

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2019. 3. sz. (Lapzárta: 2019. február 4.)

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

Globális egészségügy

- Világgazdasági Fórum Davos (2019. január 22-25.)
- Az Egészségügyi Világszervezet listája a globális egészségügy legnagyobb kihívásairól 2019-ben

Európa

- A román EU-elnökség egészségügyi prioritásai
- A kórházi ápolás időtartama Európában

Kórházügy

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban – *Praxisberichte 2018* (9. rész): Aktuális kérdések. Az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény
- Kórházbarométer 2018 – *Krankenhaus-Barometer 2018* (1. rész): A kórházak gazdasági helyzete

Szociálpolitika

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (3. rész): Egészségügy és szociális biztonság. A lakosság egészségi állapota

Jogszabályfigyelő

- 2019-ben hatályba lépő új német jogszabályok az egészségügy területén
- 2019-ben hatályba lépő új német jogszabályok a gyógyszertárak területén (2. rész): A gyógyszerári alkalmazottakat érintő jogszabályok
- 2019. január 1-től hatályba lép új jogszabályok a svájci társadalombiztosítás területén

Szervtranszplantáció

- Vesetranszplantációk Európában

Orvostörténet

- A gladiátorok orvosai

Personalia

- Claudia Schmidtke, a német szövetségi kormány új betegjogi megbízottja

Melléklet 1:

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban – *Praxisberichte 2018* – egységes szerkezetben

Melléklet 2:

- 2019-ben hatályba lépő új német és svájci jogszabályok az egészségügy és a társadalombiztosítás területén – egységes szerkezetben

Raadás

- „Én mindent a nőktől tanultam”. Egy nőközpontú nőgyógyász ars poeticája

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

Világgazdasági Fórum Davos (2019. január 22-25.)

World Economic Forum Annual Meeting

Kulcsszavak: világgazdaság, globális egészségügy, Világgazdasági Fórum Davos

Forrás Internet-helye:

https://www.weflive.com/?cid=ggl_cpc_ggl_wef2019_xx_davos&utm_medium=ggl_cpc&utm_source=ggl&utm_campaign=wef2019&utm_content=davos&gclid=Cj0KCQiAm5viBRD4ARIsADGUT273QcZxEsnIN-PjGnzeqZg1VI2L02-SnPqc3kNxBYCXgVAnV8IOSWoaAkgNEALw_wcB ;
https://www.weflive.com/explore/topic?q=health-and-healthcare&cid=ggl_cpc_ggl_wef2019_xx_healthcare&utm_medium=ggl_cpc&utm_source=ggl&utm_campaign=wef2019&utm_content=healthcare&gclid=Cj0KCQiAm5viBRD4ARIsADGUT269OPZGCltwcUQg9mgA3PbfKH2ChnOHGNjkUKIF5W_VkSoV1hTsIiYaAo_jEALw_wcB , <https://hu.euronews.com/tag/vilaggazdasagi-forum>

A Világgazdasági Fórumon többek között részt vettek: Pierre Moscovici, az EU gazdasági, pénzügyi, adó- és vámügyi biztosa, Cecilia Malmström, az EU kereskedelmi biztosa, Christine Lagarde, az IMF főigazgatója, Angela Merkel német szövetségi kancellár, Abe Shinzo japán, Giuseppe Conte olasz, Pedro Sánchez spanyol miniszterelnök. Ueli Maurer svájci, Petro Porosenko ukrán és Jair Bolsonaro brazil elnök, Philip Hammond brit pénzügyminiszter, David Attenborough természetfilmes.

Akik ilyen-olyan okokból lemondták részvételüket: Emmanuel Macron francia elnök, Theresa May brit miniszterelnök, Donald Trump amerikai elnök. Az amerikaiak távolmaradását részben a közigazgatás januári leállása is determinálta: nem vett részt a rendezvényen Mike Pompeo külügyminiszter, Steven Mnuchin pénzügyminiszter, Francis Collins, a *National Institutes of Health* (NIH) főigazgatója.

A globális egészségügy és a gyógyszeripar részéről részt vettek: Tedros Adhanom Ghebreyesus, az Egészségügyi Világszervezet főigazgatója, Bill Gates, aki mostanság már elsősorban egészségügyi jótékonyági alapítványával foglalkozik, Julie Gerberding, az amerikai *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) korábbi igazgatója, Vasant Narasimhan , a *Novartis* elnök-vezérigazgatója, Stéphane Bancel, a *Moderna* főnöke, Paul Stoffels, a *Johnson & Johnson* kutatási igazgatója, valamint Andrea Pfeifer, az *AC Immune* főnöke.

A napirenden szereplő egészségpolitikai kérdések: az oltások fejlesztése, az Alzheimer-kutatás helyzete, a génterápiák globális etikai standardjai, eddig nem azonosított biológiai kockázatokkal kapcsolatos kihívások, a mentális egészség problémái, az ebola-válság.

[Lásd még: *Világgazdasági Fórum Davos 2018, 2018. 3. sz.*]

*Az Egészségügyi Világszervezet listája a globális egészségügy
legnagyobb kihívásairól 2019-ben
Ten threats for global health in 2019*

Egészségügyi Világszervezet

Kulcsszavak: globális egészségügy, Egészségügyi Világszervezet

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>

WHO's 13th General Programme of Work (GPW13):

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=1

Az Egészségügyi Világszervezet 2019 és 2023 közötti ötéves stratégiai tervében megfogalmazott egy hárommilliárdos célkitűzést: univerzális egészségügyi ellátás biztosítása az eddigiekhez képest további egymilliárd ember részére; egészségügyi katasztrófákkal és sürgősségi helyzetekkel szembeni védelem az eddigiekhez képest további egymilliárd ember részére; jobb egészségi és jól léti viszonyok biztosítása az eddigiekhez képest további egymilliárd ember részére. [Lásd: 2018. 14. sz.]

Az Egészségügyi Világszervezet szerint a globális egészségügy 2019-ben az alábbi nagy kihívásokkal szembesül.

Légszennyezés és klímaváltozás

Nem fertőző betegségek, diabétesz, rák, szív- és érrendszeri megbetegedések, egészségtelen táplálkozás, alkohol, dohányzás, mozgáshiány

Globális influenza pandémiák

Rossz életkörülmények, sérülékeny építmények, lakosság diszlokációja

Antibiotikumokkal szembeni rezisztencia

Ebola

Védőoltások elutasítása

Dengue-láz

HIV/AIDS

Elsődleges ellátás hiánya, elmaradottsága

A román EU-elnökség egészségügyi prioritásai
Ministerul Sănătății

Kulcsszavak: egészségügy, EU-román elnökség, Európai Unió

Forrás Internet-helye:

<http://www.ms.ro/presedintia-romaniei-la-consiliul-uniunii-europene/#tab-id-2> ; <http://www.ms.ro/presedintia-romaniei-la-consiliul-uniunii-europene/#tab-id-6>

A román EU-elnökség pillérei: (1) A konvergencia Európája, (2) A biztonság Európája, (3) Európa, mint globális szereplő, (4) A közös értékek Európája.

Románia törekvése az egészségpolitikák területén a minőségi egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása az összes európai polgár részére, a betegek gyógyszerekhez és terápiákhoz való univerzális hozzáférése, az átoltottság javítása a népegészségügyet fenyegető kockázatok általános összefüggésében, a fertőző betegségek jobb kontrollja, az antimikrobiális gyógyszerek szélsőséges alkalmazásának csökkentése a humán- és állategészségügy területén.

További törekvések: az egészségügyi adatok biztonságos felhasználása, a helyi és határon átnyúló adatok infrastruktúrájának fejlesztése a kutatás és a personalizált gyógyítás érdekében, az elektronikus betegnyilvántartások és gyógyszerregiszterek fejlesztése, a telemedicina alkalmazása, az adatok transzparenciájának biztosítása.

A román elnökség egészségügyi prioritásai:

- az antimikrobiális rezisztencia és a hozzá kapcsolódó fertőzések;
- az oltások;
- a betegek gyógyszerekhez való hozzáférése;
- a betegmobilitás;
- a digitális egészségügy, eHealth.

A román EU-elnökség kiemelt eseményei az egészségügy területén:

Miniszteri konferencia: „Lépések annak érdekében, hogy Európa a jó gyakorlat régiójává váljon az antimikrobiális rezisztencia területén”, Bukarest, 2019. február 28. – március 1.

Tisztifőorvosok, országos főápolók és vezető fogorvosok találkozója, Bukarest, Parlament, 2019. március 21-22.

Egészségügyi miniszterek informális találkozója, Bukarest, 2019. április 14-15.

Egészségügyi attasék informális találkozója / WP Public Health (Attachés), Bukarest, 2019. április 15-16.

Workshop az európai oltási programokról, Kolozsvár, Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2019. május 9-10.

Rákszűrési munkacsoport, Bukarest, 2019. május 29-30.

eHealth konferencia, Bukarest, 2019. június 11-14.: e-egészségügy hete, digitális egészségügyi közgyűlés, EU-tagállamok e-egészségügyi hálózatainak találkozója.

Patronált rendezvények:

„Joining forces to prevent and control non-communicable diseases: The role of policy in tackling stroke”, a *Stroke Alliance for Europe* szervezésében, Bukarest, 2018. március 28.

HepHIV2019 Bucharest Conference: Challenges of Timely and Integrated Testing and Care, Bukarest, 2019. január 28-30.

[Lásd még: *A román EU-elnökség programja, 2019. 1. sz.*]

A kórházi ápolás időtartama Európában
European Commission. Length of stay in hospital: how countries compare
Eurostat. 03 January 2019

Kulcsszavak: ápolás, kórházi ápolás, ápolási idő, Európa

Forrás Internet-helye: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190103-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fnews%2Fwhats-new>

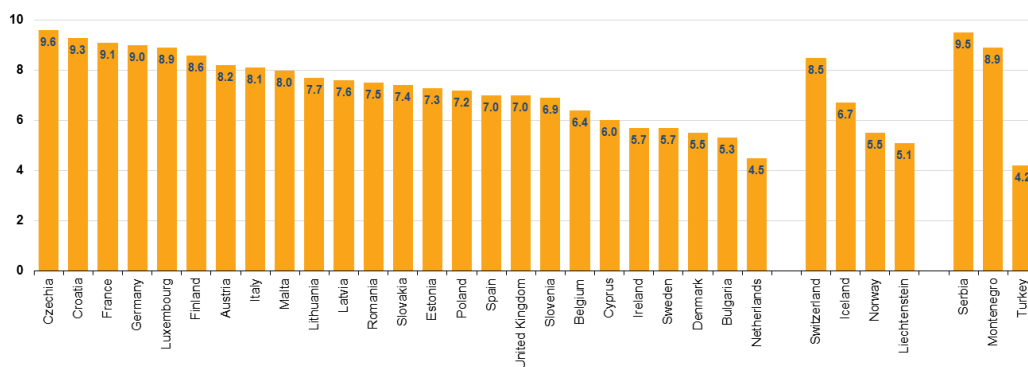
Az Európai Bizottság adatai szerint a fekvőbeteg kezelésben részesített személyek kórházi ápolásának időtartama átlagosan Hollandiában, Bulgáriában és Dániában a legrövidebb.

2016-ban az átlagos ápolási idő Hollandiában 4,5 nap, Bulgáriában 5,3 nap, Dániában 5,5 nap volt. Az Európai Unión kívüli országok közül ugyancsak átlagosan rövid kórházi ápolási időt regisztráltak Liechtensteinban (5,1 nap) és Törökországban (4,2 nap).

Az ápolási idő átlagosan Csehországban (9,6 nap), Horvátországban (9,3 nap) és Franciaországban (9,1 nap) a leghosszabb.

Az átlagos ápolási idő az EU tagállamaiban 5 és 10 nap között mozgott. 2016-ban (vagy az utóbbi évben) és 2011-ben a betegek kórházi ápolásának időtartama rövidült. A csökkenés Finnországban volt a legerőteljesebb, ahol az átlagos ápolási idő 11,2 napról 8,6 napra csökkent.

Average length of stay for hospital patients, 2016
(days)



Note:
Greece, Hungary and Portugal: 2016 data not available
Belgium, Germany, Ireland, France, the Netherlands and Iceland: excluding some or all long-stay hospitals
Ireland, Cyprus, Portugal, Norway and Serbia: public sector hospitals only
Belgium and Ireland: excluding some or all psychiatric hospitals or mental health care institutions
Switzerland: includes day cases

A kórházi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban (9. rész)
Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2018.
Projekte Positionen Perspektiven

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., (VKD)

Kulcsszavak: kórházügy, kórházi menedzsment, ápolás, ápolószemélyzet, ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény, Németország

A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Német Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.

Aktuális kérdések

Az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény (Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) tervezete

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége üdvözölte a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium ápoláspolitikai kezdeményezéseit, a munkaerőhiány és az ápolók megterheltségének csökkentésére irányuló törekvéseket. Az ápolási költségeknek a DRG-rendszer kereteiből való kivonása ugyan első látásra elfogadhatónak tűnik, a kórházak költségvetésére gyakorolt hatásainak elemzése már összességében kockázatokat is felszínre hoz. A kórházi menedzserek szemszögéből ezt újra kell gondolni. Ugyanez érvényes a pszichiátriai klinikákra, az ápolási intézményekre vonatkozóan tervezett szabályozásokra. A törvénynek a rehabilitációs intézményekre is ki kellene terjednie. A szövetségi kormány időközben elfogadta a törvénytervezetet.

A kórházi ápolás költségeire vonatkozó szabályok

Pozitív, hogy a kórházak számára minden egyes újonnan létesített és minden betöltött ápolói állás számára teljes mértékben biztosítják a finanszírozást. Negatív, hogy ez abszolút formában csak 2019-től történik meg. Hogy mi lesz 2020-ban, az a csillagokban áll. Az ápolási költségvetés kiszámítása egyelőre tisztázatlan.

Pozitív, hogy a költségviselők teljes mértékben refinanszírozzák az ápolók béremelését. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége tartja magát a beígért teljes refinanszírozás teljesítésének követeléséhez.

Az ápolási költségeknek a DRG-rendszerből való kivonása

Az ápolási költségek kitagolása paradigmaváltást jelent a kórházfinanszírozás területén. Ez azonban nem eredményezhet törést a kórházak működési költségeinek finanszírozásában. Mindmáig nem tisztázott, hogy mi legyen a kitagolás viszonyítási alapja. Ha a 2018-as évet veszik alapul, fennáll a veszély, hogy fennmaradnak az ápolószemélyzet helyzetét sújtó állapotok. A törvénytervezet szerint 2019 végéig meg kell állapotodni az ápolás kitagolandó személyi költségeinek egységes definíciójáról. Az ápolás személyi költségeit 2020-ban már ki kell emelni az esetátalányok értékelési relációiból és a kiegészítő térítésekből. Ezenkívül az ápolás kitagolandó személyi költségeit 2019. szeptember 30-ig ki kell mutatni az értékelési relációk egységes szövetségi katalógusában. A Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*) szerint az ütemterv túl bonyolult, az új rendszer 2020 januárjában való indítására alig van kilátás.

Ápolószemélyzet létszámának alsó határa

Elutasítandó, hogy a betegpénztárak egyik kezükkel adnak, másikkal visszaveszik azt. 2020-tól megszűnik a 0,5 milliárd EUR összegű ápolási pótlék. Ennek célja a kettős degresszió hatásainak kivédése volt. Eredetileg ennek semmi köze nem volt az ápolás finanszírozásához. 2017. óta azonban a kórházak többé nem kapták meg a költségvetésből a 0,8%-os ellátási pótlékot, hanem ehelyett az ápolásra fordított költségekkel arányosan szétosztottak 500 millió EUR-t. Aki tehát többet költ ápolásra, többet kap az 500 millióból. Ez a finanszírozás 2020-ban minden kompenzáció nélkül megszűnik, ami elutasítandó.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége alapvetően elutasítja az ápolószemélyzet minimális létszámának rögzítését. Az ápolási költségek finanszírozása és az ápolószemélyzet minimális létszámának szabályozása nem fér meg egymás mellett. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége szerint az alsó létszámhatárok nem aktuálisak. A politika azonban nyilvánvalóan nem látja ezt az összefüggést. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége ezzel kapcsolatban külön állásfoglalást fogalmazott meg.

A bentlakásos idősápolás szabályozása

A törvénytervezet célkitűzései: az ápolószemélyzet mindennapjainak megkönnyítése, jobb személyi ellátottság, jobb munkakörülmények. A célkitűzések üdvözlendők, kivitelezésük azonban átgondolatlan. Az időszerű gondozásának biztosításához 13.000 további ápolói állásra lenne szükség. Hogy ehhez honnan szereznek ápolókat és hogyan biztosítják ezt a létszámot, a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége és idősápolási munkaközössége számára korántsem tűnik tisztázottnak.

Az ápolótevékenység finanszírozása

Az ápolótevékenység finanszírozásával kapcsolatban törvénymódosításra van szükség, amely biztosítja 13.000 új álláshely finanszírozását. Ebben az összefüggésben a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége az ápolás/betegápolás kötelező betegbiztosítási pénztárak általi teljes mértékű finanszírozását követeli. Már most meg kellene állapodni további lépésekben is, de évente legalább 640 millió EUR-t kellene mozgósítani.

Az ápolás, a családi élet és a hivatás jobb összeegyeztetése

2019 és 2024 között az ápolási intézményekben az ápolás, a családi élet és a hivatás jobb összeegyeztethetőségét előmozdító intézkedések lépnek életbe. A cél üdvözlendő, a tervezett szabályozással azonban az csak kezdetleges formában érhető el. Ezzel szemben hatalmas források folynak be egy újabb támogatói bürokráciába, amelyeket végső soron egyoldalúan a költségviselők határoznak meg. Meg kell követelni, hogy a gondozási kínálatokra és továbbképzésre fordítandó támogatások szabályozása különüljön el egymástól. Biztosítani kell a szolgáltatók beleszólási jogát. A gondozási kínálatok fenntarthatóságához nem elég a támogatások maximum öt évre korlátozása és a támogatási összegeket is jelentősen feljebb kell tekerni.

Martin Schmid

Mitglied des Präsidiums des VKD,

Geschäftsführer der Klinikum Fichtelgebirge gGmbH – Marktredwitz

Kórházbarométer 2018 – Krankenhaus Barometer: 2018

(1. rész): A kórházak gazdasági helyzete

Deutsches Krankenhaus Institut (DKI), Düsseldorf, December 2018 (101 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, kórházak gazdasági helyzete, beruházások, szülészeti osztályok helyzete, kórházi személyzet, ápolószemélyzet, információtechnológia, Németország

Forrás Internet-helye:

https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2018_11_kh_barometer_final.pdf

1. A kórházak gazdasági helyzete

1. 1. 2017-ben elért éves eredmény

Gazdasági helyzetük tekintetében a kórházaknak arra kellett válaszolniuk, hogy 2017-ben a nyereség- és veszteségszámítás keretében pozitív, negatív, vagy kiegyensúlyozott éves eredményt értek-e el.

2017-ben Németországban nagyjából minden harmadik általános kórház (30%) veszteségeket könyvelt el. Az éves többletet realizáló kórházak aránya 60%, a kiegyensúlyozott eredményt elérőké 11% volt.

Az előző évhez viszonyítva az eredmények alig változtak. A német kórházak gazdasági helyzete 2017-ben összességében továbbra is problematikus volt.

