



GESUNDHEITSBERICHT

ZAHLEN UND FAKTEN 2020

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

INHALTSVERZEICHNIS

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG	4
1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG	5
1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG	6
1.3. GEBURTENRATE	6
1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (WOHNBEVÖLKERUNG)	7
1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (WOHNBEVÖLKERUNG)	8
1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG	9
2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT	10
2.1. LEBENSSTILE	11
2.1.1. ERNÄHRUNG	11
2.1.2. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	11
2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT	12
2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH	13
2.1.5. CORONAVIRUS	13
2.2. KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT	15
2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN	15
2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN	17
2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE	17
2.2.4. DIABETES	18
2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN	20
2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS	20
2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN	21
2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN	21
2.2.9. COVID-19 PANDEMIE	22
3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT	23
3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING	24
3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITEN- ERKRANKUNGEN, 6INKLUSIVE IMPFPROGRAMME	26
3.3. SCHUTZ VON GES7NDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD	27

3.3.1. LEBENSUMFELD	28
3.3.2. ARBEITSUMFELD	29
3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH	29
3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT	30
3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN	31
3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN	32
3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN	33
 4. TERRITORIALE VERSORGUNG	 34
4.1. SPRENGELVERSORGUNG	35
4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG	35
4.1.2. HAUSPFLEGE	37
4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	38
4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN	39
4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT	39
4.3. STATIONÄRE REHABILITATION	40
4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST	41
4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG	42
4.5.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH	43
4.5.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE	44
4.5.3. DIREKTABGABE DER MEDIKAMENTE	45
4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN	46
4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN	46
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN	47
 5. KRANKENHAUSVERSORGUNG	 48
5.1. ERSTE HILFE	49
5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN	49
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE	51
5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE	53
5.2.4. KRANKENHAUSMOBILITÄT	54
5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG	54
5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION	55
5.3.2. LANGZEITPFLEGE	56
 6. GESUNDHEITSAUSGABEN	 58

KAPITEL 1

BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG



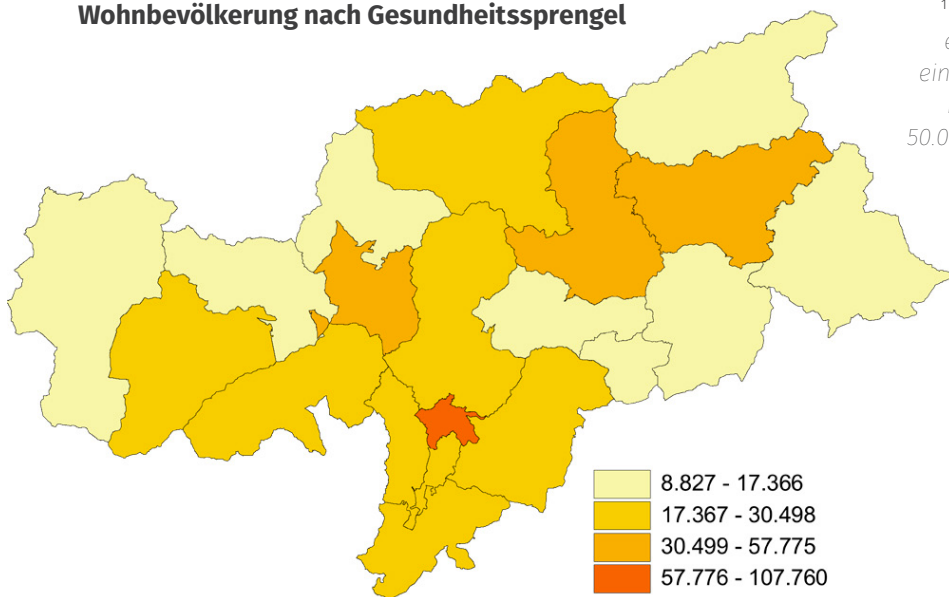
Der Teil über die versorgungsberechtigte Bevölkerung enthält die wichtigsten demographischen Daten zur Südtiroler Wohnbevölkerung: Bevölkerungsstruktur und territoriale Verteilung, Lebenserwartung, Geburtenrate und Wachstumsindikatoren.

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG

Das Landesamt für Statistik (ASTAT) legt 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.

Für die Berechnung der Indikatoren, sofern nicht anders angegeben, wurde die offizielle ASTAT Bevölkerung verwendet.

Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel



1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG

Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung: **533.715** Einwohner
- Bevölkerungsdichte von **72,1** Einwohnern pro km²

Im Jahr 2020 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 533.715 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 72,1 Einwohnern pro km². 55,0 % des Landesgebietes weisen einen niedrigen Erschließungsgrad auf, 21,1 % einen mittleren Erschließungsgrad und 23,9 % einen hohen Erschließungsgrad (Volkszählung 2011).

Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (44,3 %), in etwa ein Viertel in dem von Meran (26,0 %) und etwa ein Sechstel jeweils in den Bezirken Brixen (14,7 %) und Bruneck (15,1 %). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den beiden Gesundheitsbezirken Bozen Stadt (20,2 %) und Meran (10,8 %).

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 eingestuft.

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG

Indikatoren im Überblick

- Lebenserwartung bei der Geburt - Männer: **80,6** Jahre
- Lebenserwartung bei der Geburt - Frauen: **85,0** Jahre

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 98,1 Männer.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei: 42,7 Jahren (41,5 Jahre für die Männer und 43,9 für die Frauen) und verzeichnet im letzten fünf Jahren eine Zunahme von 0,8 Jahren.

Der Altersindex entspricht 128,9 Senioren (über 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den letzten fünf Jahren von 7,2 Punkte und ist unter den Frauen höher (148,4%) als unter den Männern (128,9%). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 184,1%.

Der Strukturabhängigkeitsindex liegt bei 54,9%. Für die Frauen (58,5%) liegt dieser Index höher als für die Männer (51,4%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 56,9%. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 80,6 Jahre für die Männer und 85,0 Jahre für die Frauen. Südtirol besitzt eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (79,7 für die Männer und 84,4 für die Frauen).

Aufgrund der Covid-19-Pandemie hat sich die Lebenserwartung im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei Männern als auch bei Frauen um 1,2 Jahre verringert.

1.3. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

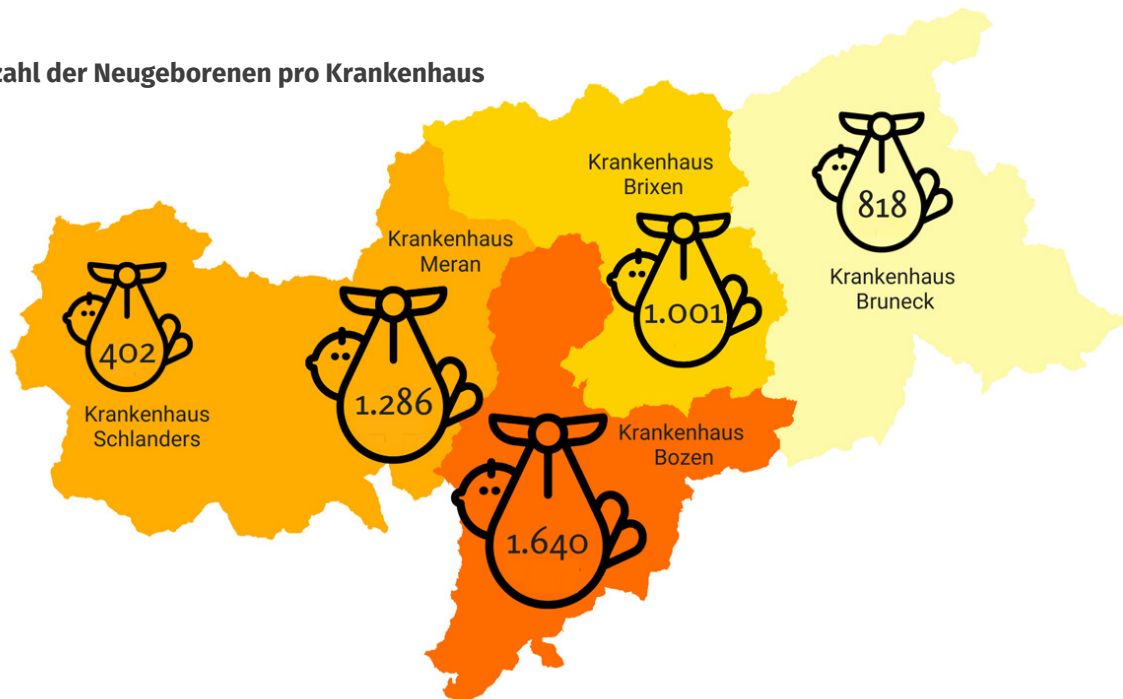
- Neugeborene in Südtirol: **5.206**
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: **5.047**
- Geburtenrate: **9,6** Neugeborene auf 1.000 Einwohner

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 2020 wurden in Südtirol 5.206 Kinder geboren, 5.047 davon von ansässigen Müttern (96,9 %), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2020 kommt es zu einem Rückgang der Neugeborenen im Vergleich zu den letzten zwei Jahren (5.310 im Jahr 2019, 5.506 im Jahr 2018). Fast alle Geburten fanden in den Geburtsstellen der Krankenhäuser des Landes statt, 59 waren Hausgeburten (das Doppelte im Vergleich zu den 30 Hausgeburten 2019). 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.

Die Geburtenrate* beträgt 9,6 Neugeborene pro 1.000 Einwohner bleibt auch in Jahr 2020 der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 6,8 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

* Quelle: demografische Indikatoren 2020 - ISTAT

Anzahl der Neugeborenen pro Krankenhaus



1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: **31,5** Jahre
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: **28,8 %**
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: **90,8 %**

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Frauen bei der Entbindung entspricht 31,5 Jahre (im Vergleich zum Vorjahr wird ein leichter Anstieg der Entbindenden im Alter von unter 29 Jahren verzeichnet und der über 40-jährigen). Dieser Wert zeigt an, dass die Südtiroler Mütter weiterhin jünger als der Durchschnittswert Italiens (32,2 Jahre) sind. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2020 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (64,6 %), rund 1 von 4

über 35 Jahre (29,2 %) und 5,8 % (293 Frauen) über 40 Jahre. Im Jahr 2020 betrug das Durchschnittsalter des Vaters 35,0 Jahre, was einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 43 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 0,8 % aller ansässigen Frauen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die großen Schwierigkeiten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiv 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 (55,1 %). Dieser tendenziell auf nationaler Ebene steigende Wert, ist nach wie vor in der Provinz Bozen am höchsten.

Hinsichtlich des Studientitels weisen 68,9 % der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 51,4 % sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 74,3 % der Mütter gegenüber 90,8 % der Väter).

Der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (20,5 % gegenüber 21,2 %). Die Frauen stammten Großteils aus Albanien, Marokko und Pakistan. Berücksichtigt man das Geburtsland der Mutter, so sind im Jahr 2020 25,8 % der gesamten ansässigen Mütter im Ausland geboren (1 von 4 Müttern).

** Quelle: demografische Indikatoren 2018 - ISTAT*

1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der mittels Kaiserschnitt Geborenen (ansässige Bevölkerung): **22,8 %**
- Anzahl der Zwillingsgeburten: **59**, entspricht **1,2 %** aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: **141**

Die Geburtsbescheinigung lässt Informationen über Visiten und Instrumentaluntersuchungen der Mutter während der Schwangerschaft erfassen.

Im Jahr 2020 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,7 Kontrollvisiten

(konstanter Wert in den letzten Jahren). Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. In 5,7 % der Fälle haben die Mütter maximal 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 65,7 % der schwangeren Mütter haben die erste Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh (dieser Wert zeigt eine steigende Tendenz).

Von den Frauen, die im Jahr 2020 in Südtirol entbunden haben, ließen 131 (2,6 %) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2005 waren es 9,8 %). Der Rückgang ist auf ein größeres Angebot an nicht-invasiven Screening Tests zurückzuführen. Eine Amniozentese ließen 0,5 % vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom).

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung bei ansässigen Müttern ergibt sich, dass 71,2 % der Kinder vaginal und 5,8 % operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Der Prozentsatz der chirurgischen Geburten betrug im Jahr 2020 22,8 % und ist im Vergleich zum Vorjahr mit 24,5 % gesunken (Wohnbevölkerung).

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 18,9 %. 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 1,2 % aller Geburten dar (59 Zwillings- und Drillingsgeburten). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 8,5 % (ein signifikanter Rückgang im Vergleich zu 31 % von 2019).

Im Jahr 2020 griffen 141 Frauen (2,8 % aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück, vergleichbar mit Werten wie andere italienische Regionen.

Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) betrug 5,4 % (weniger im Vergleich zum Vorjahr 6,1 %).

Personen pro 1.000 Einwohner.

Der wichtigste Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 2,6‰. Mit -0,6‰ war das natürliche Wachstum zum ersten Mal negativ.

Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, welche die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,7 Kindern je Frau (1,24 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene).

