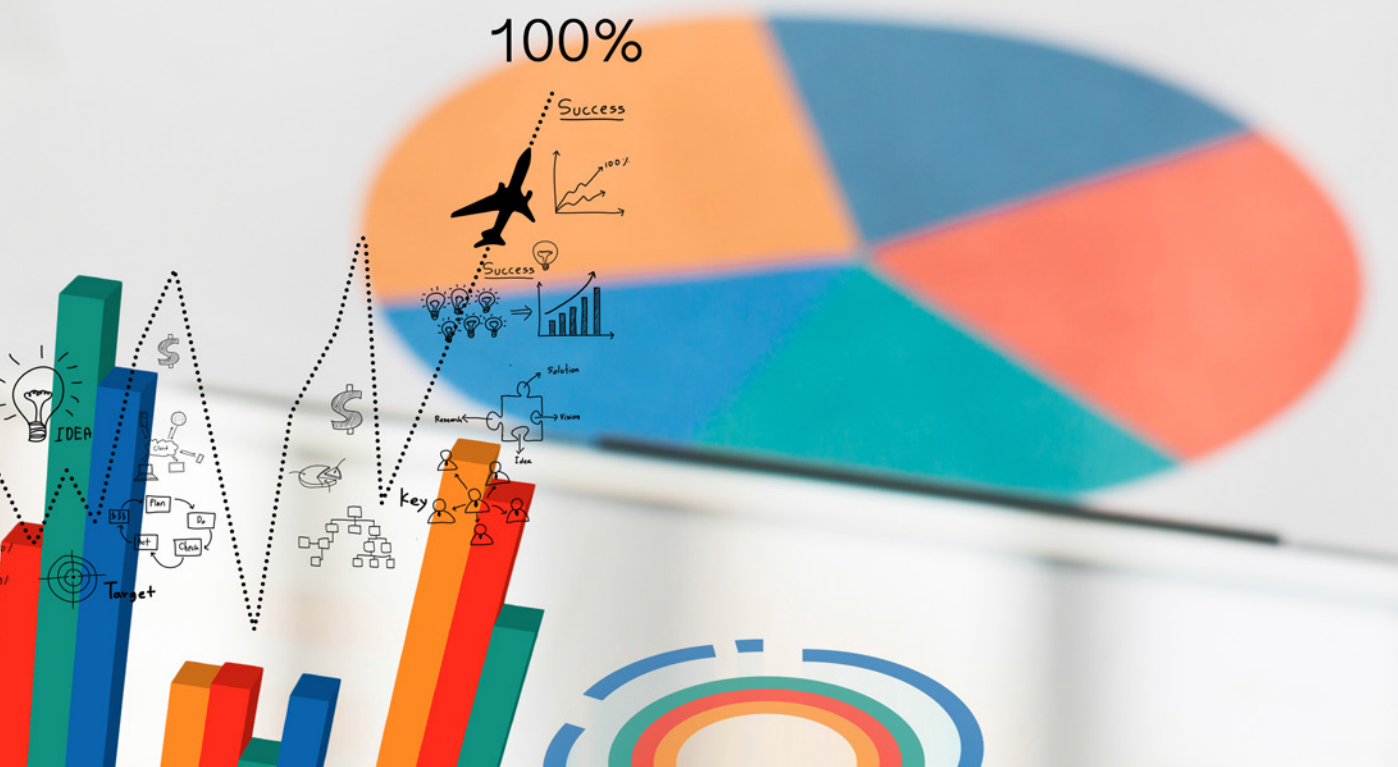




GESUNDHEITSBERICHT

ZAHLEN UND FAKTEN 2016

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Gesundheit
Beobachtungsstelle für Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Salute
Osservatorio per la Salute

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 (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)	7
1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)	8
1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG	9
2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT	10
2.1. LEBENSSTILE	11
2.1.1. ERNÄHRUNG	11
2.1.2. KÖRPERLICHE BEWEGUNG	11
2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT	12
2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH	13
2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT	13
2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN	14
2.2.2. INFektionsKRANKHEITEN	15
2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE	15
2.2.4. DIABETES	16
2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN	18
2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS	19
2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN	19
2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN	20
3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT	22
3.1. ONKOLOGISCHE SCREENINGS	23
3.2. VORBEUGUNG VON INFektions- UND PARASITEN-ERKRANKUNGEN, INKLUSIVE IMPFPROGRAMME	24
3.3. SCHUTZ VON GESUNDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD	26
3.3.1. LEBENSUMFELD	26
3.3.2. ARBEITSUMFELD	28

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH	28
3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT	29
3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN	31
3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN	31
3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN	32
4. TERRITORIALE VERSORGUNG	34
4.1. SPRENGELVERSORGUNG	35
4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG	37
4.1.2. HAUS- UND KRANKENPFLEGE	37
4.1.3. DIE VERSORGUNG VON MUTTER UND KIND	39
4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	39
4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN	40
4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT	41
4.3. STATIONÄRE REHABILITATION	42
4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST	42
4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG	43
4.5.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH	44
4.5.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE	45
4.5.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL	46
4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN	47
4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN	48
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN	48
5. KRANKENHAUSVERSORGUNG	50
5.1. ERSTE HILFE	51
5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN	51
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE	53
5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE	54
5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT	55
5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG	56
5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION	56
5.3.2. LANGZEITPFLEGE	58

KAPITEL 1

BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG



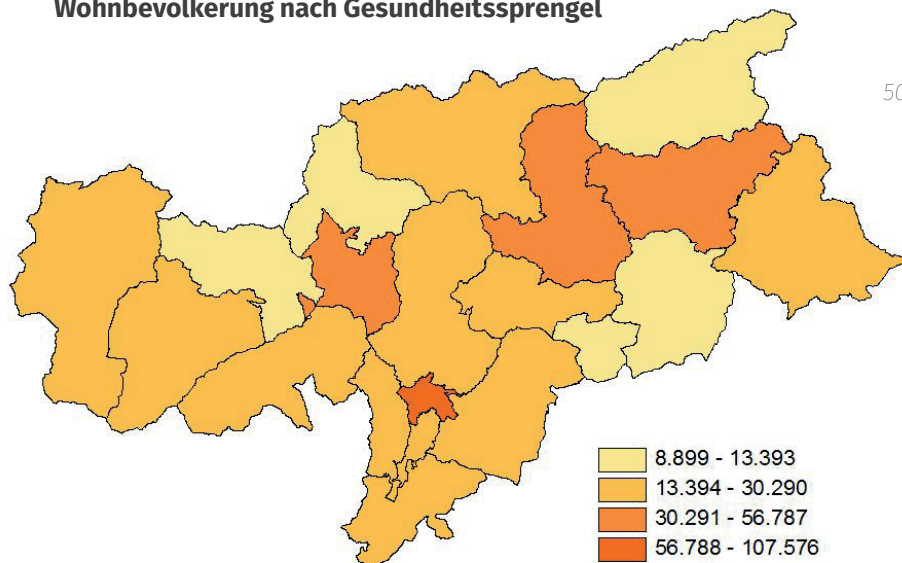
Der Teil über die versorgungsberechtigte Bevölkerung enthält die wichtigsten demographischen Daten zur Südtiroler Wohnbevölkerung: Bevölkerungsstruktur und territoriale Verteilung, Lebenserwartung, Geburtenrate und Wachstumsindikatoren.

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: **525.475** Einwohner
- Bevölkerungsdichte von **71** Einwohnern pro km²

Im Jahr 2016 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 525.475 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 71 Einwohnern pro km². 55,0 Prozent des Landesgebietes weisen einen niedrigen Erschließungsgrad¹ auf, 21,1 Prozent einen mittleren Erschließungsgrad und 23,9 Prozent einen hohen Erschließungsgrad (Volkszählung 2011).

Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (44,6 Prozent), in etwa ein Viertel in dem von Meran (26,0 Prozent) und etwa ein Sechstel jeweils in den Bezirken Brixen (14,4 Prozent) und Bruneck (15,0 Prozent). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den beiden Gesundheitsbezirken Bozen Stadt (20,5 Prozent) und Meran (10,8 Prozent).

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: **81,3** Jahre
- Lebenserwartung bei der Geburt - Frauen: **86,1** Jahre

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 97,6 Männer.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei: 41,9 Jahren (40,6 Jahre für die Männer und 43,7 für die Frauen) und verzeichnet im letzten fünf Jahren eine Zunahme von 0,7 Jahren. Der Altersindex entspricht 121,5 Senioren (über 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Erwuchs in den letzten fünf Jahren von 7,7 Punkte und ist unter den Frauen höher (146,4 Prozent) als unter den Männern (102,8 Prozent). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 161,4 Prozent. Der Abhängigkeitsindex liegt bei 54,2 Prozent. Für die Frauen (59,0 Prozent) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,6 Prozent). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 55,5 Prozent.

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Landessterbetafeln aus dem Jahr 2014 81,2 Jahre für die Männer und 85,5 Jahre für die Frauen. ISTAT-Schätzungen für das Jahr 2016 zufolge besitzt Südtirol eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (81,3 gegenüber 80,6 für die Männer und 86,1 gegenüber 85,1 für die Frauen).

Die Lebenserwartung bei der Geburt verlief in den letzten Jahren konstant zunehmend: Sie verlängerte sich im letzten zehn Jahren für die Männer um 2,5 Jahre, für die Frauen

um 1,5 Jahre. Im Vergleich zum Jahr 2015 hat sich die Lebensdauer der Männer (0,5 Jahre) und der Frauen (0,4 Jahre) verlängert.

Die Lebenserwartungsdifferenz zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren der Sterbetafeln 1977-79 auf 4,8 Jahre der neueren Tafeln).

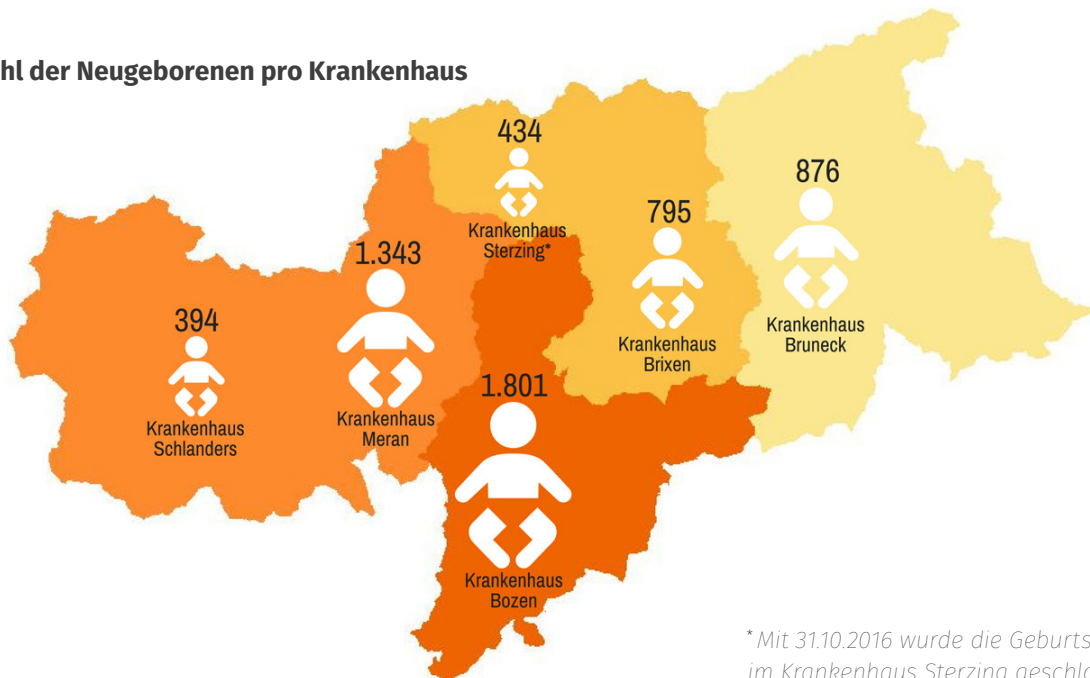
1.3. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: **5.674**
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: **5.295**
- Geburtenrate: **10,5** 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 2016 wurden in Südtirol 5.674 Kinder geboren, 5.295 davon von ansässigen Müttern (93,3 Prozent), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2016 kann ein Anstieg der Anzahl der Neugeborenen im Vergleich zum Vorjahr (5.491 Neugeborene) und im Vergleich zum Durchschnitt der letzten Jahre (durchschnittliche Anzahl in den Jahren 2012-2015 ca. 5.600 Geburten) beobachtet werden. Fast alle Geburten fanden in den Geburtsstellen des Landes statt, 31 waren Hausgeburten. Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol weiterhin ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Be-

Anzahl der Neugeborenen pro Krankenhaus



* Mit 31.10.2016 wurde die Geburtsstelle im Krankenhaus Sterzing geschlossen.

treuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten.

