LAND TIROL

Tiroler Gesundheitsbericht 2024

Dokumentationsband

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

LIV LANDESINSTITUT FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG TIROL

Österreichische Gesundheitskasse

SVS Gemeinsam gesünder.

bvaeb Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau

Impressum

Herausgeber und Medieninhaber:
Amt der Tiroler Landesregierung
Abteilung Öffentliche Gesundheit
Eduard-Wallnöfer-Platz 3
6020 Innsbruck

+43 512 508 3972
gesundheit@tirol.gv.at
www.tirol.gv.at/gesundheit

Zitiervorschlag: Amt der Tiroler Landesregierung; GÖG; ÖGK; BVAEB; SVS; LIV Tirol (2025): Tiroler Gesundheitsbericht 2024 – Dokumentationsband. Hg. v. Amt der Tiroler Landesregierung, Innsbruck

Vorwort

Eine fundierte Gesundheitsberichterstattung stellt ein wichtiges Instrument für die Gestaltung und Weiterentwicklung im Gesundheitswesen dar. Aus gesundheitspolitischer Sicht werden dabei auf Basis aktueller Daten Anhaltspunkte für möglichst gezielte Interventionen bereitgestellt.

Der Bericht enthält grundlegende Daten zum Gesundheitszustand der Tiroler Bevölkerung, beleuchtet wichtige Einflussfaktoren auf die Gesundheit und gibt einen Überblick über die Einrichtungen des Tiroler Gesundheitswesens.

In enger Anlehnung an das bereits bewährte Konzept vorangegangener Gesundheitsberichte wurden bestehende Inhalte fortgeschrieben und aktualisiert. Darüber hinaus konnten aber auch einige Themen neu integriert bzw. umfassender dargestellt werden: Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf eine geschlechterspezifische Aufbereitung der Daten gelegt sowie auch auf eine verstärkte Darstellung von Themen aus dem Bereich der Frauengesundheit.

Die vorliegenden Daten und Fakten zeigen erfreulicherweise, dass Tirol im Gesundheitswesen sehr gut aufgestellt ist. Die zukünftige Herausforderung besteht in Bereichen der Qualitätssicherung unter Beachtung der finanziellen und personellen Ressourcen sowie der Demographie. Um die Gesundheit der Bevölkerung langfristig zu fördern, müssen sowohl die Gesundheitsversorgung als auch Prävention und Gesundheitsförderung weiter verbessert werden.

Für die Erstellung des Berichts arbeiteten die maßgebenden Einrichtungen und Organisationen im Bereich der Gesundheitsversorgung eng zusammen. Unser besonderer Dank gilt den Vertreter:innen der Steuerungsgruppe „Tiroler Gesundheitsberichterstattung“, den Projektpartner:innen Gesundheit Österreich GmbH sowie den fachlich befassten Organisationseinheiten des Amtes der Tiroler Landesregierung und der Sozialversicherung für die konstruktive Zusammenarbeit.

Wir hoffen, dass der vorliegende Bericht auf breites Interesse stößt und auf vielfältigen Ebenen Anstöße zur gezielten Weiterentwicklung des Tiroler Gesundheitswesens führt.

MMag.ª Dr.in Cornelia Hagele
Landesrätin für Gesundheit, Pflege,
Bildung, Wissenschaft und Forschung

Bildnachweis: Land Tirol / Die Fotografen

Werner Salzburger
Österreichische Gesundheitskasse
Landesstellenausschussvorsitzender

Bildnachweis: Österreichische Gesundheitskasse

Beteiligte Organisationen und Personen

Amt der Tiroler Landesregierung

Danner Josef, Mag.
Federspiel-Kleinhans Stephanie, Mag.ª Dr.in LL.M.
Fuchs Alexandra, BA MA MSc
Führer Margit, Mag.ª
Geley Theresa, Dr.in
Greil-Thum Christina, MMag. ª
Kaiser Manfred, Mag
Luckner-Hornischer Anita, Mag.ª Dr.in med.
Mark Claudia, Dr.in med. univ.
Paulus Viktor
Prem Katrin, Mag.ª
Rainer Lukas, MSc
Rinner Heinrich, Mag.
Schuierer-Aigner Katharina, MMag.ª Dr.in
Stahl Kathrin, DDr.in
van Appeldorn Ulrike, Dr.in MSc
Zangerle Katharina, Dr.in DIin MSc

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Ecker Sandra, MSc
Delcour Jennifer, Dipl.-Geogr.in
Kührer Alexandra, BA (Sekretariat)
Winkler Petra, DIin

Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (LIV)

Bramböck Verena, Mag.ª BA
Ebenbichler Florian, DGKP
Fetz Bettina, DGKP
Hickmann Christoph, MSc
Huber Andreas, MMag. Dr.
Kleinheinz Elisabeth, BScN MScN
Langer Daniela, DGKP
Lechner Matthias, Assoc. Prof. Dr. med. univ
Leo Marco, Mag.

Mathis Michael, BA
Mühlböck Helmut
Nasrouei-Schmidt Lucas, BScN MScN MSc
Neururer Sabrina, DI[in] PhD
Pfeifer Bernhard, Univ. Prof. DI Dr.
Riedmann Marina, Lic. Math.
Runge Julia, Mag.[a] MA
Schiessling Gabriele
Seeberger Manuela, Mag.[a]
Stark Christian, Ing. Mag. (FH)
Taha Hasan, Mag.
Wagner Hanna, Mag.[a] LL.M.

Gender Medicine Medizinische Universität Innsbruck, Frauengesundheitszentrum

Hochleitner Margarethe. i. R, Univ.-Prof.[in] Dr.[in]

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)

Achmüller Hanna, MA
Melitopulos-Daum Arno, Dr.
Riedl Marina, BA
Schlegel Ulrike, Mag.[a] BA
Schullian Katharina, Mag.[a] BA
Stern Lisa, BSc MA

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Autorschaft:

Amt der Tiroler Landesregierung (Kapitel 4.1.1– 4.1.3, 4.2.2, 4.2.4–4.3.6, 5.3, 6.1.2, 6.1.3, 6.2.3, 8.2–8.5, 9.3)

Österreichische Gesundheitskasse – Landesstelle Tirol (Kapitel 8.1, 9.1, 9.2)

Gesundheit Österreich GmbH (Kapitel 1, 2, 3.1, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3.1, 3.2.4–3.2.7, 3.3, 3.4, 3.5.2–3.5.4, 4.2.1, 4.2.3, 4.2.7, 4.3, 6.1.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.3–6.5, 7.2, 7.3, 7.6, 8.6, 9.4)

Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (Kapitel 3.2.3.1, 3.2.3.2, 3.5.1, 5.1, 5.2, 5.4–5.7, 7.1, 7.2, 7.4, 7.5, 9.5, 10)

Kurzfassung

Die wesentlichen Ergebnisse des Tiroler Gesundheitsberichts 2024 können wie folgt zusammengefasst werden:

Soziodemografische Faktoren

- Im Jahr 2023 hatte Tirol etwa 773.500 **Einwohner:innen**. Das Durchschnittsalter der Tiroler Bevölkerung betrug 43,2 Jahre, fast ein Viertel hat Migrationshintergrund.
- Die **Geburtenbilanz** ist zwar positiv, zeigt aber einen sinkenden Trend. Der Bevölkerungszuwachs ist hauptsächlich auf Zuwanderung zurückzuführen – mit Höhepunkten in den Jahren 2015 und 2022 innerhalb des (erweiterten) Beobachtungszeitraums seit 2014.

Gesundheitszustand

- Im Jahr 2023 hatten in Tirol geborene Mädchen eine **Lebenserwartung** von 85,3 Jahren und Burschen von 80,9 Jahren, die höchste in Österreich. Die Lebenserwartung stieg seit 2014 um 0,8 Jahre für Frauen und 0,5 Jahre für Männer.
- Auch in Bezug auf die **Lebenserwartung in guter Gesundheit** haben Tiroler:innen einen deutlichen Vorsprung: Im Jahr 2019 Geborene können rund 84 Prozent ihres Lebens in guter bis sehr guter Gesundheit, also deutlich länger als im österreichischen Durchschnitt, leben.
- Im Jahr 2023 verstarben in Tirol rund 6.600 Personen, das entspricht einer der geringsten **Sterblichkeitsraten** in Österreich. Abgesehen von Todesfällen, die auf die Perinatalphase oder auf Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien zurückzuführen sind und zumeist im ersten Lebensjahr passieren, waren die **häufigsten Sterbefälle** bei den bis 29-Jährigen auf Verletzungen zurückzuführen, wären also vermeidbar. Bei den 30- bis 59-Jährigen dominierten Krebserkrankungen (insbesondere bei Frauen), gefolgt von Verletzungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In der Alterskategorie ab 60 Jahren waren Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen die häufigsten Todesursachen.
- Die **Suizidrate** lag in Tirol im Jahr 2023 bei 22 Männern und 4 Frauen pro 100.000 Einwohner:innen. Seit den 1980er-Jahren sind die Suizidraten tendenziell rückläufig, jedoch gab es 2022 einen Anstieg bei Männern. Die meisten Suizide begehen ältere Männer, doch bei Jugendlichen stellt Suizid eine der häufigsten Todesursachen dar.
- Der **Gewichtsstatus** der Tiroler Bevölkerung ist zwar günstiger als in den anderen Bundesländern Österreichs, doch steigt die Übergewichts- bzw. Adipositasrate. Im Jahr 2019 hatten 32 Prozent der Tiroler Bevölkerung ab 15 Jahren Übergewicht und 13 Prozent Adipositas. Männer sind häufiger übergewichtig als Frauen, beide Geschlechter haben ähnliche Adipositasraten.
- Die letzte **Zahnstatuserhebung** im Jahr 2016 zeigte, dass Tiroler Sechsjährige mit 30 Prozent im gesamtösterreichischen Vergleich am wenigsten Karies hatten.
- Die häufigsten **chronischen Krankheiten** bzw. **Gesundheitsprobleme** in Tirol sind Rückenschmerzen und Allergien, erhöhte Cholesterinwerte (erhöht bei etwa einem Viertel der über 15-jährigen Tiroler Bevölkerung) und Bluthochdruck (erhöht bei mehr als einem

Fünftel der über 15-jährigen Tiroler Bevölkerung). Frauen leiden häufiger an Nackenschmerzen und Arthrosen, Männer haben etwas häufiger Diabetes und chronische Bronchitis.

- Nahezu alle Morbiditätskennzahlen zeigen eine mehr oder wenige deutliche sozioökonomische Komponente. Die Prävalenz von Übergewicht, Bluthochdruck, Karies und anderen chronischen Erkrankungen ist bei Menschen mit niedriger formaler Bildung und/oder Migrationshintergrund höher. Für erhöhtes Cholesterin gilt dies allerdings nicht.
- Zwischen 2014 und 2020 wurden in Tirol jährlich durchschnittlich 3.950 **Krebsdiagnosen** neu gestellt. Die häufigsten Krebserkrankungen sind Prostatakrebs bei Männern (14,4 %) und Brustkrebs bei Frauen (13,3 %), gefolgt von Lungenkrebs (11,2 %) und kolorektalen Karzinomen (9,2 %). Lungenkrebs hat die höchste Sterblichkeitsrate. In Innsbruck sind Inzidenz- und Mortalitätsraten am höchsten.
- Das **Diabetesregister** Tirol (DRT) erfasst systematisch Daten zu Diabetespatientinnen und -patienten und umfasst etwa 30.000 Personen. Der Großteil sind Typ-2-Diabetiker:innen (70,4 %).
- Im Jahr 2023 wurden etwa 117.000 Tiroler Patientinnen und Patienten in österreichischen **Akutkrankenanstalten** behandelt (53 % weiblich), was 15 Prozent der Tiroler Bevölkerung entspricht und hinsichtlich der altersstandardisierten Rate etwas höher als der österreichische Durchschnitt ist. 47 Prozent waren 60 Jahre alt oder älter. Die altersstandardisierte Rate der Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt ist seit 2015 um 14,9 Prozent zurückgegangen. Die drei häufigsten Hauptdiagnosen bei stationären Aufnahmen von Frauen sind Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und Krankheiten des Urogenitalsystems. Auch bei Männern sind Verletzungen und Vergiftungen die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems.
- Seit 2014 starben in Tirol durchschnittlich 419 Personen pro Jahr an **Verletzungen oder Vergiftungen** (Tendenz steigend), 61 Prozent davon waren Männer. Mit 85 Todesfällen pro 100.000 Männer und 47 pro 100.000 Frauen lag die Sterblichkeit im Jahr 2023 über dem österreichischen Durchschnitt. Die Rate stationärer Aufenthalte wegen Verletzungen oder Vergiftungen ist seit 2014 leicht rückläufig. **Sportunfälle** sind bei beiden Geschlechtern die häufigste Unfallart in Tirol. Bei Männern sind Arbeitsunfälle die zweithäufigste Ursache, bei Frauen Verkehrsunfälle. Männer haben mehr als sechsmal so viele **Arbeitsunfälle** mit stationärem Aufenthalt und doppelt so viele Verkehrsunfälle mit stationärem Aufenthalt wie Frauen.
  Im Jahr 2023 waren in Tirol rund 955 Personen pro 100.000 Einwohner:innen an **Verkehrsunfällen** beteiligt. Etwa 64 Prozent davon wurden verletzt, Männer häufiger als Frauen. Zwischen 2014 und 2023 wurden pro Jahr rund 130 Tiroler Kinder und Jugendliche bei Straßenverkehrsunfällen schwer bis tödlich verletzt.
- Rund ein Drittel der über 18-Jährigen in Österreich hat eine eingeschränkte funktionale **Gesundheitskompetenz** (GK), ohne große Unterschiede zwischen den Bundesländern. Kinder und Jugendliche nutzen zunehmend das Internet für Gesundheitsinformationen, haben aber Schwierigkeiten, deren Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen. Ältere und Kinder aus nicht deutschsprachigen oder finanziell schlechter gestellten Haushalten haben eine geringere GK.
- Laut ATHIS 2019 bewerten rund 88 Prozent der Tiroler:innen ihre **Lebensqualität** als sehr gut oder gut, womit Tirol über dem österreichischen Durchschnitt liegt (84 %). Sowohl mit

steigendem Alter als auch mit niedrigerer formaler Bildung wird die Lebensqualität schlechter eingeschätzt.

- Zwischen 2014 und 2022 gab es in Tirol durchschnittlich 7.696 **Geburten** pro Jahr. Der Anteil der Mütter über 35 Jahren nimmt zu. Die Kaiserschnittrate lag 2022 bei 34,1 Prozent. Die Rate an Episiotomien sank im Jahr 2022 seit 2014 um 3,6 Prozentpunkte. Frühgeburten vor der 28. Woche betrugen durchschnittlich 0,3 Prozent pro Jahr. Der Anteil der Mütter mit Adipositas nimmt zu. Im Jahr 2023 starben in Tirol 13 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres, was einer **Säuglingssterblichkeit** von 1,9 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen entspricht (Österreich: 2,8). Das **SIDS-Vorsorgeprogramm** unterstützte dabei, das Auftreten eines plötzlichen Säuglingstodes zu senken.
  Der Zugang zu **Schwangerschaftsabbrüchen** ist in Tirol eingeschränkt, da in öffentlichen Krankenhäusern keine Abbrüche durchgeführt werden; jedoch führt ein Arzt operative Abbrüche extramural durch. Finanzielle Unterstützung für einen operativen oder medikamentösen Schwangerschaftsabbruch wird einkommensschwachen Frauen durch einen Härtefallfonds angeboten.

Gesundheitsversorgung

- Die **stationäre Akutversorgung** in Tirol wird hauptsächlich durch 9 Landesfondskrankenanstalten abgedeckt. 2023 standen in diesen Krankenhäusern 4.026 systemisierte und 3.623 tatsächliche Betten zur Verfügung, was einem Rückgang von 3,2 Prozent bzw. 9,6 Prozent seit 2019 entspricht. Zusätzlich gibt es 4 private Krankenanstalten mit 394 Betten und ein Militärspital in Innsbruck. 2023 wurden insgesamt 192.384 stationäre Fälle mit 942.956 Belagstagen behandelt, was einem Rückgang von 9 Prozent bei den Fällen und von 12 Prozent bei den Belagstagen seit 2019 entspricht. Die Zahl der Tagesklinik-Aufenthalte stieg um 14 Prozent auf 19.415 und die der ambulanten Kontakte auf sogenannten „ambulanten Betreuungsplätzen" (onkologische Pharmakotherapie und Tagesbehandlungen PSY/KJP) um 26 Prozent auf 37.793.
- Im Jahr 2023 wurden in den Tiroler **Spitalsambulanzen** etwa 209.500 Besuche pro 100.000 Einwohner:innen dokumentiert (insg. 1,6 Mio. Besuche), womit Tirol im Bundesländervergleich an der Spitze liegt. Fast die Hälfte der Besuche entfiel auf das LKH Innsbruck. Das häufigste Fachgebiet war Orthopädie und Traumatologie.
  Die **zentrale ambulante Erstversorgung** gibt es in Tirol in 3 Krankenanstalten: dem LKH Innsbruck, dem KH Kufstein und dem KH Zams. 2023 wurden dort 61.181 Patientenkontakte dokumentiert, davon 70 Prozent im LKH Innsbruck. 2023 gab es im stationären Bereich der ZAE Innsbruck 439 Abteilungsaufenthalte. Seit 2016 ist die Anzahl der Aufenthalte rückläufig – besonders stark war dies während der Pandemie zu bemerken – und scheint nun auf niedrigem Niveau stabil zu bleiben.
- 2023 standen in Tirol 6 **Rehabilitationszentren** und Therapiezentrum mit insgesamt 715 Betten zur Verfügung. Rund 22.600 Aufenthalte oder 59 Prozent entfielen im Berichtszeitraum auf die Tiroler Bevölkerung. Umgekehrt nahmen Tiroler:innen rund 22.300 Reha-Aufenthalte außerhalb Tirols in Anspruch. Die insgesamt 44.900 Reha-Aufenthalte der Tiroler Bevölkerung entsprachen einem Anteil von 6,3 Prozent aller Reha-Aufenthalte von Österreicherinnen und Österreichern.
- In Tirol gibt es 93 **Alten- und Pflegeheime**. Mit Stand Anfang 2023 sind 6.738 Pflegeplätze genehmigt, was einem Anstieg der Kapazitäten von 17,9 Prozent seit 2012 entspricht. Der

neue Strukturplan Pflege 2023–2033 sieht aufgrund der angespannten Personalsituation nur eine geringe Erhöhung der Pflegeplätze vor. Hauptziel ist, die bestehenden Plätze besser auszulasten.

- Der Strukturplan Pflege ist das zentrale Planungsinstrument für die Langzeitpflege in Tirol. Er folgt dem Prinzip „ambulant vor stationär", weshalb auch die **mobile Pflege** stark ausgebaut wurde – zwischen 2012 und 2022 stiegen hier die Leistungsstunden um 37 Prozent. Im Jahr 2022 wurden 78 Prozent der geplanten Leistungsstunden in der mobilen Pflege erreicht. Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung sind die wachsende ältere Bevölkerung und Pensionierungen vieler Pflegekräfte. Der Ausbau von Versorgungsangeboten ist stark von den verfügbaren Pflegepersonalressourcen abhängig. Von 2012 bis 2021 stieg der Richtversorgungsgrad in Tirol von 65 Prozent auf 75 Prozent, womit Tirol an zweiter Stelle in Österreich lag.
- In Tirol gibt es zur **Notfallversorgung** 13 Notarztstützpunkte, 9 periphere Notarztbereiche, 50 Rettungswachen und 8 ganzjährige Notarzthubschrauber. Die Einsatzzahlen stiegen zwischen 2019 und 2023 um 10 Prozent. Tätig sind 2.498 Rettungssanitäter:innen, 701 Notfallsanitäter:innen und 485 Notärztinnen und Notärzte. Die Ergebnisqualität wird durch Reanimationserfolge gemessen und ist in Tirol höher als im Durchschnitt des Gesamtregisters.
  Seit 2013 werden alle zivilen Blaulichtpartner in Tirol von der **Leitstelle Tirol** zentral disponiert und alarmiert. Seit 2019 bietet sie die telefonische Gesundheitsberatung 1450 an. Nach einem Höhepunkt von 408.372 Anrufen im Jahr 2021 gab es 2023 21.034 Anrufe. Die Anzahl der Notrufe stieg zwischen 2019 und 2023 um 17 Prozent, die Krankentransportanrufe um 21 Prozent.
- Von 2014 bis 2022 stieg die Versorgungswirksamkeit (ÄAVE – ärztlich ambulante Versorgungseinheiten) der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte um 10 Prozent an. 2022 wurden in Tirol im niedergelassenen Bereich 1,53 Millionen Arztbesuche pro 100.000 Einwohner:innen dokumentiert. Die Inanspruchnahme war bis 2019 stabil, sank im Jahr 2020 und stieg 2021 wieder an. 57 Prozent der Besuche entfielen auf Frauen, 42 Prozent auf Männer. Die zunehmende Inanspruchnahme bestätigen auch die Zahlen der e-Card-Konsultationen für Tirol wie auch für Österreich, wobei Tirol seit dem Jahr 2020 diesbezüglich über dem österreichischen Durchschnitt liegt.
- Ende 2023 gab es in Tirol 179 **Apotheken**. Eine öffentliche Apotheke versorgte durchschnittlich 6.270 Einwohner:innen. Die Versorgungsdichte variiert regional stark, insgesamt liegt Tirol etwa im österreichischen Durchschnitt.
- Die Ausgaben für **Medikamente, Hilfsmittel und Heilbehelfe** nehmen zu, während die Zahl der mit der Krankenversicherung verrechneten Verordnungen abnimmt. So verursachen etwa höherpreisige Medikamente mit jährlich rund 100,25 Millionen Euro 40 Prozent der Gesamtkosten, machen aber nur einen geringen Teil der Verordnungsmenge aus.
- In Tirol standen 2023 folgende **medizinisch-technischen Großgeräte** (laut ÖSG 2023) zur Verfügung: 22 CT, 18 MR, 4 COR, 5 STR, 5 SPECT und 2 PET.
- 2023 wurden in Tirol in 3 **IVF**-Vertragszentren 931 Befruchtungsversuche bei 552 Paaren durchgeführt. Die Schwangerschaftsrate pro Transfer lag bei 35,7 Prozent. Der Anteil an Mehrlingsschwangerschaften sank auf durchschnittlich 8,3 Prozent.
- Der Beirat für **psychosoziale Versorgung** in Tirol koordiniert bedarfsgerechte Beratungs- und Betreuungsangebote für Menschen in Krisen und ihre Angehörigen. Projekte sind etwa der Psychosoziale Krisendienst Tirol und die Psychosozialen Zentren Tirol, die den Zugang zu Hilfsangeboten verbessert haben

- Das Tiroler Teilhabegesetz (TTHG) regelt seit 2018 die **Behindertenhilfe**. Der Schwerpunkt liegt auf mobilen Unterstützungsleistungen. 2023 wurden 10.015 Menschen unterstützt, das entspricht einer Steigerung von 4,7 Prozent seit 2019.
- Das **Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) Tirol** wurde 2017 gegründet, um die Gesundheitsversorgung und spezialisierte Pflege in Tirol zu vernetzen und zu koordinieren. Gemeinsam mit dem Land Tirol, dem Tiroler Gesundheitsfonds und den Tiroler Sozialversicherungsträgern werden vom LIV Tirol folgende **wesentliche Versorgungsprogramme bzw. -projekte** zentral koordiniert, organisiert und umgesetzt:
  - **HerzMobil Tirol**: Dieses Disease-Management-Programm (DMP) zielt darauf ab, Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten durch Förderung der Gesundheitskompetenz und optimierte medikamentöse Therapie nachhaltig zu stabilisieren. Von 2019 bis 2023 wurden 1.051 Patientinnen und Patienten versorgt. 2024 startete ein Projekt zur Optimierung vor Herzoperationen.
  - **Integrierter Patientenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall**: Die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten erfolgt in Tirol über 3 Stroke Units, mehrere neurologische und internistische Abteilungen sowie Rehabilitationseinrichtungen. Der Tiroler Schlaganfallpfad reicht von der Notfallversorgung bis zur ambulanten Rehabilitation und verbessert die Genesungschancen. Einzigartig ist auch der Aufbau einer qualitätskontrollierten, standardisierten, interdisziplinären ambulanten Nachsorge.
  - **Versorgungsnetzwerk und Koordinationsstelle Post-COVID Tirol**: 2021 wurde in Tirol ein Post-COVID-Behandlungsmodell entwickelt. Je nach Schwere des Falles werden Betroffene an die Koordinationsstelle Post-COVID Tirol überwiesen, die die Versorgung koordiniert. Seit 2021 wurden über 750 Patientinnen und Patienten aufgenommen, meist im Alter zwischen 30 und 50 Jahren. Die Koordinationsstelle soll künftig auch Menschen mit anderen postinfektiösen Krankheitsbildern betreuen.
  - Die **Hospiz- und Palliativversorgung** einschließlich mobiler Palliativteams und Palliativkonsiliardienste wird vom LIV Tirol koordiniert. Seit 2019 gibt es eine flächendeckende Versorgung in Tirol mit mobilen Palliativteams, Palliativkonsiliardiensten, Palliativbetten und einer großen Anzahl an ehrenamtlichen Hospizteams. Bis 2030 sollen stationäre Hospizbetten und weitere Tageshospizplätze ausgebaut werden.
  - **CareManagement Tirol** optimiert die häusliche Versorgung durch die Koordination verschiedener Dienste und Ressourcen. Die Handlungsfelder umfassen Netzwerkarbeit, Beratung, Case Management und Evaluation. Diese Elemente sorgen für eine integrierte und umfassende Betreuung. Das Programm wird seit 2018 in allen Bezirken ausgerollt. Bis Ende 2022 wurden 1.436 Betroffene betreut.
  - Seit 2017 setzt die **Koordinationsstelle Demenz** die Handlungsempfehlungen der österreichischen Demenzstrategie um. Ihre Arbeit umfasst 5 Handlungsfelder: zielgerichtete Information über Unterstützungsangebote, Netzwerkaufbau, Information und Sensibilisierung durch Öffentlichkeitsarbeit, Kompetenzstärkung und Entwicklung zukünftiger Versorgungskonzepte. Ein Pilotprojekt zur integrierten Versorgung von Menschen mit Demenz startete 2024

Personalsituation im Gesundheitswesen

- Ende 2023 lag die Versorgungsdichte durch **Ärztinnen und Ärzte** in Tirol über dem österreichischen Durchschnitt. 65 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sind angestellt, 37 Prozent niedergelassen, wobei 23 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auch angestellt sind. Tirol hat eine höhere Dichte an angestellten Ärztinnen und Ärzten (4,3 pro 1.000 EW) als der österreichische Durchschnitt (3,7), aber eine geringere Dichte an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (1,9 pro 1.000 EW; Ö: 2,1). Von den 1.872 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Tirol waren 834 Vertragsärztinnen und -ärzte. Bei der Versorgungsdichte durch Allgemeinmedizin liegt Tirol knapp unter dem österreichischen Durchschnitt. Ärztinnen und Ärzte in Tirol sind im Durchschnitt 46,3 Jahre alt, das ist der jüngste Durchschnitt in Österreich. Der Anteil der Ärztinnen steigt.
  Gemäß einer rezenten **Ärztebedarfsanalyse** für Tirol für den Zeitraum 2022–2026 wurde in den Fachrichtungen Augenheilkunde, Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde, Urologie sowie HNO die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen als zu gering eingeschätzt, um den Bedarf zu decken.
  Basierend auf der Ärztebedarfsanalyse wurde ein **Maßnahmenpaket** beschlossen. Seit 2019 wird außerdem die **Allgemeinmedizin** gefördert. Die Koordinationsstelle **ÄrzteAusbildung Tirol** am LIV Tirol plant Projekte zur Förderung der Allgemeinmedizin und setzt diese um. Zudem wurde das Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck etabliert.
- Zu den Gesundheits- und Krankenpflege-Berufsgebieten (GuK-Berufe) zählen der **gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP), die Pflegefachassistenz (PFA) und die Pflegeassistenz (PA)**. Tirol und Salzburg haben die höchste Versorgungsdichte durch DGKP (12,7 pro 1.000 EW). Bei PFA und PA liegt Tirol im österreichischen Durchschnitt. Die meisten DGKP arbeiten in Krankenanstalten, während PFA und PA hauptsächlich in stationären Pflegeeinrichtungen tätig sind. Etwa 8 Prozent der GuK-Berufe arbeiten in mobilen Diensten.
  Aufgrund der demografischen Entwicklungen wird die Nachfrage nach qualifizierter Pflege in den nächsten Jahren stark steigen. Insbesondere in der Langzeitpflege und -betreuung wird es grundlegende Herausforderungen geben. Bis 2033 wird in Tirol ein Anstieg des **Pflegebedarfs** erwartet, welcher zusätzliche Ressourcen bei den GuK-Berufen erfordert: Bei DGKP um 9 Prozent, bei PFA um 18 Prozent und bei PA um 13 Prozent. Bis 2043 wird der Bedarf noch weiter steigen. Zusätzlich müssen Pflegekräfte, die in Pension gehen (bis Ende 2033 ca. 3.350 und bis Ende 2044 knapp 7.000), ersetzt werden.
  Die Novelle zum GuKG 2016 führte zu neuen **Ausbildungswegen im Pflegebereich**. Um die gebotenen Ausbildungsplätze zu belegen, wurden Maßnahmen gesetzt, die mehr Menschen für Pflegeberufe gewinnen und die Drop-out-Quote senken sollen. Die Zahl der Auszubildenden ist seit 2019 gestiegen, insbesondere bei den PA.
- Ende 2023 waren 4.073 Personen in Tirol in einem **medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberuf** (MTD) tätig. Die meisten Registrierungen gab es in der Physiotherapie (1.928), gefolgt von der Biomedizinischen Analytik (645) und der Ergotherapie (537). Tirol liegt bei der Versorgungsdichte der MTD-Berufe über dem österreichischen Durchschnitt, dies trifft besonders auf Ergotherapeutinnen und -therapeuten und auf Logopädinnen und Logopäden zu. Über 90 Prozent der Berufsangehörigen in den Bereichen Biomedizinische Analytik, Diätologie, Ergotherapie und Logopädie sind Frauen. 47 Prozent der Registrierten sind ausschließlich angestellt, 35 Prozent freiberuflich und 18 Prozent sowohl

angestellt als auch freiberuflich. Besonders viele Physiotherapeutinnen und -therapeuten (57 %) und Logopädinnen und Logopäden (43 %) arbeiten freiberuflich. Die meisten angestellten MTD sind in Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen tätig.

- Ende 2023 waren 268 Personen mit Wohnsitz in Tirol zur Berufsausübung als **Hebamme** registriert. 282 Hebammen gaben Tirol als Berufsort an. 45 Prozent der Hebammen in Tirol arbeiten sowohl angestellt als auch freiberuflich, 32 Prozent ausschließlich in Krankenanstalten und 23 Prozent ausschließlich freiberuflich. Von den 193 freiberuflich tätigen Hebammen in Tirol sind 43 Kassenhebammen, was 22,3 Prozent entspricht und den höchsten Wert aller Bundesländer darstellt. Für das Eltern-Kind-Pass (EKP)-Beratungsgespräch haben 147 Hebammen eine Berechtigung und 85 von ihnen haben einen EKP-Vertrag mit der Sozialversicherung. In Tirol kommen auf 1.000 Lebendgeborene rund 41,7 Hebammen, was über dem österreichischen Durchschnitt liegt. Die Dichte an Hebammen mit Gesamtvertrag beträgt 6,4 pro 1.000 Lebendgeborene, dies ist ebenfalls der höchste Wert in Österreich.
- Ende 2023 waren in Tirol 946 **Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (PT) (12,3 pro 10.000 EW), 936 **Klinische Psychologinnen und Psychologen** (KP) (12,5 pro 10.000 EW) und 866 **Gesundheitspsychologinnen und -psychologen** (GP) (11,2 pro 10.000 EW) aktiv. Tirol weist die dritthöchste Versorgungsdichte bei den PT auf. Bei KP und GP liegt Tirol an vierter Stelle. Die Altersdurchschnitte der aktiven GP, KP und PT in Tirol sind 49,5, 47,7 und 57,1 Jahre. Frauen sind in allen drei Berufen mit 74 bis 80 Prozent stärker vertreten. Die Berufsangehörigen sind in Tirol regional unterschiedlich verteilt und es zeigt sich ein Stadt-Land-Gefälle. In Bezug auf die Berufsausübung sind 71,5 Prozent der PT freiberuflich tätig, 8,2 Prozent angestellt und 20 Prozent sowohl freiberuflich als auch angestellt. Bei KP sind 43 Prozent freiberuflich, 37 Prozent angestellt und 20 Prozent in beiden Formen tätig. Bei GP sind 44,9 Prozent freiberuflich, 34 Prozent angestellt und 21 Prozent in beiden Formen tätig.

Ausgewählte Themen zur Frauengesundheit in Tirol

- Seit 2014 können alle Frauen ab 40 Jahren alle zwei Jahre im Rahmen **des Brustkrebs-Früherkennungsprogramm**s (BKFP) kostenlos eine Mammografie in Anspruch nehmen. Unterschiedliche Indikatoren mit Grenzwerten der EU dienen der Evaluation, so etwa die Teilnahmequote am BKFP. Während manche Indikatoren unter dem EU-Wert lagen, erfüllten andere die Grenzwerte oder lagen darüber. Insgesamt wurden im Zeitraum 2019–2023 in Tirol rund 2.700 Mammakarzinome entdeckt
- **Krebs**tod ist, nach dem Tod aufgrund von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)** die zweithäufigste Todesursache für Frauen. Frauen erkranken und sterben weniger häufig an Krebs als Männer.
- Frauen sterben zehnmal häufiger an **HKE** als an Brustkrebs; 2023 verstarben in Tirol mehr Frauen als Männer an einer HKE. Frauen sind jedoch oft unterversorgt: sie erhalten seltener diagnostische und therapeutische Maßnahmen, so wurden 2023 in Tirol beispielsweise 31,8 Prozent aller Koronarangiografien an Frauen durchgeführt. Bei Herzoperationen lag der Anteil bei 27 Prozent Frauen.
- Es starben weniger Frauen an COVID-19, doch es leiden mehr Frauen an Post-COVID. Zwischen 2020 und 2023 wurden in Tirol mehr Frauen als Männer geimpft, oft aufgrund ihrer Präsenz in systemrelevanten Berufen. Studien zeigen, dass Frauen von

Begleiterscheinungen der **COVID-19-Pandemie** stärker betroffen waren als Männer, z. B. aufgrund von Care-Arbeit, Mehrfachbelastungen.
- 2023 gaben etwa 6 Prozent der im Rahmen der Menstruationsgesundheitsbefragung befragten Tirolerinnen an, eine diagnostizierte **Endometriose** zu haben, und 5 Prozent vermuteten es. Zwischen 2019 und 2023 wurden jährlich etwa 530 Frauen in Tirol wegen Endometriose akutstationär aufgenommen. In Tirol gibt es zertifizierte Endometriose-Kompetenz-Zentren

SARS-CoV-2

- Tirol entwickelte das **ISCO-Informationssystem COVID**, um die Pandemie effizient zu verwalten. Zwischen 2020 und 2023 wurden in Tirol knapp 3,2 Millionen PCR-Tests an 726.519 Personen durchgeführt, etwa 16 Prozent aller durchgeführten Tests waren **positive PCR-Tests**. Insgesamt wurden zwischen 2020 und 2023 außerdem 1.653.449 **COVID-19-Impfdosen** in Tirol verabreicht. Die Impfbereitschaft nahm im Laufe der Pandemie ab.
- Während der Pandemie von 2020 bis Juni 2023 gab es in Tiroler Fondskrankenanstalten mehrere Spitzen bei der **Belegung von Betten durch COVID-positive Patientinnen und Patienten**. Die höchste Anzahl belegter Intensivbetten wurde im Dezember 2020 erreicht. Die Höchstzahl belegter Normalstationsbetten war im November 2020 erreicht.
- Die Anzahl der **Krankenstandsfälle** aufgrund von COVID-19 ist zwischen 2022 und 2023 gestiegen, während sich die **Krankenstandstage** reduziert haben.
- Die Folgen von SARS-CoV-2 zeigen sich deutlich in den Sterbezahlen. Zwischen 2020 und 2022 gab es in Tirol, wie auch in Gesamtösterreich, eine Übersterblichkeit. Die meisten **Todesfälle** aufgrund von COVID-19 traten ab dem 80. Lebensjahr auf, besonders in der frühen Phase der Pandemie. Das Alter ist der größte Risikofaktor für einen tödlichen Verlauf von COVID-19. Männer über 90 Jahre hatten die höchste Todesfallinzidenz (739,5 pro 10.000).
  Die meisten Todesfälle aufgrund von COVID-19 gab es im Jahr 2020 (494), 2022 waren es 170. Insgesamt starben 1.011 Personen in Tirol an COVID-19, davon 590 Männer und 421 Frauen.
- Das Tiroler **Abwassermonitoring-Programm** umfasst seit 2023 42 Kläranlagen. Seit November 2020 wird SARS-CoV-2 überwacht und seit Mitte November 2023 auch Influenza A/B und RSV. Das Programm kann schnell an aktuelle Bedarfe angepasst werden und dient als Frühwarnsystem im Gesundheitsbereich. Die Daten fließen in das **epidemiologische Frühwarnsystem (EFS)** ein, das Prognosen zur Virusverbreitung und zur Belastung des Gesundheitssystems ermöglicht.
- **Post-COVID** ist eine Langzeitfolge einer SARS-CoV-2-Infektion mit Symptomen, die länger als vier Wochen anhalten. Seit Januar 2020 waren 61 Prozent der im Rahmen einer Studie befragten Tiroler:innen an COVID-19 erkrankt, 8 Prozent der Befragten wurden medizinisch behandelt. Nur etwa 50 Prozent berichteten von einem normalen Gesundheitszustand nach der Erkrankung. Bei den anderen 50 Prozent verbesserte sich der Gesundheitszustand, während er bei einem Drittel unverändert blieb.

Gesundheitsförderung und Prävention

- Folgende Themen und Projekte/Programme in Tiroler **Betreuungs- und Bildungseinrichtungen** richten sich an Kinder, Jugendliche, Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen: Ernährung („Bruno Vitamini"), allgemeine Gesundheitsförderung („Kindergartenvorsorgeprogramm", „Gesundheitsunterricht an Mittelschulen und polytechnischen Schulen", „Gesunde Schule Tirol"), Gesundheitskompetenz („GET – Gesunde Entscheidungen treffen"), Bewegung („Schule bewegt gestalten", „Bewegung und gesunde Haltung", Zusatzausbildung für Elementarpädagoginnen und -pädagogen), psychosoziale Gesundheit („Stark fürs Leben") und Mundgesundheit. Auch für den Arbeitsplatz Kindergarten und Schule gibt es Gesundheitsförderungsangebote („Gesunder Arbeitsplatz Kindergarten", „Gesunder Arbeitsplatz Schule", „Lehrer:innen-Gesundheit – gestärkt für den Schulalltag").
- Auch in anderen Settings werden für die Zielgruppe **Kinder und Familien** Projekte und Programme angeboten: **Richtig essen von Anfang an (REVAN)**, das Angebot der **Frühen Hilfen**, **Elternberatung Tirol**, **sportmedizinische Untersuchungen** und das Abnehmprogramm **Easykids**.
- Nach einem Rückgang in den Pandemiejahren ist seit 2021 ein deutlicher Anstieg der Nutzung des Angebots der **betrieblichen Gesundheitsförderung** zu verzeichnen, das die Tiroler Betriebe bei der Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen, gesundem Führen und hoher Arbeitszufriedenheit unterstützt.
- Projekte in Tirol für die erwachsene Bevölkerung mit Fokus auf **Bewegung** sind: „Bewegt im Park", „Beweg dich – gesunder Rücken", „Bewegung und Sport mit onkologischen Patientinnen und Patienten" und „Bleib dran!". Zudem wird ein Fokus auf **Ernährung** gesetzt, nämlich mit der Ernährungs- und Diätberatung Tirol. Bezüglich **Raucherentwöhnung** gibt es seit 2017 ein ambulantes Rauchentwöhnungsprogramm. Das Projekt „**Xund im Alter**" richtet sich an Seniorinnen und Senioren und Menschen ab 50 Jahren mit dem Ziel, durch Aktivitäten wie Bewegung, Sport, Vorträge und Ausflüge die Gesundheit sowie neue Sozialkontakte zu fördern.
- Der **Präventionspfad** begleitet Tiroler:innen auf ihrem Weg zu einem gesünderen Lebensstil, beginnend mit Vorsorgeuntersuchungen. Bei Bedarf werden Patientinnen und Patienten an die Koordinationsstelle für Prävention am LIV Tirol überwiesen, wo passende Angebote koordiniert werden. Die Pilotphase startete im März 2023 mit acht Hausarztpraxen. Im Jahr 2023 waren 59 Prozent der Teilnehmer:innen weiblich, das Durchschnittsalter betrug 48 Jahre.
- 1998 wurde ein bundesweites **Impfkonzept** eingeführt, das kostenlose Impfungen von Kindern bis 15 Jahre vorsieht. In Tirol werden alle verimpften Dosen in der landeseigenen Datenbank ISGA dokumentiert. Die HPV-Impfung wurde 2014 in das Gratis-Kinderimpfprogramm „IMPFAKTION TIROL" aufgenommen. Seit 2016 wird sie in der 5. Schulstufe durchgeführt und seit 2023 ist die Catch-up-Impfung bis 21 Jahre kostenlos. Mit 01.07.2024 wurde die kostenfreie Impfung auf die Altersgruppe vom 9. bis zum 30. Geburtstag ausgedehnt.
- Im Rahmen des Projekts „Öffentliches Impfprogramm Influenza" wird der österreichischen Bevölkerung seit der Impfsaison 2023/2024 die kostenlose Influenza-Impfung angeboten.
- Im Jahr 2023 nahmen 25 Prozent der Tirolerinnen und 22 Prozent der Tiroler über 19 Jahre eine **allgemeine Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch. Im Vergleich zu Gesamtösterreich liegt Tirol über dem Durchschnitt. Seit 2014 ist ein Anstieg der Inanspruchnahme zu

beobachten, insbesondere seit 2020. Mit zunehmendem Alter steigt auch der Anteil derjenigen, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

Telemedizin / E-Health

- Im Jahr 2020 wurde in Tirol ein **Konzeptpapier zur Weiterentwicklung der Telemedizin** erstellt. Kernstück ist das Patienteninformationssystem für den sicheren Austausch medizinischer Daten und die Integration verschiedener Versorgungsprogramme.
- Das Pilotprojekt **Tele-Dermatologie** in Tirol ermöglicht schnelle und einfache Telekonsultationen zwischen Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmedizinern und Dermatologinnen bzw. Dermatologen, um den Patientinnen und Patienten eine umfassende und niederschwellige Behandlung zu bieten.
- **D4Health Tirol** (2020–2022) zielte darauf ab, datenbasierte Entscheidungen im Gesundheitswesen zu unterstützen. Es wurden technische Infrastrukturen und Prognosemodelle entwickelt, um die Versorgung zu verbessern.
- **Gesundheitsnetz Tirol** (GNT) war der Vorläufer von ELGA und ermöglichte den sicheren Dokumentenaustausch. Es wurde durch ELGA ersetzt, das seit 2017 in allen öffentlichen Krankenanstalten Tirols genutzt wird.
- **ELGA** stellt verschiedene medizinische Dokumente bereit und ermöglicht den Zugriff auf eMedikation, eRezept und eImpfpass. Projekte zur Integration von Radiologiebildern und des elektronischen Eltern-Kind-Passes sind in Arbeit.

Empfehlungen

- **Gesundheitsdeterminanten und gesundheitliche Chancengerechtigkeit**: Morbidität hängt stark mit **sozioökonomischen Faktoren** (etwa Migrationshintergrund, Bildung) zusammen und die Schere wird größer (siehe z. B. Adipositas, Cholesterin, Bluthochdruck). Auch Gesundheitskompetenz hat eine starke sozioökonomische Komponente. Bei Maßnahmenplanungen ist demnach ein zielgruppenorientierter Ansatz essenziell, um Zielgruppen zu erreichen, die ansonsten schwieriger zu erreichen wären. Zudem sollten Verhältnisse geschaffen werden, die gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern – am besten bereits im Kindergarten- und Schulalter.
- Der Anteil der Personen mit **Übergewicht und Adipositas** steigt. Auch der Anteil der Mütter mit Adipositas nimmt zu. Insbesondere Adipositas zieht eine Vielzahl an Folgeerkrankungen mit sich, umso relevanter ist es, die Erkrankung zu verhindern und mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen früh anzusetzen bzw. eine Versorgung für Betroffene sicherzustellen.
- **Frauengesundheit**
    - **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)** sind in der Gesellschaft nach wie vor stark mit männlich assoziiert, doch sind HKE die Haupttodesursache für Frauen. Maßnahmen zur Erhöhung der Awareness in Hinblick auf diese Erkrankungen sowie auf genderspezifische Symptome etwa bei Herzinfarkten z. B. mithilfe von Kampagnen sind zu empfehlen.
    - **Lungenkrebs**: Die Zahl der Frauen, die rauchen, steigt und ebenso die Mortalität aufgrund von Lungenkrebs. Hier könnte, neben gesetzlichen Maßnahmen zur Einschränkung des Zugangs zu Nikotinprodukten, mit Kampagnen und Präventionsangeboten hinsichtlich „Rauchstopp" angesetzt werden.
    - Rund ein Viertel aller Frauen mit einer **Endometriose**-Diagnose hat Schwierigkeiten, an hilfreiche Informationen von Ärztinnen und Ärzten zu kommen. Auch Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bezüglich der Beschwerden zu erhalten, fällt vielen schwer. Awareness für dieses Thema zu schaffen, ist daher von Bedeutung.
- **Männergesundheit**
    - Männer in Tirol haben eine sehr hohe Suizidrate. Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit mit einem Fokus auf Männer sind daher zu empfehlen.
    - Tiroler weisen im Bundesvergleich Höchstwerte bei Verletzungen aufgrund von Verkehrsunfällen auf. Gezielte Maßnahmen zur Förderung der Verkehrssicherheit mit einem Fokus auf Männer werden empfohlen.
    - Jungen in Tirol haben im Schnitt 15 Prozent niedrigere MER für die HPV-Erstimpfung als Mädchen. Empfohlen wird, hier weiter Bewusstsein für den Bedarf an einer HPV-Impfung mit einem speziellen Fokus auf Jungen zu schaffen.
- **Verkehrssicherheit**: Zwischen 2014 und 2023 wurden pro Jahr rund 130 Tiroler **Kinder und Jugendliche bei Straßenverkehrsunfällen** schwer bis tödlich verletzt. Zu empfehlen ist auch hier die Überarbeitung von Strategien, um die Verkehrssicherheit weiter zu erhöhen.
- Der Zugang zu **Schwangerschaftsabbrüchen** ist in Tirol eingeschränkt, da in öffentlichen Krankenhäusern keine Abbrüche durchgeführt werden; jedoch führt ein Arzt operative

Abbrüche extramural durch. Zu empfehlen ist eine Ausweitung des niederschwelligen Angebotes.

- **Personalsituation in den Gesundheitsberufen**
    - Die Personalsituation in der **Gesundheits- und Krankenpflege** ist angespannt, der Ausbau von Versorgungsangeboten ist stark von den verfügbaren Pflegepersonalressourcen abhängig. Aufgrund von Pensionierungen und der älter werdenden Gesellschaft steigt der Bedarf an Pflegepersonal. Attraktivierungsmaßnahmen für die Ausbildung und um Personen im Beruf zu halten, sind zu empfehlen.
    - Tirol weist im österreichischen Durchschnitt eine höhere Dichte an **angestellten,** aber eine geringere Dichte an **niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten** auf. Es empfiehlt sich, weitere Maßnahmen zu setzen, um die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte zu erhöhen. Um an den Bedürfnissen der jungen Ärztinnen und Ärzte anzudocken, sollten dabei die Zusammenarbeitsformen in der Niederlassung (Primärversorgungszentren, Gruppenpraxen, Anstellung von Ärzt:innen bei Ärzt:innen, Jobsharingpraxen, Übergabepraxen) weiter ausgebaut werden.
    - Die Berufsangehörigen der Klinischen Psychologie, Gesundheitspsychologie und Psychotherapie sind in Tirol regional unterschiedlich verteilt und es zeigt sich ein **Stadt-Land-Gefälle.** Es wird empfohlen Maßnahmen zur Verringerung dieses Gefälles zu erarbeiten.
- Sinkende Trends in den **Durchimpfungsraten** bzw. die nicht zeitgerechte Inanspruchnahme von Impfungen und die steigende Inzidenz von Erkrankungen, für welche es präventive Impfungen gibt (Keuchhusten, Masern), deuten auf einen Handlungsbedarf etwa im Bereich der Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung in Bezug auf Impfungen hin. Grundsätzlich müssen Impfungen niederschwellig und leicht verfügbar angeboten werden.
- Im Jahr 2023 nahmen 25 Prozent der Tirolerinnen und 22 Prozent der Tiroler über 19 Jahre **eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung** in Anspruch. Empfohlen wird, Maßnahmen zu verfolgen, um mehr Personen mit der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung zu erreichen.
- **Gesundheitsförderung und Prävention**: In Hinblick auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit sollten – neben dem Fokus auf verhältnisorientierter Gesundheitsförderung – Maßnahmen gesetzt werden, die den niederschwelligen Zugang zu Gesundheitsförderungsprogrammen für marginalisierte Gruppen ermöglichen. Besonders effektiv ist der Ansatz in der frühen Kindheit, weshalb das Programm der Frühen Hilfen als besonders geeignet angesehen wird.

Inhalt

Kurzfassung V

Empfehlungen XV

Abbildungen XX

Tabellen XXVI

Abkürzungen XXIX

1 Einleitung 1
1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2024 1
1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen 2
1.2.1 Aufbau des Berichts 2
1.2.2 Datenquellen 3
1.3 Landesgesundheitsfonds und die Landes-Zielsteuerungskommission 5

2 Soziodemografische Faktoren 7

3 Gesundheitszustand 12
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit 12
3.1.1 Lebenserwartung 12
3.1.2 Gesamtsterblichkeit 14
3.1.3 Vorzeitige Sterblichkeit 16
3.1.4 Suizid 18
3.2 Morbidität 20
3.2.1 Somatische Basisdaten 20
3.2.2 Mundgesundheit 25
3.2.3 Chronische Erkrankungen 25
3.2.4 Meldepflichtige Infektionserkrankungen 35
3.2.5 Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag 37
3.2.6 Krankenstände 40
3.2.7 Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität“) 41
3.3 Unfälle und Verletzungen 47
3.3.1 Allgemein 47
3.3.2 Straßenverkehrsunfälle 50
3.3.3 Sturzbedingte Frakturen 51
3.4 Gesundheitskompetenz und Lebensqualität 52
3.4.1 Gesundheitskompetenz 52
3.4.2 Lebensqualität 54
3.5 Schwangerschaft und Geburt 56
3.5.1 Daten zur Geburt 56
3.5.2 In-vitro-Fertilisation 58
3.5.3 Schwangerschaftsabbruch 59
3.5.4 Säuglingssterblichkeit 61

4 Gesundheitsversorgung 63
4.1 Stationäre Versorgung 63
4.1.1 Stationäre Akutversorgung 63
4.1.2 Stationäre Rehabilitation 64
4.1.3 Stationäre Alten- und Langzeitversorgung 65
4.2 Ambulante Versorgung 67
4.2.1 Spitalsambulante Versorgung 67

4.2.2 Notfallversorgung (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst), Leitstelle und 1450 ... 70
4.2.3 Extramurale ärztliche Versorgung ... 73
4.2.4 Pflegerische Versorgung ... 77
4.2.5 Psychosoziale Versorgung ... 79
4.2.6 Behindertenhilfe ... 81
4.2.7 Apotheken ... 82
4.3 Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel ... 83
4.3.1 Heilmittel ... 83
4.3.2 Hilfsmittel und Heilbehelfe ... 85
4.4 Medizinisch-technische Großgeräte ... 85
5 Integrierte Versorgung ... 87
5.1 Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol ... 87
5.2 HerzMobil Tirol ... 88
5.3 Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall ... 91
5.4 Versorgungsnetzwerk und Koordinationsstelle Post-COVID Tirol ... 93
5.5 Hospiz- und Palliativversorgung ... 96
5.6 CareManagement Tirol ... 98
5.7 Koordinationsstelle Demenz ... 103
6 Personalsituation im Gesundheitswesen ... 105
6.1 Ärztinnen und Ärzte ... 105
6.1.1 IST-Stand ... 105
6.1.2 Ärztebedarfsanalyse ... 106
6.1.3 Attraktivitätsmaßnahmen ... 108
6.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ... 109
6.2.1 IST-Stand ... 109
6.2.2 Bedarfsabschätzung ... 110
6.2.3 Ausbildung ... 112
6.3 MTD-Berufe ... 114
6.4 Hebammen ... 116
6.5 Psychotherapie und Psychologie ... 117
7 SARS-CoV-2 ... 121
7.1 Epidemiologische Zahlen ... 121
7.2 Krankenhausbelagszahlen ... 126
7.3 Krankenstandstage aufgrund von SARS-CoV-2 ... 127
7.4 Epidemiologisches Früherkennungssystem ... 127
7.5 Post-COVID ... 131
7.7 Übersterblichkeit ... 134
8 Ausgewählte Themen zur Frauengesundheit in Tirol ... 135
8.1 Brustkrebs-Früherkennung ... 135
8.2 HPV-Schutzimpfung ... 138
8.3 Onkologie ... 141
8.4 Kardiovaskuläre Erkrankungen ... 142
8.5 Genderaspekte von SARS-CoV-2 ... 145
8.6 Endometriose ... 146
9 Gesundheitsförderung und Prävention ... 149
9.1 Gesundheitsförderung in Lebenswelten ... 149
9.1.1 Gesundheitsförderung in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen ... 149
9.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung ... 153

9.2 Individuelle Gesundheitsförderung und Prävention ... 154
9.2.1 Gesundheitsförderung für Kinder und Familien ... 154
9.2.2 Projekte mit Fokus auf Bewegung ... 156
9.2.3 Projekte mit Fokus auf Ernährung ... 158
9.2.4 Rauchentwöhnungsprogramm ... 159
9.2.5 Gesundheitsförderung im Alter ... 160
9.3 Impfungen und Durchimpfungsrate ... 160
9.4 Vorsorgeuntersuchungen ... 163
9.5 Modell Präventionspfad ... 165
10 Telemedizin/E-Health ... 167
10.1 D4Health ... 168
10.2 Gesundheitsnetz Tirol ... 169
10.3 ELGA ... 169
Literatur ... 171
Tabellenanhang ... 176

Abbildungen

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit 3
Abbildung 2: Tiroler Bevölkerung nach Versorgungsregionen, 2023 7
Abbildung 3: Bevölkerung nach Altersgruppen in Tirol und Österreich, 2019 und 2023 8
Abbildung 4: Altersverteilung in Tirol nach Versorgungsregionen, 2023 8
Abbildung 5: Altersverteilung der Tiroler Bevölkerung mit österreichischer und nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft, 2023 9
Abbildung 6: Bevölkerungsveränderung in Tirol, 2014–2023 10
Abbildung 7: Bevölkerungsprognose für Tirol bis 2070 nach Altersgruppen (Hauptvariante) 11
Abbildung 8: Lebenserwartung bei der Geburt in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023 12
Abbildung 9: Fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023 13
Abbildung 10: Gesamtsterblichkeit in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023 14
Abbildung 11: Haupttodesursachen in Tirol nach Altersgruppen und Geschlecht im Durchschnitt der Jahre 2019–2023 15
Abbildung 12: Sterblichkeit der unter 75-jährigen Tiroler:innen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023 16
Abbildung 13: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Tirolerinnen nach Haupttodesursachen in Prozent, 2019–2023 17
Abbildung 14: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Tirolern nach Haupttodesursachen in Prozent, 2019–2023 18
Abbildung 15: Suizidrate in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–20231 19
Abbildung 16: Suizidrate in Tirol nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019–2023 19
Abbildung 17: Gewichtsstatus der Tiroler:innen nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014 und 2019 21
Abbildung 18: Übergewicht und Adipositas von Tirolerinnen und Tirolern nach Altersgruppen und Schulbildung, 2014 und 2019 22
Abbildung 19: Diagnostizierter Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten bei Tirolerinnen und Tirolern nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014 und 2019 23
Abbildung 20: Diagnostizierter Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten bei Tirolerinnen und Tirolern nach Altersgruppen und Schulbildung, 2014 und 2019 23
Abbildung 21: Erhöhter diagnostizierter Cholesterinwert in den letzten 12 Monaten bei Tirolerinnen und Tirolern nach Altersgruppen und Schulbildung, 2019 24

Abbildung 22: Tiroler:innen mit mindestens einer chronischen Erkrankung / einem Gesundheitsproblem in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen und Schulbildung, 2014 und 2019 ... 27

Abbildung 23: Ausgewählte chronische Krankheiten / Gesundheitsprobleme der Tiroler:innen nach Geschlecht, 2019 ... 28

Abbildung 24: Ausgewählte chronische Krankheiten / Gesundheitsprobleme der Tiroler:innen nach Schulbildung, 2019 ... 29

Abbildung 25: Inzidenz und Mortalität der zehn häufigsten Tumorerkrankungen in Tirol nach Geschlecht, 2014–2020 ... 30

Abbildung 26: Inzidenz und Mortalität aller Karzinome außer NMSC nach Geschlecht und Tiroler Bezirken, 2014–2020 ... 31

Abbildung 27: Inzidenz und Mortalität der Lungenkarzinome nach Geschlecht und Tiroler Bezirken, 2014–2020 ... 32

Abbildung 28: Inzidenz und Mortalität der kolorektalen Karzinome nach Geschlecht und Tiroler Bezirken, 2014–2020 ... 33

Abbildung 29: Anteil der Diabetiker:innen in Tirol mit zumindest einer Spätkomplikation, 2014–2023 ... 35

Abbildung 30: Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2023 ... 35

Abbildung 31: Verteilung der häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Tirol im Durchschnitt der Jahre 2019–2023 ... 36

Abbildung 32: Schwierigkeiten der ab 65-jährigen Tiroler:innen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person nach Geschlecht, 2019 ... 38

Abbildung 33: Schwierigkeiten der ab 65-jährigen Tiroler:innen bei der Erledigung des Haushalts nach Geschlecht, 2019 ... 39

Abbildung 34: Schwierigkeiten der ab 65-jährigen Tiroler:innen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person und bei Erledigung des Haushalts nach formalem Bildungsstand, 2019 ... 39

Abbildung 35: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen nach Geschlecht in Tirol und Österreich, 2014–2023 ... 41

Abbildung 36: Stationäre Tiroler Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2015–2023 ... 42

Abbildung 37: Tiroler:innen mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Geschlecht und Hauptdiagnose, 2019 und 2023 ... 46

Abbildung 38: Sterblichkeit der Tiroler:innen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023 ... 47

Abbildung 39: Stationäre Aufenthalte mit Verletzungen und Vergiftungen in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014–2023 ... 48

Abbildung 40: Stationäre Aufenthalte von Tirolerinnen und Tirolern aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Setting und Geschlecht, 2019–2023 49
Abbildung 41: Verletzte Personen bei Straßenverkehrsunfällen in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014–2023 50
Abbildung 42: Verletzte Personen bei Verkehrsunfällen in Tirol und Österreich nach dem Grad der Verletzung im Durchschnitt der Jahre 2014–2018 und 2019–2023 51
Abbildung 43: Aufenthalte in Akutkrankenanstalten mit pertrochantären Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2023 52
Abbildung 44: Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler:innen nach Altersgruppen, 2019 55
Abbildung 45: Tiroler Mütter bei der Geburt nach Altersgruppen, 2014–2022 57
Abbildung 46: BMI-Gruppen (lt. WHO) der Mütter in Tirol zu Beginn der Schwangerschaft, 2014–2022 57
Abbildung 47: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene bis zum ersten Lebensjahr in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 1990–2023 61
Abbildung 48: Umsetzung der stationären Pflege in den Tiroler Bezirken, 2022 66
Abbildung 49: Spitalsambulante Besuche in Tiroler Krankenanstalten im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2015–2023 68
Abbildung 50: Spitalsambulante Besuche in Tiroler Krankenanstalten nach Versorgungsregionen und einzelnen Krankenanstalten, 2019–2023 68
Abbildung 51: Anzahl der NEF-Einsätze in Tirol, 2019–2023 70
Abbildung 52: Anzahl der NEF-Einsätze in Tirol nach Monaten, 2019–2023 71
Abbildung 53: Eingehende Anrufe in der Leitstelle Tirol, 2016–2023 73
Abbildung 54: Relative Veränderung der ÄAVE zum Jahr 2014 in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2022 74
Abbildung 55: e-Card-Konsultationen pro 100.000 EW in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2022 75
Abbildung 56: ÄAVE niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte pro 100.000 Tiroler:innen nach Versorgungsregion, 2022 76
Abbildung 57: Arztbesuche im niedergelassenen Bereich in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2015–2022 77
Abbildung 58: Richtversorgungsgrad in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2012–2021 78
Abbildung 59: Mobile Pflege – Ausbaugrad und Umsetzung in den Tiroler Bezirken, 2022 79

Abbildung 60: Altersverteilung der in der Behindertenhilfe unterstützten Personen in Tirol, 2023 81

Abbildung 61: Anzahl der öffentlichen Apotheken, Filialapotheken, Krankenhaus- und Hausapotheken pro 100.000 EW in Tirol nach Bezirken, 2023 83

Abbildung 62: Anteil der Preissegmente an Heilmittelkosten und Verordnungen der ÖGK-Landesstelle Tirol, 2019 und 2022 84

Abbildung 63: Gegenüberstellung der Anteile der Fälle und Aufwände in Tirol nach Kategorien der Heilbehelfe und Hilfsmittel, 2022 85

Abbildung 64: Schematische Darstellung des Ablaufs von HerzMobil Tirol 89

Abbildung 65: Patientinnen und Patienten bei HerzMobil Tirol – Herzinsuffizienz, 2019–2023 90

Abbildung 66: Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol – Gesamtübersicht 93

Abbildung 67: KLOK-Skala (Post-COVID-19-Skala des funktionellen Status) 94

Abbildung 68: Die vier Handlungsfelder des CareManagement Tirol 99

Abbildung 69: Anzahl der Erstkontakte mit den Care Managerinnen und Managern in Tirol nach Bezirken (exkl. Innsbruck-Land und Lienz1), 2019–2022 101

Abbildung 70: Versorgungspfad CareManagement Tirol 102

Abbildung 71: Bearbeitete Case-Management-Fälle in Tirol nach Bezirken, 2019–2022 102

Abbildung 72: Ärztinnen und Ärzte (niedergelassen und angestellt) der Zahnmedizin und Humanmedizin mit Berufsausübung in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023 106

Abbildung 73: Altersverteilung der Tiroler Ärzteschaft in der Kinder- und Jugendheilkunde, 2022 108

Abbildung 74: GuK-Berufsangehörige mit Berufsausübung in Tirol pro 1.000 EW[1] im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023 110

Abbildung 75: Entwicklung Anzahl Auszubildende zu einem Pflegeberuf (DGKP, PFA, PA und Sozialbetreuungsberuf mit PA) in Tirol, 2019–20241 114

Abbildung 76: MTD-Berufe in Tirol pro 1.000 EW1 im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023 115

Abbildung 77: In Tirol tätige Hebammen (gesamt und mit Gesamtvertrag) pro 1.000 Lebendgeborene im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023 117

Abbildung 78: Berufsangehörige der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in Tirol pro 10.000 EW im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023 118

Abbildung 79: Verteilung der Berufsangehörigen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in Tirol nach Versorgungsregionen, 2023 119

Abbildung 80: Berufsangehörige der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in Tirol pro 10.000 EW nach Versorgungsregionen, 2023 120
Abbildung 81: Altersverteilung der Genesenen und Verstorbenen in Tirol im Zeitverlauf der COVID-19-Pandemie, 2020–2023 122
Abbildung 82: COVID-19-Todesfälle in Tirol nach Geschlecht, 2020–2023 124
Abbildung 83: COVID-19-Todesfälle absolut und pro 10.000 EW in Tirol nach Bezirken, 2020–2023 124
Abbildung 84: COVID-19-Todesfälle in Tirol pro 10.000 EW nach Altersgruppen und Geschlecht, 2020–2023 125
Abbildung 85: Anzahl der an zum Zeitpunkt der Impfung in Tirol lebenden Personen durchgeführten COVID-19-Impfungen in Tirol, 2020–2023 125
Abbildung 86: Anzahl der Impfungen pro 100.000 EW in Tirol nach Altersgruppen zum Zeitpunkt der Impfung und Geschlecht, 2020–2023 126
Abbildung 87: Anzahl der mit COVID-19-positiven Patientinnen und Patienten belegten Betten in Tiroler Fondskrankenanstalten nach Normal- und Intensivstation, 2020–2023 127
Abbildung 88: Zeitliche Verläufe positiv getesteter Personen und der aus dem Abwassermonitoring ermittelten fiktiven Ausscheider:innen in Tirol, 2021–2023 129
Abbildung 89: Lagediagramm der SARS-CoV-2-Verbreitung in den Tiroler Regionen, 28.12.2023 130
Abbildung 90: Abwassermonitoring Tirol – Ergebnisse SARS-CoV-2, Influenza A und B, RSV, 29.12.2023 130
Abbildung 91: Prävalenz von verschiedenen Long-COVID-Symptomen in der Tiroler Bevölkerung: Probleme beim Atmen, Treppensteigen, Husten, Herzklopfen, Schwäche, Gelenk- und Muskelschmerzen 132
Abbildung 92: Prävalenz von verschiedenen Long-COVID-Symptomen in der Tiroler Bevölkerung: Geruch, Gleichgewicht und Feinmotorik, Wortfindungsstörung, Konzentration, Schlaflosigkeit, Desinteresse 133
Abbildung 93: Abweichung der Mortalitätsrate in den Jahren 2019–2023 von der Periode 2017–2019 in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich 134
Abbildung 94: Mehrjahreserfassungsrate der 1. HPV-Impfung der Geburtsjahrgänge 1998–2013 in Tirol gesamt und nach Geschlecht, Impfzeitraum 01.01.2014–31.12.2023 139
Abbildung 95: Mehrjahreserfassungsrate der 2. HPV-Impfung der Geburtsjahrgänge 1998–2013 in Tirol gesamt und nach Geschlecht, Impfzeitraum 01.01.2014–31.12.2023 140
Abbildung 96: HPV-Impfempfehlungen des Landes Tirol 141

Abbildung 97: Arztstunden nach behandelten Themen im Gesundheitsunterricht an Tiroler Mittelschulen und Polytechnischen Schulen, Schuljahr 2022/23 152
Abbildung 98: Anzahl der Teilnehmenden an den REVAN-Kursen zu Schwangerschaft und Stillzeit, Beikost und 1- bis 3-Jährigen in Tirol, 2021–2023 155
Abbildung 99: Anzahl der Kontaktaufnahmen, Begleitungen und kurzfristigen Unterstützungen von Tiroler Familien durch die Frühen Hilfen, 2019–2023 155
Abbildung 100: Bewegt im Park: Anzahl der Teilnehmenden und der Bewegungseinheiten, 2019–2023 157
Abbildung 101: Bewegung und Sport mit onkologischen Patientinnen und Patienten: Anzahl der Teilnehmenden und der Angebote, 2019–2023 158
Abbildung 102: „Bleib dran!": Anzahl der Teilnehmenden und der Angebote, 2019–2023 158
Abbildung 103: Ernährungs- und Diätberatung Tirol: Anzahl der Teilnehmenden und der aufgewendeten Stunden, 2019–2023 159
Abbildung 104: Rauchentwöhnungsprogramm Tirol: Anzahl der Teilnehmenden gesamt und nach Geschlecht sowie Anzahl und Art der Angebote, 2019–2023 159
Abbildung 105: Xund im Alter: Anzahl der Teilnehmenden und der Angebote, 2019–2023 160
Abbildung 106: MER von durchgeführten Grundimmunisierungen an Kleinkindern (0–6 Jahre) in Tirol nach Geburtsjahrgängen, 2023 162
Abbildung 107: MER von Impfungen in der Schule nach Geburtsjahrgängen (6- bis 14-Jährige) in Tirol, 2023 163
Abbildung 108: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite nach Geschlecht, 2014–2023 164

Tabellen

Tabelle 1: Charakteristik der Patientinnen und Patienten im DRT, 2014–2023 34

Tabelle 2: Tiroler Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach den 10 häufigsten Hauptdiagnosen, 2023 45

Tabelle 3: Ergebnisse der Ernährungskompetenz-Befragung für Tirol, Gegenüberstellung ausgewählter Gruppen anhand gewichteter Scores 54

Tabelle 4: IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten der Tiroler IVF-Zentren, 2019–2023 59

Tabelle 5: Quelle-Ziel-Matrix der Inanspruchnahme von Leistungen der IVF-Zentren nach Bundesland, 2019–2023 59

Tabelle 6: Stationäre Pflege in Tirol – geplanter Ausbau 2033 nach Bezirken 66

Tabelle 7: Personenbezogener Status und fallbezogener Status infolge SARS-CoV-2-PCR-Testungen in Tirol, 1. Juli 2023, 8:30 Uhr 123

Tabelle 8: Gütesiegel Gesunde Schule Tirol, 2018/19–2023/24 151

Tabelle 9: Anzahl der Betriebe mit BGF-Gütesiegel in Tirol, 2019–2023 154

Tabelle 10: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und Altersgruppen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, absolut, 2023 (Jahresbeginn) 176

Tabelle 11: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und Altersgruppen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, in Prozent, 2023 (Jahresbeginn) 177

Tabelle 12: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Bundesländern, 2023 (Jahresdurchschnitt) 178

Tabelle 13: Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit absolut und relativ (Jahresbeginn) in den Tiroler Versorgungsregionen, 2023 178

Tabelle 14: Bevölkerungsveränderung nach demografischen Komponenten in Tirol (Jahresbeginn), 2014–2023 178

Tabelle 15: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur (in %) nach Altersgruppen in Tirol, 2024–2070 179

Tabelle 16: Lebenserwartung in Jahren bei der Geburt nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023 180

Tabelle 17: Fernere Lebenserwartung in Jahren ab 60 Jahren nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023 181

Tabelle 18: Lebenserwartung in Jahren in (sehr) guter Gesundheit nach Geschlecht in den Bundesländern, 2006, 2014, 2019 181

Tabelle 19: Sterblichkeit nach Geschlecht in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2014–2023 182

Tabelle 20: Sterblichkeit der unter 75-jährigen Tiroler:innen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2014–2023 184

Tabelle 21: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen in Tirol nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019–2023 ... 186
Tabelle 22: Sterblichkeit nach Geschlecht und Haupttodesursachen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2019–2023 ... 188
Tabelle 23: Sterblichkeit der unter 75-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Haupttodesursachen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2019–2023 ... 190
Tabelle 24: Suizidrate nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023 ... 192
Tabelle 25: Meldepflichtige Erkrankungen mit zumindest 10 oder mehr gemeldeten Erkrankungen in Tirol und Österreich, 2019–2023 ... 193
Tabelle 26: Krankenstände insgesamt und nach Geschlecht in Tirol und Österreich, 2014–2023 ... 195
Tabelle 27: Stationäre Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Wohnbundesland, 2015–2023 ... 196
Tabelle 28: Belagstage pro Aufenthalt in österreichischen Akutkrankenanstalten, nach Wohnbundesland, 2014–2023 ... 197
Tabelle 29: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt pro 100.000 EW, nach Wohnregion (Tiroler Versorgungsregion und Bundesland), 2019 ... 198
Tabelle 30: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt pro 100.000 EW, nach Wohnregion (Tiroler Versorgungsregion und Bundesland), 2023 ... 200
Tabelle 31: Sterblichkeit der Tiroler Bevölkerung pro 100.000 EW aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen1 nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023 ... 202
Tabelle 32: Akutstationäre Aufenthalte pro 100.000 EW mit Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht in den Bundesländern nach Quellregion, 2014–2023 ... 203
Tabelle 33: Zusammenfassung der Informationen über Mütter bzw. Geburten in Tirol (die Detaildaten inkludieren ausschließlich gültige/non-missing Fälle), 2014–2022 ... 204
Tabelle 34: Zusammenfassung der Informationen über Neugeborene in Tirol (die Detaildaten inkludieren ausschließlich gültige/non-missing Fälle), 2014–2022 ... 205
Tabelle 35: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene bis zum ersten Lebensjahr in den Bundesländern, 2014–2023 ... 206
Tabelle 36: Umsetzung der stationären Pflege in den Tiroler Bezirken, 2022 ... 206
Tabelle 37: Spitalsambulante Besuche in Tiroler Krankenanstalten nach einzelnen Krankenanstalten, 2015–2023 ... 207
Tabelle 38: Eingehende Anrufe Leitstelle Tirol, 2016–2023 ... 207
Tabelle 39: Arztbesuche im niedergelassenen Bereich pro 100.000 EW, 2015–2022 ... 208

Tabelle 40: Mobile Pflege - Ausbaugrad und Umsetzung in den Tiroler Bezirken, 2022 208
Tabelle 41: Unterstützte Personen in der Tiroler Behindertenhilfe in den Tiroler Bezirken, 2019–2023 208
Tabelle 42: Altersverteilung der unterstützten Personen in der Tiroler Behindertenhilfe, 2019–2023 209
Tabelle 43: Übersicht über die Anzahl der Rezepte, Heilmittelverordnungen, Aufwände insgesamt und Rezeptgebühren in Tirol, 2019–2022 209
Tabelle 44: Übersicht über Anzahl der Fälle und Ausgaben für Heilbehelfe und Hilfsmittel in Tirol, 2019–2022 210
Tabelle 45: Integrierter Patientenpfad / Behandlungspfad Tirol: Inanspruchnahme und Versorgung, 2019–2023 211
Tabelle 46: Klientenarbeit CareManagement Tirol in den Tiroler Bezirken, 2023 212
Tabelle 47: Vernetzungsarbeit Care-Management Tirol in den Tiroler Bezirken, 2023 213
Tabelle 48: Ärztinnen und Ärzte der Zahn- und Human- und Allgemeinmedizin pro 1.000 EW in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2023 214
Tabelle 49: GuK-Berufsangehörige nach Berufen in den Bundesländern, absolut und pro 1.000 EW1, 2023 215
Tabelle 50: MTD-Berufsangehörige nach Berufen in den Bundesländern, absolut und pro 1.000 EW1, 2023 215
Tabelle 51: Berufsangehörige der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie nach Berufen in den Bundesländern, absolut und pro 10.000 EW 1, 2023 216
Tabelle 52: Todesfälle an COVID-19 in den Tiroler Bezirken, absolut und pro 10.000 Einwohner, 2020–2023 216
Tabelle 53: Anzahl der Impfungen in Tirol nach Altersgruppen zum Zeitpunkt der Impfung und Geschlecht, absolut und pro 100.000 EW, 2020–2023 217
Tabelle 54: Anzahl der 1. und 2. HPV-Impfungen in Tirol nach Geschlecht und Geburtenjahrgänge 1998–2013, über die Impfjahre 2014–2023 217
Tabelle 55: Lebendgeborene in Tirol nach Geschlecht, 1998–2013 218
Tabelle 56: Elternberatung Tirol, Besuche in Beratungsstellen und zu Hause, 2019–2023 218
Tabelle 57: MER für an Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 6 Jahre) durchgeführten Grundimmunisierungen in Tirol, 2023 219
Tabelle 58: MER von Impfungen in der Schule (6 bis 14 Jahre) in Tirol, 2023 220
Tabelle 59: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht in den Bundesländern (in %1), 2014–2023 221

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit(en)
ADLs	Activities of daily living
ATHIS	Austrian Health Interview Survey / Österreichische Gesundheitsbefragung
BEP	Bedarfs- und Entwicklungsplan (für die psychosoziale Versorgung)
BHS	berufsbildende höhere Schule
BKFP	Brustkrebs-Früherkennungsprogramm
BL-Bandbreite	Bundesländerbandbreite
BMA	Biomedizinische Analytikerin bzw. Biomedizinischer Analytiker
BMI	Body-Mass-Index
BMS	berufsbildende mittlere Schule
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BQS	Bundesqualitätsstandard(s)
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
BV-G	Bundesverfassungsgesetz
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COR	Coronarangiographische Arbeitsplätze
CT	Computertomografie
DAA	durchschnittlich arbeitende Ärztinnen und Ärzte
DCO	Death Certificate Only
DGKP	diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DMP	Disease-Management-Programm
DRT	Diabetesregister Tirol
EFS	epidemiologisches Frühwarnsystem
EKP	Eltern-Kind-Pass
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
EW	Einwohner:innen
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
GBR	Gesundheitsberuferegister
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GK	Gesundheitskompetenz
GNT	Gesundheitsnetz Tirol
GÖ FP	GÖ Forschungs- und Planungs GmbH
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Gesundheitspsychologinnen und -psychologen
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege

GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HKE	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
HosPalFG	Hospiz- und Palliativfondsgesetz
HPV	Humane Papillomaviren
IADLs	Instrumental activities of daily living
IET	Institut für klinische Epidemiologie Tirol
ISCO	Informationssystem COVID
IQR	Interquartilsabstand
KEG	Kostenerstattungsgrenze
KH	Krankenhaus
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KP	Klinische Psychologinnen und Psychologen
KVP	Kassenverkaufspreis
LG	Lebendgeborene
LGF	Landesgesundheitsfonds
LIV Tirol	Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol
LKH	Landeskrankenhaus
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission
MER	Mehrjahreserfassungsrate(n)
MRT	Magnetresonanztomografie
MTD	Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe
NMSC	Non-Melanoma Skin Cancer
Ö	Österreich
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖHG	Österreichisches Hebammengremium
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PA	Pflegeassistenz
Pat.	Patientinnen und Patienten
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PFA	Pflegefachassistenz
PHAC	Public Health Action Cycle
PKT	Psychosozialer Krisendienst Tirol
PSY	Psychiatrie
PSZ	Psychosoziale Zentren Tirol
PT	Psychotherapeutinnen und -therapeuten
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SIR	standardisierte Inzidenzrate
SMR	standardisierte Mortalitätsrate

SOB	Schule für Sozialbetreuungsberufe
SPECT	Single-Photon-Emissions-Computer-Tomografie
SSW	Schwangerschaftswoche
STR	Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
TGF	Tiroler Gesundheitsfonds
TRT	epidemiologisches Tumorregister Tirol
TTHG	Tiroler Teilhabegesetz
UICC	Union for International Cancer Control
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung

1 Einleitung

Das Land Tirol hat in den Jahren 2002, 2007 und 2012 Basisgesundheitsberichte für einen jeweils fünfjährigen Berichtszeitraum herausgegeben. Mit dem nun vierten Tiroler Gesundheitsbericht erfolgt wieder eine systematische Analyse und Darstellung des Gesundheitszustands der Tiroler Bevölkerung, gesundheitsrelevanter Rahmenbedingungen (Lebensverhältnisse) sowie der zentralen Bereiche der Gesundheitsversorgung.

Zu vorliegendem Gesundheitsbericht steht eine **Kurz- und eine Langfassung** („Tiroler Gesundheitsbericht – Dokumentationsband" inkl. Tabellenanhang) zur Verfügung.

Beobachtungszeitraum ist im Wesentlichen die Periode 2019 bis 2023. Wenn es die Thematik nahelegt, werden fallweise auch die letzten zehn verfügbaren Jahre oder sogar ein noch längerer Zeitraum dargestellt.

Daten werden auf Ebene der Tiroler **Versorgungsregionen** dargestellt bzw. bei Auffälligkeiten auch auf Ebene der politischen Bezirke. Zudem wird ein Vergleich mit Gesundheitsdaten anderer Bundesländer in Form von Bundesländerbandbreiten (BL-Bandbreite) angestellt, um die gesundheitliche Lage in Tirol einzuordnen.

Der Gesundheitsbericht 2024 ist als periodische Fortschreibung der Tiroler Gesundheitsberichterstattung konzipiert und entspricht daher inhaltlich im Kern dem Bericht aus dem Jahr 2012, wobei neue Themen dazugekommen und wenige andere weggefallen sind.

Der Blick wird verstärkt auf die **gesundheitliche Chancengerechtigkeit** gelenkt und, soweit es die Datengrundlagen zulassen, werden Gesundheitsdaten unter Berücksichtigung von Diversitätsmerkmalen (Geschlecht, Bildung, Migrationshintergrund) dargestellt. Dadurch werden im Sinne von Health in All Policies auch Zusammenhänge zwischen Gesundheit und diversen Politikfeldern aufgezeigt.

1.1 Ziele und Zielgruppen des Gesundheitsberichts 2024

Gesundheitsberichte sollen im Idealfall die Basis für gesundheitspolitische Maßnahmen darstellen, sie fungieren demnach ganz im Sinne des Public Health Action Cycle (PHAC)[1]. Ergebnisse betreffen dabei alle Bereiche des Gesundheitssystems von der Gesundheitsförderung über die Prävention bis zur Krankenversorgung und Rehabilitation.

Der Bericht richtet sich insbesondere an Entscheidungsträger:innen auf Landes- und kommunaler Ebene. Darüber hinaus stellt er Informationen für Expertinnen und Experten und Einrichtungen im Gesundheitswesen sowie für Organisationen und Institutionen, welche die Gesundheitsinteressen der Bevölkerung vertreten, bereit.

Die Daten werden vor allem in grafischer Form aufbereitet, um eine systematische Übersicht über den Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie die Gesundheitsversorgung in Tirol zu

[1] Der PHAC ist ein idealtypisches Vier-Phasen-Modell, das zur theoretischen Analyse sowie zur Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsinterventionen eingesetzt wird (Hartung/Rosenbrock 2022).

bieten. Ziel ist es, diese Informationen einer breiten Zielgruppe zugänglich und nachvollziehbar zu machen.

1.2 Grundlagen und Rahmenbedingungen

Die Tiroler Gesundheitsberichterstattung ist modulartig aufgebaut und basiert auf den folgenden drei Säulen:

- Basisgesundheitsberichte: Sie beschreiben die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die Versorgungssituation, stellen nach Möglichkeit Entwicklungstendenzen dar und stellen einen Vergleich mit anderen Bundesländern an. Diese Hinweise sollen als Ansatzpunkte für weitere Analysen, Ursachenforschung und schließlich für die Ableitung entsprechender Maßnahmen dienen.
- Routinekennzahlensystem: Zwischen den Basisgesundheitsberichten werden ausgewählte Standardkennzahlen routinemäßig aktualisiert und im Tiroler Gesundheitsdatenatlas (https://portal.tirol.gv.at/TigedatWeb/public/index.xhtml) online veröffentlicht.
- Sondergesundheitsberichte: In Ergänzung zum Basisbericht werden zur Vertiefung anlassbezogen aktuelle Spezialthemen in eigenen Sondergesundheitsberichten behandelt.

Der vorliegende Tiroler Gesundheitsbericht 2024 wurde vom Land Tirol in Kooperation mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) – Landesstelle Tirol, der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) – Landesstelle Tirol und der SVS – Landesstelle Tirol sowie der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erstellt. Von der Landes-Zielsteuerungskommission wurde das Inhaltsverzeichnis für den Tiroler Gesundheitsbericht 2024 mit Grundsatzbeschluss beschlossen.

1.2.1 Aufbau des Berichts

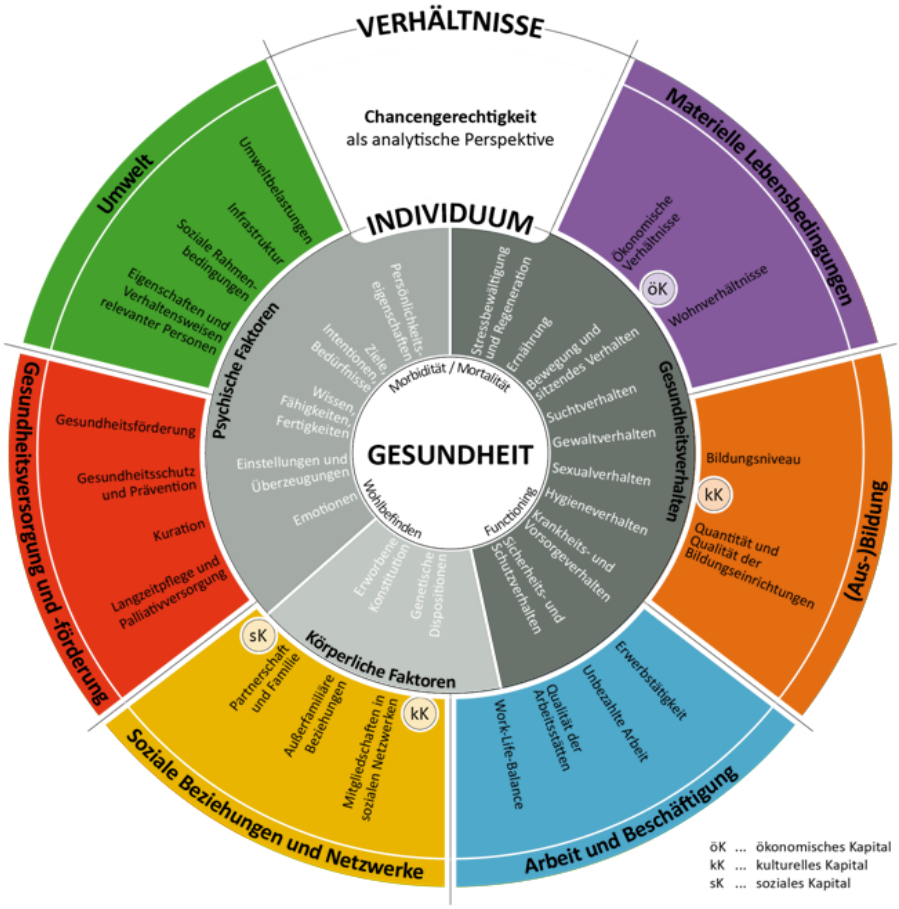
Die Gliederung des Berichts orientiert sich an den früheren Tiroler Gesundheitsberichten. Das an der GÖG entwickelte Modell zur Beobachtung der Gesundheit der Bevölkerung und ihrer Determinanten (vgl. Abbildung 1) kann zur Veranschaulichung der im Bericht in den Fokus genommenen Gesundheitsthemen herangezogen werden. Das Modell unterscheidet zwischen individuellen und verhältnisbezogenen (gesellschaftlichen) Gesundheitsdeterminanten, erstere im mittleren grauen Ring des Modells (psychische Faktoren, körperliche Faktoren und Gesundheitsverhalten) und letztere im äußeren bunten Ring durch sechs Themenfelder abgebildet. Im vorliegenden Bericht wird, nach der Darstellung der Tiroler Bevölkerungsstruktur und -entwicklung in Kapitel 2 „Soziodemografische Faktoren", ein Fokus zum einen auf den innersten Kreis des Modells gelenkt: Kapitel 3 „Gesundheitszustand" beschreibt den Gesundheitszustand der Tiroler Bevölkerung und ausgewählte individuelle Gesundheitsdeterminanten.

Zum anderen wird auf Ebene des äußeren Kreises, der Verhältnisebene, insbesondere die Gesundheitsversorgung und -förderung behandelt:

- Kapitel 4 „Gesundheitsversorgung", Kapitel 5 „Integrierte Versorgung" und Kapitel 6 „Personalsituation im Gesundheitswesen" analysieren die Gesundheitsversorgung in Tirol und stellen sie dar.

- Kapitel 7 „SARS-CoV-2“, Kapitel 8 „Ausgewählte Themen zur Frauengesundheit in Tirol“ und Kapitel 10 „Telemedizin / E-Health“ behandelt ausgewählte Themen der Gesundheitsversorgung.
- Kapitel 9 „Gesundheitsförderung und Prävention“ behandelt ausgewählte Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention und stellt entsprechende Projekte und Programme vor.

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit



Quelle: Griebler/Winkler (2015)

1.2.2 Datenquellen

Der vorliegende Gesundheitsbericht verwendet eine Vielzahl von Quellen und Statistiken. Nachfolgend werden die wichtigsten kurz dargestellt.

Die **Bevölkerungsstatistik** / Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung basiert auf den Meldungen des Zentralen Melderegisters mit Stichtag jeweils 1. Jänner. Es sind darin alle Personen erfasst, die am jeweiligen Stichtag mehr als 90 Tage mit Hauptwohnsitz in Österreich gemeldet sind. Der Migrationshintergrund ist definiert als „Person ist im Ausland geboren“ oder „beide Elternteile sind im Ausland geboren“, wobei sehr detailliert nach Herkunftsländern

unterschieden wird. Die Bevölkerungsstatistik stellt die Grundlage für die Berechnung der meisten Gesundheitsindikatoren und standardisierten Raten dar.

Die **Todesursachenstatistik** liefert Informationen zu den Todesursachen aller in Österreich verstorbenen Personen. Seit dem Jahr 2009 werden dort auch im Ausland Verstorbene mit Wohnsitz in Österreich erfasst. Es handelt sich um eine medizinisch dokumentierte Vollerhebung, stratifiziert u. a. nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Haupttodesursache. Sie ist die Grundlage für die Berechnung von Mortalität und Lebenserwartung. Die Daten stammen aus der Auswertung der ärztlichen Todesbescheinigungen. Bei hochaltrigen Menschen kann es sein, dass vermehrt nicht nach der Todesursache geforscht wird, sondern dass eine Herz-Kreislauf-Erkrankung angegeben wird.

In der **Diagnosen- und Leistungsdokumentation** (DLD) der österreichischen Krankenanstalten werden von allen stationären Aufenthalten neben individuellen Merkmalen der Patientinnen und Patienten wie Alter, Geschlecht und Wohnort die Haupt- und Nebendiagnosen nach ICD-10 sowie die medizinischen Einzelleistungen erfasst. Sie bildet die Grundlage für die Berechnung der Krankenhausmorbidität. Die Validität ist sehr hoch, doch in Bezug auf Inzidenz oder Prävalenz nur bei jenen Krankheiten aussagekräftig, die einen stationären Aufenthalt erforderlich machen. Es sind auch Verzerrungen durch hohe Krankenhausmorbidität in Regionen mit hoher Bettendichte oder durch bestimmte Anreize des Krankenhausfinanzierungssystems möglich.

Tirol ist neben Vorarlberg, Salzburg und Kärnten eines der vier Bundesländer mit einem regionalen **Tumorregister**. Das epidemiologische Tumorregister Tirol (TRT) ist dem Grundsatz einer vollzähligen und vollständigen Tumordatenerfassung verpflichtet und Grundlage für die Berechnung der Krebsinzidenz (ICD-10: C00–C96 ohne C44). In ihm werden Krebsneuerkrankungen der Tiroler Bevölkerung nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Tumorlokalisation erfasst. Verstirbt jemand ursächlich an einer Krebserkrankung (maligne invasive Fälle und DCO-Fälle) und ist noch nicht erfasst, wird dies ergänzt. Im vorliegenden Bericht sind ausgewählte Krebslokalisationen dargestellt.

Das **Diabetesregister Tirol** (DRT) wurde im Jahr 2006 eingeführt und umfasst mit Stand Ende 2023 ca. 30.000 Diabetespatientinnen und -patienten. Im DRT werden Informationen zu Patientencharakteristika, Arztbesuchen, Risikofaktoren, Spätkomplikationen und Therapien dokumentiert und analysiert. Das DRT ist derzeit das einzige Register mit Daten zu erwachsenen Diabetespatientinnen und -patienten in Österreich und bildet die Grundlage für Kapitel 3.2.3.3.

Statistik Austria führt alle fünf Jahre eine umfassende **Österreichische Gesundheitsbefragung** (ATHIS) durch, die auf einer europäischen Gesundheitsbefragung beruht, welche einen zusätzlichen nationalen Teil enthält. Die Stichprobe umfasst rund 15.000 über 15-jährige Personen in Österreich. Themen dieser Befragungen sind Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Seit 2014 werden die Interviewpartner:innen auch hinsichtlich einiger gesundheitlicher Aspekte der im Haushalt lebenden Kinder befragt. Die Art der Befragung ist nicht konsistent, wodurch zeitliche Vergleiche bei manchen Fragen schwieriger zu interpretieren sind. Zuletzt, im Jahr 2019, wurde die Befragung anhand persönlicher Interviews durchgeführt, im Jahr 2014 fand sie telefonisch statt, ergänzt um einen schriftlichen Fragebogen. Zudem ist ATHIS eine Komponente der Berechnung der Lebenserwartung in Gesundheit und wird im vorliegenden Bericht für zahlreiche Indikatoren des Gesundheitszustands und

insbesondere für individuelle Verhaltensweisen, aber auch für verhältnisbezogene Determinanten herangezogen. Falls möglich, wurden Vergleiche zwischen 2014 und 2019 für Tirol angestellt.

Die **Statistik der Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden** wird von Statistik Austria auf Basis täglicher Meldungen des Bundesministeriums für Inneres aller Unfälle auf österreichischem Staatsgebiet geführt. Es werden darin Alter, Geschlecht, Wohn- und Unfallort sowie Grad der Verletzung und Art der Beteiligung dokumentiert. Es wird auch erfasst, ob alkoholisierte Personen beteiligt waren. Diese Daten bilden die Grundlage für Kapitel 3.3.

Die **Geburtenstatistik**, geführt von Statistik Austria, basiert auf Meldungen aus dem Zentralen Personenstandsregister sowie Daten von Krankenanstalten und frei praktizierenden Hebammen über medizinische und soziale Merkmale von Geburten. Seit 2015 werden auch alle Geburten von Müttern mit österreichischer Staatsangehörigkeit und mit Hauptwohnsitz in Österreich erfasst, die sich im Ausland ereignet haben. Die Daten werden nach dem Wohnort der Mutter veröffentlicht. In Kapitel 3.5 wird auf diese Statistik Bezug genommen. Da die Validierung der Daten zum Zeitpunkt der Berichtserstellung für das Jahr 2023 noch nicht fertiggestellt ist, bezieht sich der Auswertungszeitraum auf die Jahre 2014 bis 2022.

Die **Ärzteliste,** geführt von der Österreichischen Ärztekammer, basiert auf Daten der Ärztekammern der Bundesländer und enthält zu jeder Ärztin und jedem Arzt unter anderem Informationen zu Personenkennung, Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Titeln, Haupt- und Nebenfach, Standortgemeinde des Arbeitsplatzes, Art der Berufsausübung (niedergelassen oder angestellt) und im Falle von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Information, ob es sich um Vertragsärztinnen und -ärzte oder Wahlärztinnen und -ärzte handelt. Diese Datenquelle wurde für die Kapitel 4.2.3 und 6.1.1 herangezogen.

Im elektronischen **Gesundheitsberuferegister** (GBR) werden seit 01.07.2018 alle Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD) erfasst. Das Register enthält u. a. Informationen über die Berufsberechtigung der einzelnen Berufsangehörigen. Daten aus dem GBR werden in den Kapiteln 6.2 und 6.3 beschrieben.

Generell ist festzustellen, dass in Österreich zur Beschreibung von Mortalität und „stationärer Morbidität" recht zuverlässige Datengrundlagen zur Verfügung stehen, jedoch in Bezug auf die „ambulante Morbidität" ein erhebliches Datendefizit besteht.

1.3 Landesgesundheitsfonds und die Landes-Zielsteuerungskommission

Die Landesgesundheitsfonds übernehmen auf Landesebene wichtige Aufgaben in der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gemäß Artikel 22 der Vereinbarung nach Art. 15a des Bundesverfassungsgesetzes (B-VG) sind die Länder verpflichtet, diese Fonds als öffentlich-rechtliche Einrichtungen zu schaffen.

Ein zentrales Organ der Landesgesundheitsfonds ist die Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK), neben der Landesgesundheitsplattform (Gesundheitsplattform). Die L-ZK setzt sich aus jeweils sechs Vertreterinnen und Vertretern der Landeskurie und der Sozialversicherung sowie

einer Vertreterin oder einem Vertreter des Bundes zusammen. In der L-ZK wird das vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen erarbeitet und beschlossen.

Um einen Beschluss zu fassen, ist das Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Sozialversicherung erforderlich. Der Bund besitzt ein Vetorecht, falls ein Beschluss gegen Bundesvorgaben (z. B. Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Qualitätsrichtlinien etc.) verstößt. Die Zusammensetzung und Aufgaben der L-ZK sind in Artikel 26 der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG sowie in Artikel 9 der Zielsteuerung-Gesundheit geregelt.

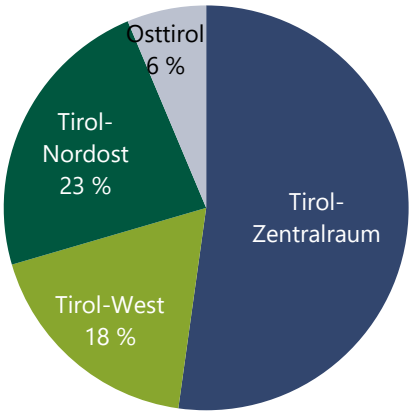
Durch diese Struktur werden die Behandlungsprozesse und somit die Strukturen auf Landesebene gemeinsam geplant und gesteuert. So hat die L-ZK auch das Inhaltsverzeichnis für den vorliegenden Tiroler Gesundheitsbericht mit Grundsatzbeschluss beschlossen. Die Veröffentlichung erfolgt nach Freigabe der L-ZK.

2 Soziodemografische Faktoren

Bevölkerungsstand und -struktur

Im Jahr 2023 verzeichnete Tirol knapp 773.500 **Einwohner:innen** (EW) (Jahresdurchschnittswert), was Tirol bevölkerungsmäßig zum fünftgrößten Bundesland macht. 8,5 Prozent der österreichischen Bevölkerung leben in Tirol. Die Tiroler Bevölkerung konzentriert sich auf den Zentralraum, wo etwas mehr als die Hälfte (52 %) lebt. Knapp ein Viertel (23 %) entfällt auf die Versorgungsregion Tirol-Nordost, 18 Prozent leben in Tirol-West. Die bevölkerungsmäßig kleinste Versorgungsregion ist mit 6 Prozent Osttirol (vgl. Abbildung 2). Das Geschlechterverhältnis hält sich in Tirol in etwa die Waage (50,7 % weiblich, 49,3 % männlich), was genau dem österreichischen Durchschnitt entspricht.

