

GESUNDHEITSBERICHT

ZAHLEN UND FAKTEN 2022

AUTONOME PROVINZ BOZEN - SÜDTIROL
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

INHALTSVERZEICHNIS

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG *4*

1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG **5**

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG **6**

1.3. GEBURTENRATE **6**

1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (WOHNBEVÖLKERUNG) 7

1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (WOHNBEVÖLKERUNG) 8

1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG **9**

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT *10*

2.1. LEBENSSTILE **11**

2.1.1. ERNÄHRUNG 11

2.1.2. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT 11

2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT 12

2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH 13

2.2. KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT **13**

2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN 13

2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN 15

2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE 15

2.2.4. DIABETES 16

2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN 18

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS 18

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN 19

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN 19

2.2.9. COVID-19 PANDEMIE 20

3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT *23*

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING **24**

3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITEN-ERKRANKUNGEN,INKLUSIVE IMPFPROGRAMME **25**

3.3. SCHUTZ VON GES7NDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD **27**

3.3.1. LEBENSUMFEL 27
3.3.2. ARBEITSUMFELD 29
3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH 29
3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT 30
3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN 31
3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN 32
3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN 33

4. TERRITORIALE VERSORGUNG 34
4.1. SPRENGELVERSORGUNG 35
4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG 35
4.1.2. HAUSPFLEGE 36
4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG 38
4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN 39
4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT 39
4.3. STATIONÄRE REHABILITATION 40
4.4. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST 41
4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG 41
4.5.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH 42
4.5.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE 44
4.5.3. DIREKTABGABE DER MEDIKAMENTE 44
4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN 45
4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN 45
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN 46

5. KRANKENHAUSVERSORGUNG 47
5.1. ERSTE HILFE 48
5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN 48
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE 50
5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE 51
5.2.4. KRANKENHAUSMOBILITÄT 52
5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG 53
5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION 53
5.3.2. LANGZEITPFLEGE 55

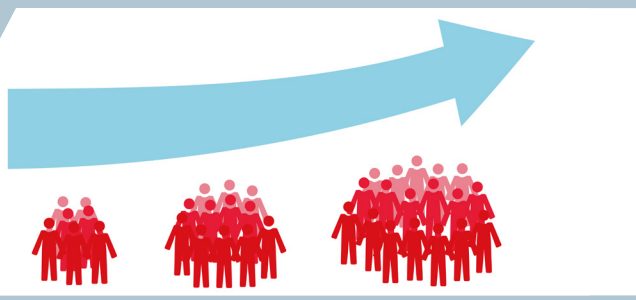
KAPITEL 1

BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG







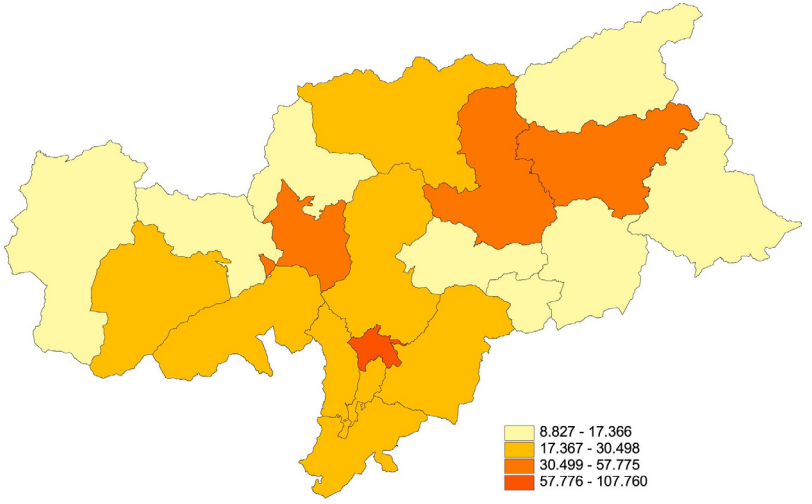


Der Teil über die versorgungsberechtigte Bevölkerung enthält die wichtigsten demographischen Daten zur Südtiroler Wohnbevölkerung: Bevölkerungsstruktur und territoriale Verteilung, Lebenserwartung, Geburtenrate und Wachstumsindikatoren.

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG

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

Wohnbevölkerung nach Gesundheitssprengel



1.1. TERRITORIALE VERTEILUNG

Indikatoren im Überblick
- Wohnbevölkerung: **533.267** Einwohner
- Bevölkerungsdichte von **72,1** Einwohnern pro km²

Im Jahr 2022 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 533.267 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 72,1 Einwohnern pro km². 49,1% der Bevölkerung leben in Gebieten mit niedrigen Erschließungsgrad , 30,9% einen mittleren Erschließungsgrad und 20,0% in der Stadt Bozen mit einen hohen Erschließungsgrad.
Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (44,0%), in etwa ein Viertel in dem von Meran (26,1%) und etwa ein Sechstel jeweils in den Bezirken Brixen (14,7%) und Bruneck (15,1%). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den beiden Gesundheitsbezirken Bozen Stadt (20,0%) und Meran (10,9%).

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

1.2. BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG

Indikatoren im Überblick

- Lebenserwartung bei der Geburt - Männer: **81,2** Jahre
- Lebenserwartung bei der Geburt - Frauen: **85,6** Jahre

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 98,4 Männer.

Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei: 43,0 Jahren (41,8 Jahre für die Männer und 44,2 für die Frauen) und verzeichnet im letzten fünf Jahren eine Zunahme von 0,7 Jahren.

Der Altersindex entspricht 132,0 Senioren (über 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den letzten fünf Jahren von 7 Punkte und ist unter den Frauen höher (150,8 %) als unter den Männern (114,2 %). Trotzdem bleibt der Index auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 187,6 %.

Der Strukturabhängigkeitsindex liegt bei 55,4 %. Für die Frauen (59,1 %) liegt dieser Index höher als für die Männer (51,8 %). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 57,5 %.

Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 81,2 Jahre für die Männer und 85,6 Jahre für die Frauen. Südtirol besitzt eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (80,5 für die Männer und 84,8 für die Frauen).

Die Lebenserwartung ist nach dem Rückgang aufgrund der Covid-19-Epidemie wieder auf das Wachstum zurückgekehrt.

1.3. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: **4.936**
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: **4.774**
- Geburtenrate: **9,2*** Neugeborene auf 1.000 Einwohner

Aus strategischer Sicht ist die Betreuung während der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Geburt und des Neugeborenen für das Gesundheitssystem sehr wichtig, da sie sich auf das Wohlergehen der gesamten Bevölkerung auswirkt. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Eigenschaften und kritischen Punkte der Betreuung zu überwachen.

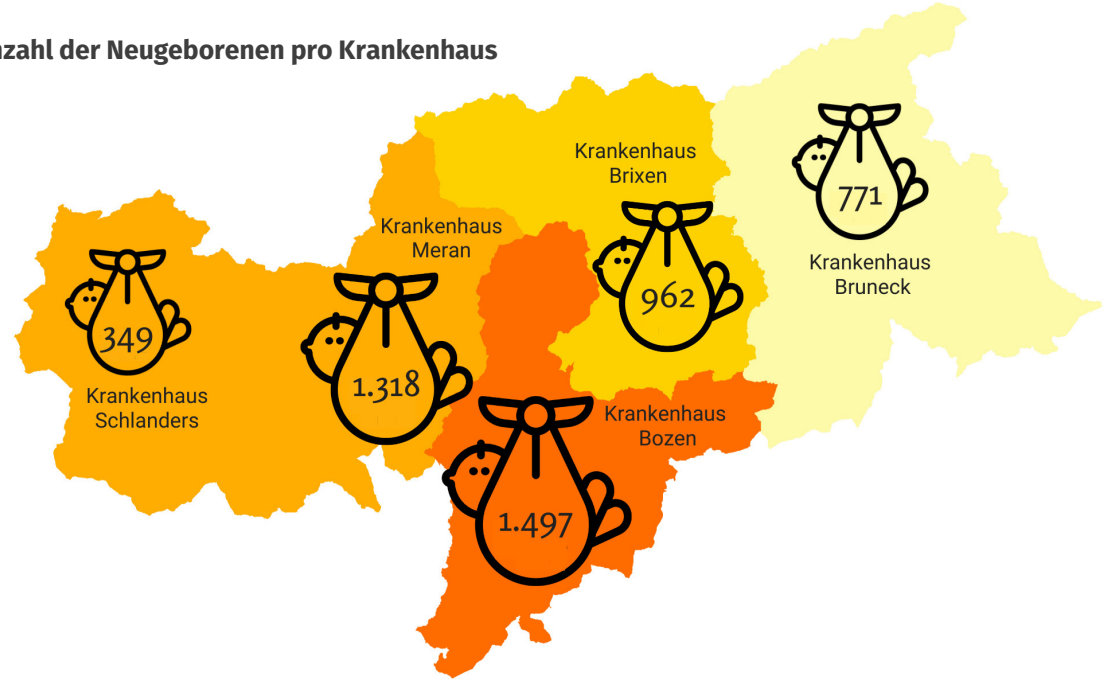
Im Jahr 2022 wurden in Südtirol 4.936 Kinder geboren, 4.774 davon von ansässigen Müttern (96,7 Prozent), die anhand der Geburtsbescheinigung (CedAP) registriert wurden. Im Jahr 2022 kommt es zu einem leichten Rückgang der Neugeborenen im Vergleich zu den letzten zwei Jahren (5.192 im Jahr 2021, 5.206 im Jahr 2020). Fast alle Geburten fanden in den Geburtsstellen der Krankenhäuser des Landes statt, 39 waren Hausgeburten (im Jahr 2021 waren es 50).

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

Die Geburtenrate* beträgt 9,2 Neugeborene pro 1.000 Einwohner bleibt auch im Jahr 2022 der höchste Wert Italiens (der nationale Durchschnitt beträgt 6,7 Neugeborene pro 1.000 Einwohner).

* *Quelle: demografische Indikatoren 2022 - ISTAT*

Anzahl der Neugeborenen pro Krankenhaus



1.3.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: **31,4** Jahre
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: **26,7 %**
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: **90,4 %**

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Frauen bei der Entbindung entspricht 31,4 Jahre (gleich wie im 2021, aber im Vergleich zum Vorjahr wird ein leichter Abstieg der Entbindenden im Alter von unter 29 Jahren verzeichnet und der über 40-Jährigen). Dieser Wert zeigt an, dass die Südtiroler Mütter weiterhin jünger als der Durchschnittswert Italiens (32,4 Jahre) sind. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der ansässigen Frauen, die im Jahr 2022 entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (64,8 %), rund 1 von 4 über 35 Jahre (26,7 %) und 5,6 % (262 Frauen) über 40 Jahre. Im Jahr 2022 betrug das Durchschnittsalter des Vaters 34,7 Jahre, was konstant gegenüber dem Vorjahr ist. Andererseits gilt natürlich auch jungen Müttern bzw. jugendlichen Paaren besondere Aufmerksamkeit: 39 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 0,9 Prozent aller ansässigen Frauen entspricht (meistens handelt es sich um Paare, die großen Schwierigkeiten bei der Inangriffnahme der eigenen, persönlichen Entwicklung und ihrer Rolle als Eltern mit objektiv Mängeln an sozialen und wirtschaftlichen Ressourcen haben).

Weiterhin signifikant hoch ist der Prozentsatz der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind und insbesondere Mütter mit italienischer Staatsbürgerschaft: eine von zwei Müttern sind zum Zeitpunkt der Entbindung nicht verheiratet (50,2 %). Dieser tendenziell auf nationaler Ebene steigende Wert, ist nach wie vor in der Provinz Bozen am höchsten.

Hinsichtlich des Studientitels weisen 71,4 % der Mütter einen mittel-hohen Bildungsgrad auf (Oberschulabschluss, Universitätsdiplom), während es bei den Vätern 54,5 % sind. Deutlich unter dem Anteil der Männer liegt hingegen jener der beschäftigten Frauen zum Zeitpunkt der Geburt (nur 75,7 % der Mütter gegenüber 90,4 % der Väter).
Der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (21,1 % gegenüber 19,3 %). Die Frauen stammten Großteils aus Albanien, Pakistan, Kosovo und Marokko. Berücksichtigt man das Geburtsland der Mutter, so sind im Jahr 2022 27,0 Prozent der gesamten ansässigen Mütter im Ausland geboren (1 von 4 Müttern).

** Quelle: demografische Indikatoren 2022 - ISTAT*

1.3.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der mittels Kaiserschnitt Geborenen (ansässige Bevölkerung): **25,0 %**
- Anzahl der Zwillingsgeburten: **66**, entspricht **1,4 %** aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künstlichen Befruchtung zurückgegriffen haben: **167**

Die Geburtsbescheinigung lässt Informationen über Visiten und Instrumentaluntersuchungen der Mutter während der Schwangerschaft erfassen.
Im Jahr 2022 unterzog sich jede schwangere Frau durchschnittlich 6,8 Kontrollvisiten (konstanter Wert in den letzten Jahren). Die Weltgesundheitsorganisation schlägt bei wenig risikobehafteten Schwangerschaften durchschnittlich 4 Kontrollvisiten vor. In 4,0 % der Fälle haben die Mütter maximal 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 66,8 % der schwangeren Mütter haben die erste Visite innerhalb der 8. Schwangerschaftswoche durchgeführt, also sehr früh (dieser Wert zeigt eine steigende Tendenz).
Von den Frauen, die im Jahr 2022 in Südtirol entbunden haben, ließen 62 (1,3 %) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (2021 waren es 0,8 %). Eine Amniozentese ließen 0,7 % vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom).
Bei der Untersuchung der Art der Entbindung bei ansässigen Müttern ergibt sich, dass 69,1 % der Kinder vaginal und 5,7 % operativ-vaginal geboren sind (mit Saugglocke oder Geburtszange). Der Prozentsatz der chirurgischen Geburten betrug im Jahr 2022 25,0 % und ist im Vergleich zum Vorjahr mit 24,3 % gestiegen (Wohnbevölkerung).
Wird auch der bereinigte Anteil der Neugeborenen durch Kaiserschnitt NTSV berücksichtigt (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), ein Indikator, der die Zweckmäßigkeit der Art der Entbindung misst und diese von Faktoren bereinigt, welche die Inanspruchnahme des Kaiserschnittes erhöhen können, ergibt sich ein Wert von 19,4 %. Die einzelnen Geburtsstellen verzeichnen in Bezug auf die Unterschiede zwischen den unbereinigten und bereinigten Kaiserschnitten eine ge-

ringe 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 1,4 % aller Geburten dar (66 Zwillings- und Drillingsgeburten). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften, kombiniert mit der künstlichen Befruchtung, beträgt 16,7.
Im Jahr 2022 griffen 167 Frauen (3,5 % aller Entbindenden) auf Techniken der medizinisch assistierten Befruchtung zurück, vergleichbar mit Werten wie andere italienische Regionen, aber 1 Prozentsatz vom Jahr 2021 gestiegen.
Der Anteil der Frühgeborenen (mit Schwangerschaftsalter unter oder gleich 36 Wochen) betrug 5,9 % (mehr im Vergleich zum Vorjahr 6,2 %)

1.4. BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Indikatoren im Überblick

- Wachstumsrate:
  1,2 pro 1.000 Einwohner
- Migrationswachstumsrate:
  1,8 pro 1.000 Einwohner
- Gesamtfruchtbarkeitsrate:
  1,60 pro 1.000 Frauen

IIm Jahr 2022 wuchs die Bevölkerung um 1,2 Personen pro 1.000 Einwohner.

Der wichtigste Anteil am Bevölkerungszuwachs stellt der Migrationssaldo von 1,8‰.
Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, welche die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,60 Kindern je Frau (1,24 die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene).