1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate:
2,0 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate:
2,6 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate:
1.661 pro 1.000 Frauen

Im Jahr 2020 wuchs die Bevölkerung um 2,0

KAPITEL 2

ASPEKTE DER GESUNDHEIT



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 Kreislau-, 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 Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **42,8 %**
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **26,3 %**
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: **9,0 %**

Eine qualitativ und quantitativ ungesunde Ernährung gehört zu den größten Risikofaktoren für Pathologien wie arterielle Hypertonie, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, Übergewicht und Fettleibigkeit (auch im Zusammenhang mit mangelnder körperlicher Bewegung) und Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes mellitus.

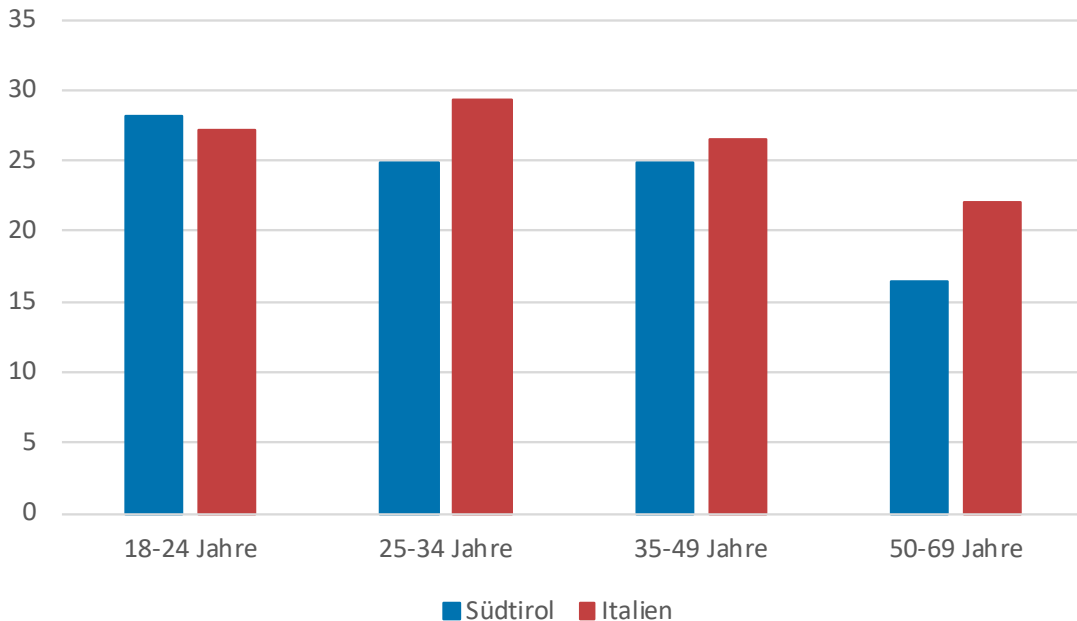
34,6 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (28,3 % übergewichtig, 6,3 % fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (42,8 %) als unter den Frauen (26,3 %) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (42,7 %) als unter jenen mit höherem Studientitel (29,3 %) auf. Nur 9,0 % 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: **48,3 %**
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **11,8 %**

Raucher/-innen nach Altersklassen (Passi 2017-20)



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.

48,3 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbedingt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 11,8 % betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT

Indikatoren im Überblick

- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **23,0 %**
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **20,9 %**
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2019): **1.230**

Rauchen ist „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“. Rauchen ist für rund 25 % der Todesfälle wegen Tumorerkrankungen und für 28 % aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 75 % der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und 88 % der Lungentumoren zwischen den Männern zuzuschreiben. Außerdem führt Rauchen auch zu anderen Krankheiten wie Myokardinfarkt, Ischämie, chronisch-obstruktiver Bronchitis und sonstigen Störungen der Atemwege.

Die Rauchgewohnheit ist unter 22,0 % der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 23,0 % der Männern und 20,9 % der Frauen).

2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten: **23,9** pro 1.000 Einwohner
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen, Werte pro 1000 Einwohner: **1,7**
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **37,5 %**

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

Im Jahr 2020 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 1.273 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 23,9 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht. Im Laufe des Jahres werden 210 (3,9 auf 1.000 Einwohner) neue Patienten versorgt, mit einem Durchschnittsalter von 28,0 Jahren.

Unter den verwendeten Substanzen überwiegt Heroin (38,9 % aller Substanzen), gefolgt von Cannabinoiden (29,2 %) und Kokain (20,2 %).

Die drogenbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15-54-Jährigen betrugen 192 und es wurden 119 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

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 37,5 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren dar; 30,0 % davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 18,0 % 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 2,3 % sind starke Trinker (Konsum im letztem Monat von mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen).

Die alkoholbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15-54-Jährigen betrugen 798, und es wurden 909 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

Im Jahr 2020 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 210 Personen mit Spielsuchtproblemen, 100 Personen wegen Missbrauch von Medikamenten, 138 wegen Probleme mit Nikotin, 429 Angehörige von Personen, welcher unter eine Abhängigkeit leiden, und 340 sonstige Personen versorgt.

2.1.5. CORONAVIRUS

Indikatoren im Überblick

- **23,9%** der befragten Erwachsenen und **5,4%** der Senioren haben sich mit dem Coronavirus infiziert

Die Auswirkungen der Pandemie auf die Wirtschafts- und Arbeitsbedingungen, auf die emotionale Befindlichkeit und die Nachfrage nach Pflegeleistungen, auf die Wahrnehmung des Ansteckungsrisikos und seiner Folgen, auf die Bereitschaft, sich gegen

SARS-CoV-2 impfen zu lassen, auf die Verwendung von Masken, auf das Vertrauen der Bevölkerung in Einrichtungen, sind Aspekte, die von den Überwachungssystemen Passi und Passi d'Argento untersucht wurden.

Im Zeitraum August bis Dezember 2020 wurden hierzulande 164 Passi-Befragungen und 110 Passi d'Argento-Befragungen durchgeführt. Italienweit wurden 8.041 Passi-Befragungen (Piemont, Südtirol, Venetien, Friaul-Julisch Venetien, Ligurien, Emilia-Romagna, Umbrien, Marken, Latium, Kampanien, Abruzzen, Molise, Apulien, Basilikata, Sizilien) und 4.217 Passi d'Argento-Befragungen (Südtirol, Venetien, Friaul-Julisch Venetien, Ligurien, Emilia-Romagna, Umbrien, Marken, Latium, Kampanien, Abruzzen, Molise, Apulien, Basilikata, Sizilien, Sardinien) registriert. In Südtirol geben 8,3 % der befragten Erwachsenen und 5,4 % der Senioren an, sich mit dem Coronavirus infiziert zu haben, was über dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe liegt (3,9 % der Erwachsenen und 2,6 % der Senioren). 59,4% der Erwachsenen halten es für ziemlich oder sehr wahrscheinlich, dass sie selbst oder ihre Familienmitglieder in den darauffolgenden 3 Monaten an COVID-19 erkranken. 19,3% der Senioren glauben, dass eine Infektion ziemlich oder sehr wahrscheinlich ist. 44,2 % der Erwachsenen glauben, dass eine COVID-19 Erkrankung ernste oder sehr ernste Folgen für ihre Gesundheit haben könnte. Bei den Senioren befürchtet ein deutlicher höherer Anteil schwere oder sehr schwere gesundheitliche Folgen (72,9 %). Die Hälfte der Erwachsenen und sieben von zehn Senioren haben sich hierzulande für die Impfung ausgesprochen, was deutlich unter dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe liegt (70,1 % und 78,6 %). 17,7 % der Erwachsenen geben an, in den letz-

ten 30 Tagen auf schmerzhaft Weise an die Erfahrungen mit der Pandemie gedacht zu haben, während bei den über 64-Jährigen der schmerzhaft Gedanke 3,3 % der Befragten plagt. Die Landeswerte liegen deutlich unter dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe (27,3 % und 26,9 %). Die zweite Frage beschäftigt sich mit der Gefühls- und Empfindungslage in Bezug auf die aktuelle Covid-19 Situation. Aus den Antworten geht hervor, dass 78,3 % der erwachsenen Bevölkerung ziemlich oder sehr beunruhigt sind (78,1 % der italienweiten Stichprobe). Ziemlich oder sehr beunruhigt über die aktuelle Situation sind 59,4 % der Südtiroler Senioren, deutlich weniger als der italienische Schnitt (79,5 %). Auf die Frage nach den Fähigkeiten des Sanitätsbetriebes, neue Ausbrüche schnell zu erkennen und einzudämmen, antworten 18,9 % der Erwachsenen hierzulande, dass sie glauben, dass sie sehr schnell erkannt und eingedämmt werden, 55,9 % ziemlich schnell und 25,2 % nicht sehr oder überhaupt nicht schnell.

36,0% der Erwachsenen geben an, dass der Covid-19 Gesundheitsnotstand ihre finanzielle Lage verschlechtert hat und bei nur 0,7% verbessert. Die Landeswerte sind dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe sehr ähnlich (35,2 % und 3,2 %). Während unter den über 64-Jährigen in Südtirol niemand von einer Verschlechterung der finanziellen Lage aufgrund der Pandemiekrise berichtet, sind es auf nationaler Ebene 17%. Die Daten zur finanziellen Lage finden in den Angaben zu den Arbeitsbedingungen während der Pandemiezeit Bestätigung. Tatsächlich zeigt sich, dass etwas mehr als sechs von zehn Erwachsenen ihren Arbeitsplatz behalten haben, ein Drittel jedoch weniger und somit mit geringerer Entlohnung gearbeitet hat (Kurz-

arbeit, Solidaritätsverträge, vorübergehende Aussetzung der Arbeit), während 5,6 % ihren Arbeitsplatz verloren haben. Der Anteil derjenigen, die mit geringerer Entlohnung gearbeitet haben oder ihren Arbeitsplatz verloren haben, liegt unter dem italienischen Schnitt von 28,0 % und 6,5 %. Ein Drittel der Südtiroler Erwachsenen haben während der Pandemie den Arbeitsplatz gewechselt, das trifft italienweit auf nur 1 % zu.

Die Daten über die neue Arbeitsform, das sogenannte Smart Working, ermöglichen die mittel- und langfristigen Auswirkungen dieser Arbeitsweise auf die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden zu beurteilen. Während des Lockdowns (März-April 2020) arbeiteten 38,9 % der Erwachsenen an ihrem gewohnten Standort weiter, ein Drittel arbeitete sowohl am Arbeitsplatz als auch im Smart-Working-Modus und 9,2 % ausschließlich im Smart-Working-Modus; ein Drittel hatte während des Lockdowns nicht gearbeitet. Die italienweite Stichprobe verzeichnete sehr ähnliche Werte: 41,5 % der Erwachsenen arbeiteten an ihrem üblichen Standort, knapp ein Drittel arbeitete sowohl am Arbeitsplatz als auch im Smart-Working-Modus und 14,2 % ausschließlich im Smart-Working-Modus. Im Freien wird die Maske häufig oder immer von 81,3 % der 18-69-Jährigen und 84,9 % der über 64-Jährigen getragen. In geschlossenen, der Öffentlichkeit zugängliche Orten sowie auf öffentlichen Verkehrsmitteln wird die Maske häufig oder immer von allen befragten Erwachsenen und Senioren getragen. Vier von zehn Senioren geben an, in den letzten 12 Monaten auf mindestens eine notwendige medizinische Untersuchung oder einen diagnostischen Test verzichten zu haben. Ein Drittel der Untersuchungen oder Tests konnten aufgrund der zeitweiligen Ausset-

zung der Leistung nicht durchgeführt werden (33,6 %) und 22,1 % hatten freiwillig aus Angst vor einer Covid-19 Infektionen verzichtet. Auf nationaler Ebene mussten 34,1 % der Senioren auf eine medizinische Untersuchung oder einen diagnostischen Test verzichten, 39,1 % aufgrund der Aussetzung der Leistung und 35,0 % aufgrund der Angst vor einer Covid-19 Infektion.

