

# *Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle*

**2016. 18. sz.**

## **Világpolitika, Brexit:**

- Közkívánatra! Ismét a Brexitről – A brit egészségügyi és szociális szektor öt nagy témája a Brexit után

## **Globális egészségügy:**

- Globális jelentés a táplálkozás helyzetéről 2016-ban – *Global Nutrition Report 2016*

## **Egészséggazdaság, kórházi gazdálkodás:**

- Tanulmány a kórházak átszervezéséről
- Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2016-ban – *Krankenhaus Rating Report 2016*

## **Szenvedélybetegségek: gyógyszer, kábítószer, játékszenvedély:**

- Jelentés a kábítószerügy és a szenvedélybetegségek helyzetéről Németországban 2016-ban – *Drogen- und Suchtbericht 2016* (4. rész): Gyógyszer, kábítószer, játékszenvedély, Internet-függés

## **Szakmai jelentés:**

- Jelentés Németország szociális helyzetéről – *Datenreport 2016*

## **Nemzetközi tanulmányok:**

- Az Eurostat statisztikája az irányítható és megelőzhető halálozásokról
- Nemzetközi tanulmány az öngyilkosságok megakadályozásáról

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

## ***Közkívánatra! Ismét a Brexitről***

***Helen McKenna:***

***A brit egészségügyi és szociális szektor öt nagy témája a Brexit után***

The Kings Fund, 30 June 2016

**Kulcsszavak:** világpolitika, Brexit, Nagy-Britannia

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-and-nhs?utm\\_source=The%20King%27s%20Fund%20newsletters&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=7273342\\_The%20Weekly%20Update%2030%20June%202016&utm\\_content=brexitbutton&dm\\_i=21A8,4BW5A,H61YIX,FV6GA,1](http://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-and-nhs?utm_source=The%20King%27s%20Fund%20newsletters&utm_medium=email&utm_campaign=7273342_The%20Weekly%20Update%2030%20June%202016&utm_content=brexitbutton&dm_i=21A8,4BW5A,H61YIX,FV6GA,1)

*Az egészségügy nem tartozik az Európai Unió kompetenciájának szignifikáns területei közé. Ám a népszavazás eredménye Nagy-Britannia kilépésére vonatkozóan súlyos következményekkel járhat az egészségügy és a szociális ügyek területén. Erre ugyanis egy olyan időszakban kerül sor, amikor gazdasági és politikai bizonytalanság uralkodik, az egészségügyi rendszer pedig hatalmas működési és pénzügyi nyomás alatt áll. Az EU-ból való kilépés által az egészségügyre gyakorolt hatások ugyan még nem láthatók előre, legalább öt téma körvonalazódik, amelyek válaszra és megoldásra várnak.*

### ***1. téma: az egészségügyi személyzet***

Az EU-nak a munkaerő szabad mozgására vonatkozó politikája, valamint a diplomák és szakképesítések kölcsönös elismerésének gyakorlata folytán az Egyesült Királyságban jelenleg az NHS keretében 55.000, a szociális ápolási szektorban 80.000 külföldi foglalkoztatott dolgozik. A szociális ápolási szektorban 5,4%-os, az otthoni ápolásban 7,7%-os munkaerőhiány jelentkezik. A referendum kihirdetését követően az NHS, az egészségügyi minisztérium, az otthonápolási szövetség több vezetője figyelmeztetett az európai munkaerő további biztosításának jelentőségére.

### ***2. téma: a hazai és külföldi kezelés biztosítása***

Az európai polgárok jogosultak az európai egészségbiztosítási kártyára (*European Health Insurance Card – EHIC*), amely az Európai Gazdasági Térségben való tartózkodásuk során lehetővé teszi számukra az állami intézményekben nyújtott szükséges egészségügyi kezelésekre való hozzáférést. A költségek megtérítésére a kölcsönös egészségügyi megállapodások alapján kerül sor.

Becslések szerint mintegy 1,2 millió brit migráns él más EU-tagállamokban, az Egyesült Királyságban pedig az EU-migránsok száma 3 millióra tehető. Aggodalmak merülnek fel azzal kapcsolatban, hogy a referendum

eredményeként a jelenleg az EU más tagállamaiban élő brit nyugdíjasok hazatérhetnek és fokozzák az egészségügyi és szociális szektorra nehezedő nyomást.