KAPITEL 2

ASPEKTE DER GESUNDHEIT



Die nächsten beiden Abschnitte behandeln die grundlegenden Risikofaktoren für die Gesundheit der Bevölkerung und beschreiben die Aspekte der Morbidität und Mortalität der wichtigsten Krankheiten.
Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist schwer erfassbar und hängt nicht nur vom Angebot der Gesundheitsleistungen und sonstigen Diensten ab, sondern auch von zahlreichen biologischen, umweltbedingten und kulturellen Faktoren. Neben den traditionellen Indikatoren zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung wie Lebenserwartung bei der Geburt und Kindersterblichkeitsrate wird in der Folge auf andere Aspekte des
Gesundheitszustandes der Bevölkerung eingegangen: Lebensstile, Inzidenz von Neoplasien, Verbreitung des Diabetes, Verbreitung der 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.

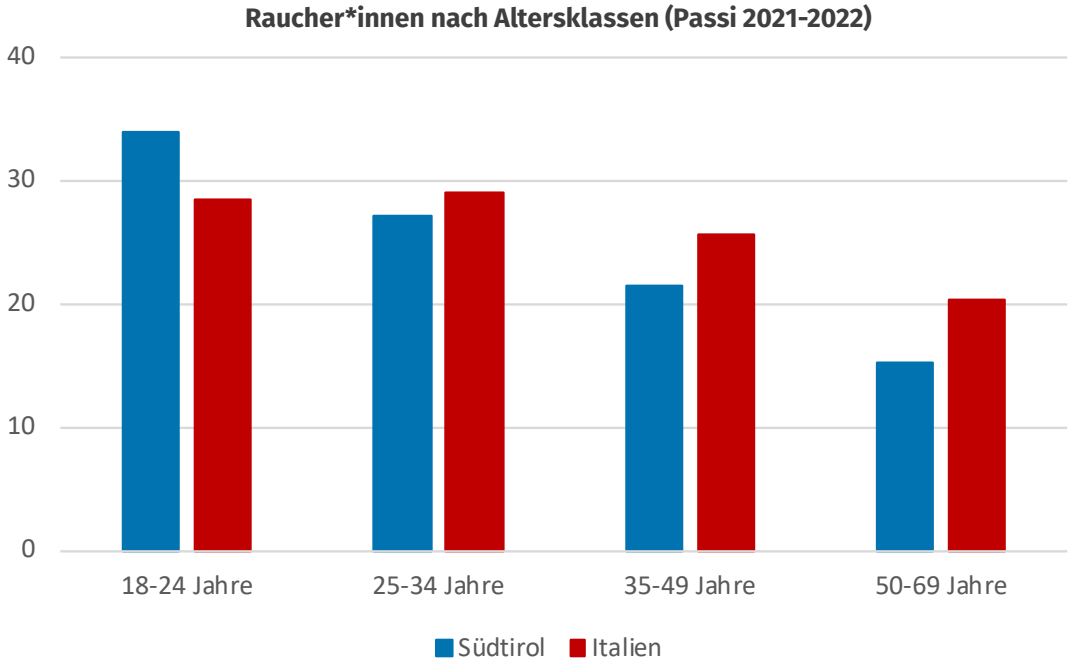
2.1.1. ERNÄHRUNG

Indikatoren im Überblick
- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **38,9 %**
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **25,3 %**
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: **6,2 %**

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.
32,2% der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind übergewichtig (24,8% übergewichtig, 7,4% fettleibig). Übergewicht tritt häufiger unter den Männern (38,9%) als unter den Frauen (25,3%) und unter den Personen mit einem niedrigen Bildungsgrad als unter jenen mit höherem Studientitel auf. Nur 6,2% 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: **70,7 %**
- Körperlich wenig aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **9,0 %**



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.
70,5 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren sind körperlich aktiv (berufsbedingt oder gemäß Empfehlungen zur körperlichen Betätigung), 9,0 % betreiben überhaupt keinen Sport.

2.1.3. RAUCHGEWOHNHEIT

Indikatoren im Überblick

- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **26,4 %**
- Raucherinnen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **16,0 %**
- Tabakrauch-attributable Todesfälle (2019): **1.278**

Rauchen ist „die häufigste, leicht vermeidbare Todesursache“. Rauchen ist für rund 25% der Todesfälle wegen Tumorerkrankungen und für 25% aller Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Dem Tabakkonsum sind 75% der Tumoren der Mundhöhle, des Rachens und 88% der Lungentumoren zwischen den Männern zuzuschreiben. Außerdem führt Rauchen auch zu anderen Krankheiten wie Myokardinfarkt, Ischämie, chronisch-obstruktiver Bronchitis und sonstigen Störungen der Atemwege.
Die Rauchgewohnheit ist unter 21,3% der Landesbevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet (es rauchen 26,4% der Männer und 16,0% der Frauen).

2.1.4. ALKOHOL- UND DROGENMISSBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patienten: **30,1** pro 1.000 Einwohner
- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten aufgrund von alkohol-assoziierten Ursachen, Werte pro 1000 Einwohner: **2,1**
- Risikobehaftete Trinker in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **37,6 %**

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

Im Jahr 2022 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 1.603 Personen mit Drogenproblemen versorgt, was 30,1 Patienten pro 1.000 Einwohner entspricht. Im Laufe des Jahres werden 321 (6,0 auf 1.000 Einwohner) neue Patienten versorgt, mit einem Durchschnittsalter von 28,4 Jahren.

Unter den verwendeten Substanzen überwiegt Heroin (38,0% aller Substanzen), gefolgt von Cannabinoiden (27,8 %) und Kokain (23,0 %).

Die drogenbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15-54-Jährigen betrugen 259 und es wurden 167 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

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

Die risikobehafteten Trinker („Binge Drinker“, Personen, die Alkohol außerhalb der Mahlzeiten konsumieren oder starke Trinker) stellen auf Landessebene 37,6 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren dar; 29,5 % davon trinken vorwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 17,4 % sind „Binge Drinker“ (Konsum von 5 oder mehr alkoholischen Getränken zu einem einzigen Anlaß im letzten Monat für die Männer und 4 für die Frauen) und 2,6 % sind starke Trinker (Konsum im letztem Monat von mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen).

Die alkoholbedingten Krankenhausentlassungen in der Altersklasse der 15- bis 54-Jährigen betrugen 857, und es wurden 1.133 Zugänge zur Ersten-Hilfe verzeichnet.

Im Jahr 2022 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) 173 Personen mit Spielsuchtproblemen, 115 Personen wegen Missbrauch von Medikamenten, 151 wegen Probleme mit Nikotin, 443 Angehörige von Personen, welcher unter eine Abhängigkeit leiden, und 406 sonstige Personen versorgt.

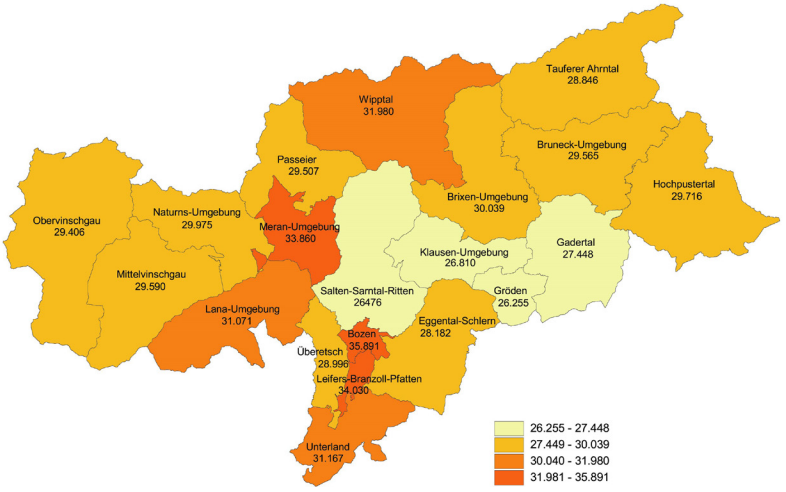
2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick

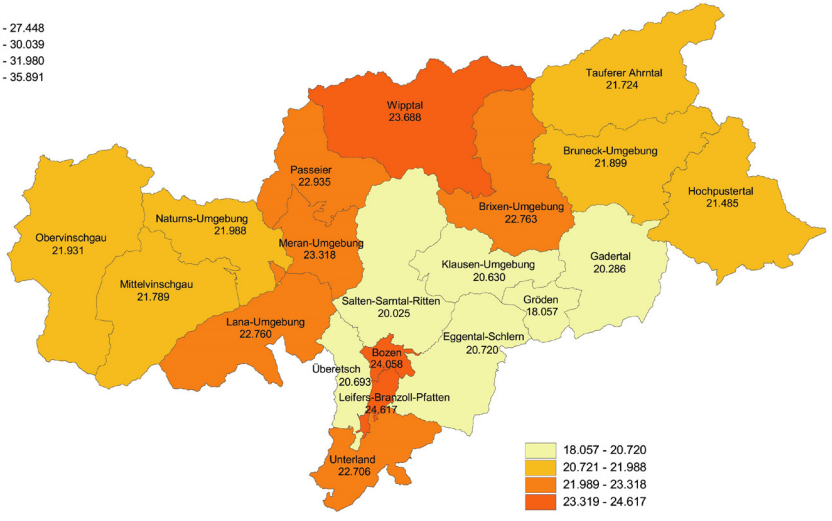
- Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: **31,2 %**
- Durchschnittsalter der chronisch Kranken: **63,1** Jahre
- Von Hypothyreose betroffene Frauen: **7,4 %**

Prävalenz der chronischen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2021



Reelle unbereinigte Raten

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



Standardisierte Werte

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

Die chronischen Krankheiten sind die häufigste Todesursache in fast aller Welt. Zu dieser weitumfassenden Gruppe zählen Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen usw. Zusätzlich zur hohen Sterblichkeitsrate führen diese Krankheiten zu einem hohen Maß an Invalidität, weshalb deren Bekämpfung für die öffentliche Gesundheit eine Priorität darstellt.

Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf; aus diesem Grund kann angenommen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken besteht. Die Südtiroler versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum nationalen Durchschnitt eine relativ junge Bevölkerung (im Einklang mit der demografischen Entwicklung und einer fortschreitenden Alterung der Bevölkerung), mit einem mittleren Alter von 43,4 Jahren und einem Altersindex von 139,0 Jahren (d. h. auf 100 versorgungsberechtigte Jugendliche kommen 139 versorgungsberechtigte Senioren) im Jahr 2021 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 182,6* geschätzt.

Im Jahr 2021 betrug der Anteil der Südtiroler mit mindestens einer chronischen Krankheit an der Gesamtbevölkerung 31,2 % (fast 1 auf 3 Personen). Frauen sind etwas stärker gefährdet als die Männer, mindestens an einer chronischen Pathologie zu erkranken: Höhere Werte werden vor allem für Autoimmun- und endokrine Krankheiten verzeichnet.
15 Personen pro 100 Südtiroler leiden an Hypertonie; 7 pro 100 wurde eine Neoplasie diagnostiziert, 5 Männer pro 100 sind Diabetiker und 6 pro 100 leiden an chronisch hohen Cholesterinwerten (Dyslipidämie).
Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 78 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit.
Eine Analyse der standardisierten Raten nach territorialen Bereichen unter Berücksichtigung der territorialen Bevölkerungsstruktur ergibt für den ländlichen Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten eine Prävalenzschätzung der chronischen Kranken, die oberhalb des städtischen Sprengels Bozen liegen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft landesweit nicht immer homogen: Der Gesundheitsbezirk Bozen verzeichnet vor allem eine höhere Prävalenz von Patienten mit Hashimoto-Thyreoiditis. Im Gesundheitsbezirk Meran kann eine stärkere Verbreitung der Krankheiten, die eine Veränderung der Schilddrüsenhormone hervorrufen wie beispielsweise Hypothyreose oder Morbus Basedow, beobachtet werden. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck, die allgemein niedrigere Raten aufweisen, liegt eine höhere Prävalenz von Krankheiten wie Hypertonie (signifikant höhere Werte im Gesundheitsbezirk Brixen) und andere Kardiopathie (in etwas geringerem Ausmaße in Bruneck) vor.

** Quelle: ISTAT*

2.2.2. INFEKTIONSKRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick
- Gemeldete Tuberkolosefälle: **31**
- Inzidenzrate von HIV (2015): **0,9** pro 100.000 Einwohner

Die im Jahr 2022 am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit (außer der Grippe) war Campylobacter-Enteritis. Außerdem wurden 2022 31 Tuberkulosefälle gemeldet, was 5,8 pro 100.000 Einwohner entspricht.
Die Inzidenz der neuen HIV-Fälle betrug für das Jahr 2021 4 (0,9 pro 100.000 Einwohner). In Italien wurden im Jahr 2021 1.770 neue HIV-Fälle gemeldet, gleich einer Inzidenz von 3,0 Fällen pro 100.000 Einwohner.

2.2.3. BÖSARTIGE TUMOREN

Indikatoren im Überblick
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2008-2012): **770,8** pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2008-2012): **508,8** pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen der in der Südtiroler Wohnbevölkerung diagnostizierten bösartigen Tumoren beziehen sich auf den Fünfjahreszeitraum 2015-2019.
Für den besagten Zeitraum wurden im Jahresdurchschnitt 1.839 neue Fälle unter den Männern (770,8 pro 100.000) und 1.468 unter den Frauen (508,8 pro 100.000) diagnostiziert. Hauttumoren ausgeschlossen (ICD X: C44) sind für das Jahr 2022 2.023 neue Fälle unter den Männern und 1.582 neue Fälle unter den Frauen zu erwarten.

Schließt man die Hautkarzinome aus (ICD X C44), betreffen die am häufigsten, bei den Männern auftretenden Tumoren die Lokalisationen Prostata (21,9% der Fälle), Kolon-Rektum (10,1%), Blase (9,8%) und Lunge (8,5%).
Bei den Frauen tritt das Mammakarzinom (25,7% der Fälle) an erster Stelle unter den Neoplasien auf, gefolgt vom Kolon- und Rektumkarzinom (9,5%) und Lungenkarzinom (6,6%). Im Zeitraum 2018-2022 verstarben pro Jahr durchschnittlich 646 Männer an Tumorerkrankungen (245,8 Todesfälle pro 100.000 Einwohner) und 551 Frauen (205,1 Todesfälle pro 100.000).
Unter den Männern sind die häufigsten Todesursachen aufgrund von Neoplasien das Lungenkarzinom (19,3% der Fälle), das Kolon-Rektum-Karzinom (10,8%), das Prostatakarzinom (9,4%), das Leberkarzinom (8,2%) und das Pankreaskarzinom (7,8%). Bei den Frauen ist das Mammakarzinom (14,8%) für die meisten Todesfälle verantwortlich, gefolgt vom Lungenkarzinom (13,5%) und vom Kolon-Rektum-Karzinom (10,5%) und das Pankreaskarzinom (9,7%).
Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumorregister verwiesen: http://www.registri-tumori.it/cms/.

