

GESUNDHEITS-BERICHT

Autonome Provinz Bozen – Südtirol

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
Abteilung 23 - Gesundheitswesen
Epidemiologische Beobachtungsstelle

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Ripartizione 23 - Sanità
Osservatorio epidemiologico

LANDESGESUNDHEITSBERICHT 2014

VERFASST VON DER EPIDEMIOLOGISCHEN BEOBACHTUNGSSTELLE DES LANDES

Landesbeobachtungsstelle – Abteilung Gesundheitswesen
Kanonikus M. Gamper 1 – 39100 Bozen
Tel. 0471 41 80 40
Fax 0471 41 80 48

Abrufbar auf der Internetseit www.provincia.bz.it/oep
Kontakt: oep@provincia.bz.it

Autonome Provinz Bozen
Die auszugsweise Wiedergabe ist unter Angaben der Quelle gestattet

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

1 BETREUUNGSBERECHTIGTE BEVÖLKERUNG

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

1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG

Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung: 518.518 Einwohner

Im Jahr 2014 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 518.518 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 70,1 Einwohnern pro km². 55,0% des Landesgebietes weisen einen niedrigen Erschließungsgrad auf[1], 21,1% einen mittleren Erschließungsgrad und 23,9% einen hohen Erschließungsgrad (Volkszählung 2011).
Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (44,6%), in etwa ein Viertel in dem von Meran (26,0%) und etwa ein Sechstel jeweils in den Bezirken Brixen (14,4%) und Bruneck (15,0%). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den beiden Gesundheitsbezirken Bozen Stadt (20,5%) und Meran (10,8%).

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

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter: 41,9 Jahre
- Altersindex: 123,6%
- Abhängigkeitsindex: 54,2%

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 97,4 Männer.
Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 41,6 Jahren (40,3 Jahre für die Männer und 42,8 für die Frauen) und verzeichnet im letzten fünf Jahren eine Zunahme von 0,9 Jahren.
Der Altersindex entspricht 117,9 Senioren (über 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den letzten fünf Jahren von 9 Punkte und ist unter den Frauen höher (137,9%) als unter den Männern (99,1%). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 157,7%.
Der Abhängigkeitsindex liegt bei 53,9%. Für die Frauen (57,5%) liegt dieser Index höher als für die Männer (50,4%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 55,1%.

1.3. LEBENSERWARTUNG

Indikatoren im Überblick

- Lebenserwartung bei der Geburt - Männer: 80,8 Jahre
- Lebenserwartung bei der Geburt - Frauen: 85,6 Jahre

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt laut Landessterbetafeln aus dem Jahr 2013 80,8 Jahre für die Männer und 85,6 Jahre für die Frauen. ISTAT-Schätzungen für das Jahr 2011 zufolge besitzt Südtirol eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (81,3 vs 80,2 für die Männer und 84,5 vs 84,9 für die Frauen).
Die Lebenserwartung bei der Geburt verlief in den letzten Jahren konstant zunehmend: Sie verlängerte sich im letzten zehn Jahren für die Männer um 2,8 Jahre, für die Frauen um 1,9 Jahre.
Die Lebenserwartungsdifferenz zwischen den Geschlechtern verringert sich jedoch fortlaufend (von 8,1 Jahren der Sterbetafeln 1977-79 auf 4,4 Jahre der neueren Tafeln).

1.4. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: 5.701
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: 5.356
- Geburtenrate: 10,5 Neugeborene auf 1.000 Einwohner
- Durchschnittsalter der Eltern bei der Geburt: 31,5 Jahre für die Mutter und 35,1 Jahre für den Vater
- Prozentsatz der ansässigen Ausländerinnen, die in Südtirol entbunden haben: 21,3%
- Prozentsatz der schwangeren Südtirolerinnen über 35 Jahren, die mindestens eine invasive Untersuchung durchgeführt haben: 14,1%

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 2014 wurden in Südtirol 5.701 Kinder geboren, 5.356 davon von ansässigen Müttern (93,9%), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2014 kann eine Zunahme der Neugeborenen sowohl im Vergleich zum Vorjahr (5.546 Neugeborene) als auch im Vergleich zum Durchschnitt der letzten Jahre (durchschnittliche Anzahl in den Jahren 2010-2012 ca. 5.600 Geburten) verzeichnet werden. Fast alle Geburten fanden in den 7 Geburtsstellen des Landes statt, nur 26 waren Hausgeburten.

Im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt ergibt sich für Südtirol weiterhin ein positives Bild sowohl hinsichtlich der Betreuung während der Schwangerschaft als auch des Ausgangs der Geburten.

Die Geburtenrate* beträgt 10,5 Neugeborene pro 1.000 Einwohner und ist somit der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 8,4 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

Bei der Durchführung von invasiven Pränataldiagnostiken verzeichnen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Südtiroler Müttern und jenen auf dem restlichen Staatsgebiet. Nur 14,1% der schwangeren Südtirolerinnen über 35 Jahren unterziehen sich mindestens einer invasiven Untersuchung (der Wert bestätigt einen rückläufigen Trend), während es in den italienischen Regionen über 50,0%** sind.

* Quelle: demografische Indikatoren 2014 - ISTAT

**Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 11 Bericht über die CedAP- Daten – Jahr 2013

1.4.1. Eigenschaften der Eltern

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: 31,5 Jahre
- Ansässige Mütter, die 2014 entbunden haben: 5.256
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: 29,5%
- Prozentsatz der Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt Hausfrauen sind: 18,7%
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: 90,8%
- Prozentsatz der Väter mit Mittelschulabschluss: 41,4%

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Frauen bei der Entbindung betrug 31,5 Jahre. Dieser Wert zeigt an, dass die Südtiroler Mütter im Einklang mit dem Durchschnittsalter der norditalienischen Müttern sind, jünger als der Durchschnittswert Mittelitaliens (31,8 Jahre) und älter als der in Süditalien aufgezeichnete Werte (31,3 Jahre) und der der italienischen Inseln (31,0 Jahre)*. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2014 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (65,1%), fast 1 von 3 über 35 Jahre (29,5%) und 6,4% (339 Frauen) über 40 Jahre. Im Jahr 2014 betrug das Durchschnittsalter des Vaters 35,1 Jahre, was einem leichten Rückgang gegenüber dem Vorjahr bedeutet. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 57 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 1,1% aller ansässigen Frauen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die große Schwierigkeiten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiven Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen haben).

Weiterhin signifikant hoch ist der Prozentsatz der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind und insbesondere Mütter mit italienischer Staatsbürgerschaft: eine von zwei Müttern sind zum Zeitpunkt der Entbindung nicht verheiratet. Dieser tendenziell auf nationaler Ebene steigende Wert, ist nach wie vor in der Provinz Bozen am höchsten, so zum Beispiel waren im Jahr 2013** in der Emilia Romagna 40% der Frauen mit italienischer Staatsbürgerschaft bei der Geburt unverheiratete.

Hinsichtlich des Studientitels weisen 64,4% der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 52,9% sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 75,3% der Mütter gegenüber 90,8% der Väter).

Nach einem kontinuierlichen Anstieg in den vergangenen Jahren entsprach der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft laut CedAP-Daten dem Wert des Vorjahres und betrug somit 21,3% (eine von fünf Müttern). Die am meisten vertretenen ausländischen Nationalitäten sind Marokkaner, Albaner und Pakistan. Berücksichtigt man das

Geburtsland der Mutter, so sind im Jahre 2014 24,4% der gesamten ansässigen Mütter im Ausland geboren.

* Quelle: Erhebung der im Meldeamt eingetragenen Geburten, DemoISTAT, Jahr 2013

** Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 11 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2013

.

1.4.2. Schwangerschaft und Geburt

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittliche Anzahl der Schwangerschaftsuntersuchungen: 6,7
- Prozentsatz der entbindenden ansässigen Mütter, die mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen ließen: 5,0%
- Prozentsatz der mittels Kaiserschnitt Geborenen (ansässige Bevölkerung): 24,3%
- Prozentsatz der durch vaginale Entbindung Geborenen des Krankenhauses Bozen (ansässige Bevölkerung) 73,1%
- Anzahl der Zwillingsgeburten: 97, entspricht 1,8% aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: 124, entspricht 2,4% aller entbindenden ansässigen Mütter

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

Im Jahr 2014 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,7 Kontrollvisiten (konstanter Wert in den letzten Jahren). Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. In 6,0% der Fälle haben die Mütter weniger als 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 63,6% der schwangeren Mütter haben die 1. Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh (dieser Wert zeigt eine steigende Tendenz).

Von den Frauen, die im Jahr 2014 in Südtirol entbunden haben, ließen 262 (5,0%) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2005 waren es 9,8%). 2,3% ließen eine Amniozentese vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom), 1,4% eine Chorionbiopsie.

Bei der Untersuchung der Art der Entbindung bei ansässigen Müttern ergibt sich, dass 69,7% der Kinder vaginal und 5,9% operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Der Prozentsatz der chirurgischen Geburten im Jahr 2014 ist etwas geringer als im Vorjahr (24,3% der ansässigen Bevölkerung).

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 19,7%. 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 1,8% aller Geburten dar (97 Zwillingsgeburten für insgesamt 196 Neugeborene). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 34,0% (eine von drei Mehrlingsgeburten ist auf die künstliche Befruchtung zurückzuführen). Es kann eine Zunahme des Wertes beobachtet werden.

Im Jahr 2014 griffen 124 Frauen (2,4% aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück. Derselbe Wert wurde auch in der Region Emilia Romagna im Jahr 2013 erhoben (2,4%)*.

Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) betrug 7,8%, während die Schwangerschaften mit verspätetem Geburtstermin 0,1% waren.

*Quelle: Die Geburt in der Emilia Romagna – 11 Bericht über die CedAP-Daten – Jahr 2013

1.5. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate: 5,6 pro 1.000 Einwohner
- Natürliche Wachstumsrate: 2,7 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate: 2,7 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate: 1.692,6 pro 1.000 Frauen
- Gesamtfruchtbarkeitsrate (2012-2014): 1.642,0 pro 1.000 Frauen

Im Jahr 2014 wuchs die Bevölkerung um 5,4 Personen pro 1.000 Einwohner.

