

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2019. 19. sz. (Lapzárta: 2019. október 9.)

Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Orvosi-élettani Nobel-díj 2019

- ***William Kaelin, Peter Ratcliffe és Gregg Semenza*** a sejt kutatás területén elért eredményeikért

Globális egészségügy

- Jelentés a gyermekhalálozás globális helyzetéről
- Antibiotikum rezisztencia a háziállatoknál az alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országokban

Európai Unió

- Stella Kyriakides, az Európai Bizottság kijelölt egészségügyi biztosának szakmai programja
- A cukrozott italok fogyasztása és a halálozás közötti összefüggés tíz európai országban

Orvostudomány

- Meta-analízis a mesterséges intelligencia alkalmazásáról a képalkotó diagnosztika területén

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus-Report 2019 (WIdO)* (7. rész): *European Hospital Survey (2012-2013)*
- Amerikai kórházak elleni hackertámadások

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2019-ben – *Pflege-Report 2019* (3. rész): Az ápolóképzés helyzete

Szociálpolitika

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (16. rész): Az európai lakosság egészségi állapota

Cannabis

- A cannabis mint fájdalomcsillapító

Népegészségügy

- A decubitus epidemiológiája Németországban

Szervtranszplantáció

- Jelentés a májtranszplantációk száma és minősége közötti összefüggésről
- Halott donortól származó vesék transzplantációja az Egyesült Államokban és Franciaországban
- Vesetranszplantáció HIV-fertőzöttek körében

Nemi identitás

- Neuroszexizmus: női agy – férfi agy
- Retrospektív vizsgálat a nemi identitás megváltoztatására irányuló erőfeszítések és a lelki zavarok közötti összefüggésről a transzszexuális felnőttek körében
- A nők közéleti szerepvállalásának alakulása Svájcban

Melléklet

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* – egységes szerkezetben

Ráadás

- A gyógyszerek kölcsönhatásait vizsgálja a kolozsvári diák

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

Orvosi-élettani Nobel-díj 2019

William Kaelin, Peter Ratcliffe és Gregg Semenza

a sejtkutatás területén elért eredményeikért, annak felfedezéséért, hogy a sejtek miként érzékelik az oxigénszint változását és hogyan alkalmazkodnak hozzá

Forrás Internet-helye: https://en.wikipedia.org/wiki/William_Kaelin_Jr. ,
https://en.wikipedia.org/wiki/Peter_J._Ratcliffe ;
https://en.wikipedia.org/wiki/Gregg_L._Semenza



William "Bill" G. Kaelin Jr. (Sz. New York City, 1957. november 23.), a *Harvard University* és a *Dana-Farber Cancer Institute* professzora. Egyéb díjai: *Lasker Award for Basic Medical Research*(2016); *ASCO Science of Oncology Award* (2016), *AACR Princess Takamatsu Award* (2016).

2002. óta: a *Harvard Medical School* professzora.

2008: *Assistant Director of Basic Science at the Dana-Farber/Harvard Cancer Center*.

Az *Eli Lilly* igazgatótanácsának és a *Stand Up to Cancer scientific advisory committee* tagja.

Sir Peter John Ratcliffe FRS (*Fellow of the Royal Society*) (Sz. Morecambe, Lancashire, 1954. május 14.), brit sejtkutató, molekulárbiológus.

2004-2016: klinikai praxis (*John Radcliffe Hospital, Oxford, Nuffield Professor of Clinical Medicine*), a *Nuffield Department of Clinical Medicine, University of Oxford* vezetője.

2016: a *Francis Crick Institute* klinikai kutatási igazgatója, miközben oxfordi pozícióit (a *Ludwig Institute of Cancer Research* tagja és a *Target Discovery Institute, University of Oxford* igazgatója) megtartotta.

Gregg Leonard Semenza (Sz. Queens, New York, 1956. július 1.), a *Johns Hopkins University School of Medicine C. Michael Armstrong* professzora. Az *Institute for Cell Engineering* vaszkuláris programjának igazgatója.

Orvostudományi tanulmányok: *Duke University Medical Center*.

PhD: *University of Pennsylvania*.

2016: *Lasker Award for Basic Medical Research*.

Jelentés a gyermekhalálozás globális helyzetéről
„Levels and Trends in Child Mortality“
United Nations Inter-Agency Group for
Child Mortality Estimation (UN IGME), Report 2019 (52 p.)
Egészségügyi Világszervezet, 2019. szeptember 19.

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, gyermekegészségügy, halálozás, gyermekhalálozás, Egészségügyi Világszervezet, UNICEF

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news-room/detail/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>

Az ENSZ adatai szerint 2000. óta a halálozás a gyermekek körében felével, az anyák körében több mint egyharmadával csökkent. Ennek ellenére valahol a világon minden tizenegyedik másodpercben meghal egy terhes nő vagy egy újszülött. A jelentés szerint 2018-ban 5,2 millió öt éven aluli gyermek halt meg többnyire megelőzhető okokból. 2017-ben pedig több mint 290.000 nő halt meg terhességi vagy szülési komplikációk miatt.

Az anyák és gyermekek túlélési esélyei Afrika szubszaharai övezetében sokkal rosszabbak, mint más régiókban. A jelentés szerint az anyák és gyermekek körében előforduló halálesetek 80%-a Afrika déli részén és Ázsia déli részén következik be.

A szubszaharai Afrikában élő nők számára a szülés 50-szer kockázatosabb, mint az ipari országokban. Gyermekeik halálozási kockázata pedig tízszer akkora. 2018-ban Afrika déli részén 13 öt éven aluli gyermek közül egy meghalt. Ezzel szemben Európában 196 gyermek közül egy, Németországban 250 elveszülött gyermek közül egy nem érte meg ötödik születésnapját.

Az elmúlt évtizedekben az ENSZ jelentős eredményeket ért el az anyák és gyermekek halálozási adatainak javítása tekintetében. 1990 és 2018 között a 15 év alattiak körében a halálozás 56%-kal, 14,2 milliőről 6,2 millióra csökkent. A legjelentősebb előrelépésre a kelet-ázsiai és dél-kelet-ázsiai országokban került sor. Az anyák halálozása 2000 és 2017 között 38%-kal csökkent, legnagyobb mértékben Közép- és Dél-Ázsiában.

Az ENSZ adatai szerint azonban az előrelépés túl lassan megy végbe ahhoz, hogy 2030-ig elérhessük a gyermekek és anyák halálozása tekintetében kitűzött fejlesztési célkitűzéseket.

*Antibiotikum rezisztencia a háziállatoknál
az alacsony és közepes jövedelemmel rendelkező országokban*

Science (2019); doi: [10.1126/science.aaw1944](https://doi.org/10.1126/science.aaw1944))

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyógyszer, antibiotikum, antibiotikum-rezisztencia, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://science.sciencemag.org/content/365/6459/eaaw1944> ;
https://www.eurekalert.org/pub_releases/2019-09/aaft-gti091619.php ;
<https://cddep.org/publications/global-trends-in-antimicrobial-resistance-in-animals-in-low-and-middle-income-countries/>

Thomas van Boeckel (Institute for Environmental Decisions, ETH Zurich, Zurich, Switzerland, Center for Disease Dynamics, Economics and Policy, New Delhi, India, Institute for Integrative Biology, ETH Zurich, Zurich, Switzerland.) és mt. tanulmánya szerint a feltörekvő és fejlődő országokban is egyre gyakoribb jelenség, hogy az állati takarmányba antibiotikumokat kevernek. Miközben a húsfogyasztás a magas jövedelemmel rendelkező országokban kiegyensúlyozódott, Ázsiában, Afrikában és Dél-Amerikában 2000. óta 68%-kal, 64%-kal, ill. 40%-kal növekedett.

A kutatók 901 pont-prevalencia elemzése alapján arra jutottak, hogy 2000. óta a rezisztenciák száma jelentősen növekedett. Az értékelés során a „p50”-indexet alkalmazták. Ez régióként azon baktériumokat számszerűsíti, amelyek az antibiotikumok több mint felével szemben rezisztensek.

A fejlődő és feltörekvő országokban a „p50”-index tyúkoknál 0,15-ről 0,41-re, sertéseknél 0,13-ről 0,34-re, szarvasmarháknál 0,12-ről 0,23-ra növekedett. Ez azt jelenti, hogy a „p50”-index tyúkoknál és sertéseknél kevesebb mint 20 év leforgása alatt háromszorosára növekedett.

A rezisztencia rátája a rendszerint az élelmiszeriparban alkalmazott antibiotikumokkal, többek között tetraciklinekkel, szulfonamidokkal, penicillinekkel szemben a legmagasabb. A humánmedicina területén alkalmazott fontosabb antibiotikumok körében a rezisztencia rátája ciprofloxacina és eritromicinre 20% és 60% között, 3. és 4. generációs cephalosporinokra 10% és 40% között ingadozott.

A kutatók India észak-keleti, Kína észak-keleti, Pakisztán északi területein, Iránban, Kelet-Törökországban, Brazília déli partvidékén, a Nílus deltájában a Vörös-folyó vietnámi deltájában, Mexikó egyes régióiban és Johannesburgban lokalizálták a multirezisztens baktériumok legerőteljesebb gócpontjait. A rezisztenciák növekedése az utóbbi két évtizedben ezekben a régiókban volt a legerőteljesebb.

***Stella Kyriakides, az Európai Bizottság
kijelölt egészségügyi biztosának szakmai programja***

News. European Parliament, Press Releases, 1-10-2019 - 21:28;02-10-2019 - 9:16

Kulcsszavak: egészségpolitika, Stella Kyriakides, Európai Unió

Forrás **Internet-helye:** <http://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20190926IPR62236/hearing-of-stella-kyriakides-commissioner-designate-for-health> ; <https://www.europarl.europa.eu/news/en/hearings2019/commission-hearings-2019/20190910STO60734/stella-kyriakides-cyprus> ; <http://www.europarl.europa.eu/committees/hu/envi/home.html>

Stella Kyriakides egészségügyi biztos meghallgatására a Környezetvédelmi, Közegészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Bizottság előtt 2019. október 1-én került sor. A meghallgatáson társszervként a Mezőgazdasági Bizottság tagjai is részt vettek.

Elsőrendű prioritás a rákos megbetegedések leküzdése. Ennek érdekében a megbetegedés minden vonatkozását figyelembe kell venni: a kutatást, a prevenciót, a diagnosztikát, a terápiát, a palliatív ellátást. Fokozottan előtérbe kerülnek a környezeti tényezők és az életstílus. Csupán a táplálkozási szokások megváltoztatásával a rákos megbetegedések 30%-a megelőzhető lenne.

A kijelölt egészségügyi biztos meghallgatásán kiemelte, hogy meg kell szüntetni a tagállamok közötti különbségeket a hatékony kezelésekhez való hozzáférés tekintetében. El kell érni, hogy a rákellenes gyógyszerek megfizethetők legyenek. egyes új készítményekért túl magas árat követelnek. Ez új gyógyszerstratégiát feltételez.

Fordulatot kell elérni az antibiotikum-rezisztencia tekintetében. Miután globális fenyegetésről van szó, a kijelölt biztos nemzetközi egyezmény megkötése mellett foglal állást. Tekintettel arra, hogy az antibiotikum-rezisztencia évente 30.000 halálos áldozatot követel, megfelelő kutatástámogatások és hatóanyagfejlesztések válnak szükségessé.

További kihívások: a klímaváltozás és a digitalizáció. A digitális technológiáknak az egészségügy területén való alkalmazása nem veszélyeztetheti az adatbiztonságot. Problémát jelent, hogy a digitalizáció tekintetében a tagállamok nem állnak azonos szinten. Támogatni kell az elektronikus egészségügy bevezetése tekintetében elmaradottabb országok felzárkózását. Javítani kell a betegek tájékoztatását.

Stella Kyriakides kiemelkedően szerepelt a szakbizottsági meghallgatáson. Sikerült meggyőznie a szakbizottságot alkalmasságáról, rátermettségéről, szaktudásáról.

A cukrozott italok fogyasztása és a halálozás közötti összefüggés tíz európai országban
JAMA Internal Medicine (2019; doi: [10.1001/jamainternmed.2019.2478](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2478)); Sept 3, 2019

Kulcsszavak: népegészségügy, táplálkozás, elhízás, halálozás, cukrozott italok, International Agency for Research on Cancer, Lyon (IARC), Európa

Forrás Internet-helye: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2749350>

Neil Murphy (Section of Nutrition and Metabolism, International Agency for Research on Cancer, Lyon, France – IARC) és mt. az eddigi legnagyobb európai kohorszvizsgálat keretében félmillió embert kérdeztek meg táplálkozási szokásaikról és életmódjukról. A „*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*“ (EPIC) vizsgálatra 1992 és 2000 között került sor. A tanulmány eredetileg csak a táplálkozásnak a rákos megbetegedésekre gyakorolt hatásával foglalkozott. A rákregiszterekkel való összevetés segítségével a táplálkozás más tényezőkre gyakorolt hatása is feltárható.

A 451.743 résztvevő közül, akik a megkérdezés időpontjában nem szenvedtek rákos megbetegedésben, diabéteszben, vagy szív- és érrendszeri megbetegedésekben, a 16,1 év elteltével végzett utóvizsgálatig 41.693 személy halt meg, ezek közül 18.003 rákos megbetegedésben, 9.106 szív- és érrendszeri, 1.213 emésztőszervi megbetegedésekben.

A kutatók mind a cukrozott italok, mind a mesterséges édesítőanyagokat tartalmazó italok tekintetében egy J-alakú asszociációt írtak le. Kisebb mennyiség fogyasztása nem látszik növelni a halálozás kockázatát. Sőt, cukortartalmú italoknál egy „protektív” hatást állapítottak meg. A halálozás kockázata azonban napi 100-200 ml-nél magasabb fogyasztás esetén, a dózis növekedésével arányosan növekedett.

Az idősebb felnőttek (az átlagéletkor kezdetben 50 év volt), akik naponta két vagy annál több üveg italt fogyasztottak, halálozási kockázata 8%-kal magasabb volt, mint azoké, akik havonta kevesebb mint egy üveg italt fogyasztottak. A relatív kockázat 1,08 volt, ami 95%-os konfidenciaintervallumnál, 1,01 és 1,16 között szignifikáns.

Az IARC kutatói nem állapítottak meg a rákos megbetegedésekre való magasabb kockázatot, mint ahogyan azt a *NutriNet-Santé-Study* szerzői tették. Az Egészségügyi Világszervezet lyoni intézetének korábbi monográfiái a colában és más színezett italokban tartalmazott 4-methylimidazol-t lehetséges rákkeltő anyagként (2B csoport) sorolták be.

A tanulmány lényegében megerősíti a nagyobb amerikai vizsgálatok eredményeit, az összefüggés bizonyításához azonban randomizált vizsgálatokra lenne szükség, az ilyenek azonban táplálkozási kérdésekben nehezen kivitelezhetők. Ezért a bizonyítékhoz megfigyeléses vizsgálatokra lesz szükség.

***Meta-analízis a mesterséges intelligencia alkalmazásáról
a képalkotó diagnosztika területén***

The Lancet Digital Health, Volume 1, Issue 5, September 2019, Pages e232-e242

Kulcsszavak: informatika, mesterséges intelligencia, orvostechnika, képalkotó diagnosztika

Forrás Internet-helye: [https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(19\)30108-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(19)30108-6/fulltext) ;
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589750019301086?via%3Dihub>

Alastair Denniston (University Hospital Birmingham) és mt. 82 tanulmányt értékelt, amelyek közül 25-öt vettek be a meta-analízisbe. A mesterséges intelligencia és az orvosi teljesítmény összehasonlításával 14 tanulmány foglalkozott, amelyek szerint a mesterséges intelligencia az esetek 87%-ánál ismerte fel helyesen a betegséget, miközben ez csak az orvosok 86%-a számára sikerült. És fordítva: a mesterséges intelligencia az esetek 93%-ánál helyesen zárt ki a betegeknél valamely betegséget, miközben az orvosok 91%-a jutott erre az eredményre.

Eredmények

- E 14 tanulmány értékelése szerint a mesterséges intelligenciánál a szenzitivitás 87,0, a specificitás 92,5% volt.
- Az orvosoknál a szenzitivitás 86,4, a specificitás 90,5% volt.

A meta-analízis szerint a mesterséges intelligencia legalább annyira képes a betegségek széles spektrumának felismerésére a rákos megbetegedésektől a szembetegségekig, mint maguk az orvosok.

