



GESUNDHEITSBERICHT

ZAHLEN UND FAKTEN 2017

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL

Gesundheit
Beobachtungsstelle für Gesundheit



PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Salute
Osservatorio per la Salute

INHALTSVERZEICHNIS

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG	4
1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG	5
1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG	6
1.3. GEBURTENRATE	6
1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (WOHNBEVÖLKERUNG)	7
1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (WOHNBEVÖLKERUNG)	8
1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG	9
2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT	10
2.1. LEBENSSTILE	11
2.1.1. ERNÄHRUNG	11
2.1.2. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	11
2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT	12
2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH	13
2.2. KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT	13
2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN	14
2.2.2. INFektionsKRANKHEITEN	15
2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE	15
2.2.4. DIABETES	16
2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN	18
2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS	19
2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN	19
2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN	20
3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT	22
3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING	23
3.2. VORBEUGUNG VON INFektions- UND PARASITEN-ERKRANKUNGEN, INKLUSIVE IMPFPROGRAMME	24
3.3. SCHUTZ VON GESUNDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD	26
3.3.1. LEBENSUMFELD	26
3.3.2. ARBEITSUMFELD	28

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH	28
3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT	29
3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN	31
3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN	31
3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN	32
4. TERRITORIALE VERSORGUNG	34
4.1. SPRENGELVERSORGUNG	35
4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG	36
4.1.2. HAUS- UND KRANKENPFLEGE	37
4.1.3. DIE VERSORGUNG VON MUTTER UND KIND	39
4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	39
4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN	40
4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT	41
4.3. STATIONÄRE REHABILITATION	40
4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST	42
4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG	43
4.5.1. MEDIKAMENTENVERBRAUCH AUF DEM TERRITORIUM	42
4.5.2. AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE	45
4.5.3. DIREKTABGABE DER MEDIKAMENTE	46
4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN	47
4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN	47
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN	48
5. KRANKENHAUSVERSORGUNG	50
5.1. ERSTE HILFE	51
5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN	51
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE	53
5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE	54
5.2.4. KRANKENHAUSMOBILITÄT	55
5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG	56
5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION	56
5.3.2. LANGZEITPFLEGE	58
6. GESUNDHEITSAUSGABEN	60

KAPITEL 1

BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG

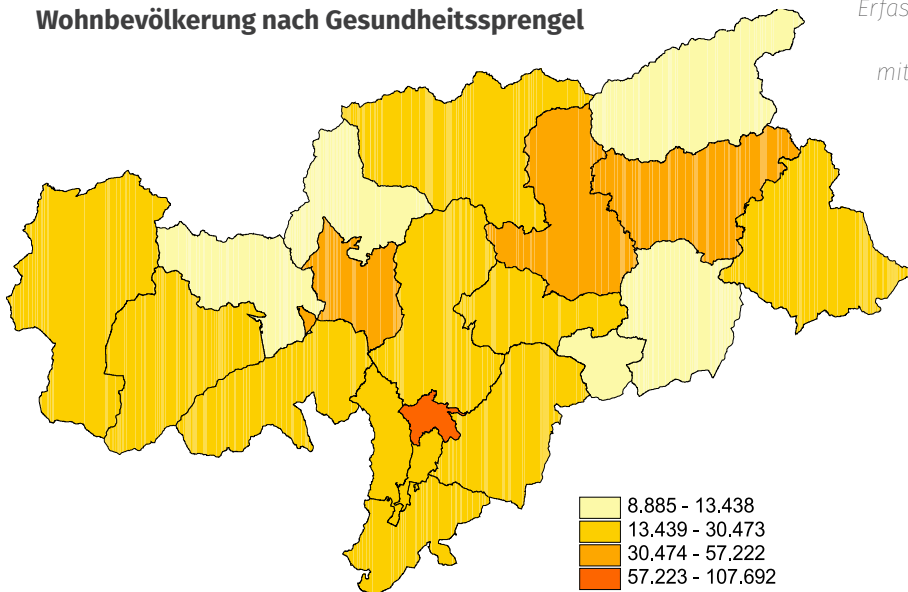


Der Teil über die versorgungsberechtigte Bevölkerung enthält die wichtigsten demographischen Daten zur Südtiroler Wohnbevölkerung: Bevölkerungsstruktur und territoriale Verteilung, Lebenserwartung, Geburtenrate und Wachstumsindikatoren.

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG

Das Landesamt für Statistik (ASTAT) legt die offizielle Landesbevölkerung zum 31. Dezember des Bezugsjahres auf der Grundlage der von den Meldeämtern aller Südtiroler Gemeinden gelieferten Daten fest. Unter diese Bevölkerung fallen alle lebenden, auf dem Landesgebiet zum 31. Dezember ansässigen Bürger. Ausgeschlossen werden Personen, die vor diesem Zeitpunkt (wegen Tod oder Abwanderung) aus der Bevölkerung ausgetreten sind, jedoch für einen Teil des Jahres vom Landesgesundheitsdienst (LGD) versorgt wurden. Für die Berechnung der Indikatoren, sofern nicht anders angegeben, wurde die offizielle ASTAT Bevölkerung verwendet.

Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel



1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG

Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung: **528.829** Einwohner
- Bevölkerungsdichte von **71** Einwohnern pro km²

Im Jahr 2017 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 528.829 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 71 Einwohnern pro km². 55,0 Prozent des Landesgebietes weisen einen niedrigen Urbanisierungsgrad* auf, 21,1 Prozent einen mittleren Urbanisierungsgrad und 23,9 Prozent einen hohen Urbanisierungsgrad (Volkzählung 2011).

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

**Das Konzept der "Urbanisierung" wurde zur Erfassung der Merkmale des Gebiets eingeführt. In einem Gebiet mit mittlerer Besiedelungsdichte leben jeweils mehr als 100 Einwohner pro Quadratkilometer und die Gesamtbevölkerung beträgt mindestens 50 000 Einwohner, oder es handelt sich um eine Gruppe, die an ein dicht besiedeltes Gebiet grenzt.*

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG

Indikatoren im Überblick

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

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 97,7 Männer. Das Durchschnittsalter der Südtiroler Bevölkerung ist mittlerweile auf 42,1 Jahre (40,8 Jahre für Männer und 43,4 Jahre für Frauen) geklettert und somit um 0,8 Punkte im letzten Fünfjahreszeitraum gestiegen. Der Altersindex mit 122,7 Personen im Alter ab 65 Jahre je 100 Kinder unter 14 Jahren ist in den letzten fünf Jahren um 6,9 Punkte gestiegen und fällt bei den Frauen höher (142,5 Prozent) als bei den Männern (104,1 Prozent) aus. Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 168,7 Prozent. Die Belastungsquote* beträgt derzeit 54,4 Prozent und liegt damit unter dem gesamtstaatlichen Schnitt von 56,1 Prozent. Für die Frauen (58,0 Prozent) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,8 Prozent).

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Landessterbetafeln aus dem Jahr 2015 80,8 Jahre für die Männer und 85,7 Jahre für die Frauen. ISTAT-Schätzungen für das Jahr 2016 zufolge besitzt Südtirol eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (81,3 gegenüber 80,6 für die Männer und 86,1 gegenüber 85,1 für die Frauen). Die Lebenserwartung bei der Geburt verlief in den letzten Jahren konstant zunehmend: Sie verlängerte sich in den letzten zehn Jahren für die Männer um 2,5 Jah-

re, für die Frauen um 1,5 Jahre. Im Vergleich zum Jahr 2015 hat sich die Lebensdauer der Männer (0,5 Jahre) und der Frauen (0,4 Jahre) verlängert. Die Lebenserwartungsdifferenz zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren nach der Sterbetafeln 1977-79 auf 4,8 Jahre nach den neueren Tafeln).

** Verhältnis zwischen der Zahl der nicht Erwerbstätigen und jener der Erwerbstätigen*

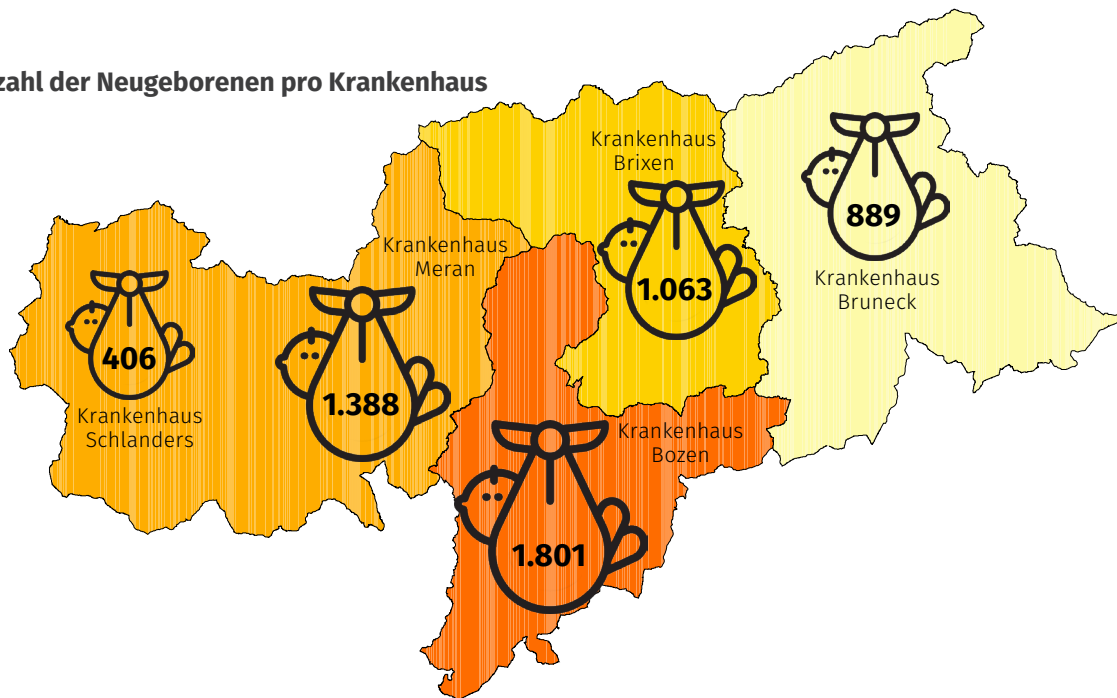
1.3. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: **5.580**
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: **5.246**
- Geburtenrate: **10,5** Neugeborene auf 1.000 Einwohner

Aus strategischer Sicht ist die Betreuung während der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Geburt und des Neugeborenen für das Gesundheitssystem sehr wichtig, da sie sich auf das Wohlergehen der gesamten Bevölkerung auswirkt. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Eigenschaften und kritischen Punkte der Betreuung zu überwachen. Im Jahr 2017 wurden in Südtirol 5.580 Kinder geboren, 5.246 davon von ansässigen Müttern (94,0 Prozent), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2017 kommt es zu einem Rückgang der Neugeborenen im Vergleich zum Vorjahr (5.674 Neugeborene) aber im Einklang mit dem Durchschnitt der letzten Jahre (durchschnittliche Anzahl im Zeitraum 2013-2016 ca. 5.600 Geburten). Fast alle Geburten fanden in den Geburtsstellen der Krankenhäuser des Landes statt, 33 waren Hausgebur-

Anzahl der Neugeborenen pro Krankenhaus



ten. Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol weiterhin ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Betreuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten. Die Geburtenrate beträgt 10,5 Neugeborene pro 1.000 Einwohner bleibt auch in Jahr 2017 der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 7,7 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

* Quelle: demografische Indikatoren 2017 - ISTAT

1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: **31,4** Jahre
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: **28,7** Prozent
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: **89,8** Prozent

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Frauen bei der Entbindung entspricht 31,4 Jahre (weiterhin leichter Anstieg des Prozentsatzes der 25- bis 29-Jährigen Frauen und Rückgang der Entbindenden im Alter von über 40 Jahre). Dieser Wert zeigt an, dass die Südtiroler Mütter jünger als der Durchschnittswert Italiens (31,8 Jahre) und älter als der der italienischen Inseln aufgezeichnete Werte (31,3 Jahre) * sind. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2017 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (63,7 Prozent), rund 1 von 4 über 35 Jahre (28,7 Prozent) und 6,1 Prozent (318 Frauen) über 40 Jahre. Im Jahr 2017 betrug das Durchschnittsalter des Vaters 34,9 Jahre, was einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 54 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 1,0 Prozent aller ansässigen Frauen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die großen Schwierigkei-

ten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiven Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen haben).

Weiterhin signifikant hoch ist der Prozentsatz der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind und insbesondere Mütter mit italienischer Staatsbürgerschaft: eine von zwei Müttern sind zum Zeitpunkt der Entbindung nicht verheiratet (51,1 Prozent). Dieser tendenziell auf nationaler Ebene steigende Wert, ist nach wie vor in der Provinz Bozen am höchsten, so zum Beispiel waren im Jahr 2016** in der Emilia Romagna 44,0 Prozent der Frauen mit italienischer Staatsbürgerschaft bei der Geburt unverheiratete. Hinsichtlich des Studientitels weisen 66,5 Prozent der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 53,4 Prozent sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 73,8 Prozent der Mütter gegenüber 89,8 Prozent der Väter).

Nach einem Rückgang der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft in den Jahren 2015 und 2016, konnte im Jahr 2017 ein Anstieg der Geburten von ausländischen Frauen in Südtirol verzeichnet werden (von 20,8 Prozent auf 21,4 Prozent). Die Frauen stammten Großteils aus Albanien, Pakistan und Marokko. Berücksichtigt man das Geburtsland der Mutter, so sind im Jahre 2017 25,7 Prozent der gesamten ansässigen Mütter im Ausland geboren (1 von 4 Müttern).