Méreteik szerint a 300-599 ágyal rendelkező kórházak értek el leggyakrabban éves többletet (65%) és legritkábban hiányt (23%). Ehhez képest a kis és nagy kórházak gazdasági helyzete kedvezőtlenebb volt. Az előző évhez viszonyítva azonban az éves eredmények a kórházak méreteitől függetlenül közeledtek egymáshoz.

1. 2. Az éves eredmények alakulása 2016/2017-ben

A pozitív, negatív vagy kiegyensúlyozott eredmények pusztán megadása mellett a kórházaknak a nyereség- és veszteségszámítás szerinti helyzetük konkrét alakulásáról is be kellett számolniuk.

Az éves eredmény 2017-ben 2016-hoz viszonyítva a kórházak 49%-ánál csökkent, 31%-ánál növekedett, a többiekénél konstans volt.

A kórházak méretei szerint az éves eredmények alakulása tekintetében gyakorlatilag alig tapasztalhatók különbségek. Az előző évhez viszonyítva a közepes méretű kórházak éves eredményei jóval kedvezőbben alakultak, az eredmények ebből a szempontból is a kórházak méreteitől függetlenül közeledtek egymáshoz.

1. 3. A gazdasági helyzet önértékelése

A kórházaknak a 2017. évi eredményen kívül a felmérés időpontjában aktuális (2018 tavaszi) gazdasági helyzetüket is értékelniük kellett. Eszerint csak a kórházak egynegyede ítélte meg inkább jónak helyzetét. A kórházak egyharmada inkább nem kielégítőnek találta azt, miközben 42%-uk ebben a tekintetben bizonytalan.

Az előző évhez viszonyítva a gazdasági helyzetüket jónak ítélő kórházak aránya (27%) enyhén csökkent, azoké, amelyek helyzetüket nem találták kielégítőnek (29%), valamelyest növekedett.

A kórházak méretei szerint, a nem kielégítő gazdasági helyzettel rendelkező kórházak aránya a kórház méreteinek növekedésével arányosan csökken. A nagyobb, több mint 600 ágygal rendelkező kórházak a DRG-rendszer bevezetése óta első alkalommal ítélték legjobbnak gazdasági helyzetüket.

1. 4. A gazdasági várakozások értékelése

Végül a kórházaknak értékelniük kellett az elkövetkező évre, 2019-re vonatkozó várakozásaikat. A kórházak mindössze egyhatoda (18%) számított a helyzet jobbulására, 37%-uk gazdasági helyzetük rosszabbodását vetítette előre, miközben a többiek határozatlanok voltak ebben a kérdésben. A kórházak jövőbeli várakozásai összességében ambivalensek.

A kórházak méretei szerint differenciálva feltűnő, hogy a nagyobb kórházak várakozásai tendenciálisan kedvezőbbek, mint a közepes és kisebb méretű kórházaké.

[Lásd még: *Kórházbarométer – Krankenhaus Barometer: 2007. 48. sz., 2008. 52. sz., 2010. 13. sz.; 2012. 6. sz.; 2014. 3. sz.; 2015. 5. sz.; 2016. 1.,3. sz.; 2017. 1. sz.; 2017. 33-36. sz., Egységes szerkezetben: Archivum]*

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

Kulcsszavak: egészségügy, egészségi állapot, kórházügy Németország

Forrás Internet-helye:

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

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

WZB (egyben és fejezetenként):

<https://wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2018>

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 iráni 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 betegségecsoportoz 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 közelebről nem klasszifikált szimptomák 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 követett.

2019. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok az egészségügy területén

Bundesministerium für Gesundheit
Deutsche Handwerks Zeitung, 28. 12. 2018

Kulcsszavak: egészségügy, jogszabályok, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/verbesserungen-2019.html> ;
<https://www.deutsche-handwerks-zeitung.de/aenderungen-neue-gesetze-2019/150/3098/377250>

Időszápolás

2019. január 1-től javul a bentlakásos intézményi ápolás finanszírozása. Az ápolói létszámot a bentlakók száma szerint emelik. Az intézmények kevesebb mint 40 bentlakó esetén az eddigiekhez képest egy fél, 41-80 bentlakó esetén egy, 81-120 bentlakó esetén másfél, több mint 120 bentlakó esetén két további ápolói státuszt kapnak. A plusz személyzet finanszírozása a kötelező betegbiztosításra hárul. Ez kereken 13.000 új ápolói státuszt jelent.

Az ápolószemélyzet munkáját a digitalizáció is tehermentesíti. A digitális alkalmazások segítségével kevesebb időt kell majd bürokráciára fordítani. Az állam 2019 januártól intézményenként 12.000 EUR-ral támogatja az ambuláns és bentlakásos ápolást nyújtó intézményeket a digitális berendezések beszerzéséhez.

Betegápolás

A kórházi ápolás területén 2019. január 1-től megteremtődnek az új munkahelyek létesítésének feltételei. A kórházakban minden egyes új státusz vagy részmunkaidős státusz számára biztosítják a finanszírozást.

Az intenzív ápolást megkövetelő osztályokon biztosítani kell a minimális ápolói létszámot. Azoknak a kórházaknak, amelyeknek nem áll módjában biztosítani az ápolók létszámának emelését, két szankcióval kell majd számolniuk: a térítések megrövidítésével vagy az esetszám csökkentésével.

Ápoló hozzátartozók

A jövőben könnyebb lesz elszámolni a beteg hozzátartozó orvoshoz szállításának taxiköltségeit.

Az ápoló hozzátartozók számára könnyebbé válik a rehabilitációhoz való hozzáférés. A jövőben akkor is igénybe vehetnek fekvőbeteg rehabilitációt, ha orvosi szempontból az ambuláns kezelés is megtenné. Ebben az esetben az ápoló hozzátartozó vele párhuzamos gondoztatását is ugyanabban a rehabilitációs intézményben biztosíthatná.

Kötelező biztosítás

2019. január 1-től a betegbiztosítás kiegészítő járulékát a munkavállalók és a munkaadók egyenlő arányban viselik. Így a 3.000 EUR jövedelemmel rendelkező munkavállalók havonta 15 EUR-ral kevesebbet fizetnek.

A túl magas betegpénztári járulékok megelőzése érdekében a jövőben a betegpénztárak pénzügyi tartalékai nem haladhatják meg az egyhavi kiadások volumenét. Azok a kötelező betegbiztosítási pénztárak, amelyek magasabb havi kiadásokkal rendelkeznek, 2019-től nem emelhetik kiegészítő járulékaikat.

Nyugdíjasok

A nyugdíjasok a nyugdíjbiztosítóval azonos mértékű járulékot fizetnek. Így az 1.200 EUR összegű nyugdíjjal rendelkező nyugdíjasok havonta 6 EUR-ral kevesebbet fizetnek.

A szövetségi kormány kötelezettséget vállal, hogy a nyugdíjjárulék 2025-ig nem haladja meg a 20%-ot.

Anyasági nyugdíj: Azon nők számára, akiknek gyermekei 1992 előtt születtek, még egy fél nyugdíjpontot ismernek el, így 2,5 nyugdíjpontot kapnak és 2,5 gyermeknevelési évet ismernek el nekik. Az 1992 után született gyermekeknél három évet számítanak be.

Önálló vállalkozók

A kötelező betegbiztosításba fizetett magas járulékok különösen megterhelik az önálló kisvállalkozókat. Ezért 2019-től az önkéntesen biztosított önálló vállalkozókra alacsonyabb teher hárul. A betegbiztosításba fizetendő járulék havi 160 EUR lesz, tehát több mint felére csökken. Egyszerűsödik a járulékszámítási eljárás. A jövőben nem tesznek különbséget fő- és mellékállásban működő önálló vállalkozók között.

Minimálbér

A minimálbér 2019-ben 42 centtel, 2020-ban további 16 centtel emelkedik. A munkavállalók minimálbére a következő évtől 9,19 EUR/óra lesz.

Ápolásbiztosítási járulékok

2019-ben az ápolásbiztosítási járulék 0,3%-kal növekedik. A járulékot a munkavállalók és a munkaadók egyenlő arányban fizetik. Így a munkavállalóknak rövidesen az eddigi 1,425% helyett 1,276%-ot kell fizetniük.

[Lásd még: Új szabályozások az egészségügy és az ápolás területén Németországban 2016-ban, 2016. 1. sz.; 2017. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok az egészségügy területén, 2017. 2. sz.]

2019. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok a gyógyszerárak területén

(2. rész): A gyógyszerári alkalmazottakat érintő új jogszabályok

DAZ ONLINE, 27.12.2018, 17:30; 28.12.2018, 11:45

Kulcsszavak: gyógyszerárak, jogszabályok, Németország

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/12/27/was-aendert-sich-fuer-apothekeninhaber-im-naechsten-jahr/chapter:all> ;

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/12/28/was-aendert-sich-fuer-apothekenangestellte-im-naechsten-jahr/chapter:all>

A gyógyszerári alkalmazottakat érintő új jogszabályok

Szociális kasszák, időben korlátozott részmunkaidő

Munkanélküliek biztosítása

A munkanélküliek biztosításának járuléka 3,0%-ról 2,5%-ra csökken. Ebből azonban a jogszabály csak 0,4%-os csökkenést ír elő. A fennmaradó 0,1 százalékpontos csökkentésre a rendelet szerint 2022-ig kerül sor. Akkor majd a pénzügyi helyzetnek megfelelően újra dönteni kell a járulék mértékéről.

Ápolásbiztosítás

2019. január 1-től az ápolásbiztosítás járulékkulcsa 0,5%-kal, a bruttó jövedelem 3,05%-ára, gyermektelen személyek számára 3,3%-ára növekedik.

Időben korlátozott részmunkaidő

Az időben korlátozott részmunkaidő csak a nagyobb gyógyszerárakra érvényes. A munkavállalók 2019 januártól egy bizonyos időre korlátozhatják munkaidejüket és azt követően jogukban áll teljes munkaidős állásba visszatérni. Ez a rendelkezés azonban csak a több mint 45 foglalkoztatottal rendelkező vállalkozásokra érvényes.

Minijobok, adómentes összegek, gyógyszerári asszisztens képzés

Mini- és midijobok

A minijoboknál ismét emelik az időbeli korlátot. A minijobok a csekély mértékű foglalkoztatás olyan formái, amelyeknél a munkavállaló rendszerint nem keres többet mint 450 EUR (évente 5.400 EUR). Ám amennyiben a minijob betöltésére rövid ideig,

egy bizonyos időhatáron belül kerül sor, a keresetre vonatkozó szabály érvényét veszti. Ezt az időbeli korlátot 2019-től ismét emelik. Ezen időhatáron belül a minijob a munkaadó számára is adómentessé válik.

Az ún. „midijoboknál” kiszélesedik a mini- és midijob közötti sáv. A midijobberek 2019-től 450 EUR és 1.300 EUR közötti összeget kereshetnek (eddig 850 EUR) és ennek ellenére csak mérsékelt járulékokat fizethetnek a szociális kasszába.

Adómentes összegek

2019 januártól emelkedik a gyermekek utáni adómentes összeg és a családi pótlék. A gyermekek utáni adómentes összeg 192 EUR-ral, 7.620 EUR-ra, a gyermekek utáni családi pótlék gyermekenként 10 EUR-ral emelkedik, az első és a második gyermek után 204 EUR-t tesz ki. A létminimumhoz kapcsolódó adómentes összeg 158 EUR-ral, 9.168 EUR-ra emelkedik.

A gyógyszerügyi asszisztensképzés reformja

Jens Spahn (CDU) szövetségi egészségügyi miniszter Facebook-oldalán több alkalommal utalt a gyógyszerügyi asszisztensképzés reformjára. Ennek részleteiről azonban nem állnak rendelkezésre közelebbi információk. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium képviselői azonban már egyeztettek az érintett szakmai szervezetekkel és érdekképviselőkkel (Gyógyszerügyi Asszisztensek Szövetsége – *Bundesverband der PTA – BVpta*; *Adexa* gyógyszerész szakszervezet; Német Gyógyszerészek Szakmai Képviselőinek Munkaközössége – *Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker – ABDA*, jelenleg: *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände*). [N. B. *PTA = Pharmazeutisch-technische(r) Assistent(in)*]

Új szövetségi keretszerződés a tarifákról?

2018 novemberében az **ADEXA gyógyszerész szakszervezet** egyeztetéseket kezdeményezett a **Német Gyógyszerészek Szakmai Képviselőinek Munkaközösségével (ABDA)** a tarifákról szóló szövetségi keretszerződésről. Ennek keretében jelentős tarrifaváltozások kerültek napirendre. Az *Adexa* például célul tűzte egy saját tarifa bevezetését a fiókvezetők részére, az alkalmazottak továbbképzéseken való részvételének figyelembevételét, valamint a sürgősségi szolgálat jobb térítését az alkalmazottak részére, de ismét csak nem tudta keresztülvinni szándékait. A tárgyalások ebben az évben folytatódnak és talán eredménnyel járnak.

Benjamin Rohrer, Chefredakteur DAZ.online

brohrer@daz.online

**Mélanie Sauvain: 2019-ben hatályba lépő jogszabályok
a svájci társadalombiztosítás területén**
Soziale Sicherheit CHSS 4/2018, 40-43. p.

Kulcsszavak: társadalombiztosítás, egészségbiztosítás, jogszabályok, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/sozialversicherungen-was-sich-2019-aendert/> ,
https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2018/12/de_BSV_CHSS_04-18_Sozialversich_2019_Aenderungen.pdf

Egészségpolitika, egészségbiztosítás

- **A betegpénztári díjak emelkedése:** A kötelező egészségbiztosítás átlagos díja 1,2%-kal emelkedik. Miközben a 25 év fölöttiek díja átlagosan 1,4%-kal emelkedik, a fiatal felnőtteké átlagosan 15,6%-kal csökken. Ez a Parlament döntéséből következik, amely a 19 és 25 év közöttiek számára felére csökkenti a kockázatkiegyenlítést. Ezt a 25 év fölöttiek kockázatkiegyenlítésének emeléséből finanszírozzák. Kiemelendő, hogy az átlagos éves emelés kiszámítása most első alkalommal már nem a standard-díjon, a felnőtteknél érvényes 300 CHF összegű franchise-on és baleseti fedezeten alapul. Ugyanis csak minden ötödik személy választja a standard-díjat.
- **Költségkontroll az egészségügyben:** Csökken néhány száz gyógyszer, eredeti készítmény és generikum ára, többek között a kötelező betegbiztosítás keretében térített termékeké, mint a vércukormérő tesztsíkoké. Az árcsökkentések 2018 decemberétől léptek érvénybe. Továbbá ugyanettől az időponttól kezdve térítéssé váltak bizonyos korábban fekvőbeteg szolgáltatások, amennyiben azok elvégzésére ambulánsan kerül sor: visszérműtétek, aranyér-beavatkozások, egyoldali nyitott lágyéksérvműtét, méhnyak- és méhvizsgálat és beavatkozás, térdartroszkópia, mandula- és nyálmirigy-beavatkozások. Becslések szerint így évente 33.000 kezelés irányítható át fekvőbeteg ellátásból ambuláns ellátásba és ez mintegy 90 millió CHF megtakarítást eredményez a kantonok számára.
- **Gyógyszerellátás:** Hatályba lép a gyógyszertörvény módosítása. Egyebek között egyszerűsödik a gyógyszerkiadás, ami megkönnyíti az öngyógyszerezést. A jövőben egyszerűsödik bizonyos vényköteles készítmények kiadása (mint a szénanátha elleni antihisztaminoké). Egyszerűsödik a gyógyszerengedélyezési eljárás, elsősorban olyan gyógyszereké, amelyeket a svájciéhoz hasonló engedélyezési eljárást alkalmazó országokban már engedélyeztek. Egyszerűsödik a komplementer készítmények és fitoterapeutikumok engedélyezése. A törvény rendelkezéseket tartalmaz a piaci transzparenciára és piacfelügyeletre vonatkozóan. Erősödik a farmakovigilancia, a mellékhatások vizsgálata.
- **Gyermekgyógyszerek:** Támogatásban részesül a gyermekgyógyszerek fejlesztése. A gyógyszercégek a jövőben tíz évig fokozott védelemben

részesülnek az utánzatokkal szemben. Ugyancsak 2019. január 1-én lépett hatályba a szabadalmakról szóló törvény, amely további ösztönzőket tartalmaz a gyermekgyógyszerek fejlesztésére. Amennyiben a gyógyszergyártók speciális klinikai vizsgálatokat végeznek bizonyos gyógyszerekre vonatkozóan és a gyermekek számára való alkalmazási lehetőségeket tárják fel, a szabadalmi védelem hat hónappal meghosszabbodik. Az ún. «pediátriai hosszabbítás» részben kiegyenlíti a megnövekedett kutatás-fejlesztési költségeket.

- **További két évvel, 2021-ig meghosszabbodik az orvosi hivatás gyakorlásának engedélyezését felfüggesztő rendelet:** Az új rendelkezés bevezetéséig hatályban marad az engedélyezési stop, amely előbb 2001 és 2011 között volt hatályban, majd 2013-tól ismét bevezettek, mivel a tilalom feloldása újabb orvosok beáramlásához és magasabb egészségügyi költségekhez vezetett. Jelenleg a Parlament napirendjén van a betegbiztosításról szóló törvény revíziója, amely egyebek között a szolgáltatók engedélyezésére is kiterjed és a moratórium helyébe lép.
- **Szervadományozás:** 2021-ig meghosszabbodik a 2013-ban indított szervadományozási akcióterv, amelynek célja kezdetben az egymillió lakosra jutó donorok számának 13,7 személyre, majd 2018 végéig 20 személyre emelése lett volna. E célkitűzést nem sikerült elérni, 2013. óta azonban a donorok száma az előző évhez viszonyítva minden évben növekedett, 2017-ben pedig tetőzött.

Fontos projektek 2019-ben

A kötelező betegbiztosítás területén alkalmazott franchise-ok: Az egyik javaslat szerint a franchise-ok mértékét a költségek alakulásához kellene igazítani. Amennyiben a költségek meghaladnának egy bizonyos határt, a felnőttek által fizetendő franchise-t 50 CHF-fel kellene emelni. A szakbizottságok elfogadták, a szövetségi kormány azonban a kezdeményezés elutasítását javasolja. Egy jelenlegi indítvány szerint a minimális franchise-t 300 CHF-ről 500 CHF-re kellene emelni.

Cannabis: Az orvosi cannabis engedélyezéséről szóló előterjesztés társadalmi vitája 2018 nyarán kezdődik. 2017-ben Svájcban 3.000 beteget kezeltek cannabis-szal. A cannabis szabadidős fogyasztásának legalizálása egyelőre teljesen nyitott kérdés. Az érzéstelenítőkről szóló törvény módosításáról szóló törvénytervezet előreláthatóan 2019-ben kerül a Parlament napirendjére.

A szerző:

Mélanie Sauvain,

Projektleiterin, Öffentlichkeitsarbeit,

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

E-Mail: melanie.sauvain@bsv.admin.ch

[Lásd még: *Változások, reformok, kiigazítások a svájci társadalombiztosításban: 2006. 6. sz.; 2007. 1. sz.; 2008. 3. sz.; 2010. 22. sz.; 2011. 18. sz.; 2012. 9. sz.; 2013. 11. sz., 2014. 3. sz.; 2015. 6. sz.; 2016. 22. sz.; 2017. 35. sz.]*

Vesetranszplantációk Európában

Collaborative Transplant Study (CTS), Heidelberg University;
Coemans M, Süsal C, Döhler B, et al.: Analyses of the short- and long-term graft survival after kidney transplantation in Europe between 1986 and 2015
Kidney International 2018; 94: 964–73. ;
Statista, 11. 01. 2019

Kulcsszavak: szervtranszplantáció, vesetranszplantáció, Collaborative Transplant Study (CTS), Európa

Forrás Internet-helye: <http://www.ctstransplant.org/> ; [https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(18\)30392-2/fulltext](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(18)30392-2/fulltext) ;
<https://de.statista.com/infografik/10914/organspende-in-deutschland/>

A posztmortálisan adományozott vesék életfunkciójának rátája Európában az előző tíz évhez viszonyítva 2006 és 2015 között enyhén javult. Négy 2006 után transzplantált vese közül három (75%) tíz évig működött. Az 1996 és 2005 között transzplantált vesék 70%-a tíz évig működött.