Einen wichtigen Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 2,7‰; das natürliche Wachstum von 2,7‰ 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 (1,4 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene).

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

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

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT

2.1. LEBENSSTILE

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

2.1.1. Ernährung

Indikatoren im Überblick

- Übergewichtige Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 26,7%
- Fettleibige Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 6,7%
- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 43,1%
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 23,5%
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: 6,9%

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

33,9% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (26,4% übergewichtig, 7,5% fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (42,9%) als unter den Frauen (24,7%) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad (52,5%) als unter jenen mit höherem Studientitel (22,1%) auf. Nur 6,9% 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: 55,0%
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 7,9%

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.
55,0% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbedingt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 7,9% betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. Rauchgewohnheit

Indikatoren im Überblick

- Raucher (Männer und Frauen) in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 25,2%
- Raucher (Männer und Frauen) in der Altersklasse von 18-24 Jahren: 28,2%
- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 28,6%
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 21,8%
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2011): 1.232

Rauchen ist „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“. Rauchen ist für rund 27% der Todesfälle wegen Tumorerkrankungen und für 32% aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 75% der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre und 80% der Lungentumoren zuzuschreiben. Außerdem führt Rauchen auch zu anderen Krankheiten wie Myokardinfarkt, Ischämie, chronisch-obstruktiver Bronchitis und sonstigen Störungen der Atemwege.
Die Rauchgewohnheit ist unter 25,7% der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 29,3% der Männer und 22,0% der Frauen). Jugendliche sind stärker

davon betroffen: Im Alter zwischen 18 und 34 Jahren rauchen 33,8%.

2.1.4. Alkohol- und Drogenmissbrauch

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgte Patienten: 738
- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 3,8 pro 1.000 Einwohner
- Inzidenz der von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 1,6 pro 10.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen in der Altersklasse von 15-54 Jahren: 145
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen im Alter 15-54 Jahre: 51
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von drogen-assoziierten Ursachen im Alter 15-54. Werte pro 100.000 Einwohner: 21,4
- Von den DfA versorgte alkoholabhängige Patienten: 1.602
- Prävalenz der von den DfA versorgten alkoholabhängigen Patienten: 3,1 pro 1.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen: 1.133
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von alkohol-assozierten Ursachen (Haupt- und Nebendiagnose): 677
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen: 2,2 pro 1.000 Einwohner
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von alkohol-assozierten Ursachen, Werte pro 1000 Einwohner: 1,3
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren: 39,8%

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

Im Jahr 2014 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 783 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 2,8 Patienten pro 1.000 Einwohner im Alter zwischen 15 und 54 Jahren entspricht.

Unter den 15- bis 54-Jährigen wurden 145 drogenbedingte Krankenhausentlassungen und 51 Zugänge zur Ersten Hilfe registriert.

Nach den Schätzungen der WHO sind rund 9% der Gesamtausgaben für die Gesundheit in

Europa auf den Missbrauch von alkoholischen Getränken zurückzuführen. Der Alkohol spielt bei der Erhöhung des Risikos für Erkrankungen wie Leberzirrhose, einigen Tumorarten, Hypertonie, Ischämie und angeborenen Missbildungen eine ausschlaggebende Rolle.

Die risikobehafteten Trinker („Binge Drinker", Personen, die Alkohol außerhalb der Mahlzeiten konsumieren oder starke Trinker) stellen auf Landesebene 39,8% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren dar; 28,6% davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 23,5% 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 3,2% sind starke Trinker (Konsum im letztem Monat von mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen).

Es wurden 1133 alkoholbedingte Krankenhausentlassungen und 677 Zugänge zur Ersten Hilfe gezählt.

Im Jahr 2014 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 296 Personen mit Spielsuchtproblemen, 114 Personen wegen Mißbrauch von Medikamenten, 111 wegen Probleme mit Nikotin, 430 Angehörige von Personen, welcher unter eine Abhängigkeit leiden, und 136 sonstige Personen versorgt.

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

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

2.2.1. Verbreitung der chronischen Krankheiten

Indikatoren im Überblick

- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: 28,2%
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: 62,7 Jahre
- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Senioren: 76,0%
- An Hypertonie leidende Bevölkerung: 15,1%
- Personen in der Stadt Bozen, die an einer Herzkreislauferkrankung leiden: Mehr als 21.500
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: 7,0%
- Von einer Neoplasie betroffene Bevölkerung: 5,2%
- Von einer chronischen Atemwegserkrankung betroffene Männer: 4,0%

Die chronischen Krankheiten sind die häufigste Todesursache in fast aller Welt. Zu dieser

weitumfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen usw.. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Bekämpfung für die öffentliche Gesundheit eine Priorität darstellt.

Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Die Südtiroler versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum nationalen Durchschnitt eine relativ junge Bevölkerung (im Einklang mit der demografischen Entwicklung und einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung), mit einem mittleren Alter von 42,1 Jahren und einem Altersindex von 126 Jahren (d. h. auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche kommen 123 versorgungsberechtigte Senioren) im Jahr 2014 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 158* geschätzt.

Im Jahr 2014 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 28,2% (jeder Vierte). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine sowie neurologisch Krankheiten verzeichnet.

15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 5 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 4 Männer pro 100 eine Atemwegserkrankung, 4 pro 100 leiden an Diabetes. Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 76 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.

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

* Quelle: ISTAT

2.2.2. Infektionskrankheiten

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkolosefälle: 58
- Melderaten für Tuberkolose: 11,2 pro 100.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Infektionskrankheiten: 1.735
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von Infektionskrankheiten: 334,6 pro 100.000 Einwohner
- Todesfälle aufgrund von Infektionskrankheiten (2011): 58
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Infektionskrankheiten (2011): 11,5 pro 100.000 Einwohner
- Neue HIV-Fälle (2013): 18
- Prävalenzfälle von AIDS (2013): 137
- Inzidenzrate von HIV (2013): 4,0 pro 100.000 Einwohner
- Prävalenzrate von AIDS (2013): 26,6 pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2014 am häufigsten gemeldeten Infektionskrankheiten waren die Kinderkrankheiten, darunter die Windpocken mit 829 Fällen bei einer Inzidenz von 159,9 pro 100.000 Einwohner. Außerdem wurden 2014 58 Tuberkulosefälle gemeldet, was 11,2 pro 100.000 Einwohner entspricht (10,7 im Jahr 2013). Zwischen 1982, als AIDS in Italien zum ersten Mal diagnostiziert wurde, und 2011 wurden unter den Südtirolern 291 Fälle von AIDS gemeldet. Die Inzidenz der neuen HIV-Fälle betrug für das Jahr 2013 18 (4,0 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2013 3.608 neue HIV-Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 6,0 Fällen pro 100.000 Einwohner.

2.2.3. Bösartige Tumoren

Indikatoren im Überblick

- Neue erwartete Fälle von bösartigen Tumoren - Männer (2014): 1.917
- Neue erwartete Fälle von bösartigen Tumoren - Frauen (2014): 1.443
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2004-2008): 653,3 pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2004-2008): 505,7 pro 100.000
- Erwartete Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren - Männer (2014): 836
- Jährliche Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren - Männer (2004-2008): 270,0 pro 100.000

Indikatoren im Überblick

- Erwartete Todesfälle aufgrund von bösartigen Tumoren - Frauen (2014): 605
- Jährliche Sterblichkeitsrate aufgrund von bösartigen Tumoren - Frauen (2004-2008): 205,5 pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2004-2008.

Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.576 neue Fälle unter den Männern (653,3 pro 100.000) und 1.248 unter den Frauen (505,7 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2014 1.917 neue Fälle unter den Männern und 1.443 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 (22,7% der Fälle), Kolon-Rektum (11,7%), Lunge (9,9%), Blase (8,7%) und Magen (5,1%).

Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,2% der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (12,2%), von dem Lungenkarzinom (5,7%), vom Melanomen (5,4%) und Gebärmutterkörperkarzinom (4,7%).

Im Zeitraum 2004-2008 verstarben pro Jahr durchschnittlich 651 Männer an Tumorerkrankungen (270,0 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 507 Frauen (205,5 Todesfälle pro 100.000). Für das Jahr 2014 können somit für Südtirol insgesamt 1.441 Todesfälle aufgrund von Tumoren geschätzt werden, davon 836 unter den Männern und 605 unter den Frauen.

Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (20,8% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (11,0%), das Prostatakarzinom (9,8%), das Magenkarzinom (8,0%) und das Leberkarzinom (7,0%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom für die meisten Todesfälle verantwortlich (16,9%), gefolgt vom Kolon-Rektum-Karzinom (12,0%), vom Lungenkarzinom (10,7%), vom Pankreaskarzinom (7,6%) und vom Magenkarzinom (7,3%).

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumorregister verwiesen: *http://www.registri-tumori.it/cms/.*

2.2.4. Diabetes

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der diabetischen Patienten an der gesamten Wohnbevölkerung: 4,1% Diabetes Typ 2 und 0,2% Diabetes Typ I
- Durchschnittsalter: 68,2 Jahre (69,5 Jahre Diabetiker Typ 2 und 39,3Diabetiker Typ I)
- Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herzkreislaufkrankheit, zwei Drittel sind Hypertonie-Patienten
- Über 75% der Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin- und Hämoglobin-Untersuchung durchführen
- Diabetiker Typ 2, die mindestens ein Medikament für Diabetes eingenommen haben (orales Antidiabetikum, Aggregationshemmer, Lipidsenker oder Insulin): 84,7%
- Hospitalisierungsrate wegen Diabetes: 90,3 Aufenthalte von Ansässigen pro 100.000 Einwohner

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

Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

- Diabetes Typ I (8% der Fälle) ist eine vorwiegend in der Kindheit und Jugend vorkommende Form, die mit Insulin behandelt werden muss;
- Diabetes Typ 2 (über 90% der Fälle) bricht allgemein im Erwachsenenalter oder Greisenalter aus und kann oft durch Diät, körperliche Bewegung und/oder orale Hypoglykämika unter Kontrolle gehalten werden.

Im Jahr 2014 wurden in Südtirol 928 Patienten mit Diabetes Typ I und 20.479 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut (in durchlebte Jahre berechnetin durchlebten Jahren), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,2% (Typ I) und 4,1% (Typ II) .

Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 12,5% zwischen 65 und 74 Jahren und 15,9% ab 75 Jahren.

Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 39,3 Jahren (Typ I) vs. 69,5 Jahren (Typ II).

Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene nicht wenig homogen. Die Städtegroßen Bevölkerungszentren verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem

Landesdurchschnitt, was auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitssystems seitens der dort ansässigen Diabetiker zurückzuführen ist. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Ahrntal, Gadertal, Eggental und Gröden.

Drei Viertel der Diabetiker Typ 2 auf Landesebene leiden auch an einer Herzkreislaufkrankheit, mehr als zwei Drittel an sind Hypertonie und ein Drittel an Dislypämie.

Über -Patienten, 6,6% sind von einer Neuropathie betroffen und 4,8% leiden an einer schweren Herzinsuffizienz.

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

Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2014 68,6% der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 48,9% einen Lipidsenker, 33,1% einen Aggregationshemmer und 16,8% führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer Medikamente: 84,7% der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.

Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 90,3 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, sinkt die Rate auf 83,3 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 31,4 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahre.

2.2.5. Psychische Störungen

Indikatoren im Überblick

- Von den Zentren für Geistige Gesundheit betreute Patienten: 9.361
- Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: 18,1 pro 1.000 Einwohner
- Krankenhausentlassungen aufgrund von psychischer Krankheit: 3.107
- Krankenhausentlassungsrate aufgrund von psychischer Krankheit: 599,2 pro 100.000 Einwohner
- Von den Psychologischen Diensten betreute Patienten: 8.388
- Von den Psychologischen Diensten erbrachten Psychotherapie: 11.631
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: 16,2 pro 1.000 Einwohner
- Suizidfälle (2013): 43
- Suizidrate (2013): 8,3 pro 100.000 Einwohner

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

Im Jahr 2014 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 9.361 Personen betreut (18,1 pro 1.000 Einwohner), 3.107 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (599,2 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (28,5% der Entlassungen).

Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2014 8.388 Patienten (16,2 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der erbrachten Psychotherapie betrug 11.631.

2013 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2009-2012 von 47 Fällen 43 Suizide (8,3 pro 100.000 Einwohner).

2.2.6. Krankheiten des Kreislaufsystems

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der chronischen Vaskulopatien - Männer: 173,4 pro 1.000
- Prävalenz der chronischen Vaskulopatien - Frauen: 180,5 pro 1.000
- Prävalenz der Hypertonie - Männer: 146,0 pro 1.000
- Prävalenz der Hypertonie - Frauen: 155,7 pro 1.000
- Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer (2011): 601
- Todesfälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen (2010): 812
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer (2011): 241,9 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen (2011): 316,8 pro 100.000
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer: 4.579
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen: 4.114
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Männer: 1.790,1 pro 100.000
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems - Frauen: 1.565,9 pro 100.000

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 37,4% der Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems sind die Hypertonie, die Hypercholesterinämie, der Diabetes und die Fettleibigkeit.

Für eine an Hypertonie leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als für eine nicht an Hypertonie leidende Person, und um über viermal höher, an einer Ischämie zu sterben. Schätzungen zufolge sind 25% der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie Hypertonie-assoziiert. Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie.

Für das Jahr 2014 wird in der Wohnbevölkerung eine Prävalenz von 177,0 Fällen pro 1.000 chronische Herzkreislaufkranke (173,4 pro 1.000 unter den Männern und 180,5 pro 1.000 unter den Frauen) und von 150,9 Fällen pro 1.000 Hypertonie-Patienten geschätzt (146,0 unter den Männern und 155,7 unter den Frauen). Insgesamt belief sich die Zahl der

Krankenhausentlassungen aufgrund von Herzkreislauferkrankungen auf 8.693 (1.676,5 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.450) gehen 712 auf akuten Myokardinfarkt zurück (442 Männer und 270 Frauen). Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren im Jahr 2011 die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 243 Todesfällen unter den Männern (97,8 pro 100.000) und 247 unter den Frauen (96,4 pro 100.000).

2.2.7. Atemwegserkrankungen

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der chronischen Bronchopathien - Männer: 40,8 pro 1.000
- Prävalenz der chronischen Bronchopathien - Frauen: 35,3 pro 1.000
- Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2010): 164
- Todesfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2010): 120
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2011): 66,0 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2011): 46,8 pro 100.000
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: 3.193
- Krankenhausentlassungen aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen: 2.373
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: 1.284,3 pro 100.000
- Hospitalisierungsrate aufgrund von Atemwegerkrankungen - Frauen: 903,2 pro 100.000

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

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

Rauchen ist der bedeutendste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20% der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden Atmungsinsuffizienz. Die für das Jahr 2014 geschätzte Prävalenz der chronischen Bronchopathien entspricht in Südtirol 38,0 Fällen pro 1.000 Einwohner (40,8 unter den Männern und 35,3 unter den Frauen).

Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2014 insgesamt auf 5.566, wobei die Hospitalisierungsrate 1.073,4 pro

100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Pneumonie und Grippe.
Die chronisch-obstruktive Lungenkrankheiten stellten im Jahr 2011 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache (37,0 pro 100.000 für die Männer und 21,1 pro 100.000 für die Frauen).

2.2.8. Sterblichkeit nach Ursachen

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer (2011): 766,2 pro 100.000
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2010): 779,6 pro 100.000

Die Bezugsquelle für die Daten zur Sterblichkeit ist das Landessterblichkeitsregister, das die Informationen der ISTAT-Totenscheine verwaltet und bearbeitet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist. Die Kodierung ist bis zum Jahr 2011 fast vollständig, für die nach diesem Datum erfolgten Todesfälle jedoch nicht verfügbar.
Die in der Wohnbevölkerung im Jahr 2011 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 3.782, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 749,3 pro 100.000 entspricht.
Die Haupttodesursache waren 2011 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 41,3% der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 33,1% in der männlichen Bevölkerung.
Unter der Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 34,3% gegenüber den 26,5% unter den Frauen sowie aufgrund von Traumata und Vergiftungen (7,2% vs. 3,9%) vor.

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

3. KOLLEKTIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

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

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

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

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING

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

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzinom -Screening: 25,5%
- Karzinom-Diagnosen beim Zervixkarzinom -Screening: 1 (0,008%)
- Schwere Dysplasien beim Zervixkarzinom -Screening: 15 (0,13%)
- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening: 50,2%
- Positive Fälle beim Mammakarzinom-Screening: 63
- Identifikationsrate beim Mammakarzinom-Screening: 4,1‰
- Teilnahme am Dickdarmkrebs-Screening: 39,0%
- Identifikationsrate beim Dickdarmkrebs: 2,2‰

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

Im Jahr 2014 aufgeforderten Frauen nahmen 25,6% die Einladung am Screening-Programm wahr. Auf einen Fall (0,008%) wurde ein Karzinom diagnostiziert, in 15 Fällen (0,13%) eine schwere Dysplasie und in 251 Fällen eine leichte oder mittelschwere Dysplasie (2,09%).

Das für das Mammakarzinom empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird, reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35%. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003.

Im Jahr 2014 aufgeforderten Frauen nahmen 50,2% die Einladung am Screening-Programm wahr; in 63 Fällen fiel das Ergebnis positiv aus (4,1‰).

Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

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

EIn Zeichen, welches auf einen Tumor oder einen Darmpolyp hinweist ist die Blutung des letzten Darmtraktes, wobei schließlich auch Blut im Stuhl zu finden ist . Die Untersuchung im Rahmen der Vorsorge spürt verstecktes Blut im Stuhl auch in geringen Mengen auf, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden. Sie ist für Personen, welche für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge.

In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012.

Im Jahr 2014 haben 39,0% am Screening-Programm teilgenommen; 4,0% davon hatten bei der Untersuchung des Stuhls auf okkultes Blut einen positiven Befund und in 62 (2,2‰) Personen wurde Krebs diagnostiziert.

3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITENERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Der Bevölkerung unter 18 Jahren verabreichte Impfdosen: 60.094
- Prozentsatz verabreichte Impfdosen für gesetzlich vorgesehene Pflichtimpfungen: 41,2%
- Prozentsatz verabreichte Impfdosen für entweder gesetzlich oder empfohlene Impfungen: 99,8%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: 88,5%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Diphtherie-Tetanus: 88,4%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Hepatitis B: 88,3%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: 68,8%
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Krankheiten durch Haemophilus Influenzae Typ B: 87,7%
- Von der Landeskommision untersuchte Anträge um Pflichtimpfungbefreiung: 5
- Genehmigte vorläufige Pflichtimpfungbefreiungen: -
- Genehmigte permanente Pflichtimpfungbefreiungen: -
- In epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische meldepflichtige Infektionskrankheiten miteinbezogene Personen: 2.518
- Durchgeführte Tuberkulin-Hautreaktionstests: 1.890
- Sanitäre Beratung und Informationstätigkeit für Reisende ins Ausland: 2.228
- Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungseinsätze in öffentl. Einrichtungen: 491
- Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungseinsätze in privaten Einrichtungen: 109

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

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

2014 wurden in der Südtiroler Bevölkerung bis zum 18. Lebensjahr 60.094 Impfungen verabreicht; 41,2% waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen, 99,8% waren entweder

gesetzlich oder empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2012 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95%; noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern. Im Laufe des Jahres wurde von Seiten der Landeskommission für Impfungen 5 Anträge um zeitbegrenzte oder fortdauernde Befreiung von der Pflichtimpfung behandelt (keine Befreiungen erteilt). Im letzten Jahrzehnt wurde eine starke Reduzierung der Anzahl dieser Befreiungsanträge beobachtet (1998 wurden 56 Anträge untersucht).

Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SIMI) und sieht die Miteinbeziehung des behandelnden Arztes (Krankenhaus- oder Basisarzt) vor, der die Infektionskrankheit diagnostiziert und sie bei den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Auf der Grundlage der Ätiopathogenese und epidemiologischen Relevanz der Krankheit ergreifen die Bediensteten die angemessensten Prophylaxemaßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.

Im Rahmen der Vorbeugung von Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Die zahlreichsten davon betrafen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch den Virus der Neuen Grippe A/H1N1, Salmonellose, Campylobacter, und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxetätigkeit wurde im Jahr 2014 bei insgesamt 2.518 Personen durchgeführt .

