

Beobachtungsstelle für Gesundheit

GESUNDHEITS- BERICHT

<https://osservatorio-salute.provincia.bz.it>



2
0
2
4



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

INHALTSVERZEICHNIS

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG	3
1.1. DEMOGRAPHISCHE INDIKATOREN	4
1.2. GEBURTENRATE	5
1.2.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (WOHNBEVÖLKERUNG)	6
1.2.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (WOHNBEVÖLKERUNG)	7
1.2.3. GEBURTSBESCHEINIGUNG	8
2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT	9
2.1. LEBENSSTILE	10
2.1.1. ERNÄHRUNG UND KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	10
2.1.3. DROGEN, RAUCHEN UND ALKOHOL	11
2.2. KRANKHEITEN UND STERBLICHKEIT	12
2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN	12
2.2.2. INFektionsKRANKHEITEN	14
2.2.3. BÖSARTIGE TUMORE	14
2.2.4. DIABETES	15
2.2.5. PSYCHISCHE STÖRUNGEN	17
2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS	17
2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN	18
2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN	18
3. KOLLEKTIVE VERSORGUNG UND VOLKSGESUNDHEIT	20
3.1. ONKOLOGISCHE SCREENING	22
3.2. VORBEUGUNG VON INFektions- UND PARASITEN- ERKRANKUNGEN,INKLUSIVE IMPFPROGRAMME	22
3.3. SCHUTZ VON GESUNDHEIT UND SICHERHEIT IM LEBENS- UND ARBEITSUMFELD	24
3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH	26
3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT	27
3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN	28
3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN	28

4. TERRITORIALE VERSORGUNG	31
4.1. SPRENGELVERSORGUNG	32
4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG	32
4.1.2. HAUSPFLEGE	33
4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	35
4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN	36
4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT	37
4.3. STATIONÄRE REHABILITATION	37
4.4. STATIONÄRE VERSORGUNG DER SENIOREN ODER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSONEN	38
4.5. TERRITORIALER RETTUNGSDIENST	39
4.6. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG	40
4.6.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTENVERBRAUCH	41
4.6.2. TERRITORIALE AUSGABEN FÜR MEDIKAMENTE	42
4.6.3. DIREKTABGABE DER MEDIKAMENTE	42
4.7. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN	43
5. KRANKENHAUSVERSORGUNG	45
5.1. ERSTE HILFE	46
5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN	46
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE	47
5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE	49
5.2.4. KRANKENHAUSMOBILITÄT	49
5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG	51
5.3.1. PHYSISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION	51
5.3.2. LANGZEITPFLEGE	52
6. AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN	53

KAPITEL 1

*BETREUUNGSBERECHTIGTE
WOHNBEVÖLKERUNG*

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

1. BETREUUNGSBERECHTIGTE WOHNBEVÖLKERUNG

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

angegeben – die von ASTAT festgelegte offizielle Bevölkerungszahl verwendet.

1.1. DEMOGRAPHISCHE INDIKATOREN

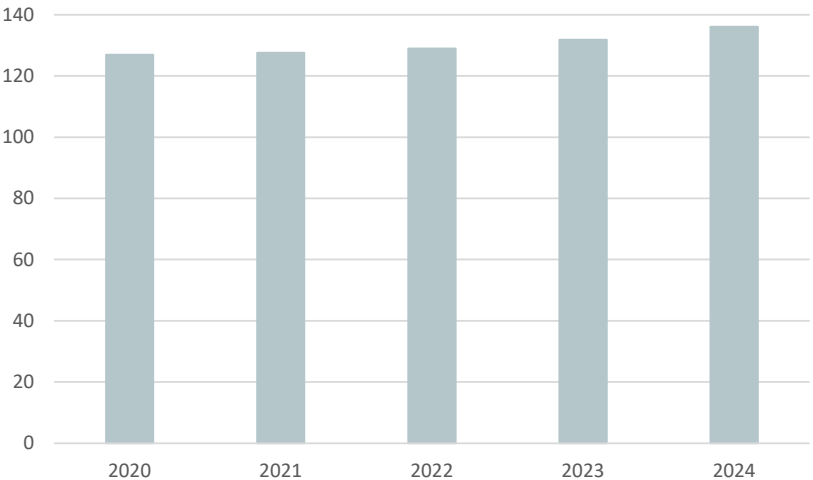
Indikatoren im Überblick

- Wohnbevölkerung: **539.386** Einwohnerinnen und Einwohner
- Durchschnittsalter: **43,5** Jahre
- Altersindex: **140,5%**

TERRITORIALE VERTEILUNG

Im Jahr 2024 betrug die Zahl der Wohnbevölkerung 539.386 Personen bei einer Bevölkerungsdichte von 72,9 Einwohnern/ Einwohnerinnen pro km². 49,3 % der Bevölkerung leben in Gebieten mit niedrigem Erschließungsgrad¹. 31,0 % wohnen in Gebieten mit mittlerem Erschließungsgrad und 19,7 % leben in der Stadt Bozen mit hohem Erschließungsgrad. Knapp die Hälfte der Bevölkerung lebt im Einzugsgebiet des Gesundheitsbezirks Bozen (43,9 %), während etwa

Altersindex pro Jahr



¹Laut Eurostat-Definition liegt ein hoher Erschließungsgrad vor, wenn die Bevölkerungsdichte über 500 Einwohner/innen pro km² beträgt und mindestens 50.000 Einwohner/innen vorhanden sind. Ein mittlerer Erschließungsgrad wird bei einer Bevölkerungsdichte von mehr als 100 Einwohnern/innen pro km² und weniger als 50.000 Einwohnern/innen festgestellt. In allen anderen Fällen wird der Erschließungsgrad als niedrig eingestuft.

ein Viertel in jenem des Gesundheitsbezirks Meran (26,2 %) wohnt. Rund ein Sechstel der Bevölkerung lebt in den Einzugsgebieten der Gesundheitsbezirke Brixen (14,8 %) und Bruneck (15,1 %). Knapp ein Drittel der Bevölkerung lebt in den Einzugsgebieten der beiden Gesundheitssprengel Bozen Stadt (19,7 %) und Meran (10,9 %).

BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR UND LEBENSERWARTUNG

Im Durchschnitt kommen auf 100 Frauen 98,4 Männer. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung liegt bei 43,5 Jahren, wobei Männer durchschnittlich 42,3 Jahre und Frauen 44,7 Jahre alt sind. In den letzten fünf Jahren ist das Durchschnittsalter um 0,8 Jahre gestiegen. Der Altersindex entspricht 140,5 Seniorinnen und Senioren (ab einschließlich 65 Jahren) pro 100 Kinder (unter 14 Jahren). Er wuchs in den vergangenen fünf Jahren um 13 Punkte und ist bei Frauen höher (159,8 %) als bei Männern (122,4 %). Der Index bleibt auf Landesebene weiterhin deutlich unter dem gesamtstaatlichen Vergleichswert von 199,8 %. Der Abhängigkeitsquotient (Verhältnis der Anzahl von Personen, die nicht im Erwerbstätigenalter sind, zur Anzahl von Personen im Erwerbstätigenalter) liegt bei 56,1 %. Bei den Frauen (59,7 %) ist dieser Anteil höher als bei den Männern (52,5%). Der gesamtstaatliche Vergleichswert beträgt 57,6 %. Die Lebenserwartung bei der Geburt beträgt 82,7 Jahre für Männer und 86,6 Jahre für Frauen. Südtirol besitzt eine höhere Lebenserwartung als der gesamtstaatliche Durchschnitt (Männer 81,4 und Frauen 85,5). Die Lebenserwartung ist nach dem Rückgang durch die COVID-19-Pandemie wieder gestiegen.

BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG

Im Jahr 2024 wuchs Südtirols Bevölkerung um 3,4 Personen pro 1.000 Einwohner/Einwohnerinnen. Den wichtigsten Anteil am Bevölkerungszuwachs hat das Migrationssaldo von 3,5 ‰. Die Gesamtfruchtbarkeitsziffer, die die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau im gebärfähigen Alter angibt, liegt bei 1,58 Kindern je Frau. Zum Vergleich beträgt die mittlere Kinderzahl auf Staatsebene 1,18 Kinder pro Frau.

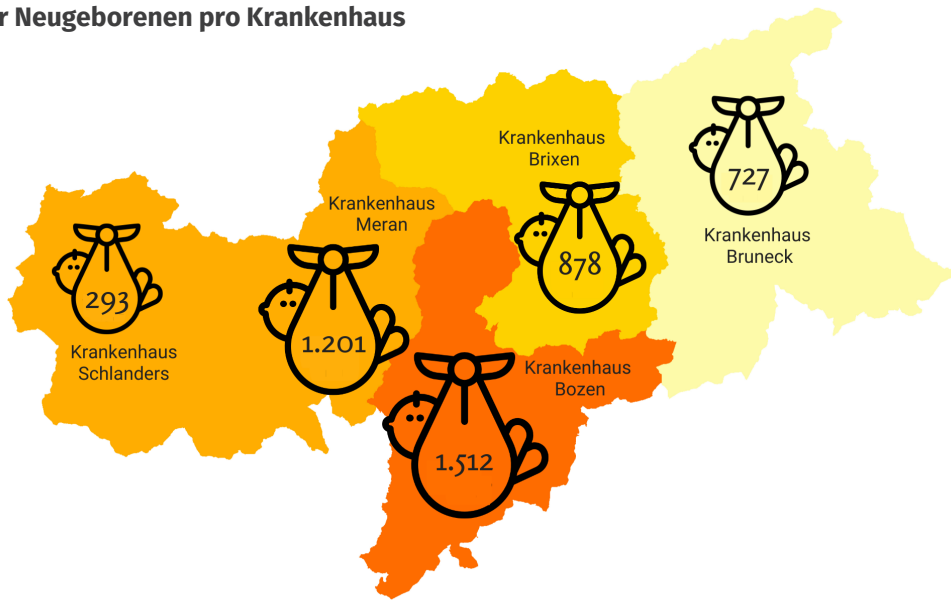
1.2. GEBURTENRATE

Indikatoren im Überblick

- Neugeborene in Südtirol: **4.650**
- Neugeborene von in Südtirol ansässigen Müttern: **4.472**
- Geburtenrate: **8,4*** Neugeborene auf 1.000 Einwohner

Die Betreuung während der Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenzeit ist strategisch wichtig für das Gesundheitssystem und das Wohlergehen der Bevölkerung. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die Eigenschaften und kritischen Punkte der Betreuung zu überwachen. Im Jahr 2024 wurden in Südtirol 4.650 Kinder geboren, 4.472 davon von ansässigen Müttern (96,2 %). 2024 gibt es einen leichten Rückgang der Neugeborenen im Vergleich zu 2023 (4.771) und 2022 (4.936). Fast alle Geburten fanden in den Geburtszentren der Südtiroler Krankenhäuser statt, 39 waren Hausgeburten (im Jahr 2022 waren es 46). Südtirol schneidet weiterhin besser ab als der gesamtstaatliche Durchschnitt bei Schwangerschaftsbetreuung und Geburtser-

Anzahl der Neugeborenen pro Krankenhaus



gebnissen.

Die Geburtenrate* beträgt 8,4 Neugeborene pro 1.000 Einwohner/Einwohnerinnen und bleibt 2024 die höchste Italiens (nationaler Durchschnitt: 6,3).

* Quelle: Bevölkerungsentwicklung (vorläufige Daten) - 2024 ASTAT

1.2.1. EIGENSCHAFTEN DER ELTERN (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Durchschnittsalter der Frauen bei der Entbindung: **31,4** Jahre
- Prozentsatz der Frauen, die bei der Entbindung älter als 35 sind: **28,6 %**
- Prozentsatz der Väter, die zum Zeitpunkt der Geburt eine Arbeit haben: **90,8 %**

Das Durchschnittsalter der Südtiroler Frauen bei der Entbindung liegt bei 31,5 Jahren, gleich

wie im Jahr 2023. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Anstieg der Entbindenden im Alter von 20-24 Jahren zu verzeichnen. Dieser Wert zeigt an, dass die Südtiroler Mütter weiterhin jünger als der Durchschnittswert Italiens (32,5 Jahre) sind. Berücksichtigt man die altersspezifische Verteilung der Frauen, die 2024 in Südtirol entbunden haben, sind mehr als 6 von 10 über 30 Jahre alt (65,0 %). Rund 1 von 4 ist über 35 Jahre alt (28,6 %) und 6,2 % (273 Frauen) sind über 40 Jahre alt. Im Jahr 2024 betrug das Durchschnittsalter des Vaters 34,7 Jahre und blieb damit unverändert gegenüber dem Vorjahr.

Jungen Müttern und jugendlichen Paaren wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. 30 Entbindungen betrafen Frauen unter 20 Jahren, was 0,7 % aller ansässigen Frauen entspricht. Diese jungen Paare stehen häufig vor erheblichen Herausforderungen, wenn es darum geht, ihre persönliche Entwicklung voranzubringen und ihre Elternrolle zu übernehmen. Oftmals fehlt es ihnen an ausreichenden sozialen und wirtschaftlichen Res-

sources.

Bezüglich des Bildungsniveaus verfügen 72,3 % der Mütter über einen mittleren bis hohen Abschluss (Oberschule oder Universitätsdiplom), während dieser Anteil bei den Vätern bei 58,0 % liegt. Deutlich geringer ist hingegen der Anteil der erwerbstätigen Frauen zum Zeitpunkt der Geburt: Nur 77,4 % der Mütter sind beschäftigt, verglichen mit 90,8 % der Väter.

Der Anteil der Südtiroler Mütter, die zum Zeitpunkt der Geburt ledig sind, bleibt weiterhin signifikant hoch – insbesondere bei Müttern mit italienischer Staatsbürgerschaft: Jede zweite Mutter ist bei der Entbindung nicht verheiratet (57,6 %). Dieser Wert, der auch auf nationaler Ebene tendenziell steigt, ist in Südtirol nach wie vor am höchsten.

Der Anteil der ansässigen Mütter mit ausländischer Staatsbürgerschaft ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert und liegt bei 21,1 %. Die meisten dieser Frauen stammen aus Albanien, Pakistan, dem Kosovo und Marokko. Betrachtet man das Geburtsland der Mutter, so wurden im Jahr 2024 insgesamt 27,2 % aller ansässigen Mütter im Ausland geboren – das entspricht etwa jeder vierten Mutter.

1.2.2. SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (ANSÄSSIGE BEVÖLKERUNG)

Indikatoren im Überblick

- Prozentsatz der mittels Kaiserschnitt Geborenen (ansässige Bevölkerung): **26,8 %**
- Anzahl der Zwillingsgeburten: **58**, entspricht 1,3 % aller Geburten der ansässigen Müttern
- Frauen, die auf Techniken der künst-

lichen Befruchtung zurückgegriffen haben: **172**

Über die Geburtsbescheinigung werden Angaben zu den während der Schwangerschaft durchgeführten Visiten und Instrumentaluntersuchungen der Mutter dokumentiert. Im Jahr 2024 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 3,9 % der Fälle haben die Mütter maximal 4 Kontrollvisiten (Indikator für eine unzureichende Betreuung) durchgeführt. 66,5 % 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 2024 in Südtirol entbunden haben, ließen 61 (1,4 %) mindestens eine invasive Pränataldiagnostik durchführen (gleich wie im Jahre 2023). Eine Amniozentese ließen 0,5 % vornehmen (Pränataldiagnostik für die Erfassung fetaler Chromosomenalterationen wie Down-Syndrom).

Bei der Analyse der Entbindungsarten ansässiger Mütter zeigt sich, dass 67,7 % der Kinder vaginal und 5,5 % operativ-vaginal (mittels Saugglocke oder Geburtszange) geboren wurden. Der Anteil der Kaiserschnittgeburten lag im Jahr 2024 bei 26,8 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (26,1 %) leicht angestiegen (Wohnbevölkerung). Wird der bereinigte NTSV-Kaiserschnittanteil (Nullipara, Termingeburt, Einling, Schädellage) betrachtet – ein Indikator, der die Zweckmäßigkeit des Kaiserschnitts misst

und um Faktoren bereinigt ist, die die Rate erhöhen könnten – ergibt sich ein Wert von 24,3 %. Die Unterschiede zwischen unbereinigten und bereinigten Kaiserschnittquoten sind in den einzelnen Geburtskliniken gering. Ein großer Unterschied deutet auf eine höhere Konzentration komplexer Fälle hin, die einen Kaiserschnitt erforderlich machen. Liegt der bereinigte Wert hingegen über dem unbereinigten, kann dies auf eine übermäßige Inanspruchnahme des Kaiserschnitts hindeuten.

Mehrlingsgeburten machten 2024 1,3 % aller Geburten aus (insgesamt 58 Zwillings- und Drillingsgeburten). Die Rate der Mehrlingsschwangerschaften in Verbindung mit künstlicher Befruchtung lag bei 17,2 (im Vorjahr 9,4).

Im Jahr 2024 nutzten 172 Frauen (3,9 % aller Entbindenden) medizinisch assistierte Befruchtungstechniken. Der Anteil ist vergleichbar mit dem anderer italienischer Regionen, liegt jedoch 0,2 Prozentpunkte unter dem Vorjahreswert in Südtirol.

Der Anteil der Frühgeborenen (Geburt vor oder in der 36. Schwangerschaftswoche) lag bei 5,7 % (Vorjahr: 5,8 %).

Von den insgesamt 4.650 in Südtirol geborenen Kindern wurden 175 mit Fehlbildungen registriert. Die Totgeburtenrate lag bei 0,3 %, was 13 Kindern entspricht.

