.
Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie" richtet sich an Patienten mit Essstörungen, Angstzuständen, obsessiven kompulsiven Störungen, affektiven und sonstigen Störungen. Die Dauer solcher Arten von Behandlungen beträgt 6 bis 8 Wochen, wird jedoch den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patienten angepasst.
Im Jahr 2012 wurden insgesamt 405 Aufenthalte verzeichnet (Tabelle 4.3.3). Das Zentrum Bad Bachgart erbringt stationäre Aufenthaltsleistungen / rehabilitative Behandlungen sowohl für Südtiroler Bürger als auch zugunsten nichtansässiger In- und Ausländer.

4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: 62.220 (Tagesdurchschnitt von rund 170 Einsätzen)
- Einsätze der Rettungswagen des Weißen Kreuzes: 49.900 (80,2%)
- Einsätze der Rettungswagen des Roten Kreuzes: 9.768 (15,7%)
- Einsätze des Hubschrauberrettungsdienstes des Weißen Kreuzes: 1.860 (3,0%)
- Einsätze des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites: 692 (1,1%)
- Geplante Krankentransporte: 102.878 (Tagesdurchschnitt von rund 282 Transporteinsätzen)
- Einsätze der Rettungswagen des Weißen Kreuzes: 93.018 (90,4%)
- Einsätze der Rettungswagen des Roten Kreuzes: 9.776 (9,5%)

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2012 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 11 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 31 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 6 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 100 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 31 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.
Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1 und Pelikan 2) ausgestattet (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen). Bei

Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

Noteinsätze

Im Jahr 2012 wurden 62.220 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 170 Einsätzen entspricht. In 80,2% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 15,7% jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,0% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,1%. Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2012 ca. 1 Million 700 Tausend Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 27 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.552 Einsätze für insgesamt 1.400 Flugstunden durch (rund 34 Flugminuten pro Einsatz).

Nicht dringende Krankentransporte

2012 tätigte der Krankentransportdienst 102.878 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 282 Transporteinsätzen pro Tag. In 90,4% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 9,5% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt. Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2012 fast 4,2 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 41 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt. Außerdem wurden 84 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 109 Flugstunden getätigt.

4.5 PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken ausgestellte Rezepte: 3.037.727
- Rückgang der Anzahl an Rezepte um 0,9% gegenüber 2011
- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: 5.925.558
- Bruttoausgaben insgesamt: 61,5 Millionen Euro
- Zugunsten der Gesundheitsdienste für die Anwendung zu Hause abgegebene Medikamentenpackungen: zirka 275.000

Die territoriale pharmazeutische Versorgung betrifft nur jene Medikamente, deren Kosten vom Nationalen Gesundheitsdienst rückerstattet werden (Klasse A, essenzielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten) und die über die Apotheken verteilt werden. Die Abgabe erfolgt auf Verschreibung des behandelnden Arztes und kann in einigen Fällen kostenlos, in

anderen unter teilweiser oder voller Kostenbeteiligung des Bürgers erfolgen.
Im Jahr 2012 betrug das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken der Autonomen Provinz Bozen verteilt wurden, über 3,0 Millionen Rezepte, für ca. 6,0 Millionen abgegebene Medikamentenpackungen und blieb somit mehr oder weniger konstant (es wird ein Rückgang von -0,9% bzw. -1,1% gegenüber dem Vorjahr verzeichnet). Die Bruttoausgaben betrugen 61,5 Millionen Euro, was einer signifikanten Abnahme von 13,6% entspricht.
Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2012 wurden zirka 275.000 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 27,2 Millionen Euro.

4.5.1. Territorialer Medikamentenverbrauch

Indikatoren im Überblick

- Rezepte pro Kopf: 6,0
- An Frauen ausgestellte Rezepte: 55,4%
- Im Gesundheitssprengel Lana abgegebene Packungen: über 270.000
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: 677 DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das Herzkreislaufsystem
- Senioren, die Medikamente einnehmen: 9 von 10
- Patienten, die Statine einnehmen: über 36.000

Die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte bleibt auch im Jahr 2012 konstant bei zirka 3,0 Millionen, wobei ein leichter Rückgang von 0.9% gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnet ist. Pro Kopf (einschließlich der Rezepte für die Südtiroler Wohnbevölkerung auf dem gesamten Staatsgebiet) wurden durchschnittlich 6,0 Rezepte und 11,8 Medikamentenpackungen pro Einwohner ausgestellt bzw. abgegeben.
Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 5,5 Rezepte pro Kopf für die Männer und 6,6 für die Frauen; 636 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10,9 Packungen pro Kopf) gegenüber 718 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,7 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).
Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen: Von 4,4

Rezepten pro Kopf in den Sprengeln Grödental bis maximal 7,3 Rezepte pro Kopf in Bozen. In Übereinstimmung mit dem Verlauf des Südtiroler Medikamentenverbrauchs in den letzten Jahren betrifft die höhere Medikamentenabgabe nicht nur Stadtzentren wie Bozen, Meran und Brixen, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten, das Passeiertal. Bruneck kennzeichnet sich dagegen durch eine niedrigere Inanspruchnahme der Pharmakotherapien.