Az egyik legfontosabb transzplantációs regiszter a ***Collaborative Transplant Study (CTS)***, amelyet Heidelbergben vezetnek. Ez 42 ország több mint 700.000 recipiensének adatait kezeli. A vesetranszplantáltak túlélési rátájáról szóló három évtizedre kiterjedő felmérésben (1986-2015) 21 európai ország vett részt.

Design

- Adatbázis: (agyhalál diagnózisa után) posztmortálisan kivett vese 108.787 recipiense.
- Résztvevő klinikák: 135 központ 21 európai országból
- Transzplantációk időkerete: 1986-2015; három tízéves szakaszra bontva (1986-1995; 1996-2005; 2006-2015).
- Elemzés kritériuma: A transzplantált 1, 6 és 10 évvel a műtét után is életben van.

Eredmények

A donorok átlagéletkora a három évtized leforgása alatt növekedett: az első dekád éveiben 39,4 év, a harmadik dekádban 54 év volt. A recipiensek átlagéletkora 44 évről 53,7 évre növekedett. Ez idő alatt hosszabbodott a transzplantációt megelőző dialízis időtartama: 2006 és 2015 között 3,8 évről (1986-1995) 4,8 évre (1996-2005) majd 5,2 évre.

A túlélési ráta a második dekádban jelentősen javult. Az ötéves túlélési ráta az 1980-as évek közepétől 70%, az 1990-es évek közepétől 82% volt. Egy 2006 és 2015 között végzett transzplantáció esetén ez az érték 84%-ra növekedett. 1986 és 1995 között 10 évvel a transzplantációt követően még a szervek 60%-a 1995 és 2005 között 70%-a működött. Ezt követően a tíz éves működés értéke már csak 75%-ra növekedett.

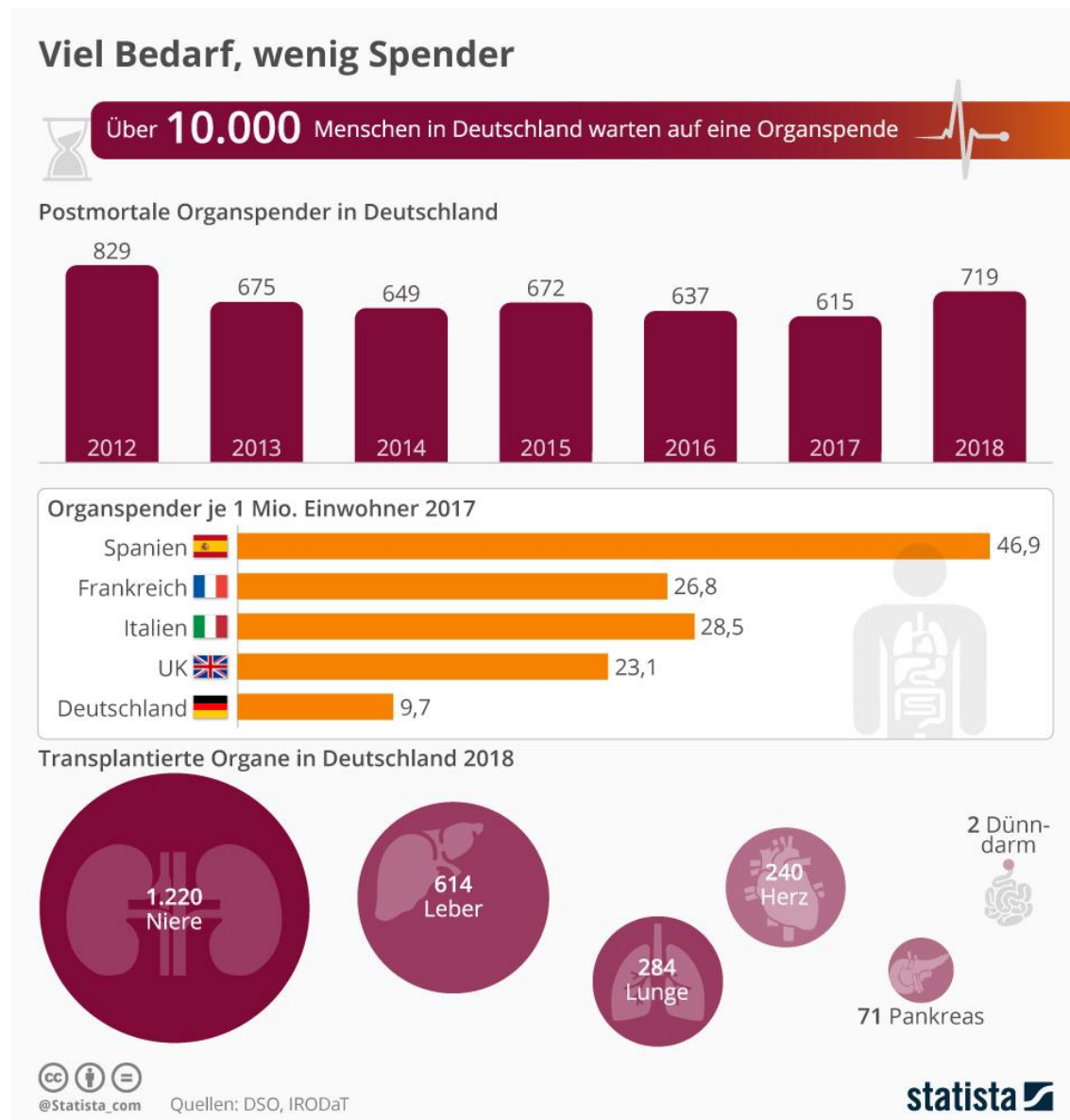
*

Németországban több mint 10.000 beteg vár donorszervvre.

Posztmortális transzplantációk száma Németországban 2012-2018

1 millió lakosra jutó donorok száma 2017-ben: ES, FR, IT, UK, DE

Transzplantált szervek száma Németországban 2018-ban: 1.220 vese; 614 máj; 284 tüdő; 240 szív; 71 hasnyálmirigy; 2 vékonybél.



Hedda Nier

Data Journalist

hedda.nier@statista.com +49 (40) 284 841 558

A gladiátorok orvosai

Deutsche Medizinische Wochenschrift 2018; 143(25): 1842-1846

DOI: 10.1055/a-0601-0440

Forensic Science International

Volume 160, Issues 2–3, 13 July 2006, Pages 207-216

Kulcsszavak: orvostörténet, paleopatológia, kultúrtörténet, Galenus, Római Birodalom

Forrás Internet-helye:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0601-0440> ,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379073805005815>

The Gladiator Diet: <https://archive.archaeology.org/0811/abstracts/gladiator.html> ;

Gladiátor-glosszárium: <https://archive.archaeology.org/gladiators/>

Az, hogy az ókori gladiátoroknak csapatorvosaik voltak, meglepőnek tűnhet. Az akkori atléták azonban valóságos „humánberuházásnak” számítottak. Egy gladiátor értéke 1.000 dénár vagy 4.000 sestertius volt, egy átlagos római pedig naponta 3-4 sestertius keresett, miközben a létminimumhoz szükséges összeg 4 sestertius volt. A leggazdagabbak a császárkorban évi 20 millió sestertius jövedelemmel rendelkeztek, vagyonuk elérte a 400 millió sestertius.

Tulajdonosaiknak érdekében állt, hogy a gladiátorok folyamatosan megtartsák jó erőnlétüket és ne váljanak hosszabb időre munka/harcképtelenné. A legjobb gladiátorok körül orvosok és más terapeuták sürgölődtek. Ennek ellenére a római küzdősportolók szegény ördögök voltak, nyomorúságos körülmények között éltek. Toborzásuk főleg a rabszolgák, bűnözők és bebörtönzöttek közül történt. Szabad emberként igen kevesen választották a gladiatori pályát, legfeljebb kalandorok és tönkrement nemesi származású fiatalok, akik nem tudták törleszteni adósságaikat.

Erőnlétükhöz a viszonylag jó koszt is hozzájárult. A gladiátorok fő étkei: gabona, borsó, juhsajt, esetenként sertés-, vagy marhahús. **Galenus**, aki maga is egy gladiátoriskola orvosa volt, egy borsóból és árpából kevert kásáról számol be. Az **ifjabb Plinius** pedig árpazabálóknak (*hordearii*) nevezte őket. Jóllehet kosztjuk nem éppen a kulináris élvezeteket szolgálta, a célnak megfelelt. Jóllakatta és főleg meghizlalta őket. A pocak volt a trendi, nem kockahas. Ennek egyszerű oka volt. A gladiátorok a vastag zsírréteggel könnyebben ki tudták heverni a szúrások és vágások okozta sebesüléseket.

A megfelelő táplálkozás mellett a gladiátorok teljesítőképességük fenntartása érdekében elkerülhetetlenül gondos orvosi ellátásban részesültek. Erről különböző régészeti leletek, egyebek között sírfeliratok tanúskodnak. Thomas Wiedemann bemutat egy részletet a zliteni (Líbia) mozaikból, amely két, fejtámasszal ellátott hordágyat ábrázol, amelynek magassága arra utal, hogy ezeket egyszersmind hordágy és műtőasztal gyanánt alkalmazták. A sérült gladiátorokat, akárcsak manapság, hordágyon vitték ki az arénából, hogy azonnal orvosi ellátásban részesíthessék őket.

Moog professzor *Galenus* mellett néhány további gladiátor-orvost is azonosított. Az orvostörténész szerint három római felirat, amelyek feltehetően ugyanazon nagyobb temetkezési helyről származnak, egy bizonyos *Eutychos*-ról (gör.: szerencsegomba) tesz említést, akit Néró szabadított fel és a *ludus matutinus*-nál működött. Kollegái, *Claudius Agathocles* és *Titus Aelius Asklepiades* ugyancsak a *ludus matutinus*-nál működtek. *Trophimos* a korinthuszi iskola orvosa volt. Gyakran történik említés *Claudius Demetrius*-ről, aki a *ludus magnus*, a legfontosabb római császári gladiátoriskola orvosa volt. A *ludus* tulajdonképpen egy börtön, egy edzőközpont és egy kaszárnya egyvelege volt. Itt éltek a gladiátorok és gondozóik.

A gyógyítás eredményei: Egy gladiátortemetőben mintegy 68 individuum közül tizenegynél (16%) jól begyógyult, a halál előtt elszenvedett koponyasérülést azonosítottak. A tizenegy közül ötnek több sérülése is volt. A töréseknek a lakosság többi részéhez viszonyított jobb gyógyulása az optimális sebellátásra, stabilizációra és intenzív rehabilitációra utal.

Az akkori gyógyászat állapotáról a római kori hadtörténet is támpontokkal szolgál. Augustus idején a római légiók szanitéc egységekkel, saját orvosokkal és lazarétumokkal rendelkeztek. Az orvosok által alkalmazott orvosi eszközök: csonttrögzítők, cserélhető pengékkel ellátott szikék, érvágók, fogók, horgok, vésők. sebészi égetővasak, csipeszek. Fájdalomcsillapításra mandragórát használtak. Seblezárásra hálót alkalmaztak.

Zliten mosaic: https://en.wikipedia.org/wiki/Zliten_mosaic ;
https://www.youtube.com/watch?v=NH_geFMKVou



Ferdinand Peter Moog (Universität Köln): <http://geschichte-ethik.uk-koeln.de/de/geschichte-und-ethik/unsere-team/wissenschaftliche-mitarbeiter/ferdinand-peter-moog> ;
<http://geschichte-ethik.uk-koeln.de/de/geschichte-und-ethik/unsere-team/wissenschaftliche-mitarbeiter/ferdinand-peter-moog/kurzbiographie> ;

E-mail: fmoog@uni-koeln.de ;

Leonhard Schumacher (Universität Mainz):

https://de.wikipedia.org/wiki/Leonhard_Schumacher ;

<https://www.instagram.geschichte.uni-mainz.de/univ-prof-dr-leonhard-schumacher/> ;

E-mail: lschumac@uni-mainz.de

Fabian Kanz (Center of Anatomy and Cell-biology, Medical University of Vienna and Austrian Archaeological Institute), Schwarzschanerstraße 17, Vienna A-1090, Austria

Tel.: +43 1 4277 61341; fax: +43 1 4277 61350.

E-mail: Fabian.Kanz@univie.ac.at

Claudia Schmidtke, a német szövetségi kormány új betegjogi megbízottja

Forrás Internet-helye: https://de.wikipedia.org/wiki/Claudia_Schmidtke ,
<http://claudiaschmidtkemdb.de/> ;
<https://www.abgeordnetenwatch.de/profile/claudia-schmidtke> ;



Claudia Sabine Schmidtke (Sz. Neumünster, 1966. március 29.), német orvos, politikus. 2017 szeptember óta a Bundestag tagja. Egyedülálló, Lübeckben él.

Egyetemi tanulmányok: humánmedicina (*Universität Hamburg*).

Approbációját követően Lotaringiában dolgozott intenzív terápiás orvosként, majd különböző németországi kórházakban, többek között az általános sebészet és a kardiológia területén működött Kiel-ben.

Az orvostudományok doktora cím megszerzése után 2004-ben habilitált. Dolgozatának címe: „*Ross-műtét, mint a beteg aortabillentyű helyettesítési eljárása*”.

Főorvosként működött Schleswig-Holstein Tartomány Egyetemi Klinikájának szív-, mellkas- és érsebészeti klinikáján.

Egészséggazdasági (*Health Care Management*) MBA, továbbá a *Deutsche Gesellschaft für Geschlechtsspezifische Medizin* továbbképzésén *gendermedicina* címet szerzett.

2014. óta a *Herzzentrum Bad Segeberg* szív- és érsebészeti osztályának főorvosa, az osztályvezető főorvos helyettese.

Az *Universität Lübeck* promóciós bizottságának tagja.

2010. óta a CDU tagja. Az egészségügyi és felsőoktatási szakbizottságban folytat tevékenységet. Politikai pályára lépésének fő momentumai: az *Universität Lübeck* tervezett bezárásával szembeni fellépés, valamint 2015-ben a menekültválsággal kapcsolatban egy lübecki befogadóállomás létesítésével kapcsolatos állásfoglalás.

2017. óta a Bundestag tagja.

2019 január: a szövetségi kormány betegjogi megbízottja.

***A kórházi menedzsment aktuális kérdései 2018-ban – egységes szerkezetben
Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2018.***

Projekte Positionen Perspektiven

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., (VKD)

A kiadvány nem érhető el Interneten, de azt a Német Kórházigazgatók Szövetsége érdeklődés esetén elektronikus vagy nyomtatott verzióban rendelkezésre bocsátja.

Az időskorú beteg

Gabriele Kirchner, a Német Kórházigazgatók Szövetségének irodavezetője:

Új ellátási modellekre van szükség

Időskorú betegek a kórházakban

A kórházakban fekvő betegek több mint kétharmada 70 éves vagy annál idősebb. Az időskorúakról szóló berlini tanulmány (*Berliner Altersstudie*) szerint a 70 év fölöttiek egyharmada öt vagy annál több betegségben szenved. A multimorbiditás, a többszörös gyógyszerelés, a kognitív korlátozottság, az immobilitás és más ártalmak a delírium elszenvedésének magas kockázatával járnak, amire egymagában egyetlen szakmai csoport sem tud reagálni. Ehhez interdiszciplináris és interprofesszionális teamek közreműködésére van szükség. Szakértők geriátriai szűrés bevezetését javasolják a kezelési szükséglet időben történő azonosítása céljából.

A kórházakban a leggyorsabban növekvő betegcsoportot a nyolcvan év fölöttiek alkotják. Ennek oka nemcsak a demográfiában, hanem az orvostudomány fejlődésében is keresendő. E betegcsoport körében a szívűtékek és a csípőprotézis-beültetések mindennappossá váltak.

Az elmúlt tíz évben az esetszám nemcsak a geriátriai, hanem a szívsebészeti és neurológiai osztályokon is erőteljesen, 76,3%-kal, 54,5%-kal, ill. 45,7%-kal növekedett. Ezeken az osztályokon tendenciálisan időskorú betegeket kezelnek. Jóllehet a kórházaknál összességében az átlagos ápolási idő megrövidülését regisztrálják, ez a szívsebészeti és sugárterápiás osztályokon az általános trendtől eltérően másképp van. Ezeken az osztályokon az átlagos ápolási idő 2,1%-kal, ill. 1%-kal növekedett. Ennek oka a betegek struktúrájának megváltozása lehet. A Szövetségi Statisztikai Hivatal szerint a nyolcvan év fölötti betegek aránya 2007-ben 9,8%, 2016-ban 12,9% volt.

A német kórházakba évente nyolcmillió nyugdíjas korú embert utalnak be. Egyes tanulmányok szerint ezek közül minden ötödik személy delíriumba esik. Különös veszélynek vannak kitéve a műtéten átesett, főleg hetven év fölötti személyek, ez mintegy ötmillió esetben fordul elő. Combnyaktörés miatti műtét után csaknem minden második beteg elszenved egy ilyen tudatzavart, szívsebészeti műtétet követően ez öt közül négy beteget érint.

Az ellátási struktúrák átalakulása

A Német Kórházigazgatók Szövetsége már évek óta szorgalmazza az ellátási struktúrák jobb egymásba szervezését. Ez a jövőben elsősorban az időskorú betegek ellátása érdekében válik sürgőssé. Ez irányban már létezik egy sor lehetőség a hálózatba szerveződésre és a kooperációra, ám a területet lefedő ellátásra irányuló szisztematikus megoldás még várat magára. Ide tartozna a szektorok határain átívelő minőségbiztosítás és szükséglettervezés, az eltérő regionális körülmények figyelembevételével, valamint a térítésre vonatkozó szabályozások.

Sok az olyan beteg, akit egyetlen kezelés során több szektorban látnak el. A szektorok határain átívelő minőségbiztosítás azt jelenti, hogy a betegellátás eredményeit egy teljes kezelési folyamat során, az ellátás minden szintjén ellenőrzik. Ennek feltételeit a ***versenynek a kötelező betegbiztosítás területén való megerősítéséről szóló törvény (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)*** (2007) fogalmazta meg, a szektorspecifikus és a szektorok határain átívelő minőségbiztosítási eljárások kidolgozásának feladatát pedig a ***Közös Szövetségi Bizottságra (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA)*** ruházta. Mindennek célja a betegellátás kontinuitásának biztosítása, a szektorok közötti összehasonlíthatóság megteremtése, a minőségügyi törések megakadályozása a betegek szektorok közötti mozgása során. Végső soron arról van szó, hogy a betegellátás során mindvégig biztosítani kell a változatlan minőséget. Némi optimizmusra ad okot, hogy a Közös Szövetségi Bizottság publikált két indikációt a szektorok határain átívelő minőségügyi feltételekre vonatkozóan.

A dolgok jelenlegi állása szerint aligha számíthatunk a szektorok határain átívelő szükséglettervezés bevezetésére. Ennek kidolgozása azonban a fejlemények tükrében az eredendő szektorális érdekkellentétek ellenére sürgősen szükségessé válik. A Német Kórházigazgatók Szövetsége a sürgősségi ellátás koncepciójáról szóló vita során utalt az első lépések megtételének lehetőségére.