Abbildung 2: Tiroler Bevölkerung nach Versorgungsregionen, 2023

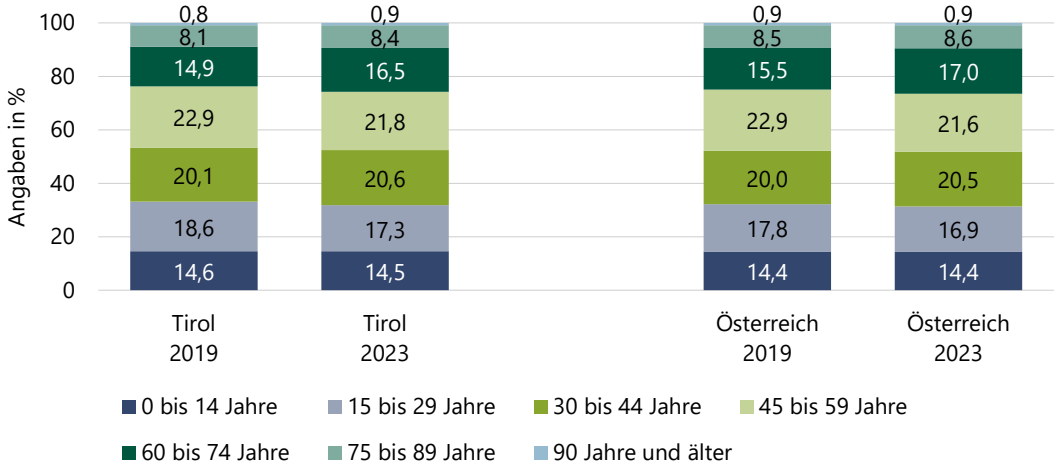


Bevölkerung zu Jahresbeginn

Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (Stand 01.01.2024);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Tiroler Bevölkerung war im Jahr 2023 mit einem **Durchschnittsalter** von 43,2 Jahren nur mehr geringfügig jünger als die österreichische Bevölkerung insgesamt (43,4 Jahre, BL-Bandbreite: 41,1–46,3 Jahre). Somit hat sich die Altersstruktur in Tirol dem österreichischen Durchschnitt angenähert, vor 10 Jahren (2014) lag das Durchschnittsalter in Tirol noch bei 41,5 Jahren (Österreich (Ö): 42,3 Jahre). Die größte 15-Jahres-Altersgruppe stellten im Jahr 2023 die 45- bis 59-Jährigen mit 21,8 Prozent dar (Ö: 21,6 %; BL-Bandbreite: 20–23 %). Knapp über die Hälfte der Bevölkerung war bis zu 44 Jahre alt (T: 52,4 %, Ö: 51,9 %; BL-Bandbreite: 45–58 %). Knapp 26 Prozent waren 60 Jahre alt oder älter (Ö: 26,5 %, BL-Bandbreite: 22–32 %; vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Bevölkerung nach Altersgruppen in Tirol und Österreich, 2019 und 2023

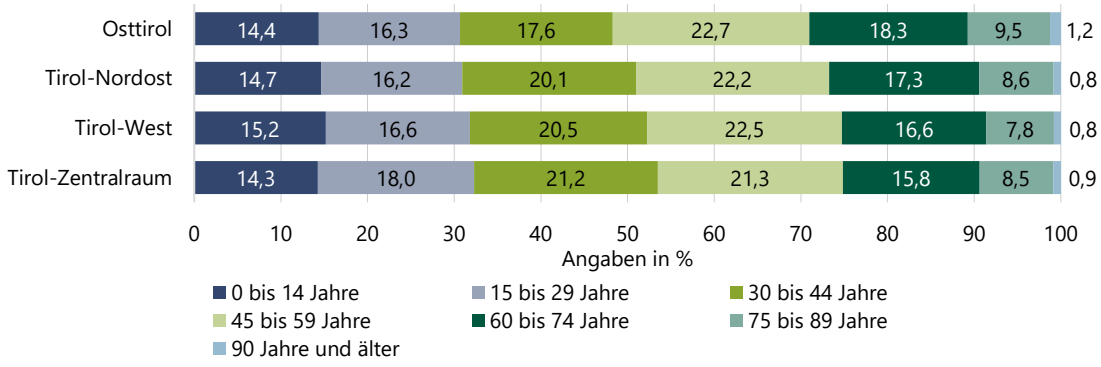


Bevölkerung zu Jahresbeginn

Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (Stand 01.01.2024);
Berechnung und Darstellung: GÖG

Große Altersunterschiede zeigen sich in den Versorgungsregionen nicht. Die bevölkerungsmäßig jüngste Versorgungsregion ist der Zentralraum mit einem Anteil der 0- bis 44-jährigen Personen von 53,5 Prozent, gefolgt von Tirol-West mit 52,3 Prozent. Osttirol wiederum ist die Region mit dem höchsten Anteil älterer Menschen: 29 Prozent sind hier 60 Jahre alt und älter (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Altersverteilung in Tirol nach Versorgungsregionen, 2023



Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (Stand 01.01.2024);
Berechnung und Darstellung: GÖG

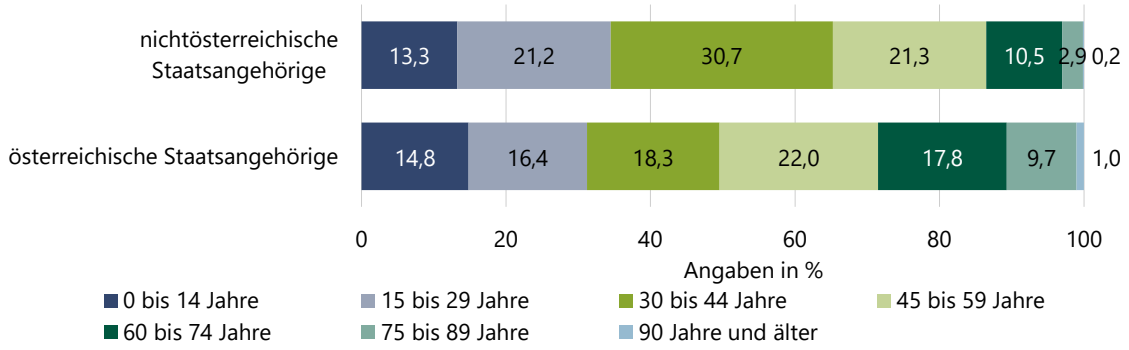
Im Jahr 2023 lebten in Tirol rund 186.400 **Menschen mit Migrationshintergrund** (definiert als entweder selbst im Ausland geboren oder beide Eltern im Ausland geboren), was einem Anteil von 24,5 Prozent entspricht (Ö: 27,2 %; BL-Bandbreite ohne Wien: 15,5–29,1 %, Wien: 50 %). Abgesehen von Wien sind in den westlichen Bundesländern Tirol, Salzburg (26,5 %) und Vorarlberg (29,1 %) die Anteile an Menschen mit Migrationshintergrund am größten.

Der Anteil **nichtösterreichischer Staatsbürger:innen** lag in Tirol zu Jahresbeginn 2023 bei 18,1 Prozent (139.723 Personen). Damit zählt Tirol auch diesbezüglich neben Vorarlberg und Salzburg

und exklusive Wien zu den Bundesländern mit einem eher hohen Anteil nichtösterreichischer Staatsbürger:innen (Ö inkl. Wien: 19 %, BL-Bandbreite ohne Wien: 11,2–19,9 %, Wien: 34,2 %). Mehr als die Hälfte der Tiroler:innen ohne österreichische Staatsbürgerschaft, nämlich knapp 65 Prozent, kommt aus EU- und EFTA-Staaten, davon kommen wiederum 45 Prozent aus Deutschland und 9 Prozent aus Italien. 35 Prozent aller nichtösterreichischen Staatsbürger:innen in Tirol stammen aus Drittstaaten, wobei 60 Prozent davon aus europäischen Drittstaaten kommen und von diesen vor allem aus der Türkei (38,7 %), Bosnien und Herzegowina (20,8 %) und Serbien (17,4 %). Im Vergleich der Versorgungsregionen weist Osttirol mit 6,4 Prozent den mit Abstand geringsten Anteil an Personen mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft auf, gefolgt von Tirol-West mit 15 Prozent. In Tirol-Zentralraum und in Tirol-Nordost haben jeweils ca. 20 Prozent der Bevölkerung eine nichtösterreichische Staatsbürgerschaft.

Tiroler:innen mit österreichischer Staatsbürgerschaft sind älter als jene ohne österreichische Staatsbürgerschaft: 28,5 bzw. 13,5 Prozent sind über 60 Jahre alt. Vice versa ist der Anteil an jungen Menschen geringer: 31,2 bzw. 35,5 Prozent sind unter 30 Jahre alt (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Altersverteilung der Tiroler Bevölkerung mit österreichischer und nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft, 2023

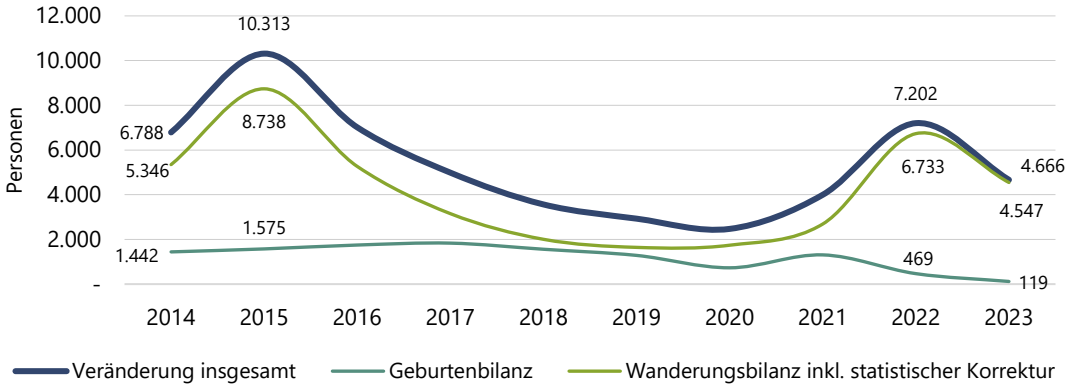


Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (erstellt am 28.05.2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

Bevölkerungsentwicklung

Von 2019 bis 2023 ist die Tiroler Bevölkerung um 2,2 Prozent gewachsen, was etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 2,8 Prozent liegt (BL-Bandbreite: +1,4 % bis +4,5 %). Innerhalb Tirols verzeichneten die Versorgungsregionen Tirol-Nordost mit +3,1 Prozent und Tirol-West mit +2,8 Prozent die höchsten Zuwächse, während Tirol-Zentralraum ein Plus von +1,8 Prozent und Osttirol lediglich von +0,2 Prozent aufwiesen. Insbesondere die Zuwanderung ist für den Bevölkerungszuwachs verantwortlich – der Anteil nichtösterreichischer Staatsbürger:innen in Tirol ist seit 2014 um 12,4 Prozentpunkte gestiegen. Die Zuwanderung ist seit dem Höhepunkt 2015 mit 8.738 Zuwanderungen bis zum Jahr 2020 stetig gesunken, hat aber 2021 und insbesondere 2022 einen neuerlichen Höhepunkt mit 6.722 Zuwanderungen erreicht. Die Geburtenbilanz ist zwar positiv, zeigt aber im Verlauf der letzten 10 Jahre im Wesentlichen einen sinkenden Trend (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Bevölkerungsveränderung in Tirol, 2014–2023



Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (erstellt am 28.05.2024); Berechnung und Darstellung: GÖG

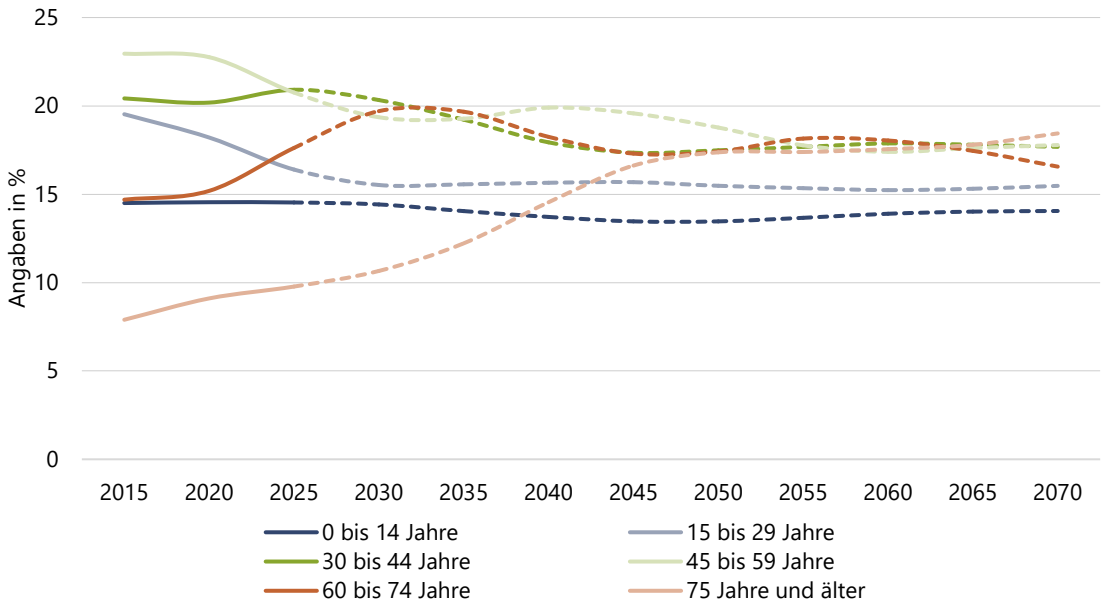
Die Geburtenbilanz errechnet sich aus der Differenz von Lebendgeborenen und Verstorbenen. Ein positiver Saldo wird als Geburtenüberschuss, ein negativer Saldo als Geburtendefizit bezeichnet. Die Wanderungsbilanz bezeichnet die Differenz zwischen Zuzügen und Wegzügen einer betrachteten Region. Ein positiver Wanderungssaldo wird als Wanderungsgewinn, ein negativer Wanderungssaldo als Wanderungsverlust bezeichnet.

Eine statistische Korrektur ist aufgrund der Differenz zwischen der Geburtenbilanz laut natürlicher Bevölkerungsbewegung und der Geburtenbilanz laut statistischem Bevölkerungsregister sowie aufgrund von Inkonsistenzbereinigungen der Bestands- und Bewegungsdaten aus dem Zentralen Melderegister erforderlich.

Bevölkerungsprognose

Die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria (Hauptvariante) geht davon aus, dass die Bevölkerung in Tirol im Zeitraum von 2023 bis 2070 bei gleichbleibender Entwicklung der Geburten- und Wanderungsbilanz und ohne Einberechnung von starken Zuwanderungsraten um 6,4 Prozent wachsen wird (von rund 773.500 auf 823.000). Prognostiziert wird, dass sich die Anteile der 15-Jahres-Altersgruppen bis zum Jahr 2055 weitgehend angleichen werden. Die Anteile der unter 15-Jährigen und der 15- bis 29-Jährigen bleiben etwa gleich, während die Anteile der Altersgruppen zwischen 30 und 59 Jahren sinken werden. Der Anteil der 60- bis 74-Jährigen wird nach einem Anstieg bis etwa 2030 auch sinken. Die deutlichste Veränderung zeichnet sich bei den über 75-Jährigen ab. Dieser Anteil wird um knapp 9 Prozentpunkte von 9,3 Prozent im Jahr 2024 auf 18,4 Prozent im Jahr 2070 anwachsen (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Bevölkerungsprognose für Tirol bis 2070 nach Altersgruppen (Hauptvariante)



Quelle: Statistik Austria - Statistik der Bevölkerungsprognose (erstellt am 22.11.2023); Darstellung: GÖG

Statistik Austria erstellt Bevölkerungsprognosen für Österreich, die nach Bundesländern, Alter, Geschlecht und Geburtsland stratifizieren. Diese Prognosedaten werden jährlich aktualisiert. Prognoseparameter sind Fertilität, Mortalität und internationale Zuwanderung, die in mehreren Varianten vorausgeschätzt werden (Statistik Austria 2022). Im vorliegenden Bericht ist die Hauptvariante dargestellt.

3 Gesundheitszustand

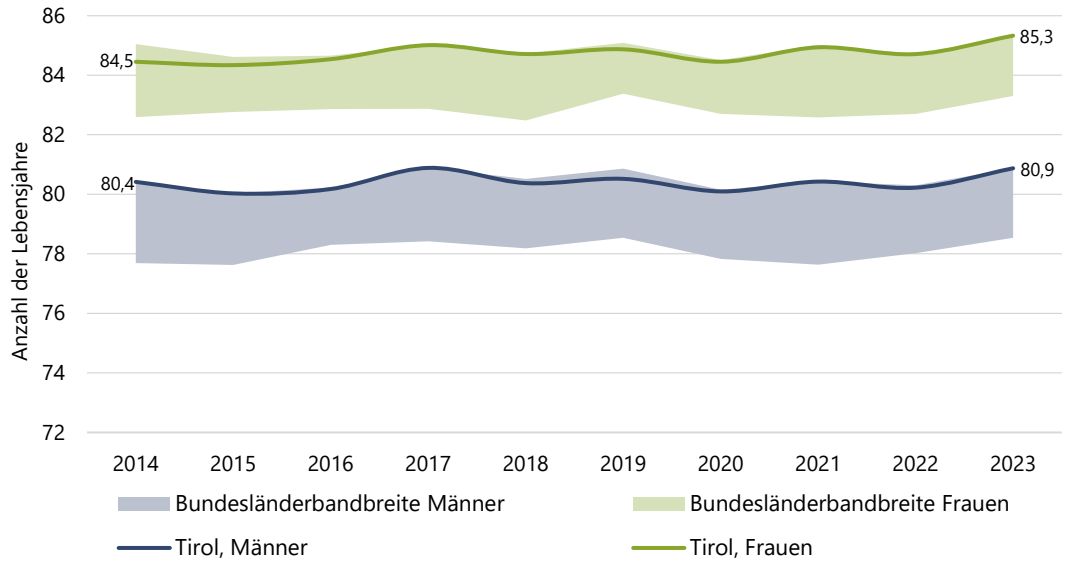
3.1 Lebenserwartung und Sterblichkeit

3.1.1 Lebenserwartung

Ein im Jahr 2023 in Tirol geborenes Mädchen kann mit einer Lebenserwartung von 85,3 Jahren (Ö: 84,2 Jahre; BL-Bandbreite: 83,3–85,3 Jahre) und ein im selben Jahr in Tirol geborener Bursche mit 80,9 Jahren (Ö: 79,4, BL-Bandbreite 78,5–80,9 Jahre) rechnen. Damit hatten Tiroler:innen im Jahr 2023 die höchste Lebenserwartung Österreichs.

Sowohl bei **Frauen** als auch bei **Männern** war die Lebenserwartung im Jahr 2023 höher als 2014, nämlich um 0,8 bzw. 0,5 Jahre. Bei den Frauen bedeutet dies die bisher höchste Lebenserwartung im Zeitverlauf, bei den Männern wurde der bisherige Höchststand auch schon 2017 erreicht. Im gesamten Beobachtungszeitraum war die Lebenserwartung von Tirolerinnen und Tirolern eine der höchsten im Bundesländervergleich (vgl. Abbildung 8).

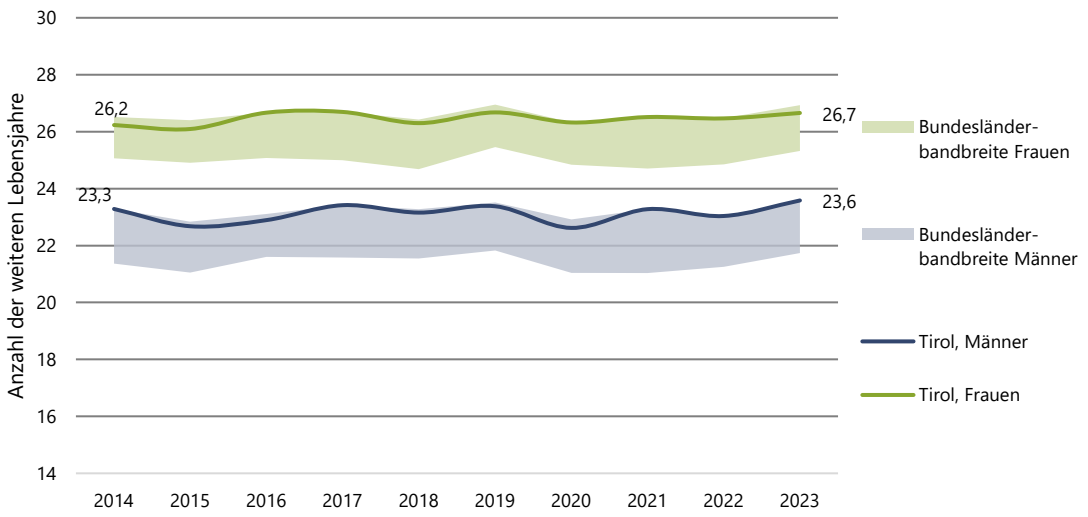
Abbildung 8: Lebenserwartung bei der Geburt in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023



Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2014 konnte eine **60-jährige Tirolerin** mit 26,2 **weiteren Lebensjahren** rechnen – im Jahr 2023 waren es mehr als 26,7 Jahre (Ö: 26 Jahre; BL-Bandbreite: 25,3–26,9). Für **60-jährige Tiroler** betrug 2014 die fernere Lebenserwartung 23,3 Jahre und im Jahr 2023 waren es bereits 23,6 Jahre (Ö: 22,4 Jahre; BL-Bandbreite: 21,7–23,6). Der Zugewinn an fernerer Lebenserwartung innerhalb der letzten 10 Jahre betrug für Frauen somit ein halbes Jahr und für Männer knapp vier Monate (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023



Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Darstellung: GÖG

Besonders deutlich ist der „Vorsprung" Tirols in Bezug auf die **Lebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit.** Im Jahr 2019 geborene Tirolerinnen können damit rechnen, von 84,9 zu erwartenden Lebensjahren 71,3 Jahre in **sehr guter oder guter Gesundheit** zu verbringen – das ist deutlich mehr als in allen anderen Bundesländern (Ö: 64,7; BL-Bandbreite: 62,8–71,3). Im Jahr 2019 geborene Tiroler verbringen im Durchschnitt 67,4 Lebensjahre von insgesamt 80,5 Lebensjahren in guter bis sehr guter Gesundheit. Nur in Salzburg ist dieser Wert etwas höher (Ö: 63,2; BL-Bandbreite: 60,7–67,6). Damit erfreuen sich sowohl Tirolerinnen als auch Tiroler rund 84 Prozent ihres Lebens einer guten bis sehr guten Gesundheit (Ö: Frauen 76,9 % und Männer 79,4 %; BL-Bandbreite Frauen: 74,5–84,0 %, Männer: 76,5–84,1 %).

Die **fernere Lebenserwartung** gibt die noch zu erwartenden Lebensjahre in einem bestimmten Alter an. Gängig und im vorliegenden Bericht dargestellt ist die fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren.

Aussagen zur **Lebenserwartung in Gesundheit** basieren auf der Kombination aus der Lebenserwartung (laut Sterbetafel) und einer Frage zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes. In vorliegendem Bericht wurden hierfür die Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) herangezogen. Die letzte Österreichische Gesundheitsbefragung wurde 2019 durchgeführt. Die Frage nach dem Gesundheitszustand lautet folgendermaßen:

„Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie …

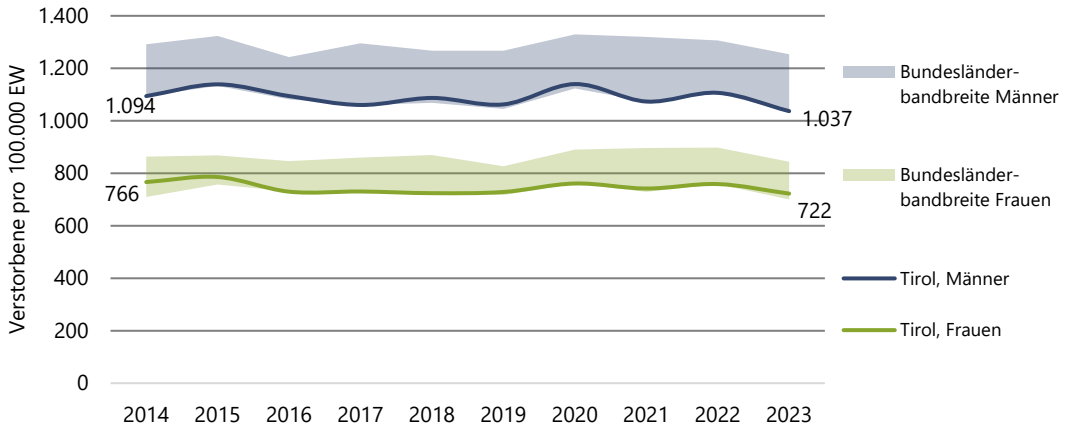
- … sehr gut?
- … gut?
- … mittelmäßig?
- … schlecht?
- … sehr schlecht?"

3.1.2 Gesamtsterblichkeit

Im Jahr 2023 verstarben in Tirol rund 6.600 Personen. Das entspricht einer standardisierten Rate von 1.037 pro 100.000 EW (Ö: 1.182; BL-Bandbreite: 1.037–1.254) bei den **Männern** und von 722 pro 100.000 EW (Ö: 793; BL-Bandbreite: 700–844) bei den **Frauen.** Damit hat Tirol eine der geringsten Sterblichkeitsraten im Bundesländervergleich und liegt deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt. Seit 2014 hat sich die Rate um 50 Personen pro 100.000 EW (–5,4 %) reduziert – bundesweit ist die Rate in diesem Zeitraum um 2,3 Prozent zurückgegangen. Die Pandemiejahre haben sich bei Männern deutlicher niedergeschlagen als bei Frauen (vgl. Abbildung 10).

Auf Ebene der **Versorgungsregionen** gibt es nur geringe Unterschiede. Bei den Frauen war 2023 die Mortalitätsrate in Tirol-Nordost (678 Todesfälle pro 100.000 EW) am geringsten, bei den Männern in Tirol-West (1.020 Todesfälle pro 100.000 EW). In Tirol-Zentralraum war die Mortalitätsrate bei beiden Geschlechtern (Frauen 745 und Männer 1.049 Todesfälle pro 100.000 EW) am höchsten.

Abbildung 10: Gesamtsterblichkeit in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

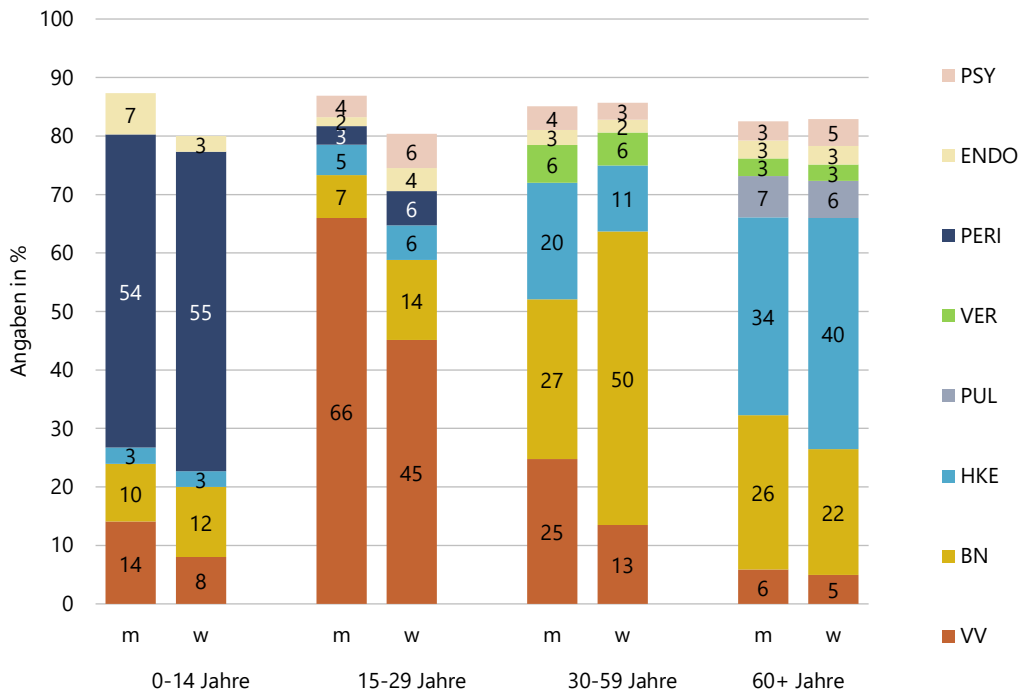
Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

In der **Altersgruppe der bis 29-Jährigen** dominieren zwei Todesursachen (auf ICD-10-Kapitelebene): Einerseits die Todesfälle, die bald nach der Geburt bzw. im ersten Lebensjahr passieren und auf die Perinatalphase sowie auf Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien zurückzuführen sind. Sie machen beim weiblichen Geschlecht 35 Prozent und beim männlichen Geschlecht 17 Prozent aller Todesfälle dieser Altersgruppe aus. Andererseits sind in dieser Altersgruppe viele Todesfälle auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen: mehr als die Hälfte aller Todesfälle bei Burschen bzw. Männern und fast ein Viertel bei Mädchen und Frauen (bei beiden Geschlechtern der überwiegende Teil im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter – vgl. Kapitel 3.3., darunter fallen auch Suizide, die einen nicht unerheblichen Anteil dieser Todesfälle ausmachen – vgl. Kapitel 3.1.4). Darüber hinaus spielen auch Krebserkrankungen eine nicht unbedeutende Rolle (13 % beim weiblichen und 8 % beim männlichen Geschlecht, vgl. Abbildung 11 bzw. auch Kapitel 3.2.3.2).

In der **Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen** verstirbt der Großteil an bösartigen Neubildungen. Die Hälfte der Tirolerinnen und 27 Prozent der Tiroler verstarben in den Jahren 2019 bis 2023 an einer Krebserkrankung. An zweiter Stelle der häufigsten Todesursachen stehen auch in dieser Altersgruppe Verletzungen und Vergiftungen. Ein Viertel aller Männer und 13 Prozent aller Frauen sind im Beobachtungszeitraum aufgrund dessen verstorben. Doch in diesem Alterssegment gewinnen auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen an Bedeutung, die für 20 Prozent der Todesfälle bei Männern und für 11 Prozent der Todesfälle bei Frauen unter den 30- bis 59-Jährigen verantwortlich sind. Jeweils 6 Prozent der Todesfälle sind auf Krankheiten des Verdauungsapparats zurückzuführen (vgl. Abbildung 11).

Ab einem **Alter von 60 Jahren** sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache: 40 Prozent der Todesfälle von Tirolerinnen und 34 Prozent der Todesfälle von Tirolern werden dadurch verursacht. 26 Prozent aller Todesfälle bei Männern und 22 Prozent aller Todesfälle bei Frauen ab 60 Jahren gehen auf Krebserkrankungen zurück. Neben Krankheiten des Atmungssystems (7 % der Todesfälle bei Männern und 6 % bei Frauen) sind auch tödliche Verletzungen und Vergiftungen nicht unerheblich (6 % bei Männern und 5 % bei Frauen; vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Haupttodesursachen in Tirol nach Altersgruppen und Geschlecht im Durchschnitt der Jahre 2019–2023



BN = Neubildungen (C00–D48); ENDO = Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00–E90); PSY = Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99); HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99); PUL = Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99); VER = Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93); PERI = bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96), und angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99); VV = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)
m = männlich, w = weiblich

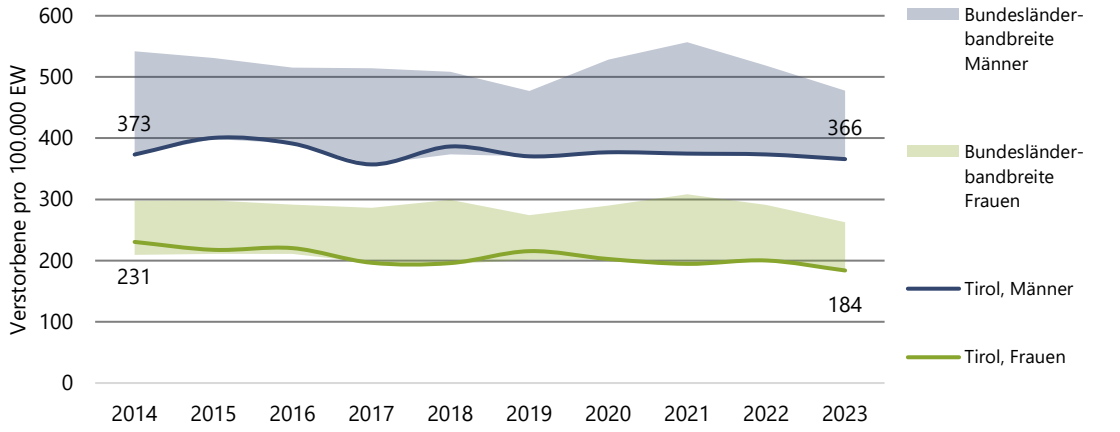
Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2019–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.1.3 Vorzeitige Sterblichkeit

Im Jahr 2023 verstarben 1.890 Tiroler:innen **vor ihrem 75. Geburtstag,** was einer altersstandardisierten Rate von 366 Männern und von 184 Frauen pro 100.000 EW entspricht. Damit liegt die vorzeitige Sterberate – wie auch die Gesamtsterblichkeit – deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (Männer: Ö: 422 und BL-Bandbreite: 364–478 pro 100.000 EW; Frauen: Ö: 223 und BL-Bandbreite: 184–263 pro 100.000 EW) und war sowohl bei Männern als auch bei Frauen in nahezu allen Jahren des letzten Jahrzehnts die niedrigste aller Bundesländer (vgl. Abbildung 12).

Die **zeitliche Entwicklung** während des letzten Jahrzehnts zeigt einen annähernd gleichbleibenden Verlauf bei den Männern und eine tendenziell rückläufige vorzeitige Sterblichkeit bei den Frauen (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Sterblichkeit der unter 75-jährigen Tiroler:innen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die **vorzeitige Sterblichkeit** gibt die Sterblichkeit vor einem bestimmten Alter an – im vorliegenden Bericht jene der unter 75-Jährigen. Der Vorteil dieses Indikators gegenüber der Gesamtsterblichkeit ist, dass sich die Unklarheiten in Bezug auf die Haupttodesursache bei hochbetagten, multimorbiden Personen hier nicht niederschlagen. Die vorzeitige Sterblichkeit ist insbesondere für Gesundheitsförderung und Prävention wichtig.

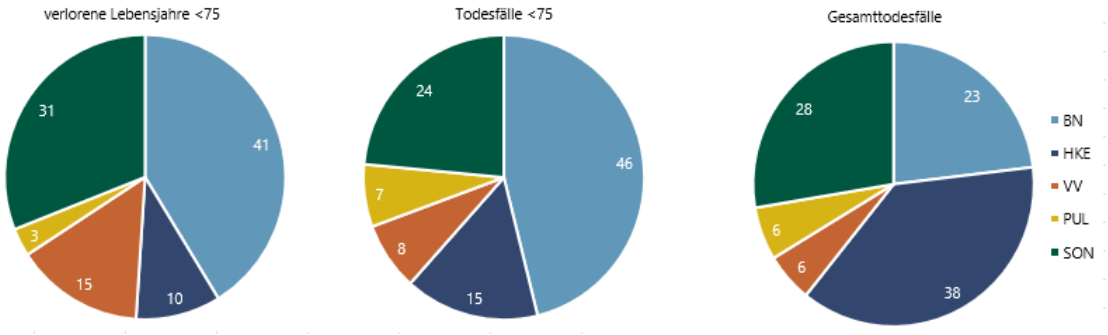
Hauptursachen für Sterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre

Die Sterblichkeit für die unter 75-Jährigen unterscheidet sich deutlich zur Gesamtsterblichkeit betreffend die Bedeutung der einzelnen Todesursachen.

Krebserkrankungen sind bei **Tirolerinnen** für 23 Prozent aller Todesfälle verantwortlich. Bei den unter 75-Jährigen beträgt dieser Anteil allerdings 46 Prozent und entsprechend hoch ist auch der Anteil von Krebserkrankungen an den verlorenen Lebensjahren (41 %). Herz-Kreislauf-Erkrankungen hingegen verursachen 38 Prozent aller Todesfälle, doch bei den unter 75-Jährigen beträgt ihr Anteil „nur" 15 Prozent und noch niedriger ist der Anteil an verlorenen Lebensjahren,

die auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen sind (10 %). Verletzungen und Vergiftungen fallen vor allem hinsichtlich der verlorenen Lebensjahre ins Gewicht. Sie sind für 6 Prozent aller Todesfälle, für 8 Prozent der Todesfälle der unter 75-Jährigen, aber für 15 Prozent der verlorenen Lebensjahre verantwortlich (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Tirolerinnen nach Haupttodesursachen in Prozent, 2019–2023



BN = Neubildungen (C00–D48); HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99); PUL = Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99); VV = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98); SON: sonstige Todesursachen

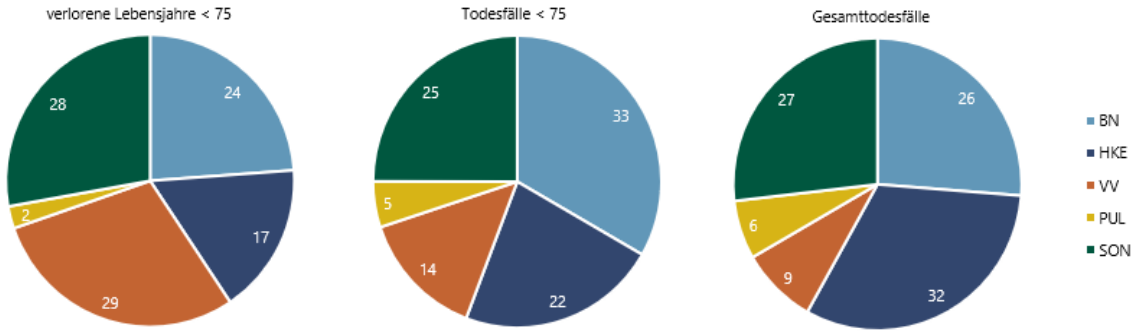
Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2019–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei den **Tiroler Männern** zeigt sich zwar ein ähnliches Bild hinsichtlich des Vergleichs einzelner Todesursachen der drei Kenngrößen Gesamtsterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre wie bei den Frauen, die Dimensionen sind jedoch sehr unterschiedlich. Krebserkrankungen sind die Ursache für 26 Prozent der gesamten Todesfälle, sie machen aber ein Drittel der Todesfälle bei den unter 75-Jährigen aus und sind für 24 Prozent der verlorenen Lebensjahre verantwortlich. Die Bedeutung von Krebs ist somit bei unter 75-jährigen Frauen deutlich größer als bei unter 75-jährigen Männern.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen insgesamt 32 Prozent aller Todesfälle bei Männern aus, bei den unter 75-Jährigen beträgt der Anteil 22 Prozent und hinsichtlich der verlorenen Lebensjahre sind es nur mehr 17 Prozent. Der Vergleich mit den Frauen zeigt hier deutlich, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern zwar insgesamt etwas weniger häufig sind als bei Frauen, dass sie aber in einem früheren Alter auftreten, weshalb sowohl die Bedeutung bei der vorzeitigen Sterblichkeit als auch bei den verlorenen Lebensjahren für Tiroler größer ist als für Tirolerinnen.

Eklatant ist die Bedeutung der Verletzungen und Vergiftungen bei Männern: 9 Prozent aller Todesfälle und 14 Prozent der Todesfälle von unter 75-Jährigen sind darauf zurückzuführen. Die vielen tödlichen Unfälle in jungen Jahren bedeuten, dass 29 Prozent der verlorenen Lebensjahre auf diese Ursache zurückzuführen sind. Dieser Anteil der verlorenen Lebensjahre ist bei den Tirolern doppelt so hoch wie bei den Tirolerinnen (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: (Vorzeitige) Sterblichkeit und verlorene Lebensjahre von Tirolern nach Haupttodesursachen in Prozent, 2019–2023



BN = Neubildungen (C00–D48); HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99); PUL = Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99); VV = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98); SON: sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2019–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die **verlorenen Lebensjahre** sind ein Maß für die vorzeitige Sterblichkeit, in dem auch das Alter beim vorzeitigen Todesfall einfließt. Es werden die Sterbefälle mit den Lebensjahren, die bis zu einem bestimmten Alter (hier 75 Jahre) verblieben wären, multipliziert. Dadurch fallen Todesursachen, die vermehrt in jungen Jahren auftreten, mehr ins Gewicht.

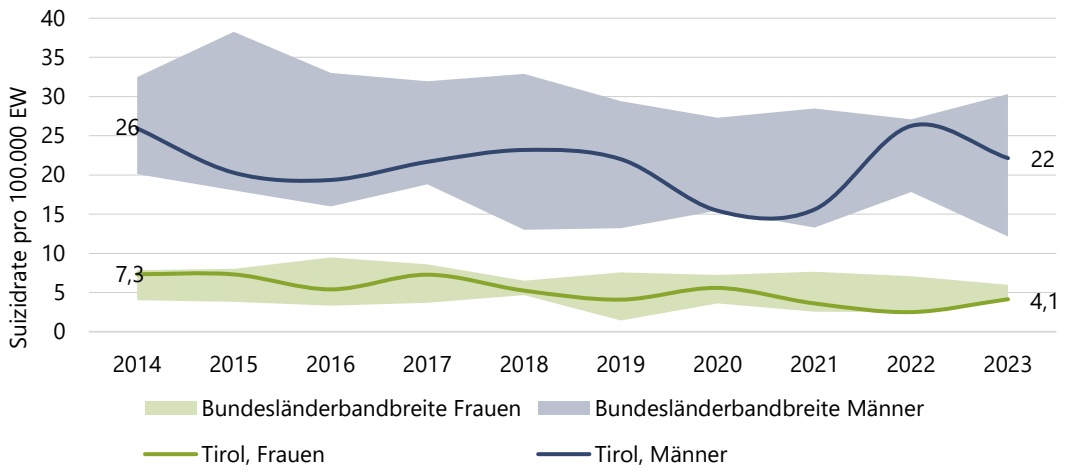
3.1.4 Suizid

In Tirol begingen im Jahr 2023 98 Menschen **Suizid**[2], ähnlich viele wie im Jahr 2022 und deutlich mehr als in den Jahren davor. Im Jahr 2023 bedeutete dies eine altersstandardisierte Rate von 22 **Männern** und 4 **Frauen** pro 100.000 EW. Die Suizidrate von Tirolern ist demnach **fünf Mal so hoch** wie die der Tirolerinnen. Sie lag in diesem Jahr etwa im Bundesdurchschnitt von 22 Männern und 5 Frauen pro 100.000 EW (BL-Bandbreite: 12–30 Männer und 4–6 Frauen pro 100.000 EW; vgl. Abbildung 15).

Im langfristigen Trend seit Mitte der 1980er-Jahre waren die Suizidraten in Tirol tendenziell rückläufig mit deutlichen jährlichen Schwankungen. Doch das Jahr **2022** zeigte bei den Männern einen **Anstieg** (auf ein ähnliches Niveau wie 2014), der 2023 zwar wieder etwas niedriger, aber noch immer höher war als in den Jahren davor (vgl. Abbildung 15). Bei den Männern liegt ein Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie nahe, denn die Pandemie hat generell zu einem starken Anstieg bei depressiven Symptomatiken und Suizidgedanken geführt (Humer et al. 2022; Niederkrotenthaler et al. 2022).

[2] ICD-10-Codes: X60-X84 und Y87.0; exkl. assistierte Suizide (ICD-10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden und in den Jahren 2022 und 2023 22 Fälle ausmachten

Abbildung 15: Suizidrate in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023[1]



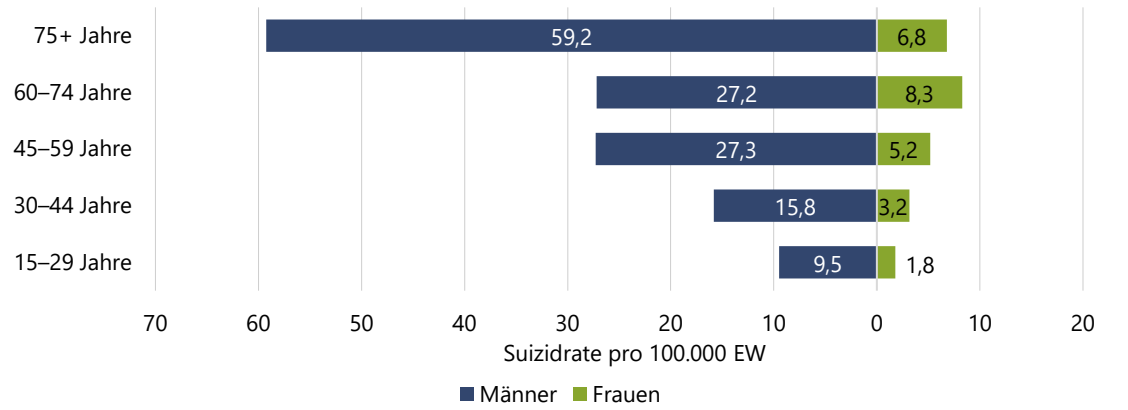
[1]exkl. assistierter Suizide (ICD 10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Gefahr eines Suizids steigt zwar mit **zunehmendem Alter**, doch die relative Bedeutung ist bei Jugendlichen sehr hoch. Im gesamten Zeitraum 2014–2023 gab es 18 Suizide von 15- bis 19-jährigen Tirolern, was einem Viertel aller Todesfälle dieser Altersgruppe entsprach. Bei den Tirolerinnen dieser Altersgruppe entsprachen 6 Suizidfälle 15 Prozent aller Todesfälle dieser Altersgruppe. Suizid ist somit einer der **Haupttodesursachen** in dieser Altersgruppe.

Abbildung 16 zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizids mit dem Alter steigt und, dass insbesondere Männer im höheren Alter gefährdet sind. Absolut betrachtet wurden im Zeitraum 2019–2023 in der Altersgruppe der 45- bis 59-Jährigen die meisten Suizide begangen (117 Männer und 22 Frauen).

Abbildung 16: Suizidrate in Tirol nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019–2023



Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2019–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Suizidrate (exkl. assistierter Suizid) der über 75-Jährigen Tiroler:innen im Zeitraum 2019–2023 liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt – in allen anderen Altersgruppen zeigen sich kaum Unterschiede. Auch die Suizide von Kindern und Jugendlichen waren in Tirol, wie auch in ganz Österreich, in den letzten Jahrzehnten rückläufig und relativ selten. In Tirol verstarben im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2023 13 unter 19-Jährige an Suizid, 11 davon waren männlich. Der jüngste an Suizid Verstorbene war erst zwölf Jahre alt.

Während die Suizidrate von Männern deutlich höher ist als die von Frauen, werden **Suizidversuche** häufiger von **Frauen** unternommen (BMSGPK 2021). Zu Suizidversuchen liegen keine verlässlichen Zahlen vor, da sie oft nicht als solche erkannt bzw. dokumentiert werden. Die auch in internationalen Auswertungen genutzten ICD-10-Diagnosen[3] bei stationären Aufenthalten stellen keinen sauberen Indikator für Suizidversuche dar, da sie Suizidversuche mit selbstverletzendem Verhalten ohne suizidale Absicht vermischen. Sie können dennoch ein allgemeines Bild über Unterschiede nach Altersgruppen und Geschlecht geben. In Tirol waren dies im Beobachtungszeitraum 2019–2023 14 Fälle pro 100.000 EW bei den Männern und 20 pro 100.000 EW bei den Frauen (Ö: 13 bzw. 20 Fälle pro 100.000 EW).

Für psychische oder suizidale Krisen sowie im akuten Notfall bietet der Psychosoziale Krisendienst Tirol (PKT)[4] schnelle, vertrauliche und professionelle telefonische Unterstützung durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie psychiatrische Fachkräfte (vgl. auch Kapitel 4.2.5).

Suizid wird in der Todesursachenstatistik unter dem ICD-10-Code X60–X84 und Y87.0 dokumentiert. Die Suizidrate ist vermutlich unterschätzt, weil nicht alle Suizide als solche erkannt werden.

Seit 1. Januar 2022 gilt das Sterbeverfügungsgesetz, welches die rechtlichen Voraussetzungen für einen assistierten Suizid regelt. In der Todesursachenstatistik sind assistierte Suizide in den Suizidzahlen enthalten und mit dem Zusatzcode U060 „Assistierter Suizid / Sterbehilfe" versehen.

3.2 Morbidität

3.2.1 Somatische Basisdaten

Aussagen zu somatischen Basisdaten (Übergewicht, Adipositas, erhöhter Blutdruck und erhöhtes Cholesterin) der Tiroler Bevölkerung können auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragungen (ATHIS) 2014 (Klimont/Baldaszti 2015) und 2019 (Klimont 2020) getroffen werden.

3.2.1.1 Adipositas und Übergewicht

Laut der letzten Österreichischen Gesundheitsbefragung hatten im Jahr 2019 knapp 32 Prozent der Tiroler Bevölkerung ab 15 Jahren **Übergewicht** (Ö: 35 %; BL-Bandbreite: 32–38 %) und rund 13 Prozent **Adipositas** (Ö: 16,6 %; BL-Bandbreite: 13–22 %). Knapp 52 Prozent hatten

[3] ICD-10-Diagnosen: 931: Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung, 931.9: Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung, nicht näher bezeichnet, Z.915: Selbstbeschädigung in der Eigenanamnese, Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung in Fondskrankenanstalten

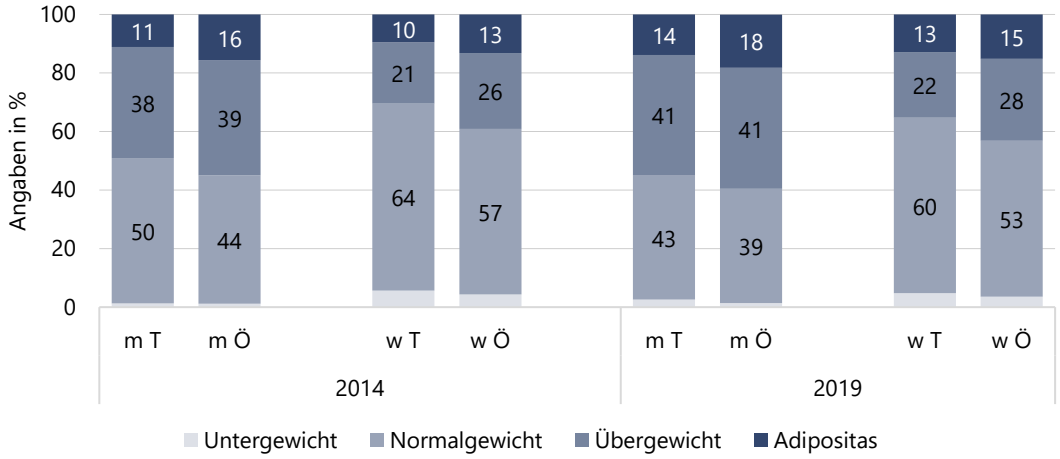
[4] https://krisendienst.tirol/ [Zugriff am 29.01.2025]

Normalgewicht (Ö: 46,3 %; BL-Bandbreite: 41–52 %) und **Untergewicht** hatten 3,7 Prozent (Ö: 2,5 %; BL-Bandbreite: 1,7–3,7 %). Damit hat Tirol bundesweit den geringsten Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas.

Sowohl in Tirol als auch bundesweit steigt der Anteil der Personen mit Übergewicht (2014: Tirol 29,3 % und Ö: 32,4 %) und mit Adipositas (2014: Tirol 10,3 % und Ö: 14,3 %) an.

Männer haben deutlich häufiger Übergewicht als **Frauen** (41 % vs. 22 %), aber etwa gleich häufig Adipositas (14 % vs. 13 %). Der Gewichtsstatus der Frauen fällt zwar im bundesweiten Vergleich positiv aus – 2019 hatten 35 Prozent der Tirolerinnen Übergewicht oder Adipositas, während es österreichweit 43 Prozent der Frauen waren –, doch sowohl die aktuelle Prävalenz von Übergewicht und Adipositas als auch der diesbezügliche zeitliche Trend zeigen auch in Tirol einen Handlungsbedarf auf (vgl. Abbildung 17).

Abbildung 17: Gewichtsstatus der Tiroler:innen nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014 und 2019



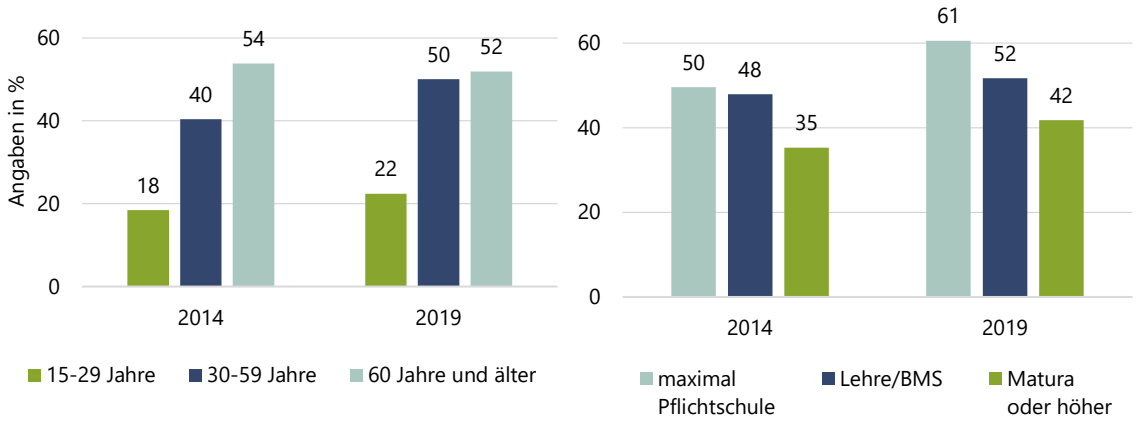
ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)
m = männlich; w = weiblich; T = Tirol; Ö = Österreich

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt mit dem **Alter.** Der Anteil lag bei Personen zwischen 15 und 29 Jahren bei rund 22 Prozent, bei den 30- bis 59-Jährigen bereits bei 50 Prozent und bei den Tirolerinnen und Tirolern über 60 Jahren bei 52 Prozent. Insbesondere bei den 30- bis 59-Jährigen ist die Prävalenz seit 2014 stark gestiegen (vgl. Abbildung 18).

Der Anteil der Tiroler:innen im Alter ab 30 Jahren mit Übergewicht oder Adipositas nimmt mit steigender **Bildung** ab: Während 61 Prozent der Personen mit maximal Pflichtschulabschluss Übergewicht oder Adipositas haben, sind es unter jenen mit Lehrabschluss / Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule 52 Prozent und 42 Prozent bei Personen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss. Seit 2014 hat sich die Prävalenz in allen Bildungsgruppen deutlich erhöht (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Übergewicht und Adipositas von Tirolerinnen und Tirolern nach Altersgruppen und Schulbildung, 2014 und 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter bzw. ab 30 Jahren bei der Grafik nach Bildung)

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014 und 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tiroler:innen mit **Migrationshintergrund** hatten deutlich häufiger Übergewicht oder Adipositas als jene ohne Migrationshintergrund (54 % vs. 43 %). Dieser Unterschied ist insbesondere im Hinblick auf Adipositas zu beobachten (20 % vs. 12 %).

Aussagen zu Übergewicht und Adipositas basieren auf den Größen- und Gewichtsangaben der Befragten im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung sowie des daraus ermittelten BMI. Die BMI-Grenzwerte entsprechen den WHO-Empfehlungen (https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index, Zugriff am 11.07.2024):

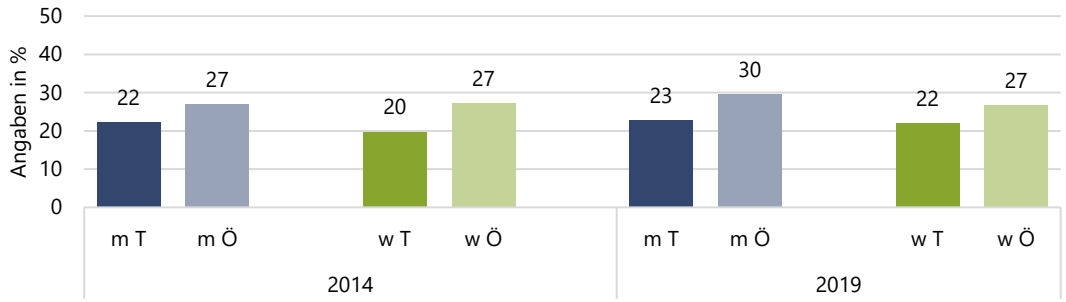
- untergewichtig: BMI < 18,5
- normalgewichtig: BMI 19,5–24,9
- übergewichtig: BMI 25,0–29,9
- adipös: BMI > 29,9

3.2.1.2 Bluthochdruck

Bei rund 22 Prozent (rund 102.000 Personen; Ö: 28 %; BL-Bandbreite: 22–36 %) der Tiroler:innen wurde laut ATHIS 2019 **im Rahmen einer offiziellen Blutdruckmessung** (die an 73 % der Tiroler:innen durchgeführt wurde) in den letzten 12 Monaten ein **erhöhter Blutdruck** festgestellt. Seit 2014 hat sich dieser Wert kaum verändert.

Frauen ließen häufiger den Blutdruck untersuchen als Männer (76 % vs. 69 %). Ein erhöhter Blutdruck wurde bei **Männern und bei Frauen** in Tirol in etwa gleich häufig festgestellt (22–23 %). Bundesweit wurde im Jahr 2019 bei Männern häufiger Bluthochdruck festgestellt als bei Frauen (30 vs. 27 %; vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Diagnostizierter Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten bei Tirolerinnen und Tirolern nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014 und 2019



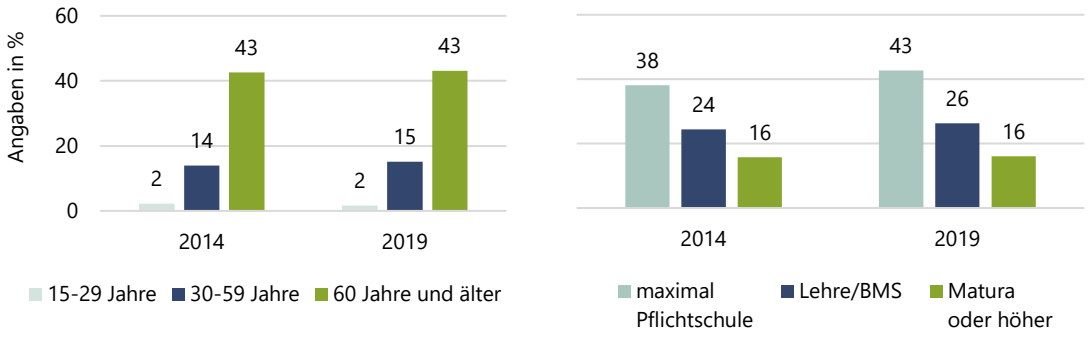
ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)
m = männlich; w = weiblich; T = Tirol; Ö = Österreich

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 und 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit Abstand am häufigsten wurde im Jahr 2019 ein erhöhter Blutdruck in der **Altersgruppe der ab 60-Jährigen** gemessen (43 % vs. 15 % bei den 30- bis 59-Jährigen bzw. 2 % bei den 15- bis 29-Jährigen; vgl. Abbildung 20). Im Alter zwischen 30 und 59 Jahren sind Tiroler etwas häufiger betroffen als Tirolerinnen, in der Altersgruppe ab 60 Jahren ist es umgekehrt.

Der formale Bildungsabschluss hat Einfluss auf Bluthochdruck. Bei der Tiroler Bevölkerung (ab 30 Jahren) **mit maximal Pflichtschulabschluss** war die Prävalenz von diagnostiziertem erhöhten Blutdruck in den letzten 12 Monaten im Jahr 2019 mit 43 Prozent deutlich höher als bei jenen mit Lehre/BMS (26 %) und jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss (16 %). Insbesondere bei Personen mit maximal Pflichtschulabschluss ist der Anteil seit 2014 um 5 Prozentpunkte gestiegen (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Diagnostizierter Bluthochdruck in den letzten 12 Monaten bei Tirolerinnen und Tirolern nach Altersgruppen und Schulbildung, 2014 und 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter bzw. ab 30 Jahren bei der Grafik nach Bildung)

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014 und 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tiroler:innen mit **Migrationshintergrund** wiesen etwas häufiger einen erhöhten Blutdruck auf als Tiroler:innen ohne Migrationshintergrund (26 % vs. 22 %).

3.2.1.3 Erhöhte Cholesterinwerte

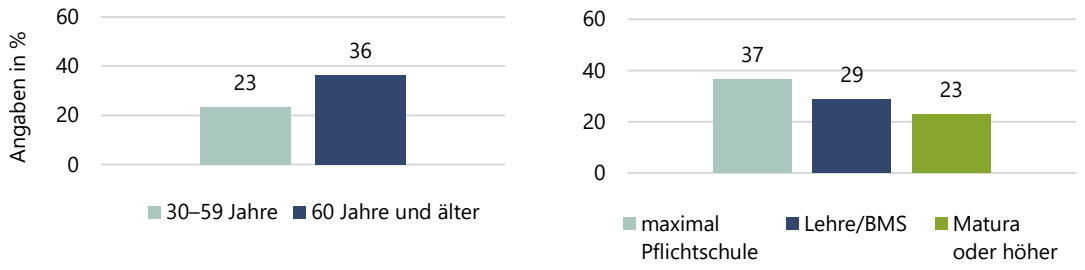
Etwa einem Viertel der Tiroler Bevölkerung ab 15 Jahren (rund 100.000 Personen; Ö: 26 %; BL-Bandbreite: 20–29 %) wurde ein erhöhter Cholesterinwert in den letzten 12 Monaten bescheinigt. Damit liegt Tirol im bundesweiten Durchschnitt.

Ein erhöhter Cholesterinwert wurde bei **Männern** und bei **Frauen** in Tirol in etwa gleich häufig festgestellt (rund 25–26 %). Frauen ließen in den letzten 12 Monaten häufiger ihre Cholesterinwerte untersuchen als Männer (66 % vs. 60 %). Ein ähnliches Bild ist auch bundesweit zu beobachten.

Mit Abstand am häufigsten wurde in den letzten 12 Monaten ein erhöhter Cholesterinwert im Jahr 2019 in der **Altersgruppe der ab 60-Jährigen** gemessen (36 % vs. 23 % bei den 30- bis 59-Jährigen; vgl. Abbildung 21). Tiroler **Männer** zwischen 30 und 59 Jahren sind häufiger betroffen als Tiroler **Frauen** dieser Altersgruppe – dies kehrt sich bei der Altersgruppe 60 Jahre und älter um. Diese Unterschiede sind in Tirol nicht signifikant, österreichweit jedoch schon.

Der formale Bildungsabschluss hat Einfluss auf Cholesterinwerte. Bei der Tiroler Bevölkerung (ab 30 Jahren) **mit maximal Pflichtschulabschluss** war die Prävalenz von erhöhtem Cholesterin im Jahr 2019 mit 37 Prozent deutlich höher als bei jenen mit Lehre/BMS (29 %) und jenen mit Matura oder einem höheren Abschluss (23 %) (vgl. Abbildung 21). Der Cholesterinwert wurde unter Personen mit maximal Pflichtschulabschluss häufiger untersucht (72 % vs. rund 65 % in den anderen Bildungsgruppen).

Abbildung 21: Erhöhter diagnostizierter Cholesterinwert in den letzten 12 Monaten bei Tirolerinnen und Tirolern nach Altersgruppen und Schulbildung, 2019[5]



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung, 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Hinsichtlich der Häufigkeit der Messung von Cholesterinwerten und der Ergebnisse gibt es keinen Unterschied nach Migrationshintergrund.

[5] Vergleichsdaten aus den Gesundheitsbefragungen (ATHIS) 2006/2007 und 2014 liegen für die Prävalenz erhöhter Cholesterinwerte/Blutfette/Triglyceride nicht vor.

3.2.2 Mundgesundheit

Seit 1996 wird in regelmäßigen Abständen eine österreichweite **Länderzahnstatuserhebung** durchgeführt. Nach der letzten Zahnstatuserhebung 2016 erfolgte 2024 wieder die Erhebung des Zahnstatus bei einer Stichprobe von Sechsjährigen (2023/2024). Die Daten der Länderzahnstatuserhebung von 2023/2024 werden voraussichtlich im Februar 2025 vorliegen. In diesem Rahmen erfolgt primär die Erhebung der Karies und der Mundhygiene über den Plaquebefall. Außerdem werden soziodemografische Parameter erhoben und durch eine Befragung werden Informationen über die Zahnprophylaxe- und Ernährungsgewohnheiten gewonnen.

Bei der letzten Länderzahnstatuserhebung von 2016 zeigte sich, dass die Tiroler Sechsjährigen österreichweit mit 30 Prozent der Kinder (Ö: 45 %; BL-Bandbreite: 30–55 %) am wenigsten Karies hatten. Tiroler Kinder weisen neben Kindern aus Vorarlberg und der Steiermark schon seit Längerem **überdurchschnittlich hohe Anteile an kariesfreien Milchgebissen** auf. 2016 wurde aber angemerkt, dass die Zahlen innerhalb der letzten 10 Jahre auf dem hohen Niveau beinahe **stagnieren**. Ergebnisse der neuen Erhebung 2023/24 werden zeigen, wie sich das Niveau entwickelt hat. Zahngesundheitlich am meisten benachteiligt sind sowohl in Tirol als auch in den anderen Bundesländern Kinder aus Familien mit niedrigerem formalen Bildungsstatus der Eltern und gleichzeitig mit Migrationshintergrund.

Neu bei der **Erhebung 2023/24** war die Erfassung einer Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation. Dabei handelt es sich um qualitativ bedingte Schmelzdefekte an einem oder mehreren ersten bleibenden Molaren mit oder ohne Beteiligung der bleibenden Inzisiven. Die Betroffenen haben dadurch eine funktionelle Beeinträchtigung, welche häufig mit Schmerzen beim Essen und Trinken oder bei der Durchführung der Mundhygiene einhergeht. Außerdem kommt es mitunter auch zu einer ästhetischen Beeinträchtigung. Die Ätiologie dazu ist derzeit noch nicht abschließend geklärt, es scheint eine multifaktorielle Genese vorzuliegen, die noch weiter erforscht werden muss. Die globale Verteilung ist unterschiedlich.

3.2.3 Chronische Erkrankungen

Nachfolgend wird die Prävalenz von chronischen Erkrankungen in Tirol behandelt, wobei einleitend allgemein über chronische Erkrankungen berichtet wird, gefolgt von der Prävalenz der häufigsten chronischen Erkrankungen. Die Zahlen beziehen sich auf die Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS. Im Anschluss werden die Prävalenz ausgewählter Krebslokalisationen, basierend auf Zahlen des Tiroler Krebsregisters, und die Prävalenz von Diabetes, basierend auf dem Tiroler Diabetesregister, dargestellt.

Rund 35 Prozent der Tiroler Bevölkerung ab 15 Jahren gaben bei der Gesundheitsbefragung 2019 an, mindestens **eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem**[6] zu haben (Ö: 38 %; BL-Bandbreite: 29–41 %). Befragt nach insgesamt **19 konkreten Krankheiten bzw. Gesundheitsproblemen**, sind es allerdings 66 Prozent (Ö: 66 %; BL-Bandbreite: 60–71 %), die zumindest von einer dieser chronischen Krankheiten bzw. Gesundheitsprobleme in den letzten 12 Monaten betroffen waren. Der Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass viele Menschen Allergien, erhöhte Cholesterinwerte, Bluthochdruck, chronische Kopfschmerzen,

[6] Damit sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

chronische Nacken- oder Rückenschmerzen vorerst nicht als chronische Gesundheitsprobleme einordnen. Jede in Tirol wohnhafte Person leidet an **durchschnittlich 1,5 chronischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsproblemen** (Ö: 1,7; BL-Bandbreite: 1,4–1,9).

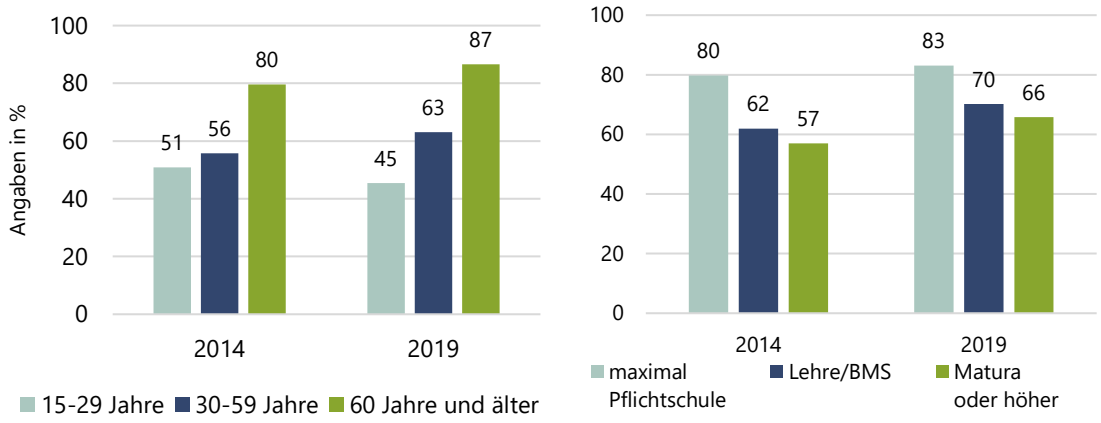
Im Vergleich zu 2014 ist die **Zwölf-Monats-Prävalenz** zumindest eines chronischen Gesundheitsproblems von 61 auf 66 Prozent gestiegen. Dieser Anstieg könnte womöglich auch auf die unterschiedliche Befragungsmethode zurückzuführen sein, da bei der telefonischen Befragung im Jahr 2014 besonders alte und kranke Menschen vielleicht nicht so gut erreicht wurden und trotz Gewichtung dieser Bias nicht ausgeglichen werden kann.

Männer und **Frauen** sind gleichermaßen von chronischen Erkrankungen bzw. Gesundheitsproblemen betroffen – 66 Prozent der Tirolerinnen wie auch der Tiroler hatten 2019 zumindest ein chronisches Gesundheitsproblem. Tiroler Frauen hatten dabei **im Durchschnitt** 1,7 und Männer 1,4 chronische Erkrankungen bzw. Gesundheitsprobleme. Tirol liegt mit diesen Werten im österreichischen Durchschnitt (67 % der Österreicherinnen bzw. 65 % der Österreicher hatten zumindest eine chronische Erkrankung bzw. ein chronisches Gesundheitsproblem), die durchschnittliche Anzahl war österreichweit etwas höher (bei Frauen 1,9 und bei Männern 1,6).

Die Prävalenz **steigt mit dem Alter** deutlich: von rund 45 Prozent bei den 15- bis 29-Jährigen über 63 Prozent bei den 30- bis 59-Jährigen auf rund 87 Prozent bei den ab 60-Jährigen, die unter mindestens einer chronischen Erkrankung bzw. einem chronischen Gesundheitsproblem leiden. Der Anteil der Betroffenen ist mit Ausnahme der 15- bis 29-Jährigen seit 2014 gestiegen (vgl. Abbildung 22).

Je geringer die **formale Bildung**, desto höher ist die Prävalenz chronischer Krankheiten / chronischer Gesundheitsprobleme. 83 Prozent der Tiroler:innen ab 30 Jahren mit maximal Pflichtschulabschluss, aber „nur" 66 Prozent jener mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss haben zumindest eine chronische Krankheit / ein chronisches Gesundheitsproblem. Insbesondere bei Betroffenen mit höherer Bildung ist der Anteil jener mit mindestens einer chronischen Krankheit / einem chronischen Gesundheitsproblem um fast 10 Prozent gestiegen (vgl. Abbildung 22). Tiroler:innen über 30 Jahre mit maximal Pflichtschulabschluss haben zudem durchschnittlich 2,4 und jene mit zumindest Matura durchschnittlich 1,3 chronische Erkrankungen / chronische Gesundheitsprobleme.

Abbildung 22: Tiroler:innen mit mindestens einer chronischen Erkrankung / einem Gesundheitsproblem in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen und Schulbildung, 2014 und 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter bzw. ab 30 Jahren bei der Grafik nach Bildung)

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014 und 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Migrationshintergrund spielt bei der Prävalenz chronischer Erkrankungen im Allgemeinen keine signifikante Rolle, bei einzelnen Erkrankungen gibt es jedoch Unterschiede (vgl. Kapitel 3.2.3.1).

3.2.3.1 Häufigste chronische Krankheiten im Überblick

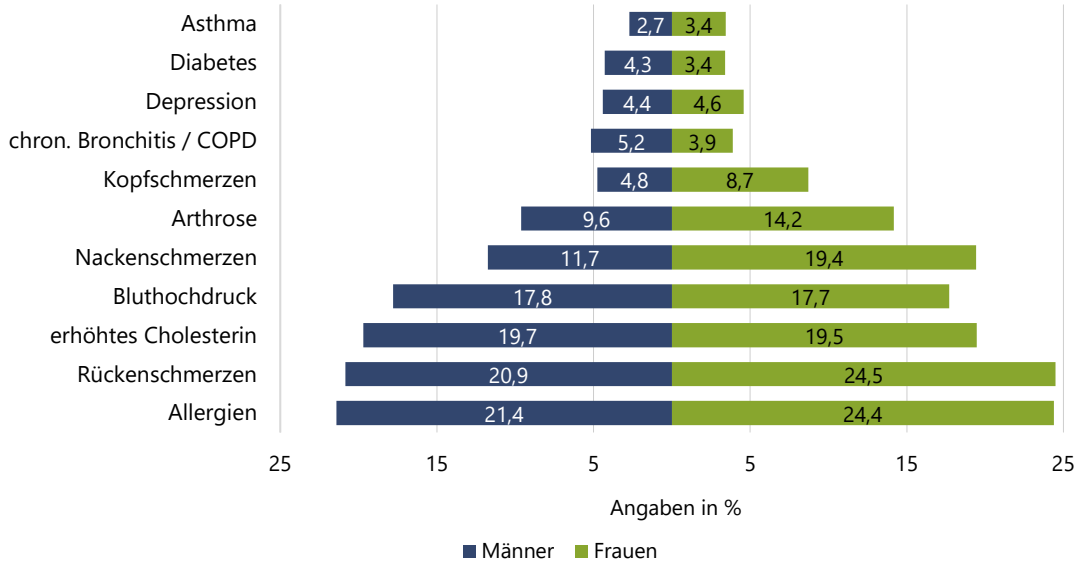
Im Folgenden werden die häufigsten der im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 erhobenen **chronischen Krankheiten und chronischen Gesundheitsprobleme**, die in den letzten 12 Monaten diagnostiziert wurden, dargestellt. Für nähere Informationen zu Krebs und Diabetes vgl. Kapitel 3.2.3.2 und Kapitel 3.2.3.3.

Am häufigsten leidet die Tiroler Bevölkerung unter **chronischen Rückenschmerzen und Allergien** (diagnostiziert; jeweils 23 %) sowie unter erhöhten Cholesterinwerten/Blutfetten/Triglyceriden (20 %) und Bluthochdruck (18 %; vgl. Kapitel 3.2.1.2). Nackenschmerzen betreffen 16 Prozent der Bevölkerung, gefolgt von Arthrosen (diagnostiziert, 12 %). Eine etwas geringere Prävalenz ist in Bezug auf chronische Kopfschmerzen (6,8 %), Depressionen (5,2 % insgesamt bzw. 4,5 % diagnostiziert), Diabetes (diagnostiziert, 3,8 %) und Asthma (diagnostiziert, 3,1 %) gegeben.

Frauen (ab 15 Jahren) leiden signifikant häufiger als Männer an Nackenschmerzen (19 % vs. 12 %), Arthrosen (diagnostiziert, 14 % vs. 10 %), Allergien (diagnostiziert, 24 % vs. 21 %) und chronischen Kopfschmerzen (8 % vs. 4 %).

Männer (ab 15 Jahren) leiden geringfügig häufiger an chronischer Bronchitis/COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) (5 % vs. 4 %) und Diabetes (diagnostiziert, 4 % vs. 3 %) als Frauen (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: Ausgewählte chronische Krankheiten / Gesundheitsprobleme der Tiroler:innen nach Geschlecht, 2019



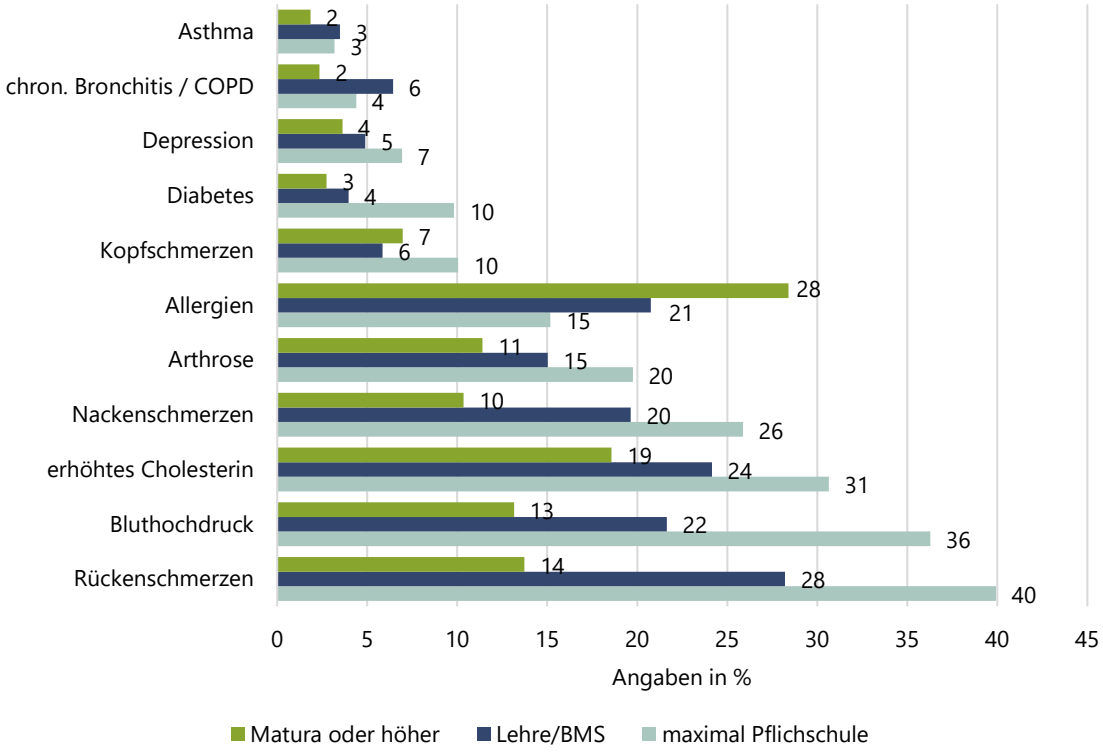
Die Angaben zu Allergien, Arthrose, Asthma, Depression und Diabetes sind ärztlich diagnostiziert.
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (15 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Mit dem Alter steigt bei fast allen Gesundheitsproblemen auch die **Zwölf-Monats-Prävalenz**, insbesondere bei Bluthochdruck, erhöhten Cholesterinwerten, chronischen Rückenschmerzen und Arthrose. Allergien sind eine Ausnahme – sie treten bei ab 60-Jährigen nur halb so oft auf wie bei Jüngeren.

Auch eine geringere formale Bildung hebt – mit wenigen Ausnahmen – das Risiko einer chronischen Erkrankung. Die Prävalenz der betrachteten chronischen Erkrankungen ist bei Menschen über 30 Jahren mit **maximal Pflichtschulabschluss immer höher** als bei Menschen mit Matura oder einem höheren Abschluss. Besonders deutlich – mit einer zumindest doppelt so hohen Prävalenz – ist dies bei Rückenschmerzen, Bluthochdruck, Nackenschmerzen, Arthrose, Diabetes und Depression zu beobachten. Lediglich bei Allergien zeigt sich ein umgekehrtes Bild (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 24: Ausgewählte chronische Krankheiten / Gesundheitsprobleme der Tiroler:innen nach Schulbildung, 2019



Die Angaben zu Allergien, Arthrose, Asthma, Depression und Diabetes beziehen sich auf ärztliche Diagnosen.
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (30 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tiroler:innen mit **Migrationshintergrund** sind häufiger von chronischen Lungenkrankheiten und chronischen Kopfschmerzen betroffen, während jene ohne Migrationshintergrund häufiger an Arthrose leiden.

3.2.3.2 Krebs

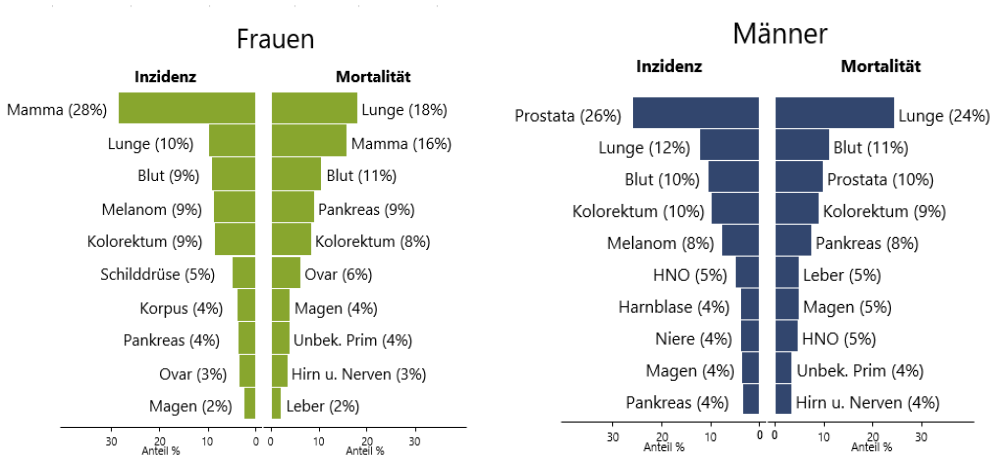
Alle Karzinome außer Non-Melanoma Skin Cancer (NMSC)

Das **epidemiologische Tumorregister Tirol (TRT)** ist dem Grundsatz einer vollzähligen und vollständigen Tumordatenerfassung verpflichtet. Derzeit wird das Diagnosejahr 2021 abgeschlossen und die letzten Fälle werden dokumentiert und validiert. Für die Diagnosejahre 2021 bis 2023 können daher zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch keine vollständigen Zahlen veröffentlicht werden. Dennoch liefern die bereits aufbereiteten Diagnosejahre 2014 bis 2020 einen guten Einblick in die neu diagnostizierten (inzidenten) Krebserkrankungen der Tiroler Bevölkerung. Im Zeitraum 2014 bis 2020 gab es jährlich im Durchschnitt 3.950 neu diagnostizierte bösartige Neubildungen. Das **Durchschnittsalter** bei Diagnose betrug bei Frauen 63,8 ± 16,5 Jahre und bei Männern 66,3 ± 14 Jahre. 19,1 Prozent der Patientinnen und 10,4 Prozent der Patienten waren jünger als 50 Jahre. Nach Prostatakrebs bei Männern (14,4 % aller Neudiagnosen) und Brustkrebs bei Frauen (13,3 %) sind für beide Geschlechter zusammen Lungenkarzinome (11,2 %) und

kolorektale Karzinome (9,2 %) die **häufigsten neu diagnostizierten Tumorerkrankungen** in der Tiroler Bevölkerung. Deshalb werden diese Tumorlokalisationen im Folgenden näher betrachtet.

Abbildung 25 stellt den Inzidenz- und Mortalitätsanteil der zehn häufigsten Tumoren für Frauen und Männer grafisch dar. Hinsichtlich der Inzidenz wird ersichtlich, dass Brustkrebs bei Frauen (28 %) und Prostatakrebs bei Männern (26 %) die häufigsten neu diagnostizierten Tumorlokalisationen im Zeitraum 2014 bis 2020 darstellten.

Abbildung 25: Inzidenz und Mortalität der zehn häufigsten Tumorerkrankungen in Tirol nach Geschlecht, 2014–2020

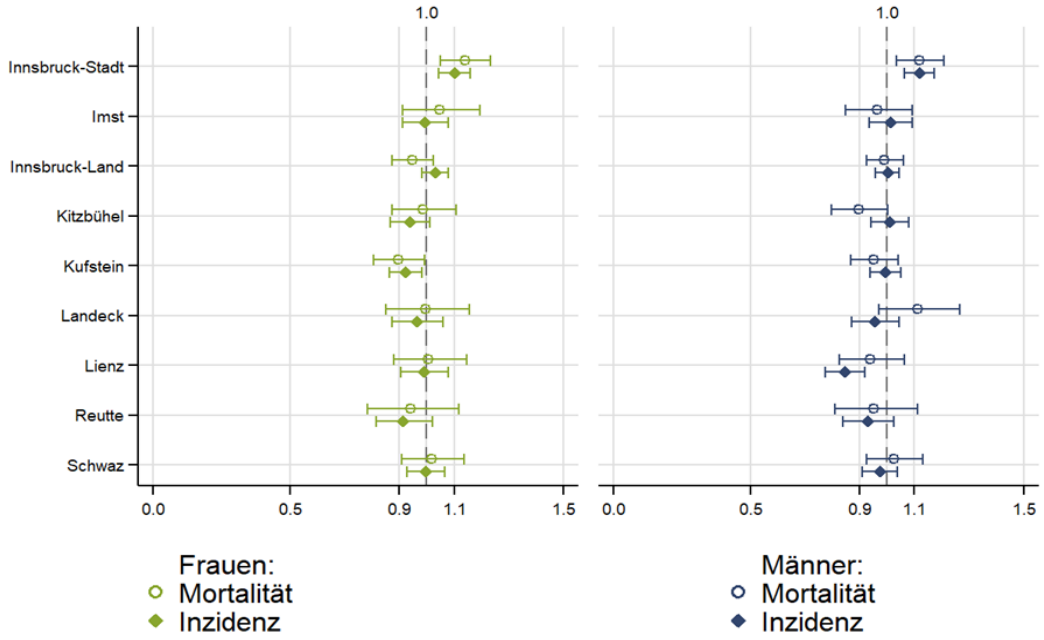


Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung und Berechnung: IET

Trotz der hohen Inzidenz sind diese beiden Tumoren nicht für die meisten Todesfälle verantwortlich. Lungenkrebs ist sowohl für Frauen (18 %) als auch für Männer (24 %) der Tumor, welcher die **höchste Mortalität** im Zeitraum 2014–2020 aufwies. Bösartige Tumoren des Darms (Kolon) und des Enddarms (Rektum) treten bei Männern und Frauen nahezu gleich häufig auf (10 % Männer und 9 % Frauen) und sind bei Frauen für 8 Prozent und bei Männern für 9 Prozent der krebsbedingten Todesfälle verantwortlich. Besonders bei Lungen- und Darmkrebs erhöht eine frühzeitige Diagnose die Überlebenschance erheblich.

Eine Analyse der Inzidenz- und Mortalitätsraten aller Karzinome in den **Tiroler Bezirken** im Zeitraum von 2014 bis 2020 zeigt regionale Unterschiede (vgl. Abbildung 26). In Innsbruck-Stadt liegt sowohl die standardisierte Inzidenzrate (SIR) als auch die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) für Männer und Frauen über dem Tiroler Durchschnitt. Im Bezirk Kufstein weisen Frauen hingegen eine niedrigere Inzidenz- und Mortalitätsrate auf. Bei Männern ist im Bezirk Lienz eine geringere Inzidenzrate festzustellen. Im Bezirk Landeck liegt die Mortalitätsrate leicht über dem Tiroler Durchschnitt, wobei das Konfidenzintervall hier breit gefasst ist.

Abbildung 26: Inzidenz und Mortalität aller Karzinome außer NMSC nach Geschlecht und Tiroler Bezirken, 2014–2020



99%-Konfidenzintervall; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

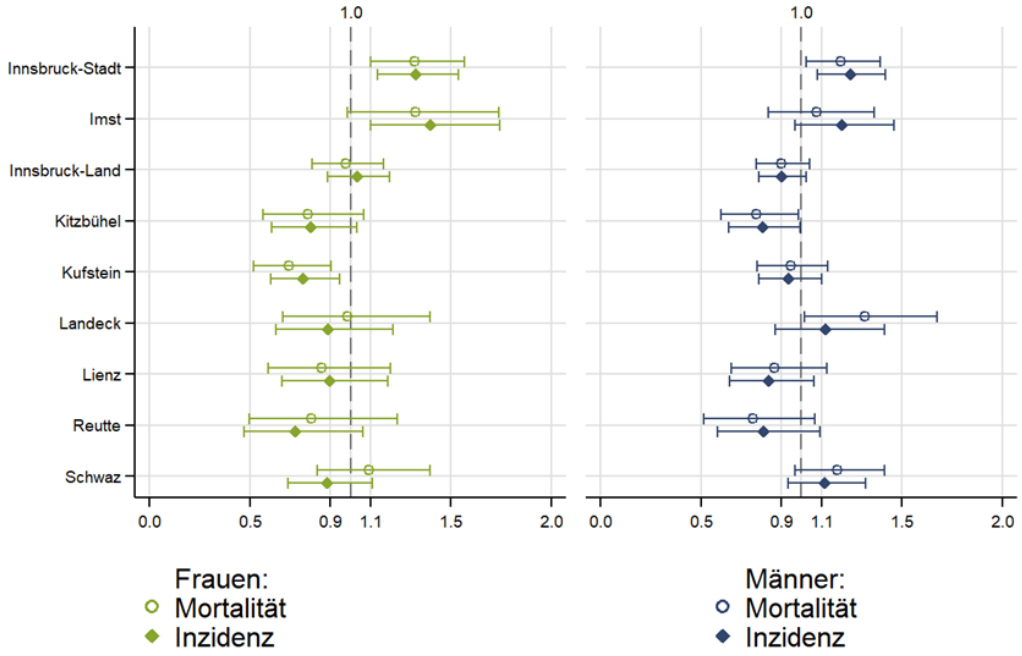
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung und Berechnung: IET

Lungenkarzinome

Im Zeitraum von 2014 bis 2020 wurde bei 1.827 Männern und bei 1.275 Frauen ein Lungenkarzinom diagnostiziert. Im Durchschnitt erkrankten also pro Jahr ca. 440 Personen (260 Männer, 180 Frauen). Das mittlere Erkrankungsalter beträgt bei Männern 69,3 ± 10,5 Jahre und bei Frauen 67,5 ± 10,7 Jahre. 3,1 Prozent der Männer und 3,9 Prozent der Frauen waren zum Zeitpunkt der Diagnose jünger als 50 Jahre. Ähnlich wie in anderen europäischen Ländern ist auch in Tirol die Inzidenz von Lungenkrebs bei Frauen zunehmend, während sie bei Männern – von einem hohen Niveau ausgehend – rückläufig ist. Im Zeitraum 2014 bis 2020 wurden ungefähr die Hälfte aller neu diagnostizierten Lungenkrebskarzinome in einem fortgeschrittenen Stadium IV nach der Union for International Cancer Control (UICC) erstdiagnostiziert. In diesem Stadium sind die Tumoren bereits in entfernte Körperregionen und Organe metastasiert. Analysen der Vorjahre belegen, dass das relative Fünfjahresüberleben für diesen Personenkreis bei ca. 5 Prozent liegt.

Die Bezirksverteilung für Lungenkarzinome zeigt eine erhöhte SIR und SMR für beide Geschlechter im Bezirk Innsbruck-Stadt und eine erhöhte SMR für Männer in Landeck sowie eine erhöhte SIR für Frauen im Bezirk Imst. Im Bezirk Kufstein liegt die Inzidenzrate für Frauen und Männer unter dem Tiroler Durchschnitt (vgl. Abbildung 27).

Abbildung 27: Inzidenz und Mortalität der Lungenkarzinome nach Geschlecht und Tiroler Bezirken, 2014–2020



99%-Konfidenzintervall; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

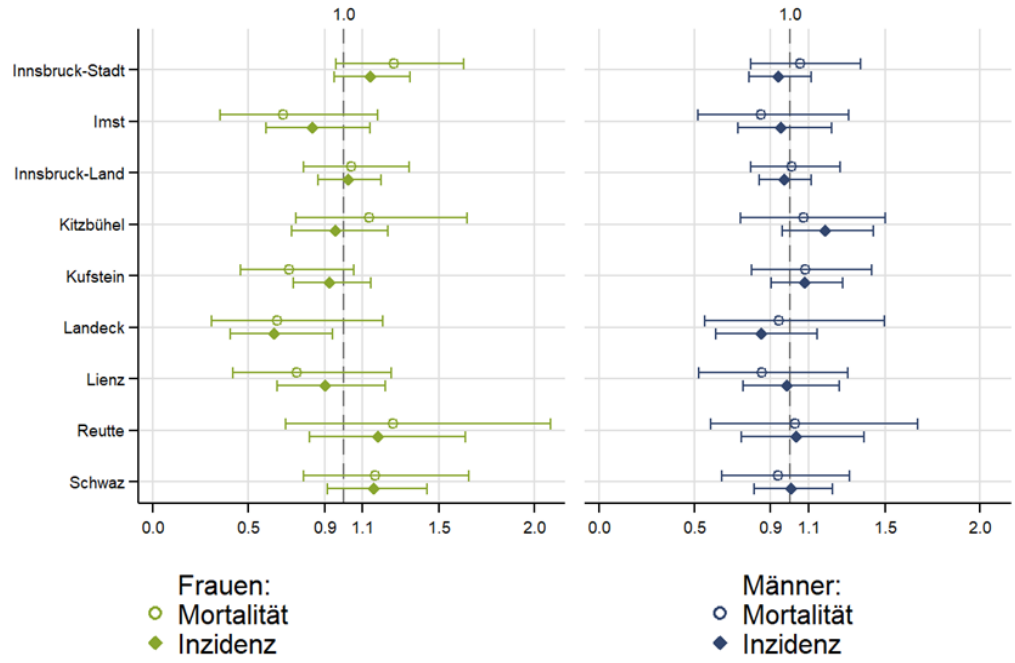
Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung und Berechnung: IET

Kolorektale Karzinome

Im Zeitraum von 2014 bis 2020 erkrankten 1.472 Männer und 1.092 Frauen an einem kolorektalen Karzinom. Im Durchschnitt erkrankten pro Jahr ca. 370 Personen (210 Männer, 160 Frauen). Das mittlere Erkrankungsalter beträgt bei Männern 68,5 ± 12,8 Jahre und bei Frauen 69 ± 15,1 Jahre. 7,1 Prozent der Männer und 9,7 Prozent der Frauen waren zum Zeitpunkt der Diagnose jünger als 50 Jahre.

Bei kolorektalen Karzinomen fallen erhöhte standardisierte SIR und SMR für Frauen in den Bezirken Innsbruck-Stadt, Reutte und Schwaz auf, währenddessen für Männer in den Bezirken Kitzbühel und Kufstein leicht erhöhte Raten festgestellt werden konnten (vgl. Abbildung 28). Unterhalb des Tirol-Durchschnitts lagen SIR und SMR im Untersuchungszeitraum für beide Geschlechter im Bezirk Landeck.

Abbildung 28: Inzidenz und Mortalität der kolorektalen Karzinome nach Geschlecht und Tiroler Bezirken, 2014–2020



99%-Konfidenzintervall; altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Tumorregister Tirol; Darstellung und Berechnung: IET

3.2.3.3 Diabetes

Das **Diabetesregister Tirol (DRT)** wurde im Jahr 2006 gegründet und umfasst mit Stand Ende 2023 ca. 30.000 Diabetespatientinnen und -patienten, wobei in Tirol von ca. 41.000 diagnostizierten und ca. 14.000 nicht diagnostizierten Diabetikerinnen und Diabetikern ausgegangen wird. Das DRT bildet durch langjährige systematische Datenerhebung eine qualitativ hochwertige Datengrundlage. Im DRT werden Informationen zu Patientencharakteristika, Arztbesuchen, Risikofaktoren, Spätkomplikationen und Therapien gesammelt und analysiert. Im Bereich der Diabetesversorgung kann das DRT durch Analysen spezifische Fragestellungen klären und zur Festlegung gesundheitspolitischer Ziele beitragen. Das DRT ist derzeit das einzige Register mit Daten zu erwachsenen Diabetespatientinnen und -patienten in Österreich.

Im Betrachtungszeitraum 2014–2023 wurden insgesamt 18.314 Diabetiker:innen (49,9 % Frauen und 50,1 % Männer) im DRT erfasst. Der größte Anteil davon sind **Typ-2-Diabetiker:innen** mit ca. 70,4 %. Bei der Typ-1- und Typ-2-Diabetes überwiegen jeweils die Männer (57,2 % bzw. 59,3 %), bei anderen Diabetesformen (mehr als die Hälfte davon entfällt auf Gestationsdiabetes) sind mehr Frauen betroffen (60,6 %). Erwartungsgemäß sind Typ-1-Diabetiker:innen jünger als Typ-2-Diabetiker:innen (Mittelwert 44,3 ± 16,7 vs. 66,1 ± 12,5 Jahre). Hinsichtlich der **Diabetesdauer** zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen Typ-1- (Median: 19 Jahre; IQR: 10–31 Jahre) und Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern (Median: 13 Jahre, IQR: 8–21 Jahre) (vgl. Tabelle 1).

Bei den erhobenen **Risikofaktoren** treten je nach Diabetesdiagnose große Unterschiede auf: Insgesamt ist der Anteil mit familiärer Vorbelastung bei Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern mit ca. 45 Prozent höher als bei Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetikern mit ca. 38 Prozent. Typ-1-Diabetiker:innen sind körperlich aktiver und weisen einen höheren Anteil an Menschen mit Normalgewicht (BMI zwischen 18,5–24,9) auf als Typ-2-Diabetiker:innen. Der Anteil mit erhöhtem Blutdruck ist bei Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetikern mit 37,1 Prozent niedriger als bei Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern mit 44,1 Prozent.

Tabelle 1: Charakteristik der Patientinnen und Patienten im DRT, 2014–2023

	Diabetes Typ 1	Diabetes Typ 2	Gestations-diabetes	andere	gesamt
Pat. insgesamt	1.474 (100 %)	12.895 (100 %)	2.211 (100 %)	1.734 (100 %)	18.314 (100 %)
Frauen	631 (42,8 %)	5.245 (40,7 %)	2.211 (100 %)	1.051 (60,6 %)	9.138 (49,9 %)
Männer	843 (57,2 %)	7.650 (59,3 %)		683 (39,4 %)	9.176 (50,1 %)
Alter Mittelwert ± St. Abw.	44,3 ± 16,7	66,1 ± 12,5	33,9 ± 7,8	52,3 ± 16,6	59,2 ±17,3
Diabetesdauer in Jahren, Median (IQR)	19 (10–31)	13 (8–21)	n. v.	6 (2–9)	13 (8–21)

n. v.: nicht verfügbar; St. Abw.: Standardabweichung; IQR: Interquartilsabstand

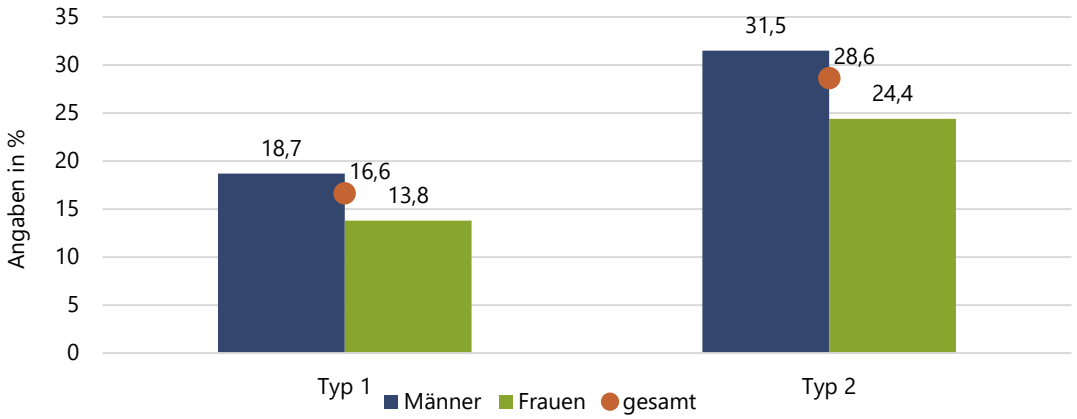
Quelle: Diabetesregister Tirol

Im DRT werden Parameter erhoben, die Rückschlüsse auf die Betreuung der Diabetespatientinnen und -patienten liefern sollen, so u. a. durchgeführte Fußinspektionen oder der Parameter **HbA1c**. Hinsichtlich HbA1c weisen Typ-1-Diabetiker:innen im Mittel etwas höhere Werte auf als Typ-2-Diabetiker:innen (Mittelwert 7,7 ±1,4 % vs. 7,4 ±1,5 %). Im Beobachtungszeitraum 2019-2023 hat sich dieser Mittelwert kaum verändert. Die von Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführten **Fußinspektionen** sind mit 39,5 Prozent bei Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetikern und mit 36,4 Prozent bei Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern auffallend gering.

Bei Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern ist bezüglich der **medikamentösen Therapie** im Zeitraum 2014–2023 Metformin mit ca. 67 Prozent weiterhin das am häufigsten verordnete orale Antidiabetikum, gefolgt von Gliptinen mit ca. 41 Prozent und SGLT-2-Inhibitoren mit ca. 32 Prozent. Der Anteil an Sulfonylharnstoffen ist von ca. 18 Prozent im Jahr 2014 auf ca. 2 Prozent im Jahr 2023 deutlich gesunken. Die Sulfonylharnstoffe wurden in den letzten Jahren aufgrund des erhöhten Risikos einer Hypoglykämie weniger verabreicht.

Das Auftreten von **diabetischen Spätkomplikationen** ist je nach Diabetesdiagnose sehr unterschiedlich: Bei Typ-1-Diabetikerinnen und -Diabetikern wurde im Betrachtungszeitraum bei 16,6 Prozent zumindest eine Spätkomplikation dokumentiert, wobei Retinopathie (7,5 %) und Nephropathie (7,1 %) die häufigsten Spätkomplikationen sind. Bei Typ-2-Diabetikerinnen und -Diabetikern liegt der Anteil für zumindest eine Spätkomplikation mit 28,6 Prozent deutlich höher, hier sind Nephropathie (12,7 %), eine notwendige Bypass-Operation bzw. perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA;11,0 %) und Myokardinfarkt (9,4 %) die häufigsten Spätkomplikationen. Im Vergleich der Geschlechter fällt auf, dass sowohl bei Typ-1- als auch bei Typ-2-Diabetes der Anteil mit zumindest einer Spätkomplikation bei Männern höher ist als bei Frauen (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Anteil der Diabetiker:innen in Tirol mit zumindest einer Spätkomplikation, 2014–2023

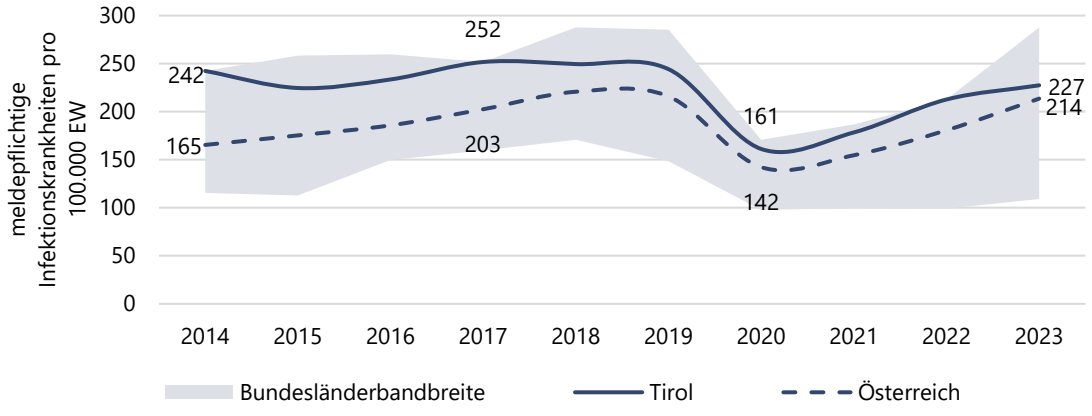


Quelle: Diabetesregister Tirol

3.2.4 Meldepflichtige Infektionserkrankungen

Im Jahr 2023 wurden in Tirol insgesamt 1.752 **meldepflichtige Infektionskrankheiten (exkl. COVID-19**; für Informationen zu COVID-19 vgl. Kapitel 7) registriert. Auf 100.000 EW bedeutet das 227 Erkrankungen, was etwas über dem österreichischen Durchschnitt von 214 Erkrankungen liegt (BL-Bandbreite: 109–288 Erkrankungen pro 100.000 EW). In den letzten 10 Jahren lag in Tirol die **Inzidenzrate** der meldepflichtigen Erkrankungen stets über und im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2023 nur ganz leicht über dem österreichischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 30). Maßnahmen zur Eindämmung der Infektionen durch SARS-CoV-2 insbesondere in den Jahren 2020 und 2021 haben die Häufigkeit anderer Infektionen oder möglicherweise auch deren Registrierung reduziert. Im Jahr 2023 erreichte die Anzahl aller gemeldeten anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten österreichweit und auch in Tirol wieder vorpandemisches Niveau.