* Quelle: demografische Indikatoren 2017 - ISTAT

** Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 14 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2016

1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der mittels Kaiserschnitt Geborenen (ansässige Bevölkerung): **24,6** Prozent
- Anzahl der Zwillingsgeburten: **99**, entspricht **1,9** Prozent aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: **133**

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

Im Jahr 2017 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,7 Kontrollvisiten (konstanter Wert in den letzten Jahren). Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. In 7,3 Prozent der Fälle haben die Mütter maximal 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 67,7 Prozent der schwangeren Mütter haben die erste Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh (dieser Wert zeigt eine steigende Tendenz). Von den Frauen, die im Jahr 2017 in Südtirol entbunden haben, ließen 165 (3,2 Prozent) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2005 waren es 9,8 Prozent). Der Rückgang ist auf ein größeres Angebot an nicht-invasiven Screening Tests zurückzuführen. Eine Amniozentese ließen 1,4 Prozent vornehmen (Pränataldiagnostik für die

Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom).

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung bei ansässigen Müttern ergibt sich, dass 69,3 Prozent der Kinder vaginal und 6,1 Prozent operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Der Prozentsatz der chirurgischen Geburten betrug im Jahr 2017 24,6 Prozent, konstanter Wert gegenüber dem Vorjahr (Wohnbevölkerung). Wird auch der bereinigte Anteil der Neugeborenen durch Kaiserschnitt NTSV berücksichtigt (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), ein Indikator, der die Zweckmäßigkeit der Art der Entbindung misst und diese von Faktoren bereinigt, welche die Inanspruchnahme des Kaiserschnittes erhöhen können, ergibt sich ein Wert von 19,0 Prozent. Die einzelnen Geburtsstellen verzeichnen in Bezug auf die Unterschiede zwischen den unbereinigten und bereinigten Kaiserschnitten eine geringe Variabilität: Bei hohen Unterschieden zwischen unbereinigten und bereinigten Anteilen ist eine höhere Konzentration von komplexen Fällen zu beobachten, die eine stärkere Inanspruchnahme der Kaiserschnitte verlangen. Bereinigte Werte über den unbereinigten Werten weisen hingegen in Richtung einer übermäßigen Inanspruchnahme der chirurgischen Entbindung.

Die Mehrlingsgeburten stellen 1,9 Prozent aller Geburten dar (99 Zwillingsgeburten). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 22,2 Prozent (eine von vier Mehrlingsgeburten ist auf die künstliche Befruchtung zurückzuführen).

Im Jahr 2017 griffen 133 Frauen (2,6 Prozent

aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück, vergleichbar mit Werten wie beispielsweise in der Region Emilia Romagna (2,6 Prozent im Jahr 2016) *.

Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) betrug 7,2 Prozent (unverändert im Vergleich zum Vorjahr).

** Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 14 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2016*

1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate:
6,6 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate:
4,8 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate:
1.688,3 pro 1.000 Frauen

Im Jahr 2017 wuchs die Bevölkerung um 6,6 Personen pro 1.000 Einwohner.

Einen wichtigen Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 4,8‰; das natürliche Wachstum von 1,8‰ gehört auch weiterhin zu den höchsten unter den italienischen Regionen.

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

KAPITEL 2

ASPEKTE DER GESUNDHEIT



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

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheitsleistungen und sonstigen Diensten ab, sondern auch von zahlreichen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren. Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wie Lebenserwartung bei der Geburt und Kindersterblichkeitsrate wird in der Folge auf andere Aspekte des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen: Lebensstile, Inzidenz von Neoplasien, Verbreitung des Diabetes, Verbreitung der Kreislauferkrankungen, 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 chronisch-degenerative Krankheiten, nämlich ungesunde Ernährung, mangelhafte körperliche Bewegung, Rauchen und Alkoholmissbrauch wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand aus und gewährleistet gleichzeitig ein nachhaltiges Gesundheitssystem.

2.1.1. ERNÄHRUNG

Indikatoren im Überblick

- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **41,6** Prozent
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **24,0** Prozent
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: **8,0** Prozent

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

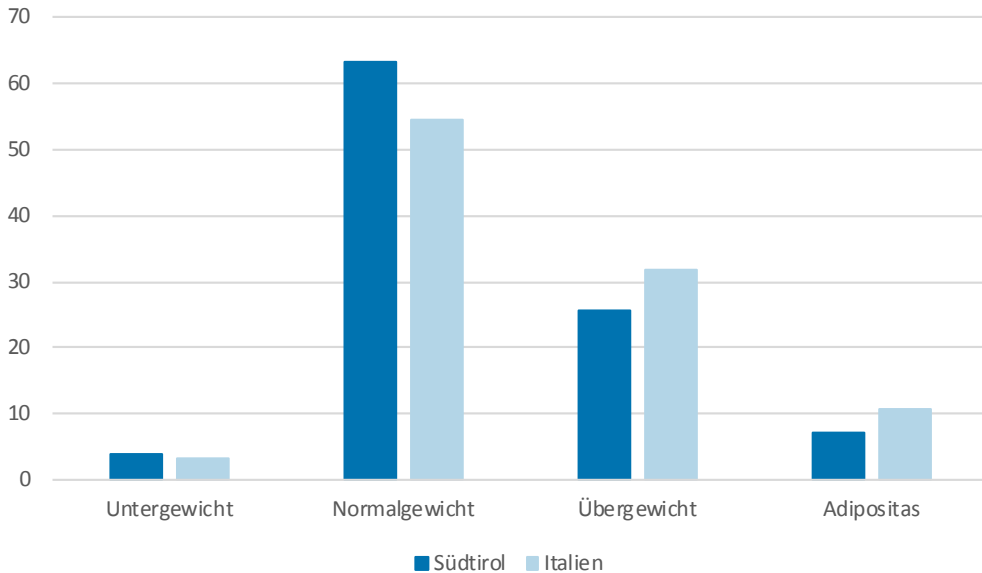
32,8 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (25,5 Prozent übergewichtig, 7,3 Prozent fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (41,6 Prozent) als unter den Frauen (24,0 Prozent) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (55,8 Prozent) als unter jenen mit höherem Studientitel (29,1 Prozent) auf. Nur 8 Prozent halten sich an die Empfehlung mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen.

2.1.2. KÖRPERLICHE BEWEGUNG

Indikatoren im Überblick

- Körperlich aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **49,9** Prozent
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **11,7** Prozent

Verteilung BMI-Werte (Passi 2014-17)



Eine unzureichende körperliche Bewegung macht nicht nur anfälliger für Fettleibigkeit, sondern stellt auch einen Risikofaktor für verbreitete Krankheiten wie koronare Kardiopathie, Diabetes mellitus und einige Tumorarten dar.

49,9 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbedingt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 11,7 Prozent betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT

Indikatoren im Überblick

- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **26,6** Prozent
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **19,6** Prozent
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2013): **1.192**

Rauchen ist die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache. Rauchen ist für rund 23 Prozent der Todesfälle wegen Tumorerkrankungen und für 15 Prozent aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 77 Prozent der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und 89 Prozent der Lungentumoren zwischen den Männern zuzuschreiben. Außerdem führt Rauchen auch zu anderen Krankheiten wie Myokardinfarkt, Ischämie, chronisch-obstruktiver Bronchitis und sonstigen Störungen der Atemwege.

Die Rauchgewohnheit ist unter 23,0 Prozent der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 26,5 Prozent der Männer und 19,5 Prozent der Frauen).

2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: **3,6** pro 1.000 Einwohner
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen, Werte pro 1000 Einwohner: **2,2**
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **38,5** Prozent

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

Im Jahr 2017 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 997 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 3,6 Patienten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Die drogenbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15-54-Jährigen betrugen 247 und es wurden 131 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

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

Die risikobehafteten Trinker („Binge Drinker“, Personen, die Alkohol außerhalb der Mahlzeiten konsumieren oder starke Trinker) stellen auf Landesebene 38,5 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren dar;

28,2 Prozent davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 21,6 Prozent sind „Binge Drinker“ (Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken zu einem einzigen Anlass im letzten Monat für die Männer und 4 für die Frauen) und 3,3 Prozent sind starke Trinker (Konsum im letztem Monat von mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen). Die alkoholbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15-54-Jährigen betrugen 1.152, und es wurden 1.091 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

Im Jahr 2017 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 287 Personen mit Spielsuchtproblemen, 112 Personen wegen Missbrauch von Medikamenten, 180 wegen Probleme mit Nikotin, 428 Angehörige von Personen, welcher unter eine Abhängigkeit leiden, und 154 sonstige Personen versorgt.

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

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

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkulosefälle: **37**
- **29,1%** der Bevölkerung leiden an mindestens einer chronischen Krankheit
- **999** Patienten mit Diabetes Typ I und **20.357** Patienten mit Diabetes Typ 2 wurden im Jahr 2016 betreut

2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRAANKHEITEN

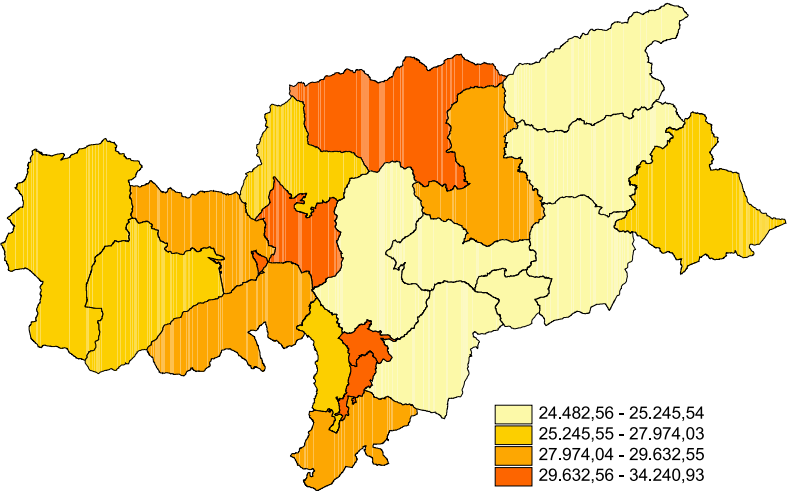
Indikatoren im Überblick

- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: **29,3** Prozent
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: **63,1** Jahre
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: **7,1** Prozent

Die chronischen Krankheiten sind die häufigste Todesursache in fast aller Welt. Zu dieser weitumfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische

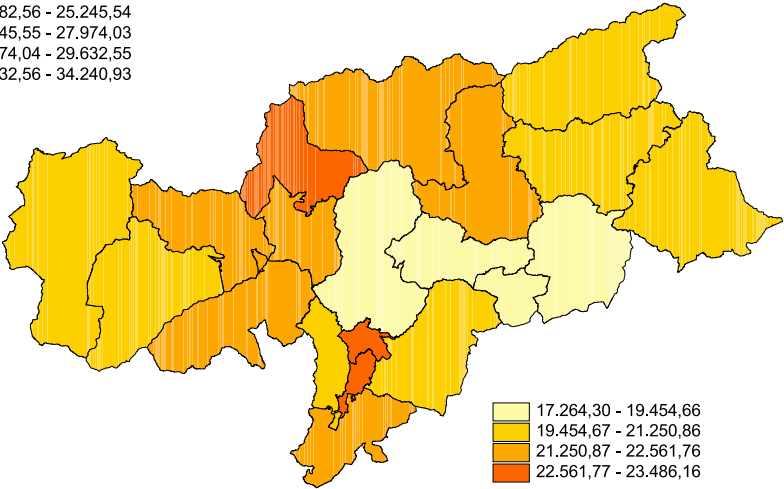
Atemwegserkrankungen usw. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Bekämpfung für die öffentliche Gesundheit eine Priorität darstellt. Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Die Südtiroler versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum nationalen Durchschnitt eine relativ junge Bevölkerung (im Einklang mit der demografischen Entwicklung und einer fortschreitenden Alterung der

Prävalenz der chronischen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2017



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

Bevölkerung), mit einem mittleren Alter von 42,6 Jahren und einem Altersindex von 130,9 Jahren (d. h. auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche kommen 131 versorgungsberechtigte Senioren) im Jahr 2017 im Vergleich zum nationalen Durchschnitt relativ jung (trotzdem kohärent mit dem demografischen Trend und einer immer älteren Bevölkerung). Auf nationaler Ebene wird ein Altersindex von 165,3* geschätzt.

Im Jahr 2017 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 29,3 Prozent (mehr als jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten verzeichnet. 15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 6 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 4 Männer pro 100 eine Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 77 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen unter Berücksichtigung der territorialen Bevölkerungsstruktur ergibt für den ländlichen Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten eine Prävalenzschätzung der chronischen Kranken, die leicht oberhalb des städtischen Sprengels Bozen liegen.

Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit Alzheimer und Demenz und Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran sind die Hypothyreose und die venöse Vaskulo-

pathie signifikant stärker verbreitet. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Hypertonie und Psychose (Brixen) und Epilepsie (Bruneck) vor.

* Quelle: ISTAT

2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkulosefälle: **37**
- Inzidenzrate von HIV (2015): **3,6** pro 100.000 Einwohner
- Inzidenzrate von AIDS (2015): **0,0** pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2017 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 605 Fällen bei einer Inzidenz von 114,0 pro 100.000 Einwohner. Außerdem wurden 2017 37 Tuberkulosefälle gemeldet, was 7,0 pro 100.000 Einwohner entspricht.

Die Inzidenz der neuen HIV-Fälle betrug für das Jahr 2016 19 (3,6 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2016 3.451 neue HIV-Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 5,7 Fällen pro 100.000 Einwohner.

2.2.3. BÖSARTIGE TUMOREN

Indikatoren im Überblick

- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2009-2013): **647,6** pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2009-2013): **513,8** pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumore beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2009-2013. Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.623 neue Fälle unter den Männern (647,6 pro 100.000) und 1.324 unter den Frauen (513,8 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumore ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2017 1.693 neue Fälle unter den Männern und 1.374 neue Fälle unter den Frauen zu erwarten.

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten, bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (19,1 Prozent der Fälle), Kolon-Rektum (14,4 Prozent), Lunge (9,2 Prozent) und Blase (9,7 Prozent).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,4 Prozent der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (12,6 Prozent), von dem Lungenkarzinom (5,9 Prozent), vom Melanomen (5,7 Prozent) und Gebärmutterkörperkarzinom (4,1 Prozent).