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

Non sono state eseguite vaccinazioni antitubercolari nel 2014 (4 nel 2013); mentre im Laufe des Jahres wurden 2.223 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. 2014 wurden im Landesgebiet 600 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 81,8% davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 18,2 % öffentliche Plätze und Privatgebäude.

3.3. SCHUTZ VOR GESUNDHEITLICHEN RISIKEN IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD

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

3.3.1. Lebensumfeld

Indikatoren im Überblick

- Inspektionen bei Wohnungen zwecks Ausstellung der Wohnbarkeitserklärung: 108
- Entnommene Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen: 379
- Prozentsatz der nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der chemisch-physischen Analysen: 8,7%
- Entnommene Schwimmbadwasserproben zwecks mikrobiologischer Analysen: 725
- Prozentsatz der nicht regulär resultierenden Schwimmbadwasserproben infolge der mikrobiologischen Analysen: 4,6%
- Überwachung und Kontrolle der Kosmetika: 145 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.

2014 wurden insgesamt 319 öffentliche Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in sozialen Einrichtungen (Altersheime,

Tageszentren für Senioren, 39,8%) und privaten Gesundheitseinrichtungen (36,1%).

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.

2014 wurden 379 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 8,7% davon waren nicht regulär. Bei der Auslegung dieser Daten ist zu beachten, dass Schwimmbäder komplexe Anlagen sind, deren chemisch-physische Bedingungen ständigen Variationen unterliegen, die mit dem Anlagentyp, den Wassertemperatur- und Wetterbedingungen, der Anzahl der Badegäste und anderen Interferenz-Faktoren zusammenhängen. Mikrobiologische Analysen wurden an 725 Wasserproben durchgeführt, 4,6% davon erwiesen sich als nicht regulär.

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

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

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

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

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

3.3.2. Arbeitsumfeld

Indikatoren im Überblick

- Durchgeführte ärztliche Untersuchungen der Arbeitnehmer bez. Arbeitsfähigkeit: 8.977

Der Dienst für Arbeitsmedizin befasst sich mit dem Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmer

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

3.4. ÖFFENTLICHES VETERINÄRWESEN

Indikatoren im Überblick

- Registrierungen von Tieren für Verkauf/Schlachtung: 128.527
- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast 29.000
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast 34.500
- Test bei Schweinen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast 1.600
- Test bei Geflügel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: fast 900
- Anz. der Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde: 242

Der Landesveterinärdienst ist das technische Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er befasst sich mit der Erarbeitung der Rechtsvorschriften des Landes und überprüft die korrekte Anwendung der Bestimmungen der EU, des Staates und der Provinz im Bereich des Veterinärwesens seitens der anerkannten Tierärzte, der Hygieneinspektoren und der anderen Kontrollorgane. Der betriebliche Tierärztliche Dienst sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: Gesundheit der Tiere und Hygiene der Produktion, Konservierung und Vermarktung der Lebensmittel tierischen Ursprungs.
Gemäß Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 in geltender Fassung befasst sich die erste Sektion mit der Überwachung und Kontrolle der Tiere, deren Unterbringung und Dichte, mit den sanitären Genehmigungen, mit den Transportfahrzeugen und dem Tiertransport innerhalb und

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

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

2014 konzentrierten sich die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes auf die Rinder-TBC, Bruzellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), Vesikulärkrankheit der Schweine, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Virus, Blue Tongue, CAE bei Ziegen (Caprine-Arthritis-Enzephalitis), Maedi-Visna, Paratuberkulose, IHN (Infektiöse hämatopoetische Nekrose) und VHS (Virale hämorrhagische Septikämie) der Fische. In Übereinstimmung mit den Pflicht- und freiwilligen Sanierungskampagnien des Jahres 2013 wurden insgesamt 178.045 Tiere kontrolliert..

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Nel 2014 sono state esguite circa 29.000 analisi su bovini,34.500 su ovi-caprini e 1.600 su suini per la prevenzione di malattie infettive.

Nell'ambito del piano provinciale mangimi sono stati eseguiti 242 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde, 38 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 557 Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. HYGIENISCH-SANITÄRER SCHUTZ VON LEBENSMITTELN UND GETRÄNKEN

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln tierischen Ursprungs: 527
- Prozentsatz der kontrollierten Betriebe für Lebensmittel tierischen Ursprungs mit Verstößen: 20,5%

Indikatoren im Überblick

- Kontrollierte Betriebe für Produktion, Verarbeitung, Konservierung, Vermarktung, Transport, Lagerung, Verteilung und Abgabe von Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs: 1.485
- Prozentsatz der kontrollierten Betriebe für Lebensmittel nicht tierischen Ursprungs mit Verstößen: 48,0%
- Prozentsatz der kontrollierten öffentlichen Trinkwasserleitungen: 100,0%
- Aus öffentlichen Wasserleitungen entnommene Wasserproben für menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen: 1.586
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physischer Analysen mit nicht regulären Werten: 1,6%
- Aus öffentlichen Wasserleitungen entnommene Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks mikrobiologischer Analysen: 2.304
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks mikrobiologischer Analysen mit nicht regulären Werten: 3,9%
- Mykologische Beratungen an private Sammler durchgeführt von den mykologischen Inspektoraten: 310

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

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

Der betriebliche Tierärztliche Dienst kontrollierte im Laufe des Jahres 2014 insgesamt 527 Betriebe, bei 108 davon ergaben sich Verstöße. Außerdem führte er durchschnittlich 1,4 Inspektionen in jedem kontrollierten Betrieb durch. Der Anteil der nicht regulären Betriebe an der Gesamtzahl der kontrollierten beträgt 20,5%.

Der Dienst stellt auch die sanitären Genehmigungen für den Transport von Lebensmitteln und

die Eröffnung von Fleischverarbeitungsbetrieben und Lagerstätten aus. Ihm unterliegt ebenfalls die Ausstellung der Gesundheitszeugnisse für den Transport von Tierleichen und Risikomaterial, für die Hausschlachtungen und für die Privatschlachtungen in Schlachthöfen.

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

Im Jahr 2014 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit 1.485 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 (57,3% aller kontrollierten Betriebe).

Auf Landesebene beträgt der Anteil der Betriebe mit Verstößen an der Gesamtzahl der Kontrollierten 48,0 %.

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: 1,6% für die chemisch-physischen Analysen und 3,9% für die mikrobiologischen Analysen.

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

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

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

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

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

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

3.6.1. Tätigkeiten der Dienste für Rechtsmedizin

Indikatoren im Überblick

- Ärztliches Zeugnis der Führerscheinkommission: 4.293
- Ambulante Kollegialvisiten zur Feststellung der Zivilinvalidität: 5.155
- Ärztliche Kontrollvisite, Hauskontrollvisite zur Feststellung der Arbeitsuntauglichkeit und zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit aus Krankheits- oder Unfallgründen der abhängigen Arbeiter (öffentlicher und privater Bereich): 2.061
- Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen: 1560
- Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen: 31.330

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

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

Im Gesundheitsbezirk Bozen werden rechtsmedizinische Leistungen von einer unabhängigen Dienststelle erbracht mit Kompetenzen auf dem gesamten Landesgebiet. Die vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 geregelte rechtsmedizinische Tätigkeit umfaßt hauptsachlich die Feststellung vorübergehender Arbeitsunfähigkeit; Ermittlungen zur Erstellung von Gutachten über allgemeine und spezifische Arbeitsunfähigkeit bzw. dauernde Invalidität; die Ermittlung der rechtsmedizinischen Voraussetzungen fur die Anerkennung des Rechts auf zusätzliche Gesundheitsleistungen für die Versorgten des Landesgesundheitsdienstes; die gesundheitliche Versorgung von Zivil-, Dienst- und Kriegsinvaliden sowie von Blinden und

Taubstummen und anderen geschützten Personengruppen; rechtsmedizinische Ermittlungen zur Ausstellung eines Parkausweises fur 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 fur Rechtsmedizin Bozen ist außerdem für die Feststellung der Eignung zum Lenken eines Kraftfahrzeugs seitens Invaliden (örtliche Ärztekommission) zuständig, für Untersuchungen zwecks Anerkennung von Blindheit und Taubstummheit, fur außerordentliche Revisionen bei Zivilinvalidität und für die Arbeitsvermittlung von Invaliden (Invalidenkommission gemäß Gesetz 68/99); er befasst sich auch mit der Eignung fur die Ausstellung von Waffenscheinen (Rekurskommission). Auf der Grundlage des bereichsubergreifenden Kollektivvertrags vom 13.08.1999 ist der Dienst fur Rechtsmedizin zudem fur 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 fur 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

- Bescheinigungen für Leistungsport rilasciati: 25.528
- Sport-Gesundheitscheck: 174

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

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

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

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 18.176 certificati per l'idoneità all'attività sportiva agonistica e sono stati eseguiti 174 Sport-Gesundheitscheck.

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

4. TERRITORIALE VERSORGUNG

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

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

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

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

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Seit 1988 finanzierter Betrag für den Bau und/oder die Modernisierung der Sprengel- und Stützpunktsitze: rund 136 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 136 Millionen Euro gegenüber einer geplanten Gesamtausgabe von rund 148 Millionen Euro aus.
Diese Summe enthält alle seit 1988 getätigten Investitionen sowie verschiedene Übergangslösungen und Provisorien. Ca. 1/3 der getätigten Investitionen in den Sprengeleinrichtungen betreffen den Anteil des Sozialsprengels.
Im Jahr 2014 wurden die Arbeiten zur Sanierung des Sprengels Tauferer Ahrntal abgeschlossen. Die Arbeiten am III. Baulos des Sprengels Brixen-Umgebung sowie zur Sanierung des Sprengels Unterland wurden weitergeführt und die Arbeiten zur Sanierung und Ausbau des Sprengels Klausen-Umgebung wurden begonnen.
Es wurde nicht nur die Planung von neuen Sprengelsitzen (Wipptal, Bozen/Oberau-Haslach, Bruneck-Umgebung) weitergeführt, sondern auch die Planung von Ausbau- oder Sanierungsarbeiten in bestehenden Sprengelsitzen (Meran-Umgebung, Gadertal usw.).
Die Leistungen, die in den Sprengeln erbracht werden, sind auf den Karten dargestellt (durch Anklicken des entsprechenden Items). Die Tabellen 4.1.3, 4.1.4, 4.1.5 und 4.1.6 zeigen die in den Sprengeln angebotenen Leistungen nach Gesundheitsbezirk auf.