Bezogen auf das Geburtsgewicht wogen 34 Kinder weniger als 1.500 Gramm (0,7 %), 5,5 % lagen zwischen 1.500 und 2.499 Gramm, während 6,0 % (277 Kinder) mehr als 4.000 Gramm auf die Waage brachten.

Kaiserschnittgeburten machten 27,4 % aller Geburten aus (Rohwert), während der bereinigte Wert bei 25,0 % lag. Zwischen den einzelnen Krankenhäusern variiert der Anteil deutlich und bewegt sich zwischen 21,4 und 29,9 %.

1.2.3. GEBURTSBESCHEINIGUNG

Der Abschnitt enthält die wesentlichen Angaben zu den Geburtskliniken sowie zu den in Südtirol gebärenden Frauen mit und ohne Wohnsitz, erhoben anhand der Daten der Geburtsbescheinigung (CedAP). Neben 4.472 Kindern einheimischer Mütter wurden im Jahr 2024 auch 177 Kinder von ausländischen Müttern geboren. Insgesamt erblickten 2.430 Jungen und 2.220 Mädchen das Licht der Welt.

KAPITEL 2

ASPEKTE DER GESUNDHEIT

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

2. ASPEKTE DER GESUNDHEIT

2.1. LEBENSSTILE

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

2.1.1. ERNÄHRUNG UND KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Indikatoren im Überblick

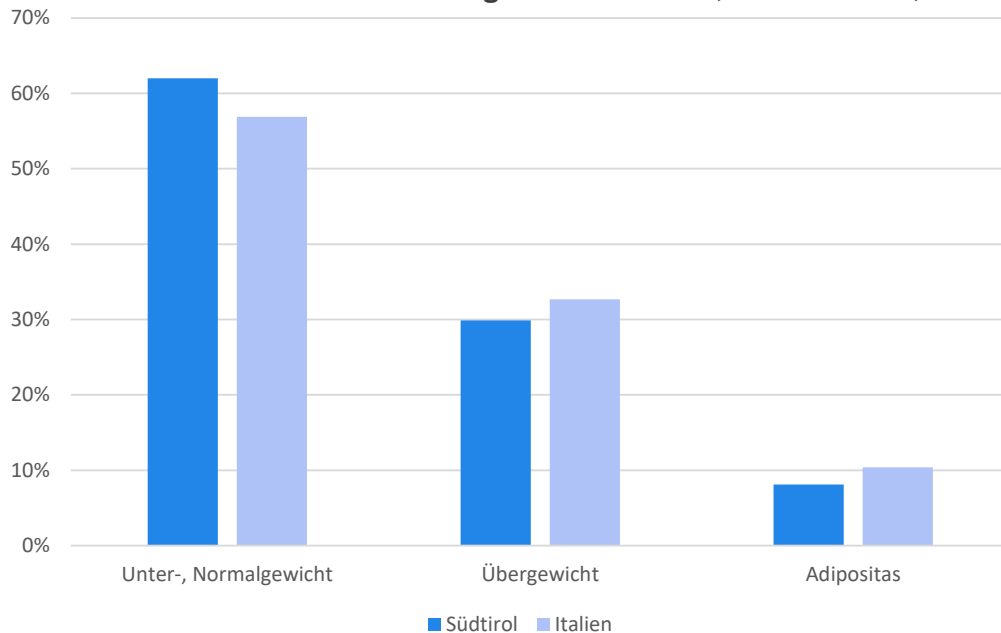
- Übergewichtige Männer in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **46,7 %**
- Übergewichtige Frauen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **26,8 %**
- Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren, die mindestens 5 Portionen Obst und Gemüse am Tag zu sich nehmen: **7,1 %**
- Körperlich aktive Personen in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **73,1 %**

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

Aktuelle Daten zeigen, dass 37,1 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 69 Jahren übergewichtig sind. Davon gelten 29,7 % als übergewichtig und 7,4 % als adipös. Männer sind mit einem Anteil von 46,7 % deutlich häufiger betroffen als Frauen, bei denen der Anteil bei 26,8 % liegt. Zudem tritt Übergewicht häufiger bei Personen mit niedrigem Bildungsgrad auf als bei jenen mit höherem Bildungsabschluss. Nur ein geringer Teil der Bevölkerung – lediglich 7,1 % – hält sich an die Empfehlung, täglich mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse zu konsumieren.

Auch **Bewegungsmangel** stellt ein erhebliches Gesundheitsrisiko dar. Er begünstigt nicht nur die Entstehung von Adipositas, sondern erhöht auch das Risiko für weit verbreit-

Erwachsenenbevölkerung nach BMI Werten (Passi 2023-2024)



tete Erkrankungen wie koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus und bestimmte Krebsarten. Laut aktuellen Daten sind 73,1 % der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 69 Jahren körperlich aktiv – sei es berufsbedingt oder entsprechend den Empfehlungen zur körperlichen Betätigung. Gleichzeitig betreiben 5,9 % dieser Altersgruppe überhaupt keinen Sport.

2.1.2. DROGEN, RAUCHEN UND ALKOHOL

Indikatoren im Überblick

- Raucher in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **20,6 %**
- Von den DfA wegen Drogenmissbrauchs versorgten Patientinnen und Patienten: **5,3** pro 1.000 Einwohner
- Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum in der Altersklasse von 18-69 Jahren: **36,1 %**

Rauchen gilt als die häufigste vermeidbare Todesursache. In Südtirol ist es für etwa 20 % der Todesfälle im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen und für insgesamt 11 % aller Todesfälle verantwortlich. Besonders betroffen sind Männer: 75 % der Tumoren in Mundhöhle und Rachen sowie 88 % der Lungentumoren bei Männern lassen sich auf Tabakkonsum zurückführen. Darüber hinaus trägt das Rauchen wesentlich zur Entstehung weiterer Erkrankungen bei, darunter Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, chronisch-obstruktive Bronchitis und andere Atemwegserkrankungen. Die Rauchgewohnheit ist bei 20,6 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren verbreitet, wobei 23,9 % der Männer und 17,2 % der Frauen regelmäßig rauchen.

Auch die **Drogenabhängigkeit** hat weitreichende Folgen – nicht nur für die körperliche Gesundheit, sondern auch für das soziale

Verhalten der Betroffenen. Im Jahr 2024 wurden von den Diensten für Abhängigkeitserkrankungen des Landes (DfA) insgesamt 2.843 Personen mit Drogenproblemen betreut, was einer Versorgungsrate von 5,3 Patientinnen und Patienten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Heroin war mit 38,2 % die am häufigsten verwendete Substanz, gefolgt von Cannabinoiden mit 23,9 % sowie Kokain und Crack mit 22,5 %. In der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen wurden 232 drogenbedingte Krankenhausentlassungen und 113 Zugänge zu den Notaufnahme-Diensten verzeichnet.

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind etwa 9 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Europa auf den **Missbrauch alkoholischer Getränke** zurückzuführen. Alkohol spielt eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Leberzirrhose, bestimmten Tumorarten, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen und angeborenen Fehlbildungen. In Südtirol zählen 36,1 % der Bevölkerung zwischen 18 und 69 Jahren zu den risikobehafteten Konsumentinnen und Konsumenten. Davon trinken 24,9 % überwiegend außerhalb der Mahlzeiten, 18,6 % gelten als sogenannte „Binge Drinker“ – also Personen, die zu einem einzigen Anlass fünf oder mehr alkoholische Getränke (bei Männern) bzw. vier oder mehr (bei Frauen) konsumieren – und 1,8 % als starke Trinkerinnen und Trinker mit täglichem Konsum über den empfohlenen Grenzwerten (mehr als 2 Einheiten alkoholischer Getränke täglich für Männer und eine Einheit für Frauen). In der Altersgruppe der 15- bis 54-Jährigen wurden 819 alkoholbedingte Krankenhausentlassungen und 863 Zugänge zu den Notaufnahme-Diensten registriert.

Im selben Jahr wurden von den DfA außerdem

203 Personen mit **Spielsuchtproblemen**, 61 Personen wegen **Medikamentenmissbrauchs**, 250 wegen **Nikotinabhängigkeit**, 310 Angehörige von suchtkranken Personen sowie 247 weitere Personen betreut.

2.2. KRANKHEITEN UND MORTALITÄT

2.2.1. VERBREITUNG DER CHRONISCHEN KRANKHEITEN

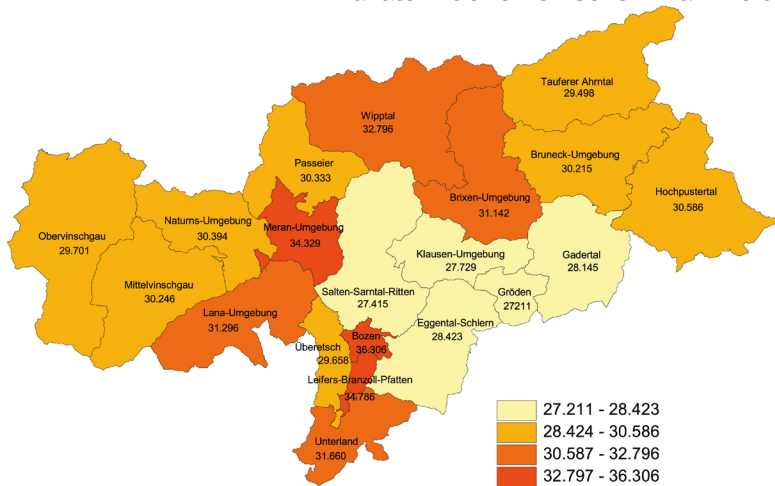
Indikatoren im Überblick

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

Chronische Krankheiten sind nahezu weltweit die häufigste Todesursache. Zu dieser umfassenden Gruppe zählen Krankheiten wie Kardiopathien, Neoplasien, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen. Sie verursachen nicht nur eine hohe Sterblichkeitsrate, sondern auch ein hohes Maß an Invalidität. Daher ist ihre Bekämpfung eine Priorität für die öffentliche Gesundheit.

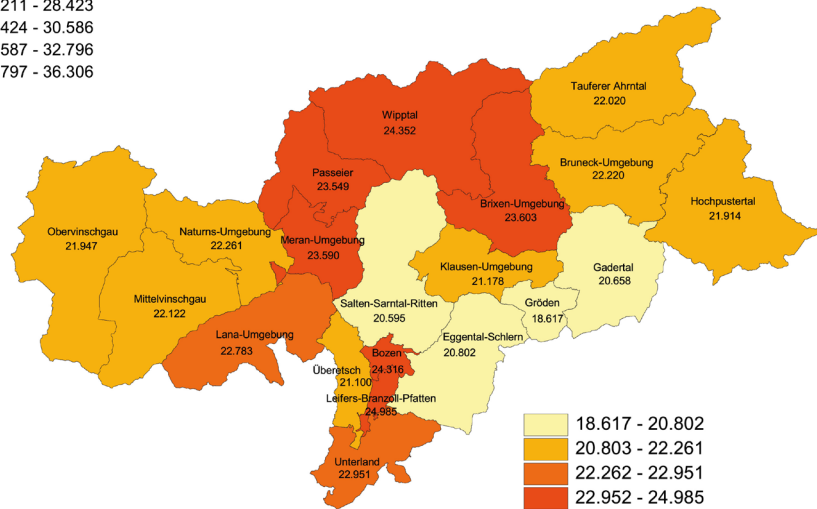
Die chronischen Krankheiten treten aus klinischer Sicht im fortgeschrittenen Alter auf. Daher besteht ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz der chronisch Kranken. Die Südtiroler versorgungsberechtigte Bevölkerung ist im Vergleich zum nationalen Durchschnitt relativ jung, auch wenn sie entsprechend den demografischen Trends immer älter wird. 2022 betrug das mittlere Alter 43,5 Jahre, der Altersindex lag bei 141,6 Jahren. Das bedeutet, dass auf 100 versorgungsberech-

Prävalenz der chronischen Krankheiten in Südtirol - Jahr 2022



Standardisierte Werte

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



Reelle unbereinigte Raten

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

tigte Jugendliche 142 versorgungsberechtigte Seniorinnen und Senioren kamen. Auf nationaler Ebene wurde ein Altersindex von 187,6 geschätzt (Quelle: ISTAT).

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

In Südtirol leiden 15 von 100 Personen an Hypertonie. 7 von 100 Personen haben eine

Neoplasie, 5 von 100 Männer sind Diabetiker und 7 von 100 Personen haben chronisch hohe Cholesterinwerte (Dyslipidämie). Berücksichtigt man nur die ältere Bevölkerung (ab 65 Jahren), so leiden 78 Personen pro 100 an mindestens einer chronischen Krankheit. Der ländliche Sprengel Laives-Branzoll-Pfatten hat in Südtirol die höchste Prävalenzschätzung der chronisch Kranken. Das zeigt eine Analyse der standardisierten Raten nach Gebieten, unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur. Diese Rate, gefolgt von jener des ländlichen Sprengels Wipptal, übersteigt jene des städtischen Bezirks Bozen. Die Prävalenz der einzelnen Krankheiten verläuft

landesweit nicht immer einheitlich.

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

2.2.2. INFektionsKRANKHEITEN

Indikatoren im Überblick

- Gemeldete Tuberkulosefälle: **23**
- Inzidenzrate von HIV (2015): **3,2** pro 100.000 Einwohner

Neben der Grippe, die im Jahr 2024 die am häufigsten gemeldete Infektionskrankheit war, wurde Skabies mit 237 Fällen registriert, was einer Inzidenz von 43,9 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Im selben Zeitraum wurden 231 Fälle von *Campylobacter*-Infektionen des Darms gemeldet (42,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) sowie 68 Fälle von Windpocken (12,6 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner). Tuberkulose trat in 23 Fällen auf, was einer Rate von 4,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Bei den sexuell übertragbaren Infektionen wurden jeweils 27 Fälle von Blenorrhagie und Syphilis sowie 12 Fälle von Chlamydien verzeichnet.

Die Zahl der neu diagnostizierten HIV-Fälle lag im Jahr 2023 bei 18, was einer Inzidenz von 3,2 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Im Vergleich dazu wurden in ganz Italien im selben Jahr 2.349 neue HIV-Fälle gemeldet, was einer landesweiten Inzidenz von 4,0 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht.

2.2.3. BÖSARTIGE TUMOREN

Indikatoren im Überblick

- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Männer (2017-2021): **715,1** pro 100.000
- Jährliche Inzidenzrate der bösartigen Tumoren - Frauen (2017-2021): **577,1** pro 100.000

Die Inzidenzschätzungen für bösartige Tumorerkrankungen in der Wohnbevölkerung Südtirols beziehen sich auf den Zeitraum von 2017 bis 2021. Im Jahresdurchschnitt wurden in diesem Zeitraum 1.863 neue Fälle bei Männern diagnostiziert, was einer Rate von 709,3 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Bei Frauen lag die Zahl bei 1.529 Fällen pro Jahr, entsprechend einer Inzidenz von 570,7 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Für das Jahr 2024 wird – unter Ausschluss von Hauttumoren (ICD X: C44) – mit 2.026 neuen Fällen bei Männern und 1.624 bei Frauen gerechnet.

Bei Männern treten Tumoren am häufigsten an der Prostata (22,1% der Fälle) auf, gefolgt von Kolon- und Rektumkarzinomen (9,4 %), Blasen- und Lungenkarzinomen (8,3 %). Bei Frauen steht das Mamma- und Karzinom (21,2 %) an erster Stelle, gefolgt von Kolon- und Rektumkarzinom (7,4 %) und

Lungenkarzinom (5,5 %).

Im Zeitraum von 2020 bis 2024 starben jährlich durchschnittlich 637 Männer an Tumorerkrankungen, was einer Sterberate von 240,1 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Bei Frauen lag die Zahl bei 552 Todesfällen pro Jahr, entsprechend einer Rate von 204,9 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die häufigsten Todesursachen bei Männern waren das Lungenkarzinom (19,1 % der Fälle), das Kolon- und Rektumkarzinom (11,3 %), das Prostatakarzinom (10,2 %) und das Pankreaskarzinom (9,8 %). Bei Frauen war das Mammakarzinom (15,5 %) die häufigste Ursache, gefolgt vom Lungenkarzinom (13,5 %), dem Kolon- und Rektumkarzinom (10,8 %) und dem Pankreaskarzinom (9,8 %). Für die Vergleichsdaten der anderen Regionen Italiens wird auf die Homepage der Italienischen Vereinigung der Tumorregister verwiesen: <http://www.registri-tumori.it/cms/>.