Központiak helyett inkább regionális változtatások?

A változtatások útján kis lépést jelentett a szövetségi tartományok, betegpénztárak, kórházársaságok, betegpénztári egyesületek és más érintettek képviselőiből álló tartományi grémiumok felállítása, amelyek ajánlásokat tehetnek a szektorok határain átívelő ellátásra vonatkozóan. Ezek nem rendelkeznek tervezési hatáskörrel. Az ***egészségügyi fejlődés szakértői tanácsa (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR)*** ajánlása szerint a „diszpozitív” (megengedő) szabályozást „kogens” (kötelező) szabályozással kellene felváltani. Fenyegető alulellátás esetén az ellátás biztosításának feladata ezekre a grémiumokra hárulna át.

A törvényhozó mérlege a szektorok határain átívelő ellátás megteremtése tekintetében a különböző kormányzati kísérletek ellenére igencsak vékonyka. Ez irányban szóba jönnek még az innovációs alap által támogatott projektek.

A digitalizáció az időskorú betegek ellátása területén is szükséges

A digitalizáció jelentősége a jövő egészségügyi ellátása számára ma már vitathatatlan tény. Ez természetesen az időskorú betegek gondozásának lényeges feltétele. A szolgáltatók egymás közötti és a betegekkel való szisztematikus információcseréje éppen ezen a területen a legszükségesebb.

A nemzeti telematikai infrastruktúra és ezzel összefüggésben az elektronikus betegkártya bevezetése sajnos csigatempóban halad – jóllehet ebbe már jó sok pénzt beforgattak.

*

Az időskorú beteg A demencia iránt érzékeny kórház

Haßberg-Kliniken

A Haßberg-klínikák a Haßberge járásban működő általános kórházak egyesülése. Évente összesen 10.300 fekvőbeteg és 18.000 ambuláns eset ellátására kerül sor. A kórházügyi tervben rögzített 220 ágygal és 559 foglalkoztatottal rendelkeznek. Az ellátás súlypontja egyre inkább az időskorúak felé mozdul el.

A járási kórházakban 2016 márciusában demencia iránt érzékeny munkacsoport alakult (Projektgruppe „Demenzsensible Haßberg-Kliniken“). Németországban a demenciában szenvedők száma 2010-ben elérte az 1,2 milliót. Az újonnan megbetegedettek száma évente 248.000. Az előrejelzések szerint a demenciában szenvedők száma 2020-ig 2,9 millióra, 2030-ig 3,4 millióra növekedik.

A demencia iránti érzékenység vetületei

Az étkeztetés

Problematikus eljárás az étel tálcán való felszolgálása, amit a kórházak többségénél alkalmaznak. Rendszerint az összes fogás egyetlen tálcán való felszolgálására kerül sor. Ez nehéz helyzet elé állítja a demens személyeket, akik fel sem ismerik, hogy mi van a tálcán és a desszertet belekeverik a levesbe. A dolognak szociális vonatkozása is van: a társaság nélkül, egymagában étkező demens személy kevesebbet, vagy semmit sem eszik. Ezért az egyik járási kórházban a közösségi helyiséget étkezőként használják, ahol a demens és nem demens személyek együtt étkeznek. Az egyes fogásokat nem egyszerre, hanem egymásután szolgálják fel. Az étel kiosztására egy konyhakocsiról kerül sor, így teljesíteni lehet a beteg kívánságait és mód nyílik a megfelelő mennyiség tálalására.

A hozzátartozók bevonása

A Haßberg-klinikák lehetővé teszik a hozzátartozók részére, hogy éjszaka is a beteg mellett maradjanak. A „**Rooming-In**” biztonságérzetet és jó közérzetet nyújt a demens személyek részére. Az érintetteknek kevesebb alváshiánnyal és zavart állapottal kell szembesülniük, mint azoknak, akik velük hasonló egészségi állapotban vannak, de nem részesülnek a hozzátartozójukkal való együttlétben.

A lakókörnyezet kialakítása

A demenciában szenvedő betegek lakókörnyezetének alakításában figyelembeveendő feltételek: csendes, védett épületszárny, csúszásgátlós padló, élénk színvilág; közérthető képbeszéd; lakályosság, biztonság, klinikai funkcionalitás egyensúlya; hazulról behozott tárgyak (képek, párnák) nyújtotta otthonosság; falfestés, megvilágítás.

A munkatársak képzése

A képzés minden foglalkozási csoport számára fontos, annak tartalma azonban differenciált. Az ápolók képzése különösen intenzív és terjedelmes. A Haßberg-klinikáknál folytatott képzések tartalmi elemei:

- a demencia háttértényezői
- a demencia tünetei, beleértve a delírium betegségképet
- megfigyelés és érzékelés
- a demens betegek különleges helyzete a kórházakban
- kommunikáció és interakció
- kihívó viselkedés
- Richard-féle integratív validáció
- biográfia feldolgozása és környezetterápia

Segédeszközök alkalmazása

A kommunális cégnél a betegek biztonsága érdekében a kijáratokra riasztókészüléket szereltek, amely akkor lép működésbe, ha egy kompatibilis csuklópántot viselő beteg a kijáratához közeledik. Ezzel megakadályozzák, hogy az elkószálásra hajlamos betegek kijussanak az intézményből.

A mentálisan korlátozott betegek ágya vagy széke mellé ún. lépésérzékelős riasztó szőnyeget helyeznek, amely akusztikus jelzést bocsát ki, ha a beteg feláll és rálép.

A demensek orientációját piktogramokkal segítik. Piktogramokkal látták el a mosdókat, az étkezőhelyiséget, a betegek számára fontos szobákat. Az egyes betegek szobájának ajtajára az illető által választott személyre szabott képet akasztottak. A foglalkozások keretében segédeszköz gyanánt szolgál még a zene, a játék, a könyv.

A demencia-megbízottak képzése

Minden osztályon demencia-megbízottat kell kijelölni és kiképezni. A képzésnek részletesebbnek és árnyaltabbnak kell lennie, mint a személyzet többi részének képzése. Ez a szakértő hivatkozási személlyé válik az adott osztály teljes személyzete számára. Ő maga nem folytat képzést, hanem tanácsadóként működik.

Regionális partnerekkel való együttműködés, önkéntesek foglalkoztatása

A hálózatokban való közreműködés a más ellátási területekkel való együttműködés erősítését szolgálja. A kórházak fontos partnerei: a szabadfoglalkozású orvosok, az ambuláns és bentlakásos ápolási intézmények, valamint tanácsadó irodák. A kórházak számára jelentőséggel rendelkezik az önkéntes munkatársak hálózatának kiépítése.

A Haßberg-klinikákon 2018 szeptemberében vezették be az önkéntesek foglalkoztatását. Az önkéntesek feladatai: vizsgálatokra való betegkísérés, műtétek utáni (nem orvosi és nem ápolói) beteggondozás, a betegekkel való beszélgetés, szervezésben való segítségnyújtás, továbbá éneklés, zenélés, felolvasás; háztartási munkában és kézműves foglalkozásokban való részvétel.

A szerző:

Anna-Maria Combes

Gesundheits- und Krankenpflegerin im Pflegemanagement, Stationsleitung, Demenzbeauftragte sowie Ehrenamtskoordinatorin der Haßberg-Kliniken

*

Az időskorú beteg Mobilitás, önállóság, önrendelkezés

A *MediClin Krankenhaus am Crivitzer See* alap- és szerződött orvosi ellátást, továbbá sebészeti/ortopédiai, belgyógyászati, szüléset/nőgyógyászati, aneszteziológiai és radiológiai szolgáltatásokat nyújt. A kórház 74 betegágygal rendelkezik. Az interdiszciplináris komplex kezelési központban elsősorban időskorú, valamint krónikus és multimorbid betegeket látnak el.

Az életminőség, mint a kezelés legfontosabb célkitűzése

Az interdiszciplináris komplex kezelési központ legfontosabb célkitűzései: a mindennapi élet tevékenységeinek független elvégzéséhez szükséges képességek visszanyerése (önállóság), a segédeszközök (járást segítő eszközök, rollátor) nélküli mobilitás javítása és a maradandó ápolásra szorultság mértékének csökkentése.

Az interdiszciplináris team munkájában orvosok, terapeuták, pszichológusok, pszichoterapeuták, szociális munkások, speciális képzettséggel rendelkező ápolók, lelki gondozók vesznek részt. A team további résztvevőkkel bővül. Igen

nagy igény van geriátriai tapasztalatokkal rendelkező ápolókra. Az ápolószemélyzet az összes terápiában aktív módon részt vesz. Ők biztosítják a team tagjai és a betegek közötti kapcsolatot és a hozzátartozókkal való kapcsolattartást.

A komplex kezelési központ eddig több mint 100 beteget részesített komplex geriátriai kezelésben. A team számos tapasztalatot szerzett, sikereket ért el a kezelés területén, emberi sorsokat ismert meg, ami hozzájárult a kezelés sikeréhez.

A korai rehabilitációs komplex geriátriai kezelés kritériumai:

- A kezelést geriátriai team végzi, klinikai geriátriai kiegészítő továbbképzéssel rendelkező szakorvos irányításával.
- A kezelés kezdetén legalább négy területre kiterjedő standardizált geriátriai értékelésre, az elbocsátást megelőzően legalább két területre kiterjedő értékelésre kerül sor (ha a beteg állapota egyes területeken ezt nem teszi lehetővé, ez dokumentálandó, ill. adott esetben megismétlendő).
- A felvétel alkalmával a beteg állapotára vonatkozó, legalább öt területre kiterjedő szociális értékelésre kerül sor (ha a beteg állapota ezt nem minden területen teszi lehetővé, ez dokumentálandó, ill. adott esetben harmadik féltől bekérendő, ill. lehetőség szerint megismétlendő).
- A team hetente megbeszéléseket folytat az összes szakterület képviselőinek részvételével, a kezelés eddigi eredményeit és a kezelés további célkitűzéseit hetente dokumentálják.
- Képzett ápolószemélyzet általi aktiváló terápiás ápolásra kerül sor.
- Párhuzamosan aktív diagnosztikára, ill. orvosi kezelésre kerül sor.

A szerző:

Yvonne Bartels

Kaufmännische Direktorin, MediClin Krankenhaus am Crivitzer See

*

Digitalizáció

A digitalizáció helyzete a német kórházakban

A német kórházak 25%-a nem rendelkezik eHealth-stratégiával.

Mostanság minden a digitalizációról szól. A kórházak számára ez jelentős minőségi ugrással kecsegtet. A digitalizáció a kórházügy területén azt jelenti,

hogy a kórház falain belül az összes kezelési és ellátási folyamatra, ill. a szektorok határain túl mindenre az információtechnológia támogatásával kerül sor. Ennek során a közvetlen betegellátás számára magas haszonnal rendelkező projektek rendelkeznek prioritással. Ez irányban jelentős lépést jelent az elektronikus betegdokumentum bevezetése. Fontosak továbbá a döntéshozatal segítő kórházi információs rendszerek és a digitális betegdokumentáció, akárcsak az orvosi adatok mobil terminálokra való megjelenítése és feldolgozása. A jövőben egyre jelentősebbé válnak a betegeket közvetlenül a kezelési folyamatba bevonó rendszerek. A szigorú adatvédelmi rendelkezések folytán a betegek adatainak biztonsága az információtechnológia minden területén egyre nagyobb jelentőségre tesz szert.

Egy dologban biztosak lehetünk: az izolált információtechnológiai megoldások ebben az értelemben még nem azonosak a digitalizációval. Olyan folyamatokról van szó, amelyek lehetővé teszik a betegek adatainak tértől és időtől függetlenül a megfelelő felhasználói felületen az összes jogosult részére való elérhetőségét. **A Kórházi Információtechnológiai Vezetők Szövetségi Egyesülése (Bundesverband der Krankenhaus-IT-Leiterinnen/Leiter – KH-IT e.V.)** 2017-ben közzétett körlevele (<http://bit.ly/2mi6Ult>) szerint ebben az összefüggésben a szolgáltatási folyamatokat a feldolgozás minden szintjén rugalmas elektronikus workflow-k segítik.

Nemzetközi összehasonlításban Németország az egészségügyi rendszer digitalizációja tekintetében korántsem áll élenjáró helyen.

A McKinsey tanácsadó cég tavalyi felmérést tett közzé a digitalizáció helyzetéről a német kórházakban. 2016-ban és 2017-ben a digitalizáció állapotáról és potenciáljairól kérdezték a kórházak főigazgatóit, orvosigazgatóit és gazdasági igazgatóit. A felmérésben a kategóriájában legrelevánsabb 200 kórház és fenntartó, ill. 76 kórházi vezető vett részt. A reprezentatív jelleget a különböző fenntartói struktúrák (állami: 42%, közhasznú társasági: 33%, privát: 25%) és különböző méretű kórházak (kevesebb mint 200 ágy: 21%, 200-499 ágy: 38%, több mint 500 ágy: 41%) arányossága biztosította.

A megkérdezett igazgatók 85%-a szerint a digitalizáció érettsége és minősége nem elégséges. Egyetlen megkérdezett sem válaszolta, hogy kórházában a digitalizáció érettsége és minősége magasszintű lenne. A betegdokumentum teljes mértékű digitalizációja egyetlen kórházban sem történt meg. Mindaddig mindössze a szolgálati beosztásokat és az ételszállítás megrendelését

digitalizálták. A kórházi vezetők arról számoltak be, hogy intézményükben kiépítették a vezeték nélküli hálózatot (WLAN), a kórházi információs rendszert pedig további komponensekkel egészítették ki.

A kórházláncok vezetői közül többen válaszolták, hogy eddig mindössze kísérleti projektekre került sor az egyes telephelyeken, amelyeket majd kiterjesztenek a kórházlánc egészére. Létrejött néhány kísérleti projekt a telemedicina területén.

A kórházak természetesen a digitalizáció számos eszközével élnek. Léteznek digitális szigetek szórványos megoldások, helyi kezdeményezések, sőt teljesen digitalizált kórházak, mint a hamburgi, aacheni és münsteri egyetemi klinikák. Egyes kórházi vállalkozások, mint az *Agaplesion* keresztény kórházi konzern, már hosszabb ideje intenzív digitalizációs stratégiát követnek. ***A többek között a Német Kórházigazgatók Szövetsége által alapított „döntéshozók gyára” (ENTSCHEIDERFABRIK)*** már több mint 12 éve meghirdette az év információtechnológiai kulcstémája versenyt és ezzel folyamatosan lökést ad az újabb és újabb projekteknél. Mindez azonban még nem teljesíti azokat a követelményeket, amelyek az egészségügyi ellátás minden területén egy kompatibilis és használható digitális infrastruktúrával szemben támasztandók. A digitalizáció által nyújtott minőségi többlet a kórházon belüli összes terület hálózatba szerveződésében, valamint kifelé, a többi érintettel való hálózatba szerveződésben áll. A határok nem felelnek meg a digitális infrastruktúra lényegének.

Szakirodalom, elemzések, vitairódalom a digitalizáció helyzetéről

A ***Roland Berger tanácsadó cég*** tavalyi tanulmánya szerint a kórházak látnak ugyan fantáziát a digitalizációban, de nem rendelkeznek a megfelelő információtechnológiai infrastruktúrával és a szükséges beruházási forrásokkal. Az intézmények információtechnológiai kiadásai forgalmuk elenyésző részét teszik ki: az információtechnológiai kiadások az intézmények 91%-ánál nem érik el a két százalékot, felénél (41%) az egy százalékot sem. A megkérdezettek egyharmada azonban azt válaszolta, hogy a digitalizáció jobb eredményekhez vezet.

Az előző évhez viszonyítva kevesebb kórház (58%) válaszolta, hogy digitalizáció segítségével próbálna javítani eredményein. Ugyanakkor növekedett azon intézmények aránya, amelyek a digitalizációs intézkedések segítségével

szignifikánsan jobb eredményt produkáltak. Ez arra enged következtetni, hogy a kórházak célirányosabb beruházásokat eszközölnek a digitalizáció területén.

A beruházási források hiánya mellett további kihívásokat jelentenek a szervezetre és az érintett személyzetre háruló megterhelések, az adatbiztonság, a digitális knowhow hiánya.

Az *Institut Arbeit und Technik (IAT)* kutatói annak jártak utána, hogy milyen hatást gyakorol a foglalkoztatottakra a digitális technikák fokozódó kórházi alkalmazása. A 2016 június és október között végzett online-felmérésben 648 kórházi alkalmazott vett részt. A megkérdezettek 79%-a ápoló, 6%-a orvos, a többi résztvevő egyéb szakdolgozó, az igazgatási és technikai személyzet tagja volt. Ezenkívül interjút készítettek két kórházigazgatóval.

A tanulmány szerint az orvosok és ápolók nem aggodalmaskodtak munkahelyük biztonsága miatt. Egyrészt nyugtázták a munka megkönnyítését, másrészt a nyomás fokozódását. Ezzel kapcsolatban kifejezésre jutott egy probléma: Az új technikák bevezetésére gyakran a foglalkoztatottak bevonása nélkül kerül sor. Általában a megkérdezettek elenyésző része, mindössze két százalék aggódik amiatt, hogy feleslegessé válik. A szerzők szerint a digitalizáció effektusai „inkább mennyiségi, mint minőségi természetűek”. A megkérdezettek háromnegyede megerősítette, hogy a létező munkahelyek feladatspektruma bővült.

Az értékelés szerint az egészségügyben a munkavállalók határozottan nyitottak a technikai újdonságok iránt. A megkérdezettek 90%-a érdeklődéssel, többsége bizalommal fogadja az új technikákat. Csak öt százalék érzékeli azt megterhelésként.

A résztvevők 70%-a ma már rendszeresen alkalmazza a digitális technikát a kommunikáció, logisztika, menedzsment, személyzeti ügyek, betegellátás, információ és szakképzés területén. A megkérdezettek 84%-a számítógépet, 60%-a digitális kamerát, 53%-a monitoring-rendszereket használ, amelyek segítségével például követni tudják a betegek vitális paramétereit. Egynegyed smartphone-t, egytized tabletet használ.

A tanulmány szerint a kommunikáció és az együttműködés területén a konkrét változások „feltűnően korlátozottak”. A betegekről szóló információkat 55% továbbra is élőszóban továbbítja, a dokumentáció 58%-a továbbra is papíralapon

történik. A más kórházi osztályokkal való együttműködés viszont a digitalizáció közvetítésével jelentősen javult.

A munkával való megterheltség tekintetében a kép ambivalens. Egyrészt a foglalkoztatottak 61%-a úgy találta, hogy a digitális technológiák megkönnyítik munkáját. 40-50% időmegtakarításról, magasabb hatékonyságról és a betegellátás minőségi javulásáról számolt be. Másrészt panaszok merültek fel a fokozottabb teljesítménykényszer, a gyakori zavarok és a fokozottabb munkahelyi ellenőrzések vonatkozásában. A kórházigazgatók nézőpontjából a digitalizáció éppen a munkaerőhiánnyal összefüggésben válik fontossá és hozzájárulhat a folyamatoptimalizáláshoz és a munka tehermentesítéséhez.