4.1.1. Medizinische Grundversorgung

Indikatoren im Überblick

- Betreuungsberechtigte Patienten der Allgemeinmediziner: 436.483
- Betreuungsberechtigte Patienten der Kinderärzte freier Wahl: 63.183
- Allgemeinmediziner: 274 (Stand zum 31. Dezember 2014)
- Kinderärzte freier Wahl: 62 (Stand zum 31. Dezember 2014)

Im Jahr 2014 hatten 499.666 Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 436.483 von den Allgemeinmedizinern betreut, 63.183 von den Kinderärzten freier Wahl. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 73.239, 82,4% davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.
Zum 31.12.14 waren insgesamt 336 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 274 Allgemeinmediziner und 62 Kinderärzte freier Wahl.

Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.593 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.019. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2012*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.156 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 879 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 2014 überschritten 28,5% der Allgemeinmediziner die Höchstschwelle von 2.000 Betreuungsberechtigten. Die Schwelle von 1.200 Betreuungsberechtigten wurde von 22,6% der Kinderärzte überschritten.

Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2014 ca. 118.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Durchführung von nicht obligatorischen Impfungen, das Entfernen eines Zeruminalpfropfs und die Wundversorgungen). Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 52.000 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, Rachenabstriche und Impfungen).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2012*

4.1.2. Haus- und Krankenpflege

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): 2.396
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): 725
- Krankenpflegeleistungen: 1.367.736

Im Jahr 2014 wurden in der PHP 2.396 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist höher als in den Jahren 2012 und 2013 (2.190 im Jahr 2012, 2.236 im Jahr 2013). Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (61,7% aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 14,2 Patienten.

85,2% der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt.

Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 55 pro 10.000 Einwohner.

Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei schwerer Herzinsuffizienz NYHA 3-4 (26,5%), bei seniler Demenz/Alzheimer (14,0%), bei degenerativen Knochen- und Gelenkserkrankungen (13,6%) und bei Schlaganfällen mit Paresen (9,8%) angewandt.

Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2014 in der IHP 725 Patienten versorgt. Dieser Wert ist leicht niedriger als 2012 (742) und 2013 (731) aber höher als jener der vorherigen 2 Jahre: im Jahr 2010 wurden 705 Patienten betreut und 2011 waren es 638.

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 16,7 pro 10.000 Einwohner. 57,3% der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2014 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 2,8 Einsätze im Monat geleistet. 69,0% der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt .

Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2014 versorgten Patienten, litten in 39,0% der Fälle an Tumorerkrankungen, in 12,5% der Fälle an einer schweren Herzinsuffizienz NYHA 3-4 , in 11,0% der Fälle an einem Schlaganfall mit Paresen und in 7,7% der Fälle an einer senilen Demenz/Alzheimer.

Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der programmierten oder integrieren Hauspflege 28 Kinder.

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

Im Jahr 2014 wurden auf Landesebene 1.367.736 Krankenpflegeleistungen erbracht.

Im Jahr 2014 bestand die häufigste Tätigkeit in der venösen Blutabnahme mit 218.757 erbrachten Leistungen gefolgt von der Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären Verantwortungsbewusstseins mit 144.025 Maßnahmen.

Gleich darauf folgen die Messung von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme mit 140.444 erbrachten Leistungen. Auch beim Vorbereiten und/oder Verabreichen von Medikamenten spielte das Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle (131.908 Maßnahmen).

4.1.3. Die Versorgung von Mutter und Kind

Indikatoren im Überblick

- Leistungen der Sanitätsassistenten: 238.023
- Leistungen der Hebamme: 23.127
- Leistungen der Kinderärzte in den Beratungsstellen: zirka 3.000
- Leistungen der Gynäkologen in den Beratungsstellen: zirka 16.400

Im Laufe des Jahres 2014 haben die Sanitätsassistenten in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit insgesamt 238.023 Leistungen erbracht (50% 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 (20,2%), die Beratung von Mutter und Kind (19,3%), die Erziehung der Person/Familie im Sinne der Vorsorge und Förderung des hygienisch-sanitären

Verantwortungsbewusstseins (17,0%) und andere Leistungen (NAS) (8,2%).
In 7 Gesundheitssprengeln ist ein Kinderarzt in der pädiatrischen Beratungsstelle anwesend. Im Laufe des Jahres 2014 haben die Kinderärzte in den pädiatrischen Beratungsstellen landesweit ca. 3.000 Leistungen erbracht.
Die Leistungen der Hebammen, die in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie erbracht wurden, beliefen sich im Jahr 2014 auf insgesamt 23.127. In den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie wurden vorwiegend folgende Leistungen erbracht: Beratung von Mutter und Kind (22,1 %), Visiten der Hebamme (13,0%) und Messen von Vitalzeichen und/oder der Bewertung des Zustandes eines oder mehrerer Organsysteme (10,7%).
Im Jahr 2014 haben die Gynäkologen in den Beratungsstellen für Geburtshilfe und Gynäkologie insgesamt ca. 16.400 Leistungen erbracht.
In Sprengeln in denen keine Gynäkologen, Kinderärzte oder Hebammen arbeiten, können sich die Bürger an die jeweiligen Krankenhäuser wenden.

4.2. AMBULTANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Inanspruchnahme von fachärztlichen Leistungen pro Kopf: 15,2 Leistungen pro Einwohner

Der Landesgesundheitsdienst garantiert die ambulante fachärztliche Versorgung in Form von Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und Therapie- und Rehabilitationsleistungen.
Die vorgestellten Daten beziehen sich auf die ambulanten fachärztlichen Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens der Fachambulanzen (SPA) erhoben werden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Leistungen der Erste-Hilfe und der Kurz - Intensivbeobachtungsstation, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen; ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen 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 2014 wurden 15,2 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1 Erbrachte Leistungen

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: 8.092.822
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: 116.490.967,0Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: 21.778.779,62 Euro

2014 wurden in den Landeseinrichtungen 8.092.822 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 98,4% davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2013 nahm die Anzahl der Leistungen zu (+4,1%).

Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 116.490.967,02 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 21.778.779,62 Euro ausmachen (97,7% wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).

59,3% der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 4,9% an zu 50% ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 2,1% an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 33,7% der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.

Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Fachbereiche, die in 3 Makrobereiche zusammengefasst werden können:

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

Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 60,9% Laboruntersuchungen, 5,9% Bilddiagnostik, 7,6% Rehabilitation und 25,6% sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 23,0%, Bilddiagnostik 19,3%, Rehabilitation 8,7% und sonstige klinische Leistungen 49,0%.

Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 15,2% der ambulanten fachärztlichen Leistungen und stellen also einen nahezu unveränderten Anteil am Gesamttarifwert.

Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (72,1%), gefolgt von Bilddiagnostik (15,2%).

Im Jahr 2014 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 5.359.764,28 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen 5.858.354,40 Euro betrug.

4.2.2 Fachärztliche Mobilität

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: 266.298 zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und 129.080 zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität (2013): 118.711 in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und 75.179 in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität (2013): + 195.857 Leistungen
- Verhältnis zwischen den in Südtirol erbrachten Leistungen und von Südtirolern außerhalb des Landes in Anspruch genommenen Leistungen (2013): 102,6%

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 2013 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 147.722 Leistungen, d. h. das Land erbrachte außerhalb Südtirols ansässigen Italienern mehr Leistungen, als Südtiroler Bürger in anderen Regionen Italiens erhielten.

Auch in finanzieller Hinsicht ist der Saldo zwischen überregionaler aktiver und passiver Mobilität mit 1.091.304,32 Euro positiv.

30,5% der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 29,5% an die Bürger Venetiens.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: 2.352
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: 413

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Gemäß Art. 26 des Gesetzes 833/78 sichert diese Einrichtung, konventioniert mit den Gesundheitsbezirken des Landes, Rehabilitationsleistungen in stationärer Form. Die Rehabilitation richtet sich an nichtpflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien (730 Aufenthalte), Krankheiten der Atemwege (86 Aufenthalte), onkologischen Krankheiten (72),

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (1.398) und des Nervensystems (66).

2014 standen 114 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 4 davon für Tagesklinik-Aufenthalte. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 2.352 Aufenthalte in Anspruch genommen (+ 2,3% gegenüber 2013 - Tabelle 4.3.1).

48,1% der im Therapiezentrum behandelten Patienten sind im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig, 40,9% kommen vom Gesundheitsbezirk Meran, während die Gesundheitsbezirke Bruneck und Brixen jeweils einen Anteil von 8,5% und 2,5% aufweisen (Tabelle 4.3.2).

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

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

Der Bereich „Abhängigkeitskrankheiten" widmet sich der stationären Behandlung der 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 2014 wurden insgesamt 413 Aufenthalte verzeichnet (Tabelle 4.3.3). Das Zentrum Bad Bachgart erbringt stationäre Aufenthaltsleistungen / rehabilitative Behandlungen sowohl für Südtiroler Bürger als auch zugunsten nichtansässiger In- und Ausländer.

4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Interventi di Emergenza Sanitaria: 64.234 (media giornaliera di circa 176 interventi)
- Interventi urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Bianca: 51.126 (79,6%)
- Interventi urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Rossa: 10.426 (16,2%)
- Interventi prestati dall'Elisoccorso Croce Bianca: 1.981 (3,1%)
- Interventi prestati Aiut Alpin Dolomites: 701 (1,1%)
- Trasporti sanitari programmati: 103.715 (media giornaliera di circa 284 interventi)
- Interventi non urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Bianca: 97.575 (94,1%)
- Interventi non urgenti prestati dalle ambulanze della Croce Rossa: 6.053 (5,8%)

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2014 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 10 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 32 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 5 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 97 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 38 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.
Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1 und Pelikan 2) ausgestattet (einer davon mit Standort im Krankenhaus Bozen und der andere im Krankenhaus Brixen). Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung

Noteinsätze

Im Jahr 2014 wurden 64.234 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 176 Einsätzen entspricht. In 79,6% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 16,2% jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,1% der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,1%.
Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2014 mehr als 1 Million 600 Tausend Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 27 km pro Einsatz gleichkommt. Der Hubschrauberrettungsdienst führte 2.682 Einsätze für insgesamt 1.570 Flugstunden durch (rund 35 Flugminuten pro Einsatz).