Die Analyse des Verhältnisses zwischen den Personen, denen im Laufe des Jahres mindestens ein Medikament verschrieben wurde, und der Bezugsbevölkerung ergibt für Südtirol eine Anwendungsprävalenz von 55,2% (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2012 mindestens ein Medikament ein). Dieser Wert ist geringer als jener im Vorjahr (56,3% im Jahr 2011). Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (für 9 Senioren von 10), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische Gruppe ATC in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (46,6%) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (11,3%). Vergleicht man den Medikamentenverbrauch mit den gesamtstaatlichen Werten, ergibt sich, dass in Übereinstimmung mit der geringeren Anzahl von Verschreibungen auf Landesebene auch der Verbrauch DDD/1.000 Einwohner/Tag innerhalb der ATC-Gruppe geringer ausfällt (77 tägliche Medikamentendosen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel auf Landesebene gegenüber 144** Dosen auf gesamtstaatlicher Ebene). Allein hinsichtlich der Medikamente für das zentrale Nervensystem ist der Landesverbrauch etwas höher als der nationale Durchschnitt (61 DDD/1.000 Einwohner/Tag im Vergleich zu 58 auf nationaler Ebene).

Die Statine, die für die Behandlung der Hyperlipidämien eingesetzt werden, gehören zu den Medikamenten der ATC-Gruppe des Herzkreislaufsystems und zu den auf Landesebene am häufigsten verschriebenen; sie müssen konstant und zeitlich langfristig eingenommen werden, um die gewünschte Therapiewirkung zu erzielen: Analysiert man die Statin-Therapieunterbrechungsrate, ergibt sich, dass in den letzten drei Jahren rund 22,2% (1 Patient von 4) der behandelten Patienten die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist. In den letzten Jahren konnte ein geringfügig rückläufiger Trend beobachtet werden.

*** Quelle: Medikamentenverbrauch in Italien – Nationaler Bericht Jänner-September 2012 AIFA*

4.5.2. Territoriale Ausgaben für Medikamente

Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: 61,5 Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: 123 Euro
- Mindest-Bruttoausgaben pro Kopf für die Einwohner des Grödentals: 84 Euro
- Höchst-Bruttoausgaben pro Kopf für die Einwohner von Bozen: 152 Euro
- Pro-Kopf-Ausgaben der Südtiroler Männer: über 40% für Medikamente des Herz-kreislaufsystems
- Für den Wirkstoff Rosuvastatin verzeichnet Südtirol die höchsten Ausgaben: zirka 1,8 Millionen Euro

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2011 über die territorialen Apotheken abgegebenen und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente sind im Vergleich zum Vorjahr mit ca. 61,5 Millionen Euro (-13,6%) (wenn man die Nettoausgaben berücksichtigt, beträgt die Abnahme im Vergleich zu 2011 -15,8%) gesunken. Dieser Rückgang wir von der Herabsetzung der Preise, dem Abzug bei den Apotheken, den Generika (progressives Verfallen der Patente) und einer vermehrten Verteilung der direkt vom Sanitätsbetrieb erworbenen Medikamente hervorgerufen.

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 123 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus (von 84 € Bruttoausgaben pro Kopf im Gesundheitssprengel Gröden bis 152 € im Sprengel Bozen).

In der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen rangiert der Wirkstoff Atorvastatin nach langem nicht mehr an erster Stelle, sondern überlässt den Platz dem Wirkstoff Rosuvastatin (zirka 1,8 Millionen Euro, gleich 2,9% der gesamten Bruttoausgaben auf dem Landesgebiet), der derzeit die höchsten Ausgaben auslöst. Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen, welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehören 9 zu den Medikamenten für das Herz-kreislaufsystem, gefolgt von Medikamenten für das zentralen Nervensystem (Antidepressiva und Antiepileptika) und jenen der Atemwegen (Anti - asthmatisch).

** Quelle: Federfarma*

4.5.3. Direktabgabe der Arzneimittel

Indikatoren im Überblick

- In 6,2% der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Medikamente, die der Gruppe „Blut und blutbindende Organe“ werden am häufigsten von den Krankenhäusern verteilt
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka 27,2 Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka 2,9 Millionen Euro

Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Alle Arzneimittel, mit Ausnahme jener für den exklusiven Krankenhausgebrauch, werden von den territorialen Apotheken verteilt (verkauft); die Arzneimittel des Krankenhaus-Territorium-Handbuchs können von den Sanitätsbetrieben angekauft werden und direkt an die sanitären öffentlichen Einrichtungen oder eventuell an die Apotheken verteilt werden, wobei ein Entgelt für diesen Dienst vereinbart wird (Arzneimittelabgabe über Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes). Auch die Verteilung der Arzneimittel an die Wohnsitz-Strukturen, wie z. B. Altersheime, Gefängnis…, wird zur Direktabgabe gezählt.

Im Jahr 2012 haben 6,2% der Bevölkerung, was zirka 31.000 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Medikamente für die Behandlung von Krankheiten des Blutes und der blutbindenden Organe werden am häufigsten verteilt, gefolgt von den Medikamenten für das zentrale Nervensystem. Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten ist ein immunsuppressives Medikament (Adalimumab), bei welchem sich die Ankaufskosten auf 1,6 Millionen Euro belaufen und ist somit für 5,4% der Gesamtkosten verantwortlich. Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste, Altersheime,…) verteilt werden, belaufen sich auf 30,1 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 1,1 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 130.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt (mehr als doppelt so viel wie im Vorjahr).

4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Einrichtungen, die für Palliativbehandlungen vorbehalten sind, sollten einem Betreuungsnetzwerk angehören, das sich durch multidisziplinäre Teamarbeit auszeichnet und sich auf die Hauspflege der Patienten und ihrer Familien konzentriert. Falls diese Form von Betreuung nicht mehr durchführbar ist, wird der Patienten in Hospice-Einrichtungen aufgenommen, wo die technologische Ausstattung gering, aber der Standard der Betreuung sehr hoch ist.