A *Stiftung Gesundheit* 2017/18 fordulóján tette közzé a digitalizációról szóló tanulmányát („*Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2017*“), amely ugyancsak számos pozitív üzenetet tartalmaz. Az orvosok többsége kívánatosnak tartja a kórházak és orvosi praxisok közötti digitális kommunikációt. A felmérésben szabadfoglalkozású orvosok és vezető kórházi orvosok megkérdezésére került sor a szektorok közötti együttműködésre vonatkozóan. A szabadfoglalkozású orvosok 36,4%-a előszeretettel biztonságos környezetbe beágyazott e-mailben, 21,5%-a lehetőség szerint az orvosi információs rendszerbe integrálható információtechnológiai rendszer keretében kommunikál. A kórházi orvosok preferenciái hasonlóak: 40,4%-uk információtechnológiai rendszerben, 38,5%-uk biztonságos környezetbe beágyazott e-mailben szeret kommunikálni.

A valóság azonban itt is kissé másképpen fest: a többség mindmáig a régen jól bevált levelezést használja – a tanulmány szerint az orvosok 60%-a és a kórházak 80%-a.

A *Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)* és a *BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft* közös tanulmánya a kórházak 2020-ig terjedő középtávú stratégiáját vizsgálta. Biztosan elérhető célok a betegdokumentum teljes digitalizációja, valamint a szabadfoglalkozású orvosok és más egészségügyi foglalkozási csoportok bevonása a digitalizáció folyamatába. A végeredmény a papírmentes kórház. Ma már egyetlen kórház sem működhet információtechnológiai támogatás nélkül. Annál inkább szembetűnő, hogy a kórházak szűk 25%-a még nem is tervezi információtechnológiai stratégia kidolgozását. Különösen érintettek a vidéki és a gazdaságilag veszteséges kórházak.

Mindazonáltal a megkérdezett kórházak 61%-a tervezi információtechnológiai stratégia bevezetését. Ezenkívül a kórházak egynegyedének van elképzelése arról, hogy milyen irányban kell elmozdulniuk 2020-ig az információtechnológiai szolgáltatókkal való együttműködésük tekintetében.

Az információtechnológiai stratégia tartalmilag az általános üzleti stratégiából származtatható, amelynek keretében a biztonsági irányelvek kialakítása különösen fontos motívum. Ezenkívül gyakran a telemedicina alkalmazások is az információtechnológiai stratégia alkotóelemét képezik. Ezt különösen a vidéki régiókban működő kórházak tartják reményteljesnek. Kiemelkedő példa, hogy az *Uniklinik Aachen* 15 kórház részére nyújt jól bevált „teleintenzívmedicina” (*Teleintensivmedizin*) (sic!) támogatást.

[*Illusztráció a youtube-on: <https://www.youtube.com/watch?v=ND1nBH1gxkQ>]*

A *Marabu EDV-Beratung und -Service GmbH* 2018 július elején publikálta a kórházak digitalizációjának állapotáról szóló felmérés eredményeit. Ez egyebek között definiálja a papírmentes kórház célkitűzésének eléréséhez szükséges feladatokat: a beteginformációk teljessége és rendelkezésre állása, folyamatorientált információ-előkészítés és feldolgozás, folyamatoptimalizálás, célzott információelemzés általi orvosi döntéshozatali segédletek, automatizált bejelentési és korai figyelmeztető rendszerek, pl. hibabejelentés (CIRS), klinikai kockázatmenedzsment, tájékoztatói segédletek, compliance-támogatás adatbányászat segítségével, az információk és feladatok automatizált leosztása, pl. egy szisztematizált minőségügyi menedzsment keretében, valamint az alkalmazottak tehermentesítése és az adatvédelem megerősítése.

A politikum adóssága

A szövetségi politika is felismerte a digitalizáció egészségügy számára való jelentőségét. Az eHealth-törvény elfogadására 2015. december 18-án került sor. A jogszabály szándékai: az elektronikus betegdokumentum alkalmazásainak bevezetése, a telematikai infrastruktúra és a hozzá kapcsolódó biztonsági jellemzők érvényesítése, további alkalmazások megnyitása az egészségügyi szereplők és más szolgáltatók részére, a *Gesellschaft für Telematik (gematik)* struktúráinak optimalizálása és kompetenciáinak kiterjesztése, az egészségügyi információtechnikai rendszerek interoperabilitásának megerősítése, a telemedicina szolgáltatások ösztönzése.

A törvény azonban egyoldalúan csaknem kizárólagosan a szabadfoglalkozású szektorra vonatkozik. Még ott is határokat szab, ahol célszerűek lennének a szektorokat átfedő szabályok. A **Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG)** is kifogásolta, hogy a kórházaknak a jövőbeli elektronikus kommunikációba, a telematikai alkalmazásokba való bevonása csak másodlagosan történik. A tervezet csaknem kizárólagosan a szerződött orvosi szférára fókuszál, kizárja a kórházakat az elektronikus egészségügyi kártya alkalmazásával járó haszonból, egyoldalúan megerősíti a kötelező betegbiztosítás ernyőszervezetének (*GKV-Spitzenverband*) és a Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülésének (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*) pozícióit a telematikai infrastruktúra jövőbeli keretfeltételeinek alakításában.

A **Németországi Kórházigazgatók Szövetsége (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands)** számára is érthetetlen, hogy a kórházakat miért rekesztik ki az új szabályozásból, egyebek között az elektronikus gyógyszerelési terv kifejlesztéséből. A gyógyszerelési tervet haladéktalanul a szektorok között átjárhatóan alkalmazhatóvá kell tenni. A gyógyszerelési tervnek ettől az évtől kezdődően lehívhatóvá kell válnia az elektronikus egészségügyi kártyáról.

A kórházak értelmetlen kizárásának egyik példája a röntgenfelvételek távértékelése és az online-video-vizit szerződött orvosi ellátás területén való szabályozásának bevezetése. A radiológiai vizsgálatok területén a kórházak rendelkeznek a legjobb szakmai háttérrel. A jogszabály azonban az ambuláns ellátás határán megálljt parancsol.

Az információtechnológiai fejlesztésekkel megbízott társaságnak (**gematik**) 2017. december 31-ig le kellett volna zárnia a sürgősségi adatmenedzsment bevezetésére irányuló intézkedéseket. A tervek szerint pedig ettől az évtől kezdődően minden biztosított számára meg kell adni az elektronikus egészségügyi kártyán való hozzáférés lehetőségét a sürgősségi ellátás szempontjából releváns egészségügyi adataihoz. A sürgősségi adatmenedzsment terítését azonban csak a szerződött orvosi szférában írták elő.

A törvény szerint a **gematik**-nak ez év végéig meg kellene teremtenie annak előfeltételeit, hogy a betegek használhassák az elektronikus egészségügyi kártyát, továbbá elektronikus betegfiókjukban tárolhassák saját egészségügyi adataikat. Majd meglátjuk, hogy ez sikerül-e.

Üdvözlendő, hogy a *gematik* határidőn belül bevezette az interoperabilitás regiszterét. Mindazonáltal az információtechnológiai rendszerek közötti interoperabilitás, amelynek rendeltetése a betegeket elbocsátó elektronikus levél és az elektronikus orvosi jelentés bevezetése, továbbra is szektorális illetékességben marad.

A szövetségi kormány 2017 őszén kilátásba helyezte a második eHealth törvényt, amelynek igen jelentős része lesz az elektronikus betegdokumentum bevezetése. A biztosítottak törzsadatainak menedzsmentje mellett a következő választási ciklusban további alkalmazásokat, egyebek között az elektronikus gyógyszerelési tervet és a sürgősségi adatok menedzsmentjét is el kell indítani.

Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter 2018 július közepén bejelentette, hogy a kötelező biztosítás tagjainak legkésőbb 2021-től tableten, vagy smartphone-on digitálisan hozzá kell férniük elektronikus betegdokumentumukhoz. Ehhez rövidesen meg kell teremteni a törvényi feltételeket. A miniszter szerint ez nem jelenti az elektronikus betegkártya végét, hanem egy további, betegbarát opciónak tekintendő. Egyszerűsíteni és bővíteni kell a hitelesítési eljárást. Azok a betegpénztárak, amelyek nem akarnak erre 2021-ig várakozni, ezekkel az újításokkal biztosítékot kapnak arra, hogy már most felkínálják az elektronikus betegdokumentumot. Az elektronikus betegdokumentum bevezetése során döntő jelentőségű, hogy a különböző betegpénztárak digitális dokumentumai kompatibilisek és interoperábilisak legyenek. Ezért minden betegpénztár számára azonos feltételeket kell szabni. E folyamat konkrét fejleményeként az *Uniklinik Aachen* 2018 július óta az egyetemi klinikák közül elsőként, a *Techniker Krankenkasse* hálózatába szervezte elektronikus betegdokumentumát („*TK-Safe*“).

A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének álláspontja.

A döntéshozók gyára és a digitalizáció

A digitalizáció helyzete Németországban az Egyesült Államokhoz és a skandináv országokhoz viszonyítva jelentős hátrányban van. Ennek egyik oka a finanszírozás. Az Egyesült Államok példáját követve sokkal több pénzt kellene a digitalizáció rendelkezésére bocsátani. A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének megítélése szerint öt éven keresztül évente kétmilliárd EUR-t kellene kórházi digitalizációra fordítani. Egy ilyen beruházási offenzíva megoldaná az évek óta fennálló mizériát, amit a beruházások tartományok általi finanszírozása képtelen kezelni.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének álláspontja szerint a kórházi digitalizáció folyamatát öt év leforgása alatt le kellene vezényelni. A kórházi struktúrák és folyamatok csak ebben az esetben lehetnének oly módon megváltoztathatók, hogy ezzel az összes feszítő probléma megoldódjon. Gyorsabban, hatékonyabban alakítható folyamatok, a know-how és a szaktudás megosztása, a bürokratikus teendők átrendezése, az orvosok és ápolók tehermentesítése. Továbbra is munkaerőhiány van – amiért a dokumentációs teendők is okolhatók. A digitalizáció nem utolsósorban a betegekkel való közelebbi kapcsolatot, a velük való újszerű kontaktusteremtést és kapcsolattartást, a biztonságérzet nyújtását is jelenti.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége és az ipari egészséggazdaság szervezetei közös elképzelésekkel lépnek fel. Az elmúlt 12 évben a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége a kórházakkal, az ipari szereplők ágazati szövetségeivel és tanácsadókkal való együttműködésben a **„döntéshozók gyára” (ENTSCHEIDERFABRIK)** kezdeményezés keretében jelentős tapasztalatokat szerzett az információtechnológiai projektek területén. A kórházakban, a betegpénztáraknál, a szerződött orvosoknál – mindenütt információtechnológiai projektek kezdődtek, amelyekben az ipari szereplők és a szolgáltatók is részt vettek.

Ezért a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége támogatja az ipari szereplők ágazati szövetségei által a szövetségi kormányhoz intézett felhívást egy nemzeti eHealth célkép mielőbbi kialakítására. Az állásfoglalás szerint az egészségügyi rendszer digitális átalakítására vonatkozó célkép csak úgy lehet sikeres, ha annak kialakítására az ipari egészséggazdaságban és az egészségügyi ellátásban érintett összes szereplő hozzájárulásával, a politikai szereplők és döntéshozók irányításával kerül sor. Egy ilyen célkép kialakítása csak egy politikailag moderált folyamat keretében, az összes reszorra és szektorra kiterjedően kerülhet sor, amelyből kialakítható egy konkrét akciótervbe torkolló nemzeti eHealth-stratégia, megvalósítására pedig a teljes terület lefedésével kerül sor.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége már évek óta beruházási offenzívát szorgalmaz az egészségügy digitalizációja érdekében. Annak ellenére, hogy az információtechnológiai cégekkel közösen létrehozott **„döntéshozók gyára” (ENTSCHEIDERFABRIK)** számos modellprojekttel és kezdeményezéssel jelentkezett, ezeket még nem sikerült a teljes területre kiterjeszteni. Ez csak akkor válik lehetségessé, ha a szövetségi kormány és a tartományok között eHealth stratégiát dolgoznak ki és hozzálátnak annak valóra váltásához. Senki

sem vonja kétségbe, hogy ez hatalmas pénzügyi beruházásokkal jár. Az egészségügyi ellátás stabilitása és jövőbeli életképessége azonban megköveteli, hogy ezt a társadalmi húzóerőt végre működésbe hozzuk.

Peter Asché

Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands,
Sprecher des IuIG-Initiativ-Rates der ENTSCHEIDERFABRIK,
Kaufmännischer Direktor der Uniklinik RWTH Aachen

*

Aktuális kérdések

Dr. Josef Düllings a kórházi rendszer átalakításáról (Interjú)

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége 2017-ben szétküldött körkérdésére 288 kórház válaszolt: az eredmények szerint az esetszám csökkenése ellenére a vörös statisztikai tartományban (fizetésektelenség árnyékában) levő kórházak aránya (amely 2016-ban még 23% volt) 2017-ben 46%-ra növekedett. Ezt a tényt a *Deutsche Krankenhausgesellschaft* és a *Deutsches Krankenhausinstitut* adatai pontosították. [amelyekre majd azok birtokában visszatérünk – a szerk.] A jelenséget *Dr. Frank Heimig, a Kórházi Térítési Rendszerek Intézetének (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) igazgatója* is megerősítette: a kalkulációban résztvevő kórházakban a DRG-rendszer bevezetése óta 2017-ben első alkalommal nem következett be esetszám-növekedés.

Ennek a betegpénztárak örülni fognak. Egyébként is úgy látják, hogy túl sok a műtét, túl sok beteg túl sokáig fekszik kórházban, a sürgősségi osztályokat szerintük azért tartják fenn, hogy befektessék a betegeket... És változásokat követelnek.

Dr. Josef Düllings: A változásoknak a betegek javát kell szolgálniuk, konszolidálniuk kell a kórházi ellátást, lehetővé kell tenniük a kórházak számára a gazdaságos működést. Az esetszámok aktuális alakulása nem ezt tükrözi. A kórházigazgatók szövetsége szerint e fejlemények rendszertényezőkkel függenek össze. Felmerül a kérdés, hogy az elmúlt öt év során mi fordult negatív irányban, jöllehet a kormányzat a kórházi struktúrákról szóló törvényvel (*Krankenhausstrukturgesetz*) különböző pótlékokat és rendkívüli programokat vezetett be a kórházügy területén.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége egyre kritikusabb a Betegpénztárak Orvosi Szolgálatával (Medizinischer Dienst der Krankenkassen – MDK) szemben

Dr. Josef Düllings: Egyre kritikusabb. Kezdjük a számokkal: a Betegpénztárak Orvosi Szolgálat 8.500 foglalkoztatottal rendelkezik, közülük 2.200 orvos. Költségvetése 800 millió EUR. A szolgálat ellenőrzései évente 1,5 milliárd EUR-t szívnak ki a kórházi rendszerből. Forgalma csaknem 50%-kal magasabb, tehát majdnem kétszer akkora, mint amennyit a Deutsche Bank egykori elnöke profítétel gyanánt kitűzött és amiért kritikák keresztjébe került. Úgy tűnik, hogy az MDK világviszonylatban a legjövődélmezőbb „egészségügyi vállalkozás”, amely jelentősen hozzájárul a betegpénztárak többletbevételéhez.

A betegpénztárak kettős játszmát űznek. A költségvetési megállapodások szintjén többletvolumen és –költségvetést ígérnek, amit a kórházak a felfújott méretgazdaságossági kedvezményel (*Fixkostendegressionsabschlag*) „megvásárolnak”. Az elszámolások szintjén viszont a betegpénztárak és az orvosi szolgálat mindent arra tesznek fel, hogy a költségvetésben rögzített kifizetéseket minél lejjebb nyomják. Ezzel pedig mellőzik az orvosi szakmai szövetségek irányelveit. A gyakorlatban figyelmen kívül hagyják a betegek ellátásának helyzetét. Amennyiben pedig az MDK negatív eredményre jut, a betegpénztárak addigi kérik a felülvizsgálatot, amíg megtagadhatják a kifizetést.

A kórházak dühe és csalódása érthető. Világos, hogy az MDK rendeltetése most már nem a könyvvizsgálat, hanem a kifizetés arcátlan megtagadása. Öt éve a követelések aránya még 10% alatt volt. Ma már, főleg vidéki kórházaknál, meghaladja a 20%-ot.

Az MDK folyamatosan semlegességére hivatkozik. Egyetért Ön ezzel?

Dr. Josef Düllings: A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége tagjai tapasztalatai alapján erőteljesen kétségbe vonja az MDK semlegességét. A DRG-rendszer az MDK miatt veszítette el azt, amit bevezetésekor, a 2000-es évek elején képviselt. Többé nem érvényes az az elv, hogy: „előbb a szolgáltatás, aztán a pénz”. A szolgáltatást biztosítják. Ez költségekbe kerül. A térítés viszont elmarad. Ez a rendszer, jelenlegi formájában káros a kórházak számára.

Ténylegesen egy semleges kontrollintézményre lenne szükség. A kórházigazgatók szövetsége szubsztanciális, megbízható összfinanszírozást követel.

Úgy gondolja, hogy alapvetően át kell alakítani a kórházfinanszírozást?

Dr. Josef Düllings: Sok kórház elveszítette a DRG-rendszer eddigi formájába vetett bizalmát. Ezt tetézi a beruházások szövetségi tartományok általi elégtelen finanszírozása. Számos kihívással szembesülünk: szakképzett munkaerő hiánya, az ágazat digitalizációja, valamint egy visszatérő követelés, a kórházak célszerű összevonása. Az ezekkel együttjáró strukturális változások nem hozhatók ki nullszaldósra. A finanszírozás mindkét szintjén változásokra van szükség.

Az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény (Pflegepersonalstärkungsgesetz) a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium mégis erőteljesen beavatkozik a DRG-rendszerbe. Ez csak a kezdet lenne?

Dr. Josef Düllings: Egy ilyen bonyolult rendszerbe egyetlen helyen ennyire tömeges változásokkal beavatkozni, mindig kényes eljárásnak bizonyul. Első pillantásra, az ápolási költségeknek a DRG-rendszerből való kiragadása célszerűnek tűnik. Mélyebben elgondolkodva azonban felmerül a kérdés, hogy a végén milyen befolyást gyakorol majd mindez a kórházak költségvetésére. Most tekintünk el attól, hogy ismét egy bürokratikus monstrummal kell majd megküzdenünk, még több vizsgálattal, még több bevételkieséssel. Az ápolás felértékelése szép gondolat. De nem lehetne ezt intelligensebben megvalósítani?

További elem, hogy elsősorban a kisebb kórházak és a maximális ellátást nyújtó intézmények nem képeződnek le adekvát módon a DRG-rendszerben. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége a DRG-rendszer összességében való átértékelése, az aktuális körülményekhez való alkalmazkodása mellett foglal állást.

Mindaddig, amíg a beruházások finanszírozása – a maga évente 3,7 milliárd EUR összegű alulfinanszírozottságával – zárójelben marad, minden törvényhozói intézkedés kozmetikázásnak számít.

Dr. Josef Düllings a Németországi Kórházigazgatók Szövetségének elnöke.

Aktuális kérdések

Az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény (Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals – Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) tervezete

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége üdvözölte a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium ápoláspolitikai kezdeményezéseit, a munkaerőhiány és az ápolók megterheltségének csökkentésére irányuló törekvéseket. Az ápolási költségeknek a DRG-rendszer kereteiből való kivonása ugyan első látásra elfogadhatónak tűnik, a kórházak költségvetésére gyakorolt hatásainak elemzése már összességében kockázatokat is felszínre hoz. A kórházi menedzserek szemszögéből ezt újra kell gondolni. Ugyanez érvényes a pszichiátriai klinikákra, az ápolási intézményekre vonatkozóan tervezett szabályozásokra. A törvénynek a rehabilitációs intézményekre is ki kellene terjednie. A szövetségi kormány időközben elfogadta a törvénytervezetet.