A mesterséges intelligencia a *deep learning* elnevezésű technika segítségével működik, amelynek során algoritmusok, Big Data, valamint adatfeldolgozási eljárások alkalmazására kerül sor az emberi tanulás és intelligencia leképezése céljából. A mesterséges intelligencia *deep learning* segítségével több ezer felvételt elemez a betegségminták azonosítására. A szerzők hiányolják, hogy a *deep learning* értékelésére olykor izoláltan kerül sor, oly módon, hogy az nem tükrözi a preklinikai állapotot. Ez az ominózus 14 tanulmányban is így történik. Az orvosok mindössze 4 tanulmány szerint kaptak kiegészítő klinikai információkat, amelyeket a klinikai gyakorlatban normális körülmények között a diagnózis felállítására használhattak.

*Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2019-ben
– Krankenhaus-Report 2019 (7. rész):
Benchmarking a kórházi információtechnológia területén –
European Hospital Survey*

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin, 28. März 2019

Kulcsszavak: kórházügy, eHealth, digitalizáció, Németország, Európa

Forrás Internet-helye:

<https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/krankenhaus-report-2019/>

2. 4. European Hospital Survey (2012–2013)

A *European Hospital Survey – Benchmarking Deployment of eHealth Services* (EHS) az Európai Bizottság megbízásából készített tanulmány, amely az eHealth elterjedtségét értékelte. A jelentést a *PriceWaterhouseCoopers (PwC)* könyvvizsgáló és tanácsadó cég állította össze a 2012. és 2013. évi kórházi adatok alapján. Közzétételére 2014-ben került sor.

Az EMRAM logikájától eltérően ez szélesebb áttekintést nyújt, a digitalizáció ismervei nem korlátozódnak az információtechnológia kórházi alkalmazására, hanem egyebek között a külső szolgáltatókkal való kommunikáció lehetőségeit is figyelembe veszi, mint pl. a telemedicinát. Az EHS keretében az elemzett ismervek a következő kategóriákra terjednek ki: alkalmazások (PACS-használat, e-recept, e-átutalás, telemonitoring), infrastruktúra (szélessáv-csatlakozás, külső partnerekkel való társulások, egységes WLAN, egységes EPA az osztályok között), biztonság (egységes szabályok a klinikai adatok használatára, az adatok 24 órán belül való helyreállítása), a digitális integráció lehetőségei (a klinikai adatok külső partnerekkel való cseréje).

A német kórházak több vonatkozásban nem érik el az EU átlagát. Csupán az adatbiztonság, a PACS-használat és a külső partnerekkel való technikai interoperabilitás tekintetében állnak valamivel jobban. Azok a vonatkozások, amelyeket az EMRAM nem vesz figyelembe, mint a klinikai információk külső szolgáltatókkal való cseréje, vagy a telemonitoring, Németországban csak csekély mértékben vagy egyáltalán nem kihangsúlyozottak. Mindezzel összefüggnek a szélessávú kapcsolat eredményei: A felmérés időpontjában csak a kórházak 30%-a rendelkezett legalább 50 Mbit/sec sebességű kapcsolattal. Európai összehasonlításban Németország (30 közül) a 19-ik helyen áll. Az első helyeken álló országok: Észtország, Svédország és Dánia.

Amerikai kórházak elleni hackertámadások

Annals of Internal Medicine (2019; doi: 10.7326/M19-1759);
LETTERS | 24 SEPTEMBER 2019

Kulcsszavak: kórházügy, információtechnológia, digitalizáció, kiberbiztonság, hackertámadások, adatbiztonság, adathalászat, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://annals.org/aim/article-abstract/2751916/types-information-compromised-breaches-protected-health-information> ;
https://www.eurekalert.org/pub_releases/2019-09/msu-htk091819.php

A *Michigan State University (MSU)* és a *Johns Hopkins University* kutatói 1.461 adatlopási esetet elemeztek, amelyekre 2009 október és 2019 július között került sor és 170 millió beteget érintettek az Egyesült Államokban.

A hackerek az összes esetben biztonsági réseket kihasználva jutottak érzékeny adatokhoz, mint társadalombiztosítási azonosítóhoz, vagy a jogosítvány adataihoz. Az adatlopások 66%-a ilyen adatokra irányult.

Az adathalászok az esetek 35%-ánál a betegek a pénzügyi helyzetét vették célba. A hackertámadások 13%-a pénzügyi adatokra, banki adatokra, bankkártyákra irányult. Egy bűnöző hamis adóbevallást nyújthat be, vagy hitelkártyát igényelhet, amelyekhez társadalombiztosítási azonosítóra és a születési dátumra van szükség.

A támadások 65%-a egészségi állapotra vonatkozó adatokat érintett. Ez azt jelenti, hogy 944 meghekkelt biztonsági rést kihasználva, 48 millió beteg diagnosztikai, laborleletei és receptjei jutottak csalók birtokába. A szerzők külön definiálták az érzékeny egészségügyi adatokat. Ezek közé tartoznak: a kábítószerrel való visszaélésre, a HIV-diagnózisra, a szexuálisan terjedő betegségekre, a rákos megbetegedésekre, valamint a lelki egészségre vonatkozó információk. A hackerek az 1.461 eset közül két ilyen érzékeny információhoz jutottak hozzá (2%). Ez több mint 6 millió embert érintett.

John (Xuefeng) Jiang az információs rendszerek professzora (Michigan State University's Broad College of Business). 2005-ben szerzett Ph.D. címet (University of Georgia).

<https://broad.msu.edu/profile/jiang/> ; **Email:** jiangj@broad.msu.edu

***Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban 2018-ban –
Pflege-Report 2019 (3. rész): Ápolóképzés***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Presseinformation des AOK-Bundesverbandes, Berlin, 8. Juli 2019

Kulcsszavak: ápolás, idősápolás, ápolóképzés, Németország

Forrás Internet-helye (sajtómappa, sajtóközlemény, bevezetés, kivonatok, infografikák): <https://www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/pflege-report-2019/> ;

https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/News/Pressemitteilungen/2019/wido_pfl_pm_pflege-report_2019.pdf ;

További információ és ingyenes letöltés: www.wido.de

5. 2. Az ápolóképzésben résztvevők számának alakulása az idősápolás területén

A 2011/12 és 2017/18 közötti tanévekben az idősápolás területén képzésben résztvevők száma 55.966-ról 68.236-ra (+22 %) növekedett. Ugyanebben az időszakban a betegápolás területén a szakképzésben résztvevők száma mindössze 6%-kal növekedett. Így az idősápolási szakképzés – a képzésben résztvevők számához viszonyítva – meghaladta a betegápolási képzésben résztvevőket és a 2014/15-ös tanévben az egészségügy területén működő képzések körében a legnagyobb létszámú szakirány volt.

A képzésben résztvevők számának növekedése az idősápolás területén a 2015/16-os tanévig tartott. Azóta az idősápolási képzésben résztvevők száma is stagnál.

5. 3. Intézkedések az ápolói pálya választásának ösztönzésére

5. 3. 1. WeGebAU – a Szövetségi Munkaügyi Ügynökség támogatási programja

A beiskolázási helyeknek az idősápolás területén való emelése tekintetében az egyik legfontosabb kezdeményezés a szövetség, a tartományok és a szakmai szervezetek között kötött megállapodás, a "képzési offenzíva az idősápolás területén" volt, amit 2012 és 2015 között számos intézkedéssel konkretizáltak. A

program kidolgozására az idősápolási képzés tekintetében illetékes szövetségi minisztérium irányításával, számos hatóság, szolgáltató, szakszervezet, ápolói szövetség és további szereplők közreműködésével került sor. Az érintettek szemszögéből ennek egy összehangolt akció keretében hozzá kell járulnia „a szakképzett munkaerő biztosításához az idősápolás területén”.

A legfontosabb támogatási programok egyike „a Szövetségi Munkaügyi Ügynökség által szervezett hároméves utóképzés/átképzés ismételt bevezetése az idősápolás területén”. Betűszóval **WeGebAU** [(Wieder-)Einführung der dreijährigen Nachqualifizierung /Umschulung in der Altenpflege durch die Bundesagentur für Arbeit]. A támogatási program kezdetben 2015-ig tartott volna, de később 2020-ig, az ápolási szakképzési törvény hatályba lépéséig meghosszabbították.

A támogatás célcsoportjához az alacsony képzettségű foglalkoztatottak tartoznak. A támogatás egyrészt abban áll, hogy a Szövetségi Munkaügyi Ügynökség megtéríti a képzés költségeit, másrészt abban, hogy az ügynökség a képzés teljes időtartama alatt (három évig) munkabért biztosít, amely az eddigi keresethez igazodik.

A hároméves *WeGebAU*-támogatás ismételt bevezetése rendkívüli hatással járt. A *WeGebAU* keretében támogatott személyeknek az idősápolási képzésbe való belépése ugrásszerűen, évente 87%-kal megnövekedett. 2012-ben – a támogatás kezdete előtti évben – még 3.950 új személy belépését jelezték a Munkaügyi Ügynökség által támogatott idősápolási képzésbe, az újonnan belépők száma a következő évben 7.383-ra növekedett. 2013. óta a támogatott képzésbe belépők száma ismét csökkent, 2017-ben 6.382 újonnan belépő személyre.

A hároméves *WeGebAU*-támogatás bevezetése óta a Munkaügyi Ügynökség által támogatott képzésben résztvevő száma összességében növekedett – 2013/14-ben 18%-ról 2015-ben és 2016-ban 22%-ra. Arányuk 2017-ben valamelyest, szűk 21%-ra esett vissza.

*Jelentés Németország szociális helyzetéről –
Datenreport 2018 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik
Deutschland (16. rész): Az európai lakosság egészségi állapota*

Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)

Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB),

Bonn, 2018 (416 p.)

Kulcsszavak: egészségügy, egészségi állapot, Európai Unió

Forrás Internet-helye: Statistisches Bundesamt:

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html> ;

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?__blob=publicationFile

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (fejezetenként):

<http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/> ,

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (egyben és fejezetenként): <https://wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2018>

11. 1. 8. Az európai lakosság egészségi állapota

Az egészségügyi kiadások Németországban 2015-ben 338 milliárd EUR-t tettek ki, ami a GDP 11,2%-a. Ez magasabb, mint az EU bármely más tagállamában.

Túlsúlyosság

2014-ben a 15 év fölötti német lakosság több mint fele (51%) túlsúlyos volt, azaz test-tömeg-indexe legalább 25 volt. A túlsúlyosság tekintetében az európai átlag 50%. A túlsúlyos személyek aránya Máltán a legmagasabb (60%), Olaszországban a legalacsonyabb (44%). Az Európai Unióban a 15 és 24 év közöttiek 20%-ának test-tömeg-indexe legalább 25 volt. Ez az arány a nyugdíjaskorig 66%-ra növekedik, ezt követően azonban ismét csökken. A túlsúlyosság a férfiak körében az Európai Unió összes tagállamában gyakoribb mint nőknél.

Dohányzás

Az Európai Unió tagállamaiban a legválogatottabb eszközökkel próbálják eltántorítani az embereket a dohányzástól: magas jövedéki adó, a dobozokon szereplő elrettentő illusztrációk, felvilágosítási kampányok, a reklám tilalma. Ennek ellenére 2014-ben az EU 15 év fölötti lakosságának 19%-a naponta dohányzott. Németországban ez az arány 16%. A dohányzók aránya Bulgáriában (28%) és Görögországban (27%) a legmagasabb. Az Európai Unióban a 15 és 24 év közötti lakosság körében a megkérdezettek 16%-a válaszolta, hogy naponta dohányzik. A dohányzás a fiatalkorúak körében Ausztriában és Magyarországon a legmagasabb (27%). Németországban a fiatalkorúak 13%-a dohányzik rendszeresen.

Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi személyzettel való ellátottságra vonatkozóan rendelkezésre álló adatok szerint az ellátóháló Ausztriában a legsűrűbb: 2015-ben 100.000 lakosra 510 praktizáló orvos jutott. 100.000 lakosra Németországban 414, Litvániában 434, Svédországban (2014-ben) 419 orvos jutott.

A kórházi ágyak száma 2015-ben: 100.000 lakosra Németországban 813, Ausztriában 755 ágy jutott. A 100.000 lakosra jutó ágyak száma Svédországban volt a legalacsonyabb (244). Az elmúlt években az Európai Unió tagállamainak többségében az ágyszám leépítésére került sor. Ezt a költségfeszültséggel, a hatékonyabb kezelési módszerekkel és a kórházi ápolási idő lerövidítésével indokolták.

A cannabis, mint fájdalomcsillapító
Medical Cannabis for the Treatment of Chronic Pain:
A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines.
CADTH Rapid Response Report: Summary with Critical Appraisal
Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 Jul 24.

Kulcsszavak: gyógyszer, cannabis, orvosi cannabis, fájdalomcsillapítás, Kanada

Forrás Internet-helye: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546424/>

A kanadai gyógyszerügyi és egészségügyi technológiai ügynökség tanulmánya az orvosi cannabis krónikus fájdalmakkal szembeni hatásával foglalkozó szakirodalmat tekintette át. Az értékelés a 2014 és 2019 közötti angol nyelvű szakirodalomra terjedt ki.

Kanadában a krónikus fájdalmak prevalenciája 25%. Ezért az országban növekvő igény mutatkozik a cannabis-alapú készítmények iránt. A cannabis vásárlása és fogyasztása 2018 október óta legális, az orvosi cannabis használatát 2001-ben engedélyezték.

Eredmények

- Az elemzők 644 szakirodalmi utalást találtak, de csak 11 publikáció felelt meg a tanulmány minőségi kritériumainak.
- 4 áttekintő tanulmány és a létező irányelvek szisztematikus elemzése alapján azonosíthatók bizonyos támpontok a cannabis-alapú gyógyszerek neuropátiás fájdalmak elleni alkalmazására.
- A leletek azonban inkonzisztensek fibromyalgiás betegeknél, a mozgásszervek fájdalmainál, valamint Crohn-betegség és sclerosis multiplex esetén.
- 6 irányelvből, amelyek elsősorban neuropátiás fájdalmakkal foglalkoznak, levezethető, hogy a cannabis-alapú gyógyszerek kezelési opciók lehetnek neuropátiás fájdalmakat érző betegeknél, rákos megbetegedések esetén érzett krónikus fájdalmaknál, valamint krónikus nem rákos megbetegedések okozta fájdalmaknál – ám csak bizonyos megszorításokkal.
- Két irányelv explicit módon a cannabis-alapú gyógyszerek fibromyalgiákkal és hátfájással szembeni alkalmazása ellen, egy irányelv pedig fejfájás, reumatoid artritisz és oszteoartritisz esetén való alkalmazása ellen szól.
- Az egyik irányelv szerint sclerosis multiplex esetén hasznos lehet, de az a cannabis-termék jellegétől és a beteg állapotától függ.

Az elemzés korlátozott terjedelmű és nem támaszthat igényt a teljességre. A **PubMed** szakirodalmi adatbank szerint mégis a rendkívül figyelemreméltó publikációk közé sorolható.

Finanszírozás: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.

A decubitus epidemiológiája Németországban
Gesundheitswesen; DOI: 10.1055/s-0043-122069

Kulcsszavak: ápolás, betegápolás, idősápolás, bőrápolás, decubitus, felfekvés, incidencia, prevalencia, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.researchgate.net/publication/322464841_Die_Epidemiologie_des_Dekubitus_in_Deutschland_eine_systematische_Ubersicht

A tanulmány célja a decubitus incidenciájának és prevalenciájának szisztematikus áttekintése volt a 2010 és 2015 közötti időszakra vonatkozóan.

Különböző adatbankok értékelése során 67 tanulmányt és dokumentumot azonosítottak a decubitus németországi incidenciájával és prevalenciájával kapcsolatban. Az adatok többsége kórházi intézményekből származik (46 forrás; 35 kórházakból, 11 rehabilitációs intézetekből). 27 forrás a bentlakásos intézményi ápolás területéről szolgáltatott adatokat. Az ambuláns szektorra vonatkozóan 7 tanulmányt azonosítottak.