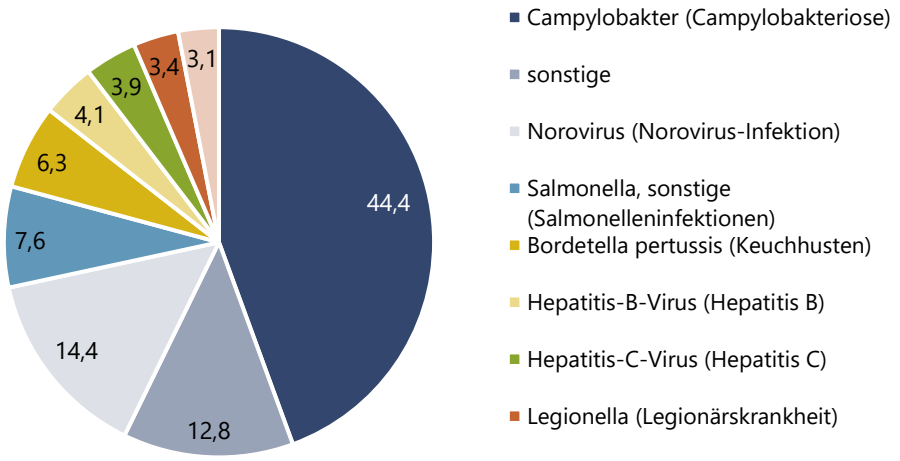
Abbildung 30: Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2023



Quellen: BMSGPK - Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria), Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die im Zeitraum 2019 bis 2023 am häufigsten registrierten meldepflichtigen Erkrankungen (exkl. COVID-19) waren **bakterielle Erkrankungen**, die den Darm betreffen und überwiegend über Lebensmittel übertragen werden (Campylobakteriose 44,4 %, Salmonelleninfektion 7,6 %). Die häufigsten **viralen Erkrankungen** waren Norovirusinfektionen (14,4 %), Hepatitis B (4,1 %) und Hepatitis C (3,9 %). Circa 6,3 Prozent aller zwischen 2019 und 2023 registrierten meldepflichtigen Erkrankungen gehen auf Keuchhusten zurück.

Abbildung 31: Verteilung der häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Tirol im Durchschnitt der Jahre 2019–2023



Anm.: Angaben in Prozent

Quelle: BMSGPK - Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria); Berechnung und Darstellung: GÖG

In Tirol werden im bundesweiten Vergleich überdurchschnittliche Jahresinzidenzen gastrointestinaler Erkrankungen registriert, wobei insbesondere die **Campylobakteriose** hervorsticht: 2023 wurden in Tirol 759 bzw. 98,4 Fälle pro 100.000 EW registriert (Ö: 37,6 Fälle pro 100.000 EW). Auch **Norovirusinfektionen** wurden im österreichischen Vergleich im Zeitraum 2019 bis 2023 in Tirol überdurchschnittlich oft gemeldet. Mit Ausnahme des Jahres 2021 wurden im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2023 in Tirol stets etwas mehr Salmonelleninfektionen verzeichnet als in Gesamtösterreich: 2023 wurden in Tirol 16 Fälle pro 100.000 EW (absolut: 123 Fälle) und österreichweit 14 Fälle pro 100.000 EW registriert. Die Zahl der jährlichen **Shigella**-Erkrankungen, einer eher seltenen infektiösen Darmerkrankung, liegt in Tirol zumeist im einstelligen Bereich. Lediglich zuletzt, im Jahr 2023, wurden 16 Fälle gemeldet. Das entspricht einer Inzidenz von 2,1 Fällen pro 100.000 EW (Österreich: 2,3 pro 100.000 EW).

Die Inzidenz von **Keuchhusten** stieg im letzten Jahrzehnt in Tirol und auch österreichweit deutlich, mit Ausnahme des pandemiebedingten Knicks 2020 bis 2022. Gründe hierfür werden im hohen Infektionsdruck – auch in anderen europäischen Ländern – gesehen, der durch einen unvollständigen Impfschutz in der Bevölkerung verstärkt wird (AGES 2024). Im Vorpandemiejahr 2019 wurden in Tirol besonders viele Fälle gemeldet (275 bzw. 36,4 pro 100.00 EW; Österreich: 25,2 pro 100.000 EW), doch zuletzt, im Jahr 2023, wurden in Tirol im österreichischen Vergleich verhältnismäßig wenige Fälle registriert (Tirol: 141 bzw. 18,3 Fälle pro 100.000 EW; Österreich: 30,6 Fälle pro 100.000 EW).

In Tirol wurden im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2023 zuletzt im Jahr 2019 (11 bzw. 1,46 Fälle pro 100.000 EW) **Masern**ausbrüche registriert, ab dann folgten – sicherlich pandemiebedingt – vier masernfreie Jahre. Auch österreichweit hat die Pandemie zu einem eklatanten Einbruch der Maserninfektionen geführt, nur um im Jahr 2023 umso deutlicher in Erscheinung zu treten (186 bzw. 1,04 Fälle pro 100.000 EW). Das Jahr 2024 begann mit Masernausbrüchen, von denen auch Tirol mit 80 Fällen im ersten Quartal betroffen war[7].

Die Inzidenz von **Hepatitis C** ist in Tirol im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2023 rückläufig. 2019 wurden 87 Fälle dokumentiert, 2023 waren es 46. Das entspricht einer Inzidenz von 11,5 bzw. 6 Erkrankungen pro 100.000 EW. Damit lag Tirol im Jahr 2019 leicht und 2023 deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt von 13,3 bzw. 10 Fällen pro 100.000 EW.

Die **Frühsommer-Meningoenzephalitis** (FSME) tritt in Tirol in der Regel etwas häufiger auf als österreichweit. Im letzten Jahrzehnt wurden in Tirol etwa 20 bis 35 Fälle pro Jahr gemeldet, doch die Jahre 2020 und 2022 befanden sich mit 62 bzw. 45 Fällen (8,2 bzw. 5,9 Fälle pro 100.000 EW) deutlich über diesem langjährigen Tiroler Durchschnitt und auch über den entsprechenden Österreichwerten (von 2,8 sowie 2,3 Fällen pro 100.000 EW). Allgemein wurde 2020 eine hohe Virusaktivität in Österreich und auch in den Nachbarländern Deutschland und Schweiz beobachtet[8] (vgl. auch Tabelle 25 im Tabellenanhang).

Bestimmte Infektionskrankheiten unterliegen der Meldepflicht, sie werden mithilfe des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) erfasst und von der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) ausgewertet und so überwacht. Seit Anfang 2014 gilt eine elektronische Labormeldepflicht, wodurch die Labordaten im EMS schneller und umfassender verfügbar sind. Insgesamt wird die Datenlage im EMS durch die Meldeaktivität der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, der Krankenanstalten und der ebenfalls zur Meldung verpflichteten Labore sowie durch das Einsendeverhalten beeinflusst.

3.2.5 Einschränkungen und Beeinträchtigungen im Alltag

Inwieweit Menschen ihren Alltag bewältigen, am gesellschaftlichen Leben teilhaben und selbstbestimmt handeln können, hängt von der funktionalen Gesundheit ab. Im Rahmen von ATHIS werden Aspekte der funktionalen Gesundheit erhoben. Im Folgenden werden zwei Indikatoren näher analysiert: Die **ADLs** („activities of daily living", Basisaktivitäten der Pflege und Versorgung der eigenen Person wie Essen, Trinken, Sich-Waschen, Sich-An- und -Ausziehen) und die **IADLs** („instrumental activities of daily living" wie Essen-Zubereiten, Telefonieren, Einkaufen, Wäschewaschen oder das Regeln finanzieller Angelegenheiten). Diese eignen sich als Indikatoren für die Fähigkeit, allein zu Hause zu leben. Da Einschränkungen vorrangig im Alter auftreten, werden im Folgenden Daten **der über 64-jährigen Bevölkerung** ausgewiesen.

[7] https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/masern [Zugriff am 18.07.2024]

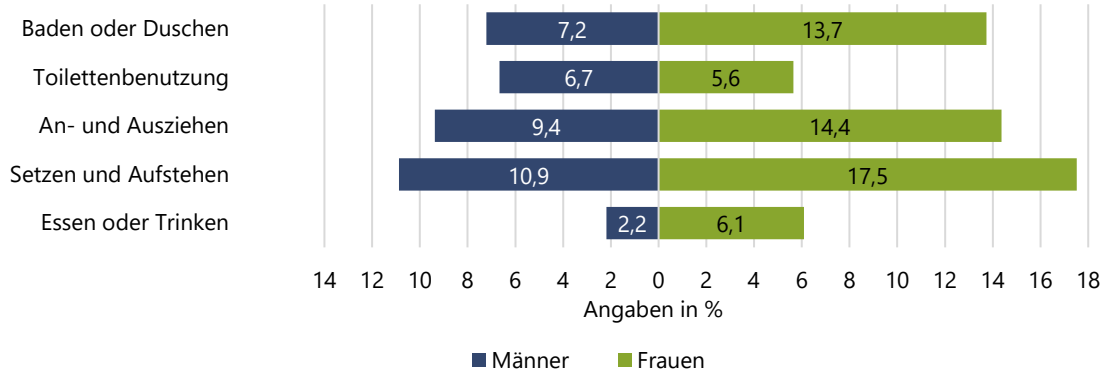
[8] https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Fr%C3%BChsommer-Meningoenzephalitis-(FSME).html [Zugriff am 17.07.2024]

3.2.5.1 Einschränkungen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person (ADLs)

Im Vergleich zu Gesamtösterreich (22 %; BL-Bandbreite: 16–28 %) erleben weniger Tiroler:innen Einschränkungen der ADLs: 17 Prozent bzw. rund 22.000 Tiroler:innen ab 65 Jahren sind in ihren **Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person** eingeschränkt. Die häufigsten Schwierigkeiten ab 65 Jahren bereiten Aufstehen und Sich-Setzen (15 %) sowie An- und Ausziehen (12 %).

Frauen in dieser Altersgruppe sind häufiger von Einschränkungen der ADLs betroffen als **Männer** (21 % vs. 12 %; vgl. Abbildung 32). Dieser Unterschied ist unter anderem auf den höheren Anteil hochaltriger Frauen zurückzuführen. Gegenüber 2014 (13 bzw. 6 %) bedeutet dies einen deutlichen Anstieg, was womöglich auch mit dem methodischen Unterschied der beiden Erhebungen (ATHIS 2014 telefonisch, ATHIS 2019 persönlich oder online; vgl. Kapitel 3.2.3) zu erklären ist.

Abbildung 32: Schwierigkeiten der ab 65-jährigen Tiroler:innen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person nach Geschlecht, 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

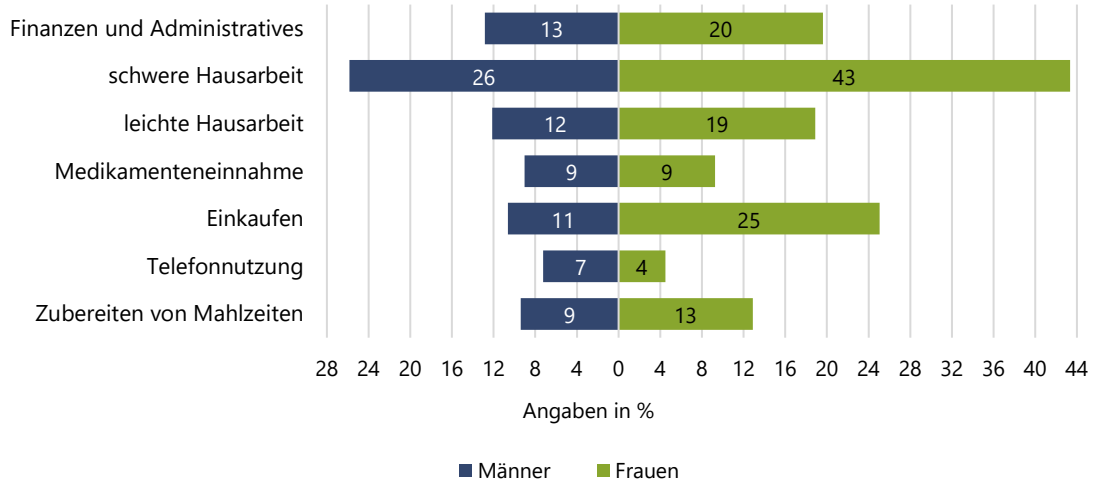
Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.2.5.2 Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts (IADLs)

39 Prozent der ab 65-jährigen Tiroler Bevölkerung (rund 51.500 Menschen) haben bei der **Bewältigung zumindest einer der gefragten Haushaltserledigungen** Schwierigkeiten (Ö: 43 %; BL-Bandbreite: 35–48 %). Am häufigsten erlebt die ab 65-jährige Tiroler Bevölkerung Einschränkungen bei der Erledigung schwerer Hausarbeiten (36 %) sowie beim Einkaufen (19 %).

Abgesehen von der Medikamenteneinnahme und der Telefonnutzung sind **Frauen** deutlich häufiger von Einschränkungen bei Erledigungen des Haushalts betroffen als **Männer** (46 % vs. 31 %; vgl. Abbildung 33). Gegenüber 2014 (30 % bzw. 13 %) bedeutet dies einen deutlichen Anstieg, wobei auch hier die unterschiedlichen Befragungsmethoden zu thematisieren sind (vgl. Kapitel 3.2.3).

Abbildung 33: Schwierigkeiten der ab 65-jährigen Tiroler:innen bei der Erledigung des Haushalts nach Geschlecht, 2019

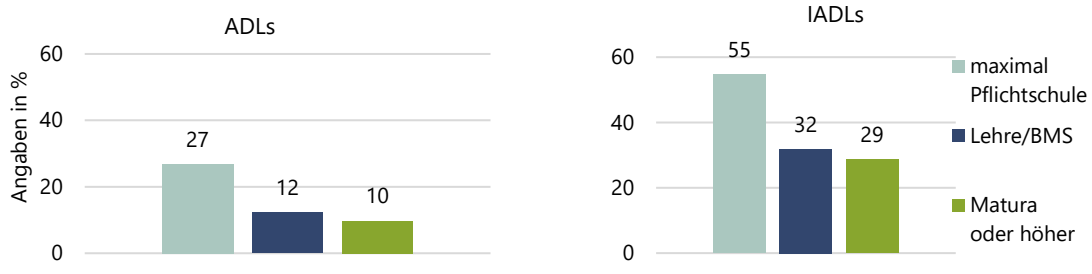


ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Beide Indikatoren sind **stark bildungsabhängig.** ADLs-Einschränkungen erleben 27 Prozent der Tiroler:innen mit maximal Pflichtschulabschluss, 12 Prozent derjenigen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 10 Prozent derjenigen mit Matura oder einem höheren Abschluss. Hinsichtlich der IADLs sind 55 Prozent der Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss, 32 Prozent der Personen mit Lehr- oder BMS-Abschluss und 29 Prozent derjenigen mit Matura oder einem höheren Abschluss beeinträchtigt.

Abbildung 34: Schwierigkeiten der ab 65-jährigen Tiroler:innen bei Basisaktivitäten der Körperpflege und der Versorgung der eigenen Person und bei Erledigung des Haushalts nach formalem Bildungsstand, 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung (65 Jahre und älter)

Quellen: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung, 2014 und 2019;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Migrationshintergrund scheint bei ADLs keine Rolle zu spielen, bei IADLs jedoch sehr wohl: Knapp die Hälfte (48 %) aller Personen über 65 Jahren in Tirol mit Migrationshintergrund geben an, Schwierigkeiten bei Erledigungen des Haushalts zu haben, während dies „nur" 38 Prozent der Tiroler:innen ohne Migrationshintergrund tun.

Aktivitätseinschränkungen bei ADLs und IADLs sowie ein diesbezüglicher Unterstützungsbedarf werden auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 (Klimont 2020) berichtet und mit Ergebnissen von 2014 verglichen (Klimont/Baldaszti 2015). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (65 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

3.2.6 Krankenstände

Im Jahr 2023 wurden in Tirol rund 466.900 **Krankenstandsfälle** von rund 287.000 bei der ÖGK Versicherten dokumentiert (davon rund 251.800 Krankenstände von Männern und 215.100 von Frauen). Das entspricht 1,63 Krankenständen je bei der ÖGK versicherter Person und macht, differenziert nach Geschlecht, bei Männern 1,59 und bei Frauen 1,67 Krankenstände aus. Diese Krankenstandsfälle verursachten im Jahr 2023 knapp 3,9 Millionen **Krankenstandstage**, womit die durchschnittliche Krankenstandsdauer je Versicherten 13,5 Tage betrug (13,4 Tage bei Männern und 13,6 Tage bei Frauen).

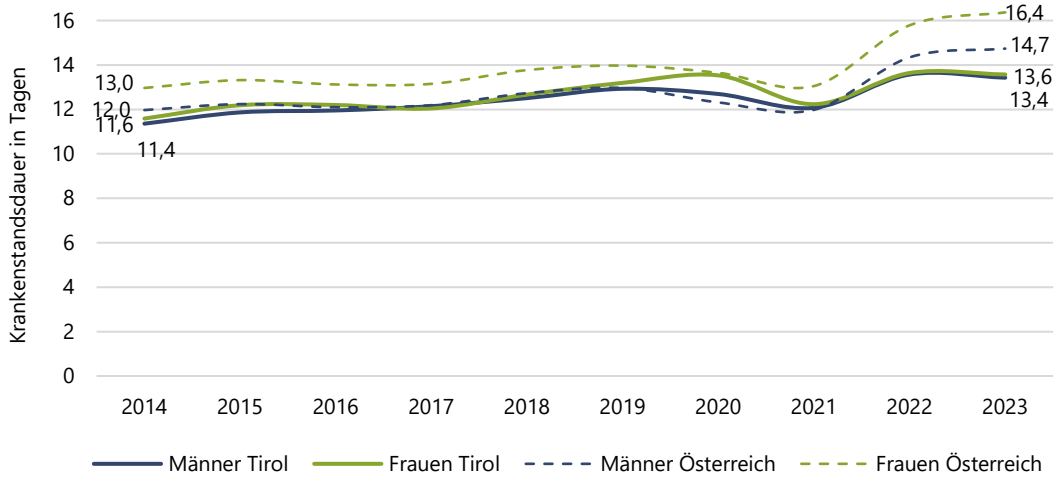
Tirol lag damit hinsichtlich der Krankenstandsfälle bei **Männern** im österreichischen Durchschnitt (Ö: 1,58 Fälle je versicherter Person) und bei **Frauen** etwas unter dem österreichischen Durchschnitt (Ö: 1,78 Fälle je versicherter Person). Die Krankenstandsdauer allerdings war in Tirol sowohl bei Männern (Ö: 14,7 Tage je versicherter Person) als auch bei Frauen (Ö: 16,4 Tage je Versicherter) unterdurchschnittlich.

Im Verlauf der letzten zehn Jahre sind in Tirol die Krankenstandsfälle und die **Krankenstanddauer**, jeweils pro Versicherter bzw. Versichertem, tendenziell gestiegen (wie auch in Österreich insgesamt). Zwischen 2014 und 2023 stieg die Anzahl der Krankenstände je versicherter Person von 1,17 auf 1,63 (das entspricht einer Steigerung von 40 %), die jährlichen Krankenstandstage je versicherter Person jedoch nur von 11,5 auf 13,5 Tage (das entspricht einer Steigerung von 18 %; vgl. Abbildung 35). Die bei der ÖGK versicherten Arbeitnehmer:innen sind somit zwar öfter in Krankenstand, sie kehren aber früher wieder in die Arbeit zurück. Diese Entwicklung setzt einen langfristigen Trend fort, der im Fehlzeitenreport 2024 auf Bundesebene näher ausgeführt wird: „Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich seit 1970 kontinuierlich erhöht. […] Dem steht eine ‚starke Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer' gegenüber." (Mayrhuber/Bittschi 2024)

Die **häufigsten Ursachen** für Krankenstandsfälle waren im Jahr 2023 Krankheiten des Atmungssystems (39,8 %), bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (11,7 %), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (10,7 %) sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (7,5 %). Krankheiten des Atmungssystems machten auch gemessen an den Krankenstandstagen den größten Anteil aus (21,2 %), mit geringem Abstand folgten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (18,0 %) sowie Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (17,6 %). Eine nicht unerhebliche Rolle spielten psychische und Verhaltensstörungen, deren Anteil bei den Krankenstandsfällen zwar „nur" 2,6 Prozent betrug, bei der Dauer allerdings 10,1 Prozent ausmachte. Sie verursachen überdurchschnittlich lange Krankenstände. Im Gegensatz dazu zählen infektiöse

und parasitäre Krankheiten zwar zu den häufigeren Krankheitsfällen, aber sie dauern nicht sehr lange (4,7 % der Krankenstandstage sind darauf zurückzuführen). Im Vergleich zu 2014 haben insbesondere die Krankheiten des Atmungssystems an Bedeutung gewonnen. Ihr Anteil ist um 4,9 Prozentpunkte hinsichtlich der Krankenstandsfälle und um 3,4 Prozentpunkte hinsichtlich der Dauer gestiegen. Außerdem ist der Anteil der „übrigen Ursachen" zwischen 2014 und 2023 deutlich gestiegen (um 6,6 Prozentpunkte hinsichtlich der Krankenstandsfälle und um 5,3 Prozentpunkte hinsichtlich der Krankenstandsdauer). Dies ist gemäß dem Fehlzeitenreport (Mayrhuber/Bittschi 2024) vor allem auf COVID-19 zurückzuführen (vgl. dazu auch Kapitel 7 und Tabelle 26 im Tabellenanhang).

Abbildung 35: Durchschnittliche Krankenstandsdauer in Tagen nach Geschlecht in Tirol und Österreich, 2014–2023



Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger - Krankenstandsstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung GÖG

Die Basis für die Erfassung der Krankenstandsfälle und -tage ist die ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit. Datenbereitsteller ist der Dachverband der Sozialversicherungsträger. Die Statistik differenziert nach Sozialversicherungsträgern, weshalb im vorliegenden Bericht aufgrund des regionalen Bezugs nur die Daten der ÖGK herangezogen wurden. Eine Untererfassung besteht auch insofern, als in vielen Unternehmen erst ab dem dritten Tag eine ärztliche Bestätigung vorzulegen ist und kürzere Krankenstände nicht in die Statistik eingehen. Andererseits gibt es auch eine Übererfassung, weil die Statistik nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen und Sonn- und Feiertagen unterscheidet. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt. Dies wiederum weist eine größere Zahl an Krankenstandstagen aus, als es den tatsächlich verloren gegangenen Arbeitstagen entspricht.

3.2.7 Krankenhausmorbidität („stationäre Morbidität")

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) wurden im Jahr 2023 rund 117.000 **Patientinnen und Patienten** aus Tirol (ca. 15 % der Tiroler Bevölkerung) in österreichischen Akutkrankenanstalten behandelt. Das entspricht einer alterstandardisierten Rate (Europa-Bevölkerung 2013) von rund 15.000 Patientinnen und Patienten

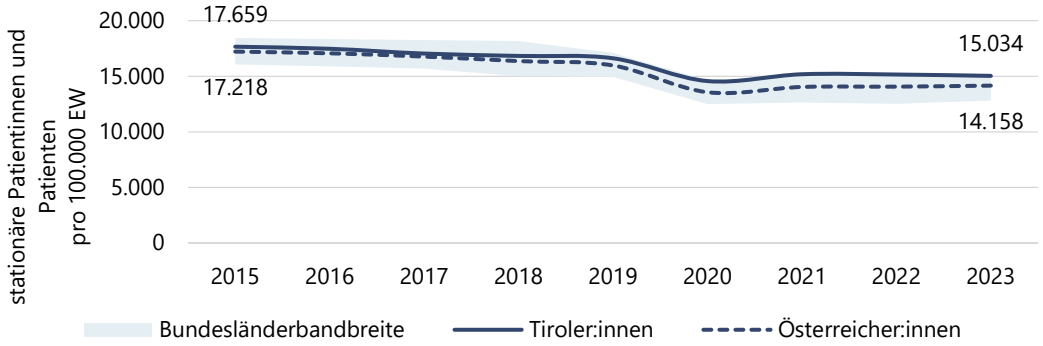
pro 100.000 EW (Ö: 14.158; BL-Bandbreite: 12.816–15.239; vgl. Abbildung 37 und Tabelle 27 im Tabellenanhang). Mehr als die Hälfte der Betroffenen waren weiblich (53 %; Ö: 54 %), doch hinsichtlich der altersstandardisierten Rate gab es 2023 keine nennenswerten Unterschiede nach Geschlecht, 47 Prozent waren 60 Jahre oder älter (Ö: 50 %).

Diese Patientinnen und Patienten verursachten im selben Jahr 2023 insgesamt 185.880 **Aufenthalte**, woraus sich eine Rate von 23.931 Hospitalisierungen pro 100.000 EW ergibt. Damit lag Tirol etwas über dem Bundesdurchschnitt (Ö: 22.562; BL-Bandbreite: 21.145–24.739). Aus der Kombination von Patienten- und Hospitalisierungsanzahl ergab sich in Tirol eine Wiederaufnahmerate von 1,59 für das Jahr 2023, womit Tirol genau dem Bundesdurchschnitt entsprach.

Pro stationärem Aufenthalt verbrachten die Patientinnen und Patienten im Jahr 2023 im Durchschnitt 4,8 Tage im Krankenhaus, also etwas weniger als im österreichischen Durchschnitt (Ö: 5,2 Tage; BL-Bandbreite: 4,4–5,6 Tage). Bei Außerachtlassung der „Null-Tages-Aufenthalte" betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 5,9 Tage (Ö: 6,3 Tage; BL-Bandbreite: 5,6–6,9 Tage) und ohne „Langzeitpatientinnen und -patienten", also Personen mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 28 Tagen (inkl. der Null-Tages-Aufenthalte), betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 3,9 Tage (Ö: 4,0 Tage; BL-Bandbreite: 3,4–4,4 Tage) (vgl. Tabelle 28 im Tabellenanhang). Die **durchschnittliche Dauer** eines stationären Aufenthalts der Tiroler Bevölkerung, egal ob insgesamt, ohne Null-Tages-Aufenthalte oder ohne Langzeitpatientinnen und -patienten, war in den Jahren 2014 bis 2018/2019 weitgehend konstant, lag in den Jahren 2019, 2020 und 2021 etwas höher und war 2022/2023 wieder etwa auf dem Niveau von 2014.

Die altersstandardisierte Rate in Tirol wohnhafter Patientinnen und Patienten mit **mindestens einem akutstationären Aufenthalt** ist rückläufig. Zwar ist sie nach dem pandemiebedingten sprunghaften Rückgang 2020 im Folgejahr wieder leicht gestiegen, aber seither setzt sich der leicht rückläufige Trend wieder fort. Im Zeitraum 2015 bis 2023 ging die Rate um insgesamt 14,9 Prozent zurück (Ö: –17,8 %; BL-Bandbreite: –14,7 bis –21,3 %; vgl. Abbildung 36 und Tabelle 27 im Tabellenanhang).

Abbildung 36: Stationäre Tiroler Patientinnen und Patienten in österreichischen Akutkrankenanstalten im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2015–2023



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Vergleich der Tiroler Versorgungsregionen ist die Rate an Patientinnen und Patienten in Akutkrankenanstalten bei der Osttiroler Bevölkerung am höchsten (16.112 pro 100.000 EW im Jahr 2023) und in Tirol-Zentralraum am niedrigsten (14.617 pro 100.000 EW im Jahr 2023).

Diagnosen akutstationärer Patientinnen und Patienten

Mehrheitlich wurde die Tiroler Bevölkerung im Jahr 2023 aufgrund der nachstehenden häufigsten **Diagnosenkapitel**[9] akutstationär versorgt (vgl. Tabelle 29 und Tabelle 30 im Tabellenanhang):

- **Verletzungen und Vergiftungen** (ICD-10 S00–T98; 2.600 Pat. pro 100.000 EW), v. a. Verletzungen des Knies und des Unterschenkels (490 Pat. pro 100.000 EW) und Verletzungen des Kopfes (479 Pat. pro 100.000 EW); bei Patienten deutlich häufiger als bei Patientinnen; Patienten werden dabei deutlich häufiger wegen Gehirnverletzungen (371 vs. 236 Pat. pro 100.000 EW) und Knieverletzungen (354 vs. 252 Pat. pro 100.000 EW) akutstationär aufgenommen. Patientinnen werden häufiger aufgrund eines Oberschenkelbruchs (219 vs. 152 Pat. pro 100.000 EW), eines Unterarmbruchs (154 vs. 104 Pat. pro 100.000 EW) und wegen Verletzungen der Lendenwirbelsäule und des Beckens akutstationär aufgenommen (143 vs. 104 Pat. pro 100.000 EW).
- **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (**ICD-10 I00–I99; 1.800 Pat. pro 100.000 EW), v. a. ischämische Herzkrankheiten (532 Pat. pro 100.000 EW) und sonstige Formen der Herzkrankheit (588 Pat. pro 100.000 EW), darunter v. a. die Herzinsuffizienz (223 Pat. pro 100.000 EW); bei Patienten deutlich häufiger als bei Patientinnen
  Patienten werden am häufigsten aufgrund einer chronischen ischämischen Herzkrankheit (552 vs. 198 Pat. pro 100.000 EW) aufgenommen, Patientinnen aufgrund von Varizen (Venenbeschwerden) der unteren Extremitäten (218 vs. 132 Pat. pro 100.000 EW). Während Patientinnen beinahe doppelt so häufig aufgrund von Bluthochdruck stationär aufgenommen werden (130 vs. 80 Pat. pro 100.000 EW), kommt es bei Patienten deutlich häufiger aufgrund eines akuten Myokardinfarkts (194 vs. 80 Pat. pro 100.000 EW) und einer Atherosklerose (130 vs. 64 Pat. pro 100.000 EW) zu einem Akutkrankenhausaufenthalt.
- **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** (ICD-10 M0–M99; 1.800 Pat. pro 100.000 EW), v. a. Arthrose (556 Pat. pro 100.000 EW) und Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (358 Pat. pro 100.000 EW), darunter v. a. Rückenschmerzen (182 Pat. pro 100.000 EW); bei Patientinnen etwas häufiger als bei Patienten
  Patientinnen und Patienten werden aufgrund ähnlicher Diagnosen stationär aufgenommen – Patientinnen etwas häufiger wegen einer Kniearthrose (263 vs. 227 Pat. pro 100.000 EW) und Rückenschmerzen (206 vs. 159 Pat. pro 100.000 EW).
- **Krankheiten des Verdauungssystems** (ICD-10 K00–K93; 1.700 Pat. pro 100.000 EW), v. a. Hernien (422 pro 100.000 EW) und insb. der Leistenbruch (248 Pat. pro 100.000 EW), Sonstige Krankheiten des Darms (445 Pat. pro 100.000 EW), darunter v. a. Divertikulose des Darms (125 Pat. pro 100.000 EW) und Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (292 Pat. pro 100.000 EW); bei Patienten deutlich häufiger als bei Patientinnen

[9] Die Diagnosen werden überblickshalber auf ICD-10-Kapitelebene und im Detail auf ICD-10-Gruppenebene dargestellt bzw. bei Bedarf auf 3-Steller-Ebene. Im Geschlechtervergleich werden die Diagnosen auf 3-Steller-Ebene dargestellt.

Während bei Patienten ein Leistenbruch die häufigste Ursache für eine stationäre Aufnahme ist (441 vs. 54 Pat. pro 100.000 EW), sind es bei Patientinnen Gallensteine (216 vs. 165 Pat. pro 100.000 EW).

- **Krankheiten des Urogenitalsystems** (ICD-10 N00–N99; 1.400 Pat. pro 100.000 EW), v. a. geschlechtsspezifische Erkrankungen, gefolgt von Sonstigen Krankheiten des Harnsystems (208 Pat. pro 100.000 EW) und Niereninsuffizienz (167 Pat. pro 100.000 EW); bei Patientinnen deutlich häufiger als bei Patienten
  Menstruationsbeschwerden sind nach der Diagnose „Sonstige Krankheiten des Harnsystems" (223 Pat. pro 100.000 weibl. EW und 202 Pat. pro 202 männl. EW) der häufigste Grund für eine akutstationäre Aufnahme von Patientinnen (190 Patientinnen pro 100.000 EW), Vorhautverengung ist der häufigste Grund bei Patienten (222 Patienten pro 100.000 EW). Akutes Nierenversagen betrifft 95 Patientinnen und 135 Patienten pro 100.000 EW des jeweiligen Geschlechts.
- **Krebserkrankungen** (ICD-10 C00–D48; 1.400 Pat. pro 100.000 EW), v. a. gutartige Neubildungen (258 Pat. pro 100.000 EW) und bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (171 Pat. pro 100.000 EW); bei Patientinnen und Patienten etwa gleich häufig
  Die häufigste Krebslokation, aufgrund welcher eine stationäre Aufnahme erforderlich war, war bei Patientinnen der Brustkrebs (246 vs. 4 Pat. pro 100.000 EW), gefolgt von Gebärmutterhalskrebs (104 Pat. pro 100.000 EW). Bei Patienten war Prostatakrebs die häufigste Krebslokation (198 Pat. pro 100.000 EW). Während Patientinnen häufiger Schilddrüsenkrebs haben als Patienten (57 vs. 27 Pat. pro 100.000 EW), erkranken Patienten häufiger an Hautkrebs (139 vs. 94 Pat. pro 100.000 EW) und Harnblasenkrebs (118 vs. 29 Pat. pro 100.000 EW; für nähere Informationen zu Krebs vgl. auch Kapitel 3.2.3.2).
- **Krankheiten des Atmungssystems** (ICD-10 J00–J99; 1.300 Pat. pro 100.000 EW), v. a. Grippe und Pneumonie (438 Pat. pro 100.000 EW) und sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (356 Pat. pro 100.000 EW), darunter v. a. chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln (160. Pat. pro 100.000 EW); bei Patienten häufiger als bei Patientinnen
  Die Pneumonie gilt hier sowohl bei Patientinnen als auch bei Patienten als häufigster Aufnahmegrund, wobei mehr Patienten aufgenommen wurden (288 vs. 170 Pat. pro 100.000 EW). Patienten werden außerdem u. a. häufiger aufgrund von sonstigen chronischen obstruktiven Lungenkrankheiten stationär aufgenommen (172. Vs. 123 Pat. pro 100.000 EW).

Insgesamt waren im Jahr 2023 darüber hinaus rund 1.900 Patientinnen pro 100.000 EW aufgrund einer Schwangerschaft oder Geburt oder im Wochenbett im Krankenhaus, doch dies ist keine Frage der Morbidität.

Tabelle 2: Tiroler Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach den 10 häufigsten Hauptdiagnosen, 2023

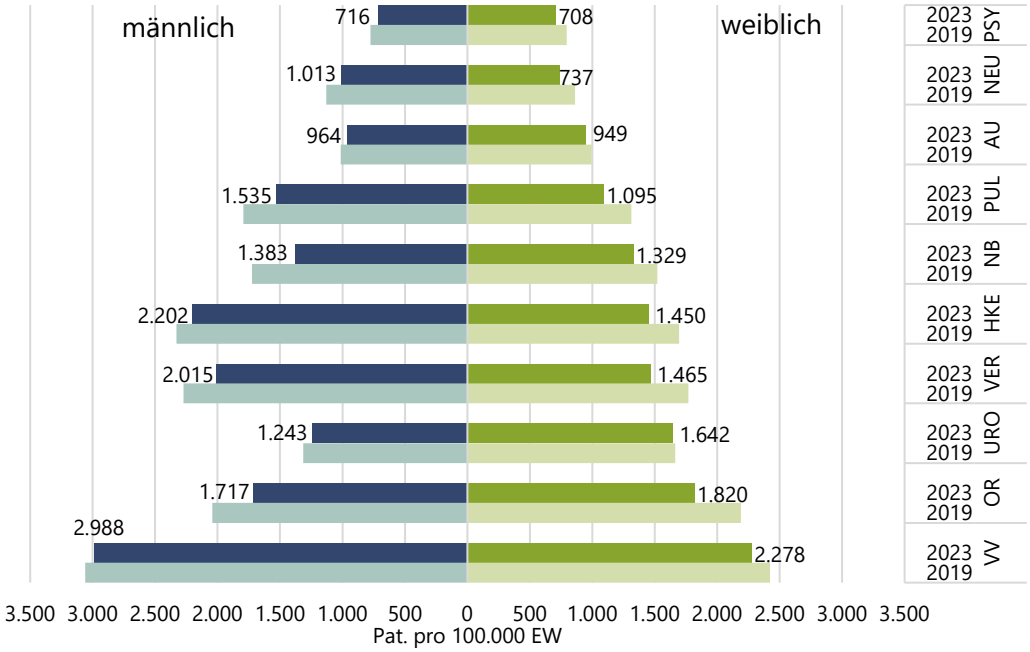
Hauptdiagnosen (ICD-10-Kapitel)	männlich			weiblich		
	absolut	pro 100.000 EW*	Anteil an allen Patienten (%)	absolut	pro 100.000 EW*	Anteil an allen Patientinnen (%)
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)	11.198	2.988	16,3	9.377	2.278	12,7
Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)	7.947	2.202	11,6	6.255	1.450	8,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	6.452	1.717	9,4	7.603	1.820	10,3
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	7.509	2.015	10,9	6.004	1.465	8,1
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	4.523	1.243	6,6	6.650	1.642	9,0
Neubildungen (C00–D48)	5.012	1.383	7,3	5.499	1.329	7,4
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	5.501	1.535	8,0	4.415	1.095	6,0
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59)	3.445	964	5,0	4.032	949	5,5
Krankheiten des Nervensystems (G00–G99)	3.769	1.013	5,5	3.052	737	4,1
psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	2.708	716	3,9	2.799	708	3,8

absteigend nach der altersstandardisierten Rate pro 100.000 EW für Männer und Frauen insgesamt sortiert
*altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die **Rate stationärer Aufnahmen** ist seit 2019 in allen in Abbildung 37 dargestellten Diagnosen rückläufig. Besonders hervorzuheben ist der Rückgang bei Patientinnen und Patienten mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (–17 %), Krebserkrankungen (–16 %) und Krankheiten des Atmungssystems (–15 %). Bei den **Tirolerinnen** haben Aufnahmen aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems und Krankheiten des Nervensystems im Vergleich zu 2019 besonders stark abgenommen (–17 bzw. –15 %), bei den **Tirolern** ging die Zahl aufgenommener Patienten aufgrund von Krebserkrankungen um 20 Prozent zurück (vgl. Abbildung 37 sowie Tabelle 29 und Tabelle 30 im Tabellenanhang).

Abbildung 37: Tiroler:innen mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt nach Geschlecht und Hauptdiagnose, 2019 und 2023



altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
VV = Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98); HKE = Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99); OR = Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99a); VER = Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93); URO = Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99); BN = Neubildungen (C00–D48); PUL = Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99); AU = Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00–H59); NEU = Krankheiten des Nervensystems (G00–G99); PSY = psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

Quellen: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019 und 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der Bevölkerung mit **mindestens einem Krankenhausaufenthalt** innerhalb der letzten 12 Monate **sinkt** laut ATHIS 2019 **mit steigender Bildung** von 19 Prozent bei Personen (30 Jahre und älter) mit maximal Pflichtschulabschluss auf 16 Prozent bei jenen mit Matura oder einem höheren Bildungsabschluss.

Ein Zusammenhang mit **Migrationshintergrund** konnte laut ATHIS-Daten nicht festgestellt werden.

Die Daten zur Patientenhäufigkeit entstammen der **Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD)** und beziehen sich auf alle Personen in Österreich, die in einer österreichischen Akutkrankenanstalt aufgenommen wurden (quellbezogen). Ab dem Berichtsjahr 2015 basieren die Daten auf der Patienten-ID (Patientenpseudonyme). Da es immer wieder vorkommt, dass einem geringen Anteil von Patientinnen und Patienten keine ID zugeordnet werden kann (z. B. bei ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten), erfolgt seitdem zusätzlich eine proportionale Hochrechnung der vorhergehenden Jahre.

Unter akutstationären Patientinnen und Patienten werden jene Personen zusammengefasst, die innerhalb eines Kalenderjahres in einer Fondskrankenanstalt, einem Unfallkrankenhaus oder einem Sanatorium aufgenommen wurden.

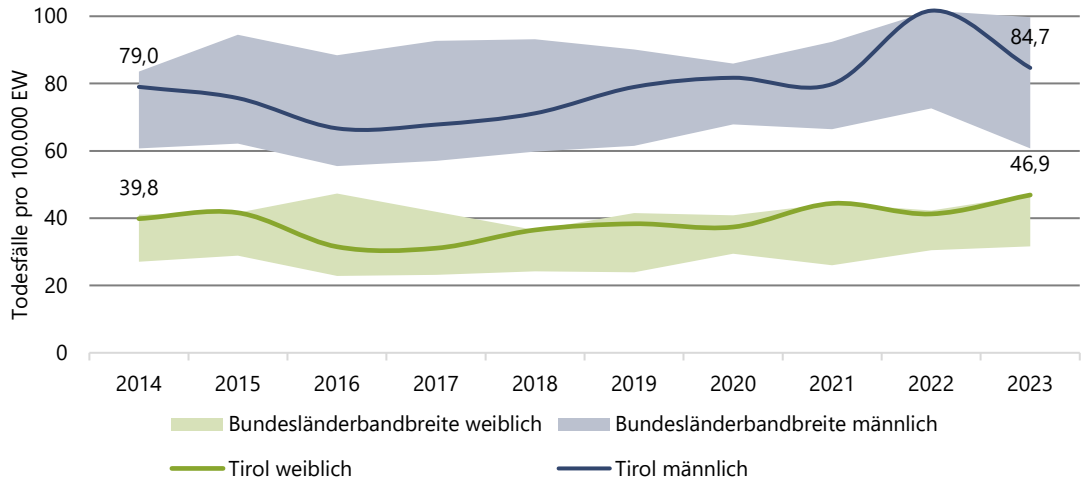
Zusammenhänge mit sozioökonomischen Faktoren werden auf Basis des ATHIS 2019 untersucht (Klimont 2020). Alle Angaben beziehen sich auf Personen in Privathaushalten (15 Jahre und älter) und beruhen auf Selbstangaben.

3.3 Unfälle und Verletzungen

3.3.1 Allgemein

In Tirol **starben** seit 2014 im Durchschnitt 419 Personen pro Jahr an Verletzungen oder Vergiftungen – Tendenz steigend. 61 Prozent davon waren Männer. Das bedeutete zuletzt – im Jahr 2023 – eine altersstandardisierte Rate von 85 Todesfällen (pro 100.000 EW) bei **Männern** (Ö: 83; BL-Bandbreite: 61–100) und von 47 (pro 100.000 EW) bei **Frauen** (Ö: 38; BL-Bandbreite: 32–61). Zwar zeigen sich hier jährliche Schwankungen, insgesamt steigt die Sterblichkeitsrate jedoch seit 2016 wieder – in Tirol stärker als in den anderen Bundesländern. Tirol liegt damit über dem Bundesschnitt und im Vergleich mit den anderen Bundesländern insgesamt im oberen Bereich (vgl. Abbildung 38 und Tabelle 31 im Tabellenanhang).

Abbildung 38: Sterblichkeit der Tiroler:innen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2014–2023



Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

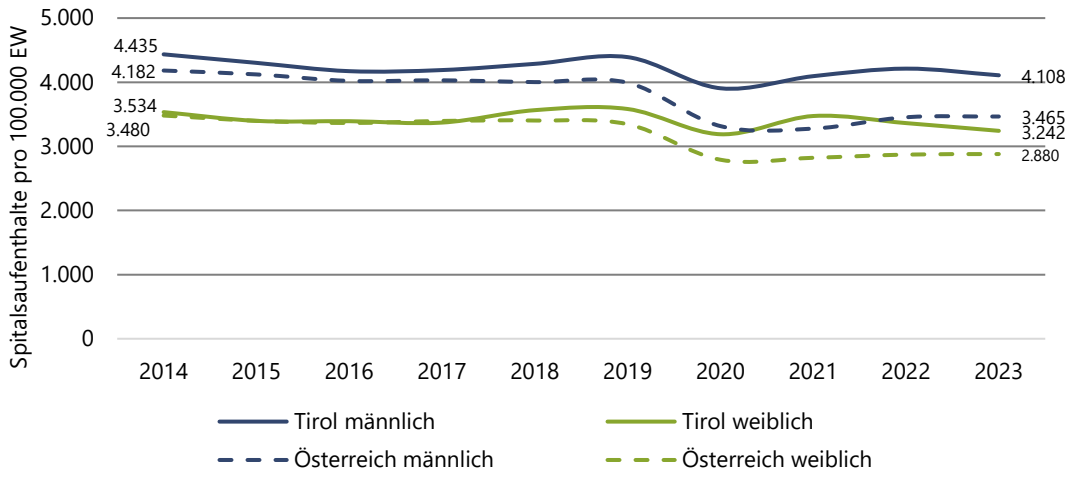
Die **häufigsten exogenen Diagnosen (Ursachen),** die zu einer tödlichen Verletzung oder Vergiftung führen und konkret benannt werden können, waren im Zeitraum 2019–2023 bei Männern vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD-10: X60–X84; 26,5 %; vgl. Kapitel 3.1.4), Stürze (ICD-10: W01–W19; 15,4 %), Transportmittelunfälle (ICD-10: V01–V099; 8,9 %; vgl. Kapitel 3.3.2) und

Vergiftungen (ICD-10: Y11–Y19; 5,5 %). Bei Frauen wurden 16 Prozent der tödlichen Verletzungen durch Stürze verursacht, Suizide machten 10,1 Prozent aus (vgl. Kapitel 3.1.4), 7 Prozent entfielen auf Komplikationen bei der medizinischen und chirurgischen Behandlung (ICD-10: Y40–Y84), 4,6 Prozent machten Transportmittelunfälle und 4,2 Prozent Vergiftungen aus.

Im Jahr 2023 waren rund 24.900 **stationäre Behandlungen** der Tiroler Bevölkerung in einer Akutkrankenanstalt aufgrund einer Verletzung oder Vergiftung erforderlich, bei weiteren 4.800 Aufenthalten wurde eine Verletzung oder Vergiftung in der Nebendiagnose dokumentiert. Insgesamt handelte es sich somit um 28.700 Aufenthalte mit einer Verletzung oder Vergiftung. 53 Prozent der davon Betroffenen waren männlich. Bezogen auf die altersstandardisierte Rate bedeutet dies 4.108 Aufenthalte pro 100.000 EW bei **Männern** (Ö: 3.465; BL-Bandbreite: 2.434–4.108) und 3.242 Aufenthalte pro 100.000 EW bei **Frauen** (Ö: 2.880; BL-Bandbreite: 2.130–3.468). Tirol lag damit bei beiden Geschlechtern über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 39 und Tabelle 32 im Tabellenanhang), bei den Männern an der Spitze aller Bundesländer, bei den Frauen war die diesbezügliche Häufigkeit in Salzburg noch höher.

Im Zeitraum 2014 bis 2023 war die Rate stationärer Aufenthalte der Tiroler Bevölkerung aufgrund von Verletzungen oder Vergiftungen tendenziell zwar leicht rückläufig (–0,7 % p. a. bei Männern und –0,8 % p. a. bei Frauen), doch österreichweit fiel dieser Rückgang deutlicher aus (–1,9 % p. a. bei beiden Geschlechtern). Der pandemiebedingte Einbruch der stationär zu behandelnden Verletzungen und Vergiftungen im Jahr 2020 fiel in Tirol etwas schwächer aus als im Bundesdurchschnitt und der neuerliche Anstieg im darauffolgenden Jahr 2021 war wiederum deutlicher (vgl. Abbildung 39).

Abbildung 39: Stationäre Aufenthalte mit Verletzungen und Vergiftungen in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014–2023



Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98)
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

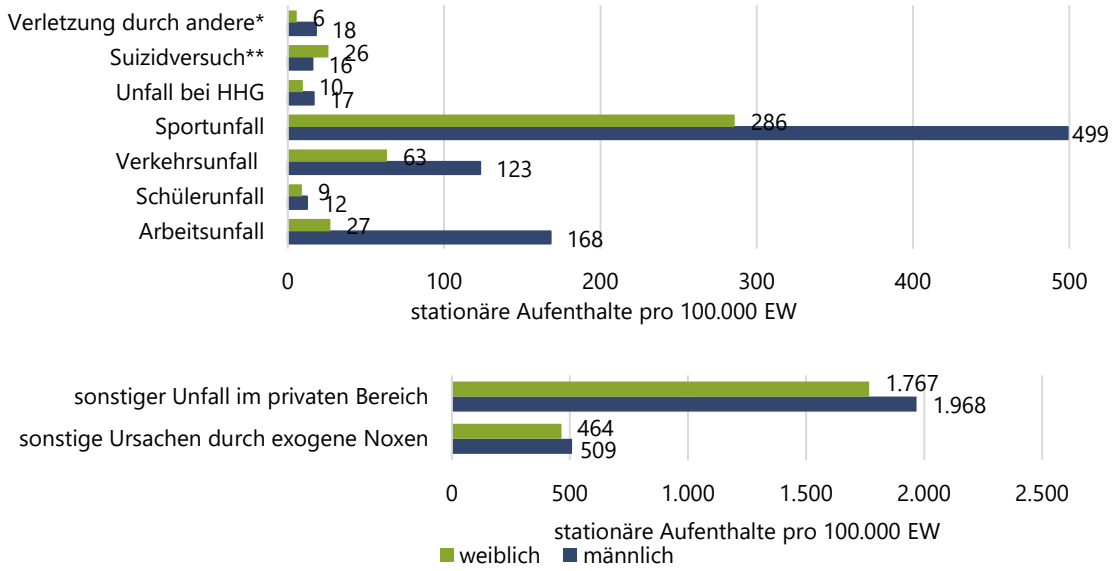
Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bei einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Verletzungs-/Vergiftungsdiagnose wird als Nebendiagnose auch das **Setting, in dem der Unfall passiert ist, bzw. dessen Ursache**

dokumentiert. Unterschieden werden hier 11 Kategorien, die in Abbildung 40 zu 9 Kategorien zusammengefasst wurden. Zwar wird der Großteil der stationär zu behandelnden Verletzungen als sonstiger Unfall deklariert, aber unter den restlichen Kategorien zeigt sich, dass Sport-, Arbeits- und Verkehrsunfälle am häufigsten sind. Sowohl bei Tirolerinnen als auch bei Tirolern sind **Sportunfälle** die häufigste Unfallart.

Während **Arbeitsunfälle** bei **Männern** die zweithäufigste Unfallursache sind, sind dies bei **Frauen Verkehrsunfälle**. Bezüglich Unfallraten unterscheiden sich Männer und Frauen ebenfalls. Enorm ist der Unterschied bei den Arbeitsunfällen, die bei Männern mehr als sechsmal so häufig vorkommen wie bei Frauen. Auch bei Verletzungen durch andere sind Männer häufiger betroffen als Frauen (2,8-mal so häufig). Sport- und Verkehrsunfälle betrifft Männer in etwa doppelt so häufig wie Frauen. Einzig Suizidversuche und absichtliche Selbstverletzungen werden beim weiblichen Geschlecht öfter stationär behandelt (vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40: Stationäre Aufenthalte von Tirolerinnen und Tirolern aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen nach Setting und Geschlecht, 2019–2023



*absichtliche Verletzung durch andere Personen, auch Tötungsversuch
**Suizidversuch oder absichtliche Selbstverletzung
HHG: Hausarbeit, Heimwerken und Gartenarbeit
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00–T98);
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Anzumerken ist in Bezug auf Sportunfälle und in Hinblick auf die **Versorgung in Tiroler Akutkrankenanstalten**, dass in Tiroler Akutkrankenhäusern mehr Patientinnen und Patienten aufgrund von Sportunfällen behandelt werden als in anderen österreichischen Bundesländern. Von den rund 24.800 Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2023 nach einem Sportunfall (ICD-10: 921, 9219) in einem österreichischen Akutkrankenhaus stationär aufgenommen wurden, entfielen 29 Prozent (7.300 Personen) auf Tiroler Akutkrankenhäuser, gefolgt von Salzburg mit 23 Prozent. Von den in einem Tiroler Akutkrankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten kamen

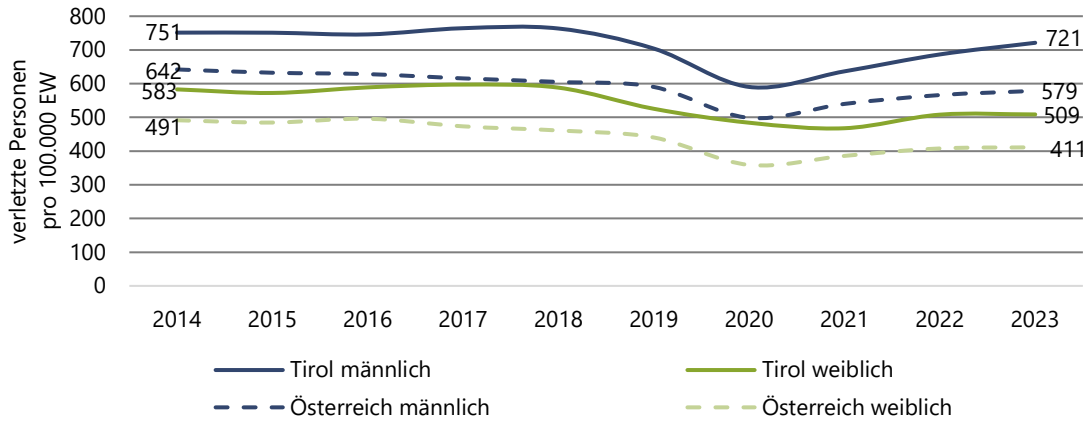
im Jahr 2023 etwa 56 Prozent aus dem Ausland, während 36 Prozent Tirolerinnen und Tiroler waren. Die restlichen 8 Prozent verteilten sich auf andere österreichische Bundesländer.

3.3.2 Straßenverkehrsunfälle

Im Jahr 2023 gab es in Tirol 3.874 Unfälle mit Personenschaden. 64 Prozent der an einem Verkehrsunfall beteiligten Personen wurden dabei **verletzt**. Das sind insgesamt 4.705 verletzte (610 Fälle pro 100.000 EW) und 35 **getötete Personen** (5 Fälle pro 100.000 EW). Damit liegt Tirol bei den Verletzten **deutlich über der bundesweiten Rate** von 490 Fällen pro 100.000 EW, Gleiches gilt bei den getöteten Personen (4 Fälle pro 100.000 EW). Die Rate der Männer (verletzt oder getötet) von 721 pro 100.000 EW ist deutlich höher als die der Frauen mit 509 pro 100.000 EW (Ö: Männer 579, BL-Bandbreite 393–721; Frauen 411, BL-Bandbreite 255–529). Tirol weist damit bei den Männern die Höchstwerte im Bundesvergleich auf (Statistik Austria 2024b).

Zwischen 2014 und 2018 war die Rate an Verletzten bei Straßenverkehrsunfällen in Tirol bei beiden **Geschlechtern** annähernd konstant. In den Jahren 2019 und 2020, bei den Frauen bis 2021, war die Rate rückläufig, insbesondere bei den Männern verstärkt durch die Pandemie. Seither ist die Rate wieder gestiegen (vgl. Abbildung 41).

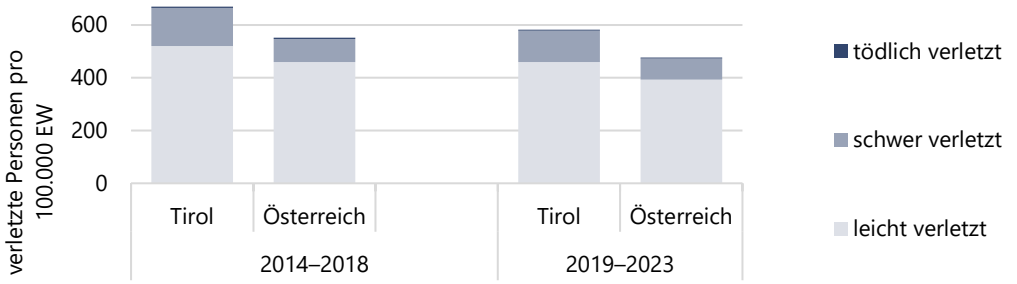
Abbildung 41: Verletzte Personen bei Straßenverkehrsunfällen in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit Österreich, 2014–2023



Quelle: Statistik Austria - Verkehrsunfallstatistik 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

79 Prozent der Tiroler:innen, die im Jahr 2023 bei einem Straßenverkehrsunfall verletzt wurden, waren **leicht verletzt** (3.768 Personen), 20 Prozent waren **schwer verletzt** (937 Personen) und 0,7 Prozent **kamen dabei ums Leben** (35 Personen) (Statistik Austria 2024b). In Abbildung 42, einem Vergleich der Perioden 2014–2018 und 2019–2023 in Tirol und in Österreich, zeigt sich, dass die Raten leichter und schwerer, nicht aber tödlicher Verletzungen in Tirol über dem österreichischen Durchschnitt lagen und dass in Tirol der Rückgang an Verletzten (pro 100.000 EW) geringer war als in Österreich insgesamt.

Abbildung 42: Verletzte Personen bei Verkehrsunfällen in Tirol und Österreich nach dem Grad der Verletzung im Durchschnitt der Jahre 2014–2018 und 2019–2023



Quelle: Statistik Austria - Verkehrsunfallstatistik 2014–2023; Darstellung: GÖG

Laut der Straßenverkehrsunfallstatistik waren 6,3 Prozent der im Zeitraum 2014–2023 bei Straßenverkehrsunfällen verletzten Menschen in Tirol **Kinder im Alter bis zu 14 Jahren** (2.950; davon 382 schwer und 5 tödlich verletzt), 13,8 Prozent waren zwischen 15 und 19 Jahre alt (6.432; davon 904 schwer und 13 tödlich verletzt). In Summe bedeutet dies, dass zwischen 2014 und 2023 pro Jahr rund 130 Tiroler Kinder und Jugendliche bei Straßenverkehrsunfällen schwer bis tödlich verletzt wurden.

Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden werden in der Verkehrsunfallstatistik von Statistik Austria geführt. Neben Alter, Geschlecht und Wohnort wird auch der Grad der Verletzung und ein Vermerk betreffend Alkoholeinfluss dokumentiert. Als Verkehrstote werden jene Personen registriert, die innerhalb von 30 Tagen nach einem erlittenen Verkehrsunfall versterben.

3.3.3 Sturzbedingte Frakturen

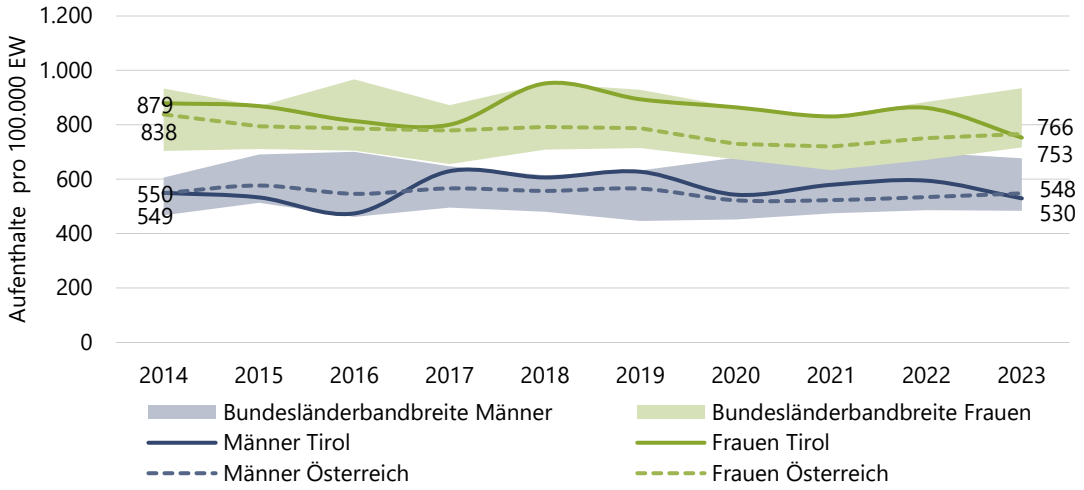
Pertrochantäre Frakturen[10] und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens sind mit Abstand die häufigsten Brüche des Oberschenkelknochens. Sie treten gehäuft bei älteren Menschen auf, sind in diesem Alter überwiegend sturzbedingt und ereignen sich mehrheitlich im häuslichen Kontext. Oberschenkelhalsbrüche gehen bei älteren Menschen mit einer erhöhten Sterblichkeit (innerhalb eines Jahres) sowie mit Einschränkungen in der Mobilität und Eigenständigkeit einher und sind präventiv adressierbar.

In Österreichs Akutkrankenanstalten wurden im Jahr 2023 bei **ab 60-jährigen Tirolerinnen und Tirolern** rund 1.300 Aufenthalte aufgrund pertrochantärer Frakturen oder Frakturen des Oberschenkelhalsknochens dokumentiert (in Haupt- oder Nebendiagnose)[11]. Davon gingen 885 Aufenthalte (67 Prozent) auf Frauen zurück. Altersstandardisiert bedeutete dies eine Rate von 753 Aufenthalten pro 100.000 EW bei Frauen (Ö: 766; BL-Bandbreite: 717–934) und von 530 Aufenthalten pro 100.000 EW bei Männern (Ö: 548; BL-Bandbreite 484–678). Im gesamten Beobachtungszeitraum 2014–2023 lag die Rate bei **Frauen** durchgängig und zum Teil deutlich und bei den **Männern** teilweise über dem **österreichischen Durchschnitt** (vgl. Abbildung 43).

[10] Pertrochantäre Frakturen bezeichnen eine Bruchstelle am oberen Ende des Oberschenkels, unmittelbar am Oberschenkelhals.

[11] Sturzbedingte pertrochantäre Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens (ICD-10: S720.x und S721.x) werden auf Basis der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) berichtet. Anm.: Nicht alle Brüche sind die Folge eines Sturzes.

Abbildung 43: Aufenthalte in Akutkrankenanstalten mit pertrochantären Frakturen und Frakturen des Oberschenkelhalsknochens bei ab 60-Jährigen in Tirol nach Geschlecht im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2023



Aufenthalte in Akutkrankenhäusern, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation 2014–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

3.4 Gesundheitskompetenz und Lebensqualität

3.4.1 Gesundheitskompetenz

Daten zur Gesundheitskompetenz (GK) der Bevölkerung wurden österreichweit im Jahr 2011 im Rahmen des HLS-EU (European Health Literacy Survey) (HLS-EU Consortium 2012) und im Jahr 2020 im Rahmen der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung 2020 (HLS_{19}-AT) (Griebler et al. 2021a) gesammelt. Diese Daten lassen sich aufgrund der Stichprobengrößen jedoch nicht repräsentativ auf Länderebene regionalisieren. Für Tirol können aber zwei andere Gesundheitskompetenzerhebungen herangezogen werden: **Geko-T**, eine 2022 durchgeführte Erhebung zur Gesundheitskompetenz von 9- bis 13-jährigen Tiroler Schülerinnen und Schülern (Griebler et al. 2023b), und die Ernährungskompetenz-Befragung 2021 (Griebler et al. 2023a).

Gesundheitskompetenz, also das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag Entscheidungen treffen zu können, die zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit beitragen (Sørensen et al. 2012), hat eine **starke sozioökonomische Komponente** und ist eine wesentliche Gesundheitsdeterminante (Pelikan et al. 2018). Menschen mit einer eingeschränkten allgemeinen GK weisen ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten auf (z. B. hinsichtlich Bewegung oder Ernährung), schätzen ihre gesundheitliche Situation schlechter ein, sind häufiger von gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltag betroffen, nehmen das Gesundheitssystem stärker in Anspruch und verbringen mehr Tage im Krankenstand (Griebler et al. 2021a). Förderliche Faktoren für ein gesundheitskompetentes Handeln sind z. B. ein nutzerfreundlich und gesundheitskompetent gestaltetes und organisiertes Gesundheitssystem, gute Gespräche mit Angehörigen der Gesundheitsberufe, leicht zugängliche und verständliche

Gesundheitsinformationen sowie das Empowerment und die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern bzw. Patientinnen und Patienten. Nähere Informationen dazu finden sich auf der Website der österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz: www.oepgk.at.

Wesentlich ist außerdem die funktionale GK, also Grundkompetenzen wie Lesen und Schreiben, die es im Bildungsbereich – mit einem Fokus auf Chancengerechtigkeit – zu fördern gilt.

Ergebnisse des **HLS_{19}-AT** (Griebler et al. 2021a) lassen vermuten, dass die allgemeine GK in Österreich leicht gestiegen ist, dass zeitgleich aber auch die Anforderungen zugenommen haben (z. B. durch die Digitalisierung und die damit einhergehende „Infodemie", was die Orientierung im Gesundheitssystem anbelangt, oder aufgrund der Pandemie und weiterer Krisen). Herausforderungen bestehen u. a. bei Gesundheitsinformationen in den Medien, bei Informationen zu Therapien und Behandlungen, bei Informationen im Bereich der psychischen Gesundheit, beim Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen sowie bei Informationen zum Thema Prävention. Zudem bestehen insbesondere im Bereich der **Navigationskompetenz** (Orientierung im Gesundheitssystem) und bei der **digitalen Gesundheitskompetenz** wie auch im Zusammenhang mit **Impfentscheidungen** große Herausforderungen. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass GK sozial ungleich verteilt ist: So gehen etwa eine geringe formale **Bildung** oder eine **finanziell prekäre Situation** mit einer geringeren GK einher. Zudem scheint speziell für Menschen mittleren Alters (zwischen 30 und 59 Jahren) der Umgang mit Gesundheitsinformationen aufgrund der vielfältigen Anforderungen (erste eigene Gesundheitsprobleme, Kinder, kranke und/oder pflegebedürftige Angehörige) eine größere Herausforderung zu sein. Menschen mit chronischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen weisen ebenso eine geringere GK auf, was laut Griebler et al. (2021a) Fragen der Versorgungsqualität und der integrierten Versorgung chronischer Erkrankungen in den Fokus rückt.

Der **Ernährungskompetenz-Befragung** zufolge (Griebler et al. 2023a) wies rund ein Drittel der ab 18-jährigen Bevölkerung eine eingeschränkte funktionale GK auf, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bundesländern beobachtet werden konnten. In Tirol entspricht dies einem Score[12] (Punktewert) von 69 von 100 möglichen Punkten. Ebenfalls keine Bundesländerunterschiede sind bei der ernährungsbezogenen GK und in puncto Ernährungskompetenz (Kompetenzen und Praktiken einer gesunden Ernährung) ersichtlich, hier lag Tirol bei 60 bzw. 63 von 100 möglichen Punkten. Eine geringere funktionale GK wiesen in Tirol Menschen über 45 Jahre sowie Personen mit einem Pflichtschul-/BMS- oder Lehrabschluss auf (vgl. Tabelle 3). Bei der ernährungsbezogenen GK scheint es hingegen in der Tiroler Bevölkerung keine Unterschiede nach soziodemografischen Merkmalen zu geben. Bei der Ernährungskompetenz zeigt sich wie schon bei der funktionalen GK ein Bildungseffekt.

[12] In der Ernährungskompetenz-Erhebung wurden alle Scores (Punktewerte) auf 0 bis 100 standardisiert.

Tabelle 3: Ergebnisse der Ernährungskompetenz-Befragung für Tirol, Gegenüberstellung ausgewählter Gruppen anhand gewichteter Scores

	funktionale GK		ernährungsbezogene GK		Ernährungskompetenz	
	Score	Signifikanz	Score	Signifikanz	Score	Signifikanz
Gesamt	69		60		63	
Männer	66		59		63	
Frauen	71	n. s.	61	n. s.	63	n. s.
18–44 Jahre	**75**		61		**63**	
ab 45 Jahren	**61**	p<0,001	59	n. s.	**64**	n. s.
Pflichtschule/BMS/Lehre	**60**		60		**62**	
Matura/Universität	**80**	p<0,001	61	n. s.	**65**	p<0,05

n = 253–254

n. s.: nicht signifikant, also keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen

funktionale GK: Grundfertigkeiten Lesen, Schreiben und Rechnen

ernährungsbezogene GK: das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten, Informationen zum Thema Ernährung finden, verstehen, beurteilen und anwenden zu können

Ernährungskompetenz (engl. Food Literacy): Kompetenzen und Praktiken einer gesunden Ernährung, die von einer Ernährungsplanung bis hin zu soziokulturellen Praktiken der Ernährung reichen

Quelle: Griebler et al. (2023a)

Für die Erhebung der GK von Kindern und Jugendlichen wurden im Rahmen von **Geko-T** (Griebler et al. 2023b) knapp 800 9- bis 13-jährige Tiroler Schüler:innen zu ihrer ernährungsbezogenen, bewegungsbezogenen und psychosozialen GK sowie zu relevanten Informationsquellen befragt. Während Kinder und Jugendliche mit zunehmendem Alter immer häufiger das Internet und Apps als Informationsquelle nutzen, spielen umgekehrt Personen aus dem sozialen Umfeld eine immer geringere Rolle. Insgesamt schätzen die Kinder und Jugendlichen ihre Kompetenzen im **Bewegungsbereich** am besten ein (76 von 100 möglichen Punkten), gefolgt von der **Ernährung** (mit 75 Punkten) und der **psychosozialen Gesundheit** (mit 72 Punkten)[13]. Die Förderung von Kompetenzen der psychosozialen Gesundheit könnte also eine wichtige Maßnahme darstellen. Die größten Schwierigkeiten hatten die Schüler:innen bei **der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen**, z. B. in Bezug auf Werbungen für Lebensmittel (46 %), bei Informationen über Bewegung, Sport und Gesundheit (34 %) und bezüglich Informationen im Internet über Sorgen, Ängste und Traurigsein (44 %). Weiters wurde festgestellt, dass Kinder, die zu Hause eine andere Sprache als Deutsch sprechen, die finanzielle Situation der Familie tendenziell schlechter einschätzen und eine Mittelschule besuchen sowie über eine geringere GK verfügen als Kinder, die zu Hause (vorwiegend) Deutsch sprechen, aus finanziell besser gestellten Haushalten stammen und eine AHS besuchen. Dies unterstreicht die **Relevanz von sicheren, niederschwelligen und zielgruppenfreundlichen Informationsangeboten in unterschiedlichen Sprachen** und hebt GK als ein wichtiges Thema in Sachen Medienkompetenz hervor.

3.4.2 Lebensqualität

Tiroler:innen scheinen im Vergleich zu Gesamtösterreich laut ATHIS 2019 zufriedener zu sein. So stuften rund 88 Prozent der Tiroler:innen (15 Jahre und älter) ihre **Lebensqualität** als **sehr gut oder gut ein** (Ö: 84 %; BL-Bandbreite: 80–88 %); 2,9 Prozent bewerteten diese als schlecht oder sehr schlecht (Ö: 3,7 %; BL-Bandbreite: 2,6–4,7 %). Seit 2014 ist der Anteil jener Tiroler:innen, die angeben, eine (sehr) gute Lebensqualität zu haben, um 4 Prozentpunkte gestiegen.

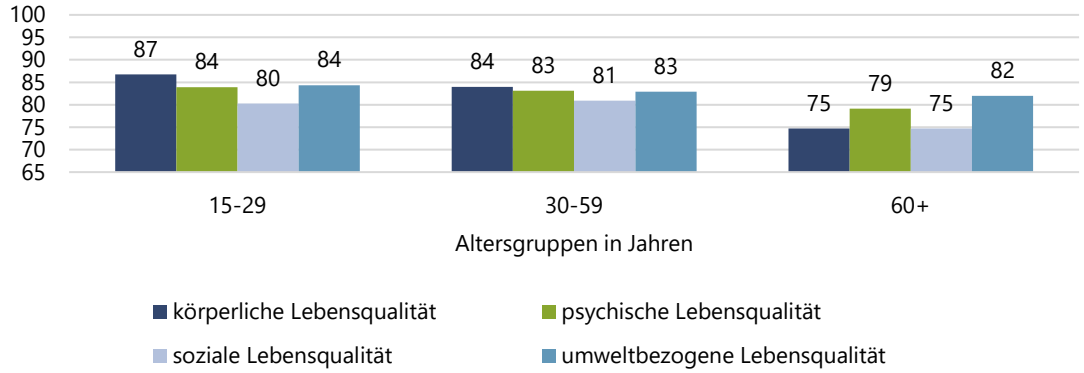
[13] selbsteingeschätzte GK

Am besten bewerten die Tiroler:innen ihre **umweltbezogene Lebensqualität** (83 Punkte; Ö: 81; BL-Bandbreite: 79–84), gefolgt von der **psychischen** (82; Ö: 80; BL-Bandbreite: 77–82), der **körperlichen** (82; Ö: 80; BL-Bandbreite: 78–82), und der **sozialen Lebensqualität** (79; Ö: 77; BL-Bandbreite: 74–79). Die Lebensqualität der Tiroler Bevölkerung liegt insgesamt bei 81 Punkten und in allen Aspekten über dem Bundesdurchschnitt.

Es finden sich keine nennenswerten **Unterschiede zwischen Männern und Frauen** – weder bei der Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität noch bei den einzelnen Lebensqualitätsdimensionen.

Lebensqualität ist **altersabhängig**: je jünger die Bevölkerung, desto besser wird die Lebensqualität eingestuft. Rund 94 Prozent der 15- bis 29-Jährigen stuften ihre Lebensqualität als sehr gut oder gut ein, unter den 30- bis 59-Jährigen waren es 88 Prozent und unter den über 60-Jährigen waren es 82 Prozent. Positiv zu bewerten ist, dass die Lebensqualität der Tiroler:innen in allen Altersgruppen seit 2014 gestiegen ist. Bei den über 60-Jährigen hat sich die selbsteingeschätzte Lebensqualität insbesondere seit 2006/2007 stark erhöht – um 13 Prozentpunkte. Betrachtet nach der Bewertung der einzelnen Lebensqualitätsdimensionen zeigt sich insbesondere bei der physischen Lebensqualität eine deutliche Abnahme mit dem Alter (ab 60 Jahren), gefolgt von der sozialen und der psychischen Einschätzung der Lebenssituation. Die umweltbezogene Lebensqualität scheint hingegen weniger altersabhängig zu sein (vgl. Abbildung 44).

Abbildung 44: Körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Lebensqualität der Tiroler:innen nach Altersgruppen, 2019



ohne Personen in Anstaltshaushalten (Alten- und Pflegeheime, Justizanstalten etc.)
hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bildung beeinflusst ebenfalls die selbsteingeschätzte Lebensqualität. Tiroler:innen (über 30 Jahre) mit max. **Pflichtschulabschluss** schätzten ihre Lebensqualität in etwa doppelt so häufig als (sehr) schlecht ein als jene mit höherem Abschluss (5 % vs. rund 2 %). Dies spiegelt sich auch in der Bewertung nach der WHOQOL-Skala wider, wonach Tiroler:innen mit Pflichtschulabschluss ihre Lebensqualität mit 74 Punkten bewerten und jene mit Matura mit 84 Punkten. Die subjektive Einschätzung der körperlichen und der psychischen Gesundheit ist dabei besonders bildungsabhängig.

Auch ein **Migrationshintergrund** spielt bei der Lebensqualität eine Rolle: Tiroler:innen mit Migrationshintergrund bewerten ihre Lebensqualität seltener als (sehr) gut als jene ohne Migrationshintergrund (71 % vs. 80 % bzw. 77 vs. 82 aus 100 Punkten).

Die **subjektive Lebensqualität** wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 mittels des WHOQOL-Fragebogens erhoben, eines international anerkannten Befragungsinstruments, das sowohl die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität als auch die Einschätzung spezifischer Lebensqualitätsdimensionen erlaubt (bezogen auf Körper, Psyche, Soziales und Umwelt). Die Einschätzungen rangieren dabei zwischen 0 und 100, wobei der Wert 100 die bestmögliche Lebensqualität, der Wert 0 die schlechteste mögliche Einschätzung repräsentiert. Dabei wird die Lebensqualität in unterschiedlichen Bereichen gemessen:

- Die umweltbezogene Lebensqualität umfasst die Dimensionen finanzielle Ressourcen, Freiheit und Sicherheit, Sozialsystem und Gesundheitsversorgung: Zugang und Qualität, Wohnsituation, Möglichkeiten zum Informations- und Kompetenzerwerb, Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung, physische Umwelt (Verschmutzung, Lärm, Verkehr, Klima) sowie Transport.
- Die psychische Lebensqualität umfasst die Dimensionen Körperimage und Aussehen, negative Gefühle, positive Gefühle, Selbstachtung, Spiritualität/Glaube sowie Denken, Lernen, Gedächtnis, Konzentration.
- Die körperliche Lebensqualität umfasst die Dimensionen Aktivitäten des täglichen Lebens, Angewiesenheit auf Medikamente und medizinische Hilfe, Energie, Mobilität, Schmerzen und Beschwerden, Schlaf und Erholung sowie Arbeitsfähigkeit.
- Die soziale Lebensqualität umfasst die Dimensionen persönliche Beziehungen, soziale Unterstützung und Sexualität.

3.5 Schwangerschaft und Geburt

3.5.1 Daten zur Geburt

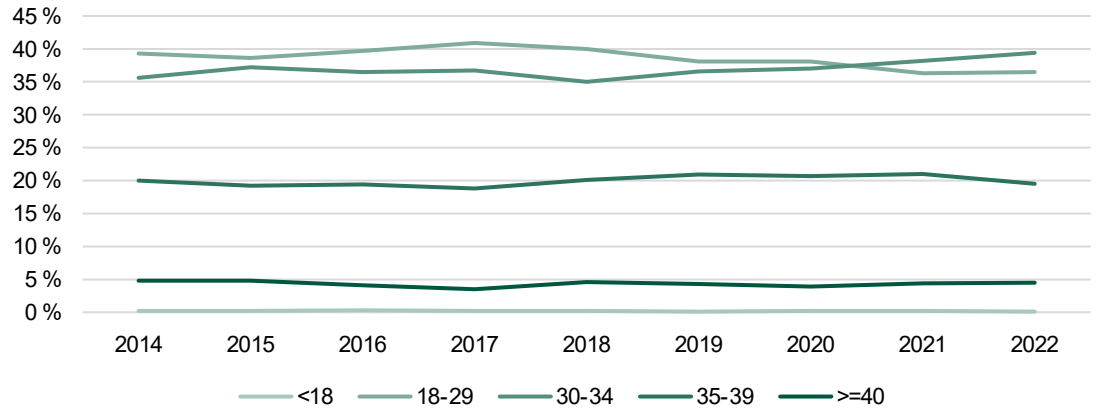
Die folgenden Informationen basieren auf validierten Daten aller stationären Geburten in den 9 geburtshilflichen Abteilungen Tirols, welche für das **Geburtenregister Tirol** erhoben wurden. Da die Validierung der Daten zum Zeitpunkt der Berichtserstellung für das Jahr 2023 noch nicht fertiggestellt ist, bezieht sich der Auswertungszeitraum auf die Jahre 2014 bis 2022. Haus- und ambulante Geburten sind in dieser Analyse nicht inkludiert.

Zwischen 2014 und 2022 gab es in Tirol durchschnittlich 7.696 Geburten pro Jahr, wobei im Jahr 2021 mit 7.956 Geburten die höchste Zahl verzeichnet wurde (vgl. Tabelle 33 im Tabellenanhang). Die Zahl der Neugeborenen variierte von mindestens 7.373 im Jahr 2014 bis maximal 8.081 im Jahr 2021. Einlingsgeburten machten im Durchschnitt 96,9 Prozent aus. Das Geschlechterverhältnis der Neugeborenen blieb über die Jahre weitgehend gleichmäßig verteilt, mit einem leichten Übergewicht an Knaben von etwa 1 bis 2 Prozentpunkten jährlich (vgl. Tabelle 34 im Tabellenanhang).

Abbildung 45 zeigt die Verteilung der Altersgruppen der Mütter bei der Geburt. Die Mehrheit der Frauen (durchschnittlich 75,5 %) war zwischen 18 und 35 Jahre alt. Der Anteil der Mütter im Alter von 35 bis 39 Jahren lag über die Jahre hinweg stabil bei etwa 2 Prozent. Frauen unter 18

Jahren stellten einen Anteil von 0,1 Prozent bis maximal 0,3 Prozent. Das Durchschnittsalter der Mütter in Tirol bei der Geburt lag im Jahr 2022 bei 31,1 ± 4,8 Jahren. Es ist festzustellen, dass der Anteil der Erstgebärenden im Alter über 35 Jahre zunimmt (vgl. Tabelle 33 im Tabellenanhang).

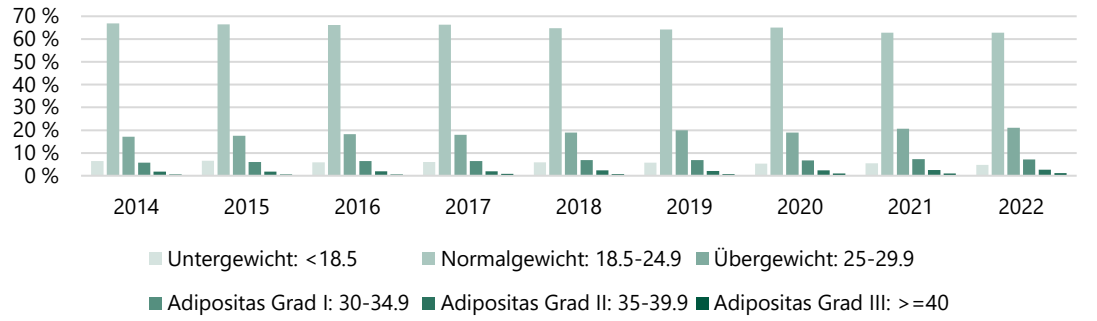
Abbildung 45: Tiroler Mütter bei der Geburt nach Altersgruppen, 2014–2022



Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung und Berechnung: IET

Abbildung 46 zeigt BMI-Kategorien der Mütter in Tirol zu Beginn der Schwangerschaft gemäß den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Während der Anteil normalgewichtiger Frauen im Laufe der Jahre sank, **nahm der Anteil der Mütter mit Übergewicht und Adipositas zu**.

Abbildung 46: BMI-Gruppen (lt. WHO) der Mütter in Tirol zu Beginn der Schwangerschaft, 2014–2022



Quelle: Geburtenregister Tirol; Darstellung und Berechnung: IET

Der Anteil der **Spontangeburten** lag 2022 in Tirol bei 56,7 Prozent (Ö: 61 %). Die meisten Geburten erfolgten vaginal, jedoch stieg der Anteil der **Kaiserschnittgeburten** kontinuierlich an. Im Jahr 2022 entfielen 65,9 Prozent aller Geburten auf Vaginalgeburten, 34,1 Prozent auf Kaiserschnittgeburten. Der Anteil geplanter primärer Kaiserschnitte verzeichnete über die Jahre einen leichten Anstieg (2014: 17,2 %; 2022: 18,1 %). Gleichzeitig erreichten ungeplante Kaiserschnitte in den Jahren 2020 und 2021 mit 15,9 Prozent ihren Höchststand. Der Anteil an **Notkaiserschnitten** blieb konstant bei etwa 1 Prozent pro Jahr. Durchschnittlich 90,9 Prozent der Kaiserschnitte

wurden unter Peridural- oder Spinalanästhesie durchgeführt. Die Rate an Episiotomien (= Dammschnitten) bei vaginalen Geburten sank sowohl bei Erstgebärenden als auch bei Mehrgebärenden. Insgesamt sank die Episiotomie-Rate von 13,6 Prozent im Jahr 2014 auf 10 Prozent im Jahr 2022.

Die Häufigkeit von **Frühgeburten** vor der 28. Schwangerschaftswoche betrug durchschnittlich 0,3 Prozent pro Jahr. Die perinatale Mortalität lag im Jahr 2022 bei 3 Promille (23 Todesfälle), wobei im Betrachtungszeitraum durchschnittlich 57 Prozent der Todesfälle auf den antepartalen Bereich fielen. Im Betrachtungszeitraum lag die Überlebensrate von nach der 28. Schwangerschaftswoche geborenen Kindern bei durchschnittlich 99,75 Prozent (für nähere Informationen zu den genannten Daten vgl. Tabelle 33 und Tabelle 34 im Tabellenanhang).

3.5.2 In-vitro-Fertilisation

Im Jahr 2023 wurden in 32 österreichischen Vertragszentren des Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation (IVF-Fonds) 12.317 **Befruchtungsversuche** (sowohl Kryo- – also Transfer mit kryokonservierten Embryonen – als auch Frischtransfer) bei 7.408 Paaren dokumentiert, in Tirol waren es 931 Versuche bei 552 Paaren. In den Jahren 2019 bis 2023 wurden in den 3 Tiroler Vertragszentren[14] 4.820 Befruchtungsversuche durchgeführt, darunter 3.607 Transfers und 2.646 Follikelpunktionen. Von den 3.607 Transfers kam es in 1.286 Fällen zu einer Schwangerschaft. Die **Schwangerschaftsrate pro Transfer** lag in den Jahren 2019 bis 2023 bei 33,4 bis 38,4 Prozent (österreichweit: 34,1–34,9 %). Im Vergleich zum Zeitraum 2007–2011 kam es bei den Befruchtungsversuchen zu einer Zunahme von 58 Prozent (2007–2011: 3.044 Versuche; Ö: 80 %) und bei der Anzahl der Transfers zu einer Zunahme von 37 Prozent (2007–2011: 2.636 Transfers; Ö: 61 %). Die Schwangerschaftsrate pro Transfer ist in Tirol im Vergleich zum Zeitraum 2007–2011 um ca. 2 Prozentpunkte gestiegen (2007–2011: 33,6 %).

Der Anteil an **Mehrlingsschwangerschaften** in Tirol lag zwischen 2019 und 2023 zwischen 5,7 und 11 Prozent bzw. über die 5 Jahre hinweg bei durchschnittlich 8,3 Prozent – hier kam es (wie auch österreichweit) zu einer deutlichen Abnahme; so lag der Anteil an Mehrlingsschwangerschaften im Jahr 2011 etwa noch bei knapp 18 Prozent (vgl. Tabelle 4).

[14] - Landeskrankenhaus Universitätsklinik Innsbruck, Department Frauenheilkunde, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
- Private Kinderwunsch-Clinic Dres. Med. Josef und Sonja Zech, Grabenweg 64, 6020 Innsbruck
- seit 2022 kein Vertragszentrum mehr: WOMED Therapiezentrum Kinderwunsch GmbH, Zentrum für Gynäkologie und Geburtshilfe, Karl-Kapferer-Straße 5, 6020 Innsbruck

Tabelle 4: IVF-Versuche und Schwangerschaftsraten der Tiroler IVF-Zentren, 2019–2023

	Anzahl Versuche	Anzahl Transfers	Anzahl Schwangerschaften	Schwangerschafts-rate pro Transfer	Einlings-schwangerschaften
2019	945	736	246	33,4 %	94,3 %
2020	929	716	246	34,4 %	89,0 %
2021	1.013	768	276	35,9 %	90,2 %
2022	1.002	724	278	38,4 %	92,0 %
2023	931	663	240	36,2 %	93,3 %
Summe	**4.820**	**3.607**	**1.286**	**35,7 %**	**91,7 %**

Quelle: GÖG, IVF-Register 2019–2023; Berechnung: GÖG

In welchem Ausmaß die Bevölkerung der Bundesländer im Zeitraum 2019 bis 2023 Leistungen von IVF-Zentren im jeweils eigenen und in welchem Ausmaß in anderen Bundesländern in Anspruch nahm, zeigt Tabelle 5. Die Tiroler Zentren wiesen im Beobachtungszeitraum die fünfthöchste Anzahl an Versuchen auf, wobei 96 Prozent der 4.805 Versuche Patientinnen aus Tirol betrafen. 13,6 Prozent aller Tirolerinnen haben in einem Vertragszentrum eines anderen Bundeslandes einen IVF-Versuch durchführen lassen, wobei 5,5 Prozent aller Tirolerinnen ein Zentrum in Salzburg und 5,4 Prozent ein Zentrum in Kärnten aufsuchten.

Tabelle 5: Quelle-Ziel-Matrix der Inanspruchnahme von Leistungen der IVF-Zentren nach Bundesland, 2019–2023

		Standorte der IVF-Zentren									
		B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	∑
Herkunft der Patientinnen	B	511	37	461	1	4	70	0	0	680	1.764
	K	0	3.133	1	8	8	31	15	0	18	3.214
	NÖ	108	3	4.157	1.133	8	9	0	0	5.275	10.693
	OÖ	2	2	8	8.216	799	6	13	2	73	9.121
	S	1	116	2	67	3.276	1	38	1	31	3.533
	ST	113	2.556	113	158	154	4.601	5	0	177	7.877
	T	0	288	2	27	292	0	4.628	103	12	5.352
	V	0	1	5	3	1	0	103	3.264	8	3.385
	W	14	19	474	26	6	6	3	8	12.891	13.447
	∑	749	6.155	5.223	9.639	4.548	4.724	4.805	3.378	19.165	58.386

Quelle: GÖG, IVF-Register 2019–2023; Berechnung: GÖG

3.5.3 Schwangerschaftsabbruch

Ärztinnen, Ärzte und/oder in gesetzlich geregelten Gesundheitsberufen tätige Personen sind nicht verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen bzw. an ihm mitzuwirken. Eine Ausnahme besteht bei unmittelbar drohender Lebensgefahr der schwangeren Frau. In diesem Fall werden die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch von der Sozialversicherung übernommen. Liegt keine medizinische Diagnose/Indikation vor, sind die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs von den Frauen selbst zu tragen (Gaiswinkler et al. 2023). Der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch gestaltet sich österreichweit unterschiedlich. In Tirol führt lediglich ein Arzt operative Schwangerschaftsabbrüche extramural durch. Die Kosten für einen Abbruch

liegen bei diesem bei 660 Euro für den medizinischen und bei 880 Euro für den operativen Abbruch. Das Land Tirol, Abteilung Soziales, bietet über einen sogenannten **Härtefallfonds (HFF)** finanzielle Unterstützung für Schwangerschaftsabbrüche an. Die Mittel aus diesem Fonds sind allen Sozialeinrichtungen in Tirol nach Überprüfung der persönlichen und finanziellen Situation der ansuchenden Frau zugänglich. Dadurch soll die Finanzierung eines Abbruchs für einkommensbenachteiligte Frauen anonym und möglichst unbürokratisch gewährleistet sein. Zwischen 2019 und 2023 wurden für insgesamt 236 Frauen die Kosten des Abbruchs übernommen.

Hinsichtlich der Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen in Tirol können nur **Schätzungen und Hochrechnungen** angestellt werden. Es liegen zwar Daten zu ärztlich eingeleiteten Schwangerschaftsabbrüchen, die in Akutkrankenanstalten aufgrund einer Diagnose/Indikation gemacht werden, wie auch Daten des HFF und des bereits erwähnten Tiroler Arztes vor; es fehlen jedoch etwa Informationen anderer niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zu medikamentösen Abbrüchen und Zahlen zu Tirolerinnen, die den Eingriff in einem anderen Bundesland oder Land durchführen lassen.

Zwischen 2019 und 2023 wurde in **österreichischen Akutkrankenanstalten** bei zwischen 36 (2019) und 56 (2022) Tirolerinnen die ICD-10-Diagnose „Ärztlich eingeleiteter Abort" (O04) dokumentiert (insgesamt 224 Frauen). Im Jahr 2023 lag die Zahl bei 48 Patientinnen bzw. 1,3 pro 1.000 Frauen im reproduktiven Alter (15–49 Jahre) – das entspricht der niedrigsten Rate im Bundesländervergleich (Ö: 2; BL-Bandbreite: 1,3–4,2).

Zahlen zu **extramuralen Schwangerschaftsabbrüchen durch den erwähnten Gynäkologen** für die Jahre 2021 bis 2023 zeigen, dass ca. 14 bis 16 Prozent die Schwangerschaft nach dem Erstkontakt fortführten, bei knapp 60 Prozent der Erstkontakte ein medikamentöser Abbruch und bei ca. 21 bis 24 Prozent ein operativer Abbruch erfolgte[15]. Im Schnitt der Jahre 2021 bis 2023 lagen die Zahlen bei ca. 960 Erstkontakten, 590 **medikamentösen** und 220 **operativen Abbrüchen** sowie 150 Fortführungen. 2023 erfolgte unter den 1.023 Erstkontakten bei 640 Frauen (62,2 %) ein medikamentöser und bei 215 Frauen (21 %) ein operativer Abbruch. 168 Frauen (16,4 %) führten die Schwangerschaft fort. Zwischen 2021 und 2023 ist die Zahl der Erstkontakte (2021: 878) um ca. 17 Prozent gestiegen. Wie viele Frauen aus Tirol und wie viele aus anderen Bundesländern stammten, ist nicht dokumentiert.

Zahlen des HFF weisen nach 57 unterstützten Abbrüchen im Jahr 2019 und niedrigeren Zahlen zwischen 2020 und 2022 (durchschnittlich 42,3) wieder auf eine Zunahme der Abbrüche hin: So lag die Zahl der Abbrüche im Jahr 2023 bei 52.

Hochrechnungen des Landes Tirol mit Vergleichsdaten aus Vorarlberg, Südtirol, Deutschland und der Schweiz (ohne Einberechnung der medizinisch induzierten intramuralen Schwangerschaftsabbrüche) schätzen die Zahl der Abbrüche für Tirol pro Jahr auf 800 (2023: 4,8 pro 1.000 Frauen im reproduktiven Alter), wobei diese Schätzung aufgrund der bereits genannten Datenlimitationen als vermutlich eher niedrige Einschätzung angesehen werden kann.

In Österreich ist seit der Einführung der **Fristenlösung** im Jahr 1975 ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach einer

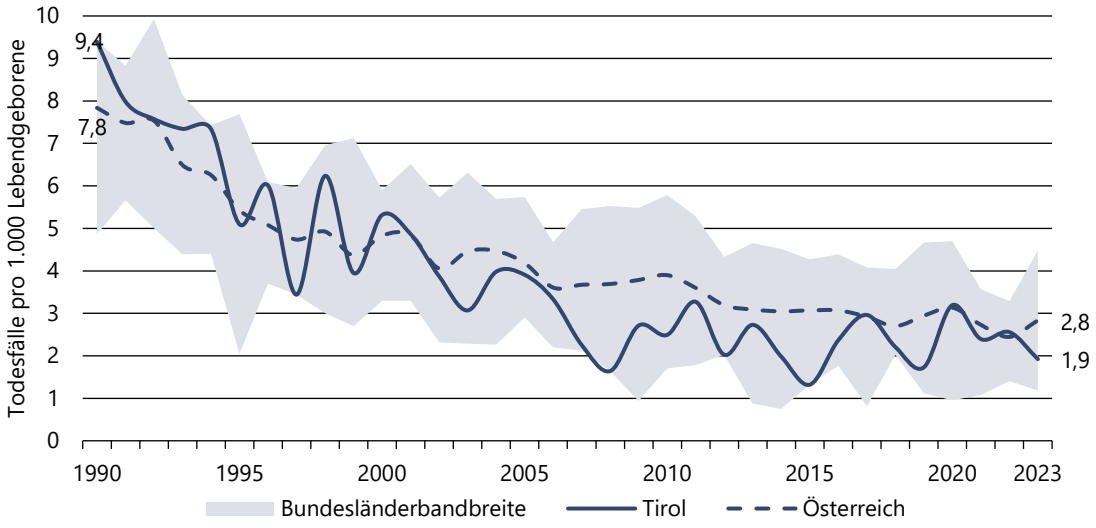
[15] Zu beachten ist, dass in den Zahlen der operativen Abbrüche Frauen, bei welchen der medikamentöse Abbruch nicht funktioniert hat, nochmals gezählt sein können. Wie oft dies tatsächlich der Fall ist, ist nicht bekannt.

Beratung durch eine Ärztin oder einen Arzt straffrei möglich (§ 96 Strafgesetzbuch). Nach Ablauf der ersten 3 Monate ist ein Schwangerschaftsabbruch nur bei Vorliegen gesundheitlicher Indikationen straffrei.

3.5.4 Säuglingssterblichkeit

Im Jahr 2023 starben in Tirol 13 Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres. Das bedeutet eine Säuglingssterblichkeit von 1,9 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen (Österreich: 2,8; BL-Bandbreite: 1,2–4,5). Abbildung 47 zeigt, dass Tirol im Jahr 1990 mit 9,4 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen deutlich über dem österreichischen Durchschnitt lag, dass jedoch die Rate in einem längerfristigen Trend mit jährlichen Schwankungen bis zum Jahr 2008 stetig sank. Seither schwanken die Zahlen in Tirol auf ähnlichem Niveau zwischen 1,3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 2015 und knapp über 3 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeborenen im Jahr 2020. Insbesondere zwischen 2006 und 2017 lag die Tiroler Rate meist deutlich unter den österreichweiten Zahlen, nach 2017 scheint die Differenz zwischen Tirol und Österreich aber im Durchschnitt kleiner zu werden, wobei Tirol tendenziell **nach wie vor unter dem österreichischen Durchschnitt** liegt (vgl. Abbildung 47 und Tabelle 35 im Tabellenanhang).

Abbildung 47: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene bis zum ersten Lebensjahr in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 1990–2023



Quelle: Statistik Austria - Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, 2014–2023; Darstellung GÖG

Die **Säuglingssterblichkeit** gibt die Anzahl der im ersten Lebensjahr verstorbenen Kinder pro 1.000 Lebendgeborene dieser Zeitspanne an. Der Großteil dieser Todesfälle ereignet sich in den ersten Lebenstagen als Folge einer Frühgeburt und/oder von Fehlbildungen. Datenquelle für die Säuglingssterblichkeit ist die Statistik des Bevölkerungsstandes (Statistik Austria).

SIDS[16]-Vorsorge

Seit 30 Jahren gibt es in Tirol ein landesweites SIDS-Vorsorgeprogramm. An der Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde Innsbruck und an den Kinderabteilungen der Bezirkskrankenhäuser sind entsprechende SIDS-Ambulanzen etabliert. Dadurch konnte das Auftreten eines plötzlichen Säuglingstodes kontinuierlich und nachhaltig gesenkt werden. Während es 2014 und 2015 je einen und 2016 2 SIDS-Fälle gab, gab es in den letzten 7 Jahren in Tirol keinen einzigen weiteren SIDS-Fall.

[16] SIDS = Sudden infant death syndrome, plötzlicher Säuglingstod

4 Gesundheitsversorgung

4.1 Stationäre Versorgung

4.1.1 Stationäre Akutversorgung

Die stationäre Akutversorgung Tirols wird hauptsächlich durch die insgesamt **9 Landesfondskrankenanstalten** abgedeckt, darunter auch das als Universitätsklinik geführte LKH Innsbruck. Dabei handelt es sich um folgende Krankenanstalten (nach dem vom BMSGPK vergebenen KA-Code gereiht, Stand: 31.12.2023):

- K704 Landeskrankenhaus Hall in Tirol,
- K706 Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck,
- K707 Landeskrankenhaus Hochzirl-Natters,
- K714 Bezirkskrankenhaus Lienz,
- K717 Bezirkskrankenhaus Reutte,
- K719 Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol,
- K720 Bezirkskrankenhaus Schwaz,
- K722 Krankenhaus St. Vinzenz Zams,
- K731 Bezirkskrankenhaus Kufstein.

Diese Spitäler sind einerseits im Raum Innsbruck und andererseits in den jeweiligen Bezirkshauptorten angesiedelt, sodass – mit Ausnahme des Bezirks Imst – eine dezentrale Versorgung über öffentliche Fondskrankenanstalten der (erweiterten) Standardversorgung in allen Bezirken gegeben ist.

Die Landesfondskrankenanstalten unterliegen hinsichtlich der dort vorzuhaltenden Bettenkapazitäten (vollstationäre Betten, Tagesklinikplätze) je Fachrichtung den Bestimmungen des „Regionalen Strukturplans Gesundheit Tirol" (RSG Tirol), der auf dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) basiert. In den Tiroler Landesfondskrankenanstalten standen im Jahr 2023 insgesamt **4.026 systemisierte** (= sanitätsbehördlich bewilligte) bzw. **3.623 tatsächliche Betten** zur Verfügung (2019: 4.158 bzw. 4.006). Das bedeutet, dass die systemisierten Betten in diesem Zeitraum um 3,2 Prozent und die tatsächlichen Betten um 9,6 Prozent reduziert wurden. Der zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch gültige RSG 2025 sieht eine Obergrenze von 3.902 Betten (davon höchstens 3.793 vollstationär) vor. Um diese Vorgabe zu erfüllen, sind noch weitere Betten abzubauen.

Die Landesfondskrankenanstalten werden in ihrer Versorgungswirkung durch **4 private bettenführende Krankenanstalten** mit insgesamt 394 systemisierten Betten im Jahr 2023 ergänzt (Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern Innsbruck, Privatklinik Hochrum – Sanatorium der Kreuzschwestern, Kursana Sanatorium Wörgl, Medalp Sportclinic Imst), in denen primär privat zusatzversicherte Patientinnen und Patienten oder Selbstzahler:innen im Belegarztsystem versorgt werden. Außerdem ist auch das Militärspital in der Conrad-Kaserne Innsbruck teilweise öffentlich versorgungswirksam.