2.2.4. DIABETES

Indikatoren im Überblick

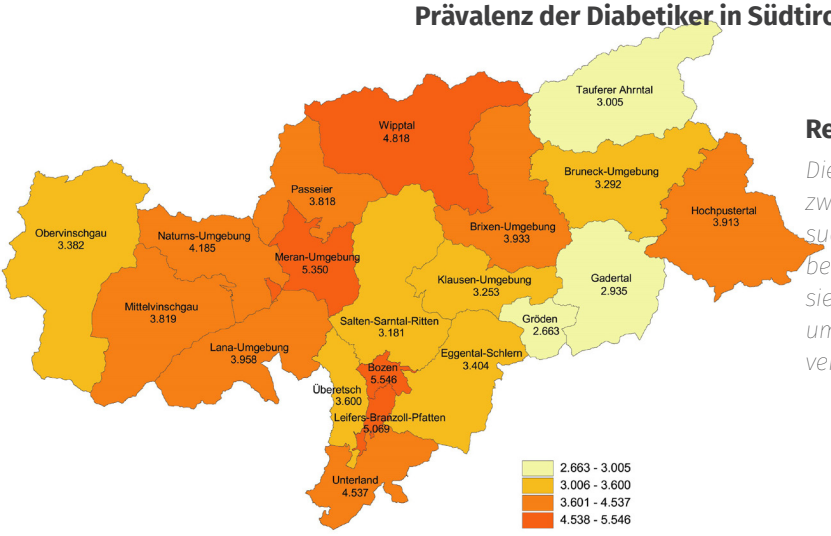
- Prävalenz der diabetischen Patienten an der betreuungsberechtigten Bevölkerung: **4,0 %** Diabetes Typ 2 und **0,3 %** Diabetes Typ I
- Durchschnittsalter: **69,6** Jahre (**71,5** Jahre Diabetiker Typ 2 und **42,7** Diabetiker Typ I)
- **76,3 %** der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herzkreislaufkrankheit, **70,4 %** an Hypertonie

Diabetes mellitus ist mit seinen Komplikationen eines der größten Gesundheitsprobleme der Industrieländer; seine Prävalenz steigt auch aufgrund der sich stärker verbreitenden Fettleibigkeit und des zunehmenden Bewegungsmangels - ständig an. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,9 % der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2020), 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 2021 wurden in Südtirol 1.468 Patienten mit Diabetes Typ I und 21.205 Patienten mit Diabetes Typ 2 betreut (in durchlebte Jahre berechnet), bei einer Prävalenz an der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung von 0,3 % (Typ I) und 4,0 % (Typ II).
Die Prävalenz der Diabetiker Typ 2 steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 11,2 % zwischen 65 und 74 Jahren und 16,5 % ab 75 Jahren.
Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung liegt bei 42,7 Jahren (Typ I) vs. 71,5 Jahren (Typ II).
Die Prävalenz der Krankheit verläuft auf Landesebene nicht homogen. Die Städte

Prävalenz der Diabetiker in Südtirol - Jahr 2021

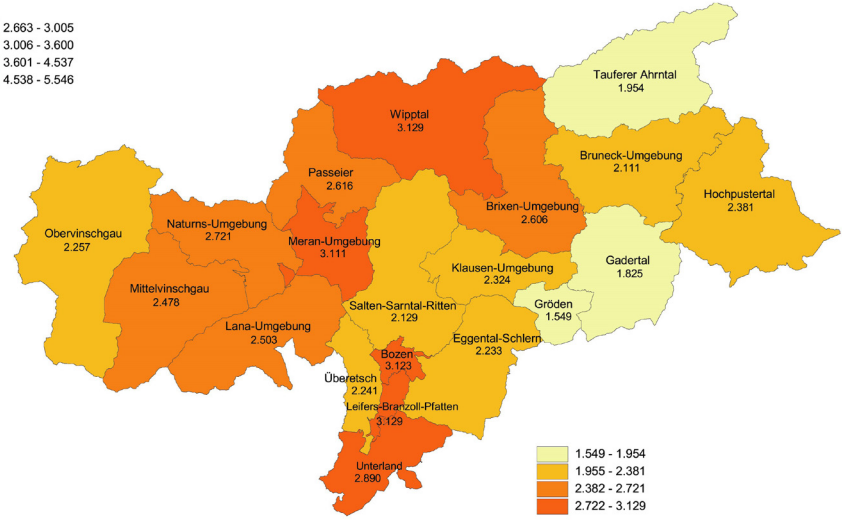


Reelle unbereinigte Raten

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

Standardisierte Werte

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



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 Gröden, Gadertal, Ahrntal und Sarntal.

76,3 % der Diabetiker Typ 2 auf Landesebene leiden auch an einer Herzkreislaufkrankheit und 70,4 % an Hypertonie

80,7 % der Südtiroler Diabetiker lassen im Jahr mindestens eine Kreatinin-Untersuchung und 71,4 % mindestens eine Glykohämoglobin-Untersuchung durchführen (der gesamtstaatliche Vergleichswert, der in den Nationalen AMD-Leitlinien (AMD - Verband italienischer Diabetesärzte) für das Glykohämoglobin angeführt ist, beträgt 84 % gegenüber einem angestrebten Zielwert von 100 %).

Hinsichtlich der Pharmakotherapie nahmen im Jahr 2021 73,3 % der diabetischen Patienten Typ 2 ein orales Antidiabetikum ein, 56,9 % einen Lipidsenker, 29,4 % einen Aggregationshemmer und 17,4 % führten die Behandlung mit Insulin durch. Die pharmakologische Behandlung des Diabetes erfolgt in den meisten Fällen in Kombination mehrerer

Medikamente: 87,7 % der Diabetiker nahmen im Laufe des Jahres mindestens eines dieser Medikamente ein.
Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes beträgt in Südtirol 50 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner (ausgeschlossen die Aufenthalte in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes und in österreichischen Einrichtungen), wenn man nur die Bevölkerung über 18 Jahren berücksichtigt. Die Hospitalisierungsrate wegen Diabetes mit langzeitigen Komplikationen (in Bezug auf Nieren, Augen und Nerven, das periphere Kreislaufsystem oder andere Komplikationen) beträgt 17 Aufenthalte pro 100.000 Einwohner über 18 Jahre.

2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN

Indikatoren im Überblick
- Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: **21,4** pro 1.000 Einwohner
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: **20,0** pro 1.000 Einwohner
- Suizidrate: **10,3** 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 Therapie und sozialen Wiedereingliederungspläne garantiert. Die gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes sind das Zentrum für Geistige Gesundheit (ZGG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, das Day-and-Night Hospital, die Rehabilitationszentren und weitere Einrichtungen für die stationäre und halbstationäre Versorgung.
Im Jahr 2022 wurden von den Zentren für Geistige Gesundheit des Landes 11.402 Personen betreut (21,4 pro 1.000 Einwohner), 2.348 Patienten wurden mit psychiatrischer Primärdiagnose aus dem Krankenhaus entlassen (440,3 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungsdiagnosen überwiegen die affektiven Psychosen (29,8 % der Entlassungen).
Die Psychologischen Dienste betreuten im Jahr 2022 11.417 Patienten (21,4 pro 1.000 Einwohner). Die Zahl der erbrachten Psychotherapie betrug 17.754.
2022 gab es im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt 2018-2022 55 Suizide (10,3 pro 100.000 Einwohner), durchschnittlich 45,5 Fälle pro Jahr.

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Indikatoren im Überblick
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer: **268,9** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen: **327,0** pro 100.000

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems stellen die erste Todesursache in den entwickelten Ländern dar und sind für 30,5% der Todesfälle in Südtirol verantwortlich. Die größten Risikofaktoren für die Krankheiten des Herzkreislaufsystems sind die Hypertonie, die Hypercholesterinämie, der Diabetes und die Fettleibigkeit.
Für eine an Hypertonie leidende Person ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als für

eine nicht an Hypertonie leidende Person, und um über viermal höher, an einer Ischämie zu sterben. Schätzungen zufolge sind 25% der Todesfälle aufgrund von koronaren Herzkrankheiten oder Ischämie Hypertonie-assoziiert. Die an Hypercholesterinämie Leidenden verzeichnen ein zweimal so hohes Todesrisiko aufgrund von ischämischen Herzleiden und Ischämie im Vergleich zu den Personen mit normaler Cholesterinämie.
Insgesamt belief sich die Zahl der Krankenhausentlassungen aufgrund von Herzkreislauferkrankungen auf 6.845 (1.283,6 pro 100.000 Einwohner). Unter den Entlassungen aufgrund von ischämischen Krankheiten (1.245) gehen 755 auf akuten Myokardinfarkt zurück (540 Männer und 215 Frauen). Die häufigsten Todesursachen bei Krankheiten des Kreislaufsystems waren die ischämischen Herzleiden (Infarkt, Angina pectoris und ischämische Herzerkrankungen) mit 215 Todesfällen unter den Männern (81,3 pro 100.000) und 146 unter den Frauen (54,3 pro 100.000).

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer (2019): **88,1** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen (2019): **56,5** pro 100.000

Die Atemwegserkrankungen sind nach den Krankheiten des Kreislaufsystems und Tumoren in Südtirol die dritte häufigste Todesursache (7,4 %).
Die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) ist für 40 % der Todesfälle aufgrund von Lungenkrankheiten verantwortlich.
Rauchen ist der bedeutendste Umweltfaktor für die Entwicklung der chronischen Bronchitis und COBP: 15-20 % der Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein geringerer Anteil an einer invalidisierenden
Die Entlassungen aus Landeseinrichtungen mit einer Atemwegerkrankung als Primärdiagnose beliefen sich im Jahr 2022 insgesamt auf 4.885, wobei die Hospitalisierungsrate 916,1 pro 100.000 betrug. Die häufigsten Aufenthaltsdiagnosen waren Pneumonie und Grippe.
Die chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (130 Fälle), Grippe und Pneumonie (122 Fälle) stellten im Jahr 2022 unter den Atemwegserkrankungen die häufigste Todesursache.

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Indikatoren im Überblick
- Sterblichkeitsrate - Männer (2013): **981,0** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate - Frauen (2013): **976,1** 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 in der Wohnbevölkerung im Jahr 2022 verzeichneten Todesfälle beliefen sich auf 5.218, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 978,5 pro 100.000 entspricht.

Die Haupttodesursache war 2022 die Krankheiten des Kreislaufsystems; diese betrafen 33,5 % der Fälle in der weiblichen Bevölkerung und 27,4 % in der männlichen Bevölkerung.
Unter den Männern herrscht die Sterblichkeit aufgrund von Tumoren mit 27,0 % gegenüber den 21,5 % unter den Frauen sowie aufgrund von Atemwegserkrankungen (9,0 % vs. 5,8 %) vor.

2.2.9. COVID-19 PANDEMIE

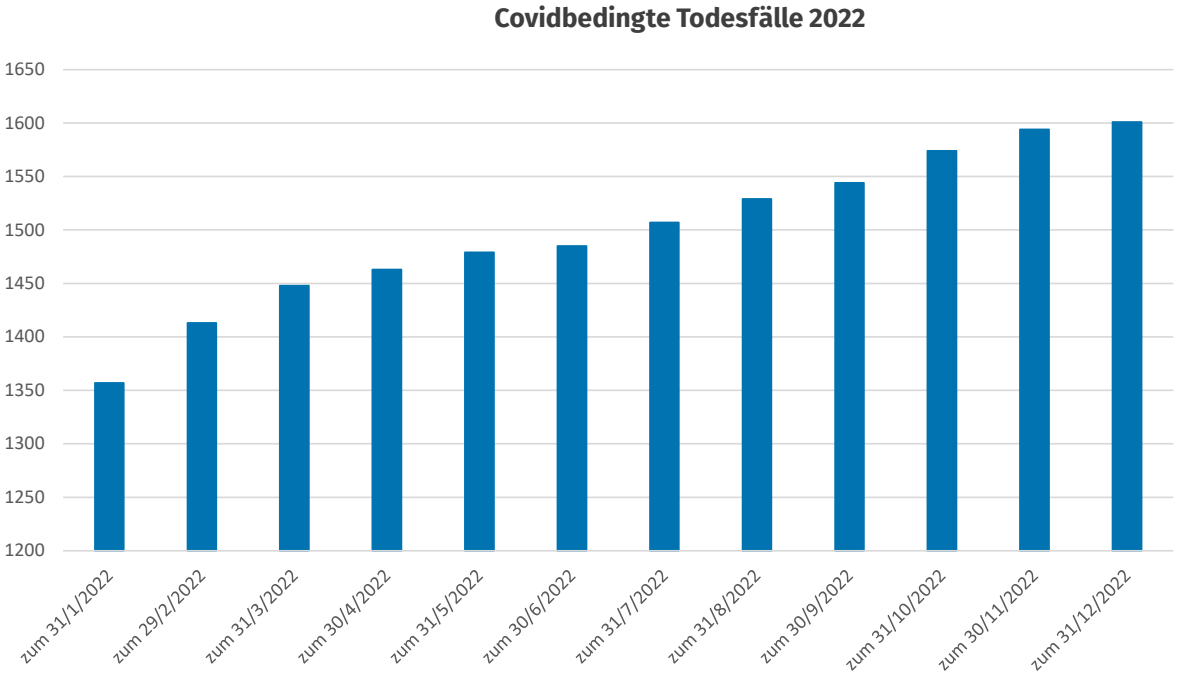
Indikatoren im Überblick
- Todesfälle aufgrund von Covid: **1.601**
- Geheilt von Covid: **287.707**

Nach Angaben des Zivilschutzes gab es Ende 2022 in Südtirol 701 positive Fälle, darunter 40 Einweisungen in den medizinischen Abteilungen, eine Einweisung in der Intensivstation und 660 Personen in häuslicher Isolation. 1.601 Menschen starben an den Folgen der Epidemie, 287.707 erholten sich.

ERGEBNISSE DER BEVÖLKERUNGSUMFRAGEN PASSI UND PASSI D'ARGENTO

Im Zeitraum 2021-2022 gaben 32,2 % der befragten Südtiroler Erwachsenen und 18,0 % der Senioren an, sich mit dem Coronavirus infiziert zu haben, was über dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe liegt (28,6 % der Erwachsenen und 20,5 % der Senioren).
31,3 % der Erwachsenen hielten es für ziemlich oder sehr wahrscheinlich, dass sie selbst oder ihre Familienmitglieder in den darauffolgenden 3 Monaten an COVID-19 erkranken. 20,4 % der Senioren glaubten, dass eine Infektion ziemlich oder sehr wahrscheinlich ist.
9,6 % der Erwachsenen glaubten, dass eine COVID-19 Erkrankungen ernste oder sehr ernste Folgen für ihre Gesundheit haben könnte. Bei den Senioren befürchtete ein deutlicher höherer Anteil schwere oder sehr schwere gesundheitliche Folgen (28,1 %).
86,8 % der Erwachsenen und 94,7 % der Senioren haben sich hierzulande gegen Corona geimpft. Auf nationaler Ebene waren es 93,7 % und 96,2 %.
19,0 % der Erwachsenen gaben an, in den letzten 30 Tagen auf schmerzhafte Weise an die Erfahrungen mit der Pandemie gedacht zu haben, während bei den über 65-Jährigen der schmerzhafte Gedanke bei 14,5 % der Befragten plagte. Die Landeswerte liegen deutlich unter dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe (27,5 % und 31,9 %).
Die zweite Frage beschäftigte sich mit der Gefühls- und Empfindungslage in Bezug auf die aktuelle Covid-19-Situation. Aus den Antworten ging hervor, dass 40 % der erwachsenen Bevölkerung ziemlich oder sehr beunruhigt sind; der Durchschnitt der nationalen Stichprobe empfindet dasselbe (46,2 %). Ziemlich oder sehr beunruhigt über die aktuelle Situation waren 41,5 % der Südtiroler Senioren, deutlich geringer als der italienische Schnitt (51,2 %).
Auf die Frage nach den Fähigkeiten des Sanitätsbetriebes, neue Ausbrüche schnell zu erkennen und einzudämmen, antworteten 14,0 % der Erwachsenen und 10,8 % der Senioren hierzulande, dass sie glauben, dass sie sehr schnell erkannt und eingedämmt werden, 63,2 % und 69,1 % ziemlich schnell und