Eredmények

- A kórházakban megállapított fődiagnózisok szerint Németországban az összes kórházban kezelt beteg 0,07%-1,24%-ánál állapítottak meg az 1. stádium fölötti decubitust. A decubitus gyakorisága mellékdiagnózisként 2%-ot tesz ki.
- A decubitus 1. stádiumát leszámítva az *AQUA-Institut* 2013. óta 1,59%-os, ill. 1,55%-os prevalenciáról számolt be.
- Az idősápolás területén az elsődleges felmérések során 2,66%-os (2014), ill. 3,40%-os (2013), továbbá 6,74%-os, ill. 6,48%-os (2011) prevalenciát számítottak ki. Az 1. stádium kizárásával a prevalencia 4,94% és 2,69%, ill. 2,01% között volt.
- Az elsődleges felmérések az ambulánsan gondozottak körében 2,27% (2010), ill. 2,88% (2014), továbbá 3,98% (2012) prevalenciát állapítottak meg. Az ambuláns gondozás területén rutinadatokat vagy incidenciaszámokat nem állnak rendelkezésre.

A szerzők szerint a decubitus Németországban az egészségügyi ellátás minden setting-jében gyakori jelenség. A módszertani korlátozások és az összehasonlíthatóság hiánya mellőzésével megállapítható, hogy a tartós ápolás területén a prevalencia 2% és 5% között mozog. A heterogén adatbázis mellett feltételezhető, hogy a decubitus prevalenciája legalább 2%, vagy akár meg is haladhatja azt. Ezek az arányok azt mutatják, hogy a decubitus megelőzésére irányuló intézkedéseket korántsem merítették ki. A prevenció javítása céljából további törekvésekre lesz szükség.

***Jelentés a májtranszplantációk száma és minősége közötti összefüggésről –
Rapid Report V18-04***

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

IQWiG-Berichte – Nr. 813 (72 p.)

Apud: Deutsches Ärzteblatt online, 4. Oktober 2019

Kulcsszavak: szervtranszplantáció, májtranszplantáció, minőség, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Németország

Forrás Internet-helye (a jelentés linkről letölthető):

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/106470/Lebertransplantationen-Bessere-Ergebnisse-bei-hoeheren-Fallzahlen?rt=971bf246e981d1c3d78e945717e58e5a>

Az *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)* ún. *Rapid Report*-ja szerint azokban a kórházakban, ahol több májtranszplantációt végeznek, a betegek túlélési esélyei magasabbak. A *Közös Szövetségi Bizottság (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)* 2018 decemberében adott megbízást a májtranszplantációs műtétek volumene és minősége közötti összefüggésre vonatkozó jelentés összeállítására.

A jelentés szerint Németországban 2017-ben 795 májtranszplantációra került sor. A leggyakoribb indikáció a májcirrózis miatti krónikus májelégtelenség volt. Az orvosi team az esetek többségében halott donortól származó szervet ültetett be. A donorszerv megosztása esetén a nagyobb jobb lebenyt felnőtt, a kisebb bal lebenyt gyermek kapja meg.

Az immunszuppresszánsok alkalmazása ellenére, a transzplantációt követően az érintettek 30%-ánál legalább egy akut kilökődési reakció következett be. Későbbi krónikus kilökődési reakciókat a betegek 3-17%-ánál figyeltek meg.

Az intézet kutatói az értékelésbe bevont hat megfigyeléses vizsgálat alapján úgy ítélték meg, hogy a valamely kórházban végrehajtott májtranszplantációk száma és a kezelés eredményének minősége között pozitív összefüggés állapítható meg. A magasabb esetszámokkal rendelkező kórházaknál a túlélési esélyek összességében magasabbak. Az adatminőség miatt azonban ez az állítás korlátozott értékű. Németországban jelenleg a májtranszplantáció területén a minimális volumen kórházi telephelyenként évente 20 kezelés (beleértve a részleges élődonoros transzplantációkat).

Az egyik releváns tanulmány szerint a transzplantátumok kilökődési rátája csak évente 50 májtranszplantációig csökken, ezt követően növekedik, majd évente 90-es esetszám fölött ismét csökken. A kutatók szerint, amennyiben ezt további vizsgálatok megerősítenék, úgy az eddigi minimális volumenek teljesítése mellett magasabb éves volumenek kitűzése is elképzelhető lenne.

*Halott donortól származó vesék transzplantációja
az Egyesült Államokban és Franciaországban*
JAMA Intern Med. Published online: August 26, 2019.
doi:10.1001/jamainternmed.2019.2322

Kulcsszavak: szervtranszplantáció, vesetranszplantáció, Egyesült Államok, Franciaország, Eurotransplant

Forrás Internet-helye:

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2748452> ,
https://www.eurekalert.org/pub_releases/2019-08/uops-mkd082219.php ;
<https://www.pennmedicine.org/news/news-releases/2019/august/many-kidneys-discarded-in-the-united-states-would-be-transplanted-in-france> ;
<https://www.paristransplantgroup.org/news/disparities-in-acceptance-of-deceased-donor-kidneys-between-the-united-states-and-france-and-estimated-effects-of-increased-us-acceptance>

Penn Medicine: <https://www.pennmedicine.org/>

Paris Transplant Group: <https://www.paristransplantgroup.org/>

Peter Reese (Paris Translational Research Center for Organ Transplantation, INSERM, UMR-S970, Paris, France; Department of Medicine, Renal-Electrolyte and Hypertension Division, University of Pennsylvania, Philadelphia; Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia) és mt. tanulmánya szerint az Egyesült Államokban 2004 és 2018 között csaknem 28.000 halott donortól származó vesét selejtezték le. Ezzel szemben a franciaországi transzplantációs központokban e vesék több mint 60%-át (17.500) transzplantálták.

Az elemzett időszakban az Egyesült Államokban az orvosok 156.089 halott donortól származó vese közül 128.102-t transzplantáltak. Ezek mintegy 18%-át lesejtezték. Ez az arány Franciaországban mindössze 9,1%. Ennek oka, hogy Franciaországban az idősebb donoroktól származó szerveket inkább elfogadják, mint az Egyesült Államokban. A vesedonorok átlagos életkora az Egyesült Államokban 36,5 év, Franciaországban 60 év.

Az egymillió lakosra jutó donorok száma (pmp) Spanyolországban a legmagasabb és itt végzik a legtöbb transzplantációt (100 pmp). Spanyolországban a donorok 50%-a több mint 60 éves és több mint 30%-a több mint 70 éves.

Jóllehet a donorok életkora kockázatos tényező, egyes tanulmányok szerint az 50 vagy 60 év fölötti donoroktól származó szervek meghosszabbíthatják a transzplantációra

várók életét. Ebből főleg az idősebb recipiensek profitálhatnak, akiknek az aránya az Egyesült Államokban továbbra is növekedik. A 60 év fölötti recipiensek aránya 2004-ben 22%, 2017-ben 32% volt.

A szerzők kiszámították, hogy amennyiben az Egyesült Államokban 17.500 májat leselejtezés helyett beültetnének, ez több mint 130.000 életévet eredményezne. Ez minden beteg számára átlagosan 7,4 évet jelentene a transzplantált szervvel.

Az *Eurotransplant* már 20 éve az „*old for old*“ elvet követi a hatékony szervhasználat érdekében. Az *Eurotransplant Senior Program (ESP)* keretében 65 év fölötti donorok szerveit közvetítik ugyancsak 65 év fölötti donorok részére. Franciaország nem tagja az *Eurotransplant*-nak.

Újabb az Egyesült Államok is ezt a modellt alkalmazza. A Trump-adminisztráció 2019 júliusában fogadta el az *Executive Order on Advancing American Kidney Health* c. rendeletet. Ennek keretében az első lépést a közvetítési eljárás felgyorsítását célzó program (*Kidney Accelerated Placement Project – KAPP*) jelenti.

A donorszervek leselejtezésének mértéke az egyes országok között különböző. Ez elsősorban a szelekció kritériumaitól függ. Az Egyesült Államokban az orvosok 2012. óta a *KDP-indexhez (kidney donor profile index)* igazodnak. Ez a kilökődés valószínűségét méri. Az idősebb donorok szerveit egyebek között a biopszia és az áramlási paraméterek alapján értékelik. Ám ezek a kritériumok vitatottak.

Európában ezzel szemben a beteg állapotát károsító komorbiditást veszik figyelembe, beleértve a diabéteszt és a magas vérnyomást. Ezzel kapcsolatban a *Harvard Medical School Boston* és az *Osaka Medical College* három kutatója készített kísérő kommentárt.

Az ESP eredményeiről 2008-ban készült Németországra, Ausztriára, Hollandiára és Belgiumra kiterjedő elemzés. A következtetések szerint az ESP biztosítja, hogy a 65 év fölöttiek elsősorban 65 év fölöttiek donorveséit kapják meg. Ez a program 5 hónappal rövidíti meg a donorszervre való várakozási időt. Az ESP keretében a betegek a transzplantációt követően nagyjából ugyanannyi ideig élnek, mint amennyit dialízissel éltek volna.

A 75 év fölötti donorszervek tekintetében Spanyolország is eredményeket ért el. Az elhalálozás kockázata a dialízishez viszonyítva egy év elteltével minden korcsoportban megfelelő (relatív kockázat: 0,51; 95%-ös konfidencia-intervallum: 0,34-0,77).

Vesetranszplantáció HIV-fertőzöttek körében
New England Journal of Medicine (2019; 381: 1387-1389)

Kulcsszavak: szervtranszplantáció, vesetranszplantáció, HIV-fertőzöttek, Groote Schuur Hospital Cape Town, Dél-Afrika, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1903013> ;
<https://www.niaid.nih.gov/news-events/most-kidney-transplants-between-people-hiv-have-long-term-success>

A HIV-fertőzött donorok veséjének HIV-fertőzött recipiensbe való átültetése nyilvánvalóan nem jelenthet veszélyt. Egy kohorszvizsgálat szerint a donorszervek általi „szuperfertőzés” kockázata alacsony. A rezisztenciák nem tevődnek át és a szerv, valamint a beteg túlélési rátája sem csökken.

A HIV-fertőzöttek aránya Dél-Afrikában világviszonylatban a legmagasabbak közé tartozik. A HIV-fertőzött betegeknél egyebek között a donorhiány miatt eddig eltekintettek a transzplantációtól. Az sem volt tisztázott, hogy a HIV-fertőzés nem károsítja-e a donorvese minőségét.

A fokvárosi **Groote Schuur Hospital**-ban 2008. óta egy kohorszvizsgálat keretében 51 HIV-pozitív beteg 28 HIV-pozitív donortól kapott vesét. A donorok többségénél az agyhalál beállta előtt nem tudtak a HIV-fertőzöttségről és ezért antiretrovirális gyógyszereket sem kaptak. A transzplantációt megelőzően az összes recipiensnél odafigyeltek az optimális vírussuppresszióra. Fennállt tehát a veszély, hogy a transzplantációval HIV-fertőzés következzen be.

24 recipiensnél elvégezték a vírusgének pontos analízisét. Ez kiemelten a rezisztencia gének keresésére összpontosult. 6 betegnél rezisztencia géneket fedeztek fel. A rezisztenciák mind a 6 betegnél már a transzplantációt megelőzően ismertek voltak, így az antiretrovirális kezelés tekintetében nem került sor változtatásra.

8 betegnél (32%) a transzplantációt követően mutatták ki a donor vírusait. A vizsgálat végén csak egy betegnél mutatták ki „duális” HIV-fertőzést.

HIV-fertőzöttek szerveinek felhasználása az Egyesült Államokban 2013. óta a **HIV Organ Policy Equity (HOPE)** alapján engedélyezett. A **US-National Institute of Allergy and Infectious Diseases** jelenleg két fázisban vizsgálja a transzplantációk biztonságát. A „**HOPE in Action Multicenter Kidney Study**“ eredményeit a várakozások szerint 2021-ben, a „**HOPE in Action Multicenter Liver Study**“ eredményeit 2024-ben tehetik közzé.

Neuroszexizmus: női agy – férfi agy

Univadis, 02. 08. 2019

Kulcsszavak: genderkutató, idegtudományok, pszichiátria, nemzetközi

Forrás **Internet-helye:** https://www.univadis.de/viewarticle/von-neuroseximus-coco-chanel-und-pudding-kochenden-maennern-685145?u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtU14Soq8URsQKrZIarLAUYJ&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_imdiskurs_email_uniannouncement_ger-de&utm_content=3633037&utm_term=

Dr. Oetker egykori (1950) reklámja szerint: „Egy nő számára két életbevágó kérdés van: Mit vegyek fel? és Mit főzök? A férfi számára az életben a legfontosabb dolog a puding.” Manapság ez már rég vihart kavart volna a közösségi oldalakon. Ám eltekintve attól, hogy a férfiak is tudnak pudingot főzni: a nők megtanultak főzni, jelen vannak a tudományos kutatás élvonalában, bungee-jumpingoznak, Jumbo-Jet-eket vezetnek és eljutottak a világűrbe is.

Vezető pozíciókban azonban a nők még mindig kivételnek számítanak. Még mindig elterjedt az a felfogás, miszerint az esélyegyenlőség csak legyen a nők problémá(cská)ja. A férfiak valami miatt egyenlőbbek a nőknél. Egy olasz fizika professzor pedig kijelentette, hogy a fizika területén azért működik kevesebb nő, mert a nők agya kevésbé alkalmas a fizikai kutatásra, mint a férfiaké.

Dr. Gina Rippon brit idegkutató „The Gendered Brain“ c. könyvében kifejti, hogy a nők és a férfiak eltérő viselkedése, érdeklődése nem az agyi hardveren és szoftveren múlik, hanem a nevelésen, a környezeten, a szocializáción. Rippon üzenete: „*A gendered world will produce a gendered brain*”. Álláspontjával szemben nemcsak férfi kutatók részéről fogalmazódtak meg

ellenvélemények. **Dr. Aarthi Gobinath** (*University of British Columbia, Vancouver*) szerint a férfiak és nők között különbségek vannak a hormonok és a hormonreceptorok, a neurotranszmitterek tekintetében. Az agy és az immunrendszer közötti interakció férfiaknál és nőknél ugyancsak nem azonos. Ezenkívül egyes cerebrális megbetegedések, mint az Alzheimer-kór és a skizofrénia, a férfiaknál és a nőknél másképp manifesztálódnak. Különbözik továbbá az autizmus, a depresszió és a Parkinson-kór gyakorisága.

Dr. Maria Teresa Ferretti (*Women's Brain Project, Universität Zürich*) és **Prof. Harald Hampel** (*Vice President, Global Medical Affairs, Alzheimer's Disease Eisai, USA; Ludwig-Maximilians Universität, München*) Alzheimer-kutatók, az ún. *Precision Medicine* kiemelkedő képviselői, tanulmányukban az Alzheimer-kór diagnózisa és terápiája tekintetében megnyilvánuló releváns különbséget hangsúlyozták. Harald Hampel, az *Alzheimer Precision Medicine Initiative* irányítója szerint a nemek között nyilvánvaló különbségek vannak a betegség progressziója és a kockázati tényezők vonatkozásában. A kognitív leépülés a nőknél sokkal gyorsabban megy végbe, az agysorvadás hasonlóképpen. Egyes metabolikus kockázati tényezők, mint az elhízás, viszont a férfiak körében gyakoribbak. Ezek a különbségek a perszonalizált diagnosztika és a terápia kialakítása során figyelembe veendőek.

Julia Sacher *privát docens* (*Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften, Leipzig*) és **Rachel Zsido** *PhD hallgató* közös tanulmányában azt vizsgálta, hogy miként hatnak a szexuálhormonok és a testsúly az érzelmi és kognitív közérzetre. Következtetésük szerint az ösztadiol szerepet játszik abban, hogy elsősorban az élet középső szakaszában fenntartja a női agy hálózatainak strukturális épségét és az emlékezet egészségét. Egy másik tanulmányban **Julia Sacher** és **Prof. Steffi Riedel-Heller** (*Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health*) megállapította, hogy a magas tesztoszteronszint és a testsúly változása a menopauza előtti és utáni időszakban különböző módon befolyásolja a nők depresszióra való hajlamát.

Retrospektív vizsgálat a nemi identitás megváltoztatására irányuló erőfeszítések és a lelki zavarok közötti összefüggésről a transznemű felnőttek körében

JAMA Psychiatry. 2019 Sep 11:1-9

Kulcsszavak: lelki egészség, lelki zavarok, stressz, distressz, öngyilkosság, gender, nemi identitás, transzszexualitás, transzneműség, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2749479>

Jack L. Turban, MD, MHS (Division of Child and Adolescent Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston) és mt. retrospektív vizsgálata szerint a transznemű felnőttek körében, akiknek világi vagy egyházi tanácsadók a nemi identitás megváltoztatását javasolták, a lelki problémák és az öngyilkosságra való hajlam kockázata magasabb.