A kórházi ápolás költségeire vonatkozó szabályok

Pozitív, hogy a kórházak számára minden egyes további és minden betöltött ápolói állás számára teljes mértékben biztosítják a finanszírozást. Negatív, hogy ez abszolút formában csak 2019-től történik meg. Hogy mi lesz 2020-ban, az a csillagokban áll. Az ápolási költségvetés kiszámítása egyelőre tisztázatlan.

Pozitív, hogy a költségviselők teljes mértékben refinanszírozzák az ápolók béremelését. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége tartja magát a beígért teljes refinanszírozás teljesítésének követeléséhez.

Az ápolási költségeknek a DRG-rendszerből való kivonása

Az ápolási költségek kitagolása paradigmaváltást jelent a kórházfinanszírozás területén. Ez azonban nem eredményezhet törést a kórházak működési költségeinek finanszírozásában. Mindmáig nem tisztázott, hogy mi legyen a kitagolás viszonyítási alapja. Ha a 2018-as évet vesszük alapul, fennáll a veszély, hogy fennmaradnak az ápolószemélyzet helyzetét sújtó állapotok. A törvénytervezet szerint 2019 végéig meg kell állapodni az ápolás kitagolandó személyi költségeinek egységes definíciójáról. Az ápolás személyi költségeit 2020-ban már ki kell emelni az esetátalányok értékelési relációiból és a kiegészítő térítésekből. Ezenkívül az ápolás kitagolandó személyi költségeit

2019. szeptember 30-ig ki kell mutatni az értékelési relációk egységes szövetségi katalógusában. A Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG*) szerint az ütemterv túl bonyolult, az új rendszer 2020 januárjában való indítására alig van kilátás.

Ápolószemélyzet létszámának alsó határa

Elutasítandó, hogy a betegpénztárak egyik kezükkel adnak, másikkal visszaveszik azt. 2020-tól megszűnik a 0,5 milliárd EUR összegű ápolási pótlék. Ennek célja a kettős degresszió hatásainak kivédése volt. Eredetileg ennek semmi köze nem volt az ápolás finanszírozásához. 2017. óta azonban a kórházak többé nem kapták meg a költségvetésből a 0,8%-os ellátási pótléket, hanem ehelyett az ápolásra fordított költségekkel arányosan szétosztottak 500 millió EUR-t. Aki tehát többet költ ápolásra, többet kap az 500 millióból. Ez a finanszírozás 2020-ban minden kompenzáció nélkül megszűnik, ami elutasítandó.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége alapvetően elutasítja az ápolószemélyzet minimális létszámának rögzítését. Az ápolási költségek finanszírozása és az ápolószemélyzet minimális létszámának szabályozása nem fér meg egymás mellett. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége szerint az alsó létszámhatárok nem aktuálisak. A politika azonban nyilvánvalóan nem látja ezt az összefüggést. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége ezzel kapcsolatban külön állásfoglalást fogalmazott meg.

A bentlakásos idősápolás szabályozása

A törvénytervezet célkitűzései: az ápolószemélyzet mindennapjainak megkönnyítése, jobb személyi ellátottság, jobb munkakörülmények. A célkitűzések üdvözlendők, kivitelezésük azonban átgondolatlan. Az idősorúak gondozásának biztosításához 13.000 további ápolói állásra lenne szükség. Hogy ehhez honnan szereznek ápolókat és hogyan biztosítják ezt a létszámot, a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége és idősápolási munkaközössége számára korántsem tűnik tisztázottnak.

Az ápolótevékenység finanszírozása

Az ápolótevékenység finanszírozásával kapcsolatban törvénymódosításra van szükség, amely biztosítja 13.000 új álláshely finanszírozását. Ebben az összefüggésben a Németországi Kórházigazgatók Szövetsége az

ápolás/betegápolás kötelező betegbiztosítási pénztárak általi teljes mértékű finanszírozását követeli. Már most meg kellene állapodni további lépésekben is, de évente legalább 640 millió EUR-t kellene mozgósítani.

Az ápolás, a családi élet és a hivatás jobb összeegyeztetése

2019 és 2024 között az ápolási intézményekben az ápolás, a családi élet és a hivatás jobb összeegyeztethetőségét előmozdító intézkedések lépnek életbe. A cél üdvözlendő, a tervezett szabályozással azonban az csak kezdetleges formában érhető el. Ezzel szemben hatalmas források folynak be egy újabb támogatói bürokráciába, amelyeket végső soron egyoldalúan a költségviselők határoznak meg. Meg kell követelni, hogy a gondozási kínálatokra és továbbképzésre fordítandó támogatások szabályozása különüljön el egymástól. Biztosítani kell a szolgáltatók beleszólási jogát. A gondozási kínálatok fenntarthatóságához nem elég a támogatások maximum öt évre korlátozása és a támogatási összegeket is jelentősen feljebb kell tekerni.

A szerző:

Martin Schmid

Mitglied des Präsidiums des VKD,

Geschäftsführer der Klinikum Fichtelgebirge gGmbH – Marktrechwitz

[Lásd még, A kórháziügyi menedzsment aktuális kérdései 2017-ben – Praxisberichte 2017, 2017. 34-35-36. sz.; 2018. 1-2. sz.; Egységes szerkezetben, 2018. 3. sz. és Archívum]

**2019. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok
az egészségügy területén**

Bundesministerium für Gesundheit
Deutsche Handwerks Zeitung, 28. 12. 2018

Forrás Internet-helye:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/verbesserungen-2019.html> ;
<https://www.deutsche-handwerks-zeitung.de/aenderungen-neue-gesetze-2019/150/3098/377250>

Idősápolás

2019. január 1-től javul a bentlakásos intézményi ápolás finanszírozása. Az ápolói létszámot a bentlakók száma szerint emelik. Az intézmények 40 bentlakó esetén az eddigiekhez képest egy fél, 41-80 bentlakó esetén egy, 81-120 bentlakó esetén másfél, több mint 120 bentlakó esetén két további ápolói státuszt kapnak. A plusz személyzet finanszírozása a kötelező betegbiztosításra hárul. Ez kerekén 13.000 új ápolói státuszt jelent.

Az ápolószemélyzet munkáját a digitalizáció is tehermentesíti. A digitális alkalmazások segítségével kevesebb időt kell majd bürokráciára fordítani. Az állam 2019 januártól intézményenként 12.000 EUR-ral támogatja az ambuláns és bentlakásos ápolást nyújtó intézményeket a digitális felszerelések beszerzéséhez.

Betegápolás

A kórházi ápolás területén 2019. január 1-től megteremtődnek az új munkahelyek létesítésének feltételei. A kórházakban minden egyes új státusz vagy részmunkaidős státusz számára biztosítják a finanszírozást.

Az intenzív ápolást megkövetelő osztályokon biztosítani kell a minimális ápolói létszámot. Azoknak a kórházaknak, amelyeknek nem áll módjában biztosítani az ápolók létszámának emelését, két szankcióval kell majd számolniuk: a térítések megrövidítése vagy az esetszám csökkentése.

Ápoló hozzátartozók

A jövőben könnyebb lesz elszámolni a beteg hozzátartozó orvoshoz szállításának taxiköltségeit.

Az ápoló hozzátartozók számára könnyebbé válik a rehabilitációhoz való hozzáférés. A jövőben akkor is igénybe vehetnek fekvőbeteg rehabilitációt, ha orvosi szempontból az ambuláns kezelés is megtenné. Ebben az esetben

az ápolott hozzátartozó vele párhuzamos gondoztatását is ugyanabban a rehabilitációs intézményben biztosíthatná.

Kötelező biztosítás

2019. január 1-től a betegségbiztosítás kiegészítő járulékát a munkavállalók és a munkaadók egyenlő arányban viselik. Így a 3.000 EUR jövedelemmel rendelkező munkavállalók havonta 15 EUR-ral kevesebbet fizetnek.

A túl magas betegpénztári járulékok megelőzése érdekében a jövőben a betegpénztárak pénzügyi tartalékai nem haladhatják meg az egyhavi kiadások volumenét. Azok a kötelező betegségbiztosítási pénztárak, amelyek magasabb havi kiadásokkal rendelkeznek, 2019-től nem emelhetik kiegészítő járulékaikat.

Nyugdíjasok

A nyugdíjasok a nyugdíjbiztosítóval azonos mértékű járulékot fizetnek. Így az 1.200 EUR összegű nyugdíjjal rendelkező nyugdíjasok havonta 6 EUR-ral kevesebbet fizetnek.

A szövetségi kormány kötelezettséget vállal, hogy a nyugdíjjárulék 2025-ig nem haladja meg a 20%-ot.

Anyasági nyugdíj: Azon nők számára, akiknek gyermekei 1992 előtt születtek, még egy fél nyugdíjpontot ismernek el, így 2,5 nyugdíjpontot kapnak és 2,5 gyermeknevelési évet ismernek el nekik. Az 1992 után született gyermekeknél három évet számítanak be.

Egyéni vállalkozók

A kötelező betegségbiztosításba fizetett magas járulékok különösen megterhelik az önálló kisvállalkozókat. Ezért 2019-től az önkéntesen biztosított önálló vállalkozókra alacsonyabb teher hárul. A betegségbiztosításba fizetendő járulék havi 160 EUR lesz, tehát több mint felére csökken. Egyszerűsödik a járulékszámítási eljárás. A jövőben nem lesznek különbségek fő- és mellékállásban működő önálló vállalkozók között.

Minimálbér

A minimálbér 2019-ben 42 centtel, 2020-ban további 16 centtel emelkedik. A munkavállalók minimálbére a következő évtől 9,19 EUR/óra lesz.

Ápolásbiztosítási járulékok

2019-ben az ápolásbiztosítási járulék 0,3%-kal növekedik. A járulékot a munkavállalók és a munkaadók egyenlő arányban fizetik. Így a munkavállalóknak rövidesen az eddigi 1,425% helyett 1,276%-ot kell fizetniük.

[Lásd még: *Új szabályozások az egészségügy és az ápolás területén Németországban 2016-ban, 2016. 1. sz.; 2017. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok az egészségügy területén, 2017. 2. sz.*]

*

2019. január 1-től hatályba lépő új német jogszabályok a gyógyszerterek területén

DAZ ONLINE, 27.12.2018, 17:30; 28.12.2018, 11:45

Forrás Internet-helye:

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/12/27/was-aendert-sich-fuer-apothekeninhaber-im-naechsten-jahr/chapter:all> ;
<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2018/12/28/was-aendert-sich-fuer-apothekenangestellte-im-naechsten-jahr/chapter:all>

A gyógyszerter-tulajdonosokat érintő új jogszabályok

Kiegészítő adó: 2019. január 1-től az anyagok és tégelyek piaci árának meghatározására a kiegészítő adó szerint kerül sor. A receptúra-gyógyszerek anyagának és tégelyének árát a tényleges piaci helyzethez igazítják. A kiigazításnak eredetileg évente egy alkalommal kellett volna megtörténnie.

Doboztörvény: Az új doboztörvény az állami gyógyszerterekre is kiterjed – mégpedig nemcsak azokra, amelyek internetes kereskedelmi engedéllyel rendelkeznek. A gyógyszerészeknek ellenőrizniük kell, hogy beszállítóik részt vesznek-e a hulladékgazdálkodási rendszerben. Internetes kereskedelemben forgalmazott dobozok tekintetében további lépésekre van szükség.

Új keretszerződés: Az új keretszerződés 2019. július 1-én lép hatályba. A Gyógyszerész Szövetség és a kötelező betegbiztosítás ernyőszervezete (GKV-Spitzenverband) hosszú évekig elhúzódó alkufolyamatot követően megállapodott néhány jelentős változtatásban, amelyek megkönnyítik a gyógyszerészek életét. Módosítások lépnek hatályba az import-

gyógyszerek kiadásával kapcsolatban és bevezetik a „nem szállíthatóság” új definícióját, amely ezekben az esetekben megnehezíti a retaxációt.

Securpharm: 2019. február 1-től működésbe lép a gyógyszerhamisítás elleni rendszer, amelynek kidolgozása a gyógyszerészek, nagykereskedők, gyógyszergyártók közreműködésével történt. Ezt követően a kiadást megelőzően minden egyes ellenőrizendő gyógyszer (lényegében minden vényköteles gyógyszer) eredetisége az EU és az Európai Gazdasági Térség bármely országának minden gyógyszertárában ellenőrizhetővé válik.

Rx-Switch: Vénykötelessé válik a gyermekek alvászavarainak kezelésére alkalmazott doxylamin. Ez a sedaplust[®] készítményre is kiterjed. A változásra biztonsági okokból került sor, a csecsemők és kisgyermekek különösen érzékenyen reagálnak az anticholinergikumokra.

A Gehe nagykereskedő márkaterméke minden gyógyszertár részére hozzáférhetővé válik: A Gehe „éljünk egészségesen” márkaterméke OTC-gyógyszerekre, egyebek között ibuprofent és paracetamolt tartalmazó fájdalomcsillapítókra, xylometazolin orrcseppre, bisacodyl hashajtó drasztákra terjed ki. A szortiment egy sor egyéb gyógyszertári terméket is tartalmaz, mint inkontinencia-termékek, vérnyomás- és lázmérők, testápolók és vitaminok.

Minimálbér: 2019. január 1-től a jogszabályban előírt minimálbér előbb óránként 8,84 EUR-ról 9,19 EUR-ra, majd 2020. január 1-től 9,35 EUR-ra növekedik. Az új minimálbér a gyógyszertárakban alkalmazott kézbesítőkre, takarítószemélyzetre és irodai alkalmazottakra is kiterjed.

Kötelező betegbiztosítási járulékok: 2019. január 1-től a kötelező betegbiztosítás keretében a kiegészítő járulékokat a munkavállalók és a munkaadók egyenlő arányban viselik. Ezt a Bundestag **a kötelező betegbiztosítás biztosítottainak tehermentesítéséről szóló törvény (GKV-Versichertenentlastungsgesetz)** keretében fogadta el. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium szerint ezzel a 3.000 EUR alatti jövedelemmel rendelkező munkavállalók havonta 15 EUR-ral fizetnek kevesebbet.

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium a továbbiakban átfogó törvénycsomag bevezetését tervezi a gyógyszertári piac területén. Ez egyebek között tartalmazza a bónuszok maximálását, amely maximum 2,50 EUR-ra korlátozza az európai gyógyszerküldők által felkínálható rabattot. Új komponensek bevezetését tervezik a gyógyszertári honoráriumok területén, pl. a gyógyszerészeti szolgáltatásokkal kapcsolatban. Megdupláznák a sürgősségi szolgálat átalánydíját.

A gyógyszerellátás biztonságáról szóló törvény (Gesetz für Sicherheit in der Arzneimittellversorgung – GSAV) hatályba lépése még várat magára. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium néhány hete ismertette a citosztatikumok térítéséről szóló törvény tervezetét, amely tartalmazza a cito-gyógyszertárak reformját. Módosításra vár az importtámogatásokról szóló záradék. Pontosításokra van szükség az e-recept bevezetése vonatkozásában.

A gyógyszertári alkalmazottakat érintő új jogszabályok

Szociális kasszák, időben korlátozott részmunkaidő

Munkanélküliek biztosítása

A munkanélküliek biztosításának járuléka 3,0%-ról 2,5%-ra csökken. Ebből azonban a jogszabály csak 0,4%-os csökkenést ír elő. A fennmaradó 0,1 százalékpontos csökkenésre a rendelet szerint 2022-ig kerül sor. Akkor majd a pénzügyi helyzetnek megfelelően újra dönteni kell a járulék mértékéről.

Ápolásbiztosítás

2019. január 1-től az ápolásbiztosítás járulékkulcsa 0,5%-kal, a bruttó jövedelem 3,05%-ára, gyermektelen személyek számára 3,3%-ára növekedik.

Időben korlátozott részmunkaidő

Az időben korlátozott részmunkaidő csak a nagyobb gyógyszertárakra érvényes. A munkavállalók 2019 januártól egy bizonyos időre korlátozhatják munkaidejüket és azt követően jogukban áll teljes munkaidős állásba visszatérni. Ez a rendelkezés azonban csak a több mint 45 foglalkoztatottal rendelkező vállalkozásokra érvényes.

Minijobok, adómentes összegek, gyógyszerész-technikus képzés

Mini- und midijobok

A minijoboknál ismét emelik az időbeli korlátot. A minijobok a csekély mértékű foglalkoztatás olyan formái, amelyeknél a munkavállaló rendszerint nem keres többet mint 450 EUR-t, évente 5.400 EUR-t. Amennyiben a minijob betöltésére rövid ideig, egy bizonyos időhatáron belül kerül sor, a keresetre vonatkozó szabály érvényét veszti. Ezt az

időbeli korlátot 2019-től ismét emelik. Ezen időhatáron belül a minijob a munkaadó számára is adómentessé válik.

Az ún. „midijoboknál” kiszélesedik a mini- és midijob közötti sáv. A midijobberek 2019-től 450 EUR és 1.300 EUR közötti összeget kereshetnek (eddig 850 EUR) és ennek ellenére csak mérsékelt járulékokat fizethetnek a szociális kasszába.

Adómentes összegek

2019 januártól emelkedik a gyermekek utáni adómentes összeg és a családi pótlék. A gyermekek utáni adómentes összeg 192 EUR-ról, 7.620 EUR-ra, a gyermekek utáni családi pótlék gyermekenként 10 EUR-ról emelkedik, az első és a második gyermek után 204 EUR-t tesz ki. A létminimumhoz kapcsolódó adómentes összeg 158 EUR-ról, 9.168 EUR-ra emelkedik.

A gyógyszerértékesítési asszisztensképzés reformja

Jens Spahn (CDU) szövetségi egészségügyi miniszter Facebook-oldalán több alkalommal utalt a gyógyszerértékesítési asszisztensképzés reformjára. Ennek részleteiről azonban nem állnak rendelkezésre közelebbi információk. A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium képviselői azonban már egyeztettek az érintett szakmai szervezetekkel és érdekképviselőkkel (Gyógyszerértékesítési Asszisztensek Szövetsége – *Bundesverband der PTA – BVpta*; *Adexa* gyógyszerész szakszervezet; Német Gyógyszerészek Szakmai Képviselőinek Munkaközössége – *Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker – ABDA*, jelenleg: *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände*). [N. B. *PTA = Pharmazeutisch-technische(r) Assistent(in)*]

Új szövetségi keretszerződés a tarifákról?

2018 novemberében az **ADEXA gyógyszerész szakszervezet** egyeztetéseket kezdeményezett a **Német Gyógyszerészek Szakmai Képviselőinek Munkaközösségével (ABDA)** a tarifákról szóló szövetségi keretszerződésről. Ennek keretében jelentős tarrifaváltozások kerültek napirendre. Az *Adexa* például célul tűzte egy saját tarifa bevezetését a fiókvezetők részére, az alkalmazottak továbbképzéseken való részvételének figyelembevételét, valamint a sürgősségi szolgálat jobb térítését az alkalmazottak részére, de ismét csak nem tudta keresztülvinni szándékait. A tárgyalások ebben az évben folytatódnak és talán eredménnyel járnak.

Benjamin Rohrer, Chefredakteur DAZ.online

brohrer@daz.online

**Mélanie Sauvain: 2019-ben hatályba lépő jogszabályok
a svájci társadalombiztosítás területén**
Soziale Sicherheit CHSS 4/2018, 40-43. p.