Im Zeitraum 2009-2013 verstarben pro Jahr durchschnittlich 664 Männer an Tumorerkrankungen (259,8 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 526 Frauen (200,4 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2017 können somit für Südtirol insgesamt 1.215 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 679 unter den Männern und 536 unter den Frauen. Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (21,2 Prozent der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (12,0 Prozent), das Prostatakarzinom (9,1 Prozent) und das Leberkarzinom (8,9 Prozent). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom (16,0 Prozent) für die meisten Todesfälle verantwortlich, gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (11,6 Prozent)

und vom Lungenkarzinom (12,0 Prozent). Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens verweisen wir auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumoregister: <http://www.registri-tumori.it/cms/>.

2.2.4. DIABETES

Indikatoren im Überblick

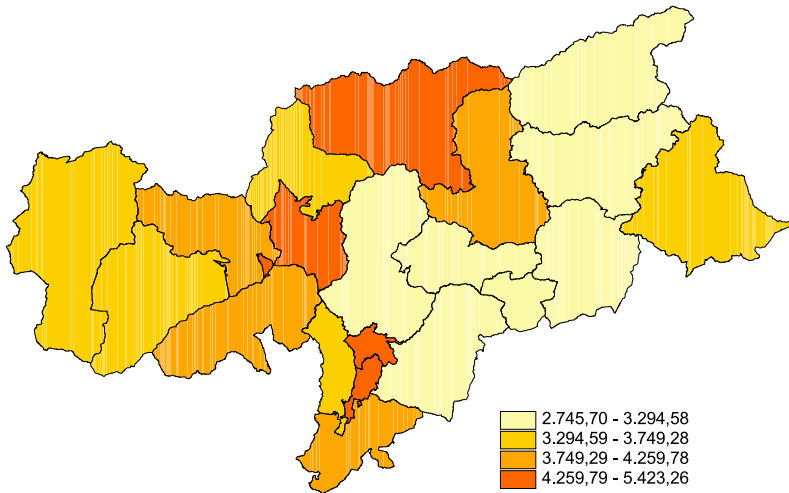
- Prävalenz der diabetischen Patienten an der betreuungsberechtigten Bevölkerung: **4,0** Prozent Diabetes Typ 2 und **0,2** Prozent Diabetes Typ 1
- Durchschnittsalter: **69,3** Jahre (**70,9** Jahre Diabetiker Typ 2 und **41,7** Diabetiker Typ 1)
- **Drei Viertel** der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herz-Kreislaufkrankheit, zwei Drittel an Dislipämie

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,3 Prozent der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2016), wobei jedoch weitere 3 Prozent mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind.

Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

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

Prävalenz der Diabetiker in Südtirol - Jahr 2017

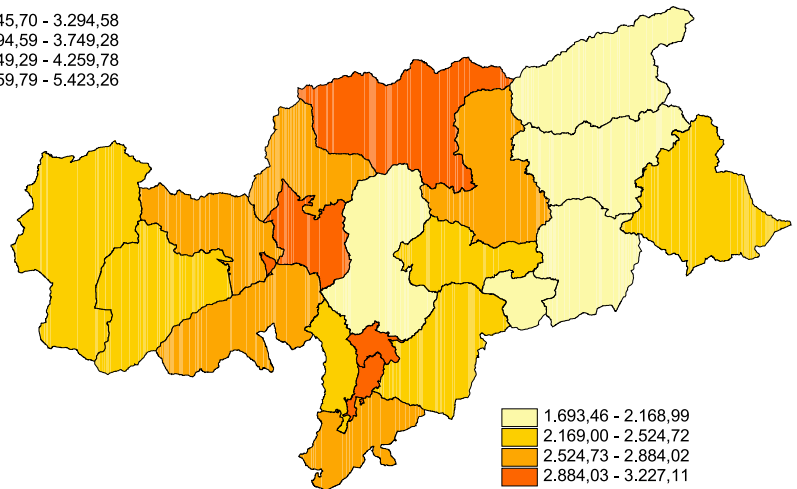


Reelle unbereinigte Raten

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



ter oder Greisenalter aus und kann oft durch Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika unter Kontrolle gehalten werden.

Im Jahr 2017 wurden in Südtirol 1.222 Patienten mit Diabetes Typ I und 20.604 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut (in durchlebte Jahre berechnet), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,2 Prozent (Typ I) und 4,0 Prozent (Typ II).

Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 12,3 Prozent zwischen 65 und 74 Jahre und 16,2 Prozent ab 75 Jahren.

Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 41,7 Jahren (Typ I) vs. 70,9 Jahren (Typ II).

Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene nicht homogen. Die Städte verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt, was auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitsystems seitens der dort ansässigen Diabetiker zurückzuführen ist. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Gröden, Gadertal, Ahrntal und Sarntal. Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 auf Landes-

ebene leiden auch an einer Herz-Kreislauf-Krankheit und ein Drittel an Dislipämie.

76 Prozent der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersuchung und 72 Prozent mindestens eine Glykohämoglobin-Untersuchung durchführen (der gesamtstaatliche Vergleichswert, der in den Nationalen AMD-Leitlinien (AMD - Verband italienischer Diabetesärzte) für das Glykohämoglobin angeführt ist, beträgt 84 Prozent gegenüber einem angestrebten Zielwert von 100 Prozent).

Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2017 68,8 Prozent der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 52,2 Prozent einen Lipidsenker, 31,8 Prozent einen Aggregationshemmer und 17,0 Prozent führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer Medikamente: 84,2 Prozent der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 65,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner (ausgeschlossen die Aufenthalte in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes und in österreichischen Einrichtungen). Berücksichtigt man nur die Bevölkerung über 18 Jahren, steigt die Rate auf 75,3 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner. Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes mit langzeitigen Komplikationen (in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, das periphere Kreislaufsystem oder andere Komplikationen) beträgt 32 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahre.

2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: **18,8** pro 1.000 Einwohner
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: **16,5** pro 1.000 Einwohner
- Suizidrate: **6,1** pro 100.000 Einwohner

Der Psychiatrische Dienst ist eine komplexe Struktur. Die gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes sind das Zentrum für Geistige Gesundheit (ZGG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, das Day-and-Night Hospital, die Rehabilitationszentren und weitere Einrichtungen für die stationäre und halbstationäre Versorgung.

Im Jahr 2017 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 10.446 Personen betreut (19,8 pro 1.000 Einwohner), 3.143 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (594,3 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (28,6 Prozent der Entlassungen).

Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2017 8.877 Patienten (16,8 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der erbrachten Psychotherapie betrug 13.057.

2017 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2011-2015 (45 Fälle) 32 Suizide (6,1 pro 100.000 Einwohner).

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer (2013): **249,1** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen (2013): **313,2** pro 100.000

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 35,7 Prozent der Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems sind die Bluthochdruck, die Hypercholesterinämie, der Diabetes und die Fettleibigkeit. Für eine an Bluthochdruck leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als für eine nicht an Bluthochdruck leidende Person, und um über viermal höher, an einer Ischämie (Blutleere) zu sterben. Schätzungen zufolge sind 25 Prozent der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten, Ischämie oder Bluthochdruck-assoziert. Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie. Für das Jahr 2017 wird in der Wohnbevölkerung eine Prävalenz von 179,1 Fällen pro 1.000 chronische Herzkreislaufkranke (177,7 pro 1.000 unter den Männern und 180,4 pro 1.000 unter den Frauen) und von 152,4 Fällen pro 1.000 Hypertonie-Patienten geschätzt (149,4 unter den Männern und 155,3 unter den Frauen). Insgesamt belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen aufgrund von

Herzkreislauferkrankungen auf 8.465 (1.600,7 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.373) gehen 769 auf akuten Myokardinfarkt zurück (532 Männer und 237 Frauen). Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren im Jahr 2016 die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 219 Todesfällen unter den Männern (84,6 pro 100.000) und 180 unter den Frauen (67,8 pro 100.000).

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2013): **74,9** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2013): **54,7** pro 100.000

Die Atemwegserkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und den Tumoren in Südtirol die dritthäufigste Todesursache (7,5 Prozent).

Die chronisch obstruktive Lungenentzündung (COBP) ist für die Hälfte der Todesfälle aufgrund von Lungenkrankheiten verantwortlich und ständig im Anstieg.

Rauchen ist der bedeutendste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20 Prozent der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchiolobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden Atmungsinsuffizienz. Die für das Jahr 2017 geschätzte Prävalenz der chronischen Bronchopathien entspricht in Südtirol 41,4 Fällen pro 1.000 Einwohner (44,1

unter den Männern und 38,7 unter den Frauen).

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2017 insgesamt auf 5.728, wobei die Hospitalisierungsrate 1.083,1 pro 100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Lungenentzündung und Grippe.

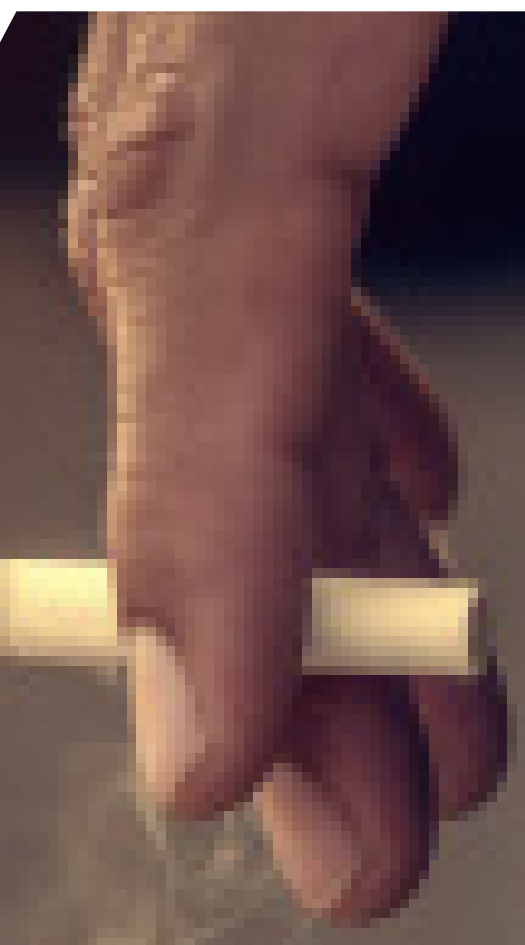
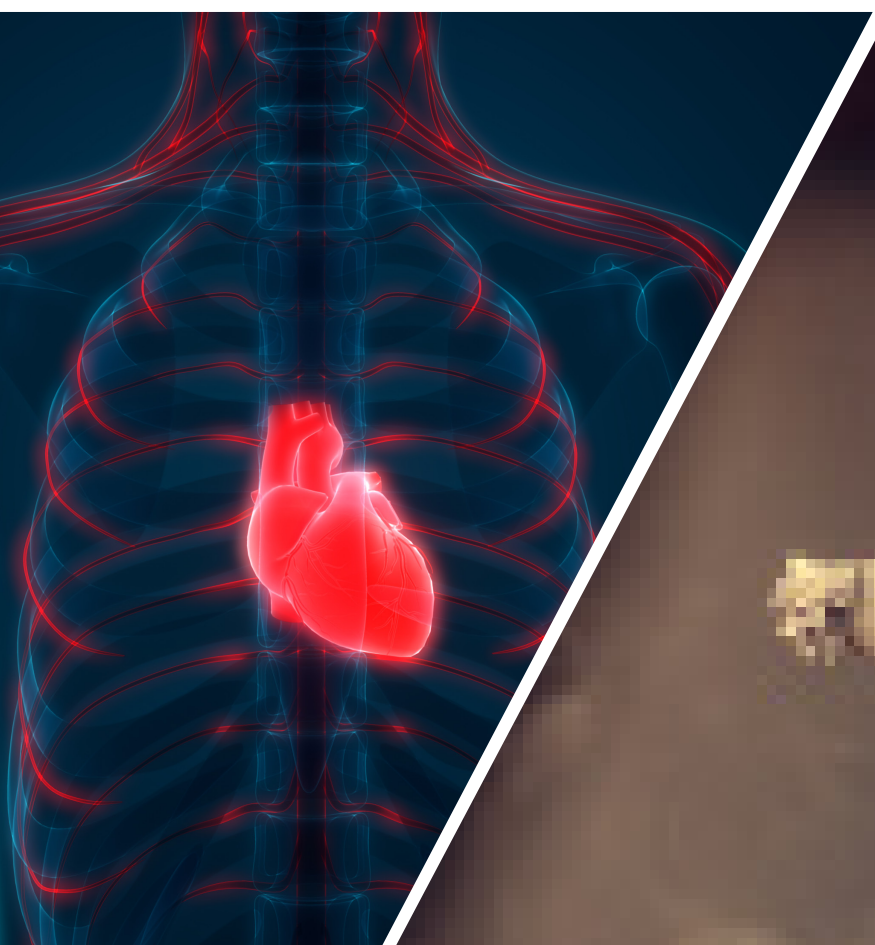
Die chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten stellten im Jahr 2016 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache (26,3 pro 100.000 für die Männer und 16,6 pro 100.000 für die Frauen).

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer (2016):
794,5 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2016):
763,9 pro 100.000

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2016 fast vollständig, für die nach diesem Datum erfolgten Todesfälle jedoch nicht verfügbar. Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2016 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 4.138, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 794,5 pro 100.000 entspricht.