Eddig kevés kutatást végeztek arról, hogy az ún. transznemű személyeknek a nemi identitás megváltoztatására irányuló erőfeszítései („*Gender identity conversion efforts*“, *GICE*) esetleg pszichés zavarokat okozhatnak-e. 2015 szeptemberében az Egyesült Államokban készült egy keresztmetszeti vizsgálat, amelynek keretében a következő kérdést tették fel transznemű személyeknek: „Befolyásolták-e Önt pszichológusok, világi vagy egyházi tanácsadók abban, hogy azonosuljon születés kori nemével, vagy – másszóval – megkísérelték-e lebeszélni Önt arról, hogy transznemű legyen?” A válaszokat összefüggésben helyezték a súlyos lelki megterheléssel (legalább 13 a *Kessler Pszichológiai Distressz Skálán* – *Kessler Psychological Distress Scale*) a nemi identitás megváltoztatását megelőző hónapban és az öngyilkosság különböző paramétereivel az azt megelőző évben és az egész élet során.

- A kérdőívre 27.715, átlagosan 31,2 éves személy válaszolt, akik közül 11.857 személyt születésükkor a férfi nemhez soroltak.
- A 19.741 alany közül (71,3%), aki valaha szakértővel értekezett nemi identitásáról, 3.869 számolt be a nemi identitás megváltoztatására irányuló kísérletekről (19,6 %).

Finanszírozás: *Health Resources and Services Administration Bureau of Primary Health Care, National Institutes of Health, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*

A nők közéleti szerepvállalásának alakulása Svájcban

Neue Zürcher Zeitung, 9. 10. 2019. 05:30

Kulcsszavak: szociálpolitika, nőpolitika, esélyegyenlőség, nők szerepvállalása, női politikusok, nők választójoga, Ruth Dreifuss, Svájc

Forrás Internet-helye: https://www.nzz.ch/meinung/merci-les-welsches-und-danke-auch-andreas-glarner-ld.1512020?mktcid=nled&mkteval=107_2019--10-09&kid=nl107_2019-10-8

Svájcban 2019. október 20-án parlamenti (*Nationalrat* – Nemzeti Tanács, a Szövetségi Gyűlés alsóháza) választásokra kerül sor.

A svájci nők emancipációjában és közéleti szerepvállalásában mindenképpen **Romandia** (Nyugat-Svájc; fr. *Suisse Romande*, n. *Welschland*) játszotta az élenjáró szerepet. Az első nő, aki bevonult a Kantonok Tanácsába (*Ständerat*, felsőház), a genfi Lise Girardin volt. Ez 1971-ben történt. Ő volt az első nő, akit Svájcban városvezetővé választottak. 1968-ban Genf polgármestere lett.

A romandiai nők más területeken is úttörők voltak: az első diplomázott női hegyi vezető, az első női futballbíró az első ligában.

Nyugat-Svájcban a nők már 1959-ben kivívták a választójogot. Az 1959-es referendumon Neuchâtel, Genf és Waadt polgárai igennel szavaztak a nők választójogára. A többi kantonban tizenkét évvel később, 1971-ben vezették be a nők választójogát.

A nyugat-svájci nők kezdeményezték az első női sztrájkot (*Frauenstreik*, 1991. június 14.).

Ruth Dreifuss volt az első nő, akit beválasztottak a szövetségi kormányba (*Bundesrat*) és ő volt a Svájci Államszövetség első női elnöke. [Sz. Sankt Gallen, 1940.; Közgazdasági tanulmányok: *Université de Genève*; 1993-2002. között államszövetségi belügyminiszter (amely az egészségügy felügyeletét is ellátja, ezért egyben államszövetségi egészségügyi miniszter); 1998. január 1. - december 31. között a Svájci Államszövetség alelnöke; 1999. január 1. - december 31. között a Svájci Államszövetség elnöke; az *ENSZ Global Commission on Drug Policy* tagja, az *Open Society Foundations* felügyelő bizottságának tagja, a *WHO Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health* elnöke, a *High-Level Panel on Access to Medicines* társelnöke. – *a szerk.*]

Az ország a romandiai képviselőknek köszönheti az anyasági biztosítás bevezetését. A latin Svájcban származó polgárjogi aktivisták veredték ki a parlamentben a nagy cégek béranalízisre való kötelezettségét. Egyesek szerint a nyugat-svájci polgárjogi aktivisták etatisták és rejtőzködő baloldaliak. Valójában Romandiában a privát szférába belefér a politikum. Önmagában az állam és az individuum közötti viszony ilyen-olyan megértése azonban egyedüli magyarázatként nem vezet messzire. A genderpolitika és a családpolitika valamilyen módon mindig összefügg a nők szerepéről szóló felfogással.

*Jelentés Németország szociális helyzetéről –
Datenreport 2018 – Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*
Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)
Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bonn, 2018 (416 p.)

Forrás Internet-helye: Statistisches Bundesamt:

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Datenreport.html> ;
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2018.pdf?__blob=publicationFile

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (fejezetenként):
<http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2018/> ,

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (egyben és fejezetenként): <https://wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2018>

6. Privát háztartások – jövedelmek, fogyasztás

6. 1. 2. A privát háztartások nettó jövedelme

A háztartások nettó jövedelme és annak megoszlása

2016-ban a háztartások átlagosan havi 3.314 EUR nettó jövedelemmel rendelkeztek. A háztartások 16%-a kevesebb mint havi 1.300 EUR-ból gazdálkodott. A legmagasabb jövedelmi osztályba (5.000 és kevesebb mint havi 18.000 EUR) a privát háztartások szűk 19%-a tartozott.

A háztartások nettó jövedelme háztartástípusok szerint

Az egy vagy több 18 éven aluli gyermeket nevelő házaspárok 2016-ban átlagosan havi 4.761 EUR-ral, a különböző háztartástípusok közül a legmagasabb jövedelemmel rendelkeztek. A gyermektelen házaspárok – köztük a két keresettel rendelkező jól szituáltak és a kisnyugdíjas párok – átlagosan havi 3.969 EUR jövedelemmel rendelkeztek. A gyermeküket egyedül nevelő szülők havi jövedelme átlagosan havi 2.357 EUR volt, 1.000 EUR-ral kevesebb, mint az átlagos háztartások nettó jövedelme. Az egyedülállóak – mint a jól kereső szinglik, vagy nyugdíjasok – átlagosan havi 2.013 EUR jövedelemmel rendelkeztek. Egy

vagy több gyermeket nevelő szülők háztartásában átlagosan 3,8 személy, gyermekeit egyedül nevelő szülő háztartásában 2,3 személy lakott.

4. 6. 1. 3. A háztartások rendelkezésre álló jövedelme és annak felhasználása

A háztartások »költekezésekre alkalmas jövedelmeinek és bevételeinek« kiszámítása a háztartás nettó jövedelmének, valamint egyéb forrásokból (használt autó, üres üveg, sörös doboz eladása, energiaköltségek visszatérítése) származó bevételeinek összeadásával történik. Ez az összeg gazdálkodás és létfenntartás céljából a háztartások rendelkezésére áll. 2016-ban a háztartások rendelkezésre álló jövedelme átlagosan havi 3.374 EUR volt.

2016-ban a háztartások költekezésekre alkalmas jövedelmük 74%-át, havi 2.480 EUR-t privát fogyasztásra: étkezésre, lakásra, öltözködésre, egészségre, szabadidőre, oktatásra, kommunikációra, közlekedésre, éttermi és szállodai szolgáltatásokra fordították.

Jövedelmi milliomosok

2014-ben 19.000 adózó rendelkezett egymillió EUR fölötti adóköteles jövedelemmel, 1.600 adózóval több, mint 2013-ban. E csoport átlagjövedelme évi 2,7 millió EUR volt. Mindezek az adatok a 2014-re vonatkozó bér- és jövedelemstatisztikából származnak, amelyek az eljárás hosszadalmassága miatt csak az adókimutatást követően három és fél évvel később állnak rendelkezésre.

6. 1. 4. A fogyasztási kiadások struktúrája

A privát háztartások átlagosan havi 2.480 EUR összegű fogyasztási kiadásainak megoszlása: 35% (877 EUR) lakásra, energiára, lakásfenntartásra; 14% (342 EUR) élelmiszerekre, italokra, dohánytermékekre; 14% (335 EUR) közlekedésre; 10% (258 EUR) szabadidőre, szórakozásra, kultúrára.

A fogyasztási kiadások 6,1%-a (150 EUR) lakberendezésre, háztartási gépekre, 5,7%-a (142 EUR) éttermi és szállodai szolgáltatásokra, 4,4%-a (108 EUR) ruházatokra, lábbelikre, 4,0%-a (99 EUR) egészségvédelemre, 2,5%-a (62 EUR) postára és telekommunikációra, 0,7%-a (18 EUR) oktatásra jutott.

7. Szociális struktúra és szociális helyzet

7. 1. Szociális helyzet és szociális rétegződés

Az utóbbi években a közbeszédben ismét tért hódítanak a szociális egyenlőtlenség, az újraelosztás és a jólét kérdései. Miközben a szövetségi köztársaság gazdasági helyzete összességében pozitívan alakul, ez nem szolgál mindenkinek egyformán javára. A szociális egyenlőtlenség növekedik, egyre többen élnek relatív szegénységben, a gazdagok és szegények közötti statisztikai olló szétnyílik. A nyilvánosságban egyre gyakrabban fogalmazódnak meg aggodalmak és ezzel együtt erőteljes érzelmi kifakadások a keleti tartományok további leszakadásával és frusztráltságával kapcsolatban.

A különböző szociális helyzetekben levő csoportok megkülönböztetésére a tanulmány életkoruk szerint 60 éven felüliekre és 60 éven aluliakra tagolta a lakosságot, továbbá a keresőtevékenységhez való viszonyuk és a keresőtevékenység keretében elfoglalt helyük szerint differenciálta azt. Ebből a keresőtevékenységet végzők és keresőtevékenységet nem végzők 18 szociális kategóriája adódott, amelyet a férfiak és nők elkülönítése tovább finomított.

A keleti tartományok munkaerőpiacának 1990 utáni átalakulása messzemenő következményekkel járt a szociális struktúra vonatkozásában. Miközben az NDK gazdaságát a teljes foglalkoztatottság jellemezte, az újraegyesítés utáni társadalmi átalakulás sok korábbi foglalkoztatott számára nem kívánt élethelyzeteket, munkanélküliséget, előrehozott nyugdíjazást, háziasszonyi szerepet eredményezett. A keleti tartományok foglalkoztatási struktúrája a nyugati tartományokéhoz közeledett.

A nyugati tartományok szociális struktúrája 1990. óta keveset változott. Az egyetlen kivételt a nőknek a keresőtevékenységben való fokozottabb részvétele jelenti. A háztartásbeliek aránya 1990. óta kétharmaddal csökkent. Ezzel párhuzamosan növekedett a nők aránya a szakképzett és magasan szakképzett munkakörökben. A háztartásbeli szerep azonban a nyugati tartományokban még mindig elterjedtebb.

A munkavállaló nők körében mind a nyugati, mind a keleti tartományokban az alkalmazotti és köztisztviselői státusz domináns. Miközben a nyugati tartományok hagyományosan „alkalmazotti társadalomként” jellemezhetők, a keleti tartományok egykori „szakmunkás társadalma” messzemenően fellazult, jóllehet ott a férfiak körében a szakmunkás munkakör jóval erőteljesebben, a tisztviselői munkakör pedig kevésbé elterjedt, mint a nyugatiakban.

7. 2. Szociális mobilitás

A valamely osztályból való származás, az oktatási esélyegyenlőség hangsúlyozása és a szakmai teljesítmény szempontjának kiemelése ellenére továbbra is erőteljes befolyást gyakorol a németországi férfiak és nők későbbi osztályhelyzetére. Sokan vannak, akik a szüleikéhez hasonló társadalmi pozícióval rendelkeznek. Ez elsősorban a földművesekre és a szakmunkásokra igaz, de valamivel kevésbé kihangsúlyozottan a felső szolgáltatói osztályra, a betanítatlan munkásokra és alkalmazottakra is érvényes. Az idő folyamán kevés változás következett be, ami elsősorban a szakképzett munkásokra és főleg a keleti tartományokban a felső szolgáltatói osztályra vonatkozatható. A felső szolgáltatói osztályok egyre inkább újratermelik magukat.

Az osztályhelyzet öröklése gyakori jelenség. A felső szolgáltatói osztályban az öröklési ráták mind a férfiak, mind a nők körében, a nyugati és a keleti tartományokban egyaránt növekednek. A betanítatlan munkások és tisztviselők körében viszont az öröklődés a nők körében csökken, a férfiak körében enyhén növekedik. Ezenkívül a keleti tartományokban a szakmunkás pozíciók öröklődési rátája egyre csekélyebbé válik. Összességében a férfiak polarizációja mind a nyugati, mind a keleti tartományokban fokozódik, miközben a nők egyre nagyobb mértékben elkerülik a rosszabb pozíciókat és jobb pozíciókat szereznek meg.

Az évezred első évtizedében jellemző folyamatok, a lecsúszás gyakoribbá válása és a felkapaszkodás megritkulása, az aktuális évtizedben nem folytatódtak. Most ismét több a felemelkedés, a lecsúszások mértéke alig változik. Összességében, főleg a nyugati férfiak körében túlsúlyban van a felemelkedés. Keleten a felemelkedés mérsékeltebb. A szociális mobilitás a nyugati és keleti nők körében hasonló, a férfiak körében a különbségek kihangsúlyozottabbak.

8. Egészségügy és szociális biztonság

8. 1. Balesetek és szenvedélybetegségek a fiatalkorúak körében

2016-ban 24 percenként következett be olyan közúti baleset, amelynek érintettjei 6 és 14 év közöttiek voltak. 2007 és 2016 között a depresszió miatt kezelt 15 év alattiak száma négyszeresére növekedett. A *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* által a fiatalkorúak kábítószer iránti affinitásáról 2015-ben kiadott tanulmány szerint a számítógépes játékokkal és Internet-használattal összefüggő pszichés zavarok száma a 12 és 17 év közöttiek körében csaknem megduplázódott.

8. 1. 1. Kórházi diagnózisok és kezelések

Diagnózisok

A kórházi kezelésekről a *kórházi diagnózisok statisztikája (Krankenhausdiagnosestatistik)* nyújt eligazítást. Az esetek száma nőknél 9,1 millió esetről (2006) 15%-kal, 10,5 millióra (2016), férfiaknál 20%-kal, 8,0 millió esetről (2006) 9,6 millióra (2016) növekedett.

A kórházi tartózkodás leggyakoribb okai 2016-ban a keringési rendszer megbetegedései voltak. Az esetek 15%-a ehhez a betegségcsoporthoz tartozott. 2006-hoz viszonyítva az esetek aránya 14%-kal növekedett. Második helyen a sérülések, mérgezések és egyéb külső okok következményei álltak, az esetek 10%-a. 2006-hoz viszonyítva számuk 2016-ban 16%-kal magasabb volt. Harmadik helyen az emésztőrendszer megbetegedései álltak, ugyancsak az összes diagnózis 10%-ával. 2006-hoz viszonyítva a növekedés 15%.

A legmagasabb növekedést (48%) a „másutt közelebbről nem klasszifikált szimptómák és klinikai és laborleletek” fejezetnél regisztrálták. Ide tartoznak pl. a keringés ájulás nélküli összeomlása, nyaki és melltájéki fájdalmak. A fertőzés miatti kezelések száma ugyanazon időszakban 42%-kal, a bőrbetegségek miatti kezeléseké 30%-kal, az izom-csontrendszeri kezeléseké 25%-kal növekedett. Direkt összehasonlításban csak a daganatos megbetegedések miatti kezelések száma nem változott. Csökkenés azonban sehol sem következett be.

Műtétek és orvosi kezelési eljárások

A DRG-statisztika adatai szerint a kórházakban 2016-ban a teljeskörű fekvőbeteg ellátásban részesített személyeknél összesen 58 millió műtetre és orvosi kezelési eljárás nyújtására került sor. Az előző évhez viszonyítva ez 5,6%-os növekedésnek felel meg. Egy-egy kórházi esetre átlagosan 3,1 ilyen jellegű eljárás jutott. A műtétek és eljárások száma a férfiak körében az összes korcsoportban magasabb volt mint a nők körében.

A *műtéti és procedúrakulcs (Operationen und Prozedurenschlüssel – OPS)* fejezetei szerint differenciálva: első helyen a műtétek (29%), második helyen a nem műtéti terápiás eljárások (26%), harmadik helyen a képalkotó eljárások (21%) álltak.