22,8 % und 20,3 % nicht sehr oder überhaupt nicht schnell.
29,6 % der Erwachsenen gaben an, dass der Covid-19 Gesundheitsnotstand ihre finanzielle Lage verschlechtert hat und bei nur 3,8 % verbessert. Die Landeswerte sind dem Durchschnitt der nationalen Stichprobe sehr ähnlich (30,3 % und 3,9 %).
Die Daten zur finanziellen Lage finden in den Angaben zu den Arbeitsbedingungen während der Pandemiezeit bestätigt. Tatsächlich zeigt sich, dass etwas mehr als sechs von zehn Erwachsenen ihren Arbeitsplatz behalten haben, ein Drittel jedoch weniger und somit mit geringerer Entlohnung gearbeitet hat (Kurzarbeit, Solidaritätsverträge, vorübergehende Aussetzung der Arbeit), während 5,6% ihren Arbeitsplatz verloren haben. Der Anteil derjenigen, die mit geringerer Entlohnung gearbeitet haben oder ihren Arbeitsplatz verloren haben, liegt unter dem italienischen Schnitt von 28,0% und 6,5%. Ein Drittel der Südtiroler Erwachsenen haben während der Pandemie den Arbeitsplatz gewechselt, das trifft italienweit auf nur 17% zu.
Die Daten über die neue Arbeitsweise, das sogenannte Smart Working, ermöglichen die Auswirkungen dieser Arbeitsmethode auf die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden mittel- und langfristig zu beurteilen. 15,3 % der Erwachsenen arbeiteten an ihrem gewohnten Standort weiter, 22,2 % arbeiteten sowohl am Arbeitsplatz als auch im Smart-Working-Modus und 29,8 % ausschließlich im Smart-Working-Modus; ein Drittel hatte während des Lockdowns nicht gearbeitet. Die italienweite Stichprobe verzeichnete sehr ähnliche Werte: 32,0 % der Erwachsenen arbeiteten an ihrem üblichen Standort, 21,2% arbeiteten sowohl am Arbeitsplatz als auch im Smart-Working-Modus und 17,5% ausschließlich im Smart-Working-Modus und 26,6 % hatte während des Lockdowns nicht gearbeitet.
Im Freien wurde die Maske häufig oder immer von 34,4 % der 18-69-Jährigen und 48,0 % der über 65-Jährigen getragen. In geschlossenen, der Öffentlichkeit zugängliche Orten sowie auf öffentlichen Verkehrsmitteln wurde die Maske häufig oder immer von 79,5 % der Erwachsenen und 81,6 % der befragten Senioren getragen. Die Verwendung der Maske spiegelt in dieser Stichprobe die Sensibilität des Einzelnen und weniger die Einhaltung einer Vorschrift wider.
15,2 % der Senioren gaben an, in den letzten 12 Monaten auf mindestens eine notwendige medizinische Untersuchung oder einen diagnostischen Test verzichtet zu haben. Hauptgründe hierfür waren die zeitweilige Aussetzung der Leistung und der freiwillig Verzicht aus Angst vor einer Covid-19 Infektionen. Auf nationaler Ebene mussten 24,3 % der Senioren auf eine medizinische Untersuchung oder einen diagnostischen Test verzichten.


Covidbedingte Todesfälle 2022
1650
1600
1550
1500
1450
1400
1350
1300
1250
1200
zum 31/1/2022
zum 29/2/2022
zum 31/3/2022
zum 30/4/2022
zum 31/5/2022
zum 30/6/2022
zum 31/7/2022
zum 31/8/2022
zum 30/9/2022
zum 31/10/2022
zum 30/11/2022
zum 31/12/2022

KAPITEL 3

KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT



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

3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT

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

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

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

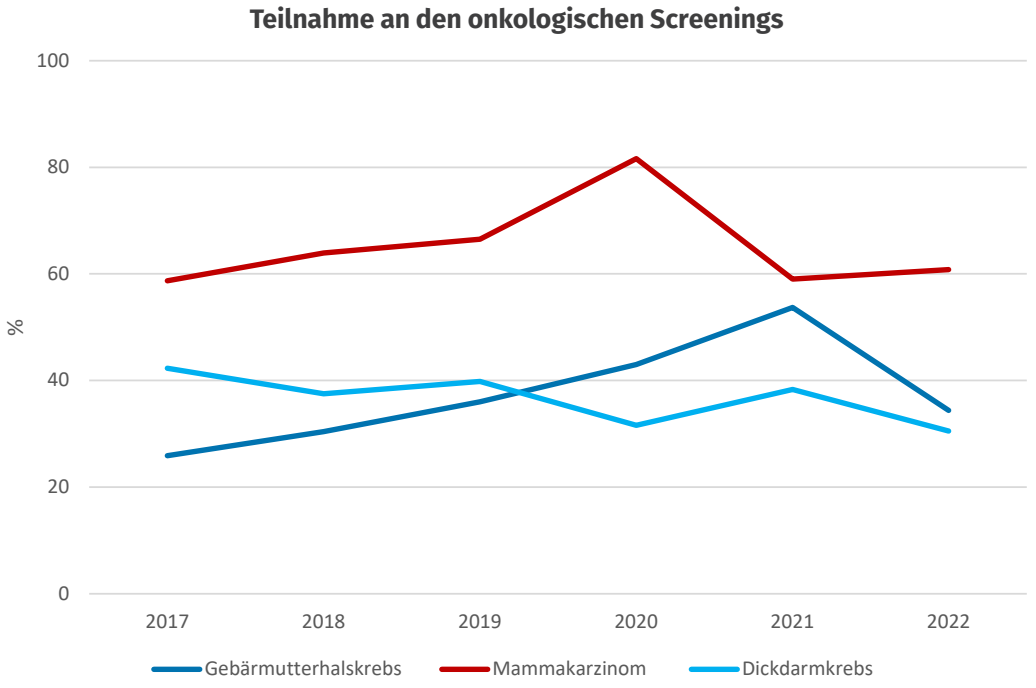
3.1. ONKOLOGISCHE SCREENINGS

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

Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzionom-Screening (PAP- und HPV-Test): **34,4 %**
- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening: **60,8 %**
- Teilnahme am kolorektalen Karzinom-Screening: **30,5 %**

Die Tests für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge sind der Pap-Test und der Papillomavirus-Test (HPV-DNA-Test). Der bisher verwendete Test ist der Pap-Test, der alle 3 Jahre Frauen im Alter zwischen 25 und 64 Jahren angeboten wird. Da neuere wissenschaftliche Erkenntnisse gezeigt haben, dass der alle 5 Jahre durchgeführte Test auf das Papillomavirus (HPV-DNA-Test) ab dem 30. Lebensjahr kostengünstiger ist, übernimmt auch Südtirol das Modell, das auf dem HPV-DNA-Test basiert.
34,4 % der Zielbevölkerung hat im Jahr 2022 den Pap-Test oder HPV-Test durchgeführt.
Das für das Mammakarzinom empfohlene Screening besteht in einer zweijährlichen



Mammographie für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Die Teilnahme am Screening-Programm, die auf Einladung organisiert wird, reduziert die Wahrscheinlichkeit, an einem Brusttumor zu sterben, bis um 35 %.
In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2003.
Im Jahr 2022 aufgeforderten Frauen nahmen 60,8 % die Einladung am Screening-Programm wahr.
Das Vorsorgeprogramm gegen Dickdarmkrebs hat 2 Ziele:

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

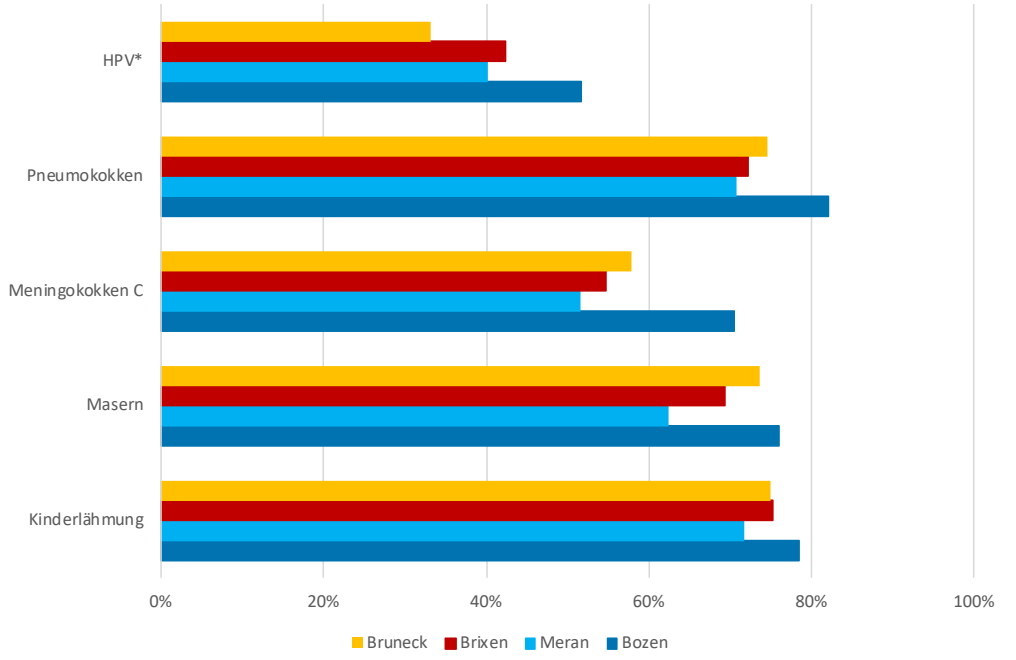
Ein Zeichen, welches auf einen Tumor oder einen Darmpolyp hinweist, ist die Blutung des letzten Darmtraktes, wobei schließlich auch Blut im Stuhl zu finden ist. Die Untersuchung im Rahmen der Vorsorge spürt verstecktes Blut im Stuhl auch in geringen Mengen auf, die mit bloßem Auge nicht gesehen werden. Sie ist für Personen, welche für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben, eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge.
In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012. Im Jahr 2022 haben 36,5 % am Screening-Programm teilgenommen.

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

Indikatoren im Überblick

- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: **78,9 %**
- TImpfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: **76,1 %**

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten



*mit 14 Jahren

Der mit Beschluss Nr. 457 vom 18.4.2017 genehmigte Landesimpfkalender sieht ein einheitliches und harmonisiertes Schema für alle von der Weltgesundheitsorganisation und vom Nationalen Impfplan 2017-2019 angegebenen Kinderschutzimpfungen vor. In Italien sind für die Neugeborenen die Impfungen gegen Diphtherie-Tetanus, Kinderlähmung, Virushepatitis B und Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten, Haemophilus influenzae Typ B (Hib) Pflicht.
Auf Landesebene werden außerdem die Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken C und gegen die Papillomaviren, die für das Zervixkarzinom (HPV) verantwortlich sind, empfohlen.
2022 wurden in der Südtiroler Bevölkerung zirka 341.000 Dosen verabreicht (216.000 für Covid-19); 43,5 % (Covid-19 ausgenommen) waren gesetzlich vorgeschriebene Pflichtimpfungen, 56,5 % waren empfohlene Impfungen. Die Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für die Geburtenfolge 2020 liegt auf Landesebene unter dem optimalen Grad von 95 %; noch unzureichend ist die Deckung gegen Masern.
Die Überwachung der Infektionskrankheiten erfolgt auf der Grundlage des Informationssystems der Infektionskrankheiten (SMT) und sieht die Miteinbeziehung des behandelnden Arztes (Krankenhaus- oder Basisarzt) vor, der die Infektionskrankheit diagnostiziert und sie bei den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Auf der Grundlage der Ätiopathogenese und epidemiologischen Relevanz der

Krankheit ergreifen die Bediensteten die angemessensten Prophylaxe Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit.
Im Rahmen der Vorbeugung von Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische Krankheiten durch: Die zahlreichsten davon betrafen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch den Virus der Neuen Grippe A/H1N1, Salmonellose, Campylobacter, und sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxe Tätigkeit wurde im Jahr 2022 bei insgesamt 1.700 Personen durchgeführt.
Die Prophylaxe gegen Tuberkulose wird auf Landesebene vom Dienst für Pneumologie vorgenommen.
Im Laufe des Jahres wurden 420 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. 2022 wurden im Landesgebiet 467 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 94,6 % davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 5,3 % öffentliche Plätze und Privatgebäude.

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

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

3.3.1. LEBENSUMFELD

Indikatoren im Überblick

- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von chemisch-physischen Analysen: **13,4 %**

- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von mikrobiologischen Analysen: **2,4 %**
- Überwachung und Kontrolle der Kosmetika: **38 Kontrollen**

Die Aufgaben der Kontrolle, Überwachung und Überprüfung der hygienisch-sanitären Bedingungen der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen werden hauptsächlich von den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit wahrgenommen. Die Dienste nehmen analytische Kontrollen zur Feststellung der Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen der Gebäude mit Augenmerk sowohl auf die Nutzer als auch Arbeitnehmer vor. Außerdem leisten sie den zuständigen Körperschaften und Betreibern der Einrichtungen bei der Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen der hygienischen und sicherheitstechnischen Bedingungen der Gebäude Beistand.
2021 wurden insgesamt 93 Kontrolle von öffentlichen Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (63,4 %).
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.
2021 wurden 246 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 4,5 % 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 279 Wasserproben durchgeführt, 2,2 % davon erwiesen sich als nicht regulär.
Das Gesetz Nr. 713 vom 11. Oktober 1986 in geltender Fassung beinhaltet die Vorschriften über die Umsetzung der Richtlinien der Europäischen Union für die Produktion und den Vertrieb von Kosmetika.
Das Gesundheitsministerium hat die Aufgabe, die Sicherheit der am Markt angebotenen Kosmetikartikel zu gewährleisten. Hierzu arbeitet es an zwei Fronten:
- es sammelt und überprüft eventuelle Meldungen von Unverträglichkeitsreaktionen infolge der Verwendung von regulären Kosmetika (konform mit Gesetz 713/86);
- es führt territoriale Überwachungen zur Überprüfung und Bekämpfung der irregulären Vertriebs- und Verteilungstätigkeiten durch (nicht konform mit Gesetz 713/86).

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit sind hingegen für die Kontrolle der Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln, der Schönheitssalons und Beautyfarmen in Südtirol sowie der Tätowier- und/oder Piercing-Geschäfte zuständig.
Die Tätigkeiten der betrieblichen Sektion für Umweltmedizin werden auf dem gesamten Territorium der Provinz Bozen ausgeübt. Im Rahmen der Kontrollen in den Bereichen Reach und CLP wurden im Jahr 2022 52 Kontrollen vorgenommen.
Die Kontrolle und Überwachung im Bereich des Leichenpolizeidienstes und der Leichenbeschauung, welche von den Bediensteten

der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit vorgenommen wird, sieht die Durchführung von Inspektionen auf Friedhöfen, den Beistand bei außerordentlichen Exhumierungen, Autopsien und den Erlass von Eignungsbescheinigungen für den Leichentransport vor.