KAPITEL 3

KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT



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

3. KOLLEKTIVE VERSORUNG UND VOLKSGESUNDHEIT

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

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

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

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENINGS

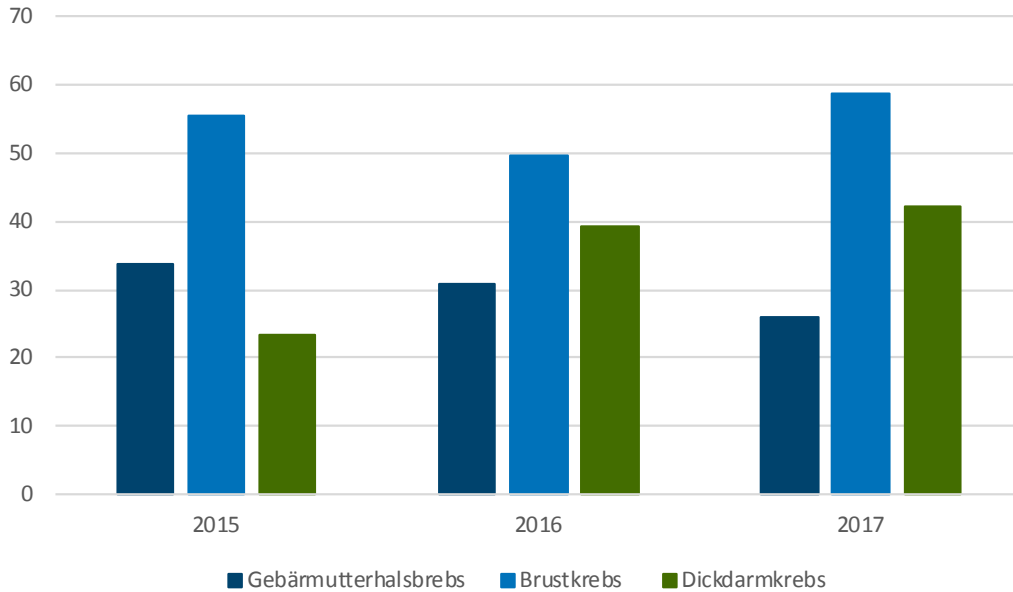
Die onkologischen Screening-Programme verfolgen das Ziel, die Krankheit in vorklinischer Phase oder deren Vorläufer in der allgemeinen Bevölkerung oder in einer Untergruppe zu ermitteln. Sie wenden sich an eine asymptomatische Bevölkerung (ohne erkennbare Krankheitszeichen), die aufgefordert wird, sich einem Test zu unterziehen. Die Tumore, für welche die Wirksamkeit des Screening-Programms zur Verminderung der Inzidenz und Sterblichkeit erwiesen ist, sind das Brust- und Gebärmutterhalskrebs für die Frauen und das Dickdarmkrebs für die Gesamtbevölkerung.

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Gebärmutterhalskrebs-Screening: **25,9** Prozent
- Teilnahme am Brustkrebs-Screening: **58,7** Prozent
- Teilnahme am Darmkrebs-Screening: **42,3** Prozent

Das für den Gebärmutterhalskrebs empfohlene Screening ist der Paptest, den Frauen zwischen 25 und 64 Jahren alle drei Jahre durchführen sollten. Die Wirksamkeit des Screening-Programms ist sowohl durch die Reduzierung der Sterblichkeit in den Gebieten, in denen es durchgeführt wird, als auch durch spezifische Studien erwiesen. Im Jahr 2017 aufgeforderten Frauen nahmen 25,9 Prozent die Einladung am Screening-Programm wahr.

Das für den Brustkrebs empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird,



reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35 Prozent. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003. Im Jahr 2017 aufgeförderten Frauen nahmen 58,7 Prozent die Einladung am Screening-Programm wahr.

Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele: das frühzeitige Erkennen einer Zellveränderung und die Entfernung gutartiger Polypen, um die Entwicklung hin zu einem bösartigen Krebsgeschwür zu verhindern. Ein Zeichen, welches auf einen Tumor oder einen Darmpolyp hinweist, ist die Blutung des letzten Darmtraktes, wobei schließlich auch Blut im Stuhl zu finden ist. Die Untersuchung im Rahmen der Vorsorge spürt verstecktes Blut im Stuhl auch in geringen Mengen auf, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden. Sie ist für Personen, welche für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten

Strategien zur Vorsorge. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012. Im Jahr 2017 haben 42,3 Prozent am Screening-Programm teilgenommen.

3.2. Vorbeugung von Infektions- und Parasiten-Erkrankungen, inklusive Impfprogramme

Indikatoren im Überblick

- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: **85,9** Prozent
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: **71,9** Prozent
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Meningokokko C: **67,7** Prozent

Der mit Beschluss Nr. 457 vom 18.4.2017 genehmigte Landesimpfkalender sieht ein ein-

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten



heitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2016-2018 angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib) und Virushepatitis B Pflicht.

Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken C und gegen die Papillomaviren, die für das Zervixkarzinom (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.

2017 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 83.177 Impfungen verabreicht; 48,8 Prozent waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen, 93,8 Prozent

waren entweder gesetzlich oder empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2015 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95 Prozent; noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern.

Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SMT) und sieht die Miteinbeziehung des behandelnden Arztes (Krankenhaus- oder Basisarzt) vor, der die Infektionskrankheit diagnostiziert und sie bei den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet.

Auf der Grundlage der Ätiopathogenese und epidemiologischen Relevanz der Krankheit ergreifen die Bediensteten die angesemes-

sensten 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 Krankheiten durch: Die zahlreichsten davon betrafen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch den Virus der Neuen Grippe A/H1N1, Salmonellose, Campylobacter, und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxe Tätigkeit wurde im Jahr 2017 bei insgesamt 1.421 Personen durchgeführt.

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

Im Laufe des Jahres wurden 1.588 Tuberkulin-Hautreaktionstests durchgeführt. Der Rückgang der Impfungen hängt im Wesentlichen mit der Änderung der nationalen Gesetzgebung (Gesetz 388/2000) und mit den Angaben in den kürzlich abgefassten Leitlinien einiger wissenschaftlicher Verbände zusammen, welche die Tuberkulose-Prophylaxe zusätzlich vermindern und sich nur auf einige Risikogruppen konzentrieren (Neugeborene oder stark infektionsrisikobehaftete Kinder sowie Bedienstete, die in Umgebungen mit hohem Expositionsrisiko arbeiten).

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

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

Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2017 wurden im Landesgebiet 549 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 86,2 Prozent davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 13,8 Prozent öffentliche Plätze und Privatgebäude.

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

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

3.3.1. LEBENSUMFELD

Indikatoren im Überblick

- Nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der chemisch-physischen Analysen: **8,9** Prozent

- Nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der mikrobiologischen Analysen: **4,2** Prozent
- Überwachung und Kontrolle der Kosmetika: **140** Kontrolle

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

2017 wurden insgesamt 221 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (42,5 Prozent).

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

2017 wurden 336 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 8,9 Prozent davon waren nicht regulär. Bei der Auslegung dieser Daten ist zu beachten, dass Schwimmbäder komple-

xe Anlagen sind, deren chemisch-physische Bedingungen ständigen Variationen unterliegen, die mit dem Anlagentyp, den Wassertemperatur- und Wetterbedingungen, der Anzahl der Badegäste und anderen Interferenz-Faktoren zusammenhängen. Mikrobiologische Analysen wurden an 668 Wasserproben durchgeführt, 4,2 Prozent davon erwiesen sich als nicht regulär.

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

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

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

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

Die Tätigkeiten der betrieblichen Sektion für Umweltmedizin werden auf dem gesamten Territorium der Provinz Bozen ausgeübt. Im Rahmen der Kontrollen in Bezug auf Asbest wurden im Jahr 2017 14 Kontrollen zur Erfassung des Erhaltungszustandes von asbest-

haltigen Zementdächern vorgenommen. Die Kontrolle und Überwachung im Bereich des Leichenpolizeidienstes und der Leichenbeschauung, welche von den Bediensteten der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit vorgenommen wird, sieht die Durchführung von Inspektionen auf Friedhöfen, den Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen, Autopsien und den Erlass von Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport vor.

3.3.2. ARBEITSUMFELD

Der Dienst für Arbeitsmedizin befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer und führt zugunsten dieser Überwachungs- und gesundheitliche Maßnahmen durch.

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

Das Arbeitsinspektorat führt Ermittlungen zu beruflichen Risiken, Maßnahmen zur Aufklärung und Gesundheitserziehung für die Arbeitnehmer und Arbeitgeber durch und überwacht die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zugunsten der Gesundheit der Arbeitnehmer.

Der klinische Bereich für Arbeitsmedizin führt vor allem ärztliche Visiten und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmern sowie alle dem gemäß Art. 25 des Legislativdekrets 81/2008 zuständigen Arzt zustehenden Tätigkeiten durch. Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. konventionierten und in Privatpraxen tätigen Fachärzten vorgenommen. Den organisatorischen und pflegerischen Aspekt hingegen übernimmt der Dienst für Arbeitsmedizin, ebenso wie die praktische Durch-

führung einiger Untersuchungen (EKG-EEG), deren Befunde dann von Fachärzten erstellt werden.

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH

Indikatoren im Überblick

- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **80.000**
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **30.000**
- Test bei Schweinen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **3.000**
- Test bei Geflügel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast **300**

Der Landesveterinärdienst ist ein technisches Organ, das für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol zuständig ist. Er befasst sich mit der Erarbeitung der Rechtsvorschriften des Landes und überprüft die korrekte Anwendung der Bestimmungen der EU, des Staates und der Provinz im Bereich des Veterinärwesens seitens der anerkannten Tierärzte, der Hygieneinspektoren und der anderen Kontrollorgane.

Der betriebliche Tierärztliche Dienst sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: Gesundheit der Tiere und Hygiene der Produktion, Konservierung und Vermarktung der Lebensmittel tierischen Ursprungs.

Gemäß Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 in geltender Fassung befasst sich die erste Sektion mit der Überwachung und Kontrolle der Tiere, deren Unterbringung und Dichte, mit den sa-

nitären Genehmigungen, mit den Transportfahrzeugen und dem Tiertransport innerhalb und außerhalb der Europäischen Union sowie mit der Herstellung, Verarbeitung und dem Vertrieb von Produkten für Tiere (Futtermittel); außerdem wacht sie über die Einhaltung der Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, über den Einsatz von tiermedizinischen Arzneimitteln und den Tierschutz.

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

2017 konzentrierten sich die Prophylaxe Maßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes auf die Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella Ovisinfektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Virus, Blue Tongue, CAE bei Ziegen (Caprine-Arthritis-Enzephalitis), Maedi-Visna, Paratuberkulose, IHN (Infektiöse hämatopoetische Nekrose) und VHS (Virale hämorrhagische Septikämie) der Fische.

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Im Jahr 2017 wurden ungefähr 80.000 Tests an Rindern, 30.000 an Schafen und Ziegen und 3.000 an Schweinen zur Prävention von Infek-

tionskrankheiten durchgeführt.

Im Rahmen des Landesfutterplans wurden 134 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde, 24 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 509 Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte Betriebe für Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs mit Verstößen: **44,8** Prozent
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Trinkwasserleitungen: **100,0** Prozent

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

Die italienische Verordnung sieht Kontrollen an Lebensmitteln tierischen Ursprungs durch die Tierärztlichen Dienste vor, während die Kontrolltätigkeit an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit obliegt.

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

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

Im Jahr 2017 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.376 Betriebe, die in der Verarbeitung, Verteilung, Gastronomie und im Transport von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs tätig sind: Die Kontrollen betrafen vor allem die öffentliche Gastronomie (54,3 Prozent aller kontrollierten Betriebe). Auf Landesebene beträgt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der Kontrollierten 48,8 Prozent. Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umweltschutz (Labor für Wasseranalysen und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen. Dabei

wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden.

In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 1,1 Prozent für die chemisch-physischen Analysen und 3,3 Prozent für die mikrobiologischen Analysen. Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen das Eisen (größtenteils aufgrund der geringen Mineralisierung unserer Bergwässer, was zur einer Korrosion der Leitungen führt, und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs) und manchmal den pH-Wert (zu sauer aufgrund von Wasser mit geringem Mineralgehalt oder zu alkalisch infolge der Neutralisierung solcher Wasserarten).

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

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

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

In diesem Unterbereich sind alle Tätigkeiten und Leistungen enthalten, die zur Erstellung von Stellungnahmen und technischen Gutachten bezogen auf die verschiedenen und oft komplexen Problematiken der Rechtsmedizin im Gesundheitswesen dienen. Besonderes Hauptaugenmerk wird auf die Bescheinigungen im Bereich der Behinderung, auf die von der öffentlichen Verwaltung angeforderten Gutachten in Anwendung der Gesetze und Bestimmungen, auf die Kontrollvisiten der Arbeiter, die aus Gesundheitsgründen vom Dienst abwesend sind (steuerliche Kontrollbesuch), gelegt.

Außerdem werden in diesem Teil des Berichtes Tätigkeiten und Leistungen beschrieben, die zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport dienen.

3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

- Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen: **23.693**
- Ärztliche Untersuchungen für die Ausstellung von Waffenscheinen: **1.290**

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

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

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

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

13.08.1999 ist der Dienst für Rechtsmedizin zudem für Berufseignung, Dienstfreistellung und Anerkennung von dienstbedingter Berufsunfähigkeit von Landesangestellten zuständig. Auf Antrag der Gerichtsbehörde nimmt der Dienst auch gerichtspolizeiliche Aufgaben wahr.