2.2.4. DIABETES

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der diabetischen Patienten an der betreuungsberechtigten Bevölkerung: **4,1 %** Diabetes Typ 2 und 0,3 % Diabetes Typ I
- Durchschnittsalter: **69,7** Jahre (71,5 Jahre Diabetiker Typ 2 und 43,1 Diabetiker Typ I)
- **76,5 %** der Diabetiker Typ 2 leiden an einer Herz-Kreislaufkrankheit, **70,4 %** an Hypertonie

Diabetes mellitus und die damit einhergehenden Komplikationen gehören zu den größten Gesundheitsproblemen der Industrieländer. Seine Prävalenz steigt aufgrund

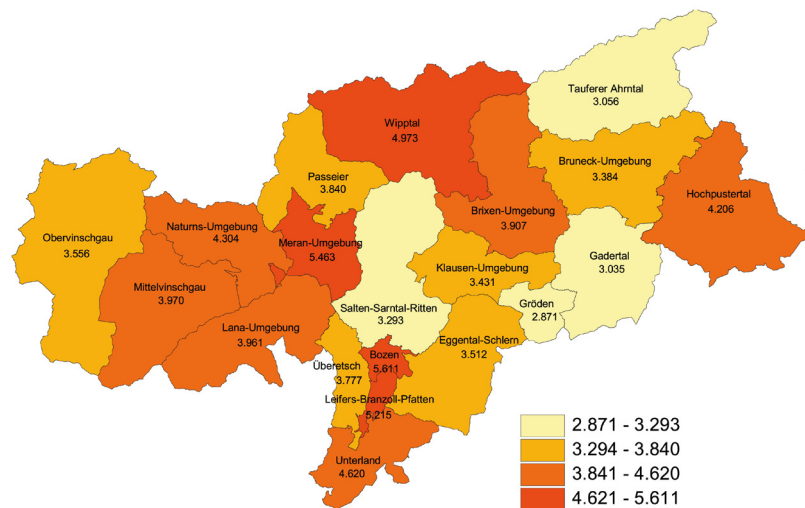
zunehmender Adipositas und häufigem Bewegungsmangel. Die Fachliteratur schätzt die Prävalenz auf rund 5,9 % der allgemeinen Bevölkerung (ISTAT, 2022), wobei weitere 3 % mit nicht diagnostiziertem Diabetes anzunehmen sind. Der Diabetes mellitus tritt in zwei Hauptformen auf:

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

Im Jahr 2022 wurden in Südtirol 1.531 Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typ I und 21.205 mit Diabetes Typ II betreut. Die Prävalenz in der gesamten betreuungsberechtigten Bevölkerung betrug 0,3 % für Typ I und 4,1 % für Typ II.

Die Prävalenz der Typ-II-Diabetikerinnen und -Diabetiker steigt mit zunehmendem Alter an und erreicht Werte von 11,0 % zwischen 65 und 74 Jahren und 16,8 % ab 75 Jahren. Das Durchschnittsalter der diabetischen Bevölkerung mit Typ I liegt bei 42,7 Jahren (71,5 Jahre bei Typ II). Die Prävalenz der Krankheit ist auf Landesebene nicht homogen. Die Städte verzeichnen standardisierte Prävalenzraten über dem Landesdurchschnitt. Das ist auf eine höhere Inanspruchnahme des Landesgesundheitsystems zurückzuführen. Die Sprengel mit den niedrigsten Prävalenzen sind Gröden, Gadertal, Ahrntal und Sarntal. Auf Landesebene leiden 76,5 % der Typ-II-Diabetikerinnen und -Diabetiker auch an einer Herz-Kreislaufkrankheit und 70,4 % an Hypertonie. 77,0 % der Südtiroler diabetischen Bevölkerung Typ II lassen jährlich mindes-

Prävalenz der Diabetiker in Südtirol - Jahr 2022

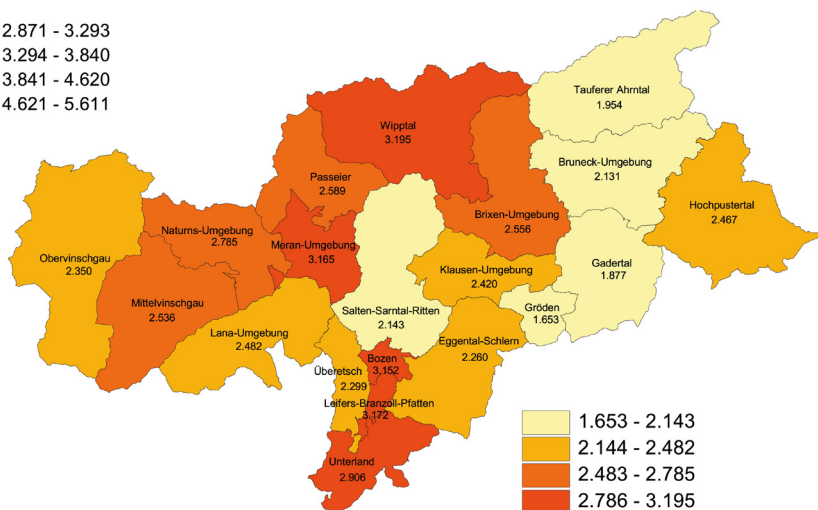


Reelle unbereinigte Raten

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

Standardisierte Werte

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



tens eine Kreatinin-Untersuchung durchführen. 71,4 % lassen zudem einen Glykohämoglobin-Test (HbA1c-Test) durchführen. Bei Typ-1-Diabetes liegen diese Werte bei 82,8 % bzw. 83,2 %.

Im Jahr 2022 nahmen 74,8 % der Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes ein orales Antidiabetikum ein. 58,8 % verwendeten einen Lipidsenker, 29,1 % einen Aggregationshemmer und 16,4 % erhielten ihre Behandlung mit Insulin. Im genannten Jahr nahmen 88,2 % der Betroffenen mindestens eines dieser Medikamente ein. Die pharmakologische Diabetesbehandlung erfolgt häufig

durch die Kombination von mehreren Medikamenten.

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

2.2.5. PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Indikatoren im Überblick

- Prävalenz der von den Zentren für Psychische Gesundheit betreuten Patienten: **25,2** pro 1.000 Einwohner
- Prävalenz der von den Psychologischen Diensten betreuten Patienten: **33,1** pro 1.000 Einwohner
- Suizidrate: **7,8** pro 100.000 Einwohner

Der Psychiatrische Dienst stellt eine komplexe Struktur dar, die durch die Koordination der verschiedenen Einrichtungen einen reibungslosen Ablauf sicherstellt. Dadurch wird eine therapeutische Kontinuität gewährleistet sowie eine einheitliche Planung und Umsetzung von Behandlungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen ermöglicht. Zu den gesundheitlichen Einrichtungen des Psychiatrischen Dienstes zählen das Zentrum für Psychische Gesundheit (ZPG), der Psychiatrische Dienst für Diagnose und Behandlung, das Day-and-Night Hospital, Rehabilitationszentren sowie weitere Einrichtungen für die stationäre und teilstationäre Versorgung. Im Jahr 2024 wurden von den Zentren für Psychische Gesundheit landesweit 13.608 Personen betreut, was einer Versorgungsrate von 25,2 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Darunter befanden sich 2.232 neue Patientinnen und Patienten, entsprechend 4,1 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Aus den Krankenhäusern wurden 2.489 Personen mit einer psychiatrischen Primärdiagnose entlassen, was einer Rate von 461,5 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Am häufigsten wurden affektive Psychosen als Entlassungsdiagnose festgestellt, die 24,6 % der Fälle ausmachten.

Die Psychologischen Dienste betreuten im selben Jahr insgesamt 13.218 Patientinnen und Patienten, was einer Rate von 33,1 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Insgesamt wurden 21.164 psychotherapeutische Leistungen erbracht. Im Vergleich zum Fünfjahresdurchschnitt der Jahre 2019 bis 2023 wurden im Jahr 2024 insgesamt 42 Suizide registriert, was einer Inzidenz von 7,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Der Durchschnitt der Vorjahre lag bei 47 Fällen jährlich.

2.2.6. KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer: **225,4** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen: **275,9** pro 100.000

Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in den entwickelten Ländern die häufigste Todesursache dar und sind auch in Südtirol für 30,3 % aller Todesfälle verantwortlich. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Hypertonie, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus und Adipositas. Für Personen mit Hypertonie ist das Risiko, an einer koronaren Herzkrankheit zu sterben, zwei- bis viermal höher als bei Personen ohne Hypertonie. Das Risiko, an einer Ischämie zu sterben, ist sogar mehr als viermal so hoch. Schätzungen zufolge sind etwa ein Viertel der Todesfälle durch koronare Herzkrankheiten oder Ischämie auf Hypertonie zurückzuführen. Auch bei erhöhten Cholesterinwerten verdoppelt sich das Risiko, an ischämischen Herzleiden zu

sterben, im Vergleich zu Personen mit normalen Cholesterinwerten.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 6.552 Krankenhausentlassungen aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verzeichnet, was einer Rate von 1.214,7 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner entspricht. Davon entfielen 1.145 Entlassungen auf ischämische Erkrankungen, wobei 609 Fälle auf akute Myokardinfarkte zurückgingen – 443 bei Männern und 166 bei Frauen. Unter den häufigsten Todesursachen im Bereich der Kreislauferkrankungen dominierten die ischämischen Herzleiden, darunter Infarkt, Angina pectoris und andere ischämische Herzerkrankungen. Diese führten zu 169 Todesfällen bei Männern (63,1 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und zu 126 Todesfällen bei Frauen (46,4 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

2.2.7. ATEMWEGSERKRANKUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Männer: **74,6** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate aufgrund von Atemwegserkrankungen - Frauen: **61,9** pro 100.000

Atemwegserkrankungen stellen in Südtirol nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Tumoren die dritthäufigste Todesursache dar und sind für 8,1 % der Todesfälle verantwortlich. Innerhalb dieser Krankheitsgruppe ist die chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie (COBP) besonders bedeutsam, da sie für 40 % der Todesfälle im Zusammenhang mit Lungenkrankheiten verantwortlich

ist. Der bedeutendste Umweltfaktor für die Entstehung von chronischer Bronchitis und COBP ist das Rauchen: Zwischen 15 und 20 % der Raucherinnen und Raucher leiden an einer klinisch relevanten Bronchialobstruktion, ein kleinerer Anteil sogar an einer stark einschränkenden Form.

Im Jahr 2024 wurden in den Gesundheitseinrichtungen des Landes insgesamt 5.522 Personen mit einer Atemwegserkrankung als Hauptdiagnose stationär aufgenommen. Die Hospitalisierungsrate lag bei 1.023,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die häufigsten Gründe für einen Krankenhausaufenthalt waren Pneumonie und Grippe. Hinsichtlich der Todesursachen innerhalb dieser Krankheitsgruppe wurden im selben Jahr chronische Erkrankungen der unteren Atemwege mit 120 Fällen sowie Grippe und Pneumonie mit 115 Fällen am häufigsten registriert.

2.2.8. STERBLICHKEIT NACH URSACHEN

Indikatoren im Überblick

- Sterblichkeitsrate - Männer: **830,8** pro 100.000
- Sterblichkeitsrate - Frauen: **859,5** pro 100.000

Die Daten zur Sterblichkeit stammen aus dem Landessterblichkeitsregister, das die ISTAT-Totenscheine verwaltet und der Haupttodesursache den entsprechenden Kodex zuweist.

Im Jahr 2024 wurden in der Wohnbevölkerung Südtirols insgesamt 4.559 Todesfälle verzeichnet, was einer unbereinigten Sterblichkeitsrate von 845,2 pro 100.000 Einwoh-

nerinnen und Einwohner entspricht. Die häufigste Todesursache waren Erkrankungen des Kreislaufsystems, die bei 32,7 % der weiblichen und 27,8 % der männlichen Verstorbenen festgestellt wurden. Bei Männern dominierte die Sterblichkeit infolge von Tumorerkrankungen mit einem Anteil von 27,2 % gegenüber 24,0 % bei Frauen. Auch bei den durch Atemwegserkrankungen verursachten Todesfällen lag der Anteil bei Männern mit 9,1 % höher als bei Frauen mit 7,2 %.

KAPITEL 3

KOLLEKTIVE VERSORGUNG
UND VOLKSGESUNDHEIT

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

3. KOLLEKTIVE VERSORUNG UND VOLKSGESUNDHEIT

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

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

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

3.1. ONKOLOGISCHE SCREENINGS

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

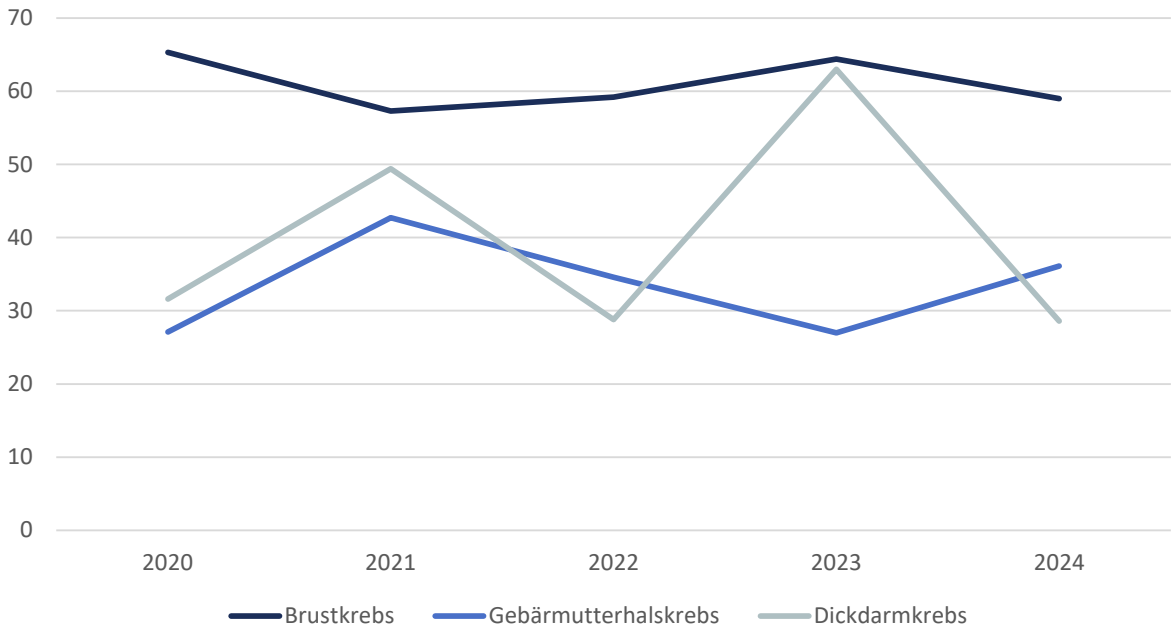
Indikatoren im Überblick

- Teilnahme am Zervixkarzinom-Screening (PAP- und HPV-Test): **36,1 %**
- Teilnahme am Mammakarzinom-Screening: **59,0 %**
- Teilnahme am kolorektalen Karzinom-Screening: **28,6 %**

Die Tests für die **Gebärmutterhalskrebsvorsorge** sind der Pap-Test und der Papillomavirus-Test (HPV-DANN-Test). Der bisher verwendete Test ist der Pap-Test, der alle 3 Jahre Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren angeboten wird. Da jüngste wissenschaftliche Erkenntnisse gezeigt haben, dass ab einem Alter von 30 Jahren der HPV-Test (HPV-DNA-Test), der alle 5 Jahre durchgeführt wird, kosteneffizienter ist, setzt man auch in Südtirol zunehmend auf das Modell des HPV-DNA-Tests. Im Jahr 2024 haben 36,1 % der Zielpopulation den Pap-Test oder den HPV-Test durchgeführt.

Der empfohlene Screening-Test für **Brustkrebs** besteht in einer Mammographie alle zwei Jahre für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren. Die Teilnahme an einem organisier-

Teilnahme an den onkologischen Screenings



ten Screening Programm auf Einladung kann die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu sterben, um bis zu 35 % senken. In Südtirol gibt es das Screening-Programm für diese Krebserkrankung seit 2003. Im Jahr 2024 nahmen 59,0 % der eingeladenen Frauen am Screening-Programm teil.

Das Vorsorgeprogramm gegen **Dickdarmkrebs** hat 2 Ziele:

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

Ein Anzeichen für einen Tumor oder Darmpolyp kann eine Blutung im Enddarm sein, bei der letztlich auch Blut im Stuhl auftaucht. Die Vorsorgeuntersuchung erkennt auch verstecktes Blut im Stuhl, selbst in geringen Mengen, die mit bloßem Auge nicht sichtbar sind. Sie ist für Personen, die für Dickdarmkrebs keine anderen Risikofaktoren haben,

eine der effizientesten Strategien zur Vorsorge. In Südtirol läuft dieses Screening-Programm seit 2012. Im Jahr 2024 haben 28,6 % der Eingeladenen am Screening-Programm teilgenommen.