Nicht dringende Krankentransporte

2014 tätigte der Krankentransportdienst 103.715 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 284 Transporteinsätzen pro Tag.

In 94,1% der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 5,8% der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.

Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2014 rund 4 Million Kilometer bei durchschnittlich 40 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.
Außerdem wurden 87 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 114 Flugstunden getätigt.

4.5 PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken ausgestellte Rezepte: 3.100.990
- -0,4% mehr Rezepte gegenüber 2013
- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: 6.234.130
- Bruttoausgaben insgesamt: 61,7 Millionen Euro
- Zugunsten der Gesundheitsdienste für die Anwendung zu Hause abgegebene Medikamentenpackungen: zirka 325.000

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

Im Jahr 2014 beträgt das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken der Autonomen Provinz Bozen verteilt wurden, über 3,1 Millionen Rezepte, für ca. 6,2 Millionen abgegebene Medikamentenpackungen was den Werten des Vorjahres entspricht (die Anzahl der Verschreibungen ist um 0,4% rückläufig und die Anzahl der verteilten Medikamentenpackungen ist um 3,0% gestiegen*). Die Bruttoausgaben betrugen 61,7 Millionen Euro, was einer Abnahme von 2,0% entspricht.

Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtliche Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2014 wurden zirka 325.000 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 36,1 Millionen Euro.

* Artikel 26 der Gesetzesverordnung Nr. 90/2014 sieht im Rahmen der Verschreibung ab 2014 eine Erhöhung von bis zu 6 Medikamentenpackungen pro Rezept für chronische Patienten vor.

4.5.1. Territorialer Medikamentenverbrauch

Indikatoren im Überblick

- Rezepte Pro-Kopf: 5,9
- An Frauen ausgestellte Rezepte: 55,6%
- Im Gesundheitssprengel Lana abgegebene Packungen: über 285.000
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen: 689 DDD
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das Herzkreislaufsystem
- Senioren, die Medikamente einnehmen: 9 von 10
- Patienten, die Statine einnehmen: über 40.000

Im Jahr 2014 betrug die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte zirka 3,1 Millionen, was einem Rückgang von 0,4% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Aufgrund der Änderung der maximalen Anzahl von Verpackungen pro Rezept ist die Anzahl der verteilten Medikamentenpackungen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (+3,0%)*. Der ansässigen Bevölkerung wurden Pro-Kopf 5,9 Rezepte ausgestellt, was einem Durchschnitt von Pro-Kopf 11,9 Medikamentenpackungen entspricht.

Pro-Kopf (einschließlich der Rezepte für die Südtiroler Wohnbevölkerung auf dem gesamten Staatsgebiet) wurden durchschnittlich 5,9 Rezepte und 11,9 Medikamentenpackungen pro Einwohner ausgestellt bzw. abgegeben.

Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 5,3 Rezepte Pro-Kopf für die Männer und 6,5 für die Frauen; 655 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10,9 Packungen Pro-Kopf) gegenüber 723 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (12,8 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).

Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen: von 4,4 Rezepten Pro-Kopf in den Sprengeln Grödental bis maximal 7,1 Rezepte Pro-Kopf in Bozen. In Übereinstimmung mit dem Verlauf des Südtiroler Medikamentenverbrauchs in den letzten Jahren betrifft die höhere Medikamentenabgabe nicht nur Stadtzentren wie Bozen, Meran und Brixen, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten, das Passeiertal und Lana. Bruneck kennzeichnet sich dagegen durch eine niedrigere Inanspruchnahme der Pharmakotherapien.

Die Analyse des Verhältnisses zwischen den Personen, denen im Laufe des Jahres mindestens ein Medikament verschrieben wurde, und der Bezugsbevölkerung ergibt für Südtirol eine Anwendungsprävalenz von 53,6% (über die Hälfte der Bevölkerung nahm 2014 mindestens ein Medikament ein). Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für

fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (für 9 Senioren von 10), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische Gruppe ATC in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (47,4%) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (12,1%).

Im Sprengel Passeiertal wurde in verschiedenen therapeutischen Gruppen (Herz-Kreislauf-System, Blut und blutbildende Organe, usw.) landesweit der höchste Konsum in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag verzeichnet; z. B. ist bei den antimikrobiellen Pharmaka für systemische Anwendung die durchschnittliche Dosierung in der im Sprengel ansässigen Bevölkerung doppelt so hoch als der Landesdurchschnitt (20,7 DDD/1.000 EW gegenüber 11,1 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 21,7% (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 geringfügig rückläufiger Trend beobachtet werden.

* Artikel 26 der Gesetzesverordnung Nr. 90/2014 sieht im Rahmen der Verschreibung ab 2014 eine Erhöhung von bis zu 6 Medikamentenpackungen pro Rezept für chronische Patienten vor.

4.5.2. Territoriale Ausgaben für Medikamente

Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: 61,7 Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: 118 Euro
- Mindest-Pro-Kopf-Bruttoausgaben für die Einwohner des Grödentals: 81 Euro
- Höchst-Pro-Kopf-Bruttoausgaben für die Einwohner von Bozen: 142 Euro
- Pro-Kopf-Ausgaben der Südtiroler Männer: über 34% für Medikamente des Herzkreislaufsystems
- Der Wirkstoff Pantoprazol weist in Südtirol weiterhin die höchsten Ausgaben auf: zirka 1,8 Millionen Euro

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2014 über die territorialen Apotheken verteilten

Medikamente und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente sind im Vergleich zum Vorjahr mit ca. 61,7 Millionen Euro (+2,0%) (wenn man die Nettoausgaben berücksichtigt, beträgt die Abnahme im Vergleich zu 2013 1,7%). Im Jahr 2014 weisen die Nettoausgaben der konventionierten Pharmazeutik auf nationaler Ebene weiterhin einen Abwärtstrend auf*.

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 118 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus (von 81 € Bruttoausgaben pro Kopf im Gesundheitssprengel Gröden bis 142 € im Sprengel Bozen).

In der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen rangiert der Wirkstoff Pantoprazol (Medikament gegen Magengeschwüre und gastroösophageale Systemerkrankungen) an erster Stelle was die Ausgaben betrifft (etwa 1,81 Millionen Euro oder 3,0% der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet) und übertrifft somit nur um wenig den Wirkstoff Rosuvastatin (etwa 1,76 Millionen Euro oder 2,9% der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet). Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen, welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehört der Großteil zu den Medikamenten für das Herzkreislaufsystem (Statine, Medikamente zur Behandlung von Hypertonie), gefolgt von Medikamenten für das zentralen Nervensystem (Antidepressiva, Antiepileptika) und jenen der Atemwegen (Antiasthmatika).

** Quelle: Federfarma*

4.5.3. Direktabgabe der Arzneimittel

Indikatoren im Überblick

- In 5,6% der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Medikamente, die der Gruppe „Magen-Darm-Trakt/Stoffwechsel“ angehören, werden am häufigsten direkt von den Krankenhäusern verteilt
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka 36,1 Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka 2,6 Millionen Euro

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

Entgelt für diesen Dienst vereinbart wird (Arzneimittelabgabe über Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes). Auch die Verteilung der Arzneimittel an die Wohnsitz-Strukturen, wie z. B. Altersheime, Gefängnis…, wird zur Direktabgabe gezählt.

Im Jahr 2014 haben 5,6% der Bevölkerung, was zirka 29.000 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Berücksichtigt man die Anzahl der verteilten Arzneimittelverpackungen stehen jene zur Behandlung des Magen-Darm-Traktes/Stoffwechsel an erster Stelle, gefolgt von den Arzneimitteln fürs Blut und die blutbildenden Organe.

Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten ist wie bereits im Vorjahr ein immunsuppressives Medikament (Adalimumab), bei welchem sich die Ankaufskosten auf 2,8 Millionen Euro belaufen und ist somit für 7,2% der Gesamtkosten verantwortlich. Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste, Altersheime,…) verteilt werden, belaufen sich auf 38,6 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 1,0 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 113.000 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt.

4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN

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

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

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

4.6.1. Die Hospice-Einrichtungen in der Provinz Bozen

Indikatoren im Überblick

- Gesamte Bettenanzahl in den Hospice-Einrichtungen: 24
- Betten pro 100 Tumorverstorbene: 1,7
- % der Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit <= 3 Tage: 93,8%
- % der Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebenstage: 13,6%

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

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

Anhand des Verhältnisses zwischen der Bettenanzahl für Hospice-Betreuung und der Tumorverstorbenen im Bezugsgebiet wird die Fähigkeit, dem Bedarf an Palliativbehandlung gerecht zu werden, beurteilt. In der Provinz Bozen zählt man 1,7 Betten pro 100 Tumorverstorbene; der nationale Durchschnitt beträgt 1,4.

Die Wartezeit beträgt somit ein Tag, was einem sofortigen Zugang zur Betreuung entspricht. In 93,8% der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospice-Einrichtung. Eine von sieben Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten.

4.6.2. Hospice-Tätigkeiten

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: 616
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: 7.049
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospice-Einrichtungen: 15,0 Tage
- % der onkologischen Zugänge im Vergleich zu den Gesamtzugängen: 94,2%

Im Jahr 2014 wurden 616 Zugänge in den Hospice-Einrichtungen registriert, wobei 185 Zugänge im Tageshospice. Die geleisteten Betreuungstage waren 7.049 (620 im Tageshospice) mit einer Durchschnittsdauer von 15,0 Tagen.

Bei fast allen Zugängen zu den Hospice-Einrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (94,2%) und Schmerz in Verbindung mit Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (40,1%). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospice-Betreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (11,4%)

und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (23,1%).

In 57,8% der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospice-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal und in 34,0% der Fälle die inadequate Unterkunft.

Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (48,7%), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (12,0%) und der Kontrolle der Magendarmsymptome (11,9%).