Das Gesetz 38/2010 sieht die Einführung zweier Betreuungsmethoden vor, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden: Palliativbehandlungs- und Schmerztherapieleistungen. Weiters sieht das Gesundheitsministerium die Einführung einer spezifischen Erhebung der geleisteten Tätigkeiten anhand eines dafür geeigneten Überwachungssystems vor.

Die nationalen Leitlinien für die Überwachung der Betreuung in Hospice-Einrichtungen (Ministerialdekret vom 6. Juni 2012) wurden von der Autonomen Provinz Bozen mit Beschluss Nr. 688/2013 wahrgenommen.

4.6.1. Die Hospice-Einrichtungen in der Provinz Bozen

Indikatoren im Überblick

- Gesamte Bettenanzahl in den Hospice-Einrichtungen: 24
- Betten pro 100 Tumorverstorbene: 1,7
- % der Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit <= 3 Tage: 95,8%
- % der Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebenstage: 16,3%

Zwei Landeseinrichtungen leisten Betreuung im Hospice-Bereich: Hospice- und Palliativbetreuung im Krankenhaus Bozen und in der Privatklinik Martinsbrunn.

Im Krankenhaus Bozen sind 11 Betten für stationäres und ein Bett für Tageshospice vorgesehen. Weiters stellt die Privatklinik Martinsbrunn weitere 12 Betten zur Verfügung.

Anhand des Verhältnisses zwischen der Bettenanzahl für Hospice-Betreuung und der Tumorverstorbenen im Bezugsgebiet wird die Fähigkeit, dem Bedarf an Palliativbehandlung gerecht zu werden, beurteilt. In der Provinz Bozen zählt man 1,7 Betten pro 100 Tumorverstorbene; der nationale Durchschnitt beträgt 1,3. Die Wartezeit beträgt somit 0,8 Tage, was einem sofortigen Zugang zur Betreuung entspricht. In 96% der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospice-Einrichtung. Eine von sechs Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten.

4.6.2. Hospice-Tätigkeiten

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: 569
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: 7.162
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospice-Einrichtungen: 14,1 Tage
- % der onkologischen Zugänge im Vergleich zu den Gesamtzugängen: 95,8%

Im Jahr 2012 wurden 569 Zugänge in den Hospice-Einrichtungen registriert, wobei 84 Zugänge im Tageshospice. Die geleisteten Betreuungstage waren 7.126 (328 im Tageshospice) mit einer Durchschnittsdauer von 14,1 Tagen.

Bei fast allen Zugängen zu den Hospice-Einrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (95,8%) und die Schmerzkontrolle aufgrund von Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (50,6%). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospice-Betreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (13,9%) und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (10,0%).

In 57,3% der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospice-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal und in 28,1% der Fälle die inadequate Unterkunft.

Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (52,7%), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (15,3%), der Kontrolle der Magendarmsymptome (13,4%) und der Kontrolle der verhaltenspsychologischen Symptome (13,4%).

In 79,6% der Fälle sind die Patienten im Laufe des Jahres verstorben.

Die Krankenhausversorgung gewährleistet die Behandlung von pathologischen Zuständen, die Notfall- oder dringlicher Diagnose- und Therapiemaßnahmen bedürfen, von akuten Krankheiten, die nicht ambulant oder zu Hause behandelt werden können, sowie von langzeitigen Krankheitszuständen, die eine Diagnose und Therapiebehandlung verlangen, welche nicht außerhalb des Krankenhausbereichs erbracht werden kann.

5. KRANKENHAUSVERSORGUNG

Zu den grundlegenden Tätigkeiten der „Krankenhausversorgung“ gehören:

- Erste Hilfe
- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken
- Chirurgische Tagesklinik
- Tagesklinik
- Postakute Rehabilitation und Langzeitpflege.

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser sind: Krankenhaus Bozen, Krankenhaus Meran, Krankenhaus Schlanders, Krankenhaus Brixen, Krankenhaus Sterzing, Krankenhaus Bruneck, Krankenhaus Innichen.

Die auf Landesebene geführten Privatkliniken sind die „Marienklinik“, die Privatklinik „L. Bonvicini“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege), die Privatklinik „Villa Melitta“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und post-akute Langzeitpflege), die Privatklinik „Villa St. Anna“ (vorläufig akkreditiert für Akutkranke in der Abteilung Medizin) und die Privatklinik „Martinsbrunn“ (vorläufig akkreditiert für die post-akute Rehabilitation und Langzeitpflege und für Palliativmedizin).

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: 131.228 (die Daten des KH Bozen sind nicht verfügbar)
- Zugänge mit darauf folgendem Krankenhausaufenthalt: 12.993 gleich 9,9%

Alle öffentlichen Krankenhäuser des Landes verfügen über einen Erste-Hilfe-Dienst.

Im Laufe des Jahres 2012 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser Meran, Brixen, Schlanders, Innichen und Sterzing 131.228 Zugänge.

Die Daten der Landeskrankenhäuser Bozen und Bruneck sind zur Zeit nicht verfügbar.

