Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL · ALTO ADIGE

BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR GESUNDHEIT

GESUNDHEITS-BERICHT 2025



INHALTSVERZEICHNIS

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG 4

1.1. DEMOGRAPHISCHE INDIKATOREN 5

1.2. GEBURTENRATE 6

1.2.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (WOHNBEVÖLKERUNG) 7

1.2.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (WOHNBEVÖLKERUNG) 8

1.2.3. GEBURTSBESCHEINIGUNG 9

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT 10

2.1. LEBENSSTILE 11

2.1.1. ERNÄHRUNG UND KÖRPERLICHE AKTIVITÄT 11

2.1.3. DROGEN, RAUCHEN UND ALKOHOL 12

2.2. KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT 13

2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN 13

2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN 15

2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE 15

2.2.4. DIABETES 16

2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN 17

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS 18

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN 19

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN 19

3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT 20

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING 21

3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITEN-ERKRANKUNGEN, INKLUSIVE IMPFPROGRAMME 22

3.3. SCHUTZ VON GES7NDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD 24

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH 25

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT 26

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN 27

3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN 28
3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN 29

4. TERRITORIALE VERSORGUNG 30
4.1. SPRENGELVERSORGUNG 31
4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG 31
4.1.2. HAUSBETREUUNG 32
4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG 34
4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN 34
4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT 35
4.3. STATIONÄRE REHABILITATION 36
4.4. STATIONÄRE VERSORGUNG DER SENIOREN ODER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSONEN 36
4.5. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST 37
4.6. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG 38
4.6.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH 39
4.6.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE 40
4.6.3. DIREKTABGABE DER MEDIKAMENTE 41
4.7. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN 42

5. KRANKENHAUSVERSORGUNG 44
5.1. ERSTE HILFE 45
5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN 46
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE 47
5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE 48
5.2.4. KRANKENHAUSMOBILITÄT 49
5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG 50
5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION 50
5.3.2. LANGZEITPFLEGE 51

6. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN 53

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 Landesstatistikamt ASTAT ermittelt die offizielle Bevölkerungszahl Südtirols jeweils zum 31. Dezember des Bezugsjahres. Grundlage dafür sind die von den Meldeämtern aller Südtiroler Gemeinden übermittelten Daten. Zur Bevölkerung zählen alle am 31. Dezember auf dem Landesgebiet lebenden Bürgerinnen und Bürger. Nicht berücksichtigt werden Personen, die vor diesem Datum durch Tod oder Abwanderung aus der Bevölkerung ausgeschieden sind, auch wenn sie im Laufe des Jahres Leistungen des Südtiroler Gesundheitsdienstes in Anspruch genommen haben. Für die Berechnung der Gesundheitsindikatoren wurde – sofern nicht anders angegeben – die von ASTAT festgelegte offizielle Bevölkerungszahl verwendet.

1.1. DEMOGRAPHISCHE INDIKATOREN

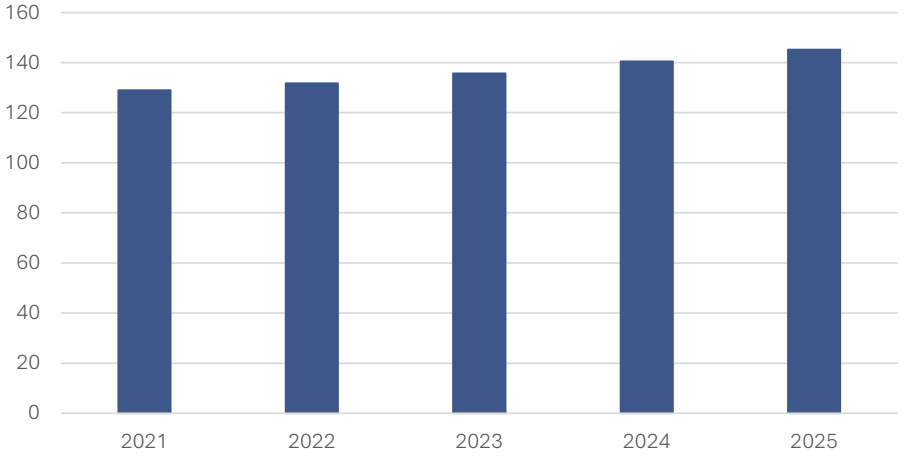
Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung: **542.134** Einwohnerinnen und Einwohner
- Durchschnittsalter: **43,7** Jahre

TERRITORIALE VERTEILUNG

Im Jahr 2025 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 542.134 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 73,3 Einwohnern/Einwohnerinnen pro km^2. 49,3 % der Bevölkerung leben in Gebieten mit niedrigem Erschließungsgrad[1]. 31,0 % wohnen in Gebieten mit mittlerem Erschließungsgrad und 19,7 % leben in der Stadt Bozen mit hohem Erschließungsgrad. Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Einzugsgebiet des Gesundheitsbezirks Bozen (43,9 %), während etwa ein Viertel in jenem des Gesundheitsbezirks Meran (26,1 %) wohnt.

Altersindex pro Jahr



[1]Laut Eurostat-Definition liegt ein hoher Erschließungsgrad vor, wenn die Bevölkerungsdichte über 500 Einwohner/innen pro km^2 beträgt und mindestens 50.000 Einwohner/innen vorhanden sind. Ein mittlerer Erschließungsgrad wird bei einer Bevölkerungsdichte von mehr als 100 Einwohnern/innen pro km^2 und weniger als 50.000 Einwohnern/innen festgestellt. In allen anderen Fällen wird der Erschließungsgrad als niedrig eingestuft.

BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 98,9 Männer. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 43,7 Jahren, wobei Männer durchschnittlich 42,5 Jahre und Frauen 44,9 Jahre alt sind. In den letzten fünf Jahren ist das Durchschnittsalter um 0,9 Jahre gestiegen. Der Altersindex entspricht 145,2 Seniorinnen und Senioren (ab einschließlich 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den vergangenen fünf Jahren um 16 Punkte und ist bei Frauen höher (164,1 %) als bei Männern (127,3 %). Der Index bleibt auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 207,7 %. Der Abhängigkeitsquotient (Verhältnis der Anzahl von Personen, die nicht im Erwerbstätigenalter sind, zur Anzahl von Personen im Erwerbstätigenalter) liegt bei 56,7 %. Bei den Frauen (60,4 %) ist dieser Anteil höher als bei den Männern (53,1%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 57,8 %. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 82,7 Jahre für Männer und 86,4 Jahre für Frauen. Südtirol besitzt eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (Männer 81,7 und Frauen 85,7). Die Lebenserwartung ist nach dem Rückgang durch die COVID-19-Pandemie wieder gestiegen.

BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Im Jahr 2025 wuchs Südtirols Bevölkerung um 4,5 Personen pro 1.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Den wichtigsten Anteil am Bevölkerungszuwachs hat das Migrationssaldo von 4,7 ‰. Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, die die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,5 Kindern je Frau. Zum Vergleich beträgt die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene 1,1 Kinder pro Frau.

1.2. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: **4.661**
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: **4.510**

Die Betreuung während der Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit ist strategisch wichtig für das Gesundheitssystem und das Wohlergehen der Bevölkerung. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Eigenschaften und kritischen Punkte der Betreuung zu überwachen. Im Jahr 2025 wurden in der Provinz Bozen 4.661 Kinder geboren, davon 4.510 von in der Provinz ansässigen Müttern (96,8 %), erfasst durch die Geburtsbescheinigung (CedAP). Im Vergleich zu den beiden Vorjahren blieb die Zahl der Geburten nahezu konstant (4.650 im Jahr 2024, 4.771 im Jahr 2023). Fast alle Geburten fanden in den geburtshilflichen Einrichtungen der Provinz statt; 28 Geburten erfolgten zu Hause (2024 waren es 39).
Südtirol schneidet weiterhin besser ab als der gesamtstaatliche Durchschnitt bei Schwangerschaftsbetreuung und Geburtsergebnissen.
Die Geburtenrate (Quelle: Bevölkerungsentwicklung (vorläufige Daten) - 2025 ASTAT) beträgt 8,6 Neugeborene pro 1.000 Einwohner/Einwohnerinnen und bleibt 2025 die höchste Italiens (nationaler Durchschnitt: 6,0).

Anzahl der Neugeborenen pro Krankenhaus



1.2.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: **31,6** Jahre
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: **28,2 %**

Das Durchschnittsalter der Südtirolerinnen bei der Geburt beträgt 31,6 Jahre (unverändert gegenüber 2024, jedoch mit einem leichten prozentualen Anstieg der Frauen in der Altersgruppe von 25 bis 34 Jahren).

Damit sind Südtiroler Mütter weiterhin durchschnittlich jünger als im gesamtstaatlichen Durchschnitt Italiens (32,7 Jahre). Betrachtet man die Altersverteilung der in Südtirol ansässigen Frauen, die 2025 entbunden haben, so waren mehr als sechs von zehn über 30 Jahre alt (66,1 %), mehr als jede vierte über 35 Jahre (28,2 %) und 5,9 % bzw. 262 Frauen über 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Väter lag 2025 bei 34,7 Jahren und entsprach damit dem Vorjahreswert.

Jungen Müttern und jugendlichen Paaren wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. 27 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 0,6 % aller ansässigen Frauen entspricht Diese jungen Paare stehen häufig vor erheblichen Herausforderungen, wenn es darum geht, ihre persönliche Entwicklung voranzubringen und ihre Elternrolle zu übernehmen. Oftmals fehlt es ihnen an ausreichenden sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen.

Bezüglich des Bildungsniveaus verfügen 72,5 % der Mütter über einen mittleren bis hohen Abschluss (Oberschule oder Universitätsdiplom), während dieser Anteil bei den Vätern bei 59,6 % liegt. Deutlich geringer ist hingegen der Anteil der erwerbstätigen Frauen zum Zeitpunkt der Geburt: Nur 77,5 % der Mütter sind beschäftigt, verglichen mit 92,5 % der Väter.

Der Anteil der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind, bleibt weiterhin

signifikant hoch – insbesondere bei Müttern mit italienischer Staatsbürgerschaft: Jede zweite Mutter ist bei der Entbindung nicht verheiratet (57,1 %). Dieser Wert, der auch auf nationaler Ebene tendenziell steigt, ist in Südtirol nach wie vor am höchsten.

Der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert und liegt bei 21,6 %. Die meisten dieser Frauen stammen aus Albanien, Pakistan, dem Kosovo und Marokko. Betrachtet man das Geburtsland der Mutter, so wurden im Jahr 2025 insgesamt 26,8 % aller ansässigen Mütter im Ausland geboren – das entspricht etwa jeder vierten Mutter.

1.2.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Anzahl der Zwillingsgeburten: **52**, entspricht **1,2 %** aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: **188**

Über die Geburtsbescheinigung werden Angaben zu den während der Schwangerschaft durchgeführten Visiten und Instrumentaluntersuchungen der Mutter dokumentiert. Im Jahr 2025 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,8 Kontrollvisiten (konstanter Wert in den letzten Jahren). Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. Bei 3,7 % der Schwangerschaften wurden vier oder weniger Untersuchungen durchgeführt, was als Hinweis auf eine unzureichende Betreuung gilt. 65,0 % der schwangeren Frauen in Südtirol hatten ihre erste Untersuchung innerhalb der ersten acht Schwangerschaftswochen und somit bereits in einer frühen Phase der Schwangerschaft.

Von den Frauen, die im Jahr 2025 in Südtirol entbunden haben, ließen 48 (1,1 %) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (etwas weniger als 2024). Eine Amniozentese ließen 0,3 % vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom).

Bei der Analyse der Entbindungsarten ansässiger Mütter zeigt sich, dass 69,2 % der Kinder vaginal und 5,8 % operativ-vaginal (mittels Saugglocke oder Geburtszange) geboren wurden. Der Anteil der Kaiserschnittgeburten lag im Jahr 2025 bei 24,9 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (26,8 %) leicht gesunken (Wohnbevölkerung).

Wird der bereinigte NTSV-Kaiserschnittanteil (Nullipara, Termingeburt, Einling, Schädellage) betrachtet – ein Indikator, der die Zweckmäßigkeit des Kaiserschnitts misst und um Faktoren bereinigt ist, die die Rate erhöhen könnten – ergibt sich ein Wert von 18,3 %.

Mehrlingsgeburten machten 2025 1,2 % aller Geburten aus (insgesamt 52 Zwillings- und Drillingsgeburten). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften in Verbindung mit künstlicher Befruchtung lag bei 5,8 (im Vorjahr 17,2).

Im Jahr 2025 nutzten 188 Frauen (4,2 % aller Entbindenden) medizinisch assistierte Befruchtungstechniken. Der Anteil ist vergleichbar mit den anderen italienischen

Regionen, liegt jedoch 0,3 Prozentpunkte über dem Vorjahreswert in Südtirol.
Der Anteil der Frühgeborenen (Geburt vor oder in der 36. Schwangerschaftswoche) lag bei 5,7 % und blieb damit gegenüber dem Vorjahr unverändert.

1.2.3. GEBURTSBESCHEINIGUNG

Der Abschnitt enthält die wesentlichen Angaben zu den Geburtskliniken sowie zu den in Südtirol gebärenden Frauen mit und ohne Wohnsitz, erhoben anhand der Daten der Geburtsbescheinigung (CedAP). Neben 4.510 Kindern einheimischer Mütter wurden im Jahr 2025 auch 151 Kinder von ausländischen Müttern geboren. Insgesamt erblickten 2.389 Jungen und 2.272 Mädchen das Licht der Welt.
Von den insgesamt 4.661 in Südtirol geborenen Kindern wurden 137 mit Fehlbildungen registriert. Die Totgeburtenrate lag bei 0,2 %, was 10 Kindern entspricht.
Bezogen auf das Geburtsgewicht wogen 36 Kinder weniger als 1.500 Gramm (0,8 %), 5,2 % lagen zwischen 1.500 und 2.499 Gramm, während 6,0 % (280 Kinder) mehr als 4.000 Gramm auf die Waage brachten.
Kaiserschnittgeburten machten 24,9 % aller Geburten aus (Rohwert), während der bereinigte Wert bei 18,7 % lag.

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 Kreislauf-, Atemweg- und Infektionskrankheiten sowie geistige Gesundheit.

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT

2.1. LEBENSSTILE

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

2.1.1. ERNÄHRUNG UND KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

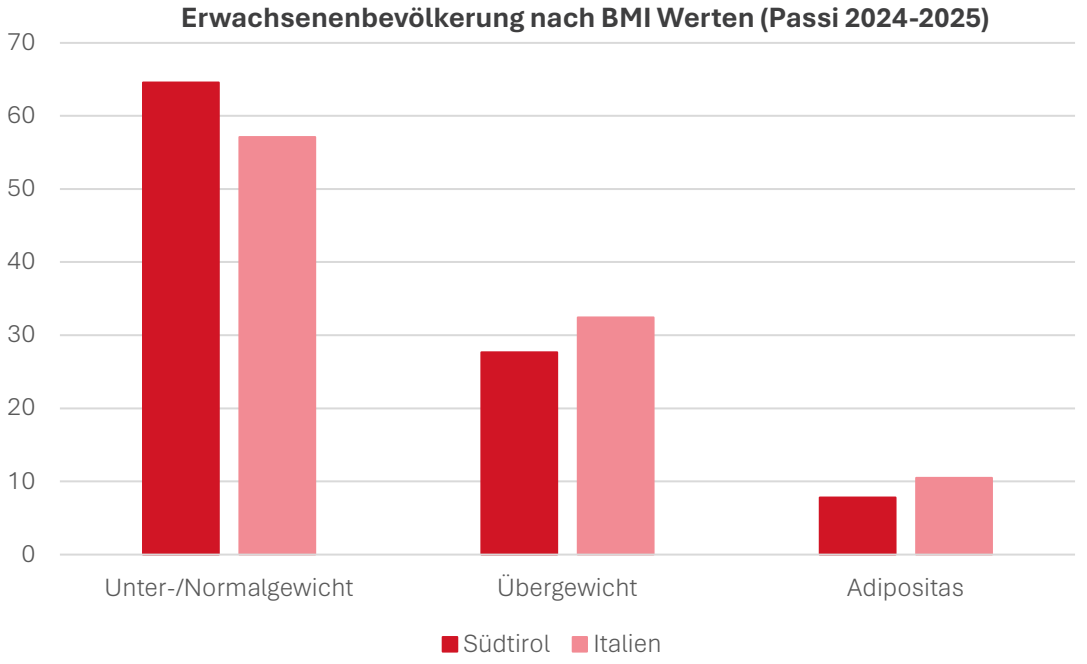
Indikatoren im Überblick

- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **44,8 %**
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **27,7 %**

Eine qualitativ und quantitativ unausgewogene Ernährung zählt zu den bedeutendsten Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen. Dazu gehören unter anderem arterielle Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht und Adipositas (häufig in Verbindung mit Bewegungsmangel), Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus.

