

# ***Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete***

## ***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle***

***2020. 10. sz. (Lapzárta: 2020. május 14.)***

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

### **Globális egészségügy – Koronavírus**

- A hőmérséklet globális alakulásának prognózisa
- A koronavírussal való fertőződés kockázata az egészségügyi dolgozók körében
- A COVID-19, mint az egészségügy változásának katalizátora az Európai Unióban
- COVID-19: Cselekvési opciók a koronavírus-járvány idején

### **Kórházügy**

- A kórházügyi menedzsment aktuális kérdései – *Praxisberichte 2019 (VKD)* (9. rész): A Német Kórházigazgatók Szövetségének digitalizációs programja – Az Entscheiderfabrik 14. projektciklusa

### **Ápolás**

- Az ápolás helyzetének alakulása Németországban 2030-ig (DKI) (9. rész): Cselekvési opciók
- Az ápolási piac 2030-ban. Az ápolási kapacitások tervezése

### **Statisztika**

- A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2019 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2019* (4. rész): Egészségügy. Kórházak, idősotthonok és ápolási otthonok, otthonápolás, orvosok és fogorvosok

### **Rehabilitáció**

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2018-ban – *Reha-Bericht 2020* (2. rész): Nemzetközi fejlemények

## **Orvosetika**

- Szakmai állásfoglalás az étel és ital betegek általi visszaütéséről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia Központi Etikai Bizottságának ajánlásai a fogvatartottak egészségügyi ellátásának finanszírozásáról
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei az orvosetika oktatásáról

## **Lelki egészség**

- Celebek öngyilkossága, a média hatása és az utánzó effektus

## **Népegészségügy**

- A prosztatarák miatti halálozások prognózisa Európában

## **Personalia**

- 200 éve született Florence Nightingale, a modern betegápolás megalapítója
- Joseph Hradsky, a „*Das österreichische Gesundheitswesen*” nemzetközi rovatvezetője befejezi szerkesztői tevékenységét
- Dr. Gregor Smith, Skócia új megbízott tisztifőorvosa

## **Mellékletek:**

- A kórházi menedzsment aktuális kérdései – *Praxisberichte 2019 (VKD)* – egységes szerkezetben
- Az ápolás helyzetének alakulása Németországban 2030-ig (DKI) – egységes szerkezetben
- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2018-ban – *Reha-Bericht 2020* – egységes szerkezetben

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

### ***A hőmérséklet globális alakulásának prognózisa***

Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America,  
PNAS first published May 4, 2020 <https://doi.org/10.1073/pnas.1910114117>

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, környezetegészségügy, klímaváltozás, klímakutatás, hőmérséklet, hőség, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.pnas.org/content/early/2020/04/28/1910114117>

**Marten Scheffer (Wageningen University) és mt.** tanulmánya szerint, ha a hajtógáz-kibocsátás a jövőben nem csökken, ötven éven belül több mint 3,5 milliárd ember fog hőségtől szenvedni. Ők ugyanis – hacsak nem vándorolnak el – olyan területeken fognak élni, ahol az átlaghőmérséklet meghaladja a 29° Celsius-t.

A kutatók a rendelkezésre álló adatbankok alapján összehasonlították az emberek kedvelt megtelepedési területeit az adott régiók klimatikus körülményeivel. A népsűrűség 11 és 15° C között a legmagasabb, de egy 20 és 25° C közötti csúcspontot is azonosítottak.

Ez a megoszlás az elmúlt 6.000 évben alig változott, ezért a kutatók ezt a hőmérsékleti tartományt „az ember ökológiai réseként” definiálják.

Az előrejelzés tekintetében a kutatók a **Klíma Világtanács (Intergovernmental Panel on Climate Change – IPCC)** ötödik jelentéséből (*Fifth Assessment Report*) indultak ki (<https://www.ipcc.ch/assessment-report/ar6/> ; <https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/> ; <https://www.ipcc.ch/report/ar5/wg2/> ), amely szerint a hajtógázak koncentrációja továbbra is ellenőrzés nélkül folytatódik. A hőmérsékletek a különböző régiókban ennek megfelelően növekednek. Ehhez a kutatók a világnépesség alakulásának SSP3 szocioökonómiai szcenáriumát alkalmazták.

A modellszámítások szerint azok a területek, ahol az éves átlaghőmérséklet meghaladja a 29° C-t, jelenleg a Föld felületének 0,8%-át teszik ki, 2070-ig azonban meghaladják annak 19%-át. Ezek a területek elsősorban Dél-Amerikára, Afrikára, Indiára, Dél-Ázsiára és Észak-Ausztráliára terjednek ki. Ez Indiában egymilliárd, Nigériában, Pakisztánban, Indonéziában és Szudánban 100-100 millió embert fog érinteni.

#### **Marten Scheffer**

Santa Fe Institute, Santa Fe, NM 87501;

Wageningen University, NL-6700 AA, Wageningen, The Netherlands;

SARAS (South American Institute for Resilience and Sustainability Studies), 10302 Bella Vista, Maldonado, Uruguay

*A koronavírusral való fertőződés kockázata az egészségügyi dolgozók körében*  
Annals of Internal Medicine (2020; DOI: [10.7326/M20-1632](https://doi.org/10.7326/M20-1632))

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1632> ;  
<https://www.acpjournals.org/topic/category/coronavirus> ;  
[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2020-05/ohs-ppt050520.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2020-05/ohs-ppt050520.php) ,  
[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2020-05/acop-cnf050520.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2020-05/acop-cnf050520.php)

**Roger Chou (Pacific Northwest Evidence-based Practice Center and Oregon Health & Science University, Portland, Oregon (R.C., T.D., S.S., A.M.T.) és mt.** által az Egészségügyi Világszervezet részére készített „living rapid review“ az egészségügyi személyzet fertőződésének mértékét és a védőintézkedések hatékonyságát vizsgálta. Következtetések szerint a munkahelyi fertőzések nem akadályozhatók meg teljes mértékben.

Li Wenliang kínai orvos halála már a járvány beállta előtt jelezte, hogy a vírus az egészségügyi személyzet számára is kockázatot jelent. Kínában ténylegesen 44.672 személy fertőződött meg, akik közül 1.716 orvos, ápoló, vagy egyéb asszisztens volt (3,8%), ezek közül pedig 247 (15%) súlyosan megbetegedett és 5 (0,3%) meghalt.

Roger Chou és kutatócsoportja szerint nemcsak a veszélyzónákban, pl. intenzív osztályokon végzett tevékenység kockázatos (relatív kockázat, RR 2,13), hanem a betegekkel való kontaktus előtti és utáni felületes kézmosás (RR 3,10 és 2,82), valamint a személyes védőfelszerelés inadekvát használata (RR 2,82) is.

A hosszú munkaidő fokozza a kockázatot ( $p = 0,02$ ). Az orvosok és ápolók azonban a veszélyzónán kívül, pl. fertőződött családtagjuktól is elkaphatják a vírust. A kockázat az orvosok körében nem magasabb, mint az ápolóknál.

Elektronikus lázmérők használatával (esélyhányados - odds ratio, OR 0,05) és fertőtlenítő-adagolók kihelyezésével (OR 0,043) a fertőződés kockázata jelentősen csökkenthető. E két művelettel a fertőződés kockázata 95%-kal csökkenthető. A levegőztetés is fontos. Egy tanulmány szerint a természetes levegőztetés kedvezőbb, mint a klímaberendezés (OR 0,40).

Négy tanulmány szerint az N95-respirátorok (amelyek az FFP2 és FFP3 maszkokhoz hasonlóan szűrik a levegőt) hatékonyabbak, mint az egyszerű sebészeti maszkok (több maszk egymásra helyezése nem jelent többelhasznót). A kesztyűk, védőöltözetek és szemvédők hatékonyságát ugyancsak tanulmányok bizonyítják.

*A COVID-19, mint az egészségügy változásának katalizátora az Európai Unióban*  
HealthManagement.org, EXEC Highlights / Week #19/ 2020

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:** <https://healthmanagement.org/c/hospital/news/covid-19-as-catalyst-for-changes-in-european-health>

Az Európai Unió vezetői levonták a tanulságokat a COVID-19 pandémiából és a szervezet egészségpolitikákra gyakorolt befolyásának növelését tervezik, főleg sürgősségi helyzetekben. A *Science/Business* az EU többéves pénzügyi költségvetésének rövidített változata alapján annak újratervezéséről számol be. (<https://sciencebusiness.net/framework-programmes/news/eu-pushes-bigger-say-health-draft-budget-overhaul> ) A dokumentum szerint az EU ambiciózus önálló egészségügyi programot tervez, amely nagyobb kapacitást biztosít a sürgősségi helyzetekben való fellépéshez.

Az EU és partnerei 2020. május 4-én a *Coronavirus Global Response* adománygyűjtő konferencián 7,4 milliárd eurót vettek nyilvántartásba a világ minden tájáról származó támogatóktól. Ebből 1,4 milliárd EUR a Bizottság adománya. ([https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/hu/IP\\_20\\_797](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/hu/IP_20_797) ; [https://global-response.europa.eu/index\\_en](https://global-response.europa.eu/index_en) )

*A Régiók Európai Bizottsága Elnökeinek Értekezlete (The European Committee of the Regions' Conference of Presidents)* állásfoglalása szerint kulcsfontosságú egy európai egészségügyi sürgősségi mechanizmus felállítása, amely biztosítja az európai és regionális/lokális erőforrások feltárását és integrációját. (<https://cor.europa.eu/en/news/Pages/COVID-19-We-call-for-an-ambitious-recovery-plan-.aspx> )

*Alexandre Lourenço, a Portuguese Association of Hospital Managers elnöke, a Coimbra University and Hospital Centre igazgatója, a HealthManagement.org főszerkesztője* szerint a COVID-19-válság egyik következménye az európai intézmények közötti, többek között az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal (*European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC*) való együttműködés megerősítése lehet.

**COVID-19: Cselekvési opciók a koronavírus-járvány idején**  
Institut Arbeit und Technik der Westfälischen Hochschule (IAT)  
Gelsenkirchen – Bocholt – Recklinghausen  
Redaktionsschluss: 01. 05. 2020  
FORSCHUNG AKTUELL 05/ 2020

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, népegészségügy, járványügy, pandémia, koronavírus, COVID-19, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2020/fa2020-05.pdf>

A koronavírus-járvány halálos áldozatainak száma Németországban viszonylag alacsony, ami ugyan egy statisztikai torzításnak tulajdonítható (a tömeges tesztelés előmozdítja a korai felismerést és növeli a gyógyulás esélyeit), de nemzetközi elismerést vívott ki. A *New York Times* (04. 04. 20) „*A German Exception? Why the Country’s Coronavirus Death Rate Is Low?*” címmel közölt tudósítást. Tény, hogy Németország a pénzügyi válság idején is bizonyította gazdasági és társadalmi stabilitását.

***Digitalizáció és egészségügy***

- A szolgáltatók tehermentesítése: A hospitalizáció legyakoribb oka a dekompenzált szívelégtelenség. A *Charité* tanulmánya (*Fontane Studie*) szerint a szívelégtelenség miatti hospitalizációk 30%-a telemedicina segítségével megelőzhető lenne. Ez elsősorban a legyengült időszerű betegeket érinti.
- A komplikációk megelőzése: A koronavírus elsősorban krónikus obstruktív tüdőbetegségekben (COPD, asztma), koronáriás szívbetegségekben, egyéb komorbiditásokhoz kapcsolódó diabéteszben szenvedő betegek számára jelent fokozott veszélyt. Ezeket a betegeket a komplikációk megelőzése érdekében otthonukban kell ellátni.
- Telefonon és videón bonyolított vizitek a praxisokban: Ez tehermentesíti a házi orvosokat, megelőzi a váróteremben való fertőződést. A videón bonyolított vizit a pszichoterápia területén is célszerű a kockázati vagy fertőződött betegeknél.
- A szaktudás megosztása: A maximális ellátást nyújtó kórházak digitális információcsere útján megoszthatják ismereteiket a kisebb kórházakkal és támogathatják az intenzív ellátást.
- Az izolált betegek szociális gondozása: Az izoláció súlyos lelki problémákat okozhat az egyedülálló személyek részére. Az ápolási otthonokban elrendelt látogatási tilalom csak súlyosbítja a helyzetet. A hozzátartozókkal való kapcsolattartást a kereskedelmi forgalomban elérhető digitális technológiák, smartphone-ok és tabletek segítségével lehet biztosítani.

**Szerkesztő: Claudia Braczko**

Institut Arbeit und Technik, Munscheidstr. 14, D - 45886 Gelsenkirchen  
Tel.: 49-209 - 1707 176 ; Fax: 49-209 - 1707 110  
E-Mail: [braczko@iat.eu](mailto:braczko@iat.eu) ; IAT Interneten: <http://www.iat.eu>

*A kórházi menedzsment aktuális kérdései 2019-ben –  
Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2019.  
Projekte Positionen Perspektiven (9. rész): A Német Kórházigazgatók Szövetségének  
digitalizációs programja – Az Entscheiderfabrik 14. projektciklusa  
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)*

**Kulcsszavak:** kórházügy, digitalizáció, Entscheiderfabrik, Németország

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

*Az Entscheiderfabrik 14. projektciklusa*

A „**Döntéshozók Műhelye**” („**Entscheiderfabrik**”) (tükörfordításban „gyár”, de tipikusan műhelymunka jellegénél fogva ez jobban hangzik – a szerk.) kórházak, szakmai szervezetek, vállalkozások információtechnológiai és innovációs projekt- és munkaközössége. A projektben 33 támogató szövetség, több mint 800 kórházi telephely és több mint 100 ipari vállalkozás, információtechnológiai és tanácsadó cég vesz részt. A Német Kórházigazgatók Szövetsége az „*Entscheiderfabrik*” alapító tagja. A 14. projektciklus célkitűzéseinek ismertetésére 2020. február 12-13-án Düsseldorfban került sor. A résztvevők által benyújtott témákat a kórházvezetők értékelik és kiválasztják azt az ötöt, amelyet az elkövetkező hónapokban a kórházak és információtechnológiai cégek projektcsoportok keretében közösen kifejtenek. Az eredmények ismertetésére és értékelésére 2020 novemberben a 43. Német Kórházkongresszus (43. *Deutscher Krankenhaustag*) keretében kerül sor.

**2020 öt kiemelt témája**

1. *Archivar 4.0* – a *Chief Data Officer*, mint a kórházvezetők tanácsadója a hasznos termelő alkalmazások bevezetéséhez az intézmény saját adatállománya alapján.
2. A szakképzett ápolók tehermentesítése és gazdaságos irányítása egy prediktív ápolási kontrolling egység segítségével.
3. *MIA ROBOTIC CODING*, a kódolás digitalizációja – a Big Data-ból származó bevételek felpörgetése.
4. „Dolgozz akkor, amikor akarsz!” Elégedett munkatársak az éves kapacitás önálló tervezése alapján.
5. A stroke-ellátás digitális támogatása – az összes szereplő hálózatba szerveződése és optimális terápia mesterséges intelligencia alkalmazásával végzett képelemzés segítségével.

[https://www.vkd-online.de/aktuelles?mnd\\_article=pressrelease2972907](https://www.vkd-online.de/aktuelles?mnd_article=pressrelease2972907)

<https://www.entscheiderfabrik.com/>

;

### ***A Német Kórházigazgatók Szövetségének mesterterve a digitalizációért***

A Német Kórházigazgatók Szövetsége évek óta egy mesterterv bevezetése mellett foglal állást az egészségügy digitalizációja területén, amely definiálja az időbeli ütemezést, bevonja a szolgáltatókat, a betegeket és az ipari szereplőket, transzparensten alakítja a folyamatokat és biztosítja a szükséges finanszírozást.

***Peter Asché, a Német Kórházigazgatók Szövetsége alelnöke és információtechnológiai témafelelőse*** szerint a digitális ellátásokról szóló törvény (*Digitale Versorgung-Gesetz*) alkalmazása során tekintettel kell lenni arra a körülményre, hogy a digitális betegdokumentum kórházi bevezetése – aminek a koalíciós szerződés szerint 2021-ben meg kellene történnie – sokkal bonyolultabb, mint a kórházaknak a szabadfoglalkozású szférában bevezetett elektronikus betegdokumentumhoz való csatlakoztatása. Miközben az elektronikus betegdokumentumra az ambuláns ellátás területén a minisztérium – a betegpénztárakkal kifizetendő – milliós költségeket irányoz elő, a kórházakra hatalmas pénzügyi terhek hárulnak. A Német Kórházigazgatók Szövetsége utal a nemzetközi tapasztalatokra, többek között az Egyesült Államokéra, amelyek szerint Németországban erre a célra ötéves ütemezésben 10 milliárd EUR-t kellene biztosítani. Az ambuláns szektort csak így sikerül majd felzárkóztatni a nemzetközi folyamatokhoz.

***Dr. Josef Düllings, a Német Kórházigazgatók Szövetségének elnöke*** a düsseldorfi eseményen kiemelte a digitalizáció jelentőségét az egészségügyi ágazat jelenlegi kihívásainak összefüggésében. Olyan digitalizációra van szükség, amelynek eredményeként megvalósul az okos kórház. A digitalizáció hajtóereje a társadalomban az individuum. Ez az a tényező, amely a kórház keretei között hatást gyakorol a munkatársak közötti és a betegekkel való kommunikációra. Külső relációban az okos kórház működése a kórházak, orvosi praxisok, ápolási intézmények, gyógyszertárak és további egészségügyi szolgáltatók közötti, a beteg által minden esetben individuálisan kiváltott adatfolyamatban nyilvánul meg. A Német Kórházigazgatók Szövetségének meggyőződése szerint az okos kórházat eredményező digitalizáció és a regionális digitális hálózatok kialakítása a közúti hálózatok kiépítéséhez hasonló jelentőségű infrastrukturális beruházásnak tekinthető.

**Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands VKD**

**Peter Asché, Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands VKD**



**Dr. Karl Blum et al.:**  
**Az ápolás helyzetének alakulása Németországban 2030-ig (9. rész):**  
**Cselekvési opciók**

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), 2019 (75 p.)

**Kulcsszavak:** ápolás, Németország

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.dki.de/forschungsprojekte/publikationen> ;  
[https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht\\_final\\_0.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf)

#### **8. 4. Cselekvési opciók**

- **A képzési kapacitások bővítése:** Az idősápolás és betegápolás területén a képzési kapacitások az utóbbi években folyamatosan bővültek. A jövőben ennek folytatására és megerősítésére kell törekedni. Az ápolók iránti szükséglet ennek hiányában minden egyéb törekvés ellenére aligha lesz fedezhető.
- **A részmunkaidős foglalkoztatás csökkentése:** A részmunkaidősök aránya a kórházaknál 50%, a bentlakásos intézményeknél 59%, az ambuláns ápolás területén 67%. Matematikailag egy-egy részmunkaidős foglalkoztatott munkaidejének egy órával való meghosszabbításával a kórházaknál 5,6 ezer, a bentlakásos intézményeknél 4,8 ezer, az ambuláns ápolás területén 3,7 ezer további teljes munkaidős státuszt lehetne nyerni.
- **A „lappangó” tartalék aktivizálása:** Közismert, hogy sok ápoló szülési szabadság, vagy gyermeknevelés miatt, esetleg egyéb szakmai és privát okokból elhagyja a pályát. E „lappangó” állomány létszámáról és visszatérési hajlandóságáról nincsenek megbízható adatok, de megfelelő toborzással, családbarát feltételek, gyermeknevelési lehetőségek felvillantásával ezek a személyek célzottan megszólíthatók.
- **Az ápolók hosszabb ideig való pályán tartása:** Sok ápoló veszi igénybe az előrehozott nyugdíjazás lehetőségét. Ha az ápolókat sikerülne hosszabb ideig pályán tartani, pl. késleltetni a nyugdíjazást, tehát nem kellene új munkaerőt beállítani, további teljes munkaidős státuszokat lehetne nyerni. E klientúra megtartásának lehetőségei: az életkornak megfelelő munkakör és munkamegosztás, a szerepek rotációja, az életkornak megfelelő lazább követelményekkel járó munkakörök. A munkahelyi egészségmenedzsment, a fizikai és pszichés munkamegterhelés csökkentése hozzájárulhat a munkavégzés folytatásához és az egészségben való öregedéshez.