Forrás Internet-helye: <https://soziale-sicherheit-chss.ch/artikel/sozialversicherungen-was-sich-2019-aendert/> ,
https://soziale-sicherheit-chss.ch/wp-content/uploads/2018/12/de_BSV_CHSS_04-18_Sozialversich_2019_Aenderungen.pdf

Egészségpolitika, egészségbiztosítás

- **A betegpénztári díjak emelkedése:** A kötelező egészségbiztosítás átlagos díja 1,2%-kal emelkedik. Miközben a 25 év fölöttiek díja átlagosan 1,4%-kal emelkedik, a fiatal felnőtteké átlagosan 15,6%-kal csökken. Ez a Parlament döntéséből következik, amely a 19 és 25 év közöttiek számára felére csökkenti a kockázatkiegyenlítést. Ezt a 25 év fölöttiek kockázatkiegyenlítésének emeléséből finanszírozzák. Kiemelendő, hogy az átlagos éves emelés kiszámításához most első alkalommal már nem a standard-díjon, a felnőtteknél érvényes 300 CHF összegű franchise-on és baleseti fedezeten alapul. Ugyanis csak minden ötödik személy választja a standard-díjat.
- **Költségkontroll az egészségügyben:** Csökken néhány száz gyógyszer, eredeti készítmény és generikum ára, többek között a kötelező megbiztosítás keretében térített termékeké, mint a vércukormérő tesztcsíkoké. Az árcsökkentések 2018 decemberétől léptek érvénybe. Továbbá ugyanettől az időponttól kezdve térítésessé váltak bizonyos korábban fekvőbeteg szolgáltatások, amennyiben azok elvégzésére ambulánsan kerül sor: visszérműtétek, aranyér-beavatkozások, egyoldali nyitott lágyéksérvműtét, méhnyak- és méhvizsgálat és beavatkozás, térdartroszkópia, mandula- és nyálmirigy-beavatkozások. Becslések szerint így évente 33.000 kezelés irányítható át fekvőbeteg ellátásból ambuláns ellátásba és ez mintegy 90 millió CHF megtakarítást eredményez a kantonok számára.
- **Gyógyszerellátás:** Hatályba lép a gyógyszer törvény módosítása. Egyebek között egyszerűsödik a gyógyszerkiadás, ami megkönnyíti az öngyógyszerezést. A jövőben egyszerűsödik bizonyos vényköteles készítmények kiadása (mint a szénanátha elleni antihisztaminoké). Egyszerűsödik a gyógyszerengedélyezési

eljárás, elsősorban olyan gyógyszereké, amelyeket a svájciéhoz hasonló engedélyezési eljárást alkalmazó országokban már engedélyeztek. Egyszerűsödik a komplementer készítmények és fitoterapeutikumok engedélyezése. A törvény rendelkezéseket tartalmaz a piaci transzparenciára és piacfelügyeletre vonatkozóan. Erősödik a farmakovigilancia, a mellékhatások vizsgálata.

- **Gyermekgyógyszerek:** Támogatásban részesül a gyermekgyógyszerek fejlesztése. A gyógyszercégek a jövőben tíz évig fokozott védelemben részesülnek az utánzatokkal szemben. Ugyancsak 2019. január 1-én lépett hatályba a szabadalmakról szóló törvény, amely további ösztönzőket tartalmaz a gyermekgyógyszerek fejlesztésére. Amennyiben a gyógyszergyártók speciális klinikai vizsgálatokat végeznek bizonyos gyógyszerekre vonatkozóan és a gyermekek számára való alkalmazási lehetőségeket teremtenek, a szabadalmi védelem hat hónappal meghosszabbodik. Az ún. «pediátriai hosszabbítás» részben kiegyenlíti a megnövekedett kutatás-fejlesztési költségeket.
- **További két évvel, 2021-ig meghosszabbodik az orvosi hivatás gyakorlásának engedélyezését felfüggesztő rendelet:** Az új rendelkezés bevezetéséig hatályban marad az engedélyezési stop, amely előbb 2001 és 2011 között volt hatályban, majd 2013-tól ismét bevezettek, mivel a tilalom feloldása újabb orvosok beáramlásához és magasabb egészségügyi költségekhez vezetett. Jelenleg a Parlament napirendjén van a betegbiztosításról szóló törvény revíziója, amely egyebek között a szolgáltatók engedélyezésére is kiterjed és a moratórium helyébe lép.
- **Szervadományozás:** 2021-ig meghosszabbodik a 2013-ban indított szervadományozási akcióterv, amelynek célja kezdetben az egymillió lakosra jutó donorok számának 13,7 személyre, majd 2018 végéig 20 személyre emelése lett volna. E célkitűzést nem sikerült elérni, 2013. óta azonban a donorok száma az előző évhez viszonyítva minden évben növekedett, 2017-ben pedig tetőzött.

Fontos projektek 2019-ben

A kötelező betegbiztosítás területén alkalmazott franchise-ok: Az egyik javaslat szerint a franchise-ok mértékét a költségek alakulásához kellene igazítani. Amennyiben a költségek meghaladnának egy bizonyos határt, a felnőttek által fizetendő franchise-t 50 CHF-fel kellene emelni. A szakbizottságok elfogadták, a szövetségi kormány azonban a kezdeményezés elutasítását javasolja. Egy jelenlegi indítvány szerint a minimális franchise-t 300 CHF-ről 500 CHF-re kellene emelni.

Cannabis: Az orvosi cannabis engedélyezéséről szóló előterjesztés társadalmi vitája 2018 nyarán kezdődik. 2017-ben Svájcban 3.000 beteget kezeltek cannabis-szal. A cannabis szabadidős fogyasztásának legalizálása egyelőre teljesen nyitott kérdés. Az érzéstelenítőkről szóló törvény módosításáról szóló törvénytervezet előreláthatóan 2019-ben kerül a Parlament napirendjére.

A szerző:

Mélanie Sauvain,

Projektleiterin, Öffentlichkeitsarbeit,

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

E-Mail: melanie.sauvain@bsv.admin.ch

[Lásd még: Változások, reformok, kiigazítások a svájci társadalombiztosításban: 2006. 6. sz.; 2007. 1. sz.; 2008. 3. sz.; 2010. 22. sz.; 2011. 18. sz.; 2012. 9. sz.; 2013. 11. sz., 2014. 3. sz.; 2015. 6. sz.; 2016. 22. sz.; 2017. 35. sz.]

„Én mindent a nőktől tanultam”. Egy nőközpontú nőgyógyász ars poeticája

Dr. Bálint Sándorral, az „Otthonszülés a kórházban”

kezdeményezés atyjával beszélgetett Szócs Kinga Zsófia

Transindex, 2019. január 31.

Kulcsszavak: szülészet, nőgyógyászat, otthonszülés, Magyarország, Románia

Forrás Internet-helye:

http://eletmod.transindex.ro/?cikk=27636&8222En_mindent_a_noktol_tanultam.8221_Egy_nokozpontu_nogyogyasz_ars_poeticaja

Túlmedikalizáltuk a szülést, mondják a bábák, dúlák és a szülészeti erőszak ellen küzdő szervezetek, és igazuk van. Egyre riasztóbbak a statisztikák a szülészeteken: rutinszerűen alkalmazzák a császármetszést, lassan a szülések felét így bonyolítják.

Szerkesztői bevezető

Romániában a legmagasabb, 40% a császármetszések aránya Európában, és nyilván nem azért, mert a romániai nők „kevésbé tudnának szülni”, mint más országokban. Magyarországon is majdnem 40% a császármetszéssel szülők aránya; eközben az Egészségügyi Világszervezet 15%-ban határozta meg a császármetszések „egészségesnek” számító arányát egy országban. Nyilván, életmentő tud lenni a császármetszés bizonyos esetekben, tehát ez a 15% arra vonatkozik, amikor valamilyen orvosi ok, egészségügyi kockázat miatt valóban szükséges a műtét. Itt viszont egy rendszerszintű eltolódás figyelhető meg, ami sem a szülő nők, sem a születendő gyermekek érdekeit nem szolgálja. Elég sok tanulmányt lehet arról olvasni, hogy a császármetszés nagyobb egészségügyi kockázattal jár, mint a hüvelyi szülés.

Eközben ráadásul a természetes (hüvelyi) szülés lassan mindkét országban elképzelhetetlen rutinszerű gátmetszés, oxitocin-injekció és/vagy epidurális érzéstelenítés nélkül. A szülő nőket nemcsak az autoritással rendelkező egészségügyi személyzet, de már saját mikrokörnyezetük is arra szocializálja, hogy alávegyék magukat (lehetőleg kérdés és különösebb igények kifejezése nélkül) az elkerülhetetlennek és szükségesnek ítélt procedúráknak, „a gyermek érdekében”. „A lényeg, hogy egészséges legyen”, intézik el egy legyintéssel a negatív, sőt sokszor traumatikus szülésélményüket megosztani próbáló nők történeteit. Mesterséges burokrepesztés, szülés gyorsítása, ballonos vagy kézzel történő méhszájtágítás és társai: ezek a beavatkozások az azokat elszenvedő anyák számára gyakran a szülészeti erőszak minősített esetei.

First world problem? Nem kell egyik túlzásból a másikba esni, és a magas csecsemőhalandóságú fejlődő országok minden egészségügyi szaksegítség nélkül szülő nőit irigyelni, viszont nem ártana a fókuszot ismét visszahelyezni a szülő nőre, és az ő döntéseit támogató, otthonos és meleg közeget teremteni számára a várandósság és szülés, valamint az azutáni gyermekágyi időszak alatt.

Mielőtt mindenki egy otthon, átlátszó vízzel teli tartályban vajúdó, családja által támogatóan körülvevő nő képére asszociálva felcsattanna, hogy hát azért ne túlozzunk, ez extremitás, minek annyit hisztizni, hiszen ahogy nagymama, anya, nagynéni és szomszédnő is kibírta, úgy mi/te/ő is ki kell bírunk, íme, itt egy középhelyes megközelítés az amúgyis mesterséges „otthon-szülés versus kórházban szülés” vitában. (B.D.T.)

Szőcs Kinga Zsófia: - Mióta hisz a szülés természetes folyamatában, mióta gondolja és hiszi azt, hogy a nők képesek beavatkozások nélkül is szülni?

Dr. Bálint Sándor: - Valószínű egy orvos sem így születik, hogy ezekben hisz. Inkább feltételezi, hogy van ilyen, de a képzés – érthető módon – nem ezzel foglalkozik elsősorban, hanem azzal, hogy a szülés közben esetleg föllépő problémák hogyan oldhatók meg. Én is így tanultam ezt nagyszerű mesterektől, és nagyjából 10 éve voltam a gyakorlatban szakorvosként, amikor láttam, hogy vannak könnyen és gyorsan szülő asszonyok és vannak, akik nagyon nehezen szülnék, holott semmiféle különbség nem volt köztük: sem fizikai értelemben, sem a gyerek méretét illetően, még végzettségét tekintően sem, és mégis különböző volt a szülés lefolyása. Emiatt kezdtem el én foglalkozni azzal, hogy érdemes picikét utánanézni, hogy mi lehet ennek az oka.

Sok minden érdekelt: valláspszichológia, pszichológiai irányzatok stb., mígnem a hipnózissal kapcsolatos ismereteim vittek egyre mélyebb és nagyszerű – sokszor számomra ingoványos – vidékre, és itt éreztem, hogy itt valami olyan titok van, amit keresek, de nem találok. Eljutott hozzám Leboyer Frederick A gyöngéd születés című könyve, amelyben leírja, hogy a gyermek egy érző lény, és így, ami történik számára, nem biztos, hogy felhőtlen boldogság, az viszont igen, ha találkozik az édesanyjával és békében, nyugalomban születik meg.

Jó hosszú út volt, amíg ennek a könyvnek a hatására még mélyebbre mentem és jutottam olyan helyekre, ahol a valóságban is lehetett tapasztalást szerezni. Egy bécsi magánklinikán volt a képzésem most már 30 éve, és ott láttam, hogy ha az asszonyokat hagyjuk és abban segítjük őket, hogy jól és biztonságban érezzék magukat, akkor a szülés lezajlik anélkül, hogy az orvosi beavatkozás valamilyen formában megtörténne.

A kitolási szakaszban mindig ott volt egy orvos (én csak megfigyelőként voltam), láttam a biztonságot, de nem volt rá szükség. Úgy 30-35 éve gondolom és fontosnak tartom, hogy mindenütt elmondjam, hogy az asszonyok természetes és nagyszerű szülése igenis valóság. Régen ezt ösztönnek hívták, manapság – Jung elmélete alapján – ez egy archetípus, egy öskép, amivel minden asszony rendelkezik, és ezt az ösképet segíti az a biztonságérzet, amit az asszony megkap a szülésnél, és ennek megfelelően az asszony abban a helyzetben és olyan módon szül, ahogy az neki kellemes.

Nyilvánvalóan ez azokra az asszonyokra is jellemző, akiknél biztosra tudjuk, hogy eleve császármetszést kell végezni, ők is képesek és tudnának szülni, csak a biológiai és egyéb okok ezt nehezzé tennék, sőt végzetessé is. Tehát minden asszony rendelkezik ezzel a tudással, és abban kell őket segíteni, hogy ezt el is higgyék.

A statisztikák sajnos mást mutatnak, de az orvosok a képzésükben ezekről nagyon keveset tudnak. Aknaszedésre vannak kiképezve, és feltételezik, hogy a szülés közben olyan sok eldugott kockázatos akna van, hogy ezeket föl kell fedezni. A képzés erre irányul, érthető módon az orvosok ezt keresik.

Mit gondol, miért bíztak/bíznak meg Önben a nők szüléskor? A visszajelzések alapján mi az a plusz, amit Ön tud nyújtani szülés alatt?

Ott vagyok, mint egy biztonsági öv. Partnernek tekintem az asszonyt, és mindenben segítem, hogy jól érezze magát. Hangsúlyozottan mondom: hogy jól érezze magát. Tehát mindaz, ami a szüléskor zajlik, ha elfogadom én is (és miért ne fogadnám el, hogy az asszony képes erre, hiszen ezt mondom hosszú évek óta), akkor ő saját belső hangjaira, testének jelzéseire figyel. Én ezt visszajelzem, megerősítem szavakkal, ha kell mozdulatokkal (kommunikáció, szuggesztíó), hogy jól csinálja: „Nagyon jó! Csak így tovább! Folytassa! Minden a legnagyobb rendben van!”. Nagyon remélem, hogy a későbbiekben az orvosoknak az lesz a dolguk, hogy a természetes szülés valamilyen okból való végre nem hajthatósága esetén a megfelelő segítséget megadják.

Miben különbözik a mostani szemlélete a 30 évvel ezelőtti Bálint Sándorétól?

Abból indulok ki, hogy az asszony egy olyan tudással, egy olyan tökéletességgel rendelkezik, amiről ő nem tud. Én már a legelső találkozáskor, amikor eljő hozzám, hogy babát vár, már ezekről beszélek, hogy az asszonyi tökéletesség máris megnyilvánult abban, hogy megfogant, és íme, itt a bizonyíték, hogy sok mindent tud anélkül, hogy tudná. A méhnek sem mondja senki, hogy mit csináljon, hogyan haladjon tovább, és valószínű, hogy a gyermek

megszületésének a tudása is megvan benne. Nyilvánvaló, vannak nehezebb helyzetek, vannak betegségek, ezeket orvosok segítségével lehet megoldani.

Mit gondol arról a tényről, hogy a legtöbb kórházban a babát elválasztják az anyukától születés után? Ilyenkor azzal érvelnek, hogy az anya kifáradt és pihennie kell, illetve azzal, hogy a kisbabák ilyenkor úgysem tudnak még szopni, hiszen nincs még teje az anyának.

A válaszomat nem kezdem azzal, hogy nagyon-nagyon rossznak gondolom ezt, ugyanis ez megint az előzőleg ismertetett tények alapján alakult ki. Azt látták az elődeink vagy mestereink, hogy tényleg az anya kifárad, és a kifáradt embernek pihennie kell, és a babák úgysem tudnak szopni, hiszen az anyának a teje nagyjából csak két nap múlva indul meg. Tehát nem adtak időt arra – sem a képzésbe, sem a mindennapi gyakorlatba nem került ez be -, hogy várjunk egy picit, hátha az újszülött is tud valamit.

Nem véletlen, hogy a magyarországi kórházak egy részében, ha nincs anyai vagy magzati kizáró ok, „kötelező”, lágyabban fogalmazva nagyon ajánlatos az aranyórát biztosítani az anya és gyermek találkozására, a találkozás mélyítésére, az öröm átélésére. Természetesen közben az anyai és magzati figyelésre is szükség van, de kiderül, hogy a gyermek, ha békén hagyják, szépen felébred ebből az utazásból, és ha rajta van az anya pocakján, akkor elindul és pár perc alatt megtalálja az emlőt.

Hangsúlyozottan mondom, hogy a kórházak és orvosok sem tehetnek róla, hogy a képzésbe ez nem került bele, örvendetes viszont, hogy erről egyre több helyen tudnak. Annál is inkább, hogy tudvalevő, hogy a babák gyomra cseresznyenagyságú, tehát nyilvánvaló, hogy néhány csepp előtej, kolosztrumkorty bőven elég, hogy a kicsi kis cseresznye megteljen, és ennek következtében a gyerek egyrészt érezze, hogy megtalálta azt, aki a számára a legfontosabb, a gyomra is megtelik, és az elkövetkezendő időben valóban megindul az anyatej.

Pszichoterapeutaként hogyan látja, a lelki tényezőknek van-e köze a szüléshez? Másképpen fogalmazva: hogyan hat a szülés folyamataira az anya lelkiállapota?

A szülés komplex folyamat: dinamikus, egyénre szabott, fizikai és lelki állapotot igen erősen befolyásoló. Éppen ezért a lelki tényezőknek igenis van köze a szüléshez, ami abban nyilvánul meg, hogy ha az asszony fél, ideges, fél attól, hogy fájni fog a szülés, fél attól, hogy baja lesz a gyermekének vagy akár neki, akkor érthető módon az izmai feszesebbek lesznek, állandóan attól retteg, hogy ebből valamiféle szörnyűség lesz. Tehát ha ez a folyamat valamilyen formában

kevesebb együttműködést, odafigyelést és energiát kap, akkor óhatatlanul döcögni kezd.

Egyszerűbben, ha az asszony biztonságban érzi magát, akkor arra figyel, ami a testében zajlik, így 100%-osan tud együttműködni. Ez úgy modellálható, hogy ha jön egy hullám, akkor két dolgot tehetünk: ellenállunk, és akkor valószínű elterít, elsodor bennünket, ha pedig felülünk a hullámra, átvesszük a ritmusát, akkor ez akár örömteli is lehet. Tehát a legfontosabb – és ezt most pszichoterapeuta szakorvosként mondom –, hogy a biztonság nem csak abból adódik, hogy ott vannak a műszerek, ott van az orvos, hanem abból is adódik, hogy az a környezet, amiben van, az milyen: megnyugtató, csendes, meleg.

A szülésznő, bába nőként vagy akár már anyaként érthető módon összehangolódik a vajúdo nővel, és erről már rengeteg tanulmány készült, hogy ha ez a biztonság, főleg a kíséréssel, az otléttel kapcsolatosan megvalósul, akkor szignifikánsan kevesebb a beavatkozás, kevesebb fájdalomcsillapításra van szükség, kevesebb műtét lesz, az anya fizikálisan nem fárad ki annyira, és a gyerek állapota is kifogástalan. Hamarabb hazamehet, szoptat... Tehát van köze a lelki tényezőknek, nagyon sok köze van, olyan formában, hogy hogyan és milyen módon tudjuk segíteni az asszonyt.