Aktuelle Daten zeigen, dass 35,5 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 69 Jahren übergewichtig sind. Davon gelten 27,7 % als übergewichtig und 7,8 % als adipös. Männer sind mit einem Anteil von 44,8 % deutlich häufiger betroffen als Frauen, bei denen der Anteil bei 26,0 % liegt. Zudem tritt Übergewicht häufiger bei Personen mit niedrigem Bildungsgrad auf als bei jenen mit höherem Bildungsabschluss. Nur ein geringer Teil der Bevölkerung – lediglich 6,7 % – hält sich an die Empfehlung, täglich mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse zu konsumieren.

Auch Bewegungsmangel stellt ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Er begünstigt nicht nur die Entstehung von Adipositas, sondern erhöht auch das Risiko für weit verbreitete Erkrankungen wie koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus und bestimmte Krebsarten. Laut aktuellen Daten sind 74,2 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 69 Jahren körperlich aktiv – sei es berufsbedingt



oder entsprechend den Empfehlungen zur körperlichen Betätigung. Gleichzeitig betreiben 7,6 % dieser Altersgruppe überhaupt keinen Sport.

2.1.2. DROGEN, RAUCHEN UND ALKOHOL

Indikatoren im Überblick

- Raucherinnen und Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **19,0 %**
- Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **34,2 %**

Rauchen gilt als die häufigste vermeidbare Todesursache. In Südtirol ist es für etwa 22 % der Todesfälle im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und für insgesamt 12 % aller Todesfälle verantwortlich. Besonders betroffen sind Männer: 83 % der Tumoren in Mundhöhle und Rachen sowie 88 % der Lungentumoren bei Männern lassen sich auf Tabakkonsum zurückführen. Darüber hinaus trägt das Rauchen wesentlich zur Entstehung weiterer Erkrankungen bei, darunter Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, chronisch-obstruktive Bronchitis und andere Atemwegserkrankungen. Die Rauchgewohnheit ist bei 19,0 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet, wobei 20,7 % der Männer und 17,2 % der Frauen regelmäßig rauchen.

Auch die Drogenabhängigkeit hat weitreichende Folgen – nicht nur für die körperliche Gesundheit, sondern auch für das soziale Verhalten der Betroffenen. Im Jahr 2025 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) insgesamt 1.455 Personen mit Drogenproblemen betreut, was einer Versorgungsrate von 2,7 Patientinnen und Patienten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Heroin war mit 44,1 % die am häufigsten verwendete Substanz, gefolgt von Kokain mit 22,3 % sowie Cannabinoiden

mit 21,5 %. In der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen wurden 246 drogenbedingte Krankenhausentlassungen und 216 Zugänge zu den Notaufnahme-Diensten verzeichnet.
Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind etwa 9 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Europa auf den Missbrauch alkoholischer Getränke zurückzuführen. Alkohol spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Leberzirrhose, bestimmten Tumorarten, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen und angeborenen Fehlbildungen. In Südtirol zählen 34,2% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren zu den risikobehafteten Konsumentinnen und Konsumenten. Davon trinken 25,2 % überwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 15,8 % gelten als sogenannte „Binge Drinker“ – also Personen, die zu einem einzigen Anlass fünf oder mehr alkoholische Getränke (bei Männern) bzw. vier oder mehr (bei Frauen) konsumieren – und 1,8 % als starke Trinkerinnen und Trinker mit täglichem Konsum über den empfohlenen Grenzwerten (mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen). In der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen wurden 713 alkoholbedingte Krankenhausentlassungen und 847 Zugänge zu den Notaufnahme-Diensten registriert.
Im selben Jahr wurden von den DfA außerdem 178 Personen mit Spielsuchtproblemen, 73 Personen wegen Medikamentenmissbrauchs, 283 wegen Nikotinabhängigkeit, 339 Angehörige von suchtkranken Personen sowie 117 weitere Personen betreut.

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

Dieses Kapitel listet die häufigsten Krankheiten auf: Chronische Krankheiten, Infektionskrankheiten, Tumoren, Diabetes, psychische Störungen, Herzkreislauf- und Atemwegserkrankungen. Für die einzelnen Krankheiten werden die Daten zu Prävalenz, Inzidenz und Mortalität geliefert.

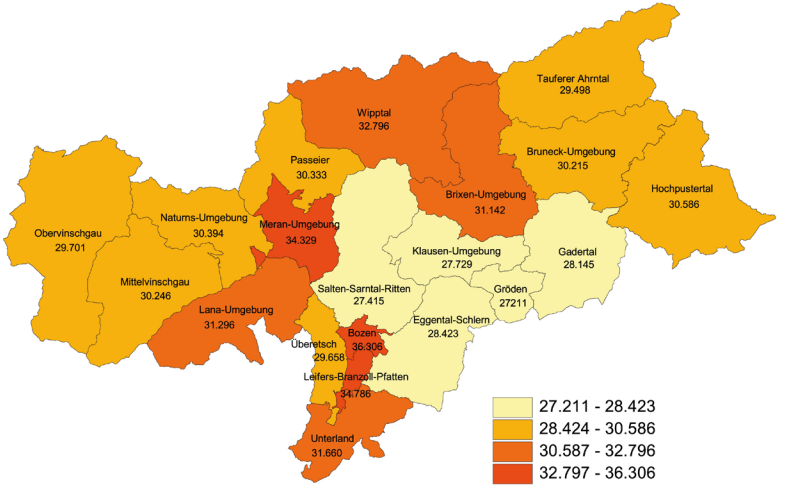
2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick

- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: **31,7 %**
- Durchschnittsalter der Südtiroler versorgungsberechtigten Bevölkerung: **43,5** Jahre

Chronische Krankheiten sind nahezu weltweit die häufigste Todesursache. Zu dieser umfassenden Gruppe zählen Krankheiten wie Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen. Sie verursachen nicht nur eine hohe Sterblichkeitsrate, sondern auch ein hohes Maß an Invalidität. Daher ist ihre Bekämpfung eine Priorität für die öffentliche Gesundheit.
Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf. Daher besteht ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken. Die Südtiroler versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum nationalen Durchschnitt relativ jung, auch wenn sie entsprechend den demografischen Trends immer älter wird. 2022 betrug das mittlere Alter 43,5 Jahre, der

Prävalenz der chronischen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2022

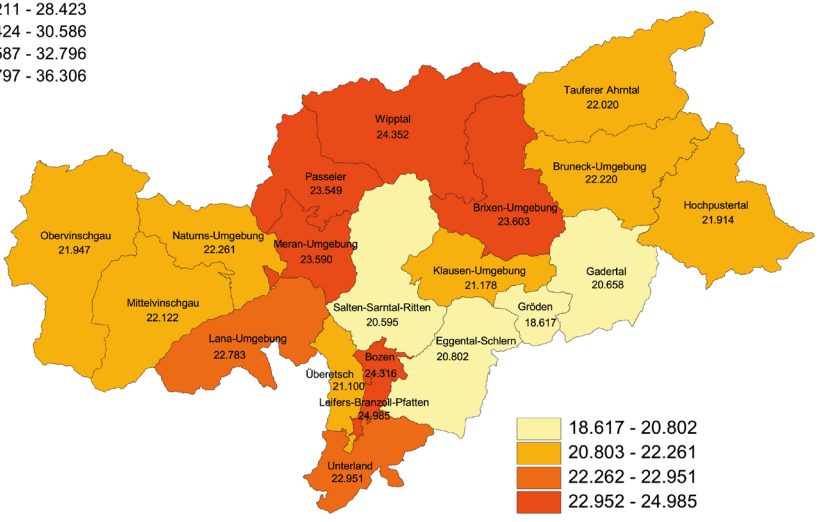


Reelle unbereinigte Raten

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

Standardisierte Werte

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



Altersindex lag bei 141,6 Jahren. Das bedeutet, dass auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche 142 versorgungsberechtigte Seniorinnen und Senioren kamen. Auf nationaler Ebene wurde ein Altersindex von 187,6 geschätzt (Quelle: ISTAT).

Im Jahr 2022 betrug der Anteil der Südtirolerinnen und Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 31,7 % (1 von 3 Personen). Frauen haben gegenüber Männern ein leicht erhöhtes Risiko, an mindestens einer chronischen Krankheit zu erkranken; dazu gehören nachweislich vor allem Autoimmun- und endokrine Erkrankungen.

In Südtirol leiden 15 von 100 Personen an Hypertonie. 7 von 100 Personen haben eine Neoplasie, 5 von 100 Männer sind Diabetiker und 7 von 100 Personen haben chronisch hohe Cholesterinwerte (Dyslipidämie). Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 78 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Der ländliche Sprengel Laives-Branzoll-Pfatten hat in Südtirol die höchste Prävalenzschätzung der chronisch Kranken. Das zeigt eine Analyse der standardisierten Raten nach Gebieten, unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur. Diese Rate, gefolgt von jener des ländlichen Sprengels Wipptal,

übersteigt jene des städtischen Bezirks Bozen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer einheitlich.
Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet zum Beispiel eine höhere Prävalenz von Patientinnen und Patienten mit Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran wird eine stärkere Verbreitung der Krankheiten, die eine Veränderung der Schilddrüsenhormone hervorrufen, beobachtet, wie etwa Hypothyreose oder Morbus Basedow. Die Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck, in denen im Durchschnitt niedrigere Raten festgestellt werden, zeichnen sich durch eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Hypertonie (mit signifikant höheren Werten im Bezirk Brixen) sowie anderen Kardiopathien aus (in geringerem Maße in Bruneck).

2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick
- Gemeldete Tuberkolosefälle: **30**
- Inzidenzrate von HIV (2015): **2,4** pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Neben der Grippe, die im Jahr 2025 die am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit war, wurde Skabies mit 343 Fällen registriert, was einer Inzidenz von 63,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Im selben Zeitraum wurden 223 Fälle von Campylobacter-Infektionen des Darms gemeldet (41,1 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) sowie 110 Fälle von Windpocken (20,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner). Tuberkulose trat in 30 Fällen auf, was einer Rate von 5,5 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Bei den sexuell übertragbaren Infektionen wurden jeweils 21 Fälle von Blenorrhagie, 18 Fälle von Syphilis sowie 8 Fälle von Chlamydien verzeichnet. Die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Fälle lag im Jahr 2024 bei 13, was einer Inzidenz von 2,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Im Vergleich dazu wurden in ganz Italien im selben Jahr 2.379 neue HIV-Fälle gemeldet, was einer landesweiten Inzidenz von 4,0 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht.

2.2.3. BÖSARTIGE TUMOREN

Indikatoren im Überblick
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2018-2022): **737,4** pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2018-2022): **595,0** pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen für bösartige Tumorerkrankungen in der Wohnbevölkerung Südtirols beziehen sich auf den Zeitraum von 2018 bis 2022. Im Jahresdurchschnitt wurden in diesem Zeitraum 1.944 neue Fälle bei Männern diagnostiziert, was einer Rate von 737,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Bei Frauen lag die Zahl bei 1.598 Fällen pro Jahr, entsprechend einer Inzidenz von 595,0 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Für das Jahr 2025 wird – unter Ausschluss von Hauttumoren (ICD X: C44) – mit 2.112 neuen Fällen bei Männern und 1.624 bei Frauen gerechnet. Bei Männern treten Tumoren am häufigsten an der Prostata (21,6% der Fälle) auf, gefolgt von Kolon- und Rektumkarzinomen (9,0 %), Blasentumoren (9,2 %) und Lungenkarzinomen (8,1 %). Bei Frauen steht das Mammakarzinom (25,4 %) an erster Stelle, gefolgt von Kolon- und

Rektumkarzinom (9,2 %) und Lungenkarzinom (6,3 %). Im Zeitraum von 2021 bis 2025 starben jährlich durchschnittlich 645 Männer an Tumorerkrankungen, was einer Sterberate von 242,2 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Bei Frauen lag die Zahl bei 544 Todesfällen pro Jahr, entsprechend einer Rate von 201,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die häufigsten Todesursachen bei Männern waren das Lungenkarzinom (19,0 % der Fälle), das Kolon- und Rektumkarzinom (11,1 %), das Prostatakarzinom (9,9 %) und das Pankreaskarzinom (8,2 %). Bei Frauen war das Mammakarzinom (14,7 %) die häufigste Ursache, gefolgt vom Lungenkarzinom (13,7 %), dem Kolon- und Rektumkarzinom (11,3 %) und dem Pankreaskarzinom (10,0 %).
Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumorregister verwiesen:
http://www.registri-tumori.it/cms/.

2.2.4. DIABETES

Indikatoren im Überblick

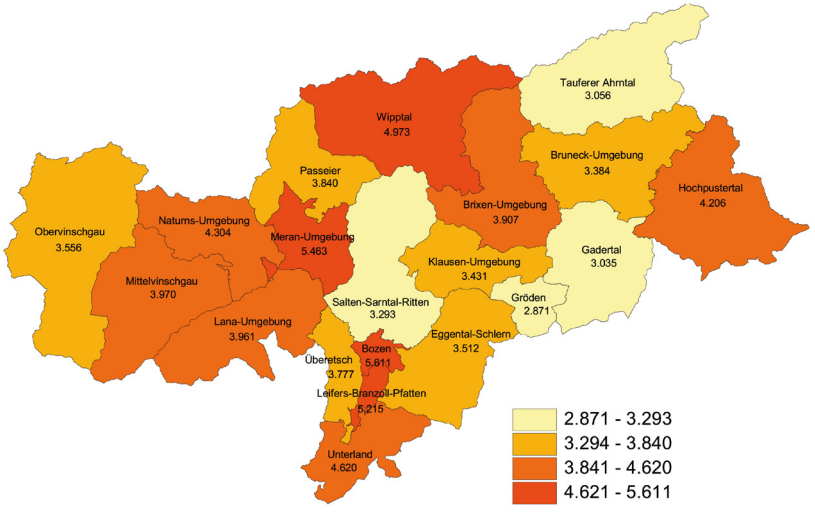
- Prävalenz der diabetischen Patienten an der betreuungsberechtigten Bevölkerung: **4,1 %** Diabetes Typ 2 und 0,3 % Diabetes Typ I
- Durchschnittsalter: **69,7** Jahre (71,5 Jahre Diabetiker Typ 2 und 43,1 Diabetiker Typ I)

Diabetes mellitus und die damit einhergehenden Komplikationen gehören zu den größten Gesundheitsproblemen der Industrieländer. Seine Prävalenz steigt aufgrund zunehmender Adipositas und häufigem Bewegungsmangel. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,9 % der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2022), wobei weitere 3 % mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind. Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

- Diabetes Typ I (8 % der Fälle) tritt meist in Kindheit und Jugend auf und erfordert Insulinbehandlung;
- Diabetes Typ II (über 90 % der Fälle) bricht allgemein im Erwachsenenalter oder Greisenalter aus. Er kann oft durch eine angepasste Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika kontrolliert werden.