- ***Az ápolótevékenység fokozottabb differenciálása:*** Mivel a munkaerőpiacon egyre nehezebb szakképzett ápolókat találni, a hároméves képzettséggel rendelkező ápolókat fokozottabban be kell vonni az alapápolásba és betegápolásba. Az ápolástól idegen tevékenységeket, mint a dokumentáció és adminisztráció, a betegek szállítása és kísérése, ételrendelés és ételosztás, át kell hárítani a segédápolókra és a kisegítő személyzetre. Az ápolótevékenység ilyenén differenciálásával az ápolói pálya megnyitható egy olyan klientúra számára, amely nem rendelkezik hároméves ápolói képzettséggel.
- ***A dokumentáció és adminisztráció csökkentése:*** A bürokrácia növekedése az ápolás nem utolsósorban a politika, a társadalombiztosítási önkormányzat és a betegpénztári orvosi szolgálat által támasztott külső dokumentációs követelményekkel függ össze. Ezek a szereplők a bürokrácia csökkentésével indirekt módon hozzájárulhatnak a személyzettel való ellátottság javításához. Ezt a folyamatot a digitalizáció is segíti.
- ***Külföldi munkaerő toborzása:*** Az ambuláns ápolás és az otthonápolás területén ez már elterjedt gyakorlat. Ma már a kórházak is gyakrabban folyamodnak ehhez az opcióhoz. De ez inkább pótlólagos megoldás az ápolói státuszok további feltöltésére.
- ***Az ápolás jobb finanszírozása:*** A kórházak és ápolási intézmények bevételeinek oly mértékben kell növekedniük, hogy fedezhessék az ápolószemélyzet iránti növekvő szükségletet. Különösen az idősápolás területén kell magasabb bért biztosítani, mivel a betegápoláshoz viszonyítva a bérezés itt kedvezőtlenebb.
- ***A szolgáltatások racionálása vagy prioritizálása:*** Ha a rendelkezésre álló ápolószemélyzet nem tudja megfelelően ellátni az ápolásra szorulókat, várólistákat kell bevezetni, ágyakat vagy osztályokat kell átmenetileg lezárni. A bentlakásos és az ambuláns ápolás területén sor kerülhet az ápolásra szorultság szerinti prioritizálásra, vagy otthonápolási szolgáltatás lehetősége hiányában nem marad más, mint a hozzátartozók általi gondozás.
- ***A szolgáltatások igénybevételének megelőzése:*** Az esetszámok a szolgáltatás igénybevételét megakadályozó vagy késleltető preventív intézkedésekkel is csökkenthetők. Ez elsősorban otthoni környezetükben élő időskorúaknak nyújtott tanácsadási és támogatási szolgáltatásokra, a laikusok általi ápolás megerősítésére, a lakások akadálymentesítésére vonatkozik.
- ***Az ellátási struktúrák és folyamatok átalakítása:*** A kórházaknál és ápolási otthonoknál már korábban is történtek lépések az intézményi szerkezet és a folyamatok átalakítására. Mindezek mellett a jövőben az egészségügy digitalizációja hozzájárulhat a folyamatok optimalizálásához, egyebek között a párhuzamos és többszörös dokumentáció megelőzéséhez, az információk centralizációjához és hálózatba szervezéséhez. Ezek a fejlemények részben mérsékelhetik az ápolószemélyzet iránti többletszükségletet.

***Az ápolási piac 2030-ban. Az ápolási kapacitások tervezése***  
IRE|BS International Real Estate Business School, Universität Regensburg  
Working Paper, Heft 23, 30. April 2020 (55 p.)

**Kulcsszavak:** ápolás, ápolási piac, beruházások, szükséglettervezés, kapacitástervezés, prognózis, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.zia-deutschland.de/fileadmin/Redaktion/Pressemitteilungen/Downloads/Pflegestudie\\_IREBS.pdf](https://www.zia-deutschland.de/fileadmin/Redaktion/Pressemitteilungen/Downloads/Pflegestudie_IREBS.pdf)

A német ingatlanszövetségek ernyőszervezetének (*Zentraler Immobilien Ausschuss – ZIA, Spitzenverband der Immobilienwirtschaft*) megbízásából készített előrejelzés szerint 2030-ig Németországban az ápolási otthonokban a jelenlegiekhez viszonyítva további 293.000 helyet kell létesíteni. Ez azt jelenti, hogy az évtized végéig évente 210 és 390 új ápolási otthon iránti szükséglet keletkezik.

**2. 1. Az ápolásra szorulóknak számának alakulása:** 2017-ben a német lakosság 4,1%-a, 3,4 millió személy szorult ápolásra. Ezek többségét otthonában, egynegyedét (818.000 ápolásra szoruló személyt) a 14.500 bentlakásos intézmény valamelyikében gondozták. A bentlakásos intézményi ápolás tekintetében 2015-höz viszonyítva 6,5%-os növekedés következett be. A magasabb kereslet folytán az ápolási otthonok száma 2015 és 2017 között 900 egységgel növekedett.

Az ambuláns szolgálatok száma 2015-höz viszonyítva 5,5%-kal növekedett. Az ápolásra szorulóknak és az otthonok konstans arányával számolva az ápolásra szorulóknak száma 2030-ig 4,1 millióra növekedhet, akik közül 980.000 személyt ápolási intézményben látnának el.

Szövetségi szinten 2030-ig az ápolási otthonokban a jelenlegiekhez képest 157.000 új ápolási helyre lesz szükség. Ez azonban az előrejelzés alsó határaként tekintendő, ami az intézmények teljes kihasználtságát feltételezi és nem veszi figyelembe a rövid idejű ápolást és azt sem, hogy az elkövetkező években a hozzátartozók alkalmi költségei növekedhetnek. Az ápolásra szorultságnak az ápolás helyzetének megerősítéséről szóló törvény (*Pflegestärkungsgesetz 2017*) által bevezetett új definíciója folytán az ápolásra szorulóknak száma 2015-höz viszonyítva 19,4%-kal növekedett. Ha az ápolási helyek iránti jövőbeli szükségletet az ápolási otthonok 2015. évi aránya alapján számítjuk ki, 2030-ig a jelenlegiekhez képest 293.000 (felső határ) további helyet kell biztosítani. Átlagosan egy-egy otthonra jutó 647 ápolási hely és 90%-os kihasználtság feltételezésével ez 2030-ig évente 210 és 390 új otthon iránti szükségletnek felel meg.

*A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2019 – Gesundheit – Taschenstatistik 2019  
(4. rész). Egészségügy. Kórházak; idősotthonok és ápolási otthonok;  
otthonápolás; orvosok és fogorvosok*

Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2020 (44 p.) 14. 02. 2020

**Kulcsszavak:** egészségügy, kórházak, idősotthonok, ápolási otthonok, otthonápolás (Spitex), hivatásrend, orvosok, fogorvosok, statisztika, Svájc

**Forrás Internet-helye:** <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2020-0151> ,  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.11807264.html>

## **4. Egészségügy**

### **4. 1. Kórházak**

Kórházak	281
Ágyak	37.956
Foglalkoztatottak (teljes munkaidős státuszokban)	167.873
Kórházakban kezelt esetek	1.468.275
Hospitalizációs ráta (1.000 lakosra)	117,8
Átlagos kórházi tartózkodási idő az aktív ápolás területén (napok)	5,3
Napi átlagos költségek az aktív ápolás területén (CHF)	2.245

2018-ban a 218 kórház 580 telephelyen nyújtott szolgáltatásokat. Az általános kórházak száma 2002. óta 41%-kal csökkent, miközben a speciális kórházaké alig változott (-6%). Ugyanezen időszakban az ágyszámcsökkenés a speciális kórházaknál magasabb (-15%), az általános kórházaknál mérsékeltebb (-10%) volt.

2018-ban a kórházak 167.873 teljes munkaidős státuszú foglalkoztatottal rendelkeztek. Ez 40%-kal több mint 2002-ben volt. Tíz teljes munkaidős foglalkoztatott közül nyolcan az általános ápolás területén működnek. A teljes munkaidős foglalkoztatottak 71%-a nő, ám a nők aránya az orvosok körében még mindig csak 48%. A teljes munkaidős státuszok 42%-a az ápolószemélyzetre és a szociális szolgálatokra, 14%-a az orvosokra jut.

2018-ban az aktív ápolás területén az átlagos kórházi tartózkodási idő 5,3 nap, a pszichiátrián 32,1 nap volt. Az átlagos kórházi tartózkodási idő 2002. óta folyamatosan csökkent.

Ugyanezen időszakban az egy kórházi napra jutó átlagköltségek növekedtek. Az aktív ápolás területén a költségek 83%-kal növekedtek. 2018-ban egy kórházi nap költségei átlagosan 2.245 CHF-et tettek ki.

#### **4. 2. Időotthonok és ápolási otthonok**

Időotthonok és ápolási otthonok	1.566
Foglalkoztatottak, teljes munkaidős státuszokban	96.453
Otthonokban lakók december 31-én	92.309
Férfiak	26.925
Nők	65.384
A december 31-én otthonokban lakók aránya a 80 év fölöttiek körében	15,3%
Átlagos tartózkodási idő (napok)	890
Egy napra eső átlagköltségek (CHF)	305

Az 1.566 időotthon és ápolási otthon 2018-ban 96.453 teljes munkaidős státuszú foglalkoztatottal rendelkezett. Az ápolást végző személyzet a teljes munkaidős foglalkoztatottak 67%-át teszi ki. 2018-ban az időotthonban vagy ápolási otthonban élők háromnegyede legalább 80 éves volt. Ezek 76%-a nő. Az időotthonokban és ápolási otthonokban élők 48%-a kevesebb mint egy évig, 16%-a öt évig vagy annál hosszabb ideig tartózkodik az intézményben.

#### **4. 3. Otthonápolás (Spitex)**

Foglalkoztatottak (teljes munkaidős státuszok)	23.554
Ügyfelek	367.378
Férfiak	146.819
Nők	220.559
Az otthonápolást igénybe vevők aránya a 80 év fölötti lakosság körében	28,9%
Évente egy ügyfélre jutó költségek (CHF)	6.882

2018-ban a *Spitex* foglalkoztatottainak 78%-a (teljes munkaidős státuszok) közhasznú társaságokra és közszolgáltató vállalkozókra jutott. Számuk 2002. óta 129%-kal növekedett. A *Spitex* szolgáltatásait igénybe vevők 44%-a 80 éves vagy annál idősebb. Magasabb várható életkoruknál fogva a nők a legidősebb lakossági csoport körében felülreprezentáltak. Párkapcsolatban inkább a nők gondozzák partnerüket, mint fordítva.

#### **4. 4. Orvosok és fogorvosok**

Praxisokban és ambuláns centrumokban működő orvosok (2017)	15.527
100.000 lakosra jutó orvosok az ambuláns szektorban (2018)	226
Orvosi konzultációk, legalább egy (2017)	81,2%
Fogorvosok (2018)	4.370
100.000 lakosra jutó fogorvosok (2018)	51
Fogorvosi konzultációk, legalább egy (2017)	59,6%

***Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2018-ban –  
Reha-Bericht 2019 (2. rész): Nemzetközi fejlemények***  
Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, Dezember 2019 (102 p.)

**Kulcsszavak:** rehabilitáció, European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR), Németország, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2019.pdf;jsessionid=0E51C2DBF700399F7928E1CB7BACF53B.delivery2-9-replication?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.pdf;jsessionid=0E51C2DBF700399F7928E1CB7BACF53B.delivery2-9-replication?__blob=publicationFile&v=3)

***Nemzetközi fejlemények a rehabilitáció területén***

A rehabilitációs szolgáltatások iránti szükséglet a lakosság világviszonylatban végbemenő előregedésénél fogva mind nemzeti, mind nemzetközi szinten növekedni fog. A rehabilitációnak a változó feltételekhez történő alkalmazkodása érdekében rehabilitáció-tudományi és szociálpolitikai szinten nemzetközi hálózatba szerveződésre van szükség. Ez a hálózatba szerveződés egyebek között megerősíti az információcserét és hozzájárul a rehabilitációnak az egyes államok egészségügyi rendszerében való pozicionálásához. Ez főleg az integrálódó Európában rendelkezik jelentőséggel.

A német nyugdíjbiztosító (*Deutsche Rentenversicherung*) aktívan részt vesz a *European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR)*, az európai rehabilitációkutatás legnagyobb szervezete munkájában. ***2019 április óta az EFRR elnöke Dr. Susanne Weinbrenner, a Deutsche Rentenversicherung Bund vezető orvosa, a szociálmedicina és rehabilitáció ágazati vezetője.***

2019 tavaszán Berlinben került sor az EFRR kongresszusára és ezzel közösen a rehabilitációkutatási kollokviumra, amelynek mottója: „*Rehabilitation – Shaping healthcare for the future*“ volt. A rendezvény a jövőbeli globális egészségügyi stratégia központi tényezőjeként definiálta a rehabilitációt. Különös figyelmet szenteltek a lakosság előregedése, a digitalizáció és a

migráció kérdéseinek a rehabilitáció megerősítésében és továbbfejlesztésében. A rendezvényre a *Deutsche Rentenversicherung Bund*, a *Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg*, a *Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)* és a *European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR)* közös szervezésében került sor.

Az EFRR-kongresszus résztvevői között online-felmérésre került sor a rehabilitáció jövőjére vonatkozóan. A rehabilitáció számára nagy kihívást jelent, hogy az alkalmazott terápiák bizonyítottan hatékonyak legyenek. A kutatási eredményeket folyamatosan és tartósan át kell ültetni a gyakorlatba. A rehabilitáció javítása érdekében országok és ágazatok közötti együttműködésre van szükség. Többek között nemzetközi együttműködést követel az Egészségügyi Világszervezet „*Rehabilitation 2030: A Call for Action*” kezdeményezése. Az EFRR-kongresszus fontos mérföldkőnek számít ennek európai megvalósításában.

E folyamat tematikus súlypontjai: a szociális biztonság, az inklúzió biztosítása, a rehabilitáció, a keresőtevékenységbe való visszatérés, a keresetcsökkenés megelőzése és a szociális egészségügyi kérdések. Mindezek mellett további nemzetközi szervezetekkel való hálózatba szerveződés is végbemegy. E folyamat markáns szereplői az *International Social Security Association (ISSA)*, az Egészségügyi Világszervezet és a *Rehabilitation International (RI)*. 2020-ban a *Rehabilitation International* dániai világkongresszusa keretében a *Deutsche Rentenversicherung Bund* rehabilitációs tagozata saját rendezvénnyel vesz részt.

2019. július 1. óta Gundula Roßbach, a *Deutsche Rentenversicherung Bund* elnöke látja el a német társadalombiztosítási munkaközösség európai koordinációs bizottságának [*Europäischer Koordinierungsausschuss (EKA) der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V. (DSV Europa)*] elnöki teendőit. [Személyéről lásd: Gundula Roßbach, a Német Nyugdíjbiztosítási intézet elnöke, 2017. 14. sz.] 2020 második félévében pedig Németország látja el az Európai Tanács elnöki teendőit, amelynek keretében a német nyugdíjbiztosító él a lehetőséggel, hogy ismertesse Európában törekvéseit.

## *Szakmai állásfoglalás az étel és ital betegek általi visszautasításáról*

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

Univadis, 16. 10. 2020

**Kulcsszavak:** orvostika, palliatív ellátás, önrendelkezés, terápia visszautasítása, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Németország

**Forrás Internet-helye:** <https://www.univadis.de/viewarticle/sterbefasten-kein-suzid-und-aerztliche-begleitung-keine-straftat-697820> ;

**Az állásfoglalás szövege:**

[https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP\\_Positionspapier\\_Freiwilliger\\_Verzicht\\_auf\\_Essen\\_und\\_Trinken%20.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf)

*Az állásfoglalás alapfogalma: „az ételről és italról való önkéntes lemondás” – „freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken” (FVET); „halálos böjt – „Sterbefasten”.*

A *Német Palliatív Medicina Társaság (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin)* állásfoglalása szerint az ételről és italról való önkéntes lemondás nem értékelhető sem öngyilkosságként, sem a terápiáról való lemondásként. Inkább sajátos cselekvési kategóriaként értelmezhető.

*Lukas Radbruch, a társaság elnöke* szerint, ha egy súlyos beteg szabad döntéséből nem akar többé enni és inni, csak hogy halálát meggyorsíthassa, tiszteletben tartandó. A halálos betegségben szenvedők akaratának betartása nem büntetendő cselekmény. Sokkal inkább az lenne bűncselekmény és kimerítené a testi sértés tényállását, ha akarata ellenére etetnék.

Az állásfoglalás kizárólagosan az életveszélyes, vagy az életet megrövidítő megbetegedésekben szenvedők döntésére vonatkozik, akik az étel és ital visszautasításával szeretnék megrövidíteni szenvedéseiket. Egyesek csak az ételről mondanak le, mások ezenkívül a folyadékbevitelt is visszautasítják, egyesek pedig minimális folyadékot fogadnak el – a lemondás módjáról és mértékéről csak a beteg dönthet. Az állásfoglalás nem terjeszthető ki további csoportokra, pl. súlyos megbetegedésekben nem szenvedő elaggott, multimorbid, legyengült emberekre, vagy egészségesekre, akik belefáradtak életükbe.

Fontos tényező annak tisztázása, hogy az ételt és folyadékot milyen módon és milyen mennyiségben kell kínálni ahhoz, hogy lehetőséget adjunk az érintetteknek ahhoz, hogy bármikor felülvizsgálhassák döntésüket. Az érzékeny és reflektált kommunikációhoz hasznosak lehetnek az eseti konferenciák és esetmegbeszélések. A „nem gyógyítható rákos betegek palliatív ellátásáról szóló kiterjesztett S3-irányelv” ajánlásokat tartalmaz a gyógyszeres kezeléssel, valamint a tünetek kontrollját célzó intézkedésekkel kapcsolatban az élet végső szakaszában, az indikáció, a haszon és a megterhelés mérlegelésével.