### **3. téma: a szabályok**

A kormánynak néhány kérdésben tisztáznia kell, hogy hatályon kívül helyezi és brit jogszabályokkal helyettesíti, vagy megtartja az EU-ban alkalmazott szabályokat. Ez elsősorban az alábbiakra vonatkozik:

- a munkaerő-irányelv
- a közbeszerzési és versenyjog
- a gyógyszerügyi és orvostechnikai rendelet
- a közös szakképzési standardok és egészségügyi képzés az Európai Gazdasági Térség országaiban

A gyógyszerügy területén az Egyesült Királyság egy központosított engedélyezési rendszer részese, amelynek végrehajtó szerve a londoni székhelyű Európai Gyógyszerügynökség (*European Medicines Agency*).

### **4. téma: a határokon átnyúló együttműködés**

Az EU fontos szerepet játszik a fertőző betegségek terjedésének megfigyelése és a korai figyelmeztetés vonatkozásában. Az utóbbi időben az együttműködés kiterjedt a H1N1 pandémiára és az antimikrobiális rezisztencia leküzdésére.

Az Egyesült Királyság részese az EU-ban folytatott kutatási együttműködésnek. 2007 és 2013 között az Egyesült Királyság 5,4 milliárd EUR-ral járult hozzá a közös kutatási programokhoz és 8,8 milliárd EUR-t kapott kutatási és innovációs célokra. Az akadémiai és orvosi közösségek képviselői komoly aggodalmuknak adtak hangot a kilépés ez irányú következményeire vonatkozóan. **Professor Sir Paul Nurse, a Francis Crick Institute igazgatója** szerint a kilépés végzetes lehet a brit kutatás számára, gáncot vethet a kutatók szabad mozgása elé, ronthatja forrasszerzési képességüket.

### **5. téma: a források és a finanszírozás**

A *Vote Leave* hívei szerint az EU-tagsággal járó befizetéseket az NHS-re kellene fordítani, szerintük a tagság hetente 350 milliárdba került, amelyet az NHS prioritásaira lehetett volna költeni. Ám a referendum óta a kampány vezetői mintha eltávolodtak volna saját nézeteiktől.

Az NHS 2016/2017-ben jelentős szakmai kihívásokkal és hatalmas pénzügyi nyomással szembesül. Hosszútávon az NHS pénzügyi helyzetét a gazdaság teljesítménye fogja eldönteni. Az egészségügyi minisztérium a referendumot megelőzően kinyilvánította, hogy az EU-ból való kilépés mélyreható gazdasági sokkhelyzetet, instabilitást, bizonytalanságot teremt, az Egyesült Királyság pedig egyre szegényebbé válik.

## ***Globális jelentés a táplálkozás helyzetéről – Global Nutrition Report 2016***

International Food Policy Research Institute (IFPRI), Jun 13 2016 (182 p.)

**Kulcsszavak:** egészséges életmód, táplálkozás, nemzetközi

**Forrás Internet-helye:** <http://www.ifpri.org/news-release/global-nutrition-report-malnutrition-becoming-%E2%80%9Cnew-normal%E2%80%9D-across-globe> ;

<http://ebrary.ifpri.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/130354/filename/130565.pdf>

**A világ lassan két szélsőségre, túlsúlyosakra és alultápláltakra tagolódik. Ez évente magasabb költségeket okoz, mint a pénzügyi válság.**

A "Global Nutrition Report 2016" bemutatása alkalmával Lawrence Haddad, az *International Food Policy Research Institute (IFPRI)* főkutatója, a szakértői csoport társelnöke kijelentette, hogy az elégtelen táplálkozás a normalitás részévé vált, három ember közül egy az elégtelen táplálkozás valamely formájában szenved.

A helytelen vagy elégtelen táplálkozás elleni harc területén eddig alig sikerült előrelépést elérni, sokkal többet kellene megelőzésre költeni.

### ***Csaknem kétmilliárd ember elhízott***

Az adatokat szolgáltató országok 44%-ában igen magas mind az alultáplált, mind a túlsúlyos és elhízott személyek aránya – ez a 129 vizsgált ország közül 57 országot jelent.

Csaknem kétmilliárd ember elhízott. Tizenkét személy közül egy diabéteszben szenved. Másrészt az öt éven alatti gyermekek körében a haláleseteknek csaknem a felét az elégtelen táplálkozás okozza.

### ***Az elégtelen táplálkozás költségei***

A túlzott és az elégtelen táplálkozásból világviszonylatban magasabb költségek keletkeznek, mint a 2008 és 2010 között a globális pénzügyi válság által okozott veszteségek. Ha az Egyesült Államokban egy család valamely tagja elhízott, ez azt jelenti, hogy egészségügyi kiadásai eléri a család éves jövedelmének nyolc százalékát. Kínában egy diabéteszben szenvedő személy jövedelme 16%-át veszíti el.