Die Geburtenrate** beträgt 10,5 Neugeborene pro 1.000 Einwohner und ist somit der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 7,8 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

* Quelle: demografische Indikatoren 2016 - ISTAT

1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: **31,4** Jahre
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: **29,0** Prozent
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: **90,3** Prozent

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Frauen bei der Entbindung zeigt einen leichten

Rückgang von 31,5 Jahren auf 31,4 Jahren (im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der 25- bis 29-jährigen Frauen gestiegen). Dieser Wert zeigt an, dass die Südtiroler Mütter jünger als der Durchschnittswert Italiens (31,7 Jahre) und älter als der der italienischen Inseln aufgezeichnete Werte (31,2 Jahre)* sind. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2016 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (64,2 Prozent), fast 1 von 3 über 35 Jahre (29,0 Prozent) und 6,7 Prozent (348 Frauen) über 40 Jahre. Im Jahr 2016 betrug das Durchschnittsalter des Vaters 35,1 Jahre, was einem leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 54 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 1,0 Prozent aller ansässigen Frauen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die große Schwierigkeiten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiven

Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen haben).

Weiterhin signifikant hoch ist der Prozentsatz der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind und insbesondere Mütter mit italienischer Staatsbürgerschaft: eine von zwei Müttern sind zum Zeitpunkt der Entbindung nicht verheiratet (55,0 Prozent). Dieser tendenziell auf nationaler Ebene steigende Wert, ist nach wie vor in der Provinz Bozen am höchsten, so zum Beispiel waren im Jahr 2015** in der Emilia Romagna 43,0 Prozent der Frauen mit italienischer Staatsbürgerschaft bei der Geburt unverheiratete.

Hinsichtlich des Studientitels weisen 64,5 Prozent der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 52,6 Prozent sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 75,2 Prozent der Mütter gegenüber 90,3 Prozent der Väter).

Während in den letzten Jahren der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft kontinuierlich anstieg, konnte im Jahr 2016 ein leichter Rückgang verzeichnet werden, was den Trend der Vorjahre bestätigt (von 21,3 Prozent im Jahr 2014 auf 21,0 Prozent im Jahr 2015 auf 20,8 Prozent im Jahr 2016). Die am meisten vertretenen ausländischen Nationalitäten sind Marokkaner, Albaner und Pakistan. Berücksichtigt man das Geburtsland der Mutter, so sind im Jahre 2016 24,6 Prozent der gesamten ansässigen Mütter im Ausland geboren (1 von 4 Müttern).

* Quelle: demografische Indikatoren 2016 - ISTAT

** Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 13 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2015

1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der mittels Kaiserschnitt Geborenen (ansässige Bevölkerung): **24,6** Prozent
- Anzahl der Zwillingsgeburten: **74**, entspricht **1,4** Prozent aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: **113**

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

Im Jahr 2016 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 6,9 Prozent der Fälle haben die Mütter weniger als 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 66,5 Prozent der schwangeren Mütter haben die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh (dieser Wert zeigt eine steigende Tendenz).

Von den Frauen, die im Jahr 2016 in Südtirol entbunden haben, ließen 186 (3,6 Prozent) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2005 waren es 9,8 Prozent). Der Rückgang ist auf ein größeres Angebot an nicht-invasiven Screening Tests zurückzuführen. Eine Amniozentese ließen 1,2 Prozent vornehmen (Pränataldiagnostik für die

Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom) und 1,5 Prozent eine Fötuskopie und Cordozentese.

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung bei ansässigen Müttern ergibt sich, dass 69,2 Prozent der Kinder vaginal und 6,2 Prozent operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Der Prozentsatz der chirurgischen Geburten betrug im Jahr 2016 24,6 Prozent einen Prozentpunkt mehr als im Vorjahr (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 19,8 Prozent. 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 (im Jahr 2016 das Krankenhaus Brixen) weisen hingegen in Richtung einer übermäßigen Inanspruchnahme der chirurgischen Entbindung.

Die Mehrlingsgeburten stellen 1,4 Prozent aller Geburten dar (75 Zwillingsgeburten). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 28,0 Prozent (eine von drei Mehrlingsgeburten ist auf die künstliche Befruchtung zurückzuführen).

Im Jahr 2016 griffen 113 Frauen (2,2 Prozent aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück. Ein geringfügig niedriger Wert wurde in der Region Emilia Romagna im Jahr 2015 erhoben (2,5 Prozent)*.

Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) betrug 7,2 Prozent (etwas höherer Wert als im Vorjahr, aber niedriger als im Drei-Jahres-Zeitraum 2012-14).

** Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 13 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2015*

1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate:
6,4 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate:
4,1 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate:
1.698,6 pro 1.000 Frauen

Im Jahr 2016 wuchs die Bevölkerung um 6,4 Personen pro 1.000 Einwohner.

Einen wichtigen Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 4,1‰; das natürliche Wachstum von 2,3‰ gehört auch weiterhin zu den höchsten unter den italienischen Regionen.

Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, welche die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,7 Kindern je Frau (1,34 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene).

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** Prozent
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **24,3** Prozent
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: **7,5** Prozent

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.

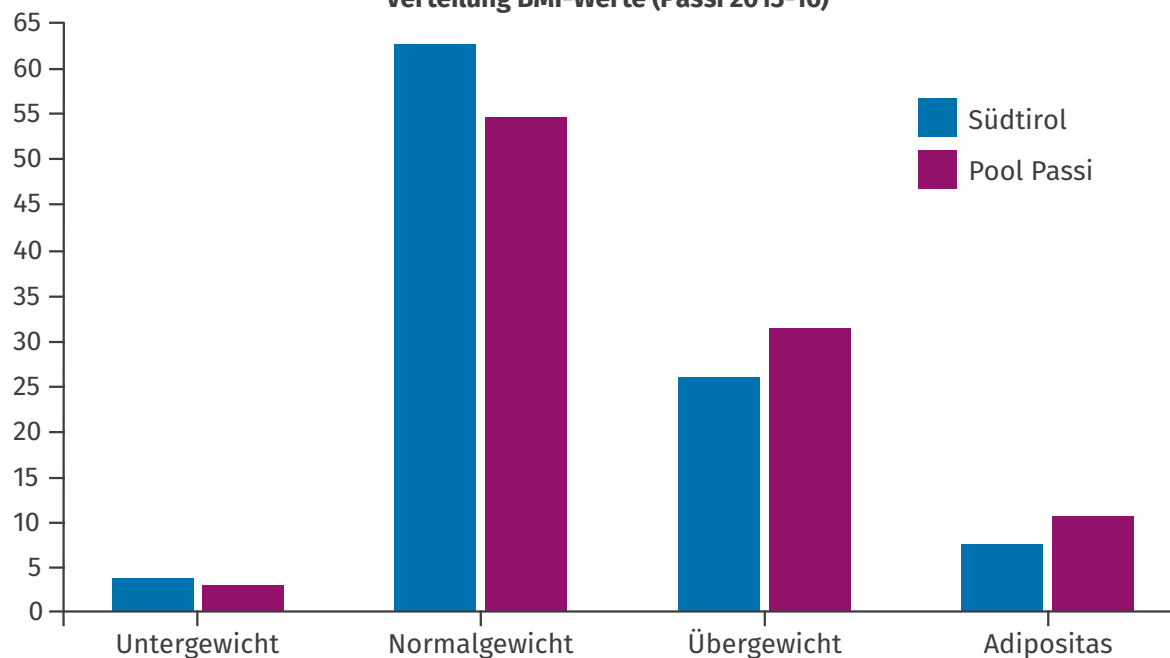
33,6 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (26,0 Prozent übergewichtig, 7,6 Prozent fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (42,8 Prozent) als unter den Frauen (24,3 Prozent) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (53,9 Prozent) als unter jenen mit höherem Studientitel (24,8 Prozent) auf. Nur 7,5 Prozent 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: **52,4** Prozent
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **9,8** Prozent

Verteilung BMI-Werte (Passi 2013-16)



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.

52,4 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbefähigt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 9,8 Prozent betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT

Indikatoren im Überblick

- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **27,3** Prozent
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **20,5** Prozent
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2013): **597**

Rauchen ist „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“. Rauchen ist für rund 23 Prozent der Todesfälle wegen Tumorerkrankungen und für 15 Prozent aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 77 Prozent der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und 89 Prozent 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 23,9 Prozent der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 27,3 Prozent der Männer und 20,5 Prozent der Frauen).

2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: **3,2** pro 1.000 Einwohner
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen, Werte pro 1000 Einwohner: **2,2**
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **38,9** Prozent

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

Im Jahr 2016 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 884 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 3,2 Patienten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Die drogenbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15-54-Jährigen betrugen 217 und es wurden 126 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

Nach den Schätzungen der WHO sind rund 9 Prozent 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 38,9 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren

dar; 27,5 Prozent davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 22,8 Prozent sind „Binge Drinker“ (Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken zu einem einzigen Anlass im letzten Monat für die Männer und 4 für die Frauen) und 3,1 Prozent 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 1.121, und es wurden 1.143 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

Im Jahr 2016 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 291 Personen mit Spielsuchtproblemen, 98 Personen wegen Missbrauch von Medikamenten, 207 wegen Probleme mit Nikotin, 445 Angehörige von Personen, welcher unter eine Abhängigkeit leiden, und 167 sonstige Personen versorgt.

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

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

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkulosefälle: **54**
- **29,1%** der Bevölkerung leiden an mindestens einer chronischen Krankheit
- **999** Patienten mit Diabetes Typ I und **20.357** Patienten mit Diabetes Typ 2 wurden im Jahr 2016 betreut

2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick

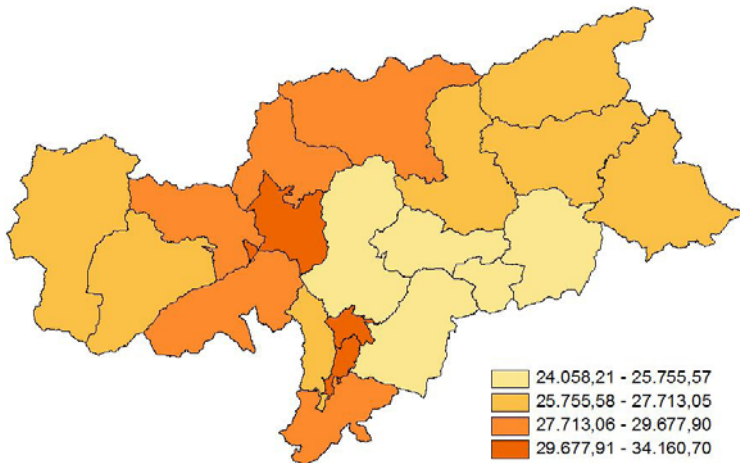
- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: **29,1** Prozent
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: **62,9** Jahre
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: **7,1** Prozent

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 Alte-

Prävalenz der chronischen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2016

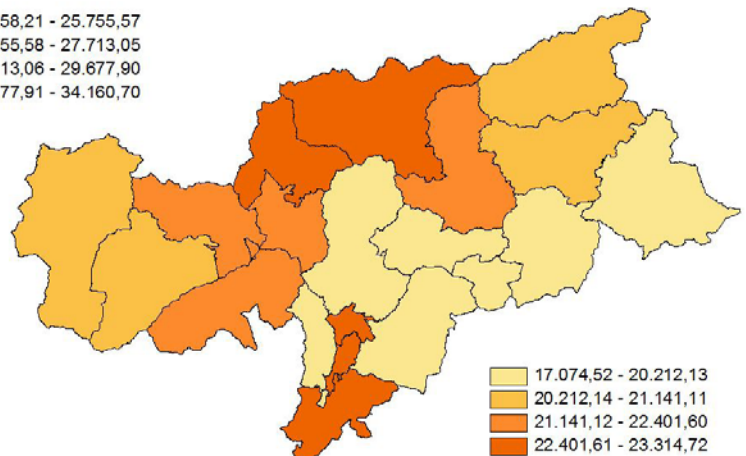


Standardisierte Werte

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.



rung der Bevölkerung), mit einem mittleren Alter von 42,4 Jahren und einem Altersindex von 129,4 Jahren (d. h. auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche kommen 129 versorgungsberechtigte Senioren) im Jahr 2016 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 161* geschätzt.

Im Jahr 2016 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 29,1 Prozent (mehr als jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten verzeichnet.