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

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

3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

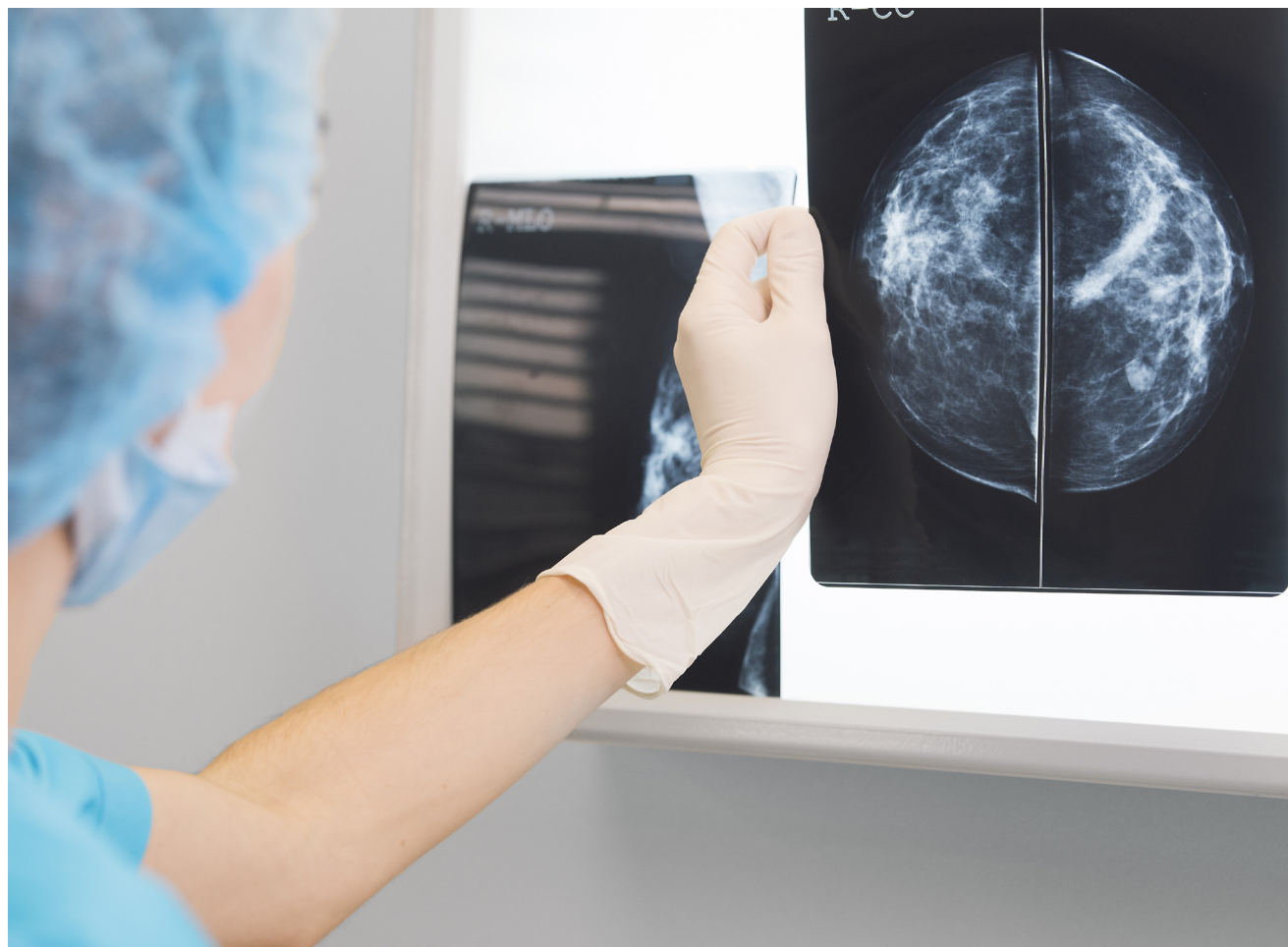
- Ausgestellte Bescheinigungen für Leistungssport: **28.814**
- Facharztvisite, einschließlich HNO-Untersuchung, neurologisches Screening, Sehscreening wo vorgesehen: **3.495**
- Sport-Gesundheitscheck: **246**

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

Die Dienste für Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet, während im Gesundheitsbezirk Meran die sportmedizinischen Leistungen vom Dienst in Bozen übernommen werden.

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

tungen der Behindertensportler wahr.
Im Jahr 2017 wurden insgesamt 28.814 Bescheinigungen für Leistungssport ausgestellt und es wurden 246 Sport-Gesundheitschecks durchgeführt.



KAPITEL 4

TERRITORIALE VERSORGUNG



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

4. TERRITORIALE VERSORGUNG

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

Das Ziel dieser Versorgungsstufe besteht in der Gewährleistung der folgenden Leistungen:

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

Dem Dienst für Basismedizin obliegen die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung sowie die Behandlung der Krank-

heiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der ersten Stufe ambulant und im Hause des Patienten. Außerdem beschäftigt sich der Dienst für Basismedizin mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wiederherzustellen. In der wohnortnahen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein.

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

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Seit 1988 finanzierter Betrag für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze: rund **140 Millionen Euro**

Für die Durchführung des Investitionsprogramms für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze gab die Landesregierung von 1988 bis heute ungefähr 140 Millionen Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von rund 153 Millionen Euro aus. Diese Summe enthält alle seit 1988 getätigten Investitionen

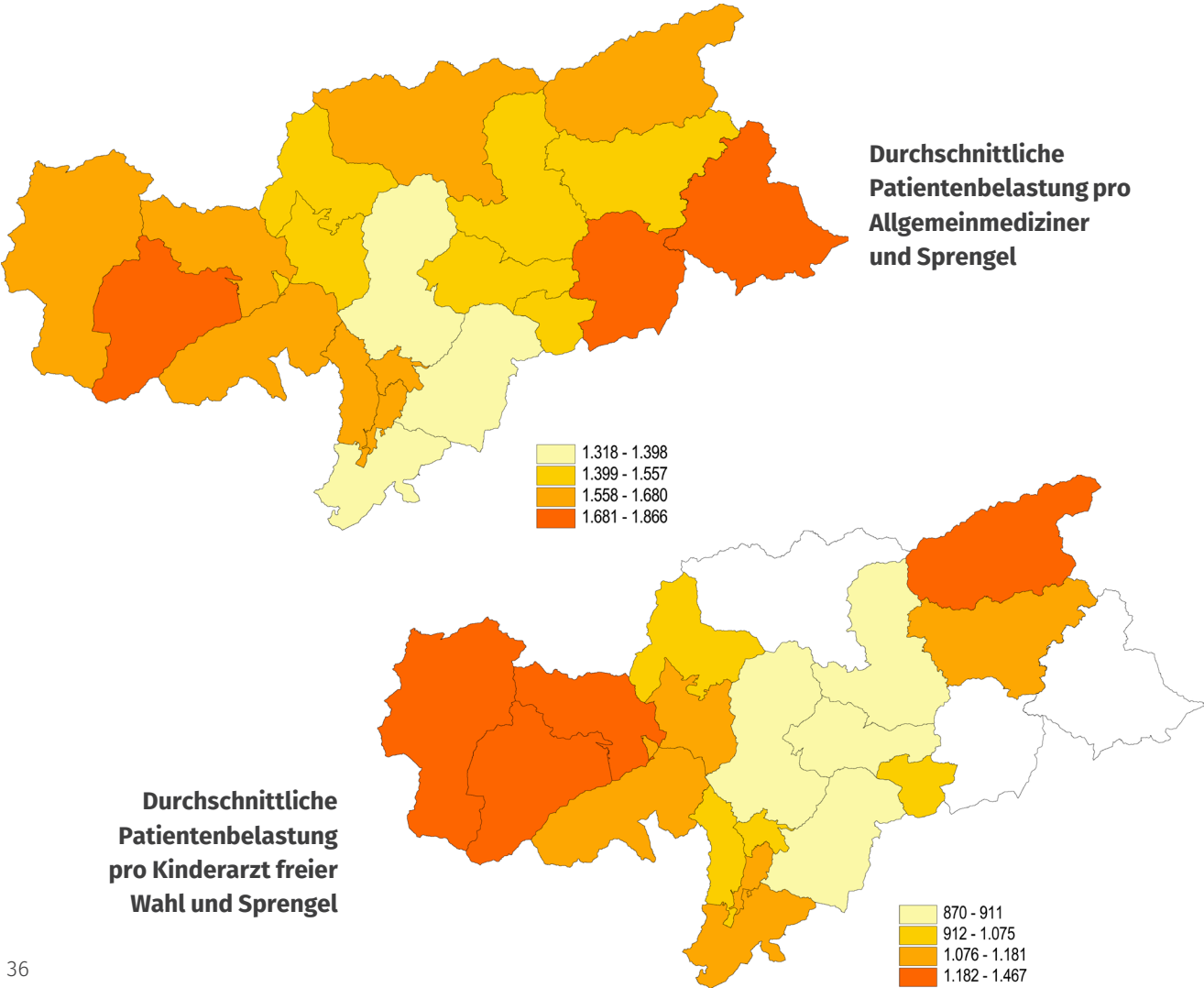
sowie verschiedene Übergangslösungen und Provisorien. Zirka ein Drittel der getätigten Investitionen in den Sprengleinrichtungen betreffen den Anteil des Sozialsprengels. Im Jahr 2017 wurden der neue Sprengelsitz Wipptal in Betrieb genommen, die Außenarbeiten müssen noch gemacht werden. Es wurde nicht nur die Planung von neuen Sprengelsitzen (Bozen/Oberau-Haslach, Bruneck-Umgebung) weitergeführt, sondern auch die Planung von Ausbau- oder Sanierungsarbeiten in bestehenden Spreng-

gelsitzen (Meran-Umgebung, Gadertal, Leifers-Branzoll-Pfatten, Unterland usw.).

4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Allgemeinmediziner: **280**
(Stand zum 31. Dezember 2017)
- Kinderärzte freier Wahl: **63**
(Stand zum 31. Dezember 2017)



Im Jahr 2017 hatten 506.395 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 440.597 von den Allgemeinmedizinerinnen betreut, 65.798 von den Kinderärzten freier Wahl. (da einige Arztwechsel zu Jahresende erfolgten und die hier angeführten Daten zum 31.12. aktualisiert wurden, könnten sie möglicherweise nicht auf dem neuesten Stand sein). Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 72.719, 86,2 Prozent davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut. Zum 31.12.17 waren insgesamt 343** mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 280 Allgemeinmediziner und 63 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.574 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.044. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2013*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.160 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 890 Betreuungsberechtigte pro Kinderärzte freier Wahl). Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest. Nur in 17 Sprengeln von 20 ist mindestens 1 Kinderarzt freier Wahl tätig. Zum 31. Dezember 2017 überschritten 5,7 Prozent der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberechtigten. Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberechtigten wurde von 27,0 Prozent der Kinderärzte überschritten. Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2017 ca. 131.000 zusätzliche Leistungen erbracht. Zu den häufigsten gehören

die Durchführung von nicht obligatorischen Impfungen, die Wundversorgungen und das Entfernen von feststehendem Ohrschmalz. Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 55.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, Impfungen und Rachenabstriche).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2013 - Jahr der Veröffentlichung 2016.*

***Die Daten wurden zum 31. März 2019 aktualisiert.*

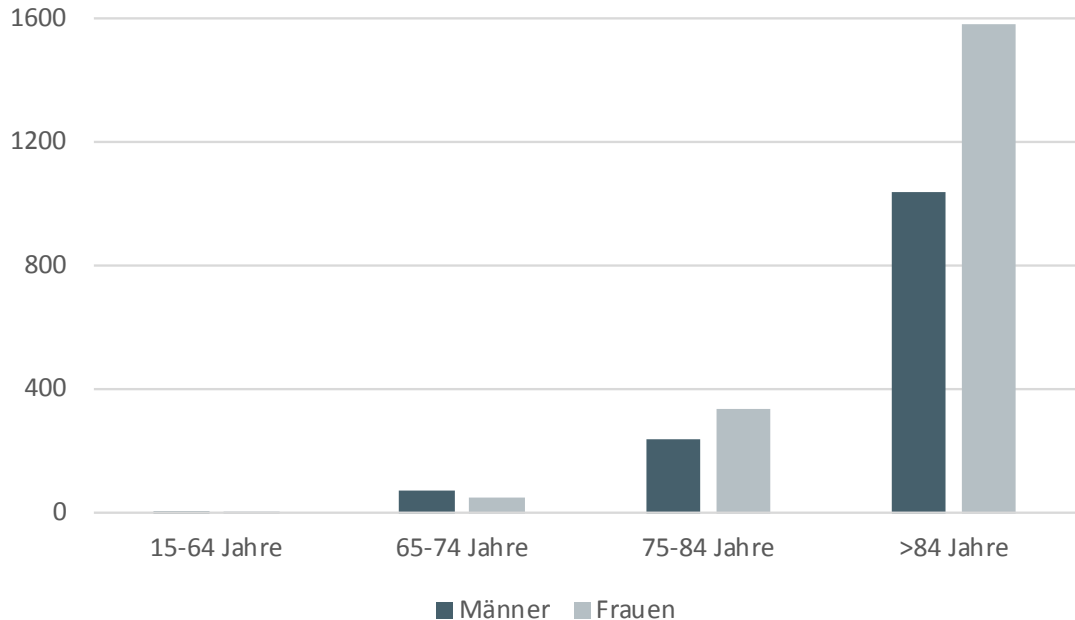
4.1.2. HAUS- UND KRANKENPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): **3.817**
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): **885**
- Krankenpflegeleistungen: ca. **1.433.000**

Im Jahr 2017 wurden in der programmierten Hauspflege (PHP) 3.817 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist niedriger als im Jahr 2016 (5011) und im Jahr 2015 (4.459). Diese deutliche Abnahme ist darauf zurückzuführen, dass seit 2017 viele Patienten der programmierten Hauspflege in den Altersheimen von eigenen vertragsgebundenen Ärzten der Altersheime versorgt werden. Diese Ärzte erhalten einen Pauschalbetrag für die komplette Versorgung. Das bedeutet, dass diese Patienten nicht mehr zur Pro-Kopf-Quote des Allgemeinmediziners zählen und deshalb nicht mehr über das System der programmierten Hauspflege vergütet werden können. Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (75,0 Prozent aller auf Landesebene

PHP-Patienten nach Alter und Geschlecht pro 10.000 EW



Tätigen) betreute durchschnittlich 18 Patienten. 86,6 Prozent der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt. Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 86 Patienten pro 10.000 Einwohner. Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4 (22,4 Prozent), bei seniler Demenz/Alzheimer (18,3 Prozent), bei degenerativen Knochen- und Gelenkserkrankungen (12,0 Prozent) und bei Schlaganfällen mit Paresen (9,4 Prozent) angewandt. Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2017 in der integrierten Hauspflege (IHP) 885 Patienten versorgt (903 Patienten waren es im Jahr 2016, 760 im Jahr 2015 und 725 im Jahr 2014). Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 20 Patienten pro 10.000 Einwohner. 67,1 Prozent der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2017 in Programme der integrierten

Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 2,3 Einsätze im Monat geleistet. 68,4 Prozent der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt. Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2017 versorgten Patienten, litten in 37,1 Prozent der Fälle an Tumorerkrankungen, in 9,1 Prozent der Fälle an einer senilen Demenz/Alzheimer, in 8 Prozent der Fälle an einer schweren Herzinsuffizienz NYHA 3-4, und in 7,9 an Multiple Sklerose und andere neurologische Krankheiten. Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der programmierten oder integrierten Hauspflege insgesamt 40 Kinder.

Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens gibt es auf folgender Internetseite: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=139&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente.