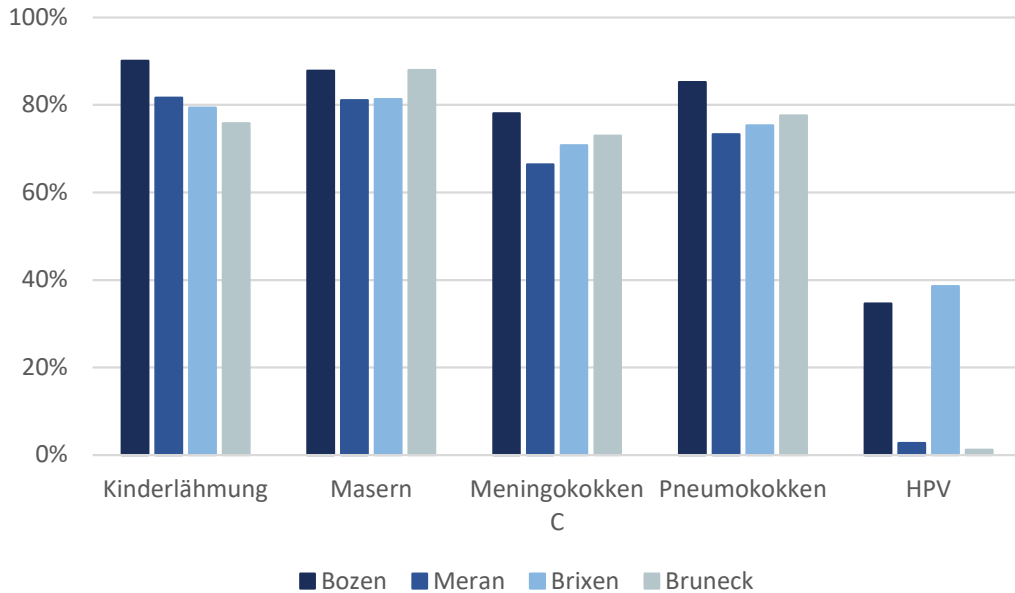
3.2. VORBEUGUNG VON INFEKTIONS- UND PARASITENERKRANKUNGEN, INKLUSIVE IMPFPROGRAMME

Indikatoren im Überblick

- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Kinderlähmung: **84,0 %**
- Impfdeckung im Alter von 24 Monaten für Masern: **85,0 %**

Der mit Beschluss der Landesregierung Nr. 457 vom 18. April 2017 genehmigte Landesimpfkalender bietet ein einheitliches

Impfdeckung im Alter von 24 Monaten



Schema für alle von der WHO und dem nationalen Impfplan 2017-2019 angegebenen **Kinderschutzipfungen**. In Italien sind für Neugeborene Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung, Hepatitis B, Masern-Mumps-Röteln (MMR), Keuchhusten und Haemophilus influenzae Typ B (Hib) Pflicht. Auf Landesebene werden auch Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken C und Papillomaviren (HPV) empfohlen. 2024 wurden in der Südtiroler Bevölkerung zirka 233.000 Impfdosen verabreicht (14.000 wegen Covid-19). 25,6 % (Covid-19-Impfungen ausgenommen) waren gesetzlich vorgeschriebene Impfungen, 59,4 % hingegen empfohlene Impfungen. Für die Geburtskohorte 2021 liegt die Durchimpfungsrate im Alter von 24 Monaten auf Landesebene unter den optimalen 95 %; noch unzureichend ist die Masern-Impfquote. Die Überwachung der Infektionskrankheiten basiert auf dem **Informationssystem der Infektionskrank-**

heiten (SMT). Sie umfasst die Einbeziehung der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes oder der Allgemeinmedizinerin/des Allgemeinmediziners, die bzw. der die Infektionskrankheit diagnostiziert und den Diensten für Hygiene und öffentliche Gesundheit des Sanitätsbetriebs meldet. Je nach Ätiopathogenese und epidemiologischer Relevanz der Krankheit ergreifen die Fachkräfte entsprechende Prophylaxe-Maßnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit. Im Rahmen der Vorbeugung von Infektions- und parasitären Krankheiten führten die vier Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit epidemiologische Ermittlungen und/oder Überwachungen in Bezug auf spezifische meldepflichtige Krankheiten durch. Die meisten davon betreffen Verseuchungen durch Ektoparasiten bzw. Infektionen durch das Influenza-A-Virus H1N1, Salmonellose, Campylobacter und

sonstige Erreger von Lebensmittelvergiftungen. Diese Prophylaxe-Tätigkeit betraf im Jahr 2024 insgesamt 2.510 Personen. Eine weitere wichtige Präventionsmaßnahme der Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit richtet sich an Personen, die beruflich oder privat ins Ausland reisen. Diese Reisenden könnten sich mit Infektionskrankheiten anstecken, die in den besuchten Ländern eine hohe Inzidenz aufweisen (Amöbenkrankheit, Cholera, Denguefieber, Reisediarrhoe, bakterielle Ruhr oder Shigellose, Gelbfieber, typhusartiges Fieber, Malaria). Zusätzlich zur Impfplanung und -verabreichung (nicht immer möglich) umfasst die Prophylaxe gezielte Gesundheitsberatung und -aufklärung für Auslandsreisende. Die Prophylaxe gegen Infektions- und parasitäre Krankheiten sieht auch Desinfektions-, Entwesungs- und Rattenbekämpfungsmaßnahmen in öffentlichen Einrichtungen, Wohnungen und Schulen vor. 2024 wurden im Landesgebiet 522 Desinfektions- und Entwesungsmaßnahmen durchgeführt. 95,8 % davon betrafen öffentliche Einrichtungen, die restlichen 4,2 % öffentliche Plätze und Privatgebäude.

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

Dieser Bereich umfasst alle Aktivitäten und Dienstleistungen zum Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Bevölkerung. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf die Risiken im Lebensumfeld, wie öffentliche Einrichtungen, Gebäude für unterschiedliche Zwecke, öffentliche Schwimmbäder oder der Öffentlichkeit zugängliche Privatschwimmbäder.

Auch Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln sowie Schönheitssalons/Beautyfarmen und das Arbeitsumfeld werden berücksichtigt.

LEBENSUMFELD

Indikatoren im Überblick

- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von chemisch-physischen Analysen: **9,9 %**
- Nicht regulär resultierende Schwimmbadwasserproben infolge von mikrobiologischen Analysen: **5,3 %**
- Überwachung und Kontrolle der Kosmetika: **119 Kontrollen**

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit überprüfen und überwachen die **hygienisch-sanitären Bedingungen** der verschiedenen öffentlichen Einrichtungen. Die Dienste führen Analysen durch, um die Gesundheits- und Sicherheitsbedingungen der Gebäude für Nutzerinnen und Nutzer und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu überprüfen. Sie unterstützen außerdem die zuständigen Behörden und Betreiberinnen und Betreiber bei der Festlegung von Maßnahmen zur Verbesserung der hygienischen und sicherheitstechnischen Bedingungen. 2024 wurden insgesamt 155 Kontrolle von öffentlichen Einrichtungen des Landes auf ihre hygienisch-sanitären Bedingungen geprüft. Kontrollen wurden hauptsächlich in privaten Gesundheitseinrichtungen (87,1%) durchgeführt. Außerdem führen die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Kontrollen an öffentlichen **Schwimmbädern** oder der Öffentlichkeit zugänglichen Privatschwimmbädern durch. In diesem Rahmen wurden analytische Wasserkontrollen an allen Frei-

zeit- oder Rehabilitations-Badeanlagen vorgenommen. 2024 wurden 556 Schwimmbadwasserproben zwecks chemisch-physischer Analysen entnommen; 9,9% davon waren nicht regulär. Bei der Auswertung dieser Daten ist zu beachten, dass Schwimmbäder komplexe Anlagen sind. Ihre chemisch-physikalischen Bedingungen unterliegen ständigen Schwankungen. Diese Schwankungen hängen von Faktoren wie dem Anlagentyp, der Wassertemperatur, den Wetterbedingungen, der Anzahl der Badegäste und anderen Einflussfaktoren ab. Mikrobiologische Analysen wurden an 617 Wasserproben durchgeführt, 5,3% davon erwiesen sich als nicht regulär. Das Gesetz Nr. 713 vom 11. Oktober 1986 in geltender Fassung regelt die Umsetzung der EU-Richtlinien zur Produktion und zum Vertrieb von **Kosmetika**. Das Gesundheitsministerium hat die Aufgabe, die Sicherheit der am Markt angebotenen Kosmetikartikel zu gewährleisten. Hierzu arbeitet es an zwei Fronten:

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

Die Dienste für Hygiene und Öffentliche Gesundheit sind für die Kontrolle der Produktionsstätten und Verkaufsstellen von Kosmetikartikeln zuständig. Ebenso kontrollieren sie Schönheitssalons, Beautyfarmen sowie Tätowier- und Piercing-Geschäfte in Südtirol. Die Tätigkeiten der **betrieblichen Sektion für Umweltmedizin** werden auf dem

gesamten Territorium der Provinz Bozen ausgeübt. Im Rahmen der Kontrollen in den Bereichen Reach und CLP wurden im Jahr 2024 46 Kontrollen vorgenommen. Die **Kontrolle und Überwachung im Bereich des Leichenpolizeidienstes und der Leichenbeschau** wird vom Dienst für Hygiene und Öffentliche Gesundheit durchgeführt. Sie umfasst Inspektionen auf Friedhöfen, Beistand bei Exhumierungen, Autopsien und die Ausstellung von Bescheinigungen für den Leichentransport.

ARBEITSUMFELD

Der **Dienst für Arbeitsmedizin** schützt die Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und führt Maßnahmen zur Überwachung und Gesundheitsförderung durch. Der Dienst ist in zwei Bereiche unterteilt: Arbeitsinspektorat und klinischer Bereich für Arbeitsmedizin.

Das **Arbeitsinspektorat** untersucht berufliche Risiken und führt Aufklärungs- sowie Gesundheitsbildungsmaßnahmen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern durch. Außerdem überwacht es die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Gesundheitsbereich zum Schutz der Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Der **klinische Bereich der Arbeitsmedizin** führt hauptsächlich ärztliche und klinische Untersuchungen an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern durch. Zudem übernimmt er alle Aufgaben, die dem zuständigen ärztlichen Personal gemäß Artikel 25 des Legislativdekrets 81/2008 zugewiesen sind. Die Untersuchungen werden von den beim Sanitätsbetrieb angestellten bzw. vertragsgebundenen und in Privatpraxen tätigen Fachärztinnen und Fachärzten vorgenommen. Der

Dienst für Arbeitsmedizin übernimmt den organisatorischen und pflegerischen Aspekt. Er führt einige Untersuchungen wie EKG und EEG durch. Die Befunde dieser Untersuchungen werden anschließend von ärztlichem Fachpersonal erstellt.

3.4. TIERGESUNDHEIT UND HYGIENE IM VETERINÄRBEREICH

Indikatoren im Überblick

- Test bei Rindern zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **100.290**
- Test bei Schafen und Ziegen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **30.112**
- Test bei Schweinen zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **565**
- Test bei Geflügel zur Vorbeugung von Infektionskrankheiten: **443**
- Anzahl der Inspektionen in viehhaltenden Betrieben zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln: **551**

Der Landesveterinärdienst ist das technische Organ für die Kontrolle, Überwachung, Koordinierung und Planung der Tätigkeiten der Tierärztlichen Dienste in Südtirol. Er erarbeitet Landesrechtsvorschriften und überprüft die korrekte Anwendung der EU-, Staats- und Provinzbestimmungen im Veterinärwesen durch anerkannte Tierärztinnen und Tierärzte, Hygieneinspektoren und andere Kontrollorgane. Der **betriebliche Tierärztliche Dienst** sorgt für die korrekte Anwendung der Landesvorschriften und ist in zwei Sektionen unterteilt: **Tiergesundheit**

und Hygiene der Lebensmittelproduktion.

Laut dem Landesgesetz Nr. 3 vom 12.01.83 kümmert sich die erste Sektion um die Kontrolle und Überwachung von Tieren, ihrer Unterbringung und Dichte. Sie ist auch zuständig für die sanitären Genehmigungen, die Transportfahrzeuge und den Tiertransport innerhalb und außerhalb der EU sowie für die Herstellung, Verarbeitung und den Verkauf von Produkten für Tiere (wie Futtermittel). Außerdem überwacht sie die Hygiene bei der Fortpflanzung von Tieren, den Einsatz von tiermedizinischen Medikamenten und den Tierschutz.

Die zweite Sektion ist für die Hygiene von Lebensmitteln tierischen Ursprungs zuständig. Daneben obliegt ihr die Überwachung der Schlachtbetriebe und -anlagen, der Entsorgung von Abfällen und Resten tierischen Ursprungs und der Schindanger. Zur landesweiten tierärztlichen Versorgung nutzt der betriebliche Tierärztliche Dienst in Bozen operative Dienststellen in Meran, Brixen und Bruneck.

Die Prophylaxemaßnahmen gegen Tierkrankheiten und die Sanierungspläne des Landestierärztlichen Dienstes konzentrierten sich auf Rinder-TBC, Brucellose bei Rindern, Schafen und Ziegen, Brucella-Ovis-Infektion, infektiöse bovine Rhinotracheitis (IBR), vesikuläre Schweinekrankheit, Schweinepest, Aujeszky-Krankheit, Rinderleukose, BVD/MD-Antikörper und -Virus, Blauzungenkrankheit, CAE bei Ziegen (Caprine Arthritis-Enzephalitis), Maedi-Visna, Paratuberkulose, IHN (Infektiöse hämatopoetische Nekrose) und VHS (Virale hämorrhagische Septikämie) der Fische.

Neben den serologischen Untersuchungen am Vieh wurden in den einzelnen Betrieben auch Milchtank-Stichproben entnommen. Im

Jahr 2024 wurden 100.290 Tests an Rindern, 30.3112 an Schafen und Ziegen und 565 an Schweinen zur Prävention von Infektionskrankheiten durchgeführt. Im Rahmen des **Landesnotfallplan für die Lebensmittel- und Futtermittelsicherheit** wurden 140 Probeentnahmen von Futtermitteln in Viehhaltungsbetrieben durchgeführt, wobei Kraft- und Grundfutter kontrolliert wurden. Zudem gab es dort 24 Probeentnahmen für gentechnisch nicht veränderte Produkte und 387 Inspektionen zur Überwachung der Verabreichung von Futtermitteln.

3.5. LEBENSMITTELSICHERHEIT

Indikatoren im Überblick

- Anzahl der Lebensmittelkontrollen:
2.309
- Prozentsatz der aus öffentlichen Wasserleitungen entnommenen Wasserproben für den menschlichen Gebrauch zwecks chemisch-physi-scher Analysen mit nicht regulären Werten: **3,3 %**

Die EU-Gesetzgebung (EG-Verordnung Nr. 178/2002) überträgt den Lebensmittelunternehmern und -unternehmerinnen die Verantwortung für die Gewährleistung der Lebensmittelsicherheit bereits ab der Primärproduktion bis zur Verarbeitung und zum Verkauf an die Endverbraucher und -verbraucherinnen. Die zuständigen Behörden (Gesundheitsministerium, Regionen und autonome Provinzen, Sanitätsbetriebe) führen die offiziellen Kontrollen der Einhaltung der EU-Vorschriften über die Hygiene und Sicherheit von Lebensmitteln und Geträn-

ken auf der Grundlage der Bestimmungen der EG-Verordnung Nr. 882/2004 durch. Diese Kontrollen beginnen bereits ab der Primärproduktion und können jede Phase der Verarbeitung, Lagerung, des Transports, Verkaufs und der Verabreichung einschließlich Produktionsstätten, Räumlichkeiten und zugehörige Ausrüstungen betreffen. Laut italienischer Gesetzgebung sind für die Kontrollen an Lebensmitteln tierischen Ursprungs die tierärztlichen Dienste zuständig, für die Kontrollen an Lebensmitteln nicht tierischen Ursprungs hingegen die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit. 2024 kontrollierten die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit und der Tierärztliche Dienst in Südtirol 2.309 Produktionsbetriebe sowie Lebensmittel tierischer und nicht tierischer Herkunft. Es gab 7 Meldungen von Straftaten (0,3 % der Kontrollen).

Die **Überwachung der Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch** erfolgt durch die Dienste für Hygiene und öffentliche Gesundheit, mit der Unterstützung der Labors der Landesagentur für Umwelt und Klimaschutz (Labor für Wasseranalysen und Chromatographie und Biologisches Labor), welche chemische und mikrobiologische Analysen vornehmen. Dabei wird zwischen den Gutachten zur Bewertung der Eignung der Wasserleitungen und den an diesen durchgeführten Kontrolleingriffen unterschieden. Bei den Trinkwasserkontrollen in öffentlichen Wasserleitungen ist der Anteil an nicht regulären Proben gering: 3,3 % bei chemisch-physikalischen Analysen und 6,6 % bei mikrobiologischen Analysen. Diese Werte sprechen für die Güte des gelieferten Trinkwassers. Die häufigsten Grenzwertüberschreitungen betreffen Eisen, Mangan, Arsen und den pH-Wert. Eisen steigt meist durch die geringe Minera-

lisierung der Bergwässer, die Rohrleitungen korrodieren lässt, seltener durch Naturphänomene. Mangan und Arsen stammen aus geologischen Prozessen. Der pH-Wert kann zu sauer sein (bei mineralarmem Wasser) oder zu alkalisch (durch Neutralisierung solcher Wasserarten). In den für den menschlichen Gebrauch bestimmten Wässern wurden keine Überschreitungen bei Nitraten, Schwermetallen, polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, chlorierten Lösungsmitteln und Schädlingsbekämpfungsmitteln/ Unkrautvertilgungsmitteln verzeichnet.

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

3.6. RECHTSMEDIZINISCHE UND SPORTMEDIZINISCHE TÄTIGKEITEN

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

beschrieben, die zur Feststellung der Eignung zum Leistungssport dienen.

3.6.1. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR RECHTSMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

- Visiten zur Ausstellung von Kfz- und Bootsführerscheinen: **7.704**
- Sanitäre Ermittlungen für die Ausstellung von Waffenscheinen: **1.502**

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

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

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

- die Feststellung vorübergehender Arbeitsunfähigkeit;
- die Ermittlungen zur Erstellung von Gutachten über allgemeine und spezifische Arbeitsunfähigkeit bzw. dauernde Invalidität;
- die Ermittlung der rechtsmedizinischen Voraussetzungen für die Anerkennung des Rechts auf zusätzliche Gesundheitsleistungen für die Versorgten des Landesgesundheitsdienstes;
- die gesundheitliche Versorgung von Zivil-, Dienst- und Kriegsinvaliden sowie

- von Blinden und Taubstummen und anderen geschützten Personengruppen;
- rechtsmedizinische Ermittlungen zur Ausstellung eines Parkausweises für Invaliden und Ermittlungen aus Entschädigungs- und Versicherungsgründen zur Überprüfung einer eventuellen beruflichen Haftung seitens des Gesundheitspersonals;
 - technische Gutachten über rechtsmedizinische Fragen im Gesundheitswesen;
 - Ermittlungen für die Anerkennung der Zivilinvalidität und des Behinderungsgrades.