Im Jahr 2023 wurden 192.384 **stationäre Fälle** mit 942.956 **Belagstagen** (Mitternachtsständen) behandelt. Im Vergleich zum Jahr 2019 waren dies um 9 Prozent weniger Fälle und um 12 Prozent

weniger Belagstage (mediane Belagsdauer 2019: 3 Tage, 2023: 2 Tage). Diese Entwicklung ist nicht tirolspezifisch, sondern in ganz Österreich (–12 % bei den Aufenthalten, –13 % bei den Belagstagen) zu beobachten. Zum einen zeigen sich hier Effekte der Weiterentwicklung der Medizin, die zu kürzeren Verweildauern führen. Zum anderen traten in Teilbereichen temporär auch Kapazitätseinschränkungen (etwa Bettensperren wegen Baumaßnahmen oder personeller Engpässe) auf.

Die Weiterentwicklung der Medizin erlaubt auch eine vermehrte **tagesklinische oder ambulante Leistungserbringung** statt vollstationärer Aufenthalte. So ist die Zahl der Tagesklinik-Aufenthalte in Tirol von 2019 auf 2023 um 14 Prozent auf 19.415 angestiegen, die Zahl der ambulanten Kontakte auf sogenannten „ambulanten Betreuungsplätzen" (onkologische Pharmakotherapie und Tagesbehandlungen PSY/KJP) um 26 Prozent auf 37.793.

Der **Personalstand** in den Fonds-KA betrug per 31.12.2023 in Summe 11.600 VZÄ (um 3 % mehr als im Jahr 2019), davon 2.239 VZÄ Ärztinnen und Ärzte (+5,4 %) und 4.303 VZÄ Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (–0,7 %).

Nähere Details zu den Tiroler Krankenanstalten finden sich im jährlich erscheinenden Bericht „Krankenanstalten in Tirol – Statistische Daten" (www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/krankenanstalten/downloads).

4.1.2 Stationäre Rehabilitation

Im Jahr 2023 standen für stationäre Rehabilitation in Tirol **5 privat geführte Rehabilitationszentren** und **ein privat geführtes Therapiezentrum** mit insgesamt **715 Betten** zur Verfügung:

- K701 Rehabilitationszentrum Häring,
  geführt von der AUVA, mit Schwerpunkt auf dem Bewegungs- und Stützapparat nach Arbeits- und sonstigen Unfällen; 136 systemisierte Betten und 1.058 Aufenthalte im Jahr 2023
- K705 Rehabilitationszentrum Kitzbühel
  mit Schwerpunkt auf dem Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie; 120 systemisierte Betten und 1.896 Aufenthalte im Jahr 2023
- K729 Ederhof – Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und Familien vor und nach Organtransplantation,
  geführt von der Rudolf Pichlmayr-Stiftung; 35 systemisierte Betten und 101 Aufenthalte im Jahr 2023
- K733 Wittlinger Therapiezentrum GmbH,
  49 systemisierte Betten und 770 Aufenthalte im Jahr 2023
- K734 REHA Zentrum Münster – Tirol (Rechtsträger REHA-Zentrum Münster Betriebs GmbH)
  mit Schwerpunkt auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, dem zentralen und peripheren Nervensystem, Onkologie, Psychiatrie und Atmungsorganen; 338 systemisierte Betten und 4.629 Aufenthalte im Jahr 2023
- K735 OptimaMed Rehabilitationszentrum Wiesing,
  eröffnet im Jahr 2023 für Kinder und Jugendliche mit Schwerpunkt auf den Indikationsgruppen „Mobilisierender Schwerpunkt (Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie, Kinder- und Jugendchirurgie, zentrales und peripheres Nervensystem, Zustände nach neurochirurgischen Eingriffen)" und „Mental Health (Entwicklungs- und Sozialpädiatrie

sowie pädiatrische Psychosomatik, kinder- und jugendpsychiatrische Rehabilitation)"; 37 systemisierte Betten und 167 Aufenthalte im Jahr 2023

59 Prozent aller Aufenthalte in den 6 Tiroler Rehazentren entfielen in der Periode 2019–2023 auf die **Tiroler Bevölkerung** (22.597), 2,8 Prozent betrafen **Patientinnen und Patienten aus dem Ausland** (1.070), der Rest kam aus **anderen Bundesländern** (14.633), vor allem aus Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg. Insgesamt entfielen somit 15.703 Aufenthalte in Tiroler Rehazentren auf Nicht-Tiroler:innen. Umgekehrt wiederum wurden im selben Zeitraum 22.299 **Reha-Aufenthalte von Tirolerinnen und Tirolern außerhalb Tirols** in Anspruch genommen.

In der Periode 2019–2023 nahmen Tiroler:innen somit insgesamt 44.896 Reha-Aufenthalte wahr, was einem Anteil von 6,3 Prozent aller Reha-Aufenthalte von Österreicherinnen und Österreichern entspricht. Demzufolge nehmen Tiroler:innen etwas seltener eine Reha in Anspruch, denn der Tiroler Bevölkerungsanteil betrug im Jahr 2023 8,5 Prozent.

4.1.3 Stationäre Alten- und Langzeitversorgung

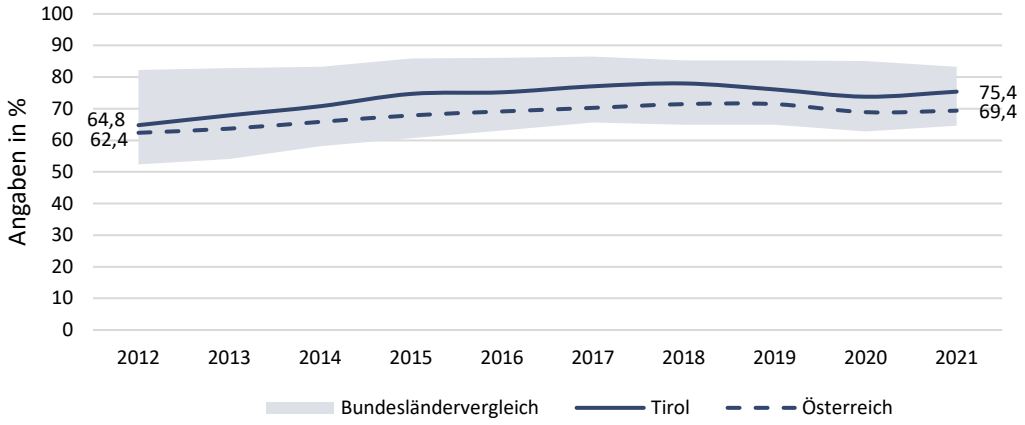
In Tirol gibt es aktuell mit **93 Alten- und Pflegeheimen** Leistungsvereinbarungen mit dem Land Tirol. In allen 9 Tiroler Bezirken existiert ein wohnortnahes Angebot. Im Rahmen der Überarbeitung der Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung der Kurzzeitpflege (Amt der Tiroler Landesregierung 2024b) haben sich das Land Tirol, der Tiroler Gemeindeverband und die Stadt Innsbruck darauf verständigt, die Belegung mit Kurzzeitpflege flexibler zu gestalten und vom fix zugeteilten Kontingent abzuweichen – dies vor allem deshalb, weil es zu hoch frequentierten Kurzzeitpflegezeiten (vor allem während der Urlaubsmonate) nicht genügend Plätze gibt. Dieser Schritt erhöht zum einen die Flexibilität in den Heimen und macht zum anderen die Kurzzeitpflege unbürokratischer. Aus diesem Grund werden die stationären Pflegeplätze (Kurz- und Dauerpflege) mittlerweile gemeinsam dargestellt.

In den 93 Pflegeheimen werden mit Stand Anfang 2023 6.738 **Plätze genehmigt**[17]. Das bedeutet, dass es seit 2012 (5.716 Plätze) gelungen ist, tirolweit die **Kapazitäten** um 1.022 Plätze auszubauen, was einem Plus von 17,9 Prozent entspricht. 97,1 Prozent der im Jahr 2012 bzw. 2018[18] geplanten stationären Pflegeplätze wurden tatsächlich verwirklicht, 2,9 Prozent bzw. 200 Plätze wurden nicht ausgeschöpft. In Reutte wurde das vorgegebene SOLL überschritten, v. a. in Innsbruck-Land ist hingegen noch größerer Handlungsbedarf sichtbar (vgl. Abbildung 48 bzw. Tabelle 36 im Tabellenanhang)

[17] „genehmigt" heißt, dass Betreuungsplätze gebaut und betrieben werden dürfen, jedoch nicht, dass sie schon tatsächlich in Betrieb sind.

[18] 2012 im Rahmen des Strukturplans Pflege 2012–2022 (Danner 2012) und im Jahr 2018 im Rahmen des Evaluierungsberichts dazu (Danner 2019)

Abbildung 48: Umsetzung der stationären Pflege in den Tiroler Bezirken, 2022



Anm.: Der Zeitraum 2012–2022 bezieht sich auf den Planungshorizont 2012–2022 (Strukturplan Pflege 2012–2022).

Quellen: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege, GÖG-Erhebungen; Darstellung: GÖG

Im Gegensatz zu den letzten Jahren zeigen sich für den Planungshorizont des neuen Strukturplans Pflege 2023–2033 (Amt der Tiroler Landesregierung 2023) geänderte Rahmenbedingungen für den Ausbau der stationären Pflege. Insbesondere die **angespannte Personalsituation** bildet den wesentlichen limitierenden Faktor (vgl. auch Kapitel 6.2.2). Vor diesem Hintergrund erscheint nur eine geringe Erhöhung der Plätze in den Alten- und Pflegeheimen realisierbar. Ziel des Landes ist es daher, innerhalb der nächsten 10 Jahre vorrangig die bereits bestehenden Pflegeplätze auszulasten, bevor ein weiterer Ausbau stattfindet (vgl. Tabelle 6). Allerdings wird nicht verkannt, dass in einigen Regionen Tirols darüber hinaus ein entsprechender Ausbaubedarf besteht. Seitens der Abteilung Pflege wurde daher in Regionalkonferenzen mit den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern Tirols der Ausbaubedarf ausgelotet, wobei nur ein geringer Ausbau der Kapazitäten der Langzeit- und der Kurzzeitpflege vorgeschlagen wurde.

Tabelle 6: Stationäre Pflege in Tirol – geplanter Ausbau 2033 nach Bezirken

	genehmigte Plätze zum Stand 01.01.2023	Ausbau bis 2033	Ausbauziel bis 2033
Imst	495	0	495
Innsbruck-Land	1.532	19	1.551
Innsbruck-Stadt	1.457	0	1.457
Kitzbühel	602	57	659
Kufstein	905	43	948
Landeck	374	19	393
Lienz	458	0	458
Reutte	231	0	231
Schwaz	684	12	696
Tirol gesamt	6.738	150	6.888

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege, eigene Erhebungen

Mit Einführung der **Richtlinie betreutes Wohnen** in Tirol im Jahr 2019 ist es dem Land Tirol gelungen, ein teilweise betreutes Alternativangebot zum Alten- und Pflegeheim für Bezieher:innen der niedrigen Pflegegeldstufen zu schaffen. Mithilfe des Betreuten Wohnens können Menschen so lange wie möglich in ihren eigenen vier Wänden wohnen und müssen nicht frühzeitig in ein Alten- und Pflegeheim umziehen. Idealerweise findet sich das betreute Wohnen in direkter Nähe zu einem weiteren Pflegeangebot wie einem Alten- und Pflegeheim, einem Stützpunkt eines mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleisters oder einer Tagespflege, um Synergieeffekte erzielen zu können.

Neben dem Betreuten Wohnen wurde auch die **Tagespflege** bereits in der Planungsperiode 2012–2022 stark auf- und ausgebaut: In der Zeit bis Ende 2022 entstanden in Tirol 323 neue Tagespflegeplätze, insgesamt standen somit Ende 2022 480 Tagespflegeplätze in Tirol zur Verfügung. Zu erwähnen ist, dass mit jedem Tagespflegeplatz im Jahr 2022 etwa 2,69 Personen betreut und gepflegt werden konnten. Ausgehend vom Bestand zum 31.12.2022 und zur Sicherung der Pflege und Betreuung der ansteigenden Zahl an pflegebedürftigen Seniorinnen und Senioren ist bis 2033 ein weiterer massiver Ausbau der Tagespflege in Tirol um weitere 713 Tagespflegeplätze vorgesehen.

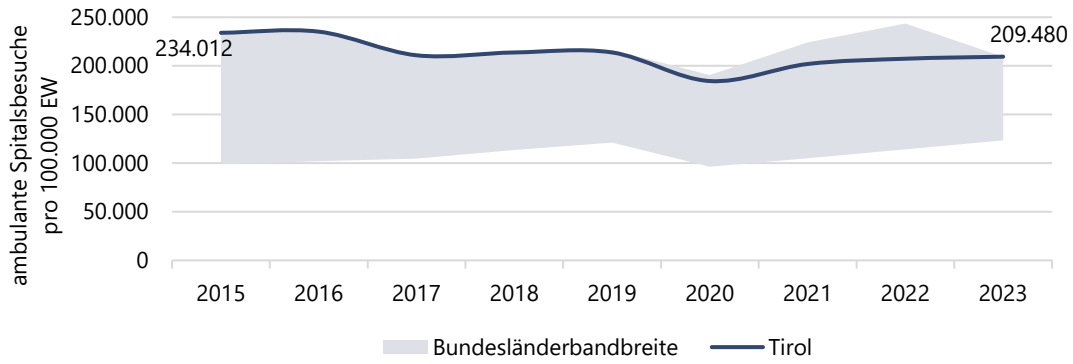
Die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsbereich und der Langzeitpflege wird immer wichtiger. Das Thema der Digitalisierung in den verschiedenen Facetten wird einen weiteren Arbeitsschwerpunkt darstellen. Insbesondere in diesem Bereich ist eine Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Integrierte Versorgung geplant. Damit kann dem neuen Leitsatz digital vor ambulant vor stationär in Zukunft gefolgt werden (vgl. Kapitel 4.2.4).

4.2 Ambulante Versorgung

4.2.1 Spitalsambulante Versorgung

In den **Tiroler Spitalsambulanzen** wurden im Jahr 2023 1,6 Millionen Besuche dokumentiert, die von rund 400.000 Patientinnen und Patienten verursacht wurden. Bezogen auf die Tiroler Wohnbevölkerung, also auf die (neben den Gastpatientinnen und Gastpatienten) potenzielle Patientenklientel, bedeutete dies im Jahr 2023 209.480 spitalsambulante Besuche pro 100.000 EW (Ö: 170.979; BL-Bandbreite: 123.544–209.480 Besuche pro 100.000 EW, vgl. Abbildung 49). Im **Zeitraum 2015–2023** zeigte sich ein leichter Rückgang um durchschnittlich 1,1 Prozent pro Jahr, mit zwei sprunghaften Rückgängen in den Jahren 2017 (–10 % im Vergleich zum Vorjahr) und 2020 (–13,8 % im Vergleich zum Vorjahr; offensichtlich durch die COVID-19-Pandemie bedingt) sowie mit anschließender Stagnation bzw. neuerlichem Anstieg. Tirol lag damit im **Bundesländervergleich** im Beobachtungszeitraum zumeist an der Spitze, nur in den Jahren 2021 und 2022 war die Frequentierung der Spitalsambulanzen in den Vorarlberger Krankenanstalten höher.

Abbildung 49: Spitalsambulante Besuche in Tiroler Krankenanstalten im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite, 2015–2023

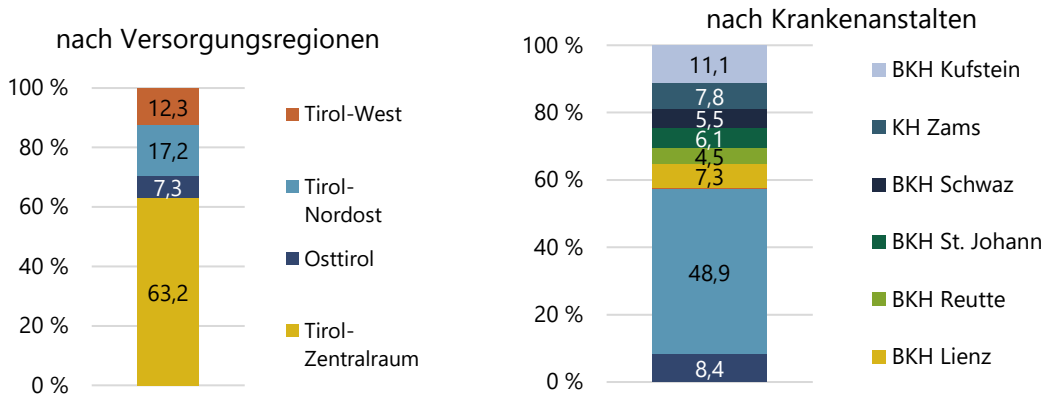


Quelle: BMSGPK - Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich 2015–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil an **Gastpatientinnen und Gastpatienten ist nicht der Grund für die vergleichsweise hohe Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen** in Tirol. Im Zeitraum 2019–2023 wurden 93 Prozent aller Ambulanzbesuche von Tirolerinnen und Tirolern verursacht (BL-Bandbreite: 79,4–97,6 %). Ambulanzbesuche von ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten machten in Tirol 2,5 Prozent aus (BL-Bandbreite: 0,5–4,1 %).

Nahezu die Hälfte dieser Spitalsambulanzbesuche fallen im **LKH Innsbruck** an, im Zeitraum 2019–2023 betrug dieser Anteil 49 Prozent. Das Krankenhaus mit den zweithäufigsten Ambulanzbesuchen ist das **BKH Kufstein** mit einem Anteil von 11 Prozent (vgl. Abbildung 50 und Tabelle 37 im Tabellenanhang).

Abbildung 50: Spitalsambulante Besuche in Tiroler Krankenanstalten nach Versorgungsregionen und einzelnen Krankenanstalten, 2019–2023



Quelle: BMSGPK - Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich 2019–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Am häufigsten wurde in Spitalsambulanzen das Fachgebiet der **Orthopädie und Traumatologie** beansprucht: 16,3 Prozent der Besuche bzw. Frequentierungen in Tiroler Spitalsambulanzen im

Zeitraum 2019–2023 entfielen auf dieses Fachgebiet. Darauf folgten der Häufigkeit nach die Radiologie (9,8 %), die medizinische und chemische Labordiagnostik (8,8 %), die Innere Medizin (8,4 %), die Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (6,2 %), die Physiotherapie (5,5 %) sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (4,9 %).

4.2.1.1 Zentrale ambulante Erstversorgungseinheiten

Die Kriterien für eine **zentrale ambulante Erstversorgung** (ZAE) sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt (BMSGPK 2023). An eine ZAE kann zusätzlich auch eine interdisziplinäre Aufnahme-/Notfallstation für stationäre Aufenthalte bis maximal 36 Stunden (zentrale Notaufnahme, ZNA) angebunden sein. In Tirol gibt es in **3 Krankenanstalten** eine ZAE: im LKH Innsbruck sowie seit 2021 im KH Kufstein und seit 2022 auch im KH Zams. Im LKH Innsbruck ist außerdem eine bettenführende ZNA angebunden. Die zentralen ambulanten Erstversorgungseinheiten in Tirol werden gemeinsam von Sozialversicherung und Tiroler Gesundheitsfonds finanziert.

Im Jahr 2023 wurden in diesen 3 ambulanten ZAE **61.181 Patientenkontakte** dokumentiert. Der Großteil davon entfiel auf das LKH Innsbruck (70,1 %, rund 42.900), 19 Prozent machten Kontakte in Zams aus (rund 11.800) und 11 Prozent der Kontakte fielen in Kufstein an (rund 6.500). Die häufigsten Einzelleistungen, die im Zeitraum 2019 bis 2023 in den 3 ZAE erbracht wurden, sind:

- Untersuchungen, Therapieprogramme, Schulungen (28 % aller Leistungen)
- Laboruntersuchungen (22 %)
- diagnostische und therapeutische Punktionen ohne Organbezug (14 %)
- andere Diagnostik und Therapie – Herz- und Kreislaufsystem (10 %)
- Röntgendiagnostik (6 %)

Im **längerfristigen Verlauf** der Anzahl der Patientenkontakte – hierfür ist nur das LKH Innsbruck relevant – zeigte sich im ersten Pandemiejahr 2020 ein deutlicher Einbruch im Vergleich zum Vorjahr (–20 %), wobei die Anzahl der Kontakte zwar 2021 wieder anstieg (+18 %), im Folgejahr 2022 aber erneut sank (–18 %) und im Jahr 2023 auf einem etwas niedrigeren Niveau als vor der Pandemie (knapp 42.900 Patientenkontakte) blieb.

Im **stationären Bereich der ZAE Innsbruck** wurden im Jahr 2023 insgesamt 439 Abteilungsaufenthalte gezählt. Hier wurden im Zeitraum 2019 bis 2023 vor allem Computertomografien (29 %), Physiotherapien und weitere physikalische Therapien (17 %), kardiologische Diagnostik und Therapien (11 %), Magnetresonanzdiagnostik (9 %) sowie endoskopische Diagnostik und Therapien (6 %) durchgeführt.

Die **Anzahl der Abteilungsaufenthalte** in der ZAE Innsbruck ist seit 2016 rückläufig, allerdings reduzierten sich die Aufenthalte im ersten Jahr der Pandemie sprunghaft auf ein Drittel (von rund 2.600 im Jahr 2019 auf rund 800 im Jahr 2020) und dann nochmals deutlich (von rund 1.050 im Jahr 2021 auf 490 im Jahr 2022). Hier ist somit ein deutlicher Abwärtstrend zu beobachten, der auf niedrigem Niveau stabil zu bleiben scheint.

Die **ZAE** ist für die Erstversorgung von Akut- und Notfallpatientinnen und -patienten zuständig. Patientinnen und Patienten ohne Termin werden nach Dringlichkeit ambulant untersucht und behandelt. Der ZAE kann eine **Zentrale Notfallaufnahme (ZNA)** angegliedert sein, die über eigene Betten verfügt. Die Hauptaufgabe der ZNA besteht in der schnellen stationären Versorgung

von Patientinnen und Patienten mit akuten und potenziell lebensbedrohlichen Beschwerden (gesundheit.gv.at 2024).

4.2.2 Notfallversorgung (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst), Leitstelle und 1450

4.2.2.1 Notfallversorgung

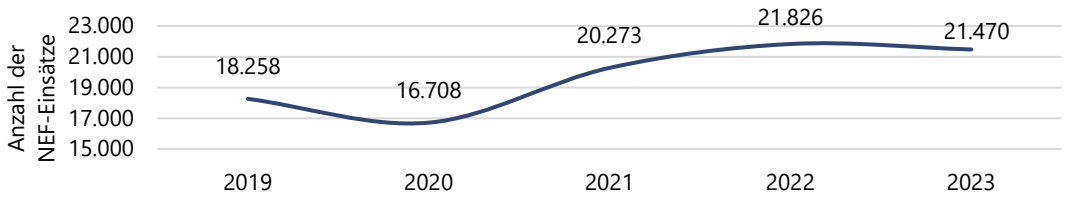
In Tirol stehen für die Notfallversorgung der Bevölkerung 13 **Notarztstützpunkte**, 9 **periphere Notarztbereiche**, 50 **Rettungswachen** und 8 ganzjährige **Notarzthubschrauber** – alle einheitlich disponiert durch die Leitstelle Tirol – zur Verfügung. Die Notfallversorgung in Tirol wird gemeinsam von Sozialversicherung und Tiroler Gesundheitsfonds finanziert.

Die Beschreibung der Leistung des öffentlichen Rettungswesens erfolgt quantitativ durch Einsatzzahlen, qualitativ durch Personalqualifikation und durch Überprüfung der Ergebnisqualität. Bei den Einsatzzahlen sind rettungsdienstliche Ereignisse mit der Unterkategorie Notarzteinsätze und die Anzahl der qualifizierten Krankentransporte zu nennen.

Bei den rettungsdienstlichen Einsätzen im Bundesland Tirol war eine **Steigerung der Einsatzzahlen** von 132.250 Einsätzen im Jahr 2019 auf 146.483 im Jahr 2023 zu beobachten. In den Jahren 2020 und 2021 waren die Einsatzzahlen aufgrund der COVID-19-Pandemie und des dadurch eingeschränkten öffentlichen Lebens etwas geringer, jedoch wurde danach im Jahr 2022 mit 152.486 Einsätzen ein bisheriger Spitzenwert von Ereignissen in der Notfallrettung erreicht.

Diese Entwicklung der Einsatzzahlen ist auch im Bereich der **Notarzteinsätze** (Einsätze der Notarzt-Einsatzfahrzeuge NEF) zu sehen: Lagen die Zahlen im Jahr 2019 bei 18.258 Einsätzen, lagen sie nach einem Einbruch 2020 im Jahr 2021 bei 20.273 Einsätzen und 2022 bei 21.826 Einsätzen (vgl. Abbildung 51).

Abbildung 51: Anzahl der NEF-Einsätze in Tirol, 2019–2023

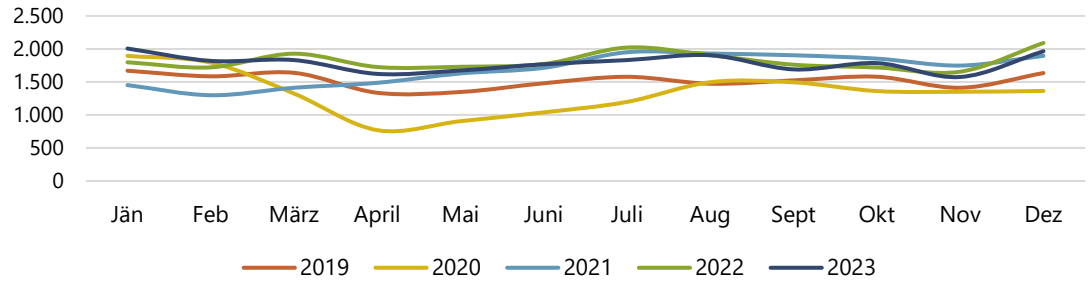


NEF = Notarzteinsatzfahrzeuge

Quellen: Tätigkeitsberichte Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol, Leitstelle Tirol, 2019–2023; Darstellung: GÖG

Besonders beachtenswert sind die **saisonalen Schwankungen** der Einsatzzahlen, so sind insbesondere im Winter (Dezember und Jänner) und im Sommer (Juli und August) die Einsatzzahlen am höchsten (vgl. Abbildung 52), was auch auf den Tourismus zurückzuführen ist.

Abbildung 52: Anzahl der NEF-Einsätze in Tirol nach Monaten, 2019–2023



NEF = Notarzteinsatzfahrzeuge

Quellen: Tätigkeitsbericht Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol, Leitstelle Tirol, 2019–2023; Darstellung: GÖG

Auffallend ist der **Rückgang der Notarzteinsätze im April 2020** aufgrund von Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie.

Um die Gesamtzahl der Notarzteinsätze im Bundesland Tirol zu erfassen, sind zudem die Einsätze der **Notarzthubschrauber** und die von **niedergelassenen Notärztinnen und Notärzten** in peripheren Gebieten übernommenen Einsätze zu zählen. Daraus ergibt sich beispielhaft im Jahr 2023 eine Gesamtzahl von 27.209 rettungsdienstlichen Einsätzen mit Notarztindikation (zusätzlich wurden von den in Tirol stationierten Notarzthubschraubern noch 5.252 Alpineinsätze und 1.305 Einsätze außerhalb des Bundeslandes geflogen).

Im Bereich des **qualifizierten Krankentransportes** sind keine besonderen Steigerungen der Transportzahlen zu beobachten (im Gegensatz zu den Jahren davor). Im Jahr 2019 waren dies 183.601 Transporte, im Jahr 2023 183.671 Transporte (Spitzenwert im Jahr 2021 mit 198.524 Transporten). Dies bedeutet, dass hier durch regulative Maßnahmen die Anzahl der Transporte konstant gehalten werden konnte, nicht zuletzt da durch die Erreichung der Auslastungsgrenze der Vorhaltung Transporte erst verzögert durchgeführt werden können.

Die **Personalqualifikation** im Rettungsdienst Tirol stellt sich mit Stichtag 31.12.2023 wie folgt dar: 2.498 Mitarbeiter:innen mit der Qualifikation Rettungssanitäter:in und 701 Mitarbeiter:innen mit der Qualifikation Notfallsanitäter:in. Entscheidend ist jedoch nicht die Anzahl der Mitarbeiter:innen mit der jeweiligen Qualifikation, sondern ihre Verwendung. So ist der in der dringlichen Notfallrettung einzusetzende Rettungswagen RTW Typ C verpflichtend mit einem oder einer Notfallsanitäter:in zu besetzen. Rettungssanitäter:innen besetzen vorwiegend einen RTW Typ B bzw. Krankentransportwagen.

Zur **Anzahl der im Bundesland Tirol tätigen Notärztinnen bzw. Notärzte**: An den 13 NEF-Stützpunkten waren insgesamt 292 Notärztinnen und Notärzte tätig (Mehrfachtätigkeiten abgeglichen). Dazu kommen noch niedergelassene Notärztinnen und Notärzte in peripheren Einsatzgebieten und Notärztinnen und Notärzte der Notarzthubschrauber. Insgesamt ergibt dies eine Zahl von 485 in Tirol tätigen Notärztinnen und Notärzten.

In Bezug auf die **Ergebnisqualität** wurde z. B. als Leistungskriterium die Eintreffzeit des Rettungsdienstes folgendermaßen definiert: *„Die an einer für den Rettungsdienst befahrbaren Straße gelegenen Notfallorte sind in 90 % aller Fälle innerhalb von 15 Minuten nach Alarmierung von einem*

Einsatzmittel zu erreichen" (Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol 2024). Dieses Leistungskriterium konnte im Bereich Mitte durchgehend erreicht werden, jedoch wurde es in vielen Monaten sowohl in Einzelbereichen (West, Ost, Süd) als auch in der Gesamtschau auf das Bundesland Tirol knapp verfehlt.

Als besonderer Surrogatmarker für die Ergebnisqualität ist der **Erfolg der präklinischen Reanimation in einem Rettungsbereich bezeichnend**. Hier nimmt der Rettungsdienst Tirol (beginnend mit dem Notarztstützpunkt Innsbruck seit Mai 2013, derzeit Ausweitung auf den gesamten Rettungsdienst Tirol) am Deutschen Reanimationsregister (GRR) teil. Somit kann die Ergebnisqualität international mit anderen Rettungsdienstbereichen verglichen werden. Die Rate der präklinisch erfolgreichen Reanimationen ist in Tirol erfreulicherweise höher als im Durchschnitt des Gesamtregisters.

Nähere Informationen finden sich im jährlichen Tätigkeitsbericht „Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol, Leitstelle Tirol" unter: https://aelrd-tirol.at/berichte.

4.2.2.2 Leitstelle und 1450

Insbesondere das Lawinenunglück in Galtür im Jahr 1999 machte die Notwendigkeit einer überregional abgestimmten Einsatzkoordination offensichtlich. Ziel war es, eine Leitstelle zu schaffen, die Einsätze annimmt und in weiterer Folge die Disposition, Alarmierung sowie Koordination und Einsatzunterstützung aller Tiroler Einsatzkräfte (ausgenommen Polizei, hier nur Einsatzunterstützung) zentral durchführt.

Seit 2013 werden alle zivilen Blaulichtpartner (Feuerwehren, Rettungsdienst, Notarzthubschrauber, Bergrettung, Wasserrettung, Höhlenrettung, Grubenwehr) in Tirol von der **Leitstelle Tirol** zentral disponiert und alarmiert. Die Leitstelle Tirol überwacht zudem seit 2008 für das Land Tirol die Landesstraßentunnel (TÜZ – Tunnelüberwachungszentrale) und empfängt automatische Alarme von Brandmeldeanlagen (BMA). Erweitert wurde das Aufgabenprogramm im Jahr 2019 um die telefonische Gesundheitsberatung 1450.

Die Aufgabenbereiche der Leitstelle Tirol gGmbH werden einerseits vom Eigentümer (100 % Land Tirol, Eigentümervertreterin LR^{in} Astrid Mair) bestimmt bzw. sind sie andererseits zum Teil auch gesetzlich festgelegt. Deren wichtigste rechtliche Grundlagen sind

- das Landes-Feuerwehrgesetz,
- das Tiroler Rettungsdienstgesetz sowie
- das Tiroler Krisen- und Katastrophenmanagementgesetz.

Daneben bestehen Vereinbarungen mit dem Land Tirol oder anderen Partnern (betreffend Tunnelüberwachung (TÜZ) mit der Landesbaudirektion, Durchführung der Gesundheitsberatung 1450 mit dem für Gesundheit zuständigen politischen Büro des Amts der Tiroler Landesregierung). Gegenstand und Zweck des Unternehmens ist die Durchführung der schnellen und effektiven Einleitung von Hilfsmaßnahmen in Notfällen:

1. **Notrufannahme** (122, 140, 144) / **Eingang automatischer Meldungen bzw. Alarme** (BMA, Tunnel) sowie **Annahme 14844** (qualifizierter Krankentransport) und 1450 (Gesundheitsberatung); so werden jeden Tag durchschnittlich ca. 2.100 bis 2.200 Anrufe/Meldungen bearbeitet.

2. **Disponierung** sowie rasche und sichere **Alarmierung** der benötigten Hilfsorganisationen, insbesondere der Feuerwehr, Rettung, Flugrettung, Bergrettung, Wasserrettung, Höhlenrettung und Grubenwehr und **Einsatzunterstützung** aller Einsatzorganisationen (auch der Polizei); jeden Tag werden durchschnittlich ca. 1.200 bis 1.300 Disponierungen durchgeführt.

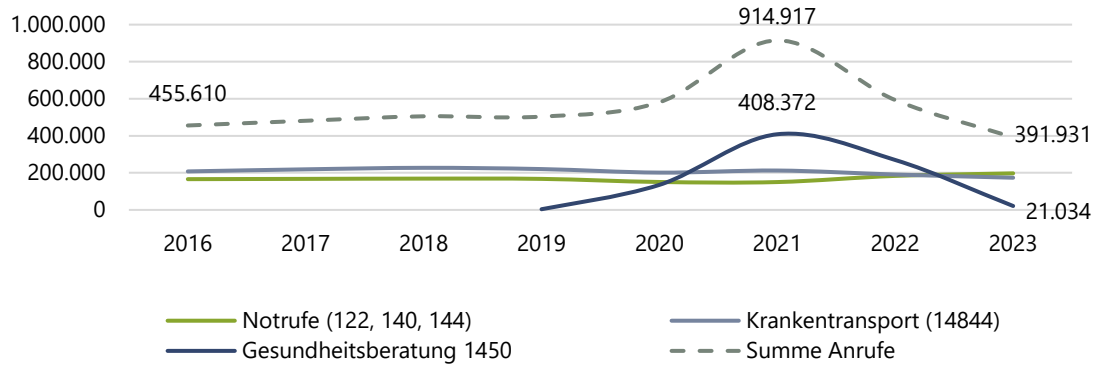
Die Leitstelle Tirol ist damit ein wesentliches Element in der Koordination und Organisation von Einsätzen für die genannten Hilfsorganisationen und ist als Betreiberin eines wesentlichen Dienstes gemäß Netz- und Informationssystemsicherheitsverordnung (NISV) eingestuft (Sektor Gesundheitswesen / Durchführung von Notfallrettungstransporten).

Der Leitstelle Tirol stehen zur Erfüllung ihrer Aufgaben fast **100 VZÄ** (98,375) zur Verfügung (Stand 01.01.2024), davon sind ca. zwei Drittel im Schichtbetrieb 24/7/365 tätig.

Die Leitstelle Tirol führt seit September 2019 für Tirol die **telefonische Gesundheitsberatung 1450** durch. 1450 ist ein Gemeinschaftsprojekt des BMSGPK, der Sozialversicherung und der Bundesländer. Unter der Telefonnummer 1450 wird rund um die Uhr kostenlose Beratung für gesundheitliche Probleme aller Art durch medizinisch geschultes diplomiertes Krankenpflegepersonal angeboten bzw. kontaktiert dieses im Notfall selbst den Rettungsdienst.

In den **Pandemiejahren 2020 bis 2022** wurde das Angebot der **telefonischen Gesundheitsberatung** besonders oft in Anspruch genommen mit einem Höhepunkt im Jahr 2021 mit 408.372 Anrufen, was knapp 45 Prozent aller Anrufe der Leitstelle Tirol ausmachte. Im Jahr 2023 wurde 1450 21.034-mal angerufen. Während im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2023 die Anzahl der Notrufe von 167.394 im Jahr 2019 nach geringeren Werten 2020 und 2021 auf 197.262 Anrufe im Jahr 2023 angestiegen ist, sinkt die Anzahl der Krankentransportanrufe seit 2019 relativ stetig, von 220.381 Anrufen 2019 auf 173.635 Anrufe im Jahr 2023 (vgl. Abbildung 53 und Tabelle 38 im Tabellenanhang).

Abbildung 53: Eingehende Anrufe in der Leitstelle Tirol, 2016–2023



Quelle: Leitstelle Tirol, Darstellung: GÖG

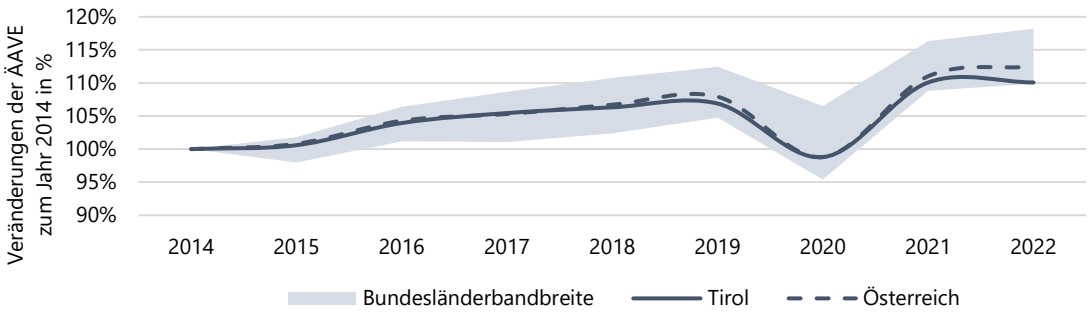
4.2.3 Extramurale ärztliche Versorgung

Zur Darstellung der extramuralen ärztlichen Versorgungkapazitäten werden im Folgenden die sogenannten **ÄAVE**, die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie Wahlärztinnen und -ärzte herangezogen. Die ÄAVE bilden die

tatsächliche Verfügbarkeit ab und kommen damit der Abschätzung der Versorgungsrelevanz näher als die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte. Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung standen Daten bis Ende 2022 zur Verfügung.

Im Jahr 2022 lagen in Tirol 800,4 ÄAVE der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte (104,8 ÄAVE pro 100.000 EW) vor, was etwa dem österreichischen Durchschnitt entspricht (Ö: 104 ÄAVE pro 100.000 EW; BL-Bandbreite: 96,7–117,7). Im Durchschnitt fielen 2022 auf eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt in Tirol etwa 5.148 Quartalspatientinnen/Patienten[19] (Ö: 5.185), wobei es 2019 noch 4.754,1 Patientinnen/Patienten (Ö: 4.787,4) waren. Die Interpretation des Zeitverlaufs ist aus methodischen Gründen schwierig, da zum Beispiel der Umfang einer ÄAVE jährlich neu definiert wird (Basis ist der Durchschnitt der Quartalspatientinnen und -patienten bei ausgewählten (typischen) Kassenärztinnen und -ärzten) und daher nur eingeschränkt zwischen den Jahren vergleichbar ist. Wird die Anzahl der Quartalserstpatientinnen und -patienten von durchschnittlich arbeitenden Ärztinnen und Ärzten (DAA) des Jahres 2014 (bzw. für das Fachgebiet Kieferorthopädie 2017) als Berechnungsbasis der ÄAVE für die Jahre 2014 bis 2022 herangezogen, zeigt sich in Tirol eine Zunahme der ÄAVE um 10 Prozent seit dem Jahr 2014 (Ö: 12 %; BL-Bandbreite: 10–18 %). Im Pandemiejahr 2020 kam es in Tirol, wie auch in Gesamtösterreich, zu einem kurzzeitigen Rückgang der ÄAVE (vgl. Abbildung 54).

Abbildung 54: Relative Veränderung der ÄAVE zum Jahr 2014 in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2022



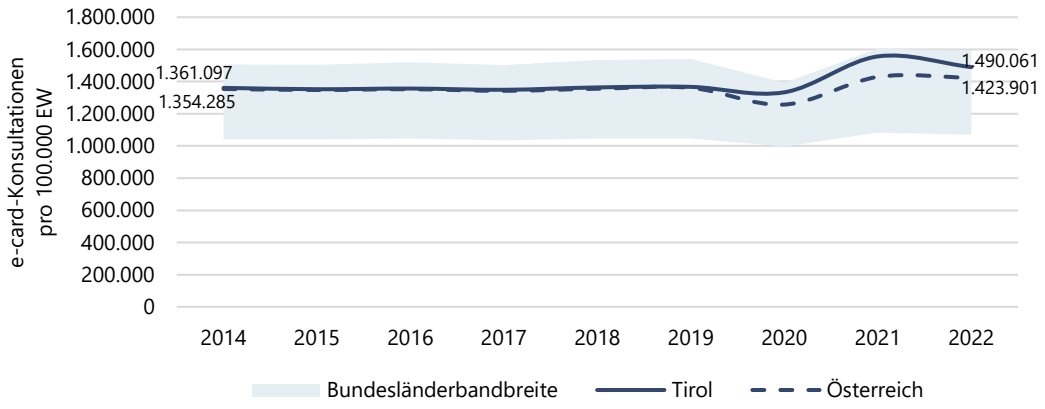
Indexjahr 2014 = 100 %; Berechnungsbasis DAA 2014

Quellen: Regiomed DVSV 2014–2022; Berechnung: ÖGK Tirol; Darstellung: GÖG

In den vergangenen zehn Jahren wurden unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeitsformen im niedergelassenen Bereich vertraglich geregelt: einerseits die gemeinsame Vertragserfüllung in Form von Job-Sharing und Teilpraxen und andererseits die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten. Diese Flexibilisierung der Arbeitsmodelle in der niedergelassenen Sachleistungsversorgung wird sehr gut angenommen. Diese Entwicklung hat bei annähernd gleichbleibender Anzahl an Planstellen gleichzeitig zu einer Ausweitung des Versorgungsangebots geführt. In nachfolgender Abbildung 55 wird die Zunahme der e-Card-Konsultationen seit 2021 in Tirol wie in Gesamtösterreich ersichtlich. 2022 kam es in Tirol zu rund 1.490.000 e-Card-Konsultationen pro 100.000 EW (Ö: rd. 1.424.000 pro 100.000 EW)), was einer Zunahme seit 2014 um 10 Prozent entspricht.

[19] Die Kennzahl Quartalspatientin/Quartalspatient wird aus der Summe der Anzahl der Patientinnen/Patienten pro Quartal gebildet

Abbildung 55: e-Card-Konsultationen pro 100.000 EW in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2014–2022



Quellen: BIG AS ECARD, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstands 2014–2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

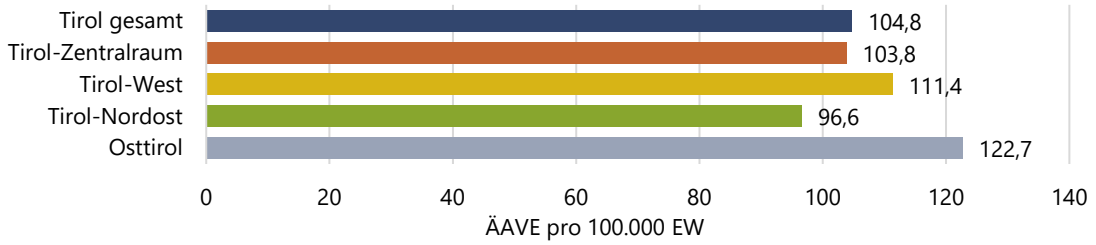
Eine Neuerung im Hinblick auf die niedergelassene vertragsärztliche Versorgung ist mit 01.07.2023 mit dem Inkrafttreten der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für **Primärversorgungseinheiten** in Tirol umgesetzt worden. Es wurden Rahmenbedingungen geschaffen, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten, DGKP und weiteren medizinischen Disziplinen in einem Primärversorgungszentrum oder -netzwerk zu ermöglichen. Im Jahr 2024 wurde das erste Primärversorgungszentrum Tirols in der Reichenau in Innsbruck umgesetzt[20].

Neben niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bieten auch **Kassenambulatorien** und **Institute** (selbstständige Ambulatorien) eine extramurale ärztliche Versorgung an. Im Jahr 2022 lag die Zahl der ÄAVE der Kassenambulatorien bei 18,5 (2,4 pro 100.000 EW; Ö: 5 pro 100.000 EW) und der der Institute bei 2,9 (0,4 pro 100.000 EW, Ö: 2 pro 100.000 EW).

Die größte **Dichte** vertragsärztlicher ÄAVE findet sich in Osttirol mit knapp 123 ÄAVE pro 100.000 EW, während die niedrigste Dichte mit knapp 97 ÄAVE (Vertragsärztinnen und -ärzte) pro 100.000 EW in Tirol-Nordost besteht (vgl. Abbildung 56).

[20] https://www.tirol.gv.at/meldungen/meldung/primaerversorgung-startet-2024-in-tirol/ [Zugriff am 31.07.2024]

Abbildung 56: ÄAVE niedergelassener Vertragsärztinnen und -ärzte pro 100.000 Tiroler:innen nach Versorgungsregion, 2022



Quelle: Regiomed DVSV; Berechnung und Darstellung: GÖG

Von den 800,4 ÄAVE der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte im Jahr 2022 entfielen

- etwa 42,3 Prozent auf den Fachbereich **Allgemeinmedizin** (Ö: 40,1 %; BL-Bandbreite: 33–46,7 %) und
- knapp 24,8 Prozent auf **Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde** (Ö: 26,4 %; BL-Bandbreite: 23,5–28,4 %).
- Davon stark abgehängt folgten mit etwa 5,5 Prozent die **Innere Medizin** (Ö: 4,7 %; BL-Bandbreite: 2,5–5,9 %) und
- mit 4,2 Prozent die **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** (Ö: ebenso 4,2 %; BL-Bandbreite: 3,0–5,8 %).

Die Versorgungsdichten in ÄAVE der **Wahlärztinnen und -ärzte** werden auf Basis der erstatteten Leistungen bemessen. 121,6 ÄAVE der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Tirol (15,9 ÄAVE pro 100.000 EW) waren im Jahr 2022 Wahlärztinnen und Wahlärzte, was über dem österreichischen Durchschnitt liegt (Ö: 9,5 ÄAVE pro 100.000 EW, BL-Bandbreite: 6,2–15,9).

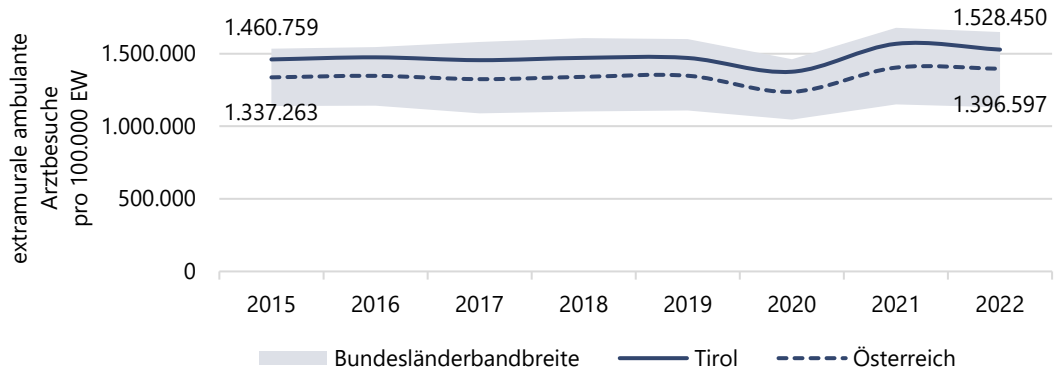
ÄAVE (ärztliche ambulante Versorgungseinheiten) ist die Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Regiomed-System der SV (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen einer „durchschnittlich arbeitenden" Ärztin bzw. eines „durchschnittlich arbeitenden" Arztes mit Kassenvertrag). (BMSGPK 2023)

Inanspruchnahmedaten für den extramuralen ambulanten Bereich liegen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung nur bis zum Jahr 2022 vor. In diesem Jahr wurden in Tirol im gesamten niedergelassenen Bereich 11,68 Millionen Arztbesuche von rund 823.000 Patientinnen und Patienten dokumentiert. Dies entspricht rund 1,53 Millionen Arztbesuchen pro 100.000 EW (Ö: 1,40; BL-Bandbreite: 1,13–1,65 Mio. Besuche pro 100.000 EW), womit Tirol zwar über dem österreichischen Durchschnitt, aber nicht an der Spitze der Bundesländer lag (vgl. Abbildung 57 und Tabelle 39 im Tabellenanhang).

Im Zeitraum 2015–2022 war die Inanspruchnahme der extramuralen ambulanten Versorgung bis zum Jahr 2019 weitgehend stabil. Im ersten Pandemiejahr 2020 war ein deutlicher Rückgang zu beobachten, wobei aber im darauffolgenden Jahr 2021 das Vorpandemieniveau überschritten wurde und der Wert im letzten verfügbaren Jahr noch immer über der Inanspruchnahme des Jahres 2015 lag (vgl. Abbildung 57).

57 Prozent dieser Arztbesuche entfielen auf das **weibliche** und 42 Prozent auf das **männliche** Geschlecht[21], was auch in der Rate einen deutlichen Unterschied ausmacht: 1,31 Millionen Arztbesuche pro 100.000 EW von Patienten standen 1,73 Millionen Arztbesuchen von Patientinnen im Jahr 2022 gegenüber. Dieser Unterschied bleibt auch dann bestehen, wenn die Gruppe der älteren Menschen, in denen der weibliche Anteil deutlich höher ist, ausgeschlossen wird (z. B. 1,05 Mio. Arztbesuche von unter 65-jährigen Patienten und 1,34 Mio. von unter 65-jährigen Patientinnen im Jahr 2022 in Tirol).

Abbildung 57: Arztbesuche im niedergelassenen Bereich in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2015–2022



Quelle: BMSGPK - Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich 2015–2022; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil an **Gastpatientinnen und -patienten** ist im niedergelassenen Bereich viel niedriger als im spitalsambulanten Bereich. Insgesamt 3 Prozent der Arztbesuche im niedergelassenen Bereich im Zeitraum 2019–2022 stammten von Menschen, die nicht in Tirol ihren Wohnsitz haben.

Am höchsten war die Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereichs in **Tirol-Zentralraum** mit 1,64 Millionen Arztbesuchen pro 100.000 EW im Jahr 2022, am niedrigsten war sie in Tirol-Nordost mit 1,29 Millionen Arztbesuchen pro 100.000 EW.

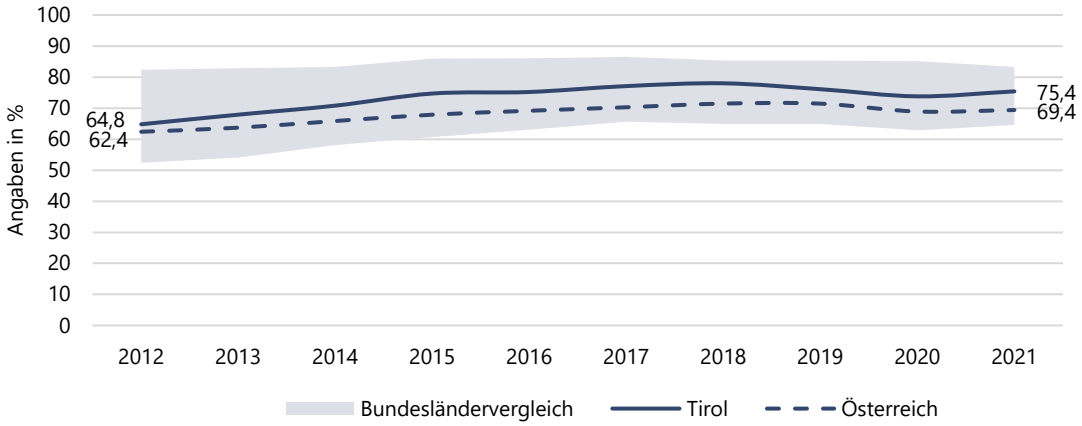
4.2.4 Pflegerische Versorgung

Wesentliches Planungsinstrument für die Angebote in der Langzeitpflege in Tirol ist **der Strukturplan Pflege** (Amt der Tiroler Landesregierung 2023; Danner 2012). Er orientiert sich in Inhalten und Struktur an gesetzlichen Vorgaben. Grundsätzlich gilt in der gesamten Pflegeplanung das Prinzip ambulant vor stationär. Zu den großen Herausforderungen zählt, dass einerseits der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 85 Jahre in den kommenden 10 Jahren um rund 50 Prozent im Vergleich zu heute steigen wird. Gleichzeitig verabschiedet sich ein erheblicher Anteil der derzeit in der Pflege tätigen Mitarbeiter:innen in den Ruhestand (vgl. auch Kapitel 6.2.2). Das Personal nimmt daher bei der Planung der Angebote in der Langzeitpflege einen entscheidenden Stellenwert ein.

[21] Beim Rest ist das Geschlecht unbekannt.

2021 lag Tirol laut Pflegevorsorgebericht 2021 (BMSGPK 2022b) mit einem **Richtversorgungsgrad**[22]von 75,4 Prozent nach Vorarlberg an zweiter Stelle in Österreich. Für das Bundesland Tirol konnte seit 2012 ein Anstieg in der Versorgung von 64,8 auf 75,4 Prozent erreicht werden (vgl. Abbildung 58). Bei der ersten Ermittlung des Richtversorgungsgrads im Jahr 2012 lag Tirol an dritter Stelle, weit hinter Vorarlberg, das damals schon mit über 80 Prozent gestartet ist.

Abbildung 58: Richtversorgungsgrad in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2012–2021



Quelle: BMSGPK (2022b); Darstellung: GÖG

4.2.4.1 Mobile Dienste

Die mobile Pflege wurde aufgrund des Fokus **„mobil vor stationär" im Evaluierungsbericht Strukturplan Pflege 2012–2022** (Danner 2019) sehr stark ausgebaut. Klar ist jedoch, dass der Ausbau der mobilen Pflege sehr von den **vorhandenen Pflegepersonalressourcen** abhängig ist.

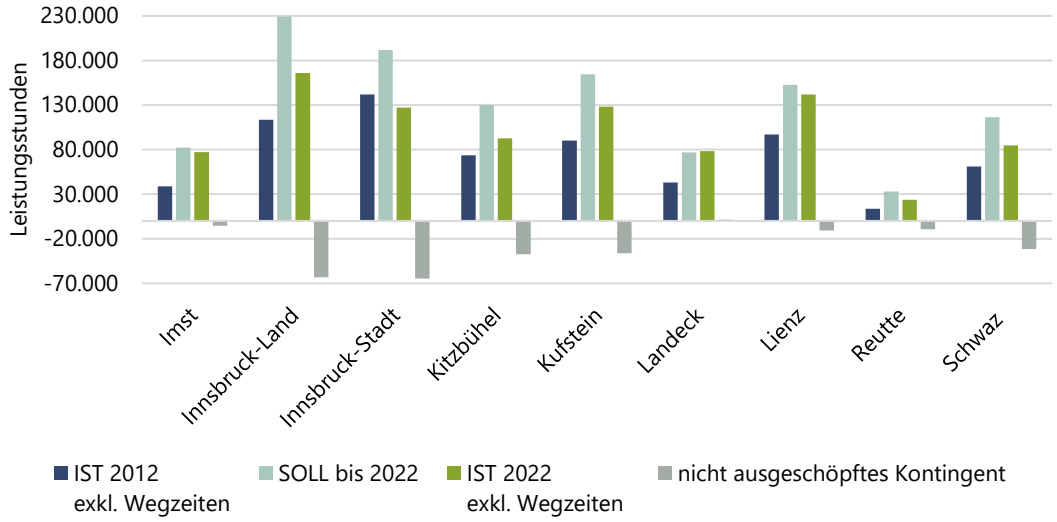
Die **Leistungsstunden** konnten vom IST 2012 bis zum IST 2022 mit einem Plus von 246.448 Leistungsstunden exklusive Wegzeiten – das heißt Stunden direkt mit Klientinnen und Klienten der mobilen Pflege – ausgeweitet werden. Dies entspricht einer Steigerung von 36,62 Prozent der Leistungsstunden im Vergleich zum Ausgangsjahr 2012. Im Jahr 2022 konnten 78,14 Prozent der für 2022 geplanten Leistungsstunden laut Evaluierungsbericht 2017 bzw. 85,55 Prozent der anfänglich 2012 geplanten Leistungsstunden erbracht werden. Im Jahr 2022 wurden 14.999 Personen von der mobilen Pflege zu Hause betreut und gepflegt, das entspricht 61,3 Stunden pro Klient:in pro Jahr bzw. rund 1,18 Stunden pro Klient:in pro Woche.

Der Ausbaugrad innerhalb der **Tiroler Bezirke** ist unterschiedlich, jedoch ist die mobile Pflege wesentlich volatiler als die stationäre Pflege. Während Landeck das Kontingent an Leistungsstunden nach SOLL bis 2022 erbracht hat, ist in allen anderen Bezirken noch Entwicklungspotenzial zu beobachten (vgl. Abbildung 59 und Tabelle 40 im Tabellenanhang). Auch die mobile Pflege ist in der Entwicklung der erbringbaren Leistungsstunden vom vorhandenen Pflege- und

[22] Der Richtversorgungsgrad „spiegelt den Anteil betreuter Personen an den pflegebedürftigen Menschen im Bundesland (gemessen an der Anzahl der Pflegegeldbezieher:innen im Bundesland) wider" (BMSGPK 2022b) und deckt die gesamte Pflege (Langzeit, Kurzzeit und mobile Pflege) ab. Das Pflegefondsgesetz, BGBl. I Nr. 22/2017, legt den Zielwert von 60 Prozent fest.

Betreuungspersonal abhängig. Seit Jahren wird beobachtet, dass speziell im mobilen Bereich das vorhandene Personal der limitierende Faktor ist. Ziel ist es, mit dem vorhandenen Personal möglichst viele Menschen zu Hause zu betreuen und zu pflegen.

Abbildung 59: Mobile Pflege – Ausbaugrad und Umsetzung in den Tiroler Bezirken, 2022



Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege

4.2.5 Psychosoziale Versorgung

Im Jahr 2017 wurde der **Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol** zur Beratung der Landesregierung hinsichtlich der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung Tirols eingerichtet. Dieser Beirat entstand als Weiterentwicklung des Sucht- und des Psychiatrie-Beirates in Tirol.

Die im Beirat vertretenen Abteilungen des Landes Tirol[23] und die dort vertretene Sozialversicherung fördern die Vernetzung und Abstimmung der Systempartner:innen innerhalb der stationären, ambulanten, mobilen sowie web- und telefonbasierten Versorgungslandschaft in Tirol. Zu den Kernaufgaben zählen insbesondere die Planung und Koordination eines bedarfsgerechten Beratungs- und Betreuungsangebots zur optimalen Versorgung der Bürger:innen mit psychosozialen Dienstleistungen. Diese Angebote richten sich an **Menschen**, deren **Angehörige** sowie Personen des **sozialen Umfelds,** die Unterstützung zur Bewältigung von krisenhaften Erlebnissen sowie im Umgang mit psychosozialen Belastungen und/oder psychischen Erkrankungen suchen. Hierbei darf auf den aktualisierten Bedarfs- und Entwicklungsplan (BEP) für die psychosoziale Versorgung in Tirol 2025–2035 des Landes Tirol verwiesen werden.

Auf Empfehlung des Beirats für psychosoziale Versorgung in Tirol wurden bisher folgende Projekte umgesetzt, welche gemeinschaftlich zwischen Land Tirol und Sozialversicherung finanziert werden:

[23] Abteilungen „Inklusion und Kinder- und Jugendhilfe", „Öffentlicher Gesundheitsdienst" sowie „Gesundheitsrecht und Krankenanstalten"

1. Psychosozialer Krisendienst Tirol (PKT)
2. Psychosoziale Zentren (PSZ) Tirol
3. Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Pilotprojekt KJPPP Hall in Tirol)
4. BEWO SAFE[24]
5. Betreutes Wohnen (BEWO) Intensiv plus (für konsumierende Jugendliche)
6. Tiroler Versorgungsnetzwerk Alkohol (Pilotprojekt Schwaz)
7. Website zur psychosozialen Versorgungslandschaft

Durch die Umsetzung der beiden erstgenannten Projekte wurde der Zugang zum Hilfesystem der psychosozialen Versorgungslandschaft in Tirol deutlich verbessert. Betroffene und ihnen Nahestehende finden nun über die beiden (Erst-)Anlaufstellen „Psychosozialer Krisendienst Tirol" sowie „Psychosoziale Zentren Tirol" niederschwellig Eingang in das Versorgungssystem.

Das zentrale Ziel des **Psychosozialen Krisendienstes Tirol** ist die schnelle, vertrauliche und professionelle telefonische Unterstützung für Menschen in akuten Krisen durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie psychiatrische Fachkräfte. Falls ein persönlicher Kontakt sinnvoll und hilfreich erscheint, wird ein Besuch vor Ort durch den „Krisendienst Mobil" bereitgestellt, der Sicherheit und effektive Krisenintervention in vertrauter Umgebung bietet. Wenn sich herausstellt, dass eine zeitnahe intensivere Begleitung notwendig ist, können ambulante Krisengespräche durch den „Krisendienst Ambulant" angeboten werden. Ziel ist es, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um die akute Belastung erträglicher zu machen und handlungsfähig zu bleiben. Darüber hinaus erfolgt die koordinierte Weitervermittlung in das Hilfesystem. Weitere Informationen finden sich unter www.krisendienst.tirol.

Das zentrale Ziel der **Psychosozialen Zentren Tirol** ist die wohnortnahe, zeitnahe und kostenlose Unterstützung von Menschen in Belastungssituationen, Personen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen und das soziale Umfeld der Betroffenen. Erfahrene, multiprofessionelle Teams ermöglichen durch individuelle Beratung Orientierung, Entlastung, bedarfsgerechte Überbrückung und Vermittlung. Im persönlichen Gespräch werden die individuelle Problemlage und potenzielle Ressourcen erörtert. Es erfolgen stützende Gespräche, die Entwicklung von individuellen Bewältigungsstrategien, (Bedarfs-)Abklärung (Clearing), Beratung über unterschiedliche psychosoziale Angebote sowie eine bedarfsgerechte Weitervermittlung in das Hilfesystem. Die PSZ Tirol kooperieren im regionalen Netzwerk aus Beratungs-, Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten. Überbrückend können weitere entlastende Gespräche, fachärztlich-psychiatrische Beratung sowie Sozial-/Peer- oder Angehörigenberatung geleistet werden. Falls notwendig, kann bei Mobilitätseinschränkung die Beratung auch aufsuchend zu Hause vorgenommen werden. Die leicht zugänglichen Beratungsstellen der PSZ Tirol befinden sich an 6 Standorten in Tirol: PSZ Innsbruck/Maximilianstraße, PSZ Innsbruck/Schöpfstraße, PSZ Unterland (Wörgl), PSZ Oberland (Imst), PSZ Außerfern (Reutte) und PSZ Osttirol (Lienz). Nähere Details finden sich unter www.psz.tirol.

Sämtliche Einrichtungen, welche neben den beiden (Erst-)Anlaufstellen in der psychosozialen Versorgungslandschaft Beratungs- und Betreuungsangebote zur Verfügung stellen, können der **Website www.psychosoziale-angebote.tirol** entnommen werden.

[24] bis Ende 2024 BEWO Intensiv plus für Jugendliche, die an einer Suchtkrankheit leiden

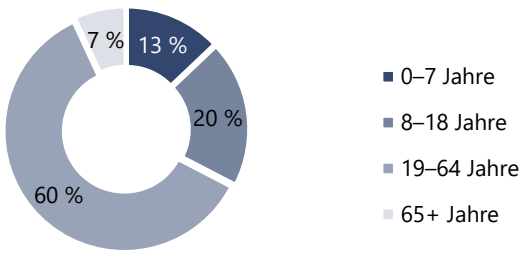
Die Tiroler Landesregierung hat zudem im Jahr 2021 die Entwicklung des Tiroler **Suchtkonzepts 2022-2032** beschlossen. Auf Basis dieses Konzepts werden seither empfohlene Maßnahmen zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten umgesetzt. Beispielsweise wurden eine Erweiterung des Drug-Checking-Angebots sowie die medizinische Sprechstunde für Jugendliche und junge Erwachsene im Kontext der „Drogenarbeit Z6" etabliert. Darüber hinaus wurden die Maßnahme „TAKE-HOME-Naloxon" zur Schadenminimierung und Verhinderung drogenbezogener Todesfälle eingeführt sowie die Verbesserung der Krankenversicherung nach Haft für Menschen in Substitutionsbehandlung erzielt.

4.2.6 Behindertenhilfe

Das **Tiroler Teilhabegesetz (TTHG)** ist seit dem 01.07.2018 die gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Leistungen und Zuschüssen im Rahmen der Tiroler Behindertenhilfe. Menschen mit Behinderungen im Sinne des TTHG sind Menschen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle Beeinträchtigungen oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können.

Im Jahr 2023 wurden insgesamt **10.015 Menschen mit Behinderungen** unterstützt, was einer Steigerung der unterstützten Personen von 4,7 Prozent seit 2019 (9.569 unterstützte Personen) entspricht. Die größte Steigerung verzeichnete mit +8,6 Prozent die **Versorgungsregion Tirol-Nordost,** während es in der Versorgungsregion Osttirol mit +2 Prozent die niedrigste Steigerung in Tirol gab. Nähere Informationen zu den unterstützten Personen in der Tiroler Behindertenhilfe von 2019 bis 2023 finden sich in Tabelle 41 im Tabellenanhang. Im Jahr 2023 waren 60,5 Prozent der unterstützten Personen zwischen 19 und 64 Jahre alt (6.057 Personen), 19,7 Prozent (1.972 Personen) waren zwischen **8 und 18 Jahre alt**, 12,9 Prozent (1.294 Personen) zwischen **0 und 7 Jahre** alt und 6,9 Prozent (692 Personen) **65 Jahre alt oder älter** (vgl. Abbildung 60 und Tabelle 42 im Tabellenanhang). Den größten Zuwachs seit 2019 mit +28 Prozent verzeichnete die Gruppe der über 64-Jährigen, gefolgt von +15 Prozent bei den 0- bis 7-Jährigen und +6 Prozent in der Altersgruppe der 19- bis 64-Jährigen. Bei der Gruppe der 8- bis 18-Jährigen kam es wiederum zu einer Abnahme von -10 Prozent (vgl. Tabelle 42 im Tabellenanhang).

Abbildung 60: Altersverteilung der in der Behindertenhilfe unterstützten Personen in Tirol, 2023



Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Inklusion u. Kinder- u. Jugendhilfe; Darstellung: GÖG

Im TTHG sind die **Leistungen der Tiroler Behindertenhilfe aufgelistet**, mit denen die Menschen mit Behinderungen bei der Teilhabe unterstützt werden.

Es gibt 35 Leistungen der Tiroler Behindertenhilfe, die von 45 Dienstleistern und von ca. 550 niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten angeboten werden. Die 45 Dienstleister erbringen teilweise mehrere Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen/-gruppen. Nachfolgende Gruppen von Leistungen werden von 4 bis 22 Dienstleistern sowie im Fall von Therapien von einer Vielzahl von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht:

- **Mobile Unterstützungsleistungen** (Persönliche Assistenz; Familienunterstützung; Mobile Begleitung; Sozialpsychiatrische Einzelbegleitung): 14 Dienstleister
- **Leistungen der Kommunikation und Orientierung** (Unterstützte Kommunikation; Begleitung von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit; Dolmetschleistungen): 5 Dienstleister
- **Therapien** (Ergotherapie; Logopädie; Physiotherapie): 6 Dienstleister und ca. 550 niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten
- **Pädagogische Förderung** (Einzelförderung für Menschen mit Autismus; Gruppenförderung für Menschen mit Autismus; Förderung im häuslichen Umfeld; Mobile Frühförderung; Hausunterricht; Eltern-Kind-Gruppe): 7 Dienstleister
- **Tagesstruktur – Wohnen für Kinder und Jugendliche** (Tagesbetreuung für Kinder und Jugendliche; Internat; Vollzeitbegleitetes Wohnen für Kinder und Jugendliche inkl. Tagesstruktur-Sozialpsychiatrie): 4 Dienstleister
- **Arbeit – Tagesstruktur** (Berufsvorbereitung; Tagesstruktur Intensivbegleitung; Tagesstruktur Sozialpsychiatrie; Berufsvorbereitung Sozialpsychiatrie; Tagesstruktur in Wohnhäusern; Inklusive Arbeit; Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz). 22 Dienstleister
- **Wohnen** (Wohnen exklusive Berufsvorbereitung; Begleitetes Wohnen in einer Wohngemeinschaft; Wohnen exklusive Tagesstruktur; Begleitetes Wohnen exklusive Tagesstruktur Sozialpsychiatrie; Begleitetes Wohnen inklusive Tagesstruktur Sozialpsychiatrie): 12 Dienstleister

Im TTHG ist der Grundsatz **„mobil vor stationär"** normiert, dieser ist als wesentliche Leitlinie der Tiroler Behindertenhilfe anzusehen. Ein Schwerpunkt ist daher der Ausbau der gemeindenahen mobilen Unterstützungsleistungen, damit sich Menschen mit Behinderungen im Sinne des Artikels 19 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entscheiden können, ob sie im eigenen häuslichen Umfeld oder in Einrichtungen wohnen möchten.

Zu den **mobilen Unterstützungsleistungen** zählen die Leistungen Persönliche Assistenz und Mobile Begleitung. Im Jahr 2023 haben 545 Personen die Leistung Persönliche Assistenz in Anspruch genommen, 994 Personen die Leistung Mobile Begleitung.

Im **Bereich Wohnen** haben im Jahr 2023 791 Personen die Leistung „Wohnen exklusive Tagesstruktur" in Anspruch genommen. Insgesamt stehen dafür aktuell tirolweit 72 Wohneinrichtungen zur Verfügung.

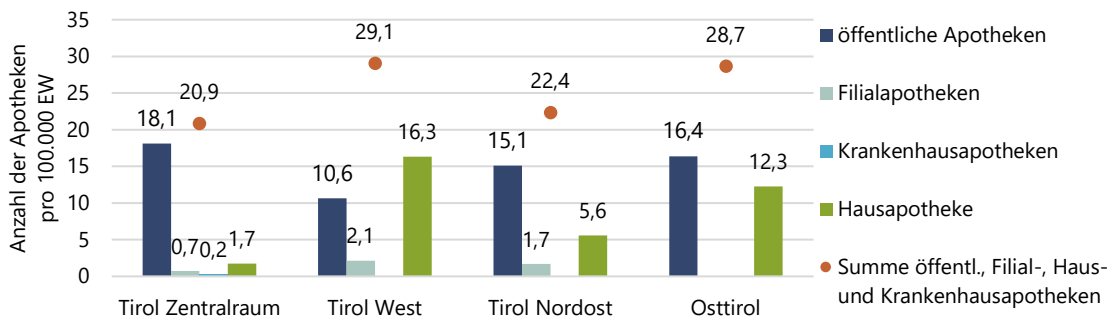
4.2.7 Apotheken

Zum Jahresende 2023 gab es in Tirol 123 **öffentliche Apotheken**, 9 **Filialapotheken**, eine **Krankenhausapotheke** in Innsbruck-Stadt und 46 **Hausapotheken**. Das ergibt insgesamt 179 Apotheken. Im Vergleich zu 2019 bedeutet dies den Wegfall von 6 Hausapotheken sowie die Eröffnung von 3 öffentlichen Apotheken und einer Filialapotheke.

Eine öffentliche Apotheke versorgte zum Jahresende 2023 im Durchschnitt 6.270 Einwohner:innen (2019: ca. 6.290 Einwohner:innen). Dies bedeutet, dass pro 100.000 EW knapp 16 Apotheken zur Verfügung stehen, womit Tirol insgesamt etwa **im österreichischen Durchschnitt** von 15,7 Apotheken pro 100.000 EW liegt (BL-Bandbreite: 13,5–17,6 Apotheken pro 100.000 EW).

I**nnerhalb Tirols** zeigen sich deutliche Unterschiede in der Versorgung mit Apotheken. Hausapotheken spielen im ländlichen Raum eine große Rolle, vor allem in Tirol-West und in Osttirol, während im Zentralraum 87 Prozent der Apotheken öffentlich sind. Daraus ergibt sich eine unterschiedliche Versorgungsdichte: Mit 18,1 öffentlichen Apotheken pro 100.000 EW bietet die Versorgungsregion Tirol-Zentralraum zwar diesbezüglich das dichteste Angebot, alle Apothekenformen miteinberechnet ist die Versorgungsdichte mit 20,9 Apotheken pro 100.000 EW jedoch hier am niedrigsten. Die höchste Versorgungsdichte mit Apotheken insgesamt weist Tirol-West mit 29,1 Apotheken pro 100.000 EW auf, wobei hier mehr als die Hälfte Hausapotheken sind (23 von insg. 41). In Tirol-Nordost stehen für 100.000 EW 22,4 und in Osttirol 28,7 Apotheken (insgesamt) zur Verfügung (vgl. Abbildung 61).

Abbildung 61: Anzahl der öffentlichen Apotheken, Filialapotheken, Krankenhaus- und Hausapotheken pro 100.000 EW in Tirol nach Bezirken, 2023



Quellen: Österreichische Apothekerkammer; ÖGK; Statistik Austria Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

4.3 Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel

Daten zu Medikamenten (= Heilmittel), Heilbehelfen und Hilfsmitteln lagen zum Zeitpunkt der Berichtserstellung bis zum Jahr 2022 vor und wurden von der ÖGK – Landesstelle Tirol zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich zeigt sich, dass sich die **Teuerung** auch in diesem Bereich österreichweit niederschlägt. So sind die Rezeptgebühren von 6,10 Euro im Jahr 2019 auf 6,85 Euro im Jahr 2023 (+12 %) gestiegen. Bei den Medikamenten, Heilbehelfen und Hilfsmitteln kam es zwischen 2019 und 2024 zu einer Preissteigerung v. a. bei Schmerz- und Rheumamitteln (+46,9 %), Magen- und Verdauungsmitteln (+38,8 %), Husten- und Erkältungsmitteln (33,6 %) und Hörgeräten (31,9 %) (Momentum Institut 2024).

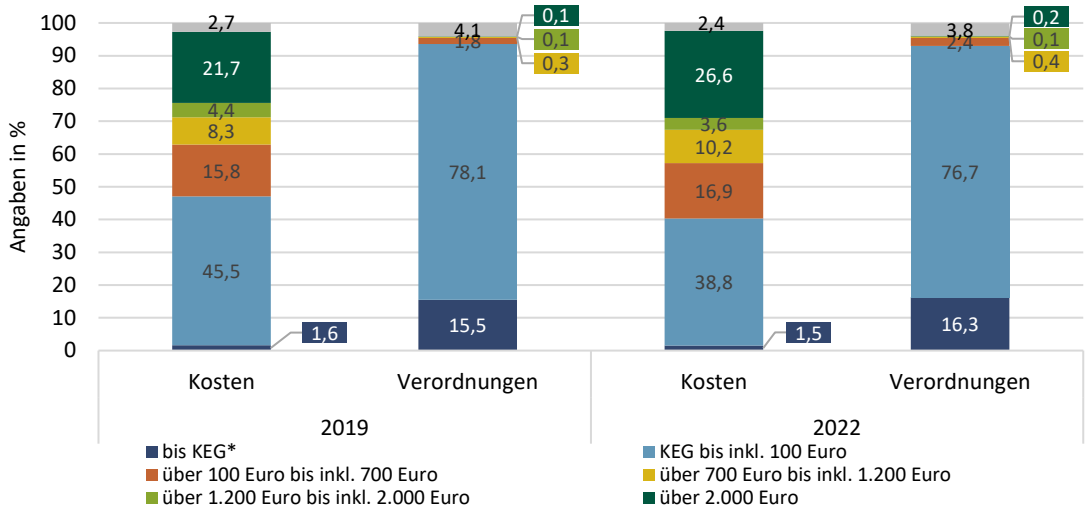
4.3.1 Heilmittel

Im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2022 sind in Tirol die **Ausgaben für Heilmittel** insgesamt stetig von 208,68 Millionen Euro auf 250,62 Millionen Euro gestiegen, was einer Zunahme von

ca. 20 Prozent entspricht. Die **Ausgaben für Rezeptgebühren** sind zwar auch, aber nicht in diesem Ausmaß angestiegen – nämlich von 25,6 Millionen Euro auf 27,9 Millionen Euro (+9 %). Die **Anzahl der Rezepte und Heilmittelverordnungen** hingegen ist zwischen 2019 und 2022 leicht gesunken (Rezepte: 3,83 Mio. vs. 3,65 Mio.; Heilmittelverordnungen: 6,56 Mio. vs. 6,50 Mio.). Der größte Anteil der Heilmittel wird in **öffentlichen Apotheken** bezogen: Im Jahr 2022 waren es 3,14 Millionen Rezepte und 5,79 Millionen Heilmittelverordnungen in öffentlichen Apotheken sowie 0,17 Millionen Rezepte und 0,71 Millionen Heilmittelverordnungen in ärztlichen Hausapotheken (vgl. Tabelle 43 im Tabellenanhang). Aufwände für Medikamente, die im intramuralen Bereich abgegeben werden, sind nicht bekannt.

Nachfolgende Abbildung 62 zeigt den Anteil der verschiedenen Preissegmente an den Gesamtkosten und Gesamtverordnungen der ÖGK in den Jahren 2019 und 2022. Höherpreisige Medikamente verursachen einen großen Anteil der Kosten, machen aber insgesamt nur einen geringen Teil der Verordnungsmenge aus. Der Anteil der höherpreisigen Medikamente an den Gesamtkosten ist vom Jahr 2019 auf das Jahr 2022 angestiegen. Medikamente aus Preissegmenten mit einem Kassenverkaufspreis (KVP exkl. USt.) über 700 Euro verursachten im Jahr 2019 noch 34,4 Prozent der Gesamtkosten, während es 2022 bereits 40,4 Prozent waren. Der Anteil der Verordnungsmenge ist im gleichen Zeitraum nur geringfügig von 0,5 Prozent im Jahr 2019 auf 0,7 Prozent im Jahr 2022 gestiegen. Besonders auffällig ist das Preissegment der Medikamente mit einem KVP über 2.000 Euro. Dieses ist mit einem Verordnungsanteil von 0,1 Prozent im Jahr 2019 für 21,7 Prozent der Heilmittelgesamtkosten verantwortlich und im Jahr 2022 mit 0,2 Prozent der Verordnungsmenge für 26,6 Prozent der Kosten.

Abbildung 62: Anteil der Preissegmente an Heilmittelkosten und Verordnungen der ÖGK-Landesstelle Tirol, 2019 und 2022



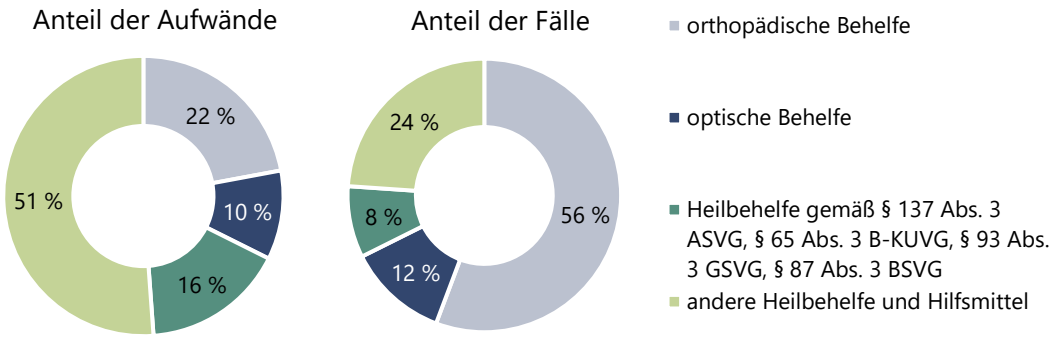
*Kosten auf Basis Kassenverkaufspreis (KVP) exkl. USt.
** KEG = Kostenerstattungsgrenze

Quelle: ÖGK - maschinelle Heilmittelabrechnung (BIG HMDB Cubes)

4.3.2 Hilfsmittel und Heilbehelfe

Im Jahr 2022 wurden von der ÖGK in Tirol 22,3 Millionen Euro für 95.500 **Heilbehelfe und Hilfsmittel** aufgewendet. Im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2022 kam es bei den **Ausgaben** und der **Anzahl** der Heilbehelfe und Hilfsmittel immer wieder zu Schwankungen, wobei insbesondere im Jahr 2021 höhere Ausgaben als in den Jahren davor und danach getätigt wurden (2021: 25,22 Mio. €; 2022: 22,31 Mio. €). Die größte Anzahl an Heilbehelfen und Hilfsmitteln wurde hingegen 2019 mit 103.386 Fällen verzeichnet. Während der größte Anteil der Fälle auf orthopädische Behelfe fällt, geht der größte Anteil der Kosten auf „andere Heilbehelfe und Hilfsmittel" zurück, insbesondere auf Hörgeräte (vgl. Abbildung 63 und Tabelle 44 im Tabellenanhang).

Abbildung 63: Gegenüberstellung der Anteile der Fälle und Aufwände in Tirol nach Kategorien der Heilbehelfe und Hilfsmittel, 2022



orthopädische Behelfe: z. B. Maßschuhe, orthopädische Schuheinlagen, Bandagen und Orthesen
optische Behelfe: z. B. Gläser mit und ohne Brillenfassung oder Kontaktlinsen
Heilbehelfe gemäß § 137 Abs. 3 ASVG, § 65 Abs. 3 B-KUVG, § 93 Abs. 3 GSVG, § 87 Abs. 3 BSVG: ständig benötigte Heilbehelfe, die in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen; 10 Prozent der Kosten für solche Heilbehelfe sind von der versicherten Person zu tragen.
andere Heilbehelfe und Hilfsmittel: z. B. Hörgeräte, Sprechgeräte oder Körperersatzstücke

Quelle: ÖGK; Berechnung und Darstellung: GÖG

Heilbehelfe dienen der Heilung und Linderung eines Krankheitszustandes sowie der Vorbeugung gegen eine Verschlimmerung, z. B. orthopädische Schuheinlagen, Brillen, Bandagen etc. **Hilfsmittel** übernehmen bei körperlichen Einschränkungen diese mangelnden Funktionen, z. B. Hörgeräte, Prothesen, Rollstühle etc.

4.4 Medizinisch-technische Großgeräte

Zu den medizinisch-technischen Großgeräten laut ÖSG 2023 (inkl. Großgeräteplan) gehören

- Computertomografiegeräte (CT-Geräte)
- Magnetresonanztomografiegeräte (MRT-Geräte)
- Single-Photon-Emissions-Computer-Tomografie-Geräte (SPECT; inkl. SPECT-CT)
- Coronarangiographische Arbeitsplätze (Herzkatheterarbeitsplätze) (COR)
- Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) (Linearbeschleuniger)

- Positronen-Emissions-Tomographie-Geräte (PET-CT)

Im **bundesweiten Großgeräteplan (GGP)** werden die medizinisch-technischen Großgeräte festgelegt, die der öffentlichen Versorgung dienen. Der Großgeräteplan enthält die jeweils bundesweit sowie je Bundesland erforderliche Anzahl der Großgeräte (intramural und extramural). Zur Versorgung der Tiroler Bevölkerung und der Gastpatientinnen und Gastpatienten standen im Bereich der Sachleistungsversorgung im Jahr 2023 insgesamt 22 CT-Geräte, 18 MRT-Geräte, 4 COR, 5 STR, 5 SPECT und 2 PET zur Verfügung. In Tirol ist dabei im Österreich-Vergleich speziell bei den MRT-Geräten eine stärkere Gewichtung des intramuralen Sektors zu beobachten.

5 Integrierte Versorgung

Die Lebenserwartung wird österreichweit bis zum Jahr 2030 ansteigen, was auch zu einem Anstieg von schweren chronischen Erkrankungen führen wird. Beispielsweise ist statistisch betrachtet mindestens jeder und jede zweite Tiroler:in im Laufe seines oder ihres Lebens direkt oder indirekt (z. B. aufgrund der Erkrankung eines An- bzw. Zugehörigen) von einer chronischen Erkrankung betroffen. Der Anstieg chronischer Erkrankungen hat die Zunahme komplexer Behandlungsfälle zur Folge. Hinzu kommt, dass Österreich im internationalen Vergleich eine hohe Krankenhaushäufigkeit aufweist. Da hochspezialisierte medizinische Angebote vorwiegend zentral angeboten werden, spielt die **wohnortnahe Versorgung** des peripheren Raums dabei eine zentrale Rolle.

Um diesen Herausforderungen entgegenzutreten, sind neue, moderne, zukunftsorientierte Versorgungsstrukturen notwendig. In diesem Sinn haben sich der Bund, die Länder und die Sozialversicherung im Rahmen des partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems der österreichischen Gesundheitsversorgung darauf verständigt, die integrierte Versorgung, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, zu stärken und interdisziplinäre und multiprofessionelle sowie intersektorale Formen der Zusammenarbeit auszubauen sowie Behandlungsprozesse und Versorgungsstandards zu definieren. Die entsprechenden Vorgaben finden sich in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (LGBl. Nr. 68/2017) bzw. im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene der Zielsteuerung-Gesundheit. Die dort festgelegten Grundsätze werden auf Landesebene durch die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen spezifiziert.

Als integrierte Versorgung wird eine **patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende, interdisziplinäre und/oder multiprofessionelle und nach standardisierten Versorgungskonzepten ausgerichtete Versorgung** verstanden (Art. 3 Z. 7 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit).

5.1 Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol

Schon im Jahr 2010 haben sich die Tiroler Partner der Zielsteuerung-Gesundheit – neben dem Land Tirol sind das der Bund, der Tiroler Gemeindeverband sowie die Sozialversicherungsträger – zur integrierten Versorgung als innovative Versorgungsform bekannt und es wurden dazu mehrere Maßnahmen gestartet. Erfolgreich umgesetzte Projekte sind beispielweise der ambulante Schlaganfallpfad (vgl. Kapitel 5.2), die Hospiz- und Palliativversorgung Tirol (vgl. Kapitel 5.5) und HerzMobil Tirol (vgl. Kapitel 5.2). Nach deren erfolgreicher lokaler Implementierung war es das Ziel, die Projekte auf ganz Tirol auszurollen. Dafür benötigte es eine spezielle Struktur: 2017 wurde zu diesem Zweck das **Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) Tirol** gegründet und beauftragt, die Akteure der Gesundheitsversorgung sowie die spezialisierte Pflege in Tirol enger zu vernetzen und zu koordinieren. Zudem wurde die Versorgung besonders im Bereich schwerer chronischer Erkrankungen neu organisiert. Darüber hinaus dient das LIV Tirol als verbindendes Element zwischen der intra- und der extramuralen Versorgung.

Als Einheit der tirol kliniken ist das LIV Tirol Teil der Tirol Kliniken GmbH Holding. Das Netzwerk des LIV Tirol hat sich in den vergangenen Jahren stetig erweitert. Multidisziplinäres und

interprofessionelles Arbeiten ist ein wesentlicher Faktor bei der Umsetzung der Projekte, welche die vielen Partner:innen und Unterstützer:innen des LIV Tirol mittragen.

Gemeinsam mit dem Land Tirol, dem Tiroler Gesundheitsfonds und den Tiroler Sozialversicherungsträgern werden vom LIV Tirol folgende **wesentliche Versorgungsprogramme bzw. -projekte** zentral koordiniert, organisiert und umgesetzt:

- HerzMobil Tirol
- Ambulante Schlaganfallversorgung
- Koordination ÄrzteAusbildung Tirol
- Koordinationsstelle Hospiz- und Palliativ
- Koordinationsstelle Demenz
- CareManagement Tirol
- Koordinationsstelle Post-COVID Tirol
- Koordinationsstelle Prävention (vgl. Kapitel 9.5)
- Stabsstelle Strukturentwicklung Pflege
- Institut für klinische Epidemiologie Tirol (IET)
- Koordinationsstelle für Gesundheitsvernetzung und TeleHealth

Mit Stand Ende 2023 waren am LIV Tirol knapp 60 Mitarbeiter:innen beschäftigt. Im Jahr 2024 kommen weitere integrierte Versorgungsprojekte in den Bereichen Demenz, psychische Erkrankungen rund um die Geburt und Diabetes mellitus hinzu.

5.2 HerzMobil Tirol

Hintergrund

Die zunehmende Prävalenz von **Herz-Kreislauf-Erkrankungen (HKE)** und deren Behandlung haben sich in den letzten Jahrzehnten als große Herausforderung im Gesundheitswesen erwiesen. Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) und die koronare Herzkrankheit (KHK) sind die bedeutendsten Vertreter von HKE. Die Entwicklung einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche) ist eine häufige Folge dieser Erkrankungen. Die Herzinsuffizienz wiederum ist gekennzeichnet von häufigen Wiederaufnahmen im Krankenhaus und einer hohen Mortalität.

Ziel des Disease-Management-Programms (DMP) HerzMobil Tirol ist demgemäß die nachhaltige Stabilisierung von Herzinsuffizienz-Patientinnen und -Patienten durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Optimierung der medikamentösen Therapie. Zudem werden Schnittstellen in der Versorgung von chronisch Erkrankten durch die koordinierte Betreuung entschärft und die Patientinnen und Patienten sowie deren An- und Zugehörige erfahren Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung.

Das Programm

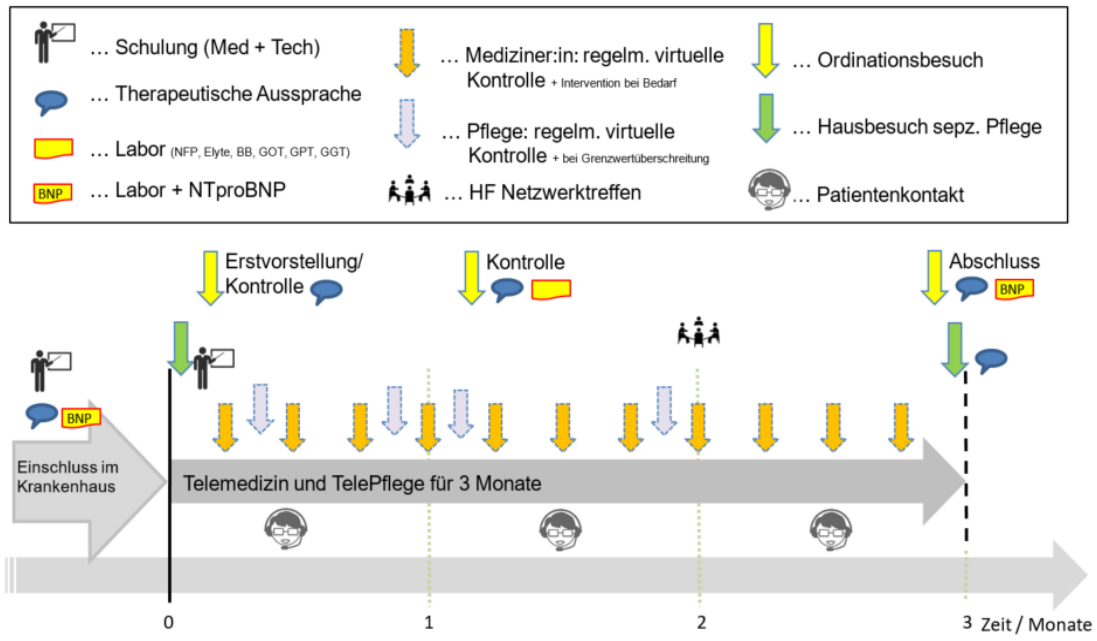
Die **Zuweisung** zum DMP erfolgt meist noch im Krankenhaus nach einer Aufnahme aufgrund einer akuten kardialen Dekompensation. Falls möglich, findet dort auch eine Schulung zur Erkrankung und eine Einführung in die Handhabung des zur Verfügung gestellten Gerätesets, bestehend aus Körperwaage, Blutdruckmessgerät und ggf. einem Smartphone, statt. Wenige Tage

nach der **Entlassung** erfolgt ein **Hausbesuch** durch eine **spezialisierte DGKP,** welche weitere Schulungsinhalte vermittelt und die korrekte Einnahme der verordneten Medikamente sicherstellt. Zusätzliche Hausbesuche sind im Bedarfsfall möglich, die laufende **dreimonatige Betreuung** erfolgt aber über telefonische Kontakte und/oder Mitteilungen mittels SMS/Feedback. Nach einer ersten Vorstellung bei **der betreuenden Netzwerkärztin bzw. dem betreuenden Netzwerkarzt** finden weitere ärztliche Visiten nach ca. 4 Wochen und zum Abschluss des Programms nach 3 Monaten statt. Der pflegerische Abschluss der Betreuung erfolgt ebenfalls nach 3 Monaten.

Während der 3 Monate dauernden Teilnahme am DMP erfassen die Patientinnen und Patienten mit dem zur Verfügung gestellten Geräteset täglich Blutdruck, Puls, Gewicht, das tägliche Wohlbefinden sowie die Einnahme der verordneten Medikamente und übermitteln die Daten an einen zentralen Server.

Die **regelmäßige Telemonitoring-Sichtung** und Bewertung der übertragenen Parameter durch die spezialisierten DGKP und die betreuenden Netzwerkärztinnen und -ärzte sichert eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten in der sehr vulnerablen Phase nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Eine laufende Optimierung der medikamentösen Therapie bis zur Zieldosis kann so unter kontrollierten Bedingungen erfolgen. Auch können eine eventuelle Verschlechterung des körperlichen Zustands frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Die teilnehmenden Patientinnen und Patienten erlernen in dieser Zeit zudem den verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Erkrankung und können auch nach dem Ende der Betreuungszeit ihre erhobenen Messwerte richtig interpretieren und ggf. selbst entsprechende Schritte (wie Arztkontakt, Dosisadaptierung eines Medikaments usw.) einleiten (vgl. Abbildung 64).

Abbildung 64: Schematische Darstellung des Ablaufs von HerzMobil Tirol



Quelle: LIV Tirol (2024)

Die **Wirksamkeit des Programms** konnte in mehreren Studien belegt werden. So konnten Pölzl et al. (2022) aufzeigen, dass durch die Versorgung von HerzMobil Tirol die 1-Jahres-Mortalität sowie die Krankenhauswiederaufnahme im Vergleich zu einer Standardversorgung signifikant reduziert wurde. Außerdem kann durch die Teilnahme am Programm das Selbstmanagement innerhalb der 3 Monate signifikant gesteigert werden. Darüber hinaus zeigt die Kosteneffektivitätsanalyse von Egelseer-Bründl et al. (2024), dass das Programm HerzMobil Tirol im Vergleich zu einer Standardversorgung kostengünstiger und effektiver ist.

Rechtsträger des DMP ist die Tirol Kliniken GmbH, koordiniert wird es vom LIV Tirol. HerzMobil Tirol wird vom Tiroler Gesundheitsfonds, dem Land Tirol und den Tiroler Sozialversicherungsträgern gemeinsam finanziert. Seit 2017 befindet sich das Programm in der Regelversorgung.

Unterstützung durch Telemedizin

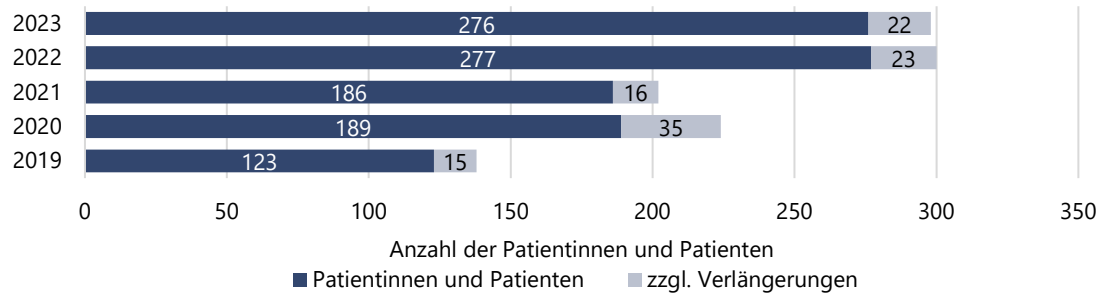
Durch die Unterstützung mittels Telemedizin können die Patientinnen und Patienten in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung gesundheitsrelevante Daten aufzeichnen, um diese dem Netzwerk, bestehend aus niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten und DGKP, zur Beurteilung zur Verfügung zu stellen. Die Datenübertragung erfolgt mithilfe eines Mobiltelefons und der vorinstallierten HerzMobil-App. Die erfassten Daten werden automatisch an die telemedizinische Datenzentrale der Tirol Kliniken GmbH übermittelt. Hierfür wird auf dem Mobiltelefon eine geschützte Internetverbindung aufgebaut und die sensiblen Daten werden sicher verschlüsselt an die Datenbank in der IT-Infrastruktur der tirol kliniken übertragen.

IST-Stand

Aktuell wird das DMP in **allen Tiroler Bezirken** angeboten und medizinisch von ca. 65 Netzwerkärztinnen und -ärzten (FÄ für Allgemeinmedizin und Innere Medizin) und pflegerisch von ca. 18 DGKP (ca. 8,5 VZÄ) analog zum Behandlungsprozess begleitet.

Im Rahmen von HerzMobil Tirol sind im Zeitraum von 2019 bis 2023 1.051 herzinsuffiziente Patientinnen und Patienten versorgt worden. Nach kontinuierlich steigenden Patientenzahlen wurden im Jahr 2023 insgesamt 276 Patientinnen und Patienten in das Programm aufgenommen (vgl. Abbildung 65), darunter waren 22 Patientinnen und Patienten mit verlängerter Betreuungszeit.

Abbildung 65: Patientinnen und Patienten bei HerzMobil Tirol – Herzinsuffizienz, 2019–2023



Quelle: LIV Tiro; Darstellung: GÖG

Von 836 ausgewerteten Patientinnen und Patienten waren 67,8 Prozent männlich (n = 567) und 32,2 Prozent weiblich (n = 269). Das mediane Alter betrug bei Aufnahme in das Programm HerzMobil Tirol 76 (67–82) Jahre. Die Männer waren im Median 74 (64–82) Jahre und die Frauen 78 (72–83) Jahre alt.

Im Rahmen von HerzMobil Tirol werden zudem **Projekte zu weiteren kardiovaskulären Schwerpunkten** umgesetzt. So hat zum Beispiel das Projekt „Bluthochdruck" (gemeinsam mit der BVAEB ab 2020, KUF ab 2023 und SVS ab 2024) die optimale oder verbesserte Einstellung von erhöhten Blutdruckwerten der Teilnehmer:innen zum Ziel. Die Projekte „KHK – koronare Herzkrankheit" und „TAB – Telemedizinisch assistierte Bewegung" widmen sich der Gesundheitsberatung und der Bedeutung der Schulung in Koordination, Ausdauer, Kraft und Atmung.

Im Jänner 2024 startete das **Projekt „Optimierung vor Herzoperation"** (finanziert von der Tirol Kliniken GmbH) mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten vor einer geplanten Bypass- und/oder Herzklappenoperation optimal vorzubereiten, um den postoperativen Outcome zu verbessern. Patientinnen und Patienten werden vor der Herzoperation medikamentös optimal eingestellt und durch Information, Beratung und Schulung durch eine spezialisierte Pflegeperson und eine Trainingstherapeutin auf die Operation vorbereitet. Dadurch verringert sich die Angst vor der Operation und verbessert sich die körperliche Fitness.

Ausblick

Es finden laufend **Adaptierungen und Optimierungen** statt, um ein noch effizienteres Versorgungsnetzwerk zu etablieren. Beispielsweise ist ein modulares Angebot angedacht, um den individuellen Bedarf der Betroffenen noch effizienter zu treffen. Auch der **Einsatz von telemedizinischen Leistungen** (Datenkontrolle, Teletherapie, Telekonsultation usw.) zur Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich wird überlegt.

5.3 Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall

Der Schlaganfall stellt eine große medizinische und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Die Erkrankung steht an vorgereihter Stelle der Todesursachenstatistik, ist die häufigste Ursache einer körperlichen Behinderung im Erwachsenenalter und eine häufige Ursache für die Entstehung einer Demenz oder Depression. Die Anzahl der Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Tirol liegt über die letzten Jahre stabil in einer Größenordnung zwischen 1.400 und 1.500 jährlichen Ereignissen, also passieren im Schnitt ca. 4 Schlaganfälle pro Tag.

Für die **Versorgung** von Schlaganfallpatientinnen und -patienten stehen in Tirol im **stationären Bereich** 3 Stroke Units (LKH Innsbruck, BKH Kufstein, BKH Lienz), 3 neurologische Abteilungen (LKH Innsbruck, BKH Kufstein, BKH Lienz), die internistischen Abteilungen der Akutkrankenhäuser (BKH Reutte, KH Zams, BKH Schwaz, BKH St. Johann, LKH Hall), eine Akutnachbehandlung in einer Sonderkrankenanstalt (LKH Hochzirl), 2 Akutnachbehandlungseinheiten in Bezirkskrankenhäusern (Kufstein, Lienz) und das Rehabilitationszentrum Münster zur Verfügung. Die Krankenhäuser ohne Stroke Units sind über den Schlaganfallpfad Tirol an die Stroke Units angebunden.