15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 6 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 4 Männer pro 100 eine Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 77 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen ergibt für ländliche Sprengel wie Leifers-Branzoll-Pfatten und das Passeiertal Prävalenzschätzungen der chronischen Kranken, die leicht oberhalb der städtischen Sprengel Bozen und Meran liegen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit Alzheimer und Demenz und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran sind die Hypothyreose signifikant stärker verbreitet. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein nied-

rigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Hypertonie (Brixen) und Parkinson (Bruneck) vor.

* Quelle: ISTAT

2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkulosefälle: **54**
- Inzidenzrate von HIV (2015): **3,0** pro 100.000 Einwohner
- Inzidenzrate von AIDS (2015): **0,6** pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2016 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 1.063 Fällen bei einer Inzidenz von 202,3 pro 100.000 Einwohner. Außerdem wurden 2016 54 Tuberkulosefälle gemeldet, was 10,3 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Die Inzidenz der neuen HIV-Fälle betrug für das Jahr 2015 15 (3,0 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2015 3.444 neue HIV-Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 5,7 Fällen pro 100.000 Einwohner.

2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE

Indikatoren im Überblick

- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2008-2012): **621,0** pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2008-2012): **508,9** pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den

Fünfjahreszeitraum 2008-2012. Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.546 neue Fälle unter den Männern (621 pro 100.000) und 1.287 unter den Frauen (508,9 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2016 1.687 neue Fälle unter den Männern und 1.376 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 Lokalisationen Prostata (21,2 Prozent der Fälle), Kolon-Rektum (11,7 Prozent), Lunge (10,1 Prozent) und Blase (9,0 Prozent).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,7 Prozent der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (11,7 Prozent), von dem Lungenkarzinom (6,0 Prozent), vom Melanomen (5,0 Prozent) und Gebärmutterkörperkarzinom (4,9 Prozent).

Im Zeitraum 2008-2012 verstarben pro Jahr durchschnittlich 644 Männer an Tumorerkrankungen (258,8 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 548 Frauen (213,8 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2016 können somit für Südtirol insgesamt 1.347 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 743 unter den Männern und 604 unter den Frauen.

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (21,9 Prozent der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (10,6 Prozent), das Prostatakarzinom (8,8 Prozent), das Leberkarzinom (7,5 Prozent) und das Magenkarzinom (7,2 Prozent). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom (12,0 Prozent) für die meisten Todesfälle verantwortlich, gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (10,6 Prozent) und vom Lungenkarzinom (10,1 Prozent).

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

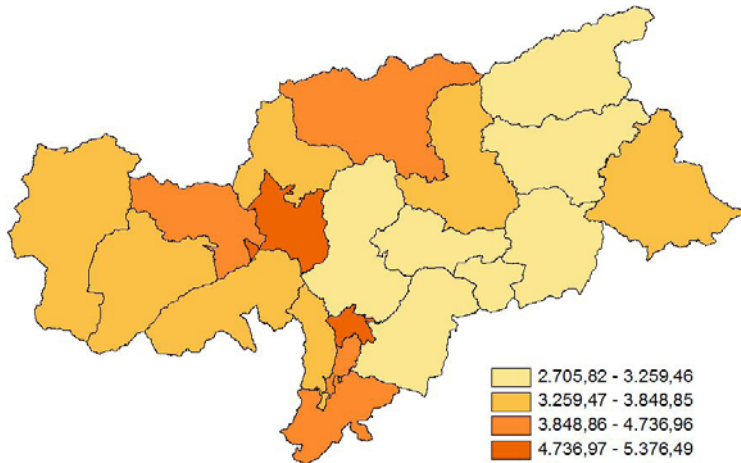
- Prävalenz der diabetischen Patienten an der betreuungsberechtigten Bevölkerung: **3,9** Prozent Diabetes Typ 2 und **0,2** Prozent Diabetes Typ 1
- Durchschnittsalter: **68,9** Jahre (**70,4** Jahre Diabetiker Typ 2 und **39,4** Diabetiker Typ 1)
- **Drei Viertel** der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herz-Kreislaufkrankheit, zwei Drittel sind Hypertonie-Patienten

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt - auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,5 Prozent der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2014), wobei jedoch weitere 3 Prozent mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind.

Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

- Diabetes Typ 1 (8 Prozent der Fälle) ist eine vorwiegend in der Kindheit und Jugend vorkommende Form, die mit Insulin behandelt werden muss;
- Diabetes Typ 2 (über 90 Prozent der Fälle) bricht allgemein im Erwachsenenalter oder Greisenalter aus und kann oft

Prävalenz der Diabetiker in Südtirol - Jahr 2016



Standardisierte Werte

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

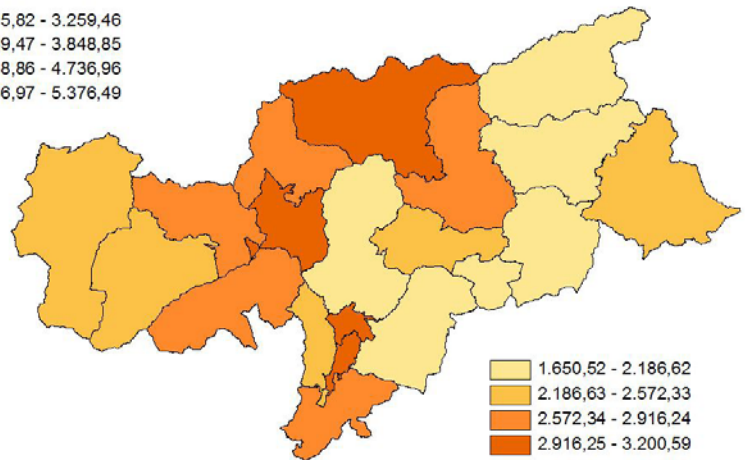
durch Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika unter Kontrolle gehalten werden.

Im Jahr 2016 wurden in Südtirol 999 Patienten mit Diabetes Typ I und 20.357 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut (in durchlebte Jahre berechnet), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,2 Prozent (Typ I) und 3,9 Prozent (Typ II).

Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 12,2 Prozent zwischen 65 und 74 Jahren und 15,8 Prozent ab 75 Jahren.

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.



Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 39,4 Jahren (Typ I) vs. 70,4 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, Ahrntal, Gadertal, Sarntal und Eggental.

Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 auf Landesebene leiden auch an einer Herz-Kreislaufkrankheit, mehr als zwei Drittel an Hypertonie und ein Drittel an Dyslipämie.

Über 75 Prozent der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersuchung und eine Glykohämoglobin-Untersuchung durchführen (der gesamtstaatliche Vergleichswert, der in den Nationalen AMD-Leitlinien (AMD - Verband italienischer Diabetesärzte) für das Glykohämoglobin angeführt ist, beträgt 84 Prozent gegenüber einem angestrebten Zielwert von 100 Prozent).

Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2016 68,8 Prozent der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 51,5 Prozent einen Lipidsenker, 31,5 Prozent einen Aggregationshemmer und 17,1 Prozent führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer Medikamente: 84,7 Prozent der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 60,7 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 66,7 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner. Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes mit langzeitigen Komplikationen (in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, das periphere Kreislaufsystem oder andere Komplikationen) beträgt 25 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: **18,8** pro 1.000 Einwohner
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: **16,6** pro 1.000 Einwohner
- Suizidrate: **9,0** 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 Wiedereingliederung 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 2016 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 9.884 Personen betreut (18,8 pro 1.000 Einwohner), 3.158 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (601 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (26,7 Prozent der Entlassungen).

Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2016 8.743 Patienten (16,6 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der erbrachten Psychotherapie betrug 13.756.

2015 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2009-2012 (9,8 pro 100.000 Einwohner) 47 Suizide (9,0 pro 100.000 Einwohner).

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer (2013): **245,0** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen (2013): **334,9** pro 100.000

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 37,3 Prozent 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 Prozent der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie Hypertonie-assoziiert. Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie.

Für das Jahr 2016 wird in der Wohnbevölkerung eine Prävalenz von 178,7 Fällen pro 1.000 chronische Herzkreislaufkranke (176,5 pro 1.000 unter den Männern und 180,7 pro 1.000 unter den Frauen) und von 152,2 Fällen

pro 1.000 Hypertonie-Patienten geschätzt (148,7 unter den Männern und 155,5 unter den Frauen). Insgesamt belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen aufgrund von Herzkreislauferkrankungen auf 8.774 (1.669,7 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.366) gehen 700 auf akuten Myokardinfarkt zurück (459 Männer und 241 Frauen). Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren im Jahr 2013 die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 249 Todesfällen unter den Männern (97,9 pro 100.000) und 212 unter den Frauen (80,5 pro 100.000).

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2013): **75,1** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2013): **44,8** pro 100.000

Die Atemwegserkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache (7,6 Prozent).

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 Prozent der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an ei-

ner invalidisierenden Atmungsinsuffizienz. Die für das Jahr 2016 geschätzte Prävalenz der chronischen Bronchopathien entspricht in Südtirol 40,0 Fällen pro 1.000 Einwohner (42,6 unter den Männern und 37,5 unter den Frauen).

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegserkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2016 insgesamt auf 5.683, wobei die Hospitalisierungsrate 1.081,5 pro 100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Pneumonie und Grippe.

Die chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten stellten im Jahr 2013 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache (39,7 pro 100.000 für die Männer und 17,5 pro 100.000 für die Frauen).

Die Haupttodesursache waren 2013 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 42,4 Prozent der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 31,0 Prozent in der männlichen Bevölkerung.

Unter der Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 34,4 Prozent gegenüber den 26,2 Prozent unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (6 Prozent vs. 3 Prozent) vor.

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer (2013):
771,1 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2013):
788,2 pro 100.000

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2013 fast vollständig, für die nach diesem Datum erfolgten Todesfälle jedoch nicht verfügbar. Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2013 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 4.037, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 782,8 pro 100.000 entspricht.



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 Parasitenerkrankungen, 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.

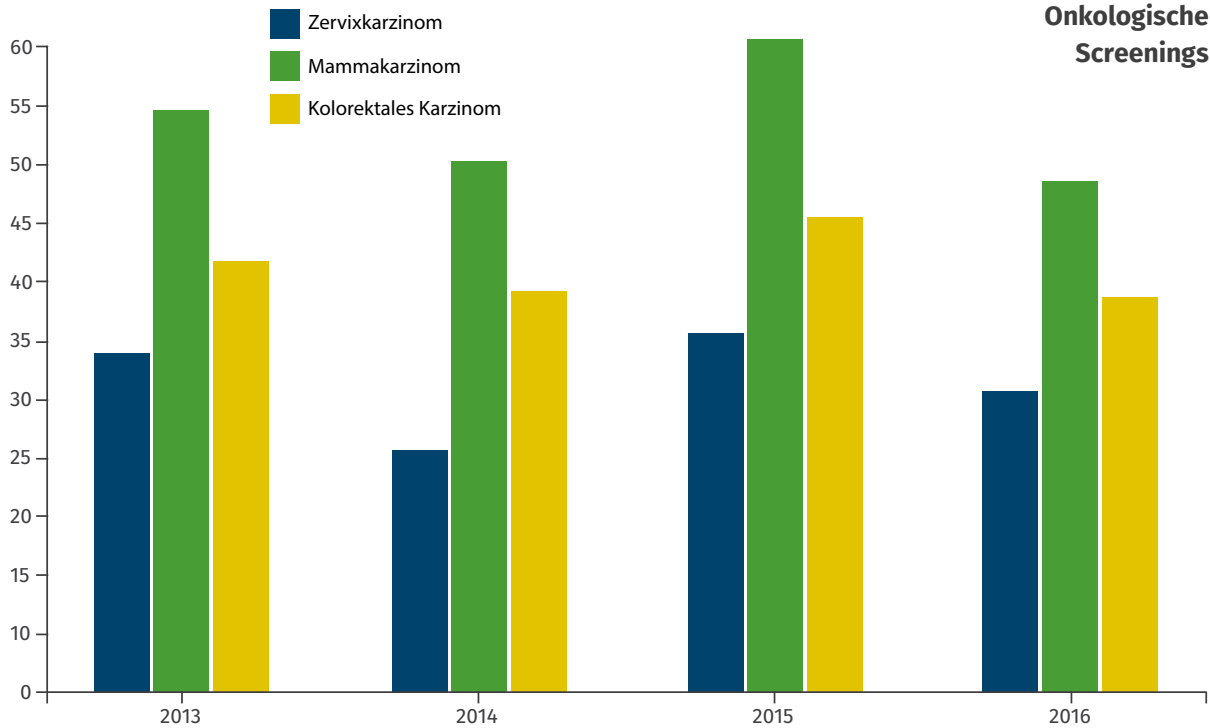
Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzinom-Screening: **30,7** Prozent
- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening: **48,7** Prozent
- Teilnahme am kolorektalen Karzinome-Screening: **38,8** Prozent

Das für das Zervixkarzinom empfohlene Screening ist der Paptest, den Frauen zwischen 25 und 64 Jahren alle drei Jahre durchführen sollten. Die Wirksamkeit des Screening-Programms ist sowohl durch die Reduzierung der Sterblichkeit in den Gebieten, in denen es durchgeführt wird, als auch durch spezifische Studien erwiesen.