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

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

Bei den Ämtern der Landesabteilung Gesundheit haben die Bürgerinnen und Bürger die Möglichkeit Rekurse gegen Entscheidungen der Gesundheitsbezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebes einzureichen. Bei folgenden Leistungen sind Rekurse möglich:

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

3.6.2. TÄTIGKEITEN DER DIENSTE FÜR SPORTMEDIZIN

Indikatoren im Überblick

- Ausgestellte Bescheinigungen für Leistungssport: **28.895**

Die **Dienste für Sportmedizin** sorgen für den Gesundheitsschutz im Leistungssport. Sie überprüfen die Eignung für Leistungssport und normale sportliche Betätigung und stellen entsprechende Bescheinigungen aus (gemäß Landesgesetz Nr. 1 vom 13.01.1992). Sie übernehmen die Koordination und Förderung der Maßnahmen von ärztlichem Personal und Einrichtungen im Bereich des Ge-

sundheitsschutzes im Sport. Der Dienst für Sportmedizin Bozen übernimmt Südtirol weit zusätzliche fachärztliche Leistungen für Leistungssportlerinnen und -sportlern, gemäß einem vereinbarten Protokoll.

Die Dienste für Sportmedizin sind in den Gesundheitsbezirken Bozen, Brixen und Bruneck eingerichtet. Der Dienst für Sportmedizin Bozen übernimmt die sportmedizinischen Leistungen des Gesundheitsbezirkes Meran. Die Dienste für Sportmedizin übernehmen neben den Aufgaben des Landesgesetzes 1/92 auch spezialisierte Tätigkeiten. Diese umfassen die Gesundheitserziehung in Schulen, Trainingsbewertung und -planung, Dopingkontrollen, Betreuung bei internationalen Wettkämpfen sowie die regelmäßige Bewertung von Behindertensportlerinnen und -sportlern.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 28.895 Bescheinigungen für Leistungssport ausgestellt.

KAPITEL 4

WOHNORTNAHE VERSORGUNG

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

4. WOHNORTNAHE VERSOR- GUNG

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

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

8. Betreuung in Hospiz-Einrichtungen.

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

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

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

4.1. SPRENGELVERSORGUNG

4.1.1. MEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Allgemeinmediziner: **298**
(Stand zum 31. Dezember 2024)
- Kinderärzte freier Wahl: **55**
(Stand zum 31. Dezember 2024)

Im Jahr 2024 hatten 515.381 Betreuungsrechtigte ihre Ärztin oder ihren Arzt für All-

gemeinmedizin und ihre Kinderärztin oder ihren Kinderarzt freier Wahl gewählt. Davon wurden 453.654 von den Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und 61.723 von den Kinderärztinnen und Kinderärzten freier Wahl betreut. Da einige Arztwechsel zu Jahresende erfolgten und die hier angeführten Daten zum 31.12. aktualisiert wurden, könnten sie möglicherweise nicht auf dem neuesten Stand sein. Die Zahl der Betreuungsberechtigten im Alter unter 14 Jahren belief sich auf 68.334, 89,1 % davon wurden von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt freier Wahl betreut.

Zum 31.12.24 waren insgesamt 353 mit dem Landesgesundheitsdienst vertragsgebundene Ärztinnen und Ärzte tätig. 298 Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und 55 Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl. Durchschnittlich betrug die Anzahl der Betreuungsberechtigten pro Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin 1.522 und pro Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl 1.122. Im Vergleich zu den anderen Regionen Italiens liegen die Indikatoren in Südtirol über dem nationalen Durchschnitt. Die italienischen Durchschnittswerte im Jahr 2023* waren 1.335 Betreuungsberechtigte pro Ärztin und Arzt für Allgemeinmedizin und 936 Betreuungsberechtigte pro Kinderärztin und Kinderarzt freier Wahl. Diese Werte stellen die letzten verfügbaren Daten dar. Der Landesvertrag legt 1 Ärztin oder Arzt für Allgemeinmedizin pro 1.300 Einwohnerinnen und Einwohner fest, maximal 1.500 Einwohnerinnen und Einwohner laut nationalem Vertrag.

Seit dem Jahr 2018 sind in Südtirol die Vernetzte Gruppenmedizinen (VGM) aktiv. Es handelt sich um eine Gruppierung von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin, die den Gesundheitsschutz der Bevölkerung im

Einzugsgebiet rund um die Uhr an allen Wochentagen sicherstellt. Dies gilt für alle Patientinnen und Patienten, die bei den Ärztinnen und Ärzten eingeschrieben sind, die an der Vernetzten Gruppenmedizin teilnehmen. In Südtirol gibt es 26 VGM mit 5 (Brixen-Umgebung 2 und Passeiertal) bis 20 Ärztinnen und Ärzten pro VGM (Bozen 3).

Die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin haben im Laufe des Jahres 2024 ca. 158.817 zusätzliche Leistungen erbracht, wobei 32,6 % die Nicht-Obligatorischen Impfungen sind; zu den anderen häufigsten Leistungen gehören die Wundversorgungen (28,9%) und das Entfernen von feststehendem Ohrschmalz (18,9%).

Die Kinderärztinnen und Kinderärzte freier Wahl haben ca. 77.887 zusätzliche Leistungen erbracht. Zu den häufigsten Leistungen gehören die Bestimmung der Sauerstoffsättigung (32,0%), die Kinderimpfungen (23,5%), der Rachenabstrich (13,9%) und der Sehtest (10,1%).

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

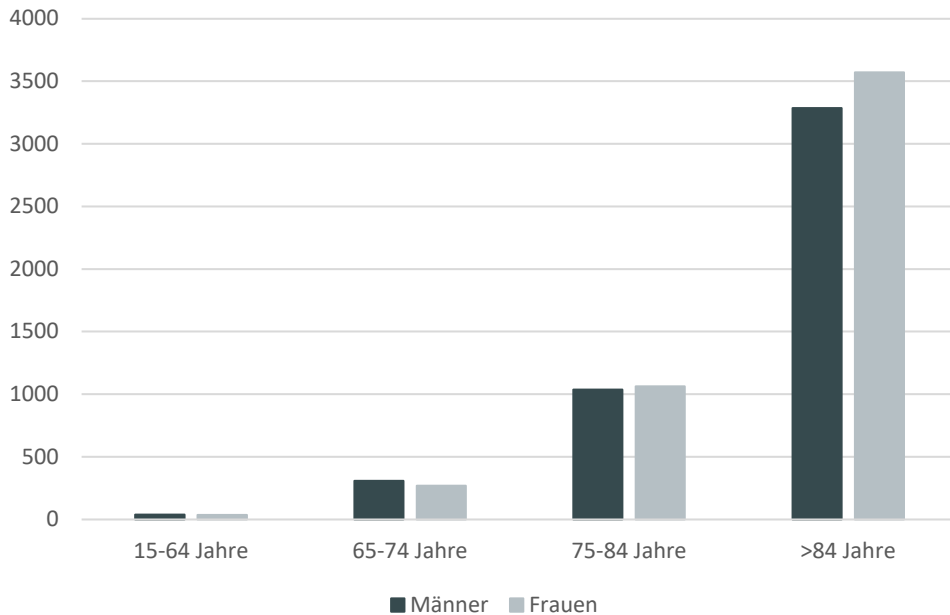
4.1.2. HAUS- UND KRANKENPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- PHP-Patienten (programmierte Hauspflege): **1.725**
- IHP-Patienten (integrierte Hauspflege): **13.539**

Im Jahr 2024 wurden in der programmierten Hausbetreuung (PHP) 1.725 Patientinnen und Patienten von den Südtiroler Diensten für Basismedizin versorgt – ein deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr (1.332).

IHP-Patienten nach Alter und Geschlecht pro 10.000 EW



56,4 % der auf Landesebene tätigen Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner waren in die programmierte Hausbetreuung (PHP) eingebunden und betreuten durchschnittlich 10,3 Patientinnen und Patienten. 82,3 % der in der PHP versorgten Personen waren über 75 Jahre alt. Die PHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 37,6 Patientinnen und Patienten pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Die programmierte Hausbetreuung für Erwachsene wurde hauptsächlich bei Herz-Kreislauf-Krankheiten (33,3 %), psychischen Störungen (18,4 %), Nervensystem- und Sinnesorgan-Krankheiten (14,0 %), Knochen-, Muskel- und Bindegewebs-Krankheiten (11,0 %) und Tumorerkrankungen (6,4 %) eingesetzt.

Im Jahr 2024 wurden im Rahmen der integrierten Hausbetreuung (IHP) von den Diens-

ten für Basismedizin insgesamt 13.539 Personen über 15 Jahre versorgt. Die Daten zeigen im Vergleich zu den Vorjahren einen deutlichen Anstieg. Seit 2022 werden neben der ärztlich aktivierten integrierten Hausbetreuung (ADI) auch die vom Pflegepersonal aktivierte Hausbetreuung erfasst.

Die IHP-Versorgungsrate beträgt für Südtirol 295,1 Patientinnen und Patienten pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Jahr 2024 wurden 67,4 % der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner in Südtirol in Programme der integrierten Hausbetreuung (IHP) eingebunden. Pro Patientin bzw. Patient wurden durchschnittlich 1,5 Einsätze pro Monat durchgeführt – unterstützt durch verschiedene Berufsgruppen. 79,3 % der betreuten Personen waren über 75 Jahre alt.

Im Jahr 2024 litten 14,5 % der im Rahmen der integrierten Hausbetreuung (IHP) versorgten

Patientinnen und Patienten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 12,1 % an Tumorerkrankungen und 6,6 % an Erkrankungen des Nervensystems. Darüber hinaus entfielen 36,0 % der Fälle auf die Kategorie ‚zusätzliche Klassifizierung von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen‘. Diese Klassifizierung bezieht sich auf Umstände oder Probleme, die den Gesundheitszustand beeinflussen können, ohne dass eine konkrete Erkrankung oder Schädigung vorliegt.

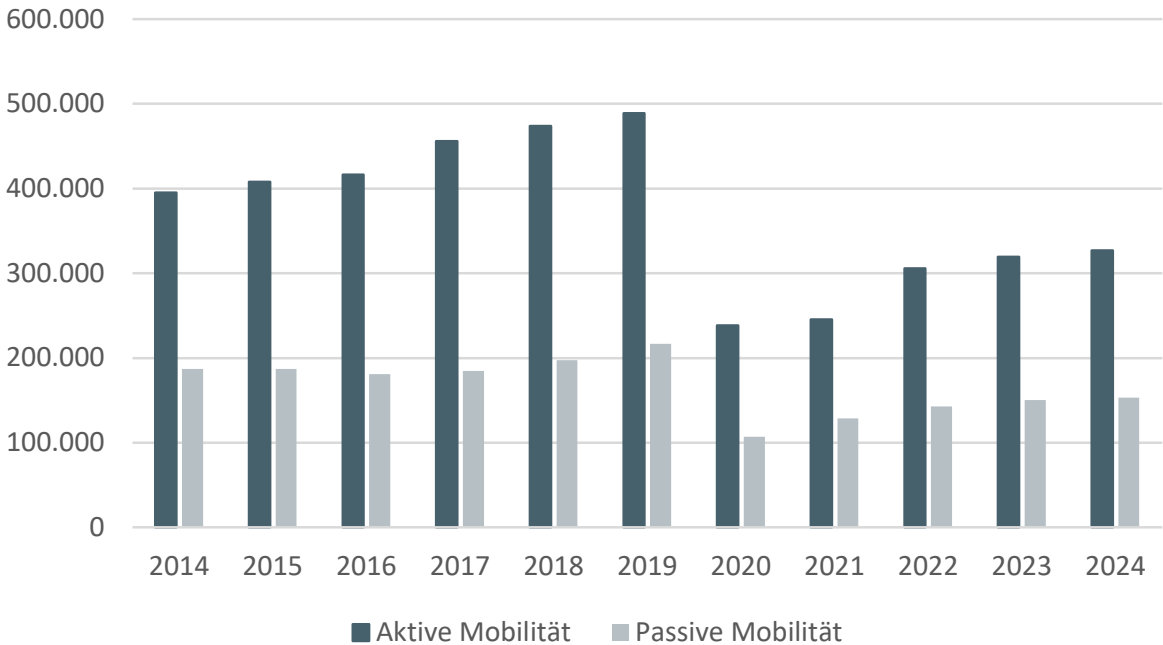
Im Rahmen der Hausbetreuung wurden im Jahr 2024 insgesamt 237 Kinder von Kinderärztinnen und Kinderärzten versorgt, davon 234 im Rahmen der integrierten Hausbetreuung (IHP). 25,7 % der Kinder litten an Komplikationen perinatalen Ursprungs, 15,2

% an Erkrankungen des Nervensystems, 14,3 % wurden unter der Kategorie ‚zusätzliche Klassifizierung von Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste führen‘ erfasst, und 13,5 % hatten angeborene Fehlbildungen.

4.2. AMBULANTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der Landesgesundheitsdienst stellt die ambulante fachärztliche Versorgung sicher. Dazu zählen Facharztuntersuchungen, instrumentelle Diagnostik, Laboranalysen sowie Therapie- und Rehabilitationsleistungen. Die vorliegenden Daten beziehen sich auf jene Leistungen, die im Landestarifverzeichnis enthalten sind und über das Informations-

Aktive und passive Mobilität der fachärztlichen Leistungen



system der Fachambulanzen (SPA) erfasst werden. Die Analyse umfasst auch fachärztliche Leistungen, die in der Erste-Hilfe sowie in der Kurz-Intensivbeobachtungsstation erbracht wurden – vorausgesetzt, es war kein stationärer Aufenthalt notwendig. Zusätzlich wurden ambulante Leistungen berücksichtigt, die von privaten Vertragseinrichtungen erbracht wurden. Nicht enthalten sind hingegen Leistungen der sogenannten „indirekten fachärztlichen Versorgung“, da hierfür keine Daten aus dem Informationssystem vorliegen.

Die Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung durch die Südtiroler Bevölkerung wird anhand des Verhältnisses zwischen den erbrachten Leistungen in Landes-, nationalen und österreichischen Gesundheitseinrichtungen und der Wohnbevölkerung gemessen. Im Jahr 2024 wurden durchschnittlich 17,1 fachärztliche Leistungen pro Einwohnerin und Einwohner in Anspruch genommen.

4.2.1. ERBRACHTE LEISTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Erbrachte ambulante fachärztliche Leistungen: **9.494.814**
- Gesamtwert der erbrachten Leistungen: **162** Mio. Euro
- Eingezogener Ticketbetrag: **27** Mio. Euro

2024 wurden in den Landeseinrichtungen 9.494.814 ambulante fachärztliche Leistungen erbracht – davon 90,9 % in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen. Im Vergleich zu 2023 blieb die Anzahl der Leistungen nahezu unverändert (+0,1 %).

Der Gesamttarifwert dieser Leistungen beträgt 161.821.287,47 Euro. Die Ticketbeteiligung der Patientinnen und Patienten an den Gesundheitsausgaben beläuft sich auf 26.594.011,12 Euro, wobei 92,2 % dieser Beiträge von öffentlichen Einrichtungen eingezogen wurden.

67,5 % aller ambulanten Leistungen – unabhängig davon, ob sie öffentlich oder privat erbracht wurden – entfielen auf ticketbefreite Patientinnen und Patienten. Weitere 2,4 % gingen an Personen mit teilweiser Ticketbefreiung (z. B. Kinder, die steuerlich zu Lasten der Eltern leben), und 1,5 % an Selbstzahler. Die verbleibenden 28,6 % der Leistungen wurden von nicht ticketbefreiten Personen in Anspruch genommen.

Das Landestarifverzeichnis unterteilt die ambulanten fachärztlichen Leistungen in vier Makrobereiche:

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

In öffentlichen Einrichtungen verteilen sich die Leistungen wie folgt: 69,5 % entfallen auf Laboruntersuchungen, 5,4 % auf Bilddiagnostik, 5,0 % auf Rehabilitationsmaßnahmen und 20,1 % auf sonstige klinische Leistungen. Betrachtet man die Verteilung nach Tarifwert, ergeben sich andere Gewichtungen: 26,6 % Laboruntersuchungen, 17,8 % Bilddiagnostik, 6,4 % Rehabilitationsmaßnahmen und 49,2 % sonstige klinische Leistungen. Die Notaufnahmen erbrachten 17,8 % der gesamten ambulanten fachärztlichen Leistungen. Bei den privaten Einrichtungen liegt der Schwerpunkt auf Rehabilitationsleistungen (44,4 %), gefolgt von sonstigen klinischen

Leistungen (28,1 %).

Im Jahr 2024 zahlte der Sanitätsbetrieb insgesamt 14.706.321,50 Euro an private Einrichtungen und vertragsgebundene Freiberufler. Der Tarifwert der tatsächlich erbrachten ambulanten fachärztlichen Leistungen belief sich dabei auf 12.630.471,33 Euro.

4.2.2. FACHÄRZTLICHE MOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

- Aktive Mobilität: **326.947** zugunsten von in anderen Regionen Italiens ansässigen Bürgern und **187.566** zugunsten von ausländischen Bürgern in Südtirol erbrachte Leistungen
- Passive Mobilität: **153.370** in Einrichtungen anderer Regionen Italiens und **77.194** in österreichischen Einrichtungen zugunsten von Südtiroler Bürgern erbrachte Leistungen
- Saldo der aktiven und passiven Mobilität: **173.577** Leistungen

Die Analyse der überregionalen ambulanten fachärztlichen Versorgung berücksichtigt zwei Aspekte: Zum einen die Leistungen, die von Landeseinrichtungen für Personen aus anderen italienischen Regionen erbracht wurden (aktive Mobilität), und zum anderen die Leistungen, die Patientinnen und Patienten aus Südtirol in anderen Regionen Italiens erhalten haben (passive Mobilität).