Der **Tiroler Schlaganfallpfad** ist einzigartig und international vielbeachtet. Er deckt die Schlaganfallversorgung vom Notruf bis zur ambulanten Rehabilitation ab und es gibt wissenschaftliche

Belege dafür, dass Schlaganfallpfade zu einer besseren Chance für eine komplette Genesung führen (Willeit et al. 2015). Der Schlaganfallpfad Tirol stellt sicher, dass alle Schlaganfallpatientinnen und -patienten in das für sie optimale Krankenhaus transferiert werden, und verbindet damit Vorteile einer zentralisierten Spitzenmedizin und wohnortnahen Behandlung (Umsetzung 2009). Einzigartig ist auch der Aufbau einer qualitätskontrollierten, standardisierten **ambulanten Nachsorge** (Umsetzung und sukzessive Ausrollung 2010 bis 2020).

Die **ambulante Nachsorge** startet mit der Anmeldung durch ein Krankenhaus bzw. eine stationäre Reha-Einrichtung und endet mit der Entlassung aus der ambulanten Therapie. In den Netzwerken wird den Schlaganfallpatientinnen und -patienten wohnortnah im häuslichen Setting eine interdisziplinäre Betreuung und Behandlung durch niedergelassene Physio- und Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten, Logopädinnen bzw. Logopäden, die behandelnde Hausärztin bzw. den behandelnden Hausarzt sowie die niedergelassene Fachärztin bzw. den niedergelassenen Facharzt für Neurologie zur Verfügung gestellt. Die Kontaktaufnahme mit dem lokalen Schlaganfallkoordinator erfolgt digital unterstützt durch das entlassende Krankenhaus bereits vor der Entlassung, was eine große Entlastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen bedeutet. Die bereitgestellte Behandlung ist nicht nur wohnortnah, sondern erfolgt in den meisten Fällen in den eigenen vier Wänden der Patientin bzw. des Patienten. Angehörige können in die Behandlung und ihre Umsetzung im Alltag aktiv integriert werden. Für den Aufbau des Netzwerks wurden die lokalen Ressourcen nicht verändert. Die Akzeptanz des Behandlungsangebots und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den angebotenen Leistungen sind sehr groß. Seit 2019 wird die ambulante Versorgung von Personen, die einen Schlaganfall erlitten, durch eine **digitale Plattform** unterstützt, die die Koordination und Dokumentation der ambulanten Schlaganfall-Nachsorge einheitlich und transparent darstellt. Dies dient als digitale Patientenakte und unterstützt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im extramuralen Kontext.

Die Bevölkerung wird alle zwei Jahre mittels einer breit angelegten Informationskampagne zur Symptomerkennung und zu einer entsprechenden Vorgehensweise bei Schlaganfall sensibilisiert.

Im **integrierten Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol** sind die optimale Patientenbehandlung und die effiziente Ablauforganisation in den Behandlungsstufen prähospitale Phase, hospitale Phase, stationäre Rehabilitation/Akutnachbehandlung und ambulante Rehabilitation beschrieben.

Die Prozessabläufe sowie die Schnittstellen zwischen den Phasen sind gemeinsam mit unterstützenden Dokumenten (z. B. Entscheidungshilfen, Checklisten, Schulungsvideos, Therapieempfehlungen, Arbeitsblättern) unter der **Webadresse** https://schlaganfallpfad.tirol-kliniken.at abrufbar und unterliegen einer laufenden Überarbeitung.

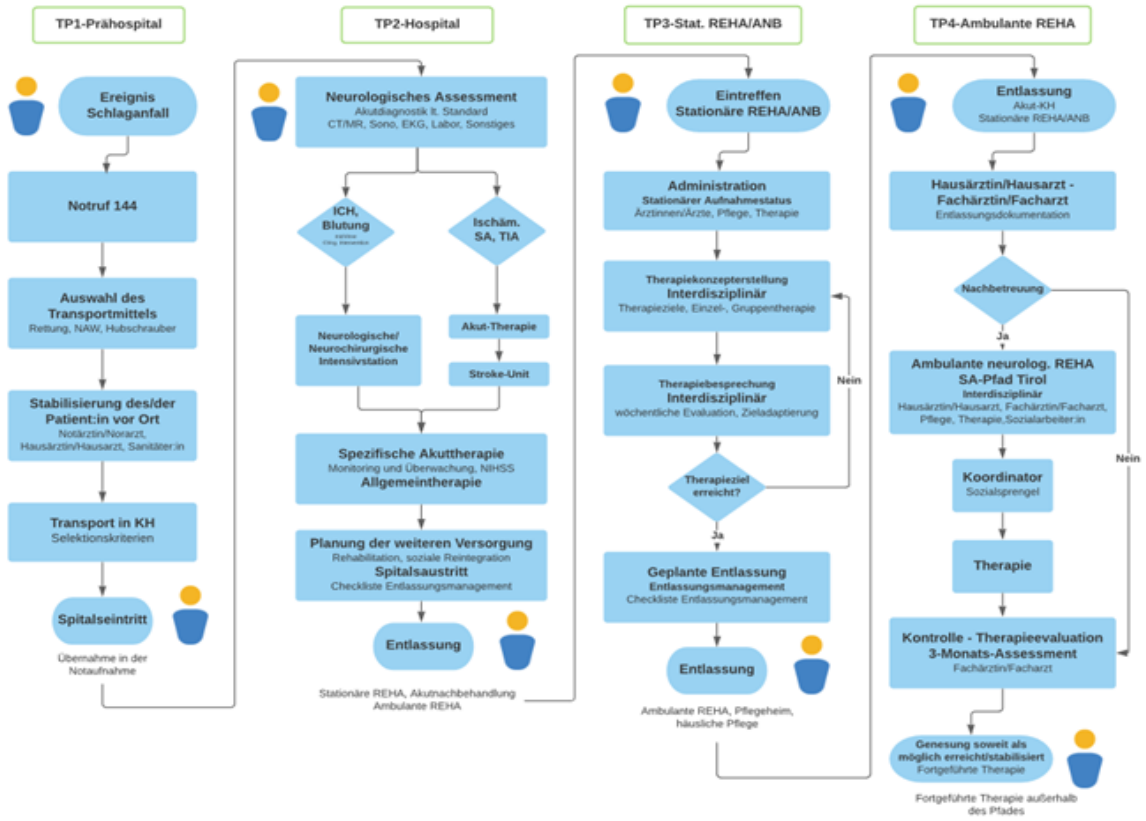
Ein aus dem Tiroler Gesundheitsfonds gespeistes pfadspezifisches Dokumentationssystem ermöglicht es, erzielte Ergebnisse mit definierten Zielen zu vergleichen und Abweichungen festzustellen. Diese begleitende Analyse bildet die Grundlage für die kontinuierliche Verbesserung des Pfades und die Basis dieses Berichts. Einige Eckdaten aus dieser Dokumentation finden sich in Tabelle 45 im Tabellenanhang.

Weiterführende Informationen zum Schlaganfallpfad finden sich auf folgenden Internetseiten:

- **Website Land Tirol:** www.schlaganfall-tirol.info
- **Website Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol:** www.schlaganfall-tirol.at
- **Website tirol kliniken – Pfaddokumente:** https://schlaganfallpfad.tirol-kliniken.at

Der Integrierte Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol ist in nachfolgender Abbildung 66 grafisch dargestellt:

Abbildung 66: Integrierter Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall Tirol – Gesamtübersicht



Quelle: Tirol Kliniken (2021)

5.4 Versorgungsnetzwerk und Koordinationsstelle Post-COVID Tirol

Hintergrund

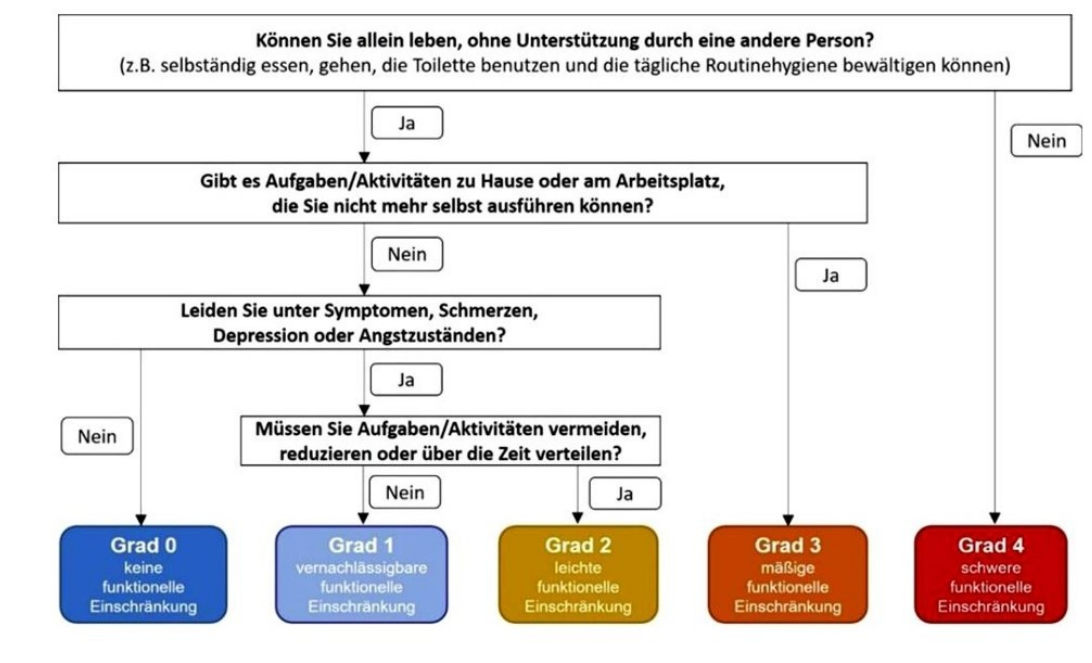
Auf Initiative des Landes Tirol wurde im Sommer 2021 in einer multidisziplinären Projektgruppe ein **Behandlungsmodell Post-COVID Tirol samt Behandlungspfad für die ambulante Versorgung** erarbeitet. Das Konzept basiert unter anderem auf den Empfehlungen der Bundes-Zielsteuerungskommission und den Vorgaben der „Leitlinie S1 für das Management postviraler

Zustände am Beispiel Post-COVID-19" der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) (Rabady et al. 2023) (vgl. auch Kapitel 7.5).

Das Programm

Die erste **Abklärung** einer möglichen Post-COVID-Erkrankung erfolgt durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, von denen auch eine erste Diagnose gestellt wird. Diese erste Abklärung soll dazu dienen, den Schweregrad der Erkrankung anhand der „KLOK-Skala" (Post-COVID-19-Skala des funktionellen Status; vgl. Abbildung 67) festzustellen.

Abbildung 67: KLOK-Skala (Post-COVID-19-Skala des funktionellen Status)



Quelle: Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften[25] (2024)

Die **Leitlinie S1** der **ÖGAM** empfiehlt, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten nach der Basisdiagnostik so früh wie möglich – je nach Symptomatik – in eine wohnortnahe Therapie (Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialberatung, Diätberatung, Case Management, Rehabilitationseinrichtung, mobile Betreuung etc.) überweisen (Rabady et al. 2023).

Sollte die **Einstufung** eine Einschränkung größer als KLOK 2 ergeben, kann die Patientin bzw. der Patient an die Koordinationsstelle Post-COVID Tirol überwiesen werden. Zu diesem Zweck ist gemeinsam mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt eine Checkliste auszufüllen, die in weiterer Folge an die Koordinationsstelle Post-COVID Tirol übermittelt wird.

[25] https://www.kl.ac.at/de/allgemeine-gesundheitsstudien/long-covid-leitlinie/downloads [Zugriff am 02.10.2024]

Danach wird über die Koordinationsstelle die **multiprofessionelle, fachübergreifende Versorgung** individuell koordiniert. Die Koordinationsstelle übernimmt auch eine Schlüsselfunktion in der Betreuung der Patientinnen und Patienten, indem sie im Rahmen von persönlichen Gesprächen das Verständnis für die Post-COVID-Erkrankung und den adäquaten Umgang mit deren Folgen fördert.

Finanziert wird die Koordinationsstelle vom Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und den Sozialversicherungsträgern.

IT-Unterstützung

Mit Beginn der Tätigkeit der Koordinationsstelle wurden die **Website Post-COVID** (www.postcovid.tirol) als niederschwellige Informationsplattform eingerichtet und die ersten IT-Komponenten zur telemedizinischen Unterstützung in Betrieb genommen. Parallel wird der Aufbau einer Datenbank vorangetrieben, um deskriptive Daten über Krankheitslast und Prävalenz schwer betroffener Post-COVID-Patientinnen und -Patienten zu erfassen, die eine spezialisierte multidisziplinäre Diagnostik und Therapie benötigen.

Implementierung, Ausrollung und Koordination

Im Auftrag der Landes-Zielsteuerungskommission wurde am LIV Tirol im Oktober 2021 die Koordinationsstelle Post-COVID Tirol eingerichtet. Die Koordinatorin hat ihre Tätigkeit im Ausmaß von 0,5 VZÄ mit 01.10.2021 aufgenommen. Mit 01.01.2023 wurde diese Koordinationsstelle um 0,5 VZÄ erweitert.

IST-Stand

Bis Mitte 2024 wurden mehr als **750 Patientinnen und Patienten** mit komplexer Symptomatik in das Versorgungsprogramm aufgenommen, von denen etwa zwei Drittel weiblich sind. Das mittlere Alter liegt zwischen 30 und 50 Jahren. Zu den häufigsten genannten Symptomen gehören Fatigue, kognitive Störungen sowie POTS (Posturales Tachykardiesyndrom) und PEM (Post Exertional Malaise), oft begleitet von psychischen Belastungen. Viele Betroffene sind nicht mehr oder nur noch in Teilzeit arbeitsfähig bzw. ausbildungsfähig und wenden sich an die Koordinationsstelle, um Unterstützung bei sozialen und finanziellen Problemen zu erhalten.

Ausblick

Die Koordinationsstelle Post-COVID Tirol soll sich zukünftig zu einer Koordinationsstelle für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit anderen postinfektiösen Krankheitsbildern weiterentwickeln.

5.5 Hospiz- und Palliativversorgung

Hintergrund

Eine fortschreitende, unheilbare Krankheit belastet die Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen oft stark. Dies liegt an der allgemeinen Belastungssituation, den schweren Symptomen und den häufigen Krankenhausaufenthalten, was die Lebensqualität einschränkt. Auch wenn eine Heilung nicht möglich ist, können medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Unterstützung dabei helfen, Symptome zu lindern, Belastungen zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern.

Die systematische **Verankerung der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung** im österreichischen Gesundheitssystem erfolgte erstmals im Jahr 1999. Seit 2001 wurde der flächendeckende Auf- und Ausbau von Palliativstationen in den Akutkrankenhäusern zwischen dem Bund und allen Bundesländern vereinbart und konkret geplant. Dies war der erste Schritt zu einem alle Versorgungsbereiche umfassenden Hospiz- und Palliativversorgungskonzept in Österreich.

Seit dem Jahr 2005 besteht zwischen dem Bund und allen Bundesländern im Rahmen der jeweils gültigen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens Einvernehmen darüber, dass dem **Ausbau einer österreichweit gleichwertigen, flächendeckenden abgestuften Versorgung im Hospiz- und Palliativbereich** Priorität zukommt.

Das Programm

Der Hospiz- und Palliativbereich Tirol umfasst die Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen jeden Alters und schließt auch die Betreuung der An- und Zugehörigen mit ein.

Im Vordergrund der Betreuung steht die Verbesserung der Lebensqualität durch frühzeitiges Erkennen und professionelle Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art. Versorgt werden Menschen mit Tumorerkrankungen, chronischen Erkrankungen wie etwa Herzinsuffizienz, chronischen Lungenerkrankungen und mit neurologischen Erkrankungen wie ALS (Amyotrophe Lateralsklerose), auch Multimorbidität und Demenz können eine Rolle spielen.

Die Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung sind komplexen Situationen mit schwierigen Fragestellungen vorbehalten. Anhaltspunkt zur Beurteilung der Komplexität einer Situation ist das Vorhandensein einer ausgeprägten Symptomlast wie beispielsweise von Schmerzen, Fatigue, aber auch neurologischen, kardialen, gastrointestinalen oder sonstigen belastenden Symptomen. Zudem wird die soziale und psychosoziale Situation mitbeurteilt. Von der spezialisierten Versorgung werden die Angebote der Grundversorgung unterschieden. So leisten Krankenhäuser, Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen und der ambulante Bereich eine allgemeine palliative Versorgungsarbeit.

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Tirol ist ein tragfähiges **Netzwerk** aus zahlreichen Partnerinnen und Partnern. Das LIV Tirol wurde vom Land Tirol und den Tiroler Sozialversicherungsträgern beauftragt, die Hospiz- und Palliativversorgung in Tirol zu koordinieren. In ihrem

Aufgabenbereich liegt die Koordination sämtlicher Angebote der abgestuften spezialisierten Versorgung (wie der Mobilen Palliativteams, der Palliativkonsiliardienste und des Kinderpalliativteams) sowie die Vernetzung aller weiteren Systempartner. Darüber hinaus ist die Koordinationsstelle für Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Datenerhebung und Berichtswesen sowie für die Weiterentwicklung zuständig. **Auf der Website der Koordinationsstelle** (www.palliativ-tirol.at) wird die Versorgungslandschaft Tirols abgebildet, und es werden Informationen für Netzwerkpartner:innen sowie für Betroffene und An- und Zugehörige zur Verfügung gestellt.

Mobile Palliativteams stehen Hausärztinnen und Hausärzten, Kinderärztinnen und -ärzten, den mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen, den Alten- und Pflegeheimen und den Behindertenеinrichtungen beratend und unterstützend zur Seite und begleiten Betroffene und ihre An- und Zugehörigen in ihrer gewohnten Umgebung. Palliativkonsiliardienste agieren innerhalb des Krankenhauses und unterstützen das medizinische und Gesundheitspersonal bei schwierigen Fragestellungen in der Behandlung und Begleitung von Menschen am Lebensende. Sie koordinieren auch die Übergänge vom Krankenhaus in die häusliche Umgebung.

Ehrenamtliche Hospizmitarbeiter:innen sind bereits seit Jahren in allen Bezirken tätig. Sie schenken Zeit, sind geschulte Gesprächspartner:innen und können Angehörige entlasten. Die Koordination der ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen erfolgt über die Regionalbeauftragten der Tiroler Hospizgemeinschaft. Die Tiroler Hospizgemeinschaft hat ihren Sitz im Hospizhaus Tirol in Hall in Tirol.

Im Hospizhaus Tirol finden sich

- die Palliativstation,
- das Mobile Palliativteam Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land,
- das Tageshospiz, die Palliativambulanz,
- die Koordination der Ehrenamtlichen sowie
- die Akademie

unter einem Dach.

Palliativbetten gibt es in den Bezirkskrankenhäusern

- Lienz,
- Kufstein,
- Schwaz sowie
- im Landeskrankenhaus Natters und
- im Hospizhaus Tirol in Hall in Tirol.

Implementierung, Ausrollung sowie Koordination

Ab 2008 wurde die Hospiz- und Palliativversorgung in Tirol sukzessive ausgebaut. Seit September 2019 gibt es eine **flächendeckende Hospiz- und Palliativversorgung** in allen Bezirken Tirols. Der Ausbau wurde durch ein Reformpool-Projekt und nachfolgend ab 2014 als Projekt der Landes-Zielsteuerung beauftragt. 2017 wurde dazu die Koordinationsstelle Hospiz- und Palliativversorgung Tirol mit 0,75 VZÄ am LIV Tirol eingerichtet. 2023 wurde die Stelle der Koordination um eine Assistenzstelle, ebenfalls mit 0,75 VZÄ, erweitert.

IST-Stand

Seit 2019 gibt es mit den 7 **Mobilen Palliativteams**, 8 **Palliativkonsiliardiensten**, 29 **Palliativbetten**, einem **mobilen Kinderpalliativteam**, 2 **Kinderpalliativbetten** und 23 **ehrenamtlichen Hospizteams** eine flächendeckende spezialisierte Versorgung in Tirol. Im **Hospizhaus** in Hall in Tirol steht den Betroffenen neben der Palliativstation zusätzlich ein **Tageshospiz** mit 6 Plätzen und eine **Palliativambulanz** zur Verfügung. 2023 wurde das Tageshospiz der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft in die öffentliche Finanzierung aus den Mitteln gemäß dem Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG) übernommen.

Ausblick

Neben dem Erhalt und der Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen zeigt sich ein Bedarf am **Auf- und Ausbau** einzelner weiterer Versorgungsangebote.

Insbesondere zeigt sich die Notwendigkeit von **stationären Hospizbetten**. Während Palliativbetten in einem Akutkrankenhaus dem Auftrag nachkommen, komplexe Symptome zu stabilisieren, um eine weitere Versorgung zu Hause oder in einer anderen Betreuungseinrichtung zu ermöglichen, bieten stationäre Hospize eine längerfristige Betreuung bis zum Ableben von Palliativpatientinnen und -patienten sowie die Begleitung der An- und Zugehörigen auch über den Tod hinaus. Aktuell gibt es in Tirol noch keine Hospizbetten. Die Landes-Zielsteuerungskommission hat am 12.12.2022 mit einem Zeithorizont bis 2025 den Aufbau von 12 stationären Hospizbetten beschlossen. Bis 2030 sollen bis zu 20 stationäre Hospizbetten zur Verfügung stehen.

Die Planungsrichtwerte im HosPalFG definieren für das Bundesland Tirol einen **Bedarf** von mindestens 2 Einrichtungen des Angebots **Tageshospiz** mit insgesamt 12 Plätzen. Um die Entlastungsangebote für den häuslichen Bereich weiter auszubauen, ist somit die Errichtung von weiteren 6 Tageshospizplätzen geplant.

Für den Bereich der Datenerhebung ergibt sich durch die Vorgaben des HosPalFG eine Änderung. Die bisherige analoge Erhebung wird durch die **Online-Datenerhebung** mittels HosPal-Datenbank abgelöst. Ein kontinuierliches und lückenloses Erfassen aller erhobenen Daten sowie eine transparente Berichterstattung über sämtliche Versorgungsangebote ist das Ziel.

5.6 CareManagement Tirol

Hintergrund

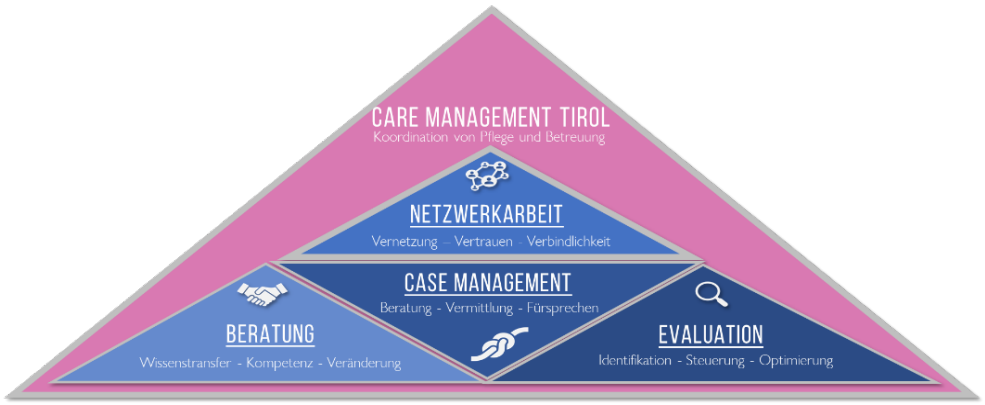
Unsere Gesellschaft wird nicht zuletzt wegen der hervorragenden Gesundheitsversorgung immer älter. Was aber auch dazu führt, dass die Anzahl von Personen mit Pflegebedarf steigt, die zu rund 80 Prozent zu Hause gepflegt werden. Mit der wachsenden Komplexität der Gesellschaft steigen auch die Anforderungen an das Pflegesystem, da immer vielfältigere gesundheitliche, soziale und demografische Herausforderungen bewältigt werden müssen. Faktoren wie der demografische Wandel, chronische Erkrankungen, kulturelle Vielfalt und die zunehmende Vernetzung der Gesundheitsversorgung erfordern eine flexible, interdisziplinäre und individualisierte Pflege und Betreuung, die auf die spezifischen Bedürfnisse jeder und jedes Einzelnen eingehen

kann. Bei komplexen Fällen sind viele Institutionen in die Pflegesituation involviert, es braucht die ärztliche, pflegerische, juristische, häufig auch die psychosoziale Kompetenz. Insbesondere An- und Zugehörige sind in solchen Situationen mit nicht mehr überschaubaren Hürden konfrontiert. Ziel des CareManagement Tirol ist es deshalb auch, dass Betroffenen gerade bei komplexen Fällen schnell und unbürokratisch geholfen wird und die Patientinnen und Patienten bedarfsgerecht versorgt werden.

Das Programm

CareManagement Tirol ist ein interdisziplinärer Ansatz, der darauf abzielt, die **Versorgung** von Klientinnen und Klienten **zu Hause** durch die Koordination verschiedener Dienste und Ressourcen zu optimieren. Die Handlungsfelder des CareManagement Tirol umfassen **Netzwerkarbeit**, Beratung, Case Management und Evaluation. Diese Elemente greifen ineinander, um eine integrierte und umfassende Betreuung zu gewährleisten (vgl. Abbildung 68).

Abbildung 68: Die vier Handlungsfelder des CareManagement Tirol



Quelle: LIV CareManagement Tirol (2023)

- Die **Netzwerkarbeit** schafft eine solide Basis an Ressourcen und Dienstleistungen.
- Durch die **Beratung** erhalten Klientinnen und Klienten und ihre An- und Zugehörigen die notwendigen Informationen und Unterstützung, um umfassende Entscheidungen treffen zu können.
- Das **Case Management** koordiniert die individuelle Betreuung in komplexen Pflege- und Betreuungssituationen und deckt alle Aspekte der Gesundheit und des sozialen Wohlbefindens ab.
- Die **Evaluation** gewährleistet, dass die angebotenen Dienstleistungen effektiv und klientenorientiert bleiben.

Zusammen bilden diese Komponenten ein robustes System, das die Effizienz und Qualität des Gesundheitssystems insgesamt verbessert. Care Manager:innen fungieren als zentrale Kommunikationsschnittstelle, um Versorgungsanbieter:innen im sozial-pflegerischen Betreuungsmanagement von Klientinnen und Klienten in komplexen Problemsituationen zu unterstützen. Dies trägt zur Verbesserung der Pflegequalität und zur Optimierung der mobilen Patientenversorgung bei. Bei Bedarf übernehmen Care Manager:innen das personenbezogene Case Management in Kooperation mit diversen Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Schlüsselaspekte des CareManagement Tirol sind:

- Koordination und Integration: Fokus auf die Koordination zwischen verschiedenen Dienstleisterinnen und Dienstleistern im Gesundheits- und Sozialwesen, um eine integrierte Versorgung sicherzustellen.
- Unterstützung für pflegende Angehörige: Ein wesentliches Element ist die Unterstützung pflegender Angehöriger, die eine zentrale Rolle in der häuslichen Pflege spielen.
- Zugänglichkeit und Niederschwelligkeit: Die Dienste sind niederschwellig und kostenlos, was ihre Nutzung erleichtert und fördert.
- Qualitätssteigerung und Effizienz: Durch ständige Weiterbildung und moderne Pflegetechnologien wird die Pflegequalität kontinuierlich verbessert.
- Netzwerktreffen und Training: Fortbildungsmöglichkeiten für Fachkräfte und die Bevölkerung werden angeboten.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen und Sektoren wird gefördert.
- Regionale Anpassung: Spezielle Bedürfnisse und kulturelle Aspekte der Tiroler Bevölkerung werden berücksichtigt.
- Forschung und Entwicklung: Aktivitäten auch in Forschung und Entwicklung, um innovative Pflegelösungen und -ansätze zu fördern

Neben den oben beschriebenen Aufgaben liegt der Schwerpunkt auf der Unterstützung im Bereich Beratung und Case Management innerhalb der mobilen Pflege- und Betreuungsorganisationen. Die Hauptzielgruppen umfassen:

- Personen in komplexen Pflegesituationen: Menschen, die an chronischen, mehrfachen oder schweren Krankheiten leiden und eine umfangreiche medizinische Betreuung und regelmäßige Überwachung benötigen; diese Gruppe profitiert besonders von der koordinierten Pflege, da die Betroffenen oft Dienste aus verschiedenen medizinischen und sozialen Bereichen benötigen.
- Personen mit chronischen Erkrankungen
- ältere Menschen
- spezifische Patientengruppen mit besonderen Bedürfnissen
- Pflege- und Betreuungsdienstleister:innen, Ämter, Versicherungen, Krankenhäuser, Ärzteschaft, Gemeinden etc.

Das Versorgungsprogramm CareManagement Tirol wird über das Land Tirol, Abteilung Pflege finanziert.

IT-Unterstützung

Die Prozesse des Care Managements von der Informationsaufnahme bis zur bedarfsgerechten Übernahme eines Case Managements werden **digital** in einem dafür speziell entwickelten **Dokumentationssystem** erfasst und dienen neben der Dokumentation auch der Evaluation.

Implementierung, Ausrollung sowie Koordination

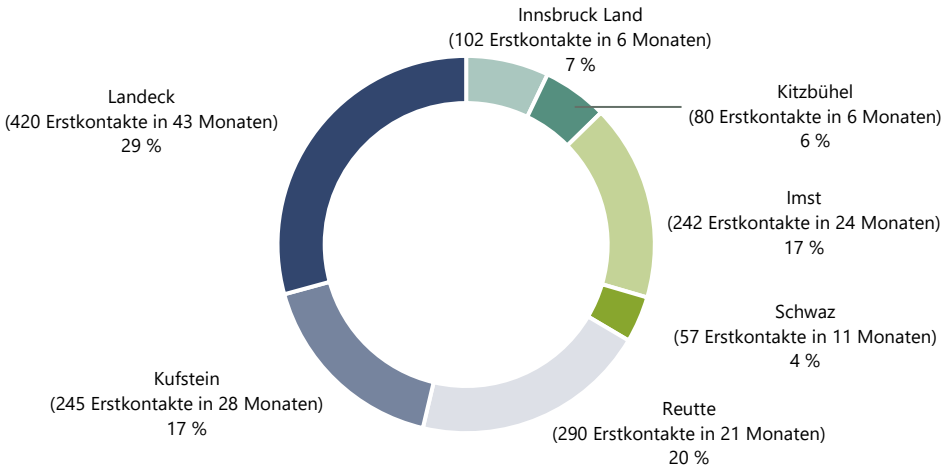
CareManagement Tirol wird seit 2018 im Einklang mit dem Strukturplan Pflege 2012–2022 ausgerollt. Bis Ende 2022 wurden in allen Tiroler Bezirken Koordinationsstellen für Pflege und

Betreuung etabliert. Die Ausrollung wurde durch die Tiroler Privatuniversität UMIT TIROL (Institut für Pflegewissenschaft) wissenschaftlich begleitet.

IST-Stand

Aktuell ist das Versorgungsprogramm CareManagement Tirol **in allen Tiroler Bezirken** mit zumindest einem Vollzeitäquivalent besetzt. Nachfolgende Daten beziehen sich auf die Ausrollungsphase 2019–2022. Die Koordinationsstellen wurden nacheinander aufgebaut, weshalb in diesem Zeitraum nur 7 Bezirke besetzt waren (das Angebot wurde in Innsbruck-Stadt und Lienz erst gegen Ende der Ausrollungsphase implementiert). Im Zeitraum von Juni 2019 bis Dezember 2022 suchten insgesamt 1.436 Betroffene und/oder An- und Zugehörige und/oder Organisationen Kontakt zu den Care Manager:innen (vgl. Abbildung 69).

Abbildung 69: Anzahl der Erstkontakte mit den Care Managerinnen und Managern in Tirol nach Bezirken (exkl. Innsbruck-Land und Lienz[1]), 2019–2022

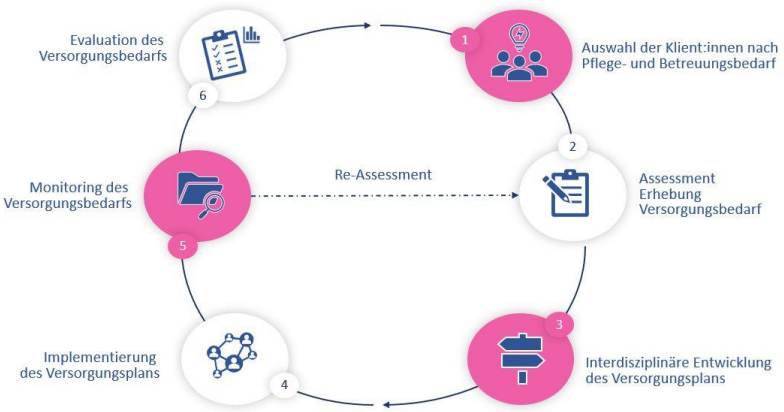


[1] Das Angebot wurde in Innsbruck-Stadt und Lienz erst gegen Ende der Ausrollungsphase implementiert, weshalb diese Bezirke nicht abgebildet sind.

Quelle: LIV CareManagement Tirol 2023; Darstellung: GÖG

Durchschnittlich erfolgten in selbem Zeitraum monatlich ca. 5 komplexe Fallübernahmen in den 7 Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung. Nachfolgende Abbildung 70 stellt den Versorgungspfad dar.

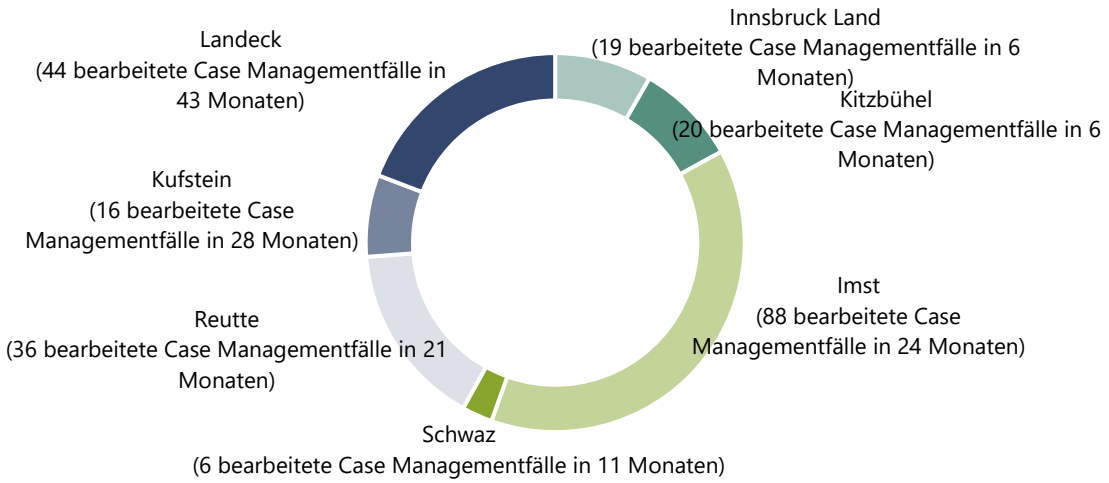
Abbildung 70: Versorgungspfad CareManagement Tirol



Quelle: LIV CareManagement Tirol (2023)

Entsprechend diesem Regelkreis erfolgten im ausgewiesenen Zeitraum durch die Care Manager:innen insgesamt 229 Fallübernahmen in den ausgewiesenen Bezirken (vgl. Abbildung 71).

Abbildung 71: Bearbeitete Case-Management-Fälle in Tirol nach Bezirken, 2019–2022



Das Angebot wurde in Innsbruck-Stadt und Lienz erst gegen Ende der Ausrollungsphase implementiert, weshalb diese Bezirke nicht abgebildet sind.

Quelle: LIV CareManagement Tirol 2023; Darstellung: GÖG

Zudem haben die Care Manager:innen an 1.049 Vernetzungstreffen bzw. Vernetzungskontakten teilgenommen und/oder diese organisiert. Seit 01.01.2023 befindet sich CareManagement Tirol im Regelbetrieb. Alle 9 Tiroler Bezirke sind somit mit Koordinationsstellen für Pflege und Betreuung ausgestattet. 2023 wurden unter insgesamt 1.791 Kontakten 243 Case-Management-Fälle bearbeitet (für weitere Informationen zum Jahr 2023 vgl. Tabelle 46 und Tabelle 47 im Tabellenanhang). In Kooperation mit dem Land Tirol wurde für diplomiertes Pflegepersonal der

kostenlose Universitätskurs Sozial-Pflegerisches Case Management entwickelt, der seit 2020 besteht (seit 2023 ÖGCC-Zertifizierung) und den bereits 41 Teilnehmer:innen absolviert haben.

Ausblick

Die kontinuierliche Evaluation und Anpassung des Programms sorgen dafür, dass es auch zukünftigen Anforderungen gerecht wird und die Basis für den Ausbau von Case Management in den mobilen Diensten darstellt.

5.7 Koordinationsstelle Demenz

Hintergrund

Die große Anzahl von Demenzerkrankungen stellt eine wachsende Herausforderung im Gesundheitswesen dar. Laut WHO leben derzeit weltweit mehr als 55 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung und jährlich kommen rund 10 Millionen Erkrankte hinzu (WHO 2023). In Österreich wird die Zahl von Menschen mit Demenz auf 147.000 Personen geschätzt (Czypionka et al. 2021). Langfristige Prognosen gehen in etwa von einer Verdoppelung der Demenzprävalenz im Zeitraum 2020–2050 aus. Eine Hochrechnung ergibt für Tirol zu Beginn des Jahres 2030 geschätzte 15.850 Personen mit einer demenziellen Erkrankung. Dies entspricht einem Anstieg gegenüber dem Jahr 2020 um rund 3.500 Personen bzw. 28 Prozent.

Die österreichische Demenzstrategie „Gut leben mit Demenz" wurde im Jahr 2015 im Auftrag des Sozialministeriums unter Einbindung eines breiten Kreises von Stakeholdern und betroffenen Personen sowie deren An- und Zugehörigen entwickelt. Mit ihren 7 Wirkungszielen und 21 Handlungsempfehlungen bildet sie das Dach für eine kooperative Umsetzung der Handlungsempfehlungen auf Ebene des Bundes, der Länder, der Gemeinden und aller Bürger:innen (vgl. www.demenzstrategie.at).

Die Koordinationsstelle Demenz Tirol

Seit 2017 ist die am LIV Tirol angesiedelte **Koordinationsstelle Demenz** beauftragt, die **Handlungsempfehlungen** der **österreichischen Demenzstrategie** in Tirol **umzusetzen**. Orientiert an deren Wirkungszielen gliedert sich ihre Arbeit in folgende fünf Handlungsfelder:

- **Zielgerichtete Information über Unterstützungsangebote in Tirol sicherstellen**
  Die Koordinationsstelle Demenz stellt auf der Website www.demenz-tirol.at qualitätsgesicherte Informationen zum Thema Demenz zur Verfügung und ist damit eine zentrale Informationsdrehscheibe zum Thema Demenz in Tirol.
- **Auf- und Ausbau eines nachhaltigen Netzwerks fördern**
  Neben einer breiten Vernetzung der Koordinationsstelle Demenz in verschiedenen Bereichen und Initiativen des Gesundheits- und Sozialbereichs fördert die Vernetzungsplattform „Demenzforum Tirol" den aktiven Austausch von Partnerinnen und Partnern aus verschiedenen Bereichen, die Menschen mit Demenz und/oder deren Angehörige begleiten, betreuen, pflegen oder behandeln.

- **Information und Sensibilisierung durch begleitende Öffentlichkeitsarbeit sicherstellen**
  Die Koordinationsstelle Demenz setzt sich aktiv für die Sensibilisierung der Öffentlichkeit ein, insbesondere anlässlich des Welt-Alzheimertags am 21. September. In Zusammenarbeit mit der Initiative „Demenz braucht Kompetenz" der tirol kliniken organisiert sie Veranstaltungen, um das Bewusstsein für Demenz in der Gesellschaft zu stärken.
- **Angebote zur Stärkung von Kompetenzen bereitstellen**
  In Kooperation mit regionalen Systempartnern bietet die Koordinationsstelle Demenz Betroffenen, Angehörigen und Interessierten durch jährlich stattfindende „Praxistage Demenz – den Alltag meistern" in allen Tiroler Regionen eine kostenlose und niederschwellige Austausch- und Informationsplattform. Alle drei Jahre wird gemeinsam mit der Initiative „Demenz braucht Kompetenz" der tirol kliniken ein interprofessionelles Demenzsymposium für das Fachpublikum organisiert.
- **Zukünftige Versorgungskonzepte erarbeiten**
  Die sektorenübergreifende, also integrierte Versorgung vernetzt verschiedene Fachdisziplinen und Sektoren, um Menschen mit Demenz bestmöglich zu begleiten. Die Koordinationsstelle Demenz entwickelt dazu Maßnahmen und Projekte in Tirol. Im Rahmen des Pilotprojekts „Integrierte Versorgung Demenz" wird in zwei Tiroler Pilotregionen eine zwölfmonatige, bedürfnisorientierte Begleitung für Menschen mit Demenz und ihre Bezugspersonen im Anschluss an die Diagnosestellung angeboten.

Finanziert wird die Koordinationsstelle durch den Tiroler Gesundheitsfonds (TGF) und die Sozialversicherungsträger. Rechtsträger ist die Tirol Kliniken GmbH.

Implementierung und IST-Stand

Die Koordinationsstelle Demenz wurde 2017 im Rahmen eines Pilotprojekts der Landes-Zielsteuerung-Gesundheit am LIV Tirol mit einer Personalausstattung von 0,75 VZÄ eingerichtet und im Jahr 2020 in die Regelversorgung übergeführt. Im Jahr 2021 wurde sie um weitere 0,75 VZÄ erweitert und mit der Erstellung des Konzepts „Integrierte Versorgung Demenz" beauftragt. Aktuell stehen somit 1,5 VZÄ für die Koordinationsstelle Demenz zur Verfügung.

Ausblick

Gemäß den Wirkungszielen der österreichischen Demenzstrategie gilt es in den nächsten Jahren **demenzgerechte Versorgungsangebote in Tirol auszubauen** sowie verstärkt Anreize zu setzen, um die **demenzgerechte Gestaltung von Lebensräumen** zu fördern. Im Herbst 2024 startete die Umsetzung des Pilotprojekts „Integrierte Versorgung Demenz".

6 Personalsituation im Gesundheitswesen

Als Ergänzung zu personalbezogenen Informationen nach Setting in den Kapiteln 4 und 5 werden im vorliegenden Kapitel ausgewählte Berufsgruppen des Gesundheitswesens insgesamt dargestellt.

In Österreich erfassen unterschiedliche Statistiken bzw. Register Angehörige unterschiedlicher Gesundheitsberufe:

- Ärzteliste der ÖÄK
- Gesundheitsberuferegister (Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe, Diplomierte Operationstechnische Assistenz)
- Hebammenregister
- Psychotherapeutenliste
- Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen und Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen
- Musiktherapeutenliste

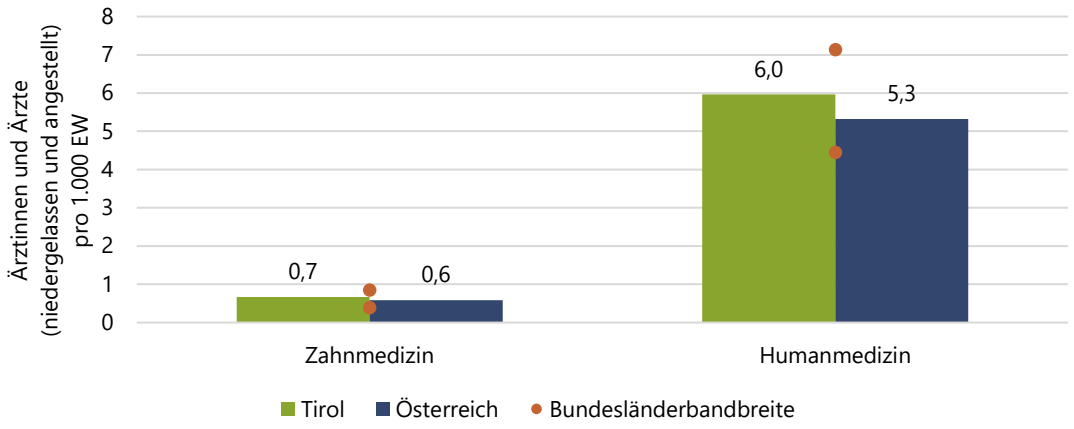
6.1 Ärztinnen und Ärzte

6.1.1 IST-Stand

Tirol liegt Ende 2023 in der **Versorgungsdichte** durch Ärztinnen und Ärzte (angestellt und niedergelassen) **über dem österreichischen Durchschnitt**: In Tirol waren 5.116 Ärztinnen und Ärzte berufstätig (6,6 pro 1.000 EW, Ö: 5,9; BL-Bandbreite: 4,9–8) – davon 514 (0,7 pro 1.000 EW) in der Zahnmedizin (Ö: 0,6 Pro 1.000 EW; BL-Bandbreite: 0,4–8,5) und 4.602 (6 pro 1.000 EW) in der Humanmedizin (Ö: 5,3 pro 1.000 EW; BL-Bandbreite: 4,5–7) (vgl. Abbildung 72). Grundsätzlich angemerkt werden muss mit Blick auf die Bundesländerbandbreite die verhältnismäßig hohe Dichte an Ärztinnen und Ärzten in Wien in allen Fachbereichen. Nach Wien liegt Tirol etwa bei der Zahnmedizin an zweiter Stelle, bei der Humanmedizin und bei der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte allgemein (Human-, Zahnmedizin) an dritter Stelle nach Salzburg. Ein zusätzlicher Blick auf den Fachbereich Allgemeinmedizin zeigt aber, dass Tirol hier knapp unter dem österreichischen Versorgungsdichtedurchschnitt liegt (T: 1,3 pro 1.000 EW; Ö: 1,4; BL-Bandbreite: 1,1–1,6). Weiters gibt es Unterschiede in der Versorgungsdichte je nach Unterteilung in „**angestellt**" und „**niedergelassen**": Liegt Tirol bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten der Humanmedizin mit 4,3 Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 EW über dem österreichischen Durchschnitt von 3,7, zeigt sich unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Humanmedizin ein anderes Bild; Tirol liegt hier mit 1,9 Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 EW knapp unter dem österreichischen Durchschnitt von 2,1.

Unter den insgesamt 1.872 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten der Human- und Zahnmedizin waren im Jahr 2022 834 Kassenärztinnen und Kassenärzte: 204 der Zahnmedizin (0,3 pro 1.000 EW) und 630 der Humanmedizin (0,8 pro 1.000 EW).

Abbildung 72: Ärztinnen und Ärzte (niedergelassen und angestellt) der Zahnmedizin und Humanmedizin mit Berufsausübung in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023



Quelle: Ärzteliste der ÖÄK, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die **Versorgungsdichte** innerhalb Tirols durch Humanmediziner:innen und Zahnmediziner:innen (angestellt und niedergelassen) ist mit knapp 8 Humanmediziner:innen und 0,8 Zahnmediziner:innen pro 1.000 EW in der Versorgungsregion Tirol-Zentralraum am höchsten. In Osttirol sind pro 1.000 EW 4,8 Human- und 0,4 Zahnmediziner:innen tätig, in Tirol-Nordost 4,5 Human- und 0,6 Zahnmediziner:innen und schlussendlich in Tirol-West 3,6 Human- und 0,5 Zahnmediziner:innen (vgl. Tabelle 48 im Tabellenanhang).

Ärztinnen und Ärzte in Tirol sind mit einem **Durchschnittsalter** von 46,3 Jahren (Ö: 47 Jahre; BL-Bandbreite: 46,3–49 Jahre) im Vergleich zu allen anderen Bundesländern am jüngsten. Zwischen 2019 und 2023 ist der Anteil der Ärztinnen von knapp 43 Prozent gesamt (Human- und Zahnmedizin) auf 46 Prozent (Ö: 50 %; BL-Bandbreite: 44–53 %) gestiegen.

Ärztinnen und Ärzte können **angestellt**, **niedergelassen** oder **sowohl angestellt als auch niedergelassen** tätig sein. 2023 waren von den 5.116 Ärztinnen und Ärzten 3.339 angestellt (65,3 %, Ö: 64,3 %, BL-Bandbreite: 55,9–65,3 %) und 1.871 (36,6 %; Ö: 41,3 %; BL-Bandbreite: 36,6–46,7 %) niedergelassen tätig. Ärztinnen und Ärzte in Tirol sind also im Bundesländervergleich tendenziell vermehrt angestellt tätig. Unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Tirol sind knapp 23 Prozent auch angestellt. (Ö: 32 %; BL-Bandbreite: 22–39 %). Ende 2023 waren unter jenen Ärztinnen und Ärzten, die in Fondskrankenanstalten angestellt tätig sind, 9,1 Prozent zusätzlich niedergelassen als Wahlärztinnen bzw. Wahlärzte tätig – dies entspricht dem geringsten Anteil in ganz Österreich (Ö: 24,1 %; BL-Bandbreite: 9–35 %) (nähere Informationen zur extramuralen ärztlichen Versorgung finden sich in Kapitel 4.2.3).

6.1.2 Ärztebedarfsanalyse

Um die aktuelle und zukünftige Personalsituation im ärztlichen Bereich zu beleuchten, einen systematischen Gesamtüberblick über alle Versorgungsbereiche zu schaffen und zielgerichtete Maßnahmen abzuleiten, wurde in den Jahren 2022 und 2023 eine **Ärztebedarfsanalyse** für Tirol durchgeführt. Die Analyse basiert auf Daten der Ärztekammer Tirol, der öffentlichen Tiroler

Krankenanstalten und der ÖGK und wurde vonseiten des Landes Tirol für die Jahre 2022–2026 durchgeführt.

Ausgehend vom IST-Stand der Ärztinnen und Ärzte in Tirol nach Fachrichtung und Versorgungsbereich (Anstellung, Niederlassung mit ÖGK-Vertrag, Niederlassung ohne ÖGK-Vertrag) wurde die Bedarfssituation anhand der erwarteten jährlichen Zu- und Abgänge sowie des planerischen Zusatzbedarfs anhand des Regionalen Strukturplans Gesundheit Tirol bis zum Jahr 2025 analysiert. In der Methodik wurden zudem der Trend hin zu kürzeren Arbeitszeiten und der höhere Anteil an Frauen unter den Medizinstudierenden berücksichtigt (siehe Beispiel der Kinder- und Jugendheilkunde, welche den zunehmenden Trend der Teilzeitbeschäftigung insbesondere unter den Absolventinnen illustriert).

In den **Fachrichtungen** Augenheilkunde und Optometrie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde, Urologie sowie Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wurde die erwartete Anzahl an Absolventinnen und Absolventen als zu gering eingeschätzt, um die erforderlichen Neubesetzungen zu erreichen bzw. eine ausgewogene regionale und sektorale Verteilung zu gewährleisten.

Bei den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, Dermatologie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe war zudem für die letzten 10 Jahre ein deutlicher Anstieg der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ohne ÖGK-Vertrag zu beobachten, was die Deckung des Personalbedarfs im öffentlichen Gesundheitsversorgungssystem insbesondere in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe erschwerte. Somit war für die **Ableitung von Maßnahmen**, wie die Erhöhung von Ausbildungsstellen, nicht nur der Saldo von Absolventinnen und Absolventen und erforderlichen Nachbesetzungen im Tiroler Gesundheitssystem insgesamt („Mengenproblem"), sondern auch die Entwicklung der regionalen und sektoralen Verteilung („Verteilungsproblem") zu berücksichtigen.

Die Ärztebedarfsanalyse ist unter folgendem Link abrufbar: https://www.tirol.gv.at/fileadmin/buergerservice/Beauftragte_Gutachten_Studien_Umfragen/AErztebedarfsanalyse_Tirol.pdf.

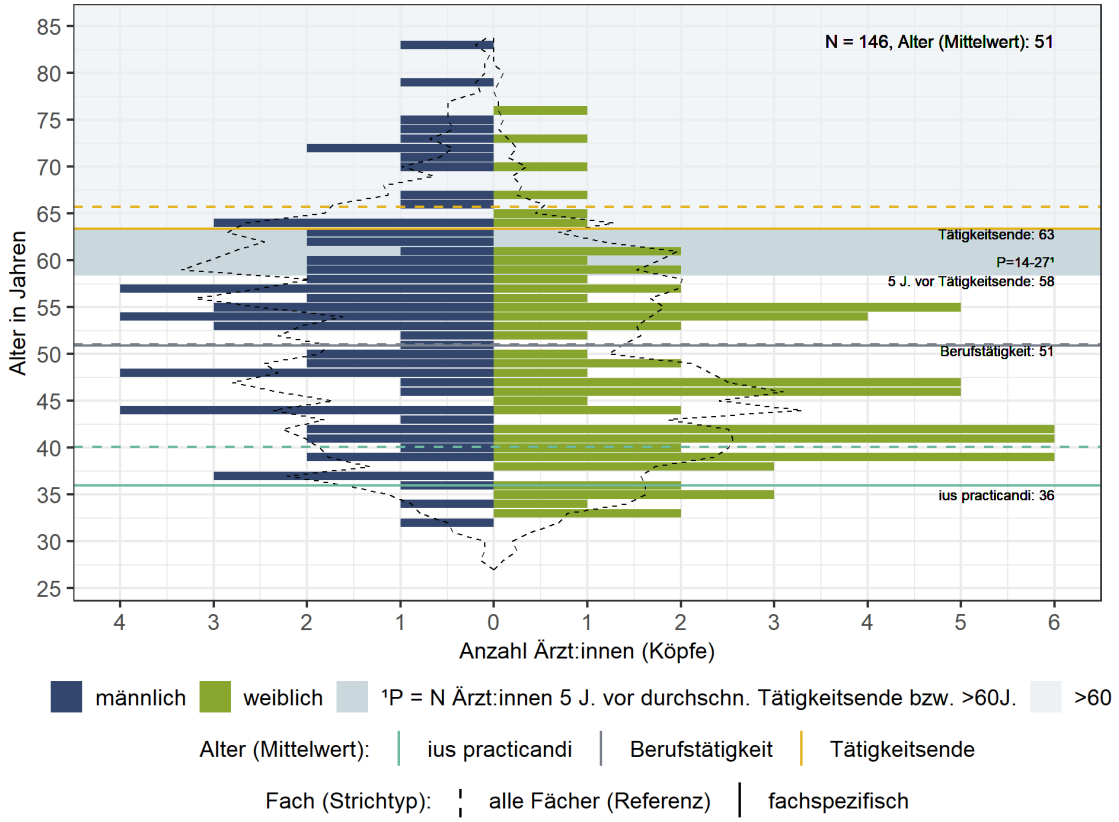
Beispiel Kinder- und Jugendheilkunde

Abbildung 73 illustriert beispielhaft die **Altersstruktur** der Tiroler Ärzteschaft in der Kinder- und Jugendheilkunde im Jahr 2022. Das Geschlechterverhältnis der 146 Kinderärztinnen und -ärzte ist mit 75 Frauen und 71 Männern aktuell relativ ausgewogen. Der hohe Anteil an Frauen in den jungen Altersgruppen zeigt, dass zukünftig ein deutlich höherer Frauenanteil zu erwarten ist (unter den 25 Ärztinnen und Ärzten unter 40 Jahren sind 17 Frauen). Das Durchschnittsalter beträgt 51 Jahre und entspricht somit dem Durchschnittsalter der Ärzteschaft insgesamt in Tirol. Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Abschlusses der postpromotionellen Ausbildung beträgt in der Kinder- u. Jugendheilkunde 36 Jahre und das durchschnittliche Pensionsantrittsalter beträgt 63 Jahre. Derzeit befinden sich 14 Personen in der Altersgruppe, die in fünf Jahren vor dem durchschnittlichen Tätigkeitsende (58 bis 63 Jahre) stehen, weshalb in den nächsten fünf Jahren mit 14 Pensionierungen zu rechnen ist. Gehen in den nächsten Jahren alle Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre in Pension, ist mit insgesamt 27 Pensionierungen zu rechnen.

Die Altersverteilung der Tiroler Kinderärztinnen und -ärzte zeigt ein ausgewogenes Verhältnis von jüngeren und älteren Ärztinnen und Ärzten. Erfreulicherweise besteht somit kein grundsätzlicher Fachkräftemangel wie in anderen Fachrichtungen. Zudem ist ein deutlicher Anstieg des

Frauenanteils bei den jüngeren Altersgruppen zu verzeichnen, welcher gemeinsam mit allgemeinen gesellschaftlichen Trends zu neuen Arbeitszeitmodellen jedoch zu einem Rückgang der verfügbaren Arbeitszeit und somit der Versorgungswirksamkeit von einer Kinderärztin bzw. einem Kinderarzt führt.

Abbildung 73: Altersverteilung der Tiroler Ärzteschaft in der Kinder- und Jugendheilkunde, 2022



Quelle: Ärzteliste der Ärztekammer für Tirol; Berechnung und Darstellung: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Gesundheitsrecht und Krankenanstalten

6.1.3 Attraktivitätsmaßnahmen

Basierend auf der Ärztebedarfsanalyse für Tirol wurde vonseiten des Landes Tirol gemeinsam mit den Systempartnern Sozialversicherung, Ärztekammer und Tiroler Krankenanstalten ein umfassendes Maßnahmenpaket beschlossen, um die ausreichende Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten in Tirol sicherzustellen und dem Ärztemangel in den identifizierten Mangelfächern entgegenzuwirken.

Ein wesentlicher Teil des Maßnahmenpakets bestand in der **Einrichtung von 23 zusätzlichen Ausbildungsstellen** (davon 4 in der Augenheilkunde und Optometrie, 8 in der Kinder- und Jugendheilkunde, 8 in der Psychiatrie, 2 in der Urologie sowie 1 in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde). Die zusätzlichen Stellen werden zeitlich gestaffelt, jeweils zur Hälfte in den Jahren 2024 und 2025, umgesetzt und unter Anwendung eines Rotationsprinzips in den öffentlichen

Tiroler Krankenanstalten verortet. Durch die zusätzlichen Ausbildungsstellen soll mehr jungen Absolventinnen und Absolventen ein rascherer Einstieg in die Ausbildung genau in jenen Fächern ermöglicht werden, in denen ein Mangel besteht, und das Tiroler Gesundheitssystem in einer Perspektive auf die nächsten 6 bis 10 Jahre nachhaltig gestärkt werden.

Als weiteres zentrales Element wurde der **Ausbau von Lehrpraxisstellen** forciert, wodurch die letzten neun Monate der Ausbildung außerhalb des Krankenhauses bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten absolviert werden. Diese Maßnahme stellt eine große Chance dar, das Aufgabenspektrum und die Arbeitsbedingungen in der freien Praxis und das Kassensystem kennenlernen zu können, und soll so den Nachwuchs im kassenärztlichen Bereich nachhaltig sichern. Neben den bestehenden bundesweit geförderten Lehrpraxisstellen in der Allgemeinmedizin wurden in einem ersten Schritt für die Jahre 2024 und 2025 bis zu 20 geförderte Lehrpraxisstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde sowie im Fachgebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten geschaffen.

Zudem wurde bereits im Jahr 2019 in Tirol damit begonnen, die Allgemeinmedizin zu fördern. Hierfür erfolgte eine Bedarfsanalyse unter Jungärztinnen und -ärzten, um festzustellen, welche Maßnahmen nötig sind, um Allgemeinmediziner:innen dabei zu unterstützen, in die Niederlassung zu gehen. Am LIV Tirol wurde eine **Koordinationsstelle ÄrzteAusbildung Tirol** geschaffen, welche gemeinsam mit den Landes-Zielsteuerungspartnern (Land Tirol, Sozialversicherungen), der Tiroler Ärztekammer und dem Institut für Allgemeinmedizin (Medizinische Universität Innsbruck) Projekte zur Förderung der Allgemeinmedizin plant und umsetzt. Eine frühestmögliche, strukturierte und koordinierte Unterstützung von jungen Medizinerinnen und Medizinern soll die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte den Weg in die Niederlassung als Allgemeinmediziner:innen wählen.

Weiters wurde am 1. August 2022 ein **Lehrstuhl für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck** vom Land Tirol und der Sozialversicherung geschaffen, welcher das Fach Allgemeinmedizin mit dem Schwerpunkt hausärztliche Versorgung in die universitäre Lehre und Forschung integrieren soll.

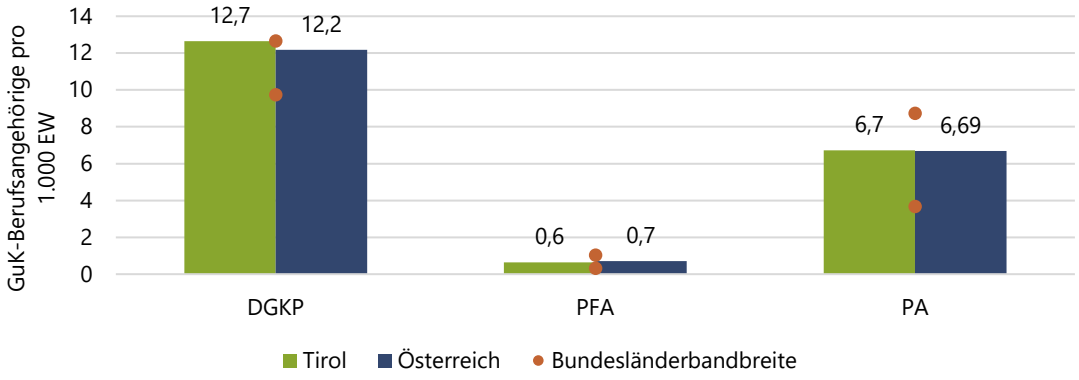
6.2 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

6.2.1 IST-Stand

Zu den GuK-Berufsgebieten (GuK = Gesundheits- und Krankenpflege) zählen der **gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege** (DGKP), die **Pflegefachassistenz** (PFA) sowie die **Pflegeassistenz** (PA). Ende 2023 waren in Tirol 15.527 Personen diesen drei Berufen im **Gesundheitsberuferegister (GBR)** zugeordnet, davon waren 9.811 (12,7 pro 1.000 EW) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, 499 Pflegefachassistentinnen und -fachassistenten (PFA; 0,6 pro 1.000 EW) und 5.217 Pflegeassistentinnen und -assistenten (PA; 6,7 pro 1.000 EW). Im Vergleich zu Österreich und mit Blick auf die Bundesländerbandbreite weisen Tirol und Salzburg mit 12,7 pro 1.000 EW die höchste **Versorgungsdichte** von DGKP auf (Österreich: 12,2; Bundesländerbandbreite: 9,7–12,7). Mit Blick auf PFA und PA liegt Tirol circa im Österreichdurchschnitt. Salzburg hat mit 1 pro 1.000 EW die höchste Dichte an PFA, gefolgt von Tirol mit 0,6 pro 1.000 EW; die Versorgungsdichte an PA ist in der

Steiermark mit 8,7 pro 1.000 EW am höchsten, gefolgt von Kärnten und Oberösterreich – Tirol findet sich hier knapp an vierter Stelle (vgl. Abbildung 74 und Tabelle 49 im Tabellenanhang).

Abbildung 74: GuK-Berufsangehörige mit Berufsausübung in Tirol pro 1.000 EW[1] im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023



[1]prognostizierte Jahresanfangszahl der Bevölkerung, 01.01.2024
Mehrfachzuordnungen möglich

Quellen: GBR, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Das **Durchschnittsalter** der DGKP mit mindestens einem Standort der Berufsausübung in Tirol im Jahr 2023 beträgt 44,4 Jahre, der PFA 33,2 Jahre und der PA 45,6 Jahre. Knapp 82 Prozent aller DGKP (Ö: 86 %), 81 Prozent aller PA (Ö: 83 %) und 85 Prozent aller PFA (Ö: 83 %) sind weiblich.

DGKP können **freiberuflich** unter Meldung eines Berufssitzes und/oder **in einem Dienstverhältnis** tätig werden. PFA und PA können ausschließlich in einem Dienstverhältnis tätig werden. Im Jahr 2023 waren in Tirol knapp 85 Prozent der DGKP, das sind 8.326 Personen, ausschließlich angestellt (Ö: 73 %), 2 Prozent (n = 152) der DGKP ausschließlich freiberuflich (Ö: 2 %) und 13,6 Prozent (n = 1.333) sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig (Ö: 15 %). 71 Prozent aller angestellten DGKP in Tirol waren 2023 in einer Krankenanstalt tätig, gefolgt von 13,5 Prozent, die in einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. einem Tageszentrum tätig waren. Bei den PFA und PA zeigt sich ein umgekehrtes Bild, diese Berufsgruppen waren 2023 insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen tätig (PFA: 55 %; PA: 63 %), gefolgt von Krankenanstalten (PFA: 32 %; PA: 14 %). Insgesamt arbeiten etwa 82 Prozent der Angehörigen der GuK-Berufe in einem der beiden genannten Settings. Insgesamt 8 Prozent waren bei mobilen Diensten angestellt (DGKP: 7 %; PFA: 7 %; PA: 11 %).

6.2.2 Bedarfsabschätzung

Aufgrund der demografischen Entwicklungen, der steigenden Lebenserwartung und des damit verbundenen Anstiegs hochbetagter Menschen und der Pflegebedürftigkeit steht die Pflege, insbesondere Pflegepersonen im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung, in den nächsten Jahren vor grundlegenden Herausforderungen. Die Nachfrage nach qualifizierter Pflege und Betreuung wird steigen. Darüber hinaus wird der Anteil jüngerer Menschen, die in den Beruf einsteigen, im Vergleich dazu geringer. Umso wichtiger ist es, den künftigen Pflegepersonalbedarf

zu prognostizieren, um eine sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht ausreichende Anzahl an Pflege- und Betreuungspersonen in den jeweiligen Einrichtungen bzw. bei den jeweiligen Diensten sicherzustellen.

Eine detaillierte Pflegepersonalbedarfsprognose bedarf umfassender Erhebungen und Auswertungen, welche im Rahmen dieses Kapitels zu weit führen würden. Um den zukünftigen Bedarf aber grob abschätzen zu können, wird im Folgenden der **Zusatzbedarf** für Tirol dargestellt, welcher anfällt, wenn aufgrund der demografischen Entwicklung (Anstieg der älteren Bevölkerung) die Versorgungslage des Jahres 2023 aufrechterhalten werden soll. Gleichzeitig kann dargestellt werden, wie viele Personen bis zum Jahr 2033 bzw. bis 2043 in Pension gehen werden und ersetzt werden müssen (**Ersatzbedarf**). Nicht berücksichtigt werden können geplante Strukturänderungen und Optimierungen/Veränderungen der Versorgungslandschaft.

Zusatzbedarf

In den nächsten zehn Jahren wächst die Gesamtbevölkerung in Tirol zwar nur moderat, jedoch wächst die Gruppe der über 65-jährigen Personen am stärksten. In den nächsten 20 Jahren wächst wiederum die Gruppe der über 75-Jährigen im Vergleich zur Tiroler Bevölkerung Anfang 2024 um fast 80 Prozent. Über alle Settings hinweg wird daher, um den Versorgungsstand des Jahres 2023 aufrechtzuerhalten, insbesondere aufgrund der deutlichen Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung der Bedarf an Fachkräften in den GuK-Berufen steigen.

Waren Ende 2023 in Tirol über die Settings (Mehrfachzuordnungen möglich) hinweg …

- … 9.313 DGKP registriert, werden Ende 2033 9 Prozent und Ende 2043 21 Prozent mehr DGKP benötigt.
- … 368 PFA registriert, werden Ende 2033 18 Prozent und Ende 2043 50 Prozent mehr PFA benötigt.
- … 4.905 PA registriert, werden Ende 2033 13 Prozent und Ende 2043 34 Prozent mehr PA benötigt.

Ein besonders hoher zusätzlicher Bedarf an Angehörigen der GuK-Berufe wird aufgrund des demografischen Wandels insbesondere in **stationären Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen** (2033: +27 %; 2043: +78 %), **mobilen Diensten** (2033: +27 %; 2043: +78 %) sowie **Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen** (2033: +34 %; 2043: +50 %) erwartet. Für die übrigen Settings (Krankenanstalten, Primärversorgung, Behindertenbetreuung etc.) wird jeweils von einem zusätzlichen Bedarf von 3 Prozent in 10 Jahren und von 5 Prozent in 20 Jahren ausgegangen.

Ersatzbedarf

Zusätzlich muss jenes Pflegepersonal, welches in **Pension** gehen wird, laufend nachbesetzt werden. Insgesamt sind dies in Tirol bis Ende 2033 rund 3.350 Pflegepersonen (Pensionsantrittsalter: 65 Jahre; ca. 23 %), bis Ende 2043 werden knapp 7.000 der aktuell beschäftigten Personen, also etwa zusätzlich knapp 48 Prozent, in Pension gehen.

Limitationen der Bedarfsschätzung

Nicht mitberechnet wurden Personen, die den Beruf verlassen, ohne das Pensionierungsalter erreicht zu haben, sowie Strukturänderungen und Optimierungen/Veränderungen der Versorgungslandschaft. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden allfällige Fehlbestände im Jahr 2023. Somit handelt es sich bei diesen Zahlen um eine absolute Untergrenze.

6.2.3 Ausbildung

Die Novelle zum Berufsgesetz in der Gesundheits- und Krankenpflege (GuKG) 2016 implizierte eine **Adaptierung des Lehrangebots der Ausbildungsträger im Bereich Pflege**. Das Ziel des Gesetzgebers bestand darin, die pflegerischen Berufsbilder auszudifferenzieren und weiterzuentwickeln. Neben der zweisemestrigen Ausbildung zur Pflegeassistenz (PA) und der viersemestrigen Ausbildung zur Pflegefachassistenz (PFA) wurde der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP) im Rahmen eines sechssemestrigen Fachhochschulstudiums akademisiert. Diesen berufsrechtlichen Änderungen hat das Land Tirol mit seinen Ausbildungsstätten Rechnung getragen, um auch in Zukunft den Personalbedarf im Pflegebereich gewährleisten zu können:

- **DGKP:** Von der Fachhochschule Gesundheit wurden an 7 Standorten (Innsbruck, Kufstein, Lienz, Zams, Reutte und Schwaz; ab Oktober 2024 St. Johann in Tirol) Studienplätze für das Bachelorstudium Gesundheits- und Krankenpflege eingerichtet.
- Nachfolgende Ausbildungswege werden für **PA und PFA** angeboten:
  - Von den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen Tirols werden die Ausbildungen zur PA und PFA an 8 Standorten (Innsbruck, Hall in Tirol, Schwaz, Kufstein, St. Johann in Tirol, Zams, Reutte und Lienz) angeboten.
  - Im Rahmen eines vom Land Tirol initiierten Schulversuchs an berufsbildenden mittleren Schulen (BMS) im Jahr 2019 wurde erstmals ermöglicht, die theoretischen Lehrinhalte einer Ausbildung zur PA vorzuziehen. Die praktische Ausbildung am Patientenbett ist erst mit Vollendung des 17. Lebensjahres möglich und erfolgt nach Abschluss der BMS an einer Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Dieser Schulversuch wurde vom Bund im Jahr 2022 in das Regelschulwesen übernommen. Die Ausbildung an der BMS mit Pflegevorbereitung wird an 7 Standorten (Innsbruck, Rotholz, Imst, Landeck-Perjen, St. Johann in Tirol, Lienz und Kufstein) angeboten. Darüber hinaus wird auch an 2 berufsbildenden höheren Schulen (BHS) an den Standorten Innsbruck und Zams eine Ausbildung angeboten, im Rahmen derer die Schüler:innen neben der Matura auch den Abschluss in der PFA erwerben können. Sowohl die BMS als auch die BHS bieten diese Ausbildungsschiene in enger Kooperation mit den regionalen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen an.
  - Mit Schaffung der Rechtsgrundlagen durch den Bund für die Lehre zum Assistenzberuf in der Pflege (PA und PFA) haben in Tirol im Herbst 2023 die ersten Lehrlinge ihre Berufsausbildung zu einem Pflegeberuf begonnen. Im Mai 2024 hat erstmals die theoretische Ausbildung an der Tiroler Fachberufsschule für Ernährung, Schönheit, Chemie, Pflege, Medien in Innsbruck gestartet. Im Rahmen einer Kooperation ist für die Vermittlung der fachtheoretischen Ausbildung das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der Tirol Kliniken GmbH zuständig.

- **Diplom- bzw. Fach-Sozialbetreuungsberufe mit den Schwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung und Diplom-Sozialbetreuungsberuf Familienarbeit**: Zudem werden von der Schule für Sozialbetreuungsberufe (SOB-Tirol) in Innsbruck die Ausbildungen der Diplom- bzw. Fach-Sozialbetreuungsberufe mit den Schwerpunkten Altenarbeit, Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung und des Diplom-Sozialbetreuungsberufs Familienarbeit angeboten. Der Fach-Sozialbetreuungsberuf Altenarbeit wird seit 2019 auch am Standort Kitzbühel und seit 2023 am Standort Telfs angeboten.

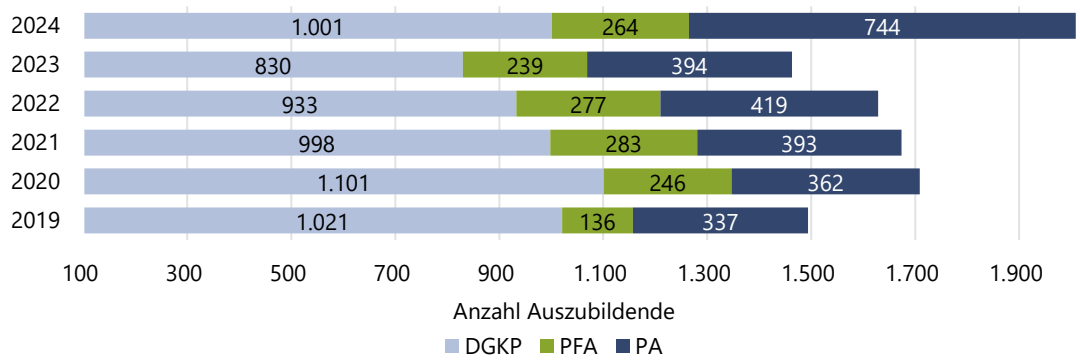
Der Einstieg in einen Pflegeberuf ist somit für eine breite Gruppe (Maturantinnen und Maturanten; 14-Jährige in der BHS und BMS; Jugendliche, welche die Pflichtschule abgeschlossen haben, Berufsumsteiger:innen) möglich.

Damit die ca. 2.500 (DGKP: 1.144 Plätze, PFA: 810 Plätze und PA: 570 Plätze) zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze belegt werden können, wurden – vieles davon in Zusammenarbeit mit dem Bund – seit 2020 **zahlreiche Verbesserungen der Rahmenbedingungen von Auszubildenden** zu einem Pflege- bzw. Sozialbetreuungsberuf umgesetzt, um den an einem Pflegeberuf interessierten Personenkreis zu erweitern:

- Abschaffung der Studiengebühren für die Bachelorstudierenden im Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege
- Abschaffung des Schulgeldes für die Auszubildenden an der SOB-Tirol
- Einführung des Ausbildungsbeitrags für Auszubildende zu einem Pflege- oder Sozialbetreuungsberuf (dieser löste 2022 das Tiroler Pflegestipendium PLUS ab)
- Verbesserungen der AMS-Leistungen durch das Pflegestipendium des AMS
- Verlängerung des Tiroler Pflegestipendiums PLUS für den vom Ausbildungsbeitrag ausgenommenen Personenkreis
- Im Rahmen der amg-tirol Pflegestiftung unterstützt das Land Tirol durch gezielte Kurse und Begleitmaßnahmen sowie Vorpraktika, was zu einer Verringerung der Drop-out-Quote bei den Teilnehmenden geführt hat.

Nachfolgende Abbildung 75 macht eine Zunahme der Auszubildenden in Tirol zwischen 2019 und 2024, insbesondere der PA, ersichtlich (2024: 744 Auszubildende). Die Zahl der Auszubildenden im gehobenen Dienst (DGKP) hatte im Jahr 2020 mit 1.101 den höchsten Wert (2024: 1.001); die Zahl der Auszubildenen zur bzw. zum PFA wiederum hatte den höchsten Wert 2021 mit 283 (2024: 264).

Abbildung 75: Entwicklung Anzahl Auszubildende zu einem Pflegeberuf (DGKP, PFA, PA und Sozialbetreuungsberuf mit PA) in Tirol, 2019–2024[1]



[1]2024 inkl. neue Ausbildungsformen

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege; Berechnung und Darstellung: GÖG

6.3 MTD-Berufe

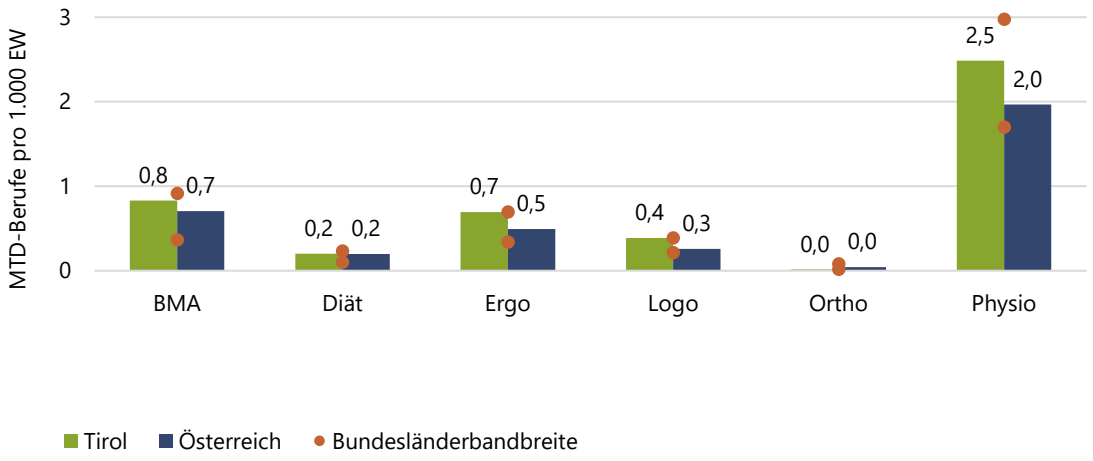
Zu den medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufen (MTD) zählen folgende Berufe:

- Biomedizinische:r Analytiker:in (BMA)
- Diätologin bzw. Diätologe
- Ergotherapeut:in
- Logopädin bzw. Logopäde
- Orthoptist:in
- Physiotherapeut:in
- Radiologietechnologin bzw. Radiologietechnologe

Neben Daten aus dem GBR liefern Daten der Sozialversicherung zu den sogenannten „nichtärztlichen Vertragspartnern" einen vertiefenden Einblick in die Tätigkeitsbereiche der MTD.

Ende 2023 waren 4.073 Personen in (mind.) einem MTD-Beruf mit Berufsausübung in Tirol im **Gesundheitsberuferegister** erfasst. 1.928 (2,5 pro 1.000 EW) Registrierungen wurden in der Physiotherapie erfasst, 645 (0,8 pro 1.000 EW) in der Biomedizinischen Analytik, 537 (0,7 pro 1.000 EW) in der Ergotherapie, 496 (0,6 pro 1.000 EW) in der Radiologietechnologie, 299 (0,4 pro 1.000 EW) in der Logopädie, 157 (0,2 pro 1.000 EW) in der Diätologie und 11 (0,0 pro 1.000 EW) in der Orthoptik. Aufgrund der niedrigen Anzahl an Orthoptistinnen und Orthoptisten werden diese im vorliegenden Kapitel aufgrund der mangelnden Aussagekraft der Daten nicht näher behandelt. Im Vergleich zu Österreich lag Tirol in Hinblick auf die **Versorgungsdichte** der jeweiligen MTD-Berufe über dem Durchschnitt bzw. wies Tirol Ende 2023 bei der Versorgungsdichte von Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Logopädinnen und Logopäden die höchsten Werte auf (vgl. Abbildung 76 und Tabelle 50 im Tabellenanhang).

Abbildung 76: MTD-Berufe in Tirol pro 1.000 EW[1] im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023



[1]prognostizierte Jahresanfangszahl der Bevölkerung, 01.01.2024
Mehrfachzuordnungen möglich

Quellen: GBR, Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

Das **Durchschnittsalter** der Angehörigen der MTD-Berufe mit mindestens einem Standort der Berufsausübung in Tirol liegt zwischen 40,2 (Ergotherapie) und 44,9 Jahren (BMA). Im Bereich der BMA, Diätologie, Ergotherapie und Logopädie sind über 90 Prozent aller Berufsangehörigen Frauen. Verhältnismäßig mehr Männer sind in der Physiotherapie (T: 33 % Männer, Ö: 27 % Männer) und in der Radiologietechnologie (T: 28 % Männer, Ö: 23 % Männer) vertreten. Wenngleich die Berufe stark frauendominiert sind, sind im Vergleich zu Gesamtösterreich durchgehend in Tirol mehr Männer in den jeweiligen Berufen vertreten.

MTD können **freiberuflich** unter Meldung eines Berufssitzes **und/oder in einem Dienstverhältnis** tätig werden. Insbesondere therapeutisch tätige Angehörige der MTD arbeiten häufig freiberuflich. Von den 4.073 Registrierungen in allen MTD in Tirol (inkl. Mehrfachzuordnungen bei Registrierung in 2 MTD) sind 47 Prozent ausschließlich angestellt, 35 Prozent sind freiberuflich tätig und 18 Prozent sowohl angestellt als auch freiberuflich tätig. Besonders hoch ist der Anteil der ausschließlich freiberuflich Tätigen bei den Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit 57 Prozent aller Berufsangehörigen (Ö: 45 %), gefolgt von den Logopädinnen und Logopäden mit 43 Prozent (Ö: 34 %) sowie den Ergotherapeutinnen und -therapeuten mit 32 Prozent (Ö: 21 %). Am geringsten ist der Anteil bei den Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen mit 0,4 Prozent (Ö: 0,3 %) und den Biomedizinischen Analytikerinnen und Biomedizinischen Analytikern mit 2 Prozent (Ö: 1,1 %). Die Anzahl der freiberuflichen Therapeutinnen und Therapeuten in Tirol mit ÖGK-Kassenvertrag lag mit Stand 31.12.2023 im Bereich

- der Ergotherapie bei 159 Therapeutinnen und Therapeuten,
- der Logopädie bei 123 Therapeutinnen und Therapeuten und
- der Physiotherapie bei 200 Therapeutinnen und Therapeuten.

Die **Einsatzbereiche** der angestellten Berufsangehörigen der MTD variieren je nach Beruf. 2023 waren in Tirol, wie auch in Österreich, Krankenanstalten und Rehabilitationseinrichtungen das

am häufigsten registrierte Setting (BMA: 46 %; Diätologie: 36 %; Ergotherapie: 28 %; Logopädie: 28 %; Physiotherapie: 35 % und Radiologietechnologie: 47 %).

Die Zuordnung zu den Settings im GBR beruht auf den Selbstangaben der registrierten angestellten Berufsangehörigen. Daher können sich durchaus Unterschiede gegenüber anderen öffentlich geführten Statistiken ergeben, insbesondere auch durch die jeweiligen Definitionen des Settings (so kann etwa eine Person angeben, in einer stationären Pflegeeinrichtung zu arbeiten, welche rechtlich als Krankenanstalt geführt wird).

6.4 Hebammen

Im **Hebammenregister** waren zum Stichtag 31.12.2023 268 berechtigte Personen mit Wohnsitz Tirol zur Berufsausübung als Hebamme registriert, wobei davon 34 Personen am Stichtag karenziert waren. 282 Hebammen gaben als Ort der Berufsausübung Tirol an. Das **Durchschnittsalter** beträgt 39,4 Jahre (Ö: 41,5 Jahre). Im Beruf vertreten sind **fast ausschließlich Frauen**: Von allen in ganz Österreich erfassten Hebammen sind lediglich 2 Personen männlich. Hebammen können ihren Beruf **angestellt** oder **freiberuflich** ausüben. Mit 45 Prozent (127 Personen) übt die Mehrheit der Hebammen in Tirol den Beruf in kombinierter Form, zum einen auf Angestelltenbasis in der Krankenanstalt und zum anderen in der freien Praxis, aus (Ö: 58 %, BL-Bandbreite: 44–71 %). In Tirol ist ein großer Anteil der Hebammen in einer Anstalt tätig: 32 Prozent (89 Personen) der Hebammen sind ausschließlich in einer Krankenanstalt tätig (Ö: 22 %, BL-Bandbreite: 11–33 %) und 23 Prozent (66 Personen) ausschließlich in der freien Praxis (Ö: 20 %; BL-Bandbreite: 17–28 %).

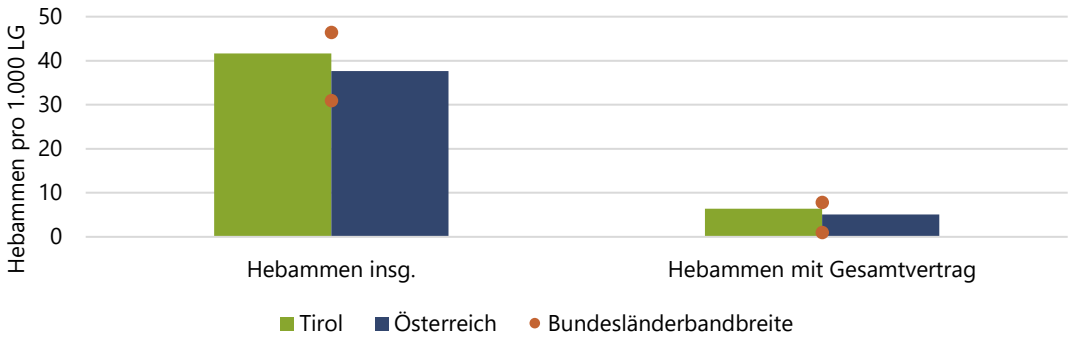
Im **Gesamtvertrag** zwischen dem ÖHG (Österreichisches Hebammengremium) und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wird die Bereitstellung und Sicherstellung von Leistungen durch freiberufliche Hebammen geregelt, wobei in den Bundesländern unterschiedlich viele Gesamtverträge an Hebammen zu vergeben sind. Von den 193 (entweder ausschließlich oder teilweise) in Tirol freiberuflich tätigen Hebammen sind 43 Kassenhebammen, also 22,3 Prozent aller freiberuflichen Tiroler Hebammen, was dem höchsten Wert aller Bundesländer entspricht und über dem österreichischen Durchschnitt von 17,1 Prozent liegt (BL-Bandbreite: 4–22,3 %).

Für das **freiwillige Eltern-Kind-Pass(EKP)-Beratungsgespräch** zwischen der 18. und der 22. SSW gelten eigene Verträge, welche häufiger als jene für andere Hebammenleistungen vergeben werden. Hebammen mit Niederlassung können sich für die Durchführung der **EKP-Beratung** beim ÖHG registrieren und erhalten von diesem eine Berechtigung. Den berechtigten Hebammen steht es frei, sich um einen Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern zu bewerben, um Leistungen direkt mit dem jeweiligen Sozialversicherungsträger abzurechnen. In Tirol haben mit 147 Hebammen etwas mehr als die Hälfte (52 %) aller Hebammen eine **EKP-Berechtigung** (Ö: 62,5 %, BL-Bandbreite: 50–73 %). Von den 193 niedergelassenen, in Tirol tätigen Hebammen haben 85 (44 %) einen EKP-Vertrag mit der Sozialversicherung, was weit über dem österreichischen Durchschnitt von 30 Prozent liegt und womit die Verteilung von EKP-Kassenhebammen in Tirol nach Salzburg mit 50,2 Prozent an zweiter Stelle liegt (BL-Bandbreite: 6–50 %).

In Hinblick auf die **Versorgungsdichte** gilt es hervorzuheben, dass in den vorliegenden Daten Arbeitszeitausmaß und Teilzeitquote nicht berücksichtigt sind. Werden die in Tirol ausübenden Hebammen (n = 282) der Anzahl der Lebendgeborenen (LG) in Tirol (Zahlen von 2023)

gegenübergestellt, kommen auf 1.000 LG rund 41,7 Hebammen (Ö: 37,7; BL-Bandbreite: 30,9–46,5). In Hinblick auf die Kassenvertragsdichte weist Tirol eine Dichte von 6,4 Hebammen und somit die dritthöchste Dichte an Hebammen mit Gesamtvertrag auf 1.000 LG auf (Ö: 5,1; BL-Bandbreite: 1–7,8) (vgl. Abbildung 77).

Abbildung 77: In Tirol tätige Hebammen (gesamt und mit Gesamtvertrag) pro 1.000 Lebendgeborene im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023



Quellen: Hebammenregister; Statistik Austria - Geborene nach demografischen Merkmalen 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Hebammen, die freiberuflich tätig werden wollen, sind laut Verwaltungsreformgesetz BGBl. Nr. 65/2002 und Hebammenänderungsgesetz BGBl. Nr. 92/2002 verpflichtet, dem österreichischen Hebammengremium zum Erhalt einer Niederlassung die Aufnahme der freiberuflichen Tätigkeit zu melden. Angaben etwa zum Ausmaß der Beschäftigung bzw. der freiberuflichen Tätigkeit liegen nicht vor, was in Hinblick auf die Versorgungswirksamkeit berücksichtigt werden muss.

Schwangere können zwischen der 18. und der 22. Schwangerschaftswoche ein kostenloses einstündiges Hebammenberatungsgespräch im Rahmen des EKP in Anspruch nehmen. Die Beratung beinhaltet Informationen zu Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillen, gesundheitsförderndem Verhalten und weiteren Unterstützungsmöglichkeiten. Dieses Angebot stellt eine Ergänzung der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen dar.

6.5 Psychotherapie und Psychologie

Ende 2023 waren in Tirol 946 (12,3 pro 10.000 EW) **Psychotherapeutinnen und -therapeuten** (PT) zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt und aktiv[26]. 936 (12,5 pro 10.000 EW) **Klinische Psychologinnen und Psychologen** (KP), 866 (11,2 pro 10.000 EW) **Gesundheitspsychologinnen und -psychologen**[27] (GP) und 10 (0,13 pro 10.000 EW) **Musiktherapeutinnen und -therapeuten** waren in der jeweiligen Berufsliste mit aktivem Berufs- und/oder

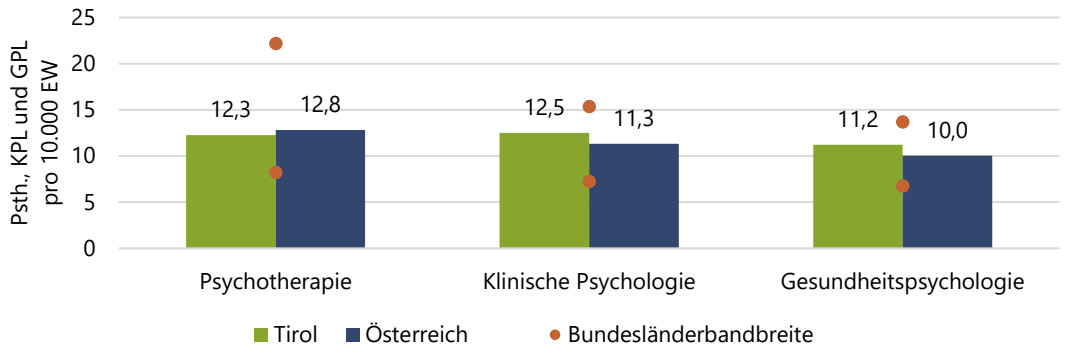
[26] Die Auswertung der Psychotherapeutenliste ermöglicht zwar genaue Angaben zur Anzahl berufsberechtigter Personen, lässt aber aus unterschiedlichen Gründen (nicht alle berufstätigen Personen üben den Beruf aus; das Angebot der Therapiestunden variiert pro Person maßgeblich; Mangel an kassenfinanzierten Angeboten) nur eine grobe Abschätzung der Versorgungsdichte des Angebots zu. PT, die aktuell mit dem Status „unterbrochen" eingetragen sind, wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

[27] Es gibt Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen sowie Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, die mit dem Status „Nichtausübung" bzw. „unterbrochen" in die Berufslisten eingetragen sind und daher nicht in die Auswertung einbezogen wurden.

Dienstsitz eingetragen. Aufgrund der im Vergleich zu den anderen betrachteten Berufen aktuell noch sehr niedrigen Versorgungsdichte durch eingetragene Musiktherapeutinnen und -therapeuten werden diese in der weiteren Auswertung nicht mehr dargestellt.

Tirol weist bei der **Versorgungsdichte** von Psychotherapeutinnen und -therapeuten von 12,3 pro 10.000 EW nach Wien (22,2 pro 10.000 EW) und Salzburg (15,34 pro 10.000 EW) den dritthöchsten Wert auf, ist aufgrund der hohen Dichte in Wien aber knapp unter dem Österreichdurchschnitt von 12,82 pro 10.000 EW. Bei der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie liegt Tirol mit Hinblick auf die Versorgungsdichte an jeweils vierter Stelle nach Wien (KP: 15,3 und GP: 13,7 pro 10.000 EW), Salzburg (KP: 14,6 und GP: 13,6 pro 10.000 EW) und Kärnten (KP: 13,9 und GP: 12,6 pro 10.000 EW) und jeweils über dem österreichischen Durchschnitt. Es zeigt sich generell, dass die Bundesländer, in denen Psychologie studiert werden kann (Wien, Steiermark, Salzburg, Tirol und Kärnten), ein größeres KP- und GP-Angebot aufweisen.

Abbildung 78: Berufsangehörige der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in Tirol pro 10.000 EW im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich, 2023



Mehrfachzuordnungen möglich

Quellen: BMSGPK - Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, PsychotherapeutInnenliste; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG

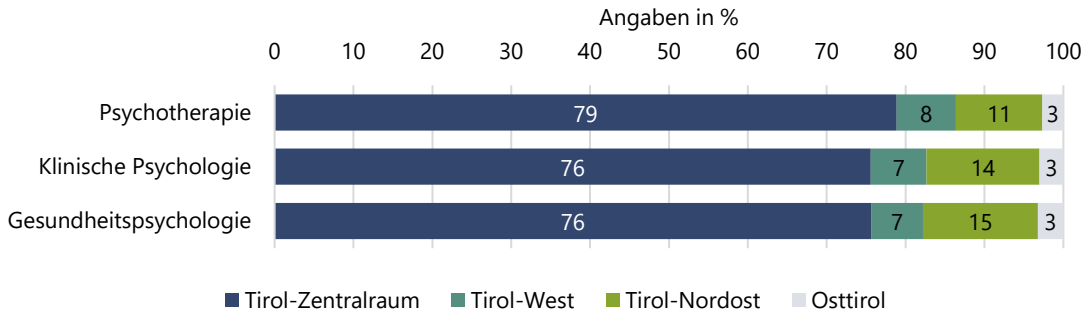
2023 waren aktive GP in Tirol **durchschnittlich 49,5 Jahre, KP 47,7 Jahre und PT 57,1 Jahre** alt, wobei in den letzten Jahren ein leichter Anstieg im Alter zu beobachten ist. In allen 3 Berufen sind außerdem mehr Frauen (PT: 74 %, GP: 78 %; KP: 80 %) als Männer vertreten, wobei sich das österreichweit ähnlich verhält. Da in Tirol rund 89 Prozent der KP auch über die Berufsberechtigung zur Ausübung der GP verfügen, ist auch der Anteil aller aktiven PT (n = 946), die alle 3 Berufsberechtigungen besitzen, mit 26 Prozent relativ hoch.

Österreichweit wie auch in den einzelnen Bundesländern ist mit jedem Jahr seit Einführung des Psychotherapiegesetzes im Jahr 1991 und der verpflichtenden Eintragung in die Psychotherapeutenliste ein **Zuwachs an PT** zu verzeichnen. Im Jahr 2019 waren in Tirol etwa 10,7 pro 10.000 EW zur eigenständigen Ausübung der Psychotherapie berufsberechtigte Personen aktiv (2023: 12,3 pro 10.000 EW). Bei den Klinischen und den Gesundheitspsychologinnen und -psychologen zeigt sich ein etwas anderes Bild: Während es österreichweit seit 2013 bei den KP zu einer

leichten Zunahme von 10,3 auf 11,3 pro 10.000 EW im Jahr 2023 gekommen ist, bleibt die Anzahl in Tirol mit leichten Schwankungen relativ konstant (2013: 12,4 vs. 2023: 12,5 pro 10.000 EW). Bei den GP sind seit 2017 sowohl österreichweit als auch in Tirol leichte Abnahmen zu verzeichnen (Ö: von 10,8 auf 10 und T: von 12,6 auf 11,2 pro 10.000 EW). Die Erklärung dahinter findet sich im neuen Psychologengesetz 2013 und der Änderung der Ausbildungsordnung, aufgrund welcher sich die Ausbildungen der beiden Berufe stärker voneinander unterscheiden: Hatten Absolventinnen und Absolventen vor 2013 sowohl den Abschluss in Klinischer Psychologie als auch in Gesundheitspsychologie, spaltet sich nunmehr die Ausbildung nach einem gemeinsamen Grundmodul in getrennte Aufbaumodule für Klinische Psychologie und Gesundheitspsychologie auf. Seither zeigt sich, dass die Anzahl der Personen, die das Aufbaumodul Klinische Psychologie absolvieren, um ein Vielfaches höher ist als die Anzahl jener, die das Aufbaumodul Gesundheitspsychologie absolvieren; nur wenige Personen absolvieren beide Ausbildungslehrgänge.

Berufsangehörige aller 3 betrachteten Berufsgruppen sind nach **Versorgungsregion** unterschiedlich konzentriert verteilt. Zwischen 76 Prozent (KP und GP) und 79 Prozent (PT) fanden sich 2023 im Tiroler Zentralraum (PT: 18,5, KP: 18,1 und GP: 16,3 pro 10.000 EW). Eine besonders hohe Konzentration ist in Innsbruck-Stadt zu vermerken: Dort sind es 39,7 PT, 39,7 KP und 35,8 GP pro 10.000 EW. Mit großem Abstand folgt die Versorgungsregion Tirol-Nordost mit 11 Prozent (PT) bis 15 Prozent (GP) (PT: 5,8, KP: 7,7 und GP: 7 pro 10.000 EW). Die Verteilung der Berufsangehörigen schwankt in Tirol-West zwischen 7 und 8 Prozent (PT: 5, KP: 4,8 und GP: 4 pro 10.000 EW) und liegt in Osttirol bei jeweils 3 Prozent, wobei die Versorgungsdichte aller betrachteten Berufsgruppen in Osttirol im Vergleich zu Tirol-West dennoch höher ist (vgl. Abbildung 79 und Abbildung 80 und Tabelle 51 im Tabellenanhang).

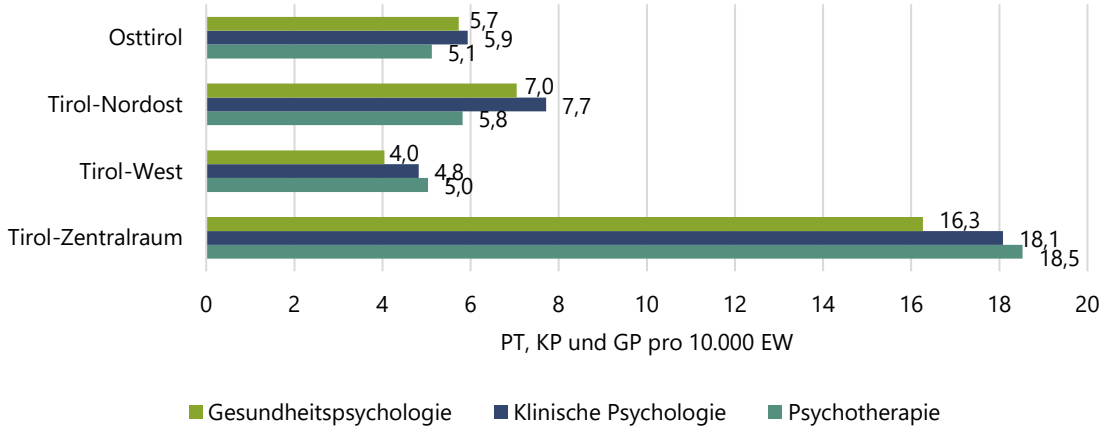
Abbildung 79: Verteilung der Berufsangehörigen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in Tirol nach Versorgungsregionen, 2023



PT: n = 946; KP: n = 963; GP: n = 866

Quellen: BMSGPK - Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, PsychotherapeutInnenliste; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 80: Berufsangehörige der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie in Tirol pro 10.000 EW nach Versorgungsregionen, 2023



Quellen: BMSGPK - Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, PsychotherapeutInnenliste; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

Hinsichtlich der **Art der Berufsausübung** zeigen sich zwischen den Berufsgruppen ebenfalls Unterschiede. Nachfolgend dazu die Übersicht für das Jahr 2023 der betrachteten Berufsgruppen in Tirol und im Österreichvergleich:

Von allen PT waren

- 71,5 Prozent freiberuflich (Ö: 70,4 %),
- 8,2 Prozent in einem Arbeitsverhältnis (Ö: 7,2 %) und
- 20 Prozent sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig (Ö: 22,4 %).

Von allen KP waren

- 42,7 Prozent freiberuflich (Ö: 37,7 %),
- 37,4 Prozent in einem Arbeitsverhältnis (Ö: 38,4 %) und
- 19,9 Prozent sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig (Ö: 23,9 %).

Von allen GP waren

- 44,9 Prozent freiberuflich (Ö: 40,7 %),
- 34,3 Prozent in einem Arbeitsverhältnis (Ö: 35,3 %) und
- 20,8 Prozent sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig (Ö: 24 %).

Nach Abschluss der jeweiligen Ausbildung und vor Aufnahme der Ausübung der Tätigkeit müssen sich Absolventinnen und Absolventen der Psychotherapie, der Klinischen Psychologie und der Gesundheitspsychologie in die vom BMSGPK geführte **Psychotherapeutenliste, die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen oder die Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen** eintragen. Die eingetragenen Personen sind verpflichtet, jede Änderung ihrer Daten gemäß § 31 Abs. 1 Psychologengesetz 2013, gemäß § 18 Abs. 1 Psychotherapiegesetz binnen eines Monats dem BMSGPK zu melden.