Im Jahr 2016 aufgeforderten Frauen nahmen 30,7 Prozent die Einladung am Screening-Programm wahr.

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 Prozent. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003.

Im Jahr 2016 aufgeförderten Frauen nahmen 48,7 Prozent 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 gese-

hen 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.

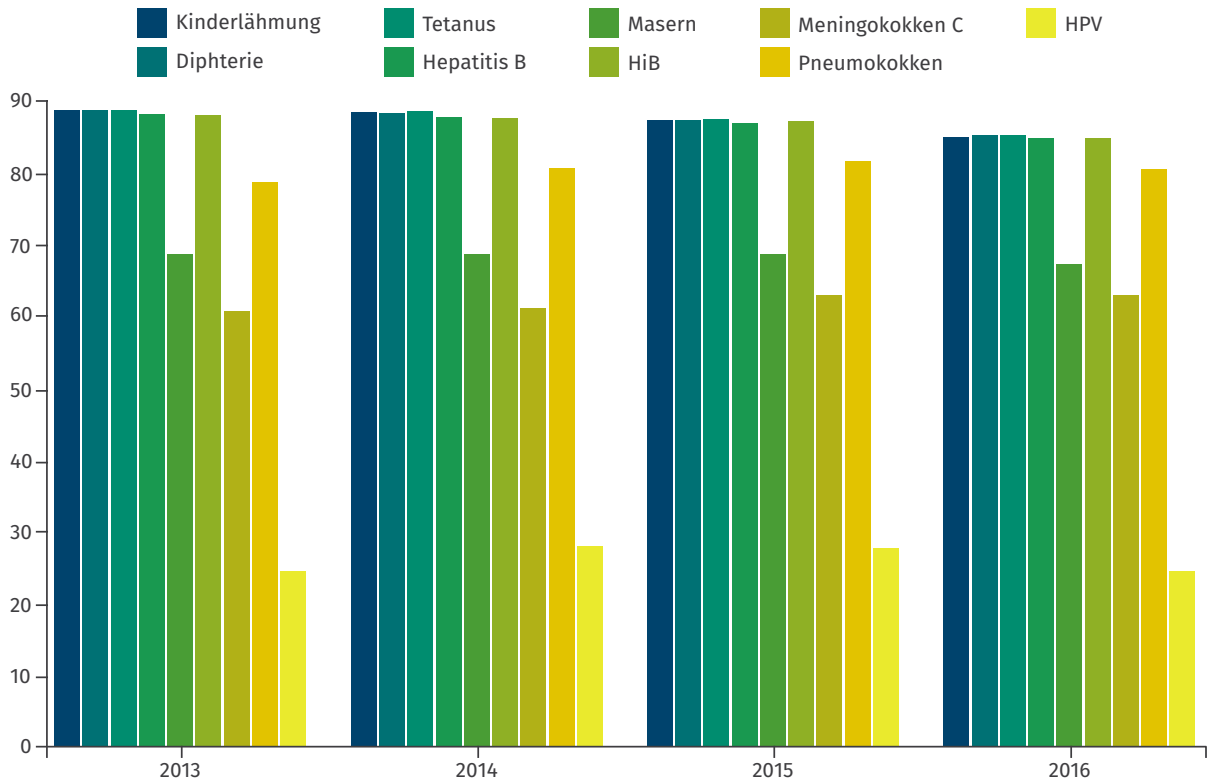
Im Jahr 2016 haben 38,8 Prozent am Screening-Programm teilgenommen.

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

Indikatoren im Überblick

- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: **85,1** Prozent
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: **67,5** Prozent
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Meningokokko C: **63,2** Prozent

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten



Der mit Beschluss Nr. 1379 vom 6.12.2016 genehmigte Landesimpfkalender sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2016-2018 angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung und Virushepatitis B Pflicht.

Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib), Pneumokokken, Meningokokken C und gegen die Papillomaviren, die für das Zervixkarzinom (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.

2016 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 53.037 Impfungen ver-

abreicht; 38,8 Prozent waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen, 95,9 Prozent waren entweder gesetzlich oder empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2014 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95 Prozent; 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 Prophylaxetätigkeit wurde im Jahr 2016 bei insgesamt 1.258 Personen durchgeführt.

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

Im Laufe des Jahres wurden 2.207 Tuberkulin-Hautreaktionstests durchgeführt. Der Rückgang der Impfungen hängt im Wesentlichen mit der Änderung der nationalen Gesetzgebung (Gesetz 388/2000) und mit den Angaben in den kürzlich abgefassten Leitlinien einiger wissenschaftlicher Verbände zusammen, welche die Tuberkulose-Prophylaxe zusätzlich vermindern und sich nur auf einige Risikogruppen konzentrieren (Neugeborene oder stark infektionsrisikobehaftete Kinder sowie Bedienstete, die in Umgebungen mit hohem Expositionsrisiko arbeiten).

Eine weitere wichtige Präventionstätigkeit seitens der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit ist jenen Personen gewidmet, die beruflich oder privat ins Ausland reisen und sich dadurch Infektionskrankheiten zuziehen können, die in den Reiseländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber,

typhusartiges Fieber, Malaria). Zusätzlich zur Planung und Verabreichung der Impfungen (die für solche Krankheiten nicht immer möglich sind) sieht die Prophylaxe auch eine gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende vor.

Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2016 wurden im Landesgebiet 588 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 83,3 Prozent davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 16,7 Prozent 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 Öffentlichkeit zugängliche Privatschwimmbäder, Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, Schönheitssalons/Beautyfarmen) und im Arbeitsumfeld.

3.3.1. LEBENSUMFELD

Indikatoren im Überblick

- Nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der chemisch-physischen Analysen: **9,1** Prozent

- Nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der mikrobiologischen Analysen: **4,4** Prozent
- Überwachung und Kontrolle der Kosmetika: **140** Kontrolle

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.

2016 wurden insgesamt 263 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in sozialen Einrichtungen (Altersheime, Tageszentren für Senioren, 30,8 Prozent) und privaten Gesundheitseinrichtungen (44,1 Prozent).

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.

2016 wurden 340 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 9,1 Prozent 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 666 Wasserproben durchgeführt, 4,4 Prozent 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 2016 19 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 sowie alle dem gemäß Art. 25 des Legislativdekrets 81/2008 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch. Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. konventionierten und in Privatpraxen tätigen Fachärzten vorgenommen. Den

organisatorischen und pflegerischen Aspekt hingegen übernimmt der Dienst für Arbeitsmedizin, ebenso wie die praktische Durchführung einiger Untersuchungen (EKG-EEG), deren Befunde dann von Fachärzten erstellt werden.

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH

Indikatoren im Überblick

- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **87.000**
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **34.000**
- Test bei Schweinen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **14.000**
- Test bei Geflügel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **270**
- Anz. der Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde: **820**

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.

2016 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes auf die Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujesky-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 2016 wurden ungefähr 87.000 Tests an Rindern, 34.000 an Schafen und Ziegen und 14.000 an Schweinen zur Prävention von Infektionskrankheiten durchgeführt.

Südtirol nimmt weiters am nationalen Überwachungssystem für die Blauzungenkrankheit teil. Im Rahmen dieses Projektes wurden 1.150 Blutproben von Rindern entnommen.

Im Rahmen des Landesfutterplans wurden 190 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde, 30 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 600 Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte Betriebe für Lebensmittel tierischen Ursprungs mit Verstößen: **36,5** Prozent
- Kontrollierte Betriebe für Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs mit Verstößen: **44,8** Prozent
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Trinkwasserleitungen: **100,0** Prozent
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen mit nicht regulären Werten: **1,1** Prozent

Die EU Gesetzgebung (EG-Verordnung Nr. 178/2002) überträgt den Bediensteten des Lebensmittelsektors (OSA) die Verantwortung für die Sicherheit der Lebensmittel bereits ab der primären Erzeugung bis zu deren Verarbeitung und Verkauf an den Endverbraucher. Die offiziellen Kontrollen der Einhaltung der EU Vorschriften über die Hygiene und Sicherheit der Lebensmittel und Getränke werden von den zuständigen Behörden (Gesundheitsministerium, Regionen und autonome Provinzen, Sanitätsbetriebe und lokale Sanitätseinheiten) auf der Grundlage der Bestimmungen der EU-Verordnung Nr. 882/2004 vorgenommen. Diese Kontrollen beginnen bereits ab der primären Erzeugung und können jede Phase der Verarbeitung, Lagerung, des Transportes, des Verkaufs und der Abgabe einschließlich Niederlassungen, Räumlichkeiten und zugehörige Ausrüstungen betreffen. Die italienische Verordnung sieht Kontrollen an Lebensmitteln tierischen Ursprungs durch die Tierärztlichen Dienste vor, während die Kontrolltätigkeit an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit obliegt.

Der betriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2016 insgesamt 2.026 Betriebe, bei 740 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,4 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 36,5 Prozent.

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

schlachtungen und für die Privatschlachtungen in Schlachthöfen.

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

Im Jahr 2016 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.443 Betriebe, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind: Die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (53,3 Prozent aller kontrollierten Betriebe). Auf Landesebene beträgt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der Kontrollierten 44,8 Prozent.

Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen. Dabei wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden. In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 1,1 Prozent für die chemisch-physischen Analysen und 3,2 Prozent für die mikrobiologischen Analysen.

Die Parameter der häufigsten Grenzüberschreitungen 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: **23.816**
- Ermächtigungen für die Verschreibung von Prothesen/Orthesen und Behelfsmitteln: **9.473**
- Ärztliche Untersuchungen für die Ausstellung von Waffenscheinen: **1.151**
- Ausgestellte Bescheinigungen für Leistungssport: **26.732**
- Sport-Gesundheitschecks: **101**

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 Taubstummten 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 Hygiene und öffentliche Gesundheit und von den Sprengelhygienikern des Landes erbracht.

Dazu zählen Gesundheitszeugnisse für die Ausstellung von Waffenscheinen und Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen.

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

3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

- Ausgestellte Bescheinigungen für Leistungssport: **26.732**
- Facharztvisite, einschließlich HNO-Untersuchung, neurologisches Screening, Sehscreening wo vorgesehen: **3.671**
- Sport-Gesundheitscheck: **104**

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 zuge-

wiesenen 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 2016 wurden insgesamt 26.732 Bescheinigungen für Leistungssport ausgestellt und es wurden 101 Sport-Gesundheitschecks durchgeführt.



KAPITEL 4

TERRITORIALE 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 Hauspflegediensten zu den territorialen Beratungsstellen bis hin zu den halbstationären und stationären Einrichtungen.

4. TERRITORIALE VERSORGUNG

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

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

Dem Dienst für Basismedizin obliegen die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung und Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der ersten Stufe und Ersten Hilfe in der Ambulanz, zu Hause und in halbstationärer Unterbringung. Außerdem beschäftigt sich der Dienst für Basismedizin mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen,

die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wiederherzustellen. In der territorialen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine technisch-funktionale Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein. Die Aufwertung und Förderung des Gesundheitssprengels gehören nunmehr zu den gefestigten und bewährten Grundsätzen und Kriterien der Südtiroler Gesundheitspolitik.