A Svájci Orvostudományi Akadémia Központi Etikai Bizottságának  
állásfoglalása a fogvatartottak egészségügyi ellátásának finanszírozásáról  
Zentrale Ethikkommission (ZEK) der  
Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

**Kulcsszavak:** orvostika, börtönegészségügy, fogvatartottak ellátása, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Stellungnahmen.html>

A *Kantonális Igazságügyi és Rendőrségi Igazgatók Konferenciája (Konferenz der Kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und –direktoren – KKJPD)*, a *Kantonális Szociális Igazgatók Konferenciája (Konferenz der Kantonalen Sozialdirektorinnen und –direktoren – SODK)*, valamint a *Szociális Segélyek Svájci Konferenciájának Igazgatósága (Geschäftsleitung der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe – SSKOS)* javasolja, hogy a jövőben a fogvatartottak egészségügyi ellátását többé ne az állam finanszírozza, hanem azt hárítsák át a fogvatartottakra.

A *Svájci Orvostudományi Akadémia Központi Etikai Bizottsága [Zentrale Ethikkommission (ZEK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)]* aggodalommal figyeli ezt a fejleményt. A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a fogvatartottak orvosi ellátásával kapcsolatban előírják, hogy a fogvatartott személyek a lakosság többi részével azonos egészségügyi ellátásra jogosultak. E szolgáltatások finanszírozása tekintetében a Központi Etikai Bizottság az alábbi öt pont betartására szólít fel:

1. A fogvatartottak egészségügyi ellátása nemcsak számukra, hanem a velük kontaktusba kerülők és az egész lakosság számára jelentőséggel rendelkezik.
2. Az állam különleges gondoskodási kötelezettséggel tartozik a fogvatartottakkal szemben. Biztosítani kell elégséges egészségügyi ellátásukat. Ennek során figyelembe kell vennie a büntetésvégrehajtási intézetekre jellemző magas morbiditást és az érintettek specifikus egészségügyi szükségleteit.
3. A fogvatartott személyek a lakossággal egyenértékű egészségügyi ellátásra jogosultak. Ez nemzetiségétől és tartózkodási helyétől függetlenül minden fogvatartottra érvényes.
4. A fogvatartott személyek a szakmai szempontból szükséges ellátásra jogosultak. Az orvos döntését tiszteletben kell tartani.
5. A fogvatartottak egészségügyi ellátását akadálytalanul és alapvetően ingyenesen kell biztosítani. Méltányos költségrészesedés csak kivételes esetekben követelhető.

*A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei az orvosetika oktatásáról*  
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW),  
Februar 2019 (25 p.)

**Kulcsszavak:** orvosetika, orvosképzés, irányelvek, Svájc

**Forrás Internet-helye:**

<https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>

### **3. Az orvosetika oktatásának tartalmi**

Az orvosetika oktatásában (is) figyelembe veendő curriculáris keretdokumentumok: a *CanMEDS*-ben leírt szakmai szerepek [*CanMEDS physician competency framework; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*], a kompetenciaalapú orvosképzés és -továbbképzés keretében alkalmazott "igazolt szakmai jártasságok" (*entrustable professional activities – EPA*), valamint az orvosképzésben alkalmazott *PROFILES* oktatási célkatalógus. Ezek a dokumentumok részben érintik az etika oktatásának célkitűzéseit, részben pedig körülírják az etika területéhez tartozó oktatási célokat, anélkül, hogy mint olyanokat definiálnák őket (pl. *respect privacy and confidentiality*).

#### **3. 2. Területek és témakörök**

Az irányelvek táblázatos formában részletezik az egyes területek keretében közvetítendő témaköröket és tartalmakat. A képzés területei: ismeretek, készségek és viselkedési elemek, valamint reflexióra való képesség. Az ismeretek területének három alkategóriája: I) etikai alapok, II) orvosetikai alapok és III) orvosetikai alkalmazási területek.

A készségek, a reflexióra való képesség és a viselkedési elemek területeihez tartozó tartalmak közvetítésére nemcsak az oktatási intézményekben kerül sor, hanem azokat a klinikai képzésbe és továbbképzésbe is célzottan integrálni kell.

***Celebek öngyilkossága, a média hatása és az utánzó effektus***

BMJ 2020;368:m575 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m575> ,

(Published 18 March 2020)

Medscape, Thursday, April 16, 2020

**Kulcsszavak:** lelki egészség, öngyilkosság, médiaeffektus, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m575> ;  
<https://www.medscape.com/viewarticle/927151>

Egy szisztematikus áttekintés és egy metaanalízis eredményei szerint az öngyilkosságok rátája a prominens személyek öngyilkosságáról szóló híreket követő 1-2 hónapig 18%-kal növekedik. A kutatók 31 releváns tanulmányt elemeztek. Az öngyilkosságok rátája az egy-egy prominens személy öngyilkosságáról szóló sajtójelentést követő 28 napon belül átlagosan 13%-kal növekedett. (95%-os konfidenciaintervallum [KI]: 8–18%). Miután a médiák az öngyilkosság elkövetésének módjáról is beszámolnak, az azonos módszerrel elkövetett öngyilkosságok aránya 30%-kal növekedik (95% KI: 18–44%). Az öngyilkosságokról szóló általános tudósítás nem vált ki öngyilkosági hullámot.

A tanulmányt kísérő szerkesztőségi cikk szerint a tanulmány eredményei a hírcsinálókhoz intézett üzenetet jelent a hírközlés potenciális következményei tekintetében.

Az öngyilkosságot elkövetők számának 13%-kal való növekedése az összlakosság körében a prominens személyek öngyilkosságáról szóló híradásokat követően, igen magasnak tekinthető. Nagy-Britanniában egy ilyen növekedés 2018-ban 6.507 öngyilkosság mellett további 70 öngyilkosságot jelentene.

Robin Williams amerikai színész 2014-ben lett öngyilkos, felakasztotta magát. Ezt követően több öngyilkosságot követtek el ezzel a módszerrel.

A szerzők szerint az öngyilkosság világviszonylatban a megelőzhető halálesetek közé tartozik, amely évente több mint 800.000 emberéletet követel. A tanulmány valóban a prevencióhoz való fontos hozzájárulást jelenthet.

**Assoc. Prof. PhD, Priv.-Doz. Dr. Thomas Niederkrotenthaler (Abteilung für Sozial- und Präventivmedizin des Zentrums für Public Health an der Medizinischen Universität Wien)**

Tel: +43 1 40160-34611 , Fax: +43 1 40160 934882 ;

eMail: [thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at](mailto:thomas.niederkrotenthaler@meduniwien.ac.at) ,

**CV:**

[https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozialmedizin/pdf/CV\\_2017\\_TNiederkrotenthaler.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozialmedizin/pdf/CV_2017_TNiederkrotenthaler.pdf) ,

**Publikációk:**

[https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozialmedizin/pdf/Pub\\_Niederkrotenthaler.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/hp/fileadmin/sozialmedizin/pdf/Pub_Niederkrotenthaler.pdf)

*A prosztatarák miatti halálozások prognózisa Európában*  
Annals of Oncology (2020; doi: 10.1016/j.annonc.2020.02.009)

**Kulcsszavak:** népegészségügy, rákos megbetegedések, onkológia, prosztatarák, halálozás, Európa

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(20\)36056-7/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(20)36056-7/pdf) ;  
<https://www.esmo.org/newsroom/press-office/death-rates-from-prostate-cancer-predicted-to-decline-overall-in-eu-but-rise-in-poland>

*Carlo La Vecchia (Department of Clinical Sciences and Community Health Università degli Studi di Milano) és mt.* évente értékeli az Egészségügyi Világszervezet által a rákos megbetegedések miatti európai halálozási okokról szóló adatokat. Minden évben más-más rákos megbetegedéssel foglalkoznak, idén a prosztatarákkal, amely férfiak körében minden tizedik rákos megbetegedés miatti halálesetért felelős.

Idén az Európai Unióban mintegy 78.000 férfi fog belehalni a prosztatarákba. Ez tehát férfiak körében a tüdő- és bélrák után a harmadik halálok a rákos megbetegedések körében. Az ismert adatok szerint a halálesetek száma Nyugat-Európában csökkenni, Kelet-Európában növekedni fog.

A prosztatarák korszpecifikus halálozási rátája Európában igen különböző. A halálozási ráta Európa öt legnépesebb országában: Olaszországban 100.000 lakosra 5,8, Spanyolországban 7,2/100.000, Franciaországban 7,3/100.000, Németországban és Nagy-Britanniában 11/100.000. A korszpecifikus halálozási ráta Lengyelországban legmagasabb (14,7/100.000). Lengyelországban tehát kétszer annyian halnak meg, mint Olaszországban.

Lengyelországban a prosztatarák korszpecifikus halálozási rátája 2014. óta 17,9%-kal növekedett. Ezzel szemben Franciaországban 26,6%-kal, Olaszországban 24,4%-kal, Spanyolországban 21,6%-kal, Nagy-Britanniában 9,0%-kal, Németországban 7,4%-kal csökkent.

Az utóbbi tíz évben két új hatóanyag, az Abirateron és az Enzalutamid került piacra. Ezek a jobb hormon- és kemoterápiával együtt öt évvel hosszabbítják meg a túlélési időt.

A rákos halálozások trendje összességében kedvező. Ebben az évben az Európai Unióban előreláthatóan 798.700 férfi és 630.100 nő fog meghalni rákos megbetegedésben. Ez 65.000 halálesettel több mint 2015 volt, de a korszpecifikus halálozási ráta 100.000 lakosra 137,5-ről 130,1-re csökken.

## *200 éve született Florence Nightingale, a modern betegápolás megalapítója*

**Forrás Internet-helye:** [https://hu.wikipedia.org/wiki/Florence\\_Nightingale](https://hu.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale) ;  
<https://www.ujakropolisz.hu/cikk/florence-nightingale-lampas-holgy>



***Florence Nightingale, OM, (Firenze, Toszkánai Nagyhercegség, 1820. május 12. – London, Egyesült Királyság, 1910. augusztus 13.) angol ápolónő és statisztikus. A modern nővérképzés, valamint a betegellátás reformjának elindítója. Ő alkalmazott először statisztikai megközelítést a betegápolás hatékonyságának elemzésére.***

Szülei hónapokon keresztül tartó nászútja során, az itáliai Firenzében született (a lányt a város angol nevére keresztelték). Apja William Edward Nightingale (született Shore, 1794–1875), a whig párthoz tartozó liberális, tehetős bankár, anyja Frances Smith (1789–1880) volt. Florence neveltetése során szerteágazó műveltségre tett szert, beszélt görögül, latinul, olaszul, franciául és németül és korában rendhagyó módon nőként betekintést nyerhetett a filozófia, a matematika és a történettudomány rejtelmeibe.

1844-ben titokban részt vett egy három hónapos nővérképző tanfolyamon a salisbury-i gondozóházban. Bár felháborodott szülei megtiltották, Florence gyakran segédkezett betegek gondozásában és idejének jelentős részét kórházak látogatásával töltötte. Az 1840-es évek második felében titokban közegészségügyi tanulmányokat olvasott. 1850 nyarán szülei megpróbálták elterelni a figyelmét az elesettekről és európai körutazásra küldték. Görögországból hazafelé tartva megszakította útját és a németországi, Düsseldorf melletti Kaiserswerth protestáns diakonissza nővéreinek ápolási tevékenységét tanulmányozta. 1851-ben – immár szülei beleegyezésével – visszatért Kaiserswerthbe, és három hónapon keresztül a diakonisszák mellett dolgozva kitanulta az ápolónői mesterséget. Már ekkor elkezdte kidolgozni terveit egy hatékonyabban működő, humánusabb kórházi ellátásra. 1853. augusztus 22-én Londonban kapott állást, mint a Harley Street-i "Beteg Úrihölgyek Kórházának" fizetés nélküli főfelügyelő nővére. Miközben megélhetését szülei 500 fontos havi apanázsa biztosította, ő elkezdte megvalósítani reformelképzeléseit.

A krími háború (1853–1856) hadifrontjáról szóló tudósításokból a brit közvélemény szörnyű képet kapott az ottani kórházakban ápolat sebesültek és körülményeik állapotáról. Ezért 1854-ben Sidney Herbert külügyminiszter közbenjárására harmincnyolc ápolónőt rendeltek az akkor már komoly elismerésnek örvendő, a feladatra önként jelentkező Nightingale felügyelete alá, akiket ő maga választhatott ki.

Viktória királynő rokonszenvének és figyelmének volt köszönhető, hogy a hadügyminisztériumnak (*War Office*) a hadsereg egészségügyi helyzetével foglalkozó osztálya a Nightingale által írt jelentések és ajánlások alapján 1859-ben megszervezte a Katonai Orvosi Iskolát (*Army Medical School*).

A kor vezető orvosai nem akarták elismerni a krími háborúban elért teljesítményét, tekintélyük aláásásának tartották az újító törekvéseket. Nightingale azonban képzett statisztikus is volt, aki számszerűen ki tudta mutatni, hogy az általa vezetett tábori kórházban ápolat katonák közül sokkal kevesebben haltak meg, mint a higiénét mellőző kórházakban és ezzel bizonyította, hogy a betegek, sebesültek életben maradásának esélyei ezekben a kórházakban nemhogy javult volna, hanem valójában jelentősen romlott. Eredményeinek szemléltetésére feltalálta a kördiagram egy új változatát, a *poláris diagramot*, mellyel az egyes változtatásokról vezetett feljegyzéseit látványos módon tudta összevetni a halálesetek számának változásaival, egyértelmű korrelációt mutatva ki az ápolás sikeressége és a higiéniai állapotok között. Szemléletében megelőzte korát, a tudományos orvoslás előfutárának tekinthető, a számszerűsíthető eredményekre alapozó bizonyítékokon alapuló orvoslás úttörője volt, szakmai körökben őt tekintik a máig jelentős módszer első következetes alkalmazójának.

1858-ban ő lett ez első olyan nő, akit a Királyi Statisztikai Társaság tagjává választottak, később pedig az Amerikai Statisztikai Társaság is tiszteletbeli tagjává választotta. 1859-ben alapítványt hozott létre és a közadakozásból befolyt 45 ezer font segítségével 1860. július 9-én megnyílt a londoni Szent Tamás Kórház (*Saint Thomas' Hospital*) Nightingale-féle tanintézete, ahol az ő elképzelései alapján és felügyelete alatt folyt a nővérképzés. Ugyanebben az évben jelent meg alapvető közegészségügyi munkája *Notes on nursing* ('Jegyzetek az ápolónői tevékenységről') címen, amely az első ápolói kézikönyvnek tekinthető. Megreformálta a tábori kórházi rendszert, kidolgozta a katonai egészségügy elszámolási rendszerét, amit 1947-ig használtak. Foglalkozott a bábaasszonyok és dologházi ápolók helyzetével, egyesületeket alapított és szerteágazó szakértői tevékenységet is végzett. Élete kései szakaszában a szakszerű nővérképzés fontosságát hirdette és bemutatókat tartott hazájában, illetve az Amerikai Egyesült Államok kórházaiiban, az 1880-as évektől pedig a szülésznők munkájának elismertetéséért is harcolt. 1883-ban életműve elismerésképpen Viktória királynő a Királyi Vörös Kereszt (*Royal Red Cross*) kitüntetésben részesítette. 1907-ben – első nőként a birodalomban – megkapta a királytól az angol Becsületrendet. Utolsó éveiben egészségi állapota már akadályozta a mozgásban, 1901-re látását is elvesztette, de 1910. augusztus 13-án bekövetkezett haláláig folyamatosan küzdött az egészségügyi reformok megvalósításáért.

Florence Nightingale megteremtette a betegápolás etikai alapjait. Ennek elismeréseként minden év május 12-én, világszerte az ő születésnapján ünneplik az Ápolók Világnapját és az ő tiszteletére lett a lámpás az ápolás nemzetközi jelképe. Az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése 2020-at Florence Nightingale születésének 200. évfordulója tiszteletére az „Ápolók és szülésznők nemzetközi évének” nyilvánította.

Életéről több film készült. Nevét a „Vissza a jövőbe” című filmben is megemlélik.

**Joseph Hradsky, a „Das österreichische Gesundheitswesen”  
nemzetközi rovatvezetője befejezi szerkesztői tevékenységét**

**Forrás: „Das österreichische Gesundheitswesen“, 61. Jg. (2020) 03-04. 30. p.  
(nyomt. verzió)**



**Josef Hradsky kormánytanácsos, osztrák egészségügyi közgazdász.**

Sz. Schwechat, Alsó-Ausztria, 1944. február 20.

**Felesége, Charlotte Staudinger**, évtizedekig a *Wiener Krankenanstaltenverbund* (KAV) felsővezetőségének tagja, egyebek között az ápolási szolgálat, majd a stratégiai tervezés és minőségügyi menedzsment vezetője. 2009 október óta nyugdíjasként az új bécsi superkórház (*Krankenhaus Nord Wien*) betegjogi képviselője; a *Verein der Wiener Sozialdienste* elnökségének tagja; Bécs város etikai bizottságának tagja; a *Frauengesundheitsbeirat der Stadt Wien* tagja; a *Privatklinik Rudolfinerhaus* igazgatótanácsának tagja; a *Wiener Schule für Sozialdienste* tanácsadó testületének tagja.

### **Tanulmányok**

- Érettségi: *Bundesrealgymnasium Wien-Simmering* (1962)
- Kórházügyi és egészséggazdasági egyetemi szeminárium, 7. kórházigazgatási szeminárium a *Deutsches Krankenhausinstitut* (az *Universität Düsseldorf* partnere) szervezésében; Diploma: „okleveles kórházi üzemgazdász“ (1973 nyári félév és 1974/75 téli félév között).
- Különböző továbbképzések, szemináriumok a kórházügyi menedzsment területén, hazai és külföldi tanulmányok és tanulmányutak.

### **Szakmai tevékenység**

1962 október óta Bécs város alkalmazottja, 1963 október óta különböző beosztásokat töltött be a kórházügyi területén. 1976. óta több kórháznál volt gazdasági igazgató. 1995. óta a *Krankenhaus Lainz* gazdasági igazgatója, majd 2000-től perszónálunióban a *Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel* gazdasági igazgatója is (e két kórházat 2006-ban a jelenlegi *Krankenhaus Hietzing* keretében összevonták). 2005. március 1-én elérte a nyugdíjkorhatárt.

### ***További tevékenységek Bécs város szolgálatában***

- 1979-1992: azok létrehozása óta „a kórháziügyi térségi és funkcionális tervezési munkaközösség“ és a zöldmezős beruházásban épülő *SMZO-Krankenhaus* („*Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital*“ és „*Pflegewohnhaus Donaustadt*“) beruházási és üzemszervezési munkaközösségének tagja.
- 1989-1990: a Bécs főpolgármestere által felkért kórháziügyi reformbizottság („*Wiener Spitalsreformkommission*“) tagja.