7 SARS-CoV-2

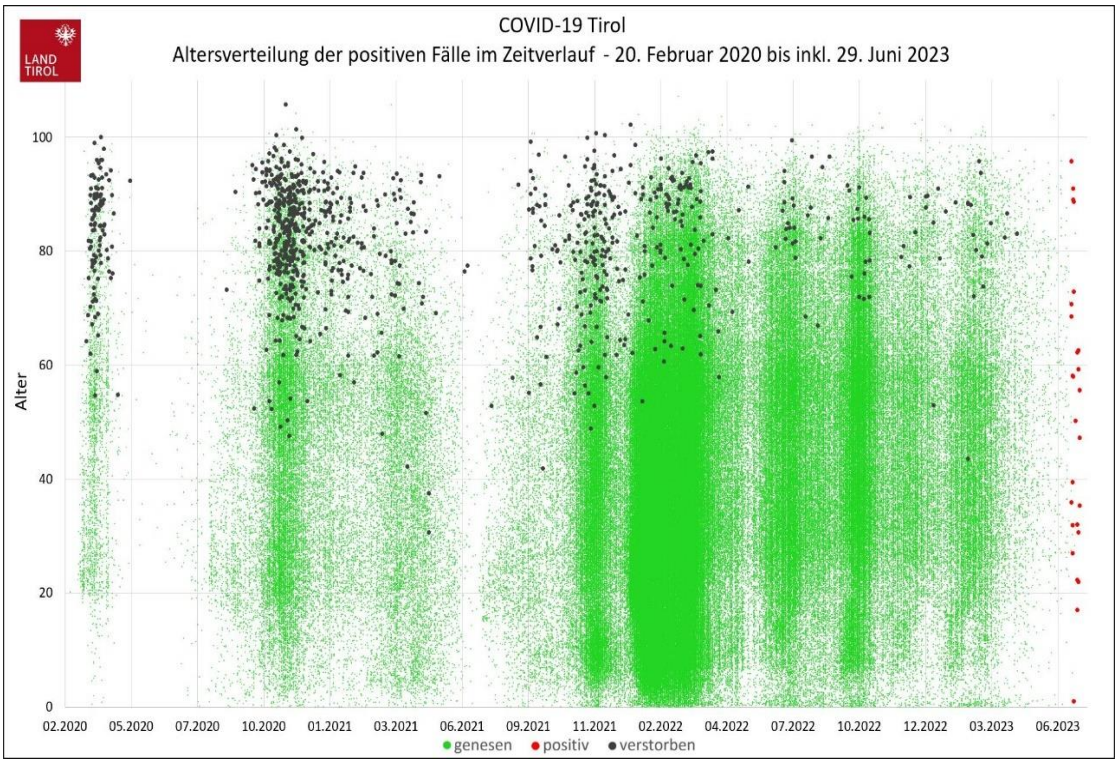
7.1 Epidemiologische Zahlen

Nach der Erklärung einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Auftreten eines neuen Corona-Erregers vom 30. Jänner 2020 (Eurosurveillance editorial team 2020) stufte sie bereits am 11. März 2020 das Auftreten dieser SARS-CoV-2-Infektion, welche später die sogenannte COVID-19-Erkrankung auslöste, zur Pandemie hoch[28] . Bereits ab dem 16. März 2020 wurde der erste bundesweite Lockdown verfügt (Bundesgesetzblatt - BGBL 2020).

Insgesamt wurde durch mehrere Lockdowns, COVID-19-Impfungen und ein Bündel sonstiger Maßnahmen in Österreich versucht, die Krankheitslast und Letalität so gering zu halten, dass keine Überlastung der Krankenanstalten auftritt. Die Pandemie wurde mit 30.06.2023 für beendet erklärt und COVID-19 ist seither keine meldepflichtige Erkrankung mehr. Um einen gesamthaften Eindruck über die Anzahl der positiven Testungen und der Todesfälle in Abhängigkeit vom Zeitverlauf und nach Alter zu bekommen, bewährt sich das Punktdiagramm in Abbildung 81. Die in schwarz dargestellten **Todesfälle** kumulieren primär zwischen dem **80. und dem 100. Lebensjahr,** insbesondere in der frühen Phase der Pandemie bis zum Start der Phase der SARS-CoV-2-Variante Omikron zu Beginn des Jahres 2022, in welcher sich die Häufigkeit der Todesfälle an COVID-19 reduzierte. Gleichzeitig kann gegenläufig eine Zunahme **der positiven Befunde auch im Kindes- und Jugendalter** wahrgenommen werden, wobei dies auch der besseren Verfügbarkeit von **Testmöglichkeiten** zuzuschreiben ist. In den Jahren 2020 und 2021 wurden im Sommer keine bzw. kaum Fälle detektiert. Im Sommer 2022 war das Fallgeschehen deutlich höher.

[28] https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020 [Zugriff am 10.09.2024]

Abbildung 81: Altersverteilung der Genesenen und Verstorbenen in Tirol im Zeitverlauf der COVID-19-Pandemie, 2020–2023



Quelle: Abt. Raumordnung und Statistik; Datenquelle: ISCO, landeseigene Auswertung, Amt der Tiroler Landesregierung (2023)

Die zu bewältigende Datenflut war mit dem üblichen, zum Teil schwerfälligen und vom Zusammenbruch bedrohten Instrument des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) weder zeitgerecht zu bearbeiten, noch konnten die gesetzlich zu erfolgenden Maßnahmen damit administriert werden. Somit entwickelte das Land Tirol eine hochspezifische Datenbank (**ISCO – Informationssystem COVID**), die in ausreichender Schnelligkeit die Möglichkeit bot, die Pandemie auch verwaltungstechnisch zu administrieren. Zudem wurde ein eigenes tirolweit agierendes Corona-Team mit zentralem Sitz in Innsbruck mit epidemieärztlicher Besetzung aufgebaut, um die Bezirkshauptmannschaften v. a. vom Contact-Tracing, also der Nachverfolgung von Kontakten erkrankter Personen und deren behördlicher Behandlung und sämtlichen von Behörden zu setzenden Maßnahmen, zu entlasten. Über das epidemieärztliche Contact-Tracing-Team wurde zudem Fall für Fall nach einer eigens erstellten Falldefinition aufgearbeitet und in ISCO wurde dokumentiert, ob Personen AN oder MIT COVID-19 verstorben sind, daher werden die Daten aus ISCO hinsichtlich der Datenqualität höher bewertet als jene des EMS.

Tabelle 7: Personenbezogener Status und fallbezogener Status infolge SARS-CoV-2-PCR-Testungen in Tirol, 1. Juli 2023, 8:30 Uhr

Aktiver Status personenbezogen und Testsummen (Dashboard)	Stand: 01.07.2023, 08:30h	24h-Differenz
positiv getestete Personen	29	3
verstorbene Personen	1.011	7
genesene Personen	448.336	–8
negativ getestete Personen	275.702	–1
getestete Personen gesamt (inkl. Ausländer:innen)	726.519	1
Gesamttestungen (inkl. Mehrfachtestungen pro Person)	3.197.007	5

Aktiver Status fallbezogen	Stand: 01.07.2023, 08:30h	24h-Differenz
Anzahl der genesenen Fälle (Mehrfachinfektionen mitgerechnet)	524.497	–7
Anzahl der negativen Fälle	1.629.351	2
positive Ersttestung von Fällen (kumulativ seit 27.02.2020)	525.524	3
in Auswertung (offen)	0	–1

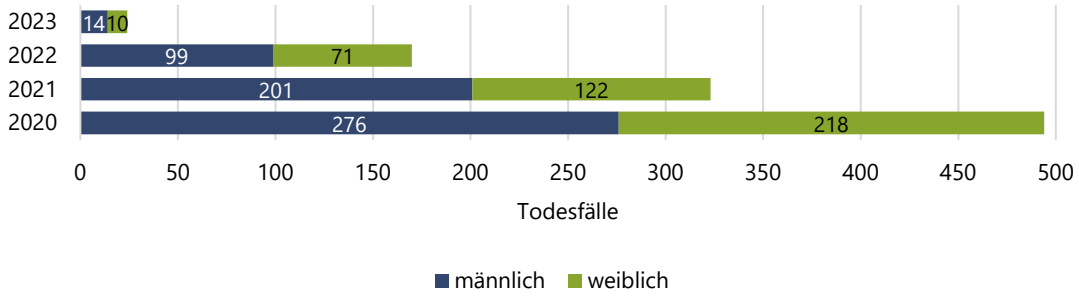
Quelle: Lagebericht: ISCO Stand 01.07.2023, 08:30h, Amt der Tiroler Landesregierung

Das Testaufkommen mittels **PCR-Tests** war in Tirol mit knapp 3,2 Millionen Testungen an 726.519 getesteten Personen (somit also nahezu die gesamte Tiroler Population) insgesamt sehr hoch.

Bis zum Ende der Pandemie Ende Juni 2023 wurden insgesamt 525.524 erstmalig mittels PCR-Test positiv getestete Fälle gemeldet (also ca. 16 % aller durchgeführten Tests). Dies umfasst insgesamt 449.376 Personen mit einmaliger oder mehrmaliger Infektion. Rund 76.000 positive PCR-Befunde konnten als Mehrfachinfektionen identifiziert werden. Insgesamt sind 1.011 Personen an COVID-19 – durch das ärztliche Corona-Team geprüft – verstorben (darunter waren 421 Personen weiblich, 590 waren männlich). Einer der Schlüsselindikatoren hinsichtlich der Schwere der Pandemie sind die **Todesfälle**, die in Abbildung 82 dargestellt sind.

Das erste Pandemiejahr 2020 wies mit 494 Todesfällen die meisten Todesfälle auf. Infolge des beginnenden Aufbaus einer Basisimmunität in der Bevölkerung durch Immunisierung durch Impfung und Infektion und weiterer ausbreitungsdämpfender Maßnahmen sowie der Reduktion der krankmachenden Eigenschaften des Erregers ab der Phase der SARS-CoV-2-Variante Omikron mit Beginn 2022 reduzierten sich die Jahresgesamttodesfälle von 494 im Jahr 2020 auf 170 im Jahr 2022, was einem Minus von 65 Prozent entspricht. Unter allen Todesfällen waren 41,6 Prozent **Frauen** und 58,4 Prozent **Männer**.

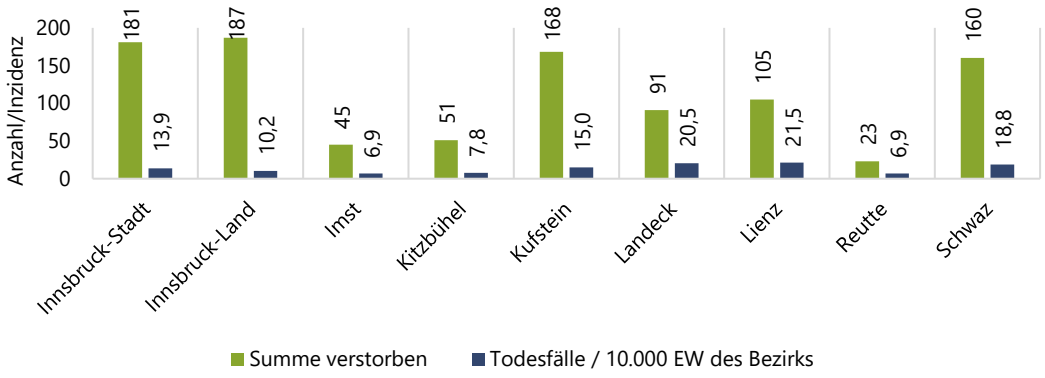
Abbildung 82: COVID-19-Todesfälle in Tirol nach Geschlecht, 2020–2023



Quelle: ISCO, landeseigene Auswertung, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Die Gesamtinzidenz an Todesfällen für die Pandemiejahre 2020 bis 2023 war im **Bezirk** Reutte mit 6,91 Todesfällen pro 10.000 EW am niedrigsten und im Bezirk Lienz mit 21,51 Todesfällen pro 10.000 EW am höchsten. Die absoluten Todesfallzahlen waren in den 3 einwohnerstärksten Bezirken Innsbruck-Land, Innsbruck-Stadt und Kufstein am höchsten (vgl. Abbildung 83 und Tabelle 52 im Tabellenanhang).

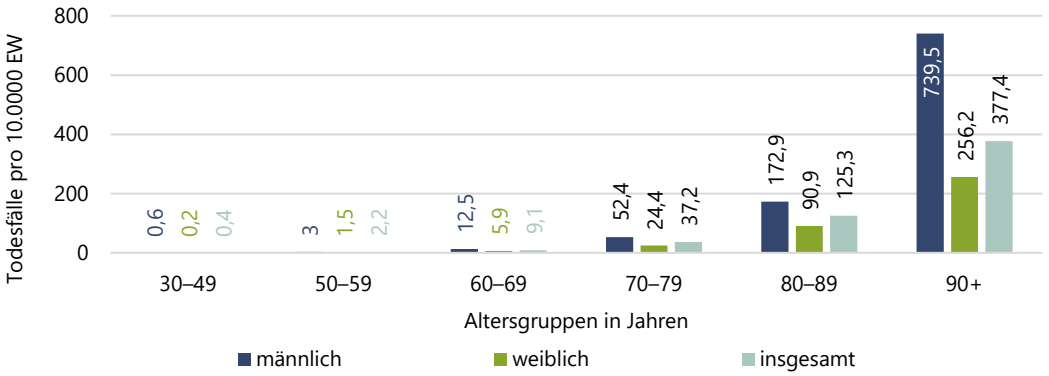
Abbildung 83: COVID-19-Todesfälle absolut und pro 10.000 EW in Tirol nach Bezirken, 2020–2023



Quelle: ISCO, landeseigene Auswertung, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Das **Alter** ist der größte Risikofaktor, an COVID-19 zu versterben. An COVID-19 verstorben sind zum größten Teil Personen ab 60 Jahren. Besonders betroffen waren Männer ab 90 Jahren mit einer Todesfallinzidenz von 739,5 pro 10.000 EW dieser männlichen Altersgruppe, was einer rund 2,9-fach höheren Inzidenz als jener der Frauen in dieser Altersgruppe entspricht (256,2 pro 10.000 EW dieser weiblichen Altersgruppe) (vgl. Abbildung 84).

Abbildung 84: COVID-19-Todesfälle in Tirol pro 10.000 EW nach Altersgruppen und Geschlecht, 2020–2023

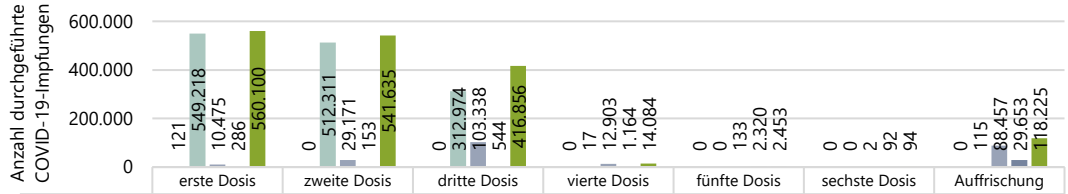


Quellen: Bevölkerung nach Alter in Einzeljahren, Geschlecht und Bundesland 2021 (Statistik Austria), Todesfalldaten (ISCO, Amt der Tiroler Landesregierung)

Den bestmöglichen Schutz bietet die zumindest einmal jährlich durchzuführende **COVID-19-Impfung**, welche im Österreichischen Impfplan (BMSGPK 2024) besonders für die Altersgruppe ab 60 Jahren empfohlen wird. Die COVID-19-Impfungen wurden zu Beginn der Ausrollung an landesseitig organisierten Impfstellen von der Bevölkerung gut angenommen. Nach Auswertung des internen e-Impfpass-Dashboards der Sozialversicherung wurden insgesamt 1.653.449 Impfdosen an zum Zeitpunkt der Impfung in Tirol wohnhafte Personen in den Jahren 2020 bis 2023 verimpft. Das sind 8,01 Prozent der insgesamt 20.640.106 COVID-19-Impfungen an allen zum Zeitpunkt der Impfung in Österreich wohnenden Personen.

Mit Fortdauer der Pandemie schwand die **Impfbereitschaft** jedoch deutlich: Wurden 2021 noch 1.374.635 Impfdosen in Tirol an Personen, die zum Zeitpunkt der Impfung in Tirol wohnten, verimpft, waren es 2023 lediglich 34.212 Impfdosen (vgl. Abbildung 85).

Abbildung 85: Anzahl der an zum Zeitpunkt der Impfung in Tirol lebenden Personen durchgeführten COVID-19-Impfungen in Tirol, 2020–2023



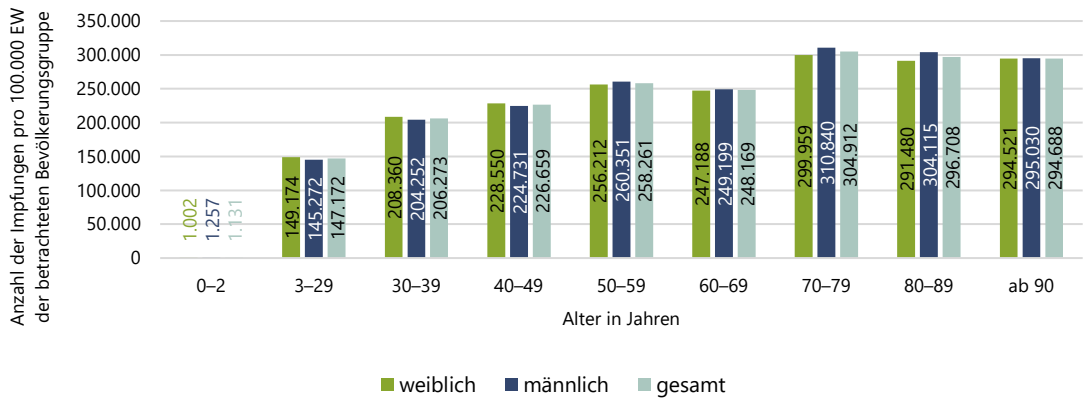
	erste Dosis	zweite Dosis	dritte Dosis	vierte Dosis	fünfte Dosis	sechste Dosis	Auffrischung
2020	121	0	0	0	0	0	0
2021	549.218	512.311	312.974	17	0	0	115
2022	10.475	29.171	103.338	12.903	133	2	88.457
2023	286	153	544	1.164	2.320	92	29.653
Gesamtsumme	560.100	541.635	416.856	14.084	2.453	94	118.225

Quelle: internes e-Impfpass-Dashboard der Sozialversicherung, interne Auswertung, abgerufen am 16.09.2024, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Bis Ende 2023 hatten 396.647 Personen, also 51 Prozent der Tiroler Bevölkerung (Jahresende 2023), die Ende 2023 in Tirol lebten bzw. wohnhaft waren, eine 3. Impfung im Sinne einer Grundimmunisierung. Die Differenz zur Anzahl der 3. Impfungen in Abbildung 85 erklärt sich

durch Sterbefälle und Umzüge. Personen über 70 Jahre wurden bezogen auf die Einwohnerzahl ihrer Altersgruppe in Tirol deutlich öfter geimpft als jüngere Personen. Die Anzahl an verimpften Dosen ist bei Männern mit rund 310.840 Impfungen pro 100.000 männlicher EW in der Altersgruppe 70–79 Jahre am höchsten. Mit knapp 1.000 Impfungen pro 100.000 EW der weiblichen Altersgruppe 0–2 Jahre wurde diese am wenigsten oft geimpft (vgl. Abbildung 86 und Tabelle 53 im Tabellenanhang).

Abbildung 86: Anzahl der Impfungen pro 100.000 EW in Tirol nach Altersgruppen zum Zeitpunkt der Impfung und Geschlecht, 2020–2023

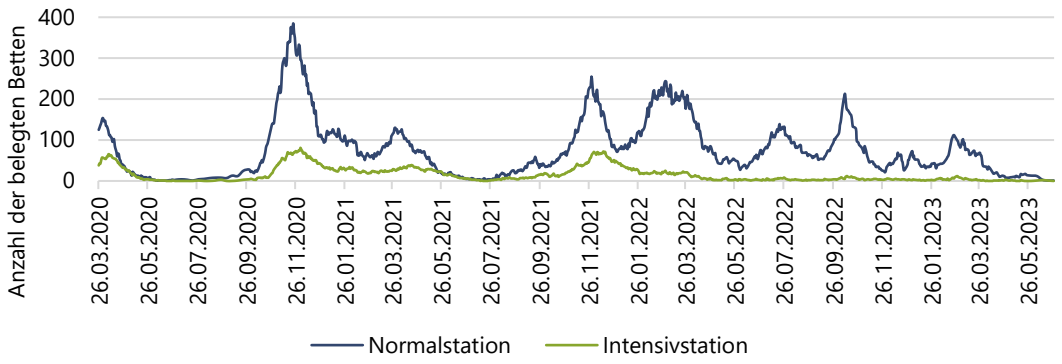


Quelle: e-Impfpass-internes Dashboard, Sozialversicherung, interne Auswertung, abgerufen am 16.09.2024, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

7.2 Krankenhausbelagszahlen

Zahlen zu von COVID-positiven Patientinnen und Patienten belegten Betten in Tiroler Fondskrankenanstalten geben einen Einblick in das pandemische Geschehen des Zeitraums 2020 bis Juni 2023 und die punktuell starken Belastungen des Gesundheitssystems. Die zweite COVID-Welle von November 2020 bis Jänner 2021 zog Ende November bzw. Anfang Dezember die höchste Anzahl an von COVID-positiven Patientinnen und Patienten belegten Betten sowohl auf Normal- als auch auf Intensivstationen nach sich. Der **Höchststand an** belegten **Intensivbetten** wurde am 2. Dezember 2020 mit 81 Betten erreicht. Ähnliche Spitzen auf Intensivstationen waren im April 2020 und im Dezember 2021 zu beobachten. Die **Höchstzahl** an von COVID-positiven Patientinnen und Patienten belegten **Normalstationsbetten** wurde am 23.11.2020 mit 385 Betten erreicht, es wurden danach keine vergleichbaren Zahlen erreicht, doch kam es in Wellen immer wieder zu höheren Belegungen: Im Dezember 2021, Februar/März 2022 und Oktober 2022 kam es zu Spitzen von zwischen 200 und 250 belegten Betten (vgl. Abbildung 87).

Abbildung 87: Anzahl der mit COVID-19-positiven Patientinnen und Patienten belegten Betten in Tiroler Fondskrankenanstalten nach Normal- und Intensivstation, 2020–2023



Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Gesundheitsrecht und Krankenanstalten; Darstellung: GÖG

7.3 Krankenstandstage aufgrund von SARS-CoV-2

Eine valide Auswertung der Krankenstandstage aufgrund von SARS-CoV-2 ist nur für die Jahre 2022 und 2023 möglich, da die COVID-Testungen in den Jahren 2020 und 2021 über die Teststraßen abgehandelt wurden und noch kein ICD-Code vorhanden war. Aus diesem Grund werden nachfolgend lediglich **Krankenstandsdaten für 2022 und 2023** ausgewiesen.

Im Jahr 2022 wurden 23.070 Fälle und insgesamt 182.699 Krankenstandstage aufgrund von SARS-CoV-2 in Tirol gemeldet, was einem Anteil von 5,1 Prozent aller Krankenstände und von 4,7 Prozent aller Krankenstandstage aller ÖGK-Versicherten in Tirol im Jahr 2022 entspricht; 2023 waren es 28.690 Krankenstandsfälle (+24 % zu 2022) und insgesamt 185.142 Krankenstandstage (+1,3 % zu 2022), was wiederum einem Anteil von knapp 6,1 Prozent aller Krankenstände und 4,8 Prozent aller Krankenstandtage entspricht (für nähere Informationen zu Krankenständen vgl. Kapitel 3.2.6). Die Anzahl der Krankenstandsfälle stieg also an, während sich die Krankenstandstage aufgrund von SARS-CoV-2 reduzierten.

7.4 Epidemiologisches Früherkennungssystem

Abwassersurveillance als epidemiologisches Informationssystem Tirols

Das **Tiroler Abwassermonitoring-Programm** ist ein gemeinsam mit dem Institut für Gerichtliche Medizin (GMI) der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) aufgebautes, kosteneffektives, verlässliches und zweckmäßiges Werkzeug für die **Surveillance** der Tiroler Bevölkerung zu unterschiedlichen Fragestellungen. Das Fundament bilden die gemeinsam mit der Abteilung Wasserwirtschaft des Amtes der Tiroler Landesregierung seit Jahren erprobten Strukturen in den Bereichen Entnahme, Logistik, Lagerung und Prozessierung von Abwasserproben. Aufbauend auf dieses Abwasserbeprobungsnetzwerk und die dazugehörige Probendatenbank können unterschiedliche Analysemodule angedockt werden. Seit November 2020 umfasst der Regelbetrieb das Monitoring von SARS-CoV-2-Viren. In einem Pilotprozess wurden Influenza A/B und RSV

(Respiratory Syncytial Virus) seit Mitte November 2023 für die Dauer des Winterhalbjahres monitiert – Infektionen, die in wiederkehrenden Wellen in der Tiroler Bevölkerung beobachtet werden und üblicherweise während der Wintermonate eine hohe Gesundheits- und Systembelastung verursachen können. Aufgrund seines modularen Aufbaus kann das Abwassermonitoring-Programm schnell und effizient erweitert und an aktuelle Bedürfnisse angepasst werden, so besteht auch die Möglichkeit der Verfolgung von regional begrenzten Ausbrüchen, wie z. B. Masern.

Das Abwassermonitoring ist insbesondere dazu geeignet, das Ausmaß sowie die räumliche und zeitliche Entwicklung einer Exposition der Bevölkerung gegenüber potenziell gesundheitsschädlichen Umwelteinflüssen (z. B. Viren) zu monitoren. Die Abwassersurveillance funktioniert unabhängig von Symptomatik und Testbereitschaft der Bevölkerung. Abwasseruntersuchungen bilden Trends ab und können als Frühwarnsystem im Gesundheitsbereich dienen, da bereits zu Beginn einer epidemischen Welle Personen miterfasst werden, die keiner medizinischen Hilfe bedürfen und somit in anderen höherschwelligen Meldesystemen (z. B. Meldeverpflichtung nach dem Epidemiegesetz, Sentinelpraxen, Krankenhausaufnahmen) noch nicht detektiert werden würden. Der Beginn einer epidemischen Welle wird somit noch offensichtlich, bevor die Systembelastung ansteigt.

Auf Basis dieser Information kann frühzeitig Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden, die primär auf die Hebung des Informationsstandes der Gesundheitsdienstleister:innen wie auch der breiten Öffentlichkeit zur epidemiologischen Situation, zur Einhaltung von Hygieneregeln und zu Impfungen abzielt.

Die Daten fließen weiters in das **epidemiologische Frühwarnsystem (EFS)** ein, das vom Landesinstitut für Integrierte Versorgung (LIV) Tirol betrieben wird. Im Mittelpunkt dieses Systems steht eine agentenbasierte Simulation, die eine **präzise Prognose** der Virusverbreitung in der Bevölkerung ermöglicht. Die agentenbasierte Simulation spielt eine zentrale Rolle bei der 10-Tages-Prognose von möglichen **Belastungen des Gesundheitssystems**. Sie erlaubt eine differenzierte Einschätzung der Kapazitäten in Krankenhäusern – sowohl für Normalbetten als auch für Intensivstationen – und unterstützt so die Vorbereitungen auf mögliche Belastungsspitzen. Dies macht das EFS zu einem wichtigen Werkzeug für die strategische Planung und Krisenbewältigung im Gesundheitswesen vor allem durch die Information von Krankenanstalten, indem eine umfassende und robuste Vorhersage der aktuellen Auswirkungen von COVID-19-Infektionswellen auf das Gesundheitssystem gewährleistet wird.

Das **Tiroler Abwassermonitoring-Programm** selbst umfasste bis zum Jahr 2023 43 kommunale Kläranlagen, seit 2023 sind es 42 Kläranlagen, von denen 6 auch in das Nationale SARS-CoV-2-Abwassermonitoring (https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/oeffentliche-gesundheit/abwasser-monitoring-tirol) miteinbezogen waren. Im Zeitraum November 2020 bis Juli 2023 wurden insgesamt 127 Proben pro Woche ausgewertet. Seit August 2023 erfolgt die Beprobung mit Ausnahme der 6 Kläranlagen des Nationalen SARS-CoV-2-Abwassermonitorings in reduzierter Frequenz (einmal wöchentlich). Eine weitere Reduktion der Anzahl der ausgewerteten Proben ergibt sich durch Pooling von Abwasserproben benachbarter Regionen. Somit werden mit Ende 2023 maximal 13 Proben einmal wöchentlich für das Tiroler Abwassermonitoring-Programm und 6 Proben zweimal wöchentlich für das Nationale SARS-CoV-2-Abwassermonitoring ausgewertet und dargestellt. Damit werden Ausscheidungen von 99 Prozent der Tiroler Bevölkerung und der sich in Tirol aufhaltenden Touristinnen und Touristen abgedeckt. Im Bedarfsfall (z. B. zur

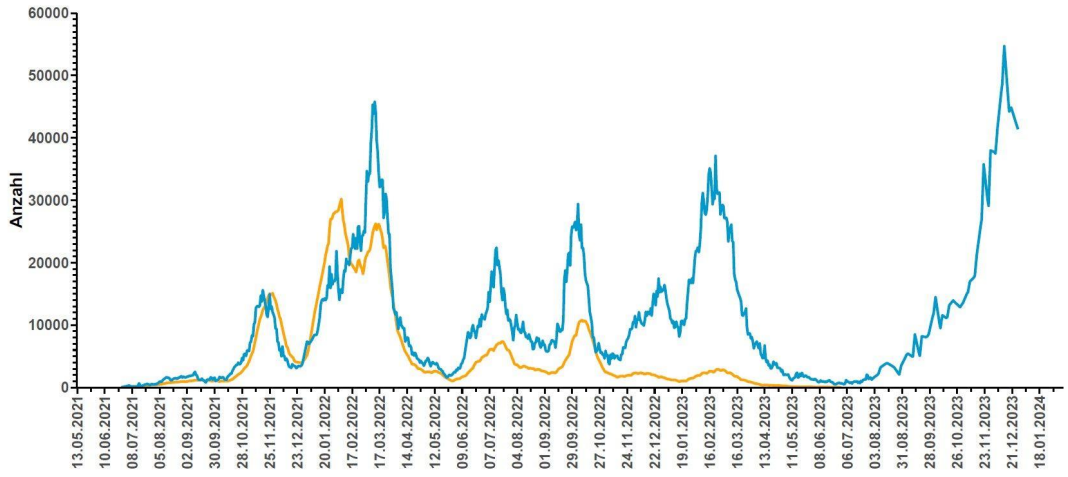
Abklärung eines regionalen Ausbruchs) kann jeder Pool geöffnet und jede einzelne Region ausgewertet werden. Die Übersetzung der im Abwasser gemessenen Virenkonzentrationen in fiktive Ausscheider:innen ermöglicht eine nachvollziehbare Darstellung der Belastung. Das Ausweisen eines Trendindikators ermöglicht die Einschätzung der Infektionsausbreitungsdynamik.

Bis zum Entfall der Meldeverpflichtung von COVID-19 am 30. Juni 2023 konnte neben den aus dem Abwasser errechneten fiktiven Ausscheiderinnen und Ausscheidern auch die Anzahl der tatsächlich als laborpositive SARS-CoV-2-Fälle gemeldeten Humanfälle dargestellt werden. Somit konnte je nach Testgeschehen in der Bevölkerung der hohe Aussagewert der Abwassersurveillance verifiziert werden. Mit Abnahme des Testgeschehens konnte mithilfe des Abwassermonitorings weiterhin ein sehr guter Einblick in das Ausmaß und in die Dynamik der COVID-19-Belastung der sich in Tirol aufhaltenden Personen gewonnen werden.

Die Informationen zur zeitlichen und regionalen Entwicklung der SARS-CoV-2-Virenfrachten wurden zeitnah auf der Website des Landes Tirol dargestellt: https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/oeffentliche-gesundheit/abwasser-monitoring-tirol.

Im Dezember 2023 wurden die höchsten jemals im Abwasser beobachteten SARS-CoV-2-Virenfrachten verzeichnet. Die Gesamtzahl der fiktiven Ausscheider:innen am Scheitelpunkt der Welle (KW 50) betrug 55.300 (vgl. Abbildung 88).

Abbildung 88: Zeitliche Verläufe positiv getesteter Personen und der aus dem Abwassermonitoring ermittelten fiktiven Ausscheider:innen in Tirol, 2021–2023

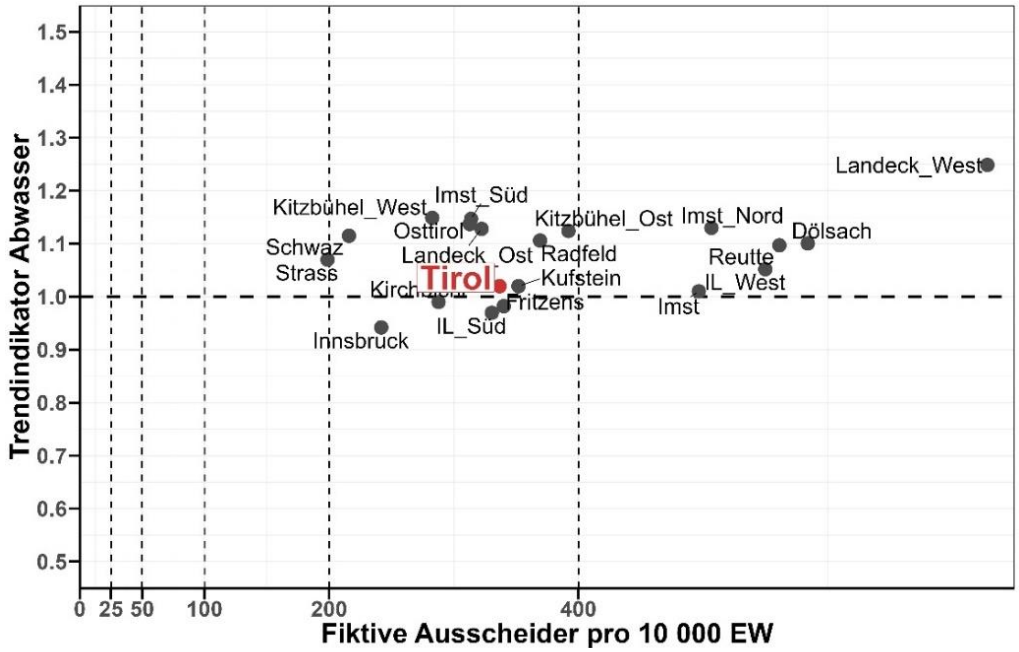


orange: positiv getestete Personen
blau: ermittelte fiktive Ausscheider:innen

Quelle: Bericht zum SARS-CoV-2-Abwassermonitoring Tirol, Univ.-Prof. Dr. Herbert Oberacher, GMI, Bericht vom 28.12.2023

Wie aus dem nachfolgenden Lagediagramm vom 28.12.2023 ersichtlich wird, wurden bei **der zeitlichen Entwicklung der SARS-CoV-2-Verbreitung** Unterschiede zwischen den einzelnen gemonitorten Regionen beobachtet. So zeigte sich im Zentralraum Innsbruck (Regionen Innsbruck-Stadt, Fritzens, Innsbruck-Land Süd) bereits eine Trendumkehr (Trendindikator Abwasser <1), während in fast allen anderen Regionen noch ein Anstieg der Virenfracht (Trendindikator Abwasser >1) zu beobachten war (vgl. Abbildung 89).

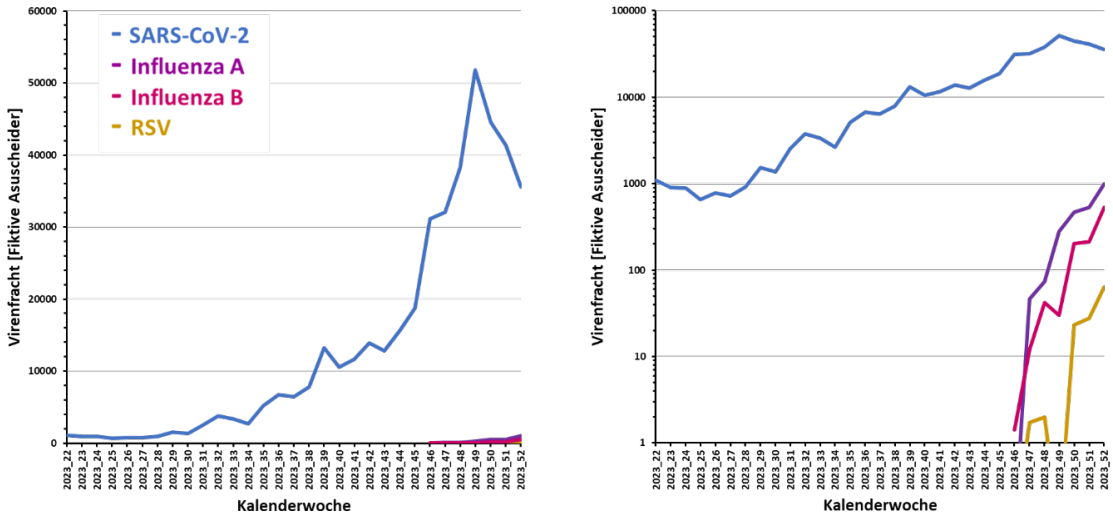
Abbildung 89: Lagediagramm der SARS-CoV-2-Verbreitung in den Tiroler Regionen, 28.12.2023



Quelle: Bericht zum SARS-CoV-2-Abwassermonitoring Tirol, Univ.-Prof. Dr. Herbert Oberacher, GMI, Bericht vom 28.12.2023

Hinsichtlich des Pilotprojekts des **Monitorings der Erreger für Influenza A und B sowie von RSV-Viren** im Abwasser konnte der beginnende Anstieg für Influenza A deutlich sowie der beginnende Anstieg der RSV-Virenbelastung anhand der nachgewiesenen Virenfracht Ende 2023 dargestellt werden (vgl. Abbildung 90).

Abbildung 90: Abwassermonitoring Tirol – Ergebnisse SARS-CoV-2, Influenza A und B, RSV, 29.12.2023



Quelle: persönliche Mitteilung Abwassermonitoring Tirol – Ergebnisse SARS-CoV-2, Influenza A und B, RSV, KW 52, Univ.-Prof. Dr. Herbert Oberacher, GMI, Bericht vom 29.12.2023

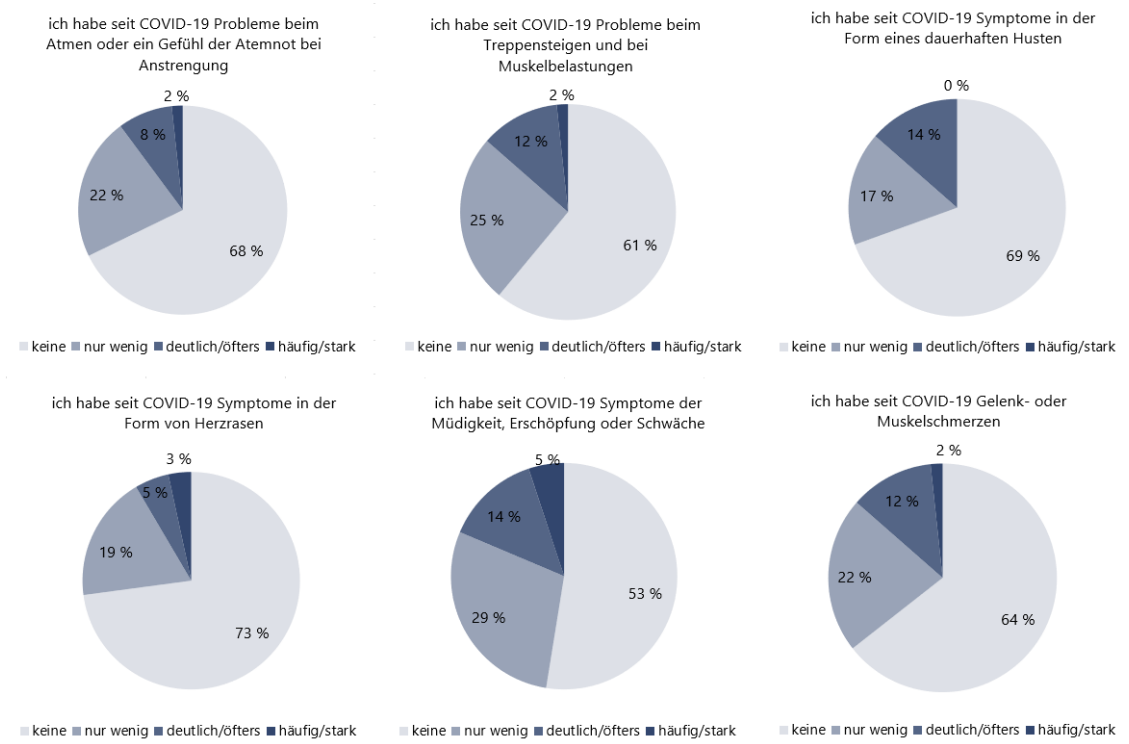
Grundsätzlich fließen alle gewonnenen Informationen in ein **Stakeholderinformationssystem** der Abteilung Öffentliche Gesundheit (ehemals Landessanitätsdirektion) ein, welches saisonal gesamthaft die epidemiologische Situation in Tirol im Zusammenhang mit dem Auftreten spezifischer akuter respiratorischer Erkrankungen wöchentlich darstellt: https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/infekt/ari-akute-respiratorische-erkrankungen/.

7.5 Post-COVID

Post-COVID ist eine mögliche **Langzeitfolge** einer durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Erkrankung, bei der die Symptome längerfristig fortbestehen. Ab einer Dauer von 4 Wochen ab Infektion spricht man von Post-COVID oder Long COVID (ein von Betroffenen geprägter Begriff), bei mehr als 12 Wochen andauernden Symptomen von einem Post-COVID-Syndrom. Die in Studien beobachteten Symptome sind vielfältig und können unterschiedliche Organsysteme betreffen. Der Schweregrad reicht von leichten Störungen des Befindens bis hin zu erheblichen Einschränkungen im täglichen Leben.

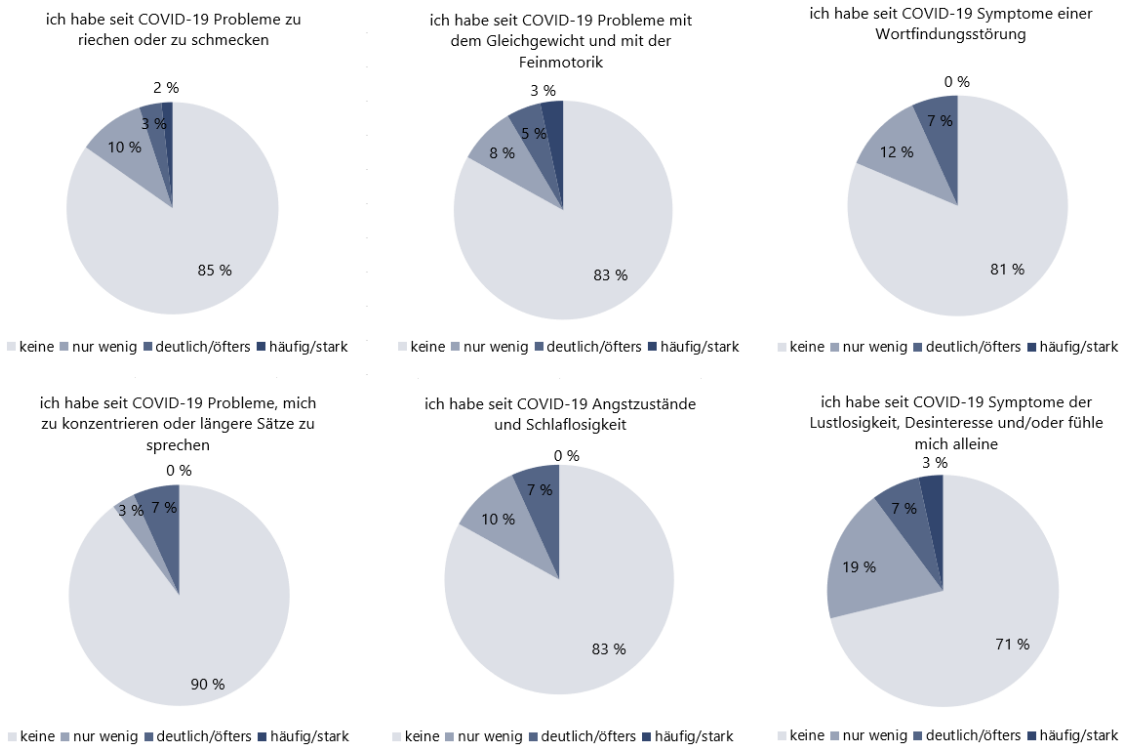
In einer im vierten Quartal 2022 von der Uniklinik Köln für den europäischen Raum durchgeführten Studie, die Anfang 2025 fertig gestellt und mit Daten aus mehreren europäischen Ländern publiziert wird (Daten für Tirol wurden vorab an das LIV zum Zweck der Einarbeitung in den Gesundheitsbericht bereitgestellt), gaben 61 Prozent der befragten Tiroler:innen an, seit Januar 2020 an COVID-19 erkrankt zu sein. 8 Prozent der Befragten beschrieben, dass sie wegen einer COVID-19-Infektion entweder ambulant oder stationär behandelt wurden. Nur ca. 50 Prozent der Befragten beschrieben nach einer durchgemachten COVID-19-Erkrankung einen relativ normalen Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt. Die Symptome verbesserten sich jedoch bei mehr als 50 Prozent, bei einem Drittel der Befragten blieben diese unverändert. Die folgenden Abbildungen zeigen die Prävalenz von verschiedenen COVID-19-Symptomen bei den befragten Tiroler:innen (vgl. Abbildung 91 und Abbildung 92).

Abbildung 91: Prävalenz von verschiedenen Long-COVID-Symptomen in der Tiroler Bevölkerung: Probleme beim Atmen, Treppensteigen, Husten, Herzklopfen, Schwäche, Gelenk- und Muskelschmerzen



Quelle: anonyme Daten für Tirol aus der von der Uniklinik Köln für den europäischen Raum durchgeführten Studie; LIV-Köln-Kooperation für die Tirol-Umfrage

Abbildung 92: Prävalenz von verschiedenen Long-COVID-Symptomen in der Tiroler Bevölkerung: Geruch, Gleichgewicht und Feinmotorik, Wortfindungsstörung, Konzentration, Schlaflosigkeit, Desinteresse



Quelle: anonyme Daten für Tirol aus der von der Uniklinik Köln für den europäischen Raum durchgeführten Studie; LIV-Köln-Kooperation für die Tirol-Umfrage

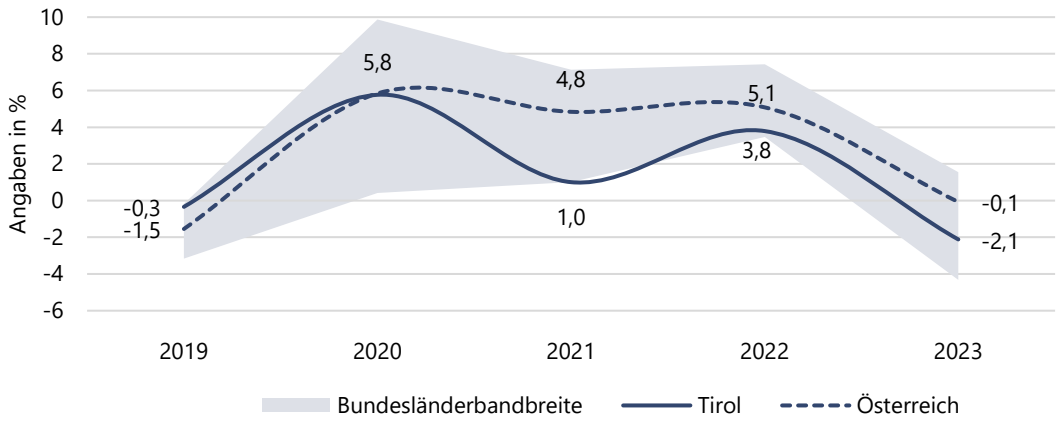
Aus der Literatur ist zwischenzeitlich bekannt, dass die am häufigsten genannte COVID-19-Folgeerscheinung anhaltende **Erschöpfungszustände** (Fatigue) sind. Diese lassen sich oftmals nicht einer eindeutigen kausalen Organdysfunktion zuordnen, zumal die genauen Ursachen bislang nicht bekannt sind. Die klinische Erfahrung mit mehr als 750 Post-COVID-Patientinnen und -Patienten in Tirol zeigt, dass in vielen Fällen trotz umfangreicher Labor- und bildgebender Diagnostik keine spezifischen Auffälligkeiten in den Routineuntersuchungen festgestellt werden. Dies kann für Betroffene einerseits beruhigend, aber häufig auch frustrierend sein. Die Patientinnen und Patienten verlieren viel Zeit mit dem Aufsuchen verschiedenster Ärztinnen und Ärzte, erhalten aber oft keine geeignete rehabilitative Therapie.

7.7 Übersterblichkeit

Die Folgen von SARS-CoV-2 zeigen sich in demografischer Hinsicht unmittelbar und am deutlichsten bei den **Sterbezahlen**. Im Folgenden wird die durchschnittliche altersstandardisierte Gesamtsterblichkeit der 3 der Pandemie vorangegangenen Jahre 2017 bis 2019 derjenigen der einzelnen Jahre 2019–2023 gegenübergestellt[29]. Die Abweichungen von der Vorpandemieperiode sind in Abbildung 93 dargestellt.

Es zeigt sich in den Jahren 2020 bis 2022 eine deutliche und österreichweit konstante Übersterblichkeit, die in Tirol im Jahr 2020 (um 5,8 Prozent höher als im Durchschnitt der Periode 2017–2019) gleich hoch war wie in Gesamtösterreich (BL-Bandbreite: +0,4 bis +9,9 %). Im Jahr 2021 blieb die Übersterblichkeit in Österreich insgesamt hoch (+4,8 %), in Tirol fiel sie in diesem Jahr moderat aus – sie war mit +1,0 Prozent die niedrigste aller Bundesländer (BL-Bandbreite: +1,0 bis +7,1 %). Auch im Jahr 2022 zeigte sich noch eine unterdurchschnittliche Übersterblichkeit in Tirol mit +3,8 Prozent (Ö: +5,1 %; BL-Bandbreite: +3,5 bis +7,4 %; vgl. Abbildung 93).

Abbildung 93: Abweichung der Mortalitätsrate in den Jahren 2019–2023 von der Periode 2017–2019 in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite und Österreich



Die zugrunde liegenden Mortalitätsraten sind altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013.

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2017–2023; Berechnung und Darstellung: GÖG

[29] Für die von Statistik Austria berechnete Übersterblichkeit (Wisbauer et al. 2023) für Österreich insgesamt ohne regionale Vergleiche wurden die absoluten Sterbezahlen herangezogen. Mit dieser Berechnungsmethode würden sich zwar etwas andere Prozentwerte ergeben, doch die Aussage der deutlichen Übersterblichkeit in den Jahren 2020–2022 österreichweit und der Vergleich mit der Entwicklung in Tirol bleiben dieselben.

8 Ausgewählte Themen zur Frauengesundheit in Tirol

8.1 Brustkrebs-Früherkennung

Erkrankungen und Sterblichkeit

Brustkrebs ist sowohl in Österreich als auch weltweit die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Bei den Tirolerinnen ist laut dem Tumorregisterbericht Tirol „(…) das häufigste neu diagnostizierte Karzinom das Mammakarzinom mit einem Anteil von 29 % aller neu diagnostizierten Karzinome (…)" (IET 2023). 16 Prozent der erkrankten Frauen sterben an der Krankheit. Damit ist Brustkrebs bei Frauen die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache. Laut dem Tumorregister Tirol erkranken in Tirol jährlich durchschnittlich rund 540 Frauen an einem invasiven Mammakarzinom, ca. 50 Frauen an einem Mammakarzinom in situ. Ende des Jahres 2020 lebten in Tirol 8.335 Frauen und 50 Männer mit einem Mammakarzinom. Pro Jahr sterben durchschnittlich 115 Frauen an einem invasiven Mammakarzinom (IET 2023).

Viele Frauen, vor allem jene, bei denen Brustkrebs früh diagnostiziert wird, haben gute Chancen, wieder gesund zu werden. Die relative Fünfjahresüberlebensrate für alle Stadien liegt bei 87 Prozent. Es zeigte sich sogar eine Verbesserung der Überlebenschancen („overall survival") für alle Stadien in den Diagnosejahren 2011–2020 im Vergleich zu 2001–2010 (IET 2023).

Brustkrebs und Alter

Das durchschnittliche Alter der Patientinnen mit einem invasiven Mammakarzinom liegt bei 63 Jahren und ca. 80 Prozent der Patientinnen sind älter als 50 Jahre. Betrachtet man die österreichischen Vergleichszahlen von Statistik Austria, zeigt sich, dass das Risiko, bis zum 75. Lebensjahr in Tirol an Brustkrebs zu erkranken, bei Frauen bei 8,5 Prozent liegt (Statistik Austria 2024a).

Vorsorgeuntersuchungen

Aus dem zum Zeitpunkt der Berichtserstellung noch unveröffentlichten Frauengesundheitsbericht Tirol 2024 geht hervor, dass Frauen im Allgemeinen häufiger Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen als Männer. Im Jahr 2023 wurden in Tirol 145.093 allgemeine Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen, 54 Prozent davon für Frauen. Zusätzlich wurden 65.231 gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt (Amt der Tiroler Landesregierung 2024a). Diese Tatsache birgt ein hohes Potenzial für die Früherkennung von Brustkrebs. Früherkennungsprogramme ermöglichen eine frühe Behandlung und verbessern die Genesungswahrscheinlichkeit und Therapiemöglichkeiten.

Die Tiroler Geschichte der Brustkrebs-Früherkennung

In Tirol gibt es insofern eine Brustkrebs-Früherkennungstradition, als es von 2008 bis Ende 2013 ein eigenes Mammografie-Screeningprogramm in Tirol gab, das als Referenzprojekt für die

Einführung eines nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BKFP) konzipiert war. Um sicherzustellen, dass die Qualitätsstandards bei einer Überführung in ein nationales Mammografie-Screeningprogramm beibehalten werden, hat der Tiroler Landtag im Mai 2011 die Fortführung des Projekts verabschiedet. Der Tiroler Gesundheitsfonds hat mit Einführung des österreichweiten BKFP entschieden, weiterhin eine eigene Evaluation der Früherkennungsmammografien in Tirol durchzuführen. Dies ist durch die bestehende Infrastruktur, die lokale Datenhaltung am Institut für Epidemiologie (IET) des Landesinstituts für Integrierte Versorgung, die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Durchführung von Nachrecherchen zur Vervollständigung und Qualitätssicherung der Daten sowie die Einbindung des Tiroler Tumorregisters für die Ergänzung der Karzinomdaten möglich.

Das nationale Brustkrebs-Früherkennungsprogramm (BKFP)

Ziele des österreichischen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist die Senkung der Brustkrebs-Sterblichkeit in Österreich sowie die Sicherstellung der bestmöglichen Untersuchungsmöglichkeiten. Auf der Website www.frueh-erkennen.at, betrieben von der Österreichischen Gesundheitskasse, können Details zu Hintergrund, Daten, häufig gestellten Fragen und die Mammografie-Institute in unterschiedlichsten Sprachen abgerufen werden.

Seit der Einführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (BKFP) im Jahr 2014 können alle Frauen ab dem vollendeten 40. Lebensjahr alle zwei Jahre kostenlos eine Früherkennungsmammografie über die e-Card in Anspruch nehmen. Aktiv zur Teilnahme am BKFP eingeladen werden Frauen ab Beginn des 46. Lebensjahrs bis zum vollendeten 69. Lebensjahr bzw. ab dem Jahr 2023 bis zum vollendeten 75. Lebensjahr. Nicht teilnahmeberechtigt sind Versicherte von ausschließlich privaten oder ausländischen Krankenversicherungen. Darüber hinaus gibt es einige Versicherungsträger in Österreich, deren Versicherte ebenfalls nicht teilnahmeberechtigt sind. Keiner davon betrifft das Bundesland Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung 2024a).

Auch Frauen unter 40 oder über 75 Jahren steht die Möglichkeit für eine Mammografie offen, wobei Fachleute Frauen unter 40 Jahren nur in bestimmten Fällen dazu raten (z. B. genetische Vorbelastung oder Beschwerden). Die Mammografien werden an zertifizierten Radiologiezentren im Vier-Augen-Prinzip qualitätsgesichert durchgeführt. Die Bundesqualitätsstandards (BQS), ein strukturiertes, qualitätsgesichertes, leitliniengerechtes und transparentes Programm, das einer laufenden Evaluierung unterzogen wird, sind einzuhalten. Frauen mit familiärer Vorbelastung, z. B. Erkrankung von Mutter, Vater oder Geschwistern bereits vor dem 51. Lebensjahr, können genetische Abklärungen durchführen lassen. Diesen Frauen steht ein engmaschiges Früherkennungsprogramm zur Verfügung (jährliche MRT ab dem 25. Lebensjahr, jährliche Mammografie ab dem 35. Lebensjahr) (gesundheit.gv.at 2022).

In Tirol gab es von 2019 bis 2020 insgesamt 19 BKFP-Standorte, seit dem Jahr 2021 gibt es 21 BKFP-Standorte, die am Früherkennungsprogramm teilnehmen. Darauf entfallen 13 Standorte im niedergelassenen Bereich und 8 Standorte in den Tiroler Fondskrankenanstalten (Bezirkskrankenhäuser, LKH Innsbruck, LKH Hall, KH Zams). Die Fondskrankenanstalten sind im BKFP zugleich auch Assessmenteinheiten, in denen auffällige Befunde abgeklärt werden, z. B. durch weitere bildgebende Maßnahmen (MRT) oder Biopsien.

Evaluation des BKFP

Die Evaluation des BKFP erfolgt in einem Zwei-Jahres-Rhythmus durch das Institut für klinische Epidemiologie (IET). Einzelne Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt. Die Rate der Teilnehmerinnen am BKFP-Tirol steigt mit zunehmendem Alter, sie lag in den Berichtsjahren 2018 bis 2023 zwischen 38,9 Prozent (2022/2023) und 46,4 Prozent (2020/2021) aller teilnahmeberechtigten Frauen. Sie liegt damit unter dem EU-Grenzwert von mind. 70 Prozent. Die Versorgungsrate[30] (Screening, Ultraschall und kurative Mammografie) liegt zwischen 55,2 Prozent und 64,8 Prozent aller Frauen, die am BKFP teilnehmen können, und somit ebenfalls unter dem akzeptierten EU-Grenzwert der „European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis" der Europäischen Kommission[31] von 70 Prozent.

Die Recall-Rate ist der Anteil der Frauen, bei denen nach einem auffälligen Befund ein weiteres Assessment durchgeführt wurde. Sie entsprach in allen Berichtszeiträumen den erwünschten EU-Werten von unter 3 Prozent (2018/19: 2,1 %; 2020/2021: 1,6 %; 2022/2023: 1,6 %). Der Anteil der Fälle mit einem invasiven Mammakarzinom mit einer Zeit von maximal 5 Arbeitstagen zwischen Screening-Untersuchung und Assessment lag mit 82,2 Prozent (2018/2019), 84,2 Prozent (2020/2021) und 83,7 Prozent (2022/2023) unterhalb des akzeptierten EU-Grenzwerts von mindestens 90 Prozent. Auch der Anteil der Fälle mit einem invasiven Mammakarzinom mit einer Zeit von maximal 15 Arbeitstagen zwischen Tumorboard und Operation lag mit 74,1 Prozent (2018/2019) und 72,1 Prozent (2020/2021) unterhalb des dieses EU-Grenzwerts. Dieser Indikator ist aufgrund des Einsatzes neoadjuvanter Therapien, mit denen man die Tumormasse vor der Operation reduziert, zu hinterfragen.

Diagnostizierte Karzinome werden in UICC-Stadien, dem Stadium der Krebserkrankung, unterteilt. Die Stadien reichen von I bis IV, wobei I ein sehr frühes Stadium und IV ein fortgeschrittenes Stadium bedeutet, in dem der Krebs sich auf andere Teile des Körpers ausgebreitet hat. In Tirol lag der Anteil aller im Screening entdeckten Karzinome mit UICC-Stadium II+ zwischen 30,1 Prozent (2018/2019) und 35,3 Prozent (2022/2023) und somit über dem akzeptierten EU-Grenzwert von maximal 25 Prozent.

Der Anteil der invasiven Karzinome an allen entdeckten Karzinomen liegt seit 2020/2021 über dem erwünschten EU-Wert von 80 bis 90 Prozent; 2018/2019 lag der Anteil noch bei 87,5 Prozent. Der Anteil der invasiven Karzinome mit einem Durchmesser ≤10 mm an allen im Screening entdeckten invasiven Karzinomen lag über dem geforderten EU-Wert von mindestens 25 Prozent, nämlich zwischen 26,7 Prozent (2018/2019) und 27,7 % (2020/2021). Der Anteil der invasiven Karzinome mit einem Durchmesser von ≤ 15 mm an allen im Screening entdeckten invasiven Karzinomen erfüllte den erwünschten EU-Wert von mindestens 50 Prozent (2018/2019: 70,3 %; 2020/2021: 64,1 %).

Der Anteil der lymphknotennegativen Karzinome an allen invasiven Karzinomen lag in den Jahren 2018–2021 knapp über dem erwünschten EU-Grenzwert von mindestens 75 Prozent. Im Gesamtzeitraum (2019–2023) des Tiroler Gesundheitsberichts wurden rund 2.700 Mammakarzinome entdeckt. Die höchste Teilnahmerate in Tirol (und auch österreichweit) weist mit 45

[30] Unter der Teilnahmerate versteht man die Rate jener Frauen, die eine Früherkennungsuntersuchung (Mammografie, Ultraschall) in dem möglichen Zeitraum (alle 2 Jahre) erhalten haben. Bei der Versorgungrate werden auch kurative Mammografien hinzugerechnet.

[31] Für nähere Informationen siehe https://euref.org/download-section/european-guidelines/ [Zugriff am 12.02.2025]

Prozent der Bezirk Kufstein vor dem Bezirk Landeck mit 43 Prozent auf. Die niedrigste Teilnahmerate ist mit 25 Prozent im Bezirk Lienz zu finden, was (nach Hermagor) auch österreichweit das Schlusslicht darstellt. Die Bezirke Kufstein, Reutte und Kitzbühel haben mit mehr als 60 Prozent die höchste Wiederteilnahmerate in Tirol.

BKFP und COVID-19

Die Tiroler BKFP-Evaluation 2014 bis 2021 zeigt, dass es während der COVID-19-Pandemie einen starken Rückgang der Screening-Mammografien während des ersten Lockdowns (März bis Mai 2020) gab. Bei den durchgeführten Früherkennungsuntersuchungen zeigten sich keine Auffälligkeiten hinsichtlich Tumordicke, Lymphknotenbefall und UICC-Stadien. Auffällig hingegen war die Reduktion der erreichten Quote der unter 15-tägigen Wartezeit zwischen Tumorboard und OP. Vermutlich ist dies ein Effekt der COVID-19-Pandemie, da 2020 die Intensivbetten durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten belegt waren und COVID-19 zu einem akuten Personalmangel geführt hatte.

8.2 HPV-Schutzimpfung

Humane Papillomaviren (HPV) bilden eine Gruppe von DVA-Viren, sie infizieren Epithelzellen der Haut und verschiedener Schleimhäute und können bei den infizierten Zellen ein unkontrolliertes tumorartiges Wachstum hervorrufen. Einige HPV-Typen können zur Bildung von Karzinomen führen und an der Entstehung von Basalzellenkrebs („weißer Hautkrebs") begünstigend beteiligt sein. Die Effektivität der HPV-Impfung ist im jungen Lebensalter am höchsten, die Impfung schützt vor allem vor bösartigen Erkrankungen am Gebärmutterhals.

Geschichte der Tiroler HPV-Impfung[32]

In Tirol wurde die HPV-Impfung 2014 in das Gratis-**Kinderimpfprogramm „IMPFAKTION TIROL"** auf Basis des kostenfreien Nationalen Kinderimpfprogramms eingeführt. Die Impfstoffkosten werden von Bund, Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger übernommen. Zunächst waren die Impfungen für Kinder von 9 bis 11 Jahre als Schulimpfung in der 4. Schulstufe kostenfrei und mit Selbstbehalt für Jugendliche als Catch-up-Impfung (Nachholimpfung) von 12 bis 15 Jahre angeboten worden. In Tirol wird die HPV-Impfung seit 2016 als Schulimpfung in der 5. Schulstufe durchgeführt. Ab Herbst 2016 wurde der tetravalente Impfstoff vom nonavalenten Impfstoff Gardasil 9® abgelöst. Die Anspruchsberechtigung wurde schrittweise erweitert, sodass im Jahr 2023 die HPV-Impfung als Catch-up bis 21 Jahre kostenfrei im niedergelassenen Bereich bezogen werden konnte.

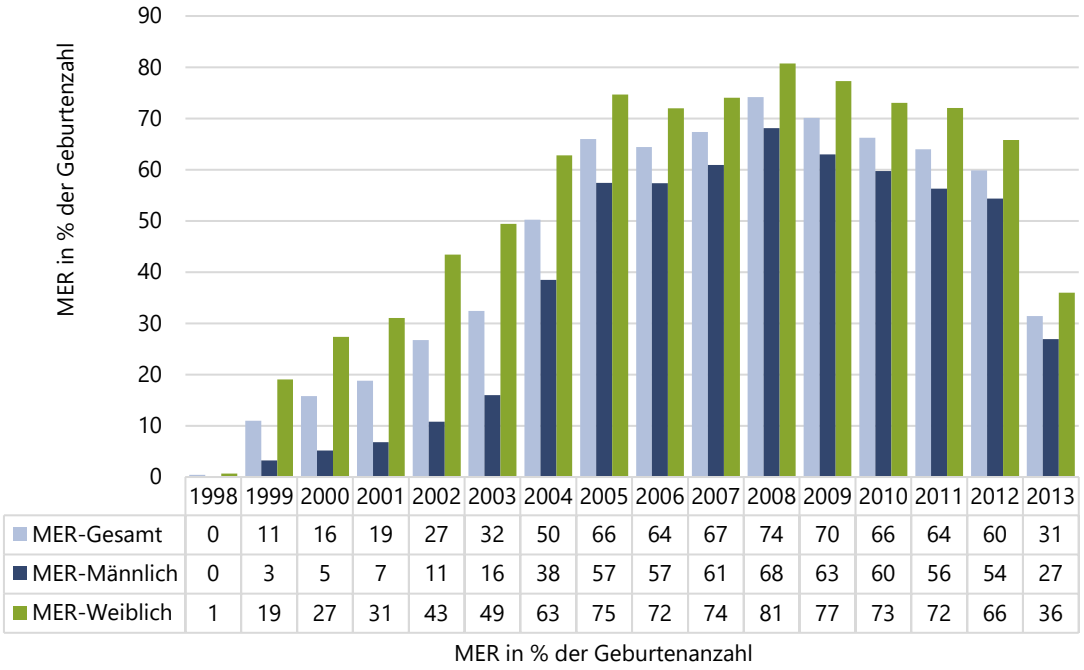
Die Gratis- und (vor 2023 preisreduzierten) Catch-up-HPV-Impfungen werden in der **landeseigenen Impfdatenbank (ISGA Informationssystem Gesundheitsamt)** erfasst. Darüber hinaus gibt es kostenpflichtig durchgeführte HPV-Impfungen im niedergelassenen Bereich, deren Anzahl unbekannt ist. Die in Abbildung 94 und Abbildung 95 dargestellten

[32] Detailbetrachtung durch die zuständige Expertin aus der Abt. Öffentliche Gesundheit (Amt der Tiroler Landesregierung), Mag.ª Dr.in Anita Luckner-Hornischer

Mehrjahreserfassungsraten (MER) für die im Impfzeitraum 2014 bis 2023 durchgeführten kostenlosen/preisreduzierten HPV-Impfungen pro Geburtsjahrgang (1998–2013) sind somit eine Unterschätzung der tatsächlich durchgeführten Impfungen. Insgesamt wurden im Zeitraum 2014 bis 2023 ca. 50.000 Erst-impfungen und ca. 40.000 Zweitimpfungen an HPV-Impfungen in ISGA für alle Jahrgänge dokumentiert.

Mädchen der Geburtsjahrgänge 2005 bis 2011 haben mit 72 bis 81 Prozent die höchste MER. In keinem Jahrgang wird der Zielwert einer Durchimpfungsrate der WHO von 90 Prozent bei Mädchen erreicht (WHO 2020). Infolge künftiger Catch-up-Impfungen ist allerdings mit weiteren Erhöhungen der MER für die erste HPV-Impfung zu rechnen. Männliche Impflinge werden in den 7 Jahrgängen im Schnitt um knapp 15 Prozent weniger oft mit der ersten HPV-Impfung (vgl. Abbildung 94) geimpft.

Abbildung 94: Mehrjahreserfassungsrate der 1. HPV-Impfung der Geburtsjahrgänge 1998–2013 in Tirol gesamt und nach Geschlecht, Impfzeitraum 01.01.2014–31.12.2023



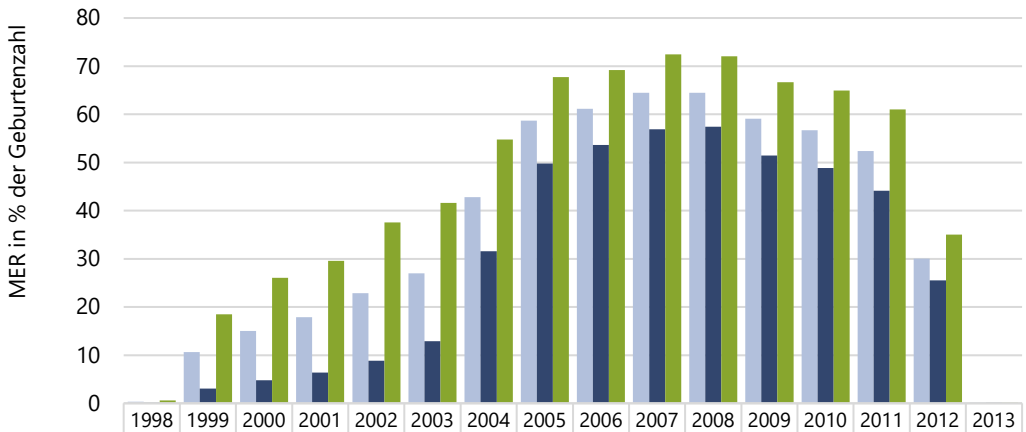
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MER-Gesamt	0	11	16	19	27	32	50	66	64	67	74	70	66	64	60	31
MER-Männlich	0	3	5	7	11	16	38	57	57	61	68	63	60	56	54	27
MER-Weiblich	1	19	27	31	43	49	63	75	72	74	81	77	73	72	66	36

MER = Mehrerfassungsrate; HPV = Humane Papillomaviren

Quelle: ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Die **HPV-Folgeimpfung** (2. HPV-Impfung) wird in einem geringeren Ausmaß angenommen. Mit der Zweitimpfung gegen HPV werden für die Geburtsjahrgänge 2005 bis 2011 mit den höchsten MER zwischen 61 und 72 Prozent des Geburtenanteils der Mädchen und somit um 10 Prozent weniger als für die erste HPV-Impfung dieses Geburtenanteils der Mädchen versorgt. Infolge künftiger Catch-up-Impfungen ist allerdings mit weiteren Erhöhungen der MER auch für die 2. HPV-Impfung zu rechnen (vgl. Abbildung 95).

Abbildung 95: Mehrjahreserfassungsrate der 2. HPV-Impfung der Geburtsjahrgänge 1998–2013 in Tirol gesamt und nach Geschlecht, Impfzeitraum 01.01.2014–31.12.2023



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MER-Gesamt	0	11	15	18	23	27	43	59	61	64	64	59	57	52	30	0
MER-Männlich	0	3	5	6	9	13	32	50	54	57	57	51	49	44	26	0
MER- Weiblich	1	18	26	30	38	42	55	68	69	72	72	67	65	61	35	0

MER in % der Geburtenanzahl

MER = Mehrerfassungsrate; HPV = Humane Papillomaviren
Anmerkung: Da Kinder des Geburtsjahrgangs 2013 erst im Jahr 2023 die 1. HPV-Impfung erhielten und die 2. HPV-Impfung erst 2024 angefallen wäre, liegt die MER hierfür bei nur 0,11 Prozent und daher gerundet bei 0 Prozent.

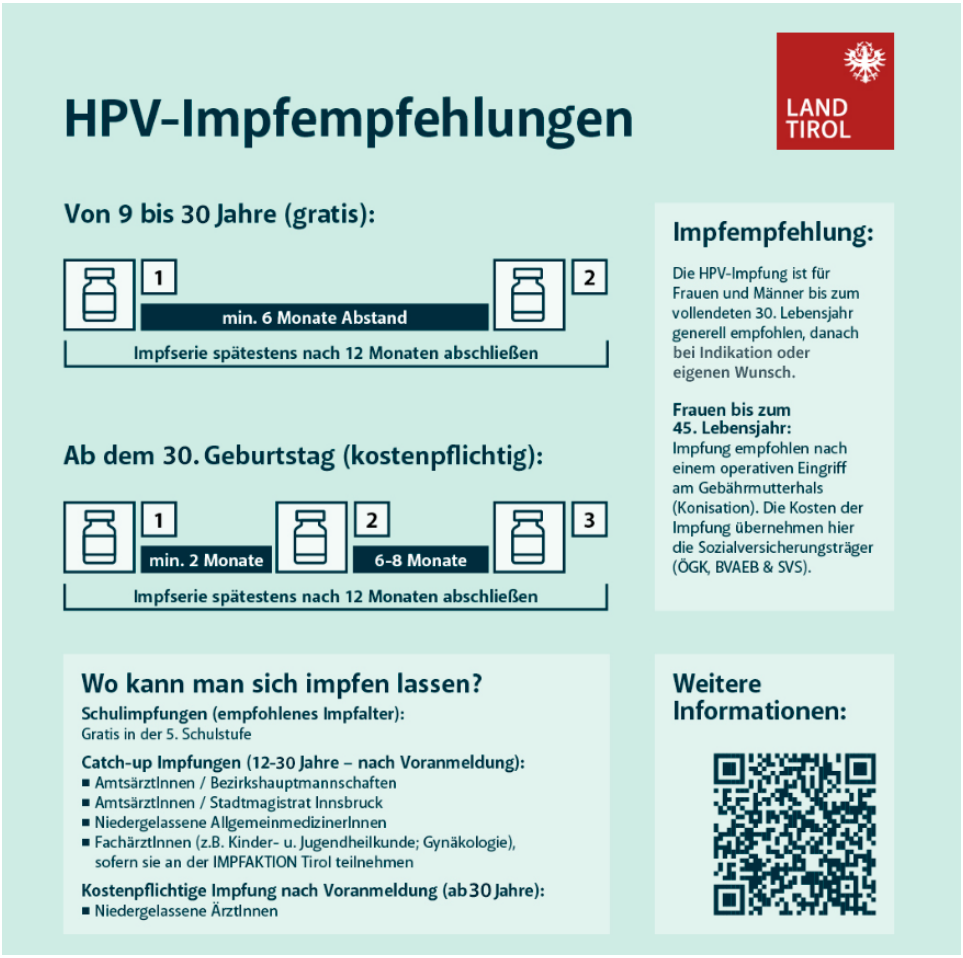
Quelle: ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Nähere Informationen zum HPV-Impfangebot in Tirol finden sich auf: https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/impfungen/hpv-impfprogramm.

Aktuelle Entwicklungen seit 2024: Erhöhung der HPV-Impfrate in Tirol

Seit 2024 steht die Impfung gegen HPV im österreichischen Impfprogramm des Bundes, der Bundesländer und der Sozialversicherung für eine bestimmte Altersgruppe kostenfrei zur Verfügung. Mit 01.07.2024 wurde die kostenfreie Impfung auf die Altersgruppe vom 9. bis zum 30. Geburtstag ausgedehnt (Altersgruppe vom 21. bis 30. Geburtstag befristet bis 31.12.2025). In Tirol wird die Impfung als Schulimpfung in der 5. Schulstufe für Kinder angeboten. Weiters wird sie bei teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften, dem Gesundheitsamt des Stadtmagistrats Innsbruck und der Abteilung Öffentliche Gesundheit angeboten (vgl. Abbildung 96). Seitens des Bundes wird die Gratisimpfung entsprechend beworben. Eine ergänzende Bewerbung und Bewusstseinsbildung bei jungen Menschen wird stark befürwortet. Im Rahmen des laufenden Projekts „Sexualpädagogik" wird entsprechende Aufklärung an den Schulen implementiert. Die Schutzwirkung der Impfung ist sehr hoch (bis zu 90 %) (tirol.gv.at 2024).

Abbildung 96: HPV-Impfempfehlungen des Landes Tirol



Quelle: tirol.gv.at (2024)

8.3 Onkologie

Onkologische Erkrankungen manifestieren sich unabhängig vom Geschlecht. Bösartige Neubildungen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern im Jahre 2022 die zweithäufigste Todesursache (Statistik Austria 2024a). Männer haben eine höhere Sterberate bei bösartigen Neubildungen als Frauen. In Tirol sind die häufigsten Krebstodesursachen bei Frauen das Lungenkarzinom mit einem Anteil von 18 Prozent aller krebsbedingten Todesfälle, das Mammakarzinom (16 %) und die bösartigen Neubildungen in den blutbildenden Organen (11 %), gefolgt vom Pankreaskarzinom, kolorektalen Karzinom und dem Ovarialkarzinom (vgl. Kapitel 3.2.3.2).

Frauen erkranken und sterben u. a. deshalb weniger häufig an Krebs als Männer, da besonders das weibliche Geschlechtshormon Östrogen das Immunsystem stärkt, was sich zwar negativ in Hinblick auf das Auftreten von Allergien, Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen bei Medikamenten und ein häufigeres Auftreten von Autoimmunerkrankungen auswirkt, aber den weiblichen Körper im Kampf gegen Krebs und Infektionen unterstützt. Präventionsprogramme werden von Frauen gut angenommen. Das Angebot der Mammografie wird sehr stark beworben und es gibt keine vergleichbaren Angebote für Männer.

Verschiedene Tumoren bei Frauen und Männern betreffen die Geschlechtsorgane: bei Frauen Gebärmutterkrebs und Eierstockkrebs und bei Männern Prostatakrebs. Brustkrebs tritt zwar bei Frauen und Männern auf, doch bei Frauen mindestens 100-mal häufiger. Laut Krebsstatistik von Statistik Austria wurden im Jahr 2022 in Tirol bei 2.077 Frauen und bei 2.386 Männern Krebserkrankungen diagnostiziert. 46,5 Prozent aller Krebsdiagnosen betreffen somit Frauen, 53,55 Prozent betreffen Männer. Laut Todesursachenstatistik von Statistik Austria sind im Jahr 2023 774 Tirolerinnen und 843 Tiroler an einer Krebserkrankung verstorben.

Brustkrebs ist auch dank des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (vgl. Kapitel 8.1), aber auch aufgrund verbesserter Behandlungsmethoden als Todesursache deutlich zurückgegangen.

Lungenkrebs weist die höchste Krebsmortalität für Frauen und Männer in Tirol auf (vgl. Kapitel 3.2.3.2). Da es keinen generellen Tumormarker für Lungenkrebs und keine allgemein anerkannte Vorsorgeuntersuchung gibt, wird ein großer Forschungsbedarf rund um die Entwicklung praktikabler Tumormarker und Screening-Methoden für Lungenkrebs gesehen. Zudem sind Therapieangebote weniger erfolgreich als bei vielen anderen Krebsarten. Rauchen ist der Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs. Seit den 1970er-Jahren glich sich das Rauchverhalten von Frauen und Männern zunehmend an. Erhebungen von Statistik Austria zufolge (Mikrozensus-Sonderprogramm „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung" 1972) rauchten 1972 39 Prozent der Österreicher und 10 Prozent der Österreicherinnen täglich. 2019 waren es nur mehr 24 Prozent der Österreicher, dafür 18 Prozent der Österreicherinnen (Klimont 2020). Diese Entwicklung zeigt sich österreichweit wie auch in Tirol in der Zunahme der Sterbefälle bei Frauen aufgrund von Lungenkrebs.

8.4 Kardiovaskuläre Erkrankungen

Kardiovaskuläre Erkrankungen (= Herz-Kreislauf-Erkrankungen, HKE) sind die häufigsten nicht übertragbaren Krankheiten weltweit und die Haupttodesursache bei Frauen wie auch bei Männern in Österreich. Innerhalb der EU sterben jährlich rund zwei Millionen Menschen daran. Prognosen gehen von weiteren Steigerungen aus. Während im Jahr 2023 36,6 Prozent aller Todesfälle bei Frauen in Tirol auf eine HKE zurückzuführen waren, verstarben im Vergleich dazu 23,4 Prozent an Krebs. Als sich gegenseitig bedingende Risikofaktoren für HKE gelten Rauchen, Bluthochdruck, erhöhte Blutfette, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus, Adipositas, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und Alkohol. Auch Stress und mangelnde soziale Unterstützung haben Auswirkungen auf Krankheitsentwicklung und -verlauf. HKE umfassen eine Reihe von Erkrankungen, wobei den weitaus höchsten Anteil (69 %) an allen HKE-Patientinnen und -Patienten die HKE-Gruppe Hypertonie (Bluthochdruck) aufweist (Griebler et al. 2021b).

Insbesondere können Erkrankungen der Herzkranzgefäße (ischämische Herzkrankheiten), Schlaganfälle und Erkrankungen der Blutgefäße des Gehirns (zerebrovaskuläre Krankheiten) und die periphere arterielle Verschlusskrankheit zu weitreichenden Belastungen (Lebensqualität, Behinderung, Folgeerkrankungen) und einer vermehrten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen führen. HKE sind somit ein wesentlicher Kostenfaktor in der Gesundheitsversorgung. Die geschätzte Kostensumme für HKE innerhalb der EU beträgt jährlich 210 Millionen Euro (Griebler et al. 2021b). In Österreich sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen insgesamt in einem Jahresvergleich seit 2002 rückläufig (Griebler et al. 2021b).

Genderspezifische Unterschiede

Genderspezifische Unterschiede bei HKE gibt es vor allem in der Symptomatik, bei psychosozialen Risikofaktoren, Therapiemöglichkeiten sowie bei Inzidenz und Mortalität. 2023 starben laut der Todesursachenstatistik von Statistik Austria in Tirol 1.211 Frauen (36,6 % aller Todesfälle von Frauen) und 1.096 Männer (32,9 % aller Todesfälle von Männern) aufgrund einer HKE. Ein wesentlicher Einflussfaktor ist das Geschlechtshormon Östrogen, das als Hauptursache für die spätere Verkalkung der Herzkranzgefäße bei Frauen ohne massive Risikofaktoren vermutet wird. Dies führt zu einem um Jahre späteren Auftreten von Herzinfarkten bei Frauen. Weitere Unterschiede zuungunsten der Frauen sind sozioökonomische Unterschiede, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, wie Armut oder geringe Schulbildung.

Herzgesundheit ist eines der wichtigsten Themen der Frauengesundheitsbewegung im 20. Jahrhundert. Bernadine Healy hat 1991 mit dem Artikel „Yentl Syndrom" im „New England Journal of Medicine" den Grundstein für die Gendermedizin in der Kardiologie gelegt (Healy 1991). So beschreibt das „Yentl Syndrom" die Unterversorgung von Frauen bei Diagnostik und Therapie von Herzkrankheiten. Healy weist darauf hin, dass bei Frauen ein Herzinfarkt oft nicht als solcher erkannt wird, wenn Frauen keine „männerspezifischen" (z. B. keinen „typischen" Brustschmerz), sondern eher unspezifische Symptome zeigen. Obwohl diese Tatsache seit mehr als 20 Jahren bekannt ist, sind die Ursachen für die unterschiedlichen Symptome wie auch die Outcomedaten bei Herzinfarkt nach wie vor nicht geklärt.

Frauen haben eine höhere Infarktsterblichkeit aufgrund biologischer Faktoren (Pathomechanismen des Infarkts, kleinere Gefäße). Es wird auch vermutet, dass bei Frauen oxidativer Stress, Entzündungen und Hyperglykämie eine größere Rolle bei der Entstehung von Atherosklerose spielen könnten als bei Männern (Griebler et al. 2021b). Das Broken-Heart-Syndrom tritt bei Frauen häufiger auf als bei Männern und steht im Zusammenhang mit stark belastenden emotionalen Ereignissen, die extremen Stress verursachen (herzstiftung.de 2023). Laut The Lancet (2011) haben Frauen im ersten Jahr nach einem Herzinfarkt eine 1,5-mal höhere Sterbewahrscheinlichkeit und ein doppelt so hohes Risiko für schlechte Ergebnisse nach einer koronaren Bypassoperation. Frauen weisen laut der Todesursachenstatistik von Statistik Austria (2021) eine höhere 30-Tages-Mortalität bei Myokardinfarkten (Herzinfarkt) auf als Männer (5,9 % vs. 4,4 %). Dies liegt unter anderem an den unterschiedlichen Symptomen und der oft verspäteten Diagnosestellung bei Frauen (Gaiswinkler et al. 2023) sowie am invasiven und medikamentösen Management. Gesellschaftliche Fehlwahrnehmungen können zu einer qualitativ schlechteren Behandlung führen. Die schlechtere Behandlung zeigt sich in Verzögerungen in Diagnostik und Therapie sowie einer geringeren leitliniengerechten Therapie. Dies führt zu einem Verlust an Lebensjahren (Griebler et al. 2021b).

Frauen zeigen bei einem Herzinfarkt häufiger als Männer Symptome, die unspezifisch wirken. Zu den typischen Anzeichen für einen Herzinfarkt bei Frauen gehören:

- Engegefühl in der Brust
- Schmerzen im Oberbauch
- Übelkeit mit Erbrechen
- Müdigkeit beziehungsweise Schwäche
- Kiefer-, Nacken- oder Halsschmerzen
- Rückenschmerzen

- starke Kurzatmigkeit, Atemnot
- Benommenheit
- (kalte) Schweißausbrüche
- Schmerzen oder Ziehen in einem oder beiden Armen (theheartfoundation.org 2017)

Frauen erkennen ihre vielfältigen Symptome oft nicht richtig und zögern, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine polnische Studie zeigte etwa, dass Frauen häufig berufliche Verpflichtungen oder die Sorge um ihre Kinder priorisieren, bevor sie reagieren. Die „MEDEA"-Studie 2017 der Deutschen Herzstiftung fand heraus, dass Frauen, insbesondere über 65 Jahre, deutlich länger zögern als Männer, den Rettungsdienst zu rufen oder eine Notaufnahme aufzusuchen (herzstiftung.de 2023). Gleichaltrige Männer waren ca. eine Stunde früher in der Notaufnahme. Als besonders wichtig wird daher die Informiertheit von Frauen gesehen, vor allem um ihre Krankheitsanzeichen richtig einzuordnen (aerzteblatt.de 2020).

Eine weitere, aber positive Besonderheit weisen Frauen im Zusammenhang mit Herzgesundheit und Schwangerschaft bzw. Stillen auf. Ein Innsbrucker Forschungsteam konnte positive Auswirkungen des Stillens aufzeigen. Stillen verringert das Risiko von koronaren Herzkrankheiten, Herzinfarkten oder Schlaganfällen (scilog.fwf.ac.at).

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Präventionsmöglichkeiten

Eine besondere Bedeutung in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommt der Gesundheitsförderung und Prävention zu: Bekannten Risikofaktoren wie ungesunder Ernährung, Alkohol oder Übergewicht konsequent zu begegnen, würde dabei unterstützen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu verhindern oder einzuschränken. In diesem Zusammenhang spielt auch Gesundheitskompetenz eine wesentliche Rolle. Gleichzeitig sind Maßnahmen zur Prävention von HKE hauptsächlich auf Männer fokussiert, so wurden beispielsweise Frauen lange Zeit in den Präventionsbroschüren zum Thema Herztod nicht abgebildet. Zudem wurden in der Vergangenheit Medikamententestungen hauptsächlich an Männern durchgeführt. Gründe hierfür waren etwa der Schutz der Frauen im reproduktionsfähigen Alter sowie die Annahme, dass es keine großen Unterschiede gibt. Dies wurde zwischenzeitlich gesetzlich geregelt durch Änderungen von Zulassungsbestimmungen für Medikamente. Zudem gab es seither Herzaktionen, um Frauen auf ihr Herzrisiko hinzuweisen, z. B. „GO RED", GenCAD, Frauenherztag und die Frauenherzwoche.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alter

Eine Übersicht zu den Raten stationär aufgenommener HKE-Patientinnen und -Patienten zeigt die mit steigendem Alter anwachsende Betroffenheit. Zudem ist auffällig, dass im Verhältnis mehr Männer als Frauen stationär aufgenommen wurden. Das Verhältnis ist angesichts einer ungefähren 50/50-Aufteilung in der Bevölkerung von Frauen und Männern sowie der Tatsache, dass Frauen älter werden als Männer und somit in der Gruppe der ältesten Personen mehr Frauen in der Grundmenge enthalten sind, zu interpretieren. 49 Prozent der HKE-Patientinnen und -Patienten war 2019 75 Jahre alt oder älter, ca. 18 Prozent waren jünger als 60 Jahre. HKE-Patienten sind tendenziell jünger als HKE-Patientinnen (Männer: 22 % <60 Jahre, 42 % 75+; Frauen: 14 % <60 Jahre, 58 % 75+) (Griebler et al. 2021b).

Die Lebenserwartung steigt, nicht zuletzt aufgrund von Entwicklungen in der Diagnostik, Therapie und Prävention von Herzkrankheiten. So gibt es beispielsweise eine enorme Steigerung des akuten Zugangs zum Herzkatheder und für Bypass-Operationen ist die frühere Altersobergrenze gefallen. Die Steigerung der diagnostischen und therapeutischen kardiologischen medizinischen Angebote hat die Zahl der Eingriffe bei Frauen massiv erhöht. Jedoch gibt es nach wie vor große geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Jahr 2023 wurden laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten in Tiroler Akutkrankenanstalten

- Koronarangiografien an 1.429 Frauen und 3.046 Männern (31,8 % vs. 68,2 %),
- Herzoperationen an 190 Frauen und 513 Männern (27 % vs. 73 %),
- Implantationen an 342 Frauen und 564 Männern (37,7 % vs. 62,3 %) und
- „andere Eingriffe" im Herz-Kreislauf-System an 16 Frauen und 27 Männern (37,2 % vs. 62,8 %)

durchgeführt.

Obwohl Frauen häufiger an Präventionsangeboten teilnehmen, gibt es keine mit dem Brustkrebs-Früherkennungsangebot vergleichbaren Herzpräventionskampagnen für Frauen. Es sterben mehr Frauen als Männer an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (das liegt u. a. auch daran, dass Frauen älter werden als Männer). Ein weiteres Problem der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Compliance. Es werden eine Lebensstiländerung und/oder Medikamente empfohlen, doch eine einmalige Aktion ist wenig gewinnbringend. Darüber hinaus ist bei Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen oft noch eine medikamentöse Therapie notwendig. Eine langfristige Medikamenteneinnahme wird oft ungern durchgeführt und Frauen haben häufiger Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten[33]. Es gibt viele verschiedene Präparate zur Blutdruck- und Cholesterinsenkung, sodass für jede Frau ein geeignetes Medikament gefunden werden kann.

8.5 Genderaspekte von SARS-CoV-2

Studien weisen darauf hin, dass die Folgen der COVID-19-Pandemie Frauen mehr betroffen haben als Männer. Wenngleich weniger Frauen als Männer akut an COVID-19 verstarben, sind mehr Frauen als Männer von Long COVID als Folge von COVID-19-Infektionen betroffen: Die meisten Studien berichten ein doppelt so häufiges Auftreten bei Frauen.

Zahlreiche Studien zeigen jedoch, dass die Folgen der Pandemie Frauen generell und besonders Kinder und Jugendliche in ihrer psychischen Gesundheit betreffen. So kam es zu Stress-, Angst- und Depressionssyndromen sowie einem verstärkten Auftreten von Essstörungen und Suizidversuchen. Diese Folgen, insbesondere für Mädchen und junge Frauen, trafen das Gesundheitssystem eher unvorbereitet und viele leiden heute noch daran, entsprechende Anlaufstellen und medizinische Angebote mussten erst entwickelt bzw. ausgebaut werden.

Zudem waren Frauen im Erwerbsleben mehr betroffen als Männer, da diese vermehrt in systemrelevanten Berufen wie der Pflege, Elementarpädagogik, im Lehramt und im Einzelhandel arbeiten. Impfungen waren oft unvermeidbar, was für einige Frauen ebenfalls mit großen Ängsten

[33] Östrogene beeinflussen das Immunsystem, das heißt einfach ausgedrückt, sie verstärken es. Das führt dazu, dass deutlich mehr Frauen als Männer Nebenwirkungen, Unverträglichkeiten und Allergien auf Medikamente zeigen.

verbunden war. Die zumeist von Frauen geleistete Care-Arbeit und das Homeschooling während der Pandemie führten zu Mehrbelastungen. Frauen im höheren Alter wurden als Hochrisikogruppe isoliert, was den Ausfall helfender Großmütter zur Folge hatte und zusätzliche Probleme bei der Betreuung pflegebedürftiger Familienmitglieder verursachte. Dies führte zu überproportionalen Belastungen, besonders bei sozioökonomisch benachteiligten Frauen (z. B. alleinerziehende Frauen, von Arbeitslosigkeit betroffene Frauen).

Hilfseinrichtungen wie Selbsthilfegruppen und Vereine reduzierten ihre Tätigkeiten und viele Frauen hatten keine Möglichkeit, auf Onlineangebote zurückzugreifen. Hinzu kam der erschwerte oder unmögliche Zugang zu Beratungseinrichtungen und Anlaufstellen. Davon besonders betroffen waren vulnerable Gruppen (sozioökonomisch benachteiligte, alleinerziehende Personen, die von Arbeitslosigkeit und/oder Obdachlosigkeit betroffen waren, LGBTIQA+-Personen, Personen mit Migrationshintergrund).

Leistungen, die besonders von Frauen in Anspruch genommen werden (z. B. assistierte Reproduktion, Schwangerschaftsabbruch), konnten während der Pandemie nicht wahrgenommen werden (Amt der Tiroler Landesregierung 2024a).

8.6 Endometriose

Endometriose ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen bei Frauen im reproduktiven Alter, sie tritt zwischen der Pubertät und den Wechseljahren auf. Im Jahr 2023 gaben rund 6 Prozent der im Rahmen der Befragung für den österreichischen Menstruationsgesundheitsbericht befragten Tirolerinnen zwischen 14 und 60 Jahren an, eine diagnostizierte Endometriose zu haben – weitere 5 Prozent vermuteten bei sich Endometriose[34]. Laut dieser Befragung ist das durchschnittliche Alter bei Diagnose 31 Jahre (Spannbreite: 18–52 Jahre) (Gaiswinkler et al. 2024). Bei von Endometriose Betroffenen liegt Gewebe, das der Gebärmutterschleimhaut ähnlich ist, außerhalb der Gebärmutterhöhle. Die Ursachen sind bisher ungeklärt. Das führt zur Bildung von Hohlräumen in Eierstöcken (Zysten), zur Entzündung von Gewebe und zu Verwachsungen an anderen Organen. Endometriose ist durch eine hohe Belastung der Betroffenen, einen geringen Grad an Informiertheit und einer damit einhergehenden langen Diagnosedauer gekennzeichnet.

Personen mit einer Endometriose-Diagnose oder dem entsprechenden Verdacht darauf leiden besonders häufig unter (sehr) starken Schmerzen[35] – insbesondere unter Krämpfen, Unterleibsschmerzen und Unwohlsein. Endometriose geht zudem mit Begleiterscheinung wie Abgeschlagenheit oder Erschöpfung (40,1 %), Schlafstörungen (28,2 %), Unfruchtbarkeit (26,9 %), einem eingeschränkten Sexualleben (21,4%), Schwindel (21,1 %), Durchfall (18,7 %) und Depressionen (17,6 %) einher. Im Durchschnitt wird Endometriose erst nach rund 6,6 Jahren diagnostiziert (Gaiswinkler et al. 2024), oft erst bei einem unerfüllten Kinderwunsch (Medizinische Universität Wien 2019). Diagnosen gelingen am häufigsten durch Ultraschalluntersuchungen (ca. 31 %) sowie Bauchspiegelung (ca. 25 %) (Gaiswinkler et al. 2024). Je länger die

[34] Im Menstruationsbericht (2024) sind die Ergebnisse zu Endometriose nicht repräsentativ und können aus diesem Grund nur eine Tendenz wiedergeben.

[35] 65 Prozent der betroffenen Frauen geben an, Schmerzen bei der Monatsblutung zu haben (Tirol Kliniken GmbH, A. ö. Landeskrankenhaus Hall i.T., Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Univ.-Prof. DDr. Peter Widschwendter sowie Universität Innsbruck, Institut für Psychologie, Univ.-Prof. Dr. Tobias Greitemeyer, Studie zu Endometriose, Datenübermittlung per E-Mail am 23.07.2024, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit).

Erkrankung unbehandelt bleibt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen unfruchtbar werden (Warzecha et al. 2020).

Im Rahmen eines stationären Aufenthalts wird Endometriose häufig als Nebendiagnose dokumentiert. Im Zeitraum 2019–2023 wurden insg. 1.640 Tirolerinnen (jährl. etwa 89 Patientinnen pro 100.000 EW; Ö: 63; BL-Bandbreite: 50–111) aufgrund der Hauptdiagnose Endometriose (ICD-10: N80) in einer österreichischen Akutkrankenanstalt stationär aufgenommen, das sind pro Jahr etwa 345 Patientinnen, die aufgrund von Endometriose stationär aufgenommen werden. Die Anzahl der Patientinnen mit der Hauptdiagnose Endometriose ist seit 2014 von 48 auf 94 Patientinnen pro 100.000 Einwohnerinnen im Jahr 2023 gestiegen. Speziell bei unsichtbaren Erkrankungen wie Endometriose ist nach Aussage von Expertinnen und Experten von einer höheren Dunkelziffer auszugehen (Gaiswinkler et al. 2024).

Medizinische Behandlungen konzentrieren sich auf Schmerzlinderung und -beseitigung sowie auf die Verbesserung der Fruchtbarkeit, sollte ein Kinderwunsch bestehen. Wesentlich in der Diagnosestellung und Behandlung ist laut Expertinnen und Experten die ESHRE-Leitlinie. Insgesamt geht die Entwicklung weg von operativen hin zu nicht operativen Behandlungen (Gaiswinkler et al. 2024). Auf die Frage, welche medizinischen Eingriffe oder Behandlungen bei den Betroffenen vorgenommen wurden, gaben 37 Prozent der Betroffenen Laparoskopie (Bauchspiegelung), 35 Prozent Schmerzmittel, 30 Prozent eine hormonelle Behandlung und 18 Prozent die Entfernung der Gebärmutter und/oder der Eierstöcke an (Gaiswinkler et al. 2024).

Laut Menstruationsbefragung 2024 haben 27 Prozent aller Personen mit einer Endometriose-Diagnose Schwierigkeiten, an hilfreiche Informationen von Ärztinnen und Ärzten zu kommen. Auch Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bezüglich der Beschwerden zu erhalten, fällt einem Viertel schwer oder eher schwer. Awareness für dieses Thema zu schaffen ist daher von Bedeutung, vor allem vor dem Hintergrund, dass über ein Drittel (31,3 %) der befragten Frauen noch nie von Endometriose gehört hat (Gaiswinkler et al. 2024). Vor allem bei jungen Menschen sowie Menschen mit niedriger formaler Bildung und der unteren Einkommensschichten scheint es große Wissenslücken zu geben. Lediglich ein Viertel (26 %) der Tiroler Jugendlichen kennt die Erkrankung, Informationen werden vorrangig von Fachärztinnen und Fachärzten (ca. 73 %) sowie Hausärztinnen und Hausärzten (ca.14 %) bezogen (Gaiswinkler et al. 2024). Andere Beratungsangebote und Medien spielen (noch) eine geringere Rolle, könnten jedoch zukünftig besonders für die Zielgruppe der Jugendlichen relevant sein.

Laut Menstruationsgesundheitsbericht gibt es eine Versorgungslücke sowie fehlendes Know-how im niedergelassenen Bereich. Strukturelle Änderungswünsche der Experten-Fokusgruppen umfassen die Erstellung eines Nationalen Aktionsplans Endometriose, den Ausbau von Forschung zu Endometriose, die Budgetbereitstellung für Endometrioseberatung und -versorgung, die Entwicklung von Kriterien zur Qualitätssicherung für Fachpersonen, ein österreichweites Versorgungskonzept mit einem Disease-Management-Programm (DMP) für an Endometriose erkrankte Personen sowie Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals. Die Betroffenen wünschen sich eine flächendeckende und niederschwellige Aufklärungsarbeit zu Endometriose (z. B. Informationskampagnen, gute und mehrsprachige Gesundheitsinformation, auch in einfacher Sprache) (Gaiswinkler et al. 2024).