3.3.2. ARBEITSUMFELD

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

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH

Indikatoren im Überblick

- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **119.125**
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **44.756**
- Test bei Schweinen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **1.449**
- Test bei Geflügel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **445**
- Anzahl der Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermittelne: **416**

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

und außerhalb der Europäischen Union sowie mit der Herstellung, Verarbeitung und dem Vertrieb von Produkten für Tiere (Futtermittel); außerdem wacht sie über die Einhaltung der Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, über den Einsatz von tiermedizinischen Arzneimitteln und den Tierschutz.
Die zweite Sektion ist für die Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs zuständig. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger. Zur Gewährleistung der landesweiten tierärztlichen Versorgung bedient sich der betriebliche Tierärztliche Dienst, dessen Sitz in Bozen liegt, operativer Dienststellen in den Gesundheitsbezirken Meran, Brixen und Bruneck.
Die Prophylaxe Maßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes konzentrierten sich 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.
Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Im Jahr 2022 wurden 119.125 Tests an Rindern, 44.756 an Schafen und Ziegen und 1.449 an Schweinen zur Prävention von Infektionskrankheiten durchgeführt.
Im Rahmen des Landesfutterplans wurden 31 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurde, 16 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 416 Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT

Indikatoren im Überblick

- Anzahl der Lebensmittelkontrollen: **1.893**
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungn entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physicher Analysen mit nicht regulären Werten: **1,2 %**

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

an Lebensmitteln tierischen Ursprungs durch die Tierärztlichen Dienste vor, während die Kontrolltätigkeit an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs den Diensten für Hygiene und Öffentliche Gesundheit obliegt.
Im Jahr 2022 kontrollierten die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit und Tierärztlicher Dienst 1.893 Produktionsbetriebe, sowie der Lebensmittel tierischer und nicht tierischer Herkunft. Auf Landesebene gab es 7 Meldungen von Straftaten (0,4% der Kontrollen).
Die Überwachung der Qualität der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer erfolgt durch die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umwelt und Klimaschutz (Labor für Wasseranalysen und Chromatographie und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen.
Dabei wird zwischen den Eignungsurteilen der Wasserleitungen und den Kontrollen an diesen unterschieden. In Bezug auf die Kontrollen der für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässer der öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil der nicht regulären Wasserproben niedrig: 1,2% für die chemisch-physischen Analysen und 5,8% für die mikrobiologischen Analysen.
Die Parameter der häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen das Eisen (größtenteils aufgrund der geringen Mineralisierung unserer Bergwässer, was zur einer Korrosion der Leitungen führt, und weniger oft als Folge von Naturphänomenen), Mangan und Arsen (geologischen Ursprungs) und manchmal den pH-Wert (zu sauer aufgrund von Wasser mit geringem Mineralgehalt oder zu alkalisch infolge der Neutralisierung solcher Wasserarten).
Überschreitungen in Bezug auf Nitrate, Schwermetalle, polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe, chlorierte Lösungsmittel und Schädlingsbekämpfungsmittel/Unkrautvertilgungsmittel wurden in den für den menschlichen Gebrauch bestimmten Gewässern hingegen nicht verzeichnet.
Die mykologischen Inspektorate der Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit der vier Gesundheitsbezirke stellen Genießbarkeitsbescheinigungen für Pilze aus und leisten mykologische Beratungstätigkeit für private Pilzsammler. Außerdem stellen sie Bescheinigungen für den Verkauf von Frischpilzen aus.

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

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

3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

- Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen: **6.867**
- Sanitäre Ermittlungen für die Aiusstellung von Waffenscheinen: **838**

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

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

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

Bei den Ämtern der Landesabteilung Gesundheitswesen haben die Bürger Südtirols die Möglichkeit Rekurse gegen Entscheidungen der Gesundheitsbezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebes einzureichen. Bei folgenden Leistungen sind Rekurse möglich: Verweigerung der Rückerstattung von Spesen für Krankenhausaufenthalt oder indirekten

fachärztlichen Leistungen; Verweigerung der Gewährung einer Prothese; Ablehnung des Ansuchens um Zivilinvalidität; Feststellung des Schweregrades einer behinderten Person und Gewährung der diesbezüglichen Begünstigungen lt. Gesetz 104/92; Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden; Rehabilitationsbehandlungen; Befreiung von der Pflicht des Tragens von Sicherheitsgurten; psychophysische Arbeitseignung; Berufsführerschein.

3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

- Ausgestellte Bescheinigungen für Leistungssport: **26.529**
- Facharztvisiten, einschließlich HNO-Untersuchungen, neurologisches Screening, Sehscreening: **1.735**

Die Dienste für Sportmedizin befassen sich mit dem Gesundheitsschutz im Leistungssport. Die ihnen vom Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992 im Bereich der Hygiene und öffentlichen Gesundheit und Rechtsmedizin zugewiesenen Aufgaben umfassen insbesondere die Feststellung der Eignung zum Leistungssport bzw. zur normalen sportlichen Betätigung mit Ausstellung der entsprechenden Bescheinigung und die Koordinierung und Förderung von Maßnahmen durch Ärzte und Einrichtungen im Rahmen des Gesundheitsschutzes im Sportbereich. Der Dienst für Sportmedizin Bozen nimmt außerdem besondere fachärztliche Aufgaben zugunsten aller Leistungssportler des Landes gemäß einer Vereinbarung wahr.
Die Dienste für Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet, während im Gesundheitsbezirk Meran die sportmedizinischen Leistungen vom Dienst in Bozen übernommen werden.
Die Dienste für Sportmedizin nehmen zusätzlich zu den ihnen vom Landesgesetz 1/92 zugewiesenen Leistungen auch fachärztliche Aufgaben wie Gesundheitserziehung in den Schulen, Trainingsbewertung und -planung, Dopingkontrollen, Betreuung bei internationalen Wettkämpfen und periodische Bewertungen der Behindertensportler wahr.
Im Jahr 2022 wurden insgesamt 26.529 Bescheinigungen für Leistungssport ausgestellt und es wurden 1.735 Facharztvisite durchgeführt.

KAPITEL 4

WOHNORTNAHE VERSORGUNG



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

4. WOHNORTNAHE VERSORGUNG

Die wohnortnahe Versorgung umfasst alle auf dem Landesgebiet engmaschig verbreiteten gesundheitlichen und sozio-sanitären Tätigkeiten und Dienste, von der Basismedizin zur pharmazeutischen Versorgung, von der ambulanten fachärztlichen Versorgung zur Prothesenversorgung, von den Hauspflege- diensten zu den territorialen Beratungsstellen bis hin zu den halbstationären und stationären Einrichtungen. Das Ziel dieser Versorgungsstufe besteht in der Gewährleistung der folgenden Leistungen:

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

Dem Dienst für Basismedizin obliegen die Aufgaben der Prävention, Gesundheitserziehung sowie die Behandlung der Krankheiten und Beeinträchtigungen durch diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen der ersten Stufe ambulant und im Hause des Patienten. Außerdem beschäftigt sich der Dienst für Basismedizin mit der Behandlung von Pflegefällen und alten Menschen, die stationär untergebracht sind, mit dem Ziel, ihre Selbstständigkeit wiederherzustellen. In der wohnortnahen Versorgung nimmt der Gesundheitssprengel, eine Einheit des Dienstes für Basismedizin, eine strategische Rolle ein.
Neben dem Gesundheitssprengel gibt es auch den Sozialsprengel. Beide haben das gleiche Einzugsgebiet und verfügen über einen einheitlichen Sitz in dem die Dienste des Sozial- und Gesundheitsdienstes untergebracht sind. Die Träger der Sozialdienste sind die Bezirksgemeinschaften und in Bozen der Betrieb für Sozialdienste Bozen. In den größeren Sprengeln wurden zusätzlich zu den Sprengelsitzen die so genannten Sprengelstützpunkte errichtet.

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick
- Allgemeinmediziner: **293**
  (Stand zum 31. Dezember 2022)
- Kinderärzte freier Wahl: **57**
  (Stand zum 31. Dezember 2022)

Im Jahr 2022 hatten 513.845, Betreuungsberechtigte ihren Allgemeinmediziner und Kinderarzt freier Wahl gewählt; davon wurden 450.034 von den Allgemeinmedizinern betreut, 63.811 von den Kinderärzten freier

Wahl. (da einige Arztwechsel zu Jahresende erfolgten und die hier angeführten Daten zum 31.12. aktualisiert wurden, könnten sie möglicherweise nicht auf dem neuesten Stand sein) Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 70.119, 90,2 Prozent davon wurden von einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.22 waren insgesamt 350 mit dem Landesgesundheitsdienst konventionierte Basisärzte tätig, davon 293 Allgemeinmediziner und 57 Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Allgemeinmediziner 1.536 und pro Kinderarzt freier Wahl 1.119. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens fallen die Indikatoren höher als der nationale Durchschnitt aus (die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2021*, letzte zur Verfügung stehenden Daten: 1.260 Betreuungsberechtigte pro Allgemeinmediziner und 890 Betreuungsberechtigte pro Kinderärzte freier Wahl). Außer in begründeten Ausnahmefällen legt der Landesvertrag als optimales Verhältnis 1 Allgemeinmediziner pro 1.500 Einwohner fest.

Seit dem Jahr 2018 sind in Südtirol die Vernetzte Gruppenmedizinen (VGM) aktiv. Es handelt sich um eine Gruppierung von Ärzten für Allgemeinmedizin, welche beauftragt ist, für den ganzen Tag und an allen Tagen der Woche, den Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Einzugsgebiet zu sichern, und zwar für alle Eingeschriebenen jener Ärzte, die an der Vernetzten Gruppenmedizin teilnehmen.

Insgesamt gibt es in Südtirol 26 VGM mit einer Mindestanzahl von 4 Ärzten (Brixen-Umgebung 2) und einer maximalen Anzahl von 19 Ärzten (Bozen 3) per VGM.

Die Allgemeinmediziner haben im Laufe des Jahres 2022 ca. 135.580 zusätzliche Leistungen erbracht. Zu den häufigsten gehören die Grippen-Impfungen, die Wundversorgungen und das Entfernen von festsitzendem Ohrschmalz. Die Kinderärzte freier Wahl haben ca. 45.459 zusätzliche Leistungen erbracht (zu den häufigsten gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung, die Sehtests und die Urinproben).

**Quelle: Jahrbuch der Statistik des Nationalen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsministerium 2021 - Jahr der Veröffentlichung 2023*

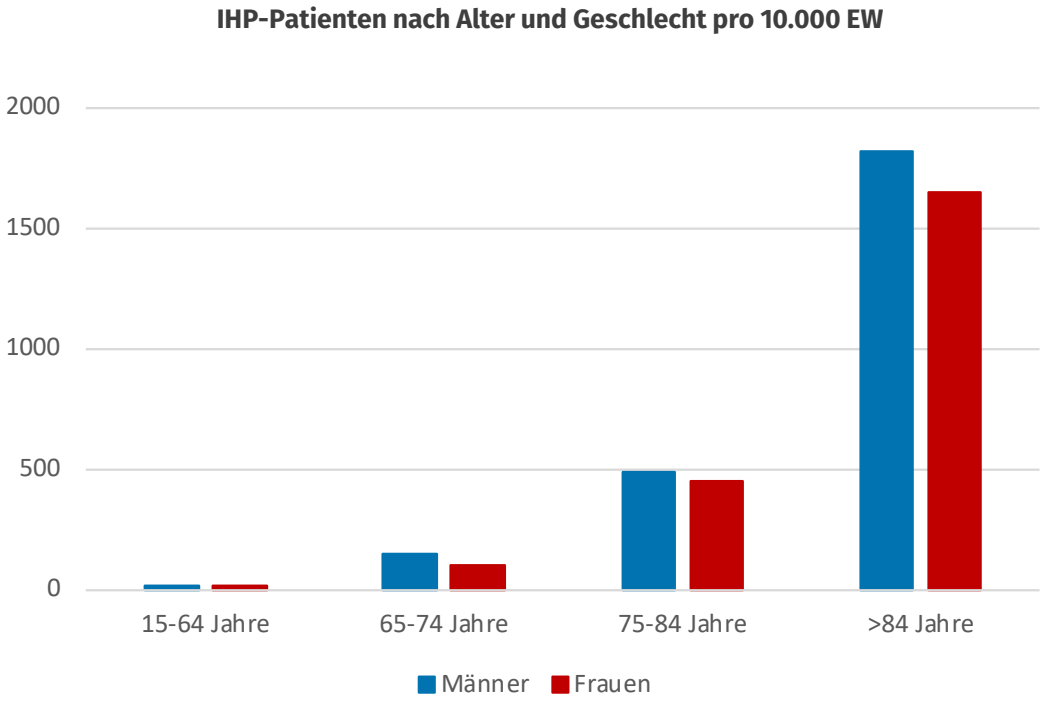
4.1.2. HAUS- UND KRANKENPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): **1.257**
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): **6.280**

Im Jahr 2022 wurden in der programmierten Hauspflege (PHP) 1.257 Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt. Dieser Wert ist deutlich niedriger als im Jahr 2021 (1.340). Jeder beteiligte Allgemeinmediziner (61,8 % aller auf Landesebene Tätigen) betreute durchschnittlich 9,4 Patienten. 85,5 % der in der PHP versorgten Patienten waren über 75 Jahre alt. Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 37,6 Patienten pro 10.000 Einwohner.

Die programmierte Hauspflege für Erwachsene wurde vor allem bei Krankheiten des Herz- Kreislauf-Systems (37,7 %), bei psychischen Störungen (15,8 %), bei Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (14,5 %), bei Tumorerkrankungen (7,8 %) und bei Krankheiten des Knochen-, Muskel- und



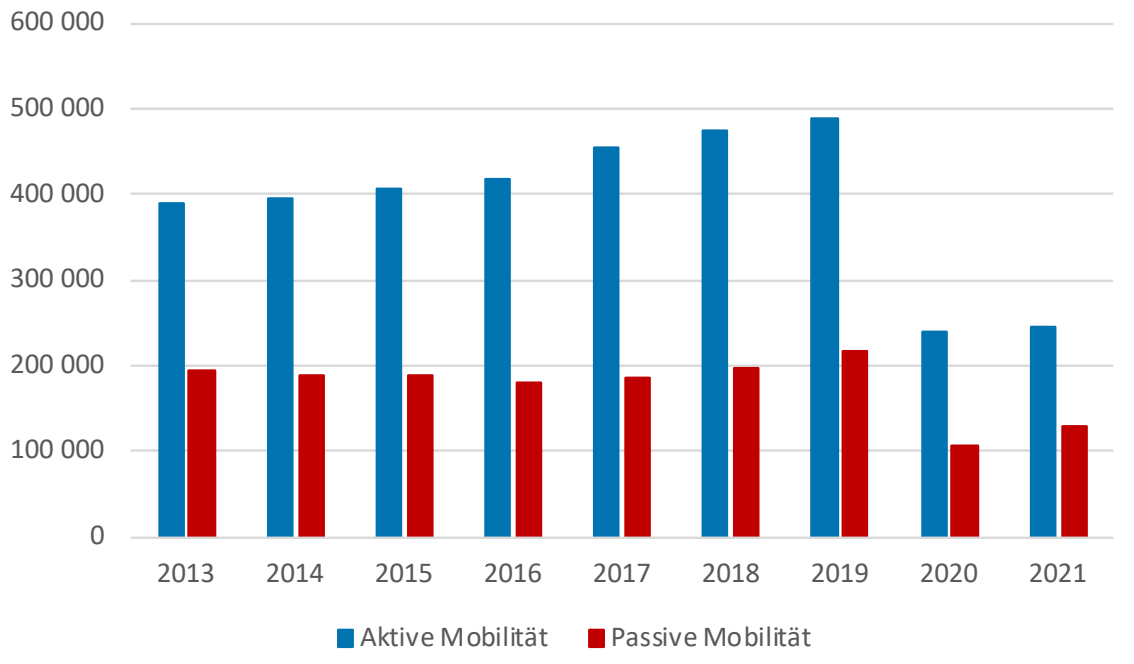
Bindegewebes (7,2 %) angewandt.
Die Dienste für Basismedizin haben im Jahr 2022 in der integrierten Hauspflege (IHP) 6.034 Patienten über 15 Jahre versorgt. Im Vergleich zu den Vorjahren zeigen die Daten einen deutlichen Anstieg; ab 2022 werden nämlich im Datenfluss zusätzlich zu der bereits in den Vorjahren ausschließlich durch medizinisches Personal aktivierten integrierten Hauspflege (ADI) auch die durch das Pflegepersonal aktivierten Hauspflege erhoben.
Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 133,7 Patienten pro 10.000 Einwohner. 51,3 Prozent der Allgemeinmediziner wurden in Südtirol im Jahr 2022 in Programme der integrierten Hauspflege einbezogen; durchschnittlich wurden pro Patient mit Unterstützung durch verschiedene Berufsbilder 1,6 Einsätze im Monat geleistet. 79 % der IHP-Patienten waren über 75 Jahre alt.
Die im Rahmen der integrierten Hauspflege im Jahr 2022 versorgten Patienten, litten in 27,1 % der Fälle an Tumorerkrankungen, in 24,2 % an Krankheiten des Herz- Kreislauf-Systems, in 8,6 % der Fälle an einer Krankheit des Nervensystems und in 8,0 Prozent der Fälle an einer endokrinen, ernährungsbedingten und metabolischen Krankheit. Die Kinderärzte versorgten im Rahmen der Hauspflege 251 Kinder (246 davon in der integrierten Hauspflege). 40,6 % der Kinder in ADI fallen in der Kategorie “Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ welche angibt, dass irgendwelche Umstände oder Probleme vorliegen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen, an sich aber keine bestehende Krankheit oder Schädigung sind.