A 2016-ban végrehajtott műtétek közül első helyen a mozgásszervek műtétei álltak, amelyeket az emésztőszervi traktus műtétei, valamint a bőr és alhám

műtétei követtek. Nők körében a leggyakoribb műtétek: női nemiszerv szakadás/gátrepedés utáni rekonstrukciója, császármetszés, „egyéb bélműtétek”. Férfiaknál az „egyéb bélműtétek” álltak első helyen, amelyeket a sérvkizáródás (*Hernia inguinalis*), az ágyéki gerinc, valamint a kereszt- és farkcsont műtétje követte.

8. 1. 3. Ápolás

Ápolásra szorultság

2015 decemberében Németországban szűk 2,9 millió ápolásra szoruló személy élt. Öt ápolásra szoruló közül négy 65 éves vagy annál idősebb, egyharmaduk 85 évnél idősebb volt. Az ápolásra szoruló személyek kétharmada nő volt.

Az ápolásra szoruló személyek száma 2005-ben még 2,1 millió volt. A növekedés oka a lakosság előregedése. A 80 évesek és annál idősebbek száma 2005-ben 3,7 millió, 2015-ben 4,7 millió volt.

Az életkorral együtt növekedik az ápolásra szorultság mértéke. A 70 és 74 év közöttiek körében még minden huszadik személy (5%), a 90 év fölöttiek 66%-a szorul ápolásra. A 80 év fölötti nők körében az ápolásra szorultság gyakoribb, mint a velük azonos korú férfiak körében. A 85 és 89 év közötti nők 44%-a, a férfiak 31%-a szorul ápolásra.

Az ápolásra szorultság aránya mellett a nők és a férfiak között az ápolás kérelmezése tekintetében is különbségek mutatkoznak. Az időskorú nők körében magasabb az egyedül élők aránya, mint a férfiak körében. Ápolásra szorultság esetén a nőknél korábban fellép a szolgáltatások kérelmezésének helyzete, miközben az ápolásra szoruló férfiakat többnyire a feleség gondozza. Ebben az esetben pedig kezdetben nem is kérelmeznek szolgáltatást és így az ápolási statisztikákban sem jelennek meg.

2015 decemberében az ápolásra szorulókat háromnegyedét otthonában gondozták. Ezek fele kizárólagosan pénzbeli ellátást vett igénybe, ami azt jelenti, hogy otthonában hozzátartozója látta el. Az, hogy a hozzátartozók mennyiben vették igénybe saját zsebből fizetett, többek között kelet-európai származású alkalmazottak segítségét, nem ismeretes. Az otthonukban gondozottak további egynegyedét a hozzátartozókkal együtt vagy teljes mértékben ambuláns ápolási szolgáltatók gondozták. A bentlakásos ápolási otthonokban gondozottak száma 783.400 volt.

A kiskorú ápolásra szoruló helyzet: 2015 decemberében a 15 év alattiak körében ápolásra szoruló száma 80.500 volt (62% fiú, 38% lány). A korcsoport teljes létszámához viszonyítva ez 0,7%-nak felel meg. A 15 év alattiak ápolási ellátása kizárólagosan otthon történt, mindössze 200 gyermek részesült engedélyezett ápolási otthonokban nyújtott bentlakásos intézményi ápolásban. Az ellátásra 3.800 esetben részben vagy teljes mértékben ambuláns ápolási szolgálat általi otthoni ápolás formájában került sor. A gyermekek ellátását 95%-ban a hozzátartozók végezték.

Szövetségi szinten 2015 decemberében 13.600 teljes mértékben vagy részlegesen bentlakásos, engedélyezett ápolási otthon működött. Az ápolási otthonok fenntartója az intézmények felénél közhasznú társaság volt. Egy-egy ápolási otthonban átlagosan 63 ápolásra szoruló személyt látnak el. Az ápolási otthonok többsége teljeskörű bentlakásos tartós ápolást nyújt.

Az ápolási intézmények személyzeti helyzete

Az ápolási intézményekben 2015 végén összesen 730.100 főt foglalkoztattak. Ezek kétharmada részmunkaidős, 84%-a nő volt.

A foglalkoztatottak 40%-a 50 éves vagy annál idősebb volt. A foglalkoztatottak többsége az ápolás és gondozás területén működött. A legtöbb ápoló idősápolói vagy betegápolói végzettséggel rendelkezik. Az ápolás és gondozás területén működő személyzet körében csaknem minden második személy idősápolói vagy betegápolói, ill. idősápolói és betegápolói képesítéssel rendelkezett. A 2015 decemberében engedélyezett 13.300 ambuláns ápolási szolgálatnál 355.600 fő dolgozott. Ezek kétharmadát részmunkaidőben foglalkoztatták, a nők a foglalkoztatottak 87%-át tették ki. A foglalkoztatottak 38%-a 50 éves vagy annál idősebb volt. Az ápolószemélyzet fő tevékenységi területe az alapápolás volt. A foglalkoztatottak kétharmada az alapápolás területén működött.

8. 1. 4. Halálokok

Általános halálozás

A halálesetek száma 2015-ben 925.200 volt (49% férfi, 51% nő). 2005-höz viszonyítva a halálesetek száma 11,4%-kal növekedett. 2015-ben a halálozás 1995-höz viszonyítva a nők körében 0,4%-kal, a férfiak körében 9,5%-kal

növekedett. Az okok: a nők magasabb születéskor várható élettartama, a férfiak kockázatosabb életvitele, az eltérő egészségtudatosság.

A halálozások aránya a 90 évesek és annál idősebbek körében 1995. óta 8,3%-kal növekedett, 2015-ben 18% volt.

Leggyakoribb halálokok

A leggyakoribb halálok (egyedi diagnózis) férfiaknál és nőknél ugyanaz: a krónikus ischaemiás szívbetegség. 2015-ben ez volt a leggyakrabban megnevezett halálok: 76.000 személyt érintett (38.800 férfit, 37.200 nőt).

A tíz leggyakoribb halálok közül öt a szív- és érrendszeri megbetegedések körébe sorolható: krónikus ischaemiás szívbetegség, akut miokardiális infarktus, szívelégtelenség, hipertóniás szívbetegség, valamint pitvarremegés és pitvarlebegés. 2015-ben csupán ezen öt megbetegedés miatt 98.100 férfi és 119.200 nő halt meg. További fontos halálokok a rákos megbetegedések: férfiak körében a hörgők és a tüdő, a prosztata, a vastagbél és a hasnyálmirigy rosszindulatú daganatai 60.300 halálesetet, nőknél a mell, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai 34.000 halálesetet okoztak.

Halálokok 2005 és 2015 között

Egyes betegségcsoportok halálozásban játszott szerepe 2005 és 2015 között csökkent. Csak a keringési rendszer megbetegedéseinek aránya 5,7 százalékponttal csökkent. 2005-ben még az összes haláleset 44%-a egy ilyen megbetegedésnek volt tulajdonítható, arányuk 2015-ben már csak 39% volt. Ugyanebben az időszakban a pszichés megbetegedések aránya a halálokok összességének 1,4%-áról (2005), azok 4,8%-ára növekedett. A növekedéshez elsősorban a demencia járult hozzá.

Csecsemőhalálozás

2005-höz viszonyítva (1.000 élveszülésre 3,9 haláleset) a csecsemőhalálozás 2015-ben 1.000 élveszülésre jutó 3,3 halálesetre csökkent. A fiúk túlélési esélyei (3,4 haláleset) alacsonyabbak voltak mint a lányoké (3,1 haláleset). 2015-ben összesen 2.405 csecsemő halt meg első életévében (1.297 fiú, 1.108 lány). 2005 és 2015 között a csecsemőhalálozás 291 esettel csökkent (11%).

8. 1. 5. Kórházi ellátás

A kórházak, a megelőző és rehabilitációs intézetek az évente összeállított kórházstatisztika tárgyát képezik. Ez elsősorban az intézmények dologi és személyi ellátottságának (intézmények száma, működő ágyak száma, orvosi és nem orvosi személyzet) adatait veszi figyelembe. Ezenkívül a betegekkel összefüggő adatok (esetszám, elszámolási / ágykihasználtsági napok, ill. ápolási napok) következtetni engednek az intézmények szolgáltatásaira vonatkozó indikátorokra (az ágyak kihasználtságának mértéke, átlagos kórházban tartózkodási idő).

A kórházak dologi és személyi ellátottsága

2016-ban 1.951 kórház, ill. 498.700 ágy állt a lakosság fekvőbeteg ellátásának rendelkezésére. 2006-hoz viszonyítva., a kórházak száma bezárások és összevonások miatt 7,3%-kal, az ágyaké 2,4%-kal csökkent.

100.000 lakosra 606 kórházi ágy állt rendelkezésre, ami 2006-hoz viszonyítva 100.000 lakosra 14 ággyal kevesebb. A kórházak Németországban 2016-ban átlagosan 256 ággyal (2006: 243 ággyal) rendelkeztek.

A kórházi személyzetre vonatkozó információkat egyrészt az adott év december 31-én létező foglalkoztatottak száma (fejszám), másrészt a teljes munkaidős státuszok száma formájában mérik fel.

A személyzettel való ellátottság felmérésére a kórházak orvosi és nem orvosi személyzete, ill. a nem orvosi személyzet körében elkülönítve az ápolószemélyzet tekintetében kerül sor. A nem orvosi személyzet 45%-a az ápolás területén dolgozik.

A személyzet megterheltségének mértékét az egy-egy munkanapon ellátandó kihasznált ágyak száma tükrözi. Ez részben az ápolási idő 2006-hoz viszonyított csökkenését követi (-14%). Ezzel egyidejűleg a teljes munkaidős dolgozók száma az ápolási szolgálatban 8,6%-kal, a nem orvosi szolgálatban 8,1%-kal csökkent. Következésképpen a teljes munkaidős ápolók megterheltsége 2006-hoz viszonyítva 0,5 ággyal (-8,0%), a nem orvosi szolgálatban működő teljes munkaidős személyzeté összességében 0,2 ággyal (-7,6%) csökkent.

Az orvosi személyzet személyes megterheltsége az orvosi szolgálatban viszont 3,4 kihasznált ággyal (-22%) csökkent. Ez az ápolási idő csökkenésével párhuzamosan az orvosi szolgálatban működő teljes munkaidős személyzet 28%-os növekedésére vezethető vissza.

2016-ban az orvosi szolgálatban egy teljes munkaidős dolgozónak naponta 12,3 kihasznált ágyat kellett ellátnia (2006-ban még 15,7 ágyat). A nem orvosi szolgálatban egy teljes munkaidős dolgozónak 2016-ban szövetségi szinten átlagosan naponta 2,7 ágyat (2006: 2,9 ágyat) kellett ellátnia. Az ápolási szolgálatban egy teljes munkaidős dolgozónak 2016-ban átlagosan naponta 6,0 kihasznált ágyat kellett ellátnia (2006: 6,5 ágyat).

Kórházi szolgáltatások és az ágykihasználtság

2016-ban 19,5 millió beteget kezeltek teljeskörű kórházi fekvőbeteg ellátás keretében. Az elszámolási / kihasználtsági napok száma 142,2 millió volt. Az esetszám 2006-hoz viszonyítva 16%-kal növekedett – ugyanakkor az elszámolási / kihasználtsági napoké 0,1%-kal csökkent.

Az elszámolási / kihasználtsági napok számának az esetszámmal való elosztásából kiszámítható az átlagos kórházi ápolási idő, amely 2016-ban 7,3 nap volt. A kórházi ápolási idő tovább rövidült: 2006-ban még átlagosan 8,5 nap volt. Az ápolási időt befolyásolja, hogy a beteget milyen osztályon kezelték: a kórházi tartózkodás szemészeti osztályon átlagosan 2,9 napig, szívsebészetben 11,1 napig, geriátrián 15,4 napig, pszichiátrián 23,4 napig, pszichoterápiás / pszichoszomatikai kezelés esetén 42,7 napig tartott.

2016-ban a kórházi ágyak kihasználtsága 77,9%-os volt. Az ágykihasználtság a pszichiátriai osztályokon meghaladta a 90%-ot (maximum: 94% a »pszichiátrián és pszichoterápián«). Az általános kórházi osztályokon az ágykihasználtság a »geriátrián« volt a legmagasabb (90%), a »nukleáris medicinán« a legalacsonyabb (48%).

Megelőző és rehabilitációs intézetek

2016-ban Németországban 1.149 megelőző és rehabilitációs intézet működött, amelyek 165.200 ágygal rendelkeztek. 2006-hoz viszonyítva az intézetek száma 8,4%-kal, az ágyaké 4,3%-kal csökkent.

100.000 lakosra 201 ágy állt rendelkezésre (2006: 210). Egy-egy ilyen intézmény 2016-ban átlagosan 144 ágygal (2006: 138 ágygal) rendelkezett.

Az orvosi és nem orvosi személyzetnek a naponta ellátandó ágyakhoz viszonyított megterheltsége a megelőző és rehabilitációs intézetekben jóval magasabb mint a kórházakban. Ez azt jelenti, hogy a rehabilitációs intézetekben egy-egy teljes

munkaidős dolgozó több beteget lát el, mint egy hozzá hasonló, kórházban működő teljes munkaidős dolgozó.

2006-hoz viszonyítva az ápolási napok száma (amely megfelel a kihasznált ágyak számának) 6,8%-kal növekedett. Ezzel szemben a teljes munkaidős alkalmazottak száma a nem orvosi szolgálatban csak 0,9%-kal, az ápolóké 2,9%-kal növekedett. Ezért a nem orvosi szolgálatban egyetlen teljes munkaidős dolgozóra átlagosan 8,3 naponta ellátandó kihasznált ágy jut; 2006-ban még 7,8 ágy jutott. Egy teljes munkaidős ápoló naponta átlagosan 32,1 ágyról gondoskodott (2006: 30,9 ágy). A teljes munkaidős alkalmazottak száma az orvosi szolgálatban az ápolási napokéhoz hasonlóan 6,8%-kal növekedett; ezért egy teljes munkaidős orvosnak 2016-ban, akárcsak 2006-ban naponta átlagosan 79,0 kihasznált ágyról kellett gondoskodnia.

A betegek száma a megelőző és rehabilitációs intézetekben 2016-ban szűk kétmillió volt, 8,0%-kal több mint 2006-ban. A betegek összesen 50 millió ápolási napot töltöttek az intézményekben, hárommillió ápolási nappal többet mint 2006-ban.

Ebből matematikailag átlagosan 25,3 nap tartózkodási idő adódik. 2006-ban az átlag még 25,6 nap volt. A betegek átlagosan 19,8 napig tartózkodtak a megelőző és rehabilitációs intézetek »általános orvosi« osztályán. Kezelésük a »pszichiátrián és a pszichoterápián« több mint három és félszer ennyit (átlagosan 70,5 napig) tartott.

Az ágykihasználtság 2016-ban 83% volt (2006: szűk 75%). Az ágykihasználtság a »pszichiátriái és pszichoterápiás«, vm. a »neurológiai« osztályokon volt a legmagasabb (88%); a »gyermekgyógyászati« osztályokon a legalacsonyabb (62%).

8. 3. Szociális biztonság

Az állami költségvetések (beleértve a társadalombiztosítási teherviselőket és a Szövetségi Munkaügyi Hivatalt – *Bundesagentur für Arbeit*) jelentős részét jelenleg a szociális biztonságra fordítják. Néhány éve, egyebek között a finanszírozás kérdéseivel összefüggésben, élénk vita alakult ki a szociális rendszerek reformjáról. Ide vonatkozó példák: a nyugdíjkorhatár emelése 2012-ben, valamint a fogyatékkal élők újrailleszkedési segélyeinek új szabályozása a Társadalombiztosítási Törvénykönyv kilencedik könyvében (*Sozialgesetzbuch – SGB IX*) az inklúzióról szóló szövetségi törvény (*Bundesteilhabegesetz*) alapján.

8. 3. 1. A szociális költségvetés

A szociális költségvetés szolgáltatásai 2016-ban 918,0 milliárd EUR-t tettek ki. A szociális szolgáltatások GDP-hez viszonyított aránya 2016-ban 29% volt. A legnagyobb befizetők: az állam (szövetség, tartományok, önkormányzatok, társadalombiztosítás), a privát háztartások és a munkaadók.