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

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Seit 1988 finanzierter Betrag für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze: rund **139** Millionen Euro

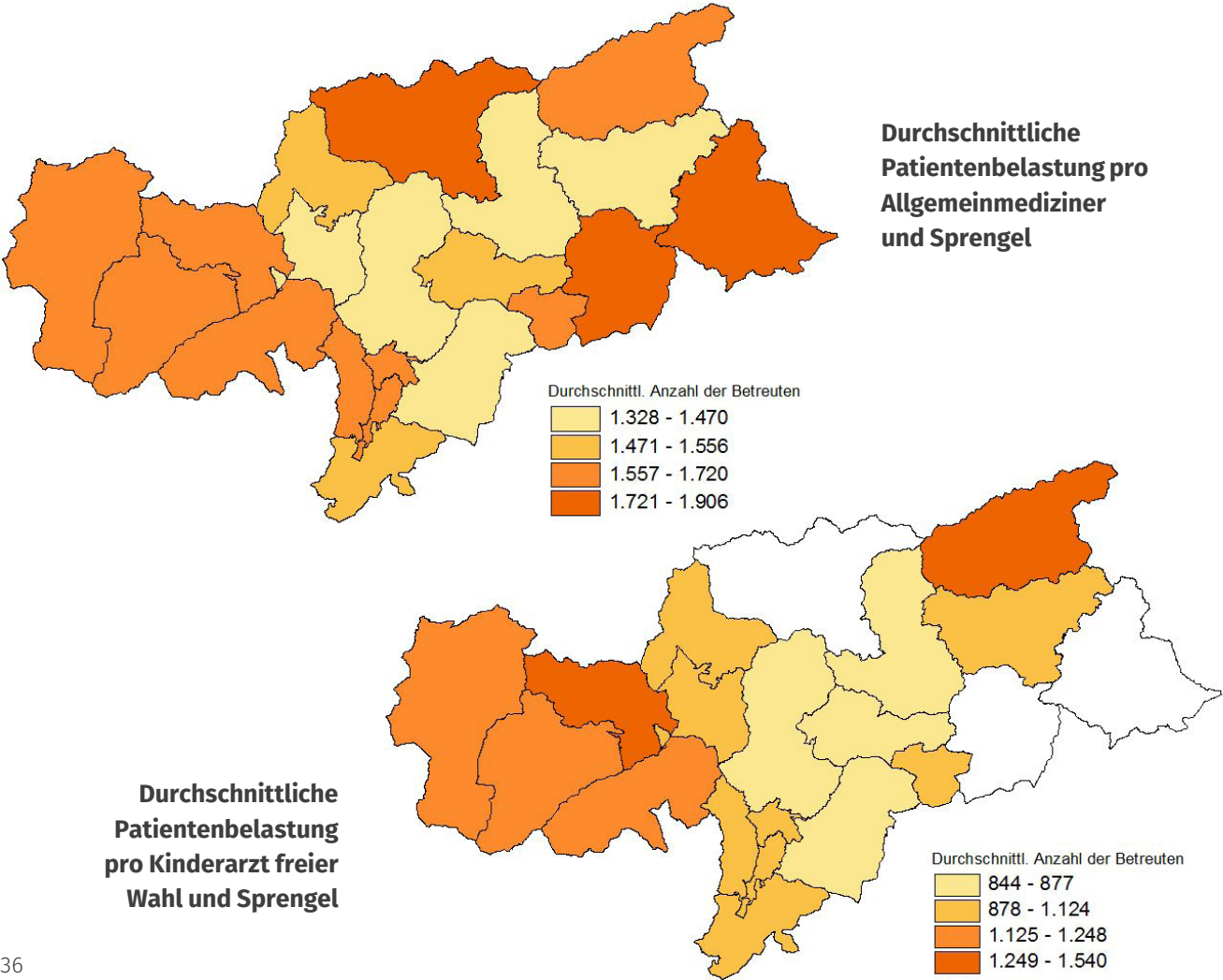
Für die Durchführung des Investitionsprogramms für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1988 bis heute ungefähr 139 Millionen Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von rund 151 Millionen Euro aus.

Diese Summe enthält alle seit 1988 getätigten Investitionen sowie verschiedene Übergangslösungen und Provisorien. Zirka ein Drittel der getätigten Investitionen in den Sprengel­einrichtungen betreffen den Anteil des Sozialsprengels.

Im Jahr 2016 wurden das III. Bau­los des Sprengels Brixen-Umgebung und der sanierte und erweiterte Sprengel Klausen-Umgebung in Betrieb genommen. Der Bau des neuen Sprengelsitzes Wipptal wurde abgeschlossen, die Außenarbeiten müssen noch gemacht werden.

Es wurde nicht nur die Planung von neuen Sprengelsitzen (Bozen/Oberau-Haslach, Bruneck-Umgebung) weitergeführt, sondern auch die Planung von Ausbau- oder Sanierungsarbeiten in bestehenden Sprengelsitzen (Meran-Umgebung, Gadertal, Leifers-Branzoll-Pfatten usw.).

Die Leistungen, die in den Sprengeln erbracht werden, sind auf den Karten dargestellt (durch Anklicken des entsprechenden Items). Die Tabellen 4.1.2, 4.1.3, 4.1.4 und 4.1.5 zeigen die in den Sprengeln angebotenen Leistungen nach Gesundheitsbezirk auf.



4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Allgemeinmediziner: **280**
(Stand zum 31. Dezember 2016)
- Kinderärzte freier Wahl: **63**
(Stand zum 31. Dezember 2016)

Im Jahr 2016 hatten 506.509 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 441.110 von den Allgemeinmedizinern betreut, 65.399 von den Kinderärzten freier Wahl. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 73.412, 84,9 Prozent davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.16 waren insgesamt 343 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 280 Allgemeinmediziner und 63 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.575 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.038. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2013*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.160 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 890 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 2016 überschritten 10,7 Prozent der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberechtigten.

Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberechtigten wurde von 30,2 Prozent der Kinderärzte überschritten.

Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2016 ca. 133.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Durchführung von nicht obligatorischen Impfungen, die Wundversorgungen und das Entfernen eines Zeruminalpfropfs). Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 56.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, Impfungen und Rachenabstriche).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2013*

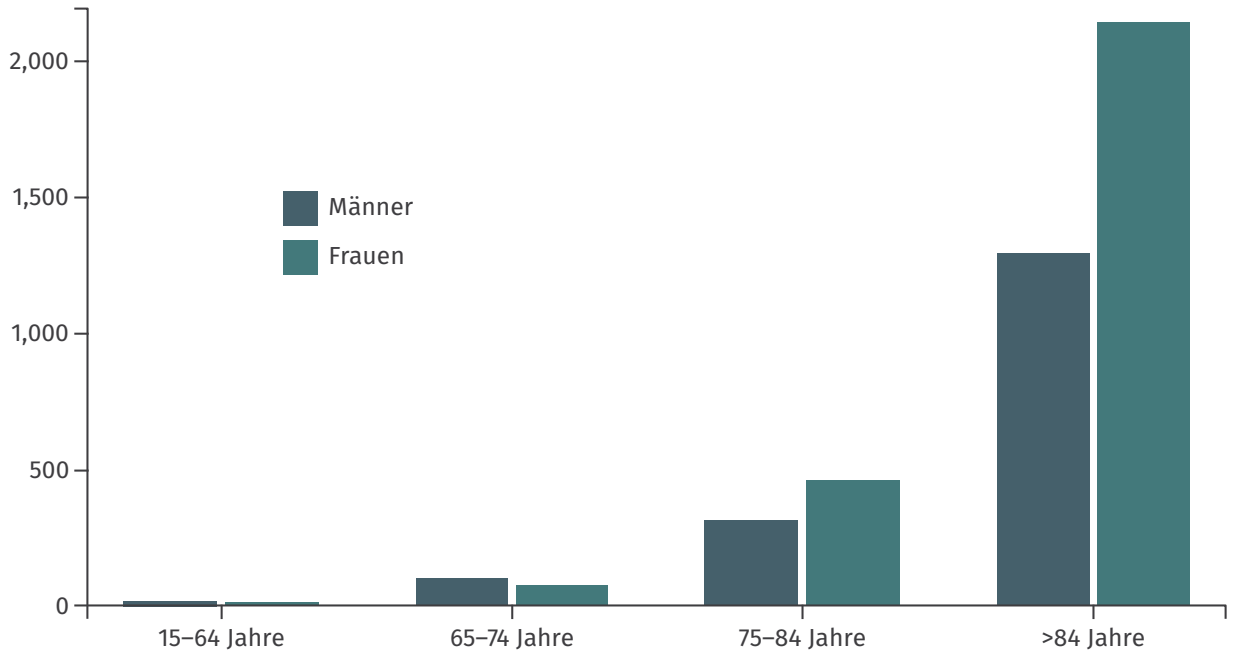
4.1.2. HAUS- UND KRANKENPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): **5.011**
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): **903**
- Krankenpflegeleistungen: ca. **1.425.000**

Im Jahr 2016 wurden in der PHP 5.011 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist höher als in allen vorausgegangenen Jahren (im Zeitraum 2011-2014 wurden ungefähr 2.300 PHP-Patienten verzeichnet; 2015 stieg der Wert auf 4.459). Diese große Zunahme wurde vom Wegfall des Pauschalbetrages der Allgemeinmediziner zur Versorgung der Pflegefälle in den Pflegeheimen verursacht. Da der Landesärztekollektivvertrag gekündigt werden musste, kann der Pauschalbetrag nicht mehr bezahlt werden und die Ärzte haben für ihre Patienten in den Alters- und Pflegeheimen um eine Vergütung über die pro-

PHP-Patienten nach Alter und Geschlecht pro 10.000 EW



grammierte Hauspflege angesucht. 2016 gab es eine weitere Steigerung um mehr als 12 Prozent. Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (75,7 Prozent aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 24 Patienten.

85,5 Prozent der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 113 Patienten pro 10.000 Einwohner.

Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4 (22,4 Prozent), bei seniler Demenz/Alzheimer (18,3 Prozent), bei degenerativen Knochen- und Gelenkerkrankungen (11,5 Prozent) und bei Schlaganfällen mit Paresen (8,4 Prozent) angewandt.

Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2016 in der IHP 903 Patienten versorgt (725 Patienten waren es im Jahr 2014 und 760 im Jahr 2015).

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 20 Patienten pro 10.000 Einwohner. 70,4 Prozent der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2016 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 2,3 Einsätze im Monat geleistet. 69,5 Prozent der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2016 versorgten Patienten, litten in 37,1 Prozent der Fälle an Tumorerkrankungen, in 10,3 Prozent der Fälle an einer schweren Herzinsuffizienz NYHA 3-4, in 9,3 Prozent der Fälle an einer senilen Demenz/Alzheimer und in 8,4 Prozent der Fälle an einem Schlaganfall mit Paresen.

Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der programmierten oder integrieren Hauspflege 33 Kinder.

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage <http://www.istat.it/sanita/Health/> verwiesen. Im Jahr 2016 wurden auf Landesebene in den Sprengeln 1.424.994 Krankenpflegeleistungen erbracht.

Im Jahr 2016 bestand die häufigste Tätigkeit in der venösen Blutabnahme mit 204.904 erbrachten Leistungen, gefolgt von der Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins mit 147.018 Maßnahmen.

Darauf folgen das Vorbereiten und/oder Verabreichen von Medikamenten mit 140.255 erbrachten Leistungen. Auch bei der Messung von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme spielte das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (135.347 Maßnahmen).

4.1.3. DIE VERSORGUNG VON MUTTER UND KIND

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Sanitätsassistenten: **230.487**
- Leistungen der Hebamme: **32.533**

Im Laufe des Jahres 2016 haben die Sanitätsassistenten in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit insgesamt 230.487 Leistungen erbracht (mehr als 50 Prozent davon allein im Gesundheitsbezirk Meran).

Die häufigsten Leistungen, die erbracht wurden, waren das Messen von Vitalzeichen und/oder die Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme des Neugeborenen und Kleinkindes (19,8 Prozent), die Beratung von Mutter und Kind (18,7 Prozent), die Erziehung der Person/Familie im

Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins (16,9 Prozent) und andere Leistungen (NAS) (8,8 Prozent).

In 7 Gesundheitssprengeln ist ein Kinderarzt in der pädiatrischen Beratungsstelle anwesend. Im Laufe des Jahres 2016 haben die Kinderärzte in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit zirka 3.340 Leistungen erbracht.

Die Leistungen der Hebammen, die in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbracht wurden, beliefen sich im Jahr 2016 auf insgesamt 32.533. In den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie wurden vorwiegend folgende Leistungen erbracht: Beratung von Mutter und Kind (20,5 Prozent), Visiten der Hebamme (13,0 Prozent) und das Ausarbeiten der persönlichen Kartei (11,8 Prozent).

Im Jahr 2016 haben die Gynäkologen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie insgesamt 12.749 Leistungen erbracht. In Sprengeln in denen keine Gynäkologen, Kinderärzte oder Hebammen arbeiten, können sich die Bürger an die jeweiligen Krankenhäuser wenden.

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; ausgeschlossen 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 2016 wurden 15,2 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: **8.206.367**
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: **126 Mio. Euro**
- Eingezogener Ticketbetrag: **22 Mio. Euro**

2016 wurden in den Landeseinrichtungen 8.206.367 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 98,5 Prozent davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2015 nahm die Anzahl der Leistungen zu (+0,5 Prozent). Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 125.499.376,09 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 21.706.996,88 Euro ausmachen (98,1 Prozent wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).