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

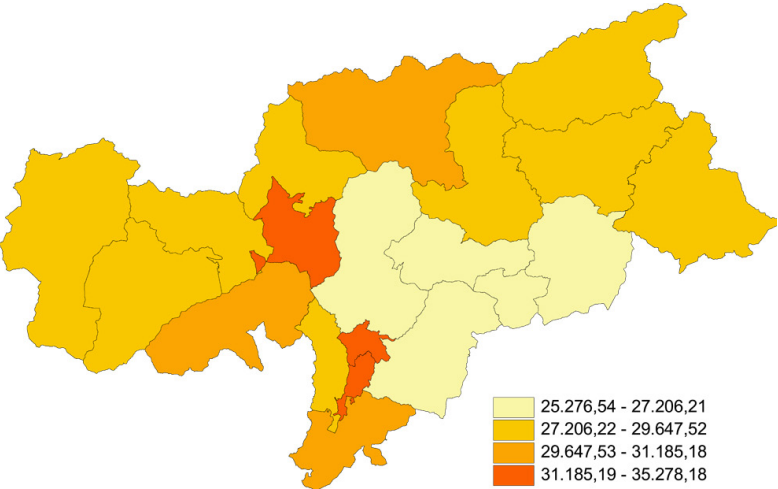
- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: **30,5 %**
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: **63,1** Jahre
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: **7,3 %**

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 versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum nationalen Durchschnitt eine relativ junge Bevölkerung (im Einklang mit der demografischen Entwicklung und einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung), mit einem mittleren Alter von

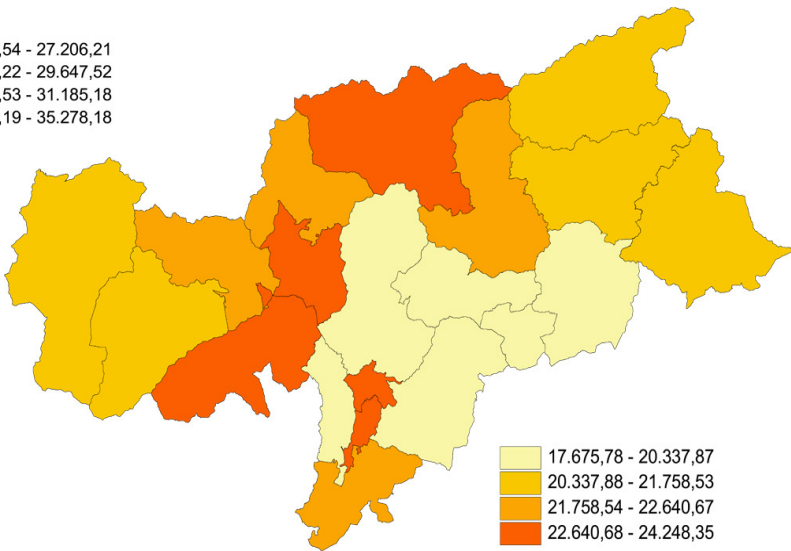
43,0 Jahren und einem Altersindex von 134,7 Jahren (d. h. auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche kommen 135 versorgungsberechtigte Senioren) im Jahr 2019 im Vergleich zum nationalen Durchschnitt relativ jung (trotzdem kohärent mit dem demografischen Trend und einer immer älteren Bevölkerung). Auf nationaler Ebene wird ein Altersindex von 173,1* geschätzt. Im Jahr 2019 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 30,5 % (fast 1 auf 3 Personen). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten

Prävalenz der chronischen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2019



Reelle unbereinigte Raten

Die reelle unbereinigte Rate ist das Verhältnis zwischen Anzahl der Fälle, bei denen die untersuchte Eigenschaft vorkommt, und der Bezugsbevölkerung. Im Unterschied zum standardisierten Wert kann er nicht verwendet werden, um Vergleiche zwischen Bevölkerungsgruppen verschiedenen Alters anzustellen.



Standardisierte Werte

Der standardisierte Wert ist ein System, das die reelle unbereinigte Rate ausgleicht und er ermöglicht den Vergleich zwischen Bevölkerungsgruppen verschiedenen Alters

verzeichnet. 15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 7 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 5 Männer pro 100 sind Diabetiker und 6 pro 100 leiden an chronisch hohen Cholesterinwerten (Dyslipidämie). Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 78 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen unter Berücksichtigung der territorialen Bevölkerungsstruktur ergibt für den ländlichen Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten eine Prävalenzschätzung der chronischen Kranken, die oberhalb des städtischen Sprengels Bozen liegen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran kann eine stärkere Verbreitung der Krankheiten, die eine Veränderung der Schilddrüsenhormone hervorrufen wie beispielsweise Hypothyreose oder Morbus Basedow, beobachtet werden. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Hypertonie (signifikant höhere Werte im Gesundheitsbezirk Brixen) und andere Kardiopathie (in etwas geringerem Ausmaße in Bruneck) vor.

** Quelle: ISTAT*

2.2.2. INFektionskrankheiten

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkulosefälle: **34**
- Inzidenzrate von HIV (2015): **1,5** pro 100.000 Einwohner

- Inzidenzrate von AIDS (2015): **0,2** pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2020 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten (außer der Covid) waren Grippe, Lebensmittelvergiftung und Campylobacter-Enteritis. Außerdem wurden 2020 34 Tuberkulosefälle gemeldet, was 6,4 pro 100.000 Einwohner entspricht. Die Inzidenz der neuen HIV-Fälle betrug für das Jahr 2019 7 (1,5 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2019 2.632 neue HIV-Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 4,2 Fällen pro 100.000 Einwohner.

2.2.3. Bösartige Tumoren

Indikatoren im Überblick

- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2008-2012): **774,2** pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2008-2012): **499,4** pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2013-2017.

Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.765 neue Fälle unter den Männern (688,6 pro 100.000) und 1.417 unter den Frauen (538,1 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2020 1.983 neue Fälle unter den Männern und 1.539 neue Fälle unter den Frauen zu erwarten.

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten, bei den Männern auftretenden Tumoren die Loka-

lisationen Prostata (20,4 % der Fälle), Kolon-Rektum (11,6 %), Blase (9,7 %), Melanomen (9,4 %) und Lunge (9,2 %).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,0 % der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (10,3 %), von Melanomen (9,3 %) und Lungenkarzinom (6,6 %) und.

Im Zeitraum 2015-2019 verstarben pro Jahr durchschnittlich 651 Männer an Tumorerkrankungen (249,1 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 529 Frauen (198,0 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2020 können somit für Südtirol insgesamt 1.271 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 699 unter den Männern und 572 unter den Frauen.

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (19,6 % der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (11,5 %), das Prostatakarzinom (9,4 %), das Leberkarzinom (8,8%) und das Pankreaskarzinom (7,1 %). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom (15,0 %) für die meisten Todesfälle verantwortlich, gefolgt vom Lungenkarzinom (13,3 %) und vom Kolon-Rektum-Karzinom (11,0%).

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 betreuungsberechtigten Bevölkerung: **4,0 %** Diabetes Typ 2 und **0,3 %** Diabetes Typ I
- Durchschnittsalter: **69,7** Jahre (**71,4**

Jahre Diabetiker Typ 2 und **42,8** Diabetiker Typ I)

- **76,7 %** der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herz-Kreislaufkrankheit, **71,1 %** an Hypertonie

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 5,3 % der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2016), 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 2019 wurden in Südtirol 1.363 Patienten mit Diabetes Typ I und 20.856 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut (in durchlebte Jahre berechnet), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,3 % (Typ I) und 4,0 % (Typ II).

Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 11,7 % zwischen 65 und 74 Jahren und 16,3 % ab 75 Jahren.

Das Durchschnittsalter der diabetischen Be-

völkerung liegt bei 42,8 Jahren (Typ I) vs. 71,4 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 Landesgesundheitsystems seitens der dort ansässigen Diabetiker zurückzuführen ist. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Gröden, Gadertal, Ahrntal und Sarntal.

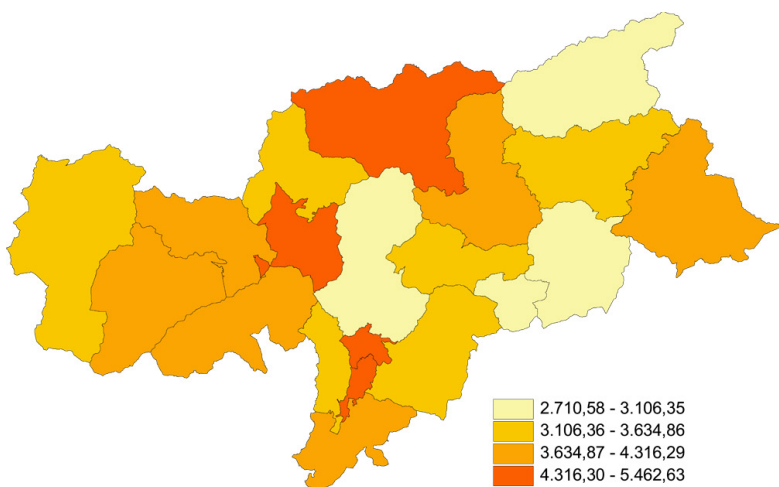
76,7 % der Diabetiker Typ 2 auf Landesebene leiden auch an einer Herz-Kreislaufkrankheit und 71,1 % an Hypertonie

80,3 % der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersu-

chung und 76,8 % mindestens 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 2019 70,5 % der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 54,1 % einen Lipidsenker, 30,6 % einen Aggregationshemmer und 17,7 % führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer

Prävalenz der Diabetiker in Südtirol - Jahr 2019

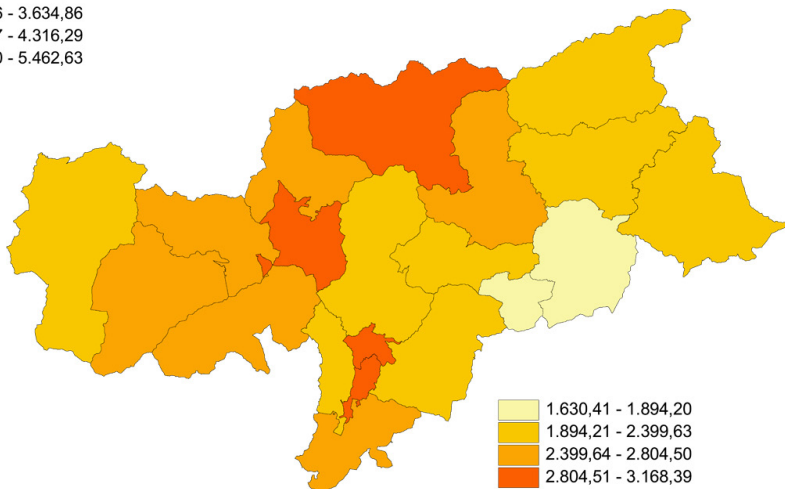


Standardisierte Werte

Der standardisierte Wert ist ein System, das die reelle unbereinigte Rate ausgleicht und er ermöglicht den Vergleich zwischen Bevölkerungsgruppen verschiedenen Alters

Reelle unbereinigte Raten

Die reelle unbereinigte Rate ist das Verhältnis zwischen Anzahl der Fälle, bei denen die untersuchte Eigenschaft vorkommt, und der Bezugsbevölkerung. Im Unterschied zum standardisierten Wert kann er nicht verwendet werden, um Vergleiche zwischen Bevölkerungsgruppen verschiedenen Alters anzustellen.



Medikamente: 86,0 % der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 68 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 72 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 26 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahre.

2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: **19,9** pro 1.000 Einwohner
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: **15,4** pro 1.000 Einwohner
- Suizidrate: **7,7** 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 Therapie und 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 2020 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 10.623 Personen betreut (19,9 pro 1.000 Einwohner), 2.173 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (407,1 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (29,1 % der Entlassungen).

Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2020 8.217 Patienten (15,4 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der erbrachten Psychotherapie betrug 12.519. 2020 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2016-2020 41 Suizide (7,7 pro 100.000 Einwohner), durchschnittlich 38 Fälle pro Jahr.

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer (2013): **259,1** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen (2013): **308,5** pro 100.000

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 34,6% 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.

Insgesamt belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen aufgrund von Herzkreislauferkrankungen auf 6.230 (1.167,3 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.174) gehen 681 auf akuten Myokardinfarkt zurück (463 Männer und 218 Frauen). Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren im Jahr 2019 die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 244 Todesfällen unter den Männern (92,6 pro 100.000) und 182 unter den Frauen (67,6 pro 100.000).

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2019):
70,6 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2019):
62,4 pro 100.000

Die Atemwegserkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache (8,1 %).

Die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) ist für 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.

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegserkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2020 insgesamt auf 5.552, wobei die Hospitalisierungsrate 1.040,3 pro 100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Pneumonie und Grippe.

Die chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (124 Fälle), Grippe und Pneumonie (125 Fälle) stellten im Jahr 2019 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache.

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer (2013):
814,9 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2013):
826,6 pro 100.000

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Hauptto-

desursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2018 fast vollständig.

Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2019 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 4.372, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 820,8 pro 100.000 entspricht.

Die Haupttodesursache waren 2019 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 37,6 % der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 31,6 % in der männlichen Bevölkerung.

Unter den Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 29,7 % gegenüber den 24,3 % unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (7,1 % vs. 2,9 %) vor.

sich unter anderem durch das vermehrte Testen erklären, wobei sowohl antigene als auch molekulare Tests eingesetzt und Screening-Strategien angewandt wurden.

Insgesamt nahmen Ende November 357.464 Personen am Massenscreening teil, von denen 3.587 positiv (1,0 %) waren.

2.2.9. COVID-19 PANDEMIE

Indikatoren im Überblick

- Todesfälle aufgrund von Covid: **739**
- Geheilt von Covid: **18.086**
- Screening-Teilnehmer Phase 1: **357.464**
- Screening-Positivitätsrate Phase 1: **1,0 %**

Die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zeigten sich im Jahr 2020 in Südtirol in zwei Wellen, eine im März und eine im November. Nach Angaben des Zivilschutzes gab es Ende März in Südtirol 1.142 positive Fälle, darunter 249 Einweisungen in den medizinischen Abteilungen, 62 Einweisungen in der Intensivstation und 831 Personen in häuslicher Isolation.