### ***Egyéb tevékenységek***

- Nemzeti és nemzetközi konferenciákon és kongresszusokon tartott előadások.
- Nemzeti és nemzetközi folyóiratokban, kötetekben közölt cikkek, tanulmányok.
- Szakmai szövetségekben viselt tisztségek, rendezvényszervezés (többek között az Európai Kórházigazgatók Szövetségének (EAHM) 7. Kongresszusának szervezése, Bécs 1988), tanulmányutak szervezése, többek között az Egyesült Államokban, Kanadában, Japánban.
- 1980-2003: az *Österreichische Krankenhauszeitung (ÖKZ)* c. folyóirat szakmai tanácsadó testületének tagja.
- 2000-2012: a Német Kórházigazgatók Szövetsége (*Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – VKD*) által adományozott *Golden Helix Award* német nyelvterületi minőségügyi díj zsűrijének tagja.
- 2013-2019: az *Austrian Patient Safety Award* zsűrijének tagja.
- 2002. óta: a „*QUALITAS*“ c. folyóirat szakmai tanácsadó testületének tagja.
- 2003-2010: az (E)Hospital, az Európai Kórházigazgatók Szövetsége (akkori) folyóirata szerkesztőbizottságának tagja.
- 2005-2020: a „*Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ*“ c. folyóirat nemzetközi rovatvezetője.

### ***Kitüntetések***

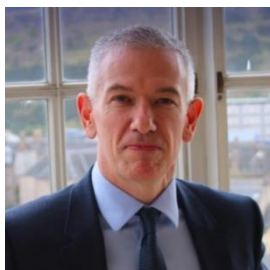
- 1998: az Osztrák Köztársaság elnöke által adományozott „kormánytanácsos“ („*Regierungsrat*“) cím viselője.
- 2004: az *Arbeitsgemeinschaft der Krankenhausmanager Wiens (ARGE)* tiszteletbeli tagja.
- 2005: a *Bundeskonferenz der Krankenhaus-Manager Österreichs (BUKO)* tiszteletbeli tagja.
- 2014: az Európai Kórházigazgatók Szövetsége (*European Association of Hospital Managers – EAHM*) tiszteletbeli tagja.

***P. S. Joseph Hradsky úr az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, az Egészségügyi Gazdasági Szemle és az Egészséggazdasági, Egészségpolitikai és Szociálpolitikai Szemle támogatói közé tartozott. A „Das österreichische Gesundheitswesen“ c. folyóirat rendszeres megküldésével nagy segítséget nyújtott tájékozódásunkhoz.***



## *Dr. Gregor Smith, Skócia új megbízott tisztifőorvosa*

**Forrás Internet-helye:** [https://en.wikipedia.org/wiki/Gregor\\_Smith](https://en.wikipedia.org/wiki/Gregor_Smith) ;  
<https://healthmanagement.org/c/hospital/leadingpeople/dr-gregor-smith-scotlands-new-interim-cmo>



***Dr Gregor Ian Smith, skót háziorvos, 2020. április 5. óta megbízott országos tisztifőorvos.***

Orvostudományi tanulmányok: *University of Glasgow*, 1994-ben diplomázott.

Háziorvos volt *Larkhall*-ban, egyben az elsődleges ellátás igazgatója az *NHS Lanarkshire* területén.

A *University of Glasgow* tiszteletbeli professzora, a *Scottish Patient Safety Programme* és a *Salzburg Global* tagja.

2015. óta Skócia helyettes tisztifőorvosa Catherine Calderwood tisztifőorvos mellett.

2020 áprilisában Catherine Calderwood tisztifőorvos lemondását követően Skócia megbízott országos tisztifőorvosa, a skót kormány meghatalmazottja a COVID-19 pandémia elleni küzdelemben.

Smith 2020. április 6-án szerepelt az első kormányzati sajtótájékoztatón, amelyre Edinburgh-ban, a St. Andrew's House-ban, Nicola Sturgeon skót miniszterelnök és Jeane Freeman egészségügyi és sportügyi államtitkár jelenlétében került sor.

*A kórháziügyi menedzsment aktuális kérdései 2019-ben (1. rész)*  
*Praxisberichte – Zu aktuellen Fragen des Krankenhausmanagements 2019.*  
*Projekte Positionen Perspektiven – egységes szerkezetben*  
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V., (VKD)

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

*A szakképzett egészségügyi személyzet biztosítása*

*Interjú Dr. Josef Düllings úrral,  
a Német Kórházigazgatók Szövetségének elnökével*

*Törvények futószalagon; tömegtermelés az egészségügyi törvényhozásban*

[N. B. A szövetségi kabinet félidős mérlege szerint a két leghatékonyabb miniszter Jens Spahn szövetségi egészségügyi és Franziska Giffey szövetségi családügyi, időügyi, nőpolitikai és ifjúsági miniszter volt. **Jens Spahn a törvényhozási ciklus félidejéig 18 törvényt vitt keresztül a Bundestagon.**

<https://web.de/magazine/politik/groko-halbzeitbilanz-spahn-giffey-top-scheuer-maas-flop-34179878> ;

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/halbzeitbilanz.html> – a szerk.]

Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter tapasztalt egészségpolitikus. Ismeri a kihívásokat, rendszeresen konzultál, tájékozódik a kórházakban. Bizalmat teremt.

Az egészségügyi törvényhozás rendkívüli felpörgetése azonban akadályozza a lehetséges interakciók előrevetítését. A törvénytervezetek következményeinek értékelése amúgy is mostohagyermeknek számít Németországban. Túl magas az ütemezés, az új törvények épp csak hogy hatályba léptek, a kórházak tapasztalataiból és számításaiból aligha lehet megmondani, hogy mindez valójában mit fog majd eredményezni a kórházak számára.

Egy aktuális példa: A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége berkeiben éles vita zajlik az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvénnyel (*Pflegepersonal-Stärkungsgesetz*) és egyebek között annak egyik rendelkezésével, az ápolási költségeknek a DRG-rendszerből való kitagolásával kapcsolatban. Mint hallik, a Kórházi Térítési Rendszerek Intézetének (*Institut für*

*das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK*) a finanszírozási rendszerbe való beavatkozási kísérlete nem sült el túl jól, az eljárást nem sikerül elég gyorsan és főleg Berlin elvárásainak megfelelően dűlőre vinni. A Német Kórházársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) azzal számol, hogy aligha lesz olyan kórház, amelynek 2020. január 1-ig sikerülne megállapodnia az ápolási költségvetés tekintetében. Ez a törvény még sok fejtörést fog okoznia a kórházigazgatóknak. A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége már a törvénytervezettel kapcsolatban utalt a lehetséges kihatásokra. Azóta a kórházak kiszámíthatták, hogy legalábbis az előírt átalány mennyibe fog kerülni az átmeneti időszakban. Ez hatalmas összegeket jelent, az egy esetre jutó napi 130 EUR átalányt nem fogják tudni fedezni – gondoljunk csak a geriátriára, a gyermekkórházakra vagy az egyetemi klinikákra. Ha nem kompenzálják az átalányt, sok kórház fog pénzügyi nehézségekkel szembesülni.

### ***A kórházak strukturális alapja***

A Szövetségi Egészségügyi Minisztérium összesen évente egymilliárd EUR-ral, újabb négy évre meghosszabbította a kórházak strukturális alapjának programját. Ennek keretében 120 kisebb, gazdasági nehézségekkel küszködő vidéki kórházat támogatnak egyenként 400.000 EUR-ral.

A ***kórházak strukturális alapja (Krankenhausstrukturfonds)*** a kórházbezárásokkal és átszervezésekkel összefüggésben létesült, de újabban a digitalizációra is kiterjed. Ez még mindig jobb, mint a semmi. A szükséghelyzetben levő kórházak támogatása – amit a betegpénztárak hosszú ideig szabotáltak – ugyancsak nem elutasítandó. A hatalmas kihívások figyelembevételével azonban mindez csak politikai szépségtapasz.

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége egy alapvető, időben nem korlátozott követeléssel lép fel. A szövetségi minisztériumnak végre szembe kellene néznie az évtizedek óta elhúzódó beruházásfinanszírozási mizériával és mérhető módon hozzá kellene járulnia a beruházástámogatáshoz. A tartományok a szükségesnek tartott több mint hatmilliárd EUR felével járulnak hozzá a beruházásokhoz. A beruházások támogatásának aránya az 1990-es évek elején még 9% volt. Ma a 3%-ot sem éri el. A kórházak beruházási kieséssel néznek szembe. A kórházaknál számos berendezést már évek óta leírtak, az épületek és a technikai eszközök lepusztult állapotban vannak. A ketyegő időbombával azonban senki sem törődik. Az alulfinanszírozottságnak soha nem lesz vége. És a kórházak strukturális alapja sem jelenti a szövetség általi hozzájárulást. Ennek finanszírozása fele-fele arányban az egészségügyi alap (*Gesundheitsfonds*) és a tartományok forrásaiból történik.

## ***Az ambuláns sürgősségi ellátás reformjáról szóló törvény***

A Németországi Kórházigazgatók Szövetsége mindig is hangsúlyozta, hogy az ambuláns sürgősségi ellátás átalakítását első lépésben a szektorokat átfedő ellátási struktúrák formájában kell véghezvinni. A jelenlegi törvénytervezet ebben a formában nem jelent megoldást. Már elmondtuk, hogy a különböző finanszírozási rendszerek nem kompatibilisek. A kórházigazgatók szövetsége egy egységes rendszer mellett foglal állást. Az a fontos, hogy az eddigi térítésből származó példátlan alulfedezettség ne ismétlődjön meg. Másrészt rendszeridegen elem, hogy a térítésről szóló megállapodás háromoldalú keretben, a betegpénztári orvosok egyesüléseinek részvételével jön létre, amelyek éveken keresztül akadályozták a kórházakat megillető korrekt térítést.

A kórházigazgatók szövetsége attól tart, hogy a sürgősségi ellátás reformja forrásokat fog elvonni a betegellátástól, párhuzamos struktúrákat teremt, a bürokrácia elburjánzásához vezet. Különösen elutasítja, hogy a betegpénztári orvosok egyesüléseinek egyeztetési joga legyen a tervezett integrált sürgősségi központokban.

***Dr. Jens-Uwe Schreck***

***(a Német Kórházigazgatók Szövetségének irodavezetője)***

***A szakképzett munkaerő hiánya, komplex stratégiai kihívás  
a kórházak, rehabilitációs intézetek és ápolási otthonok számára***

A ***Roland-Berger tanácsadó cég*** felmérést készített a 400 legnagyobb német kórház vezetői körében a szakképzett ápolók hiányának mértékéről. Következtetései szerint Németországban 20.000 szakképzett ápoló hiányzott a rendszerből. Tavaly 11.000 szakképzett ápoló keresett munkát. Ezzel szemben a betegpénztárak szerint elégséges orvosi és ápolói munkaerő áll rendelkezésre. Csupán át kellene alakítani és centralizálni kellene a struktúrákat, csökkenteni kellene a kórházak és kórházi ágyak számát, kevesebbet kellene operálni és akkor minden rendben lenne.

Tény, hogy a szakképzett egészségügyi személyzet létszáma az utóbbi években ténylegesen növekedett. A Szövetségi Orvosi Kamara statisztikája szerint Németországban még sohasem dolgozott annyi orvos, mint most. De egyben a hiányra is figyelmeztetett. Az orvosok létszáma 1,9%-kal, 392.402-re növekedett, ami nem lesz elég az ellátás iránti igény teljesítéséhez. [*Ezzel kapcsolatban lásd: Az orvosok statisztikája Németországban 2018-ban – Ärztestatistik 2018., 2019. 23. sz.*]

A kórházi munkaerőhiány és munkaerőtöbblet az 1950-es évek óta hullámszerűen váltakozik. A szakképzett munkaerő hiánya többnyire egészségpolitikai döntésekkel, a bürokratikus teendők megsokszorozódásával függött össze. A jelenlegi értékelések az ápolószemélyzet minimális létszámának havi átlagértékéhez kapcsolódnak. **Georg Baum, a Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG) elnöke** szerint csak a kórházak négy százaléka nem tartotta be a feltételeket. 800 kórház 2.259 osztálya vonatkozásában 22.000 havi átlagértéket jelentett be, ami csaknem 700.000 műszak adatain alapult.

A politika felismerte a problémát, amit a koalíciós szerződésben is rögzített. **Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter** pedig egészen szokatlan ütemezésben kezdte törvényhozói működését. Kezdeményezései nem váltottak ki osztatlan lelkesedést a kórházak körében. Egy példa: az ápolószemélyzet helyzetének megerősítéséről szóló törvény (*Pflegepersonal-Stärkungsgesetz*) elfogadása és az ápolási költségvetés bevezetése. Az már most előrelátható, hogy ez miként fog hatni a DRG-rendszerre. Végrehajtásának jelenlegi feltételei zűrzavart okoznak a személyzet körében és rontják a kórházak gazdaságosságát.

A kórházak többsége kezdettől fogva egyöntetűen elutasította az ápolószemélyzet minimális létszámáról (*Pflegepersonal-Untergrenzen*) szóló rendeletet. Ez a zöld asztalnál fogant szabályozás ugyanis mindenben ellentmond a kórházi praxis szükségleteinek és feltételeinek. A **Német Kórházi Intézet (Deutsches Krankenhausinstitut – DKI)** által a **Német Kórházársaság (Deutsche Krankenhausgesellschaft – DKG)** megbízásából készített tanulmány szerint 2016-ban csaknem minden harmadik kórháznak nehézségei voltak az állások betöltésével az intenzív osztályokon – szövetségi szinten extrapolálva ez 600 teljes munkaidős orvosi állásnak felel meg az intenzív medicina területén. 2016-ban minden második (53%) intenzív osztállyal rendelkező kórháznak nehézségei voltak az állások betöltésével az intenzív ápolás területén. [Ezzel kapcsolatban lásd: *A személyzettel való ellátottság helyzete a németországi kórházakban az intenzív ápolás és az intenzív terápia területén, 2017. 22. sz.*]

Az egyszerre három szövetségi minisztérium által 2018 nyarán elindított **összehangolt akció az ápolás területén („Konzertierte Aktion Pflege“)** feltehetően jószándékú, de egyre inkább belefulladás az egyedi akciókba.

**Thomas van den Hooven, az Universitätsklinikum Münster ápolási igazgatója,** a 2019 júniusában Berlinben tartott kórházkongresszuson (*Hauptstadtkongress*) arról számolt be, hogy kórházának addig az időpontig 2.000 teljes munkaidős állásból 120-at nem sikerült betöltenie, emiatt pedig 50 ágyat meg kellett szüntetni, a műtős kapacitások 12%-át pedig nem tudták kihasználni. **Matthias Scheller, az Albertinen-Diakoniewerk Hamburg elnök-vezérigazgatója** ugyancsak arról számolt be, hogy a szakképzett munkaerő hiánya miatt ágyakat kellett megszüntetniük és tervezett műtéteket lemondaniuk.

A munkaerőhiány megoldása érdekében a kórházak az oktatás területén is próbálkoznak. A brandenburgi kórházak saját egészségügyi főiskolát alapítottak. Az ápolási szakokra való beiskolázási számokat mindenütt emelik. A részmunkaidősöket teljes munkaidős besorolással kecsegtetik. A külföldi munkaerőtoborzás is napirenden van, jóllehet az sokkal költségesebb és nem is mindig válik be.

Egy másik fontos tényező a megbízhatóság. Egy ma kimondott szó akkor is érvényes marad, ha új igazgató jön? A német kórházaknál egy-egy ügyvezető igazgató gyakran kevesebb időt tölt ki hivatalában, mint a frankfurti tőzsde igazgatósági tagjai, vagy egy futballcsapat edzője. Ez nem fenntartható fejlődés. Ez nem erősíti a bizalmat a munkatársakban. Akadályozza az elkötelezettséget és a potenciális jelentkezők körében is rontja a kórház tekintélyét.

Az *Ápolásmenedzsment-Szövetség (Bundesverband Pflegemanagement)*, az *Egyetemi Klinikák és Egészségügyi Főiskolák Ápolási Igazgatóinak Szövetsége (Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der Universitätskliniken und Medizinischen Hochschulen)* és a *Katolikus Ápolók Szövetsége (Katholischer Pflegeverband)* 2019 júliusában közös állásfoglalást tett közzé „a kiválóságról az ápolás területén” („*Exzellenz in der Pflege*“), amelyben kifejtik, miként lehet képzett és elkötelezett munkatársakat szerezni és megtartani és az intézményt a betegek számára vonzóvá tenni.

### ***Szakoktatással a munkaerőhiány ellen***

A *Mühlenkreiskliniken (AöR) [Anstalt öffentlichen Rechts – közfeladatot ellátó intézmény]* a legnagyobb kórházi holding Észak-Rajna-Vesztfália tartomány Ostwestfalen Lippe régiójában: öt telephellyel, 4.900 foglalkoztatottal rendelkezik, 200.000 beteget lát el. Szövetségi szinten a második legnagyobb kommunális kórházi konszern.

2016. óta kooperáció jött létre a *Mühlenkreiskliniken*, a *Klinikum Herford*, a *Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen (HDZ NRW)* és a *Ruhr-Universität Bochum* között. A *Johannes Wesling Klinikum Minden* az első aktív ellátást nyújtó egyetemi klinika Ost-Westfalen Lippe-ben.

***A Mühlenkreiskliniken a munkaerőhiány enyhítése érdekében 2010-ben létrehozott egy saját oktatási intézményt (Akademie für Gesundheitsberufe).*** Később az észak-rajna-vesztfáliai tartományi kormány áldását adta a bochumi modell kiterjesztésére és egy regionális egyetemi klinika megnyitására.

Azóta évente 60 végzős veszi át diplomáját. Az ápolókért folytatott versenyfutás az ápolók minimális létszámáról szóló rendelet elfogadása óta minden intézményt megmozgat. A szakképzett munkaerő iránti igény azonban igen sokrétű: hiány van orvostechikai és laborasszisztensekből, radiológus asszisztensekből, mütős asszisztensekből, szülésznőkből és így tovább.

A képzési kapacitások 2015. óta fokozatosan egyharmaddal bővültek. Az *Akademie für Gesundheitsberufe* és partnere, a *Fachhochschule Bielefeld* duális képzést nyújt a betegápolás területén. A hallgatók négy év múlva a klasszikus ápolóképzés mellett felsőfokú, *Bachelor of Science* címet szerezhettek.

A képzés területén fontos mérföldkőnek számít a *Johannes Wesling Klinikum Minden* felvétele a *Ruhr-Universität Bochum (RUB)* egyetemi klinikai holdingjába. Észak-Rajna-Vesztfália tartomány kormánya 2014-ben kidolgozta a bochumi modell továbbfejlesztésének tervét.

A hallgatók a bochumi modell keretében tanulmányaik első részét a *Ruhr-Universität Bochum (RUB)* orvostudományi karán abszolválják, a második részt pedig a *Ruhr-Universität Bochum* egyetemi klinikájához tartozó különböző észak-rajna-vesztfáliai kórházakban. A *Mühlenkreiskliniken* és a *Klinikum Herford* által együttesen megnyert pályázat alapján 2016. óta 64 orvostanhallgató a *Mühlenkreiskliniken* intézményeinél folytatja tanulmányait. Azóta ezekhez évente 60 további hallgató járul.