Die anderen häufigsten Ursachen waren Komplikationen perinatalen Ursprungs (18,7 %) und angeborene Fehlbildungen (9,3 %).

4.2. AMBULTANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der Landesgesundheitsdienst garantiert die ambulante fachärztliche Versorgung in Form von Untersuchungen durch Fachärzte, Instrumentaldiagnoseleistungen, Laboruntersuchungen und Therapie- und Rehabilitationsleistungen. Die vorgestellten Daten beziehen sich auf die ambulanten fachärztlichen Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und anhand des Informationsverfahrens der
Fachambulanzen (SPA) erhoben werden. Die Analyse enthält auch die fachärztlichen Leistungen der Erste-Hilfe und der Kurz - Intensivbeobachtungsstation, die keinen Aufenthalt erforderten, sowie die von den privaten Einrichtungen konventioniert erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen; ausgeschlossen sind hingegen die Leistungen der „indirekten fachärztlichen Versorgung", für die keine Informationsflusserhebung zur Verfügung steht. Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch Südtiroler misst sich am Verhältnis zwischen den zugunsten der Ansässigen in Landes-, nationalen und österreichischen Gesundheitseinrichtungen erbrachten Leistungen und der Wohnbevölkerung. Im Jahr 2021 wurden 15,0 fachärztliche Leistungen pro Einwohner in Anspruch genommen.

Aktive und passive Mobilität der fachärztlichen Leistungen



4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN

Indikatoren im Überblick
- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: **8.150.992**
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: **138** Mio. Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: **20** Mio. Euro

2021 wurden in den Landeseinrichtungen 8.150.992 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht, 97,6 Prozent davon in öffentlichen Einrichtungen. Gegenüber 2020 nahm die Anzahl der Leistungen zu (+16,6 %). Der Gesamttarifwert der Leistungen beläuft sich auf 138.489.698,41 Euro, während die Ticket-Beteiligungen der Patienten an den Gesundheitsausgaben 20.192.413,75 Euro ausmachen (92,0 % wurden von öffentlichen Einrichtungen eingezogen).
72,2 % der gesamten, öffentlich und privat erbrachten Leistungen gingen an ticketbefreite Patienten, 2,2 % an zu 50 Prozent ticketbefreite Patienten (Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern sind) und 1,4 % an selbstzahlende Patienten. Die restlichen 23,2 % der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Patienten in Anspruch genommen.
Das Landestarifverzeichnis gruppiert die ambulanten fachärztlichen Leistungen in verschiedene Makrobereiche:
1. Bilddiagnostik (Nuklearmedizin und diagnostische Radiologie)
2. Labor
3. Rehabilitation und
4. alle anderen Bereiche.

Die Leistungen in öffentlichen Einrichtungen sind wie folgt aufgeteilt: 67,9 % Laboruntersuchungen, 5,1 % Bilddiagnostik, 6,4 % Rehabilitation und 20,6 % sind andere klinische Leistungen. Eine Aufteilung nach Tarifwert ergibt ganz andere prozentuelle Werte: Laboruntersuchungen 24,6 %, Bilddiagnostik 17,5 %, Rehabilitation 8,2 % und sonstige klinische Leistungen 49,7 %.
Die Erste-Hilfe-Abteilungen erbrachten 16,7 % der ambulanten fachärztlichen Leistungen.
Der Großteil der von privaten Einrichtungen erbrachten Leistungen ist dem Fachbereich Rehabilitation zuzuschreiben (54,0 %), gefolgt von sonstigen klinischen Leistungen (30,4 %).
Im Jahr 2021 bezahlte der Sanitätsbetrieb an die privaten Einrichtungen oder konventionierten Freiberufler 9.681.860,44 Euro, wobei der Gesamttarifwert der konventioniert erbrachten, ambulanten fachärztlichen Leistungen 11.137.164,25 Euro betrug.

4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Indikatoren im Überblick
- Aktive Mobilität: **244.887** zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und **102.699** zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: **128.859** in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und **74.196** in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: **116.028** Leistungen

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

Regionen Italiens ansässige Bürger erbracht wurden (aktive Mobilität), sowie die Leistungen, welche die anderen Regionen zugunsten von Südtiroler Patienten erbracht haben (passive Mobilität).
Im Jahr 2021 verzeichnete Südtirol einen überregionalen Mobilitätssaldo von 116.028 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 1.024.019,21Euro positiv.
27,2 Prozent der gesamten aktiven Mobilität gingen an die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, 22,3 Prozent an die Bürger Venetiens.

4.3. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick
- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: **456**
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: **366**

Die stationäre Rehabilitation wird in Südtirol derzeit vom Therapiezentrum Salus Center in Prissian erbracht. Die Rehabilitation richtet sich an nicht- pflegebedürftige Patienten mit Kardiopathien. 2022 standen 36 konventionierte Betten für diese Art von Rehabilitation zur Verfügung, 32 in stationärem Aufenthaltesregime und 4 für den tagesklinischen Aufenthaltsregime. Im Laufe des Jahres wurden somit insgesamt 456 Aufenthalte in Anspruch genommen (+10% za. in Vergleich zu 2021).
39,3 Prozent der im Therapiezentrum behandelten Patienten sind im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig, 29,4 Prozent kommen vom Gesundheitsbezirk Meran, während die Gesundheitsbezirke Brixen und Bruneck jeweils einen Anteil von 16,4 Prozent und 14,9 Prozent aufweisen.
Neben dem Salus Center ist auf Landesebene auch das Rehabilitationszentrum Bad Bachgart im Gesundheitsbezirk Brixen tätig.
Das Therapiezentrum Bad Bachgart verfügt im Normalbetrieb über 65 Betten und kümmert sich um die stationäre, intensive und umfassende Behandlung verschiedener Abhängigkeitsprobleme und/oder psychischer und psychosomatischer Störungen.
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 2022 wurden insgesamt 366 Aufenthalte verzeichnet (+8,9% im Vergleich zum Vorjahr). Das Zentrum Bad Bachgart hat 2022 stationäre Aufenthaltsleistungen/rehabilitative Behandlungen nur für in Südtirol ansässige Patienten erbracht; 41,3% davon waren im Gesundheitsbezirk Bozen ansässig.

4.4. RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: **83.261** (Tagesdurchschnitt von rund 228 Einsätzen)
- **65.747** Einsätze Rettungswagen Weißes Kreuz und **13.476** Rotes Kreuz

Für den Transport von Personen und medizinischem Material wurden im Jahr 2022 von den Rettungsverbänden Weißes Kreuz und Rotes Kreuz 10 Notarztwagen (NAW) oder Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 42 fortschrittliche Basis-Rettungswagen (RTW), 1 Krankenwagen für den gemischten Transport (Notfallkrankenwagen - NKTW), 95 Krankenwagen für nicht dringende Transporte (Krankentransportwagen KTW oder Langstreckenkrankentransportwagen LKTW) und 44 Wagen für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma etc. benutzt.
Der Hubschrauberrettungsdienst ist mit 2 Hubschraubern (Pelikan 1, Pelikan 2 und Pelikan 3) ausgestattet. Bei Bedarf steht ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites während der Sommer- und Wintersaison zur Verfügung.

NOTEINSÄTZE
Im Jahr 2022 wurden 83.261 Noteinsätze geleistet, was einem Tagesdurchschnitt von rund 228 Einsätzen entspricht. In 79,0 Prozent der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 16,2 Prozent jene des Roten Kreuzes. Auf den Landeshubschrauberrettungsdienst entfielen 3,5 Prozent der Einsätze, auf den Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites 1,3 Prozent.
Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden 2022 mehr als 2 Million Kilometer zurückgelegt, was einem Durchschnitt von rund 26 km pro Einsatz gleichkommt.
Der Hubschrauberrettungsdienst führte 4.038 Einsätze für insgesamt 2.501 Flugstunden durch (rund 37 Flugminuten pro Einsatz).

NICHT DRINGENDE KRANKENTRANSPORTE
2022 tätigte der Krankentransportdienst 129.145 geplante Transporte mit durchschnittlich rund 353 Transporteinsätzen pro Tag.
In 91,3 Prozent der Fälle kamen die Krankenwagen des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 8,5 Prozent der Fälle wurden die Fahrzeuge des Roten Kreuzes benutzt.
Für nicht dringende Krankentransporte wurden 2022 rund 5 Million Kilometer bei durchschnittlich 37 Kilometern pro Transporteinsatz zurückgelegt.
Außerdem wurden 81 Hubschraubereinsätze für Übungen und/oder nicht dringende Einsätze für insgesamt 134 Flugstunden getätigt.

4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Von den territorialen Apotheken abgegebene Medikamentenpackungen: **5.828.843**
- Bruttoausgaben insgesamt: **56,3** Millionen Euro

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 Verschrei-

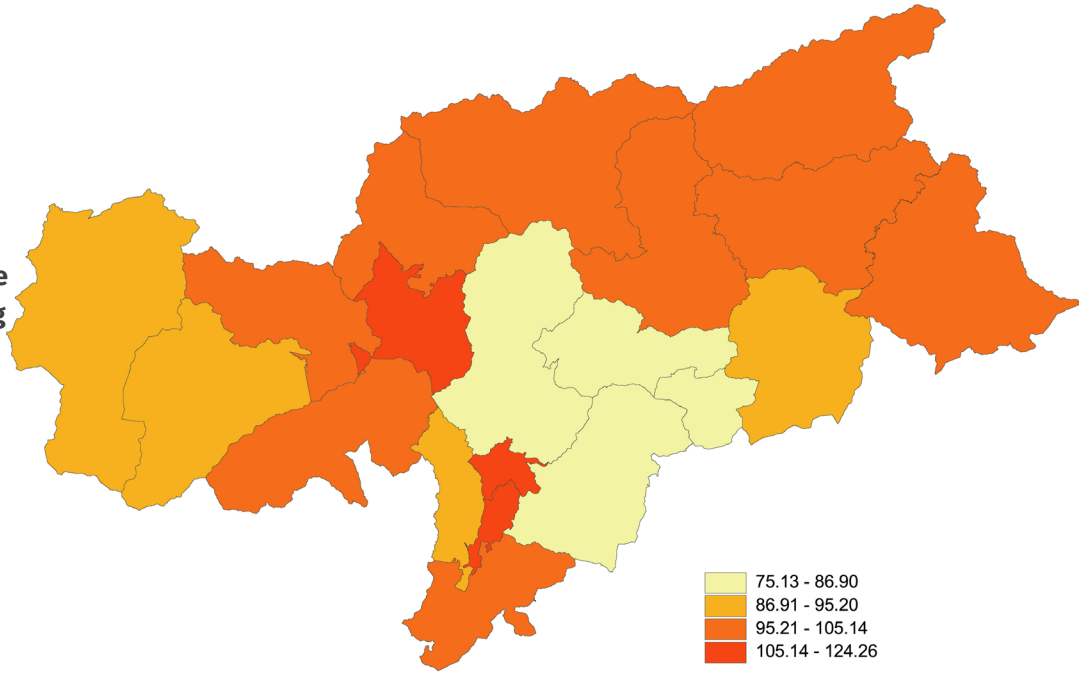
bung des behandelnden Arztes und kann in einigen Fällen kostenlos, in anderen unter teilweiser oder voller Kostenbeteiligung des Bürgers erfolgen.
Im Jahr 2021 beträgt das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Apotheken Südtirols verteilt wurden, rund 2,9 Millionen Rezepte für ca. 5,8 Millionen abgegebenen Medikamentenpackungen. Im Vergleich zu 2019 wird eine leichte Zunahme von 1,2 % in der Anzahl der Rezepte verzeichnet. Im Jahr 2020 kam es zu einer weiteren Erhöhung von +4,6 %. Im Jahr 2021 konnte eine Abnahme von -5 % der Medikamentenpackungen im Vergleich zu 2019 beobachtet werden. Im Vergleich zu 2020 ist der Wert stabil geblieben.
Die Bruttoausgaben betrugen 56,3 Millionen Euro und bleib somit stabil.
Unter Direktabgabe wird die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausanstalten oder örtlichen Einrichtungen des Sanitätsbetriebes an Patienten für die Anwendung zu Hause verstanden. Die Direktabgabe kann auch auf der Grundlage spezifischer Abkommen mit den territorialen öffentlichen und privaten Apotheken erfolgen. Im Jahr 2021 wurden zirka 610.200 Medikamentenverpackungen für die Anwendung zu Hause verteilt, mit Ankaufskosten der Medikamente von 64,8 Millionen Euro

4.5.1. MEDIKAMENTENVERBRAUCH

Indikatoren im Überblick
- Rezepte Pro-Kopf: **5,4**
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen (DDD): **787**

Im Jahr 2021 betrug die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst ausgestellten Rezepte 2,9 Millionen (eine Zunahme von 4,6 % im Vergleich zum Vorjahr). Unverändert im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl der Medikamentenpackungen mit ca. 5,8 Millionen verteilten Packungen.
Der ansässigen Bevölkerung wurden Pro-Kopf 5,4 Rezepte ausgestellt, was einem Durchschnitt von Pro-Kopf 10,9 Medikamentenpackungen entspricht (stabile Werte im Vergleich zum Vorjahr).
Die Angaben über den Medikamentenverbrauch ergeben deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern: 5,0 Rezepte Pro-Kopf für die Männer und 5,8 für die Frauen; 723 tägliche Medikamentendosen pro 1.000 ansässige Männer (10.3 Packungen Pro-Kopf) gegenüber 849 täglichen Medikamentendosen pro 1.000 Südtiroler Frauen (11,5 Packungen pro Kopf im Jahresverlauf).
Deutliche Unterschiede sind in den verschiedenen Landesgebieten zu verzeichnen (die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur innerhalb der Sprengel kann den Indikator wesentlich beeinflussen): von 4,1 Rezepten Pro-Kopf in den Sprengeln Salten-Sarntal-Ritten und Gadertal bis maximal 6,3 Rezepte Pro-Kopf in Bozen. In Übereinstimmung mit dem Verlauf des Südtiroler Medikamentenverbrauchs in den letzten Jahren betrifft die höhere Medikamentenabgabe nicht nur Stadtzentren wie Bozen und Meran, sondern auch einige außerstädtische Gebiete wie Leifers-Branzoll-Pfatten. In Bruneck ist die Inanspruchnahme der Pharmakotherapien weiterhin am geringsten.
Die Analyse des Verhältnisses zwischen den Personen, denen im Laufe des Jahres mindestens ein Medikament verschrieben wurde, und der Bezugsbevölkerung ergibt für

Bruttoausgaben pro Kopf für Medikamente der Wohnbevölkerung nach Gesundheits-sprengel



Südtirol eine Anwendungsprävalenz von 47,8 % (fast die Hälfte der Bevölkerung nahm 2021 mindestens ein Medikament ein). Dieser Wert zeigt schon seit einigen Jahren einen rückläufigen Trend und der größte Rückgang ist im Kindesalter zu beobachten.

Im fortgeschrittenen Alter nimmt der Medikamentenverbrauch deutlich zu; für fast alle über 75-Jährigen verzeichnet sich mindestens eine Medikamentenverschreibung (96,4 %), was das Alter zum grundlegenden Prognosefaktor für die Medikamentenanwendung macht.