Im Jahr 2017 wurden auf Landesebene in den Sprengeln 1.432.980 Krankenpflegeleistungen erbracht. Im Jahr 2017 bestand die häufigste Tätigkeit in der venösen Blutabnahme mit 199.074 erbrachten Leistungen, gefolgt von der Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins mit 151.359 Maßnahmen. Darauf folgen das Vorbereiten und/oder Verabreichen von Medikamenten mit 138.771 erbrachten Leistungen. Auch bei der Messung von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme spielte das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (134.238 Maßnahmen).

4.1.3. DIE VERSORGUNG VON MUTTER UND KIND

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Sanitätsassistenten: **211.767**
- Leistungen der Hebamme: **38.727**

Im Laufe des Jahres 2017 haben die Sanitätsassistenten in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit insgesamt 211.767 Leistungen erbracht (mehr als 50 Prozent davon allein im Gesundheitsbezirk Meran). Die häufigsten Leistungen, die erbracht wurden, waren das Messen von Vitalzeichen und/oder die Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme des Neugeborenen und Kleinkindes (19,8 Prozent), die Beratung von Mutter und Kind (18,3 Prozent), die Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins (17,3 Prozent) und andere Leistungen (NAS) (8,6 Prozent).

In 7 Gesundheitssprengeln ist ein Kinderarzt in der pädiatrischen Beratungsstelle anwesend. Im Laufe des Jahres 2017 haben die Kinderärzte in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit zirka 3.850 Leistungen erbracht.

Die Leistungen der Hebammen, die in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbracht wurden, beliefen sich im Jahr 2017 auf insgesamt 38.727. In den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie wurden vorwiegend folgende Leistungen erbracht: Beratung von Mutter und Kind (18,6 Prozent), Ausarbeiten der persönlichen Kartei (13,3 Prozent), Visiten der Hebamme (13,2 Prozent) und das Messen von Vitalzeichen und/oder Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme (13,1 Prozent). Im Jahr 2017 haben die Gynäkologen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie insgesamt 15.386 Leistungen erbracht. In Sprengeln, in denen keine Gynäkologen, Kinderärzte oder Hebammen arbeiten, können sich die Bürger an die jeweiligen Krankenhäuser wenden.

4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der Landesgesundheitsdienst garantiert die ambulante fachärztliche Versorgung in Form von Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und Therapie- und Rehabilitationsleistungen. Die vorgestellten Daten beziehen sich auf die ambulanten fachärztlichen Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens der Fachambulanzen (SPA) erhoben werden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Leistungen der Erste-Hilfe

und der Kurz - Intensivbeobachtungsstation, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen; ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung“, für die keine Informationsflusserhebung zur Verfügung steht. Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Südtiroler misst sich am Verhältnis zwischen den zugunsten der Ansässigen in Landes-, nationalen und österreichischen Gesundheitseinrichtungen erbrachten Leistungen und der Wohnbevölkerung. Im Jahr 2017 wurden 15,4 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: **8.415.312**
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: **126** Mio. Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: **22** Mio. Euro

2017 wurden in den Landeseinrichtungen 8.415.312 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 98,5 Prozent davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2016 nahm die Anzahl der Leistungen zu (+2,5 Prozent). Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 126.755.102,18 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 21.985.158,79 Euro ausmachen (97,8 Prozent wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen). 59,9 Prozent der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 4,6 Prozent an zu 50 Prozent

ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 2,2 Prozent an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 33,3 Prozent der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.

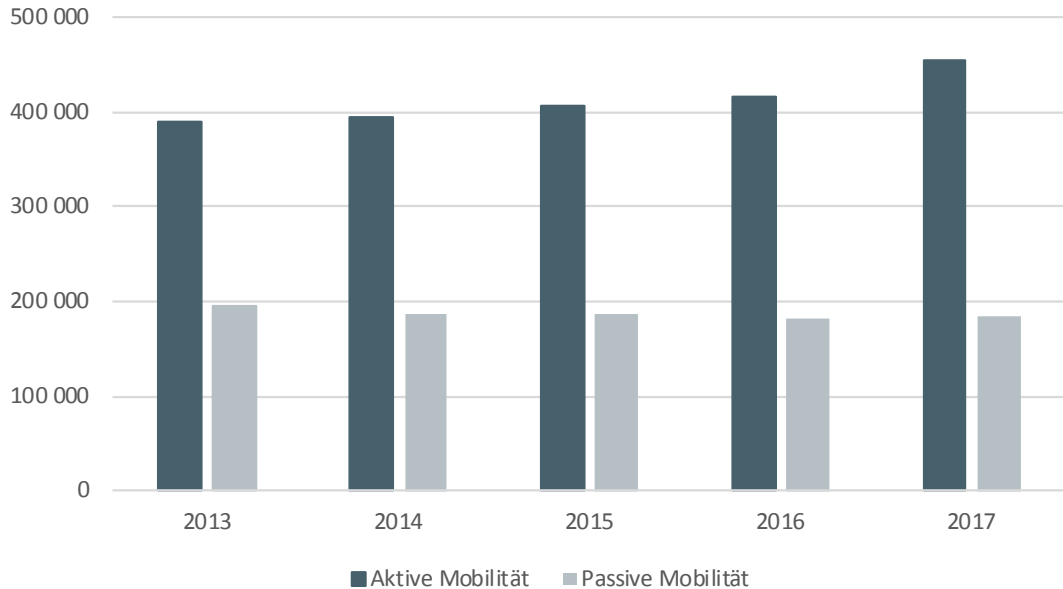
Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Makrobereiche:

1. Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie)
2. Labor
3. Rehabilitation und
4. alle andere Bereiche.

Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 62,5 Prozent Laboruntersuchungen, 5,7 Prozent Bilddiagnostik, 7,1 Prozent Rehabilitation und 24,7 Prozent sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 24,1 Prozent, Bilddiagnostik 17,3 Prozent, Rehabilitation 7,9 Prozent und sonstige klinische Leistungen 50,7 Prozent. Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 16,2 Prozent der ambulanten fachärztlichen Leistungen.

Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (70,3 Prozent), gefolgt von sonstigen klinischen Leistungen (16,1 Prozent). Im Jahr 2017 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 4.778.512,43 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen 5.256.103,40 Euro betrug.

Aktive und passive Mobilität der fachärztlichen Leistungen



4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: **283.568** zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und **172.335** zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: **121.213** in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und **63.717** in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: **162.355** Leistungen

Die Analyse der überregionalen, ambulanten fachärztlichen Leistungen berücksichtigt alle ambulanten fachärztlichen Leistungen, die von den Landeseinrichtungen für in anderen

Regionen Italiens ansässige Bürger erbracht wurden (aktive Mobilität), sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtiroler Patienten erbracht haben (passive Mobilität).

Im Jahr 2017 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 162.355 Leistungen, d. h. das Land erbrachte außerhalb Südtirols ansässigen Italienern mehr Leistungen, als Südtiroler Bürger in anderen Regionen Italiens erhielten.

Auch in finanzieller Hinsicht ist der Saldo zwischen überregionaler aktiver und passiver Mobilität mit 702.196,86 Euro positiv. 29,5 Prozent der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 24,7 Prozent an die Bürger Venetiens.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: **672**
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: **397**

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Die Rehabilitation richtet sich an nicht- pflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien. 2017 standen 42 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 8 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 672 Aufenthalte in Anspruch genommen (+4% Prozent gegenüber 2016).

Knapp 50,0 Prozent der im Therapiezentrum behandelten Patienten sind im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig, 27,7 Prozent kommen vom Gesundheitsbezirk Meran, während die Gesundheitsbezirke Bruneck und Brixen jeweils einen Anteil von 12,9 Prozent und 9,2 Prozent aufweisen.

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

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

Der Bereich „Abhängigkeitskrankheiten“ widmet sich der stationären Behandlung der Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit und/ oder der Spielsucht. Die Behandlungsdauer beträgt im Durchschnitt 8 Wochen.

Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie“

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

Im Jahr 2017 wurden insgesamt 397 Aufenthalte verzeichnet. Das Zentrum Bad Bachgart erbringt stationäre Aufenthaltsleistungen/ rehabilitative Behandlungen sowohl für Südtiroler Bürger als auch zugunsten nichtansässiger In- und Ausländer

4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: **68.823** (Tagesdurchschnitt von rund **189** Einsätzen)
- **56.464** Einsätze Rettungswagen Weißes Kreuz und **9.165** Rotes Kreuz

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2017 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 11 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 30 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 7 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 93 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 33 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.

Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1 und Pelikan 2) ausgestattet (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen). Bei Bedarf steht ein weitere

rer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

NOTEINSÄTZE

Im Jahr 2017 wurden 68.823 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 189 Einsätzen entspricht. In 82,1 Prozent der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 13,3 Prozent jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,3 Prozent der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,3 Prozent. Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2017 mehr als 1 Million 700 Tausend Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 27 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 3.194 Einsätze für insgesamt 1.900 Flugstunden durch (rund 36 Flugminuten pro Einsatz).

NICHT DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE

2017 tätigte der Krankentransportdienst 103.269 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 283 Transporteinsätzen pro Tag. In 94,4 Prozent der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 5,5 Prozent der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt. Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2017 rund 4 Millionen Kilometer bei durchschnittlich 39 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt. Außerdem wurden 110 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 139 Flugstunden getätigt. wurden 115 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 149 Flugstunden getätigt.

4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: **6.175.950**
- Bruttoausgaben insgesamt: **60,4** Millionen Euro
- zirka **446.000** verteilte Medikamentenpackungen direkt an die Einrichtungen

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

Im Jahr 2017 beträgt das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken Südtirols verteilt wurden, rund 2,9 Millionen Rezepte, für ca. 6,2 Millionen abgegebene Medikamentenpackungen, was einem Rückgang der Anzahl der Verschreibungen von 2,1 Prozent und einem Rückgang der Anzahl der Medikamentenpackungen von 1,7 Prozent entspricht.

Die Bruttoausgaben betrugen 60,4 Millionen Euro und ist um 1,6 Prozent gesunken. Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause

verstanden. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2017 wurden zirka 446.000 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 49,5 Millionen Euro.

4.5.1. MEDIKAMENTENVERBRAUCH AUF DEM TERRITORIUM

Indikatoren im Überblick

- Rezepte Pro-Kopf: **5,4**
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: **726** DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das **Herzkreislaufsystem**

Im Jahr 2017 betrug die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte zirka 2,9 Millionen und verzeichnet einen leichten Rückgang von 2,1 Prozent. Ebenso ist die Anzahl der Medikamentenpackungen um 1,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr rückläufig (ca. 6,2 Millionen Packungen).

Der ansässigen Bevölkerung wurden Pro-Kopf 5,4 Rezepte ausgestellt, was einem Durchschnitt von Pro-Kopf 11,6 Medikamentenpackungen entspricht.

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 4,9 Rezepte Pro-Kopf für die Männer und 6,0 für die Frauen; 674 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10,8 Packungen Pro-Kopf) gegenüber 777 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,5 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen (die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur innerhalb der Sprengel kann den Indikator wesentlich beeinflussen): von 4,1 Rezepten Pro-Kopf in den Sprengeln Grödenal bis maximal 6,5 Rezepte Pro-Kopf in Bozen. In Übereinstimmung mit dem Verlauf des Südtiroler Medikamentenverbrauchs in den letzten Jahren betrifft die höhere Medikamentenabgabe nicht nur Stadtzentren wie Bozen und Meran, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten, das Passeiertal und das Wipptal. In Bruneck ist die Inanspruchnahme der Pharmakotherapien weiterhin am geringsten.

Die Analyse des Verhältnisses zwischen den Personen, denen im Laufe des Jahres mindestens ein Medikament verschrieben wurde, und der Bezugsbevölkerung ergibt für Südtirol eine Anwendungsprävalenz von 52,3 Prozent (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2017 mindestens ein Medikament ein). Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (96,6 Prozent), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische Gruppe ATC in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (43,9 Prozent) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (17,8 Prozent). Bei Letzteren kann eine stetige Zunahme des Konsums im Vergleich zu den Vorjahren beobachtet werden. In den Sprengeln Passeiertal wurde in verschiedenen therapeutischen Gruppen (Herz-Kreislaufsystem)

tem, Gastrointestinaltrakt/ Stoffwechsel, antimikrobielle Mittel usw.) landesweit der höchste Konsum in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag verzeichnet. Beispielsweise ist bei den antimikrobiellen Pharmaka für systemische Anwendung die durchschnittliche Dosierung in der im Sprengel Passeiertal ansässigen Bevölkerung mehr als doppelt so hoch als der Landesdurchschnitt (21,2 DDD/1.000 EW gegenüber 9,7 DDD/1.000 EW). Die Statine, die für die Behandlung der Hyperlipidämien eingesetzt werden, gehören zu den Medikamenten der ATC-Gruppe des Herzkreislaufsystems und zu den auf Landesebene am häufigsten verschriebenen; sie müssen konstant und zeitlich langfristig eingenommen werden, um die gewünschte Therapiewirkung zu erzielen: Analysiert man die Statin-Therapieunterbrechungsrate, ergibt sich, dass in den letzten drei Jahren rund 19,5 Prozent (1 Patient von 5) der behandelten Patienten die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist. In den letzten Jahren konnte ein rückläufiger Trend beobachtet werden.