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

5. KRANKENHAUSVERSORGUNG

Zu den grundlegenden Tätigkeiten der „Krankenhausversorgung“ gehören:

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

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

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

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: 155.312
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: 16.754 gleich 10,8%

Alle öffentlichen Krankenhäuser des Landes verfügen über einen Erste-Hilfe-Dienst. Im Laufe des Jahres 2014 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser Bozen, Meran, Brixen, Innichen, Sterzing und Schlanders, 155.312 Zugänge. Die Daten der Landeskrankenhäuser Bozen und Bruneck sind zur Zeit nicht vollständig.

In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt registrieren die

einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: von 19,6 des Krankenhauses Bozen, 11,1% des Krankenhauses Brixen und 11,4% in Schlanders, zu 5,0% 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: 1.729, gleich 3,3 pro 1.000 Einwohner und damit über dem nationalen Standard von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner
- Betten für Tagesklinik-Betrieb: 170
- Aufenthalte von Akutkranken: 84.362 insgesamt, davon 66.062 ordentliche Aufenthalte und 18.300 Tagesklinik-Aufenthalte
- Hospitalisierungsrate: 154,3 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (121,0 ordentliche Aufenthalte und 33,3 Tagesklink-Aufenthalte)

Im Jahr 2014 kamen die Landeskrankenanstalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.729 Betten für Akutkranke (95% in öffentlichen Krankenhäusern) bei 3,3 Betten pro 1.000 Einwohner nach und überschritten somit den nationalen Standard (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95 – im Land berechnet mit Betten der öffentlichen Krankenhäuser und der vertragsverbundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen) von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner.

Für den Tagesklinik-Betrieb standen 170 Betten zur Verfügung. In den öffentlichen Krankenanstalten waren außerdem 74 Säuglingskrippen vorhanden (Tabelle 5.2.1).

Im Jahr 2014 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 84.362, davon waren 66.062 (78,3%) ordentliche Aufenthalte und 18.300 (21,7%) 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 2009 98.891 Aufenthalte waren, betrug die Anzahl im Jahr 2014 nur mehr 84.362, was einer Verminderung im letzten Fünfjahreszeitraum von 14,7% entspricht (Tabelle 5.2.6). 96,9% 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 über 97% stabilisiert.

Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2013 auf 154,3 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (121,0 ordentliche Aufenthalte und 33,3 Tagesklinik-Aufenthalte - für die im Land durchgeführten KH-Aufenthalte, wurden jene berechnet die in den öffentlichen Krankenhäusern und in den vertragsverbundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen durchgeführt wurden; für jene außerhalb des Landes, werden die Aufenthalte im Ausland mitberechnet). Insgesamt liegt somit die Hospitalisierungsrate der Einwohner unter dem nationalen Zielwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner (Tabelle 5.2.9), dies nach einer ab 2007 registrierbaren starken und fortlaufenden Senkung.

Betrachtet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, registriert Südtirol eine Hospitalisierung von etwa 160 Aufenthalte auf 1.000 Einwohner. Dabei verzeichnet insbesondere der Gesundheitsbezirk Bruneck die höchste Inanspruchnahme (184,7) (Tabelle 5.2.10).

Die spezifischen Raten nach Alter fallen in Südtirol im gesamtstaatlichen Vergleich mit den Daten von 2014 höher für die Altersklassen der Senioren über 65 Jahren aus (Tabelle 5.2.11).

Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf den Bericht über die Hospitalisierung des Jahres 2014 des Gesundheitsministeriums, Tabellen von 5.10 bis 5.14 verwiesen, abrufbar auf der Internet-Seite:
www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2396.

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

Tabelle 5.2.13 stellt die Ergebnisse dieser Indikatoren für die sieben Landeskrankenhäuser dar. Eine relativ niedrige Bettenauslastungsrate verzeichnet das Krankenhaus Innichen (75,9%). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro äquivalenter DRG-Aufenthaltseinheit variiert zwischen 6,6 Tagen im Krankenhaus Meran und 4,9 Tagen im Krankenhaus Sterzing.

5.2.1. Ordentliche Aufenthalte

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: 66.062 insgesamt; 64.159 in den öffentlichen Krankenhäusern; 1.903 in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: 440.064 insgesamt; 428.392 in den öffentlichen Krankenhäusern; 11.672 in den Privatkliniken
- Bettenauslastungsrate in den öffentlichen Krankenhäusern: 78,5%
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: 6,7
- Turnover-Intervall in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,8
- Rotationsindex in den öffentlichen Krankenhäusern: 44,3
- Durchschnittliche äquivalente Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: 5,9
- Durchschnittliches Gewicht pro Aufenthalt in den öffentlichen Krankenhäusern: 1,14
- Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern: 0,98
- Performance-Vergleichsindex: 0,86
- Eintagsaufenthalte: 6.192 insgesamt; 5.702 in den öffentlichen Krankenhäusern; 490 in den Privatkliniken

Auch für das Jahr 2014 ist - wie in den Vorjahren - ein Rückgang der ordentlichen Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Krankenhäusern so wie in den Privatkliniken zu beobachten.

Im Jahr 2014 wurden 66.062 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 440.064 Aufenthaltstage umfassten. 97,1% der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 97,3% aller Aufenthaltstage in Anspruch. 40,1% aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt (Tabelle 5.2.14).

37,0% der ordentlichen Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30-64 Jahren, 28,8% der Patienten waren über 75 Jahre alt (Tabelle 5.2.15).

Insgesamt waren die Betten zu 78,5% der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 44,3 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 1,8 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten frei stand.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb in den letzten fünf Jahren nahezu konstant (für das Jahr 2014 beträgt der Wert 6,7) und entspricht

somit in etwa den gesamtstaatlichen Vergleichswerten des Jahres 2013 (6,8 Tage) (Tabelle 5.2.16).

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad auf (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,14), der knapp unter dem nationalen Standard liegt (1,16 im Jahr 2014). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes einen Wert von 0,98 im Jahr 2014 an, mit dem niedrigsten Wert für das Krankenhaus Bruneck (0,84). Insgesamt weisen die öffentlichen Landeskrankenanstalten im gesamtstaatlichen Vergleich eine höhere Performance auf. (Tabelle 5.2.17).

Die Gesamtzahl der ordentlichen Eintagsaufenthalte beträgt 6.192 (4.297 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 9,4% an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht (Tabelle 5.2.20).

Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurde den ordentlichen Aufenthalten in 64,6% der Fälle in den Landeskrankenanstalten eine medizinische DRG zugewiesen. Besonders hohe Anteile unter den öffentlichen Krankenhäusern vermerken die Krankenhäuser Bruneck (88,7%) und Schlanders (70,4%) (Tabelle 5.2.19).

16 DRGs decken rund 30,0% der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Die Hauptursache der Aufenthalte stellen die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose" (5,9% aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten" (3,1% aller Aufenthalte) dar (Tabelle 5.2.21).

5.2.2. Tagesklinik-Aufenthalte

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 18.300 insgesamt; 17.586 in den öffentlichen Krankenhäusern; 714 in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 33.434 insgesamt; 32.718 in den öffentlichen Krankenhäusern; 716 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit medizinischer DRG: 5.851 insgesamt; 5.809 in den öffentlichen Krankenhäusern; 42 in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: 12.449 insgesamt; 11.777 in den öffentlichen Krankenhäusern; 672 in den Privatkliniken

Im Jahr 2014 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 18.300, was einem Rückgang in Vergleich zu 2013 entspricht. 96,1% der Aufenthalte betrafen die öffentlichen

Landeskrankenhäuser. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (164 öffentliche vs. 6 private). Durchschnittlich kamen auf jeden Tagesklinik-Aufenthalt 3,3 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten (Tabelle 5.2.22).

Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 52,7% ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 24,6% waren sie über 64 Jahre alt (Tabelle 5.2.23).

Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art: 12.449 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 68,0% der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht.. Die Krankenhäuser Innichen, Schlanders, Bruneck und Meran weisen einen Anteil tagesklinischer Tätigkeit von über 75% auf (Tabelle 5.2.24).

Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellten die DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose" mit 9,6% der Aufenthalte, gefolgt von der DRG 381 „Abort mit Dilatation u. Nachkuerretage mittels Aspiration o. Hysterotomie“ mit 8,1% aller Aufenthalte. 7 DRGs decken rund 50% aller chirurgischen tagesklinischen Aufenthalte ab.

Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Zahnextraktion und Zahnwiederherstellung" (DRG 187) in 7,9% der Fälle zurückzuführen (Tabelle 5.2.25).

5.2.3. Indikatoren der Qualität und Angemessenheit

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der Kaiserschnitte: 24,2%
- Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen: 40,9%
- Hospitalisierungsrate wegen nicht kontrolliertem Diabetes, Alter >=18: 33,3 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Asthma bei Erwachsenen, Alter 18-64: 11,9 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Herzinsuffizienz, Alter >=65 Jahre: 1.397,8 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik, Männer, Alter >49 Jahre: 41,5 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie: 115,3 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Hysterektomie, Frauen, Alter >45 Jahre: 343,4 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie: 94,1 pro 100.000 Einwohner
- Hospitalisierungsrate wegen Koronarangioplastie, Alter >=65 Jahre: 478,1 pro 100.000 Einwohner

Indikatoren im Überblick

- Hospitalisierungsrate wegen Hüftgelenksersatz, Alter >=65 Jahre: 897,3 pro 100.000 Einwohner
- Anteil der stationären Aufenthalte wegen Eingriffen am Kristallin auf insgesamt allen Eingriffen am Kristallin (KH-Aufenthalte + Leistungen in fachärztlichem Betreuungsregime) : 2,2%
- Anteil der stationären Aufenthalte wegen Venenstripping auf insgesamt allen Eingriffen wegen Venenstripping (KH-Aufenthalte + Leistungen im fachärztlichen Betreuungsregime): 2,9%
- Gesamtanzahl der Krankenhausaufenthalte mit zugewiesenen DRGs mit hohem Unangemessenheitsrisiko: 20.307, entspricht einem Tarifwert von 17.309.745,04 Euro

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

Die Kurzaufenthalte von 2 oder 3 Tagen (Tabelle 5.2.27) beliefen sich im Jahr 2014 auf 18.850 und sind gegenüber 2013 (mit 18.783) leicht gestiegen; ihr Anteil an allen ordentlichen Aufenthalten beträgt 28,5%. In 91,5% der Kurzaufenthalte wurde der Patient nach Hause entlassen; 59,3% der Aufenthalte wurden als dringend klassifiziert.