Medikamente für das Herzkreislaufsystem stellen die erste therapeutische ATC Gruppe in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag (41,7 %) dar, gefolgt von jenen für den Gastrointestinaltrakt/Stoffwechsel (20,1 %).

Im Sprengel Passeiertal wurde in verschiedenen therapeutischen Gruppen (Muskel- und Skelettsystem, systemische Hormontherapie, antimikrobielle Mittel) landesweit der höchste Konsum in Bezug auf die DDD/1.000 Einwohner/Tag verzeichnet. Im Sprengel Tauferer Ahrntal liegt die durchschnittliche Dosis beim Konsum von Arzneimitteln für das zentrale Nervensystem deutlich über dem Landesdurchschnitt (101,9 DDD/1.000 EW gegenüber 70,8 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 ein- genommen werden, um die gewünschte Therapiewirkung zu erzielen: Analysiert man die Statin-Therapieunterbrechungsrate, ergibt sich, dass auch im Jahr 2021 rund 19,8 % (1 Patient von 5) der behandelten Patienten

die Therapie unterbrochen haben, was für diese Fälle auf eine nicht angemessene Medikamentenanwendung hinweist.

4.5.2. AUSGABEN FÜR ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: **56,3** Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: **106** Euro

Die Bruttoausgaben betragen, für die im Jahr 2021 über die territorialen Apotheken verteilten und vom Landesgesundheitsdienst rückerstatteten Medikamente, ca. 56,3 Millionen Euro, unverändert im Vergleich zum Vorjahr. Im Vergleich zum Jahr 2019 kann ein Rückgang der Bruttoausgabe von 3,8 % verzeichnet werden.

Durchschnittlich gab der Landesgesundheitsdienst ca. 106 € pro Kopf für die nur über die territorialen Apotheken verteilten Medikamente aus, was einem leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr entspricht (von 75€ Bruttoausgaben pro Kopf im Gesundheitssprengel Gröden bis 124€ im Sprengel Bozen).

In der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen rangiert der Wirkstoff Pantoprazol (Medikament gegen Magengeschwüre und Erkrankungen des Magen-System) aufgrund der hohen Ausgaben an erster Stelle (etwa 2,1 Millionen Euro oder 3,7 % der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet), gefolgt vom Wirkstoff Atorvastatin (Wirkstoff zur Senkung hoher Blutfettwerte, etwa 1,9 Millionen Euro oder 3,4 % der gesamten Bruttoausgaben auf dem Gesamtgebiet). Unter den ersten zwanzig therapeutischen Untergruppen (sind alleine für mehr als ein Drittel der territorialen Arzneimittelausgaben des Landes verantwortlich), welche die höchsten Ausgaben verzeichnen, gehört der Großteil zu den Medikamenten für das das gastrointestinale System und das Herz-Kreislauf-System .

4.5.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- In **9,4** % der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Ankaufskosten der Medikamente für die Direktabgabe: zirka **64,8** Millionen Euro
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka **3,4** Millionen Euro

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

lung der Arzneimittel an die Wohnsitz-Strukturen, wie z. B. Altersheime, Gefängnis, wird zur Direktabgabe gezählt.
Im Jahr 2021 haben 9,4 % der Bevölkerung, was zirka 50.000 Personen entspricht, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause erhalten. Berücksichtigt man die Anzahl der verteilten Arzneimittelverpackungen stehen jene für das Blut und die blutbindenden Organe an erster Stelle, gefolgt von Medikamenten zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes/Stoffwechsels. Innerhalb der Wohneinrichtungen überwiegen die Arzneimittel für das Zentrale Nervensystem (fast über 46 % der gesamten verteilten Arzneimittelverpackungen).
Der Wirkstoff mit den höchsten Kosten im Rahmen der Direktabgabe sind Medikamente mit antineoplastischen Wirkstoffen, insbesondere Lenalidomid und Ibrutinib, für welche eine Ausgabe von 2,8 und 2,2 Millionen Euro getätigt wurde. bis Die Gesamtausgaben aufgrund der Arzneimittel, die von öffentlichen Einrichtungen (Krankenhaus, Gesundheitsdienste) verteilt werden, belaufen sich auf 64,8 Millionen Euro. Zu diesen Kosten kommen weitere 2,2 Millionen Euro für die Verteilung einiger dieser Medikamente durch die territorialen Apotheken: zirka 276.200 Packungen wurden von den Apotheken im Auftrag des Sanitätsbetriebes verteilt. Der Ankaufspreis von Medikamenten, die innerhalb der Wohneinrichtungen verteilt werden, beträgt mehr als 3,4 Millionen Euro (zirka die Hälfte der Ausgabe ist auf die Verteilung von Medikamenten an Patienten in Pflegeheimen und über ein Drittel an Patienten in psychiatrischen Zentren zurückzuführen).

4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Einrichtungen, die für Palliativbehandlungen vorbehalten sind, sollten einem Betreuungsnetzwerk angehören, das sich durch multidisziplinäre Teamarbeit auszeichnet und sich auf die Hauspflege der Patienten und ihrer Familien konzentriert. Falls diese Form von Betreuung nicht mehr durchführbar ist, wird der Patienten in Hospice-Einrichtungen aufgenommen, wo die technologische Ausstattung gering, aber der Standard der Betreuung sehr hoch ist. Das Gesetz 38/2010 sieht die Einführung zweier Betreuungsmethoden vor, um den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden: Palliativbehandlungs- und Schmerztherapieleistungen. Weiters sieht das Gesundheitsministerium die Einführung einer spezifischen Erhebung der geleisteten Tätigkeiten anhand eines dafür geeigneten Überwachungssystems vor. Die nationalen Leitlinien für die Überwachung der Betreuung in Hospice-Einrichtungen (Ministerialdekret vom 6. Juni 2012) wurden von der Autonomen Provinz Bozen mit Beschluss Nr. 688/2013 wahrgenommen.

4.6.1. DIE HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Zugänge in Hospice-Einrichtungen mit Wartezeit <= 3 Tage: **89,7 %**
- Zugänge in Hospice-Einrichtungen in den letzten drei Lebenstage: **24,5 %**

Drei Landeseinrichtungen leisten Betreuung im Hospiz-Bereich: Hospiz- und Palliativbetreuung im Krankenhäuser Bozen und Bruneck und in der Privatklinik Martinsbrunn.

Im Krankenhaus Bozen sind 11 Betten für stationäres und ein Bett für Tageshospiz vorgesehen. Weiters stellt die Privatklinik Martinsbrunn weitere 12 Betten und Krankenhaus Bruneck 5 Betten zur Verfügung.
Anhand des Verhältnisses zwischen der Bettenanzahl für Hospiz-Betreuung und der Tumorverstorbenen im Bezugsgebiet wird die Fähigkeit, dem Bedarf an Palliativbehandlung gerecht zu werden, beurteilt. In der Provinz Bozen zählt man 2,4 Betten pro 100 Tumorverstorbene (der erwartete Standard ist 1,8). Die Wartezeit beträgt 1,3 Tage. In 89,7% der Fälle erlangen die Betreuten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung den Zugang zur Hospiz-Einrichtung. Eine von vier Aufnahmen erfolgt in den letzten drei Lebenstagen des Patienten (24,5%).

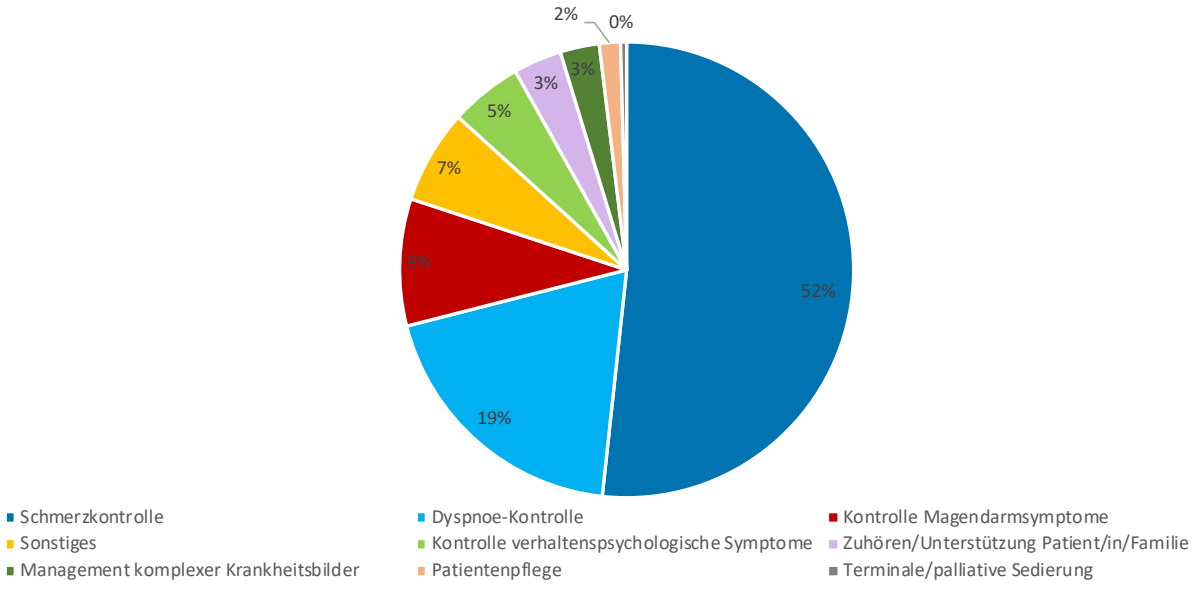
4.6.2. DIE HOSPICE-TÄTIGKEITEN

Indikatoren im Überblick

- Zugang zur Hospice-Betreuung: **466**
- Aufenthaltstage in Hospice-Einrichtungen: **6.184**

Im Jahr 2021 wurden 466 Zugänge in den Hospice-Einrichtungen registriert, wobei 53 Zugänge im Tageshospice. Die geleisteten Betreuungstage waren 6.184 (117 im Tageshospice) mit einer Durchschnittsdauer von 14,5 Tagen. Bei fast allen Zugängen zu den Hospice-Einrichtungen handelte es sich um Patienten mit onkologischer Diagnose (86,5%) und Schmerz in Verbindung mit Neoplasie war das häufigste Anzeichen/Krankheitssymptom für die Aufnahme (40,6%). Weitere klinische Anzeichen/Symptome für die Hospice-Betreuung waren Dyspnoe und Atmungsstörung (18,0%) und sonstiges Unwohlsein und Ermüdung (14,2%). In 67,9% der Fälle war der nichtklinische Grund für die Aufnahme in die Hospice-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal. Die Makroleistung, die zusammenfassend die geleistete Betreuung am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (51,7%), gefolgt von der Dyspnoe-Kontrolle (19,3%), der Kontrolle der Magendarmsymptome (9,0%).

Makroleistungen der Betreuung



KAPITEL 5

KRANKENHAUSVERSORGUNG





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

5. KRANKENHAUSVERSORGUNG

Zu den grundlegenden Tätigkeiten der „Krankenhausversorgung" gehören:

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

Die öffentlichen Landeskrankenhäuser sind: Krankenhaus Bozen, Krankenhaus Meran, Krankenhaus Schlanders, Krankenhaus Brixen, Krankenhaus Sterzing, Krankenhaus Bruneck, Krankenhaus Innichen.
Die auf Landesebene geführten Privatkliniken sind folgende: „Marienklinik", „L. Bonvicini", „Villa Melitta" und „Melittaklinik“, „Dolomiti Sportclinic", „Brixsana", „Villa St. Anna", „Salus Center“, „City Clinic Bozen" und „Salus Clinic“.

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: **265.717**
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: **25.622** gleich **9,6 %**

Alle öffentlichen Krankenhäuser des Landes verfügen über einen Erste-Hilfe-Dienst.
Im Laufe des Jahres 2022 verzeichneten die Erste-Hilfe-Dienste der öffentlichen Landeskrankenhäuser Bozen, Meran, Brixen, Innichen, Sterzing und Schlanders, 265.717 Zugänge. Seit 2016 sind auch die Daten der Landeskrankenhäuser Bozen und Bruneck vollständig.
In Bezug auf die Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt registrieren die einzelnen Landeskrankenanstalten unterschiedliche Werte: von 13,1 des Krankenhauses Bozen und 10,4 % des Krankenhauses Brixen zu 5,5 % von Schlanders. 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: **1.454**, gleich **2,8** pro 1.000 Einwohner und damit unter dem nationalen Standard
- Aufenthalte von Akutkranken: **71.760** insgesamt, davon **56.643** ordentliche Aufenthalte und **15.117** Tagesklinik-Aufenthalte
- Hospitalisierungsrate: **127,5** Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (**100,2** ordentliche Aufenthalte und **27,3** Tagesklink-Aufenthalte)

Im Jahr 2022 kamen die Landeskrankenan-

stalten der Aufenthaltsnachfrage mit einer Bettenausstattung von insgesamt 1.454 Betten für Akutkranke (91,1 % in öffentlichen Krankenhäusern) bei 2,8 Betten pro 1.000 Einwohner nach und lagen somit unter dem national festgelegten Richtwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95 – im Land berechnet mit Betten der öffentlichen Krankenhäuser und der vertragsgebundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen) von 3,0 Betten für Akutkranke pro 1.000 Einwohner.

Für den Tagesklinik-Betrieb standen 130 Betten zur Verfügung. In den öffentlichen Krankenanstalten waren außerdem 70 Säuglingskrippen vorhanden, alle in den öffentlichen Krankenanstalten.

Hinzu wurden Betten der bereits bestehenden Abteilungen in Betten für akute Covid-Patienten konvertiert. In diesem Rahmen wurden von Seiten des Sanitätsbetriebes auch bereits 2020 Vereinbarungen mit den privaten Einrichtungen des Landes getroffen, zur Erleichterung des Betreuungsaufwandes für Covid-Patienten in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes, mit Inbetriebnahme der Immunologie-Abteilungen, in dessen Betten Covid-Patienten mit nicht schwerwiegenden Symptomen, die ohne Behandlung der Intensivstationen betreut werden konnten, aufgenommen und betreut wurden.

Im Jahr 2022 beliefen sich die Aufenthalte von Akutkranken auf 71.760, davon waren 56.643 (78,9 %) ordentliche (stationäre) Aufenthalte und 15.117 (21,1 %) Tagesklinik-Aufenthalte. Gemäß Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutkranke jene Fälle, die aus anderen Abteilungen als für Rehabilitation, funktionelle Wiederherstellung und Langzeitpflege entlassen wurden, ausgeschlossen die gesunden Neugeborenen, d. h. die Neugeborenen, die unter die DRG 391 „Unauffälliger Neugeborener" eingeordnet werden können.

Im Vergleich zu 2021 hat sich die Anzahl der Aufenthalte insgesamt um 6,0% erhöht; dies auf Grund der allgemeinen Absicht, die Volumen der Krankenhausaufenthalte der Jahre vor der Pandemie zu erreichen, Trend der schon 2021 begonnen hatte.