4.5.2. AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE

Indikatoren im Überblick

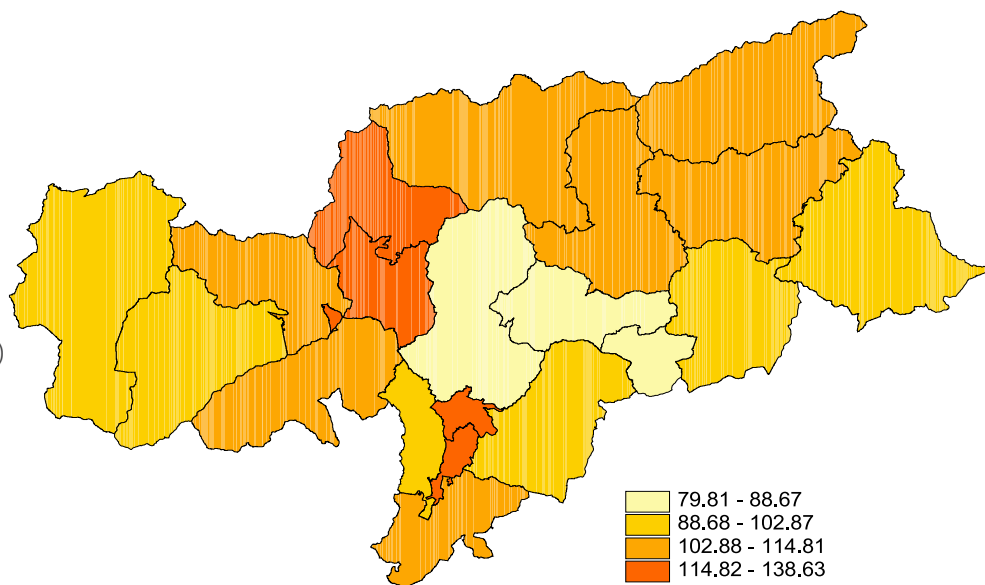
- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: **60,4** Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: **114** Euro
- Von den territorialen Apotheken am häufigsten verteilter Wirkstoff bleibt weiterhin **Pantoprazol**, was auch der höchsten Ausgaben entspricht

Die Bruttoausgaben betragen für die im Jahr 2017 über die territorialen Apotheken verteilten und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente ca. 60,4 Millionen Euro (wenn man die Nettoausgaben berücksichtigt, kann eine geringfügige Abnahme von 2,0 Prozent im Vergleich zu 2016 beobachtet werden). Auf nationaler Ebene verzeichnen die Nettoausgaben der konventionierten Pharmazeutik im Jahr 2017 weiterhin einen Abwärtstrend auf*.

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 114 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus (von 80 € Bruttoausgaben pro Kopf im Gesundheitssprengel Gröden bis 139€ im Sprengel Bozen). Im Vergleich zum Vorjahr verzeichnen die Sprengel Meran-Umgebung und Wipptal einen Rückgang der durchschnittlichen territorialen pharmazeutischen Ausgaben (6€ pro Kopf weniger als die Durchschnittswerte 2016).

In der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen rangiert der Wirkstoff Pantoprazol (Medikament gegen Magengeschwüre und Erkrankungen des Magen-System) aufgrund der hohen Ausgaben an erster Stelle (etwa 2,1 Millionen Euro oder 3,5 Prozent der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet), gefolgt vom Wirkstoff Rosuvastatin (etwa 1,9 Millionen Euro oder 3,1 Prozent der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet). Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen (sind alleine für mehr als ein Drittel der territorialen Arzneimittelausgaben des Landes verantwortlich), welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehört der Großteil zu den Medikamenten für das Herzkreislaufsystem (Statine, Medikamente zur Behandlung von Hypertonie,

Bruttoausgaben pro Kopf für Medikamente der Wohnbevölkerung nach Gesundheits-sprengel (Werte in Euro)



Kardiomyopathien und Herzversagen).

** Quelle: Federfarma*

4.5.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- In **7,3** Prozent der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka **49,5** Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka **2,9** Millionen Euro

Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Alle Arzneimittel, mit Ausnahme jener für den exklusiven Krankenhausgebrauch, werden von den territorialen

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

Im Jahr 2017 haben 7,3 Prozent der Bevölkerung, was zirka 38.600 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Berücksichtigt man die Anzahl der verteilten Arzneimittelverpackungen stehen jene zur Behandlung des Magen-Darm-Traktes/Stoffwechsel an erster Stelle, gefolgt von den Arzneimitteln für das Blut und die blutbindenden Organe. Innerhalb der Wohneinrichtungen überwiegen die Arzneimittel für das Zentrale Nervensystem

(fast über 45 Prozent der gesamten verteilten Arzneimittelverpackungen).

Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten im Rahmen der Direktabgabe sind Medikamente mit antineoplastischen Wirkstoffen, insbesondere Adalimumab und Lenalidomid, für welche eine Ausgabe von 2,8 und 1,8 Millionen Euro getätigt wurde. Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste) verteilt werden, belaufen sich auf 49,5 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 1,2 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 152.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt.

Der Ankaufspreis von Medikamenten, die innerhalb der Wohneinrichtungen verteilt werden, beträgt mehr als 2,9 Millionen Euro (mehr als die Hälfte der Ausgabe ist auf die Verteilung von Medikamenten an Patienten in Pflegeheimen und über ein Drittel an Patienten in psychiatrischen Zentren zurückzuführen).

4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN

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

ist.

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

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

4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit ≤ 3 Tage: **85,3** Prozent
- Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebenstage: **16,1** Prozent
- Onkologische Zugänge im Vergleich zu den Gesamtzugängen: **91,4** Prozent

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

Im Krankenhaus Bozen sind 11 Betten für stationäres und ein Bett für Tageshospiz vorgesehen. Weiteres stellt die Privatklinik Martinsbrunn weitere 10 Betten zur Verfügung. Anhand des Verhältnisses zwischen der Bettenanzahl für Hospizbetreuung und der Tumorerstorbenen im Bezugsgebiet wird die Fähigkeit, dem Bedarf an Palliativ-

behandlung gerecht zu werden, beurteilt. In der Provinz Bozen zählt man 1,8 Betten pro 100 Tumorverstorbene; der nationale Durchschnitt beträgt 1,4. Die Wartezeit beträgt somit einen Tag, was einem sofortigen Zugang zur Betreuung entspricht. In 85,3 Prozent der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospizeinrichtung. Eine von 8 Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten (16,4 Prozent).

und in 33,1 Prozent der Fälle die unangemessene Unterkunft.

Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (48,4 Prozent), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (16,0 Prozent) und der Kontrolle der Magendarmsymptome (11,2 Prozent).

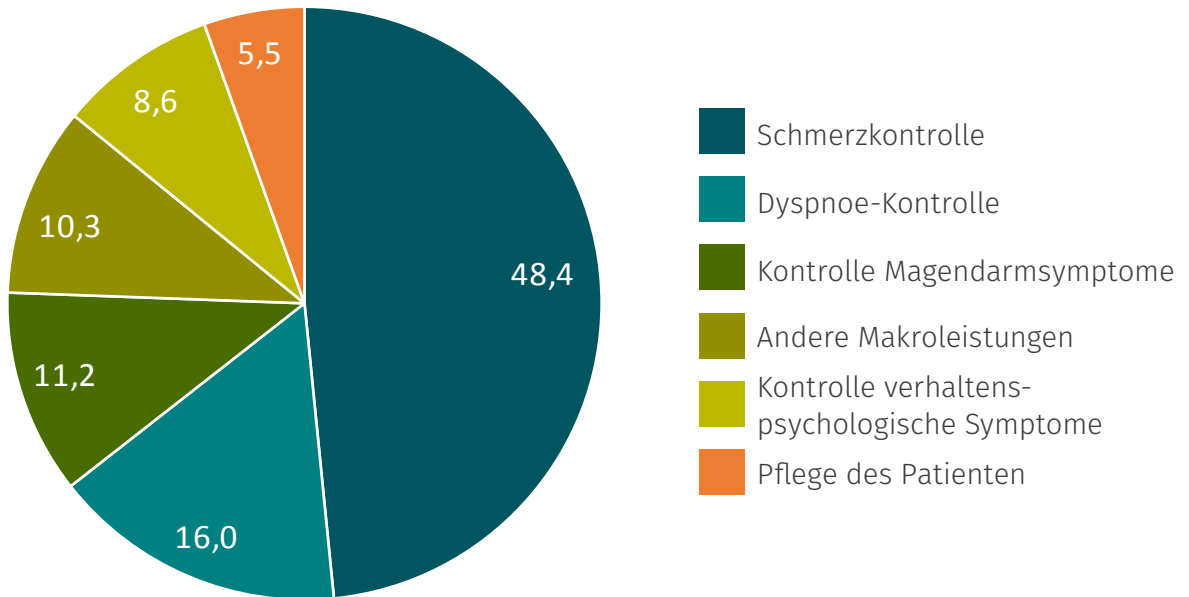
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: **475**
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: **6.786**
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospice-Einrichtungen: **16,3** Tage

Im Jahr 2017 wurden 475 Zugänge in den Hospizeinrichtungen registriert, wobei 79 Zugänge im Tageshospiz. Die geleisteten Betreuungstage waren 6.786 (291 im Tageshospiz) mit einer Durchschnittsdauer von 16,3 Tagen. Bei fast allen Zugängen zu den Hospizeinrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (91,4 Prozent) und Schmerz in Verbindung mit Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (44,2 Prozent). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospizbetreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (15,4 Prozent) und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (15,4 Prozent). In 51,4 Prozent der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospizeinrichtung das Fehlen von Pflegepersonal

Makroleistungen der Betreuung



KAPITEL 5

KRANKENHAUSVERSORGUNG



5. KRANKENHAUSVERSORGUNG

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

Zu den grundlegenden Tätigkeiten der „Krankenhausversorgung“ gehören:

1. Erste Hilfe
2. Aufenthalte von Akutkranken
3. Postakute Rehabilitation und Langzeitpflege.

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

Die auf Landesebene geführten Privatkliniken sind die „Marienlinik“, die Privatklinik „L. Bonvicini“, die Privatklinik „Villa Melitta“, die Privatklinik „Dolomiti Sportclinic“, die Privatklinik „Brixsana“, die Privatklinik „Villa St. Anna“, die Privatklinik „Martinsbrunn“ und die Privatklinik „Von Guggenberg“.

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: **256.018**
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: **31.815** gleich **12,4** Prozent

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

Im Laufe des Jahres 2017 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser Bozen, Meran, Brixen, Innichen, Sterzing und Schlanders, 256.018 Zugänge. Seit 2016 sind auch die Daten der Landeskrankenhäuser Bozen und Bruneck vollständig.

In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt registrieren die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: von 18,5 des Krankenhauses Bozen und 12,1 Prozent des Krankenhauses Brixen zu 6,8 Prozent von Innichen. Diese Unterschiede sind zum Teil auf die verschiedenen Aufenthalts- und Dienstorganisationsverfahren und zum Teil auf die diversen Datenerfassungsmodalitäten der Gesamtzugänge und Zugänge, die einen Krankenhausaufenthalt zur Folge hatten, zurückzuführen.

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: **1.682**, gleich **3,2** pro 1.000 Einwohner und damit über dem nationalen Standard von **3,0** Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte von Akutkranken: **79.332** insgesamt, davon **62.750** ordentliche Aufenthalte und **16.582** Tagesklinik-Aufenthalte
- Hospitalisierungsrate: **141,3** Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (**111,4** ordentliche Aufenthalte und **29,9** Tagesklinik-Aufenthalte)

Im Jahr 2017 kamen die Landeskrankenanstalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.682 Betten für Akutkranke (95 Prozent in öffentlichen Krankenhäusern) bei 3,2 Betten pro 1.000 Einwohner nach und überschritten somit den nationalen Standard (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95 – im Land berechnet mit Betten der öffentlichen Krankenhäuser und der vertragsgebundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen) von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner.

Für den Tagesklinik-Betrieb standen 176 Betten zur Verfügung. In den öffentlichen Krankenanstalten waren außerdem 68 Säuglingskrippen vorhanden, alle in den öffentlichen Krankenanstalten.

Im Jahr 2017 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 79.332, davon waren 62.750 (79,1 Prozent) ordentliche Aufenthalte und 16.582 (20,9 Prozent) Tagesklinik-Aufenthalte. Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutkranke jene Fälle, die aus anderen Abteilungen als für Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen, d. h. die Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener“ eingeordnet werden können.

Der Verlauf der Aufenthalte ist konstant rückläufig: Während es im Jahr 2010 93.120 Aufenthalte waren, betrug die Anzahl im Jahr 2016 nur mehr 79.332, was einer Verminderung in den letzten acht Jahren von 14,8 Prozent entspricht.

96,5 Prozent der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern. Gegenüber 1996 hat sich der Anteil

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

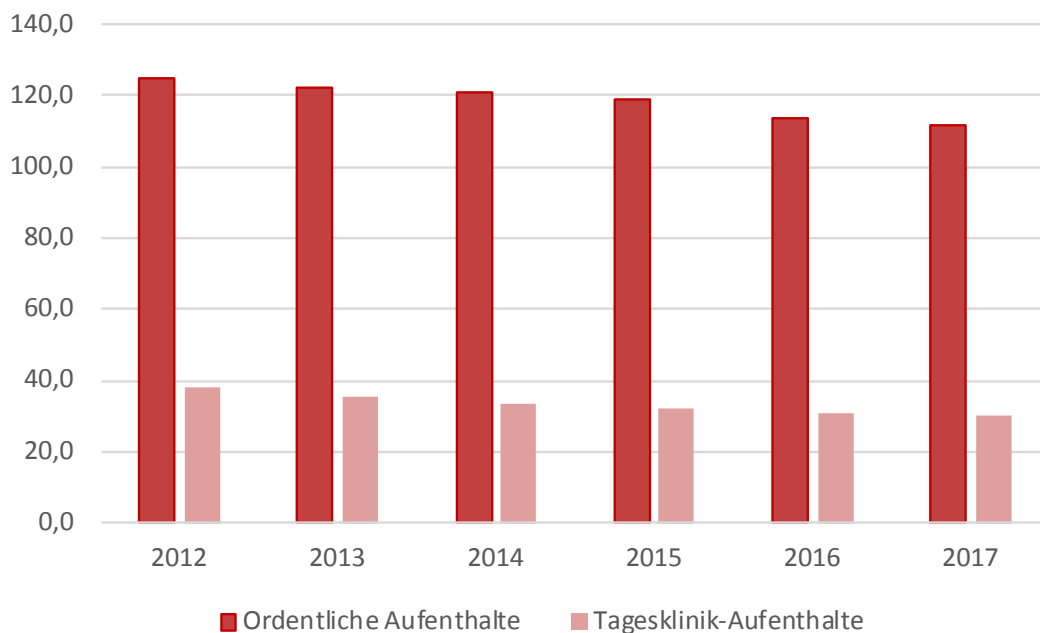
Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2017 auf 141,3 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (111,4 ordentliche Aufenthalte und 29,9 Tagesklinik-Aufenthalte - für die im Land durchgeführten Krankenhausaufenthalte, wurden jene berechnet die in den öffentlichen Krankenhäusern und in den vertragsgebundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen durchgeführt wurden; für jene außerhalb des Landes, werden die Aufenthalte im Ausland mitberechnet). Insgesamt liegt somit die Hospitalisierungsrate der Einwohner unter dem nationalen Zielwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner, dies nach einer ab 2007 registrierbaren starken und fortlaufenden Senkung.