60,6 Prozent der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 4,7 Prozent an zu 50 Prozent ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 2,2 Prozent an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 32,5 Prozent der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.

Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Fachbereiche, die in 3 Makrobereiche zusammengefasst werden können: Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie), Labor, Rehabilitation und alle andere Bereiche.

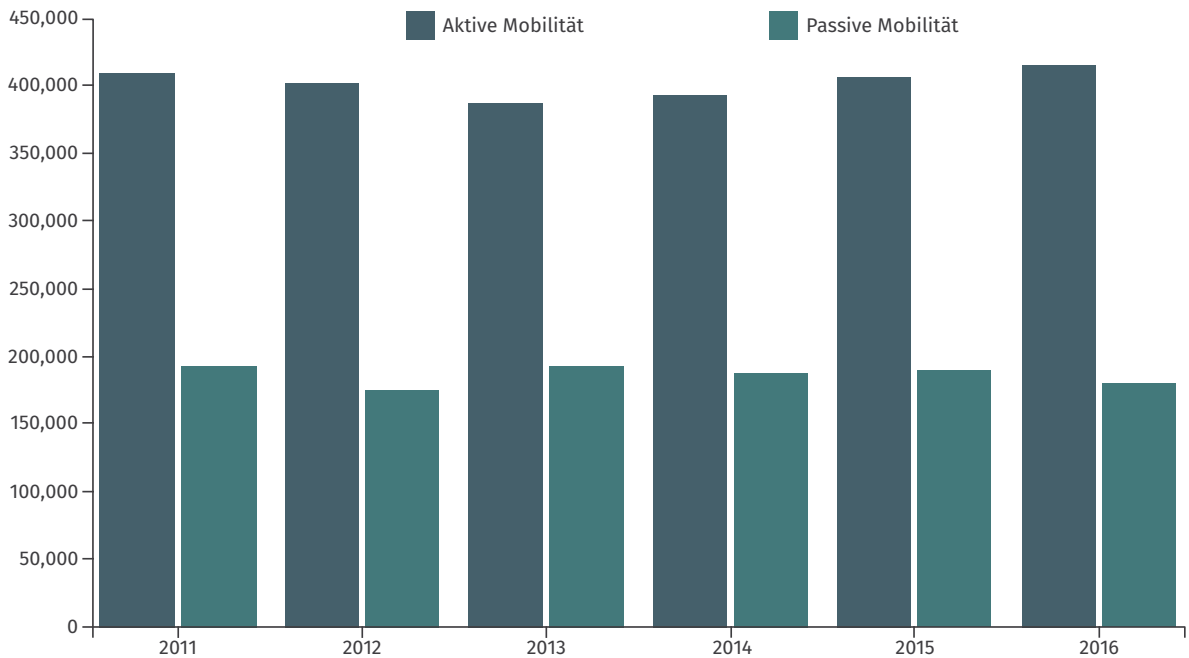
Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 61,1 Prozent Laboruntersuchungen, 5,9 Prozent Bilddiagnostik, 7,4 Prozent Rehabilitation und 25,6 Prozent sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 23,0 Prozent, Bilddiagnostik 18,7 Prozent, Rehabilitation 8,1 Prozent und sonstige klinische Leistungen 50,2 Prozent.

Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 15,7 Prozent der ambulanten fachärztlichen Leistungen und stellen also fast einen gleichwertigen Anteil am Gesamttarifwert.

Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (74,6 Prozent), gefolgt von sonstigen klinischen Leistungen (13,2 Prozent).

Im Jahr 2016 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 5.018.691,51 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen 5.439.029,90 Euro betrug.

Aktive und passive Mobilität der fachärztlichen Leistungen



4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: **270.077** zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und **146.391** zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: **115.436** in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und **65.343** in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: **154.641** 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 2016 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 154.641 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 806.155,36 Euro positiv. 31,1 Prozent der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 26,0 Prozent an die Bürger Venetiens.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: **646**
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: **363**

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Gemäß Art. 26 des Gesetzes 833/78 sichert diese Einrichtung, konventioniert mit den Gesundheitsbezirken des Landes, Rehabilitationsleistungen in stationärer Form. Die Rehabilitation richtet sich an nicht-pflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien. 2016 standen 42 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 8 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 646 Aufenthalte in Anspruch genommen (-15,9 Prozent gegenüber 2015 - Tabelle 4.3.1).

50,0 Prozent der im Therapiezentrum behandelten Patienten sind im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig, 30,9 Prozent kommen vom Gesundheitsbezirk Meran, während die Gesundheitsbezirke Bruneck und Brixen jeweils einen Anteil von 11,0 Prozent und 8,0 Prozent aufweisen (Tabelle 4.3.2).

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

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

Der Bereich „Abhängigkeitskrankheiten“ widmet sich der stationären Behandlung der Al-

kohol- oder Medikamentenabhängigkeit und/oder der Spielsucht. Die Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt 8 Wochen.

Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie“ richtet sich an Patienten mit Essstörungen, Angstzuständen, obsessiven kompulsiven Störungen, affektiven und sonstigen Störungen. Die Dauer solcher Arten von Behandlungen beträgt 6 bis 8 Wochen, wird jedoch den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patienten angepasst.

Im Jahr 2016 wurden insgesamt 363 Aufenthalte verzeichnet (Tabelle 4.3.2). Das Zentrum Bad Bachgart erbringt stationäre Aufenthaltsleistungen / rehabilitative Behandlungen sowohl für Südtiroler Bürger als auch zugunsten nichtansässiger In- und Ausländer.

4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: **68.150** (Tagesdurchschnitt von rund **187** Einsätzen)
- **53.861** Einsätze Rettungswagen Weißes Kreuz und **11.410** Rotes Kreuz

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2016 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 10 Notarztwagen (NAW) oder Not-einsatzfahrzeuge (NEF), 31 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 7 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 96 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkranken-transportwagen LKTW) und 39 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1 und Pelikan 2) ausgestattet (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen). Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

NOTEINSÄTZE

Im Jahr 2016 wurden 68.150 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 187 Einsätzen entspricht. In 79,0 Prozent der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 16,7 Prozent jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,1 Prozent der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,2 Prozent.

Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2016 mehr als 1 Million 700 Tausend Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 26 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.879 Einsätze für insgesamt 1.700 Flugstunden durch (rund 36 Flugminuten pro Einsatz).

NICHT DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE

2016 tätigte der Krankentransportdienst 104.039 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 285 Transporteinsätzen pro Tag. In 93,2 Prozent der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 6,7 Prozent der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2016 rund 4 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 40 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.

Außerdem wurden 115 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 149 Flugstunden getätigt.

4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: **6.281.370**
- Bruttoausgaben insgesamt: **61,4** Millionen Euro
- zirka **407.000** verteilte Medikamentenverpackungen 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 2016 beträgt das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken der Autonomen Provinz Bozen verteilt wurden, rund 3,0 Millionen Rezepte, für ca. 6,3 Millionen abgegebene Medikamentenpackungen was ungefähr den Werten des Vorjahres entspricht (die Anzahl der Verschreibungen ist um 1,7 Prozent rückläufig und die Anzahl der verteilten Medikamentenpackungen ist nahezu unverändert geblieben).

ben). Die Bruttoausgaben betrugen 61,4 Millionen Euro und blieben somit unverändert. Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2016 wurden zirka 407.000 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 56,7 Millionen Euro.

4.5.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Rezepte Pro-Kopf: **5,6**
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: **736** DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das **Herzkreislaufsystem**

Im Jahr 2016 betrug die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte zirka 3,0 Millionen und ist somit nahezu unverändert geblieben mit einem leichten Rückgang von 1,7 Prozent.

Der ansässigen Bevölkerung wurden Pro-Kopf 5,6 Rezepte ausgestellt, was einem Durchschnitt von Pro-Kopf 11,9 Medikamentenpackungen entspricht (der leichte Rückgang der Pro-Kopf Werte ergibt sich aus den unveränderten Werten der Rezept- und Packungsanzahl und einem Bevölkerungszuwachs).

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 5,0 Rezepte Pro-Kopf für die Männer und 6,2 für die Frauen; 685 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10,9 Packungen Pro-Kopf) gegenüber 785 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,8 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen: von 4,2 Rezepten Pro-Kopf in den Sprengeln Grödental bis maximal 6,6 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, das Passeiertal und das Wipptal. 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 53,5 Prozent (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2015 mindestens ein Medikament ein). Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (96,7 Prozent), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische Gruppe ATC in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag

(44,4 Prozent) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (16,9 Prozent). Bei Letzteren ist es zu einem außerordentlichen Anstieg gegenüber den Vorjahren gekommen.

In den Sprengeln Passeiertal wurde in verschiedenen therapeutischen Gruppen (Herz-Kreislauf-System, Blut und blutbildende Organe, antimikrobielle Mittel usw.) 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 (20,9 DDD/1.000 EW gegenüber 10,3 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 in den letzten drei Jahren rund 20,2 Prozent (1 Patient von 5) der behandelten Patienten die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist. In den letzten Jahren konnte ein rückläufiger Trend beobachtet werden.

4.5.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE

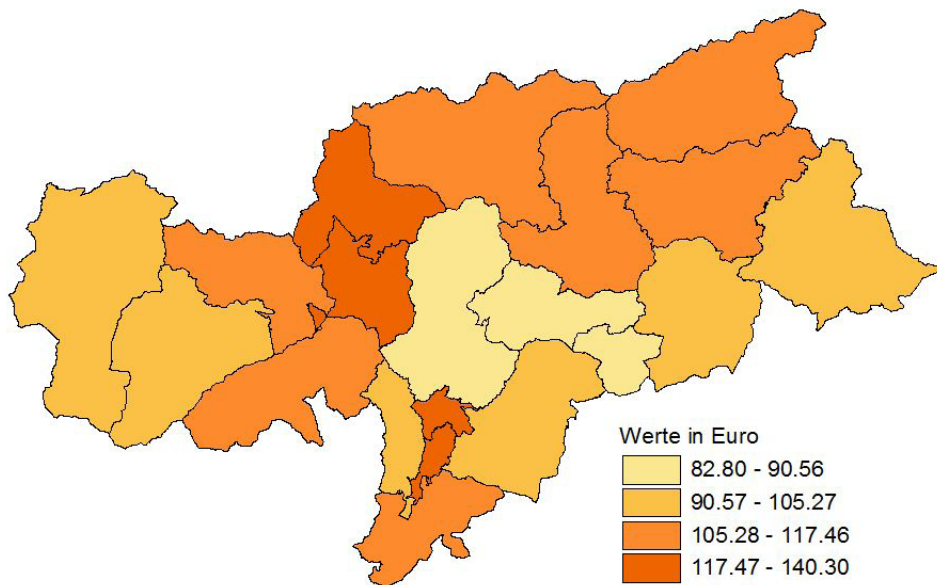
Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: **61,4** Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: **117** Euro
- Von den territorialen Apotheken am häufigsten verteilter Wirkstoff bleibt weiterhin **Pantoprazol**, was auch der höchsten Ausgaben entspricht

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2016 über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente und vom Landesgesundheitsdienst rückerstattete Medikamente sind im Vergleich zum Vorjahr mit ca. 61,4 Millionen Euro (wenn man die Nettoausgaben berücksichtigt, kann eine geringfügige Abnahme von 0,35 Prozent im Vergleich zu 2014 beobachtet werden). Im Jahr 2016 weisen die Nettoausgaben der konventionierten Pharmazeutik auf nationaler Ebene weiterhin einen signifikanten Abwärtstrend auf* (rund zwei Prozentpunkt mehr).

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 117 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus (von 83 € Bruttoausgaben pro Kopf im Gesundheitssprengel Gröden bis 140 € im Sprengel Bozen). Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnet der Sprengel Obervinschgau einen Rückgang der Pro-Kopf Durchschnittsausgabe von 3,0€ (von 105€ Pro-Kopf im Jahr 2015 auf 102€ im Jahr 2016). An zweiter Stelle steht der Sprengel Meran-Umgebung mit 135€ Pro-Kopf im Jahr 2015 und 133€ im Jahr 2016.

Bruttoausgaben pro Kopf für Medikamente der Wohnbevölkerung nach Gesundheits-sprengel



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 2,0 Millionen Euro oder 3,3 Prozent der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet), gefolgt vom Wirkstoff Rosuvastatin (etwa 1,8 Millionen Euro oder 3,0 Prozent 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), welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehört der Großteil zu den Medikamenten für das Herz-Kreislaufsystem (Statine, Medikamente zur Behandlung von Hypertonie, Kardiomyopathien und Herzversagen).