Im Jahr 2022 wurden in Südtirol 1.531 Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ I und 21.205 mit Diabetes Typ II betreut. Die Prävalenz in der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung betrug 0,3 % für Typ I und 4,1 % für Typ II. Die Prävalenz der Typ-II-Diabetikerinnen und -Diabetiker steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 11,0 % zwischen 65 und 74 Jahren und 16,8 % ab 75 Jahren. Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung mit Typ I liegt bei 42,7 Jahren (71,5 Jahre bei Typ II). Die Prävalenz der Krankheit ist auf Landesebene nicht homogen. Die Städte verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt. Das ist auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitssystems zurückzuführen. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Gröden, Gadertal, Ahrntal und Sarntal.
Auf Landesebene leiden 76,5 % der Typ-II-Diabetikerinnen und -Diabetiker auch an einer Herzkreislaufkrankheit und 70,4 % an Hypertonie. 77,0 % der Südtiroler diabetischen Bevölkerung Typ II lassen jährlich mindestens eine Kreatinin-Untersuchung durchführen. 71,4 % lassen zudem einen Glykohämoglobin-Test (HbA1c-Test) durchführen. Bei Typ-I-Diabetes liegen diese Werte bei 82,8 % bzw. 83,2 %. Im Jahr 2022 nahmen 74,8 % der Patientinnen

Prävalenz der Diabetiker in Südtirol - Jahr 2022

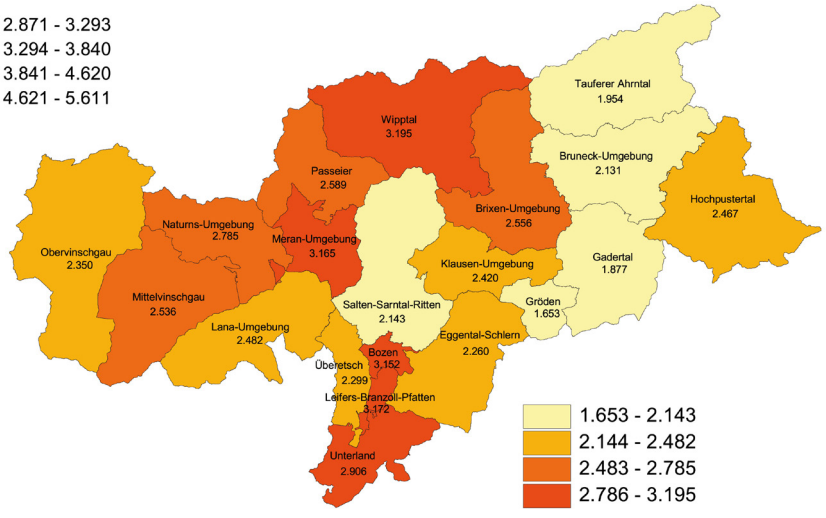


Reelle unbereinigte Raten

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

Standardisierte Werte

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



und Patienten mit Typ-2-Diabetes ein orales Antidiabetikum ein. 58,8 % verwendeten einen Lipidsenker, 29,1 % einen Aggregationshemmer und 16,4 % erhielten ihre Behandlung mit Insulin. Im genannten Jahr nahmen 88,2 % der Betroffenen mindestens eines dieser Medikamente ein. Die pharmakologische Diabetesbehandlung erfolgt häufig durch die Kombination von mehreren Medikamenten.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes liegt in Südtirol bei 57 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Dies gilt, wenn man nur die Bevölkerung über 18 Jahren berücksichtigt und Aufenthalte in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes sowie in österreichischen Einrichtungen ausschließt. Die Hospitalisierungsrate aufgrund von Diabetes mit langfristigen Komplikationen wie Nieren-, Augen-, Nerven- oder Kreislaufproblemen liegt bei 16 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner/Einwohnerinnen.

2.2.5. PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Indikatoren im Überblick

- Von den Zentren für Psychische Gesundheit betreute Patientinnen und

Patienten: **13.915**
- Von den Psychologischen Diensten betreute Patientinnen und Patienten: **17.765**

Der Psychiatrische Dienst stellt eine komplexe Struktur dar, die durch die Koordination der verschiedenen Einrichtungen einen reibungslosen Ablauf sicherstellt. Dadurch wird eine therapeutische Kontinuität gewährleistet sowie eine einheitliche Planung und Umsetzung von Behandlungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen ermöglicht. Zu den gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes zählen das Zentrum für Psychische Gesundheit (ZPG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, das Day-and-Night Hospital, Rehabilitationszentren sowie weitere Einrichtungen für die stationäre und teilstationäre Versorgung.

Im Jahr 2025 wurden von den Zentren für Psychische Gesundheit landesweit 13.915 Personen betreut, was einer Versorgungsrate von 25,7 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Darunter befanden sich 3.292 neue Patientinnen und Patienten, entsprechend 6,1 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Aus den Krankenhäusern wurden 2.563 Personen mit einer psychiatrischen Primärdiagnose entlassen, was einer Rate von 472,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Am häufigsten wurden affektive Psychosen als Entlassungsdiagnose festgestellt, die 24,7% der Fälle ausmachten.

Die Psychologischen Dienste betreuten im selben Jahr insgesamt 17.765 Patientinnen und Patienten, was einer Rate von 32,8 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Insgesamt wurden 25.246 psychotherapeutische Leistungen erbracht.

Im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt der Jahre 2021 bis 2025 wurden im Jahr 2025 insgesamt 40 Suizide registriert, was einer Inzidenz von 7,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Der Durchschnitt der Vorjahre lag bei 47 Fällen jährlich.

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Indikatoren im Überblick
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen: **6.154**
- **671** Fälle mit akutem Myokardinfarkt

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in den entwickelten Ländern die häufigste Todesursache dar und sind auch in Südtirol für 29,2 % aller Todesfälle verantwortlich. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus und Adipositas. Für Personen mit Hypertonie ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als bei Personen ohne Hypertonie. Das Risiko, an einer Ischämie zu sterben, ist sogar mehr als viermal so hoch. Schätzungen zufolge sind etwa ein Viertel der Todesfälle durch koronare Herzkrankheiten oder Ischämie auf Hypertonie zurückzuführen. Auch bei erhöhten Cholesterinwerten verdoppelt sich das Risiko, an ischämischen Herzleiden zu sterben, im Vergleich zu Personen mit normalen Cholesterinwerten. Im Jahr 2024 wurden insgesamt 6.154 Krankenhausentlassungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verzeichnet, was einer Rate von 1.135,1 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Davon entfielen 1.085 Entlassungen auf ischämische Erkrankungen, wobei 671 Fälle auf akute Myokardinfarkte zurückgingen

– 491 bei Männern und 180 bei Frauen. Unter den häufigsten Todesursachen im Bereich der Kreislauferkrankungen dominierten die ischämischen Herzleiden, darunter Infarkt, Angina pectoris und andere ischämische Herzerkrankungen. Diese führten zu 171 Todesfällen bei Männern (63,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und zu 121 Todesfällen bei Frauen (44,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Atemwegserkrankungen sind verantwortlich für **8,5 %** der Todesfälle in Südtirol
- Stationäre Aufnahme von **5.062** Personen mit einer Atemwegserkrankung als Hauptdiagnose

Atemwegserkrankungen stellen in Südtirol nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumoren die dritthäufigste Todesursache dar und sind für (8,5 % der Todesfälle verantwortlich. Innerhalb dieser Krankheitsgruppe ist die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) besonders bedeutsam, da sie für 40 % der Todesfälle im Zusammenhang mit Lungenkrankheiten verantwortlich ist. Der bedeutendste Umweltfaktor für die Entstehung von chronischer Bronchitis und COBP ist das Rauchen: Zwischen 15 und 20 % der Raucherinnen und Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein kleinerer Anteil sogar an einer stark einschränkenden Form. Im Jahr 2025 wurden in den Gesundheitseinrichtungen des Landes insgesamt 5.062 Personen mit einer Atemwegserkrankung als Hauptdiagnose stationär aufgenommen. Die Hospitalisierungsrate lag bei 933,7 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt waren Pneumonie und Grippe. Hinsichtlich der Todesursachen innerhalb dieser Krankheitsgruppe wurden im selben Jahr chronische Erkrankungen der unteren Atemwege mit 133 Fällen sowie Grippe und Pneumonie mit 134 Fällen am häufigsten registriert.

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Indikatoren im Überblick

- Todesfälle in der Südtiroler Wohnbevölkerung: **4.736**
- Unbereinigte Sterblichkeitsrate von **873,6** pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Die Daten zur Sterblichkeit stammen aus dem Landessterblichkeitsregister, das die ISTAT-Totenscheine verwaltet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist.
Im Jahr 2025 wurden in der Wohnbevölkerung Südtirols insgesamt 4.736 Todesfälle verzeichnet, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 873,6 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Die häufigste Todesursache waren Erkrankungen des Kreislaufsystems, die bei 31,9 % der weiblichen und 26,5 % der männlichen Verstorbenen festgestellt wurden. Bei Männern dominierte die Sterblichkeit infolge von Tumorerkrankungen mit einem Anteil von 28,9 % gegenüber 23,3 % bei Frauen. Auch bei den durch Atemwegserkrankungen verursachten Todesfällen lag der Anteil bei Männern mit 9,3 % höher als bei Frauen mit 7,8 %.

KAPITEL 3

KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT

Die „Kollektive Versorgung und Volksge-sundheit" 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 VERSORGUNG 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. Screening Programme
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.

Individuelle Präventionsmaßnahmen werden nicht berücksichtigt. Ausgenommen sind Impfungen, die im Rahmen von Programmen zur Steigerung der Immunabwehr der Bevölkerung organisiert werden (wie die im Nationalen Impfplan enthaltenen), sowie Krebsvorsorgeuntersuchungen, wenn sie im Rahmen von Bevölkerungsprogrammen durchgeführt werden.

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENINGS

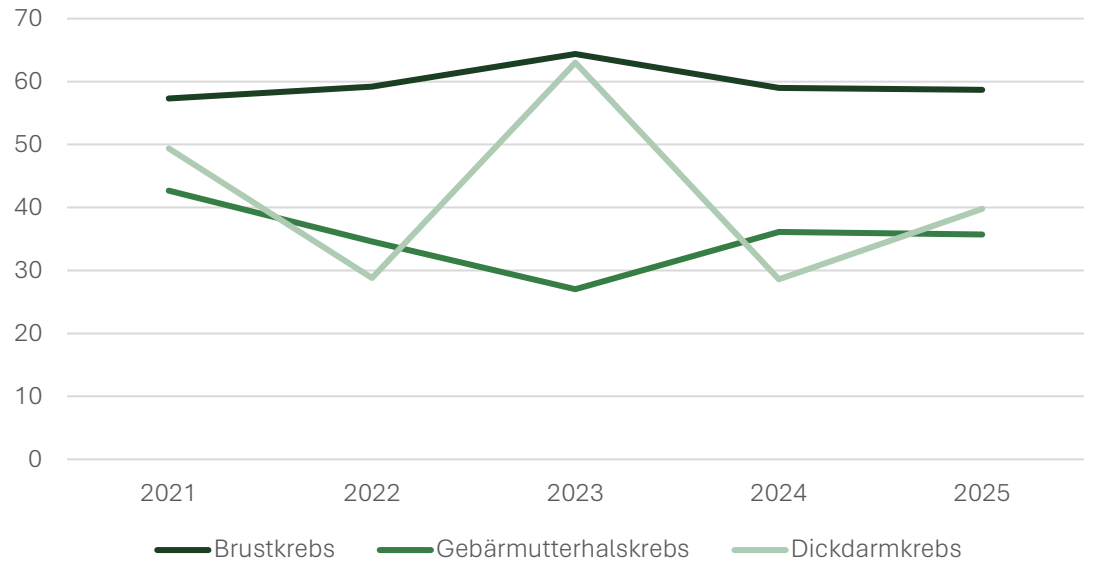
Mit Krebs-Früherkennungsprogrammen will man die Krankheit möglichst früh entdecken – noch bevor Symptome auftreten. Diese Programme richten sich an gesunde Menschen, die zu einem Test eingeladen werden. Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass solche Programme helfen können, die Häufigkeit und Sterblichkeit bei Brustkrebs und Gebärmutterhalskrebs bei Frauen sowie bei Darmkrebs in der Allgemeinbevölkerung zu senken.

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzionom-Screening (PAP- und HPV-Test): **35,7 %**
- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening: **58,7 %**

Die Tests für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge sind der Pap-Test und der Papillomavirus-Test (HPV-DANN-Test). Der bisher verwendete Test ist der Pap-Test, der alle 3 Jahre Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren angeboten wird. Da jüngste wissenschaftliche Erkenntnisse gezeigt haben, dass ab einem Alter von 30 Jahren der HPV-Test (HPV-DNA-Test), der alle 5 Jahre durchgeführt wird, kosteneffizienter ist, setzt man auch in Südtirol zunehmend auf das Modell des HPV-DNA-Tests. Im Jahr 2025 haben 35,7% der Zielpopulation den Pap-Test oder den HPV-Test durchgeführt.
Der empfohlene Screening-Test für Brustkrebs besteht in einer Mammographie alle zwei Jahre für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Die Teilnahme an einem organisierten Screening-Programm auf Einladung kann die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu sterben, um bis zu 35 % senken. In Südtirol gibt es das Screening-Programm für diese Krebserkrankung seit 2003. Im Jahr 2025 nahmen 58,7% der eingeladenen Frauen am Screening-Programm teil.

Teilnahme an den onkologischen Screenings



Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

- frühzeitiges Erkennen einer Zellveränderung
- Entfernen gutartiger Polypen, um die Entwicklung hin zu einem bösartigen Tumor zu verhindern.

Ein Anzeichen für einen Tumor oder Darmpolyp kann eine Blutung im Enddarm sein, bei der letztlich auch Blut im Stuhl auftaucht. Die Vorsorgeuntersuchung erkennt auch verstecktes Blut im Stuhl, selbst in geringen Mengen, die mit bloßem Auge nicht sichtbar sind. Sie ist für Personen, die für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012. Im Jahr 2025 haben 39,8% der Eingeladenen am Screening-Programm teilgenommen.