Betrachtet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, registriert Südtirol eine Hospitalisierung von 148,3 Aufenthalten auf 1.000 Einwohner.

Dabei verzeichnet insbesondere der Gesundheitsbezirk Bruneck die höchste Inanspruchnahme (161,2).

Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens gibt es im Bericht über die Hospitalisierung des Jahres 2016 des Gesundheitsministeriums (<http://www.salute.gov.it/>).

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



5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **62.750** insgesamt; **60.581** in den öffentlichen Krankenhäusern; **2.169** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **427.585** insgesamt; **416.639** in den öffentlichen Krankenhäusern; **10.946** in den Privatkliniken
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: **6,9**

Auch für das Jahr 2017 ist - wie in den Vorjahren - ein Rückgang der ordentlichen Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Kran-

kenhäusern so wie in den Privatkliniken zu beobachten.

Im Jahr 2017 wurden 62.750 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 427.585 Aufenthaltstage umfassten. 96,6 Prozent der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 97,5 Prozent aller Aufenthaltstage in Anspruch. 39,2 Prozent aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt.

36,4 Prozent der ordentlichen Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30-64 Jahren, 30,6 Prozent der Patienten waren über 75 Jahre alt.

Insgesamt waren die Betten zu 78,0 Prozent der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett

wurde im Laufe des Jahres von 42,1 verschiedenen Patienten belegt.

Durchschnittlich verstrichen also 1,9 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten freistand. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb in den letzten fünf Jahren nahezu konstant (für das Jahr 2016 beträgt der Wert 6,9) und entspricht somit den gesamtstaatlichen Vergleichswerten des Jahres 2016 (6,9 Tage).

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad auf (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,19), der dem nationalen Standard übereinstimmt (1,19 im Jahre 2016). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes einen Wert von 1,00 im Jahr 2017 an, mit dem höchsten Wert für das Krankenhaus Sterzing (1,19).

Insgesamt weisen die öffentlichen Landeskrankenanstalten im gesamtstaatlichen Vergleich eine höhere Performance auf.

Die Gesamtzahl der ordentlichen Eintaugesaufenthalte beträgt 5.860 (3.668 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 9,3 Prozent an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht.

Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurde den ordentlichen Aufenthalten in 63,7 Prozent der Fälle in den Landeskrankenanstalten eine medizinische DRG zugewiesen. Besonders hohe Anteile unter den öffentlichen Krankenhäusern vermerken die Krankenhäuser Schlanders (72,2 Prozent) und Bruneck (66,7 Prozent).

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

tursache der Aufenthalte stellen die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (6,1 Prozent aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten“ (3,4 Prozent aller Aufenthalte) dar.

5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **16.582** insgesamt; **15.985** in den öffentlichen Krankenhäusern; **597** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **28.987** insgesamt; **28.390** in den öffentlichen Krankenhäusern; **594** in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: **11.379** insgesamt; **10.805** in den öffentlichen Krankenhäusern; **574** in den Privatkliniken

Im Jahr 2017 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 16.582, was einem Rückgang in Vergleich zu 2016 entspricht. 96,4 Prozent der Aufenthalte betrafen die öffentlichen Landeskranken Häuser.

Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (170 öffentliche vs. 6 private). Durchschnittlich kamen auf jeden medizinischen Tagesklinik-Aufenthalt 3,1 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten.

Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 49,3 Prozent ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 26,7 Prozent waren sie über 64 Jahre alt.

Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwie-

gend chirurgischer Art. 11.379 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 68,6 Prozent der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Die Krankenhäuser Innichen, und Schlanders weisen einen Anteil chirurgischer tagesklinischer Tätigkeit von über 90 Prozent auf. Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellten die DRG 381 „Abort mit Dilatation u. Nachkuerretage mittels Aspiration o. Hysterotomie“ mit 8,4 Prozent aller Aufenthalte dar, gefolgt von der DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose“ mit 7,8 Prozent der Aufenthalte. 9 DRGs decken 50 Prozent aller chirurgischen tagesklinischen Aufenthalte ab. Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Andere Diagnosen

betreffend Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 17“ (DRG 073) in 7,7 Prozent der Fälle zurückzuführen.

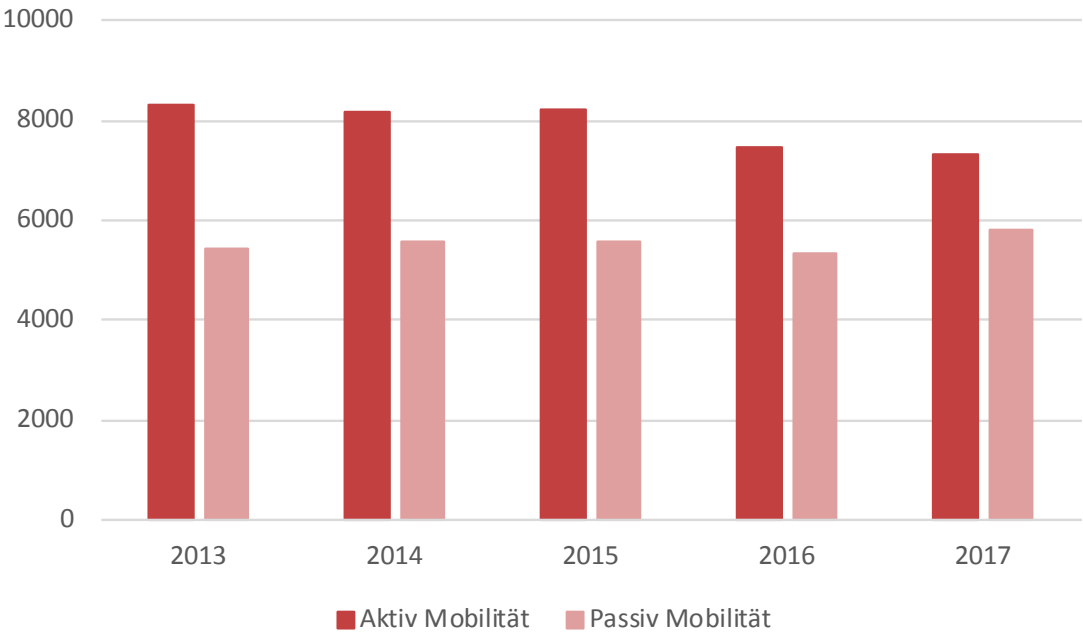
5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: **7.330**
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: **3.613**
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: **1.337**

Im Laufe des Jahres produzierten Südtirols Krankenanstalten 79.332 ordentliche und Ta-

Aktive und passive Mobilität der Aufenthalte für Akutkranken



gesklinik-Aufenthalte, davon 7.330 für außerhalb des Landes Ansässige.

Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 76.950 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in Anspruch, davon, 3.613 in Einrichtungen im übrigen Italien, 1.337 in Österreich und 840 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2016).

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 9,2 Prozent für die überregionale aktive Mobilität.

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

Im Laufe des Jahres 2017 wurden insgesamt 1.337 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einer Verringerung von etwa 17,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 10.681 ordentliche Aufenthaltstage in stationärem Aufenthaltsregime in Anspruch genommen.

Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich die Primäre Hypertonie mit 9,1 der Aufenthalte und der „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation“, mit einem Aufenthaltsanteil von 7,6 Prozent.

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2017 1.292 (96,7 Prozent) Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen (1.163 ordentliche und 129 tagesklinische Aufenthalte). Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (16,9 Prozent) und Orthopädie und Traumatologie (12,3 Prozent).

5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die postakute Versorgung: **363**, gleich **0,69** pro 1.000 Einwohner
- Postakute Aufenthalte: **6.023**

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

Für die postakute Krankenhausversorgung stehen insgesamt 363 vertragsgebundene Betten zur Verfügung, die im Jahr 2017 wie folgt aufgeteilt waren: 120 in öffentlichen Krankenhäusern (33,1 Prozent) und 243 in Privatkliniken (66,9 Prozent).

Gegenüber 2016 ist die Gesamtanzahl der vertragsgebundenen Betten um 18 Einheiten gesunken.

5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die physische Rehabilitation: **175**, gleich **0,33** pro 1.000 Einwohner
- Vertragsgebundene Betten für die Neuro-Rehabilitation: **32**, gleich **0,06** pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte: **3.158** aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation und **158** aufgrund Neuro-Rehabilitation

Im Jahr 2017 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 3.158 Aufenthalte (2.990 ordentliche Aufenthalte und 151 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 158 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 73,2 Prozent der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 26,8 Prozent in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 19,1 Tage.

Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 5,3 Prozent an allen Aufenthalten dar. 70,7 Prozent der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ zugewiesen, mehr als 24 Prozent der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“.

Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 83,3 Prozent auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. 88,9 Prozent der Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 10,2 Prozent als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,9 Prozent als Bewertungsaufenthalte. 70,5 Prozent der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 25,4 Prozent jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 4,0

Prozent die anderen Schädigungen.

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezah bei der Aufnahme betrug 76,8 Punkte. Unter dem Durchschnitt lagen die Privatklinik Martinsbrunn (59,8), das Krankenhaus Bruneck (71,3), die Privatklinik Villa Melitta (72,8), die Privatklinik Bonvicini (73,1) und das Krankenhaus Bozen (75,0 Punkte). Die durchschnittliche höchste Punktezah verzeichnete hingegen die Privatklinik Von Guggenberg (103,7), gefolgt von dem Krankenhaus Sterzing (94,4 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezah bei der Entlassung betrug 95,5; das Krankenhaus Bozen verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 158 (134 ordentliche Aufenthalte und 24 Tagesklinik-Aufenthalte), 51 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 4 das Krankenhaus Brixen, 24 das Krankenhaus Bruneck, 60 das Krankenhaus Sterzing und 19 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 57,5 Tagen. Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (37,0 Punkte) und bei der Entlassung (66,2 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation.

Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 29,2, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,6 Punkte. Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten 220, 12 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte (am 07.06.2018 aktualisiert). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 19,4 Tage.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex 28) beliefen sich auf 18 (am 07.06.2018 aktualisiert).

Im Jahr 2017 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in postakuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 50.

5.3.2. LANGZEITPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die Langzeitpflege: **156**, gleich **0,29** pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: **2.711**
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: **18**

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 2.711 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 20,4 Tage. Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der postakuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ (41,2 Prozent) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ (13,8 Prozent).





KAPITEL 6

GESUNDHEITSAUSGABEN



6. GESUNDHEITSAUSGABEN

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen: **1.309,315** Mio. Euro
- Öffentliche Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen: **2.393** Euro

Die öffentlichen Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (die direkt vom Land für den Landesgesundheitsdienst getragenen Ausgaben plus die vom Sanitätsbetrieb aufgewendeten Führungs- und Investitionskosten) beliefen sich im Jahr 2017 insgesamt auf 1.309,315 Millionen Euro.

98,43% der Gesamtausgaben des Jahres 2017 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 1,57% betrafen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche

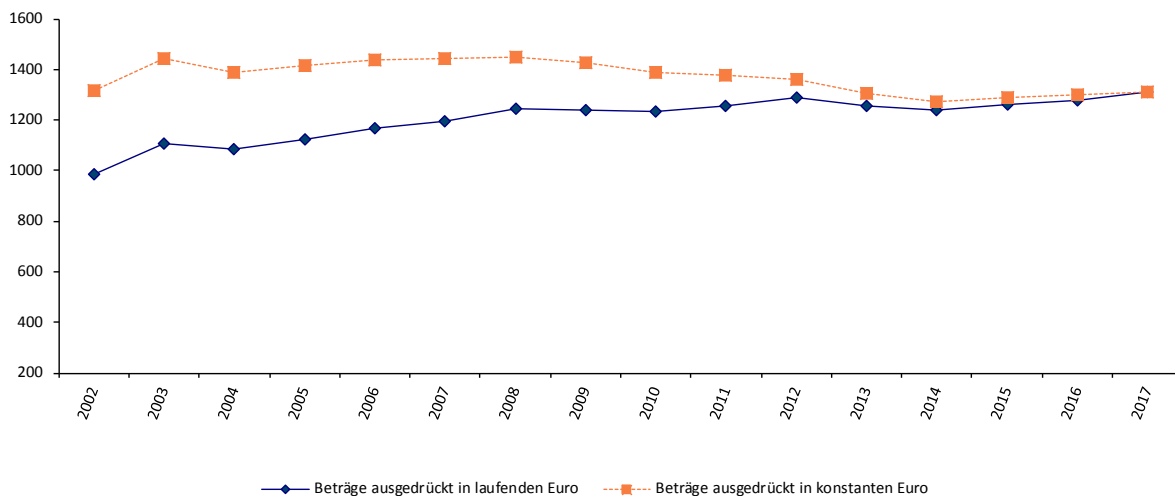
Güter und biomedizinische Geräte.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2017 auf 1.288,701 Millionen Euro beziffern. 98,04% davon werden direkt vom Sanitätsbetrieb getragen. Die Ausgaben des Sanitätsbetriebs setzen sich vornehmlich aus den Personalkosten (47,61%) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (23,36%) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (14,11%), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (7,52%) und sonstige Kosten (7,40%).

Die insgesamt vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Investitionskosten für das Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2017 auf rund 20,614 Millionen Euro.

Die laufenden Pro-Kopf-Ausgaben lassen sich für das Jahr 2017 auf 2.393 Euro beziffern, mit einem leichten Anstieg von 1,14% im Vergleich zum Vorjahr.

**Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (Sanitätsbetrieb und Provinz)
Jahre 2002-2017 (Millionen Euro)**





**Beobachtungsstelle für Gesundheit
Landhaus 12**

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1
39100 Bozen

Tel. +39 0471 418040

Fax +39 0471 418048

gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it