Im Jahr 2024 verzeichnete Südtirol einen positiven Mobilitätssaldo von 173.577 Leistungen – das bedeutet, dass mehr ambulante fachärztliche Leistungen für auswärtige Patientinnen und Patienten erbracht wurden, als Südtirolerinnen und Südtiroler in anderen Regionen in Anspruch nahmen.

24,8 % der aktiven Mobilität entfielen auf die Wohnbevölkerung der Autonomen Provinz Trient, weitere 22,3 % auf Bürgerinnen und Bürger aus Venetien.

4.4. STATIONÄRE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Aufenthalte im Therapiezentrum Salus Center: **457**
- Gesamtaufenthalte im Rehabilitationszentrum Bad Bachgart: **329**

Die stationäre Rehabilitation in Südtirol wird derzeit vom **Therapiezentrum Salus Center** in Prissian angeboten. Sie richtet sich an Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die nicht pflegebedürftig sind. Im Jahr 2024 standen dafür insgesamt 36 vertragsgebundene Betten zur Verfügung – 32 für stationäre Aufenthalte und 4 für die Tagesklinik. Im Laufe des Jahres wurden insgesamt 457 Aufenthalte verzeichnet, was einem Rückgang von 2,3 % im Vergleich zu 2023 entspricht. 40,5 % der behandelten Personen kamen aus dem Gesundheitsbezirk Bozen, 29,0 % aus Meran, 12,2 % aus Brixen und 18,3 % aus Bruneck.

Neben dem Salus Center ist auf Landesebene auch das **Rehabilitationszentrum Bad Bachgart** im Gesundheitsbezirk Brixen tätig. Das Zentrum verfügt im Normalbetrieb über 65 Betten. Es bietet eine intensive, stationäre und ganzheitliche Behandlung für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sowie psychischen und psychosomatischen Störungen.

Der Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ konzentriert sich auf die stationäre Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhän-

gigkeit sowie Spielsucht. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt etwa acht Wochen.

Der Bereich „Psychosomatik/Psychotherapie“ richtet sich an Personen mit Essstörungen, Angstzuständen, Zwangsstörungen, affektiven und sonstigen Störungen. Die Behandlungsdauer liegt in der Regel zwischen sechs und acht Wochen und wird individuell an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 329 Aufenthalte verzeichnet – das entspricht einem Rückgang von 19,1 % im Vergleich zum Vorjahr. Das Zentrum Bad Bachgart betreute dabei überwiegend in Südtirol wohnhafte Patientinnen und Patienten. Nur in einem einzigen Fall wurde eine Person aus einer anderen Region aufgenommen.

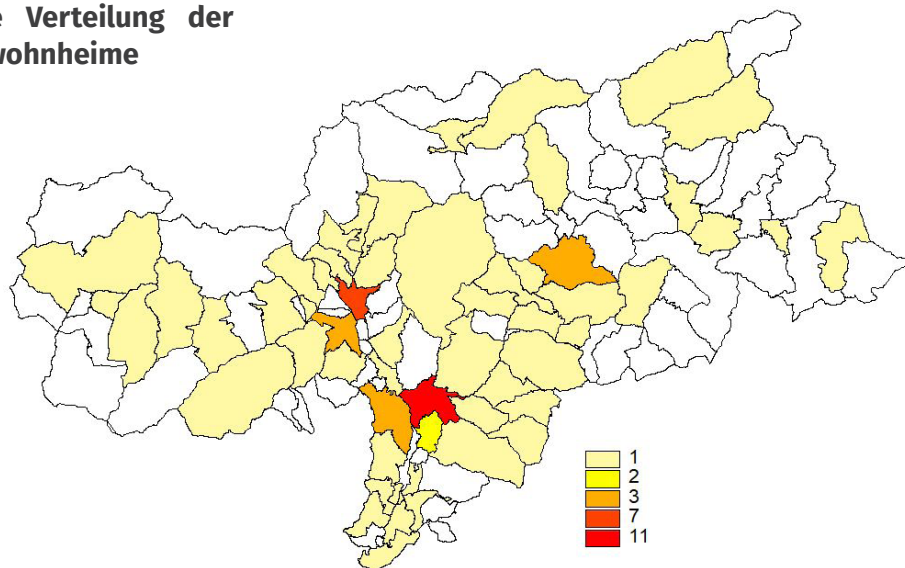
4.4. STATIONÄRE VERSORGUNG DER SENIORINNEN UND SENIOREN ODER HILFSBEDÜRFTIGEN PERSONEN

Die stationäre Altenbetreuung findet in hotelähnlichen Einrichtungen statt. Sie richtet sich an Personen, die nicht mehr für sich selbst sorgen können. In der Regel handelt es sich um ältere Menschen, die nicht mehr zu Hause gepflegt werden können und Sozial-, Gesundheits- sowie Pflegeleistungen benötigen.

In Südtirol gibt es 77 **Seniorenwohnheime**, die entweder als öffentliche Betriebe für Pflege- und Betreuungsdienste (ÖBPB) von der Bezirksgemeinschaft, der Gemeinde oder privat geführt werden. Im Weiteren gibt es das Pflegezentrum Firmian. Es wird von der Abteilung für Geriatrie des Südtiroler Sanitätsdienstes verwaltet. Insgesamt stehen rund 4.700 Betten zur Verfügung.

Im Jahr 2024 wurden die Informationen von

Territoriale Verteilung der Seniorenwohnheime



1.375 neuen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern erfasst (96 % der insgesamt 1.435 neuen Aufnahmen in der Provinz). 60,9 % der neuen Aufnahmen betreffen pflegebedürftige Personen ohne medizinischen Pflegebedarf. 21,1 % sind pflegebedürftige Personen mit Demenz- und/oder Alzheimer-Problemen. 11,4 % haben einen hohen medizinischen Pflegebedarf und 6,6 % sind Personen im Endstadium oder Wachkomapatientinnen und -patienten.

Erstmalig in diesen stationären Einrichtungen betreute Personen sind überwiegend Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 87 Jahren. Das entspricht den demografischen Gegebenheiten der Provinz. Etwa 60 % der über 80-Jährigen sind Frauen, die im Durchschnitt 85,7 Jahre alt sind. Die Männer in dieser Altersgruppe haben ein Durchschnittsalter von 84,8 Jahren.

4.4. RETTUNGSDIENST

Indikatoren im Überblick

- Noteinsätze: **85.101** (Tagesdurchschnitt von rund 228 Einsätzen)
- **67.203** Einsätze Rettungswagen Weißes Kreuz und **14.116** Rotes Kreuz

Im Jahr 2024 wurden für den Transport von Personen und medizinischem Material verschiedene Fahrzeuge durch die Rettungsverbände Weißes Kreuz und Rotes Kreuz eingesetzt: 10 Notarztwagen (NAW) bzw. Noteinsatzfahrzeuge (NEF), 43 moderne Basis-Rettungswagen (RTW), 1 Notfallkrankswagen (NKTW) für gemischte Transporte, 123 Krankenwagen für nicht dringende Fahrten (Krankentransport (KTW) und Langstrecken-

krankentransport), 60 Spezialfahrzeuge für den Transport von Laborproben, Befunden, Plasma und ähnlichem. Zusätzlich ist der Hubschrauberrettungsdienst mit drei Rettungshubschraubern ausgestattet: Pelikan 1, Pelikan 2 und Pelikan 3). In der Sommer- und Wintersaison steht bei Bedarf ein weiterer Hubschrauber des Bergrettungsdienstes Aiut Alpin Dolomites zur Verfügung.

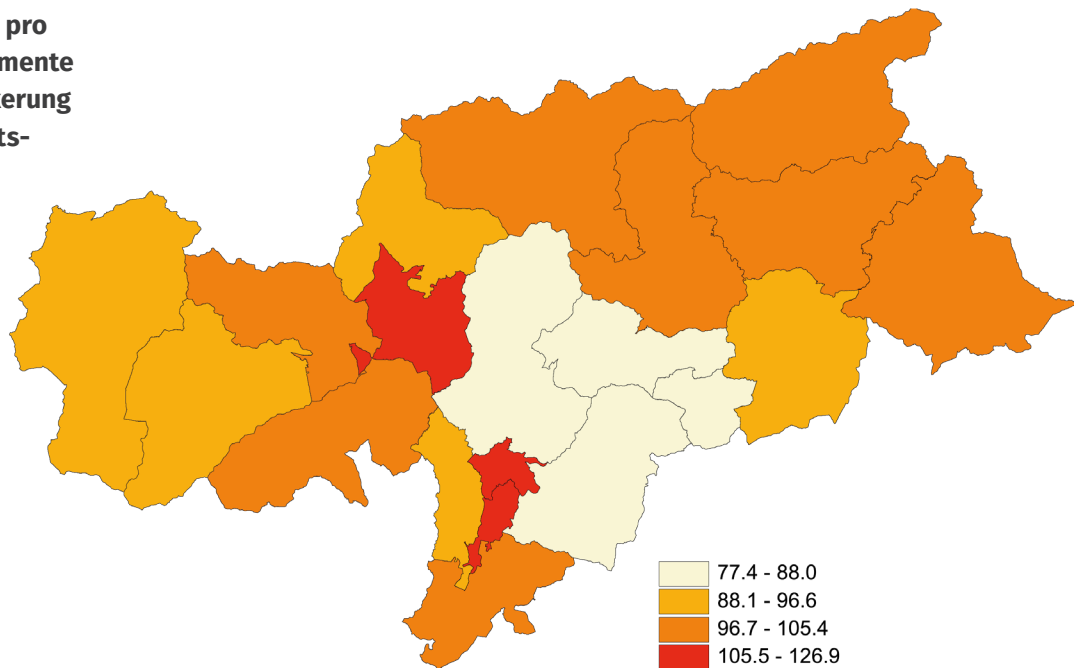
Noteinsätze

Im Jahr 2024 wurden in Südtirol insgesamt 85.101 Noteinsätze durchgeführt – das entspricht einem Tagesdurchschnitt von rund 233 Einsätzen. In 79,0 % der Fälle kamen Rettungsfahrzeuge des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 16,6 % die Fahrzeuge des Roten Kreuzes. Der Landeshubschrauberrettungsdienst war bei 3,2 % der Einsätze beteiligt. Der Bergrettungsdienst Aiut Alpin Dolomites übernahm 1,3 % der Einsätze. Für die Noteinsätze mit Rettungswagen wurden über das Jahr hinweg mehr als 2 Millionen Kilometer zurückgelegt – das entspricht durchschnittlich 26 Kilometern pro Einsatz. Der Hubschrauberrettungsdienst absolvierte 3.782 Einsätze mit insgesamt 2.505 Flugstunden, was einem Durchschnitt von rund 40 Flugminuten pro Einsatz entspricht.

Nicht dringende Krankentransporte

Im Jahr 2024 wurden vom Krankentransportdienst insgesamt 129.315 geplante Transporte durchgeführt – das entspricht einem Durchschnitt von rund 353 Einsätzen pro Tag. In 93,3 % der Fälle kamen Fahrzeuge des Weißen Kreuzes zum Einsatz, in 6,6 % die Fahrzeuge des Roten Kreuzes. Für diese nicht dringenden Transporte wurden insgesamt rund 5 Millionen Kilometer zurück-

Bruttoausgaben pro Kopf für Medikamente der Wohnbevölkerung nach Gesundheits-sprengel



gelegt – das entspricht durchschnittlich 38 Kilometern pro Einsatz. Zusätzlich wurden 90 Hubschraubereinsätze für Übungen und nicht dringende Transporte durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 161 Flugstunden absolviert.

4.5. PHARMAZEUTISCHE VERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Abgegebene Medikamentenpackungen: **7,2** Millionen
- Bruttoausgaben insgesamt: **57,1** Millionen Euro

Die **territoriale pharmazeutische Versorgung** umfasst Medikamente, deren Kosten vom Nationalen Gesundheitsdienst rückerstattet werden. Diese Medikamente gehö-

ren zur Klasse A und umfassen sowohl essenzielle Arzneimittel als auch solche zur Behandlung chronischer Erkrankungen. Sie werden über die Apotheken verteilt. Die Abgabe erfolgt auf Verschreibung der Ärztin oder des Arztes. Sie kann kostenlos oder mit teilweiser oder voller Kostenbeteiligung der Bürgerinnen und Bürger erfolgen.

Im Jahr 2022 betrug das Gesamtvolumen an Arzneimittelverschreibungen, die von den Südtiroler Apotheken verteilt wurden, rund 3,0 Millionen Rezepte für ca. 5,9 Millionen abgegebenen Medikamentenpackungen. Im Vergleich zum Vorjahr 2021 ist die Anzahl der ausgestellten Rezepte um 3,2 % gestiegen. Auch bei den abgegebenen Medikamentenpackungen gab es einen moderaten Anstieg von 1,8 %. Die gesamten Bruttoausgaben erhöhten sich ebenfalls moderat um 1,5 % und beliefen sich auf 57,1 Millionen Euro.

Unter **Direktabgabe** versteht man die Ausgabe von Arzneimitteln durch Krankenhaus-einrichtungen oder lokale Einrichtungen des Sanitätsbetriebes direkt an Patientinnen und Patienten zur Anwendung zu Hause. Diese Direktabgabe kann auch auf Basis spezifischer Vereinbarungen mit den territorialen öffentlichen oder privaten Apotheken. Im Jahr 2022 – ohne Berücksichtigung von Wohneinrichtungen – wurden etwa 658.000 Medikamentenpackungen für die häusliche Anwendung ausgegeben. Die entsprechenden Ankaufskosten beliefen sich auf 70,7 Millionen Euro.

4.5.1. TERRITORIALER MEDIKAMENTEN- VERBRAUCH

Indikatoren im Überblick

- Rezepte Pro-Kopf: **5,5**
- Von der Wohnbevölkerung durchschnittlich täglich verbrauchte Medikamentendosen (DDD): **710**
- Am häufigsten eingenommene Medikamente: für das **Herz-Kreislaufsystem**

Im Jahr 2022 betrug die Anzahl der vom Landesgesundheitsdienst **ausgestellten Rezepte** 3,0 Millionen, was einem Anstieg von 3,2 % gegenüber dem Vorjahr entspricht. Auch die Zahl der abgegebenen Medikamentenpackungen erhöhte sich leicht um 1,8 % auf rund 5,9 Millionen. Pro Einwohnerin bzw. Einwohner wurden durchschnittlich 5,5 Rezepte und 11,0 Medikamentenpackungen ausgegeben – diese Werte blieben im Vergleich zum Vorjahr stabil. Die Daten zum Medikamentenverbrauch zeigen Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Männer erhielten durch-

schnittlich 5,1 **Rezepte pro Kopf** und Frauen 5,9. Bei den **täglichen Medikamentendosen** pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner lagen die Werte bei 710 für Männer (entsprechend 10,4 Packungen pro Kopf) und 849 für Frauen (11,6 Packungen pro Kopf im Jahr). In den verschiedenen Landesteilen zeigen sich deutliche Unterschiede. Die Bevölkerungsstruktur innerhalb der einzelnen Sprengel kann den Indikator maßgeblich beeinflussen. Die Analyse ergibt eine Bandbreite von 4,2 Rezepten pro Kopf im Sprengel Salten-Sarntal-Ritten bis zu maximal 6,5 Rezepten pro Kopf in den Sprengeln Bozen sowie Leifers-Branzoll-Pfatten. Bruneck weist – im Gegensatz zu den größeren Zentren – weiterhin eine geringere Inanspruchnahme von Pharmakotherapien auf, auch im Vergleich zum Landesdurchschnitt.

Die Analyse zeigt, dass im Jahr 2022 in Südtirol 52,1 % der Bevölkerung mindestens ein Medikament eingenommen haben – also mehr als die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner. Nach mehreren Jahren des Rückgangs ist dieser Wert 2022 wieder angestiegen (2021 lag die Konsumprävalenz noch bei 47,8 %). Mit zunehmendem Alter steigt der Medikamentenverbrauch deutlich an: Bei den über 75-jährigen wurde bei nahezu allen Personen (97,1 %) mindestens eine Medikamentenverschreibung registriert. Das Alter stellt somit einen zentralen Prognosefaktor für die Medikamentennutzung dar.

Medikamente für das Herz-Kreislauf-System stellen mit einem Anteil von 42,4 % an den insgesamt konsumierten **definierten Tagesdosen** (DDD/1.000 Einwohner/Tag) die häufigste therapeutische ATC-Gruppe dar. An zweiter Stelle folgen Arzneimittel für den Gastrointestinaltrakt und den Stoffwech-

sel mit 24,3 %. Im Sprengel Leifers-Branzoll-Pfatten wurde der höchste Verbrauch in Bezug auf DDD/1.000 Einwohner/Tag in mehreren therapeutischen Gruppen (wie Magen-Darm-Trakt/Stoffwechsel, Atmungssystem, dermatologische Präparate) im Vergleich zum übrigen Landesgebiet festgestellt. Im Sprengel Tauferer Ahrntal liegt der Konsum von Medikamenten für das zentrale Nervensystem mit 106,1 DDD/1.000 Einwohner deutlich über dem Landesdurchschnitt von 72,5 DDD/1.000 Einwohner.

Statine werden zur Behandlung von Hyperlipidämien eingesetzt und zählen zu den am häufigsten verschriebenen Medikamenten innerhalb der ATC-Gruppe für das Herz-Kreislauf-System. Um die gewünschte Wirkung zu erzielen, ist eine langfristige Einnahme erforderlich. Die Auswertungen zur Statin-Therapie zeigen, dass im Jahr 2022 etwa 19,9 % der behandelten Patientinnen und Patienten (also rund jede bzw. jeder Fünfte) die Therapie unterbrochen haben. Dies weist auf eine unzureichende Therapietreue hin.