***A bochumi modell egyik sajtóságos vetülete a kiskorúak egészségügyi nevelése.***

Az egyetemi hallgatók *macikórházban (Teddybär-Krankenhaus)* okítják a kicsinyeket. A kórházat rendszeresen látogatják teljes óvodák, az óvodások pedig magukkal hozzák sérült mackójukat. A macik aztán az aggódó gyermekekkel együtt végigjárják a teddy-doktorok által kifejlesztett kezelési folyamatot a felvételtől a röntgenosztályig és a műtőig. Végül a bekötözött macikat hazaengedik. Az akció célja, hogy a gyermekek később ne féljenek, ha maguk is kórházba kerülnek. De az is gyakran előfordul, hogy a gyermekeket egy leendő orvos látja vendégül, aki mellett a gyermekek társ-terapeutákká válnak és akár a műtőben is segédkeznek. A nevelők beszámolóí szerint a gyermekek egy-egy kórházlátogatás után az óvodában is hetekig „kórházastit” játszanak és macikat gyógyítanak.

A *Mühlenkreiskliniken* a „*Kinder Universität Medizin*“ keretében évente tíz alkalommal tart 8-12 év közöttiek részére egyórás előadásokat. A meghirdetett előadásokra szóló jegyek három hét alatt egész évre elkelnek. Az egyórás

előadásokon 150-200 gyermek vesz részt, akiknek életkoruknak megfelelő előadást tartanak, amelybe maguk is bekapcsolódhatnak. Aki legalább hat előadáson vett részt „gyermekdiplomában” részesül.

**Szerzők:**

**Oliver Neuhaus, Direktor der Akademie für Gesundheitsberufe der Mühlenkreiskliniken**

**Dipl.-Sozw. Christian Busse, Leiter der Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, Pressesprecher der Mühlenkreiskliniken**

A *GLG-Verbund* a legnagyobb egészségügyi szolgáltató Brandenburg északi térségében. Ehhez öt kórház, egy rehabilitációs szakkórház, egy ambuláns ápolási szolgálat, egészségügyi ellátó központok, orvosi praxisok, lakóotthonok, nappali kórházak, pszichológiai tanácsadók tartoznak. A *GLG mbH társtulajdonosai*: Barnim járás (71,1%), Uckermark járás (25,1%) és Eberswalde város (3,8%).

A GRG kórházi holdingnál viszonylag gyorsan betöltik az üres állásokat. Néhány éve 35 ápolónőt hoztak a balti országokból, akiket kiképeztek, továbbképeztek, de aztán egy idő elteltével elszivárogtak: egyesek hazamentek, mások ugródeszkának használták a GLG-kórházakat és tovább vándoroltak a nyugati tartományokba. A Prenzlau járási kórházban több lengyel orvos dolgozik. A GLG-holding együttműködési megállapodást kötött a stettin-i (szczecin-i) egyetemi klinikával.

A *GLG-Martin-Gropius-Krankenhaus gazdasági igazgatója* a kórházi vezetők továbbképzésén ismertette a holding humánpolitikai törekvéseit. Az ápolószemélyzet tekintetében elsősorban a régióból származó munkaerőre összpontosítanak: intenzív képzéseket indítanak, kooperációs szerződéseket kötnek az iskolákkal, speciális gyakorlati programokat kínálnak. A holdingnál külön mentori státuszt létesítettek a személyügyi menedzsment területén. Arra nincs esély, hogy Berlinben toborozzanak ápolókat, mert ott éppen elég a munkalehetőség.

Az orvosoknál más a helyzet. Eberswalde-ban, a *GLG Klinikum Barnim Werner Forßmann-Krankenhaus*-nál és a *Martin Gropius Krankenhaus*-nál 350 Berlinből ingázó orvos dolgozik. A berlini főpályaudvarról Eberswalde-ig az utazás 35 percig tart.

A GLG menedzsmentjének értékelése szerint a német kórházakban az esetszámok 2015. óta stagnálnak, ill. csökkennek. Ezért az expanzió tévutat jelent. A jövőt az



új ellátási modellek jelentik: a centrumképződés, a specializálódás, az ambuláns-fekvőbeteg kooperációk, mint az a GLG két intézményénél (*Medizinisch-Soziales Zentrum Uckermark gmbH* és a *GLG-Kreis Krankenhaus Prenzlau*) történik, ami támogatásban részesül a strukturális alapok részéről. Ennek eredménye, hogy kevesebb egészségügyi személyzetre van szükség.

*A Praxisberichte szerkesztőségének cikke*

\*

### ***Betegbiztonság***

***Prof. Dr.med. Claudia Schmidtke,***  
***a Bundestag tagja, a szövetségi kormány betegjogi megbízottja***  
[Személyéről lásd bővebben: *Claudia Schmidtke,*  
*a német szövetségi kormány új betegjogi megbízottja, 2019. 3. sz.*]

#### ***A betegbiztonság mindannyiunk közös dolga***

***„Vezető pozícióban levő szívsebészként szerzett tapasztalataim megerősítettek abban a meggyőződésemben, hogy a betegekkel és a hozzátartozókkal folytatott kommunikáció döntő jelentőségű a betegbiztonság szempontjából.”***

Az elmúlt években sok minden történt a betegbiztonság érdekében: műtéti checklisták, a betegek összecserélését megelőző intézkedések, a kórházi higiénia javítása, betegközpontú panaszmenedzsment, hibabejelentési rendszerek, intézményi belső minőségügyi menedzsment. A folyamat egyik fontos ösztönzője az ***„Akciónszövetség a betegbiztonságért” (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. – APS)***, amely 2005. óta számos további szereplővel, a szakma képviselőivel, az intézményekkel, a betegszervezetekkel együttesen lép fel a betegbiztonság érdekében. [Lásd még: *Akciónszövetség a betegbiztonságért” – „Aktionsbündnis Patientensicherheit”, 2005. 46. sz.*]

***[A betegbiztonság Fehérkönyve:***

**M. Schrappe: APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Herausgegeben vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin, Berlin, 2018. 618 p.**

**Letölthető az Aktionsbündnis Patientensicherheit honlapjáról:**

<https://www.aps-ev.de/aps-weissbuch/> ;

[https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch\\_2018.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2018/08/APS-Weissbuch_2018.pdf) ;

- a szerk.]

**Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter** hivatalba lépését követően azonnal átvette az akciószövetség fővédnökségét. Azóta számos prioritás kijelölésére és intézkedés bevezetésére került sor.

2019. január 1-től azoknál a kórházi osztályoknál, ahol az ápolószeméllyel való ellátottság és a nem kívánt események közötti összefüggés egyértelműen megnyilvánul, bevezették az ápolószemélyzet minimális létszámát (*Pflegepersonaluntergrenzen*). Azokat a kórházakat, amelyek ezt nem tartják be, szankcionálják. A jogszabály szerint a minimális létszámok továbbfejlesztésének és más területekre való kiterjesztésének feladata a társadalombiztosítási önkormányzatra hárul. [Ezzel kapcsolatban lásd: *A Német Kórházigazgatók Szövetségének szakmai állásfoglalása az ápolószemélyzet minimális létszámáról szóló rendelettel kapcsolatban, 2018. 19. sz.*]

A Bundestag 2019 júniusában fogadta el a **gyógyszerellátás biztonságáról szóló törvényt ("Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittellversorgung" – GASV)**. [Lásd: *A gyógyszerellátás biztonságáról szóló új német törvény, 2019. 7. sz.*] A törvény lendületet ad az elektronikus recept alkalmazásának, javítja a gyógyszerek minőségének biztonsági feltételeit, valamint a teszt- és kontrolleljárásokat. Ez a törvény azonban egy nagyobb gyógyszerbiztonsági csomag egyik eleme. Ehhez csatlakozik majd a továbbiakban egy kötelező gyógyszerelési terv a kötelező betegbiztosítás keretében azon betegek számára, akik három vagy annál több vényköteles gyógyszert szednek, a jövőben pedig kidolgozzák a gyógyszerelési terv digitális verzióját is.

A betegbiztonság új eleme lesz az újonnan felállítandó implantátum-regiszter. Ez biztosítja a transzparenciát a termékek tartósságával és minőségével, az ellátási folyamattal összefüggésben. A regiszter alapján tájékozódhatunk a műtétek eredményeiről, a termékek hibáiról, kellő időben azonosíthatjuk és elháríthatjuk az ellátásban jelentkező hibákat.

A Jens Spahn szövetségi egészségügyi miniszter által az egészségügyi minőség kérdéseiről kezdeményezett vitafolyamat során mindenképpen napirendre kerülnek a bizonyos műtéti beavatkozások minimális számára és minőségére vonatkozó kérdések. Ez is hozzájárul a kórházi ellátás biztonságának és transzparenciájának javításához.

**Szeptember 17. a betegbiztonság világnapja:** Az *Aktionsbündnis Patientensicherheit* és német nyelvű partnerszervezetei kezdeményezték, hogy szeptember 17. minden évben legyen a betegbiztonság nemzetközi napja. Ezt a javaslatot felkarolva az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése ezt a napot a betegbiztonság világnapjává nyilvánította.

## ***Gabriele Kirchner: Minőségügyi menedzsment és betegbiztonság***

A kórházak az utóbbi években kialakítottak egy hibabejelentési rendszert, amely a kockázati menedzsment mellett számos intézkedést is tartalmaz. Ilyenek a *Critical Incident Reporting System (CIRS)*, valamint a szimulációs tréningek. A kórházak rendszeresen értékelik a minőségügy helyzetét, részben a jogszabály által előírt külső kontroll, részben az orvosi szakmai társaságok keretében. Az eredményeket nyilvánosságra hozzák.

A betegbiztonság szempontjából döntő körülmény a szakképzett munkaerő biztosítása mind az orvosi ellátás, mind az ápolás és az orvostechika területén. Több tanulmány bizonyítja, hogy az egy ápoló által gondozott betegek száma a betegbiztonság fontos indikátora.

A betegbiztonság nézőpontjából azonban kontraproduktívek és egyenesen károsak azok a törekvések, amelyek a minőségjavítás ürügyén strukturális korrekciókat és ezzel a szolgáltatások korlátozását próbálják kiereszokolni. Ennek egyik aktuális példája a *Bertelsmann Stiftung* tanulmánya, amely szerint az ellátáshoz 600 központi elhelyezkedésű kórház is elégséges lenne. Ez a tanulmány mellőzi az ellátás valóságát, ahogyan azt a lakosság az állami közszolgáltatások és a személyes biztonság részeként elvárja. A Német Kórházigazgatók Szövetsége vehemensen elutasítja e tanulmány szándékait és egyértelműen a teljes területet lefedő kórházi ellátás mellett foglal állást. Ez nemcsak az egyenértékű életkörülmények fontos aspektusa, hanem influenza-járvány, katasztrófahelyzet, vagy tömegbaleset esetén is a biztonság jelentős tényezője. [Ezzel kapcsolatban lásd: *Szimuláció és elemzés a németországi kórházi struktúra átalakításáról: 1.400 kórház helyett 600 is elég lenne (Bertelsmann Stiftung). Az elemzés szakmai visszhangja, 2019. 21. sz.*]

A minőségjavítás érdekében bevezetett intézkedések nem légüres térben valósulnak meg. A politika bizonyos kórházi osztályok számára és bizonyos időpontokra vonatkozóan meghatározta a személyzet minimálisan biztosítandó létszámát. Ez azonban nem vezet feltétlenül a betegbiztonság javításához, ha a szükséges többletmunkaerő nem áll rendelkezésre a munkaerőpiacon. Sőt ez egyenesen rontja a helyzetet, ha osztályokat zárnak be vagy ágyakat szüntetnek meg, mivel a menedzsment már nem képes rugalmasan, a tényleges szükséglet szerint kezelni a személyzet beosztását.

Az egyes kezelések tekintetében bevezetett minimális volumenek bizonyos feltételek között hozzájárulhatnak a betegbiztonsághoz. Ez a Német Kórházigazgatók Szövetsége számára sem vitás kérdés. Am az előírt minimális volumeneknek is megvannak a maguk minőségi korlátai. A sok nem mindig jó és a különösen sok könnyen rosszra fordulhat. Az önkényesen megszabott határok

mindenesetre hatást gyakorolnak az ellátási kötelezettség megváltoztatására, sőt akár a kórházat is veszélyeztethetik, így pedig léket vágnak egy-egy régió ellátórendszerébe – ami negatív következményekkel járhat a betegbiztonság számára.

A betegbiztonságnak nincs vége a kórház kijáratánál. A törvényhozó kötelező elbocsátási menedzsmentet írt elő a kórházak számára. Sajnos a kórházak nem tudják ténylegesen értékelni a szabadfoglalkozású szféra szolgáltatásainak minőségét – ami viszont fordítva nagyon is lehetséges. Tekintettel a szektorokon átívelő ellátásról szóló, rövidesen várható vitákra, sürgős követelmény, hogy a szerződött orvosokat is jogszabály kötelezze strukturált minőségügyi jelentések készítésére.

A szektorokon átívelő minőségbiztosítás abszolút követelmény az ellátórendszer számára, ahogyan azt a betegek elvárják. Bízniuk kell abban, hogy akár szabadfoglalkozású orvosnál, akár kórházban, rehabilitációs intézetben vagy ápolási otthonban összehasonlítható minőségű ellátásban részesülnek. Ezt transzparens formában kell megjeleníteni és strukturáltan nyilvánosságra hozni. Mindezek mellett nélkülözhetetlen elem a szektorokon átívelő digitális betegdokumentum – a politika által is támogatott projekt. Ennek segítségével a gyógyszerbiztonság kérdésében is továbbléphetünk – itt azonban még sok teendőnk van a betegbiztonságért.

***Gabriele Kirchner 2019 márciusáig a Német Kórházigazgatók Szövetségének (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands – VKD) irodavezetője volt.***

***Interjú Hedwig François-Kettner-rel,  
az Aktionsbündnis Patientensicherheit elnökével***

Az ***Akciószövetség a Betegbiztonságért (Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.)*** közhasznú társaság megalapítására 2005 áprilisában került sor. Tagjai közé tartoznak az egészségügyi szakmai szövetségek és a betegszervezetek. [Lásd még: *Akciószövetség a Betegbiztonságért* – „Aktionsbündnis Patientensicherheit”, 2005. 46. sz.]

A ***„Tiszta Kezek Akció” („Aktion Saubere Hände“)*** tizenegy éve kezdődött. Ez az egészségügyben a kézfertőtlenítés érdekében kezdeményezett leghosszabb ideig tartó kampány, amelyben 900 kórház vesz részt. Ennek keretében az összes kórházi osztályon folyamatosan növelték a kézfertőtlenítők használatát. Tavaly 422 kórház 1.907 osztályán direkt megfigyelést végeztek a kézfertőtlenítők

fogyasztásáról. Az akció a továbbiakban fokozottabban összpontosít az ambuláns szektorra.

Az Akciószövetség keretében jelenleg tíz interdiszciplináris és multiprofesszionális munka- és szakértői csoport működik. Ezekhez további 250 önkéntes csatlakozik. Fő területeik: a kórházon kívüli intenzív ellátás, a gyógyszerbiztonság, a hibabejelentési rendszer (CIRS) az ambuláns szektorban, a digitalizáció és betegbiztonság, az orvostechikai eszközök alkalmazásával járó kockázatok, szepszis. A munkacsoportok rendszeresen üléseznek, ajánlásokat fogalmaznak meg, dokumentumokat, tájékoztató füzeteket adnak ki.

A finanszírozás egyharmadát tagdíjakból, további egyharmadát adományokból, a harmadikat pedig projektforrásokból biztosítják. Az Akciószövetség pénzügyileg teljesen független. Kiadványaihoz rendszerint a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium nyújt támogatást. Egyebek között angol nyelvre fordították a betegbiztonsági cselekvési ajánlásokat.

Az Akciószövetség 14-ik éves konferenciájára 2019 májusában került sor, amely egy holisztikus megközelítést követve, a „biztonságkultúra minden szinten” való műveléséről szólt. Nagy sikernek számít, hogy az Egészségügyi Világszervezet felkarolta az *Aktionbündnis Patientensicherheit* kezdeményezését és szeptember 17-ét a betegbiztonság világnapjává nyilvánította. Tavaly 600 kórház vett részt akciókkal, nyílt napokkal.

***Különös figyelmet fordítanak a kórházi betegbiztonsági megbízottak szerepének.*** Az ezzel a feladattal megbízott személynek helyet kell biztosítani a kórházak felsővezetésében.

A megelőzhető hibák száma még mindig igen magas, az elmúlt években alig változott. Évente 800.000 nem kívánt esemény következik be: fertőzések, gyógyszeresemények, hibás diagnózisok. A fertőzések száma összességében nem csökken, a nozokomiális fertőzések helyzete azonban valamelyest kedvezően alakul. A nemzetközi tanulmányok validitása 2006/2008-hoz viszonyítva javult. Hollandiai vizsgálatok szerint a nem kívánt események aránya tíz százalék, mintegy 400.000-800.000 eset. Ennek 2-4%-a megelőzhető. A megelőzhető halálesetek száma 20.000 (0,1%).

A betegszervezetek képviselője részt vesz az Akciószövetség elnökségében. Évente egyszer tartanak workshopot a betegek részére. 2019-ben ennek témája a betegek kórházból való elbocsátási eljárása volt. A betegek bevonására egyebek között önkéntesként, vagy önszegélyző csoportok keretében kerül sor.

A betegbiztonság témája újabban a képzésben is megjelenik. Az Akciószövetség részt vesz a curriculumok, tantervek kidolgozásában, az *Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP)* tagja, vizsgakérdések kezdeményezője, kommunikációkutatási innovációs projektet kezdeményezett az ápolóképzés keretében.

Az „Akciószövetség a betegbiztonságért” megfogalmazta a betegbiztonság 28 követelményét, amelyek közül a ***Betegbiztonság Fehérkönyve (APS-Weißbuch Patientensicherheit)*** első lépésben hetet részletez. [*A kiadvány adatait lásd: 2020. 6. sz.*]

A betegbiztonság gazdasági haszna jól számszerűsíthető. Erről az OECD több tanulmányt közölt. Ha valamely intézményben a betegbiztonságot stratégiai kérdésként kezelik, a költségek 15%-a megtakarítható, ami a német kórházak számára évente 50 milliárd EUR költségmegtakarítást jelenthet.

**Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.**, Am Zirkus 2, D - 10117 Berlin,  
Tel: +49 (0)30 3 64 28 16 0, Fax: +49 (0)30 3 64 28 16 11, [info@aps-ev.de](mailto:info@aps-ev.de)

### ***Katasztrófavédelmi gyakorlat Erfurtban***

A ***Helios Klinikum Erfurt***-nál 2019 szeptember végén katasztrófavédelmi gyakorlatra került sor. Ennek során a ***Helios Klinikum***-ban egy éjszaka leforgása alatt 24 súlyos sérültet kellett ellátni, akik egy robbantásos merénylet áldozatai voltak. A szcenárium az erfurti tűzoltóság, a mentőszolgálatok és a tartományi főváros, valamint az erfurti főpályaudvarral határos járások katasztrófavédelmi bevetési egységeinek részvételével végzett közös gyakorlat része volt.

A mentőszolgálatok több hullámban szállítottak kórházba három könnyen sérült, tíz súlyosan sérült és tizenegy életveszélyesen sérült személyt. Égési sebek és fejsérülések mellett a sérülteket alakító egyes statiszták többszörös traumát is szenvedtek. A kórház főigazgatója szerint azért döntöttek a sérültek maximális száma mellett, hogy tesztelhesék az intézmény szélsőséges körülmények közötti működőképességét. A gyakorlathoz a kórház 450 dolgozóját riadóztatták, de a riadó kiadása után egy órán belül további 60 szakorvos, ápoló és más segítő sietett a helyszínre segítséget nyújtani.