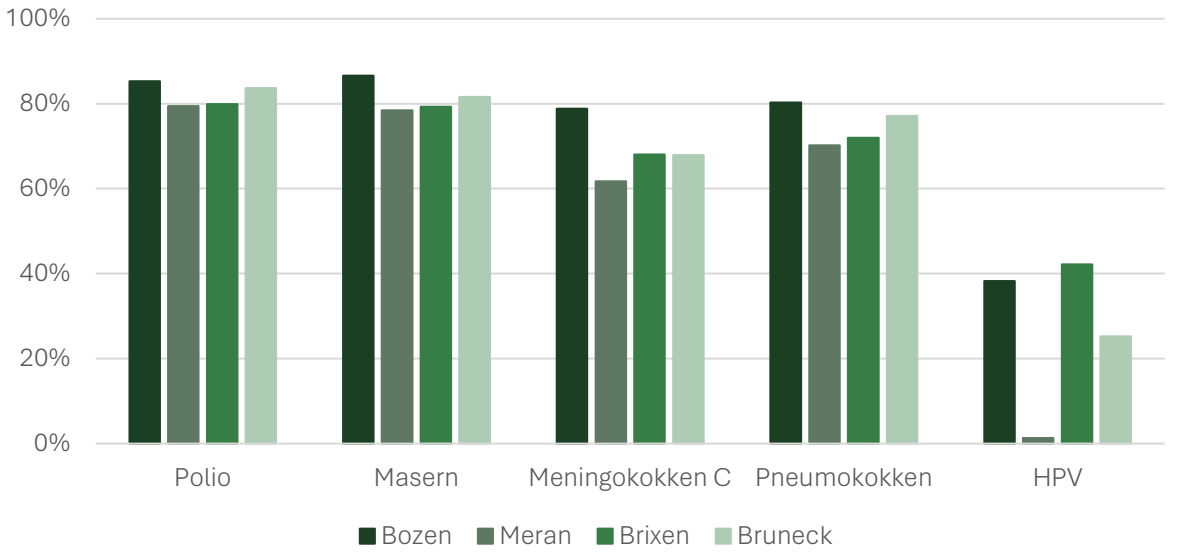
3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITENERKRANKUNGEN, INKLUSIVE IMPFPROGRAMME

Indikatoren im Überblick

- Insgesamt verabreichte Impfdosen: zirka **368.000**
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: **82,4 %**

Der mit Beschluss der Landesregierung Nr. 457 vom 18. April 2017 genehmigte Landesimpfkalender bietet ein einheitliches Schema für alle von der WHO und dem nationalen Impfplan 2017-2019 angegebenen Kinderschutzimpfungen. In Italien sind für Neugeborene Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Hepatitis B, Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten und Haemophilus influenzae Typ B (Hib) Pflicht. Auf Landesebene werden auch

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten



Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken C und Papillomaviren (HPV) empfohlen. 2025 wurden in der Südtiroler Bevölkerung zirka 368.000 Impfdosen verabreicht. 50,7% waren gesetzlich vorgeschriebene Impfungen, 40,6% hingegen empfohlene Impfungen. Für die Geburtskohorte 2023 liegt die Durchimpfungsrate im Alter von 24 Monaten auf Landesebene unter den optimalen 95 %; noch unzureichend ist die Masern-Impfquote. Die Überwachung der Infektionskrankheiten basiert auf dem Informationssystem der Infektionskrankheiten (SMT). Sie umfasst die Einbeziehung der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes oder der Allgemeinmedizinerin/des Allgemeinmediziners, die bzw. der die Infektionskrankheit diagnostiziert und den Diensten für Hygiene und öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Je nach Ätiopathogenese und epidemiologischer Relevanz der Krankheit ergreifen die Fachkräfte entsprechende Prophylaxe-Maßnahmen 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 meldepflichtige Krankheiten durch. Die meisten davon betreffen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch das Influenza-A-Virus H1N1, Salmonellose, Campylobacter und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxe-Tätigkeit betraf im Jahr 2025 insgesamt 2.650 Personen. Eine weitere wichtige Präventionsmaßnahme der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit richtet sich an Personen, die beruflich oder privat ins Ausland reisen. Diese Reisenden könnten sich mit Infektionskrankheiten anstecken, die in den besuchten Ländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges

Fieber, Malaria). Zusätzlich zur Impfplanung und -verabreichung (nicht immer möglich) umfasst die Prophylaxe gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende. Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2025 wurden im Landesgebiet 2334 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 98,3 % davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 1,7% öffentliche Plätze und Privatgebäude.

3.3. SCHUTZ VON GESUNDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

Dieser Bereich umfasst alle Aktivitäten und Dienstleistungen zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf die Risiken im Lebensumfeld, wie öffentliche Einrichtungen, Gebäude für unterschiedliche Zwecke, öffentliche Schwimmbäder oder der Öffentlichkeit zugängliche Privatschwimmbäder. Auch Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln sowie Schönheitssalons/Beautyfarmen und das Arbeitsumfeld werden berücksichtigt.

LEBENSUMFELD

Indikatoren im Überblick

- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von mikrobiologischen Analysen: **4,2 %**
- Kontrolle von **187** öffentliche Einrichtungen auf ihre hygienisch sanitären Bedingungen

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit überprüfen und überwachen die hygienisch-sanitären Bedingungen der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen. Die Dienste führen Analysen durch, um die Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen der Gebäude für Nutzerinnen und Nutzer und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu überprüfen. Sie unterstützen außerdem die zuständigen Behörden und Betreiberinnen und Betreiber bei der Festlegung von Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen und sicherheitstechnischen Bedingungen.

2025 wurden insgesamt 187 Kontrolle von öffentlichen Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (89,8 %) durchgeführt. 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. 2025 wurden 699 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 9,9% davon waren nicht regulär. Bei der Auswertung dieser Daten ist zu beachten, dass Schwimmbäder komplexe Anlagen sind. Ihre chemisch-physikalischen Bedingungen unterliegen ständigen Schwankungen. Diese Schwankungen hängen von Faktoren wie dem Anlagentyp, der Wassertemperatur, den Wetterbedingungen, der Anzahl der Badegäste und anderen Einflussfaktoren ab. Mikrobiologische Analysen wurden an 698 Wasserproben durchgeführt, 4,2% davon erwiesen sich als nicht regulär.

Das Gesetz Nr. 713 vom 11. Oktober 1986 in geltender Fassung regelt die Umsetzung der

EU-Richtlinien zur Produktion und zum 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 für die Kontrolle der Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln zuständig. Ebenso kontrollieren sie Schönheitssalons, Beautyfarmen sowie Tätowier- und Piercing-Geschäfte in Südtirol.

Die Tätigkeiten der betrieblichen Sektion für Umweltmedizin werden auf dem gesamten Territorium der Provinz Bozen ausgeübt. Im Rahmen der Kontrollen in den Bereichen Reach und CLP wurden im Jahr 2025 50 Kontrollen vorgenommen.

Die Kontrolle und Überwachung im Bereich des Leichenpolizeidienstes und der Leichenbeschau wird vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit durchgeführt. Sie umfasst Inspektionen auf Friedhöfen, Beistand bei Exhumierungen, Autopsien und die Ausstellung von Bescheinigungen für den Leichentransport.

ARBEITSUMFELD

Der Dienst für Arbeitsmedizin schützt die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und führt Maßnahmen zur Überwachung und Gesundheitsförderung durch.

Der Dienst ist in zwei Bereiche unterteilt: Arbeitsinspektorat und klinischer Bereich für Arbeitsmedizin.

Das Arbeitsinspektorat untersucht berufliche Risiken und führt Aufklärungs- sowie Gesundheitsbildungsmaßnahmen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern durch. Außerdem überwacht es die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.

Der klinische Bereich der Arbeitsmedizin führt hauptsächlich ärztliche und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern durch. Zudem übernimmt er alle Aufgaben, die dem zuständigen ärztlichen Personal gemäß Artikel 25 des Legislativdekrets 81/2008 zugewiesen sind. Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. vertragsgebundenen und in Privatpraxen tätigen Fachärztinnen und Fachärzten vorgenommen. Der Dienst für Arbeitsmedizin übernimmt den organisatorischen und pflegerischen Aspekt. Er führt einige Untersuchungen wie EKG und EEG durch. Die Befunde dieser Untersuchungen werden anschließend von ärztlichem Fachpersonal erstellt.

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH

Indikatoren im Überblick

- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **96.295**
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **52.868**

Der Landesveterinärdienst ist das technische

Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er erarbeitet Landesrechtsvorschriften und überprüft die korrekte Anwendung der EU-, Staats- und Provinzbestimmungen im Veterinärwesen durch anerkannte Tierärztinnen und Tierärzte, Hygieneinspektoren und andere Kontrollorgane. Der betriebliche Tierärztliche Dienst sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: Tiergesundheit und Hygiene der Lebensmittelproduktion.
Laut dem Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 kümmert sich die erste Sektion um die Kontrolle und Überwachung von Tieren, ihrer Unterbringung und Dichte. Sie ist auch zuständig für die sanitären Genehmigungen, die Transportfahrzeuge und den Tiertransport innerhalb und außerhalb der EU sowie für die Herstellung, Verarbeitung und den Verkauf von Produkten für Tiere (wie Futtermittel). Außerdem überwacht sie die Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, den Einsatz von tiermedizinischen Medikamenten 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 landesweiten tierärztlichen Versorgung nutzt der betriebliche Tierärztliche Dienst in Bozen operative Dienststellen in Meran, Brixen und Bruneck.
Die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes konzentrierten sich auf Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella-Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), vesikuläre Schweinekrankheit, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Virus, Blauzungenkrankheit, 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 2025 wurden 96.295 Tests an Rindern, 52.868 an Schafen und Ziegen und 532 an Schweinen zur Prävention von Infektionskrankheiten durchgeführt. Im Rahmen des Landesnotfallplan für die Lebensmittel- und Futtermittelsicherheit wurden 422 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben durchgeführt, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurden. Zudem gab es dort 8 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 122 Inspektionen zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT

Indikatoren im Überblick

- Anzahl der Lebensmittelkontrollen: **3.010**
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungn entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physicher Analysen mit nicht regulären Werten: **2,3 %**

Die EU-Gesetzgebung (EG-Verordnung Nr. 178/2002) überträgt den Lebensmittelunternehmern und -unternehmerinnen die Verantwortung für die Gewährleistung der Lebensmittelsicherheit bereits ab der Primärproduktion

bis zur Verarbeitung und zum Verkauf an die Endverbraucher und -verbraucherinnen. Die zuständigen Behörden (Gesundheitsministerium, Regionen und autonome Provinzen, Sanitätsbetriebe) führen die offiziellen Kontrollen der Einhaltung der EU-Vorschriften über die Hygiene und Sicherheit von Lebensmitteln und Getränken auf der Grundlage der Bestimmungen der EG-Verordnung Nr. 882/2004 durch. Diese Kontrollen beginnen bereits ab der Primärproduktion und können jede Phase der Verarbeitung, Lagerung, des Transports, Verkaufs und der Verabreichung einschließlich Produktionsstätten, Räumlich-keiten und zugehörige Ausrüstungen betreffen. Laut italienischer Gesetzgebung sind für die Kontrollen an Lebensmitteln tierischen Ursprungs die tierärztlichen Dienste zuständig, für die Kontrollen an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs hingegen die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit. 2025 kontrollierten die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit und der Tierärztliche Dienst in Südtirol 3.010 Produktionsbetriebe sowie Lebensmittel tierischer und nicht tierischer Herkunft. Es gab 4 Meldungen von Straftaten (0,1% der Kontrollen).

Die Überwachung der Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch erfolgt durch die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit, mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umwelt und Klimaschutz (Labor für Wasseranalysen und Chromatographie und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen. Dabei wird zwischen den Gutachten zur Bewertung der Eignung der Wasserleitungen und den an diesen durchgeführten Kontrolleingriffen unterschieden Bei den Trinkwasserkontrollen in öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil an nicht regulären Proben gering: 2,3% bei chemisch-physikalischen Analysen und 4,6% bei mikrobiologischen Analysen. Diese Werte sprechen für die Güte des gelieferten Trinkwassers. Die häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen Eisen, Mangan, Arsen und den pH-Wert. Eisen steigt meist durch die geringe Mineralisierung der Bergwässer, die Rohrleitungen korrodieren lässt, seltener durch Naturphänomene. Mangan und Arsen stammen aus geologischen Prozessen. Der pH-Wert kann zu sauer sein (bei mineralarmem Wasser) oder zu alkalisch (durch Neutralisierung solcher Wasserarten). In den für den menschlichen Gebrauch bestimmten Wässern wurden keine Überschreitungen bei Nitraten, Schwermetallen, polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, chlorierten Lösungsmitteln und Schädlings-bekämpfungsmitteln/ Unkrautver-tilgungsmitteln verzeichnet.

Die mykologischen Inspektorate der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke stellen Genießbarkeitsbescheinigungen und Verkaufsbescheinigungen für Pilze aus und beraten private Pilzsammler und -sammlerinnen.

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: **7.908**
- Ärztliche Zeugnisse für die Ausstellung des Sonderparkscheines für Invaliden: **134**

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

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

Im Gesundheitsbezirk Bozen werden rechtsmedizinische Leistungen von einer unabhängigen Dienststelle erbracht mit Kompetenzen auf dem gesamten Landesgebiet. Die vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 geregelte rechtsmedizinische Tätigkeit umfasst hauptsachlich:

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

Der Dienst für Rechtsmedizin Bozen ist zuständig für die Feststellung der Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeugs seitens Invaliden (örtliche Ärztekommission). Zudem führt er Untersuchungen zwecks Anerkennung von Blindheit und Taubstummheit, außerordentliche Revisionen bei Zivilinvalidität durch und befasst sich mit der Arbeitsvermittlung von Invaliden (Invalidenkommission gemäß Gesetz 68/99). Er befasst sich auch mit der Eignung für die Ausstellung von Waffenscheinen (Rekurskommission). Gemäß dem Kollektivvertrag vom 13.08.1999 ist der Dienst für Rechtsmedizin verantwortlich für die Überprüfung der Berufseignung, die Dienstfreistellung und die Anerkennung von dienstbedingter Berufsunfähigkeit bei Landesangestellten. 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 erbracht. Dazu zählen Gesundheitszeugnisse für die Ausstellung

von Waffenscheinen und Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen. Bei den Ämtern der Landesabteilung Gesundheit haben die Bürgerinnen und Bürger 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: **30.459**

Die Dienste für Sportmedizin sorgen für den Gesundheitsschutz im Leistungssport. Sie überprüfen die Eignung für Leistungssport und normale sportliche Betätigung und stellen entsprechende Bescheinigungen aus (gemäß Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992). Sie übernehmen die Koordination und Förderung der Maßnahmen von ärztlichem Personal und Einrichtungen im Bereich des Gesundheitsschutzes im Sport. Der Dienst für Sportmedizin Bozen übernimmt Südtirol weit zusätzliche fachärztliche Leistungen für Leistungssportlerinnen und -sportlern, gemäß einem vereinbarten Protokoll.

Die Dienste für Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet. Der Dienst für Sportmedizin Bozen übernimmt die sportmedizinischen Leistungen des Gesundheitsbezirkes Meran.

Die Dienste für Sportmedizin übernehmen neben den Aufgaben des Landesgesetzes 1/92 auch spezialisierte Tätigkeiten. Diese umfassen die Gesundheitserziehung in Schulen, Trainingsbewertung und -planung, Dopingkontrollen, Betreuung bei internationalen Wettkämpfen sowie die regelmäßige Bewertung von Behindertensportlerinnen und -sportlern.

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 30.459 Be¬scheinigungen für Leistungssport ausgestellt.

KAPITEL 4

WOHNORTNAHE VERSORGUNG

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

4. WOHNORTNAHE VERSORGUNG

Die wohnortnahe Versorgung umfasst alle auf dem Landesgebiet engmaschig verbreiteten gesundheitlichen und sozio-sanitären Tätigkeiten und Dienste. Dazu gehören die Basismedizin, die pharmazeutische Versorgung, die ambulante fachärztliche Versorgung sowie die Prothesenversorgung. Ebenso zählen die Hausbetreuungsdienste, die territorialen Beratungsstellen und die halbstationären und stationären Einrichtungen dazu. Das Ziel dieser Versorgungsstufe besteht in der Gewährleistung der folgenden Leistungen:

1. Medizinische Grundversorgung
2. Territorialer Rettungsdienst
3. Pharmazeutische Versorgung über die territorialen Apotheken oder über Gesundheitseinrichtungen für die Anwendung zu Hause
4. Stationäre Betreuung der Seniorinnen und Senioren oder pflegebedürftigen Personen
5. Stationäre Rehabilitation
6. Ambulante fachärztliche Versorgung
7. Ambulante wohnortnahe Versorgung und Hausbetreuungspflege
8. Betreuung in Hospiz-Einrichtungen.

Der Dienst für Basismedizin ist zuständig für die Prävention, Gesundheitserziehung und die Behandlung von Krankheiten und Beeinträchtigungen. Dies erfolgt durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der ersten Stufe, sowohl ambulant als auch zu Hause bei der Patientin und dem Patienten. Der Dienst für Basismedizin behandelt Pflegefälle und alte Menschen, die stationär untergebracht sind, um ihre Selbstständigkeit wiederherzustellen.

In der wohnortnahen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein.

Neben dem Gesundheitssprengel gibt es auch den Sozialsprengel. Beide haben das gleiche Einzugsgebiet und einen einheitlichen Dienstsitz. Die Träger der Sozialdienste sind die Bezirksgemeinschaften und der Betrieb für Sozialdienste in Bozen. In den größeren Sprengeln wurden zusätzlich zu den Sprengelsitzen die so genannten Sprengelstützpunkte errichtet. In Südtirol gibt es 20 aktive Gesundheitssprengel.