4.5.2. AUSGABEN FÜR ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- Bruttoausgaben für über die Apotheken abgegebene Medikamente: **57,1** Millionen Euro
- Bruttoausgaben der territorialen pharmazeutischen Versorgung: **107** Euro

Die Bruttoausgaben für die im Jahr 2022 über die territorialen Apotheken abgegebenen und vom Landesgesundheitsdienst erstatteten Medikamente beliefen sich auf etwa 56,3 Millionen Euro. Im Verlauf des Jahres stiegen die Ausgaben leicht an und erreichten rund

57,1 Millionen Euro, was einem Plus von 1,5 % gegenüber dem Vorjahr entspricht.

Im Durchschnitt gab der Landesgesundheitsdienst rund 107 Euro pro Kopf für Medikamente aus, die ausschließlich über die territorialen Apotheken verteilt wurden. Die Bruttoausgaben pro Kopf variierten dabei zwischen 77 Euro im Gesundheitssprengel Gröden und 127 Euro im Sprengel Bozen.

An der Spitze der Rangliste der therapeutischen ATC-Gruppen steht der Wirkstoff Pantoprazol – ein Medikament gegen Magengeschwüre und Erkrankungen des Magensystems – mit Ausgaben von etwa 2,1 Millionen Euro (3,7 % der gesamten Bruttoausgaben). An zweiter Stelle folgt Atorvastatin, das zur Senkung erhöhter Blutfettwerte eingesetzt wird, mit rund 2,0 Millionen Euro (3,5 % der Gesamtausgaben).

Unter den zwanzig therapeutischen Untergruppen, die zusammen mehr als ein Drittel der Arzneimittelausgaben ausmachen, entfallen die meisten auf Medikamente für den Gastrointestinaltrakt und das Herz-Kreislauf-System.

4.5.3. DIREKTABGABE DER ARZNEIMITTEL

Indikatoren im Überblick

- In **10 %** der Bevölkerung wurde mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten für die Anwendung zu Hause abgegeben
- Ankaufskosten der von den Wohnsitz-Strukturen abgegebenen Medikamente: zirka **3,5** Millionen Euro

Unter **Direktabgabe** versteht man die Ausgabe von Arzneimitteln durch Krankenhaus-

einrichtungen oder lokale Einrichtungen des Sanitätsbetriebes direkt an Patientinnen und Patienten zur Anwendung zu Hause.

Alle Arzneimittel – mit Ausnahme jener, die ausschließlich für den Krankenhausgebrauch bestimmt sind – werden über die territorialen Apotheken verteilt oder verkauft. Die Medikamente des **Krankenhaus-Territorium-Handbuchs (PHT)** können von den Sanitätsbetrieben erworben und direkt an öffentliche Gesundheitseinrichtungen abgegeben werden. Die Verteilung dieser Arzneimittel kann auch über die territorialen Apotheken erfolgen, wobei für diesen Service ein Entgelt vereinbart wird (Abgabe im Auftrag des Sanitätsbetriebes). Zur Direktabgabe zählt auch die Versorgung von Wohneinrichtungen, wie stationäre Seniorenheime, Gefängnisse, psychiatrische Zentren und ähnliche Strukturen.

Im Jahr 2022 erhielten – ohne Berücksichtigung von Personen in betreuten Wohneinrichtungen – rund 10,0 % der Bevölkerung, das entspricht etwa 54.000 Menschen, mindestens ein Medikament direkt von den Gesundheitsdiensten zur Anwendung zu Hause. Betrachtet man die Anzahl der abgegebenen Arzneimittelpackungen, stehen Präparate zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und des Stoffwechsels an erster Stelle, gefolgt von Medikamenten für Blut und blutbildende Organe.

In den Wohneinrichtungen entfallen nahezu 46 % aller abgegebenen Medikamentenpackungen auf Arzneimittel für das zentrale Nervensystem.

Wie bereits in den Vorjahren war auch 2022 der höchste Anteil der direkten Vertriebsausgaben auf das antineoplastische Medikament **Ibrutinib** zurückzuführen, mit Ausga-

ben von 2,6 Millionen Euro. An zweiter Stelle folgt der Kombinationswirkstoff Ivacaftor, Tezacaftor und Elaxacaftor, ein Atemwegsmedikament zur Behandlung von Mukoviszidose, mit Ausgaben in Höhe von 2,2 Millionen Euro.

Die **Gesamtausgaben für Arzneimittel**, die von öffentlichen Einrichtungen wie Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten verteilt werden, beliefen sich auf 70,7 Millionen Euro. Hinzu kommen weitere 2,6 Millionen Euro als Vergütung für die Verteilung dieser Medikamente über die territorialen Apotheken. Im Auftrag des Sanitätsbetriebs wurden von den Apotheken rund 317.600 Packungen ausgegeben.

Für Arzneimittel, die innerhalb von Wohneinrichtungen verteilt werden, betrugen die Ankaufskosten mehr als 3,5 Millionen Euro. Etwa die Hälfte dieser Ausgaben entfiel auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten in stationären Seniorenwohnheimen. Über ein Drittel der Ausgaben wurde für die Versorgung von Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Zentren aufgewendet.

4.6. BETREUUNG IN HOSPICE-EINRICHTUNGEN

Indikatoren im Überblick

- Gesamte Bettenanzahl in den Hospiz-Einrichtungen: **29**
- Zugang zur Hospiz-Betreuung: **656**
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Hospiz-Einrichtungen: **12,8** Tage

Einrichtungen, die Palliativbehandlungen anbieten, sind Teil eines Betreuungsnetzwerks,

das auf interdisziplinäre Teamarbeit setzt und den Fokus auf die häusliche Versorgung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen legt. Wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, erfolgt die Aufnahme in spezialisierte Hospiz-Einrichtungen. Dort ist die technische Ausstattung bewusst reduziert, dafür steht die menschliche und pflegerische Betreuung auf höchstem Niveau im Vordergrund.

Das Gesetz Nr. 38/2010 sieht zwei zentrale Versorgungsformen vor, um den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden: Palliativbehandlung und Schmerztherapie. Zudem hat das Gesundheitsministerium ein Monitoring-System eingeführt, mit dem die erbrachten Leistungen systematisch erfasst und ausgewertet werden können. Die nationalen Leitlinien zur Betreuung in Hospizen (Ministerialdekret vom 6. Juni 2012) wurden von der Autonomen Provinz Bozen mit dem Beschluss Nr. 688/2013 übernommen und umgesetzt.

Die Einrichtungen

In Südtirol stehen drei Einrichtungen für die stationäre Hospiz- und Palliativbetreuung zur Verfügung: Das Krankenhaus Bozen, das Krankenhaus Bruneck und die Privatklinik Martinsbrunn. Im Krankenhaus Bozen sind 11 Betten für stationäre Aufenthalte und 1 Bett für die Tageshospiz-Betreuung vorgesehen. Die Privatklinik Martinsbrunn stellt 12 Betten, das Krankenhaus Bruneck 5 Betten bereit.

Die Versorgungskapazität wird anhand des Verhältnisses zwischen der Anzahl der Hospizbetten und der Zahl der an Tumorerkrankungen verstorbenen Personen im jeweiligen Einzugsgebiet bewertet.

Die Wartezeit für einen Hospizplatz beträgt durchschnittlich 1,4 Tage. In 92,5 % der Fälle er-

halten Patientinnen und Patienten innerhalb von drei Tagen nach Antragstellung Zugang zur Einrichtung. Rund 23,9 % der Aufnahmen erfolgen in den letzten drei Lebenstagen der betreuten Personen.

Die Hospiz-Tätigkeit

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 656 Zugänge in die Hospiz-Einrichtungen in Südtirol verzeichnet, darunter 70 im Tageshospiz. Insgesamt wurden 7.631 Betreuungstage geleistet – davon 118 im Tageshospiz. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 12,8 Tage.

Bei nahezu allen aufgenommenen Personen lag eine onkologische Diagnose vor (85,7 %). Das häufigste Aufnahmesymptom war Schmerz im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung (41,5 %), gefolgt von Atemnot und Atemstörungen (17,7 %) sowie allgemeinem Unwohlsein und Erschöpfung (9,9 %).

In 54,5 % der Fälle war der nicht klinische Grund für die Aufnahme in die Hospiz-Einrichtung das Fehlen von Pflegepersonal im häuslichen Umfeld. Die zentrale Leistung, die die Betreuung im Hospiz am besten beschreibt, ist die Schmerzkontrolle (49,1 %), gefolgt von der Kontrolle von Atemnot (15,4 %) und der Behandlung verhaltenspsychologischer Symptome (10,1 %).

KAPITEL 5

KRANKENHAUSVERSORGUNG

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

5. 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: „Marienlinik“, „L. Bonvicini“, „Villa Melitta“ und „Melittaklinik“, „Dolomiti Sportclinic“, „Brixsana“, „Villa St. Anna“, „Salus Center“, „City Clinic Bozen“ und „Salus Clinic“.

Alle öffentlichen Krankenhäuser in Südtirol verfügen über einen Notaufnahmedienst. Im Jahr 2024 wurden über 188.000 Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen behandelt, was insgesamt zu 285.422 Zugängen führte. Rund 9.000 Personen (entspricht 5,0 %) suchten die Notaufnahme mehr als viermal im Laufe des Jahres auf. Die Zugangsrate lag bei 431,5 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner – einer der höchsten Werte im nationalen Vergleich.

Die Einstufung der Fälle nach Triage-Kategorien zeigt folgende Verteilung: 0,7 % sehr kritisch (rote Triage), 5,0 % kritisch (orange Triage), 21,0 % mittelkritisch (gelbe Triage), 67,9 % wenig kritisch (grüne Triage) und 5,4 % nicht kritisch (blaue Triage).

Nach der Behandlung wurden 85,9 % der Patientinnen und Patienten wieder nach Hause entlassen, während knapp 3 % das Krankenhaus auf eigenen Wunsch verließen.

Die stationäre Aufnahmequote variiert je nach Krankenhaus: 10,6% im Krankenhaus Bozen, 10,3 % in Brixen und 4,6 % in Schlanders. Diese Unterschiede lassen sich unter anderem durch unterschiedliche Organisationsformen und Abläufe in den jeweiligen Einrichtungen erklären.

5.1 ERSTE HILFE

Indikatoren im Überblick

- Zugänge zu den Erste-Hilfe-Diensten: **285.422**
- Zugänge mit darauffolgendem Krankenhausaufenthalt: **25.408** gleich **8,9 %**

5.2. KRANKENHAUSVERSORGUNG VON AKUTKRANKEN

Indikatoren im Überblick

- Betten für Akutkranke: **1.470**, gleich **2,8** pro 1.000 Einwohner und damit unter dem nationalen Standard
- Aufenthalte von Akutkranken: **77.660** insgesamt, davon **60.282** stationäre Aufenthalte und **17.378** Tagesklinik-Aufenthalte

- Hospitalisierungsrate: **134,1** Aufenthalte von Akutkranken pro 1.000 Einwohner (**103,3** stationäre Aufenthalte und **30,8** Tagesklinik-Aufenthalte)

Im Jahr 2024 stellten die Gesundheitseinrichtungen der Provinz durchschnittlich 1.470 Betten für die stationäre Versorgung von Akutpatientinnen und -patienten bereit – davon befanden sich 91,2 % in öffentlichen Einrichtungen. Bezieht man die Zahl der verfügbaren Betten – einschließlich der öffentlichen und der mit dem Sanitätsbetrieb vertraglich gebundenen privaten Betten (insgesamt 1.409) – auf die Wohnbevölkerung, ergibt sich ein Versorgungsgrad von 2,8 Betten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Gesetzesvertretendes Dekret Spending Review 6 Juli 2012, Nr. 95). Für die Tagesklinik standen im Jahr 2024 insgesamt 153 Betten zur Verfügung. Zusätzlich waren in den Krankenhäusern 74 Säuglingsbetten vorhanden, die sich alle in öffentlichen Einrichtungen befanden.

Im Jahr 2024 wurden in Südtirol insgesamt 77.660 Aufenthalte von Akutpatientinnen und -patienten registriert. Davon entfielen 60.282 Aufenthalte (77,6 %) auf die stationäre Versorgung und 17.378 Aufenthalte (22,4 %) auf die Tagesklinik. Laut Definition des Gesundheitsministeriums gelten als Akutpatientinnen oder -patienten alle Personen, die aus Abteilungen entlassen wurden, die nicht auf Rehabilitation, Langzeitpflege oder funktionelle Wiederherstellung ausgerichtet sind. Gesunde Neugeborene, die unter die DRG 391 („Unauffälliger Neugeborener“) fallen, sind von dieser Definition ausgenommen.

Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Zahl der Aufenthalte um 2,4 %. 92,3 % der Aufenthalte

fanden in öffentlichen Krankenhäusern statt. Die Hospitalisierungsrate lag bei 134,1 Aufenthalten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner: 103,3 für stationäre Aufenthalte und 30,8 für Tagesklinik-Aufenthalte.

Auch 2024 lag die Hospitalisierungsrate unter dem nationalen Zielwert von 160 Aufenthalten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, wie im Gesetzesdekret zur Spending Review vom 6. Juli 2012, Nr. 95 festgelegt.

Die standardisierte Hospitalisierungsrate, die Alter und Geschlecht berücksichtigt, betrug in Südtirol 140,4 Aufenthalte pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Besonders hohe Werte verzeichneten die Gesundheitsbezirke Brixen mit 163,5 Aufenthalten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Bruneck mit 158,3 Aufenthalten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

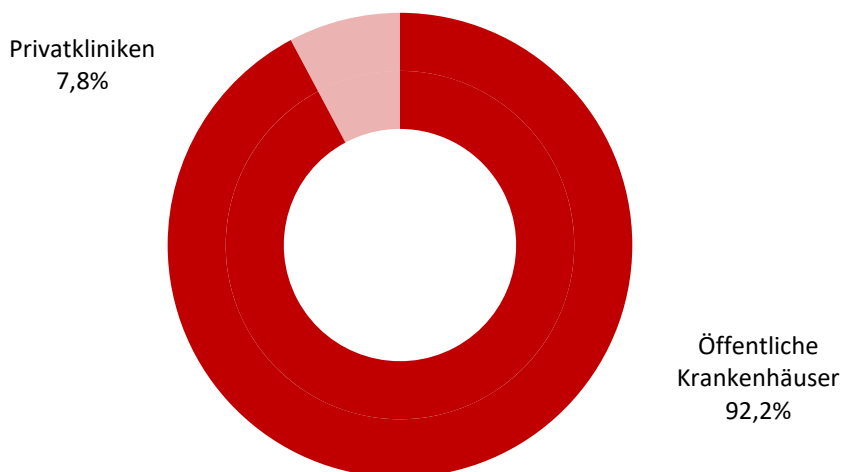
5.2.1. ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Ordentliche Aufenthalte von Akutkranken: **60.282** insgesamt; **55.587** in den öffentlichen Krankenhäusern; **4.695** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für stationäre Aufenthalte von Akutkranken: **372.078** insgesamt; **355.878** in den öffentlichen Krankenhäusern; **16.200** in den Privatkliniken
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern: **6,4**

2024 92,2 % der stationären Krankenhausaufenthalte fanden in öffentlichen Krankenhäusern statt, wobei diese 95,6 % der gesamten Aufenthaltstage ausmachten.

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



35,4 % aller Krankenhausaufenthalte erfolgten im Zentralkrankenhaus Bozen. 36,7 % der stationären Aufenthalte betrafen Personen im Alter von 30 bis 64 Jahren, während 30,5 % der Patienten über 75 Jahre alt waren. Insgesamt wurden die Betten in öffentlichen Krankenhäusern zu 79,1 % der verfügbaren Zeit genutzt. Jedes Bett wurde im Laufe des Jahres von durchschnittlich 50,3 verschiedenen Personen belegt. Zwischen der Entlassung eines Patienten und der Aufnahme des nächsten vergingen im Schnitt 1,5 Tage, in denen das Bett frei blieb. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den öffentlichen Krankenhäusern der Provinz blieb seit 2020 nahezu konstant und lag im Jahr 2024 bei 6,4 Tagen. Die öffentlichen Landeskrankenhäuser weisen einen mit dem DRG-Gewichtungssystem berechneten Komplexitätsgrad auf, der un-

ter dem nationalen Standard liegt – mit einem durchschnittlichen Gewicht von 1,20. Im Jahr 2023 betrug das durchschnittliche Gewicht für stationäre Aufenthalte auf nationaler Ebene 1,31. Im Jahr 2024 betrug der Case-Mix-Index für öffentliche Krankenhäuser 0,92, wobei der höchste Wert im Krankenhaus Innichen mit 1,25 erreicht wurde. Insgesamt gab es 8.804 eintägige stationäre Aufenthalte (davon 4.173 nicht dringlich), was 15,0 % aller stationären Aufenthalte entspricht. Bezüglich der Art der erbrachten Leistungen zeigt sich, dass 58,2 % der stationären Aufenthalte in den Landeskrankenhäusern medizinischen DRGs zugeordnet wurden. Relativ hohe Anteile unter den öffentlichen Einrichtungen weisen das Krankenhaus Schlanders (75,0 %) und das Krankenhaus Bruneck (69,1 %) auf. 14 DRGs decken rund 30,0% der stationären Krankenhausaufent-

halte in Südtirol. Die Hauptursachen für die Aufenthalte sind die DRG 373 „Vaginalgeburt ohne Komplikationsdiagnose“ (4,8% aller Aufenthalte) und die DRG 544 „Ersatz größerer Gelenke oder Reimplantation der unteren Extremitäten“ (4,6% aller Aufenthalte).