Sok sérülttel járó katasztrófahelyzet esetén előzetesen meghatározott riadóztatási és személyzeti beosztási terv lép hatályba. Egyes szakterületekről a lehető legtöbb dolgozót hívják be a kórházba. Ezek közé tartoznak: a műtéteket végző szakorvosok, az aneszteziológusok, az intenzív terápiás szakorvosok, a sürgősségi osztály, a radiológia és a műtétekben résztvevő személyzet. Ezenkívül a legrövidebb időn belül kezelési helyeket kell előkészíteni, hordágyakat és orvostechikai eszközöket készenlétbe állítani.

A *Helios Klinikum* az elmúlt három évben kétmillió EUR összegben eszközölt beruházásokat szimulációs centrumok létesítésére Erfurtban, Krefeldben és Hildesheim-ban. Ezeken a telephelyeken 2016 eleje óta több mint 3.000 orvos és ápoló vesz részt tréningeken. Németország-szerte ez a kórházi vállalkozás szervezi a legtöbb szimulációs tréninget dolgozói számára.

A szimulációs tréningek hozzájárulnak a betegellátás és betegbiztonság javításához. Az erfurti klinika szimulációs centruma a Stralsund és München közötti régiók klinikáinak tréningjei tekintetében illetékes. Ezek keretében pedig a nem a *Helios*-hoz tartozó kórházak és személyek részére is szerveznek tréningeket.

**Prof. Dr. med. Dirk Eßer, ärztlicher Direktor des Helios Klinikums Erfurt;  
Dr. med. Beate Lenk, Leiterin des Bildungszentrums und des  
Simulationszentrums, Verantwortliche für den Katastrophenschutz des  
Helios Klinikums Erfurt**

\*

### *Digitalizáció*

#### *Az Entscheiderfabrik 14. projektciklusa*

A „*Döntéshozók Műhelye*” („*Entscheiderfabrik*”) (tükörfordításban „gyár”, de a tipikusan műhelymunka jellegénél fogva ez jobban hangzik – a szerk.) kórházak, szakmai szervezetek, vállalkozások információtechnológiai és innovációs projekt- és munkaközössége. A projektben 33 támogató szövetség, több mint 800 kórházi telephely és több mint 100 ipari vállalkozás, információtechnológiai és

tanácsadó cég vesz részt. A Német Kórházigazgatók Szövetsége az „*Entscheiderfabrik*” alapító tagja. A 14. projektciklus célkitűzéseinek ismertetésére 2020. február 12-13-án Düsseldorfban került sor. A résztvevők által benyújtott témákat a kórházvezetők értékelik és kiválasztják azt az ötöt, amelyet az elkövetkező hónapokban a kórházak és információtechnológiai cégek projektcsoportok keretében közösen kifejtenek. Az eredmények ismertetésére és értékelésére novemberben a 43. Német Kórházkongresszus (43. *Deutscher Krankenhaustag*) keretében kerül sor.

### **2020 öt kiemelt témája**

1. *Archivar 4.0* – a *Chief Data Officer*, mint a kórházvezetők tanácsadója a hasznos termelő alkalmazások bevezetéséhez az intézmény saját adatállománya alapján.
2. A szakképzett ápolók tehermentesítése és gazdaságos irányítása egy prediktív ápolási kontrolling egység segítségével.
3. *MIA ROBOTIC CODING*, a kódolás digitalizációja – a Big Data-ból származó bevételek felpörgetése.
4. „Dolgozz akkor, amikor akarsz!” Elégedett munkatársak az éves kapacitás önálló tervezése alapján.
5. A stroke-ellátás digitális támogatása – az összes szereplő hálózatba szerveződése és optimális terápia mesterséges intelligencia alkalmazásával végzett képelemzés segítségével.

[https://www.vkd-online.de/aktuelles?mnd\\_article=pressrelease2972907](https://www.vkd-online.de/aktuelles?mnd_article=pressrelease2972907) ;

<https://www.entscheiderfabrik.com/>

### ***A Német Kórházigazgatók Szövetségének mesterterve a digitalizációért***

A Német Kórházigazgatók Szövetsége évek óta egy mesterterv bevezetése mellett érvel az egészségügy digitalizációja területén, amely definiálja az időbeli ütemezést, bevonja a szolgáltatókat, a betegeket és az ipari szereplőket, transzparenssé alakítja a folyamatokat és biztosítja a szükséges finanszírozást.

**Peter Asché, a Német Kórházigazgatók Szövetsége alelnöke és információtechnológiai témafelelőse** szerint a digitális ellátásokról szóló törvény (*Digitale Versorgung-Gesetz*) alkalmazása során tekintettel kell lenni arra a körülményre, hogy a digitális betegdokumentum kórházi bevezetése – aminek a koalíciós szerződés szerint 2021-ben meg kellene történnie – sokkal bonyolultabb, mint a kórházaknak a szabadfoglalkozású szférában bevezetett elektronikus betegdokumentumhoz való csatlakoztatása. Miközben az



elektronikus betegdokumentumra az ambuláns ellátás területén a minisztérium – a betegpénztárakkal kifizetendő – milliós költségeket irányoz elő, a kórházakra hatalmas pénzügyi terhek hárulnak. A Német Kórházigazgatók Szövetsége utal a nemzetközi tapasztalatokra, többek között az Egyesült Államokéra, amelyek szerint Németországban erre a célra ötéves ütemezésben 10 milliárd EUR-t kellene biztosítani. Az ambuláns szektort csak így sikerül majd felzárkóztatni a nemzetközi folyamatokhoz.

**Dr. Josef Düllings, a Német Kórházigazgatók Szövetségének elnöke** a düsseldorfi eseményen kiemelte a digitalizáció jelentőségét az egészségügyi ágazat jelenlegi kihívásainak összefüggésében. Olyan digitalizációra van szükség, amely okos kórházat eredményez. A digitalizáció hajtóereje a társadalomban az individuum. Ez az a tényező, amely a kórház keretei között hatást gyakorol a munkatársak közötti és a betegekkel való kommunikációra. Külső relációban az okos kórház működése a kórházak, orvosi praxisok, ápolási intézmények, gyógyszertárak és további egészségügyi szolgáltatók közötti, a beteg által minden esetben individuálisan kiváltott adatfolyamatban nyilvánul meg. A Német Kórházigazgatók Szövetségének meggyőződése szerint az okos kórházat eredményező digitalizáció és a regionális digitális hálózatok kialakítása a közúti hálózatok kiépítéséhez hasonló jelentőségű infrastrukturális beruházásnak tekinthető.

**Dr. Josef Düllings, Präsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands VKD**

**Peter Asché, Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands VKD**

*[Lásd az Archívumban is.]*

**Dr. Karl Blum et al.: Az ápolás helyzetének alakulása Németországban  
2030-ig – egységes szerkezetben**

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), 2019 (75 p.)

**Forrás Internet-helye:** <https://www.dki.de/forschungsprojekte/publikationen> ;  
[https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht\\_final\\_0.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2019-10/DKI%202019%20-%20Pflege%202030%20-%20Bericht_final_0.pdf)

A tanulmány a *Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)* megbízásából készült. Célja: a személyi állomány helyzetének prognózisa 2030-ig és cselekvési opciók megfogalmazása a személyzet iránti szükséglet fedezéséhez. Az elemzés és a prognózis forrásai: a hivatalos kórházi és ápolási statisztikák, valamint a Szövetségi Statisztikai Hivatal előrejelzése a népesség alakulásáról. Konstans személyzeti kulcsok esetén a személyzet iránti többletigény kizárólagosan az esetszámok növekedéséből származik és ezért az esetszámokkal arányosan alakul. A status-quo scenárium szerint a személyzet iránti szükséglet a három szolgáltatási területen összesen 161.000 (+23%) ápolóval növekedne (2015: 714.000; 2030: 875.000). A trend előrejelzésének statisztikailag valószínűbb modellje szerint az ápolószemélyzet iránti többletszükséglet valamivel magasabb, 187.000 teljes munkaidős státusz (+26%) lenne. A jelenlegiekhez képest a kórházaknál 63.000 (+ 20%), a bentlakásos intézményi ápolás területén 51.000 (+21%), az ambuláns ápolás területén 73.000 (+49%) további teljes munkaidős ápolóra lenne szükség.

Az elmúlt időszakban nemcsak az esetszámok növekedtek. 2009. óta az ápolók száma a kórházaknál, a bentlakásos intézményi és az ambuláns ápolás területén évente összesen 12.000 teljes munkaidős foglalkoztatottal növekedett. Amennyiben ezt a trendet sikerülne állandósítani, vagy fokozni, az összesen 187.000 teljes munkaidős ápoló iránti szükségletet, az esetszámok trendjének előrejelzésével és konstans személyzeti kulcsok mellett 2030-ig legalábbis megközelítőleg sikerülne fedezni. Ez azonban a lehetséges intézkedések szükséges időben való, célzott és fenntartható bevezetését feltételezi.

A javított személyzeti kulcsok személyügyi hatásainak vizsgálata érdekében marginális elemzésekre is sor került, azaz becsléseket végeztek, hogy az ápolás területén a személyzeti kulcs mely további javítása mely személyzet iránti többletszükséglet eredményezne a status quo-hoz viszonyítva. Két variánst különböztettek meg: a személyzeti kulcs 1%-os marginális javítása és a műszakbeosztás műszakonként egy-egy ápolóval való javítása.

Eszerint az ápolószemélyzet kulcsának minden egyes további 1%-kal való javítása a prognosztizált 187.000 további ápolón felül 9.100 további ápoló iránti szükségletet gerjesztene. Amennyiben például a személyzeti kulcsot 10%-kal javítanák, a marginális többletszükséglet 91.000 teljes munkaidős ápoló lenne, ill. 2030-ig 278.000 (91.000+187.000) teljes munkaidős ápoló iránti többletszükségletet eredményezne.

A műszakbeosztás műszakonként egy-egy ápolóval való javítása a prognosztizált 187.000 ápoló iránti többletszükséglet fölött konstans személyzeti kulcsok mellett 170.000 teljes munkaidős ápoló iránti többletszükségletet váltana ki. Amennyiben tehát minden kórháznál, bentlakásos ápolási intézménynél és ambuláns szolgáltatónál minden műszakba, ill. minden órára egy-egy további ápolót állítanának be, a marginális többletszükséglet 2030-ig összesen 357.000 (170.000+187.000.) teljes munkaidős ápolót jelentene. A műszakbeosztás minden további javítása arányosan további marginális szükségletet eredményezne, pl. a státuszok műszakonként egy-egy fél ápolóval való javítása megfeleznék a marginális többletszükségletet, annak műszakonként két ápolóval való javítása pedig megduplázná azt.

### ***3. A személyügyi helyzet a betegápolás területén***

A több mint 100 ágyal rendelkező kórházak személyügyi helyzetének elemzése a ***Krankenhaus Barometer 2018*** adatainak újraértékelésén alapul. Ennek egyik kiemelt témája az ápolói személyi állomány helyzete volt. [*Lásd részletesebben: Kórházbarométer – Krankenhaus Barometer 2018, 2019. 3-11. sz.; Egységes szerkezetben: Archivum*]

### **3. 1. Az ápolói személyi állomány életkori struktúrája**

A vizsgálat időpontjában foglalkoztatott szakképzett ápolók életkori struktúrája tekintetében öt korcsoport megkülönböztetésére került sor. A több mint 100 ágygal rendelkező kórházaknál a szakképzett ápolók 46%-a 45 éves és annál idősebb, 10%-a 25 év alatti volt.

### **3. 2. A részmunkaidő és annak indokai**

Az ápolási szektorban – a női munkaerő magas arányánál fogva – viszonylag magas a részmunkaidősök aránya. Szövetségi szinten a részmunkaidőben foglalkoztatott ápolók aránya 50%.

A *Krankenhaus Barometer* a szakképzett ápolók viszonylatában a részmunkaidősök órabeosztására is rákérdezett. 2017-ben a részmunkaidőben foglalkoztatott szakképzett ápolók 56%-ának munkaszerződésben rögzített munkaideje heti 25 óra vagy annál több volt. A részmunkaidőben foglalkoztatottak 32%-a munkaszerződésben rögzített 15-25 órás órakontingenssel rendelkezett. A szakképzett ápolók 13%-ának heti rendes munkaideje kevesebb volt mint 15 óra.

A részmunkaidő választásának legfontosabb indokai: a gyermeknevelés és a jobb *work-life-balance*. További fontos indokok: az erőteljes munkamegterhelés, egészségi problémák, hozzátartozók ápolása. Kevésbé fontos indokok: a szabályozottabb munkaidő, a gyenge pénzügyi ösztönzés, a kikapcsolódás és kibontakozás lehetőségének hiánya.

### **3. 3. Fluktuáció az ápolók körében**

A fluktuáció rátáját a kilépő szakképzett ápolók számának az összes szakképzett ápoló létszámához viszonyított aránya alapján állapították meg. A felmérésben résztvevő kórházaknál a fluktuáció rátája 2017-ben átlagosan 8,5% volt (medián: 8%, alsó kvartilis érték: 5%, felső kvartilis érték: 10%).

### **3. 4. Munkaerő lízingelése**

2017-ben a több mint 100 ágygal rendelkező általános kórházak fele folyamodott munkaerő-lízinghez a szakképzett ápolószemélyzet biztosítása érdekében.

Teljes munkaidős státuszokra átszámítva, e kórházak átlagosan 6,6 teljes munkaidős szakképzett ápolót foglalkoztattak munkaerő-lízing keretében

(medián: 3,6 teljes munkaidős; alsó kvartilisérték: 1 teljes munkaidős; felső kvartilisérték 8,4 teljes munkaidős). A munkaerő-lízing keretében foglalkoztatottak többsége általános osztályon (72%) és intenzív osztályon (65%) dolgozott, ill. valamivel kevesebben (49%) műtőben és aneszteziológusként.

A munkaerő-lízing többletköltségei: A kórházak 94%-a szerint a szakképzett ápolók költségei munkaerő-lízing keretében többbe kerülnek, mint egyébként. A megkérdezett kórházak mindössze 3%-a véli, hogy ezzel megtakarításokat ér el.

#### ***4. A kórházi ápolás helyzetének alakulása***

##### ***4. 1. Ápolószemélyzet összességében***

A teljes munkaidős státuszok száma 2009 és 2015 között 17,2 ezerrel (5,7 %), csaknem 321 ezerre növekedett. Ez elsősorban a részmunkaidős foglalkoztatottak számának növekedéséből következett. A vizsgált időszakban a részmunkaidőben foglalkoztatott ápolók száma csaknem 11%-kal növekedett. A teljes munkaidős foglalkoztatás 2%-kal növekedett.

2015-ben a kórházi ápolók 50%-át részmunkaidőben foglalkoztatták. A vizsgált időszakban a részmunkaidősök munkaideje enyhén növekedett. Ez 2009-ben a teljes munkaidősök munkaideje 48,4%-ának, 2015-ben 49,8%-ának felelt meg. Ez azt jelenti, hogy a részmunkaidősök átlagosan „félnapot”, azaz heti 19-20 órát dolgoznak.

##### ***4. 2. Ápolószemélyzet szakmai csoportok szerint***

A hivatalos kórházi statisztika négy szakmai csoportra tagolja az ápolási szolgálatot. A legnagyobb szakmai csoportot a betegápolók képezik: 2015-ben ebben a csoportban 341,8 ezer főt foglalkoztattak. Ez az összes kórházi ápoló 80%-a. 2009. óta ennél a szakcsoportnál regisztrálták a foglalkoztatottak számának legerőteljesebb növekedését (+17,5 ezer; +5,4 %).

A gyermekápolók száma a vizsgált időszakban konstans volt: 37 ezer fő. 2015-ben a növekedés az egyéb ápolói foglalkozások körében volt a legerőteljesebb (+29,3 ezer; +33%). A legkisebb ápolói foglalkozási csoportnál, a betegápoló segédekénél a foglalkoztatottak száma enyhén növekedett (elérte a 18,3 ezer főt).

#### ***4. 4. A hospitalizációk gyakoriságának prognózisa***

A prognózis két variánssal operál: a status-quo scenárium és a trendek folytatódása.

A hospitalizációk relatív gyakorisága a bázisévben, 2015-ben (az újszülötteket is beleértve) 19,8 millió volt (9,4 millió férfi, 10,4 millió nő). A status-quo scenárium szerint a kórházi esetek száma 2015 és 2030 között 1,5 millióval (19,8 millióról 21,3 millióra) növekedne. Ez 7,8%-os relatív növekedésnek felel meg. A növekedés a férfiaknál (11%) a nőkhöz viszonyítva (5,2%) aránytalanul magas.

A hospitalizációk gyakoriságának demográfiai folyamatokkal összefüggő alakulása korcsoportok szerint sem arányos. A hospitalizációk gyakorisága a 20 év alattiak körében, a mérsékelt népességnövekedéssel összefüggésben az egy éven aluliak kivételével, viszonylag konstans. A 20 és 60 év közöttiek körében a huszadik század alacsony létszámú évjáratái miatt pedig csökkenő. Az életkorral összefüggő kórházi hospitalizációk gyakorisága csak a 60. életév után növekedik jelentősen. A kórházi esetek számának növekedése a vizsgált időszakban összességében ez utóbbi korcsoportra vezethető vissza.

A trendek folytatódásának scenáriumuma azon a feltevésen alapul, hogy a prognózis időszakában az esetszámok pontosan úgy alakulnak majd, mint az elmúlt években átlagosan. E scenárium szerint a hospitalizációk gyakoriságát a demográfiai effektus mellett további tényezők is befolyásolják. Az utóbbi évek esetszámának kiszámításához a 2009 és 2015 közötti hospitalizációk gyakoriságának lineáris regresszióját feltételezték. Eszerint az esetszámok ebben az időszakban évente 257,5 ezerrel növekednek.

Ennek az értéknek a lineáris előrevetítésével a kórházi esetek száma 2030-ig 3,9 millió esettel, 23,6 millió esetre növekedik. 2015-ben 19,8 millió eset mellett ez 19,5%-os relatív növekedésnek felel meg. A trendek folytatódásának feltételezésével tehát az esetszámok növekedése több mint kétszer akkora, mint amennyi a demográfiai effektusból következik.

#### ***4. 5. A személyzet iránti szükséglet prognózisa a kórházi ápolás területén***

2015-ben a német kórházak ápolási szolgálatánál átlagosan szűk 321 ezer teljes munkaidős státusz létezett. A kórházi hospitalizációk gyakoriságára vonatkozó

prognózist érintő status-quo scenárium szerint a kórházi esetek száma 2030-ig 7,8%-kal növekedne. A személyzet létszámának arányos növekedése mellett ebből 25 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükséglet keletkezne. A trendek folytatódásának feltételezésével a kórházi esetek száma 2030-ig 19,5%-kal növekedne. A személyzet létszámának arányos növekedése mellett 62,7 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükséglet keletkezik.