In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt registrieren die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: Von 13,3% des Krankenhauses Schlanders und 11,8% in Brixen, zu 5,2% von Innichen. Diese Unterschiede sind zum Teil auf die verschiedenen Aufenthalts- und Dienstorganisationsverfahren und zum Teil auf die diversen Datenerfassungsmodalitäten der Gesamtzugänge und Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: 1.865, gleich 3,7 pro 1.000 Einwohner und damit über dem nationalen Standard von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner
- Betten für Tagesklinik-Betrieb: 204
- Aufenthalte von Akutkranken: 89.548 insgesamt, davon 68.052 ordentliche Aufenthalte und 21.496Tagesklinik-Aufenthalte
- Hospitalisierungsrate: 171,0 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (129,5 ordentliche Aufenthalte und 41,5 Tagesklink-Aufenthalte)
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: 2.132 Aufenthalte von Akutkranken

Im Jahr 2012 kamen die Landeskrankenanstalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.865 Betten für Akutkranke (92,0% in öffentlichen Krankenhäusern) bei 3,7 Betten pro 1.000 Einwohner nach und überschritten somit den nationalen Standard (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner.

Für den Tagesklinik-Betrieb standen 204 Betten zur Verfügung. In den Krankenanstalten waren außerdem 84 Säuglingskrippen vorhanden, 10 davon in den Privatkliniken (Tabelle 5.2.1).

Im Jahr 2012 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 89.548, davon waren 68.052 (76,0%) ordentliche Aufenthalte und 21.496 (24,0%) Tagesklinik-Aufenthalte. Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutkranke jene Fälle, die aus anderen Abteilungen als für Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen, d. h. die Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener" eingeordnet werden können.

Der Verlauf der Aufenthalte ist konstant rückläufig: Während es im Jahr 2008 102.986 Aufenthalte waren, betrug die Anzahl im Jahr 2012 nur mehr 89.548, was einer Verminderung im letzten Fünfjahreszeitraum von 13,0% entspricht (Tabelle 5.2.6).

95,2% der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern. Gegenüber 1996 hat sich der Anteil der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern erhöht und in den letzten Jahren auf 95% stabilisiert.

Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2011 (einschließlich Aufenthalte im Ausland) auf 171,0 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (129,5 ordentliche Aufenthalte und 41,5 Tagesklinik-Aufenthalte). Gegenüber 2011 nahm die Hospitalisierungsrate der Einwohner um 8,5% ab (um 4,6% für die ordentlichen Aufenthalte und – 4,1% für die Tagesklinik-Aufenthalte); insgesamt bleibt die Hospitalisierungsrate der Einwohner weiterhin über dem nationalen Zielwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner (Tabelle 5.2.9), obwohl ab 2007 eine starke und fortlaufende Senkung registriert wird.

Betrachtet man ausschließlich die in Italien und in Österreich getätigten Aufenthalte und berechnet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, bestätigt sich für Südtirol eine hohe Hospitalisierung (177,2 auf 1.000 Einwohner).

Dabei verzeichnet insbesondere der Gesundheitsbezirk Bozen die höchste Inanspruchnahme (176,5) (Tabelle 5.2.10).

Die spezifischen Raten nach Alter fallen in Südtirol im gesamtstaatlichen Vergleich mit den Daten von 2001 höher für die Altersklassen der Senioren über 65 Jahren aus (Tabelle 5.2.11).

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf den Bericht über die Hospitalisierung des Jahres 2011 des Gesundheitsministeriums, Tabellen 5.6 und 5.8, verwiesen, abrufbar auf der Internet-Seite:
www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/archivioDocumentiRicoveriOspedalieri.jsp?lingua=italiano&menu=documenti&id=1930.

Auch 2012 werden höhere aktive Mobilitätswerte (Attraktionsindex gleich 9,6%) als passive Mobilitätswerte verzeichnet (Fluchtindex 7,4%), was die Attraktionsfähigkeit einiger öffentlicher Krankenhäuser auf außerhalb des Landes ansässige Patienten bestätigt (Tabelle 5.2.12).

Zehn Indikatoren der Effizienz, Qualität und Angemessenheit wurden ausgewählt, um einige wichtige Phänomene im Bereich der öffentlichen Krankenhausproduktion von ordentlichen Aufenthalten von Akutkranken in Südtirol darzulegen, für die der NGP spezifische Ziele oder zu verfolgende Entwicklungstrends vorschreibt.

Tabelle 5.2.13 stellt die Ergebnisse dieser Indikatoren für die sieben Landeskrankenhäuser dar. Eine relativ niedrige Bettenauslastungsrate verzeichnet das Krankenhaus Innichen (71,1%). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalenter DRG-Aufenthaltseinheit variiert zwischen 6,5 Tagen im Krankenhaus Meran und 5,2 Tagen im Krankenhaus Sterzing. Der Prozentsatz der Kaiserschnitte an allen Geburten liegt im Krankenhaus Bruneck (26,2%) am Höchsten.

Die Kriterien für die Berechnung von einigen der in der Tabelle angeführten Indikatoren wurden umgestaltet, da einige der verwaltungstechnischen Voraussetzungen abgeändert wurden (Neufestlegung der im tagesklinischen Betrieb durchführbaren Leistungen und neue Liste der DRGs mit Unangemessenheitsrisiko). Dies macht den Vergleich mit den in den vergangenen Ausgaben des Gesundheitsberichts veröffentlichten Indikatoren nicht möglich.
Trotzdem ist der hohe Attraktionsindex des Krankenhauses Innichen (25,9%) erwähnenswert.