Ende November lag die Zahl der Positiven bei 11.322, davon 10.484 in häuslicher Isolation. Die steigende Zahl an Positiven lässt

KAPITEL 3

KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT



Die „Kollektive Versorgung und Volksgesundheit“ 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 VERSORUNG UND VOLKSGESUNDHEIT

Der Landesgesundheitsplan sieht in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Nationalen Gesundheitsplans unter anderem die „Kollektive Versorgung und Volksgesundheit“ vor. Das Ziel besteht darin, die Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch die Gewährleistung folgender Leistungen zu fördern:

1. Onkologische Screenings
2. Vorbeugung von Infektions- und Parasitenkrankungen, inklusive Impfprogramme
3. Schutz von Gesundheit und Sicherheit im Lebens- und Arbeitsumfeld
4. Tiergesundheit und Hygiene im Veterinärbereich
5. Lebensmittelsicherheit
6. Rechts- und sportmedizinische 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 SCREENINGS

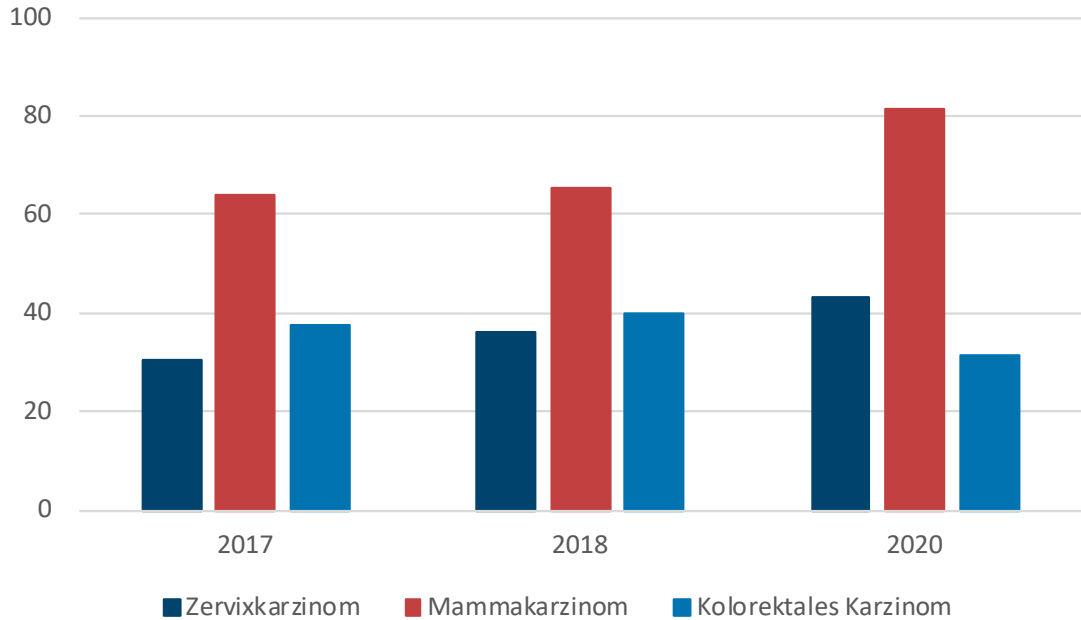
Die onkologischen Screening-Programme verfolgen das Ziel, die Krankheit in vorklinischer Phase oder deren Vorläufer in der allgemeinen Bevölkerung oder in einer Untergruppe zu ermitteln. Sie wenden sich an eine asymptomatische Bevölkerung, die aufgefordert wird, sich einem Test zu unterziehen. Die Tumoren, 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.

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzinom-Screening (PAP- und HPV-Test): **43,0 %**
- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening: **81,6 %**
- Teilnahme am kolorektalen Karzinom-Screening: **31,6 %**
- Teilnahme am Diabetes-Screening: **38,3 %**
- Identifizierungsrate für Diabetes: **4,2 %**

Das für das Zervixkarzinom empfohlene Screening ist der Pap-Test, 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.

43,0 % der Zielbevölkerung hat im Jahr 2020 den Pap-Test oder HPV-Test durchgeführt. 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 2020 aufgeforderter Frauen nahmen 81,6 % die Einladung am Screening-Programm wahr.

Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

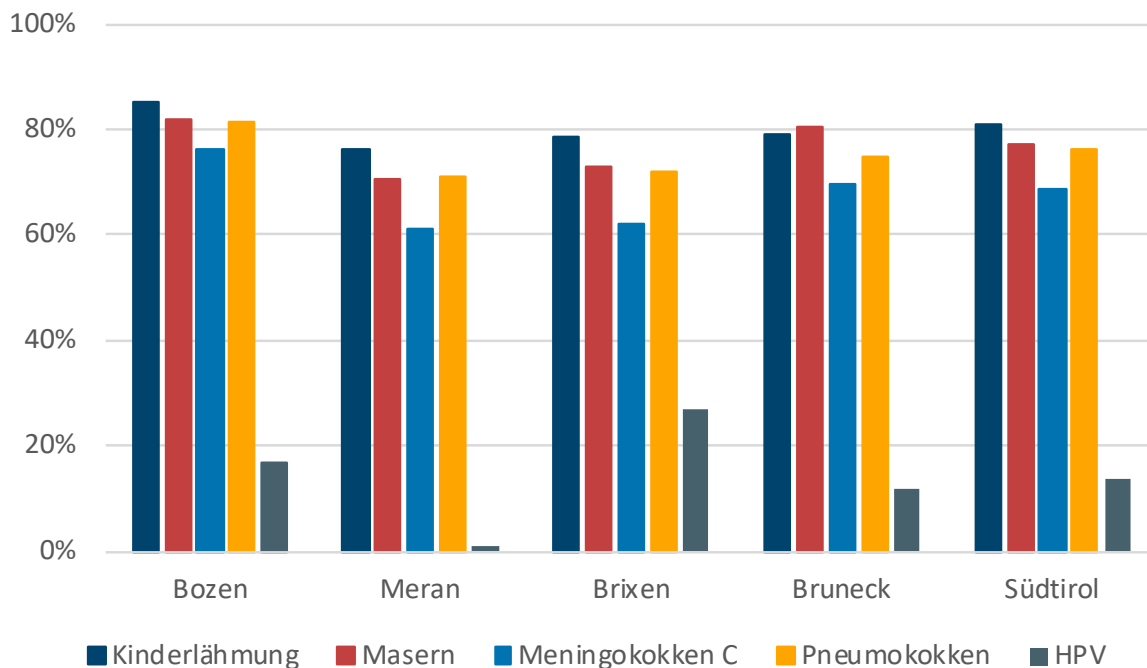
- das frühzeitige Erkennen einer Zellveränderung
- die Entfernung gutartiger Polypen, um die Entwicklung hin zu einem bösartigen Krebsgeschwür zu verhindern.

Ein Zeichen, welches auf einen Tumor oder einen Darmpolyp hinweist, ist die Blutung des letzten Darmtraktes, wobei schließlich auch Blut im Stuhl zu finden ist. Die Untersuchung im Rahmen der Vorsorge spürt verstecktes Blut im Stuhl auch in geringen Mengen auf, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden.

Sie ist für Personen, welche für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012. Im Jahr 2020 haben 31,6 % am Screening-Programm teilgenommen.

In Südtirol wurde in den letzten Monaten des Jahres 2017 ein dreijähriges Diabetes-Screening auf der Grundlage des Findrisk-Fragebogens gestartet. Das Screening richtet sich an die Bevölkerung im Alter von 35 bis 74 Jahren und sieht das Beantworten des Fragebogens zur Ermittlung des Diabetes-Risikos und gegebenenfalls die Durchführung des glykosylierten Hämoglobin Tests zur Feststellung des Vorliegens von Diabetes vor. Bis 2020 hatten 38,3 % der 2019 eingeladenen Personen den Fragebogen ausgefüllt. 50,5 % der Personen, die auf das glykosylierte Hämoglobin getestet wurden, hatten Anzeichen von Prädiabetes und 4,2 % von Diabetes.

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten



3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITEN- ERKRANKUNGEN, INKLUSIVE IMPFPROGRAMME

Indikatoren im Überblick

- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: **80,8 %**
- TImpfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: **77,1 %**

Der mit Beschluss Nr. 457 vom 18.4.2017 genehmigte Landesimpfkalender sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2017-2019 angegebenen Kinderschutzipfungen

vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung, Virushepatitis B und Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib) Pflicht. Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken C und gegen die Papillomaviren, die für das Zervixkarzinom (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.

2020 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 203.749 Impfungen verabreicht; 72,7 % waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen, 91,6 % waren entweder gesetzlich oder empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2018 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von

95 noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern.

Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SMT) 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 Prophylaxe-tätigkeit wurde im Jahr 2020 bei insgesamt 1.334 Personen durchgeführt.

Die Prophylaxe gegen Tuberkulose wird auf Landesebene vom Dienst für Pneumologie vorgenommen.

Im Laufe des Jahres wurden 495 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 (Neuge-

borene 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. 2020 wurden im Landesgebiet 509 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 85,5% davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 14,5 % öffentliche Plätze und Privatgebäude.

3.3. SCHUTZ VON GESUNDHEIT UND SICHERHEIT 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 Öffent-

lichkeit zugängliche Privatschwimmbäder, Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, Schönheitssalons/Beautyfarmen) und im Arbeitsumfeld.

3.3.1. LEBENSUMFELD

Indikatoren im Überblick

- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von chemisch-physischen Analysen: **12,6 %**
- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von mikrobiologischen Analysen: **2,6 %**
- Überwachung und Kontrolle der Kosmetika: **40 Kontrollen**

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.

2020 wurden insgesamt 55 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (67,3 %).

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.

2020 wurden 278 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 12,6 % 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 387 Wasserproben durchgeführt, 2,6 % 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 Tätigkeiten der betrieblichen Sektion für Umweltmedizin werden auf dem gesamten Territorium der Provinz Bozen ausgeübt. Im Rahmen der Kontrollen in Bezug auf Asbest wurden im Jahr 2020 5 Kontrollen zur Erfassung des Erhaltungszustandes von asbesthaltigen Zementdächern vorgenommen.

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

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.

Der klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern so-

wie 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. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH

Indikatoren im Überblick

- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **92.194**
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **26.211**
- Test bei Schweinen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **1.968**
- Test bei Geflügel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **360**
- Anz. der Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde: **157**

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.

Die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landes-tierärztlichen Dienstes konzentrierten sich auf die Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest,

Aujeszký-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.

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Im Jahr 2020 wurden 92.194 Tests an Rindern, 26.211 an Schafen und Ziegen und 1.968 an Schweinen zur Prävention von Infektionskrankheiten durchgeführt.

Im Rahmen des Landesfutterplans wurden 157 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde, 6 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 465 Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT

Indikatoren im Überblick

- Anzahl der Lebensmittelkontrollen: **1.318**
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen mit nicht regulären Werten: **0,9 %**

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.

Im Jahr 2020 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und Tierärztlicher Dienst 1.318 Produktionsbetriebe, sowie der Lebensmittel tierischer und nicht tierischer Herkunft. Auf Landesebene gab es 11 Meldungen von Straftaten (0,8% der Kontrollen).

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 Umwelt und Klimaschutz (Labor für Wasseranalysen und Chromatographie 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 Was-

serleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 0,9 % für die chemisch-physischen Analysen und 4,9 % 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 Genießbarkeitsbescheinigungen 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

- Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen: **9.005**
- Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen: **810**

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 hauptsächlich die Feststellung vorübergehender Arbeitsunfähigkeit; Ermittlungen zur Erstellung von Gutachten über allgemeine

und spezifische Arbeitsunfähigkeit bzw. dauernde Invalidität; die Ermittlung der rechtsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung des Rechts auf zusätzliche Gesundheitsleistungen für die Versorgten des Landesgesundheitsdienstes; die gesundheitliche Versorgung von Zivil-, Dienst- und Kriegsinvaliden sowie von Blinden und Taubstummen und anderen geschützten Personengruppen; rechtsmedizinische Ermittlungen zur Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden und Ermittlungen aus Entschädigungs- und Versicherungsgründen zur Überprüfung einer eventuellen beruflichen Haftung seitens des Gesundheitspersonals; technische Gutachten über rechtsmedizinische Fragen im Gesundheitswesen; Ermittlungen für die Anerkennung der Zivilinvalidität und des Behinderungsgrades.

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

Einige rechtsmedizinische Leistungen wurden auch vom Personal der Dienste für Hygi-

ene 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

- Ausgestellte Bescheinigungen für Leistungssport: **21.987**
- Facharztvisiten, einschließlich HNO-Untersuchungen, neurologisches Screening, Sehscreening: **3.333**
- Sport-Gesundheitschecks: **10**

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 vom Dienst in Bozen übernommen werden.