Um die Behandlungsqualität bei Endometriose zu verbessern, prüft die in Deutschland ansässige EuroEndoCert im Auftrag der Stiftung Endometrioseforschung (SEF) und der Europäischen Endometriose Liga (EEL) sich bewerbende Arztpraxen oder klinische Abteilungen auf deren

Schwerpunktsetzung zu Endometriose und vergibt Zertifikate zum „Endometriose-Kompetenz-Zentrum" in drei Kategorien:

- **Endometriosepraxis**: Die Ansprechpartner:innen haben eine überdurchschnittlich hohe Expertise, Diagnosekompetenzen und sind vernetzt. **In Tirol** findet sich eine solche Praxis in Innsbruck (Endometriosezentrum Praxis Prof. Dr. med. Andreas Windschwendtner).
- **Endometrioseklinik**: Ärztinnen und Ärzte weisen zusätzlich zu den in der Endometriosepraxis genannten Kenntnissen Routine mit Endometriose-Operationen vor. **In Tirol** findet sich eine solche Klinik in Hall in Tirol (Endometriosezentrum Hall in Tirol).
- **Endometriosezentrum**: Zusätzlich zu den Kenntnissen der Endometrioseklinik wird zu Endometriose geforscht und Ärztinnen und Ärzte werden regelmäßig geschult. **In Tirol** findet sich in Innsbruck ein solches Zentrum (Endometriosezentrum Medizinische Universität Innsbruck – tirol kliniken).

9 Gesundheitsförderung und Prävention

Informationen zu nachfolgend vorgestellten Projekten und Programmen finden sich auf folgenden Websites (alphabetisch gereiht):

- ASKÖ Tirol: https://askoe-fit.at/projekte
- avomed[36] – Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol: https://www.avomed.at/
- BVAEB: https://www.bvaeb.at/cdscontent/?contentid=10007.860691&portal=bvaebbportal
- Gesunde Schule Tirol: https://gesundeschule.tsn.at
- ÖGK: https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.895315&portal=oegkportal
- SVS: https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.884157&portal=svsportal

9.1 Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Nachfolgend werden Projekte und Programme in verschiedenen Settings in Tirol vorgestellt, welche einen Beitrag zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und zur Erreichung der Gesundheitsziele leisten.

9.1.1 Gesundheitsförderung in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen

Betreuungs- und Bildungseinrichtungen stellen ein relevantes Setting dar, um eine breite Bevölkerungsgruppe und unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen (Kinder, Eltern, Pädagoginnen und Pädagogen). Die Projekte und Programme werden in Tirol größtenteils durch die Kooperation Gesunde Schule Tirol (ÖGK, Land Tirol, Bildungsdirektion Tirol, BVAEB, SVS und Pädagogische Hochschule Tirol) und mit weiteren Partnerinnen und Partnern wie dem „avomed-Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol" umgesetzt.

Die SVS unterstützt und begleitet (höhere) landwirtschaftliche Fach- und Berufsschulen auf dem Weg zur gesunden und sicheren Schule. Die Plakette Gesunde Schule („SVS-Fit4Life-Plakette") wird an jene Schulen verliehen, die die vorgegebenen Kriterien erfüllen.

Kindergartenvorsorgeprogramm des Landes Tirol

Das Kindergartenvorsorgeprogramm des Landes Tirol besteht seit dem Jahr 1954 und beinhaltet folgende Untersuchungen, welche freiwillig und kostenlos sind und flächendeckend angeboten werden:

- eine jährliche Reihenuntersuchung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt für Allgemeinmedizin oder für Kinderheilkunde (gilt nur für die letzten drei Jahre im Kindergarten)

[36] Arbeitskreis für Vorsorgemedizin und Gesundheitsförderung in Tirol ist ein eigenständiger gemeinnütziger Verein mit dem Ziel, gesundheitsfördernde und präventive Programme für die Tiroler Bevölkerung umzusetzen.

- eine einmalig durchgeführte augenärztliche Untersuchung durch eine Augenärztin bzw. einen Augenarzt (Hauptzielgruppe: Vierjährige, aber grundsätzlich gilt: je früher, desto besser)
- eine einmalig durchgeführte Hörprüfung (Hauptzielgruppe: Vier- bzw. Fünfjährige)
- eine einmalige Überprüfung der Sprachentwicklung (Hauptzielgruppe: Vier- bzw. Fünfjährige) durch eine Logopädin, wobei Hör- und Sprachtest gemeinsam angeboten werden

Das Angebot wird von über 80 Prozent der Erziehungsberechtigten bzw. deren Kindern in Anspruch genommen, dies entspricht jährlich rund 14.000 allgemeinmedizinischen Untersuchungen, 5.000 augenärztlichen Untersuchungen, 7.000 logopädischen Sprachtests, 7.000 Hörtests sowie 3.700 logopädischen Beratungsgesprächen.

Ernährung

Mit dem Ernährungsprojekt „**Bruno Vitamini**" wird ein nachhaltig gesundes Trink- und Essverhalten in den Tiroler Kindergärten gefördert. Im Laufe eines Kindergartenjahres werden individuell angepasste Maßnahmen im Bereich Ernährung erarbeitet und umgesetzt. Insgesamt wurden in den 5 Kindergartenjahren von 2018/19 bis 2022/23 7.281 Kinder, 636 Eltern und 318 Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen bzw. Kindergartenassistentinnen und -assistenten erreicht. Pro Kindergartenjahr wurden im Durchschnitt 25 Kindergärten betreut.

Mit dem in Schulen und Kindergärten durchgeführten Modulen „**Genussvoll Essen und Trinken**" sollen das Basiswissen in verschiedenen Ernährungsthemen gestärkt, die Reflexion des eigenen Essverhaltens angeregt und die Genussfähigkeit gefördert werden. Im Schuljahr 2022/23 konnten mit dem Projekt 7.445 Personen (Kindergartenkinder, Schüler:innen, Eltern) erreicht werden.

Bewegung

Auch Bewegung spielt eine wesentliche Rolle für die Förderung von Gesundheit; im Kindes- und Jugendalter (von 6 bis 18 Jahren) werden 60 Minuten an täglicher Bewegung bei mittlerer bis höherer Intensität empfohlen (FGÖ 2020). Um Bewegung unter den Schülerinnen und Schülern zu fördern, wird das Projekt „**Schule bewegt gestalten**" seit vielen Jahren in Tirol umgesetzt. Im Zeitraum 2018–2023 wurden mit dem Projekt pro Schuljahr jeweils ca. 20 Schulen erreicht.

Das **Team „Gesunde Haltung"** des avomed bot zudem im Schuljahr 2022/23 für 14 Gruppen (167 Volksschulkinder) im Rahmen von „Bewegung und gesunde Haltung für Volksschul- und Kindergartenkinder" außerschulische Bewegungseinheiten an.

avomed bietet außerdem eine **Zusatzausbildung für Bewegungsförderung** für angehende Elementarpädagoginnen und -pädagogen an, welche bereits von 47 angehenden Elementarpädagoginnen und -pädagogen absolviert wurde. Im Zuge dieser Ausbildung wird diesen der verantwortungsvolle Umgang mit dem Thema Bewegung ganzheitlich nähergebracht.

Gesunde Schule Tirol

Unter der Dachmarke „**Gesunde Schule Tirol**" werden zahlreiche Initiativen, Projekte und Programme umgesetzt. Ziel ist es, die Schule unter Einbeziehung aller im schulischen Alltag beteiligten Personen als gesundheitsförderliche Lebenswelt gestalten.

Das Projekt „**Miteinand G'sund**" bietet für Schulen den optimalen Einstieg in die schulische Gesundheitsförderung. Sie werden dabei in einem zwei- bis dreijährigen Prozess von Expertinnen und Experten begleitet, um Gesundheitsförderung in den Strukturen der Schule zu verankern. Im Schuljahr 2022/23 wurden 19 Schulen und 2.083 Schüler:innen, im Schuljahr 2023/24 bereits 30 Schulen und 3.375 Schüler:innen erreicht.

Das **Gütesiegel Gesunde Schule** ist die Auszeichnung mit stärkenorientierter Perspektive für gute, gesunde und nachhaltige Schulen in Tirol. Die teilnehmenden Schulen leben Gesundheitsförderung am Schulstandort ganzheitlich und nachweislich (durch die Erfüllung definierter Kriterien, wie etwa zu psychosozialer Gesundheit, allgemeiner Prävention, Schulklima, Bewegung, digitaler Resilienz). Ein umfassender Begleitprozess unterstützt die Schulen in der Umsetzung. Das Gütesiegel ist 3 bzw. 5 Jahre lang gültig und die Zahl der aktiven Gütesiegelträger steigt stetig (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Gütesiegel Gesunde Schule Tirol, 2018/19–2023/24

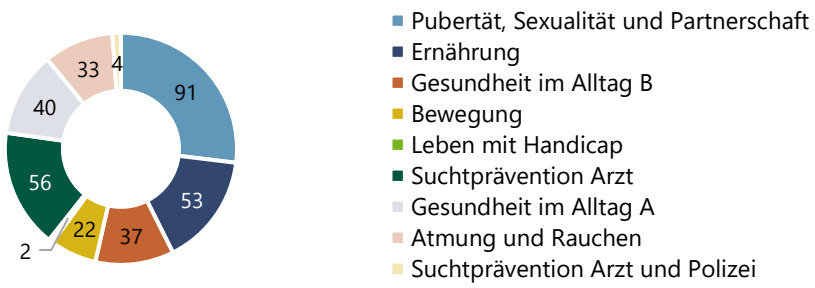
Schuljahr	Gütesiegel-erstverleihungen	erreichte Schüler:innen	Gütesiegelwieder-verleihungen	seit 2015 mit dem Gütesiegel erreichte Schulen
2018/19	11	5.589	8	53
2019/20	9	4.882	11	62
2020/21	kein Begleitprozess aufgrund der COVID-19-Pandemie			
2021/22	5	5.068	22	67
2022/23	9	5.188	14	76
2023/24	8	5.175	6	84

Quelle: ÖGK Tirol; Darstellung: GÖG

Gesundheitsunterricht an Mittelschulen und Polytechnischen Schulen

Im Schuljahr 2022/23 wurde in 31 Schulen (26 Mittelschulen und 5 Polytechnischen Schulen) Gesundheitsunterricht durch (Schul-)Ärztinnen und (Schul-)Ärzte in Kooperation mit den lokalen Lehrerinnen und Lehrern angeboten. Ziel ist es, das Interesse der Schüler:innen an Gesundheitsfragen zu wecken, professionelle Information und Aufklärung zu bieten und letztlich die Bereitschaft zu einer gesunden Lebensweise zu stärken. Einen Überblick über die Themenschwerpunkte gibt nachfolgende Abbildung 97. Insgesamt wurden im Schuljahr 2022/23 338 ärztliche Unterrichtsstunden geleistet.

Abbildung 97: Arztstunden nach behandelten Themen im Gesundheitsunterricht an Tiroler Mittelschulen und Polytechnischen Schulen, Schuljahr 2022/23



Quelle: ÖGK Tirol; Darstellung: GÖG

Gesundheitskompetenz

Das Projekt „**GET – Gesunde Entscheidungen treffen**" zielt darauf ab, Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern mithilfe von Unterrichts- und Begleitmaterialien zu Handlungsfeldern der Gesundheitsbildung zu steigern (für nähere Informationen zu Gesundheitskompetenz vgl. Kapitel 3.4.1). Bei der Implementierung der Unterrichts- und Begleitmaterialien werden Pädagoginnen und Pädagogen begleitet. Das Projekt wurde 2022/23 und 2023/24 an 15 Tiroler Schulen durchgeführt.

Psychosoziale Gesundheit

Ein weiterer Baustein der schulischen Gesundheitsförderung in Tirol stellt die Initiative „**Stark fürs Leben**" dar. Schulen, welche das Schulfach „Stark fürs Leben" umsetzen, sind ein Ort, an dem durch systematische Persönlichkeitsentwicklung ein gelingendes Leben für Lehrer:innen und Schüler:innen gefördert wird. Das Schulfach „Stark fürs Leben" wurde von 2019 bis 2022 an 20 Tiroler Schulen unter wissenschaftlicher Begleitung pilotiert. Im Juni 2022 schlossen 29 Pädagoginnen und Pädagogen die Ausbildungsreihe im Ausmaß von 200 Stunden erfolgreich ab. Die erfolgreiche Pilotierung des Schulfachs mündete im Hochschullehrgang „Stark fürs Leben", der im September 2023 mit 40 Pädagoginnen und Pädagogen startete.

Mundgesundheit

Das Land Tirol investiert gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern, Städten und Gemeinden in die Zahngesundheit der Bevölkerung durch Öffentlichkeitsarbeit und Beratungs- und Schulungsangebote. Durch die dadurch geschaffene frühe Betreuung kann rechtzeitig in die Ausbildung einer adäquaten Mundhygiene und Ernährung und somit in die Zahngesundheit sowie in weiterer Folge in die allgemeine Gesundheit investiert werden. Folgende Maßnahmen werden hierfür gesetzt:

Durch die **Elternberatung** wird eine wichtige Basis für Zahngesundheit gesetzt und es kommt „noch vor dem ersten Zahn" durch frühe Information und Schulung zu einer Sensibilisierung zu diesem Thema.

Weitergeführt wird die Betreuung durch avomed in den **Kindergärten und Volksschulen** mit 3 bis 4 Besuchen von **Zahngesundheitserzieherinnen bzw. -erziehern** pro Jahr. Eine altersgerechte Begleitung zur richtigen Mundhygiene sowie die Einbindung des Themas Ernährung verfestigen die tägliche Routine zur Zahngesundheit.

In den öffentlichen Kindergärten wird ein Betreuungsstand von einer Flächendeckung von 98,6 Prozent (zusätzlich dazu 8 private Kindergärten) und in den Volksschulen von 94,3 Prozent (ohne die beiden privaten Montessori-VS) mit Ende des Schuljahres 2023/24 erreicht. In wenigen Gemeinden wird dieses Vorsorgeprogramm noch nicht finanziert.

Neben Kindergärten und Schulen werden auch **Sonderschulen und Behinderteneinrichtungen**, bei denen vor allem das Personal geschult wird, mitbetreut. Auch in diesem Bereich gibt es noch nicht für alle Einrichtungen eine Finanzierung dafür, wobei die Zahl wächst und für das Schuljahr 2024/25 7 Volksschulen und 7 Kindergärten neu in das Programm aufgenommen werden können.

Im Jahr 2023 konnten insgesamt ca. 50.000 Kinder erreicht werden:

- 405 Kindergärten, 1.126 Kindergartengruppen, 19.775 Kinder (2- bis 6-Jährige)
- 331 Volksschulen, 1.670 Volksschulklassen, 28.571 Schüler:innen (6- bis 10-Jährige)
- 12 Sonderschulen, 309 betreute Schüler:innen
- 6 Sonderpädagogische Einrichtungen, 126 betreute Kinder

Darüber hinaus werden alle 2 Jahre Kinder vom **Dentomobil** besucht und im Zuge dessen untersucht, aber nicht behandelt – die Eltern bekommen eine Rückmeldung, sollte bei dieser Untersuchung ein Behandlungsbedarf auffallen. Diese Termine helfen den Kindern, weiter Routine für die wichtigen regelmäßigen Zahnarztbesuche zu entwickeln. Weiterführend werden auch die Eltern über Elternabende zum Thema Zahngesundheit auf dem Laufenden gehalten.

Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kindergarten und Schule

Für Elementarpädagoginnen und -pädagogen sowie Lehrer:innen gibt es vielfältige Angebote zur Gesundheitsförderung. Die BVAEB unterstützt im Rahmen der „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz" insbesondere die Gesundheit der in Kindergärten („Gesunder Arbeitsplatz Kindergarten") und Schulen („Gesunder Arbeitsplatz Schule") tätigen Personen. Darüber hinaus zielt das Projekt „Lehrer:innen-Gesundheit – gestärkt für den Schulalltag" der Pädagogischen Hochschule Tirol und der BVAEB darauf ab, die Arbeitsbedingungen für Schulleitungen und Kollegien zu verbessern und die persönlichen Ressourcen im Umgang mit den beruflichen Belastungen zu stärken.

9.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) hat sich in den vergangenen Jahren in Tirol sehr stark entwickelt. Das BGF-Gütesiegel zeichnet Betriebe für ein erfolgreich abgeschlossenes BGF-Projekt beziehungsweise für die Implementierung in den Regelbetrieb nach den 15 Qualitätskriterien aus. Es ist zu erkennen, dass die BGF in den Coronajahren zwar etwas zurückgestellt wurde und dass vor allem sehr wenig neue Betriebe mit Gesundheitsförderung im Arbeitssetting gestartet haben, dass jedoch ab 2021 wieder ein merklicher Aufschwung zu verzeichnen ist.

Aufgrund der Projektlaufzeit von ca. 2,5 Jahren sind die Zahlen zum BGF-Gütesiegel mit einem verzögerten Zeithorizont zu betrachten, da die Auszeichnung erst nach Abschluss eines BGF-Projekts für die Dauer von 3 Jahren verliehen wird. Beachtlich ist auch, dass es in Tirol Unternehmen gibt, die das Gütesiegel bereits zum fünften Mal erhalten haben und damit zeigen, wie langfristig und nachhaltig Gesundheit im Betrieb gelebt werden kann (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der Betriebe mit BGF-Gütesiegel in Tirol, 2019–2023

	Charta-Betriebe[1]	durch BGF erreichte Mitarbeiter:innen	Gütesiegelerstverleihung	Gütesiegelwiederverleihungen	aktuelle Gütesiegelbetriebe
2019	9	56.077	11	4	36
2020	4	56.696	11	5	45
2021	26	62.053	2	11	45
2022	29	64.647	1	12	43
2023	25	66.353	8	19	53

Die Zahlen beziehen sich auf Tiroler Betriebe, deren Beschäftigte bei der ÖGK versichert sind.
[1] Charta-Betriebe sind Betriebe, die eine Absichtserklärung unterzeichnet haben, Gesundheit im Betrieb zu leben, und ein BGF-Projekt gestartet haben.

Quelle: ÖGK Tirol

9.2 Individuelle Gesundheitsförderung und Prävention

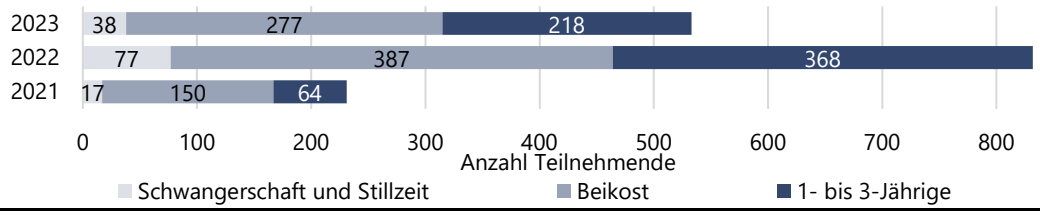
9.2.1 Gesundheitsförderung für Kinder und Familien

Richtig essen von Anfang an

Mit dem Programm „**Richtig essen von Anfang an**" (REVAN) wird eine ausgewogene und gesunde Ernährung von der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes mithilfe von kostenlosen Ernährungskursen, umgesetzt durch avomed[37] und aus Mitteln der Landesgesundheitsfonds (LGF) finanziert, in Tirol unterstützt. In den Kursen werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Gebiet der Säuglings- und Kinderernährung sowie der Ernährung für Schwangere und Stillende zugänglich gemacht. Nachdem das Projekt einige Jahre stillgelegt war, wurde es im September 2021 wieder aufgegriffen und stark in der Bevölkerung beworben. Im Jahr 2021 wurden 231 Teilnehmende (bei insg. 22 Kursen) erreicht. Diese Zahl konnte auf 832 (bei 88 Kursen) im Jahr 2022 und auf 533 (bei 57 Kursen) im Jahr 2023 gesteigert werden (vgl. Abbildung 98).

[37] Ab 01.01.2025 werden die REVAN-Workshops und -Webinare in Tirol nicht mehr über avomed organisiert, sondern über die ÖGK.

Abbildung 98: Anzahl der Teilnehmenden an den REVAN-Kursen zu Schwangerschaft und Stillzeit, Beikost und 1- bis 3-Jährigen in Tirol, 2021–2023



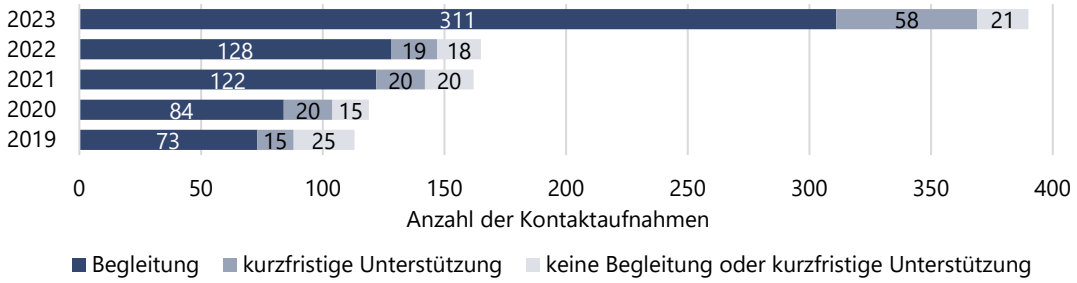
Quelle: ÖGK Tirol; Darstellung: GÖG

Frühe Hilfen

Viele werdende Eltern und Familien mit Kleinkindern erleben oft unerwartete Belastungen. Mit dem Netzwerk „Gesund ins Leben" wird seit Jahren mit dem Programm **Frühe Hilfen** ein niederschwelliges Angebot geschaffen, um genau in dieser sensiblen und neuen Lebensphase zu begleiten, indem sogenannte Familienbegleiter:innen die Familien unterstützen. Im Jahr 2019 wurden 113 Kontakte mit den Frühen Hilfen aufgenommen, 73 Familien davon wurden begleitet und 15 bekamen eine kurzfristige Unterstützung. Seither konnte das Angebot stetig ausgeweitet werden. Im Jahr 2023 wurde das Programm auf alle 9 Bezirke flächendeckend erweitert, sodass in diesem Jahr von den 390 Kontaktaufnahmen 311 Familien begleitet wurden und 58 eine kurzfristige Unterstützung erhielten. Die Kontaktaufnahmen haben sich in diesem Zeitraum also mehr als verdreifacht, die Anzahl der daraus entstandenen Begleitungen hat sich mehr als vervierfacht (vgl. Abbildung 99).

Nähere Informationen zu den Frühen Hilfen in Tirol finden sich auf https://fruehehilfen.at/taxonomy/term/5239.

Abbildung 99: Anzahl der Kontaktaufnahmen, Begleitungen und kurzfristigen Unterstützungen von Tiroler Familien durch die Frühen Hilfen, 2019–2023



Quelle: FRÜDOK, Stand 14.11.2024

Elternberatung Tirol

Die Elternberatung ist eine präventive, flächendeckende Einrichtung des Landes Tirol, deren Hauptaufgaben die Begleitung und Unterstützung in der Vorbereitung von Familien während der Schwangerschaft und im Zusammenleben mit dem Kind vom ersten bis zum vollendeten

vierten Lebensjahr sind. Familien und Erziehungsberechtigen wird die Möglichkeit einer professionellen und evidenzbasieren Beratung auf kostenloser und freiwilliger Ebene niederschwellig und vertraulich ermöglicht. Aufgrund der interprofessionellen Zusammenarbeit von Hebammen, Ärztinnen und Ärzten, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und auf Basis kontinuierlicher Fort- und Weiterbildungen können Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung frühzeitig erkannt und Eltern entsprechend auf soziale und gesundheitliche Bedürfnisse des Kindes sensibilisiert werden. Dabei steht unter anderem auch der psychosoziale Fokus im Vordergrund. Zwischen 2019 und 2023 gab es tirolweit rund 34.500 Besuche in Beratungsstellen und 2.100 Hausbesuche (vgl. Tabelle 56 im Tabellenanhang).

Sportmedizinische Untersuchungen

Tirol bietet als einziges Bundesland Sporttauglichkeitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche an. Mit dieser Untersuchung sollen beim Tiroler Sportnachwuchs frühzeitig gesundheitliche Risiken und Erkrankungen erkannt werden. Im Jahr 2023 haben 71 Tiroler Sportärztinnen und Sportärzte 1.541 Untersuchungen durchgeführt und mit avomed verrechnet. Insgesamt wurden 596 Sportlerinnen und 945 Sportler untersucht. 4 Probandinnen und Probanden wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung für untauglich erklärt, bei 13 Probandinnen und Probanden ergab die EKG-Untersuchung einen auffälligen Befund.

easykids

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind von Übergewicht und Adipositas betroffen. 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Österreich sind übergewichtig oder adipös, bei den Neunjährigen ist es bereits ein Drittel (BMSGPK 2022a).

Das Gesundheitsprojekt „easykids" wird von der ÖGK Tirol und der BVAEB finanziert und seit Herbst 2023 in Tirol von avomed umgesetzt. Es unterstützt Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas sowie deren Eltern dabei, gesünder und mit mehr Bewegung zu leben – etwa durch Übungen und Motivation in der Gruppe und gemeinsames Einkaufen und Kochen. Im Jahr 2023 konnten 2 Kurse für insgesamt 17 Teilnehmende umgesetzt werden.

9.2.2 Projekte mit Fokus auf Bewegung

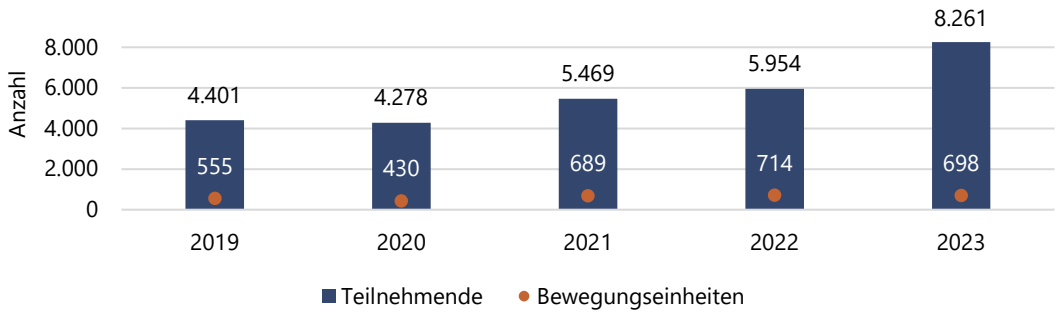
Bewegt im Park

„Bewegt im Park" ist ein gemeinsames Projekt des Dachverbands der Sozialversicherungsträger und des Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport. Die Projektplanung und -umsetzung erfolgt durch die ÖGK und die Sportdachverbände ASKÖ, ASVÖ, SPORTUNION, ÖBSV und SOÖ sowie die WiG (Wiener Gesundheitsförderung).

„Bewegt im Park" ist ein Projekt zur Schaffung leicht zugänglicher, gesundheitsfördernder Bewegungsangebote im öffentlichen Raum. Dabei werden seit 2016 jährlich in den Monaten Juni bis September verschiedenste Bewegungseinheiten von qualifizierten Kursleiterinnen und Kursleitern an öffentlichen Standorten (z. B. in Parks) angeboten. Die Einheiten finden regelmäßig und

bei jedem Wetter statt. Vorkenntnisse oder eine Anmeldung sind nicht erforderlich. Teilnehmen können Interessierte aller Altersgruppen (vgl. Abbildung 100).

Abbildung 100: Bewegt im Park: Anzahl der Teilnehmenden und der Bewegungseinheiten, 2019–2023



Quelle: ÖGK Tirol; Darstellung: GÖG

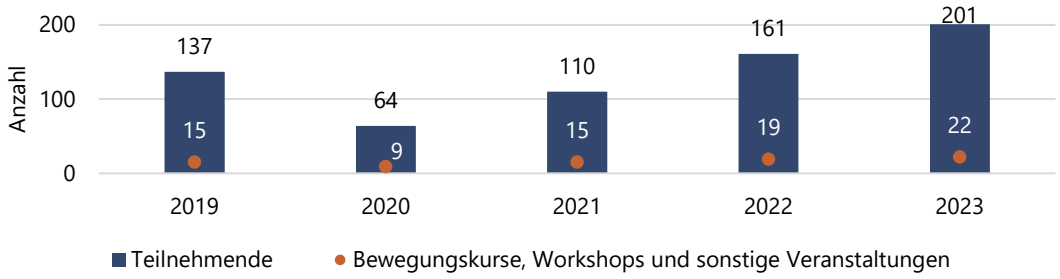
Gesunder Rücken

Laut ATHIS 2019 leiden knapp 2 Millionen Menschen in Österreich an chronischen Rückenschmerzen, sie zählen damit zu den am meisten verbreiteten Volkskrankheiten (Klimont 2020). Mit dem Bewegungsprogramm von „Beweg dich – gesunder Rücken" der ÖGK wird ein 14-wöchiger Gruppenkurs in bis zu 8 Tiroler Bezirken kostenlos angeboten. Die Kurse werden zielgruppenspezifisch an Risikogruppen ab 18 Jahren beworben und seit ihrer Einführung im Jahr 2022 gut angenommen. 2022 wurden 28 Kurse für 339 Teilnehmende durchgeführt. Im Jahr 2023 konnten 24 Kurse für 224 Teilnehmende angeboten werden.

Bewegung und Sport mit onkologischen Patientinnen und Patienten

Studien weisen darauf hin, dass regelmäßige körperliche Aktivität die Leistungsfähigkeit von onkologischen Patientinnen und Patienten steigern und Nebenwirkungen der Therapie reduzieren kann. Die Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich (ASKÖ) – Landesverband Tirol hat mit dem Projekt **„Bewegung und Sport mit onkologischen Patientinnen und Patienten"** ein niederschwelliges tirolweites Angebot (z. B. Herz-Kreislauf-Trainings, Yoga, Tanzen, Kräftigungsgymnastik) für Betroffene geschaffen. Die Anzahl der Teilnehmenden lag im Jahr 2019 bei 137 und steigerte sich bis 2023 auf 201 (vgl. Abbildung 101).

Abbildung 101: Bewegung und Sport mit onkologischen Patientinnen und Patienten: Anzahl der Teilnehmenden und der Angebote, 2019–2023

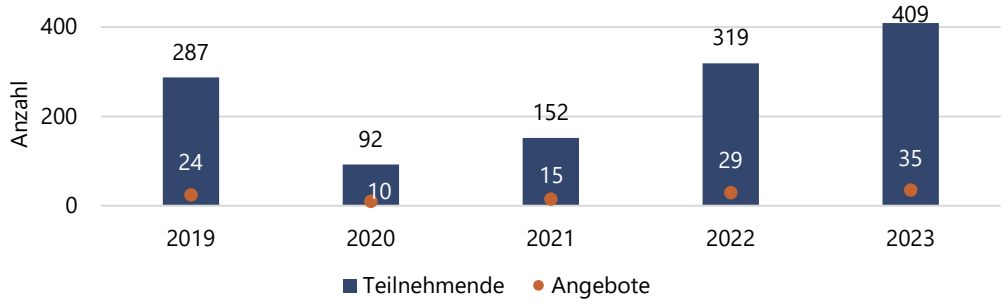


Quelle: ASKÖ Tirol; Darstellung: GÖG

Bleib dran!

Das Projekt **„Bleib dran!"** des ASKÖ – Landesverbands Tirol bietet regelmäßige Bewegungskurse für Personen, um nach einer Reha, Kur oder Physiotherapie alte Gewohnheiten hinter sich zu lassen. Die Anzahl der Teilnehmenden lag im Jahr 2019 bei 287 und steigerte sich bin 2023 auf 409 (vgl. Abbildung 102).

Abbildung 102: „Bleib dran!": Anzahl der Teilnehmenden und der Angebote, 2019–2023

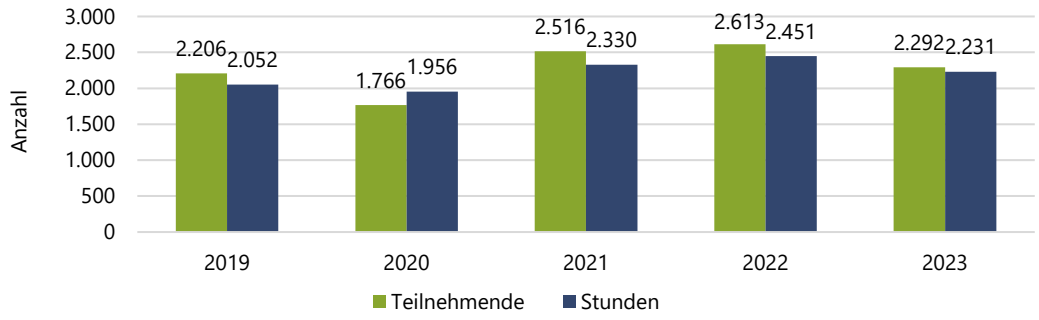


Quelle: ASKÖ Tirol; Darstellung: GÖG

9.2.3 Projekte mit Fokus auf Ernährung

Richtige Ernährung spielt in der Gesundheitsvorsorge, aber auch als Therapiebegleitung eine große Rolle. Sie wirkt sich zumeist positiv auf den Heilerfolg aus und unterstützt die ärztliche Therapie. Für Patientinnen und Patienten ist vor allem die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztin bzw. Arzt und Diätologin bzw. Diätologe von Vorteil. Im Rahmen der umfassenden Gesundheitsvorsorge werden vom Land Tirol **Ernährungs- und Diätberatungsstellen** in Bezirkshauptmannschaften und Sozialsprengeln in ganz Tirol angeboten.

Abbildung 103: Ernährungs- und Diätberatung Tirol: Anzahl der Teilnehmenden und der aufgewendeten Stunden, 2019–2023



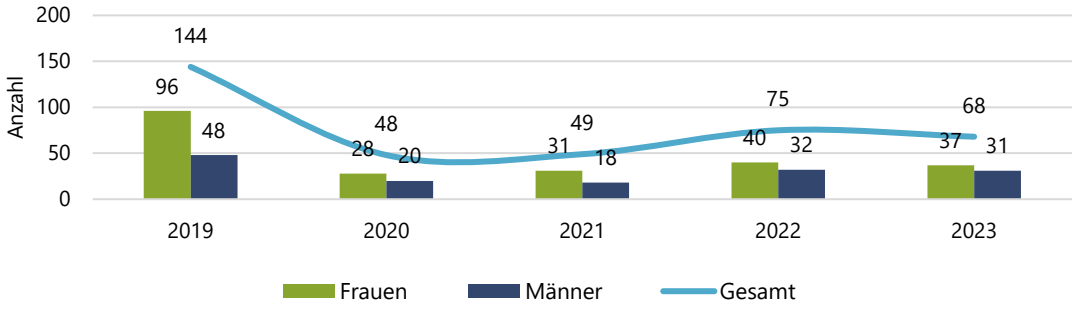
Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege; Darstellung: GÖG

Weiters bietet avomed im Rahmen des Projekts **„DidA" (Diätologin in der Arztpraxis)** Beratungstermine in enger Abstimmung mit einzelnen Arztpraxen an. Im Jahr 2023 wurden 982 ernährungsmedizinische Beratungsgespräche durchgeführt, davon 638 Erst- und 344 Folgeberatungen.

9.2.4 Rauchentwöhnungsprogramm

Jede:r fünfte Erwachsene in Österreich raucht täglich, dabei ist der Anteil an rauchenden Männern (23,7 %) deutlich höher als der der Frauen (17,9 %) (Klimont 2020). Seit vielen Jahren werden Kurse zur Raucherentwöhnung in Tirol angeboten. Durch das Programm sollen Einzelpersonen ermächtigt werden, ihre Sucht langfristig abzulegen. Neben der Psyche werden auch gesundheitliche Bereiche wie Ernährung und Bewegung als Ressource erarbeitet. Neben dem Rauchfreitelefon gibt es das Programm zur **ambulanten Rauchentwöhnung** nun seit 2017 in Tirol. In Zusammenarbeit mit der Suchthilfe Tirol werden die Programme seit Jahren im Einzel- und Gruppensetting tirolweit angeboten. In den Jahren 2019 bis 2023 nahmen in Tirol insgesamt 384 Personen an einer Nikotinentwöhnung teil, davon 232 Frauen und 154 Männer im Rahmen von 56 Gruppenkursen und 24 Einzelentwöhnungen für Personen, die einer vulnerablen Zielgruppe (z. B. Schwangere) angehörten (vgl. Abbildung 104).

Abbildung 104: Rauchentwöhnungsprogramm Tirol: Anzahl der Teilnehmenden gesamt und nach Geschlecht sowie Anzahl und Art der Angebote, 2019–2023



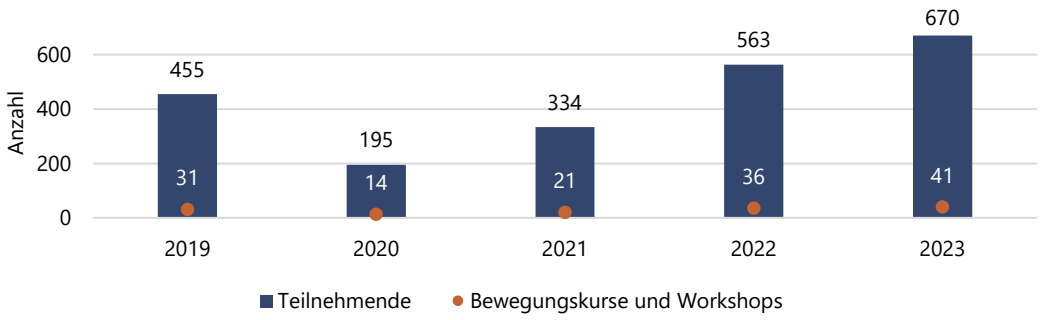
Quelle: ÖGK Tirol; Darstellung: GÖG

9.2.5 Gesundheitsförderung im Alter

Die primäre Zielgruppe des 2012 durch ASKÖ Tirol und ÖGK (damals Tiroler Gebietskrankenkasse) initiierten Projekts „**Xund im Alter**" sind Seniorinnen und Senioren und Menschen in der zweiten Lebenshälfte (im Alter 50+). Als sekundäre Zielgruppe wird das familiäre und soziale Umfeld erfasst. Im Rahmen des Projekts wird die Zielgruppe durch verschiedene Aktivitäten (Bewegung, Sport, Vorträge, Ausflüge usw.) dabei unterstützt, gemeinsam einen aktiven Beitrag für die eigene Gesundheit zu leisten. Empowermentkurse unterstützen dabei, eigene Potenziale und Ressourcen zu erkennen und gesundheitsfördernde Aktivitäten für Gleichaltrige zu initiieren. Neben der positiven Auswirkung auf den Körper wirkt dieses Projekt auch im psychosozialen Bereich und kann dabei helfen, neue Sozialkontakte im nahen Umfeld zu knüpfen. Vom bewegten Frühstück als beliebtestes Angebot über diverse Workshops bis hin zum Generationenfest werden zahlreiche Angebote gemacht.

Im Jahr 2023 haben 12 Projektgemeinden und 670 Personen an dem Projekt teilgenommen. Das ist eine deutliche Steigerung gegenüber dem Jahr 2019, in dem 11 Gemeinden mit 455 Personen an „Xund im Alter" teilnahmen (vgl. Abbildung 105).

Abbildung 105: Xund im Alter: Anzahl der Teilnehmenden und der Angebote, 2019–2023



Quelle: ASKÖ Tirol; Darstellung: GÖG

9.3 Impfungen und Durchimpfungsrate

Impfungen in Tirol im Rahmen des kostenlosen Impfprogramms IMPFAKTION TIROL

1998 wurde ein bundesweites Impfkonzept in Kooperation zwischen Bund, Sozialversicherung und den Ländern eingeführt, in welchem den Eltern von Kindern bis 15 Jahre für definierte Impfungen keine Kosten erwachsen dürfen. Für schulpflichtige Kinder werden öffentliche Impfungen an den Schulen organisiert. Das Impfkonzept basiert auf den jeweils aktuellen Impfempfehlungen (Österreichischer Impfplan)[38] des Nationalen Impfgremiums[39], welche vom zuständigen Bundesministerium zumindest einmal jährlich veröffentlicht werden.

[38] vgl. https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfplan-%C3%96sterreich.html [Zugriff am 26.09.2024]

[39] Beim Nationalen Impfgremium handelt sich laut § 8 Bundesministeriengesetz um eine Kommission zur fachlichen Beratung der für Gesundheit zuständigen Ministerin oder des für Gesundheit zuständigen Ministers.

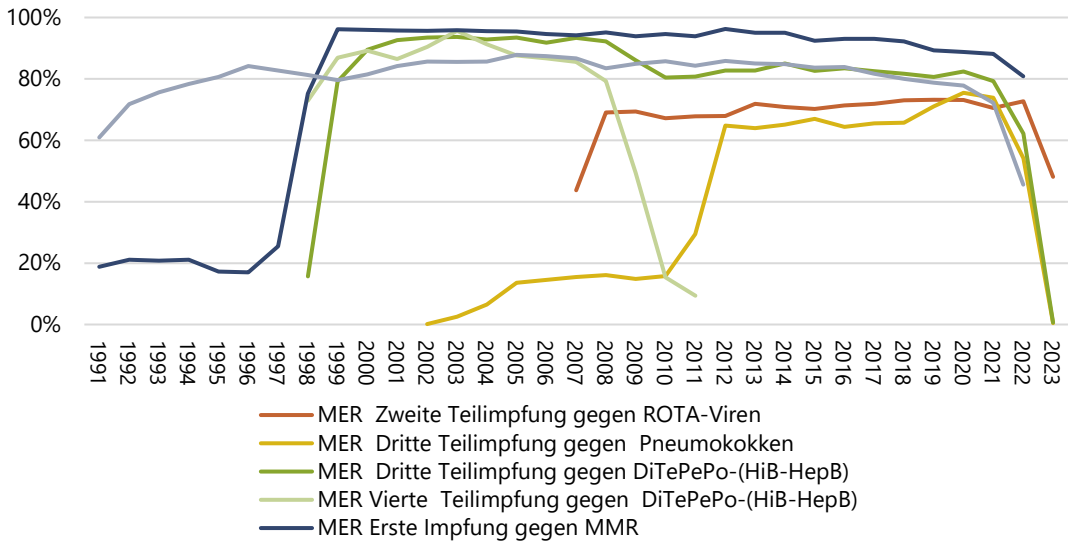
Für die in das **bundesweite kostenfreie Impfprogramm** auf Basis von Ländervereinbarungen aufgenommenen Impfungen, die sich nicht mit allen im Österreichischen Impfplan empfohlenen Impfungen decken müssen, erfolgt die zentrale Beschaffung durch den Bund. Die Ablauforganisation erfolgt durch die Länder. Alle verimpften Dosen werden in Tirol in einer **landeseigenen Datenbank ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt)** dokumentiert.

Bei der Darstellung zur **Grundimmunisierung** ist anzumerken, dass einerseits jüngere Jahrgänge bei einzelnen Impfungen entsprechend den vom Nationalen Impfgremium vorgegebenen Impfschemata grundsätzlich noch gar nicht geimpft werden können (z. B. erste und zweite Impfung gegen MMR) oder die Komplettierung der Grundimmunisierung mangels ausreichenden Lebensalters noch nicht erfolgen konnte (z. B. 3. Impfung gegen DiTePePo). Andererseits benötigt es für manche Kinder einige Jahre, bis eine tatsächlich vollständige, aber verspätete Grundimmunisierung erfolgt ist. Nachfolgende Aussagen können zu Grundimmunisierungen von Kindern bis 6 Jahren in Tirol getroffen werden:

- Der Geburtsjahrgang 2019 erhielt mit einer Abdeckung von 73,20 Prozent die höchste je erreichte Grundimmunisierungsrate mit 2 Impfungen gegen eine Infektion mit **Rotaviren**, die eine schwere Durchfallerkrankung auslösen können.
- Gegen eine Infektion mit **Pneumokokken**, die neben Lungenentzündungen auch Gehirnhautentzündungen auslösen können, wurde der Jahrgang 2020 mit einer 75,47-prozentigen Erfassung des Abschlusses einer Grundimmunisierung mit 3 Impfungen nach dem 2+1-Schema am besten erreicht. Diese Impfung wurde erst 2012 für alle Säuglinge eingeführt, zuvor wurde sie für Kinder mit erhöhtem Krankheitsrisiko angeboten.
- Hinsichtlich **Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung** (DiTePePo), welche vor allem zu Beginn der Einführung der 6-fach-Impfungen Ende der 1990iger-Jahre bis Anfang der 2000er-Jahre eher heterogen mit anderen Impfungen wie gegen **Hepatitis B** (HepB) und **Haemophilus influenzae B** (HiB) kombiniert wurden, wurde die beste Mehrjahreserfassungsrate (MER) für eine vollständige Grundimmunisierung nach dem 3+1-Schema für den Jahrgang 2003 mit 95,65 Prozent erreicht. 2010 wurde das Impfregime für die Grundimmunisierung auf 2+1 umgestellt und hier wurde für den Abschluss der Grundimmunisierung der Jahrgang 2014 mit 85,04 Prozent am besten erreicht.

Das Ziel der WHO, nachhaltige Durchimpfungsraten von über 95 Prozent für alle Geburtsjahrgänge mit einem gegen Masern und Röteln gerichteten Impfstoff für beide **Masern-Mumps-Röteln**(MMR)-Impfungen zu sichern (WHO 2024), konnte nur bei der 1. MMR-Impfung für die Jahrgänge 1999 bis 2005, 2008 und 2012 bis 2014 erreicht werden. Bei der 2. MMR-Impfung konnte diese Zielvorgabe nie festgestellt werden. Die höchste MER für die 2. MMR-Impfung erzielte der Jahrgang 2005 mit 87,83 Prozent (vgl. Abbildung 106 und Tabelle 57 im Tabellenanhang).

Abbildung 106: MER von durchgeführten Grundimmunisierungen an Kleinkindern (0–6 Jahre) in Tirol nach Geburtsjahrgängen, 2023



Anm.: DiTePePo = Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung; HiB = Haemophilus influenzae B; HepB = Hepatitis B; MMR = Masern-Mumps-Röteln

Quelle: ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit; Darstellung: GÖG

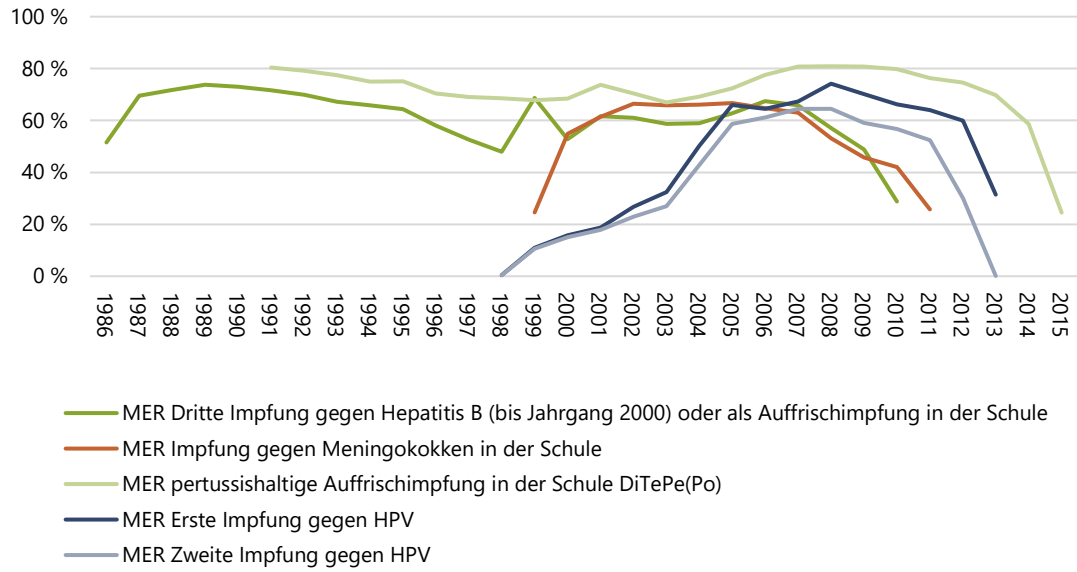
Bei Schulimpfungen, also **Immunisierungen/Auffrischimpfungen in Schulen**, ist festzuhalten, dass es sich beim Schuljahrgang nicht um einen reinen Geburtsjahrgang handelt, sondern dass immer Geburtsjahrgang-Mischkohorten geimpft werden. Somit dauert es immer 2 Impfjahre, bis eine gesamte Geburtenkohorte bestmöglich erreicht ist. Es wird in verschiedenen Schulklassen entsprechend den vorgegebenen Impfschemata des Nationalen Impfgremiums geimpft. Fehlende Schulimpfungen können entweder in den Gesundheitsreferaten der Bezirkshauptmannschaften oder bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten bis zum vollendeten 15. Lebensjahr nachgeholt werden. Nachfolgende Aussagen können zu Immunisierungen/Auffrischimpfungen in Schulen in Tirol gemacht werden (vgl. Abbildung 107 und Tabelle 58 im Tabellenanhang):

- Die Jahrgänge 1986 bis 2000 wurden in der Schule von Amtsärztinnen und -ärzten gegen **Hepatitis B,** eine Infektion, die zu schweren Leberschäden führen kann, mit 3 Impfungen nach dem Schema 2+1 grundimmunisiert. Der Jahrgang mit der besten Grundimmunisierungsrate von 73,77 Prozent ist 1989. Spätere Jahrgänge, sofern sie als Säugling gegen Hepatitis B immunisiert wurden, benötigen eine Auffrischimpfung nach der Grundimmunisierung im Kleinkindalter. Die Auffrischimpfung wurde am besten im Jahrgang 2006 mit 67,48 Prozent MER akzeptiert.
- 2012 wurde die einmalige Impfung gegen die Infektion durch die **Meningokokken-Stämme ACWY**, welche eine Gehirnhautentzündung auslösen, eingeführt. Diese wurde im Jahrgang 2005 mit einer MER von 66,71 Prozent am besten angenommen.
- Die Auffrischimpfung in der Schule mit einem gegen **Diphtherie, Tetanus und Pertussis** (Keuchhusten) gerichteten Impfstoff mit und ohne Anteil gegen Kinderlähmung wurde vom Jahrgang 2008 mit einer MER von 80,89 Prozent am besten angenommen (vgl. Abbildung 107 und Tabelle 58 im Tabellenanhang). Keuchhusten ist eine hochansteckende, mit schweren Hustenattacken verbundene bakterielle Infektion und besonders für junge

Säuglinge lebensbedrohlich, Tetanus löst den lebensbedrohlichen Wundstarrkrampf aus und bei Diphtherie handelt es sich um eine lebensbedrohliche Entzündung des Halses samt Toxinwirkungen, z. B. auf das Herz.

Für nähere Informationen zu HPV-Impfungen wird auf Kapitel 8.2 verwiesen.

Abbildung 107: MER von Impfungen in der Schule nach Geburtsjahrgängen (6- bis 14-Jährige) in Tirol, 2023



Anm.: DiTePePo = Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung; HPV = Humane Papillomaviren

Quelle: ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit; Darstellung: GÖG

Seit der Impfsaison 2023/2024 bis voraussichtlich 2025/2026 wird im Rahmen des gemeinsamen Projekts „Öffentliches Impfprogramm Influenza“[40] von Bund, Ländern und Sozialversicherung der österreichischen Gesamtbevölkerung in verschiedenen Einrichtungen, wie z. B. in teilnehmenden Arztordinationen, Betrieben sowie Alters- und Pflegeheimen, die GRATIS-Influenza-Impfung angeboten.

9.4 Vorsorgeuntersuchungen

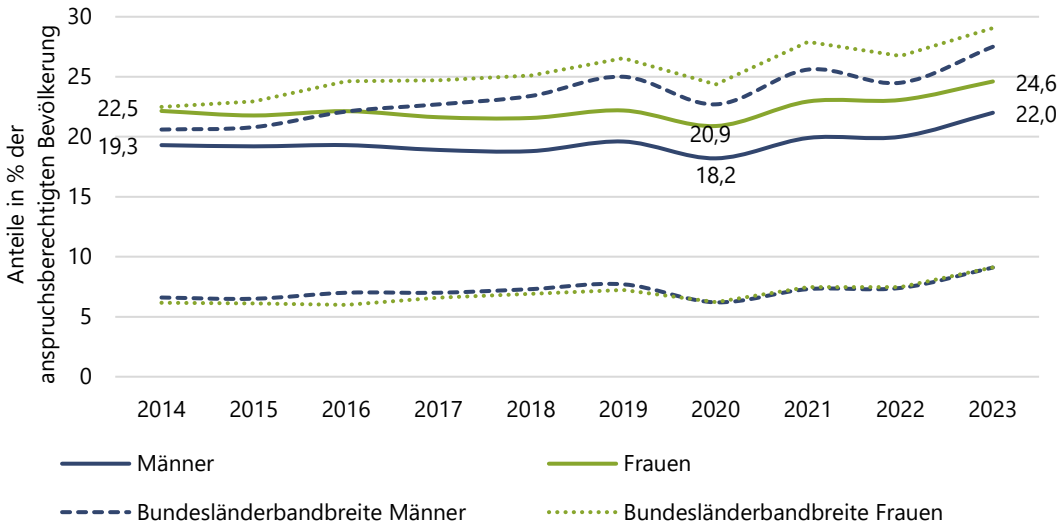
Von den 621.729 im Jahr 2023 in Tirol lebenden über 19-Jährigen nahmen 145.000 **allgemeine Vorsorgeuntersuchungen** in Anspruch, was etwa 25 Prozent der **Frauen** und 22 Prozent der **Männer** entspricht und den bisherigen Höchstwert in Tirol darstellt.

Im Vergleich mit Gesamtösterreich nimmt die Tiroler Bevölkerung allgemeine Vorsorgeuntersuchungen überdurchschnittlich oft im Anspruch. 2023 haben im österreichischen Durchschnitt

[40] Siehe: https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/impfungen/influenza/oeffentliche-impfprogramm-influenza/ [Zugriff am 24.02.2025]

18,8 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen (T: 24,6 %) und 17,1 Prozent der anspruchsberechtigten Männer (T: 22,0 %) eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung vornehmen lassen. Damit liegt Tirol nach Kärnten und dem Burgenland an dritter Stelle. Der Zeitraum 2014 bis 2023 war anfänglich eher durch stagnierende Untersuchungszahlen gekennzeichnet, doch nach einem leichten Rückgang im Pandemiejahr 2020 ist die Inanspruchnahme deutlich gestiegen, was für den gesamten Zeitraum eine Steigerung von 2,1 Prozentpunkten bei den Tirolerinnen und von 2,7 Prozentpunkten bei den Tirolern bedeutete. Insbesondere seit 2020 kommt es zu einer gesteigerten Inanspruchnahme – sowohl in Gesamtösterreich als auch in Tirol (vgl. Abbildung 108 und Tabelle 59 im Tabellenanhang).

Abbildung 108: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen in Tirol im Vergleich mit der Bundesländerbandbreite nach Geschlecht, 2014–2023



Quellen: HVSVT - Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2014–2023,
Statistik Austria - Bevölkerungsstand 2014–2023;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Je älter die Bevölkerung, desto höher der Anteil jener, die eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen – für die Betrachtung der Altersverteilung können Daten aus 2022 herangezogen werden. Demnach nahmen 2022 knapp 17 Prozent aller 25- bis 29-jährigen Tiroler:innen eine allgemeine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch, während es 27 Prozent aller 65- bis 69-Jährigen waren.

Der Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) führt die **Statistik im Bereich der allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen**. Zur Teilnahme daran berechtigt sind in Österreich wohnhafte Personen ab 18 Jahren, das heißt, auch alle Nichtversicherten haben Anspruch auf eine unentgeltliche Vorsorgeuntersuchung im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms. Möglicherweise ist der österreichische Durchschnitt unterschätzt, da die Daten aus einem Bundesland unrealistisch niedrig erscheinen, was mit Abrechnungsmöglichkeiten der Leistung „Vorsorgeuntersuchung" im Zusammenhang stehen könnte.

9.5 Modell Präventionspfad

Hintergrund

Neben Verhältnissen spielt auch das Verhalten eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Erkrankungen. In Österreich waren 2017 etwa 40 Prozent der Todesfälle auf verhaltensbedingte Risikofaktoren zurückzuführen, wobei ernährungsbedingte Risiken den größten Anteil ausmachten (19 %), gefolgt von Tabakkonsum (15 %), Alkohol (6 %) und geringer körperlicher Aktivität (3 %) (Quelle: IHME). Geschätzte 2.500 Österreicher:innen starben infolge mangelnder Bewegung, ca. 150.000 Menschen verstarben 2017 aufgrund der Ernährung und ihrer Folgen (IHME 2018).

Das Programm

Ziel des Präventionspfades ist es, Menschen auf ihrem Weg zu einem **gesünderen Lebensstil** zu begleiten. Der Präventionspfad beginnt mit der regelmäßigen **Vorsorgeuntersuchung** bei der Hausärztin bzw. dem Hausarzt. Im Rahmen der Befundbesprechung kann mit den Patientinnen und Patienten vereinbart werden, dass an den im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung detektierten **Gesundheitspotenzialen** (also gesundheitliche Themen wie Bluthochdruck, Suchtverhalten, Schlafstörungen etc.) gearbeitet wird und so das Risiko auf eine auftretende (Primärprävention) oder fortschreitende Krankheit (Sekundärprävention) verringert werden kann.

Die Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten vorausgesetzt, erfolgt die **Zuweisung an die Koordinationsstelle für Prävention** am Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol (LIV). Von dort wird die Patientin bzw. der Patient aktiv kontaktiert. Nach einem **Beratungsgespräch** wird auf Basis der ärztlichen Zuweisung und der persönlichen Umstände das **geeignete Angebot** koordiniert, wobei ausschließlich bestehende Strukturen und Angebote genutzt werden. Die möglichen zu behandelnden Kategorien stellen hierbei Bluthochdruck, Ernährung, Bewegung, Raucherentwöhnung, Suchtmanagement, psychische Gesundheit und sexuelle Gesundheit dar.

Nach wenigen Wochen werden die Teilnehmer:innen **erneut kontaktiert**, um zu besprechen, wie es ihnen mit den vereinbarten Maßnahmen geht. Bei diesem Gespräch wird die weitere Vorgangsweise besprochen. Meist erfolgt noch mindestens ein weiterer Anruf, um die Nachhaltigkeit eines Erfolgs festzustellen. Die zuweisenden Hausärztinnen und Hausärzte werden dabei über jeden Schritt informiert.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer:innen über die Angebote der Kooperationspartner:innen werden gesammelt und diesen ggf. bei Auffälligkeiten mitgeteilt, was zu einer Qualitätskontrolle führt, welche auch Externen für interne Evaluationszwecke dienen kann.

Implementierung, Ausrollung und Koordination

Am LIV Tirol wurde die Koordinationsstelle Bewegungskompetenz zur Koordinationsstelle Prävention weiterentwickelt. Klares Ziel der intensiven Netzwerkarbeit war es, bestehende Synergien und Institutionen im Aufbau einer breiteren Versorgungslandschaft mitzudenken und einzubeziehen, um ein strukturiertes Versorgungsnetzwerk aufzubauen. Damit sollen Parallelstrukturen

vermieden und das bereits Bestehende effizient genutzt werden. In Absprache mit 8 Hausarztpraxen in Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land konnte im März 2023 die Pilotphase gestartet werden.

IST-Stand

Die erste Zuweisung zum Präventionspfad ist am 08.03.2023 erfolgt. Bis Jahresende 2023 wurden 159 Teilnehmer:innen bzw. 212 Fälle[41] zugewiesen. Nach den anfänglichen 8 Ordinationen beteiligen sich mittlerweile 32 Ärztinnen und Ärzte bzw. 25 Praxen als Zuweiser:innen am Netzwerk.

Mit Stand August 2024 wurden insgesamt 461 zugewiesene Fälle bearbeitet und begleitet, zu diesem Zeitpunkt werden im Schnitt 67,5 Teilnehmer:innen gleichzeitig mit Follow-up-Anrufen betreut.

Von den Teilnehmenden waren 2023 59 Prozent **weiblich** und 41 Prozent **männlich,** das **Durchschnittsalter** betrug 48 Jahre. Hauptzuweisungsgründe waren die Gesundheitspotenziale Ernährung mit 33 Prozent, gefolgt von Raucherentwöhnung mit 22 Prozent und psychischer Gesundheit / sozialer Stabilität mit 19 Prozent (Stand Ende 2023).

Im Schnitt betreut die Koordinationsstelle 100 Fälle mit regelmäßigen Follow-up-Gesprächen.

Ausblick

Das **Netzwerk des Präventionspfads** wächst stetig weiter. Auf Empfehlung von Hausärztinnen und Hausärzten im Netzwerk werden kontinuierlich neue Ordinationen in das Netzwerk aufgenommen. Durch die vorherrschende Empfehlungspraxis ergeben sich mittlerweile auch aktive Anfragen, dem Netzwerk beitreten zu dürfen. Es wird aber ein strukturiertes Wachstum angestrebt, um die bestehenden Ressourcen nicht zu überlasten. Durch stetige Netzwerkarbeit kommen immer neue Organisationen hinzu, welche für den Präventionspfad relevante Leistungen anbieten.

Begleitet wird die Initiative durch die Studie „Evaluierung weiterführender Maßnahmen zur Reduktion von Lebensstil-Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Rahmen des Präventionspfads Tirol", welche gemeinsam mit dem Kompetenzzentrum für Klinische Studien (KKS) der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) und dem Institut für Allgemeinmedizin durchgeführt wird. Zudem werden engere Kooperationen mit internen und externen Netzwerkpartnerinnen und -partnern forciert.

Zur digitalen Unterstützung des Präventionspfads und des Kohortenmanagements für Präventionsmaßnahmen soll eine digitale Präventionsakte entwickelt werden.

[41] Oftmals werden Teilnehmer:innen mit mehreren Gesundheitspotenzialen zugewiesen, deshalb können aus einem oder einer Teilnehmer:in mehrere Fälle resultieren.

10 Telemedizin/E-Health

Zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch den Einsatz moderner Technologien wurde im Jahr 2020 in Tirol ein **Konzeptpapier zur Weiterentwicklung der Telemedizin** erstellt. Kernstück ist ein Patientenformationssystem, das den sicheren Austausch medizinischer Daten ermöglicht und verschiedene Versorgungsprogramme integriert, um die Patientenversorgung effizienter und flexibler zu gestalten.

Unter Telemedizin fällt etwa Telemonitoring, was die Überwachung chronisch kranker oder postoperativer Patientinnen und Patienten von zu Hause aus ermöglicht und so Krankenhausaufenthalte reduziert. Virtuelle Sprechstunden bieten eine Alternative zu physischen Arztbesuchen, insbesondere für Routineuntersuchungen und Nachkontrollen. Auch Diagnosen und Behandlungen können teilweise telemedizinisch durchgeführt werden.

Eine Integration von Diensten wie Telepflege, Telekonsultation und Medikationsmanagement ist ebenso ein zentrales Element der Telemedizin. Diese Programme entlasten Krankenanstalten, indem sie medizinische Versorgungsprozesse digitalisieren und durch Automatisierung die Effizienz steigern. So können Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte in Echtzeit miteinander kommunizieren, um die Behandlung optimal aufeinander abzustimmen.

Ein zentrales Ziel der Telemedizin ist die kontinuierliche Verbesserung der **Versorgungsqualität** durch die Integration von prädiktiven Modellen und künstlicher Intelligenz. Der Einsatz dieser Technologien ermöglicht es, Gesundheitsrisiken frühzeitig zu erkennen und die Behandlung individuell anzupassen.

Wesentliche, derzeitig in Tirol im Einsatz befindliche telemedizinische Dienste umfassen mehrere spezialisierte Versorgungsprogramme, die darauf abzielen, Patientinnen und Patienten eine bessere Versorgung und kontinuierliche Überwachung zu bieten:

- Versorgungsprogramm HerzMobil Tirol
- Projekt Koronare Herzkrankheit
- Projekt Bluthochdruck
- Stroke Net Tirol
- CareNet Tirol
- Epidemiologisches Früherkennungssystem

Ein weiteres Tiroler Umsetzungsbeispiel für Telemedizin ist das Pilotprojekt Tele-Dermatologie[42], das Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern in drei Pilotregionen in Tirol ermöglichen soll, auf eine einfache und rasche Telekonsultation mit ausgewählten Dermatologinnen und Dermatologen zurückzugreifen. Durch die effiziente Zusammenarbeit und interdisziplinäre Kommunikation zwischen den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten soll ein Triagesystem etabliert werden, das den Patientinnen und Patienten eine umfassende und leicht zugängliche Behandlung bietet.

[42] Siehe: https://tirol.telederm.at/ [Zugriff am 24.02.2025]

10.1 D4Health

Das Projekt D4Health Tirol startete am 1. November 2020 und lief bis Ende 2022. Ziel des Projekts war es, datenbasierte Entscheidungen im Gesundheitswesen zu unterstützen und die Gesundheitsversorgung in Tirol durch den Einsatz moderner Technologien zu verbessern. Verschiedene Organisationen wie die Tirol Kliniken GmbH, das Austrian Institute of Technology (AIT), die telbiomed Medizintechnik und IT Service GmbH sowie die UMIT TIROL arbeiteten zusammen, um diese innovative Lösungen für die Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Im Rahmen des Projekts D4Health Tirol wurde eine umfassende technische Infrastruktur entwickelt, die Daten aus verschiedenen Quellen wie Krankenhausinformationssystemen und dem Programm HerzMobil Tirol integriert. Ein zentrales Register für Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz wurde eingerichtet, um datenbasierte Analysen zur Verbesserung der Patientenversorgung durchführen zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt des Projekts war die Modellierung von epidemiologischen Prognosen und die Optimierung des Disease-Managements. Es wurden Prognosemodelle für Infektionskrankheiten und Algorithmen zur Verbesserung der Medikation entwickelt. Diese Modelle wurden erfolgreich in bestehende Versorgungsprogramme integriert, um deren Effizienz zu steigern.

Die Pilotierung der entwickelten Module zur Medikamentenoptimierung erfolgte im Rahmen des Programms HerzMobil Tirol. Erste Tests zeigten eine hohe Nutzerzufriedenheit. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde der Prozess zur Zulassung der Module als Medizinprodukt eingeleitet.

Um die Nachhaltigkeit des Projekts zu gewährleisten, wurde die technische Infrastruktur auf Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen geprüft. Für den langfristigen Einsatz in den tirol kliniken wurde entschieden, auf cloudbasierte Technologien zu verzichten und stattdessen eine lokal betriebene Infrastruktur zu verwenden.

Im Rahmen des D4Health-Projekts wurden „Smart Registries" entwickelt, um die 4 „Ds" von D4Health – digital, data-driven decision – umzusetzen. Zu diesem Zweck wurde ein Herzinsuffizienz-Register aufgebaut, welches die Grundlage für die kontinuierliche Messung und Analyse der Leistungen von HerzMobil bildet und in der Lage ist, bei wissenschaftlichen Fragestellungen eine Antwort zu geben. Eine solche „Smart Registry" zeichnet sich dadurch aus, dass sie über die reine Datensammlung hinausgeht. Durch datengetriebene Analysen können Trends identifiziert, Behandlungserfolge quantifiziert und fundierte Entscheidungen getroffen werden, um die Patientenversorgung zu optimieren. Das Register ermöglicht zudem eine datenbasierte Optimierung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz und bietet eine solide Basis für zukünftige Forschungsprojekte. Beispielsweise wurde auf dieser Grundlage eine gesundheitsökonomische Analyse des Programms HerzMobil Tirol durchgeführt, die zeigte, dass das Programm nicht nur kosteneffektiv ist, sondern auch die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten erhöht.

Das Projekt D4Health Tirol konnte wichtige Schritte zur Digitalisierung und Optimierung der Gesundheitsversorgung in Tirol setzen. Mit innovativen Technologien, epidemiologischen Modellen und datengetriebenen Ansätzen bietet es eine Grundlage für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Tirol. Weitere Details sind den nachfolgenden Publikationen zu entnehmen:

- Baumgartner, Martin; Kreiner, Karl; Lauschensky, Aaron; Jammerbund, Bernhard; Donsa, Klaus; Hayn, Dieter; Wiesmüller, Fabian; Demelius, Lea; Modre-Osprian, Robert; Neururer, Sabrina; Slamanig, Gerald; Prantl, Sarah; Brunelli, Luca; Pfeifer, Bernhard; Pölzl, Gerhard; Schreier, Günter (2024): Health data space nodes for privacy-preserving linkage of medical data to support collaborative secondary analyses. In: Frontiers in Medicine 11/:1301660. doi: 10.3389/fmed.2024.1301660. eCollection 2024. PMID: 38660421
- Eberharter, Christoph; Baumgartner, Martin; Kreiner, Karl; Lauschensky, Aaron; Modre-Osprian, Robert; Neururer, Sabrina; Hayn, Dieter; Brunelli, Luca; Slamanig, Gerald; Prantl, Sarah; Pfeifer, Bernhard; Pölzl, Gerhard; Schreier, Günter (2023): Auf dem Weg zur Verifizierung eines intelligenten Registers für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. In: Studies in Health Technology and Informatics 2; 301:242-247. doi: 10.3233/SHTI230047.PMID: 37172188

10.2 Gesundheitsnetz Tirol

Gesundheitsnetz Tirol (GNT) war das **Vorläuferprojekt von ELGA** in Tirol, mit dem Dokumente auf Basis von Integrating the Healthcare Enterprise (IHE)[43] über die Plattform der ITH icoserve technology for healthcare GmbH (ITH-icoserve) ausgetauscht werden konnten. Zwischenzeitlich wurde das GNT durch ELGA abgelöst. Inzwischen wird die verschlüsselte Netzwolke (IP-SEC), mit der alle öffentlichen Krankenanstalten in Tirol sicher verbunden sind, als „GNT-Backbone" bezeichnet. Über das GNT-Backbone läuft der gesamte ELGA-Traffic im ELGA-Bereich Tirol. Zudem wird es für sonstige Dienste zwischen den öffentlichen Krankenanstalten verwendet, für die ein gesichertes Netz benötigt wird.

10.3 ELGA

Im Jahre 2015 wurden die tirol kliniken vom Land Tirol beauftragt, einen ELGA-Bereich für die öffentlichen Krankenhäuser Tirols zu errichten und zu betreiben. Hierauf wurde ein Projektteam gegründet, das dieses technisch, organisatorisch und rechtlich sehr komplexe Projekt in enger Zusammenarbeit mit allen öffentlichen Tiroler Krankenhäusern, der ELGA GmbH, der ITH-icoserve / Siemens Healthineers und dem Land Tirol umgesetzt hat.

Der ELGA-Bereich Tirol hat am 06.12.2016 mit den Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) der tirol kliniken (LKH Uniklinik Innsbruck, LKH Hochzirl-Natters, LKH Hall und LPK Tirol) und dem BKH St. Johann den Produktivbetrieb aufgenommen. Danach erfolgte in rascher Abfolge die ELGA-Inbetriebnahme für alle anderen öffentlichen Tiroler Krankenanstalten und somit sind seit Mai 2017 alle fondsfinanzierten Tiroler Krankenanstalten lesend und schreibend an ELGA angeschlossen.

Folgende **ELGA-Dokumententypen** werden aktuell aus den Tiroler Krankenanstalten für ELGA bereitgestellt:

- Ärztliche Entlassungsdokumente nach stationären Aufenthalten

[43] IHE ist eine weltweite Initiative von Fachleuten des Gesundheitswesens mit dem Ziel, die Kommunikation zwischen IT-Systemen zu vereinheitlichen und zu verbessern.

- Pflegeentlassungsdokumente nach stationären Aufenthalten
- Ambulanzarztbriefe (bis dato aus den Häusern der tirol kliniken)
- Laborbefunde
- Radiologiebefunde
- Geburtsärztliche Entlassungsdokumente (noch nicht von allen GDA)
- Herzmobil-Episodenberichte

Die **e-Medikation** kann aus ELGA abgerufen werden, das Schreiben der e-Medikation ist jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt, da dies stark von der Verfügbarkeit der internen Medikationslösungen und der elektronischen Fieberkurve in den Krankenhausinformationssystemen (KIS) und von deren Herstellern abhängt.

Das Lesen und Schreiben des **e-Impfpasses** ist in allen öffentlichen Tiroler Krankenanstalten umgesetzt.

Das Projekt „**Registrierung von DICOM[44]-Studien (Bildern) aus den Radiologieabteilungen der tirol kliniken in ELGA**" wurde im Frühjahr 2024 gestartet. Die Bereitstellung dieser Bilder sollte lt. Planung ab dem vierten Quartal 2024 erfolgen. Damit werden in absehbarer Zukunft nicht nur die schriftlichen Radiologiebefunde, sondern auch die dazugehörigen DICOM-Studien aus den Tiroler Krankenhäusern in ELGA verfügbar sein, was für die Patientinnen und Patienten und die Behandler:innen wesentliche Vorteile bringt. Weitere bildgebende Bereiche der tirol kliniken (Nuklear- und Zahnmedizin) werden in einem eigenen Projekt folgen. In enger Abstimmung und Kooperation mit der Fachgruppe der Radiologinnen und Radiologen der Tiroler Ärztekammer wird die Umsetzung der Bereitstellung von Radiologiebildern und Befunden in ELGA weiter forciert.

Ein weiteres wichtiges, auf alle Tiroler Krankenanstalten mit Geburtenabteilungen zukommendes Projekt ist die Realisierung des elektronischen Eltern-Kind-Passes (eEKP). Dieses ebenfalls sehr komplexe Projekt steht aktuell am Anfang und Tirol ist durch einen Mitarbeiter des LIV Tirol im Projekt vertreten, der auch die Umsetzung mit allen betroffenen Tiroler Krankenanstalten koordiniert.

Die Tiroler Alten- und Pflegeheime und die mobile Pflege sind zwar bislang noch nicht an die öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur ELGA angeschlossen, seitens des Landes Tirol wird aktuell ein konkretes Projekt zur Anbindung von Pilotheimen umgesetzt.

[44] Mit DICOM lassen sich Daten von einer Vielzahl medizinischer Bildgebungsverfahren speichern, um eine diagnostische Studie vollständig zu beschreiben.

Literatur

aerzteblatt.de (2020): Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen häufig unbeachtet [online]. Deutsches Ärzteblatt. https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118425/Geschlechtsspezifische-Unterschiede-bei-Herz-Kreislauf-Erkrankungen-haeufig-unbeachtet [Zugriff am 22.11.2024]

AGES (2024): Das AGES-Radar für Infektionskrankheiten, März 2024. Hg. v. Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit, Wien

Amt der Tiroler Landesregierung (2023): Strukturplan Pflege 2023–2033 - Strategische Planung der Angebote in der Langzeitpflege in Tirol. Hg. v. Landesregierung, Amt der Tiroler, Innsbruck

Amt der Tiroler Landesregierung (2024a): Frauengesundheitsbericht Tirol. Amt der Tiroler Landesregierung, unveröffentlicht

Amt der Tiroler Landesregierung (2024b): Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung der qualifizierten Nachsorge / qualifizierten Kurzzeitpflege für pflege- und betreuungsbedürftige Personen (Übergangspflegerichtlinie). Amt der Tiroler Landesregierung, Innsbruck

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol (2024): Tätigkeitsbericht 2023. Hg. v. Prof. Dr. Adolf Schinner, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landes Tirol, Innsbruck

BMSGPK (2021): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Bericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2022a): Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

BMSGPK (2022b): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2021. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

BMSGPK (2023): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2024): Aktualisiertes Kapitel zum Impfplan Österreich 2023/24 Empfehlung Impfung gegen COVID-19. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Bundesgesetzblatt - BGBL (2020): 98. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des COVID-19-Maßnahmengesetzes

Czypionka, Thomas; Reiss, Miriam; Reitzinger, Stephanie; Riedel, Monika; Heimerl, Nikolaus (2021): Volkswirtschaftliche Kosten von Demenz in Österreich. Hg. v. Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), Wien

Danner, Josef (2012): Strukturplan Pflege 2012–2022. Hg. v. Amt der Tiroler Landesregierung, Innsbruck

Danner, Josef (2019): Evaluierungsbericht - Strukturplan Pflege 2012–2022. Hg. v. Amt der Tiroler Landesregierung, Innsbruck

Egelseer-Bründl, Tim; Jahn, Beate; Arvandi, Marjan; Puntscher, Sibylle ; Santamaria, J.; Brunelli, Lucia; Weissenegger, K.; Pfeifer, Bernhard; Neururer, Sabrina; Rissbacher, Clemens; Huber, Andreas; Fetz, Bettina; Kleinheinz, C.; Modre-Osprian, Robert; Kreiner, Karl; Siebert, Uwe; Pölzl, Gerhard (2024): Cost-effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management program for heart failure patients-economic evaluation along a one-year observation period. In: Clin Res Cardiol 113/8:1232-1241

Eurosurveillance editorial team (2020): Note from the editors: World Health Organization declares novel coronavirus (2019-nCoV) sixth public health emergency of international concern. In: Euro Surveillance 25/5:1-2

FGÖ (2020): Österreichische Bewegungsempfehlungen (Wissensband 17). Gesundheit Österreich, Wien

Gaiswinkler, Sylvia; Antony, Daniela; Delcour, Jennifer; Pfabigan, Johanna; Pichler, Michaela; Wahl, Anna (2023): Frauengesundheitsbericht 2022. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Gaiswinkler, Sylvia; Wahl, Anna; Antony, Daniela; Ofner, Tonja; Delcour, Jennifer; Antosik, Jennifer; Pfabigan, Johanna; Pilwarsch, Johanna (2024): Menstruationsgesundheitsbericht 2024. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

gesundheit.gv.at (2022): Brustkrebs: Früherkennung [online]. https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/krebs/brustkrebs/frueherkennung.html [Zugriff am 07.08.2024]

gesundheit.gv.at (2024): Im Krankenhaus - Die stationäre und ambulante Versorgung [online]. https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/krankenhausaufenthalt/system-krankenhaus.html [Zugriff am 06.12.2024]

Griebler, Robert; Schütze, Denise; Link, Thomas; Schindler, Karin (2023a): Ernährungskompetenz in Österreich. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Griebler, Robert; Straßmayr, Christa; Mikšová, Dominika; Link, Thomas; Nowak, Peter und die Arbeitsgruppe Gesundheitskompetenz-Messung der ÖPGK (2021a): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitskompetenz-Erhebung HLS19-AT. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Griebler, Robert; Winkler, Petra (2015): Public Health Monitoring Framework. Gesundheit Österreich, unveröffentlicht

Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Eisenmann, Alexander (2021b): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Griebler, Robert; Zoller, Claudia; Leuprecht, Eva; Schütze, Denise; Sahling, Friederike; Ecker, Sandra; Heiss, Raffael (2023b): Geko-T – Gesundheitskompetenz von 9- bis 13-jährigen Kindern in Tirol. Ergebnisbericht. Hg. v. Innovation, Gesundheit Österreich & Center for Social and Health, Wien - Innsbruck

Hartung, Susanne; Rosenbrock, Rolf (2022): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden [online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/public-health-action-cycle-gesundheitspolitischer-aktionszyklus/ [Zugriff am 22.11.2024]

Healy, Bernadine (1991): The Yentl Syndrome. In: New England Journal of Medicine 325/4:274-276

herzstiftung.de (2023): Frauen, achtet mehr auf Euer Herz! [online]. Deutsche Herzstiftung. https://herzstiftung.de/service-und-aktuelles/presse/pressemitteilungen/frauen-herzgesundheit-geschlechterunterschiede [Zugriff am 22.11.2024]

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version). online Publication: http://www.health-literacy.eu

Humer, Elke; Pieh, Christoph; Kisler, Ida-Maria; Schimböck, Wolfgang; Schadenhofer, Petra (2022): A Longitudinal Study on Mental Well-Being, Perceived Stress Level and Job-Related Meaningfulness of Austrian Telephone Emergency Service Counselors during the COVID-19 Pandemic. In: International Journal Environmental Research and Public Health 19/6:.-3166. doi: 3110.3390/ijerph19063166

IET (2023): Tumorregister Tirol. Bericht für das Diagnosejahr 2020. Hg. v. (LIV), Landesinstituts für Integrierte Versorgung Tirol, Innsbruck

Klimont, Jeanette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Klimont, Jeannette; Baldaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Mayrhuber, Christine; Bittschi, Benjamin (2024): Fehlzeitenreport 2024. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen. Hg. v. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Wien

Medizinische Universität Wien (2019): Endometriose: bis zu 300.000 Frauen in Österreich betroffen [online]. Medizinische Universität Wien. https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/detailseite/2019/news-im-maerz-

2019/endometriose-bis-zu-300000-frauen-in-oesterreich-betroffen/ [Zugriff am 16.09.2024]

Momentum Institut (2024): Teure Medikamente [online]. Momentum Institut – Verein für sozialen Fortschritt. https://www.momentum-institut.at/grafik/teure-medikamente/ [Zugriff am 06.12.2024]

Niederkrotenthaler, Thomas; Laido, Zrinka; Kirchner, Stefanie; Braun, Marlies; Metzler, Hannah; Waldhör, Thomas J.; Strauss, Markus J.; Garcia, David; Till, Benedikt (2022): Mental health over nine months during the SARS-CoV2 pandemic: Representative cross-sectional survey in twelve waves between April and December 2020 in Austria. In: Journal of Affective Disorders 296/:49-58

Pelikan, Jürgen M.; Ganahl, Kristin; Roethlin, Florian (2018): Health literacy as a determinant, mediator and/or moderator of health: empirical models using the European Health Literacy Survey dataset. In: Glob Health Promotion 25/4:1-10

Pölzl, Gerhard; Egelseer-Bründl, Tim; Pfeifer, Bernhard; Modre-Osprian, Robert; Welte, Stefan; Fetz, Bettina; Krestan, Susanne; Haselwanter, Barbara; Zaruba, Marc-Michael; Dörler, Jakob; Rissbacher, Clemens; Ammenwerth, Elske; Bauer, Axel (2022): Feasibility and effectiveness of a multidimensional post-discharge disease management programme for heart failure patients in clinical practice: the Herz Mobil Tirol programme. In: Clinical Research in Cardiology 111/3:294-307

Rabady, Susanne; Hoffmann, Kathryn; Aigner, Martin; Altenberger, Johann; Brose, Markus; Costa, Ursula; Denk-Linnert, Doris-Maria; Gruber, Samuel; Götzinger, Florian; Helbok, Raimund; Hüfner, Katharina; Koczulla, Rembert; Kurz, Katharina; Lamprecht, Bernd; Leis, Stefan; Löffler, Judith; Müller, Christian A.; Rittmannsberger, Hans; Rommer, Paulus S.; Sator, Paul; Strenger, Volker; Struhal, Walter; Untersmayr, Eva; Vonbank, Karin; Wancata, Johannes; Weber, Thomas; Wendler, Maria; Zwick, Ralf-Harun (2023): Leitlinie S1 fur das Management postviraler Zustande am Beispiel Post-COVID-19. Aufl. 2023/08

scilog.fwf.ac.at Neue Fakten zur Herzgesundheit bei Frauen [online]. Österreichischer Wissenschaftsfonds FWF. https://scilog.fwf.ac.at/magazin/neue-fakten-zur-herzgesundheit-bei-frauen [Zugriff am 22.11.2024]

Sørensen, Kristine; Van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12/80:1-13

Statistik Austria (2022): Demographisches Jahrbuch. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2024a): Krebserkrankungen in Österreich 2024. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

Statistik Austria (2024b): Straßenverkehrsunfälle 2023 - Mit Personenschaden. Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

The Lancet (2011): Cardiovascular disease in women. often silent and fatal. In: Lancet 378/9787:200

theheartfoundation.org (2017): Heart Attack: Men vs. Women [online]. The Heart Foundation. https://theheartfoundation.org/2017/03/29/heart-attack-men-vs-women/ [Zugriff am 22.11.2024]

Tirol Kliniken (2021): Integrierter Patientenpfad / Behandlungspfad Schlaganfall Tirol [online]. https://schlaganfallpfad.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=index [Zugriff am 18.11.2024]

tirol.gv.at (2024): HPV-Impfprogramm. Informationen zur Impfung gegen HPV (HUMANE PAPILLOMA VIRUS) in der Impfaktion Tirol [online]. Amt der Tiroler Landesregierung. https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/impfungen/hpv-impfprogramm/ [Zugriff am 13.08.2024]

Warzecha, Damian; Szymusik, Iwona; Wielgos, Miroslaw; Pietrzak, Bronislawa (2020): The Impact of Endometriosis on the Quality of Life and the Incidence of Depression – A Cohort Study. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 17/10:3641

WHO (2020): Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem Hg. v. World Health Organization, Genf

WHO (2023): Dementia [online]. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia [Zugriff am 21.10.2024]

WHO (2024): Eliminating measles and rubella in the WHO European Region. Integrated guidance for urveillance, outbreak response and verification of elimination. Hg. v. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen

Willeit, Johann; Geley, Theresa; Schöch, Johannes; Rinner, Heinrich; Tür, Andreas; Kreuzer, Hans; Thiemann, Norbert; Knoflach, Michael; Toell, Thomas; Pechlaner, Raimund; Willeit, Karin; Klingler, Natalie; Praxmarer, Silvia; Baubin, Michael; Beck, Gertrud; Berek, Klaus; Dengg, Christian; Engelhardt, Klaus; Erlacher, Thomas; Fluckinger, Thomas; Grander, Wilhelm; Grossmann, Josef; Kathrein, Hermann; Kaiser, Norbert; Matosevic, Benjamin; Matzak, Heinrich; Mayr, Markus; Perfler, Robert; Poewe, Werner; Rauter, Alexandra; Schoenherr, Gudrun; Schoenherr, Hans-Robert; Schinnerl, Adolf; Spiss, Heinrich; Thurner, Theresa; Vergeiner, Gernot; Werner, Philipp; Wöll, Ewald; Willeit, Peter; Kiechl, Stefan (2015): Thrombolysis and clinical outcome in patients with stroke after implementation of the Tyrol Stroke Pathway: a retrospective observational study. In: The Lancet Neurology 14/1:48-56

Wisbauer, Alexander; Schuster, Julia; Pohl, Pauline (2023): Auswirkungen der Coronapandemie auf die demographische Struktur in Österreich. In: Statistische Nachrichten 2023/5:379-396

Tabellenanhang

Tabelle 10: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und Altersgruppen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, absolut, 2023 (Jahresbeginn)

Region	Bevölkerung insgesamt	Altersgruppen in Jahren						
		0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75–89	≥ 90
	weiblich							
Osttirol	24.691	3.440	3.801	4.238	5.563	4.552	2.684	413
Tirol-Nordost	90.907	12.775	14.068	18.054	20.156	16.129	8.740	985
Tirol-West	71.054	10.419	11.466	14.245	15.962	11.917	6.259	786
Tirol-Zentralraum	204.015	27.823	35.023	42.210	43.408	33.489	19.624	2.438
Tirol	390.667	54.457	64.358	78.747	85.089	66.087	37.307	4.622
Burgenland	153.737	19.436	19.925	27.926	35.354	32.470	16.391	2.235
Kärnten	290.513	36.521	40.534	52.625	64.051	58.997	33.066	4.719
Niederösterreich	873.142	121.776	125.900	164.127	197.835	160.348	91.797	11.359
Oberösterreich	764.882	112.377	122.614	148.425	162.516	135.560	74.098	9.292
Salzburg	290.156	40.488	46.786	57.406	62.089	51.361	28.559	3.467
Steiermark	639.683	83.062	98.279	122.527	137.720	119.087	69.341	9.667
Vorarlberg	204.205	31.247	33.321	41.244	44.009	33.517	18.519	2.348
Wien	1.012.972	139.160	194.282	228.259	203.725	149.296	87.505	10.745
Österreich	4.619.957	638.524	745.999	921.286	992.388	806.723	456.583	58.454
	männlich							
Osttirol	24.163	3.587	4.151	4.376	5.526	4.380	1.956	187
Tirol-Nordost	87.953	13.492	14.979	17.881	19.611	14.858	6.650	482
Tirol-West	69.926	10.985	12.003	14.609	15.707	11.551	4.730	341
Tirol-Zentralraum	198.595	29.606	37.605	43.189	42.522	30.031	14.512	1.130
Tirol	380.637	57.670	68.738	80.055	83.366	60.820	27.848	2.140
Burgenland	147.513	20.442	21.547	27.102	34.423	31.037	12.115	847
Kärnten	278.471	38.535	44.779	53.429	62.291	53.863	23.719	1.855
Niederösterreich	845.231	128.496	135.847	163.927	194.009	149.332	68.734	4.886
Oberösterreich	757.943	118.950	133.825	157.183	163.750	127.365	52.773	4.097
Salzburg	278.190	42.700	49.514	58.373	60.002	45.078	20.975	1.548
Steiermark	625.515	87.977	107.003	128.845	138.876	109.857	49.186	3.771
Vorarlberg	202.190	33.278	36.552	42.070	44.152	31.245	13.850	1.043
Wien	969.125	148.472	197.815	234.008	197.095	129.147	58.617	3.971
Österreich	4.484.815	676.520	795.620	944.992	977.964	737.744	327.817	24.158
	männlich und weiblich							
Osttirol	48.854	7.027	7.952	8.614	11.089	8.932	4.640	600
Tirol-Nordost	178.860	26.267	29.047	35.935	39.767	30.987	15.390	1.467
Tirol-West	140.980	21.404	23.469	28.854	31.669	23.468	10.989	1.127
Tirol-Zentralraum	402.610	57.429	72.628	85.399	85.930	63.520	34.136	3.568
Tirol	**771.304**	**112.127**	**133.096**	**158.802**	**168.455**	**126.907**	**65.155**	**6.762**
Burgenland	301.250	39.878	41.472	55.028	69.777	63.507	28.506	3.082
Kärnten	568.984	75.056	85.313	106.054	126.342	112.860	56.785	6.574
Niederösterreich	1.718.373	250.272	261.747	328.054	391.844	309.680	160.531	16.245
Oberösterreich	1.522.825	231.327	256.439	305.608	326.266	262.925	126.871	13.389
Salzburg	568.346	83.188	96.300	115.779	122.091	96.439	49.534	5.015
Steiermark	1.265.198	171.039	205.282	251.372	276.596	228.944	118.527	13.438
Vorarlberg	406.395	64.525	69.873	83.314	88.161	64.762	32.369	3.391
Wien	1.982.097	287.632	392.097	462.267	400.820	278.443	146.122	14.716
Österreich	**9.104.772**	**1.315.044**	**1.541.619**	**1.866.278**	**1.970.352**	**1.544.467**	**784.400**	**82.612**

Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (01.01.2024)

Tabelle 11: Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und Altersgruppen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, in Prozent, 2023 (Jahresbeginn)

Region	Bevölkerung insgesamt	Altersgruppen in Jahren						
		0–14	15–29	30–44	45–59	60–74	75–89	≥ 90
	weiblich							
Osttirol	24.691	13,9	15,4	17,2	22,5	18,4	10,9	1,7
Tirol-Nordost	90.907	14,1	15,5	19,9	22,2	17,7	9,6	1,1
Tirol-West	71.054	14,7	16,1	20,0	22,5	16,8	8,8	1,1
Tirol-Zentralraum	204.015	13,6	17,2	20,7	21,3	16,4	9,6	1,2
Tirol	390.667	13,9	16,5	20,2	21,8	16,9	9,5	1,2
Burgenland	153.737	12,6	13,0	18,2	23,0	21,1	10,7	1,5
Kärnten	290.513	12,6	14,0	18,1	22,0	20,3	11,4	1,6
Niederösterreich	873.142	13,9	14,4	18,8	22,7	18,4	10,5	1,3
Oberösterreich	764.882	14,7	16,0	19,4	21,2	17,7	9,7	1,2
Salzburg	290.156	14,0	16,1	19,8	21,4	17,7	9,8	1,2
Steiermark	639.683	13,0	15,4	19,2	21,5	18,6	10,8	1,5
Vorarlberg	204.205	15,3	16,3	20,2	21,6	16,4	9,1	1,1
Wien	1.012.972	13,7	19,2	22,5	20,1	14,7	8,6	1,1
Österreich	4.619.957	13,8	16,1	19,9	21,5	17,5	9,9	1,3
	männlich							
Osttirol	24.163	14,8	17,2	18,1	22,9	18,1	8,1	0,8
Tirol-Nordost	87.953	15,3	17,0	20,3	22,3	16,9	7,6	0,5
Tirol-West	69.926	15,7	17,2	20,9	22,5	16,5	6,8	0,5
Tirol-Zentralraum	198.595	14,9	18,9	21,7	21,4	15,1	7,3	0,6
Tirol	380.637	15,2	18,1	21,0	21,9	16,0	7,3	0,6
Burgenland	147.513	13,9	14,6	18,4	23,3	21,0	8,2	0,6
Kärnten	278.471	13,8	16,1	19,2	22,4	19,3	8,5	0,7
Niederösterreich	845.231	15,2	16,1	19,4	23,0	17,7	8,1	0,6
Oberösterreich	757.943	15,7	17,7	20,7	21,6	16,8	7,0	0,5
Salzburg	278.190	15,3	17,8	21,0	21,6	16,2	7,5	0,6
Steiermark	625.515	14,1	17,1	20,6	22,2	17,6	7,9	0,6
Vorarlberg	202.190	16,5	18,1	20,8	21,8	15,5	6,8	0,5
Wien	969.125	15,3	20,4	24,1	20,3	13,3	6,0	0,4
Österreich	4.484.815	15,1	17,7	21,1	21,8	16,4	7,3	0,5
	männlich und weiblich							
Osttirol	48.854	14,4	16,3	17,6	22,7	18,3	9,5	1,2
Tirol-Nordost	178.860	14,7	16,2	20,1	22,2	17,3	8,6	0,8
Tirol-West	140.980	15,2	16,6	20,5	22,5	16,6	7,8	0,8
Tirol-Zentralraum	402.610	14,3	18,0	21,2	21,3	15,8	8,5	0,9
Tirol	771.304	14,5	17,3	20,6	21,8	16,5	8,4	0,9
Burgenland	301.250	13,2	13,8	18,3	23,2	21,1	9,5	1,0
Kärnten	568.984	13,2	15,0	18,6	22,2	19,8	10,0	1,2
Niederösterreich	1.718.373	14,6	15,2	19,1	22,8	18,0	9,3	0,9
Oberösterreich	1.522.825	15,2	16,8	20,1	21,4	17,3	8,3	0,9
Salzburg	568.346	14,6	16,9	20,4	21,5	17,0	8,7	0,9
Steiermark	1.265.198	13,5	16,2	19,9	21,9	18,1	9,4	1,1
Vorarlberg	406.395	15,9	17,2	20,5	21,7	15,9	8,0	0,8
Wien	1.982.097	14,5	19,8	23,3	20,2	14,0	7,4	0,7
Österreich	9.104.772	14,4	16,9	20,5	21,6	17,0	8,6	0,9

Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (01.01.2024)

Tabelle 12: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Bundesländern, 2023 (Jahresdurchschnitt)

Bundesland		Migrationshintergrund			
	Bevölkerung in Privathaushalten	zusammen	1. Generation	2. Generation	zusammen (in %)
	in 1.000				
Tirol	**760,8**	**186,4**	**139,4**	**47,0**	**24,5**
Burgenland	297,5	46,0	36,0	10,1	15,5
Kärnten	560,3	91,9	71,9	20,0	16,4
Niederösterreich	1.701,8	311,9	233,5	78,4	18,3
Oberösterreich	1.505,2	338,7	238,9	99,8	22,5
Salzburg	560,2	148,4	110,3	38,0	26,5
Steiermark	1.247,0	225,8	173,6	52,1	18,1
Vorarlberg	403,2	117,4	85,6	31,8	29,1
Wien	1.953,3	982,4	739,5	242,9	50,3
Österreich	**8.989,4**	**2.448,8**	**1.828,7**	**620,1**	**27,2**

Quelle: Statistik Austria - Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres) (19.03.2024)

Tabelle 13: Bevölkerung nach Staatsangehörigkeit absolut und relativ (Jahresbeginn) in den Tiroler Versorgungsregionen, 2023

		Wohnbevölkerung nach Staatsangehörigkeit							
		Österreich		Ausland zusammen		EU-Staaten (exkl. AT)		Nicht-EU-Staaten	
Region	Bevölkerung gesamt	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
Osttirol	48.854	45.749	93,6	3.105	6,4	2.193	4,5	912	1,9
Tirol-Nordost	178.860	143.905	80,5	34.955	19,5	24.710	13,8	10.245	5,7
Tirol-West	140.980	119.848	85,0	21.132	15,0	13.916	9,9	7.216	5,1
Tirol-Zentralraum	402.610	322.079	80,0	80.531	20,0	46.977	11,7	33.554	8,3
Tirol	771.304	631.581	81,9	139.723	18,1	87.796	11,4	51.927	6,7

Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes (28.05.2024)

Tabelle 14: Bevölkerungsveränderung nach demografischen Komponenten in Tirol (Jahresbeginn), 2014–2023

Jahr	Bevölkerung zu Jahresbeginn	Veränderung insgesamt	Geburtenbilanz	Wanderungsbilanz inkl. statistischer Korrektur	Bevölkerung zu Jahresende
2014	722.038	6.788	1.442	5.346	728.826
2015	728.826	10.313	1.575	8.738	739.139
2016	739.139	7.014	1.749	5.265	746.153
2017	746.153	4.987	1.834	3.153	751.140
2018	751.140	3.565	1.560	2.005	754.705
2019	754.705	2.929	1.285	1.644	757.634
2020	757.634	2.471	730	1.741	760.105
2021	760.105	3.997	1.308	2.689	764.102
2022	764.102	7.202	469	6.733	771.304
2023	771.304	4.666	119	4.547	775.970

Quelle: Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes, Geburtenbilanz lt. Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Wanderungsstatistik lt. Zentralem Melderegister (ZMR) (28.05.2024)

Tabelle 15: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur (in %) nach Altersgruppen in Tirol, 2024–2070

Jahr	< 15 Jahre	15–29 Jahre	30–44 Jahre	45–59 Jahre	60–74 Jahre	≥ 75 Jahre
2024	14,5	16,7	20,8	21,2	17,1	9,6
2025	14,5	16,4	20,9	20,8	17,6	9,8
2026	14,5	16,1	20,9	20,4	18,1	9,9
2027	14,5	15,8	20,8	20,2	18,6	10,1
2028	14,5	15,7	20,7	19,9	19,0	10,3
2029	14,5	15,6	20,5	19,6	19,4	10,4
2030	14,4	15,5	20,3	19,4	19,7	10,7
2031	14,4	15,5	20,1	19,2	19,8	10,9
2032	14,3	15,5	19,9	19,1	19,9	11,2
2033	14,2	15,6	19,7	19,1	19,9	11,5
2034	14,1	15,6	19,5	19,2	19,8	11,9
2035	14,0	15,6	19,2	19,3	19,7	12,2
2036	14,0	15,6	19,0	19,4	19,5	12,6
2037	13,9	15,6	18,7	19,5	19,2	13,1
2038	13,8	15,6	18,4	19,7	18,9	13,6
2039	13,8	15,6	18,2	19,8	18,6	14,0
2040	13,7	15,6	17,9	19,9	18,2	14,5
2041	13,7	15,7	17,7	19,9	18,0	15,0
2042	13,6	15,7	17,5	19,9	17,8	15,5
2043	13,5	15,7	17,4	19,8	17,6	15,9
2044	13,5	15,7	17,4	19,7	17,4	16,3
2045	13,5	15,7	17,4	19,6	17,3	16,6
2046	13,4	15,7	17,4	19,4	17,2	16,9
2047	13,4	15,6	17,4	19,3	17,2	17,1
2048	13,4	15,6	17,5	19,1	17,2	17,2
2049	13,4	15,5	17,5	18,9	17,3	17,3
2050	13,5	15,5	17,5	18,8	17,4	17,4
2051	13,5	15,4	17,5	18,6	17,6	17,4
2052	13,5	15,4	17,6	18,4	17,7	17,4
2053	13,6	15,4	17,6	18,1	17,9	17,4
2054	13,6	15,4	17,6	17,9	18,0	17,4
2055	13,7	15,3	17,7	17,8	18,2	17,4
2056	13,7	15,3	17,7	17,6	18,2	17,4
2057	13,8	15,3	17,8	17,5	18,2	17,5
2058	13,8	15,3	17,8	17,4	18,2	17,5
2059	13,9	15,2	17,9	17,4	18,1	17,5
2060	13,9	15,2	17,9	17,4	18,0	17,6
2061	13,9	15,2	17,9	17,4	18,0	17,6
2062	14,0	15,2	17,9	17,5	17,8	17,6
2063	14,0	15,3	17,8	17,5	17,7	17,7
2064	14,0	15,3	17,8	17,6	17,6	17,7
2065	14,0	15,3	17,8	17,6	17,5	17,8
2066	14,0	15,3	17,8	17,7	17,3	17,9
2067	14,0	15,4	17,7	17,7	17,1	18,0
2068	14,1	15,4	17,7	17,7	16,9	18,2
2069	14,0	15,4	17,7	17,8	16,7	18,3
2070	14,1	15,5	17,7	17,8	16,6	18,4

Quelle: Statistik Austria - Bevölkerungsprognose 2023, Hauptvariante (gerundete Ergebnisse) (22.11.2023)

Tabelle 16: Lebenserwartung in Jahren bei der Geburt nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023

Region	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	weiblich									
Tirol	**84,5**	**84,3**	**84,5**	**85,0**	**84,7**	**84,9**	**84,5**	**84,9**	**84,7**	**85,3**
Burgenland	83,3	83,8	83,5	83,8	83,4	84,3	83,8	83,7	83,6	84,3
Kärnten	84,0	84,0	84,4	84,2	83,9	84,7	84,2	84,3	84,0	84,7
Niederösterreich	83,4	83,2	83,6	83,6	83,5	83,8	83,6	83,1	83,6	84,0
Oberösterreich	84,2	83,8	84,7	84,3	84,2	84,4	84,1	84,2	84,1	84,4
Salzburg	84,7	84,6	84,6	84,5	84,7	84,8	84,4	84,5	84,3	84,6
Steiermark	84,0	83,7	84,3	84,1	84,3	84,7	83,9	84,2	84,1	84,4
Vorarlberg	85,0	84,4	84,6	84,6	84,4	85,1	84,5	85,0	84,6	85,3
Wien	82,6	82,8	82,9	82,9	82,5	83,4	82,7	82,6	82,7	83,3
Österreich	**83,7**	**83,6**	**83,9**	**83,9**	**83,8**	**84,2**	**83,7**	**83,7**	**83,8**	**84,2**
	männlich									
Tirol	**80,4**	**80,0**	**80,2**	**80,9**	**80,4**	**80,5**	**80,1**	**80,4**	**80,2**	**80,9**
Burgenland	79,1	78,3	79,1	79,0	79,0	79,3	79,8	79,3	79,2	79,8
Kärnten	78,8	78,4	78,7	79,3	78,8	79,5	78,8	78,7	78,9	79,0
Niederösterreich	78,6	78,5	78,8	79,3	79,1	79,4	78,9	78,4	78,9	79,0
Oberösterreich	79,2	78,9	79,4	79,4	79,7	79,9	79,2	78,9	79,4	79,7
Salzburg	79,8	79,6	80,2	79,8	80,4	80,4	79,9	79,1	80,3	80,5
Steiermark	79,3	78,5	79,4	79,2	79,5	79,5	78,6	79,3	79,0	79,4
Vorarlberg	80,0	79,8	80,1	79,8	80,5	80,9	80,2	80,1	79,7	80,6
Wien	77,7	77,6	78,3	78,4	78,2	78,5	77,8	77,6	78,0	78,5
Österreich	**78,9**	**78,6**	**79,1**	**79,3**	**79,3**	**79,5**	**78,9**	**78,8**	**79,0**	**79,4**

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023

Tabelle 17: Fernere Lebenserwartung in Jahren ab 60 Jahren nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023

Region	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	weiblich									
Tirol	**26,2**	**26,1**	**26,7**	**26,7**	**26,3**	**26,7**	**26,3**	**26,5**	**26,5**	**26,7**
Burgenland	25,5	25,6	25,7	25,6	25,5	25,7	25,2	25,8	25,5	26,1
Kärnten	26,1	26,2	26,2	26,0	25,9	26,4	25,8	26,0	25,7	26,3
Niederösterreich	25,5	25,1	25,4	25,4	25,3	25,6	25,3	25,0	25,4	25,6
Oberösterreich	26,1	25,6	26,4	26,1	26,0	26,1	25,8	25,7	25,7	26,1
Salzburg	26,2	26,3	26,4	26,1	26,4	26,5	26,1	26,2	25,9	26,5
Steiermark	26,1	25,7	26,2	26,0	26,1	26,5	25,6	25,9	25,8	26,2
Vorarlberg	26,5	26,4	26,5	26,3	26,1	27,0	26,3	26,5	26,3	26,9
Wien	25,1	24,9	25,1	25,0	24,7	25,5	24,8	24,7	24,9	25,3
Österreich	**25,8**	**25,5**	**25,9**	**25,7**	**25,6**	**26,0**	**25,5**	**25,5**	**25,6**	**26,0**
	männlich									
Tirol	**23,3**	**22,7**	**22,9**	**23,4**	**23,2**	**23,4**	**22,6**	**23,3**	**23,0**	**23,6**
Burgenland	21,9	21,5	22,0	21,8	21,9	21,8	22,2	21,7	22,0	22,5
Kärnten	22,4	21,7	22,1	22,2	22,5	22,7	21,6	22,0	22,1	22,4
Niederösterreich	21,9	21,6	21,9	22,2	22,1	22,3	21,8	21,5	21,6	22,0
Oberösterreich	**22,0**	**21,9**	**22,4**	**22,3**	**22,4**	**22,7**	**21,9**	**21,9**	**22,1**	**22,5**
Salzburg	22,9	22,8	23,1	23,1	23,3	23,3	22,7	22,0	22,9	23,3
Steiermark	22,4	21,9	22,3	22,3	22,4	22,5	21,7	22,1	21,9	22,4
Vorarlberg	22,7	22,8	23,0	23,1	23,2	23,5	22,9	22,8	22,4	23,3
Wien	21,4	21,1	21,6	21,6	21,5	21,9	21,0	21,0	21,3	21,7
Österreich	**22,1**	**21,8**	**22,2**	**22,3**	**22,3**	**22,5**	**21,8**	**21,8**	**21,9**	**22,4**

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023

Tabelle 18: Lebenserwartung in Jahren in (sehr) guter Gesundheit nach Geschlecht in den Bundesländern, 2006, 2014, 2019

Region	2006	2014	2019	2006	2014	2019
	weiblich			männlich		
Tirol	**67,2**	**71,6**	**71,3**	**61,2**	**69,4**	**67,4**
Burgenland	61,9	61,7	65,1	61,2	65,4	60,7
Kärnten	61,8	66,5	66,3	62,5	66,5	63,7
Niederösterreich	64,8	66,3	63,5	61,3	65,3	62,0
Oberösterreich	62,8	67,3	63,5	62,9	65,2	63,1
Salzburg	65,5	71,0	68,6	63,7	69,3	67,6
Steiermark	61,7	65,0	63,1	61,7	65,2	61,9
Vorarlberg	69,2	71,0	70,1	66,4	67,9	65,5
Wien	60,9	64,4	62,8	60,0	65,2	62,0
Österreich	**63,2**	**66,6**	**64,7**	**61,7**	**65,9**	**63,1**

Quelle: Statistik Austria - Österreichische Gesundheitsbefragung 2006, 2014, 2019; Berechnungen auf Basis der Sterbetafeln sowie der Fragen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?" - Antwortkategorien jeweils: "sehr gut - gut - mittelmäßig - schlecht - sehr schlecht".