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Allgemeinmediziner: **300**
  (Stand zum 31. Dezember 2025)
- Kinderärzte freier Wahl: **60**
  (Stand zum 31. Dezember 2025)

Im Jahr 2025 hatten 520.591 Betreuungsberechtigte ihre Ärztin oder ihren Arzt für Allgemeinmedizin und ihre Kinderärztin oder ihren Kinderarzt freier Wahl gewählt. Davon wurden 454.040 von den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und 66.151 von den Kinderärz-

tinnen und Kinderärzten freier Wahl betreut. Da einige Arztwechsel zu Jahresende erfolgten und die hier angeführten Daten zum 31.12. aktualisiert wurden, könnten sie möglicherweise nicht auf dem neuesten Stand sein. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 71.090, 91,4% davon wurden von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.25 waren insgesamt 360 mit dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebundene Ärztinnen und Ärzte tätig. 300 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und 60 Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin 1.513 und pro Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl 1.102. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens liegen die Indikatoren in Südtirol über dem nationalen Durchschnitt. Die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2023* waren 1.335 Betreuungsberechtigte pro Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin und 936 Betreuungsberechtigte pro Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl. Diese Werte stellen die letzten verfügbaren Daten dar. Der Landesvertrag legt 1 Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin pro 1.300 Einwohnerinnen und Einwohner fest, maximal 1.500 Einwohnerinnen und Einwohner laut nationalem Vertrag.

Seit dem Jahr 2018 sind in Südtirol die Vernetzte Gruppenmedizinen (VGM) aktiv. Es handelt sich um eine Gruppierung von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die den Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Einzugsgebiet rund um die Uhr an allen Wochentagen sicherstellt. Dies gilt für alle Patientinnen und Patienten, die bei den Ärztinnen und Ärzten eingeschrieben sind, die an der Vernetzten Gruppenmedizin teilnehmen.

In Südtirol gibt es 26 VGM mit 5 (Passeiertal) bis 20 Ärztinnen und Ärzten pro VGM (Bozen 3). Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin haben im Laufe des Jahres 2025 ca. 175.505 zusätzliche Leistungen erbracht, wobei 36,5 % die Nicht-Obligatorischen Impfungen sind; zu den anderen häufigsten Leistungen gehören die Wundversorgungen (28,0%) und das Entfernen von festsitzendem Ohrschmalz (17,8%). Die Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl haben ca. 86.262 zusätzliche Leistungen erbracht. Zu den häufigsten Leistungen gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung (30,6%), die Kinderimpfungen (26,4%), der Sehtest (9,5%) und der der Rachenabstrich (7,2%).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2023 - Jahr der Veröffentlichung 2025*

4.1.2. HAUSBETREUUNG

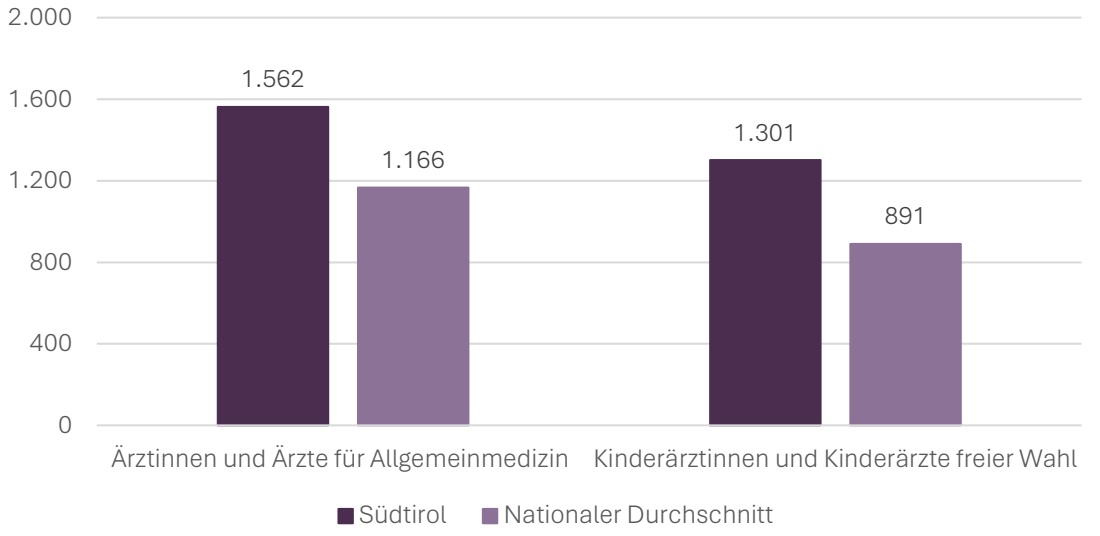
Indikatoren im Überblick

- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): **13.129**
- IHP-Versorgungsrate: **284,1** Patientinnen und Patienten pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Im Jahr 2025 wurden im Rahmen der integrierten Hausbetreuung (IHP) von den Südtiroler Diensten für Basismedizin insgesamt 13.129 Personen über 15 Jahre versorgt. Im Vergleich zum Vorjahr scheint zwar ein Rückgang vorzuliegen, tatsächlich bestätigt sich jedoch der steigende Trend, da der bereinigte Wert für das Jahr 2024 bei 11.792 Personen liegt. Entsprechend den Auswertungen des Gesundheitsministeriums werden betreute Personen, die zwar in Betreuung übernommen wurden, jedoch keine Einsätze verzeichneten, nicht mehr berücksichtigt.

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol

Durchschnittliche Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin und Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl



284,1 Patientinnen und Patienten pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Jahr 2025 wurden 69,6% der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in Südtirol in Programme der integrierten Hausbetreuung (IHP) eingebunden. Pro Patientin bzw. Patient wurden durchschnittlich 1,4 Einsätze pro Monat durchgeführt – unterstützt durch verschiedene Berufsgruppen. 79,8 % der betreuten Personen waren über 75 Jahre alt.

Im Jahr 2025 litten 14,2 % der im Rahmen der integrierten Hausbetreuung (IHP) versorgten Patientinnen und Patienten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 10,7 % an Tumorerkrankungen sowie jeweils 6,2 % an Erkrankungen des Nervensystems und der Atmungsorgane. Darüber hinaus entfielen 40,0 % der Fälle auf die Kategorie „Zusätzliche Klassifizierung von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen“. Diese Klassifizierung bezieht sich auf Umstände oder Probleme, die den Gesundheitszustand beeinflussen können, ohne dass eine konkrete Erkrankung oder Schädigung vorliegt.

Im Rahmen der integrierten Hausbetreuung wurden im Jahr 2025 insgesamt 204 Kinder von Kinderärztinnen und Kinderärzten versorgt. 22,1% der Kinder litten an Komplikationen perinatalen Ursprungs, 17,6% an Erkrankungen des Nervensystems, 14,7% hatten angeborene Fehlbildungen und 12,7% wurden unter der Kategorie „Zusätzliche Klassifizierung von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen“ erfasst.

4.2. AMBULTANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der Landesgesundheitsdienst stellt die ambulante fachärztliche Versorgung sicher. Dazu zählen Facharztuntersuchungen, instrumentelle Diagnostik, Laboranalysen sowie Therapie- und Rehabilitationsleistungen. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf jene Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und über das Informationssystem der Fachambulanzen (SPA) erfasst werden. Die Analyse umfasst auch fachärztliche Leistungen, die in der Erste-Hilfe sowie in der Kurz-Intensivbeobachtungsstation erbracht wurden – vorausgesetzt, es war kein stationärer Aufenthalt notwendig. Zusätzlich wurden ambulante Leistungen berücksichtigt, die von privaten Vertragseinrichtungen erbracht wurden. Nicht enthalten sind hingegen Leistungen der sogenannten „indirekten fachärztlichen Versorgung“, da hierfür keine Daten aus dem Informationssystem vorliegen.

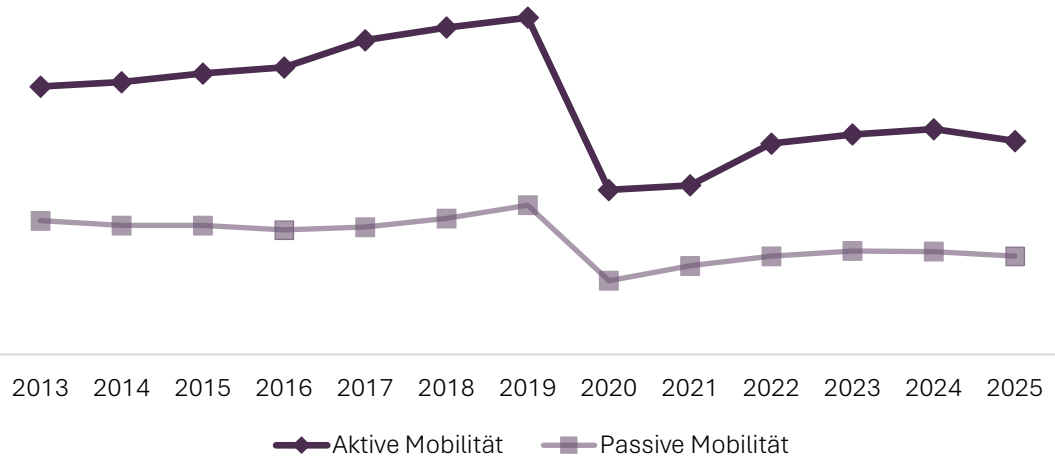
Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch die Südtiroler Bevölkerung wird anhand des Verhältnisses zwischen den erbrachten Leistungen in Landes-, nationalen und österreichischen Gesundheitseinrichtungen und der Wohnbevölkerung gemessen. Im Jahr 2025 wurden durchschnittlich 16,5 fachärztliche Leistungen pro Einwohnerin und Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leitungen: **9.211.720**

Aktive und passive Mobilität der fachärztlichen Leistungen



- Eingezogener Ticketbetrag: **27.940.986 Euro**

2025 wurden in den Landeseinrichtungen 9.211.720 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht – davon 97,1 % in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Im Vergleich zu 2024 ist die Anzahl der Leistungen leicht gesunken (-3,0 %).
Der Gesamttarifwert dieser Leistungen beträgt 178.661.493,72 Euro. Die Ticketbeteiligung der Patientinnen und Patienten an den Gesundheitsausgaben beläuft sich auf 27.940.986,02 Euro, wobei 91,7 % dieser Beiträge von öffentlichen Einrichtungen eingezogen wurden.
66,6 % aller ambulanten Leistungen – unabhängig davon, ob sie öffentlich oder privat erbracht wurden – entfielen auf ticketbefreite Patientinnen und Patienten. Weitere 2,4 % gingen an Personen mit teilweiser Ticketbefreiung (z. B. Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern leben), und 1,4 % an Selbstzahler. Die verbleibenden 29,6 % der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Personen in Anspruch genommen.
Das Landestarifverzeichnis unterteilt die ambulanten fachärztlichen Leistungen in vier Makrobereiche:

1. Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie)
2. Labor
3. Rehabilitation
4. Alle anderen Fachbereiche.

In öffentlichen Einrichtungen verteilen sich die Leistungen wie folgt: 69,2 % entfallen auf Laboruntersuchungen, 5,2 % auf Bilddiagnostik, 4,7 % auf Rehabilitationsmaßnahmen und 20,9 % auf sonstige klinische Leistungen. Betrachtet man die Verteilung nach Tarifwert, ergeben sich andere Gewichtungen: 21,2 % Laboruntersuchungen, 17,3 % Bilddiagnostik, 7,5 % Rehabilitationsmaßnahmen und 54,0 % sonstige klinische Leistungen. Die Notaufnahmen erbrachten 14,4 % der gesamten ambulanten fachärztlichen Leistungen. Bei den privaten Einrichtungen liegt der Schwerpunkt auf Rehabilitationsleistungen (36,1 %), gefolgt von sonstigen klinischen Leistungen (27,7 %).
Im Jahr 2025 zahlte der Sanitätsbetrieb insgesamt 16.481.542,50 Euro an private Einrichtungen und vertragsgebundene Freiberufler. Der Tarifwert der tatsächlich erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen belief sich dabei auf 14.183.714,39 Euro.

4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: **309.628** Leistungen zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgerinnen und Bürgern und **142.670** zugunsten von ausländischen Bürgerinnen und Bürgern in Südtirol
- Positiver Mobilitätssaldo von **166.958** Leistungen

Die Analyse der überregionalen ambulanten fachärztlichen Versorgung berücksichtigt zwei Aspekte: Zum einen die Leistungen, die von Landeseinrichtungen für Personen aus anderen italienischen Regionen erbracht wurden (aktive Mobilität), und zum anderen die Leistungen, die Patientinnen und Patienten aus Südtirol in anderen Regionen Italiens erhalten haben (passive Mobilität).
Im Jahr 2025 verzeichnete Südtirol einen positiven Mobilitätssaldo von 166.958 Leistungen – das bedeutet, dass mehr ambulante fachärzt-

liche Leistungen für auswärtige Patientinnen und Patienten erbracht wurden, als Südtirolerinnen und Südtiroler in anderen Regionen in Anspruch nahmen.
22.3 % der aktiven Mobilität entfielen auf die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, weitere 22,4 % auf Bürgerinnen und Bürger aus Venetien.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick
- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: **436**
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: **348**

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Die Rehabilitation richtet sich an nicht- pflegebedürftige Patientinnen und Patienten mit Kardiopathien. 2024 standen 36 vertragsgebundene Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 32 in stationärem Aufenthaltsregime und 4 für die Tagesklinik. Im Laufe des Jahres wurden somit insgesamt 436 Aufenthalte in Anspruch genommen (-4,6 % in Vergleich zu 2024).
37,6% der Patientinnen und Patienten kommen aus dem Gesundheitsbezirk Bozen, 31,9% aus Meran, 13,3% aus Brixen und 17,2% aus Bruneck.
Neben dem Salus Center ist auf Landesebene auch das Rehabilitationszentrum Bad Bachgart im Gesundheitsbezirk Brixen tätig.
Das Therapiezentrum Bad Bachgart verfügt im Normalbetrieb über 65 Betten. Es bietet eine intensive, stationäre und umfassende Behandlung für verschiedene Abhängigkeitsprobleme sowie psychische und psychosomatische Störungen.
Der Bereich „Abhängigkeitserkrankungen" widmet sich der stationären Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und der Spielsucht. Die Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt 8 Wochen.
Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie" richtet sich an Personen 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 Personen angepasst.
Im Jahr 2025 wurden insgesamt 348 Aufenthalte verzeichnet (+5,8% im Vergleich zum Vorjahr). Bad Bachgart hat im Jahr 2025 ausschließlich Aufnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen für in Südtirol ansässige Patientinnen und Patienten erbracht

4.4. STATIONÄRE VERSORGUNG DER SENIORINNEN UND SENIOREN ODER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSONEN

Die stationäre Altenbetreuung findet in hotelähnlichen Einrichtungen statt. Sie richtet sich an Personen, die nicht mehr für sich selbst sorgen können. In der Regel handelt es sich um ältere Menschen, die nicht mehr zu Hause gepflegt werden können und Sozial-, Gesundheits- sowie Pflegeleistungen benötigen.
In Südtirol gibt es 78 Seniorenwohnheime. Diese werden entweder als öffentliche Betriebe für Pflege- und Betreuungsdienste (ÖBPB) von der Bezirksgemeinschaft, der Gemeinde oder privat geführt. Im Weiteren gibt es das Pflege-