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 2020 wurden insgesamt 21.987 Bescheinigungen für Leistungssport ausgestellt und es wurden 10 Sport-Gesundheitschecks durchgeführt.

KAPITEL 4

WOHNORTNAHE VERSORGUNG



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 Hauspflagediensten zu den territorialen Beratungsstellen bis hin zu den halbstationären und stationären Einrichtungen.

4. WOHNORTNAHE VERSOR- GUNG

Die wohnortnahe 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 Hauspflagediensten zu den territorialen Beratungsstellen bis hin zu den halbstationären und stationären Einrichtungen. 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, Gesundheitser-

ziehung sowie die Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der ersten Stufe ambulant und im Hause des Patienten. 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 wohnortnahen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein.

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 den größeren Sprengeln wurden zusätzlich zu den Sprengelsitzen die so genannten Sprengelstützpunkte errichtet.

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

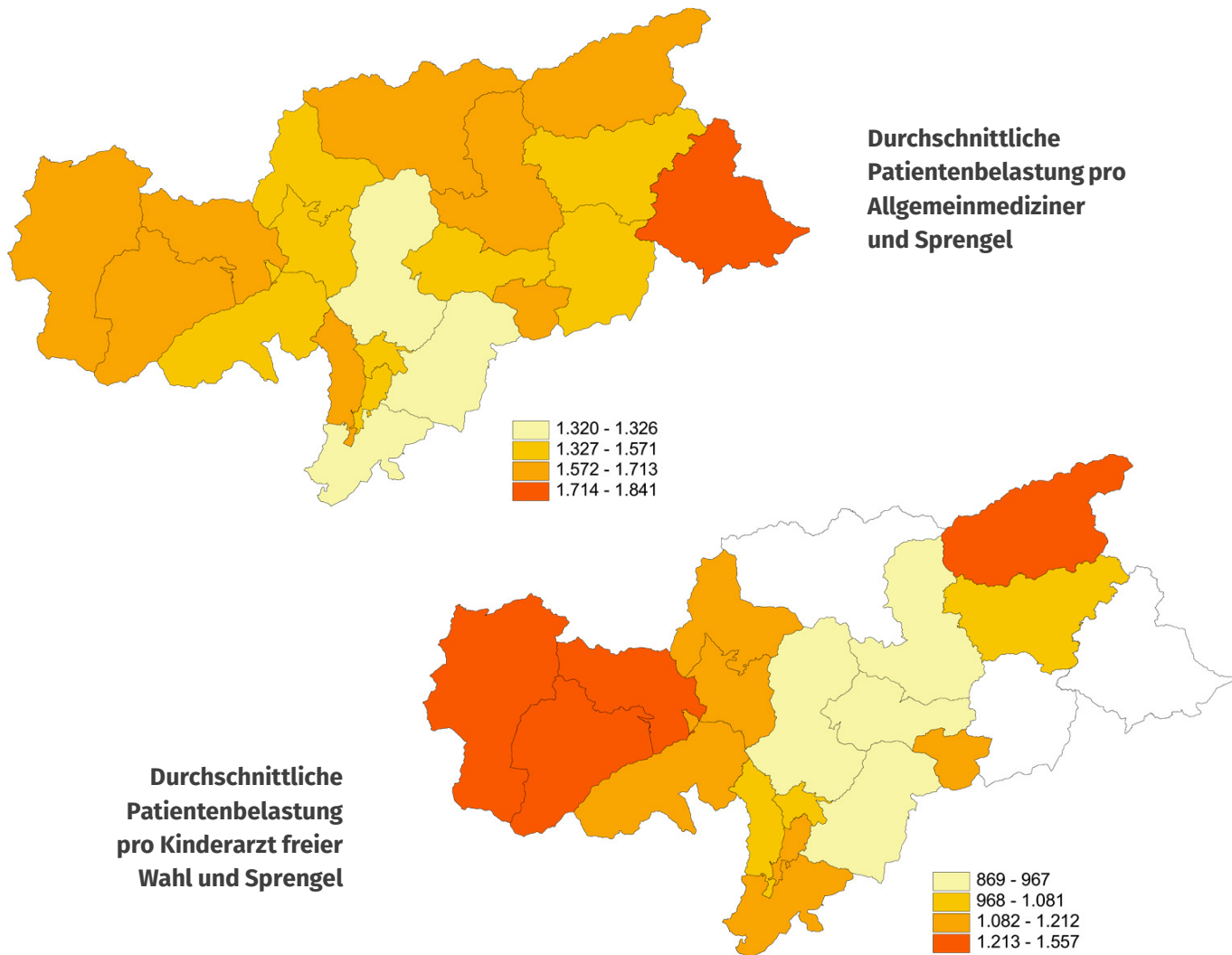
- Allgemeinmediziner: **291**
(Stand zum 31. Dezember 2020)
- Kinderärzte freier Wahl: **60**
(Stand zum 31. Dezember 2020)

Im Jahr 2019 hatten 510.614 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 443.661 von den Allgemeinmedizinerinnen betreut, 66.953 von den Kinderärzten freier

Wahl. (da einige Arztwechsel zu Jahresende erfolgten und die hier angeführten Daten zum 31.12. aktualisiert wurden, könnten sie möglicherweise nicht auf dem neuesten Stand sein) Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 71.973, 88,5 Prozent davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.19 waren insgesamt 352 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 289 Allgemeinmediziner und 63 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreu-

ungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.535 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.063. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2017*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.194 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 883 Betreuungsberechtigte pro Kinderärzte freier Wahl). Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest.



Nur in 17 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig. Zum 31. Dezember 2019 überschritten 3,8 Prozent der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberechtigten. Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberechtigten wurde von 30,2 Prozent der Kinderärzte überschritten. Seit dem Jahr 2018 sind in Südtirol die Vernetzte Gruppenmedizinen (VGM) aktiv. Es handelt sich um eine Gruppierung von Ärzten für Allgemeinmedizin, welche beauftragt ist, für den ganzen Tag und an allen Tagen der Woche, den Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Einzugsgebiet zu sichern, und zwar für alle Eingeschriebenen jener Ärzte, die an der Vernetzten Gruppenmedizin teilnehmen.

Insgesamt gibt es im Jahr 2020 in Südtirol 26 VGM mit einer Mindestanzahl von 4 Ärzten und einer maximalen Anzahl von 18 Ärzten per VGM.

Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2020 ca. 124.670 zusätzliche Leistungen erbracht. Zu den häufigsten gehören die Durchführung von nicht obligatorischen Impfungen, die Wundversorgungen und das Entfernen von feststehendem Ohrschmalz. Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 41.570 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Impfungen, die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, die Sehtests und die Rachenabstriche).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2017 - Jahr der Veröffentlichung 2019*

4.1.2. HAUSPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): **1.697**
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): **9.50**
- Krankenpflegeleistungen: ca. **1.360.860**

Im Jahr 2020 wurden in der programmierten Hauspflege (PHP) 1.697 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist deutlich niedriger als im Jahr 2019 (2.036).

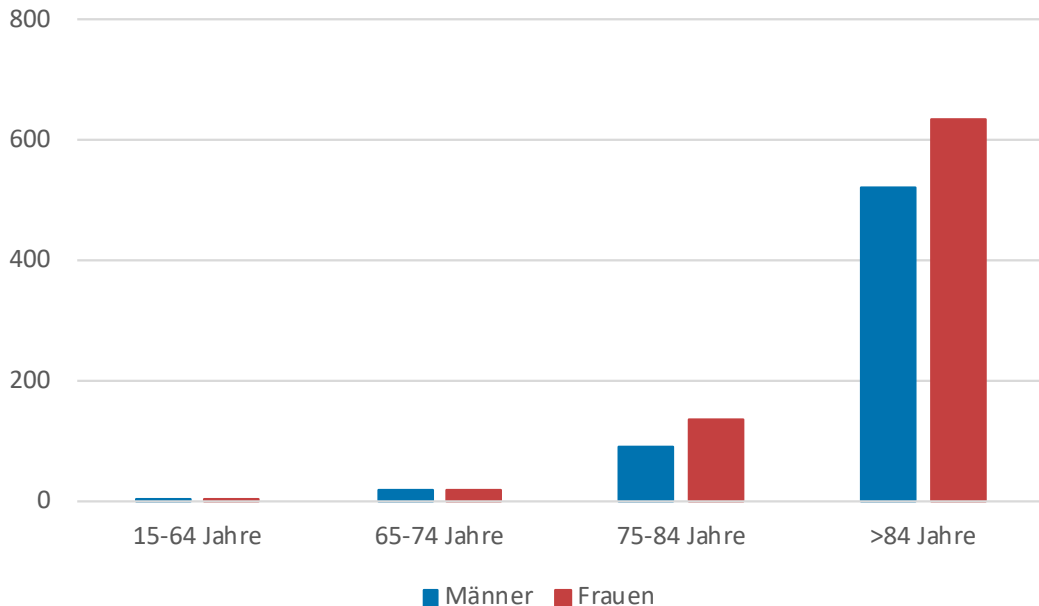
Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (61,8 Prozent aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 9,4 Patienten. 85,5 Prozent der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt. Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 37,6 Patienten pro 10.000 Einwohner.

Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei Krankheiten des Herz- Kreislauf-Systems (32,4 Prozent), bei Psychische Störungen (18,1 Prozent), bei Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (14,4 Prozent), bei endokrine, ernährungsbedingte und metabolische Krankheiten (12,6 Prozent) und bei Tumorerkrankungen (11,4 Prozent) angewandt.

Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2020 in der integrierten Hauspflege (IHP) 950 Patienten über 15 Jahre versorgt (1.007 Patienten waren es im Jahr 2019)

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 21,1 Patienten pro 10.000 Einwohner. 71,1 Prozent der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2020 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unter-

PHP-Patienten nach Alter und Geschlecht pro 10.000 EW



stützung durch verschiedene Berufsbilder 1,1 Einsätze im Monat geleistet. 69,2 Prozent der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2020 versorgten Patienten, litten in 35,6 Prozent der Fälle an Tumorerkrankungen, in 20,0 Prozent an Krankheiten des Herz- Kreislauf-Systems und in 10,3 Prozent der Fälle an einer Krankheit des Nervensystems.

Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der Hauspflege 73 Kinder (71 davon in der programmierten Hauspflege), wobei 24,7 % dieser Kinder an angeborene Fehlbildungen und 21,9% an Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane litten.

4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

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; aus-

geschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung“, für die keine Informationsflusserhebung zur Verfügung steht. 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 2019 wurden 16,3 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: **8.971.159**
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: **144** Mio. Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: **23** Mio. Euro

2019 wurden in den Landeseinrichtungen 8.971.159 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 98,3 % davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2018 nahm die Anzahl der Leistungen zu (+2,4 %). Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 143.797.760,49 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 23.452.253,60 Euro ausmachen (97,1 % wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).

59,4 % der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 5,6 % an zu 50 % ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 1,9 % an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 33,1 % der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten

Patienten in Anspruch genommen.

Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Makrobereiche:

Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie), Labor, Rehabilitation und alle andere Bereiche.

Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 64,3 % Laboruntersuchungen, 5,5 % Bilddiagnostik, 6,7 % Rehabilitation und 23,5 % sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 24,1 %, Bilddiagnostik 16,2 %, Rehabilitation 8,0 % und sonstige klinische Leistungen 51,7 %. Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 17,2 % der ambulanten fachärztlichen Leistungen.

Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (63,6 %), gefolgt von sonstigen klinischen Leistungen (25,0 %).

Im Jahr 2018 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 6.765.623,76 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen 7.447.225,50 Euro betrug.

4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: **306.544** zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und **182.078** zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: **137.913** in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und

78.822 in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen

- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: **168.631** Leistungen

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).

Im Jahr 2019 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 168.631 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 1.115.310,01Euro positiv.

26,1 % der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 22,4 % an die Bürger Venetiens.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: **385**
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: **284**

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Die Rehabilitation richtet

sich an nicht- pflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien. Auch 2020 standen 42 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 8 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Auf Grund der Covid-19 Pandemie und der damit verbundenen Vorsichtsmaßnahmen, wurden die Betten für den Zeitraum von Mitte März (15.03) bis Anfang Juni geschlossen, mit entsprechender Reduktion der Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden somit insgesamt 385 Aufenthalte in Anspruch genommen (-45% in Vergleich zum Vorjahr).

41,8 % der im Therapiezentrum behandelten Patienten sind im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig, 31,4 % kommen vom Gesundheitsbezirk Meran, während die Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck jeweils einen Anteil von 13,2 % und 13,5 % aufweisen.