A konstans személyzeti kulcsok melletti személyzet iránti szükséglethez viszonyítva (345,9 ezer teljes munkaidős státusz) a status-quo scenárium szerint az ápolók személyzeti kulcsának minden egyes (további) 1%-kal való javítása 3,5 ezer (további) ápolószemélyzet iránti szükségletet gerjesztene. A trendek folytatódásának feltételezésével 386,3 ezer teljes munkaidős státuszt véve alapul, a marginális többletszükséglet 3,9 ezer teljes munkaidős ápolónak felel meg. A személyzeti kulcs minden további javítása arányos többletszükségletet gerjesztene, azaz a személyzeti kulcs 2%-kal való javítása mellett a többletszükséglet megduplázódna, 3%-kal való javítása mellett megháromszorozódna.

A *Szövetségi Statisztikai Hivatal (Statistisches Bundesamt)* adatai szerint 2015-ben szűk 8,2 ezer ágyakat működtető kórházi osztály létezett. Ha ezen osztályok mindegyikénél műszakonként, ill. óránként a jelenlegiekhez képest egy további ápoló dolgozna, az ápolók éves munkaideje a 8.200 kórházi osztályon 71,7 millió órával növekedne. 39 órás munkahét esetén egy teljes munkaidős ápoló éves bruttó munkaideje 1.950 óra (250 bruttó munkanap x 7,8 óra). Ha ezt a munkaóra-többletet elosztjuk az egy teljes munkaidős ápolóra jutó bruttó éves munkaidővel, a státuszok osztályonként, műszakonként, ill. óránként átlagosan egy ápolóval való feltöltésével, 36,8 ezer ápoló iránti többletszükséglet keletkezik. Az egy ápolóra jutó esetek aránya így hipotetikusan ápolónként 61,6-ról 55,2 esetre javulna.

A prognózis évére, 2030-ra vonatkozóan, jobb műszakbeosztás mellett, az ápolószemélyzet iránti marginális szükséglet úgy számítható ki, ha az adott év prognosztizált esetszámát elosztjuk ezzel az arányszámmal és azt a konstans személyzeti kulcs melletti személyzet iránti szükséglettel korrigáljuk. Eszerint a személyzet iránti marginális szükséglet esetenként 11,5%-kal, vagy 39,7 ezer

(status-quo scenárium), ill. 44,0 ezer teljes munkaidős ápolóval (trend folytatódásának feltételezése) növekedne. A műszakbeosztás minden további javítása az ápolók iránti többletszükséglet arányos növekedését eredményezné, pl. a státuszok betöltésének naponta és osztályonként 12 órával való javítása megfelezná a többletszükségletet, 48 órával való javítása megduplázná azt.

## **5. A bentlakásos intézményi ápolás helyzetének alakulása**

### **5. 1. Ápolószemélyzet összesen**

A teljes munkaidős státuszok száma a tartós ápolás területén 2009 és 2015 között 25,5 ezerrel (11,6%), 244 ezer teljes munkaidős státuszra növekedett. Ez elsősorban a részmunkaidőben foglalkoztatottak számának növekedésével függ össze. A vizsgált időszakban a részmunkaidőben foglalkoztatott ápolók aránya jó 16,0%-kal, a teljes munkaidőben foglalkoztatottaké 5,0%-kal növekedett.

2015-ben a bentlakásos intézményi ápolás területén az ápolók 59%-át részmunkaidőben foglalkoztatták. A részmunkaidősök munkaideje enyhén növekedett. Ez 2009-ben a teljes bértarifa szerinti munkaidő 63,6%-a, 2015-ben 65,1%-a volt. Ez azt jelenti, hogy egy részmunkaidős munkaideje átlagosan egy teljes munkaidős foglalkoztatott munkaideje kétharmadának felelt meg, bértarifa szerinti munkaideje heti 25 óra volt.

### **5. 2. Ápolószemélyzet szakmai csoportok szerint**

A hivatalos ápolási statisztika hat szakmai csoportot különböztet meg, amely a kórházi statisztikától eltérően a teljes munkaidőt is figyelembe veszi.

A bentlakásos intézményi ápolás területén a legnépesebb szakmai csoport az idősápolóké, akiknek a száma 2015-ben 135 ezer volt. Ez a bentlakásos intézményi ápolás területén foglalkoztatott ápolók 55%-ának felel meg. A teljes munkaidős foglalkoztatottak száma 20,7 ezerrel (18,1%) növekedett, ami 2009. óta a legerőteljesebb növekedés.

A második legnépesebb csoportban, a betegápolóknál a létszám 2015-ben 37 ezer, a segéd betegápolóknál 34,1 ezer teljes munkaidős foglalkoztatottal növekedett. Miközben a betegápolók száma 2009. óta jó 5,8 ezer (-13,6%) teljes munkaidős foglalkoztatottal csökkent, idősápoló segédeknel a vizsgált időszakban a legerőteljesebb növekedés következett be (+13,8 ezer; 68,0%).



A többi három szakmai csoportnál, a betegápoló segédeknél, gyermekápoló segédeknél és egyéb ápolóknál (nővérsegédek, gondozó asszisztensek) 2009 és 2015 között a személyzet létszáma csökkent.

### **5. 3. Ápolóképzésben résztvevők**

2015-ben a tanév kezdetén idősápolóképzésben résztvevők száma 68 ezer volt. Számuk a 2009-ben kezdődött tanév óta mind abszolút (+21,9 ezer képzésben résztvevő), mind relatív (47,4%) vonatkozásban erőteljesen növekedett. Növekedés következett be az idősápoló segédeknél is (23,8%). A vizsgált időszakban az idősápolás területén a képzésben résztvevők száma összesen 23,4 ezerrel (44,5%), 52,6 ezerről (2009) 76,0 ezerre (2015) növekedett.

### **5. 4. Az ápolásra szorultság prognózisa 2030-ig**

A status-quo scenárium szerint az ápolási otthonba kerülés valószínűsége az életkortól és a nemtől függ. A bázisévben (2015) a relatív gyakoriság 1% volt, statisztikailag tekintve minden századik lakos válhatott tartós ápolásra szorulttá. A kockázat nőknél 1,4%, férfiaknál 0,5% volt. Korcsoportok szerint: 60 év alatt az ápolásra szorultság valószínűsége nagyon alacsony volt, ezt követően azonban exponenciálisan növekedett. Életének kilencedik évtizedében minden tizenegyedik, 90-ik életéve fölött több mint minden negyedik lakos bentlakásos intézményi ápolásra szorul.

A bentlakásos intézményi ápolás abszolút gyakorisága a bázisévben (2015) 783,4 ezer eset volt, ezek közül 220,7 ezer férfi, 562,7 ezer nő. Az esetek száma a bentlakásos ápolási intézményekben a status-quo scenárium szerint 2015 és 2030 között 291,8 ezer esettel, 783,4 ezerről 1,1 millió esetre növekedik. Ez 37,3%-os relatív növekedésnek felel meg. A növekedés a férfiaknál (42,3%) jóval magasabb mint a nőknél (30,2%).

A trendek folytatódásának scenáriumja azon a feltevésen alapul, hogy az esetszámok a prognózis időszakában pontosan az utolsó tíz év átlagának megfelelően alakulnak. Az utóbbi évek esetszámainak kiszámításához a 2009 és 2015 közötti esetszámok lineáris regresszióját alkalmazták. Az esetszámok ebben az időszakban évente átlagosan 11 ezer esettel növekedtek.

Ezen érték lineáris folytatódását feltételezve az ápolásra szorulóknak száma a bentlakásos ápolási intézményekben 2030-ig 164,3 ezer esettel, 947,7 ezerre

növekedik. A 2015-ben számolt 783,4 esetet tekintve, ez 21,0%-os relatív növekedésnek felel meg. Az esetszámoknak a trendek folytatódása melletti növekedése tehát alacsonyabb annál, amennyi a demográfiai effektusok alapján feltételezhető.

\*

### ***Lapzárta előtt !***

#### ***A Szövetségi Statisztikai Hivatal közleménye az ápolási otthonokról***

Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 14 vom 31. März 2020

#### **Forrás Internet-helye:**

[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20\\_14\\_p002.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2020/PD20_14_p002.html)

A *Szövetségi Statisztikai Hivatal (Statistisches Bundesamt – Destatis)* közzétette ápolási statisztikáját, miszerint Németországban 2017 végén a bentlakásos ápolási intézményekben 818.300 ápolásra szoruló személy élt. Ez a 3,41 millió ápolásra szoruló személy szűk egynegyedének (24%) felelt meg. A teljeskörű bentlakásos ellátásban részesített ápolásra szoruló személyek jó 92 %-a (756.600) 65 éves vagy annál idősebb volt.

2017 végén az ápolásra szoruló személyek jó háromnegyedét (76%; 2,59 millió) otthonában gondozták. Ezek közül 1,76 ápolásra szoruló személyt hozzátartozói, 830.000 ápolásra szoruló személyt a hozzátartozók ambuláns ápolási szolgálat közreműködésével, vagy elsősorban ez utóbbiak láttak el. Az otthonában gondozott ápolásra szoruló személyek 78%-a (2,02 millió) 65 éves vagy annál idősebb volt.

Németországban összesen 14.480 ápolási otthon működött (beleértve a részben bentlakásos ápolást nyújtó intézményeket), ahol 764.600 személyt foglalkoztattak (ezek közül 221.000-et teljes munkaidőben). A 14.050 ambuláns ápolási szolgálatnál 390.300 személyt foglalkoztattak (ezek közül 109.700-at teljes munkaidőben).

### ***5. 5. Az ápolószemélyzet iránti szükséglet alakulása a bentlakásos intézményi ápolás területén***

A bentlakásos ápolási intézményekben az ápolószemélyzet iránti jövőbeli igény mérvadó tényezői az esetszámok alakulása és az ápolás területén alkalmazott személyzeti kulcsok. Ebben a tekintetben két scenárium különböztethető meg: a konstans személyzeti kulcsok scenárium és a javított személyzeti kulcsok scenárium.

A konstans személyzeti kulcs az évente létező ápolásra szoruló és a teljes munkaidős ápolók száma közötti, a bázisévhez (2015) viszonyított aránynak felel meg. Az ápolószemélyzet iránti igény jövőbeli prognózisához ezt a kulcsot a 2030-ig mind a status-quo scenárium, mind a trendek folytatódásával feltételezett scenárium szerint prognosztizált esetszámokhoz viszonyítják. Konstans személyzeti kulcsok mellett tehát a személyzet iránti többlétszükséglet kizárólagosan az esetszámok növekedéséből keletkezik és ezért az esetszámokkal arányosan növekedik.

2015 végén a bentlakásos ápolási intézményeknél 244 ezer teljes munkaidős ápolót foglalkoztattak, akik túlnyomórészt az ápolásra szoruló ápolását és szociális gondozását végezték. A bentlakásos ápolási intézményekben élő ápolásra szoruló személyek számának prognózisa szerint ez 2030-ig 37,3%-kal növekedhet. A személyzet létszámának arányos növekedése mellett ebből szűk 91 ezer ápoló iránti többlétszükséglet keletkezik. A trendek folytatódásának feltételezésével az ápolásra szoruló száma 2030-ig 21,0%-kal növekedik. A személyzeti létszámok arányos növekedésével 51,1 ezer ápoló iránti többlétszükséglet keletkezik.

Számoljunk kezdetben a személyzeti kulcs évente 1%-kal való javításával. 2015 végén a bentlakásos ápolási intézményeknél 244 ezer teljes munkaidős ápolót foglalkoztattak. Ebben az évben 783,4 ápolásra szoruló személy mellett ez minden teljes munkaidős ápolóra átlagosan 3,21 esetnek felel meg. A kulcs 1%-kal való javításával az egy ápolóra jutó arány 3,18 esetre csökkenne.

A konstans személyzeti kulcs (334,9 ezer teljes munkaidős ápoló) melletti ápolószemélyzet iránti igénnyel összehasonlítva a status-quo scenárium szerint a személyzeti kulcs minden (további) 1%-kal való javítása 3,4 ezer

(további) teljes munkaidős ápoló iránti szükségletet gerjeszt. A trendek folytatódásának feltételezésével 295,2 ezer fős bázis mellett a marginális többletszükséglet kerekén 3 ezer teljes munkaidős ápolót tesz ki. A személyzeti kulcs minden további javítása arányos többletszükségletet gerjeszt, azaz a személyzeti kulcs 2%-kal való javítása mellett a többletszükséglet megduplázódik, annak 3%-kal való javítása mellett megháromszorozódik.

A *Szövetségi Statisztikai Hivatal (Statistisches Bundesamt)* adatai szerint 2015-ben szűk 13,6 ezer bentlakásos ápolási intézmény működött. Ha ezen intézmények mindegyikében műszakonként, ill. óránként egy további ápoló működne, az éves munkaidő az ápolás területén a kerekén 13,6 ezer ápolási otthonban 119,1 millió órával növekedne. Heti 39 órás munkaidő mellett egy teljes munkaidős ápoló éves munkaideje átlagosan 1.950 óra (250 bruttó munkanap x 7,8 óra) lenne. Ha ezeket a plusz órákat elosztjuk az egy teljes munkaidős ápolóra jutó bruttó éves munkaidővel, 61,1 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükséglet keletkezik. Az egy ápolóra jutó betegek száma így hipotetikusán a jelenlegi 3,21-ről 2,57-re javul.

## **6. Az ambuláns ápolás helyzetének alakulása**

### **6. 1. Ápolószemélyzet összesen**

2009 és 2015 között az ambuláns ápolás területén foglalkoztatott teljes munkaidős státuszok száma 28,7 ezerrel (23,8%), szűk 149,2 ezerre növekedett. 2015-ben az ápolók 67%-át részmunkaidőben foglalkoztatták. A részmunkaidősök száma csak enyhén növekedett. 2015-ben a részmunkaidősök a teljes munkaidős foglalkoztatottak munkaidejének 57%-át teljesítették, mintegy heti 22-23 órát.

### **6. 3. Az ápolásra szorultság prognózisa**

A bázisévben (2015) az ambuláns szolgálatok általi ambuláns ápolás relatív gyakorisága 0,8% (692,3 ezer eset) volt. Ebben az évben statisztikailag tekintve minden 125-ik lakost ambuláns szolgálat látott el.

A status-quo-szenárium szerint az ambuláns szolgálatok által ellátott ápolásra szorulóknak száma 2015 és 2030 között 207,5 ezer esettel, 692,3 ezerről 899,8 ezer esetre növekedne. Ez 30%-os relatív növekedésnek felel meg.

Az esetszámoknak a trendek folytatódása melletti kiszámításához a 2009-2015 közötti esetszámok lineáris regresszióját alkalmazták. Ennek alapján az esetszámok évente 22,5 ezerrel növekednének.

Az ambuláns ápolási szolgálatok által ellátandó ápolásra szorulóknak száma 2030-ig 338,1 ezer esettel, 1 millióra növekedne. A 2015-ben számlált 692,3 ezer esetből kiindulva, ez 48,8%-os relatív növekedésnek felel meg. A trendek folytatódásának feltételezésével tehát az esetek számának növekedése, jóval magasabb annál, mint amennyi a demográfiai effektusokból következne.

#### **6. 4. Az ápolószemélyzet iránti többletszükséglet prognóza**

2015 végén az ambuláns ápolási szolgálatoknál 149,2 ezer teljes munkaidős ápolót foglalkoztattak, akik túlnyomórészt az alapápolást, az otthoni gondozást, valamint a gondozást, mint ápolási szolgáltatást végeztek. A status-quo scenárium szerint az ambuláns ápolási szolgálatok által ellátott ápolásra szoruló személyek száma 2030-ig 30,0%-kal növekedhet. A személyzet létszámának arányos növekedése mellett ebből szűk 44,7 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükséglet keletkezik. A trendek folytatódásának feltételezésével az ápolásra szorulóknak száma 2030-ig 48,8%-kal növekedne. A személyzeti létszámok arányos növekedésével 72,9 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükséglet keletkezik.

Számoljunk kezdetben a személyzeti kulcs évente 1%-kal való javításával. 2015 végén az ambuláns szolgálatoknál 149,2 ezer teljes munkaidős ápolót foglalkoztattak. Ebben az évben 692,3 ápolásra szoruló személy mellett ez minden teljes munkaidős ápolóra átlagosan 4,64 esetnek felel meg. A kulcs 1%-kal való javításával az egy ápolóra jutó arány 4,59 esetre csökkenne.

A konstans személyzeti kulcs (193,9 ezer teljes munkaidős ápoló) melletti ápolószemélyzet iránti igénnyel összehasonlítva a status-quo scenárium szerint a személyzeti kulcs minden (további) 1%-kal való javítása 2 ezer (további) teljes munkaidős ápoló iránti szükségletet gerjeszt. A trendek folytatódásának feltételezésével 222 ezer fős bázis mellett a marginális többletszükséglet kereken 2,2 ezer teljes munkaidős ápolót tesz ki. A személyzeti kulcs 2%-kal való javítása mellett a többletszükséglet megduplázódik, annak 3%-kal való javítása mellett megháromszorozódik.

A *Szövetségi Statisztikai Hivatal (Statistisches Bundesamt)* adatai szerint 2015-ben szűk 13,3 ezer ambuláns ápolási szolgálat működött. Ha ezen intézmények mindegyikében műszakonként, ill. óránként egy-egy további ápoló működne, az éves munkaidő az ápolás területén a kereken 13,3 ezer ápolási otthonban 68,1 millió órával növekedne. Heti 39 órás munkaidő mellett egy teljes munkaidős ápoló éves munkaideje átlagosan 1.950 óra (250 bruttó munkanap x 7,8 óra) lenne. Ha ezeket a plusz órákat elosztjuk az egy teljes munkaidős ápolóra jutó bruttó éves munkaidővel, 34,9 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükséglet keletkezik. Az egy ápolóra jutó betegek száma így hipotetikusán a jelenlegi 4,64 -ről 3,76-ra javul.

#### **8. 4. Cselekvési opciók**

- **A képzési kapacitások bővítése:** Az idősápolás és betegápolás területén a képzési kapacitások az utóbbi években folyamatosan bővültek. A jövőben ennek folytatására és megerősítésére kell törekedni. Az ápolók iránti szükséglet ennek hiányában minden egyéb törekvés ellenére aligha lesz fedezhető.
- **A részmunkaidős foglalkoztatás csökkentése:** A részmunkaidősök aránya a kórházaknál 50%, a bentlakásos intézményeknél 59%, ambuláns ápolás területén 67%. Matematikailag egy-egy részmunkaidős foglalkoztatott munkaidejének egy órával való meghosszabbításával a kórházaknál 5,6 ezer, a bentlakásos intézményeknél 4,8 ezer, az ambuláns ápolás területén 3,7 ezer további teljes munkaidős státuszt lehetne nyerni.
- **A „lappangó” tartalék aktivizálása:** Közismert, hogy sok ápoló szülési szabadság, vagy gyermeknevelés miatt, esetleg egyéb szakmai és privát okokból elhagyja a pályát. E „lappangó” állomány létszámáról és visszatérési hajlandóságáról nincsenek megbízható adatok, de megfelelő toborzással, családbarát feltételek, gyermeknevelési lehetőségek felvillantásával ezek a személyek célzottan megszólíthatók.
- **Az ápolók hosszabb ideig való pályán tartása:** Sok ápoló veszi igénybe az előrehozott nyugdíjazás lehetőségét. Ha az ápolókat sikerülne hosszabb ideig pályán tartani, pl. késleltetni a nyugdíjazást, tehát nem kellene új munkaerőt beállítani, további teljes munkaidős státuszokat lehetne nyerni. E klientúra megtartásának lehetőségei: az életkornak megfelelő munkakör és

munkamegosztás, a szerepek rotációja, az életkornak megfelelő lazább követelményekkel járó munkakörök. A munkahelyi egészségmenedzsment, a fizikai és pszichés munkamegterhelés csökkentése hozzájárulhat a munkavégzés folytatásához és az egészségben való öregedéshez.