2016-ban a szociális költségvetés legnagyobb része a »társadalombiztosítási rendszerekbe« folyt be. A nyugdíj-, beteg-, ápolás-, munkanélküliségi és balesetbiztosítás szolgáltatásai együttesen 554,4 milliárd EUR-t tettek ki. A »támogató és gondoskodási rendszerek« 175,9 milliárd EUR-ral a szociális költségvetés második legnagyobb rendszerét képezték. Ide tartoznak: a gyermekek utáni családi pótlék, a családi szolgáltatások és a gyermeknevelési támogatás, a munkakeresők alapbiztosítása, a munkanélküliségi segély, a képzési és felzárkózási támogatás, a szociális segélyek, a lakbértámogatás.

»Munkaadói rendszerekre« összesen 83,5 milliárd EUR-t fordítottak. Ide tartoznak: a fizetés betegség esetén való továbbfolyósítása, a munkahelyi időskori gondoskodás, a közszolgálati dolgozók kiegészítő biztosítása, valamint a munkaadói szolgáltatások (pl. szolgálati lakások biztosítása). A »közszolgálati rendszerek« 2016-ban 74,1 milliárd EUR-ral a szociális költségvetés 8%-ában részesültek. A társadalombiztosítási rendszerekhez hasonlóan, a közszolgálat esetén is az időskori gondoskodás áll előtérben.

A »különleges rendszerek« összesen 34,2 milliárd EUR szolgáltatási volumennel rendelkeztek. Ide tartoznak: a privát beteg- és ápolásbiztosítás, a privát időskori gondoskodás, a szabadfoglalkozásúak gondoskodási rendszerei és a földművesek nyugdíjbiztosítása. A »kárpoztási rendszerek« a nemzetiszocializmustól (1933-1945) való távolodással veszítenek jelentőségükből. 2016-ban 2,5 milliárd EUR kifizetésére került sor különböző kárpoztások jogcímén.

8. 3. 2. Minimális biztosítási rendszerek

A szociális minimális biztosítási rendszerekből származó transzfertszolgáltatások az erre jogosultak alapvető létfenntartásának biztosítására szolgálnak. A szociális helyzetről szóló hivatalos statisztikai jelentés szerint ide tartoznak:

- A Társadalombiztosítási Törvénykönyv második könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB II*) szerinti rendszeres szolgáltatások (munkanélküliségi és szociális segély),

- A Társadalombiztosítási Törvénykönyv tizenkettedik könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB XII*) szerint az intézményeken (pl. lakó- és ápolási otthonokon) kívüli, létfenntartáshoz szükséges szolgáltatások,
- A Társadalombiztosítási Törvénykönyv tizenkettedik könyve (*Sozialgesetzbuch – SGB XII*) szerinti időskori és keresetcsökkenés miatti alapbiztosítás,
- A menedékkérők szolgáltatásairól szóló törvény (*Asylbewerberleistungsgesetz*) szerinti rendszeres szolgáltatások.

2016 végén Németországban 7,9 millió személy részesült a felsorolt transzfert szolgáltatásokban, amelyek alapvető létfenntartásukat szolgálták. Ez azt jelenti, hogy a Németországban élők 9,5%-a szorult az állam létfenntartást szolgáló pénzügyi segélyeire.

A Társadalombiztosítási Törvénykönyv tizenkettedik könyve (SGB XII) szerinti szociális segélyek

2016 végén Németországban 1,2 millió személy részesült a Társadalombiztosítási Törvénykönyv tizenkettedik könyve (SGB XII) szerinti szociális segélyekben: »létfenntartást célzó intézményen kívüli segítségben« vagy »időskori és keresetcsökkenés miatti alapbiztosításban«.

A szociális segély a szociális biztonság hálójának legalsó eleme. A létfenntartást célzó segély elsősorban az élelmezés, öltözködés, lakás és fűtés (ún. szociokulturális egzisztencia-minimum) alapszükségleteit fedezi.

2016 végén Németországban 374.000 személy, ezek közül 133.000 személy részesült lakó- vagy ápolási intézményen kívüli létfenntartást célzó segélyben. Utóbbiak közül 190.000 segélyben részesülő személy külföldi volt (25%-uk EU-tagállamból, 3,4%-uk menedékre jogosult, 1,7%-uk polgárháborús menekült). A létfenntartást célzó intézményen kívüli segélyben részesülők 16%-a 18 év alatti gyermek volt. A 133.000 személy közül 123.000 személyi közösségben élt, amelyre vonatkozóan közös szükségletfelmérésre kerül sor. Egy-egy ilyen személyi közösség átlagosan 1,1 segélyben részesülő személyből állt. E közösségek háromnegyede (75%) egyszemélyes, 16%-a kétszemélyes, 9,3%-a három, vagy többszemélyes háztartás volt.

A létfenntartást célzó, intézményen kívüli segélyekben részesülő személyi közösségek csaknem kétharmada (73%) egy vagy több jövedelemmel rendelkezett. E személyi közösségek többsége keresetcsökkenés miatti nyugdíjban

(52%), öregkori nyugdíjban (22%) vagy gyermekek részére nyújtott közszolgáltatásokban (20%) részesült.

2016 végén Németországban 1.026.000 személy részesült időskori és keresetsökkenés miatti alapbiztosításban. A 18 év fölötti lakosság 1,5%-a szorult alapbiztosításra. Az 1.026.000 alapbiztosításban részesülő közül 500.000 személy (49%) még nem érte el a nyugdíjkorhatárt. Ők tartós keresetsökkenés miatt részesültek az alapbiztosítás szolgáltatásaiban. Ezek az emberek a jövőben előreláthatóan nem állnak majd a munkaerőpiac rendelkezésére. A jelentés időpontjában 526.000 alapbiztosításban részesülő személy nem érte el a 65 év és 5 hónap korhatárt. Ők időskori alapbiztosításban részesültek. Ez azt jelenti, hogy 2016 végén a nyugdíjkorhatárt még el nem érő vagy azt túllépő német lakosság 3,1%-a csak az alapbiztosítás szolgáltatásai segítségével tudta fedezni életfenntartási költségeit.

Egy alapbiztosításban részesülő személy havi bruttó szükséglete 2016 végén átlagosan 786 EUR-t tett ki. Az alapszolgáltatás átlagosan 379 EUR-t tesz ki. Ha ehhez hozzáadódnak a lakásra és fűtésre fordított költségek, ezek átlagosan 348 EUR-t tesznek hozzá a szükségletszámításhoz. Amennyiben a segélyezetttek beszámítható jövedelemmel rendelkeznek, akkor ez átlagosan 385 EUR. Az egy szolgáltatásra jogosult nettó szükséglete átlagosan 487 EUR-t tett ki. Azok a szolgáltatásokra jogosultak, akik már elérték a korhatárt, 431 EUR-ral, jóval magasabb beszámítható jövedelemmel rendelkeztek, mint a nyugdíjkorhatár alattiak (324 EUR). Ez utóbbiak nettó szükséglete (átlagosan 546 EUR) jóval magasabb mint azoké, aki már túllépték a nyugdíjkorhatárt (431 Euro).

8. 4. Társadalombiztosítási rendszerek

A társadalombiztosítási rendszerek a szociális állam fontos elemei, amelyek súlyos kockázatok következményeivel szemben nyújtanak védelmet. A szolgáltatások a betegség vagy munkanélküliség következményeit kompenzáló pénzügyi és természetbeni szolgáltatások mellett preventív intézkedésekre is kiterjednek (pl. megelőző vizsgálatok az egészségbiztosítás keretében), valamint a segítségre szorultság okainak direkt megszüntetését szolgáló eljárások (pl. rehabilitációs eljárások csökkent keresőképességűek részére, valamint továbbképzési lehetőségek munkanélküliek részére).

A társadalombiztosítási rendszereket egy sor minimális biztosítási rendszer egészíti ki. A két rendszer közötti alapvető különbség, hogy a társadalombiztosítási

rendszerekben a szolgáltatásokra való jogosultság megszerzése járulékbefizetésektől függ.

A társadalombiztosítás négy legfontosabb ágazata: a kötelező nyugdíjbiztosítás, a kötelező betegbiztosítás, a szociális ápolásbiztosítás és a munkanélküliek biztosítása.

8. 4. 1. Kötelező nyugdíjbiztosítás

Az időskori biztosítás és a hátramaradt hozzátartozók biztosításának legfontosabb pillére a kötelező nyugdíjbiztosítás. Ez a pszichés vagy fizikai megbetegedések miatti tartós keresetcsökkenés kockázatával szemben is védelmet nyújt. A kötelező nyugdíjbiztosítás egyes feladatait egyes szakmai csoportok esetén más, elkülönített biztosítási rendszerek teljesítik, amelyek egyébként szorosan kapcsolódnak hozzá. Ilyenek: a földművesek nyugdíjbiztosítása, a hivatásrendi biztosítás (pl. gyógyszerészek, építészek), valamint a köztisztviselők nyugdíjbiztosítása. E törzsökös rendszereket különböző másodlagos rendszerek egészítik ki: a foglalkoztatói időskori gondoskodás, a közszolgálati kiegészítő gondoskodás, valamint további tarifaszereződéses és önkéntes munkaadói szolgáltatások. Mindezek mellett a „*Riester-nyugdíj*” (2002) és a „*Rürup-nyugdíj*” bevezetésével (2005) megerősödött az individuális privát öngondoskodás.

A szövetségi kormány szociális költségvetése szerint a kötelező nyugdíjbiztosítás kiadásai 2016-ban 293,9 milliárd EUR-t tettek ki, ami a 918 milliárd EUR összegű teljes szociális költségvetés 32%-a. A kiadások 90%-át nyugdíjkifizetésekre fordították. A kiadási oldalon a második legnagyobb tételt a nyugdíjasok egészségbiztosítása képezi (18,4 milliárd EUR). 2016 közepén összesen 25,4 millió személy részesült nyugdíjban a kötelező nyugdíjbiztosítás részéről. Az esetek 71%-a öregségi nyugdíjban, 22%-a hátramaradt hozzátartozói nyugdíjban, 7%-a csökkent keresőképesség miatti nyugdíjban részesült.

Az átlagos biztosított nyugdíj 2016-ban férfiaknál átlagosan 1.063 EUR-t, nőknél 673 EUR-t tett ki. A különbség okai: a jogosult nők keresőtevékenységük során alacsonyabban bérezett munkaköröket töltöttek be, családi okokból egy időre megszakították, vagy korábban lezárták keresőtevékenységüket. Ezeket az effektusokat a gyermeknevelési idők csak részben kompenzálják. Ezen még az ún. „anyasági nyugdíj” bevezetése sem sokat segít, amelynek alapján 2014. július 1. óta minden 1992 előtt született gyermek esetén egy további nyugdíjpontot írnak

jóvá. A nyugdíjpont értéke 2016. július 1. óta a nyugati tartományokban 30,45 EUR, a keleti tartományokban 28,66 EUR.

A kötelező nyugdíjbiztosítás finanszírozása az 1957-ben bevezetett nyugdíjreform óta az ún. felosztó-kirovó eljárás szerint történik. A finanszírozás forrásai a munkavállalók és munkaadók által befizetett járulékok. 2016-ban a járulékkulcs a járulékszámítási határ alatti havi 6.650 EUR bruttó bér 18,7%-a volt, amit a munkaadók és a munkavállalók fele-fele arányban fizettek. 2016-ban a járulékbévételek az összbevételek 74%-át tették ki (291,9 milliárd EUR-ból 215,7 milliárd EUR). A kötelező nyugdíjbiztosítás második legnagyobb bevételi forrását a szövetségi támogatások képezik (2016-ban: 69,7 milliárd EUR). A járulékbefizetések jelentőségének figyelembevételével egyre jobban felszínre kerülnek a felosztó-kirovó rendszer problémái. A lakosság elöregedésével az utóbbi években kevesebb járulékfizető járul hozzá a nyugdíjak finanszírozásához, ami az elkövetkező években is folytatódni fog. E fejlemények következményeinek semlegesítése érdekében 2012. óta az 1947 utáni évjáratok nyugdíjkorhatárát fokozatosan 67 évre emelték. Az 1964 után születettek nyugdíjkorhatára már 67 év. A korhatár további emelésére vonatkozóan nincsenek újabb elképzelések.

8. 4. 2. Kötelező betegbiztosítás

Németországban az emberi egészség biztosítása elsősorban a kötelező betegbiztosítás keretében történik. Fontos szerep hárul továbbá: a kötelező balesetbiztosításra, az ápolásbiztosításra, a köztisztviselők részére nyújtott támogatásokra, a fizetés munkaadók általi kötelező továbbfolyósítására a foglalkoztatott megbetegedése esetén, valamint a privát betegbiztosításra.

A kötelező betegbiztosítás szolgáltatásait a több mint száz, részben regionális, részben régióközi betegpénztár bocsátja rendelkezésre. A foglalkoztatottaknak, amennyiben rendszeres éves keresetük nem éri el az ún. éves bevételi határt (2016-ban: 56.250 EUR), e biztosítók valamelyikénél kell biztosítást kötniük. Az éves bevételi határ fölötti jövedelemmel rendelkező foglalkoztatottak önkéntes biztosítást köthetnek a kötelező vagy a privát betegbiztosítás keretében. A foglalkoztatottak többsége mellett a kötelező betegbiztosítás keretében a nyugdíjasok többségének, a képzésben résztvevőknek, a munkanélkülieknek, valamint egyes önálló tevékenységet végző csoportoknak (pl. mezőgazdasági vállalkozóknak) is kötelező módon biztosítást kell kötniük.

Németországban 2009. január 1. óta általános betegbiztosítási kötelezettség áll fenn. Azoknak a személyeknek, akik nem rendelkeznek automatikusan kötelező

betegbiztosítással, önkéntes biztosítást kell kötniük a kötelező vagy a privát betegbiztosítás keretében.

2016-ban összesen 71,4 millió személy részesült a kötelező betegbiztosítás általi védelemben. Ezek közül 32,6 millió személy (46%) kötelező tagsággal, 5,8 millió (8%) önkéntes tagsággal rendelkezett, 16,8 millió személy (24%) kötelezően biztosított nyugdíjas volt. További 16,2 millió személy (23%) a családbiztosítás keretében rendelkezett együttes biztosítással.

A nyugdíjbiztosításhoz hasonlóan, a kötelező betegbiztosítás legnagyobb bevételi forrását a munkaadók és munkavállalók által befizetett járulékok képezik. Ezek 2016-ban 206,7 milliárd EUR-t tettek ki, ami az összbevételek (223,0 milliárd EUR) 92,7%-ának felelt meg. A kötelező betegbiztosítás keretében a járulékkulcs 2015. óta a járulékszámítási határ (havi 4.237,50 EUR) alatti bruttó jövedelem 14,6%-a, amit a foglalkoztatottak és a munkaadók fele-fele arányban viselnek. A betegpénztárak az általános járulék mellett kiegészítő járulékokat is behajtanak, amelyeket kizárólagosan a foglalkoztatottak viselnek. A szövetségi szinten működő betegpénztáraknál 2018-ban a kiegészítő járulékok 0,59% és 1,70% között mozogtak. Egyes regionális és üzemi betegpénztárak ennél alacsonyabb kiegészítő járulékot hajtottak be.

A kötelező betegbiztosítás összkiadásai 2016-ban 222,3 milliárd EUR-t tettek ki. A kiadások a következőképpen oszlottak meg: kórházi kezelések (71,7 milliárd EUR, az összkiadások 32,3%-a), gyógyszerek és segédeszközök (43,8 milliárd EUR, ill. 19,7%) orvosi kezelések, gyógyászati és segédeszközökkel nyújtott kezelések (43,7 milliárd EUR, ill. 19,7%).

8. 4. 3. Szociális ápolásbiztosítás

Az ápolásbiztosítás bevezetésére 1995-ben került sor. Ennek célja az ápolásra szorultság pénzügyi következményeinek megelőzése és az érintettek lehetőség szerint önálló életvitelének biztosítása. Az ápolásbiztosítás kötelező biztosítás – a kötelező betegbiztosítás tagjai rendszerint a saját betegpénztárukhoz tartozó ápolási pénztárnál, a privát biztosítottak pedig a megfelelő privát biztosítási társaságnál rendelkeznek biztosítással. Az otthoni (ambuláns) ellátásra való szolgáltatásokra való jogosultság 1995 áprilistól, a bentlakásos intézményi ápolásra való jogosultság 1996 júliustól áll fenn. A szociális ápolásbiztosítás általi kifizetések a segítség iránti individuális szükséglethez igazodnak. E szükséglet mértékét 2016-ig három fokozatba sorolták. 2017. óta öt ún. ápolási fokozatot különböztetnek meg. A segítség iránti szükséglet tekintetében figyelembe vett

tényezők: a testápolás, a táplálkozás, a mobilitás és a háztartás vezetése. Demenciában való megbetegedés egyébként azonos feltételek mellett az ápolási fokozat emelésével jár. A szolgáltatásokra való jogosultság mértéke attól függ, hogy ambuláns, részben bentlakásos, vagy teljeskörű bentlakásos ápolásra kerül-e sor. Az 1-es ápolási fokozat a legalacsonyabb, az 5-ös a legmagasabb segítség iránti szükségletnek felel meg. 2017-ben a 2-es ápolási fokozatban teljeskörű bentlakásos ápolás esetén a havi ápolási tétel 770 EUR, az 5-ös fokozatban havi 2.005 EUR volt.