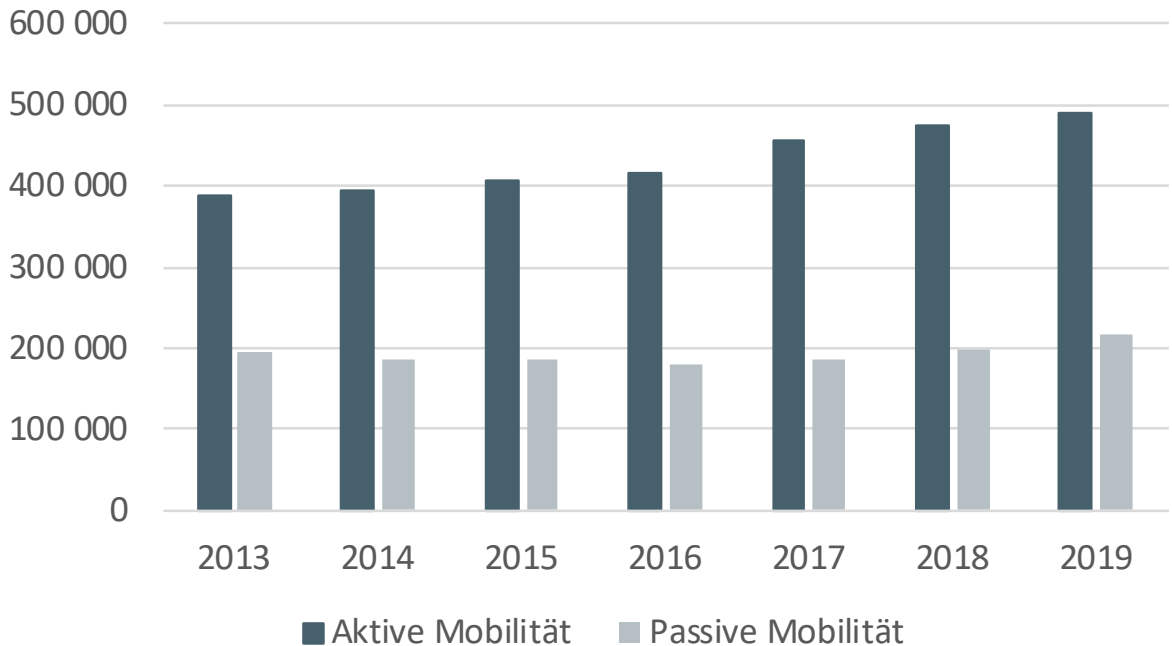
Neben dem Salus Center ist auf Landesebene auch das Rehabilitationszentrum Bad Bachgart im Gesundheitsbezirk Brixen tätig.

Das Therapiezentrum Bad Bachgart verfügt im Normalbetrieb über 65 Betten und kümmert sich um die stationäre, intensive und umfassende Behandlung verschiedener Abhängigkeitsprobleme und/oder psychischer und psychosomatischer Störungen.

Wegen der Covid-19 Pandemie wurde der Bettenbestand im April 2020 auf 16 Betten reduziert, die dann graduell in den folgenden Monaten von Mai bis Juni wieder aufgestockt wurden, um im Juli den bis Ende des Jahres gültigen Bestand von 50 Betten zu erreichen. 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 Stö-

Aktive und passive Mobilität der fachärztlichen Leistungen



rungen, 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 2020 wurden insgesamt 284 Aufenthalte verzeichnet (-25% im Vergleich zum Vorjahr). Das Zentrum Bad Bachgart erbringt stationäre Aufenthaltsleistungen/rehabilitative Behandlungen sowohl für Südtiroler Bürger als auch zugunsten nichtansässiger In- und Ausländer.

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2020 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 11 Notarztwagen (NAW) oder Notereinsatzfahrzeuge (NEF), 38 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 1 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 104 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankenwagen LKTW) und 52 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt. Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1, Pelikan 2 und Pelikan 3) ausgestattet. Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: **66.937** (Tagesdurchschnitt von rund **183** Einsätzen)
- **54.653** Einsätze Rettungswagen Weißes Kreuz und **9.006** Rotes Kreuz

NOTEINSÄTZE

Im Jahr 2020 wurden 66.937 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 183 Einsätzen entspricht. In 81,6 % der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 13,5 % jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,6 % der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,3 %. Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2020 mehr als 1 Million 700 Tausend Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 27 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 3.278 Einsätze für insgesamt 2.035 Flugstunden durch (rund 37 Flugminuten pro Einsatz).

NICHT DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE

2020 tätigte der Krankentransportdienst 110.161 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 301 Transporteinsätzen pro Tag. In 92,3 % der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 7,6 % der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt. Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2020 rund 4 Million Kilometer bei durchschnittlich 39 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt. Außerdem wurden 81 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 106 Flugstunden getätigt.

4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: **6.136.825**
- Bruttoausgaben insgesamt: **58,5** Millionen Euro
- zirka **530.000** verteilte Medikamentenpackungen direkt an die Einrichtungen

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 2019 blieb das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken Südtirols verteilt wurden, unverändert: Rund 2,9 Millionen Rezepte, für ca. 6,1 Millionen abgegebenen Medikamentenpackungen (es wird ein leichter Rückgang von 2,0 % in der Anzahl der Verschreibungen und von 1,3 % in der Anzahl der Medikamentenpackungen verzeichnet). Die Bruttoausgaben betrugen 58,5 Millionen Euro und ist um 1,2 % gesunken. Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtlichen 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 2019 wurden zirka 530.000 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 55,3 Millionen Euro.

4.5.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Rezepte Pro-Kopf: **5,3**
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: **818** DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das **Herzkreislaufsystem**

Im Jahr 2019 blieb die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte mit rund 2,9 Millionen fast unverändert (ein leichter Rückgang von 2,0 % im Vergleich zum Vorjahr). Ein leichter Rückgang von 1,3 % verzeichnet die Anzahl der Medikamentenpackungen im Vergleich zum Gesamtvolumen des Vorjahres. Der ansässigen Bevölkerung wurden Pro- Kopf 5,3 Rezepte ausgestellt, was einem Durchschnitt von Pro-Kopf 11,4 Medikamentenpackungen entspricht (ziemlich stabile Werte im Vergleich zum Vorjahr). Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 4,8 Rezepte Pro-Kopf für die Männer und 5,8 für die Frauen; 732 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10,7 Packungen Pro-Kopf) gegenüber 903 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,2 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen (die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur innerhalb der Sprengel kann den Indikator wesentlich beeinflussen): von 3,9 Rezepten Pro-Kopf in den Sprengeln Salten-Sarntal-Ritten bis maximal 6,3 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 und Meran, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten und Lana und Naturns. In Bruneck ist die Inanspruchnahme der Pharmakotherapien weiterhin am geringsten.

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 52,1 % (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2019 mindestens ein Medikament ein). Dieser Wert zeigt einen leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr (der größte Rückgang ist im Kindesalter zu beobachten).

Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (96,2 %), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische ATC Gruppe in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (39,2 %) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (23,1 %).

Letztere verzeichnet, nach einem kontinuierlichen Anstieg in den vergangenen Jahren, im

Jahr 2019 einen Rückgang.

Im Sprengel Passeiertal wurde in verschiedenen therapeutischen Gruppen (Muskel- und Skelettsystem, systemische Hormontherapie, antimikrobielle Mittel) landesweit der höchste Konsum in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag verzeichnet. Beispielsweise ist bei den antimikrobiellen Pharmaka für systemische Anwendung die durchschnittliche Dosierung in der im Sprengel Passeiertal ansässigen Bevölkerung doppelt so hoch als der Landesdurchschnitt (16,4 DDD/1.000 EW gegenüber 8,2 DDD/1.000 EW).

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 auch im Jahr 2019 rund 20,1 % (1 Patient von 5) der behandelten Patienten die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist. Während der Indikator in den Vorjahren unverändert blieb, kam es seit dem Jahr 2018 zu einem kontinuierlichen Anstieg.

4.5.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE

Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: **58,5** Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: **109** Euro

- Von den territorialen Apotheken am häufigsten verteilter Wirkstoff bleibt weiterhin **Pantoprazol**, was auch der höchsten Ausgaben entspricht

Die Bruttoausgaben betragen, für die im Jahr 2019 über die territorialen Apotheken verteilten und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente, ca. 58,5 Millionen Euro, was einer Zunahme von 1,2 % entspricht (wenn man die Nettoausgaben berücksichtigt, kann eine geringfügige Abnahme von 2,2 % im Vergleich zu 2018 beobachtet werden).

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 109 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus, was einem leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr entspricht (von 78€ Bruttoausgaben pro Kopf im Sprengel Gröden bis 133€ im Sprengel Bozen). In der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen rangiert der Wirkstoff Pantoprazol (Medikament gegen Magengeschwüre und Erkrankungen des Magen-System) aufgrund der hohen Ausgaben an erster Stelle (etwa 2,2 Millionen Euro oder 3,7 % der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet), gefolgt vom Wirkstoff Cholecalciferol (Vitamin D) (etwa 1,8 Millionen Euro oder 3,1 % der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet). Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen (sind alleine für mehr als ein Drittel der territorialen Arzneimittelausgaben des Landes verantwortlich), gehört der Großteil zu den Medikamenten für das gastrointestinale System, das Herz-Kreislauf-System und das Atmungssystem (Statine, Medikamente zur Behandlung

von Asthma und zur Verringerung der Säureproduktion im Magen).

** Quelle: Federfarma*

4.5.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

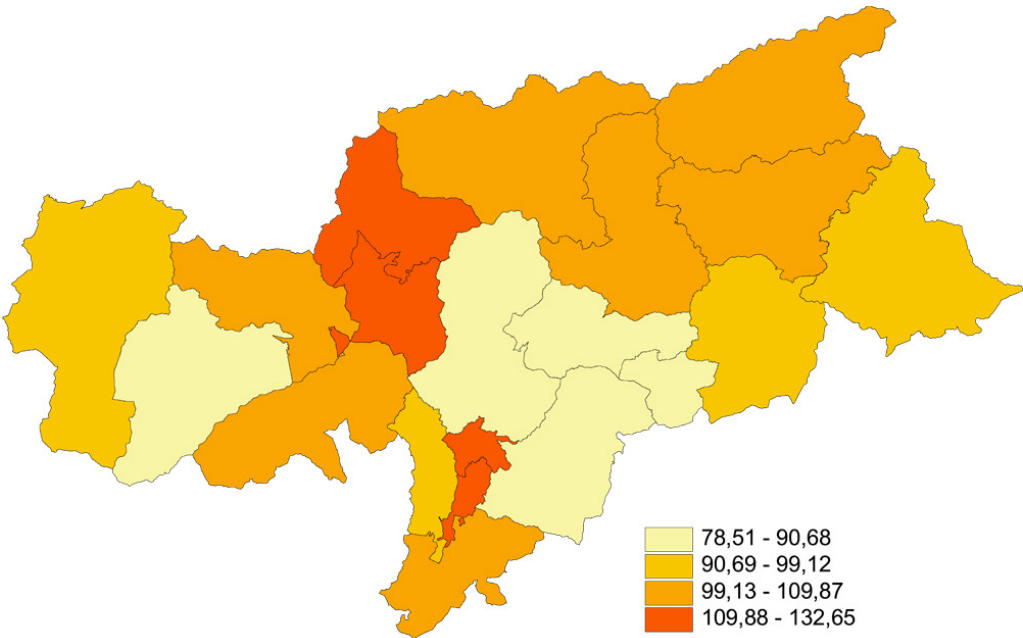
- In **8,5** % der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka **55,3** Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka **3,2** 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 Kranken-

hausgebrauch, werden von den territorialen Apotheken verteilt bzw. 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 2019 haben 8,5 % der Bevölkerung, was zirka 45.400 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Berücksichtigt man die Anzahl der verteilten Arzneimittelverpackungen stehen jene für das Blut und die blutbindenden Organe an erster Stelle, gefolgt von Medikamenten zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes/Stoffwechsels. Innerhalb der Wohneinrichtungen

Bruttoausgaben pro Kopf für Medikamente der Wohnbevölkerung nach Gesundheits-sprengel



überwiegen die Arzneimittel für das Zentrale Nervensystem (fast über 45 % der gesamten verteilten Arzneimittelverpackungen).

Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten im Rahmen der Direktabgabe sind Medikamente mit antineoplastischen Wirkstoffen, insbesondere Lenalidomid und Ibrutinib, für welche eine Ausgabe von 2,6 und 2,0 Millionen Euro getätigt wurde. Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste) verteilt werden, belaufen sich auf 55,3 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 1,7 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 214.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt.

Der Ankaufspreis von Medikamenten, die innerhalb der Wohneinrichtungen verteilt werden, beträgt mehr als 3,2 Millionen Euro (zirka die Hälfte der Ausgabe ist auf die Verteilung von Medikamenten an Patienten in Pflegeheimen und über ein Drittel an Patienten in psychiatrischen Zentren zurückzuführen).

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 aufge-

nommen, 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

Indikatoren im Überblick

- Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit <= 3 Tage: **89,8 %**
- Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebenstage: **19,2 %**

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 Tumorerstorbenen im Bezugsgebiet wird die Fähigkeit, dem Bedarf an Palliativbehandlung gerecht zu werden, beurteilt.