5.2.2. TAGESKLINIK-AUFENTHALTE

Indikatoren im Überblick

- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **17.378** insgesamt; **16.091** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.287** in den Privatkliniken
- Aufenthaltstage für Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken: **26.355** insgesamt; **25.068** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.287** in den Privatkliniken
- Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken mit chirurgischer DRG: **11.909** insgesamt; **10.699** in den öffentlichen Krankenhäusern; **1.210** in den Privatkliniken

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 17.378 Tagesklinik-Aufenthalte verzeichnet – ein Anstieg von 4,2 % gegenüber dem Vorjahr. Davon entfielen 92,6 % auf die öffentlichen Krankenhäuser des Landes. Die für den Tagesklinik-Betrieb zur Verfügung stehenden Betten befinden sich fast ausschließlich in öffentlichen Krankenanstalten (139 öffentliche gegenüber 14 private). Durchschnittlich kamen auf jeden medizinischen Tagesklinik-Aufenthalt 2,4 Aufenthaltstage in den öffentlichen Krankeneinrichtungen. Die im Tagesklinik-Betrieb behandelten Fälle wiesen zu 47,1 % ein Alter zwischen 30 und 64 Jahren auf, in 30,2% waren sie über 64 Jahre alt. Die

Tagesklinik-Aufenthalte waren vorwiegend chirurgischer Art. 11.909 Aufenthalten wurde eine chirurgische DRG zugewiesen, was 68,5% der gesamten Tagesklinik-Aufenthaltsproduktion entspricht. Die Krankenhäuser in Bruneck, Innichen, Sterzing und Schlanders verzeichneten jeweils einen Anteil chirurgischer Tagesklinik-Behandlungen von über 80 %. Die Hauptursache für chirurgische Tagesklinik-Behandlungen war die DRG 162 „Eingriffe wegen Inguinal- und Femoralhernien, Alter > 17, ohne Komplikationen“ mit 9,7% aller Aufenthalte. Es folgte die DRG 503 „Eingriffe am Knie ohne primäre Infektionsdiagnose“ mit 6,8%. 12 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 8,5% der Fälle zurückzuführen..

5.2.3. KRANKENHAUSMOBILITÄT

Indikatoren im Überblick

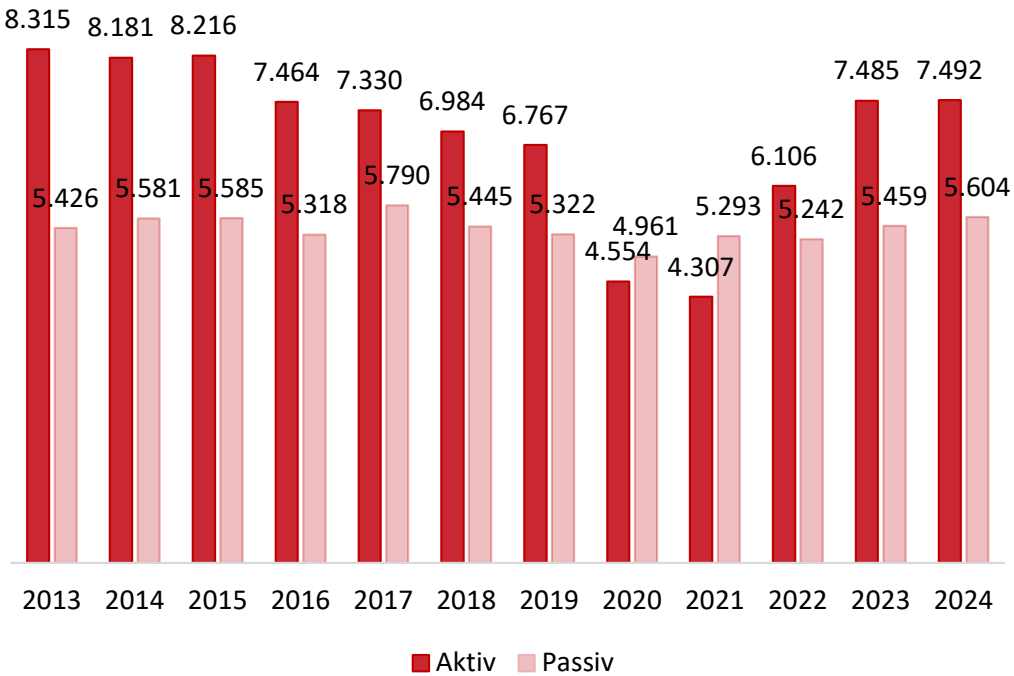
- Aufenthalte von außerhalb des Landes Ansässigen in Landeskrankenanstalten: **7.492**
- Aufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb des Landes: **3.064**
- Aufenthalte von Südtirolern in österreichischen Einrichtungen: **1.027**

Insgesamt verzeichneten die Krankenhäuser der Provinz im Laufe des Jahres 77.660 stationäre und tagesklinische Aufenthalte, davon 7.492 für Personen mit Wohnsitz außerhalb der Provinz. Im selben Zeitraum nahmen die Einwohnerinnen und Einwoh-

ner Südtirols insgesamt 75.305 stationäre und tagesklinische Aufenthalte in Anspruch. Davon wurden 3.604 in anderen Regionen und Provinzen Italiens, 1.027 in vertraglich gebundenen österreichischen Einrichtungen und 973 in ausländischen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt (Daten bezogen auf das Jahr 2023). Der Attraktionsindex für ordentliche und Tagesklinik-Aufenthalte von Akutkranken betrug 9,6 % für die überregionale aktive Mobilität. Der Fluchtindex hingegen entsprach 7,5 % für die überregionale passive Mobilität. Davon entfielen 4,8 % auf Aufenthalte im übrigen Italien, 1,4 % auf Aufenthalte in Österreich und 1,3 % auf Aufenthalte in anderen Ländern. Im Jahr 2024 wurden 1.027 Aufenthalte von Südtiroler Patientinnen und Patienten in vertragsgebun-

denen österreichischen Einrichtungen verzeichnet, ein Zuwachs von 4,7% gegenüber 2023. Zu den häufigsten Entlassungsdiagnosen zählten die „Primäre Hypertonie“ (14,6% der Aufenthalte) und der „Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation“ (11,9%). Die Universitätsklinik Innsbruck nahm im Jahr 2024 insgesamt 972 Patienten auf (957 stationär und 15 tagesklinisch), was 94,6% der Krankenhausaufenthalte von Südtirolerinnen und Südtirolern in vertragsgebundenen österreichischen Einrichtungen entspricht. Die am häufigsten in Anspruch genommenen Abteilungen waren die Pädiatrie (12,4%) und Chirurgie (ebenfalls 12,4%).

Aktive und passive Mobilität der Aufenthalte für Akutkranken



5.3. POSTAKUTE KRANKENHAUSVERSORGUNG

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die postakute Versorgung: **369**, gleich **0,68** pro 1.000 Einwohner
- Postakute Aufenthalte: **5.376**

Dieser Abschnitt beschreibt die Versorgungstätigkeit der öffentlichen und privaten Krankenhäuser Südtirols im Bereich der postakuten Betreuung, insbesondere in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation, Neurorehabilitation sowie Langzeitpflege. Für die postakute Krankenhausversorgung standen im Jahr 2024 insgesamt 369 vertragsgebundene Betten zur Verfügung. Davon entfielen 82 Betten (22,2 %) auf öffentliche Krankenhäuser und 287 Betten (77,8 %) auf Privatkliniken. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der verfügbaren Betten um 11 Einheiten gesunken.

5.3.1. PHYSISCH UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die physische Rehabilitation: **189**, gleich **0,35** pro 1.000 Einwohner
- Vertragsgebundene Betten für die Neuro-Rehabilitation: **32**, gleich **0,06** pro 1.000 Einwohner
- Aufenthalte: **3.271** aufgrund funktioneller Wiederherstellung und Rehabilitation und **233** aufgrund Neuro-Rehabilitation

Im Jahr 2024 wurden in den Abteilungen für funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation (Abteilungskodex 56) insgesamt 3.271 Aufenthalte (3.034 stationäre Aufenthalte und 237 Tagesklinik-Aufenthalte) registriert. Zusätzlich wurden 233 Aufenthalte in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungskodex 75) verzeichnet. 84,8 % der stationären Aufenthalte zur funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation (Kodex 56) fanden in den akkreditierten Privatkliniken des Landes statt, während 15,2 % in öffentlichen Krankenhäusern der Provinz durchgeführt wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag landesweit bei 21,3 Tagen. Tagesklinik-Aufenthalte machten 7,2 % aller Aufenthalte in diesem Bereich aus. Im Jahr 2024 wurden 74,9 % der stationären Aufenthalte zur funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation der Primärdiagnosekategorie MDC 8 „Erkrankungen und Störungen des Muskel-, Skelett- und Bindegewebes“ zugeordnet. Weitere 20,0 % entfielen auf MDC 1 „Erkrankungen und Störungen des Nervensystems“. Die Tagesklinik-Aufenthalte bezogen sich zu 91,1 % auf MDC 1 „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“. 92,6 % der stationären Aufenthalte wurden als postakute Aufenthalte eingestuft, 7,3 % als Aufenthalte zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und die restlichen 0,1 % als Bewertungsaufenthalte. Bezogen auf die Krankheitsgruppen betrafen 73,9 % der stationären Aufenthalte orthopädische Pathologien (z. B. Amputationen, Gelenkerkrankungen, Schmerzen, orthopädisch-traumatologische Beschwerden), 18,0 % neurologische Erkrankungen (z. B. Schlaganfälle, Hirnerkrankungen, Neuropathien, Myelopathien), und 8,2 % andere Schädigungen. Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl

bei Aufnahme lag im Jahr 2024 bei 74,1 Punkten. Unter diesem Durchschnitt lagen die Privatklinik Bonvicini mit 59,1 Punkten sowie die Privatklinik Villa St. Anna mit 72,9 Punkten. Die höchsten durchschnittlichen Punktezahlen erzielten das Krankenhaus Bruneck und das Krankenhaus Brixen, jeweils mit 83,3 Punkten. Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei Entlassung lag im Jahr 2024 bei 95,5 Punkten. Den größten durchschnittlichen Zuwachs verzeichnete dabei die Privatklinik Villa St. Anna. Im Jahr 2024 wurden in den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Abteilungscode 75) insgesamt 233 Aufenthalte verzeichnet – davon 162 stationär und 71 tagesklinisch. Davon entfielen 151 Aufenthalte auf das Krankenhaus Sterzing und 46 auf die Privatklinik Melittaklinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei 73,9 Tagen. Die durchschnittliche FIM-Gesamtpunktzahl bei Aufnahme betrug 38,2 Punkte, bei Entlassung 71,4 Punkte – und lag damit unter den Werten der Aufenthalte zur funktionellen Wiederherstellung und Rehabilitation. Der durchschnittliche Punktezuwachs (GAP-FIM) betrug 33,3 Punkte, die tägliche Effizienz lag bei 0,5 Punkten pro Tag. In Einrichtungen außerhalb Südtirols mit dem Abteilungscode 56 (funktionelle Wiederherstellung und Rehabilitation) wurden 238 Aufenthalte registriert, davon 8 tagesklinisch. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 18,6 Tage. In den Neuro-Rehabilitationsabteilungen (Code 75) und Spinalzentren (Code 28) wurden 39 Aufenthalte gezählt. In österreichischen Rehabilitationsabteilungen wurden im Jahr 2024 12 Aufenthalte von Südtiroler Patientinnen und Patienten verzeichnet.

5.3.2. LANGZEITPFLEGE

Indikatoren im Überblick

- Vertragsgebundene Betten für die Langzeitpflege: **148**, gleich **0,27** pro 1.000 Einwohner
- Langzeitpflegeaufenthalte: **1.872**
- Langzeitpflegeaufenthalte von Südtirolern in italienischen Einrichtungen außerhalb der Provinz: **8**

In den Abteilungen für Langzeitpflege (Abteilungscode 60) wurden im Jahr 2024 insgesamt 1.872 Aufenthalte verzeichnet, davon 1.600 (entspricht 85,5 %) in Privatkliniken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 27,3 Tage, die Hospitalisierungsrate lag bei 3,5 pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Mehr als 70 % der Patientinnen und Patienten waren über 75 Jahre alt, wobei die Privatklinik Bonvicini und die Salus Clinic jeweils einen Anteil von rund 80 % in dieser Altersgruppe aufwiesen.

Die häufigsten Primärdiagnosekategorien bei postakuten Langzeitpflegeaufenthalten waren „Krankheiten und Störungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ mit 50,2 % und „Krankheiten und Störungen des Nervensystems“ mit 13,9%.

Der Verlauf der Aufenthalte stellte sich wie folgt dar: 62,8 % endeten mit der Entlassung nach Hause, 12,5 % mit einer Verlegung in eine Akutabteilung, 8,6 % mit der Entlassung in eine außerstationäre Einrichtung (z. B. Pflegeheim, Seniorenheim), 3,5 % mit einer Verlegung in eine Rehabilitationsabteilung, 6,1 % wurden von regionalen Diensten weiterbetreut, 3,5 % der Patientinnen und Patienten verstarben während des Aufenthalts.

KAPITEL 6

GESUNDHEITSAUSGABEN

Indikatoren im Überblick

- Öffentliche laufende Ausgaben für das Gesundheitswesen: **1.874,85** Mio. Euro
- Öffentliche Investitionsausgaben für das Gesundheitswesen: **109,009** Mio. Euro
- Öffentliche Pro-Kopf-Ausgaben für das Gesundheitswesen: **3.219** Euro

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben beliefen sich im Jahr 2024 auf insgesamt 1.874,853 Mio. EUR, eine Zunahme (+4,83 %) gegenüber dem Jahr 2023 (1.788,482 Mio. EUR in konstanten Euro).

94,19 % der Gesamtausgaben des Jahres 2024 entfielen auf die laufenden Ausgaben; die restlichen 5,81% betrafen die Investitionsausgaben.

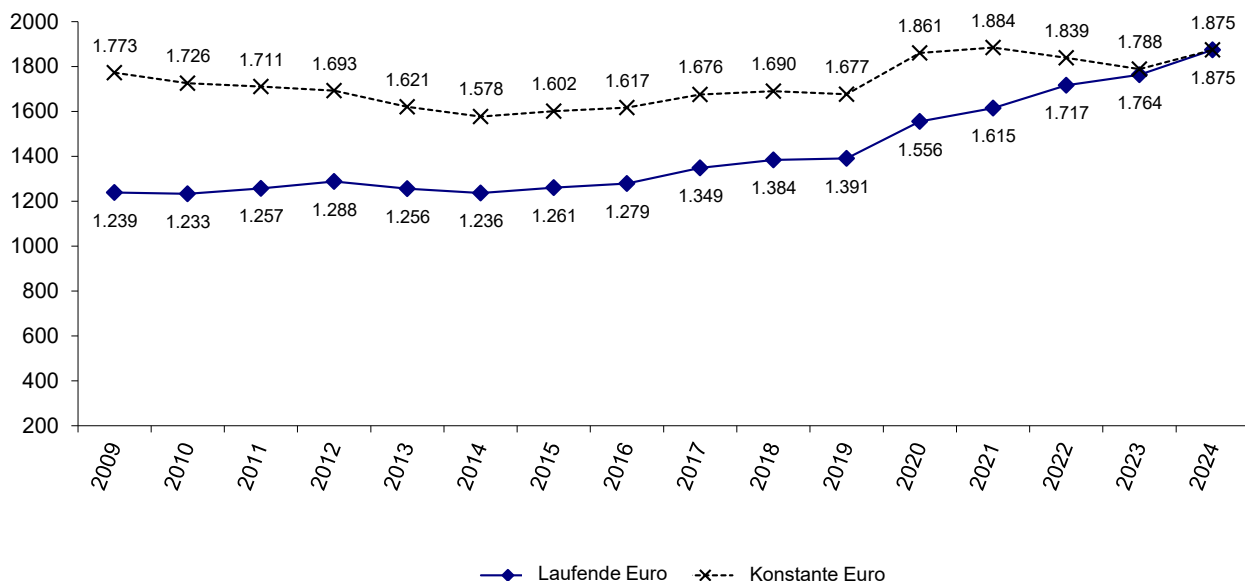
Die laufenden Ausgaben für das Gesundheitswesen lassen sich für das Jahr 2024 auf

1.765,844 Millionen Euro beziffern. Die Ausgaben des Sanitätsbetriebs setzen sich vornehmlich aus den Personalkosten (45,39%) und den Kosten für die Gesundheitsdienste (22,26%) zusammen. Es folgen die Kosten für den Erwerb von Gütern (14,98%), für die nicht gesundheitlichen Dienstleistungen (9,19%) und sonstige Kosten (8,18%).

Die Investitionen im Jahr 2024 beliefen sich auf 109,009 Mio. EUR und betrafen hauptsächlich Instandhaltungs-, Renovierungs-, Erweiterungs- oder Bauarbeiten an Immobilien für die Gesundheitsversorgung und in geringerem Umfang den Erwerb von elektromedizinischen Geräten und IT-Produkten.

Die laufenden Gesundheitsausgaben pro Kopf beliefen sich im Jahr 2024 auf 3.219 EUR, was einer Zunahme von 3,14 % gegenüber dem Vorjahr entspricht (3.121 EUR in konstanten Euro).

**Öffentliche Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen
Jahre 2010-2024 (Beträge in Millionen Euro)**





2024

Beobachtungsstelle für Gesundheit

Landhaus 12

Kanonikus-Michael-Gamper-Straße 1

39100 Bozen

Tel. +39 0471 418040

Fax +39 0471 418048

gesundheitsbeobachtung@provinz.bz.it