Von den 9.894 Kurzaufenthalten in den öffentlichen Krankenanstalten mit medizinischer DRG und Entlassung des Patienten nach Hause, fanden 4.229 (42,7%) im Krankenhaus Bozen statt (Tabelle 5.2.28).

Tabelle 5.2.29 enthält einige „Alert-Indikatoren" für vertiefte Qualitätsbewertungen auf (berechnet für die im Lande durchgeführten KH-Aufenthalte, nur mit jenen die in öffentlichen Krankenhäusern und in vertragsverbundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen durchgeführt wurden). Diese Indikatoren sind vergleichbar mit denen der anderen Regionen Italiens, die im Bericht über die Aufenthalte 2014 und von Seiten des Gesundheitsministeriums veröffentlicht werden. Die Daten sind in den Tabellen 4.1, 4.2, 4.3 und 5.21 unter folgender Internet-Adresse abrufbar:

www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2396 .

Eines der Ziele des Nationalen Gesundheitsplans ist die Senkung der Anzahl der Kaiserschnitte auf einen gesamtstaatlichen Wert von 20%. Für Südtirol verzeichnet sich im Jahr 2014 ein im Vergleich zu den Vorjahren relativ stabiler Wert (24,2%).

Nahezu stabil verläuft auch der Prozentsatz der aus chirurgischen Abteilungen mit medizinischer DRG Entlassenen (40,9%), mit Werten über dem nationalen Durchschnitt 2014 (30,0%).

Die Hospitalisierungsrate der Aufenthalte von Südtirolern im Alter zwischen 18 und 64 Jahren wegen Asthma belief sich 2014 auf 11,9 pro 100.000 Einwohner, vergleichbar mit dem gesamtstaatlichen Mittelwert von 7,6.

Die Hospitalisierungsraten wegen Herzinsuffizienz für Wohnbevölkerung im Alter über 64 Jahre verzeichnet im Jahre 2014 wesentlich höhere Werte im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnittswert registriert.

Die Südtiroler Hospitalisierungsrate wegen Prostatektomie mit Turp-Technik betrug 401,5 pro 100.000 Männer im Alter über 49 Jahren und spricht also für eine höhere Inanspruchnahme dieser Technik im Vergleich zum gesamtstaatlichen Durchschnitt von 300,5.

Die Hospitalisierungsrate wegen Appendektomie ist mit 115,3 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner im Jahr 2014, im Vergleich zu 2013 in leichtem Aufwärtstrend.

Die Hospitalisierungsrate wegen Tonsillektomie entsprach 2014 94,1 Aufenthalten pro 100.000 Einwohner (leichter Anstieg), während die wegen Hüftgelenksersatz in der Bevölkerung ab 64 Jahren 897,3 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner beträgt und weit über dem des gesamtstaatlichen Durchschnitt von 539,2 liegt.

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

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

Die Landesregierung hat mit Beschluss vom 14.02.2011 N. 231 die Liste der Leistungen und der jeweiligen Schwellenwerte für die Durchführung in stationärem Aufenthaltsregime neu festgelegt. Dazu wurden auch für einige DRGs – zum Zwecke der Förderung der Behandlungen in ambulante Betreuungsregime - Schwellenwerte für die Durchführung in Tagesklinik bestimmt.

So beträgt in den öffentlichen Landeskrankenhäusern der Gesamtanteil der stationären Aufenthalte über der Zulässigkeitsschwelle einen Wert von 18,0%, mit Höchstwert im Krankenhaus Innichen von ungefähr 28%.

Der Anteil der tagesklinischen Aufenthalte über der Zulässigkeitsschwelle registriert einen Landesdurchschnitt für die öffentlichen Krankenhäuser von 16,5%.

Insgesamt beliefen sich im Jahr 2013 die Aufenthalte der ansässigen Patienten, die unter die DRGs der „Risikobereiche" fallen, auf 20.307 und entsprachen einem Gesamttarifwert von 17.309.745,04 Euro (Tabelle 5.2.38).

5.2.4. Krankenhausmobilität

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: 7.859
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: 3.617 (Daten 2013, letzte verfügbaren Daten)
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: 1.989
- Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 9,3%
- Fluchtindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: 7,8%

Im Laufe des Jahres produzierten die Landeskrankenanstalten 84.362 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte, davon 7.859 für außerhalb der Provinz Ansässige.

Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 82.951 ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte in Anspruch, davon, 3.617 in Einrichtungen im übrigen Italien (Daten 2013, letzte verfügbaren Daten), 1.989 in Österreich und 856 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2013).

Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 9,3% für die überregionale aktive Mobilität.

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

Im Laufe des Jahres 2014 wurden insgesamt 1.984 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einem Zuwachs von etwa 9,5% gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wurden 15.397 ordentliche Aufenthaltstage in stationärem Aufenthaltsregime in Anspruch genommen.

Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich das Lymphatische Leukämie mit 7,0% der Aufenthalte und der Zustand nach Organ- und Gewebetransplantation, mit einem Aufenthaltsanteil von 5,8% (Tabelle 5.2.45).

Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2014 1.898 (95,4%) Aufenthalte von Südtirolern in konventionierten österreichischen Einrichtungen (1.638 ordentliche und 260 tagesklinische Aufenthalte). Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (19,0%) und Chirurgie 1 (9,3%) - (Tabelle 5.2.46).

5.3. POST-AKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die post-akute Versorgung: 332, gleich 0,64 pro 1.000 Einwohner
- Post-akute Aufenthalte: 5.203

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

Für die post-akute Krankenhausversorgung stehen insgesamt 332 vertragsgebundene Betten zur Verfügung, die im Jahr 2014 wie folgt aufgeteilt waren: 121 in öffentlichen Krankenhäusern (36%) und 211 in Privatkliniken (64%) (Tabelle 5.3).

Gegenüber 2013 ist die Gesamtanzahl der vertragsgebundenen Betten um 23 Einheiten gesunken.

5.3.1. Physische und neurologische Rehabilitation

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die physische Rehabilitation: 157, gleich 0,30 pro 1.000 Einwohner
- Vertragsgebundene Betten für die Neuro-Rehabilitation: 29, gleich 0,06 pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation: 2.698
- Aufenthalte aufgrund Neuro-Rehabilitation: 281
- Rehabilitationsaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz (2013): 212 (194 physische Rehabilitations- und 18 Neuro-Rehabilitationsaufenthalte)
- Rehabilitationsaufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: 50

Im Jahr 2014 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 2.698 Aufenthalte (2.530 ordentliche Aufenthalte und 168 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 281 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet.

71,0% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 29,0% in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 20,8 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 6,2% an allen Aufenthalten dar (Tabellen 5.3.1 und 5.3.2).

64,3% der ordentlichen Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" zugewiesen, weniger als 30% der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems". Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 78,6% auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems".

86% der Aufenthalte wurden als post-akute Aufenthalte eingestuft, 13,4% als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,6% als Bewertungsaufenthalte (Tabelle 5.3.3).

62,9% der Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, orthopädisch-traumatologische Pathologien), 29,3% jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 7,8% die anderen Schädigungen (Tabelle 5.3.4).

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Aufnahme betrug 73,8 Punkte. Unter dem Durchschnitt lagen die Privatklinik Bonvicini (58,3 Punkte) und die Privatklinik Villa Melitta (72,6 Punkte). Die durchschnittliche höchste Punktezahl verzeichnete hingegen das Krankenhaus Sterzing (97,8 Punkte), gefolgt von dem Krankenhaus Bozen (90,2 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Entlassung betrug 89,6; das Krankenhaus Bruneck verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs (Tabelle 5.3.5).

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 281 (245 ordentliche Aufenthalte und 36 Tagesklinik-Aufenthalte), 76 davon betrafen das Krankenhaus Bozen, 11 das Krankenhaus Brixen, 58 das Krankenhaus Bruneck, 119 das Krankenhaus Sterzing und 17 die Privatklinik Villa Melitta, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 37,9 Tagen (Tabelle 5.3.9).

Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (52,6 Punkte) und bei der Entlassung (70,7 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 18,2, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,5 Punkte (Tabelle 5.3.10).

5.3.2. Langzeitpflege

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die Langzeitpflege: 146, gleich 0,28 pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: 2.224
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz (2013): 19

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 2.224 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 21,8 Tage (Tabelle 5.3.15). Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der post-akuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (42,9%) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" (16,4%) (Tabelle 5.3.16).

6 AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen: 1.193,237 mio Euro
- Öffentliche Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen: 43,126 mio. Euro
- Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen: 1.236,363 mio. Euro
- Öffentliche Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen: 2.254 Euro
- Anteil der Kosten für das Personal des Sanitätsbetriebs: 49,3%
- Anteil der Kosten für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs: 13,0%
- Anteil der Kosten für die Gesundheitsdienste des Sanitätsbetriebs: 24,4%
- Anteil der Kosten für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen des Sanitätsbetriebs: 7,3%

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 2014 insgesamt auf 1.236,363 Millionen Euro.

96,51% der Gesamtausgaben des Jahres 2014 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 3,49% betrafen die Investitionsausgaben für Liegenschaften, bewegliche Güter und biomedizinische Geräte.

Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2014 auf 1.193,237 Millionen Euro beziffern. 98,54% davon werden direkt vom Sanitätsbetrieb getragen. Die Ausgaben des Sanitätsbetriebs setzen sich vornehmlich aus den Personalkosten (49,28%) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (24,38%) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (13,04%), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (7,31%) und sonstige Kosten (5,99%).

Die insgesamt vom Sanitätsbetrieb und vom Land getragenen Investitionskosten für das Gesundheitswesen beliefen sich im Jahr 2014 auf rund 43,126 Millionen Euro.

Die laufenden Pro-Kopf-Ausgaben das Gesundheitswesen (in konstanter Lira, ausgedrückt in Euro) lassen sich für das Jahr 2014 auf 2.254 Euro beziffern.