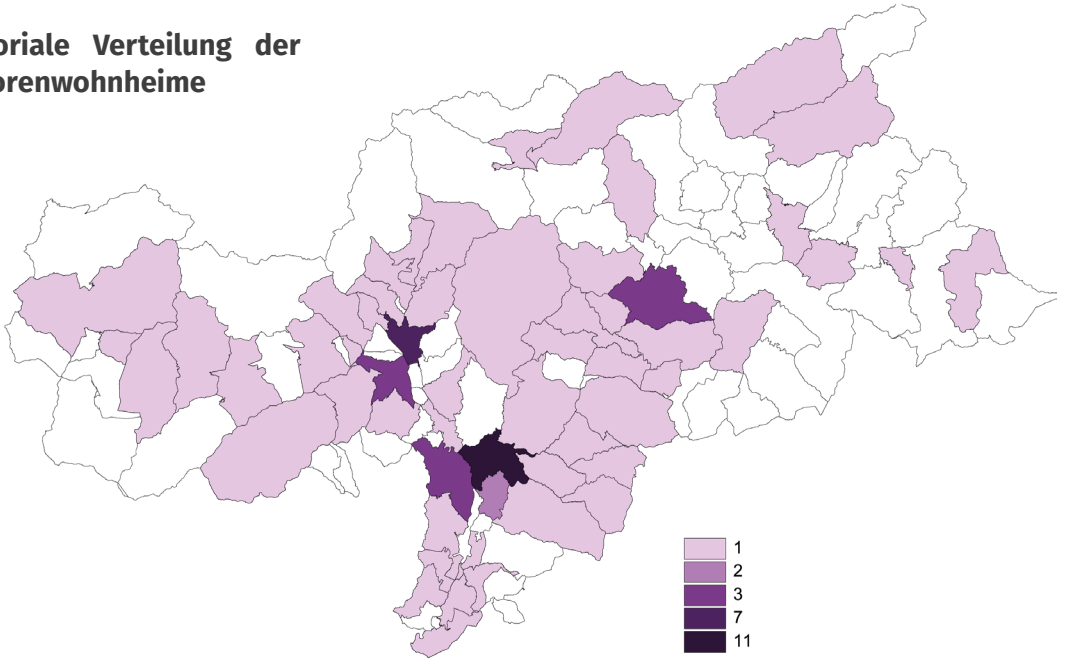
zentrum Firmian. Es wird von der Abteilung für Geriatrie des Südtiroler Sanitätsdienstes verwaltet. Insgesamt stehen rund 4.700 Betten zur Verfügung. Im Jahr 2025 wurden die Informationen von 1.400 neuen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern erfasst (97 % der insgesamt 1.443 neuen Aufnahmen in der Provinz). 62,1 % der neuen Aufnahmen betreffen pflegebedürftige Personen ohne hohen medizinischen Pflegebedarf. 20,6 % sind Personen mit Demenz- und/oder Alzheimer-Problemen. 11,4 % haben einen hohen medizinischen Pflegebedarf und 5,9 % sind Personen im Endstadium oder Wachkomapatientinnen und -patienten.
Bei den neuen Aufnahmen handelt es sich überwiegend um Frauen mit einem Medianalter von 87 Jahren. Das entspricht den demografischen Gegebenheiten der Provinz. Etwa 60 % der über 80-Jährigen sind Frauen, die im Durchschnitt 86,4 Jahre alt sind. Die Männer in dieser Altersgruppe haben ein Durchschnittsalter von 85,6 Jahren.

4.5. RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick
- Dirchgeführte Noteinsätze: **89.396**
- Geplante Krankentransporte: **127.938**

Im Jahr 2025 wurden für den Transport von Personen und medizinischem Material verschiedene Fahrzeuge durch die Rettungsverbände Weißes Kreuz und Rotes Kreuz eingesetzt: 9 Notarztwagen (NAW) bzw. Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 44 moderne Basis-Rettungswagen (RTW), 1 Notfallkrankenwagen (NKTW) für gemischte Transporte, 109 Krankenwagen für nicht dringende Fahrten (Krankentransport (KTW) und Langstreckenkrankentransport), 62 Spezialfahrzeuge für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma und ähnlichem. Zusätzlich ist der Hubschrauberrettungsdienst mit drei Rettungshubschraubern ausgestattet: Pelikan 1, Pelikan 2 und Pelikan 3). In der Sommer- und Wintersaison steht bei Bedarf

Territoriale Verteilung der Seniorenwohnheime



ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites zur Verfügung.

Noteinsätze

Im Jahr 2025 wurden in Südtirol insgesamt 89.396 Noteinsätze durchgeführt – das entspricht einem Tagesdurchschnitt von rund 245 Einsätzen. In 79,6 % der Fälle kamen Rettungsfahrzeuge des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 16,1 % die Fahrzeuge des Roten Kreuzes. Der Landeshubschrauberrettungsdienst war bei 3,0% der Einsätze beteiligt. Der Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites übernahm 1,3 % der Einsätze. Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden über das Jahr hinweg mehr als 2 Millionen Kilometer zurückgelegt – das entspricht durchschnittlich 26 Kilometern pro Einsatz. Der Hubschrauberrettungsdienst absolvierte 3.825 Einsätze mit insgesamt 2.371 Flugstunden, was einem Durchschnitt von rund 37 Flugminuten pro Einsatz entspricht.

Nicht dringende Krankentransporte

Im Jahr 2025 wurden vom Krankentransportdienst insgesamt 127.938 geplante Transporte durchgeführt – das entspricht einem Durchschnitt von rund 351 Einsätzen pro Tag. In 93,3 % der Fälle kamen Fahrzeuge des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 6,6 % die Fahrzeuge des Roten Kreuzes. Für diese nicht dringenden Transporte wurden insgesamt rund 5 Millionen Kilometer zurückgelegt – das entspricht durchschnittlich 38 Kilometern pro Einsatz. Zusätzlich wurden 113 Hubschraubereinsätze für Übungen und nicht dringende Transporte durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 195 Flugstunden absolviert.

4.6. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Abgegebene Medikamentenpackungen: **6,2** Millionen
- Bruttoausgaben insgesamt: **65,0** Millionen Euro

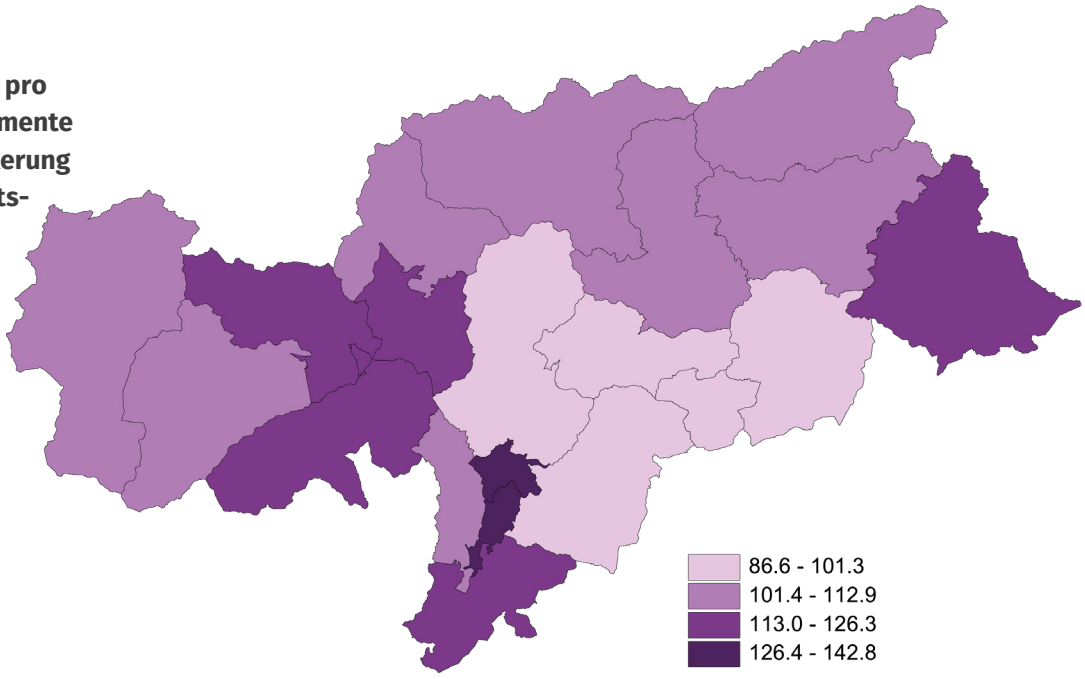
Die territoriale pharmazeutische Versorgung umfasst Medikamente, deren Kosten vom Nationalen Gesundheitsdienst rückerstattet werden. Sie gehören zur Klasse A und sind essenzielle Pharmaka und Pharmaka für chronische Krankheiten. Sie werden über die Apotheken verteilt. Die Abgabe erfolgt auf Verschreibung der Ärztin oder des Arztes. Sie kann kostenlos oder mit teilweiser oder voller Kostenbeteiligung der Bürgerinnen und Bürger erfolgen.

Im Jahr 2025 beträgt das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken Südtirols verteilt wurden, rund 3,2 Millionen Rezepte für ca. 6,2 Millionen abgegebenen Medikamentenpackungen. Im Vergleich zu 2024 wird eine leichte Zunahme von 1,1 % in der Anzahl der Rezepte verzeichnet.

Auch die Anzahl der abgegebenen Medikamentenpackungen verzeichnete einen leichten Anstieg um 1,4 Prozent. Die gesamten Bruttoausgaben stiegen deutlicher (+7,2 Prozent) und erreichten 65,0 Millionen Euro.

Unter Direktabgabe versteht man die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhauseinrichtungen oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an die Patientinnen und Patienten für die Anwendung zu Hause. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2025, ohne Wohneinrichtungen, wur-

Bruttoausgaben pro Kopf für Medikamente der Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel



den zirka 700.500 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 91,3 Millionen Euro.

4.6.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH

Indikatoren im Überblick
- Rezepte Pro-Kopf: **5,5**
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das Herzkreislaufsystem

Im Jahr 2025 belief sich die Zahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte auf 3,2 Millionen. Dies entspricht einer Zunahme von 1,1 % gegenüber dem Vorjahr. Auch die Zahl der Medikamentenpackungen nahm leicht zu (+1,4 %); insgesamt wurden rund 6,2 Millionen Packungen abgegeben. Jede Einwohnerin und jeder Einwohner erhielt im Durchschnitt 5,9 Rezepte und 11,4 Medikamentenpackungen. Diese Werte blieben gegenüber dem Vorjahr stabil. Die Angaben zum Medikamentenverbrauch zeigen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Auf Männer entfielen 5,5 Rezepte pro Kopf, auf Frauen 6,3. Bei Männern wurden 769 tägliche Medikamentendosen je 1.000 Einwohner und 10,8 Packungen pro Kopf verzeichnet, bei Frauen 910 tägliche Medikamentendosen je 1.000 Einwohnerinnen und 12,1 Packungen pro Kopf und Jahr. Auch zwischen den verschiedenen Landesteilen bestehen deutliche Unterschiede. Die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur der Sprengel kann diesen Indikator erheblich beeinflussen. Die Zahl der Rezepte pro Kopf reicht von 4,6 in den Sprengeln Gröden, Eggental-Schlern und Salten-Sarntal-Ritten bis zu 7,0 im Sprengel Bozen. Bruneck weist im Gegensatz zu den

größeren Zentren weiterhin eine geringere Inanspruchnahme von Pharmakotherapien auf, auch im Vergleich zum Landesdurchschnitt.
Die Analyse zeigt, dass im Jahr 2025 in Südtirol 54,1 % der Bevölkerung mindestens ein Medikament eingenommen haben, also mehr als die Hälfte der Bevölkerung. Nach einem jahrelangen Rückgang ist dieser Wert in den vergangenen Jahren wieder gestiegen; 2021 lag die Konsumprävalenz beispielsweise bei 47,8 %. Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenverbrauch deutlich. Bei nahezu allen über 75-Jährigen wurde mindestens eine Medikamentenverschreibung verzeichnet (96,7 %). Das Alter ist somit ein zentraler Prognosefaktor für die Medikamentennutzung.
Medikamente für das Herz-Kreislauf-System stellen mit 41,5 % aller eingenommenen definierten Tagesdosen (DDD) die häufigste therapeutische ATC-Gruppe dar. Es folgen Medikamente für den Magen-Darm-Trakt und den Stoffwechsel mit 26,3 %. Im Sprengel Bozen ist der Verbrauch, gemessen in DDD je 1.000 Einwohner und Tag, bei verschiedenen therapeutischen Gruppen (Magen-Darm-Trakt und Stoffwechsel, Muskel-Skelett-System, Sinnesorgane) im Vergleich zum übrigen Landesgebiet relativ hoch. Im Sprengel Tauferer Ahrntal liegt der Verbrauch von Arzneimitteln für das zentrale Nervensystem mit 105,6 DDD je 1.000 Einwohner und Tag deutlich über dem Landesdurchschnitt von 77,5 DDD je 1.000 Einwohner und Tag.
Statine werden zur Behandlung von Hyperlipidämien eingesetzt und gehören zu den am häufigsten verschriebenen Arzneimitteln der ATC-Gruppe des Herz-Kreislauf-Systems. Sie müssen langfristig eingenommen werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Die Rate der Therapieunterbrechungen zeigt, dass im Jahr 2025 etwa 22,1 % der behandelten Patientinnen und Patienten die Statintherapie unterbrochen haben. Dies weist auf eine unzureichende Meikamentenanwendung hin.

4.6.2. AUSGABEN FÜR ARZNEIMITTEL

Indicatori di sintesi
- Pro Kopf Ausgabe für Arzneimittel: **120 Euro**
- Wirkstoffe mit den höchsten Ausgaben: **Atorvastatin**

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2025 über die territorialen Apotheken abgegebenen und vom Landesgesundheitsdienst erstatteten Arzneimittel beliefen sich auf rund 65,0 Millionen Euro. Gegenüber dem Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von 7,2 %.
Im Durchschnitt gab der Landesgesundheitsdienst etwa 120 Euro pro Kopf für Arzneimittel aus, die ausschließlich über die territorialen Apotheken abgegeben wurden.
Die Bruttoausgaben pro Kopf lagen zwischen 87 Euro im Gesundheitssprengel Gröden und 143 Euro im Sprengel Bozen.
In der Rangliste der Wirkstoffe mit den höchsten Ausgaben steht Atorvastatin, das zur Senkung der Blutfettwerte eingesetzt wird, weiterhin an erster Stelle. Die Ausgaben beliefen sich auf rund 2,3 Millionen Euro bzw. 3,5 % der gesamten Bruttoausgaben im Landesgebiet. An zweiter Stelle folgte Pantoprazol, das zur Behandlung von Magengeschwüren und gastroösophagealen Erkrankungen eingesetzt wird, mit Ausgaben von rund 2,2 Millionen Euro bzw. 3,4 % der gesamten Bruttoausgaben. Die ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen machen mehr als ein Drittel der Arzneimittelausgaben aus. Die meisten davon entfallen auf Arzneimittel für den Magen-Darm-Trakt und

das Herz-Kreislauf-System.

4.6.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- In **10,5%** der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Gesamtausgaben für Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten abgegeben wurden: **91,3** Millionen Euro

Unter Direktabgabe versteht man die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhauseinrichtungen oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patientinnen und Patienten zur Anwendung zu Hause

Alle Arzneimittel, mit Ausnahme jener für den ausschließlichen Krankenhausgebrauch, werden über die territorialen Apotheken abgegeben oder verkauft. Die Arzneimittel des Krankenhaus-Territorium-Handbuchs (PHT) können von den Sanitätsbetrieben angekauft und direkt an die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen verteilt werden. Die Abgabe dieser Arzneimittel kann auch über die territorialen Apotheken erfolgen, wobei für diese Dienstleistung ein Entgelt vereinbart wird (Arzneimittelabgabe über Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes). Auch die Abgabe von Arzneimitteln an Wohneinrichtungen wie Altersheime, Gefängnisse und psychiatrische Zentren wird zur Direktabgabe gezählt.

Im Jahr 2025 erhielten ohne Berücksichtigung der Menschen in betreuten Wohneinrichtungen 10,5 % der Bevölkerung, das entspricht rund 58.500 Personen, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten zur Anwendung zu Hause. Gemessen an der Zahl der abgegebenen Packungen stehen Arzneimittel für Blut und blutbildende Organe an erster Stelle. Es folgen Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und des Stoffwechsels. In den Wohneinrichtungen überwiegen Arzneimittel für das zentrale Nervensystem; sie machen rund 46 % der insgesamt abgegebenen Medikamentenpackungen aus.

Im Jahr 2025 blieben, wie bereits im Vorjahr, der Kombinationswirkstoff „Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor“ sowie der Wirkstoff Ivacaftor, die zur Behandlung von Mukoviszidose eingesetzt werden, die Wirkstoffe mit den höchsten Ausgaben im Rahmen der Direktabgabe. Zusammen beliefen sich die Ausgaben auf 7,0 Millionen Euro.