Tabelle 19: Sterblichkeit nach Geschlecht in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2014–2023

Region	Todesfälle je 100.000 EW										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014 - 2023 (in %)
	weiblich										
Osttirol	767	773	651	749	752	679	698	741	746	715	–7 %
Tirol-Nordost	689	776	743	710	738	692	769	701	766	678	–2 %
Tirol-West	841	814	728	734	728	713	737	750	809	714	–15 %
Tirol-Zentralraum	777	786	736	735	713	757	777	759	742	745	–4%
Tirol	**766**	**786**	**730**	**731**	**724**	**729**	**761**	**742**	**759**	**722**	**–5,7 %**
Burgenland	863	845	830	830	818	813	867	838	860	792	–8,2 %
Kärnten	777	790	763	781	780	750	822	780	814	759	–2,4 %
Niederösterreich	836	869	834	849	840	826	849	888	865	830	–0,7 %
Oberösterreich	775	826	754	786	780	787	817	825	822	795	+2,7 %
Salzburg	749	757	753	763	726	734	781	767	807	752	+0,3 %
Steiermark	782	815	768	792	763	759	845	788	812	775	–0,9 %
Vorarlberg	710	768	735	756	750	716	768	729	772	700	–1,4 %
Wien	862	865	847	860	870	820	890	896	898	844	–2,1 %
Österreich	**804**	**829**	**791**	**808**	**800**	**785**	**836**	**829**	**837**	**793**	**–1,3 %**
	männlich										
Osttirol	981	1.199	1.070	1.049	1.032	1.049	1.063	1.106	1.121	1.027	+4,7 %
Tirol-Nordost	1.007	1.124	1.094	1.073	1.059	1.025	1.125	1.072	1.063	1.028	+2,1 %
Tirol-West	1.231	1.206	1.147	1.101	1.115	1.130	1.096	1.154	1.135	1.020	–17 %
Tirol-Zentralraum	1.111	1.114	1.085	1.050	1.100	1.062	1.173	1.043	1.114	1.049	–5,6 %
Tirol	**1.094**	**1.139**	**1.094**	**1.060**	**1.087**	**1.062**	**1.140**	**1.073**	**1.106**	**1.037**	**–5,2 %**

Fortsetzung Tabelle 19:

	männlich										
Burgenland	1.260	1.287	1.217	1.295	1.226	1.267	1.225	1.290	1.296	1.202	–4,6 %
Kärnten	1.171	1.244	1.222	1.191	1.193	1.157	1.294	1.224	1.242	1.200	+2,5 %
Niederösterreich	1.251	1.277	1.242	1.212	1.232	1.193	1.256	1.299	1.279	1.252	+0,1 %
Oberösterreich	1.222	1.257	1.180	1.197	1.169	1.140	1.253	1.244	1.230	1.164	–4,7 %
Salzburg	1.110	1.140	1.082	1.099	1.076	1.093	1.173	1.194	1.104	1.067	–3,9 %
Steiermark	1.181	1.253	1.198	1.198	1.175	1.165	1.297	1.219	1.253	1.181	0,0 %
Vorarlberg	1.128	1.133	1.094	1.123	1.068	1.045	1.124	1.127	1.182	1.040	–7,8 %
Wien	1.292	1.323	1.231	1.230	1.268	1.219	1.329	1.320	1.306	1.254	–2,9 %
Österreich	1.211	1.250	1.193	1.190	1.188	1.162	1.256	1.244	1.241	1.182	–2,4 %

Fälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 20: Sterblichkeit der unter 75-jährigen Tiroler:innen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2014–2023

Region	Todesfälle je 100.000 EW										
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014 – 2023 (in %)
	weiblich										
Osttirol	231	241	193	185	255	185	199	205	217	155	–32,7
Tirol-Nordost	214	172	224	183	190	197	194	162	179	169	–20,9
Tirol-West	232	224	183	205	209	205	182	202	194	179	–22,8
Tirol-Zentralraum	237	234	234	201	187	231	216	206	210	196	–17,2
Tirol	**231**	**218**	**220**	**196**	**196**	**215**	**203**	**195**	**200**	**184**	**–20,3**
Burgenland	223	217	235	228	233	221	221	218	222	207	–7,2
Kärnten	242	221	227	231	242	215	217	239	229	215	–11,2
Niederösterreich	248	244	244	241	238	241	246	261	234	226	–8,9
Oberösterreich	220	230	211	218	210	218	221	220	213	214	–2,7
Salzburg	209	213	220	219	194	214	214	219	222	215	2,9
Steiermark	228	232	233	225	221	220	223	231	225	222	–2,6
Vorarlberg	215	211	222	220	212	202	217	219	203	184	–14,4
Wien	298	298	291	286	299	274	290	308	291	263	–11,7
Österreich	**244**	**243**	**241**	**237**	**236**	**233**	**238**	**246**	**234**	**223**	**–8,6**
	männlich										
Osttirol	388	383	404	328	412	380	329	395	331	387	–0,2
Tirol-Nordost	322	430	400	350	382	328	372	354	367	348	8,1
Tirol-West	401	361	346	317	375	380	345	385	367	341	–15,1
Tirol-Zentralraum	386	404	402	380	389	385	397	378	386	381	–1,1
Tirol	**373**	**401**	**391**	**357**	**386**	**370**	**377**	**375**	**373**	**366**	**–2,0**
Burgenland	432	470	460	442	463	436	391	418	406	395	–8,7
Kärnten	467	490	465	459	463	431	469	476	450	448	–4,1
Niederösterreich	464	458	460	441	449	426	451	474	456	439	–5,5
Oberösterreich	433	441	426	425	415	405	438	452	425	398	–8,1
Salzburg	414	415	402	394	391	389	391	451	384	377	–9,1

Fortsetzung Tabelle 20:

	männlich										
Steiermark	440	462	422	440	440	425	456	439	446	423	–3,8
Vorarlberg	406	399	413	409	374	372	393	396	408	364	–10,4
Wien	542	531	515	514	509	477	528	557	519	478	–11,9
Österreich	**457**	**463**	**448**	**443**	**443**	**423**	**450**	**465**	**445**	**422**	**–7,6**

Fälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 21: Sterblichkeit nach Haupttodesursachen in Tirol nach Geschlecht und Altersgruppen, 2019–2023

ICD-Diagnose (Kapitelebene)	weiblich								männlich							
	insgesamt		≤ 29 Jahre		30–59 Jahre		≥ 60 Jahre		insgesamt		≤ 29 Jahre		30–59 Jahre		≥ 60 Jahre	
	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Sterbefälle	Std. Rate	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate
(A00–B99) Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	235	10	5	1	6	1	224	39	232	16	1	0	18	2	213	59
(C00–D48) Neubildungen	3.814	179	16	3	473	55	3.325	611	4.393	270	21	3	488	56	3.884	963
(D50–D89) Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	64	3	2	0	2	0	60	11	50	3	2	0	0	0	48	13
(E00–E90) Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	520	23	4	1	21	3	495	87	500	32	8	1	46	5	446	116
(F00–F99) Psychische und Verhaltensstörungen	734	32	4	1	27	3	703	120	567	38	7	1	73	9	487	133
(G00–G99) Krankheiten des Nervensystems	799	36	7	1	29	3	763	132	679	43	15	2	44	5	620	158
(H60–H95) Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
(I00–I99) Krankheiten des Kreislaufsystems	6.215	272	5	1	106	12	6.104	1.045	5.334	364	12	2	356	41	4.966	1.357
(J00–J99) Krankheiten des Atmungssystems	996	46	2	0	20	2	974	175	1.088	72	3	0	42	5	1.043	273
(K00–K93) Krankheiten des Verdauungssystems	487	22	0	0	53	6	434	77	557	34	1	0	115	14	441	112
(L00–L99) Krankheiten der Haut und der Unterhaut	14	1	0	0	1	0	13	2	9	1	0	0	1	0	8	2
(M00–M99) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	84	4	0	0	4	0	80	14	50	3	0	0	4	0	46	12
(N00–N99) Krankheiten des Urogenitalsystems	488	21	0	0	2	0	486	83	361	26	0	0	8	1	353	102
(O00–O99) Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1	0	0	0	1	0	0	0					0	0	0	0
(P00–P96) Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	27	1	27	4	0	0	0	0	21	1	21	3	0	0	0	0
(Q00–Q99) Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	52	3	17	3	23	3	12	2	68	4	23	4	24	3	21	5
(R00–R99) Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	383	18	8	1	35	4	340	62	498	30	12	2	92	11	394	100

Fortsetzung Tabelle 21:

ICD-Diagnose (Kapitelebene)	weiblich								männlich							
	insgesamt		≤ 29 Jahre		30–59 Jahre		≥ 60 Jahre		insgesamt		≤ 29 Jahre		30–59 Jahre		≥ 60 Jahre	
	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]
(S00–T98) Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	920	42	29	5	127	15	764	133	1.439	86	136	20	442	53	861	224
(U00–U99) Schlüsselnummern für besondere Zwecke	679	30	0	0	12	1	667	116	898	61	0	0	33	4	865	232

[1] Fälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
Durchschnittswerte für die Jahre 2019–2023

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023

Tabelle 22: Sterblichkeit nach Geschlecht und Haupttodesursachen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2019–2023

Region	Hauptdiagnosen													
	alle		BN		HKE		PUL		VER		VV		SON	
	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate
	weiblich													
Osttirol	1.254	716	297	188	452	242	78	45	28	16	61	35	338	190
Tirol-Nordost	3.683	722	841	168	1.489	287	192	38	140	27	200	39	821	161
Tirol-West	2.888	745	658	176	1.123	282	149	40	87	23	158	41	713	183
Tirol-Zentralraum	8.687	755	2.018	184	3.151	266	577	51	232	20	501	44	2.208	190
Tirol	**16.512**	**742**	**3.814**	**179**	**6.215**	**272**	**996**	**46**	**487**	**22**	**920**	**42**	**4.080**	**182**
Burgenland	8.929	833	1.843	188	3.886	347	311	30	219	21	326	32	2.344	215
Kärnten	16.316	784	3.521	184	6.618	302	915	45	516	26	698	36	4.048	191
Niederösterreich	47.003	851	10.391	200	18.182	317	2.160	40	1.411	26	1.953	37	12.906	231
Oberösterreich	36.990	809	7.973	185	13.922	295	1.853	41	1.151	26	1.620	36	10.471	226
Salzburg	12.906	768	2.882	177	4.437	258	636	38	419	26	669	40	3.863	228
Steiermark	34.485	795	7.657	193	13.748	300	1.621	38	992	24	1.237	31	9.230	209
Vorarlberg	8.280	737	1.871	175	3.061	264	412	37	278	25	345	31	2.313	204
Wien	44.895	869	10.268	208	16.662	313	2.777	55	1.497	30	1.755	34	11.936	230
Österreich	**226.316**	**816**	**50.220**	**192**	**86.731**	**301**	**11.681**	**43**	**6.970**	**26**	**9.523**	**35**	**61.191**	**218**
	männlich													
Osttirol	1.259	1.072	289	242	421	365	99	84	36	30	104	87	310	264
Tirol-Nordost	3.887	1.062	1.000	257	1.290	375	231	63	134	35	374	97	858	235
Tirol-West	2.953	1.106	784	274	927	370	188	73	86	30	237	79	731	280
Tirol-Zentralraum	8.646	1.088	2.320	278	2.696	357	570	73	301	36	724	83	2.035	262
Tirol	**16.745**	**1.083**	**4.393**	**270**	**5.334**	**364**	**1.088**	**72**	**557**	**34**	**1.439**	**86**	**3.934**	**259**
Burgenland	8.723	1.254	2.336	308	3.167	483	427	64	314	40	531	75	1.948	285
Kärnten	16.278	1.223	4.215	300	5.487	431	935	71	683	47	1.224	89	3.734	285
Niederösterreich	47.397	1.255	12.608	313	15.905	443	2.408	65	1.843	46	3.167	81	11.466	308
Oberösterreich	36.756	1.205	9.400	292	11.862	409	2.099	71	1.394	42	2.657	81	9.344	311
Salzburg	12.850	1.125	3.270	272	3.968	365	715	63	483	39	1.052	86	3.362	299
Steiermark	33.898	1.222	9.054	310	11.104	420	1.863	68	1.421	48	2.426	83	8.030	293
Vorarlberg	8.544	1.103	2.249	272	2.759	377	479	63	294	37	607	71	2.156	282

Fortsetzung Tabelle 22:

Region	Hauptdiagnosen													
	alle		BN		HKE		PUL		VER		VV		SON	
	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate[1]
Wien	42.532	1.284	10.949	314	13.041	425	2.689	83	1.918	51	2.567	68	11.368	344
Österreich	**223.723**	**1.216**	**58.474**	**300**	**72.627**	**417**	**12.703**	**70**	**8.907**	**45**	**15.670**	**79**	**1.948**	**285**

[1] Fälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Durchschnittswerte für die Jahre 2019–2023

ICD-10-Codes: BN: C00–D48 Neubildungen; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; SON: sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik 2019–2023

Tabelle 23: Sterblichkeit der unter 75-jährigen Bevölkerung nach Geschlecht und Haupttodesursachen in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2019–2023

Region	Hauptdiagnosen													
	alle		BN		HKE		PUL		VER		VV		SON	
	Sterbefälle	Std. Rate[1]	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate	Sterbefälle	Std. Rate
	weiblich													
Osttirol	227	193	116	96	34	29	12	10	7	6	11	10	47	41
Tirol-Nordost	750	180	351	83	112	27	54	13	39	9	56	13	138	34
Tirol-West	598	192	282	89	95	31	40	13	24	8	41	13	116	38
Tirol-Zentralraum	1.891	212	850	95	296	33	140	16	74	8	161	18	370	42
Tirol	**3.466**	**199**	**1.599**	**91**	**537**	**31**	**246**	**14**	**144**	**8**	**269**	**15**	**671**	**39**
Burgenland	1.725	217	821	102	350	44	68	8	68	8	83	11	335	44
Kärnten	3.303	223	1.441	96	637	43	216	14	162	11	236	17	611	42
Niederösterreich	9.938	242	4.461	107	1.784	44	498	12	472	11	589	15	2.134	52
Oberösterreich	7.491	217	3.325	95	1.326	39	416	12	331	10	446	13	1.647	48
Salzburg	2.911	217	1.252	92	480	36	165	12	147	11	209	16	658	50
Steiermark	6.804	224	3.161	103	1.157	38	379	12	294	10	420	14	1.393	46
Vorarlberg	1.814	205	816	91	264	30	98	11	88	10	112	12	436	49
Wien	11.735	285	4.719	115	2.040	50	790	20	624	15	746	17	2.816	68
Österreich	**49.187**	**235**	**21.595**	**102**	**8.575**	**41**	**2.876**	**14**	**2.330**	**11**	**3.110**	**15**	**10.701**	**51**
	männlich													
Osttirol	1.259	1.072	289	242	421	365	99	84	36	30	104	87	310	264
Tirol-Nordost	3.887	1.062	1.000	257	1.290	375	231	63	134	35	374	97	858	235
Tirol-West	2.953	1.106	784	274	927	370	188	73	86	30	237	79	731	280
Tirol-Zentralraum	8.646	1.088	2.320	278	2.696	357	570	73	301	36	724	83	2.035	262
Tirol	**16.745**	**1.083**	**4.393**	**270**	**5.334**	**364**	**1.088**	**72**	**557**	**34**	**1.439**	**86**	**3.934**	**259**
Burgenland	8.723	1.254	2.336	308	3.167	483	427	64	314	40	531	75	1.948	285
Kärnten	16.278	1.223	4.215	300	5.487	431	935	71	683	47	1.224	89	3.734	285
Niederösterreich	47.397	1.255	12.608	313	15.905	443	2.408	65	1.843	46	3.167	81	11.466	308
Oberösterreich	36.756	1.205	9.400	292	11.862	409	2.099	71	1.394	42	2.657	81	9.344	311
Salzburg	12.850	1.125	3.270	272	3.968	365	715	63	483	39	1.052	86	3.362	299
Steiermark	33.898	1.222	9.054	310	11.104	420	1.863	68	1.421	48	2.426	83	8.030	293

Fortsetzung Tabelle 23

Region	Hauptdiagnosen													
	alle		BN		HKE		PUL		VER		VV		SON	
	Sterbe-fälle	Std. Rate[1]	Sterbe-fälle	Std. Rate	Sterbe-fälle	Std. Rate	Sterbe-fälle	Std. Rate	Sterbe-fälle	Std. Rate	Sterbe-fälle	Std. Rate	Sterbe-fälle	Std. Rate
	männlich													
Vorarlberg	8.544	1.103	2.249	272	2.759	377	479	63	294	37	607	71	2.156	282
Wien	42.532	1.284	10.949	314	13.041	425	2.689	83	1.918	51	2.567	68	11.368	344
Österreich	223.723	1.216	58.474	300	72.627	417	12.703	70	8.907	45	15.670	79	1.948	285

[1] Fälle pro 100.000 EW, altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Durchschnittswerte für die Jahre 2019–2023

ICD-10-Codes: BN: C00–D48 Neubildungen; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen; SON: sonstige Todesursachen

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2019–2023

Tabelle 24: Suizidrate nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023

Region	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	Sterbefälle pro 100.000 EW, weiblich									
Tirol	**7,34**	**7,32**	**5,41**	**7,28**	**5,25**	**4,10**	**5,59**	**3,61**	**2,51**	**4,15**
Burgenland	5,64	4,46	3,32	4,32	4,70	1,44	4,62	2,54	3,46	4,07
Kärnten	7,47	8,04	9,04	8,25	6,52	7,58	3,61	7,64	6,37	5,65
Niederösterreich	7,87	6,12	5,51	4,97	5,11	5,68	4,10	5,09	6,14	6,00
Oberösterreich	6,43	4,62	5,53	4,87	4,92	4,93	3,66	4,92	7,09	5,28
Salzburg	6,79	5,46	9,48	8,59	4,76	6,58	5,86	2,56	6,71	5,78
Steiermark	7,86	7,29	8,67	6,26	5,82	5,63	7,23	4,48	5,07	4,54
Vorarlberg	4,01	3,83	4,06	5,71	6,33	3,41	6,80	5,46	3,34	5,01
Wien	6,90	7,23	6,14	3,68	5,70	4,29	4,59	4,00	6,58	4,03
	Sterbefälle pro 100.000 EW, männlich									
Tirol	**25,95**	**20,28**	**19,36**	**21,68**	**23,19**	**22,01**	**15,44**	**15,59**	**26,26**	**22,14**
Burgenland	20,09	18,03	16,21	20,92	20,29	13,23	17,01	22,55	21,85	12,15
Kärnten	28,20	38,26	33,03	26,67	32,88	29,43	25,66	25,52	23,94	30,30
Niederösterreich	27,32	24,57	25,30	23,39	23,20	21,94	19,98	22,87	22,42	24,99
Oberösterreich	22,69	20,55	24,72	25,02	20,23	18,64	19,18	21,91	19,72	24,31
Salzburg	32,47	25,56	15,97	20,00	22,95	22,08	23,61	23,65	24,78	21,55
Steiermark	28,74	32,46	24,87	31,96	29,59	26,67	27,30	28,49	27,10	27,07
Vorarlberg	21,24	21,70	19,58	20,73	13,02	21,97	15,71	15,63	17,81	20,77
Wien	21,82	18,93	17,63	18,79	20,87	15,17	16,04	13,30	17,81	14,41

exkl. assistierte Suizide (ICD 10: U060), die seit 2022 dokumentiert werden
altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023

Tabelle 25: Meldepflichtige Erkrankungen mit zumindest 10 oder mehr gemeldeten Erkrankungen in Tirol und Österreich, 2019–2023

	2019				2020				2021			
	Tirol		Österreich		Tirol		Österreich		Tirol		Österreich	
	Anzahl	Inzidenz[1]	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz
Bissverletzung	3	0,40	57	0,64	0	0,00	18	0,20	4	0,53	30	0,34
Bordetella pertussis (Keuchhusten)	275	36,44	2.233	25,15	63	8,32	632	7,09	10	1,32	129	1,45
Campylobakter (Campylobakteriose)	645	85,46	6.573	74,04	579	76,42	5.407	60,64	738	97,09	6.019	67,50
Clostridium difficile (CDI)	2	0,27	454	5,11	15	1,98	537	6,02	16	2,10	571	6,40
Denguevirus (Denguefieber)	11	1,46	142	1,60	3	0,40	38	0,43	1	0,13	5	0,06
Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME)	21	2,78	106	1,19	62	8,18	250	2,80	24	3,16	135	1,51
Haemophilus influenzae B (invasive HiB-Infektion)	5	0,66	64	0,72	3	0,40	28	0,31	2	0,26	31	0,35
Hepatitis B-Virus (Hepatitis B)	81	10,73	1.206	13,58	55	7,26	948	10,63	44	5,79	988	11,08
Hepatitis C-Virus (Hepatitis C)	87	11,53	1.183	13,33	68	8,98	839	9,41	46	6,05	860	9,64
Legionella (Legionärskrankheit)	53	7,02	255	2,87	30	3,96	249	2,79	52	6,84	278	3,12
Masernvirus (Masern)	11	1,46	151	1,70	0	0,00	25	0,28	0	0,00	1	0,01
Mpox-Virus (Affenpocken)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Mycobacterium tuberculosis complex (Tuberkulose)	25	3,31	474	5,34	33	4,36	388	4,35	29	3,82	396	4,44
Norovirus (Norovirus-Infektion)	281	37,23	1.900	21,40	103	13,59	868	9,73	189	24,86	1.322	14,83
Plasmodium (Malaria)	12	1,59	72	0,81	3	0,40	27	0,30	8	1,05	37	0,41
Rotavirus (Rotavirus-Infektion)	14	1,86	284	3,20	7	0,92	203	2,28	7	0,92	149	1,67
Salmonella typhi (Typhus)	0	0,00	11	0,12	0	0,00	1	0,01	0	0,00	4	0,04
Salmonella, sonstige (Salmonelleninfektionen)	176	23,32	1.868	21,04	86	11,35	817	9,16	81	10,66	993	11,14
SARS-CoV-2 (COVID-19)	0	0,00	0	0,00	40.457	5.339,91	360.580	4.043,81	81.602	10.735,62	914.772	10.258,92
Shigatoxin/Verotoxin (Escherichia-coli-Infektion)	31	4,11	286	3,22	42	5,54	288	3,23	29	3,82	383	4,30
Shigella (bakterielle Ruhr)	5	0,66	72	0,81	2	0,26	25	0,28	5	0,66	39	0,44
Sonstige virale Meningoenzephalitiden	7	0,93	124	1,40	11	1,45	77	0,86	8	1,05	97	1,09
Streptococcus pneumoniae (invasive Pneumokokkeninfektion)	61	8,08	615	6,93	23	3,04	355	3,98	27	3,55	400	4,49
Yersinia enterocolitica (Yersiniose)	7	0,93	112	1,26	12	1,58	128	1,44	13	1,71	138	1,55

Fortsetzung Tabelle 25:

	2022				2023			
	Tirol		Österreich		Tirol		Österreich	
	Anzahl	Inzidenz[1]	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz	Anzahl	Inzidenz
Bissverletzung	2	0,26	28	0,31	14	1,82	43	0,47
Bordetella pertussis (Keuchhusten)	6	0,79	164	1,80	141	18,28	2.791	30,57
Campylobakter (Campylobakteriose)	742	97,11	6.295	68,94	759	98,40	6.271	68,68
Clostridium difficile (CDI)	11	1,44	572	6,26	5	0,65	509	5,57
Denguevirus (Denguefieber)	5	0,65	56	0,61	22	2,85	171	1,87
Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME)3)	45	5,89	206	2,26	17	2,20	109	1,19
Haemophilus influenzae B (invasive HiB-Infektion)	5	0,65	77	0,84	10	1,30	115	1,26
Hepatitis B-Virus (Hepatitis B)	58	7,59	875	9,58	79	10,24	976	10,69
Hepatitis C-Virus (Hepatitis C)	59	7,72	910	9,97	46	5,96	914	10,01
Legionella (Legionärskrankheit)	66	8,64	305	3,34	65	8,43	325	3,56
Masernvirus (Masern)	0	0,00	1	0,01	0	0,00	186	2,04
Mpox-Virus (Affenpocken)	18	2,36	327	3,58	0	0,00	11	0,12
Mycobacterium tuberculosis complex (Tuberkulose)6)	22	2,88	378	4,14	27	3,50	421	4,61
Norovirus (Norovirus-Infektion)	286	37,43	1.946	21,31	262	33,97	2.134	23,37
Plasmodium (Malaria)	6	0,79	74	0,81	6	0,78	97	1,06
Rotavirus (Rotavirus-Infektion)	16	2,09	526	5,76	12	1,56	960	10,51
Salmonella typhi (Typhus)	0	0,00	6	0,07	0	0,00	7	0,08
Salmonella, sonstige (Salmonelleninfektionen)	125	16,36	1.193	13,07	123	15,95	1.279	14,01
SARS-CoV-2 (COVID-19)	372.311	48.725,30	4.435.913	48.582,41	22.374	2.900,80	373.573	4.091,40
Shigatoxin/Verotoxin (Escherichia-coli-Infektion)	41	5,37	469	5,14	40	5,19	584	6,40
Shigella (bakterielle Ruhr)	6	0,79	91	1,00	16	2,07	211	2,31
Sonstige virale Meningoenzephalitiden	9	1,18	139	1,52	0	0,00	0	0,00
Streptococcus pneumoniae (inv5asive Pneumokokkeninfektion)	50	6,54	558	6,11	77	9,98	759	8,31
Yersinia enterocolitica (Yersiniose)	11	1,44	131	1,43	7	0,91	100	1,10

[1] Inzidenz pro 100.000 EW

Quelle: BMSGPK - Jahresstatistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten auf Basis der AGES-Daten (nach Statistik Austria) 2019-2023, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2019–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 26: Krankenstände insgesamt und nach Geschlecht in Tirol und Österreich, 2014–2023

Jahr	Krankenstandsfälle			Krankenstandstage			Versicherte (ÖGK/GKK)			durchschnittl. Krankenstandsdauer je Versicherten in Tagen			durchschnittl. Krankenstandsfälle je Versichterten		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insg.	männl.	weibl.	insg.	männl.	weibl.
	Tirol														
2014	300.123	160.742	139.381	2.951.961	1.589.087	1.362.874	257.524	139.915	117.609	11,5	11,4	11,6	1,17	1,15	1,19
2015	319.536	172.272	147.264	3.110.505	1.677.689	1.432.816	258.965	141.400	117.565	12,0	11,9	12,2	1,23	1,22	1,25
2016	330.668	178.526	152.142	3.177.190	1.723.990	1.453.200	263.381	144.243	119.138	12,1	12,0	12,2	1,26	1,24	1,28
2017	343.225	185.736	157.489	3.260.107	1.793.752	1.466.355	269.469	147.707	121.762	12,1	12,1	12,0	1,27	1,26	1,29
2018	368.533	198.935	169.598	3.472.747	1.891.499	1.581.248	276.062	151.231	124.831	12,6	12,5	12,7	1,33	1,32	1,36
2019	382.833	207.610	175.223	3.655.619	1.989.169	1.666.450	280.166	153.872	126.294	13,0	12,9	13,2	1,37	1,35	1,39
2020	297.311	162.569	134.742	3.462.898	1.868.101	1.594.797	265.028	147.165	117.863	13,1	12,7	13,5	1,12	1,10	1,14
2021	327.225	182.086	145.139	3.267.151	1.804.221	1.462.930	269.029	149.449	119.580	12,1	12,1	12,2	1,22	1,22	1,21
2022	449.346	244.595	204.751	3.847.912	2.116.598	1.731.314	282.920	155.980	126.940	13,6	13,6	13,6	1,59	1,57	1,61
2023	466.899	251.799	215.100	3.872.502	2.122.664	1.749.838	287.037	158.100	128.937	13,5	13,4	13,6	1,63	1,59	1,67
	Österreich														
2014	3.526.930	1.852.330	1.674.600	36.082.007	19.043.643	17.038.364	2.905.169	1.591.011	1.314.158	12,4	12,0	13,0	1,21	1,16	1,27
2015	3.766.005	1.974.200	1.791.805	37.261.423	19.632.323	17.629.100	2.927.769	1.604.108	1.323.661	12,7	12,2	13,3	1,29	1,23	1,35
2016	3.846.814	2.017.271	1.829.543	37.357.563	19.770.603	17.586.960	2.974.466	1.634.167	1.340.299	12,6	12,1	13,1	1,29	1,23	1,37
2017	3.952.646	2.084.799	1.867.847	38.296.072	20.388.026	17.908.046	3.034.495	1.672.617	1.361.878	12,6	12,2	13,1	1,30	1,25	1,37
2018	4.274.524	2.270.560	2.003.964	41.036.173	21.892.952	19.143.221	3.109.896	1.719.618	1.390.278	13,2	12,7	13,8	1,37	1,32	1,44
2019	4.366.978	2.326.166	2.040.812	42.350.846	22.707.604	19.643.242	3.157.746	1.751.562	1.406.184	13,4	13,0	14,0	1,38	1,33	1,45
2020	297.311	162.569	134.742	3.462.898	1.868.101	1.594.797	265.028	147.165	117.863	13,1	12,7	13,5	1,12	1,10	1,14
2021	327.225	182.086	145.139	3.267.151	1.804.221	1.462.930	269.029	149.449	119.580	12,1	12,1	12,2	1,22	1,22	1,21
2022	449.346	244.595	204.751	3.847.912	2.116.598	1.731.314	282.920	155.980	126.940	13,6	13,6	13,6	1,59	1,57	1,61
2023	466.899	251.799	215.100	3.872.502	2.122.664	1.749.838	287.037	158.100	128.937	13,5	13,4	13,6	1,63	1,59	1,67

Quelle: Dachverband der Sozialversicherungsträger - Krankenstandsstatistik 2014–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 27: Stationäre Patientinnen und Patienten pro 100.000 EW in österreichischen Akutkrankenanstalten nach Wohnbundesland, 2015–2023

Region	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2015–2023 (in %)
Tirol	**17.659**	**17.474**	**17.042**	**16.829**	**16.618**	**14.569**	**15.183**	**15.157**	**15.034**	**–14,9**
Burgenland	17.031	16.660	16.128	14.993	15.009	12.503	13.237	13.315	13.432	–21,1
Kärnten	18.074	17.917	17.490	17.181	16.872	14.617	15.076	15.062	15.239	–15,7
Niederösterreich	16.708	16.506	16.304	15.898	15.670	13.097	13.647	13.846	14.137	–15,4
Oberösterreich	18.444	18.298	18.249	18.157	17.109	14.586	15.159	15.279	15.058	–18,4
Salzburg	18.320	18.334	17.501	16.991	16.475	14.136	14.679	14.530	14.417	–21,3
Steiermark	17.541	17.587	17.194	16.849	16.376	13.705	14.437	14.441	14.590	–16,8
Vorarlberg	16.349	16.094	15.807	15.494	15.145	13.328	13.999	13.950	13.941	–14,7
Wien	16.078	15.882	15.704	14.993	14.948	12.592	12.628	12.512	12.816	–20,3
Österreich	**17.218**	**17.066**	**16.768**	**16.364**	**15.971**	**13.565**	**14.040**	**14.066**	**14.158**	**–17,8**

altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2023; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung: GÖG

Tabelle 28: Belagstage pro Aufenthalt in österreichischen Akutkrankenanstalten, nach Wohnbundesland, 2014–2023

	alle Aufenthalte										exkl. Null-Tagesaufenthalte										0–28 Tage Aufenthalt									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tirol	**4,7**	**4,7**	**4,6**	**4,8**	**4,7**	**5,0**	**5,1**	**5,1**	**4,9**	**4,8**	**6,0**	**6,0**	**6,0**	**6,0**	**6,0**	**6,0**	**6,1**	**6,1**	**6,0**	**5,9**	**4,0**	**3,9**	**3,9**	**4,0**	**3,9**	**4,2**	**4,2**	**4,1**	**4,0**	**3,9**
Bgld	3,8	3,8	4,0	4,0	4,6	4,8	4,9	4,8	4,7	4,6	5,9	6,0	6,1	6,0	6,0	5,9	5,9	5,8	5,7	5,6	3,3	3,3	3,4	3,4	4,0	4,1	4,2	4,0	4,0	3,9
Ktn	5,8	5,8	5,7	5,8	5,8	5,8	5,8	5,7	5,6	5,6	6,7	6,7	6,8	6,6	6,6	6,7	6,7	6,6	6,6	6,5	4,8	4,7	4,6	4,7	4,6	4,6	4,6	4,5	4,5	4,4
NÖ	5,1	5,0	4,9	4,8	5,1	5,1	5,4	5,2	5,1	5,3	6,3	6,3	6,3	6,2	6,3	6,2	6,4	6,3	6,1	6,4	4,2	4,1	4,0	4,0	4,2	4,2	4,3	4,2	4,1	4,1
OÖ	4,7	4,7	4,5	4,5	4,4	5,2	5,1	5,0	4,8	4,8	6,1	6,3	6,1	6,1	6,0	6,1	6,1	5,9	5,8	5,8	3,9	3,9	3,8	3,7	3,6	4,2	4,3	4,1	4,0	3,9
Sbg	4,9	4,8	4,7	4,9	4,8	5,3	5,4	5,3	5,2	5,2	6,3	6,3	6,3	6,3	6,1	6,2	6,3	6,2	6,1	6,1	4,0	4,0	3,9	4,0	3,9	4,3	4,3	4,3	4,2	4,1
Stmk	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,5	5,6	5,5	5,4	5,3	6,5	6,4	6,4	6,4	6,3	6,3	6,3	6,4	6,3	6,2	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	4,5	4,4
Vbg	4,7	4,5	4,5	4,6	4,4	4,4	4,7	4,7	4,6	4,4	6,3	6,3	6,4	6,5	6,2	6,3	6,3	6,2	6,2	6,1	3,7	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,6	3,6	3,5	3,4
W	5,3	5,2	4,9	4,8	5,6	5,5	5,8	5,7	5,7	5,6	7,4	7,3	7,1	7,0	6,9	6,9	7,1	7,1	7,0	6,9	4,0	3,9	3,7	3,6	4,2	4,1	4,3	4,2	4,1	4,0
Ö	**5,1**	**5,0**	**4,9**	**4,9**	**5,0**	**5,3**	**5,4**	**5,3**	**5,2**	**5,2**	6,5	6,5	6,4	6,4	6,3	6,3	6,4	6,4	6,2	6,3	**4,1**	**4,1**	**4,0**	**3,9**	**4,1**	**4,2**	**4,3**	**4,2**	**4,1**	**4,0**
Aus-land	4,7	4,7	4,7	4,6	4,5	4,4	4,6	5,0	4,3	4,2	4,7	4,7	4,7	4,6	4,5	4,4	4,6	5,0	4,3	4,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,3	3,2	3,3	3,5	3,3	3,2

Abkürzungen: Bgld: Burgenland; Ktn: Kärnten; NÖ: Niederösterreich, OÖ: Oberösterreich; Sbg: Salzburg; Stmk: Steiermark; Vbg: Vorarlberg; W: Wien

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2015–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 29: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt pro 100.000 EW, nach Wohnregion (Tiroler Versorgungsregion und Bundesland), 2019

Region	alle[1]	INF	BN	PSY	NEU	AU	HKE	PUL	VER	OR	URO	VV
	weiblich											
Osttirol	14.522	712	1.539	911	964	1.034	1.693	1.523	2.162	2.267	1.651	2.241
Tirol-Nordost	15.023	897	1.441	824	1.024	930	1.840	1.350	1.982	2.146	1.615	2.604
Tirol-West	15.511	811	1.307	763	956	966	1.759	1.347	1.722	2.314	1.775	2.355
Tirol-Zentralraum	16.164	618	1.628	789	746	1.027	1.612	1.253	1.641	2.161	1.656	2.394
Tirol	**14.928**	**723**	**1.519**	**796**	**863**	**994**	**1.696**	**1.312**	**1.769**	**2.190**	**1.664**	**2.422**
Burgenland	13.503	483	1.280	541	727	1.153	1.717	1.051	1.489	1.877	1.926	1.641
Kärnten	15.770	644	1.334	940	1.065	1.165	2.111	1.255	2.093	2.589	1.704	1.890
Niederösterreich	14.098	465	1.395	582	798	1.186	1.726	1.020	1.665	2.250	1.780	1.976
Oberösterreich	15.416	644	1.448	819	930	1.244	2.076	1.234	1.781	2.234	1.733	2.225
Salzburg	14.792	506	1.423	802	808	1.325	1.750	993	1.907	2.115	1.540	2.661
Steiermark	14.963	650	1.345	824	839	1.123	1.929	1.309	2.098	2.449	1.368	1.990
Vorarlberg	13.285	536	1.450	679	613	1.076	1.471	924	1.577	1.935	1.605	1.968
Wien	13.701	409	1.490	532	725	1.391	1.658	1.102	1.557	2.410	1.599	1.915
Österreich	**14.478**	**561**	**1.442**	**707**	**832**	**1.218**	**1.835**	**1.166**	**1.791**	**2.305**	**1.659**	**2.199**
	männlich											
Osttirol	15.803	637	1.401	731	1.277	1.228	2.411	2.324	2.576	2.160	1.278	3.278
Tirol-Nordost	16.583	939	1.660	838	1.246	937	2.394	1.866	2.439	2.147	1.230	3.416
Tirol-West	17.041	780	1.619	755	1.140	1.029	2.401	1.958	2.385	2.306	1.396	3.022
Tirol-Zentralraum	17.804	687	1.843	773	1.059	1.017	2.262	1.640	2.125	1.892	1.329	2.888
Tirol	**16.343**	**760**	**1.725**	**777**	**1.131**	**1.015**	**2.328**	**1.794**	**2.272**	**2.043**	**1.313**	**3.060**
Burgenland	14.693	542	1.405	520	1.048	1.113	2.513	1.504	2.095	1.759	1.330	2.123
Kärnten	16.240	652	1.289	921	1.301	1.065	2.791	1.699	2.490	2.184	1.066	2.430
Niederösterreich	15.230	517	1.516	554	1.003	1.139	2.560	1.424	2.175	2.034	1.345	2.443
Oberösterreich	16.748	722	1.585	819	1.140	1.170	2.894	1.754	2.361	2.060	1.284	2.830
Salzburg	16.096	590	1.600	838	960	1.297	2.397	1.396	2.424	1.982	1.235	3.255
Steiermark	15.924	721	1.435	790	1.023	1.082	2.489	1.754	2.565	2.152	1.175	2.486

Fortsetzung Tabelle 29:

Region	alle[1]	INF	BN	PSY	NEU	AU	HKE	PUL	VER	OR	URO	VV
	männlich											
Vorarlberg	14.799	594	1.540	765	752	1.137	2.129	1.398	2.094	1.976	1.242	2.549
Wien	14.365	488	1.591	516	967	1.287	2.505	1.479	2.013	1.843	1.300	2.135
Österreich	**15.535**	**628**	**1.553**	**699**	**1.054**	**1.164**	**2.599**	**1.615**	**2.306**	**2.032**	**1.284**	**2.726**

altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

[1] exkl. O00–O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

ICD-10-Codes: INF: A00–B99: bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten; BN: C00–D48 Neubildungen; PSY: F00–F99: psychische und Verhaltensstörungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AU: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; OR: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2019

Tabelle 30: Patientinnen und Patienten mit mindestens einem akutstationären Aufenthalt pro 100.000 EW, nach Wohnregion (Tiroler Versorgungsregion und Bundesland), 2023

Region	alle[1]	INF	BN	PSY	NEU	AU	HKE	PUL	VER	OR	URO	VV
	weiblich											
Osttirol	12.933	618	1.178	822	744	954	1.639	1.282	1.387	2.130	1.732	2.119
Tirol-Nordost	13.370	695	1.270	696	795	887	1.672	1.124	1.551	1.796	1.595	2.475
Tirol-West	13.834	681	1.158	671	814	939	1.527	1.089	1.513	1.895	1.834	2.148
Tirol-Zentralraum	14.185	452	1.437	717	685	979	1.298	1.061	1.425	1.771	1.589	2.255
Tirol	**13.290**	**561**	**1.329**	**708**	**737**	**949**	**1.450**	**1.095**	**1.465**	**1.820**	**1.642**	**2.278**
Burgenland	11.895	419	1.302	450	621	1.044	1.438	914	1.240	1.569	1.731	1.463
Kärnten	14.034	541	1.252	875	855	1.209	1.745	1.093	1.561	2.141	1.706	1.704
Niederösterreich	12.536	343	1.311	524	656	978	1.487	947	1.403	1.856	1.660	1.800
Oberösterreich	13.351	541	1.418	687	779	1.102	1.659	1.025	1.440	1.784	1.507	1.930
Salzburg	12.737	401	1.345	633	604	1.083	1.436	857	1.577	1.767	1.377	2.254
Steiermark	13.227	483	1.327	683	725	1.131	1.500	1.188	1.627	2.090	1.319	1.767
Vorarlberg	12.102	404	1.273	567	534	1.057	1.240	944	1.417	1.560	1.541	1.905
Wien	11.628	305	1.336	444	629	1.028	1.386	994	1.307	1.894	1.401	1.457
Österreich	**12.664**	**436**	**1.350**	**604**	**696**	**1.061**	**1.508**	**1.030**	**1.459**	**1.879**	**1.525**	**1.925**
	männlich											
Osttirol	14.604	581	1.200	686	1.090	1.033	2.126	1.947	1.865	1.958	1.154	3.411
Tirol-Nordost	15.313	730	1.401	643	1.006	901	2.317	1.601	2.161	1.776	1.192	3.271
Tirol-West	15.530	734	1.256	691	1.078	962	2.420	1.548	1.989	1.883	1.358	2.883
Tirol-Zentralraum	15.908	580	1.444	763	986	985	2.081	1.453	1.984	1.600	1.234	2.855
Tirol	**15.013**	**642**	**1.383**	**716**	**1.013**	**964**	**2.202**	**1.535**	**2.015**	**1.717**	**1.243**	**2.988**
Burgenland	13.322	481	1.334	442	940	992	2.280	1.260	1.797	1.635	1.160	1.959
Kärnten	14.796	553	1.172	786	1.026	1.092	2.518	1.465	2.107	1.920	1.060	2.222
Niederösterreich	13.915	415	1.414	494	867	908	2.321	1.269	1.992	1.774	1.219	2.278
Oberösterreich	14.919	648	1.505	686	938	1.093	2.539	1.457	1.998	1.745	1.127	2.445
Salzburg	14.286	508	1.522	657	724	1.014	2.227	1.194	2.126	1.752	1.124	2.759
Steiermark	14.184	588	1.295	621	899	1.060	2.125	1.578	2.077	1.898	1.066	2.149

Fortsetzung Tabelle 30:

Region	alle[1]	INF	BN	PSY	NEU	AU	HKE	PUL	VER	OR	URO	VV
	männlich											
Vorarlberg	13.822	514	1.410	716	666	1.121	1.927	1.338	1.974	1.682	1.074	2.412
Wien	12.423	392	1.348	427	820	934	2.122	1.296	1.784	1.474	1.104	1.684
Österreich	**13.921**	**527**	**1.403**	**593**	**894**	**1.010**	**2.304**	**1.403**	**2.007**	**1.736**	**1.148**	**2.426**

altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013

[1] exkl. O00–O99: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

ICD-10-Codes: INF: A00–B99: bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten; BN: C00–D48 Neubildungen; PSY: F00–F99: psychische und Verhaltensstörungen; NEU: G00–G99 Krankheiten des Nervensystems; AU: H00–H59 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde; HKE: I00–I99 Krankheiten des Kreislaufsystems; PUL: J00–J99 Krankheiten des Atmungssystems; VER: K00–K93 Krankheiten des Verdauungssystems; OR: M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes; URO: N00–N99 Krankheiten des Urogenitalsystems; VV: S00–T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2023

Tabelle 31: Sterblichkeit der Tiroler Bevölkerung pro 100.000 EW aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen[1] nach Geschlecht in den Bundesländern, 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
						weiblich				
Tirol	**39,8**	**41,6**	**31,5**	**31,1**	**36,5**	**38,3**	**37,4**	**44,4**	**41,3**	**46,9**
Burgenland	29,8	28,9	22,8	23,2	27,3	28,4	33,8	26,0	32,5	37,6
Kärnten	35,9	40,0	32,5	35,6	31,3	34,3	29,5	38,8	41,6	37,3
Niederösterreich	36,4	33,0	31,3	30,6	32,2	34,4	37,7	34,4	37,9	39,4
Oberösterreich	27,9	33,6	32,7	30,3	33,1	33,3	34,8	35,6	38,3	38,5
Salzburg	41,1	39,8	47,3	41,9	36,2	41,5	40,8	30,0	42,3	46,6
Steiermark	30,2	30,0	31,4	27,8	24,2	27,2	34,1	27,8	30,5	33,0
Vorarlberg	27,1	32,1	25,7	28,0	32,1	24,0	38,2	28,5	32,5	31,7
Wien	29,8	28,9	22,8	23,2	27,3	28,4	33,8	26,0	32,5	37,6
						männlich				
Tirol	**77,3**	**85,7**	**75,9**	**84,4**	**82,0**	**79,3**	**85,9**	**75,9**	**87,6**	**85,0**
Burgenland	29,1	33,3	30,5	29,9	33,7	30,7	34,3	29,6	40,6	35,3
Kärnten	64,2	67,7	62,3	57,0	61,8	79,6	68,8	77,7	89,9	60,8
Niederösterreich	80,6	94,5	88,4	79,0	93,2	90,1	82,8	92,4	80,2	99,8
Oberösterreich	81,4	77,3	71,1	73,9	74,9	74,8	76,7	80,7	81,4	88,3
Salzburg	72,5	80,0	77,2	75,5	73,5	74,7	76,1	80,5	84,5	87,0
Steiermark	83,5	88,6	72,1	92,7	75,0	86,8	85,9	87,1	75,7	96,0
Vorarlberg	79,0	75,7	66,7	67,8	71,2	79,0	81,7	79,9	101,7	84,7
Wien	60,8	64,3	61,2	71,0	59,8	61,5	77,1	67,9	80,1	69,2

altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
[1]ICD-10 S00–T98

Quelle: Statistik Austria - Todesursachenstatistik 2014–2023

Tabelle 32: Akutstationäre Aufenthalte pro 100.000 EW mit Verletzungen und Vergiftungen[1] nach Geschlecht in den Bundesländern nach Quellregion, 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	weiblich									
Tirol	**3.534**	**3.398**	**3.392**	**3.371**	**3.564**	**3.582**	**3.189**	**3.473**	**3.363**	**3.242**
Burgenland	2.719	2.732	2.659	2.640	2.455	2.431	2.081	2.144	2.210	2.130
Kärnten	3.840	3.592	3.349	3.376	3.302	3.226	2.848	3.042	2.915	2.823
Niederösterreich	2.995	2.951	2.923	2.973	2.957	2.862	2.353	2.490	2.512	2.572
Oberösterreich	3.451	3.367	3.399	3.486	3.669	3.569	3.093	3.203	3.120	3.113
Salzburg	4.255	4.125	4.059	4.099	4.108	4.081	3.397	3.462	3.452	3.468
Steiermark	3.284	3.267	3.223	3.271	3.113	2.987	2.441	2.583	2.562	2.500
Vorarlberg	3.213	3.080	3.050	3.020	3.011	3.117	2.796	2.916	2.831	2.867
Wien	3.081	3.005	3.027	3.030	2.997	2.948	2.369	2.248	2.214	2.280
Österreich	**3.480**	**3.398**	**3.364**	**3.396**	**3.403**	**3.345**	**2.791**	**2.822**	**2.872**	**2.880**
	männlich									
Tirol	**4.435**	**4.302**	**4.172**	**4.190**	**4.287**	**4.391**	**3.906**	**4.094**	**4.212**	**4.108**
Burgenland	3.429	3.328	3.171	3.159	2.982	3.045	2.616	2.705	2.771	2.769
Kärnten	4.490	4.423	4.005	3.935	3.931	3.818	3.471	3.517	3.459	3.469
Niederösterreich	3.681	3.648	3.515	3.607	3.558	3.479	2.802	2.931	3.102	3.160
Oberösterreich	4.285	4.195	4.189	4.276	4.338	4.339	3.641	3.719	3.712	3.746
Salzburg	5.028	4.953	4.874	4.855	4.852	4.877	4.013	4.040	4.077	4.107
Steiermark	3.887	3.837	3.809	3.747	3.678	3.605	2.981	3.015	3.043	2.972
Vorarlberg	4.189	4.031	3.707	3.767	3.814	3.762	3.251	3.399	3.493	3.449
Wien	3.252	3.202	3.253	3.191	3.087	3.167	2.532	2.381	2.408	2.434
Österreich	**4.182**	**4.122**	**4.021**	**4.030**	**4.002**	**3.992**	**3.316**	**3.277**	**3.454**	**3.465**

altersstandardisiert nach Europa-Bevölkerung 2013
[1]ICD-10 S00–T98

Quelle: BMSGPK - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2014–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 33: Zusammenfassung der Informationen über Mütter bzw. Geburten in Tirol (die Detaildaten inkludieren ausschließlich gültige/non-missing Fälle), 2014–2022

Jahr	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
Anzahl der Mütter/Geburten	**7.253**		**7.683**		**7.775**		**7.869**		**7.886**		**7.656**		**7.652**		**7.956**		**7.538**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Nullipara	3.632	50	3.817	50	3.823	49	3.862	49	3.870	49	3.716	49	4.169	55	4.355	55	4.221	56
im Alter ≥ 35[1]	605	17	623	16	602	16	557	14	660	17	638	17	749	18	815	19	764	18
Mehrpara	3.621	50	3.866	50	3.952	51	4.007	51	4.015	51	3.940	52	3.483	46	3.601	45	3.317	44
Adipositas I/II/III	601	8	647	8	703	9	726	9	780	10	738	10	775	10	853	11	817	11
Vaginal-Entbindung	4.963	68	5.320	69	5.338	69	5.397	69	5.393	68	5.076	66	5.069	66	5.241	66	4.966	66
Sektio-Entbindung	2.290	32	2.363	31	2.428	31	2.443	31	2.492	32	2.504	33	2.581	34	2.715	34	2.571	34
mit PDA/Spinal	2.054	90	2.150	91	2.194	90	2.225	91	2.281	92	2.285	91	2.354	91	2.471	91	2.334	91
Episiotomie bei Vaginalentbindungen[2]	675	14	622	12	574	11	521	10	544	10	481	10	497	10	538	10	495	10
bei Nullipara[3]	544	23	510	19	460	18	418	16	456	18	409	17	421	15	457	16	436	16
bei Mehrpara[4]	131	5	112	4	114	4	103	4	88	3	72	3	76	3	81	3	59	3
Frühgeburten bis 28. SSW	21	0	18	0	23	0	24	0	26	0	21	0	34	1	26	0	28	0

[1] Prozentsatz berechnet aus der Gesamtzahl der Nullipara Mütter

[2] Prozentsatz berechnet aus der Gesamtzahl der vaginalen Geburten

[3] Prozentsatz berechnet aus der Gesamtzahl der vaginalen Geburten bei Nullipara Müttern

[4] Prozentsatz berechnet aus der Gesamtzahl der vaginalen Geburten bei Primi oder Multipara Müttern

Quelle: Geburtenregister Tirol; Berechnung: IET

Tabelle 34: Zusammenfassung der Informationen über Neugeborene in Tirol (die Detaildaten inkludieren ausschließlich gültige/non-missing Fälle), 2014–2022

Jahr	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
Anzahl der Kinder	7.373		7.798		7.904		8.010		7.997		7.769		7.765		8.081		7.661	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
männlich	3.748	50,8	4.008	51,4	4.084	51,7	4.188	52,3	4.138	51,7	4002	51,5	3.960	51,0	4.179	51,7	3.920	51,2
weiblich	3.617	49,1	3.777	48,4	3.813	48,2	3.818	47,7	3859	48,3	3.767	48,5	3.805	49,0	3.902	48,3	3.741	48,8
o.A. / unbestimmt	8	0,1	13	0,2	7	0,1	4	0,0										
Einlinge	7.134	96,8	7.571	97,1	7.650	96,8	7.728	96,5	7.779	97,3	7.544	97,1	7540	97,1	7833	96,9	7.419	96,8
Zwillinge	230	3,1	218	2,8	254	3,2	276	3,4	209	2,6	222	2,9	222	2,9	239	3,0	228	3,0
Drillinge	9	0,1	9	0,1			6	0,1	9	0,1	3	0,0	3	0,0	9	0,1	14	0,2
Entbindungsart																		
spontan	4.308	58,4	4.636	59,5	4.636	58,7	4.686	58,5	4741	59,3	4.416	56,8	4367	56,2	4.498	55,7	4.344	56,7
Vakuum	662	9,0	693	8,9	720	9,1	723	9,0	653	8,2	665	8,6	701	9,0	753	9,3	634	8,3
Forzeps	1	0,0			6	0,1	1	0,0	4	0,1	2	0,0	10	0,1	2	0,0	2	0,0
BEL/Manualhilfe	8	0,1	6	0,1	3	0,0	5	0,1	4	0,1	4	0,1	7	0,1	3	0,0	3	0,0
Prim. Sektio	1.265	17,2	1.284	16,5	1.363	17,2	1.281	16,0	1.393	17,4	1.351	17,4	1.342	17,3	1.446	17,9	1.388	18,1
Sek. Sektio	1.046	14,2	1099	14,1	1.088	13,8	1.182	14,8	1.131	14,1	1.169	15,0	1.236	15,9	1.285	15,9	1.199	15,7
Notsektio	83	1,1	80	1,0	78	1,0	103	1,3	70	0,9	82	1,1	100	1,3	94	1,2	90	1,2
Todesfälle[a]	35	0,5	26	0,3	41	0,5	32	0,4	34	0,4	35	0,5	45	0,6	36	0,4	23	0,3
Antepartal[1]	23	65,7	22	84,6	29	70,7	20	62,5	22	64,7	20	57,1	23	51,1	23	63,9	13	56,5
Überlebung nach 28. SSW	7.318	99,6	7.745	99,8	7.844	99,6	7.961	99,8	7946	99,8	7.718	99,7	7.703	99,7	8.027	99,8	7.614	99,8

[a] um die üblicheren Promille-Info zu erhalten, sollten die % mit 10 multipliziert werden

[1] Prozentsatz berechnet aus der Gesamtzahl der Todesfälle

Quelle: Geburtenregister Tirol; Berechnung: IET

Tabelle 35: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeborene bis zum ersten Lebensjahr in den Bundesländern, 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tirol	**2,0**	**1,3**	**2,4**	**3,0**	**2,2**	**1,7**	**3,2**	**2,4**	**2,6**	**1,9**
Burgenland	2,7	2,7	4,3	1,8	4,0	1,8	1,0	2,7	3,3	2,5
Kärnten	1,3	3,2	2,3	0,8	2,4	1,1	1,3	1,1	2,7	1,2
Niederösterreich	3,2	3,1	3,0	2,8	2,0	3,1	2,8	3,4	2,5	2,3
Oberösterreich	2,9	2,7	2,8	2,7	2,3	2,8	3,6	2,5	2,1	2,8
Salzburg	2,8	3,1	1,8	3,3	2,7	1,6	2,1	2,8	1,7	2,0
Steiermark	2,9	3,1	2,1	2,4	2,4	2,6	2,2	2,0	1,4	2,7
Vorarlberg	0,7	2,0	4,4	2,6	2,1	2,3	2,4	1,6	2,5	2,3
Wien	4,5	4,3	4,2	4,1	3,9	4,7	4,7	3,6	3,3	4,5
Österreich	3,0	3,1	3,1	2,9	2,7	2,9	3,1	2,7	2,4	2,8

Quelle: Statistik Austria - Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 2014–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 36: Umsetzung der stationären Pflege in den Tiroler Bezirken, 2022

Bezirk	IST 2012	SOLL bis 2022	genehmigt 2022	nicht ausgeschöpftes Kontingent
Imst	389	543	495	–48
Innsbruck-Land	1.384	1.642	1.532	–110
Innsbruck-Stadt	1.252	1.459	1.457	–2
Kitzbühel	517	629	602	–27
Kufstein	825	947	905	–42
Landeck	309	402	374	–28
Lienz	367	465	458	–7
Reutte	138	171	231	60
Schwaz	535	680	684	4
Imst	389	543	495	–48
Tirol gesamt	**5.716**	**6.938**	**6.738**	**–200**

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege

Tabelle 37: Spitalsambulante Besuche in Tiroler Krankenanstalten nach einzelnen Krankenanstalten, 2015–2023

	KH Hall		LKH Innsbruck		LKH Hochzirl-Natters		BKH Lienz		BKH Reutte		BKH St. Johann		BKH Schwaz		KH Zams		BKH Kufstein	
	absolut[1]	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
2015	134.625	7,9	925.009	54,2	8.711	0,5	109.290	6,4	70.281	4,1	104.254	6,1	90.690	5,3	106.001	6,2	156.676	9,2
2016	144.432	8,3	929.948	53,5	9.323	0,5	115.683	6,7	73.458	4,2	108.865	6,3	90.159	5,2	107.793	6,2	158.806	9,1
2017	130.954	8,3	785.747	49,9	6.106	0,4	119.887	7,6	69.913	4,4	105.829	6,7	88.691	5,6	108.883	6,9	157.574	10,0
2018	131.938	8,2	797.300	49,6	5.864	0,4	121.590	7,6	68.525	4,3	106.947	6,7	93.877	5,8	116.363	7,2	163.504	10,2
2019	132.819	8,2	781.150	48,4	6.309	0,4	126.941	7,9	69.819	4,3	102.880	6,4	97.267	6,0	123.475	7,7	172.956	10,7
2020	114.259	8,2	688.443	49,3	5.518	0,4	104.307	7,5	65.157	4,7	86.561	6,2	76.043	5,4	106.749	7,6	149.959	10,7
2021	135.732	8,8	757.442	49,3	5.906	0,4	104.115	6,8	69.646	4,5	87.467	5,7	78.724	5,1	123.408	8,0	172.567	11,2
2022	136.628	8,6	776.082	49,0	5.775	0,4	111.547	7,0	71.636	4,5	95.912	6,1	85.587	5,4	122.823	7,8	178.478	11,3
2023	133.247	8,2	781.130	48,3	6.717	0,4	118.134	7,3	72.201	4,5	100.415	6,2	91.024	5,6	129.226	8,0	183.630	11,4
2019–2023	**652.685**	**8,4**	**3.784.247**	**48,9**	**30.225**	**0,4**	**565.044**	**7,3**	**348.459**	**4,5**	**473.235**	**6,1**	**428.645**	**5,5**	**605.681**	**7,8**	**857.590**	**11,1**

[1] Aufenthalte und Besuche

Quelle: BMSGPK - Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich 2015–2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 38: Eingehende Anrufe Leitstelle Tirol, 2016–2023

	2016	2017	2019	2021	2023
Notrufe (122, 140, 144)	165.950	167.445	167.394	150.279	197.262
Krankentransport (14844)	207.671	219.011	220.381	212.462	173.635
Gesundheitsberatung (1450)	-	-	3.635	408.372	21.034
Summe Anrufe	455.610	481.073	503.520	914.917	391.931

Quelle: Leitstelle Tirol

Tabelle 39: Arztbesuche im niedergelassenen Bereich pro 100.000 EW, 2015–2022

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Tirol	**1.460.759**	**1.475.195**	**1.455.645**	**1.471.610**	**1.470.780**	**1.375.950**	**1.568.310**	**1.528.450**
Burgenland	1.534.730	1.546.414	1.582.159	1.608.437	1.601.168	1.461.776	1.678.621	1.649.423
Kärnten	1.382.059	1.390.233	1.379.497	1.399.416	1.416.743	1.328.305	1.510.262	1.511.072
Niederösterreich	1.382.908	1.406.622	1.388.912	1.407.852	1.404.812	1.275.556	1.445.609	1.430.113
Oberösterreich	1.160.756	1.160.471	1.134.650	1.147.519	1.158.154	1.061.211	1.200.068	1.173.193
Salzburg	1.296.922	1.300.219	1.290.846	1.318.468	1.332.961	1.248.719	1.439.917	1.412.622
Steiermark	1.510.862	1.527.053	1.511.340	1.519.451	1.524.911	1.413.942	1.619.968	1.611.416
Vorarlberg	1.140.131	1.141.459	1.088.415	1.102.569	1.109.267	1.046.179	1.151.168	1.131.217
Wien	1.276.807	1.283.348	1.243.636	1.259.685	1.277.267	1.148.338	1.291.827	1.327.815
Österreich	**1.337.263**	**1.347.530**	**1.324.840**	**1.340.728**	**1.348.300**	**1.237.845**	**1.404.483**	**1.396.597**

Quelle: BMSGPK - Inanspruchnahmedaten zum ambulanten Bereich 2015–2022

Tabelle 40: Mobile Pflege - Ausbaugrad und Umsetzung in den Tiroler Bezirken, 2022

Bezirk	IST 2011 (exkl. Wegzeiten)	SOLL bis 2022	IST 2021 (exkl. Wegzeiten)	nicht ausgeschöpftes Kontingent
Imst	38.637	82.409	77.128	–5.281
Innsbruck-Land	113.636	229.173	165.826	–63.347
Innsbruck-Stadt	141.967	191.667	127.156	–64.511
Kitzbühel	73.652	129.945	92.644	–37.301
Kufstein	90.278	164.512	128.198	–36.314
Landeck	43.027	76.703	78.276	1.573
Lienz	96.909	152.782	141.823	–10.959
Reutte	13.736	33.005	23.618	–9.387
Schwaz	61.180	116.451	84.802	–31.649
Tirol gesamt	**673.022**	**1.176.647**	**919.470**	**–257.177**

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Pflege

Tabelle 41: Unterstützte Personen in der Tiroler Behindertenhilfe in den Tiroler Bezirken, 2019–2023

	2019	2020	2021	2022	2023
Imst	758	759	781	788	812
Innsbruck-Land	2.208	2.193	2.254	2.245	2.234
Innsbruck-Stadt	2.279	2.300	2.384	2.387	2.390
Kitzbühel	534	560	599	592	605
Kufstein	1.247	1.256	1.255	1.271	1.330
Landeck	519	513	519	531	527
Lienz	640	610	625	643	653
Reutte	349	346	346	346	355
Schwaz	1.035	1.045	1.066	1.071	1.109
Tirol gesamt	**9.569**	**9.582**	**9.829**	**9.874**	**10.015**

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Inklusion u. Kinder- u. Jugendhilfe

Tabelle 42: Altersverteilung der unterstützten Personen in der Tiroler Behindertenhilfe, 2019–2023

Altersgruppe	2019	2020	2021	2022	2023
0–7 Jahre	1.130	1.198	1.267	1.301	1.294
8–18 Jahre	2.188	2.060	2.006	1.992	1.972
19–64 Jahre	5.710	5.793	5.965	5.972	6.057
65+ Jahre	541	531	591	609	692
Summe	9.569	9.582	9.829	9.874	10.015

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abt. Inklusion u. Kinder- u. Jugendhilfe

Tabelle 43: Übersicht über die Anzahl der Rezepte, Heilmittelverordnungen, Aufwände insgesamt und Rezeptgebühren in Tirol, 2019–2022

	2019	2020	2021	2022
	Bezug aus öffentlichen Apotheken			
Zahl der Rezepte insgesamt	3.373.208	3.183.372	3.223.704	3.143.112
Zahl der Rezepte ohne Rezeptgebühr	933.637	879.294	863.615	812.239
Zahl der Heilmittelverordnungen	5.871.682	5.713.037	5.625.348	5.789.584
Aufwand insgesamt in Euro	182.911.069,00 €	193.045.047,00 €	204.309.639,81 €	218.837.007,42 €
Rezeptgebühren in Euro	22.919.927,00 €	23.111.003,00 €	23.611.695,25 €	24.878.427,85 €
	Bezug aus ärztlichen Hausapotheken			
Zahl der Rezepte insgesamt	461.501	451.598	452.307	508.722
Zahl der Rezepte ohne Rezeptgebühr	144.997	142.150	139.002	170.423
Zahl der Heilmittelverordnungen	693.195	689.941	687.170	707.438
Aufwand insgesamt in Euro	25.772.410,00 €	27.603.081,00 €	29.561.284,88 €	31.780.980,46 €
Rezeptgebühren in Euro	2.698.693,00 €	2.780.777,00 €	2.873.661,17 €	3.030.959,46 €
	Summe			
Zahl der Rezepte insgesamt	3.834.709	3.634.970	3.676.011	3.651.834
Zahl der Rezepte ohne Rezeptgebühr	1.078.634	1.021.444	1.002.617	982.662
Zahl der Heilmittelverordnungen	6.564.877	6.402.978	6.312.518	6.497.022
Aufwand insgesamt in Euro	208.683.479,00 €	220.648.128,00 €	233.870.924,69 €	250.617.987,88 €
Rezeptgebühren in Euro	25.618.620,00 €	25.891.780,00 €	26.485.356,42 €	27.909.387,31 €

Quelle: ÖGK Tirol

Tabelle 44: Übersicht über Anzahl der Fälle und Ausgaben für Heilbehelfe und Hilfsmittel in Tirol, 2019–2022

	2019		2020		2021		2022	
	Fälle	**Ausgaben**	**Fälle**	**Ausgaben**	**Fälle**	**Ausgaben**	**Fälle**	**Ausgaben**
alle Heilbehelfe und Hilfsmittel	103.386	22.232.497,20 €	96.061	22.497.586,76 €	102.669	25.224.213,68 €	95.507	22.308.264,98 €
orthopädische Behelfe	**57.431**	4.288.943,87 €	**51.818**	4.322.303,29 €	**57.081**	5.305.402,81 €	**53.236**	4.923.905,52 €
Maßschuhe einschließlich Sonderarbeiten am Schuh	681	958.877,79 €	614	878.966,54 €	633	949.377,61 €	574	912.078,55 €
orthopädische Schuheinlagen	21.084	1.081.162,95 €	19.358	1.011.997,48 €	21.208	1.111.681,16 €	19.961	1.094.596,00 €
Zurichtungen am Konfektionsschuh	1.889	338.795,93 €	1.622	263.929,02 €	1.726	324.112,91 €	1.553	313.509,79 €
Bandagen und Orthesen	33.777	1.901.917,12 €	30.224	2.160.090,35 €	33.514	2.912.240,83 €	31.148	2.595.273,05 €
Sonstiges	-	8.190,08 €	-	7.319,90 €	-	7.990,30 €	-	8.448,13 €
optische Behelfe	**14.848**	**2.466.629,99 €**	**13.142**	**2.407.431,70 €**	**12.934**	**2.466.526,29 €**	**11.359**	**2.297.183,00 €**
Gläser ohne Brillenfassung	2.238	133.985,25 €	1.819	105.206,32 €	1.736	101.265,39 €	1.467	84.412,54 €
Gläser mit Brillenfassung	7.019	449.334,19 €	5.730	430.414,24 €	5.480	416.006,17 €	4.677	376.158,07 €
Kontaktlinsen	5.591	1.814.027,28 €	5.593	1.816.256,85 €	5.718	1.888.860,82 €	5.215	1.769.853,17 €
Sonstiges	-	69.283,27 €	-	55.554,29 €	-	60.393,91 €	-	66.759,22 €
Heilbehelfe gemäß § 137 Abs.3 ASVG, § 65 Abs.3 B-KUVG, § 93 Abs.3 GSVG, § 87 Abs.3 BSVG	**9.282**	**3.335.199,25 €**	**9.195**	**3.446.237,97 €**	**8.532**	**3.695.924,37 €**	**8.077**	**3.675.616,99 €**
andere Heilbehelfe und Hilfsmittel	**21.825**	**12.141.724,09 €**	**21.906**	**12.321.613,80 €**	**24.122**	**13.756.360,21 €**	**22.835**	**11.411.559,47 €**
Hörgeräte	3.675	5.658.943,99 €	3.364	5.230.073,00 €	4.001	6.155.329,91 €	3.564	5.436.632,92 €
Sprechgeräte	-	- €	-	- €	-	- €	-	- €
Körperersatzstücke	1.017	700.274,91 €	943	763.360,19 €	931	734.817,61 €	872	721.297,07 €
Krankenfahrstühle	580	245.439,89 €	417	202.183,22 €	467	231.686,70 €	427	182.514,02 €
Sonstiges	16.553	5.537.065,30 €	17.182	6.125.997,39 €	18.723	6.634.525,99 €	17.972	5.071.115,46 €

Quelle: ÖGK Tirol

Tabelle 45: Integrierter Patientenpfad / Behandlungspfad Tirol: Inanspruchnahme und Versorgung, 2019–2023

	2019	2020	2021	2022	2023
	n = 1.446	n = 1.485	n = 1.453	n = 1.491	n = 1.512
Tiroler:innen	1.235 (85 %)	1.336 (90 %)	1.298 (89 %)	1.302 (87 %)	1.337 (88 %)
Typ					
Hirninfarkt (ICD–10 I63)	1.280 (89 %)	1.300 (88 %)	1.281 (88 %)	1.292 (87 %)	1.329 (88 %)
Intrazerebrale Blutung (ICD–10 I61)	166 (11 %)	185 (12 %)	172 (12 %)	199 (13 %)	183 (12 %)
Alter	76 (64, 83)	75 (64, 82)	75 (64, 82)	75 (65, 82)	75 (64, 83)
Geschlecht					
männlich	803 (56 %)	833 (56 %)	835 (57 %)	835 (56 %)	830 (55 %)
weiblich	643 (44 %)	652 (44 %)	618 (43 %)	656 (44 %)	682 (45 %)
NIH-SS (Schweregrad)	3 (1, 8)	3 (1, 9)	3 (1, 9)	3 (1, 9)	3 (1, 8)
Zeitspanne Ereignis bis Aufnahme					
< 3 Stunden	513 (35 %)	533 (36 %)	534 (37 %)	533 (36 %)	532 (35 %)
≥ 3 Stunden	372 (26 %)	439 (30 %)	404 (28 %)	411 (28 %)	455 (30 %)
unbekannt	561 (39 %)	513 (35 %)	515 (35 %)	547 (37 %)	525 (35 %)
Sekundärtransport	144 (10,0 %)	148 (10,0 %)	123 (8,5 %)	123 (8,2 %)	138 (9,1 %)
Stroke Unit	852 (59 %)	855 (58 %)	854 (59 %)	879 (59 %)	888 (59 %)
Thrombolyse (bei Hirninfarkten)	232 (18 %)	252 (19 %)	244 (19 %)	243 (19 %)	251 (19 %)
stationäre Reha (Hochzirl/Münster; bei Tiroler:innen, in den ersten drei Monaten)	359 (29 %)	345 (26 %)	332 (26 %)	309 (24 %)	297 (22 %)
ambulante Nachsorge (bei Tiroler:innen, in den ersten drei Monaten)	n.v.	n.v.	500 (39%)	440 (34%)	496 (37%)

n (%); Median (Q1, Q3)

Quelle: Tiroler Gesundheitsfonds

Tabelle 46: Klientenarbeit CareManagement Tirol in den Tiroler Bezirken, 2023

	insgesamt	Reutte	Landeck	Imst	Innsbruck Land	Innsbruck Stadt	Schwaz	Kufstein	Kitzbühel	Lienz
	Fallart									
Gesamt Bezirk	**1791**	271	157	195	305	252	152	122	157	180
Information	**1109**	210	131	98	177	110	112	73	102	96
Beratung	**397**	47	17	50	56	77	35	39	30	46
Case	**243**	13	5	45	66	53	2	5	18	36
sonstige	**42**	1	4	2	6	12	3	5	7	2
	Alter									
0–18	**33**	6	2	5	8	3	1	5	3	0
19–64	**431**	59	45	57	77	48	35	39	45	26
65+	**1327**	222	108	136	199	207	123	74	105	153
	Geschlecht									
männlich	**784**	131	67	88	115	126	73	47	75	62
weiblich	**1007**	156	88	110	169	132	86	71	78	117
divers	**0**	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Pflegegeldstufe									
k.A.	**458**	155	0	78	92	35	0	15	21	61
PG 0	**374**	28	66	3	52	49	69	60	6	41
PG 1	**169**	15	15	23	17	43	18	4	3	31
PG 2	**196**	15	12	11	21	44	30	8	40	15
PG 3	**222**	22	27	28	24	40	22	10	39	10
PG 4	**182**	20	15	19	43	26	9	13	21	16
PG 5	**118**	20	13	24	18	15	7	4	12	5
PG 6	**62**	11	7	10	12	4	3	4	11	0
PG 7	**10**	1	0	2	5	1	1	0	0	0
	Art des Zugangs									
selbständig	**396**	94	21	45	38	48	36	20	61	33
Angehörige	**1000**	170	80	127	154	143	116	46	72	92
Institution	**395**	23	54	26	92	67	7	52	20	54

Fortsetzung Tabelle 46

	institutionelle Themen									
stationäre Einrichtung	**207**	24	8	17	52	24	31	8	19	24
mobile Pflege und Betreuung	**456**	46	21	34	65	104	103	15	23	45
Kurzzeitpflege	**44**	7	3	2	12	4	9	4	2	1
Tagespflege	**68**	11	0	0	16	6	11	1	2	21
24h Betreuung	**120**	26	12	11	24	12	5	3	13	14
	Beratungsthemen									
pflegerisch	**719**	114	38	53	100	139	108	40	52	75
gesundheitlich	**163**	11	18	9	34	41	1	18	7	24
sozial	**297**	27	34	45	57	28	2	22	39	43
rechtlich	**236**	48	41	45	27	9	28	17	14	7
finanziell	**248**	37	18	32	41	24	19	12	39	26
Inklusion	**86**	13	2	14	25	14	1	9	2	6
weitere	**42**	2	3	5	7	8	6	7	1	3

Quelle: LIV CareManagement Tirol 2023

Tabelle 47: Vernetzungsarbeit Care-Management Tirol in den Tiroler Bezirken, 2023

	insgesamt	**Reutte**	**Landeck**	**Imst**	**Innsbruck Land**	**Innsbruck Stadt**	**Schwaz**	**Kufstein**	**Kitzbühel**	**Lienz**
					Vernetzungstreffen - Gespräche					
Regionale Steuerungsgruppe	**18**	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Case Management Treffen	**48**	6	6	9	5	6	4	4	4	4
Jour Fixe vor Ort mit Org.	**538**	87	37	18	125	34	43	53	79	62
Informationsgespräche	**296**	40	3	15	36	21	129	19	23	10
Fortbildungen	**27**	5	2	4	2	3	7	0	2	2
Bevölkerungsvorträge	**38**	10	1	9	0	11	4	2	1	0
Helferkonferenz	**9**	2	0	2	1	2	0	0	0	2
					Institution - Art					
Gesundheit/Krankheit/Pflege	**637**	70	41	37	121	35	118	57	94	64
Familienberatung	**21**	2	1	2	2	2	9	1	1	1
Recht und Schulden	**31**	2	1	4	3	5	5	1	5	5
Leistungsanbieter	**98**	27	2	6	13	7	23	15	3	2
Politische Vertreter	**99**	12	4	7	24	10	27	3	6	6
Kinder und Jugendhilfe	**12**	3	1	1	1	0	2	1	1	2
essenzielle Versorgung	**19**	3	1	2	5	2	1	2	1	2
sonstige	**16**	10	0	0	2	0	4	0	0	0

Quelle: LIV CareManagement Tirol 2023

Tabelle 48: Ärztinnen und Ärzte der Zahn- und Human- und Allgemeinmedizin pro 1.000 EW in den Tiroler Versorgungsregionen und Bundesländern, 2023

Region	gesamt (Human- und Zahnmedizin)	Zahnmedizin	Humanmedizin	Allgemeinmedizin	gesamt (Human- und Zahnmedizin)	Zahnmedizin	Humanmedizin	Allgemeinmedizin
	alle Ärztinnen/-ärzte				angestellte Ärztinnen/-ärzte			
Osttirol	5,2	0,4	4,8	1,0	3,2	0,0	3,2	0,3
Tirol-Nordost	5,1	0,6	4,5	1,1	2,9	0,0	2,9	0,5
Tirol-West	4,2	0,5	3,7	1,1	2,3	0,0	2,3	0,4
Tirol-Zentralraum	8,7	0,8	7,9	1,6	6,0	0,1	5,8	0,8
Tirol	**6,6**	**0,7**	**6,0**	**1,3**	**4,3**	**0,1**	**4,3**	**0,6**
Burgenland	5,0	0,4	4,6	1,4	2,8	0,0	2,8	0,6
Kärnten	5,7	0,5	5,1	1,4	3,4	0,1	3,3	0,6
Niederösterreich	5,4	0,5	4,9	1,4	3,1	0,1	3,0	0,6
Oberösterreich	4,9	0,5	4,5	1,3	3,1	0,1	3,0	0,5
Salzburg	6,8	0,6	6,1	1,5	4,3	0,1	4,2	0,7
Steiermark	5,8	0,5	5,3	1,6	3,8	0,1	3,7	0,8
Vorarlberg	5,0	0,5	4,5	1,1	3,1	0,1	3,0	0,5
Wien	8,0	0,9	7,1	1,6	5,1	0,2	4,9	0,8
Österreich	**5,9**	**0,6**	**5,3**	**1,4**	**3,8**	**0,1**	**3,7**	**0,7**
	niedergelassene Ärztinnen/-ärzte				niedergelassene Vertragsärztinnen/-ärzte			
Osttirol	1,9	0,4	1,5	0,6	1,3	0,3	0,9	0,5
Tirol-Nordost	2,3	0,5	1,7	0,5	0,9	0,2	0,7	0,4
Tirol-West	1,8	0,4	1,4	0,6	1,0	0,2	0,8	0,4
Tirol-Zentralraum	2,9	0,6	2,3	0,7	1,1	0,3	0,9	0,4
Tirol	**2,4**	**0,5**	**1,9**	**0,6**	**1,1**	**0,3**	**0,8**	**0,4**
Burgenland	2,3	0,3	2,0	0,8	1,1	0,3	0,8	0,5
Kärnten	2,5	0,4	2,1	0,8	1,2	0,3	0,9	0,5
Niederösterreich	2,5	0,4	2,2	0,8	1,1	0,3	0,8	0,5
Oberösterreich	2,2	0,4	1,8	0,8	1,0	0,2	0,8	0,5
Salzburg	2,8	0,5	2,2	0,8	1,2	0,3	0,9	0,4
Steiermark	2,3	0,4	1,9	0,8	1,1	0,3	0,8	0,5
Vorarlberg	2,1	0,4	1,7	0,6	1,2	0,3	0,9	0,4
Wien	3,4	0,5	2,9	0,8	1,2	0,4	0,8	0,3
Österreich	**2,5**	**0,4**	**2,1**	**0,7**	**1,1**	**0,3**	**0,8**	**0,4**

Quelle: Ärzteliste der ÖÄK, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 49: GuK-Berufsangehörige nach Berufen in den Bundesländern, absolut und pro 1.000 EW[1], 2023

	gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege		Pflegefachassistenz		Pflegeassistenz	
	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW
Tirol	**9.811**	**12,7**	**499**	**0,6**	**5.217**	**6,7**
Burgenland	2.947	9,7	105	0,3	1.423	4,7
Kärnten	6.479	11,4	226	0,4	4.404	7,7
Niederösterreich	18.225	10,6	559	0,3	7.557	4,4
Oberösterreich	17.925	11,7	572	0,4	10.476	6,8
Salzburg	7.232	12,7	598	1,0	2.904	5,1
Steiermark	14.530	11,5	486	0,4	11.072	8,7
Vorarlberg	4.257	10,4	137	0,3	1.870	4,6
Wien	22.161	11,1	953	0,5	7.383	3,7

[1]prognostizierte Jahresanfangszahl der Bevölkerung, 01.01.2024

Quelle: GBR, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung: GÖG

Tabelle 50: MTD-Berufsangehörige nach Berufen in den Bundesländern, absolut und pro 1.000 EW[1], 2023

	Biomedizinische Analytik		Diätologie		Ergotherapie		Logopädie		Physiotherapie		Radiologietechnologie	
	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW
Tirol	**645**	**0,83**	**157**	**0,20**	**537**	**0,69**	**299**	**0,39**	**1.928**	**2,49**	**496**	**0,64**
Burgenland	132	0,44	58	0,19	106	0,35	64	0,21	557	1,84	145	0,48
Kärnten	413	0,73	103	0,18	245	0,43	141	0,25	971	1,71	452	0,79
Niederösterreich	680	0,39	366	0,21	976	0,57	406	0,24	3.276	1,90	758	0,44
Oberösterreich	1.067	0,70	293	0,19	779	0,51	471	0,31	2.989	1,95	907	0,59
Salzburg	413	0,72	132	0,23	275	0,48	137	0,24	1.699	2,97	363	0,64
Steiermark	1.160	0,91	255	0,20	502	0,40	276	0,22	2.325	1,83	737	0,58
Vorarlberg	149	0,36	41	0,10	139	0,34	105	0,26	858	2,10	145	0,35
Wien	1.810	0,90	393	0,20	959	0,48	474	0,24	3.404	1,70	1.382	0,69

[1]prognostizierte Jahresanfangszahl der Bevölkerung,01.01.2024

Quelle: GBR, Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2024; Berechnung: GÖG

Tabelle 51: Berufsangehörige der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie nach Berufen in den Bundesländern, absolut und pro 10.000 EW [1], 2023

	Psychotherapie		Klinische Psychologie		Gesundheitspsychologie	
	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW	absolut	pro 1.000 EW
Tirol	**946**	**12,26**	**963**	**12,49**	**866**	**11,23**
Burgenland	259	8,60	218	7,24	208	6,90
Kärnten	581	10,21	790	13,88	715	12,57
Niederösterreich	1.725	10,04	1.309	7,62	1.170	6,81
Oberösterreich	1.251	8,21	1.225	8,04	1.026	6,74
Salzburg	872	15,34	831	14,62	775	13,64
Steiermark	1.218	9,63	1.565	12,37	1.360	10,75
Vorarlberg	429	10,56	357	8,78	308	7,58
Wien	4.395	22,17	3.039	15,33	2.714	13,69

[1]Bevölkerung zu Jahresbeginn 2023

Quelle: BMSGPK – Liste der Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen, Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen, PsychotherapeutInnenliste; Statistik Austria - Statistik des Bevölkerungsstandes 2023; Berechnung: GÖG

Tabelle 52: Todesfälle an COVID-19 in den Tiroler Bezirken, absolut und pro 10.000 Einwohner, 2020–2023

Bezirk	Bevölkerung insg. (2021 Jahresende)	Summe Verstorben (absolut)	Todesfälle / 10.000 EW des Bezirks
Reutte	33.284	23	6,91
Imst	61.539	45	7,31
Kitzbühel	65.274	51	7,81
Landeck	44.498	91	20,45
Lienz	48.818	105	21,51
Schwaz	85.187	160	18,78
Kufstein	111.999	168	15,00
Innsbruck	130.585	181	13,86
Innsbruck-Land	182.918	187	10,22
Summe	**764.102**	**1.011**	**13,23**

Quelle: ISCO, landeseigene Auswertung, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Tabelle 53: Anzahl der Impfungen in Tirol nach Altersgruppen zum Zeitpunkt der Impfung und Geschlecht, absolut und pro 100.000 EW, 2020–2023

Alter zum Zeitpunkt der Impfung	Anzahl der Impfungen			Anzahl der Impfungen pro 100.000 EW		
	gesamt*	weiblich	männlich	gesamt	weiblich	männlich
Summe	1.653.449	846.496	806.911	212.940,24	215.374,75	210.433,93
0–2 Jahre	241	105	136	1.131,46	1.002,20	1.256,58
3–29 Jahre	324.961	159.315	165.619	147.171,70	149.174,14	145.272,18
30–39 Jahre	225.038	111.610	113.423	206.273,32	208.359,78	204.251,68
40–49 Jahre	229.447	116.371	113.069	226.659,09	228.550,39	224.731,18
50–59 Jahre	299.361	150.117	149.241	258.261,30	256.211,70	260.350,99
60–69 Jahre	246.325	125.695	120.630	248.168,89	247.187,81	249.199,50
70–79 Jahre	191.561	102.664	88.897	304.912,06	299.959,10	310.839,54
80–89 Jahre	115.713	66.644	49.069	296.707,61	291.480,06	304.115,28
ab 90 Jahre	20.802	13.975	6.827	294.687,63	294.520,55	295.030,25

* Anzahl der Impfungen Geschlecht unbekannt = 42

Quelle: e-Impfpass-internes Dashboard, Sozialversicherung, interne Auswertung, abgerufen am 16.09.2024, Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Tabelle 54: Anzahl der 1. und 2. HPV-Impfungen in Tirol nach Geschlecht und Geburtenjahrgänge 1998–2013, über die Impfjahre 2014–2023

Jahrgang	Anzahl erste Teilimpfung	Anzahl erste Teilimpfung männlich	Anzahl erste Teilimpfung weiblich	Anzahl zweite Teilimpfung	Anzahl zweite Teilimpfung männlich	Anzahl zweite Teilimpfung weiblich
1998	32	6	26	28	4	24
1999	779	117	662	752	110	642
2000	1.131	191	940	1.073	179	894
2001	1.273	233	1.040	1.211	220	991
2002	1.864	384	1.480	1.596	316	1.280
2003	2.217	558	1.659	1.848	450	1.398
2004	3.536	1.399	2.137	3.011	1.147	1.864
2005	4.559	1.999	2.560	4.057	1.734	2.323
2006	4.450	2.034	2.416	4.224	1.902	2.322
2007	4.478	2.077	2.401	4.288	1.939	2.349
2008	4.972	2.375	2.597	4.320	2.003	2.317
2009	4.654	2.091	2.563	3.919	1.708	2.211
2010	4.518	2.080	2.438	3.868	1.701	2.167
2011	4.302	1.942	2.358	3.520	1.522	1.998
2012	4.142	1.953	2.187	2.080	917	1.163
2013	2.187	949	1.236	8	4	4

Quelle: Informationssystem Gesundheitsamt (ISGA), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Tabelle 55: Lebendgeborene in Tirol nach Geschlecht, 1998–2013

Jahr	männlich	weiblich	gesamt
1998	3.879	3.819	7.698
1999	3.611	3.480	7.091
2000	3.715	3.434	7.149
2001	3.430	3.353	6.783
2002	3.566	3.407	6.973
2003	3.485	3.359	6.844
2004	3.635	3.403	7.038
2005	3.482	3.429	6.911
2006	3.548	3.357	6.905
2007	3.408	3.243	6.651
2008	3.487	3.216	6.703
2009	3.321	3.315	6.636
2010	3.481	3.338	6.819
2011	3.450	3.274	6.724
2012	3.594	3.323	6.917
2013	3.527	3.435	6.962

Quelle: Statistik Austria - Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 1998–2013

Tabelle 56: Elternberatung Tirol, Besuche in Beratungsstellen und zu Hause, 2019–2023

	gesamt	Imst	Innsbruck Land	Innsbruck Stadt	Kitzbühel	Kufstein	Landeck	Lienz	Reutte	Schwaz
	2019									
Beratungsstellenbesuche	**11.920**	1.281	1.938	1.520	888	1.380	1.380	629	1.043	999
Hausbesuche	**560**	156	52	73	5	33	105	9	0	127
	2020									
Beratungsstellenbesuche	**4.664**	502	767	655	389	804	444	164	528	411
Hausbesuche	**280**	20	29	47	13	30	29	1	27	84
	2021									
Beratungsstellenbesuche	**4.999**	499	845	464	513	922	468	111	557	620
Hausbesuche	**352**	39	22	48	44	4	26	1	34	134
	2022									
Beratungsstellenbesuche	**6.888**	629	1.541	614	418	927	846	263	667	783
Hausbesuche	**440**	29	16	74	15	19	86	12	91	128
	2023									
Beratungsstellenbesuche	**7.027**	877	1.603	562	665	378	787	384	658	1.113
Hausbesuche	**433**	24	40	29	16	9	56	2	98	159
	2019–2023									
Beratungsstellenbesuche	**34.436**	3.788	6.694	3.815	2.873	4.411	3.925	1.551	3.453	3.926
Hausbesuche	**2.095**	268	159	271	93	95	302	25	250	632

Quelle: Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Tabelle 57: MER für an Säuglingen und Kleinkindern (0 bis 6 Jahre) durchgeführten Grundimmunisierungen in Tirol, 2023

Jahrgang	MER zweite Teilimpfung gegen ROTA-Viren	MER dritte Teilimpfung gegen Pneumokokken	MER dritte Teilimpfung gegen DiTePePo-(HiB-HepB)	MER vierte Teilimpfung gegen DiTePePo-(HiB-HepB)	MER erste Impfung gegen MMR	MER zweite Impfung gegen MMR
1991					18,77 %	60,96 %
1992					21,15 %	71,76 %
1993					20,80 %	75,67 %
1994					21,07 %	78,35 %
1995					17,22 %	80,61 %
1996					16,99 %	84,18 %
1997					25,47 %	82,69 %
1998			15,64 %	72,90 %	75,21 %	81,28 %
1999			79,13 %	86,91 %	96,18 %	79,58 %
2000			89,50 %	89,20 %	95,92 %	81,51 %
2001			92,66 %	86,51 %	95,71 %	84,14 %
2002		0,14 %	93,42 %	90,42 %	95,65 %	85,64 %
2003		2,59 %	93,67 %	95,65 %	95,88 %	85,49 %
2004		6,51 %	92,82 %	91,29 %	95,50 %	85,66 %
2005		13,63 %	93,46 %	87,67 %	95,49 %	87,83 %
2006		14,58 %	91,79 %	86,72 %	94,61 %	87,43 %
2007	43,72 %	15,44 %	93,37 %	85,55 %	94,17 %	86,69 %
2008	69,07 %	16,11 %	92,24 %	79,31 %	95,14 %	83,49 %
2009	69,38 %	14,86 %	86,11 %	49,31 %	93,87 %	84,95 %
2010	67,14 %	15,76 %	80,39 %	15,37 %	94,65 %	85,70 %
2011	67,79 %	29,49 %	80,71 %	9,38 %	93,86 %	84,27 %
2012	67,92 %	64,83 %	82,71 %		96,26 %	85,85 %
2013	71,85 %	63,99 %	82,71 %		95,03 %	85,00 %
2014	70,80 %	65,09 %	85,04 %		95,00 %	84,79 %
2015	70,17 %	66,94 %	82,63 %		92,41 %	83,61 %
2016	71,40 %	64,41 %	83,48 %		93,00 %	83,90 %
2017	71,90 %	65,49 %	82,56 %		93,08 %	81,70 %
2018	72,98 %	65,69 %	81,67 %		92,19 %	80,04 %
2019	73,20 %	71,07 %	80,67 %		89,27 %	78,74 %
2020	73,13 %	75,47 %	82,43 %		88,79 %	77,79 %
2021	70,56 %	73,87 %	79,30 %		88,10 %	72,17 %
2022	72,75 %	54,20 %	62,22 %		80,80 %	45,56 %
2023	48,14 %	0,50 %	0,67 %			

DiTePePo= Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung; HepB=Hepatitis B; HiB= Hämophilus Influenzae B; MMR=Masern-Mumps-Röteln

Quelle: ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Tabelle 58: MER von Impfungen in der Schule (6 bis 14 Jahre) in Tirol, 2023

Jahrgang	MER dritte Impfung gegen Hepatitis B (bis Jahrgang 2000) oder als Auffrischimpfung in der Schule	MER Impfung gegen Meningokokken in der Schule	MER pertussishaltige Auffrischimpfung in der Schule diTePe(Po)	MER erste Impfung gegen HPV	MER zweite Impfung gegen HPV
1986	51,48 %				
1987	69,54 %				
1988	71,77 %				
1989	73,77 %				
1990	72,99 %				
1991	71,66 %		80,40 %		
1992	69,87 %		79,21 %		
1993	67,20 %		77,41 %		
1994	65,87 %		74,96 %		
1995	64,33 %		75,06 %		
1996	58,13 %		70,36 %		
1997	52,61 %		69,00 %		
1998	47,93 %		68,51 %	0,42 %	0,36 %
1999	68,64 %	24,58 %	67,83 %	10,99 %	10,60 %
2000	52,72 %	54,83 %	68,43 %	15,82 %	15,01 %
2001	61,70 %	61,42 %	73,77 %	18,77 %	17,85 %
2002	60,99 %	66,49 %	70,47 %	26,73 %	22,89 %
2003	58,74 %	65,82 %	66,91 %	32,39 %	27,00 %
2004	58,97 %	66,06 %	69,21 %	50,24 %	42,78 %
2005	62,80 %	66,71 %	72,42 %	65,97 %	58,70 %
2006	67,48 %	64,75 %	77,52 %	64,45 %	61,17 %
2007	65,79 %	62,97 %	80,83 %	67,33 %	64,47 %
2008	57,13 %	53,13 %	80,89 %	74,18 %	64,45 %
2009	48,84 %	45,80 %	80,73 %	70,13 %	59,06 %
2010	28,80 %	42,06 %	79,75 %	66,26 %	56,72 %
2011		25,74 %	76,37 %	63,98 %	52,35 %
2012			74,57 %	59,88 %	30,07 %
2013			69,75 %	31,41 %	0,11 %
2014			58,70 %		
2015			24,51 %		

DiTePePo = Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten und Kinderlähmung; HPV = Humane Papillomaviren

Quelle: ISGA (Informationssystem Gesundheitsamt), Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Öffentliche Gesundheit

Tabelle 59: Inanspruchnahme allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen nach Geschlecht in den Bundesländern (in %[1]), 2014–2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	weiblich									
Tirol	**22,1**	**21,8**	**22,1**	**21,6**	**21,6**	**22,2**	**20,9**	**22,9**	**23,1**	**24,6**
Bgld	22,1	22,4	23,1	23,1	23,6	23,8	20,0	22,5	22,4	25,8
Ktn	22,5	22,9	24,6	24,7	25,1	26,6	24,4	27,9	26,7	29,1
NÖ	6,2	6,1	6,0	6,6	6,9	7,2	6,2	7,5	7,5	9,1
OÖ	13,6	13,2	13,6	13,0	12,8	13,4	11,9	14,1	16,3	18,6
Sbg	15,0	15,4	15,7	16,0	16,6	17,9	16,6	19,8	19,5	22,2
Stmk	14,8	14,6	15,2	14,6	14,7	15,3	13,2	15,9	15,6	17,2
Vbg	17,7	16,7	16,5	16,1	16,1	16,6	13,9	15,4	15,2	16,4
Wien	14,5	14,3	15,0	15,6	16,2	17,7	15,3	18,7	19,3	21,6
Österreich	**14,4**	**14,3**	**14,7**	**14,7**	**15,0**	**15,8**	**14,0**	**16,4**	**16,8**	**18,8**
	männlich									
Tirol	**19,3**	**19,2**	**19,3**	**18,9**	**18,8**	**19,6**	**18,2**	**19,9**	**20,0**	**22,0**
Bgld	19,8	19,2	20,8	20,7	21,5	21,5	17,5	19,8	20,3	23,5
Ktn	20,6	20,8	22,1	22,7	23,4	25,0	22,7	25,6	24,5	27,5
NÖ	6,6	6,5	7,0	7,0	7,3	7,7	6,2	7,3	7,4	9,1
OÖ	14,0	13,5	12,8	12,5	12,1	12,8	10,8	12,9	14,6	17,1
Sbg	13,7	13,7	14,2	14,4	14,5	15,7	14,3	16,9	16,6	19,4
Stmk	13,2	12,9	13,3	13,0	13,1	13,5	11,1	13,5	13,2	15,0
Vbg	15,4	14,6	14,5	14,2	13,9	14,1	11,8	13,2	13,0	14,5
Wien	13,4	13,3	13,9	14,2	14,7	15,7	13,2	16,3	16,9	19,2
Österreich	**13,5**	**13,2**	**13,6**	**13,6**	**13,7**	**14,4**	**12,4**	**14,6**	**14,8**	**17,1**

[1]Anteile in Prozent der anspruchsberechtigten Bevölkerung

Quellen: HVSVT - Statistik der Vorsorgeuntersuchungen 2014–2023, Statistik Austria - Bevölkerungsstand 2014–2023; Berechnung: GÖG