** Quelle: Federfarma*

4.5.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- In **6,7** Prozent der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka **56,7** Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka **2,8** Millionen Euro

Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Alle Arzneimittel, mit Ausnahme jener für den exklusiven Krankenhausgebrauch, werden von den territorialen Apotheken verteilt (verkauft); die Arzneimittel des Krankenhaus-Territorium-Handbuchs können von den Sanitätsbetrieben angekauft

werden und direkt an die sanitären öffentlichen Einrichtungen oder eventuell an die Apotheken verteilt werden, wobei ein Entgelt für diesen Dienst vereinbart wird (Arzneimittelabgabe über Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes). Auch die Verteilung der Arzneimittel an die Wohnsitz-Strukturen, wie z. B. Altersheime, Gefängnis..., wird zur Direktabgabe gezählt.

Im Jahr 2016 haben 6,7 Prozent der Bevölkerung, was zirka 35.000 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Berücksichtigt man die Anzahl der verteilten Arzneimittelverpackungen stehen jene zur Behandlung des Magen-Darm-Traktes/Stoffwechsel an erster Stelle, gefolgt von den Arzneimitteln fürs Zentrale Nervensystem. Hingegen innerhalb der Wohneinrichtungen überwiegen die Arzneimittel fürs Zentrale Nervensystem (fast über 45 Prozent der gesamten verteilten Arzneimittelverpackungen).

Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten sind 'andere antivirale Arzneistoffe' und Sofosbuvir (in Italien als Sovaldi erhältlich), Medikament für die Behandlung von Hepatitis C, der mit einem Ankaufspreis von 10,5 Millionen Euro 17,7 Prozent der gesamten Ausgabe ausmacht.(rund 1/5 der Gesamtausgabe) Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste) verteilt werden, belaufen sich auf 56,7 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 1,0 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 132.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt.

Der Ankaufspreis von Medikamenten, die innerhalb der Wohneinrichtungen verteilt werden, beträgt mehr als 2,8 Millionen Euro (mehr als die Hälfte der Ausgabe ist auf die Verteilung von Medikamenten an Patienten in Pflegeheimen und 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 aufgenommen, wo die technologische Ausstattung gering, aber der Standard der Betreuung sehr hoch ist.

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

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

4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit $\leq$ 3 Tage: **86,4** Prozent
- Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebenstage: **12,1** Prozent
- Onkologische Zugänge im Vergleich zu den Gesamtzugängen: **94,1** Prozent

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 10 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 1,9 Betten pro 100 Tumorerstorbene; der nationale Durchschnitt beträgt 1,4.

Die Wartezeit beträgt somit ein Tag, was einem sofortigen Zugang zur Betreuung entspricht. In 86,4 Prozent der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospice-Einrichtung. Eine von 8 Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten (12,1 Prozent).

4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: **564**
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: **7.353**
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospice-Einrichtungen: **13,0** Tage

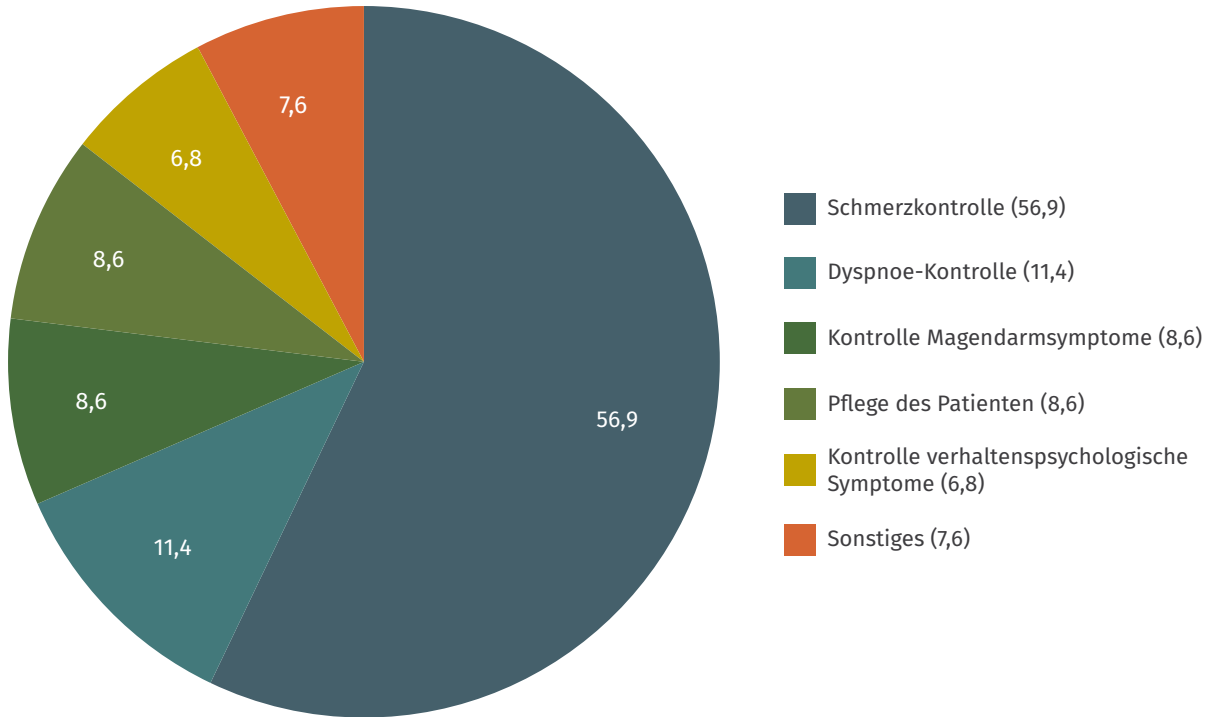
Im Jahr 2016 wurden 564 Zugänge in den Hospice-Einrichtungen registriert, wobei 139 Zugänge im Tageshospice. Die geleisteten Betreuungstage waren 7.353 (514 im Tageshospice) mit einer Durchschnittsdauer von 13,0 Tagen.

Bei fast allen Zugängen zu den Hospice-Einrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (94,1 Prozent) und Schmerz in Verbindung mit Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (48,9 Prozent). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospice-Betreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (11,0 Prozent) und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (14,0 Prozent).

In 42,4 Prozent der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospice-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal und in 46,5 Prozent der Fälle die inadäquate Unterkunft.

Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (54,1 Prozent), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (16,3 Prozent) und der Kontrolle der Magendarmsymptome (8,7 Prozent).

Makroleistungen der Betreuung



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“ und die Privatklinik „Martinsbrunn“.

5.1. ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: **256.995**
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: **31.352** gleich **12,2** Prozent

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

Im Laufe des Jahres 2016 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser Bozen, Meran, Brixen, Innichen, Sterzing und Schlanders, 256.995 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 18,0 des Krankenhauses Bozen und 11,7 Prozent des Krankenhauses Brixen zu 6,7 Prozent von Innichen. Diese Unterschiede sind zum Teil auf die verschiedenen Aufenthalts- und Dienstorganisationsverfahren und zum Teil auf die diversen Datenerfassungsmodalitäten der Gesamtzugänge und Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: **1.708**, gleich **3,3** pro 1.000 Einwohner und damit über dem nationalen Standard von **3,0** Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte von Akutkranken: **79.527** insgesamt, davon **62.831** ordentliche Aufenthalte und **16.696** Tagesklinik-Aufenthalte
- Hospitalisierungsrate: **144,1** Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (**113,1** ordentliche Aufenthalte und **30,9** Tagesklinik-Aufenthalte)

Im Jahr 2016 kamen die Landeskrankenanstalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.708 Betten für Akutkranke (95 Prozent in öffentlichen Krankenhäusern) bei 3,3 Betten pro 1.000 Einwohner nach und überschritten somit den 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 68 Säuglingskrippen vorhanden, alle in den öffentlichen Krankenanstalten (Tabelle 5.2.1).

Im Jahr 2016 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 79.527, davon waren 62.831 (79,0 Prozent) ordentliche Aufenthalte und 16.696 (21,0 Prozent) Tagesklinik-Aufenthalte. Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutkranke jene Fälle, die aus anderen Abteilungen als für Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen, d. h. die Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ eingeordnet werden können.

Der Verlauf der Aufenthalte ist konstant rückläufig: Während es im Jahr 2010 93.120 Aufenthalte waren, betrug die Anzahl im Jahr 2016 nur mehr 79.527, was einer Verminderung in den letzten sieben Jahren von 14,6 Prozent entspricht (Tabelle 5.2.6).

96,9 Prozent der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern. Gegenüber 1996 hat sich der Anteil

der ordentlichen Aufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern erhöht und in den letzten Jahren auf Werte um 97 Prozent stabilisiert.

Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2016 auf 144,1 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (113,1 ordentliche Aufenthalte und 30,9 Tagesklinik-Aufenthalte – für die im Land durchgeführten KH-Aufenthalte, 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 unter dem nationalen Zielwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner (Tabelle 5.2.9), dies nach einer ab 2007 registrierbaren starken und fortlaufenden Senkung.

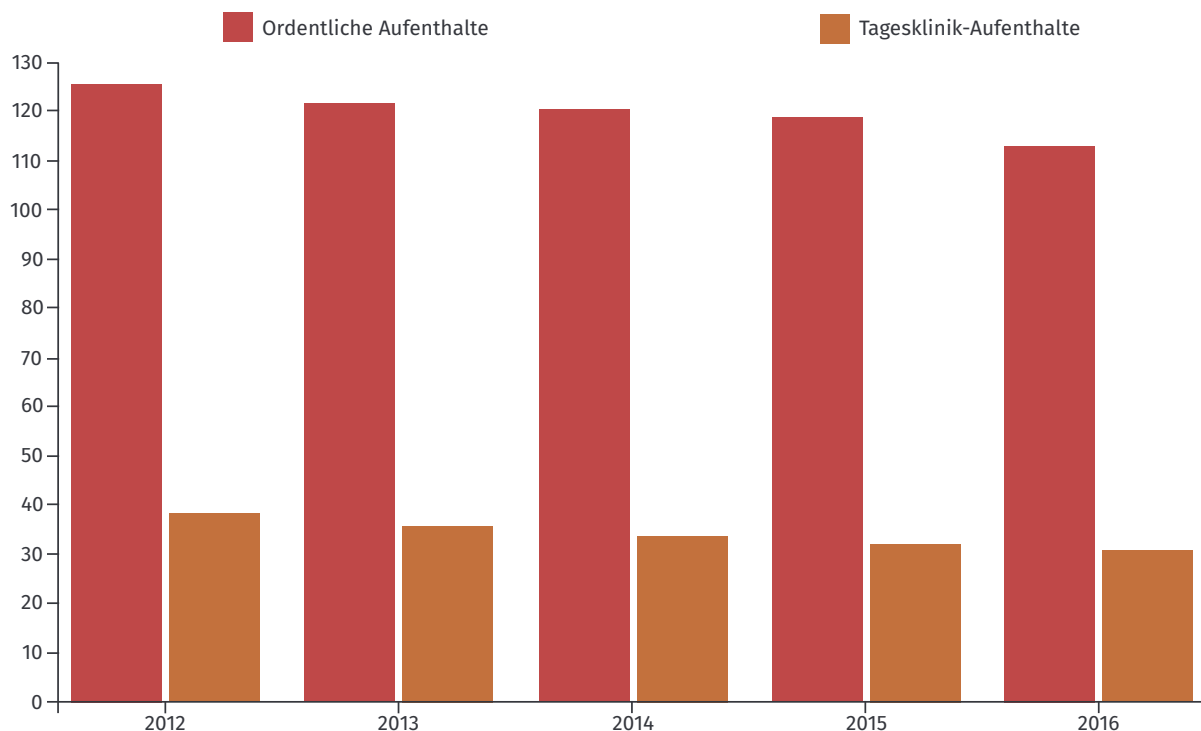
Betrachtet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, registriert Südtirol eine Hospitalisierung von etwa 151 Aufenthalten auf 1.000 Einwohner.

Dabei verzeichnet insbesondere der Gesundheitsbezirk Bruneck die höchste Inanspruchnahme (168,9) (Tabelle 5.2.10).

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf den Bericht über die Hospitalisierung des Jahres 2015 des Gesundheitsministeriums, Tabellen von 5.10 bis 5.14 verwiesen, abrufbar auf der Internet-Seite:

<http://www.salute.gov.it/>

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



5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **62.831** insgesamt; **60.955** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.876** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **428.432** insgesamt; **417.297** in den öffentlichen Krankenhäusern; **11.135** in den Privatkliniken
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: **6,8**

Auch für das Jahr 2016 ist - wie in den Vorjahren - ein Rückgang der ordentlichen Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Kran-

kenhäusern so wie in den Privatkliniken zu beobachten.