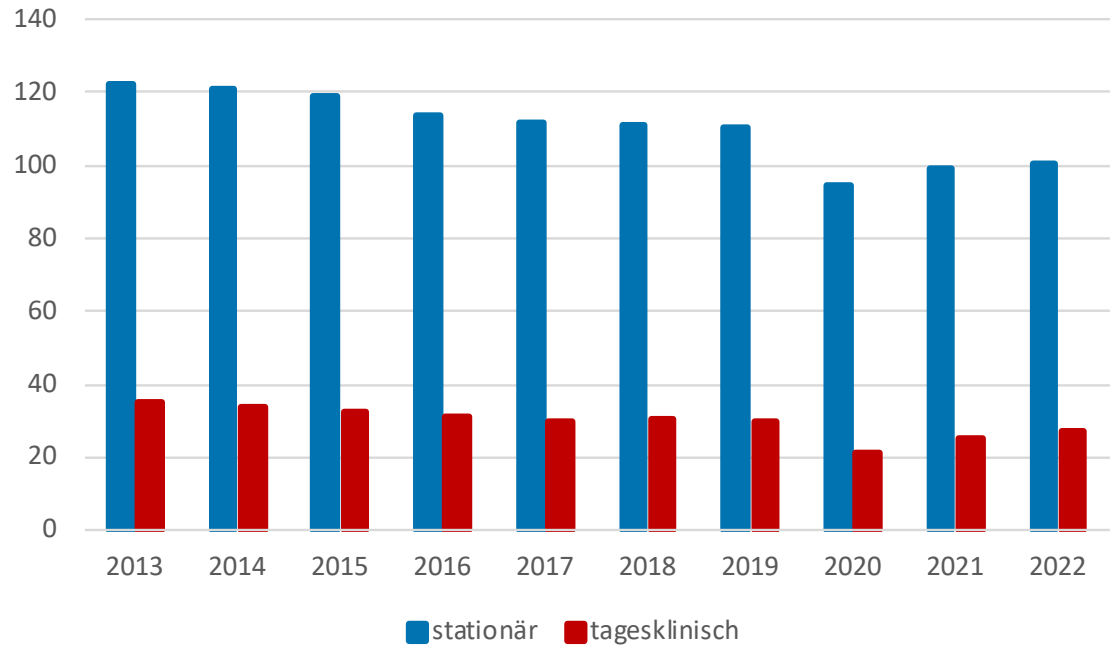
92,7 % der Aufenthalte von Akutkranken erfolgten in den öffentlichen Krankenhäusern.

Die Hospitalisierungsrate der Wohnbevölkerung belief sich im Jahr 2022 auf 127,5 Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (100,2 ordentliche/stationäre Aufenthalte und 27,3 Tagesklinik-Aufenthalte - für die im Land durchgeführten Krankenhausaufenthalte, wurden jene berechnet die in den öffentlichen Krankenhäusern und in den vertragsgebundenen Abteilungen der privaten Einrichtungen durchgeführt wurden; für jene außerhalb des Landes, werden die Aufenthalte im Ausland mitberechnet). Insgesamt liegt somit auch 2022 die Hospitalisierungsrate der Einwohner weiterhin unter dem nationalen Zielwert (Gesetzesvertr. Dekret Spending Review 6 Juli 2012, N. 95) von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohner.

Betrachtet man die standardisierte Hospitalisierungsrate nach Geschlecht und Alter bzw. berücksichtigt man die Altersstruktur der Bevölkerung, registriert Südtirol eine Hospitalisierung von 134,0 Aufenthalten auf 1.000 Einwohner.

Dabei verzeichnen insbesondere die Gesundheitsbezirke von Brixen und Bruneck den höchsten Hospitalisierungsraten, mit Werten von jeweils 149,6 und 146,9 auf 1.000 Einwohner.

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



5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **56.643** insgesamt; **52.786** in den öffentlichen Krankenhäusern; **3.857** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **362.363** insgesamt; **340.752** in den öffentlichen Krankenhäusern; **21.611** in den Privatkliniken
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: **6,5**

Auch 2022 wird, auf Grund der Covid-19 Pandemie und der daraus folgenden Reorganisation der Krankenhausbetreuung auf Landesebene, ein Rückgang der ordentlichen (stationären) Aufenthaltsproduktion in den öffentlichen Krankenhäusern in Vergleich zu den Jahren vor der Covid-19 – Pandemie registriert, obwohl mit einer leicht steigenden Tendenz (+4,8 %) in Vergleich zum Vorjahr.

Im Jahr 2022 wurden 56.643 ordentliche Krankenhausaufenthalte von Akutkranken in den Südtiroler Krankenanstalten produziert, die insgesamt 362.363 Aufenthaltstage umfassten. 93,2 % der ordentlichen Aufenthalte erfolgten in öffentlichen Krankenhäusern und nahmen 94,0 % aller Aufenthaltstage in Anspruch. 36,7 % aller Aufenthalte wurden im Zentralkrankenhaus Bozen getätigt.

35,6 % der stationären Aufenthalte bezogen sich auf Patienten im Alter von 30- 64 Jahren, 32,1 % der Patienten waren über 75 Jahre alt.

Insgesamt waren die Betten zu 76,8 % der verfügbaren Zeit ausgelastet; jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von 48,9 verschiedenen Patienten belegt. Durchschnittlich verstrichen also 1,7 Tage, an denen das Bett zwischen der Entlassung eines Patienten und der Besetzung durch den nächsten freistand.
Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Landeskrankenanstalten blieb, trotz der Covid-19 Pandemie praktisch konstant im Vergleich zu 2019 und 2020 (6,5 Tage).
Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen anhand des DRG-Gewichtesystems berechneten Komplexitätsgrad auf (Durchschnittsgewicht der öffentlichen Landeskrankenhäuser: 1,25), der unter dem nationalen Standard steht (1,31 im Jahre 2019, letzter verfügbarer Stand). So nimmt der Case-mix-Index in den öffentlichen Krankenhäusern des Landes einen Wert von 0,95 im Jahr 2022 an, mit dem höchsten Wert für das Krankenhaus Innichen (1,17).
Die Gesamtzahl der stationären Eintagesaufenthalte beträgt 7.122 (3.661 nicht dringende Aufenthalte), was einem Anteil von 12,6 % an allen ordentlichen Aufenthalten entspricht.
Hinsichtlich der Art der erbrachten Tätigkeit wurde den ordentlichen Aufenthalten in 60,2 % der Fälle in den Landeskrankenanstalten eine medizinische DRG zugewiesen. Besonders hohe Anteile unter den öffentlichen Krankenhäusern vermerken die Krankenhäuser Schlanders (73,5 %) und Bozen (69,0 %).
13 DRGs decken rund 30,0 % der Krankenhausaufenthalte in Südtirol. Die Hauptursache der Aufenthalte stellen die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose" (5,8 % aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten" (4,6 % aller Aufenthalte) dar.

5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **15.117** insgesamt; **13.760** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.357** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **22.435** insgesamt; **21.078** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.357** in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: **10.982** insgesamt; **9.039** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.243** in den Privatkliniken

Im Jahr 2022 betrug die Anzahl der Tagesklinik-Aufenthalte 15.117, was einem Zuwachs in Vergleich zu 2021 von etwa 11,1 % entspricht. 91,0 % der Aufenthalte betrafen die öffentlichen Landeskrankenhäuser. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Anstalten (131 öffentliche vs. 13 private). Durchschnittlich kamen auf jeden medizinischen Tagesklinik-Aufenthalt 2,3 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankenanstalten.
Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 48,4 % ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 28,6 % waren sie über 64 Jahre alt.
Die Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art. 10.282 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 68,0 % der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Die Kranken-

häuser Bruneck, Innichen, und Schlanders weisen einen Anteil chirurgischer tagesklinischer Tätigkeit von über 85 % auf.
Die Hauptursache der chirurgischen Tagesklinik-Behandlung stellte die DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose" mit 8,4 % aller Aufenthalte dar, gefolgt von DRG 162 „Eingriffe wegen Inguinalhernie und Femoralhernie, Alter > 17, ohne Komplikationen“ mit 7,1 % aller Aufenthalte.
10 DRGs decken über 50 % aller chirurgischen tagesklinischen Aufenthalte ab.
Die medizinischen Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend auf „Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen" (DRG 467) in 7,9 % der Fälle zurückzuführen.

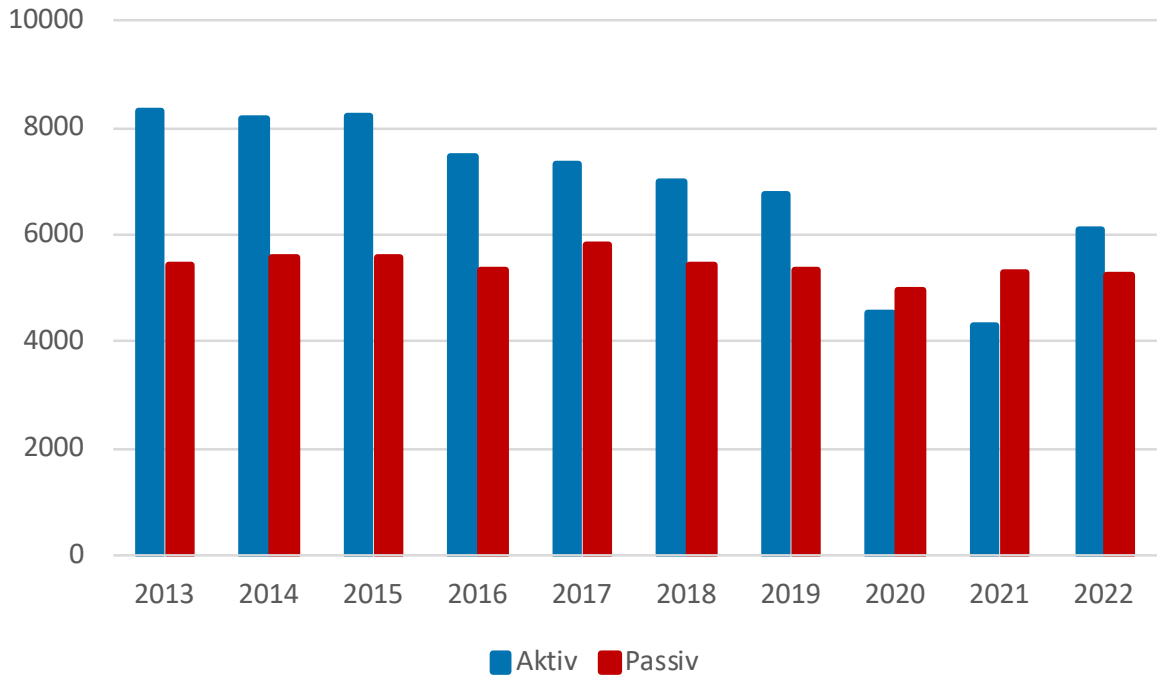
5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: **6.106**
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: **3.514**
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: **924**

Im Laufe des Jahres produzierten Südtirols Krankenanstalten 71.760 stationäre und Tagesklinik-Aufenthalte, davon 6.106 für außerhalb des Landes Ansässige.
Die Südtiroler nahmen im selben Zeitraum insgesamt 70.608 ordentliche und Tageskli-

Aktive und passive Mobilität der Aufenthalte für Akutkranken



nik-Aufenthalte in Anspruch, davon, 3.519 in Einrichtungen im übrigen Italien, 924 in Österreich und 799 in Krankenanstalten anderer Staaten (Daten aus dem Jahr 2021).
Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 8,5 % für die überregionale aktive Mobilität.
Der Fluchtindex hingegen entsprach 7,4 % für die überregionale passive Mobilität (davon 5,0 % in Richtung übriges Italien, 1,3 % nach Österreich und 1,1 % in andere Staaten).
Im Laufe des Jahres 2022 wurden insgesamt 924 Aufenthalte von Südtiroler Patienten in konventionierten österreichischen Einrichtungen verzeichnet, mit einer Senkung von etwa 18,3 % gegenüber 2021.
Unter den häufigsten Entlassungsdiagnosen finden sich die Primäre Hypertonie mit 13,7 % der Aufenthalte und der „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation", mit einem Aufenthaltsanteil von 12,8 %.
Die Universitätsklinik Innsbruck übernahm 2022 905 (99,0 %) Aufenthalte von Südtirolern in vertragsverbundenen österreichischen Einrichtungen (895 stationäre und 10 tagesklinische Aufenthalte). Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (15,6 %) und Orthopädie und Traumatologie (12,5 %).

5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick
- Vertragsgebundene Betten für die postakute Versorgung: **327**, gleich **0,61** pro 1.000 Einwohner
- Postakute Aufenthalte: **4.508**

In diesem Teil wird die Versorgungstätigkeit der öffentlichen und privaten Krankenhäuser des Landes in Bezug auf die postakuten Aufenthalte (in Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation, Neuro-Rehabilitation und Langzeitpflege) beschrieben.
Für die postakute Krankenhausversorgung stehen insgesamt 327 vertragsgebundene Betten zur Verfügung, die im Jahr 2022 wie folgt aufgeteilt waren: 60 in öffentlichen Krankenhäusern (18,3 Prozent) und 267 in Privatkliniken (81,7 Prozent). (Tabelle 5.3).
Gegenüber 2021 ist die Gesamtanzahl der vertragsgebundenen Betten um 15 Einheiten gesunken.

5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick
- Vertragsgebundene Betten für die physische Rehabilitation: **165**, gleich **0,31** pro 1.000 Einwohner
- Vertragsgebundene Betten für die Neuro-Rehabilitation: **21**, gleich **0,04** pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte: **2.856** aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation und **149** aufgrund Neuro-Rehabilitation

Im Jahr 2022 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 2.859 Aufenthalte (2.726 stationäre Aufenthalte und 133 Tagesklinik-Aufenthalte) sowie 149 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 89,9 % der stationären Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Reha-

bilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, die restlichen 10,1 Prozent in den öffentlichen Landeskrankenhäusern. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer belief sich auf Landesebene auf 21,9 Tage. Die Tagesklinik-Aufenthalte stellten einen Anteil von 4,7 % an allen Aufenthalten dar. 71,5 % der stationären Aufenthalte zwecks funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation wurden der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" zugewiesen, 24,6 % der MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems". Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich hingegen zu 97,0 % auf die MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems". 90,2 % der stationären Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 9,7 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,1 % als Bewertungsaufenthalte. 70,8 % der stationären Aufenthalte betrafen die Makrokategorie der orthopädischen Pathologien (Amputationen, Arthropatien, Algien, ortho pädisch-traumatologische Pathologien), 21,6 % jene der neurologischen Krankheiten (Ischämie, Gehirnkrankheiten, Neuropathien, Myelopathien) und die restlichen 7,5 % die anderen Schädigungen.

Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Aufnahme betrug 71,4 Punkte. Unter dem Durchschnitt lag die Privatklinik Bonvicini (59,6). Die durchschnittliche höchste Punktezahl verzeichnete hingegen das Krankenhaus Bozen (85,0), gefolgt von dem Krankenhaus Brixen (79,3 Punkte). Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktezahl bei der Entlassung betrug 91,8; das Krankenhaus Sterzing verzeichnete den höchsten durchschnittlichen Zuwachs. Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) beliefen sich auf 149 (97 stationäre Aufenthalte und 52 Tagesklinik-Aufenthalte), 101 das Krankenhaus Sterzing und 40 die Privatklinik Melittaklink 2, bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 69,7 Tagen. Die FIM-Gesamtpunktezahlen bei der Aufnahme (38,3 Punkte) und bei der Entlassung (73,4 Punkte) lagen unter den Werten der Aufenthalte für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 35,1, der durchschnittliche tägliche Zuwachs (Effizienz) 0,6 Punkte. Die Aufenthalte von Südtiroler Patienten in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) anderer italienischer Einrichtungen außerhalb des Landes zählten 187, 5 davon waren Tagesklinik-Aufenthalte (am 10.07.2023 aktualisiert). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 18,7 Tage.

Die Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Kodex 75) und Spinalzentren (Kodex 28) beliefen sich auf 27 (am 10.07.2023 aktualisiert).

Im Jahr 2022 betrug die Anzahl der Aufenthalte von Südtiroler Patienten in postakuten Rehabilitationsabteilungen in Österreich 27.

5.3.2. LANGZEITPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die Langzeitpflege: **141**, gleich **0,26** pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: **1.500**
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: **20** (am 10.07.2023 aktualisiert)

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungskodex 60) wurden 1.500 Aufenthalte verzeichnet; die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 22,8 Tage. Die häufigsten Primärdiagnosekategorien der postakuten Langzeitpflegeaufenthalte waren die „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes" (39,5 %) und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems" (13,3 %).

www.provinz.bz.it/gesundheitsbeobachtung



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