Szülészorkosként mit tanult a nőktől? Tanulhat-e egy férfi orvos a szülő nőtől?

Igen, én mindent a nőktől tanultam. Kezdőorvos koromban olyan bábaasszonyoktól, akik annak idején még otthonszülésben dolgoztak, bábatáskával járták a falvakat, városokat. Budapesten egy olyan kórházban kezdtem, ahol nem volt műtő, tehát szülőotthonként működött, és ennek megfelelően láthattam, tapasztalhattam, hogy igenis működik ez a rendszer, hogyha türelmesek vagyunk és jelen vagyunk. Tehát mindent nőktől tanultam, vajúdo asszonyoktól és szülésznőktől.

Igen, tanulhat a szülészorkos a szülő nőtől, hogyha elfogadja, hogy az asszony tud valami olyat, amit ő nem, illetőleg ő csak tanul arról, hogy ez a folyamat milyen. Ilyenkor szoktam viccesen elmondani, hogy előző életemben vagy hét gyereket szültem vagy pedig bábaasszony voltam.

Hogyan látja, kellene-e változtatni a magyarországi/romániai szülészeteken uralkodó állapotokon? Ha igen, kérem, röviden fogalmazza meg a legfontosabbakat.

A kérdés első részére a válaszom: igen, nem csak kellene, hanem kell is változtatni.

1. A legfontosabb, hogy minden szülésnél legyen egy segítő szakember még akkor is, ha a szülésznőnek lejár a szolgálati ideje. Az anya, a vajúdo asszony az új szülésznővel folyamatosan a kapcsolatot tartva, kísérve legyen.

2. Azok a protokollok, amit - a legjobb szándékkal – az aknaelhárítási rendszerek révén nagyon sok kórházba és szülészeti szobába beépítettek, lehetőleg ne legyenek elől, és ne szuggerálják azt, hogy itt baj is lehet. A szülőszobában nem feltétlenül kell ott legyen a vákuum, a műszerek, a fogó, az infúziós állvány, tehát ne arra hívjuk fel a figyelmét, hogy itt probléma is lehet.

3. Hagyjuk a szülést a saját ritmusában lezajlani. Ne vezényeljük (amit én is hosszú éveken keresztül megtettem, mert úgy gondoltam, hogy az asszonynak erre szüksége van), hanem engedjük, hogy az asszony – figyelve a testét – saját maga ritmusában vajúdjon, illetőleg azt is, hogy abban a testhelyzetben szüljön, ami a számára azt a bizonyos biztonságos és legjobb hatásfokú szülési pozíciót jelenti.

Nyilvánvalóan most kérdezhetik, hogy akkor mi van a fájdalomcsillapítással? Ha eleve egy gerincközeli érzéstelenítést (EDA – epidurális érzéstelenítést) kínálok fel, akkor érthető módon az asszony azt mondja, hogy „Köszönöm szépen, én azt kérem”. A fájdalomcsillapítás nem gyógyszeres részeiben, ha a bizalom és a kölcsönös tisztelet megvan a szülőnő és a szülésznő között, illetőleg az orvos is része ennek a csapatnak, akkor a masszázs, az aromaterápia, a légzések, a testhelyzet-változtatások, a vízben való vajúadás bőségesen – és erről is rengeteg tanulmány készült már – a fájdalom-ingerküszöböt olyan mértékben emeli, hogy az elviselhetőség határán belülré kerül.

De ne legyen kudarc az sem, ha valaki gyógyszeres fájdalomcsillapítást kér, mert gyógyszerek vannak, akár injekciós formában is. Nyilvánvaló, hogy ezek már orvosi kompetenciát igényelnek.

4. A gátmetszés lehetőleg ne legyen kötelező. A tapasztalat azt mutatja, hogy ha az asszonyokra bizzuk a kitolási szaknak a megválasztását, akkor legtöbbször nem hanyatt fekvé szülnek, hanem valamilyen vertikális helyzetben. Igaz, hogy a négykézlábas póz nem vertikális, de a magam gyakorlatában ez körül-belül 60-65%-ban a legkedvesebb, leggyakrabban alkalmazott, asszonyok által választott pozíció volt.

Ön Magyarországon újított, az egyik ilyen újítás az „Otthonszülés a kórházban” program. Hogyan fogadták ezt általában a várandós/szülő nők, és mit szóltak hozzá a szakmabeli kollégák? Van erre igény?

Ez a szlogen annak a csatának a terméke, ami 20-25 éve Magyarországon zajlott, ami arról szólt, hogy hol jobb szülni. Hogy a kórházban micsoda dolgokat művelnek az asszonnal, hogy az otthonszülésnél pedig mennyire felelőtlenek, és mindenki kígyót-békát mondott a másik oldalra – de ha lecsupaszítjuk a dolgot, akkor két fogalom mindkét irányzatban megvan, mégpedig az otthonszülés jelszava az intimitás, a kórházé pedig a biztonság. Innen jött az ötlet – amit természetesen én csak viccnek szántam –, hogy Otthon szülés a kórházban.

A kollégáktól kaptam hideget-meleget, hogy micsoda marhaság ez, mert olyan, hogy otthonszülés nem lehet a kórházban. Nagyon sokszor nagyon türelmesen el kellett magyaráznom, hogy ez csak szimbólum. Az otthonszülés az intimitás, a kórház pedig a biztonság. Ehhez pedig bizonyos dolgokat meg kellett változtatni. Úgy kellett kialakítani a szülőszobát, hogy a környezete is azt sugallja, mintha az asszony “otthon” lenne. Pl: franciaágy, bordásfal.

Sokan örömmel fogadták, de sokszor azt is tapasztaltam – és ez is teljesen természetes –, hogy vannak, akiknek biztonságot ad, ha látják az életmentő készülékeket, és érthető módon ők nem óhajtottak ebbe a szobába bemenni, ami nem is volt a cél. A legfontosabb mégis az, hogy a szemlélet változzon meg, mert nem kell ahhoz 5 csillagos szállodai színvonalat létrehozni ahhoz, hogy az asszony jól érezze magát. Ha a vele való kapcsolattartás, a rá való figyelem és a tapintat, tisztelet, alázat, szeretet, együttműködés ott lebeg és megvalósul abban a helységben – ami lehet többágyas, régi csempézett szoba -, akkor a folyamat működni fog. Igen, van erre igény, és bárhol történt a szülés, és az asszony biztonságban érzi magát és nem a protokollok szerint vezetik – beöntés, borotválás, infúziós oxytocin, hanyattfekvés, gátmetszés -, hanem a saját tempójában szülhet, akkor a szülési kedv nő (ezt skandináv tanulmányok is bizonyítják).

Amikor a nők megválaszthatják a kitolási pozíciót, melyiket választják leginkább? Ön szerint miért van az, hogy a legtöbb szülészetén még mindig az egyik legkényelmetlenebb pozícióban kell világra hozniuk gyermeküket a nőknek?

A nők a leggyakrabban a négykézlábos kitolási pozíciót választják.

Ha a szülészeti tankönyvekben nincs benne, hogy másképp is lehet, akkor az egyébként képzett szülésznő vagy orvos nagyon ritkán jut olyan tapasztalathoz, hogy az asszonyok nagyszerű dolgokra képesek. A teendő ebben az esetben a türelem. Nem szabad a cél érdekében senkivel sem háborúzni. Fontos, hogy az orvosok/szülésznők elmenjenek olyan helyekre, ahol láthatják, hogy ez működik, és vigyék haza ezt a tudást, és igyekezzenek beépíteni a saját gyakorlatukba.

Jómagam is így kezdtem: főorvosi ellenszélben, éjszakai ügyeletben, szülésznőkkel maximálisan együttműködve csak ámultunk, amikor visszajöttem a bécsi tanulmányútról (nyilván láttam egy csomó mindent), és kiderült, hogy a magyar asszonyok is képesek erre.

Mi a szép a szülésben? Önnek mi szép a szülés folyamatában?

A csoda. Az a szép számomra, hogy megtapasztalhatom a spiritualitást, ami a szülésben van, azáltal, hogy látom, hogy az asszonyok ebben a módosult tudatállapotban az ősi tudásra támaszkodnak. A szülés folyamatában pedig szakmailag az, hogy ha türelmesek vagyunk, mindennek megvan a maga ideje és a ritmusa, mert az asszony képes valami olyanra, amit úgy hívunk, hogy teremtés. Nem véletlen, hogy a férfiak évezredekkel ezelőtt sem tudtak mit kezdeni az asszonyok tökéletességével, és most sem nagyon tudnak, mert az asszonyokat a Jóisten vagy az evolúció úgy teremtette, hogy képesek legyenek megfoganni, a kis sejtecskéiből a babát a méhükben támogatva nevelgetni, és utána képesek világra hozni. Aztán képesek a testükkel táplálni és képesek felnevelni.

Annak idején mértük az időt. Kötelező volt az először szülő asszonyok kitolási szakának 30 percen belül lezajlani. A többedszer szülő asszonyoknak 20 percen belül. Most épp egy tanulmányt írok, és a legújabb ajánlások (2018-as) azt mondják, hogy a kellő biztonság és szakmai háttér biztosítása mellett az először szülő asszonyoknál, ha az anya és a magzat állapota kifogástalan, akkor a kitolási szak akár három óra is lehet, a többedszer szülőnél pedig kettő.

Ön szerint miért fontos a megszületés módja?

Sok elmélet szól arról, hogy ahogy születünk, az meghatározza későbbi életünket. Én ezt hipotézisnek tartom, amiről kiváló pszichológusok és pszichiáterek sokféle elméletet állítottak fel. Egyetértek akár még Stanislav Grof, a transzperszonális pszichológia egyik alapítójának négyszakaszos elméletével is, miszerint a szülés egy nagyon nagy teher, és a gyerek csak szenved a szülőcsatornában, és ha az a szenvedés nem oldódik fel, akkor ez problémát jelenthet a későbbiekben.

Egy szülész az anyákat csak nőgyógyászati vonalon követi, gyerekgyógyászatiag kevésbé, ennek következtében csak tanulmányokra tudok hivatkozni. Tény az, hogy ha a szülésnél az történik, amiről az előbb beszéltem (minden zökkenőmentesen zajlik), ott az anya testi-lelki regenerációja és a gyereknek az a bizonyos beilleszkedése érthető módon sokkal gyorsabb lesz, és jobb lesz az anya-gyerek kapcsolat. Az apával való együttszülések kapcsán is elmondható, hogy az apával való kapcsolat is jobbá válik.

De óva intek mindenkit attól, hogy bármilyen is volt a szülés, azt végzetesnek tekintse, és a későbbiekben a saját esetleges életében jelentkező nehézségeket mindig a szüléssel kapcsolatosan hozza létre. Én nem vonom kétségbe ennek a feltételezésnek akár az abszolút alapját sem, de biztosan nem végzetes. Ha bármilyen gyanú merül fel ezzel kapcsolatban, akkor azt a pszichoterápia módszereivel nagyon szépen meg lehet változtatni.

Anyák mondták a Geréb Ágnes-ügy kapcsán, hogy a császármetszés biztonságosabb a baba számára, és vannak nők, akik számára diszkriminatív a hüvelyi szülést “természetesként” említeni. Erről mi a véleménye?

Ha egy nő – és ezt most megint a pszichoterapeuta mondja – a hüvelyi szülést nem tekinti természetesnek, azt tiszteletben kell tartani, ez az ő véleménye.

De ha valaki esetleg ilyen helyzetben van, akkor egy kicsit talán el kellene gondolkodnia, hogy az ő saját magáról alkotott véleménye, az ő női volta az ő számára jelent-e értéket. Az érték pedig érthető módon összetett dolog, és hogy ezeket a súlyos szavakat picit enyhítsem, vannak olyan szülészorvosok, akik azt mondják, hogy a természetes szülés a hüvelyen történik, a másik meg a császármetszés. Én meg azt mondom, hogy a természetes szülés az – és egyezik a véleményem az Angol Bábaszövetséggel –, ahol a szülés lezajlik mindenféle külső beavatkozás nélkül, természetesen hüvelyi úton.

Előadásában gyakran említi, hogy a szülés egy beavatás egy nő életében. Pontosan mire gondol?

Várandós asszonyokkal való egyéni, illetve csoportfoglalkozás kapcsán mindig elmondom, hogy a várandós asszony a világ közepe, hiszen annak a csodának, amit az emberiség több évezredes fennmaradása bizonyít, a nők központi szerepet játszanak. A várandós asszony testében találkozik a múlt, a jelen és a jövő. Az az üzenet, amit az őseinktől kapunk, az minden egyes generáció szerelmes öleléseivel adódik tovább. A jelenben az aranyosan mosolygó várandós asszony domborodó pocakjában ott van az az üzenet, amit több ezer évvel ezelőtt az ősei elindítottak.

Amikor egy fiatal lány életében először megjelenik az első tavaszt jelentő menstruációja, akkor az az első beavatás, hiszen akkor ő nővé válik. Nem véletlenül tartom mindig nagyon fontosnak elmondani: ez ünnep legyen! A következő nagy lépés, amikor párkapcsolatba lép. Ennek beteljesülése, amikor ő maga is megtapasztalja, hogy az az üzenet, amit kapott, az az ő fizikai, testi és lelki együttműködésével valósággá válva, a gyermek megszületését jelenti.

Egy bátorító üzenet a nők számára, akik nagyon félnek a szüléstől?

Üljön le egy fotelbe, csukja be a szemét, figyeljen a légzésére és engedje meg magának azt, hogy ábrándozzon, hogy elképzeljen dolgokat. Képzeld el egy virágos rétet, egy sétát, egy nagyszerű tengerparti heverészést a napon, és amikor már a teste is jelzi ezeket az érzéseket – hiszen az emlékképet elő lehet hívni –, mikor érzi a nap melegét, a kellemes szél simogatását, a tengerparton a sirályok hangját stb., akkor nézzen körül, hogy lát-e ott valakit, és ha úgy adódik a helyzet, hogy igen, akkor hívja oda és nézze meg, hogy fontos-e ez az ember. Ha nem tudja eldönteni, akkor képzelje el, hogy valamelyik családtagja van ott, aki fontos. Ha ez is megvan, akkor azzal a személlyel kapcsolatosan idézzon fel valami nagyon kellemes, jóleső, mind a két fél számára emlékezetes pillanatot. Ha ez is megvan, tegye a kezét a pocakjára, és kérdezze meg a babáját: szeretné-e te is itt lenni ezen a tengerparton, ezen a helyen? Ha igen, akkor adj egy jelzést. Úgy nagyjából a hatodik/hetedik hónap környékén már meg is mozdulnak ilyenkor a babák.

Csak annyit mondjon a babájának, hogy: “Én vagyok itt, aki beszélek hozzád. Az édesanyád. Nagyon szeretlek és tudom, hogy te is szeretsz engem. Nem csak most, hanem mindig támogatni és segíteni foglak, mint ahogy eddig is tettem. Nem sokára olyan szép nagy leszel, hogy úgy érzed, szeretnél már találkozni velem. És akkor mindig gondolj ezekre a szavakra, amiket most mondok. Én meg tudlak szülni, én érzem, mert azért vagyok várandós, mert tudom, hogy képes vagyok arra is, hogy megszüljelek, hogy világra segítssek. Nem kell engem semmire sem tanítani, mert mi ketten együtt pontosan tudjuk a dolgunkat. Nagyon várom a találkozást és nagyon szeretlek.”

A beszélgetés résztvevőiről

Dr. Bálint Sándor háromszéki születésű, Budapesten élő és dolgozó szülésznőgyógyász, pszichoterapeuta. [Apja német-francia szakos tanár, a sepsiszentgyörgyi Székely Mikó Kollégium (Református Főgimnázium) igazgatója volt.] 49 év szakmai gyakorlat áll mögötte. Tagja a Magyar Nőorvos Társaságnak, a Magyar Hipnózis Egyesületnek, a Magyar Szexuális Medicina Társaságnak, valamint a Magyar STD Társaságnak. A nőkben és a szülésben vetett hite igen meghatározó.

Szőcs Kinga Zsófia, Kolozsváron élő pszichoterapeuta, szülésfelkészítő, dúla Az interjú készítője két kislány édesanyja.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

Globális egészségügy

- Új nemzetközi egészségvédelmi intézet a Robert Koch-Institut mellett

Európa

- Fogászati multik Európában

Egyesült Államok

- Az egészségügy az amerikai képviselőház napirendjén
- Felmérés az elsődleges ellátásról az Egyesült Államokban

Kórházügy

- Kórházbarométer 2018 – *Krankenhaus-Barometer 2018* (2-6. rész): 2. A kórházak beruházási tevékenysége; 3. A személyi állomány helyzete a szülészeti osztályokon; 4. A szülészeti osztályok gazdasági helyzete; 5. Ápolószemélyzet helyzete; 6. Kórházi információtechnológia (utána: egységes szerkezetben)
- A kórház mint vonzó munkaadó

Szociálpolitika, egészségügy, foglalkoztatáspolitiká

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Datenreport 2018* (4-15. rész): 4. Ápolás, ápolószemélyzet; 5. Halálozás, halálokok; 6. Kórházügy, kórházi ellátás; 7. Prevenció, rehabilitáció; 8. Szociális biztonság; 9. Szociális segélyek; 10. Nyugdíjbiztosítás; 11. Kötelező betegbiztosítás; 12. Szociális ápolásbiztosítás; 13. Munkanélküliek biztosítása; 13. Élet az Európai Unióban: népesség, születések, születéskor várható élettartam, 14. Munkaerőpiac az Európai Unióban; 15. Egészségi állapot az Európai Unióban. (utána: egységes szerkezetben)

Jegyzet

- A svájci egészségügyi költségek okairól

Gyógyszer

- Elektronikus receptek kiváltása külföldön az Európai Unióban
- Amerikai tanulmány a gyógyszermarketing és az opioidok miatti halálesetek közötti összefüggésről
- Antibiotikumok felírása az Egyesült Államokban
- Antidepresszánsok felírása Németországban
- A gyógyszerellátás biztonságáról szóló új német törvény
- Jelentés a diagnosztikum ágazat helyzetéről Németországban

Gyógyászati eljárások

- Jelentés a gyógyászati eljárások alkalmazásáról Németországban 2017-ben – *Heilmittelbericht 2018*

Gyógyszertárak

- Gyógyszertári reform Ausztriában
- Új törvény a gyógyszertárláncokról Olaszországban

Ápolás

- A németországi szociális ápolásbiztosítás pénzügyi perspektíváinak elemzése 2045-ig
- Ápolóhiány Németországban 2018-ban
- Fókuszban az idősápolás
- Take Care: Az idősápolás jövője

Könyvajánló

- A kapitalizmus védelmében

Népegészségügy

- Jelentés az egészséges táplálkozás helyzetéről Németországban – *Ernährungsreport 2019*
- Anya-gyermek-LINA-vizsgálat az anyai stresszről és a gyermek elhízásáról

Gyermekvédelem, gyermekek bántalmazása

- Gyermekbántalmazás egy svájci nevelőotthonban
- A zürichi gyermekkórházban 2018-ban több mint ötszáz bántalmazott gyermeket gondoztak

Hivatásrend

- Vita az orvosok vizitteljesítményéről
- Felmérés az állatorvosok helyzetéről Németországban 2017-ben

Multimorbiditás

- Atópiás dermatitisz és öngyilkosság

Az igazság nem teljes kibontása

- Az igazság a hazugságról. Metaanalízis a tisztességtelen viselkedésről

Rövidhírek (aleatorikusan):

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