Die Gesamtausgaben für Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten abgegeben wurden, beliefen sich auf 91,3 Millionen Euro. In den vergangenen Jahren war ein stetiger Anstieg der Ausgaben für Arzneimittel in der Direktabgabe zu verzeichnen. Gegenüber 2024 betrug der Anstieg 6,6 % und war hauptsächlich auf die weiter steigenden Ausgaben für antineoplastische und immunmodulierende Arzneimittel zurückzuführen. Hinzu kamen 3,5 Millionen Euro als Entgelt für die Abgabe dieser Arzneimittel über die Apotheken vor Ort. Etwa 430.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes abgegeben.

Der Ankaufspreis für Arzneimittel, die in Wohneinrichtungen abgegeben werden, beträgt mehr als 3,7 Millionen Euro. Etwa die Hälfte dieser Ausgaben entfällt auf Arzneimittel für Patientinnen und Patienten in Pflegeheimen. Mehr als ein Drittel der Ausgaben entfällt auf

die Versorgung von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Zentren.

4.7. BETREUUNG IN HOSPIZ EINRICHTUNGEN

Indikatoren im Überblick
- Gesamte Bettenanzahl in den Hospiz Einrichtungen: **29**
- Zugang zur Hospiz-Betreuung: **700**

Einrichtungen, die Palliativbehandlungen anbieten, sind Teil eines Betreuungsnetzwerks, das auf interdisziplinäre Teamarbeit setzt und den Fokus auf die häusliche Versorgung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen legt. Wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, erfolgt die Aufnahme in spezialisierte Hospiz-Einrichtungen. Dort ist die technische Ausstattung bewusst reduziert, dafür steht die menschliche und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau im Vordergrund.
Das Gesetz Nr. 38/2010 sieht zwei zentrale Versorgungsformen vor, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden: Palliativbehandlung und Schmerztherapie. Zudem hat das Gesundheitsministerium ein Monitoring-System eingeführt, mit dem die erbrachten Leistungen systematisch erfasst und ausgewertet werden können. Die nationalen Leitlinien zur Betreuung in Hospizen (Ministerialdekret vom 6. Juni 2012) wurden von der Autonomen Provinz Bozen mit dem Beschluss Nr. 688/2013 übernommen und umgesetzt.

Die Einrichtungen

In Südtirol stehen drei Einrichtungen für die stationäre Hospiz- und Palliativbetreuung zur Verfügung: Das Krankenhaus Bozen, das Krankenhaus Bruneck und die Privatklinik Martinsbrunn.
Im Krankenhaus Bozen sind 11 Betten für stationäre Aufenthalte und 1 Bett für die Tageshospiz-Betreuung vorgesehen. Die Privatklinik Martinsbrunn stellt 12 Betten, das Krankenhaus Bruneck 5 Betten bereit.
Die Versorgungskapazität wird anhand des Verhältnisses zwischen der Anzahl der Hospizbetten und der Zahl der an Tumorerkrankungen verstorbenen Personen im jeweiligen Einzugsgebiet bewertet. In Südtirol stehen 2,3 Betten je 100 Krebstodesfälle zur Verfügung. Damit wird der auf nationaler Ebene vorgesehene Standard von 1,8 Betten übertroffen.
Die Wartezeit für einen Hospizplatz beträgt durchschnittlich 1,3 Tage. In 91,4 % der Fälle erhalten Patientinnen und Patienten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung Zugang zur Einrichtung. Rund 16,1 % der Aufnahmen erfolgen in den letzten drei Lebenstagen der betreuten Personen.

Die Hospiz-Tätigkeit

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 700 Zugänge in die Hospiz-Einrichtungen in Südtirol verzeichnet, darunter 42 im Tageshospiz. Insgesamt wurden 7.765 Betreuungstage geleistet – davon 61 im Tageshospiz. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 11,7 Tage.
Bei nahezu allen aufgenommenen Personen lag eine onkologische Diagnose vor (80,4 %). Das häufigste Aufnahmesymptom war Schmerz im Zusammenhang mit einer

Tumorerkrankung (32,9 %), gefolgt von Atemnot und Atemstörungen (17,4 %) sowie allgemeinem Unwohlsein und Erschöpfung (13,9 %).

In 32,9 % der Fälle war der nicht klinische Grund für die Aufnahme in die Hospiz-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal im häuslichen Umfeld. Die zentrale Leistung, die die Betreuung im Hospiz am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (44,1 %), gefolgt von der Kontrolle von Atemnot (18,3 %) und der Behandlung verhaltenspsychologischer Symptome (9,9 %).

KAPITEL 5

KRANKENHAUSVERSORGUNG

Die Krankenhausversorgung sorgt für die Behandlung von Krankheiten, die sofortige Diagnosen oder Therapien erfordern, von akuten Erkrankungen, die nicht ambulant oder zu Hause behandelt werden können, sowie von langwierigen Krankheiten, die eine Behandlung erfordern, die nur im Krankenhaus möglich ist.

5. KRANKENHAUS-VERSORGUNG

Zu den grundlegenden Tätigkeiten der „Krankenhausversorgung" gehören:

1. Notaufnahme
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 privat geführten Kliniken in Südtirol sind: „Marienklinik", „L. Bonvicini", „Melittaklinik/ Villa Melitta 2“, „Dolomiti Sportclinic", „Brixsana", „Villa St. Anna", „Salus Center“, „City Clinic Bozen" und „Salus Clinic“.

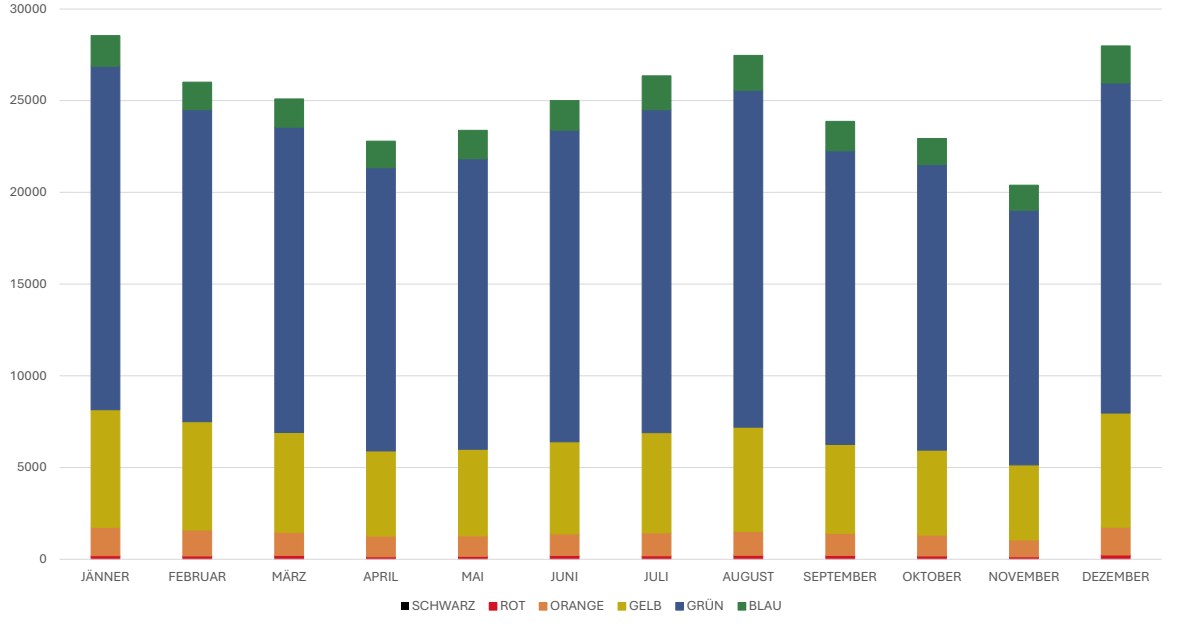
5.1 NOTAUFNAHMEDIENSTE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: **299.823**
- Zugangsrate von **449,1** pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner

Alle öffentlichen Krankenhäuser in Südtirol

Anzahl der Zugänge zu den Notaufnahme Diensten der Krankenhäuser nach Triage



verfügen über einen Notaufnahmedienst. Im Jahr 2025 wurden über 194.000 Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmediensten behandelt, was insgesamt zu 299.823 Zugängen führte. Rund 10.000 Personen (entspricht 5,3 %) suchten die Notaufnahmedienste mehr als viermal im Laufe des Jahres auf. Die Zugangsrate lag bei 449,1 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner – einer der höchsten Werte im nationalen Vergleich.

Die Einstufung der Fälle nach Triage-Kategorien zeigt folgende Verteilung: 0,8 % sehr kritisch (rote Triage), 5,0 % kritisch (orange Triage), 21,0 % mittelkritisch (gelbe Triage), 66,7 % wenig kritisch (grüne Triage) und 6,5 % nicht kritisch (blaue Triage).

Nach der Behandlung wurden 85,7 % der Patientinnen und Patienten wieder nach Hause entlassen, während knapp 3 % das Krankenhaus auf eigenen Wunsch verließen. Die stationäre Aufnahmequote variiert je nach Krankenhaus: 10,3% im Krankenhaus Bozen, 9,6 % in Brixen und 5,1 % in Schlanders. Diese Unterschiede lassen sich unter anderem durch unterschiedliche Organisationsformen und Abläufe in den jeweiligen Einrichtungen erklären.

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: **1.439,** 2,6 je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.
- Akutaufenthalte: **76.923** insgesamt, davon **59.162** ordentliche Aufenthalte und **17.761** Tagesklinikaufenthalte

Im Jahr 2025 standen in den Krankenhauseinrichtungen des Landes insgesamt 1.439 Akutbetten zur Verfügung; 92,6% davon entfielen auf öffentliche Krankenhäuser. Unter Berücksichtigung des öffentlichen Angebots sowie der von akkreditierten bzw. mit dem Gesundheitsdienst vertragsgebundenen privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen entsprach die Bettenverfügbarkeit 2,6 Akutbetten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Dieser Wert liegt unter dem nationalen Richtwert von 3,0 Akutbetten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, der für öffentliche Krankenhäuser und vertragsverbundenen Organisationseinheiten privater Einrichtungen durch das Gesetzesdekret vom 6. Juli 2012, Nr. 95, im Rahmen der Spending-Review-Regelungen vorgesehen ist.

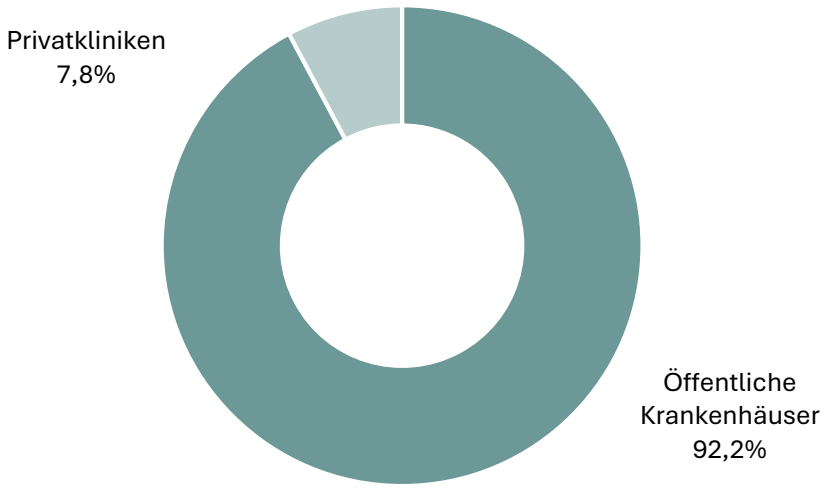
Für die Leistungserbringung im Tagesklinikregime standen 162 Betten zur Verfügung. Darüber hinaus verfügten die öffentlichen Krankenhauseinrichtungen über 74 Säuglingsbetten, die vollständig dem öffentlichen Versorgungsangebot zugeordnet waren.

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 76.923 Akutaufenthalte registriert; davon entfielen 59.162 Aufenthalte, entsprechend 76,9%, auf das ordentliche stationäre Regime und 17.761 Aufenthalte, entsprechend 23,1%, auf das Tagesklinikregime. Im Sinne der ministeriellen Klassifikation umfasst die Akut-Kasuistik alle aus Organisationseinheiten entlassenen Patientinnen und Patienten, die nicht der Rehabilitation, funktionellen Wiederherstellung oder Langzeitpflege zugeordnet sind; gesunde Neugeborene mit Zuordnung zur DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ sind von dieser Definition ausgenommen.

Gegenüber 2024 ist insgesamt ein Rückgang der Krankenhausaufenthalte um 0,9% zu verzeichnen. Der überwiegende Anteil der Akutversorgung, nämlich 92,2%, wurde von öffentlichen Krankenhauseinrichtungen erbracht.

Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölke-

Prozentuelle Aufteilung der ordentlichen Krankenhausaufenthalte (ausgeschlossen gesunde Neugeborene) nach Art der Krankenanstalt



rung lag im Jahr 2025 bei 132,6 Akutaufenthalten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner; sie setzte sich aus 101,4 ordentlichen stationären Aufenthalten und 30,8 Tagesklinikaufenthalten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner zusammen. Die Berechnung umfasst die in öffentlichen Krankenhäusern und vertragsverbundenen Abteilungen privater Einrichtungen im Landesgebiet erbrachten Aufenthalte sowie die im Ausland in Anspruch genommenen Krankenhausaufenthalte. Auch 2025 liegt die Gesamt-Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung unter dem nationalen Zielwert von 160 Aufenthalten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner gemäß Spending-Review-Regelung. Die nach Geschlecht und Alter standardisierte Hospitalisierungsrate, bereinigt um Effekte der unterschiedlichen demografischen Struktur, beträgt 138,9 Aufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck weisen mit 160 bzw. 157 Aufenthalten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner höhere Werte auf.

5.2.1. ORDENTLICHE STATIONÄRE AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Stationäre Akutaufenthalte: **59.162** insgesamt; 92,2 % in den öffentlichen Krankenhäusern
- Aufenthaltstage für stationäre Akutaufenthalte: **359.999**; 96,3 % in den öffentlichen Krankenhäusern

Im Jahr 2025 zeigt die ordentliche stationäre Akutversorgung gegenüber dem Vorjahr einen leichten Rückgang mit einer Veränderung von -1,8%.

Im Jahresverlauf wurden in den Südtiroler Krankenhauseinrichtungen 59.162 stationäre Akutaufenthalte erbracht, mit insgesamt

359.999 Aufenthaltstagen. Die öffentlichen Einrichtungen erbrachten 92,2% der stationären Aufenthalte und absorbierten 96,3% der gesamten Aufenthaltstage. Das Zentralkrankenhaus Bozen konzentrierte 34,4% der gesamten Landes-Kasuistik auf sich.

Die Altersverteilung bestätigt die hohe epidemiologische und versorgungsbezogene Relevanz der erwachsenen und älteren Bevölkerung: 37,3% der stationären Aufenthalte betrafen Personen im Alter von 30 bis 64 Jahren, während 30,3% Patientinnen und Patienten über 75 Jahre betrafen.

Die Indikatoren zur Nutzung der Produktions-kapazität weisen eine durchschnittliche Bettenauslastung von 78,6% der verfügbaren Zeit aus. Im Jahresverlauf wurde jedes Bett im Durchschnitt von 50,2 unterschiedlichen Patientinnen und Patienten genutzt; das mittlere Turnover-Intervall zwischen Entlassung und nachfolgender Aufnahme betrug 1,6 Tage.

Die mittlere Verweildauer in den öffentlichen Krankenhauseinrichtungen blieb gegenüber 2020 und den Folgejahren im Wesentlichen stabil und lag bei 6,4 Tagen.

Das Komplexitätsprofil der in den öffentlichen Landeskrankenhäusern behandelten Kasuistik, gemessen anhand des mittleren DRG-Gewichts, beträgt 1,18. Dieser Wert liegt unter dem zuletzt verfügbaren nationalen Richtwert von 1,31 für das Jahr 2024. Der Case-Mix-Index der öffentlichen Landeskrankenhäuser beträgt im Jahr 2024 0,89; der höchste Wert wurde mit 1,29 im Krankenhaus Innichen verzeichnet.