Im Jahr 2016 wurden 62.831 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 428.432 Aufenthaltstage umfassten. 97,0 Prozent der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 97,4 Prozent aller Aufenthaltstage in Anspruch. 40,9 Prozent aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt (Tabelle 5.2.13).

36,3 Prozent der ordentlichen Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30-64 Jahren, 63,2 Prozent der Patienten waren über 75 Jahre alt (Tabelle 5.2.14).

Insgesamt waren die Betten zu 78,1 Prozent der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett

wurde im Laufe des Jahres von 43,1 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 1,9 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb in den letzten fünf Jahren nahezu konstant (für das Jahr 2016 beträgt der Wert 6,8) und entspricht somit in etwa den gesamtstaatlichen Vergleichswerten des Jahres 2015 (6,9 Tage) (Tabelle 5.2.15).

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad auf (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,18), der knapp über dem nationalen Standard liegt (1,17 im Jahre 2015). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes einen Wert von 1,01 im Jahr 2016 an, mit dem höchsten Wert für das Krankenhaus Bozen (1,09). Insgesamt weisen die öffentlichen Landeskrankenanstalten im gesamtstaatlichen Vergleich eine höhere Performance auf. (Tabelle 5.2.16).

Die Gesamtzahl der ordentlichen Eintagsaufenthalte beträgt 5.467 (3.679 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 8,7 Prozent an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht (Tabelle 5.2.19).

Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurde den ordentlichen Aufenthalten in 63,4 Prozent der Fälle in den Landeskrankenanstalten eine medizinische DRG zugewiesen. Besonders hohe Anteile unter den öffentlichen Krankenhäusern vermerken die Krankenhäuser Schlanders (71,3 Prozent) und Bruneck (66,7 Prozent) (Tabelle 5.2.18).

15 DRGs decken rund 30,0 Prozent der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Die Haupt-

tursache der Aufenthalte stellen die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (6,2 Prozent aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten“ (3,3 Prozent aller Aufenthalte) dar (Tabelle 5.2.20).

5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **16.696** insgesamt; **16.128** in den öffentlichen Krankenhäusern; **568** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **30.887** insgesamt; **30.319** in den öffentlichen Krankenhäusern; 568 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: **11.575** insgesamt; **11.028** in den öffentlichen Krankenhäusern; **547** in den Privatkliniken

Im Jahr 2016 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 16.696, was einem Rückgang in Vergleich zu 2015 entspricht. 96,6 Prozent der Aufenthalte betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (172 öffentliche vs. 6 private). Durchschnittlich kamen auf jeden medizinischen Tagesklinik-Aufenthalt 3,5 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten (Tabelle 5.2.21).

Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 51,3 Prozent ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 24,8 Prozent waren sie über 64 Jahre alt (Tabelle 5.2.22).

Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art. 11.575 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 69,3 Prozent der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Die Krankenhäuser Innichen, und Schlanders weisen einen Anteil chirurgischer tagesklinischer Tätigkeit von über 90 Prozent auf (Tabelle 5.2.23).

Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellten die DRG 381 „Abort mit Dilatation u. Nachkuerretage mittels Aspiration o. Hysterotomie“ mit 8,7 Prozent aller Aufenthalte dar, gefolgt von der DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose“ mit 8,2 Prozent der Aufenthalte. 9 DRGs decken über 50 Prozent aller chirurgischen tagesklinischen Aufenthalte ab.

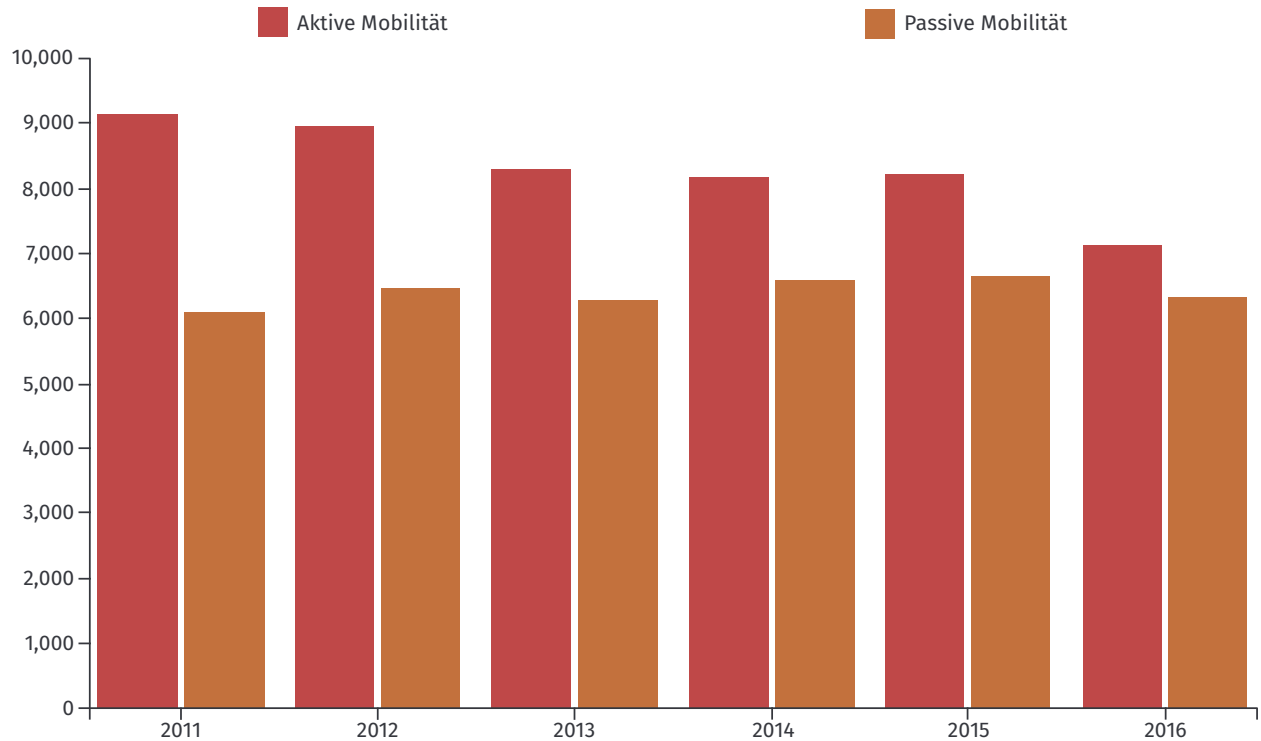
Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Andere Diagnosen betreffend Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 17“ (DRG 073) in 8,0 Prozent der Fälle zurückzuführen (Tabelle 5.2.24).

5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: **7.141**
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: **3.706**
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: **1.613**

Aktive und passive Mobilität der Aufenthalte für Akutkranken



Im Laufe des Jahres produzierten die Landeskrankenanstalten 79.527 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte, davon 7.141 für außerhalb der Provinz Ansässige.

Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 78.738 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in Anspruch, davon, 3.706 in Einrichtungen im übrigen Italien (Daten 2013, letzte verfügbaren Daten), 1.613 in Österreich und 1.038 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2015).

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 9,0 Prozent für die überregionale aktive Mobilität.

Der Fluchtindex hingegen entsprach 8,0 Prozent für die überregionale passive Mobilität (davon 4,7 Prozent in Richtung übriges Italien, 2,0 Prozent nach Österreich und 1,3 Prozent in andere Staaten).

Im Laufe des Jahres 2016 wurden insgesamt 1.613 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einer Verringerung von etwa 18,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 18.169 ordentliche Aufenthaltstage in stationärem Aufenthaltsregime in Anspruch genommen.

Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich die Primäre Hypertonie mit 9,8 der Aufenthalte und der „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation“, mit einem Aufenthaltsanteil von 7,9 Prozent (Tabelle 5.2.31).

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2016 1.578 (97,8 Prozent) Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen (1.292 ordentliche und 86 tagesklinische Aufenthalte). Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (23,6 Prozent) und

Orthopädie und Traumatologie (9,8 Prozent) - (Tabelle 5.2.32).

5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die postakute Versorgung: **381**, gleich **0,73** pro 1.000 Einwohner
- Postakute Aufenthalte: **5.962**

In diesem Teil wird die Versorgungstätigkeit der öffentlichen und privaten Krankenhäusern 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 381 vertragsgebundene Betten zur Verfügung, die im Jahr 2016 wie folgt aufgeteilt waren: 126 in öffentlichen Krankenhäusern (33,1 Prozent) und 255 in Privatkliniken (66,9 Prozent) (Tabelle 5.3).

Gegenüber 2015 ist die Gesamtanzahl der vertragsgebundenen Betten um 39 Einheiten gestiegen.

5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die physische Rehabilitation: **182**, gleich **0,35** pro 1.000 Einwohner
- Vertragsgebundene Betten für die Neuro-Rehabilitation: **29**, gleich **0,06** pro 1.000 Einwohner

- Aufenthalte: **3.164** aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation und **264** aufgrund Neuro-Rehabilitation

Im Jahr 2016 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 3.164 Aufenthalte (3.003 ordentliche Aufenthalte und 161 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 264 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 76,5 Prozent der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 23,5 Prozent in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 19,5 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 5,1 Prozent an allen Aufenthalten dar (Tabellen 5.3.1 und 5.3.2). 70,0 Prozent der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ zugewiesen, weniger als 25 Prozent der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 77,6 Prozent auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. 89,7 Prozent der Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 9,7 Prozent als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,6 Prozent als Bewertungsaufenthalte (Tabelle 5.3.3). 69,3 Prozent der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, ortho-

pädisch-traumatologische Pathologien), 24,3 Prozent jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 6,4 Prozent die anderen Schädigungen (Tabelle 5.3.4). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezah bei der Aufnahme betrug 73,9 Punkte. Unter dem Durchschnitt lagen die Privatklinik Bonvicini (66,2 Punkte), die Privatklinik Martinsbrunn (71,0) und die Privatklinik Villa Melitta (72,1 Punkte). Die durchschnittliche höchste Punktezah verzeichnete hingegen das Krankenhaus Sterzing (94,7 Punkte), gefolgt von dem Krankenhaus Brixen (85,2 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezah bei der Entlassung betrug 93,7; das Krankenhaus Bruneck verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs (Tabelle 5.3.5). Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 264 (227 ordentliche Aufenthalte und 37 Tagesklinik-Aufenthalte), 78 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 6 das Krankenhaus Brixen, 37 das Krankenhaus Bruneck, 124 das Krankenhaus Sterzing und 19 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 45,6 Tagen (Tabelle 5.3.9). Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (40,6 Punkte) und bei der Entlassung (71,6 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 31,1, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,8 Punkte (Tabelle 5.3.10). Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten

193, 9 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 19,7 Tage (Tabellen 5.3.11 und 5.3.12). Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex 28) beliefen sich auf 13 (Tabelle 5.3.13).

Im Jahr 2016 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in postakuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 37 (Tabelle 5.3.14).

5.3.2. LANGZEITPFLEGE

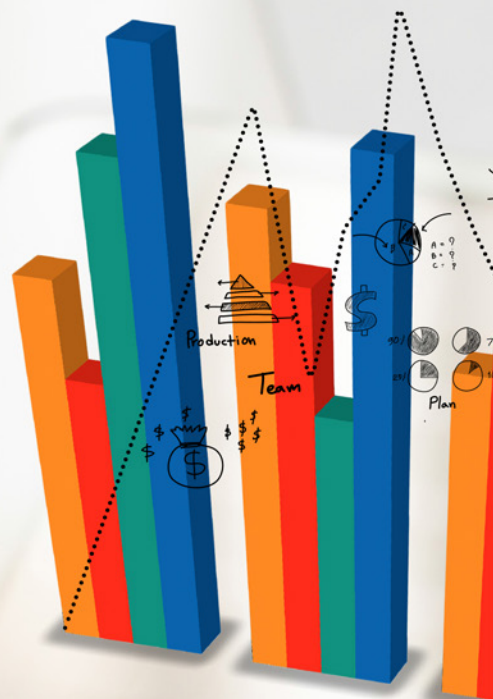
Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die Langzeitpflege: **170**, gleich **0,32** pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: **2.534**
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: **22**

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 2.534 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 21,5 Tage (Tabelle 5.3.15). Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der postakuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (43,1 Prozent) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (13,4 Prozent) (Tabelle 5.3.16).







**Beobachtungsstelle für Gesundheit
Landhaus 12**

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1

39100 Bozen

Tel. +39 0471 418040

Fax +39 0471 418048

gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it