5.2.1. Ordentliche Aufenthalte

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: 68.052 insgesamt; 65.232 in den öffentlichen Krankenhäusern; 2.820 in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: 458.242 insgesamt; 437.102 in den öffentlichen Krankenhäusern; 21.140 in den Privatkliniken
- Bettenauslastungsrate: 75,1**%** insgesamt; 78,0% in den öffentlichen Krankenhäusern; 42,6% in den Privatkliniken
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 6,7 insgesamt; 6,7 in den öffentlichen Krankenhäusern; 7,5 in den Privatkliniken
- Turnover-Intervall: 2,2 insgesamt; 1,8 in den öffentlichen Krankenhäusern; 9,9 in den Privatkliniken
- Rotationsindex: 41,8 insgesamt; 43,7 in den öffentlichen Krankenhäusern; 21,2 in den Privatkliniken
- Durchschnittliche äquivalente Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: 6,0
- Durchschnittliches Gewicht pro Aufenthalt in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,12
- Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,01
- Performance-Vergleichsindex: 0,88
- Eintagsaufenthalte: 6.265 insgesamt; 5.908 in den öffentlichen Krankenhäusern; 357 in den Privatkliniken

Auch für das Jahr 2012 ist - wie in den Vorjahren - ein Rückgang der ordentlichen Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Krankenhäusern so wie in den Privatkliniken zu beobachten.
Im Jahr 2012 wurden 68.052 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 458.242 Aufenthaltstage umfassten.

95,9% der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 95,4% aller Aufenthaltstage in Anspruch. 39,9% aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt (Tabelle 5.2.14). 37,3% der ordentlichen Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30-64 Jahren, 27,8% der Patienten waren über 75 Jahre alt (Tabelle 5.2.15). Insgesamt waren die Betten zu 75,1% der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 41,8 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 2,2 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb in den letzten fünf Jahren nahezu konstant (für das Jahr 2012 beträgt der Wert 6,7) und entspricht somit in etwa den gesamtstaatlichen Vergleichswerten des Jahres 2010 (6,8 Tage) (Tabelle 5.2.16).

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,12), der knapp über dem nationalen Standard liegt auf (1,11 im Jahr 2011). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes einen Wert von 1,01 im Jahr 2012 an, mit dem niedrigsten Wert für das Krankenhaus Bruneck (0,87). Insgesamt weisen die öffentlichen Landeskrankenanstalten im gesamtstaatlichen Vergleich eine höhere Performance auf. (Tabelle 5.2.17).

Die Gesamtzahl der ordentlichen Eintagsaufenthalte beträgt 6.265 (4.442 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 9,2% an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht (Tabelle 5.2.20).

Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurde den ordentlichen Aufenthalten in 64,7% der Fälle in den Landeskrankenanstalten eine medizinische DRG zugewiesen. Besonders hohe Anteile unter den öffentlichen Krankenhäusern vermerken die Krankenhäuser Schlanders (73,6%) und Bozen (67,8%) (Tabelle 5.2.19).

17 DRGs decken rund 30,0% der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Die Hauptursache der Aufenthalte stellen die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose" (5,7% aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten" (2,5% aller Aufenthalte) dar (Tabelle 5.2.21).

5.2.2. Tagesklinik-Aufenthalte

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 21.496 insgesamt; 19.974 in den öffentlichen Krankenhäusern; 1.522 in den Privatkliniken

- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 43.308 insgesamt; 41.785 in den öffentlichen Krankenhäusern; 1.523 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit medizinischer DRG: 7.164 insgesamt; 7.099 in den öffentlichen Krankenhäusern; 65 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: 14.332 insgesamt; 12.875 in den öffentlichen Krankenhäusern; 1.457 in den Privatkliniken

Im Jahr 2012 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 21.496, was einem Rückgang in Vergleich zu 2011 entspricht. 92,9% der Aufenthalte betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (190 öffentliche vs. 14 private). Durchschnittlich kamen auf jeden Tagesklinik-Aufenthalt 3,8 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten (Tabelle 5.2.22).

Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 49,9% ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 30,0% waren sie über 64 Jahre alt (Tabelle 5.2.23).

Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art: 14.332 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 66,7% der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Die Krankenhäuser Innichen und Schlanders weisen einen Anteil tagesklinischer Tätigkeit von über 80% auf (Tabelle 5.2.24).

Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellten die DRG 039 „Eingriffe an der Linse des Auges mit oder ohne Vitrektomie" mit 14,3% der Aufenthalte, gefolgt von der DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose" mit 8,4% der Aufenthalte. 6 DRGs decken rund 50% aller chirurgischen tagesklinischen Aufenthalte ab.

Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Chemotherapie, nicht an die Sekundärdiagnose akute Leukämie gebunden" (DRG 410) in 11,2% der Fälle zurückzuführen (Tabelle 5.2.25).