Die stationären Ein-Tages-Aufenthalte beliefen sich insgesamt auf 8.952, davon 4.316 als nicht dringend klassifiziert; sie entsprechen 15,1% der gesamten stationären Leistungsproduktion.

Bezogen auf die Versorgungsart wurde 59% der stationären Aufenthalte in den Landeseinrichtungen eine medizinische DRG zugeordnet. Unter den öffentlichen Krankenhäusern weisen insbesondere die Krankenhäuser Schlanders mit 79,2% und Bruneck mit 71,9% besonders hohe Anteile medizinischer DRGs auf.

Die Analyse der DRG-Verteilung zeigt, dass 14 diagnostisch-therapeutische Gruppen etwa 30,0% der stationären Aufenthalte in der Provinz Bozen konzentrieren. Die häufigsten Aufnahmeursachen sind die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ mit 5,0% der Aufenthalte sowie die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten“ mit 4,5%.

5.2.2. TAGESKLINIKAUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinikaufenthalte von Akutkranken: **17.761** insgesamt; 92,1 % in den öffentlichen Krankenhäusern
- Tagesklinikaufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: **12.316** insgesamt; 69,3 % der gesamten Tagesklinikproduktion

Im Jahr 2025 wurden 17.761 Tagesklinikaufenthalte registriert, was einem Anstieg von 2,2% gegenüber 2024 entspricht. 92,1% der Leistungsproduktion wurde von den öffentlichen Landeskrankenhäusern erbracht. Die für die Tagesklinik vorgesehenen Betten befinden sich nahezu vollständig in öffentlichen Einrichtungen, mit 150 öffentlichen gegenüber 12 privaten Betten. In den öffentlichen Krankenhäusern generierte jeder medizinische Tagesklinikaufenthalt im Durchschnitt 2,5 Zugänge bzw. Behandlungstage.

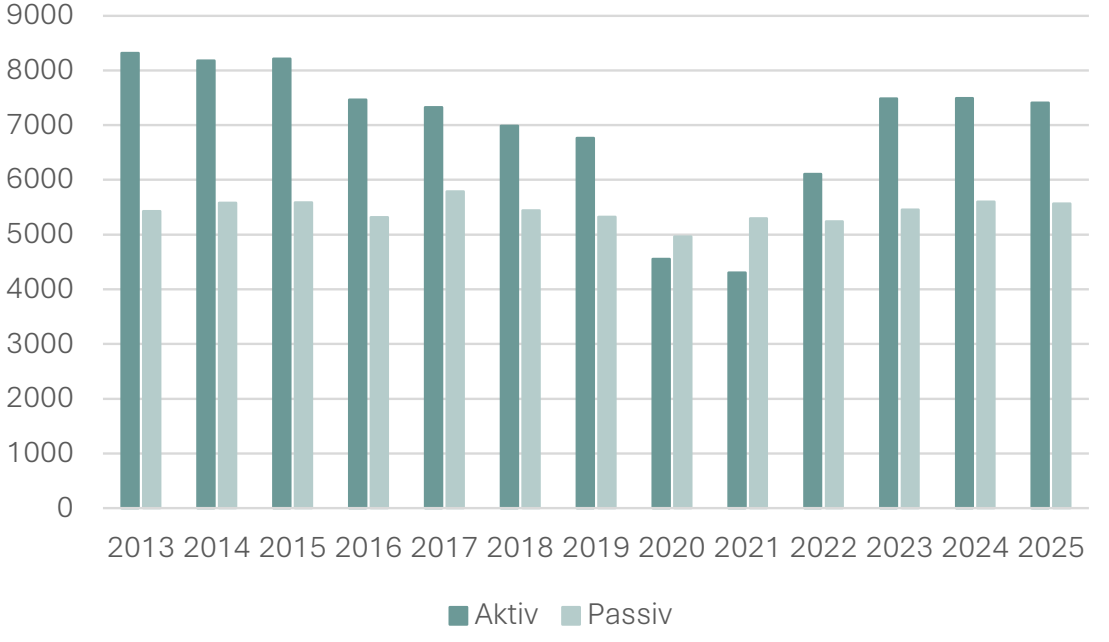
Die im Tagesklinikregime behandelte Kasuistik

weist eine überwiegend erwachsene Altersstruktur auf: 46,5% der Patientinnen und Patienten waren zwischen 30 und 64 Jahre alt, während 32,3% älter als 64 Jahre waren.
Die Tagesklinikleistung war überwiegend chirurgisch geprägt. 12.316 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugeordnet; dies entspricht 69,3% der gesamten Tagesklinikproduktion. Die Krankenhäuser Innichen, Sterzing und Schlanders weisen einen Anteil chirurgischer tagesklinischer Tätigkeit von über 80% auf.
Die häufigste Indikation für chirurgische Tagesklinikbehandlungen war die DRG 162 „Eingriffe wegen Inguinal- und Femoralhernien, Alter > 17, ohne Komplikationen“ mit 9,8% der Aufenthalte. Es folgt die DRG 364 „Dilatation und Kürettage, Konisation, ausgenommen bei malignen Neoplasien“ mit einem Anteil von 6,2%.
Zwölf DRGs bündeln über 50% der gesamten chirurgischen Tagesklinikleistung und weisen damit auf eine ausgeprägte Konzentration der Kasuistik auf eine relativ begrenzte Anzahl von Prozeduren hin.
Die medizinischen Tagesklinikaufenthalte waren überwiegend der DRG 467 „Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ zuzuordnen; diese wurde in 9,1% der Fälle vergeben.

5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT

Indikatoren im Überblick
- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten:

Aktive und passive Mobilität der Krankenhausaufenthalte für Akutpatienten (ordentliche und tagesklinische Aufenthalte insgesamt) - Jahre 2013-2025



7.407

- Aufenthalte der Südtiroler Bevölkerung in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: **3.814**

Im Verlauf des Jahres 2025 erbrachten die Südtiroler Krankenhauseinrichtungen insgesamt 76.923 stationäre und Tagesklinikaufenthalte; davon entfielen 7.407 auf Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz außerhalb Südtirols.
Die Südtiroler Wohnbevölkerung nahm insgesamt 74.564 ordentliche stationäre und Tagesklinikaufenthalte in Anspruch. Davon wurden 3.814 im übrigen Italien, 910 in Österreich und 839 in anderen Staaten erbracht (auf Grundlage der verfügbaren Daten für das Jahr 2024).
Der Attraktionsindex für stationäre und Tagesklinikaufenthalte von Akutpatientinnen und -patienten betrug 9,6 % für die aktive außerprovinzielle Mobilität.
Der Fluchtindex für die passive außerprovinzielle Mobilität lag bei 7,4 %; die Hauptkomponente entfiel auf Krankenhausaufenthalte im übrigen Italien mit 5,1 %, gefolgt von Aufenthalten in Österreich mit 1,2 % und in anderen Staaten mit 1,1 %.
Im Jahr 2025 wurden 910 Aufenthalte von in Südtirol ansässigen Patientinnen und Patienten in vertragsgebundenen österreichischen Einrichtungen registriert; dies entspricht einem Rückgang von 11,2% gegenüber 2024.
Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählen der „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation“ mit 16,0 % sowie die „primäre Hypertonie“ mit 13,2 % der Aufenthalte.
Im Jahr 2025 nahm die Universitätsklinik Innsbruck insgesamt 819 in Südtirol ansässige Patientinnen und Patienten auf, davon 805 im stationären Regime und 14 in der Tagesklinik; dies entspricht 90 % der Krankenhausaufenthalte in vertragsgebundenen österreichischen Einrichtungen. Die am stärksten von der Mobilität nach Innsbruck betroffenen Organisationseinheiten waren Orthopädie und Traumatologie mit 13,9 % der gesamten Aufenthalte sowie Pädiatrie mit 12,6 %.

5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSBETREUUNG

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die postakute Versorgung: **394**
- Postakute Aufenthalte: **3.599**

Dieser Abschnitt beschreibt die Versorgungstätigkeit der öffentlichen und privaten Krankenhäuser Südtirols im Bereich der postakuten Betreuung, insbesondere in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation, Neurorehabilitation sowie Langzeitpflege. Für die postakute Krankenhausversorgung standen im Jahr 2025 insgesamt 394 vertragsgebundene Betten zur Verfügung. Davon entfielen 102 Betten (25,9 %) auf öffentliche Krankenhäuser und 292 Betten (74,1 %) auf Privatkliniken. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der verfügbaren Betten um 25 Einheiten gestiegen.

5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: **21,8** Tagen
- Durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei Aufnahme: **73,4** Punkten

Im Jahr 2025 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 3.366 Aufenthalte (3.175 stationäre Aufenthalte und 191 Tagesklinik-Aufenthalte) registriert. Zusätzlich wurden 233 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 85,3 % der stationären Aufenthalte zur funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, während 14,7 % in öffentlichen Krankenhäusern der Provinz durchgeführt wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag landesweit bei 21,8 Tagen. Tagesklinik-Aufenthalte machten 5,7 % aller Aufenthalte in diesem Bereich aus. Im Jahr 2025 wurden 73,0 % der stationären Aufenthalte zur funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Erkrankungen und Störungen des Muskel-, Skelett- und Bindegewebes“ zugeordnet. Weitere 20,7 % entfielen auf MDC 1 „Erkrankungen und Störungen des Nervensystems“. Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich zu 92,1 % auf MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems". 92,2 % der stationären Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 7,6 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,2 % als Bewertungsaufenthalte. Bezogen auf die Krankheitsgruppen betrafen 70,5 % der stationären Aufenthalte orthopädische Pathologien (z. B. Amputationen, Gelenkerkrankungen, Schmerzen, orthopädisch-traumatologische Beschwerden), 19,8 % neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfälle, Hirnerkrankungen, Neuropathien, Myelopathien), und 9,7 % andere Schädigungen. Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei Aufnahme lag im Jahr 2025 bei 73,4 Punkten. Unter diesem Durchschnitt lagen die Privatklinik Bonvicini mit 59,0 Punkten sowie die Privatklinik Villa St. Anna mit 70,3 Punkten. Die höchsten durchschnittlichen Punktezahlen erzielten das Krankenhaus Bruneck (84,9 Punkten) und das Krankenhaus Brixen (83,9 Punkten). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei Entlassung lag im Jahr 2025 bei 96,7 Punkten. Den größten durchschnittlichen Zuwachs verzeichnete dabei die Privatklinik Melittaklinik. Im Jahr 2025 wurden in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungscode 75) insgesamt 233 Aufenthalte verzeichnet – davon 163 stationär und 70 tagesklinisch. Davon entfielen 181 Aufenthalte auf das Krankenhaus Sterzing und 27 auf die Privatklinik Melittaklinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 58,3 Tagen. Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei Aufnahme betrug 40,7 Punkte, bei Entlassung 74,4 Punkte – und lag damit unter den Werten der Aufenthalte zur funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 33,6 Punkte, die tägliche Effizienz lag bei 0,6 Punkten pro Tag.

5.3.2. LANGZEITPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: **27,2** Tage
- Hospitalisierungsrate: **3,3** pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungscode 60) wurden im Jahr 2025 insgesamt 1.785 Aufenthalte verzeichnet, davon 1.567 (entspricht 87,8 %) in Privatkliniken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 27,2 Tage, die Hospitalisierungsrate lag bei 3,3 pro

1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Mehr als 70 % der Patientinnen und Patienten waren über 75 Jahre alt, wobei die Privatklinik Bonvicini und Villa St. Anna jeweils einen Anteil von rund 80 % in dieser Altersgruppe aufwiesen. Die häufigsten Primärdiagnosekategorien bei postakuten Langzeitpflegeaufenthalten waren „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" mit 57,9 % und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" mit 11,2 %. Der Verlauf der Aufenthalte stellte sich wie folgt dar: 65,3 % endeten mit der Entlassung nach Hause, 11,4 % mit einer Verlegung in eine Akutabteilung, 9,7 % mit der Entlassung in eine außerstationäre Einrichtung (z. B. Pflegeheim, Seniorenheim), 2,2 % mit einer Verlegung in eine Rehabilitationsabteilung, 4,5 % wurden von regionalen Diensten weiterbetreut, 3,3 % der Patientinnen und Patienten verstarben während des Aufenthalts.

KAPITEL 6

GESUNDHEITSAUSGABEN

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen: **2.007,274** Mio Euro
- Öffentliche Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen: **155,036** Mio Euro

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2025 auf insgesamt 2.007,274 Mio. EUR, eine Zunahme (+4,96 %) gegenüber dem Jahr 2024 (1.912,350 Mio. EUR in konstanten Euro).

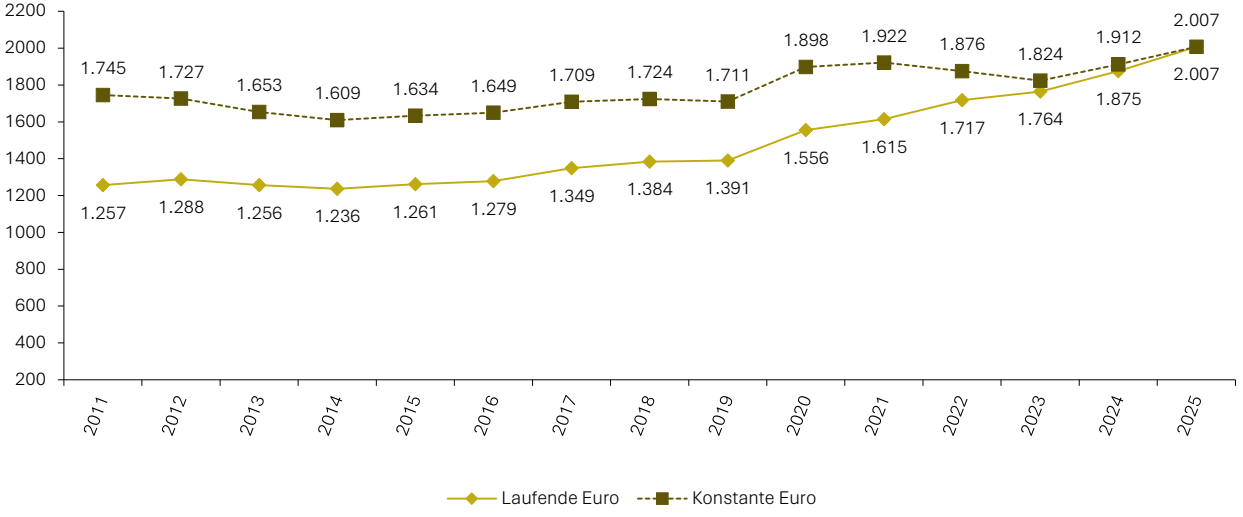
92,28 % der Gesamtausgaben des Jahres 2025 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 7,72% betrafen die Investitionsausgaben.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2025 auf 1.852,238 Millionen Euro beziffern. Die Ausgaben des Sanitätsbetriebs setzen sich vornehmlich aus den Personalkosten (46,09 %) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (20,57 %) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (14,81 %), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (9,30 %) und sonstige Kosten (9,23 %).

Die Investitionen im Jahr 2025 beliefen sich auf 155,036 Mio. EUR und betrafen hauptsächlich Instandhaltungs-, Renovierungs-, Erweiterungs- oder Bauarbeiten an Immobilien für die Gesundheitsversorgung und in geringerem Umfang den Erwerb von elektromedizinischen Geräten und IT-Produkten.

Die laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf beliefen sich im Jahr 2025 auf 3.356 EUR, was einer Zunahme von 2,27 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (3.282 EUR in konstanten Euro).

Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen
Jahre 2011-2025 (Beträge in Millionen Euro)



https://gesundheitsbeobachtung.provinz.bz.it/de/home

Beobachtungsstelle für Gesundheit
Landhaus 12
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1
39100 Bozen
Tel. +39 0471 418040
Fax +39 0471 418048
gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it