In der Provinz Bozen zählt man 1,8 Betten pro 100 Tumorverstorbene; der nationale Durchschnitt beträgt 1,6 (der erwartete Standard ist 1,8). Die Wartezeit beträgt 1,4 Tage. In 89,8 % der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospice-Einrichtung. Eine von 6 Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten (19,2 %).

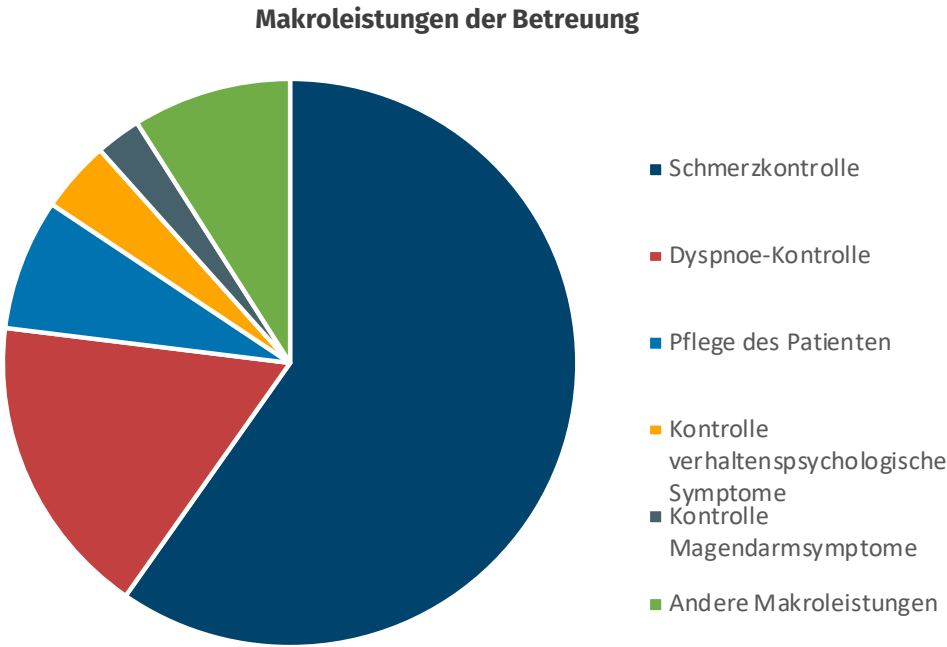
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: **469**
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: **6.328**
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospice-Einrichtungen: **16,7** Tage

Im Jahr 2020 wurden 469 Zugänge in den Hospice-Einrichtungen registriert, wobei 52 Zugänge im Tageshospice. Die geleisteten

Betreuungstage waren 6.328 (100 im Tageshospice) mit einer Durchschnittsdauer von 13,5 Tagen. Bei fast allen Zugängen zu den Hospice-Einrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (90,4 %) und Schmerz in Verbindung mit Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (52,0 %). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospice-Betreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (15,4 %) und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (8,1 %). In 73,3 % der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospice-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal. Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (59,7 %), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (17,3 %), der Kontrolle der Magendarmsymptome (7,8 %) und Pflege des Patienten (7,5 %).



KAPITEL 5

KRANKENHAUSVERSORGUNG



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:

1. Erste Hilfe
2. Aufenthalte von Akutkranken
3. 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 „Marienlinik“, die Privatklinik „L. Bonvicini“, die Privatklinik „Villa Melitta“, die Privatklinik „Dolomiti Sportclinic“, die Privatklinik „Brixsana“, die Privatklinik „Villa St. Anna“, die Privatklinik „Martinsbrunn“ und die Privatklinik „City Clinic Bozen“.

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: **194.705**
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: **25.202** gleich **12,9 %**

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

Im Laufe des Jahres 2020 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser Bozen, Meran, Brixen, Innichen, Sterzing und Schlanders, 194.705 Zugänge. Seit 2016 sind auch die Daten der Landeskrankenhäuser Bozen und Bruneck vollständig.

In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt registrieren die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: von 17,4 % des Krankenhauses Bozen und 12,9 % des Krankenhauses Brixen zu 7,1 % 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. Der Anteil der Zugänge, definiert als COVID-Verdacht, an der Gesamtzahl stieg von 7,6% in der ersten Welle (von März bis Mai) auf 2,6% in dem Sommer und stieg dann auf 8,7% in der zweiten Welle (von Oktober bis Dezember).

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: **1.620**, gleich **3,0** pro 1.000 Einwohner und damit über dem nationalen Standard von **3,0** Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte von Akutkranken: **63.649** insgesamt, davon **52.051** ordentliche Aufenthalte und **11.598** Tageskli-

nik-Aufenthalte

- Hospitalisierungsrate: **115,8** Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (**94,6** ordentliche Aufenthalte und **21,2** Tagesklinik-Aufenthalte)

Im Jahr 2020 kamen die Landeskrankenanstalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.620 Betten für Akutkranke (88,4 % in öffentlichen Krankenhäusern) bei 3,0 Betten pro 1.000 Einwohner nach und entsprachen somit dem nationalen Standard (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95 – im Land berechnet mit Betten der öffentlichen Krankenhäuser und der vertragsgebundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen) von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner.

Für den Tagesklinik-Betrieb standen 178 Betten zur Verfügung. In den öffentlichen Krankenanstalten waren außerdem 65 Säuglingskrippen vorhanden, alle in den öffentlichen Krankenanstalten.

Im Rahmen der Krankenhausaufenthalte bedingt durch die Covid-19 Pandemie, wurden im Laufe des Jahres 2020 eigene neue Abteilungen der Intensive- sowie der Subintensiv-Therapie erstellt, die einen Bettenbestand im Laufe des Jahres von jeweils 11 und 4 Betten im Jahresdurchschnitt aufgewiesen haben. In der Akutphase der Epidemie wurden außerdem auch die Betten der bereits bestehenden Intensivtherapien zur Behandlung der Covid-Patienten ausgenutzt und deren Bestand ausgebaut. Außerdem wurden Betten der anderen bereits bestehenden Abteilungen in Betten für akute Covid-Patienten konvertiert. In diesem Rahmen wurden von Seiten des Sanitätsbetriebes

Vereinbarungen mit den privaten Einrichtungen des Landes getroffen, zur Erleichterung des Betreuungsaufwandes für Covid-Patienten in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes, mit Inbetriebnahme der Immunologie-Abteilungen, in dessen Betten Covid-Patienten mit nicht schwerwiegenden Symptomen die ohne Behandlung der Intensivstationen betreut werden konnten, aufgenommen und betreut wurden.

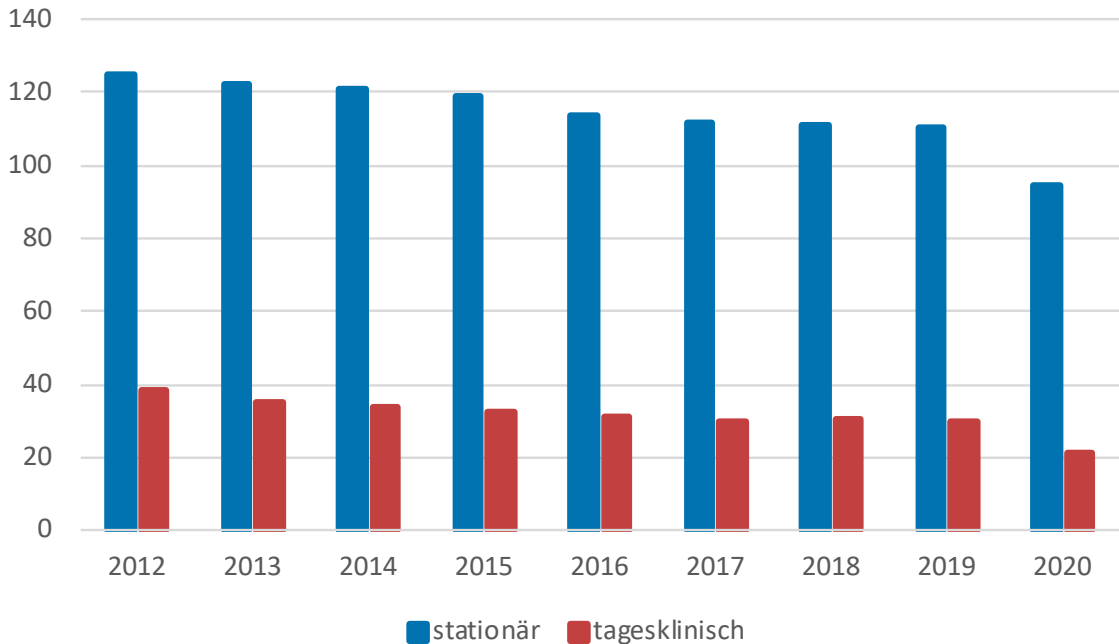
Im Jahr 2020 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 63.649, davon waren 52.051 (81,8 %) ordentliche Aufenthalte und 11.598 (18,2 %) Tagesklinik-Aufenthalte. Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutkranke jene Fälle, die aus anderen Abteilungen als für Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen,

d. h. die Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ eingeordnet werden können.

Im Vergleich zu 2019 hat sich die Anzahl der Aufenthalte insgesamt um 17,6% reduziert; dies wegen der starken Reduktion während der zwei stärksten Not-Perioden der Pandemie während des Jahres (Zeiträume März bis Mai und Oktober bis Dezember), in welchen die Krankenhäuser ihre Tätigkeiten nur auf die dringendsten Aufenthalte und auf jene durch das Covid bedingt beschränkten, mit Verlegung und Verschiebung der nicht dringenden Aufenthalte auf spätere und noch nicht vorgesehene Zeiten.

94,5 % der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern. Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2020 auf 115,8 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner

Trend der Hospitalisierungsrate pro 1.000 Einwohner in Bezug auf ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte



(96,4 ordentliche Aufenthalte und 21,2 Tagesklinik-Aufenthalte - für die im Land durchgeführten Krankenhausaufenthalte, wurden jene berechnet die in den öffentlichen Krankenhäusern und in den vertragsgebundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen durchgeführt wurden; für jene außerhalb des Landes, werden die Aufenthalte im Ausland mitberechnet). Insgesamt liegt somit die Hospitalisierungsrate der Einwohner – auch wegen der Covid-19 Pandemie – weit unter dem nationalen Zielwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner. Betrachtet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, registriert Südtirol eine

Hospitalisierung von 121,4 Aufenthalten auf 1.000 Einwohner.

Dabei verzeichnet insbesondere die Gesundheitsbezirke von Bozen und Meran den größten Rückgang der Hospitalisierung ihrer Patienten mit Werten von jeweils 114,6 und 117,9 auf 100.000 Einwohner.

5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **52.051** insgesamt; **49.352** in den öffentlichen Krankenhäusern; **2.699** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **345.668**

insgesamt; **329.425** in den öffentlichen Krankenhäusern; **16.243** in den Privatkliniken

- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: **6,7**

2020 wird, auf Grund der Covid-19 Pandemie und der darausfolgenden Reorganisation der Krankenhausbetreuung auf Landesebene, ein Rückgang der ordentlichen Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Krankenhäusern um 16,4 % registriert, während in den Privatkliniken hingegen im Vergleich zum Vorjahr ein Zuwachs von über 25 % registriert wird.

Im Jahr 2020 wurden 52.051 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 345.668 Aufenthaltstage umfassten. 94,8 % der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 95,3 % aller Aufenthaltstage in Anspruch. 38,0 % aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt.

37,0 % der ordentlichen Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30- 64 Jahren, 31,3 % der Patienten waren über 75 Jahre alt. Insgesamt waren die Betten zu 69,4 % der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 39,5 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 2,8 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten freistand. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb, trotz der Covid-19 Pandemie konstant im Vergleich zu 2019 (6,7 Tage).

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad auf

(Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,23), der dem nationalen Standard sehr nahe steht (1,24 im Jahre 2019). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes einen Wert von 0,99 im Jahr 2020 an, mit dem höchsten Wert für das Krankenhaus Brixen (1,14).

Die Gesamtzahl der ordentlichen Einta-gesaufenthalte beträgt 6.255 (3.372 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 12,0 % an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht.

Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurde den ordentlichen Aufenthalten in 63,1 % der Fälle in den Landeskrankenanstalten eine medizinische DRG zugewiesen. Besonders hohe Anteile unter den öffentlichen Krankenhäusern vermerken die Krankenhäuser Schlanders (75,8 %) und Innichen (70,7 %). 14 DRGs decken rund 30,0 % der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Die Hauptursache der Aufenthalte stellen die DRG 373

„Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (6,8 % aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten“ (3,0 % aller Aufenthalte) dar

Im Vergleich zu dem was in den Vorjahren beobachtet wurde ist der prozentuelle Anstieg der Krankenhausaufenthalte mit DRG 079 und 080 (jeweils „Infektionen und Entzündungen der Atemwege, Alter > 17“ mit und ohne Komplikationen) deutlich, sicherlich zurückzuführen auf die Betreuung der Covid-Patienten, deutlich sichtbar.