Az otthoni ápolás területén pénzbeli ápolási díj, természetbeni ápolási szolgáltatások, ill. e kettő kombinációjának alkalmazására kerül sor. A pénzbeli ápolási díj esetén az érintett maga biztosíthatja ápolási ellátását, pl. hozzátartozói által. A 2-es ápolási fokozatban a havi pénzbeli ápolási díj 2017-ben 316 EUR, az 5-ös fokozatban 901 EUR volt. Természetbeni ápolási szolgáltatásoknál nem tulajdonképpen értelemben vett direkt természetbeni szolgáltatásokról, hanem az ambuláns ápolás költségeinek külső ápolási szolgáltatók általi átvételéről van szó. 2017-ben a 2-es ápolási fokozatban a természetbeni ápolási szolgáltatásokért fizetett legmagasabb összeg havi 689 EUR, az 5-ös fokozatban havi 1 995 EUR volt.

2016-ban 2,75 millió személy részesült az ápolásbiztosítás szolgáltatásaiban. Ezek közül szűk kétmillió személy (72%) ambuláns, szűk 0,8 millió (28%) bentlakásos ápolásban részesült. A szociális ápolásbiztosítás összkiadásai 29,7 milliárd EUR-t tettek ki, ebből 14,8 milliárd EUR-t (49,8%) ambuláns, 12,4 milliárd EUR-t (41,8%) bentlakásos szolgáltatásokra fordítottak. A fennmaradó 10% több egyéb kisebb tétel között oszlott meg, pl. igazgatási teendők. Az elkövetkező években a szolgáltatásokra fordított kiadások jelentős növekedésére számíthatunk. *A szövetségi kormány 2017-ben közzétett szociális jelentése (Sozialbericht 2017)* már 41 milliárd EUR összegű összkiadást prognosztizált. [Lásd: *Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban – Sozialbericht 2017, 2017. 23-24-25-26. sz.; Egységes szerkezetben: 2017. 27. sz. és az Archívumban is.*]

Az ápolásbiztosítás finanszírozása a munkavállalók és a munkaadók által fele-fele arányban befizetett járulékokból történik. A munkaadói oldal járulékainak biztosítása érdekében 1995-ben, az ápolásbiztosítás bevezetésével összefüggésben a szövetségi államok többségében eltöröltek egy munkaszüneti ünnepnapot. A járulék 1996 június végéig a járulékköteles bruttó jövedelem 1,0%-a volt, amelyet 1996. július 1-től 1,7%-ra emeltek. A nyugdíjasok 2004. óta teljes összegű járulékot fizetnek. 2008. július 1-től (1,95%), 2013. január 1-től (2,05%), 2015. január 1-től (2,35%) és 2017. január 1-től (2,55%) további járulékemelésekre

került sor. Ezenkívül 2005. január 1-től a gyermektelen személyeknek havi 0,25% járulékpótlékot kell fizetniük. A nyugdíj- és egészségbiztosítástól eltérően a szociális ápolásbiztosítás nem részesül állami forrásokból való támogatásokban.

8. 4. 4. Munkanélküliek biztosítása

A munkanélküliek biztosításának átalakítására 2005-ben, az ún. **Hartz-IV-reform** keretében került sor. Ezzel egy kettős tagolású rendszer keletkezett a munkanélküliek, ill. rászoruló személyek biztosítása érdekében. Ennek első eleme egy bértől független biztosítási szolgáltatás: a munkanélküliségi segély I. fokozata (*Arbeitslosengeld I*). Második eleme a 2005 elején bevezetett, adókból finanszírozott gondoskodási szolgáltatás: „a munkahelykeresők alaptbiztosítása” (*»Grundsicherung für Arbeitsuchende«*). Az alaptbiztosítás fő eleme a munkanélküliségi segély II. fokozata (*Arbeitslosengeld II*), egy rászorultsági vizsgálatától függő transzfert szolgáltatás, amelynek mértéke a jogosult közösségben élő személyek számától és életkorától függ. Ehhez további célhoz kötött kifizetések társulnak. Egyebek között tartalmazza a lakhatási költségek méltányos mértékének átvállalását.

A munkanélküliségi segély mértéke a munkanélküliség bekövetkeztét megelőző egy év átlagos biztosításra köteles jövedelméhez igazodik. A legalább egy gyermekes munkanélküliek az adóelőírások szerint legutóbbi nettó jövedelmük 67%-át kapják, a többi munkanélküli annak 60%-át. A jogosultság időtartama a korábbi biztosítási időkhöz és a munkanélküli személy életkorához igazodik.

2016-ban átlagosan 850.000 személy részesült a munkanélküliségi segély I. fokozatában. Az összköltségek 14,5 milliárd EUR-t tettek ki. A munkanélküliek biztosítási szolgáltatásaira összesen 27,4 milliárd EUR-t fordítottak. A munkanélküliségi segély után a második legnagyobb tételt az „aktív munkatámogatás egyéb szolgáltatásai” (aktiválás, továbbképzés, fogyatékkal élők beilleszkedése, gyorssegély) képezték, amelyekre 5 milliárd EUR-t fordítottak.

11. 1. Élet az Európai Unióban

11. 1. 1. Népeség

2017-ben Németország 82,5 millió, Franciaország 67,0 millió, az Egyesült Királyság 65,8 millió lakossal rendelkezett. Az Európai Unió lakosainak száma

2017-ben 512 millió volt. Az EU lakossága 2016-ban 1,2 millió fővel gyarapodott. A népesség 10 tagállamban csökkent, 18-ban növekedett.

A lakosság lélekszáma Németországban 2016-ban 346.000 fővel gyarapodott. Ez azonban a bevándorlásnak tulajdonítható. Enélkül a lakosság száma csökkent volna: 2016-ban az elhalálozottak száma 119.000-rel haladta meg a születetteket.

Születések

Ahhoz, hogy a lakosság lélekszáma bevándorlás nélkül konstans maradjon, a fejlett országokban minden nőre átlagosan 2,1 szülésnek kellene jutnia. 2016-ban egyedül Franciaország közelítette meg ezt a paramétert (1,9). Németországban egy nőre 1,6 szülés jutott. A szülések gyakorisága Olaszországban és Spanyolországban volt a legalacsonyabb (1,3).

2016-ban a nők első gyermekük születekor az EU öt tagállamában már 30 év fölöttiek voltak (pl. Olaszországban és Spanyolországban). Németországban 29,4 évesek voltak. A nők átlagéletkora első gyermekük születekor Bulgáriában 26 év volt.

Születéskor várható élettartam

A születéskor várható élettartam az EU tagállamaiban továbbra is növekedik. A kelet-európai országokban azonban a gyengébb egészségügyi ellátás, a rosszabb munkakörülmények és a táplálkozási szokások miatt alacsonyabb mint nyugaton. 2016-ban egy Litvániában született fiúgyermek születéskor várható élettartama 70 év, egy Olaszországban születetté 81 év. A nők születéskor várható élettartama az EU-ban öt évvel magasabb mint a férfiaké. Egy Bulgáriában született leánygyermek születéskor várható élettartama 79 év, egy Spanyolországban születetté 86 év.

11. 1. 2. A háztartások és családok struktúrája

A gyermekek számának csökkenése és a magasabb mobilitás hatást gyakorol az együttélés formáira. Az Európai Unióban azonban a háztartások körében a leggyakoribb típus ma már az egyszemélyes háztartás. 2016-ban az Európai Unióban átlagosan minden harmadik háztartás (33%) egyszemélyes volt. Ezek aránya Dániában 45%, Németországban 41%. Németországban az összes háztartás 24%-ában élnek gyermekek is, az EU-ban átlagosan 30%-ban.

A szülői házból való kirepülés

A fiatalok kirepülése pénzügyi és kulturális okokból kifolyólag az egyes országokban változó. Az észak-európai országokban a családi otthonban való megragadás abszolút kivételnek számít: 2016-ban Dániában és Finnországban a 25 és 34 év közöttiek 4%-a lakott szüleinél. Arányuk Németországban 18%. A dél- és kelet-európai országokban a szülői házban élő fiatalok aránya magasabb: Horvátországban (59%), Szlovákiában (56%) és Görögországban (55%) a 25 és 34 év közöttiek több mint fele lakik mamahotelben. Az Európai Unióban a fiúk átlagosan hosszabb ideig maradnak a szülői házban, mint a lányok.

11.1.6. Munkaerőpiac az Európai Unióban

Keresőtevékenység

Az Európai Unióban a keresőtevékenységet végzők aránya a 20 és 64 év közötti lakosság körében Svédországban 82%, Németországban 79%. A 2008/2009-es gazdasági és pénzügyi piaci válság a munkaerőpiacon is megéreződött. Az enyhülés jelei csak 2014. óta mutatkoznak meg. A keresőtevékenységet végzők aránya a válság által erőteljesen sújtott országokban is, mint Görögország, Olaszország, Horvátország, Spanyolország, lassú növekedésnek indult, a válság előtti szintet azonban nem sikerült elérni.

Keresőtevékenység a nők körében

Az Európai Unióban a 20 és 64 év közötti lakosság körében a nők 66%-a, a férfiak 78%-a végez keresőtevékenységet. A nők foglalkoztatottsága Svédországban (80%), Litvániában, valamint Németországban és Észtországban (75%) a legmagasabb.

Keresőtevékenység az 55 év fölötti lakosság körében

Az 55 és 64 év közöttiek foglalkoztatottsága Németországban 2007 és 2017 között 19 százalékponttal (51%-ról 70%-ra) emelkedett. Ennek okai: a kedvező konjunktúra, az előrehozott nyugdíjazás feltételeinek megnehezítése, az idősebb foglalkoztatottak magasabb képzettsége. Az 55 és 64 év közöttiek

foglalkoztatottságának aránya Svédországban 76%. Az Európai Unióban 2007 és 2017 között 44%-ról 57%-ra emelkedett.

Keresőtevékenység a nyugdíjasok körében

Németországban jelenleg folyamatban van a rendes nyugdíjkorhatár 65 évről 67 évre való fokozatos emelése. 2017-ben a 65 és 74 év közöttiek 12%-a végzett keresőtevékenységet. Az arány az EU kilenc további tagállamában azonos vagy hasonló, pl. Dániában (12%) és Svédországban (17%).

Családi élet és munkavégzés összeegyeztethetősége

2017-ben Németországban az anyák foglalkoztatottságának aránya 75%, az apáké 92% volt. A keresőtevékenységet végző anyák gyakran dolgoznak részmunkaidőben. A férfiak rendszerint teljes munkaidőben dolgoznak.

Jogszályban rögzített minimálbér

Az EU 22 tagállamában alkalmaznak jogszályban rögzített minimálbért. Németországban a minimálbér 8,84 EUR/óra, ami havi 1.498 EUR bruttó bérnek felel meg. A havi minimálbér hat további nyugati országban meghaladja az 1.000 EUR-t. A keleti tagállamokban, Szlovénia kivételével, a havi minimálbér bruttó 600 EUR körül van. Bulgáriában 261 EUR.

Munkanélküliség

2017-ben a munkanélküliségi ráta Csehországban 2,9%, Németországban 3,8% volt. A helyzet a dél-európai országokban sokkal súlyosabb: 2017-ben a 15 és 74 év közötti munkahelykeresők körében a munkanélküliségi ráta Görögországban 21,5%, Spanyolországban 17,2% volt. Az Európai Unióban az átlag 7,6%. Ez azt jelenti, hogy az Európai Unióban a munkahelyet keresők száma 19 millió volt. Ezek 35,6%-a tartós munkanélküli volt, azaz egy éve nem volt munkája.

2017-ben az Európai Unióban a 15 és 24 év közöttiek körében a munkanélküliségi ráta 16,8% volt, kétszer annyi, mint Németországban összességében (7,6%). A fiatalok munkanélküliségi rátája Spanyolországban 38,6%, Görögországban 43,6%; Németországban 6,8%.

11. 1. 7. Jövedelem és az elszegényedés kockázata

A jövedelmek összehasonlítása tekintetében a vásárlóerő figyelembevételével 2016-ban Németország a harmadik helyen állt az Európai Unióban. A jövedelem csak Luxemburgban (+ 32%) és Ausztriában (+ 6%) volt magasabb. Ezzel szemben a vásárlóerőtől megtisztított jövedelem Lengyelországban feleakkora mint Németországban (51%), Romániában pedig annak mindössze 23%-a.

11. 1. 8. Az európai lakosság egészségi állapota

Az egészségügyi kiadások Németországban 2015-ben 338 milliárd EUR-t tettek ki, ami a GDP 11,2%-a. Ez magasabb, mint az EU bármely más tagállamában.

Túlsúlyosság

2014-ben a 15 év fölötti német lakosság több mint fele (51%) túlsúlyos volt, azaz test-tömeg-indexe legalább 25 volt. A túlsúlyosság tekintetében az európai átlag 50%. A túlsúlyos személyek aránya Máltán a legmagasabb (60 %), Olaszországban a legalacsonyabb (44%). Az Európai Unióban a 15 és 24 év közöttiek 20%-ának test-tömeg-indexe legalább Ez az arány a nyugdíjaskorig 66%-ra növekedik, ezt követően azonban ismét csökken. A túlsúlyosság a férfiak körében az Európai Unió összes tagállamában gyakoribb mint nőknél.

Dohányzás

Az Európai Unió tagállamaiban a legválogatottabb eszközökkel próbálják eltántorítani az embereket a dohányzástól: magas jövedéki adó, a dobozokon szereplő elrettentő illusztrációk, felvilágosítási kampányok, a reklám tilalma. Ennek ellenére 2014-ben az EU 15 év fölötti lakosságának 19%-a naponta dohányzott. Németországban ez az arány 16%. A dohányzók aránya Bulgáriában (28%) és Görögországban (27%) a legmagasabb. Az Európai Unióban a 15 és 24 év közötti lakosság körében a megkérdezettek 16%-a válaszolta, hogy naponta dohányzik. A dohányzás a fiatalkorúak körében Ausztriában és Magyarországon a legmagasabb (27%). Németországban a fiatalkorúak 13%-a dohányzik rendszeresen.

Egészségügyi ellátás

Az egészségügyi személyzettel való ellátottságra vonatkozóan rendelkezésre álló adatok szerint az ellátóháló Ausztriában a legsűrűbb: 2015-ben 100.000 lakosra 510 praktizáló orvos jutott. 100.000 lakosra Németországban 414, Litvániában 434, Svédországban (2014-ben) 419 orvos jutott.

A kórházi ágyak száma 2015-ben: 100.000 lakosra Németországban 813, Ausztriában 755 ágy jutott. A 100.000 lakosra jutó ágyak száma Svédországban volt a legalacsonyabb (244). Az elmúlt években az Európai Unió tagállamainak többségében az ágyszám leépítésére került sor. Ezt a költségfeszültséggel, a hatékonyabb kezelési módszerekkel és a kórházi ápolási idő lerövidítésével indokolták.

[Lásd még: Jelentés Németország szociális helyzetéről – Datenreport 2009. 15-16. sz.; 2014. 4-5-6-7. sz.; Datenreport 2014 – Kövesi extra –egységes szerkezetben, Archivum; Datenreport 2016. 14-15-16-17-18-19. sz.]

Sarány Orsolya: A gyógyszerek kölcsönhatásait vizsgálja a kolozsvári diák
Szabadság (Kolozsvár), 2019. október 08. 13:45

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerhonlap, kölcsönhatás, Medinfo, Karda Edith

Forrás Internet-helye:

<http://szabadsag.ro/-/gyogyszerek-kolcsonhatasat-vizsgalja-a-kolozsvari-diak>



Már az egyszerű megfázásra is gyakran öt különböző gyógyszert ír fel a házi orvos, egyet a lázra, egyet a fejfájásra, mást a torokra, hozzá még kétfajta vitamint s egy orrcseppet, így biztos a felépülés. A recepttel a beteg a gyógyszertárba siet, ahol a gyógyszerész közli, épp ilyen orrcsepp nincs, de ad mást, ami ugyanazt tudja, majd gyorsan, unottan felsorolja, mit mikor kell bevenni. A páciens pedig ki se ér a gyógyszertárból már elfelejti, mit mondott a patikus, rázza a hideg, fáj a feje, s úgymint kétszer beleköhögött a mondandóba, így otthon kell kibogozza, mit mivel, hogyan és mikor lehet bevenni. Ezen segíthet a kolozsvári Karda Edith fejlesztése, amely több mint 11 ezer gyógyszer kölcsönhatásait összesíti, és gyógyszerbeviteli, valamint étrendtippeket is ad. A 21 éves egyetemista ötlete, a Medinfo számos betegnek segíthet a káros mellékhatások és fölösleges fejfájások elkerülésében.