5.2.3. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der Kaiserschnitte: 24,7%
- Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen: 39,4%

- Hospitalisierungsrate wegen nicht kontrolliertem Diabetes, Alter >=18: 41,0 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Asthma bei Erwachsenen, Alter 18-64: 4,8 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Herzinsuffizienz, Alter >=65 Jahre: 1.286,7 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik, Männer, Alter >49 Jahre: 378,6 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie: 121,4 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie, Frauen, Alter >45 Jahre: 336,4 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie: 99,2 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie, Alter >=65 Jahre: 446,6 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenksersatz, Alter >=65 Jahre: 877,9 pro 100.000 Einwohner
- Anteil der stationären Aufenthalte wegen Eingriffen am Kristallin auf insgesamt allen Eingriffen am Kristallin (KH-Aufenthalte + Leistungen in fachärztlichem Betreuungsregime) : 3,3**%**
- Anteil der stationären Aufenthalte wegen Venenstripping auf insgesamt allen Eingriffen wegen Venenstripping (KH-Aufenthalte + Leistungen im fachärztlichen Betreuungsregime): 2,9**%**
- Gesamtanzahl der Krankenhausaufenthalte mit zugewiesenen DRGs mit hohem Unangemessenheitsrisiko: 27.449, entspricht einem Tarifwert von 18.818.979,52 Euro

In der Folge werden einige „Indikatoren der Qualität und Angemessenheit", die für Südtirol von besonderem Interesse sind dargelegt; diese werden aus den in den Krankenhausentlassungsbögen enthaltenen Informationen berechnet.

Die Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen (Tabelle 5.2.27) beliefen sich im Jahr 2012 auf 19.103 und sind gegenüber 2011 (mit 19.688) leicht gesunken; ihr Anteil an allen ordentlichen Aufenthalten beträgt 28,1%. In 92,7% der Kurzaufenthalte wurde der Patient nach Hause entlassen; 58,4% der Aufenthalte wurden als dringend klassifiziert.

Von den 10.286 Kurzaufenthalten in den öffentlichen Krankenanstalten mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause, fanden 4.547 (44,2%) im Krankenhaus Bozen statt (Tabelle 5.2.28).

Tabelle 5.2.29 enthält einige „Allert-Indikatoren" für vertiefte Qualitätsbewertungen auf. Diese sind vergleichbar mit denen der anderen Regionen Italiens, die im Bericht über die Aufenthalte 2011 und von Seiten des Gesundheitsministeriums veröffentlicht werden. Die Daten sind in den Tabellen 4.1, 4.2, 4.3 und 5.13 unter folgender Internet-Adresse abrufbar: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1930_allegato.pdf.

Eines der Ziele des Nationalen Gesundheitsplans ist die Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte auf einen gesamtstaatlichen Wert von 20%. Für Südtirol verzeichnet sich im Jahr 2012 ein im Vergleich zu den Vorjahren relativ stabiler Wert (24,67%).

Nahezu stabil verläuft auch der Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen (39,4%), mit Werten über dem nationalen Durchschnitt 2011 (31,9%).

Die Hospitalisierungsrate der Aufenthalte von Südtirolern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren wegen Asthma belief sich 2012 auf 4,8 pro 100.000 Einwohner, also unter dem gesamtstaatlichen Mittelwert von 9,7.

Die Hospitalisierungsraten wegen Herzinsuffizienz für Wohnbevölkerung im Alter über 18 Jahre verzeichnet einen niedrigeren Wert im Vergleich zum nationalen Durchschnitt 2011, während die selbe Hospitalisierung für Südtiroler im Alter über 64 Jahre im Jahre 2012 höhere Werte im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnittswert registriert.

Die Südtiroler Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik betrug 378,6 pro 100.000 Männer im Alter über 49 Jahren und spricht also für eine höhere Inanspruchnahme dieser Technik im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt von 297,2.

Die Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie ist mit 121,4 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2012, im Vergleich zu 2011 in leichtem Abwärtstrend.

Die Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie bei Frauen über 45 Jahren nimmt im Vergleich zu 2011 zu und beträgt 336,4 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner, bleibt weiters über dem nationalen Vergleichswert des Jahres 2011 von 281,1.

Die Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie entsprach 2012 99,2 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner (stark rückläufig), während die wegen Hüftgelenksersatz in der Bevölkerung ab 64 Jahren 877,9 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner beträgt und weit über dem des gesamtstaatlichen Durchschnitt von 533,2 liegt.

Zur Vervollständigung der Analyse der organisatorischen Angemessenheit werden einige Daten zu den DRGs angeführt, die mögliche Bereiche mit Unangemessenheitsrisiko darstellen.

Laut Ministerialverordnung (DPMR vom 29.11.01) wird die eventuelle organisatorische Unangemessenheit bei der Behandlung der klinischen Fälle durch die Festlegung von „Risikobereichen", bestehend aus einer Liste von DRGs, bemessen, für welche die Inanspruchnahme eines Aufenthalts als „potenziell unangemessen" gilt.

Die Landesregierung hat mit Beschluss vom 14.02.2011 N. 231 die Liste der Leistungen und der jeweiligen Schwellenwerte für die Durchführung in stationärem Aufenthaltsregime neu festgelegt. Dazu wurden auch für einige DRGs – zum Zwecke der Förderung der Behandlungen in ambulante Betreuungsregime - Schwellenwerte für die Durchführung in Tagesklinik bestimmt. So beträgt in den öffentlichen Landeskrankenhäusern der Gesamtanteil der stationären Aufenthalte über der Zulässigkeitsschwelle einen Wert von 20,2%, mit Höchstwert im Krankenhäusern Schlanders von ungefähr 28%.
Der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte über der Zulässigkeitsschwelle registriert weiters stark reduzierte Werte im Vergleich zu den Vorjahren, mit einem Landesdurchschnitt für die öffentlichen Krankenhäuser von 25,6%.
Insgesamt beliefen sich im Jahr 2011 die Aufenthalte der ansässigen Patienten, die unter die DRGs der „Risikobereiche" fallen, auf 27.449 und entsprachen einem Gesamttarifwert von 18.818.979,52 Euro.