5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE

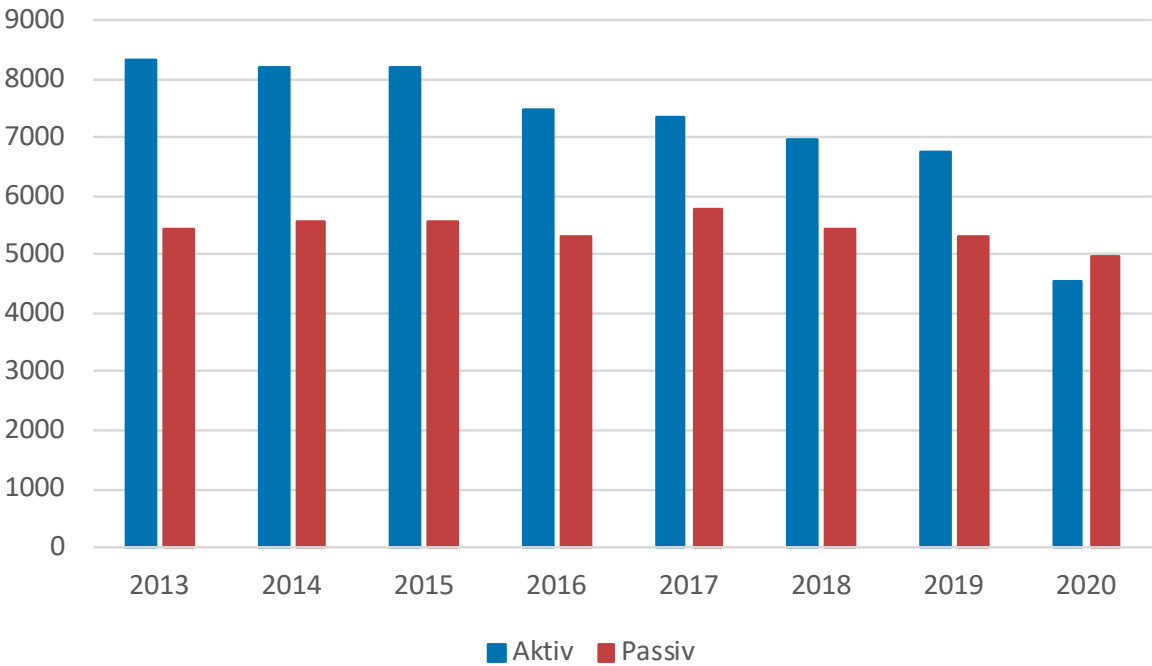
Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **11.598** insgesamt; **10.823** in den öffentlichen Krankenhäusern; **775** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **17.919** insgesamt; **17.144** in den öffentlichen Krankenhäusern; **775** in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: **7.894** insgesamt; **7.191** in den öffentlichen Krankenhäusern; **703** in den Privatkliniken

Im Jahr 2020 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 11.598, was einem Rück-

gang in Vergleich zu 2019 von etwa 27,7 % entspricht. 93,3 % der Aufenthalte betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (151 öffentliche vs. 27 private). Durchschnittlich kamen auf jeden medizinischen Tagesklinik-Aufenthalt 2,5 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten.
Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 49,2 % ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 26,0 % waren sie über 64 Jahre alt. Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art. 7.894 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 68,1 % der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Die

Aktive und passive Mobilität der Aufenthalte für Akutkranken



Krankenhäuser Innichen, und Schlanders weisen einen Anteil chirurgischer tagesklinischer Tätigkeit von über 85 % auf.

Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellte die DRG 381 „Abort mit Dilatation u. Nachkuerretage mittels Aspiration o. Hysterotomie“ mit 10,6 % aller Aufenthalte dar, gefolgt von DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose“.

9 DRGs decken 50 % aller chirurgischen tagesklinischen Aufenthalte ab.

Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Zahnextraktion und Zahnwiederherstellung“ (DRG 187) in 6,8 % der Fälle zurückzuführen

5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: **4.554**
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: **2.992**
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: **980**

Im Laufe des Jahres produzierten Südtirols Krankenanstalten 63.649 stationäre und Tagesklinik-Aufenthalte, davon 4.554 für außerhalb des Landes Ansässige.

Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 64.034 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in Anspruch, davon, 2.922 in Einrichtungen im übrigen Italien, 980 in Österreich und 1059 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2019).

Der Attraktionsindex für ordentliche und Ta-

gesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 7,2 % für die überregionale aktive Mobilität.

Der Fluchtindex hingegen entsprach 7,8 % für die überregionale passive Mobilität (davon 4,6 % in Richtung übriges Italien, 1,5 % nach Österreich und 1,7 % in andere Staaten).

Im Laufe des Jahres 2020 wurden insgesamt 980 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einem Rückgang von etwa 18 % gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 8.956 ordentliche Aufenthaltstage in stationärem Aufenthaltsregime in Anspruch genommen.

Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich die Primäre Hypertonie mit 18,4 % der Aufenthalte und der „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation“, mit einem Aufenthaltsanteil von 11,1 %.

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2020 958 (97,8 %) Aufenthalte von Südtirolern in vertragsverbundenen österreichischen Einrichtungen (951 stationäre und 7 tagesklinische Aufenthalte). Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (16,5 %) und Orthopädie und Traumatologie (12,6 %).

5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die postakute Versorgung: **235**, gleich **0,44** pro 1.000 Einwohner
- Postakute Aufenthalte: **4.419**

In diesem Teil wird die Versorgungstätigkeit

der öffentlichen und privaten Krankenhäuser des Landes in Bezug auf die postakuten Aufenthalte (in Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation, Neuro-Rehabilitation und Langzeitpflege) beschrieben.

Für die postakute Krankenhausversorgung stehen insgesamt 235 vertragsgebundene Betten zur Verfügung, die im Jahr 2020 wie folgt aufgeteilt waren: 88 in öffentlichen Krankenhäusern (37,4 %) und 147 in Privatkliniken (62,6 %).

Gegenüber 2019 ist die Gesamtanzahl der vertragsgebundenen Betten um 122 Einheiten gesunken. Die Daten sind von Covid-19 Auswirkungen betroffen, die durch die Umstellung von Post-Akut Betten in Covid-19 Betten zu einer starken Reduktion der Post-Akut Aktivität führten.

5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die physische Rehabilitation: **123**, gleich **0,23** pro 1.000 Einwohner
- Vertragsgebundene Betten für die Neuro-Rehabilitation: **23**, gleich **0,04** pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte: **2.305** aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation und **177** aufgrund Neuro-Rehabilitation

Im Jahr 2020 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 2.305 Aufenthalte (2.219 stationäre Aufenthalte und 86 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 177 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitati-

onsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 74,7 % der stationären Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 25,3 % in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 20,1 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 3,7 % an allen Aufenthalten dar. 69,5 % der stationären Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ zugewiesen, mehr als 26 % der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 93,0 % auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. 93,8 % der stationären Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 5,4 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,8 % als Bewertungsaufenthalte. 68,0 % der stationären Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 25,1 % jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 6,8 % die anderen Schädigungen.

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei der Aufnahme betrug 74,3 Punkte. Unter dem Durchschnitt lagen das Krankenhaus Bruneck (71,1), das Krankenhaus Meran (72,2), die Privatklinik Villa Melitta (70,6), die Privatklinik Bonvicini (68,8) und das Krankenhaus Innichen (69,1). Die durchschnittliche

höchste Punktezahl verzeichnete hingegen das Krankenhaus Sterzing (88,0), gefolgt von dem Krankenhaus Brixen (87,8 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Entlassung betrug 96,1; das Krankenhaus Innichen verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs. Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 177 (127 stationäre Aufenthalte und 50 Tagesklinik-Aufenthalte), 28 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 123 das Krankenhaus Sterzing und 26 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 56,6 Tagen. Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (35,8 Punkte) und bei der Entlassung (68,4 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 32,6, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,7 Punkte. Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten 154, 7 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte (am 01.07.2021 aktualisiert). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 19,7 Tage.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex 28) beliefen sich auf 15 (am 01.07.2021 aktualisiert).

Im Jahr 2020 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in postakuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 22.

5.3.2. LANGZEITPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die Langzeitpflege: **89**, gleich **0,17** pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: **1.937**
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: **22**

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 1.937 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 21,0 Tage. Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der postakuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (38,4 %) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (14,0 %).



KAPITEL 6

GESUNDHEITSAUSGABEN



6. GESUNDHEITSAUSGABEN

(2.486 Euro ausgedrückt in konstanten Euro).

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche Gesamtausgaben:
1.555,521 Millionen Euro
- Investitionskosten: **65.946 Millionen Euro**

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2020 beliefen sich auf insgesamt 1.555,521 Millionen Euro, ein starker Anstieg (+10,96 %) gegenüber dem Jahr 2019 (1.401,842 Mio. € in konstanten Euro) aufgrund der Covid-19-Pandemie.

Diese Ausgaben wurden - nach dem schrittweisen Auslaufen der direkt vom Land für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben - fast vollständig vom Sanitätsbetrieb getragen (zu 99,9 %).

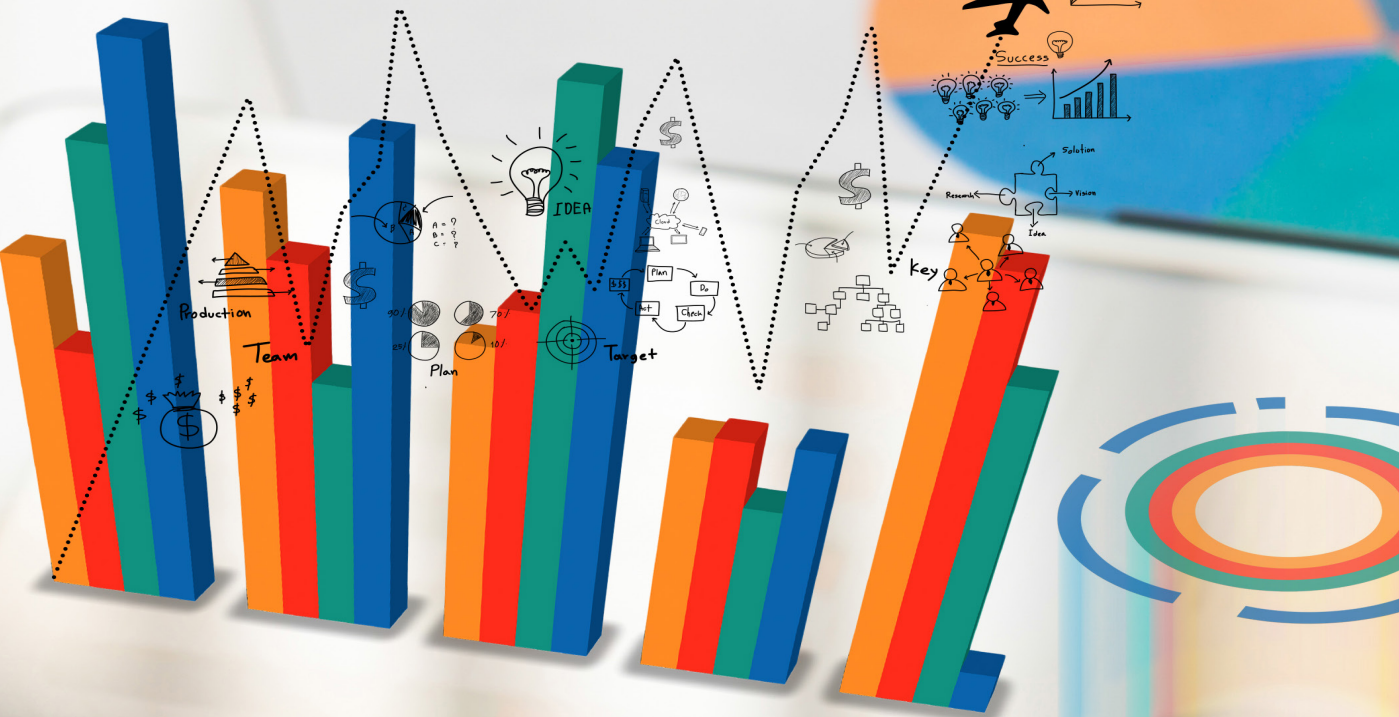
95,76 % der Gesamtausgaben des Jahres 2020 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 4,24 % betrafen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2020 auf 1.489,576 Millionen Euro beziffern. Die Ausgaben setzen sich vorwiegend aus den Personalkosten (45,40 %) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (21,73 %) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (16,00 %), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (7,43 %) und sonstige Kosten (9,44%).

Die Ausgaben für Investitionen im Jahr 2020 beliefen sich auf 65,946 Millionen Euro., wobei 98,75 % zu Lasten des Sanitätsbetriebes. Die laufenden Pro-Kopf-Ausgaben lassen sich für das Jahr 2020 auf 2.740 Euro beziffern, das sind 10,23 % mehr als im Vorjahr

100%

www.provinz.bz.it/gesundheitsbeobachtung



Beobachtungsstelle für Gesundheit

Landhaus 12

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1

39100 Bozen

Tel. +39 0471 418040

Fax +39 0471 418048

gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it