Karda Edith Kolozsváron született, a Báthory István Elméleti Líceum matematika–informatika intenzív nyelvostályában végzett, majd a Babeş–Bolyai Tudományegyetem Matematika és Informatika Karának német tagozatára iratkozott be, idén nyáron védte meg gyógyszerkölcsönhatásokat kimutató államvizsgadolgozatát, amely gyakorlatilag egy honlap. A fiatal lány mindig szerette volna összekötni az informatikát az orvostudománnyal, doktornő édesanyja adta neki a Medinfo alapötletét, mert úgy gondolta, az hatalmas igényt elégítene ki. A fejlesztést Edith tanárai is szerették, a Medinfót az egyetemista több helyen sikeresen bemutatta, több cég is érdeklődött iránta, különböző partnerségek kialakítása érdekében.

Miután az ötlet nagy sajtóvisszhangot kapott, a fiatal informatikushoz számos visszajelzés érkezett, amelyek mind az édesanyját igazolták: hazai, magyarországi, de amerikai személyek is felkeresték Edithet, valamennyien a platform iránt érdeklődtek,

s mind kiemelték, mennyire hasznos lenne ez számukra. A fiatal fejlesztő sajnos nem szolgálhatta ki az érdeklődőket: a több mint 11 ezer gyógyszer, valamint a különféle élelmiszerek és gyógyszerek kölcsönhatásait összesítő weboldal egy kanadai cég adatainak felhasználásával készült, s amíg a cég el nem adja Edithnek a felhasználási jogot, a nagyközönség nem férhet hozzá a fejlesztéshez.

Hobbiból profi

A kolozsvári informatikai iparág egyre csak bővül. Amikor programozókat képzel el az ember, elsősorban nem kedves, mosolygós, lendületes 21 éves lányokra gondol, a közvélekedés szerint ez elég „macsós”, férfiak által uralt szakma. Nagyon kíváncsi voltam, hogyan lesz mégis egy lányból programozó. Edith elmondta, bár a Báthory matek–infó intenzív osztályába járt, nem az intenzív programozást, hanem az intenzív németnyelv-tanulást választotta. A heti 4 infóórán Pascal programozási nyelvet tanultak, vagy lapon dolgoztak ki programokat, így nem érezte, milyen lehet valamit felépíteni, megalkotni.

– Önszorgalomból kezdtem el játékot készíteni, amit aztán le is lehetett tölteni telefonra. Egy 2D-s játékkervező programot használtam, s mivel akkor még nem tudtam rendesen programozni, a fiú osztálytársaim segítettek, akik értettek az ilyesmihez. Ezt nagyon élveztem csinálni, pedig szinte egy évbe telt megalkotni a játékot. Egy osztálytársamnak volt PlayStore-felhasználója, ő feltöltötte oda a játékom, még reklámot is tett rá. Egy darabig követtem, valami 300-an töltötték le, aztán meghalt. Ez nagyon izgalmas volt, hiszen addig sokszor csak lapon dolgoztunk a suliban, úgy pedig nem láttad az értelmét, olyan volt, mintha matekfeladatot oldottál volna, kaptál egy feladványt s meg kellett keresni a megoldást, de amikor megcsináltam ezt a játékot, akkor döbbsentem rá, hogy ezeknek lehet valami eredménye – mesélte. Az érettségi után több továbbtanulási lehetőséget fontolgatott, vonzotta az építészet, a nyelvek, ám végül az informatika mellett döntött, mert szerette megoldani ezeket a problémákat, megfejteni a logikai feladatokat. Felvették a Babeş–Bolyai Tudományegyetem Matematika és Informatika Karának német tagozatára, ahol idén nyáron védte meg államvizsga-dolgozatát.

Összekötni az infót az orvostudománnyal

A Medinfo több mint 11 ezer gyógyszer legfontosabb adatait tartalmazza: név, hatóanyag, különböző országokban használt elnevezés, beviteli módszer, és arra is tippeket ad, milyen ételt kell kerülni, ha az adott orvosságot szedjük. A fejlesztés legfontosabb része azonban az, hogy kimutatja, mely gyógyszer milyen más gyógyszerrel van kölcsönhatásban, így segíthet kikerülni a kellemetlen mellékhatásokat.

– Az államvizsgámat harmadév elején kezdtem tervezni. Már rég gondolkodtam azon, hogy jó lenne az informatikát összekötni az orvostudománnyal, így segíteni másokon, de nem volt saját ötletem. A témáról orvos anyukámmal beszélgettem, ő javasolta a Medinfo létrehozását, mert úgy gondolta, hasznos lenne, például a patikában lehetne

használni, hiszen ott helyben meg lehetne nézni, hogy a gyógyszerész által javasolt orvosság talál-e más gyógyszerekkel, amit már szed a beteg. Sokszor megtörténhet az is, hogy egy házi orvos felír valamilyen gyógyszert, a beteg aztán elmegy egy másik orvoshoz, az még ad neki orvosságot, a gyógyszertárban kap egy harmadikat. Ez a fejlesztés ezen segítene. Anyukám azt is elmagyarázta, hogyan kéne a Medinfo kinézzen ahhoz, hogy ezekben a helyzetekben tényleg használható legyen. A weboldalra az ember bevezeti, hogy milyen gyógyszert szed, az pedig megmondja, hogy azok kompatibilisek-e egymással, vagy sem. Ugyanakkor azt is megmutatja, milyen ételek gátolják az adott gyógyszerek hatását, vízzel kell-e bevenni azokat, evés előtt vagy után kell beszédni, alkoholt szabad-e inni stb. – magyarázta, hogyan működik a fejlesztése.

Különböző fűszerek, köztük a só és a cayenne-i bors, a tej, a grapefruit, valamint az édesgyökér és természetesen az alkohol tűnt fel gyakran a gyógyszerekkel nem kompatibilis ételek, italok listáján – számolt be az érdekességekről, amelyekre a kutatás során jött rá. Nagyon meglepődött azon, hogy egy-egy gyógyszer milyen sok más gyógyszerrel nem kompatibilis. „A fejlesztésben minden gyógyszernél írja, hogy mivel van kölcsönhatásban. Sokszor ez a lista rettenetesen hosszú, csak görgetsz, görgetsz és nem lesz vége. A weboldalon azonban, hogyha te rákeresel valamire, akkor páronként mutatja, ha ütköznek az általad szedett gyógyszerek” – tette hozzá.

– Ezt a sok kölcsönhatást az orvosok sem tudják megjegyezni, hát még a páciensek... Sokan rengeteg gyógyszert szednek, de nem tudják, hogy mit mivel lehet bevenni. Ezeket a kölcsönhatásokat meg lehet találni ugyan a neten, de bonyolult az összeszt kikeresni hosszú leírásokból, listákból. Ezeknek a pácienseknek, az átlagembereknek lenne hasznos a Medinfo, és ők mind lelkesen fogadták az ötletet – összegezte Edith.

Az informatikus által használt adatokat egy kanadai cég bocsátotta a rendelkezésére, ők a weboldalukon 13 ezer gyógyszerről írnak, a fejlesztésbe kevéssel több mint 11 ezer került be. Az elemzésben vannak patikában kapható orvosságok, de orvosi, kórházi kezelésnél használtak is, a listán szerepelnek már elfogadott, bejegyzett és tesztelés alatt álló gyógyszerek. A kanadai cégnek azonban hiába írt Edith, hogy megvásárolná tőlük az adatbázist, azok nem válaszoltak neki, így a hihetetlenül hasznos fejlesztést nem lehet forgalmazni. Reméljük, csak egyelőre.

– Ezeket az adatokat egyetemi, kutatási dolgokra lehet ingyen használni, másra azonban nem. Ez az egyik fő oka annak, hogy nem elérhető a fejlesztés. Amúgy azért sem publikus még, mert a Medinfót fejlesztenem, bővítenem kellene – tette hozzá.

Mérhető siker Amerikától Kolozsvárig

– Sokan írtak nekem üzenetet, átlagemberek is, akik érdekesnek találták az ötletemet. Kaptam üzenetet amerikaiaktól is, egy magyarországi néni pedig azt írta, hogy olvasott egy cikket rólam, nagyon tetszett neki a fejlesztés, és ha magyarul lenne, szívesen használná – szölt a visszajelzésekről Edith. De nemcsak a felhasználók, a szakma is érdeklődik a fejlesztés és Edith iránt. „Minden rólam megjelent újságcikk után

megugrott a LinkedIn-profilom iránt érdeklődők száma, pedig oda szinte semmi adatot nem töltöttem fel magamról” – mondta nevetve.

A Medinfót az egyetem is értékelte, két helyi bemutatóra, versenyre is elküldték Edithet. Tanárai ajánlására a fejlesztést elvitte a Graduation Day egyetemi rendezvényre, ahol a legjobb infós ötleteket mutatják be végzős diákok. A Közgazdasági és Gazdaságtudományi Egyetemen tartott eseményre egyetemisták, érdeklődők, de cégek képviselői is elmennek évről évre. Az ötletet ugyanakkor az Matematika és Informatika Kar német tagozatát évek óta támogató MHP – A Porsche Company cég belső versenyén is bemutatta, a vállalat németországi képviselőinek részvételével zajló ötletversenyen első helyezést kapott a Medinfo.

A fejlesztés iránt két hazai cég is érdeklődött: az egyikkel nem sikerült megállapodásra jutnia Edithnek, a másik pedig ügyfélként szeretne volna használni a Medinfót.

– Ez a partnerség egyelőre még alakul. Előbb véglegesítenem kellene a projektet, komolyabban be kellene induljon, hogy tudjak velük konkrétumokról beszélgetni. Egyelőre még alakul a jövő, de úgy gondoltam, hogy egyedül vagy néhány társsal közösen kezdenék ezzel valamit – ismertette a terveit.

Hogyan tovább?

Karda Edith idén októberben elkezdte magiszteri tanulmányait informatika szakon, németül és angolul. Közben lehet, hogy munkahelyet is keres, fejlődni, tanulni akar. „Mégis más egy cégnél dolgozni, mint csak egyetemen az elméletet tanulni, s pár házit csinálni”, jegyezte meg. Munkatapasztalata is van már, két nyáron szakmai gyakornokként dolgozott, állásajánlatokat is kapott, amelyeket nem fogadott el.

– Meglepődtem, hogy ilyen fiatalon felvennének, de nem akartam az egyetem mellett leköttni magam. Úgy döntöttem, hogy majd harmadév végén, vagy talán még később kezdenék dolgozni. Főleg azért, mert ez a mesteri nem annyira technikai, nincs sok programozás, pedig nem szeretnék kijönni a gyakorlatból – mesélte.

A Medinfót azonban folytatni szeretné, csak még nem tudja hogyan.

– Belecsöppentem ebbe a világba, és rájöttem, hogy Kolozsváron is számos lehetőség van. Voltam például egy fiatal vállalkozóknak szánt találkozón, ahol kimondottan női előadók adtak tanácsokat startuposoknak. Én azt hittem, hogy egyetemistaként nem értek semmihez, nem indíthatok el egy céget, de az előadók egyikéről kiderült, még egyetemistaként, néhány csoporttársával közösen indított vállalkozást, cégük hét éve működik. Ez az élmény nagyon motiváló volt számomra – avat be terveibe.

Lehet ugyan, hogy Edith még nem tudja, hogyan fogja folytatni a Medinfót, de a fejlesztés bővítésére már vannak ötletei. „Szeretném kiegészíteni egy olyan opcióval, amely az egymással kölcsönhatásban levő gyógyszerek helyett kínál alternatívát, megmutatná, melyik gyógyszert mivel lehetne helyettesíteni. Ezt az orvosságok hatóanyaga alapján lehet kimutatni. De szívesen beletenném a gyógyszer állagát is, és vannak még ötleteim arról, amit ki kéne egészíteni...”

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Globális egészségügyi konferenciák őszi évadja

- *European Health Forum Gastein (EHFG)* (Bad Hofgastein, 2019. szept. 30. – október 2.)
- *20th European Foodservice Summit (Zürich, 2019. szept. 23-25.)*

Egészséggazdaság

- Jelentés az egészséggazdaság helyzetéről Németországban 2018-ban

Kórházügy

- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban – *Krankenhaus-Report 2019* (WIdO) (8. rész): 8. Dánia (utána: egységes szerkezetben)
- Vita a kórházügyi szükséglettervezésről Németországban (*Bertelsmann Stiftung, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands*)
- Jelentés a kórházi közétkeztetés helyzetéről (DKI)
- *Smart Healthcare. A szingapúri példa.* Dr Eugene Fidelis Soh (Chief Executive Officer (CEO), Tan Tock Seng Hospital) előadása az Európai Kórházigazgatók Szövetségének (EAHM) 28. kongresszusán (Gent, 2019. szeptember 11.)

Szociálpolitika, foglalkoztatáspolitikai

- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2017-ben
- Nyugdíjstatisztika 2017. A foglalkoztatói nyugdíjak helyzete Svájcban

Minőségügy

- Jelentés a kezelési hibákról Angliában

Emberi erőforrás

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechika területén (DKI)

Hivatásrend

- Az orvosok statisztikája Németországban 2018-ban – *Ärztstatistik 2018*
- Felmérés az állatorvosok helyzetéről Németországban 2017-ben
- Globális jelentés az orvosok keresetéről - *International Physician Compensation Report 2019*

Oltások

- Az oltások helyzete Franciaországban és Olaszországban

Ápolás

- Jelentés az ápolás helyzetéről Németországban – *Pflege-Report 2019 (WidO)* (5-8. rész): 5. Munkaszervezés és vezetési kultúra; 6. Az ápolók bérezése; 7. Felsőfokú végzettségű ápolók a tartós ápolás területén; 8. Technika alkalmazása az ápolás területén.

Népegészségügy

- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- A napi lépésszám és a halálozás kockázata közötti összefüggés időskorú nők körében
- A hónap negatív statisztikája. Tudósítás a finompor koncentráció és az idő előtti halálozások összefüggéséről
- A svájci HIV-kohorszvizsgálat eredményei
- Összefüggés a dohányzásról való leszokás és a szív- és érrendszeri megbetegedések csökkenése között
- A svájci lakosság egészségfelmérése 2017-ben – Munkahelyi stressz és pszichoszociális kockázatok
- A svájci lakosság egészségfelmérése 2017-ben – Testmozgás és egészség
- Autochton dengue-lázás megbetegedések Katalóniában és Franciaországban

Gyógyszer

- Jelentés a gyógyszerek felírásáról Németországban (2018) – *Arzneiverordnungs-Report 2019*
- Franciaországban vénykötelessé válik a Paracetamol és néhány nem-szteroid gyulladáscsökkentő
- Szisztémás antibiotikumok ambuláns alkalmazása Németországban 2010 és 2018 között – *Versorgungsatlas (Zi)*

A gazdag nők tovább élnek

- Jövedelem és várható élettartam összefüggése az Egyesült Államokban és Norvégiában
- A gyermekes nők bérhátránya Németországban

eHealth, digitalizáció

- Az Amazon “Alexa” alkalmazása a brit NHS-nél

Eutanázia

- Orvosilag asszisztált halálba segítés az Egyesült Államokban

Demencia

- Életvitel és genetikai kockázat a demencia incidenciájával összefüggésben

Orvosetika

- A Svájci Orvostudományi Akadémia ajánlásai az orvosetikai képzésről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a fogvatartottak egészségügyi ellátásáról

Fogászat

- Az Európai Fogászok Szövetségének állásfoglalása a fogászati láncokkal szemben alkalmazandó szakmai felügyeletről

Halálokok

- A PURE-vizsgálat a halálokokról

Onkológia

- Összehasonlító vizsgálat a rákos megbetegedések túlélési esélyeiről hét magas jövedelemmel rendelkező országban

Rövidhírek (aleatorikusan):

- Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)
- Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)
- Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)