- ***Az ápolótevékenység fokozottabb differenciálása:*** Mivel a munkaerőpiacon egyre nehezebb szakképzett ápolókat találni, a hároméves képzettséggel rendelkező ápolókat fokozottabban be kell vonni az alapápolásba és betegápolásba. Az ápolástól idegen tevékenységeket, mint a dokumentáció és adminisztráció, a betegek szállítása és kísérése, ételrendelés és ételosztás, át kell hárítani a segédápolókra és a kiegészítő személyzetre. Az ápolótevékenység ilyen differenciálásával az ápolói pálya megnyitható egy olyan klientúra számára, amely nem rendelkezik hároméves ápolói képzettséggel.

- ***A dokumentáció és adminisztráció csökkentése:*** A bürokrácia növekedése az ápolás nem utolsósorban a politika, a társadalombiztosítási önkormányzat és a betegpénztári orvosi szolgálat által támasztott külső dokumentációs követelményekkel függ össze. Ezek a szereplők a bürokrácia csökkentésével indirekt módon hozzájárulhatnak a személyzettel való ellátottság javításához. Ezt a folyamatot a digitalizáció is segíti.

- ***Külföldi munkaerő toborzása:*** Az ambuláns ápolás és az otthonápolás területén ez már elterjedt gyakorlat. Ma már a kórházak is gyakrabban folyamodnak ehhez az opcióhoz. De ez inkább pótlólagos megoldás az ápolói státuszok további feltöltésére.

- ***Az ápolás jobb finanszírozása:*** A kórházak és ápolási intézmények bevételeinek oly mértékben kell növekedniük, hogy fedezhessék az ápolószemélyzet iránti növekvő szükségletet. Különösen az idősápolás területén kell magasabb bért biztosítani, mivel a betegápoláshoz viszonyítva a bérezés itt kedvezőtlenebb.

- ***A szolgáltatások racionálása vagy priorizálása:*** Ha a rendelkezésre álló ápolószemélyzet nem tudja megfelelően ellátni az ápolásra szorulókat, várólistákat kell bevezetni, ágyakat vagy osztályokat kell átmenetileg lezárni. A bentlakásos és az ambuláns ápolás területén sor kerülhet az ápolásra

szorultság szerinti prioritizálásra, vagy otthonápolási szolgáltatás lehetősége hiányában marad a hozzátartozók általi gondozás.

- ***A szolgáltatások igénybevételének megelőzése:*** Az esetszámok a szolgáltatás igénybevételét megakadályozó vagy késleltető preventív intézkedésekkel is csökkenthetők. Ez elsősorban otthoni környezetükben élő időskorúaknak nyújtott tanácsadási és támogatási szolgáltatásokra, a laikusok általi ápolás megerősítésére, a lakások akadálymentesítésére vonatkozik.

- ***Az ellátási struktúrák és folyamatok átalakítása:*** A kórházaknál és ápolási otthonoknál már korábban is történtek lépések az intézményi szerkezet és a folyamatok átalakítására. Mindezek mellett a jövőben az egészségügy digitalizációja hozzájárulhat a folyamatok optimalizálásához, egyebek között a párhuzamos és többszörös dokumentáció megelőzéséhez, az információk centralizációjához és hálózatba szervezéséhez. Ezek a fejlemények részben mérsékelhetik az ápolószemélyzet iránti többletszükségletet.

### ***Karl Blum et al.: Az ápolás helyzetének alakulása Berlinben 2030-ig***

**N. B. A *Berlini Kórháztársaság (Berliner Krankenhausgesellschaft)*** megbízásából készített tanulmány a *Deutsches Krankenhausinstitut* hasonló (szövetségi szintű) tanulmányának gondolatmenetét és szerkezetét követi: egy-egy fejezetben taglalja az ápolószemélyzet alakulását a betegápolás, a kórházi ápolás, a tartós ápolás és az ambuláns ápolás területén. A redundancia elkerülése érdekében az összegzésre szorítkoztunk, a fejezetenkénti ismertetést mellőztük. A sajátos fővárosi helyzet felvillantása érdekében azonban szükségesnek láttuk legalább az összefoglalás feldolgozását. (*a szerk.*)

Konstans személyzeti kulcsok mellett a személyzet iránti szükséglet kizárólagosan a mindenkori esetszámnövekedésből adódik, így az esetszámokkal arányosan növekedik. A status-quo scenárium szerint a személyzet iránti szükséglet a három szolgáltatási területen összesen 8,8 ezer ápolóval (+26%), (a bázisévben: 2016/17) 33,5 ezerről (a prognózis évében: 2030-ban) 42,2 ezerre növekedik. A trend további előrevetítésének



statisztikailag valószínűbb modellje szerint az ápolók iránti többletszükséglet 9,4 ezer teljes munkaidős státusszal (+28%) valamivel magasabb. A kórházaknál ezek szerint további 3,7 ezer (+27%), a bentlakásos intézményi ápolás területén 1,9 ezer (+19%), az ambuláns ápolás területén 3,8 ezer további teljes munkaidős ápolóra lesz szükség (+39%).

A múltban nemcsak az esetszámok növekedtek, hanem az ápolók létszáma is a kórházaknál, valamint a bentlakásos ápolási intézményeknél és az ambuláns ápolás területén is: 2009. óta összesen 0,4 ezer teljes munkaidős státusszal. Még ha ezt a trendet sikerülne is folyamatossá tenni, 2030-ig az esetszámok trendjének folytatódása és konstans személyzeti kulcsok mellett feltételezett összesen 9,4 ezer teljes munkaidős ápoló iránti többletszükségletnek mindössze a fele lenne fedezhető. A trendekkel korrigált többletszükséglet így 4,5 ezer teljes munkaidős státuszt tenne ki. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha időben és célzottan meghozzák a szükséges intézkedéseket.

Az ápolószeméllyzettel való ellátottság kulcsának minden további 1%-kal való javítása a prognosztizált 9,4 ezer további ápoló helyett a konstans személyzeti kulcson kívül minden esetben 0,4 ezer ápoló iránti további szükségletet gerjesztene. Ha a személyzeti kulcsot 10,0%-kal akarnák javítani, a marginális többletszükséglet 4,0 ezer teljes munkaidős státuszt tenne ki.

[*Lásd az Archívumban is.*]

***Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban 2018-ban –  
Reha-Bericht 2019 – egységes szerkezetben***

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin, Dezember 2019 (102 p.)

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2019.pdf;jsessionid=0E51C2DBF700399F7928E1CB7BACF53B.delivery2-9-replication?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.pdf;jsessionid=0E51C2DBF700399F7928E1CB7BACF53B.delivery2-9-replication?__blob=publicationFile&v=3)

*[Németországban az orvosi és foglalkozási rehabilitáció a Német Nyugdíjbiztosító (Deutsche Rentenversicherung Bund - DRV) illetékességi körébe tartozik.]*

***Orvosi rehabilitáció***

2018-ban a Nyugdíjbiztosítóhoz 1,6 millió kérelmet nyújtottak be orvosi rehabilitáció céljából.

A Nyugdíjbiztosító 1.031.294 orvosi rehabilitációs szolgáltatást nyújtott. Ebből 32.757 (3%) gyermekek és fiatalok rehabilitációjára jutott.

Az ambuláns rehabilitációs szolgáltatások az összes rehabilitációs szolgáltatás 15%-át teszik ki.

2018-ban a kórházi kezelést követő rehabilitáció (*Anschlussrehabilitation – AHB*) az összes rehabilitációs szolgáltatás 37%-át tette ki (364.746 szolgáltatás).

A Nyugdíjbiztosító 147.923 rehabilitációs utógondozási szolgáltatást nyújtott.

2018-ban 53.997 rehabilitációban résztvevő személy részesült támogatásban a keresőtevékenységbe való visszatéréshez.

A leggyakoribb rehabilitációs indikációk az izom- és csontrendszeri és kötőszöveti megbetegedések: ezekre a fekvőbeteg ellátások keretében férfiakra és nőkre a rehabilitációs szolgáltatások több mint egyharmada, az ambuláns ellátások területén nőknél 74%-a, férfiaknál 67%-a jutott.

A rehabilitációs szolgáltatásokat az életkor előrehaladtával gyakrabban veszik igénybe.

Az orvosi rehabilitációt igénybe vevők átlagéletkora nőknél 53,5 év, férfiaknál 53,4 év.

A nők összességében gyakrabban vesznek igénybe rehabilitációs szolgáltatásokat.

Az emberi test megbetegedései miatt igénybe vett orvosi rehabilitáció időtartama (idegrendszeri megbetegedések nélkül) diagnóziscsoportok szerint változó, 23 és 24 nap között mozog.

A rehabilitációban résztvevők 86%-a a rehabilitációt követő két éven belül visszanyeri keresőképességét.

### ***Foglalkozási rehabilitáció***

2018-ban a Nyugdíjbiztosítóhoz 434.534 kérelmet nyújtottak be foglalkozási rehabilitáció céljából.

2018-ban foglalkozási rehabilitáció céljából nyújtott 142.917 szolgáltatás (*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – LTA*) zárult le.

A férfiak gyakrabban vesznek igénybe foglalkozási rehabilitációt.

2018-ban a nők egyharmada vett igénybe foglalkozási rehabilitációt.

A foglalkozási rehabilitációban résztvevők átlagéletkora nőknél 47,6 év, férfiaknál 48,4 év.

A foglalkozási rehabilitációs szolgáltatások egyötöde szakmai képzési szolgáltatás. Az izom- és csontrendszer és a kötőszövet megbetegedései ebben az esetben is első helyen állnak (nők: 57%, férfiak: 63%).

Az összes résztvevő jó háromnegyede sikeresen lezárja a szakmai képzést.

Egy-egy szakmai képzési szolgáltatás befejeződését követően két éven belül sor kerül a társadalombiztosításra köteles foglalkoztatásra (a résztvevők 48%-ánál hat hónapon, 58%-ánál két éven belül).

### ***A rehabilitáció költségei***

A Nyugdíjbiztosító 2018-ban (bruttó) 6,8 milliárd EUR-t fordított rehabilitációra: ebből 5 milliárd EUR-t orvosi rehabilitációra, 1,3 milliárd EUR-t foglalkozási rehabilitációra, 0,4 milliárd EUR-t társadalombiztosítási járulékokra.

Az emberi test megbetegedései miatti fekvőbeteg rehabilitáció átlagosan fejenként 3.112 EUR-ba, az ambuláns rehabilitáció átlagosan fejenként 1.828 EUR-ba került.

A pszichés megbetegedések és függőség miatti, jóval huzamosabb rehabilitáció átlagosan fejenként 7.193 EUR-ba került.

A Német Nyugdíjbiztosító 2018-ban 6,76 milliárd EUR-t költött rehabilitációra. Ez 2017-hez viszonyítva 3,2%-os növekedésnek felel meg. Így sikerült a 2018-ban biztosított 6,928 milliárd EUR költségvetési kereten belül maradni.

2018-ban a foglalkozási rehabilitációra fordított költségek a Nyugdíjbiztosító összes költségének 2,1%-át tették ki.

### ***Nemzetközi fejlemények a rehabilitáció területén***

A rehabilitációs szolgáltatások iránti szükséglet a lakosság világviszonylatban végbemenő előregedésénél fogva mind nemzeti, mind nemzetközi szinten növekedni fog. A rehabilitációnak a változó feltételekhez történő alkalmazkodása érdekében rehabilitáció-tudományi és szociálpolitikai szinten nemzetközi hálózatba szerveződésre van szükség. Ez a hálózatba szerveződés egyebek között megerősíti az információcserét és hozzájárul a rehabilitációnak az egyes államok egészségügyi rendszerében való pozicionálásához. Ez főleg az integrálódó Európában rendelkezik jelentőséggel.

A német nyugdíjbiztosító (*Deutsche Rentenversicherung*) aktívan részt vesz a ***European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR)***, az európai rehabilitációkutatás legnagyobb szervezete munkájában. ***2019 április óta az EFRR elnöke Dr. Susanne Weinbrenner, a Deutsche Rentenversicherung Bund vezető orvosa, a szociálmedicina és rehabilitáció ágazati vezetője.***

2019 tavaszán Berlinben került sor az EFRR kongresszusára és ezzel közösen a rehabilitációkutatási kollokviumra, amelynek mottója: *„Rehabilitation – Shaping healthcare for the future“* volt. A rendezvény a jövőbeli globális egészségügyi stratégia központi tényezőjeként definiálta a rehabilitációt. Különös figyelmet szenteltek a lakosság előregedése, a digitalizáció és a migráció kérdéseinek a rehabilitáció megerősítésében és továbbfejlesztésében. A rendezvényre a *Deutsche Rentenversicherung Bund*, a *Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg*, a *Deutsche Gesellschaft für*

*Rehabilitationswissenschaften (DGRW)* és a *European Forum for Research in Rehabilitation (EFRR)* közös szervezésében került sor.

Az EFRR-kongresszus résztvevői között online-felmérésre került sor a rehabilitáció jövőjére vonatkozóan. A rehabilitáció számára nagy kihívást jelent, hogy az alkalmazott terápiák bizonyítottan hatékonyak legyenek. A kutatási eredményeket folyamatosan és tartósan át kell ültetni a gyakorlatba. A rehabilitáció javítása érdekében országok és ágazatok közötti együttműködésre van szükség. Többek között nemzetközi együttműködést követel az Egészségügyi Világszervezet „*Rehabilitation 2030: A Call for Action*” kezdeményezése. Az EFRR-kongresszus fontos mérföldkőnek számít ennek európai megvalósításában.

E folyamat tematikus súlypontjai: a szociális biztonság, az inklúzió biztosítása, a rehabilitáció, a keresőtevékenységbe való visszatérés, a keresetcsökkenés megelőzése és a szociális egészségügyi kérdések. Mindezek mellett további nemzetközi szervezetekkel való hálózatba szerveződés is végbemegy. E folyamat markáns szereplői az *International Social Security Association (ISSA)*, az Egészségügyi Világszervezet és a *Rehabilitation International (RI)*. 2020-ban a *Rehabilitation International* dániai világkongresszusa keretében a *Deutsche Rentenversicherung Bund* rehabilitációs tagozata saját rendezvénnyel vesz részt.

2019. július 1. óta Gundula Roßbach, a *Deutsche Rentenversicherung Bund* elnöke látja el a német társadalombiztosítási munkaközösség európai koordinációs bizottságának [*Europäischer Koordinierungsausschuss (EKA) der Deutschen Sozialversicherung Arbeitsgemeinschaft Europa e.V. (DSV Europa)*] elnöki teendőit. [Személyéről lásd: Gundula Roßbach, a Német Nyugdíjbiztosítási Intézet elnöke, 2017. 14. sz.] 2020 második félévében pedig Németország látja el az Európai Tanács elnöki teendőit, amelynek keretében a német nyugdíjbiztosító él a lehetőséggel, hogy ismertesse Európában törekvéseit.

[Lásd még: *Jelentés a rehabilitáció helyzetéről Németországban – Reha-Bericht*, 2016. 28. sz.; 2018. 12. sz.]

[Lásd az Archívumban is.]

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### **Globális egészségügy**

- A születéskor várható élettartam globális statisztikája

### **Kórházügy**

- Pszichiátriai barométer 2019/2019. A pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete Németországban – *Psychiatrie-Barometer 2018/2019* (DKI)
- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről 2019-ben (*BMEL Ernährungsreport 2019*)
- Jelentés a kórházi közétkeztetés helyzetéről (DKI)
- Jelentés a közétkeztetés helyzetéről a kórházakban és ápolási otthonokban (DGE)
- Növényi alapú kórházi étkeztetés

### **Digitalizáció**

- A Bundestag elfogadta a digitális ellátásokról szóló törvényt
- Digitalizáció az egészségügyben – *Continentale Study 2019*
- A digitális kórház (DKI)
- Az információtechnológiai biztonság a kórházakban (DKG)
- A személyi állomány és a digitalizáció helyzete a német kórházakban (*MLP Gesundheitsreport 2019*)
- Együttes döntéshozatal a digitalizáció alkalmazásáról az idősápolás területén (IAT)

### **Ápolás**

- Munkahelyi együttes döntéshozatal a bentlakásos intézményi ápolás digitalizációja vonatkozásában (IAT)

### **Számvevőszék**

- Az Osztrák Számvevőszék jelentése a célleírányzatokról az egészségügyben

### **Egészséggazdaság**

- Jelentés az egészséggazdaság helyzetéről Németországban 2018-ban

### **Emberi erőforrás**

- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechnika területén (DKI)

### **Minőségügy**

- Ajánlások az egészségügyi regiszterek továbbfejlesztésére Svájcban

### **Szenvedélybetegségek, kábítószer**

- Jelentés a kábítószerügy és a szenvedélybetegségek helyzetéről Németországban 2018-ban – *Drogen- und Suchtbericht 2019* (3-6. rész): 3. Dohányzás; 4. Kábítószer, 5. Az Európai Unió kábítószerügyi politikája; 6. Az ENSZ kábítószerügyi politikája

## **Gyógyszer**

- A német gyógyszeripar helyzete 2019-ben – *Pharma-Daten 2019* (2-7. rész): 2. A német gyógyszeripar mint gazdasági tényező: termelés, foglalkoztatottak, külkereskedelem; 3. Kutatás-fejlesztés-innováció; 4. Gyógyszerbiztonság, farmakovigilancia, 5. Nemzetközi gyógyszerpiac: világpiac, európai gyógyszerpiac, nemzetközi gyógyszerárak; 6. A gyógyszeripar a német egészségügyben; 7. A német gyógyszerpiac.

## **Népegészségügy**

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2019 (Commonwealth Fund)*
- *European Food Trends Report*
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésére az időskorúak körében
- A svájci HIV-kohorszvizsgálat eredményei
- A HIV Ireland kiáltványa az ír választókhöz

## **Statisztika**

- A svájci egészségügy statisztikai zsebkönyve 2019 – *Gesundheit – Taschenstatistik 2019 (BFS)* (5. rész): 5. Költségek és finanszírozás. (Utána egységes szerkezetben)

## **Szervtranszplantáció**

- Jelentés a szervtranszplantáció helyzetéről Németországban 2019-ben

## **Üvegseb**

- Jelentés az orvosi honoráriumok helyzetéről Németországban 2017 harmadik és negyedik negyedében
- Felmérés a házi orvosok, szakorvosok, fogorvosok és pszichoterapeuták gazdasági helyzetéről Németországban 2020 tavaszán

## **Nyugdíj**

- Ketyeg a globális nyugdíjbomba
- Bert Rürup a tőkefedezeti privát időskori előgondoskodás kötelezővé tételéről

## **Rövidhírek (aleatorikusan):**

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