5.2.4. Krankenhausmobilität

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: 8.651
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: 3.711
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: 1.957
- Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 9,7**%**
- Fluchtindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 7,4**%**

Im Laufe des Jahres produzierten die Landeskrankenanstalten 89.548 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte, davon 8.651 für außerhalb der Provinz Ansässige.
Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 87.397 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in Anspruch, 80.878 davon in Landeskrankenanstalten, 3.711 in Einrichtungen im übrigen Italien, 1.957 in Österreich und 851 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2010).
Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 9,7% für die überregionale aktive Mobilität.
Der Fluchtindex hingegen entsprach 7,4% für die überregionale passive Mobilität (davon 4,2% in Richtung übriges Italien, 2,2% nach Österreich und 1,0% in andere Staaten). Auf

Landesebene war der Saldo der überregionalen Mobilität im Jahr 2012 positiv und betrug 2.132 Aufenthalte.

2012 nahmen die Südtiroler 3.711 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte für Akutkranke in nationalen Einrichtungen außerhalb des Landes in Anspruch, weniger als im Vorjahr (3.920 Aufenthalte). Die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte betrug 2.627 bei insgesamt 18.804 Aufenthaltstagen und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 7,2 Tagen. Die Tagesklinik-Aufenthalte beliefen sich auf 1.084 bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 1,9 Tagen (Tabelle 5.2.40).

In Bezug auf die Beträge der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in Einrichtungen im übrigen Italien wird festgehalten, dass sich die Analyse auf die von den einzelnen Regionen und Provinzen bereitgestellten Daten bezieht. Somit können die vom Land im Zuge der Kompensation und Mobilität anerkannten Beträge von den obgenannten Daten abweichen. Im Jahr 2011 machte der Gesamtbetrag für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in anderen italienischen Regionen 17,8 Millionen Euro aus (Tabelle 5.2.40).

Venetien und die Autonome Provinz Trient sind die häufigsten Anlaufstellen für Aufenthalte in anderen italienischen Regionen/Provinzen mit 32,9% bzw. 27,1% (Tabelle 5.2.41).

Die Hauptursache der ordentlichen Aufenthalte von Südtirolern in Krankenanstalten im restlichen Italien besteht in den „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (19,8%) und in den „Krankheiten und Störungen des Herzkreislaufsystems" (19,3%) (Tabelle 5.2.42).

Insbesondere ist zu beobachten, wie das DRG 105 „Eingriffe an den Herzklappen" das häufigst vorkommende DRG in Aufenthalten ansässiger Patienten in Krankenanstalten anderer Regionen darstellt (5,0% der Fälle), mit einem Tarifwert von 3.309.819,55 Euro (Tabelle 5.2.43).

Im Laufe des Jahres 2012 wurden insgesamt 1.957 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einem Rückgang von etwa 10% gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 15.969 ordentliche Aufenthaltstage in stationärem Aufenthaltsregime in Anspruch genommen.

Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich die lymphatische Leukämie mit 5,6% der Aufenthalte, das Schilddrüsenkarzinom mit 5,0% und Zustand nach Organ- und Gewebetransplantation, mit einem Aufenthaltsanteil von 4,4% (Tabelle 5.2.45).

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2012 1.873 (95,7%) Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen (1.624 ordentliche und 249 tagesklinische Aufenthalte). Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (16,8%) und die Orthopädie und Traumatologie (8,9%) - (Tabelle 5.2.46).

5.3. POST-AKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Betten für die post-akute Versorgung: 358, gleich 0,71 pro 1.000 Einwohner
- Post-akute Aufenthalte: 5.172

In diesem Teil wird die Versorgungstätigkeit der öffentlichen und privaten Krankenhäusern des Landes in Bezug auf die post-akuten Aufenthalte (in Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation, Neuro-Rehabilitation und Langzeitpflege) beschrieben.
Für die post-akute Krankenhausversorgung stehen insgesamt 358 Betten zur Verfügung, die im Jahr 2012 wie folgt aufgeteilt waren: 108 in öffentlichen Krankenhäusern (30,2%) und 250 in Privatkliniken (69,8%), davon 12 in der Palliativstation (Abteilungskodex 60.02) (Tabelle 5.3.1).
Gegenüber 2011 ist die Gesamtanzahl der Betten um sechs Einheiten gesunken.

5.3.1. Physische und neurologische Rehabilitation

Indikatoren im Überblick

- Betten für die physische Rehabilitation: 156, gleich 0,31 pro 1.000 Einwohner
- Betten für die Neuro-Rehabilitation: 14, gleich 0,03 pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation: 2.729
- Aufenthalte aufgrund Neuro-Rehabilitation: 105
- Rehabilitationsaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: 216 (201 physische Rehabilitations- und 15 Neuro-Rehabilitationsaufenthalte)
- Rehabilitationsaufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: 59

Im Jahr 2012 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 2.729 Aufenthalte (2.536 ordentliche Aufenthalte und 193 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 105 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet.
69,7% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 30,3% in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 22 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 7,1% an allen Aufenthalten dar (Tabellen 5.3.2 und 5.3.3).

62% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" zugewiesen, weniger als 33% der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems". Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 69% auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems".

89,9% der Aufenthalte wurden als post-akute Aufenthalte eingestuft, 9,5% als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,6% als Bewertungsaufenthalte (Tabelle 5.3.4).

60,4% der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 33,9% jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 5,7% die anderen Schädigungen (Tabelle 5.3.5).

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Aufnahme betrug 74,0 Punkte. Unter dem Durchschnitt lagen die Krankenhäuser Bruneck (66,7 Punkte), Meran (72,9 Punkte) und die Privatkliniken Villa Melitta (72,5 Punkte) und Bonvicini (60,2 Punkte). Die durchschnittliche höchste Punktezahl verzeichnete hingegen die Privatklinik Martinsbrunn (91,2 Punkte), gefolgt von dem Krankenhaus Sterzing (91,0 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Entlassung betrug 90,3; das Krankenhaus Bozen verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs (Tabelle 5.3.6).

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 105 (85 ordentliche Aufenthalte und 20 Tagesklinik-Aufenthalte nur im Krankenhaus Bozen), 64 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 12 das Krankenhaus Brixen, 11 das Krankenhaus Bruneck und 18 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 52,4 Tagen (Tabelle 5.3.10).

Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (39,1 Punkte) und bei der Entlassung (59,5 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 20,4, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,6 Punkte (Tabelle 5.3.11).

Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten 201, 13 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 20,4 Tage (Tabellen 5.3.12 und 5.3.13).

36% der Aufenthalte wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes", 28% der MDC 5 „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“ und 21% der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" zugewiesen.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex

28) beliefen sich auf 15, 11 davon waren ordentliche Aufenthalte, 4 waren Tagesklinik-Aufenthalte (Tabelle 5.3.14).

Im Jahr 2012 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in post-akuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 59 und ist gegenüber 2011 um 11% gestiegen; die Aufenthaltsrate belief sich auf 0,12 pro 1.000 Einwohner (Tabelle 5.3.15).

5.3.2. Langzeitpflege

Indikatoren im Überblick

- Betten für die Langzeitpflege: 188, gleich 0,37 pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: 2.338
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: 20

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 2.338 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 22,3 Tage (Tabelle 5.3.16). Dazu kommen 20 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in nationalen Einrichtungen außerhalb des Landes (ansteigend gegenüber 2011). Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der post-akuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (35,7%) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" (17,9%) (Tabelle 5.3.17).

6 AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen: 1.220,359 mio Euro
- Öffentliche Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen: 67.415 mio. Euro
- Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen: 1.287,774 mio. Euro
- Öffentliche Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen: 2.348,00 Euro
- Anteil der Kosten für das Personal des Sanitätsbetriebs: 49,6%
- Anteil der Kosten für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs: 12,4%
- Anteil der Kosten für die Gesundheitsdienste des Sanitätsbetriebs: 23,7%
- Anteil der Kosten für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs: 7,2%
- Saldo der überregionalen Mobilität: 11,6 mio. Euro

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (die direkt vom Land für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben plus die vom Sanitätsbetrieb aufgewendeten Führungs- und Investitionskosten) beliefen sich im Jahr 2012 insgesamt auf 1.287,774 Millionen Euro.

94,76% der Gesamtausgaben des Jahres 2012 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 5,24% betrafen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2012 auf 1.220,359 Millionen Euro beziffern. 98,21% davon werden direkt vom Sanitätsbetrieb getragen. Die Ausgaben des Sanitätsbetriebs setzen sich vornehmlich aus den Personalkosten (49,57%) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (23,74%) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (12,35%), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (7,23%) und sonstige Kosten (7,11%).

Die insgesamt vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Investitionskosten für das Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2012 auf rund 67.415 Millionen Euro.

Die laufenden Pro-Kopf-Ausgaben das Gesundheitswesen (in konstanter Lira, ausgedrückt in Euro) lassen sich für das Jahr 2012 auf 2.348 Euro beziffern. Es wird darauf hingewiesen, dass im Vergleich zu den Vorjahren die Berechnung durch die Anrechnung der ausländischen

Mobilität, die verschiedene Buchung einiger Kostenposten für das Personal sowie den Rückgang der Bevölkerung laut Volkszählung beeinflusst wird.

Die überregionale Mobilität der Aufenthalte für das Jahr 2012 verzeichnete einen positiven Saldo von 8,2 Millionen Euro, mit einem beträchtlichen Anstieg gegenüber 2011. Die Anzahl der von den Landeseinrichtungen für im übrigen Italien ansässige Patienten produzierten Aufenthalte belief sich auf 6.538, was einem Tarifwert von 27 Millionen Euro entspricht; die Anzahl der von den Einrichtungen im restlichen Italien zugunsten von Südtiroler Patienten produzierten Aufenthalte war 3.945, gleich 18,8 Millionen Euro.

Auf überregionaler Ebene wurde 2012 auch für die ambulanten fachärztlichen Leistungen ein positiver Saldo von rund 1,4 Millionen Euro verzeichnet, mit einem leichten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr.

Berücksichtigt man die gesamte überregionale Mobilität (Krankenhausaufenthalte und andere Versorgungsformen wie fachärztliche und pharmazeutische Versorgung etc.), beträgt die Anzahl der Leistungen der überregionalen aktiven Mobilität 354.536, gleich 35,4 Millionen Euro (ein Anstieg von rund 11,8% im Vergleich zum Vorjahr). Die Anzahl der Leistungen der überregionalen passiven Mobilität war 364.372, gleich 23,7 Millionen Euro (ein Anstieg von rund 0,8% im Vergleich zum Vorjahr).

Der Saldo der gesamten überregionalen Mobilität bestätigt den positiven Trend der Vorjahre mit einem Leistungsgegenwert von 11,6 Millionen Euro.