*Tanulmány a kórházak átszervezéséről –*  
**Roland Berger Krankenhaus Restrukturierungsstudie 2016**  
Roland Berger Strategy Consultants, Stuttgart, Mai 2016 (24 slide)

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, kórházi gazdálkodás, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[https://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland\\_Berger\\_Krankenhaus\\_Restrukturierung\\_2016\\_20160607.pdf](https://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland_Berger_Krankenhaus_Restrukturierung_2016_20160607.pdf)

***A kórházakra nehezedő gazdasági nyomás***

**A németországi kórházak gazdasági helyzete az utóbbi években valamelyest javult. A forgalomművekedés ellenére a kórházak 30%-ának nem sikerült éves többletet kigazdálkodnia.**

- Az elmúlt évben a kórházak többsége növelte forgalmát – 2016-ban további növekedés várható.
- A kórházak gazdasági helyzete valamelyest javult, ennek ellenére a kórházak 30%-ának nem sikerült többletet kigazdálkodnia.
- A kórházak úgy látják, hogy gazdasági helyzetük 2016-ban rosszabbodni fog. Sőt, a kórházi menedzserek több mint 70%-a szerint a kórházak gazdasági keretfeltételei középtávon megrendülhetnek.
- A legfontosabb negatív trendek: a növekvő munkaerőhiány és a teljesítménykényszer. Pozitív trendek: a minőségügyi verseny fokozódása és a digitalizálás.
- A megkérdezett kórházak 60%-ánál jelenleg átszervezés van folyamatban.
- A gazdasági restrukturálás tekintetében a kórházak továbbra is a fekvőbeteg ellátásból származó bevételekre és a szakellátáshoz kapcsolódó dologi költségek optimalizálására építenek. Ugyanakkor növekedik az olyan „politikai” kicsengésű témák jelentősége, mint a személyi költségek csökkentése és az ambuláns ellátásból származó bevételek növelése.
- A kórházak többsége elégedetlen a restrukturálási intézkedések sikerével. Kihívást jelent az intézkedések tényleges megvalósítása és a releváns érdekcsoportok bevonása.
- A menedzsment számára e kihívás leküzdése jelenti a legnagyobb követelményt. A gyakori vezetőváltás és az utódlás nehézkessége az érintettek elégedetlenségében is tükröződik.
- A kórházak több mint 70%-ánál a gazdasági restrukturálás keretében már alkalmazzák a digitalizálási eljárásokat. Ám a kórházak mindössze 20%-ának sikerült a digitalizálás által szignifikáns gazdasági eredményt elérnie.

### **A kórházak restrukturálása tartós trend marad**

A megkérdezett kórházmenedzserek 70%-a szerint az intézmény jelenleg átszervezési folyamatban van és ezek 75%-a még intenzívebb átszervezésre törekszik. Előtérben állnak az eredmény javítását célzó klasszikus intézkedések: a fekvőbeteg ellátásból származó bevételek (100%) és a szakellátáshoz kapcsolódó dologi költségek (84%). A megkérdezett kórházak fele az ambuláns ellátásból származó költségek növelését is tervezi. Előtérbe kerülnek a személyi kiadások is, jóllehet elsősorban az állami fenntartású kórházaknál a személyi kiadásokkal való takarékoskodás jelentős szociális és politikai akadályokba ütközik.

### **Az érintettek bevonása, mint sikertényező**

Gazdasági helyzetük mérsékelt javulása ellenére a megkérdezettek több mint fele nem elégedett a restrukturálási intézkedések sikerével. A menedzserek csaknem 90%-a nem a megfelelő restrukturálási intézkedések azonosításában, hanem azok tényleges megvalósításában látja a legnagyobb kihívást. Ez elsősorban abban az esetben áll fenn, ha a restrukturálást “top-down”-folyamat gyanánt fogják fel, amelynek során a célkitűzéseket és a tervezést a menedzsment határozza meg.

A megkérdezettek további kihívásokat látnak a gyógyítás és a gazdálkodás közötti egyensúly biztosításában (69%), valamint az alkalmazottak ellenállásának leküzdésében (71%). A megkérdezettek 96%-a a sikeres restrukturálás feltételének tekinti a vezetők és az alkalmazottak általi támogatást. 89% szerint fontos az egyértelmű és transzparens kommunikáció, 69% szerint pedig a fenntartó és a felügyelő bizottság általi támogatás.

### **Kontakt:**

**Dr. Sascha Haghani**

Managing Director Germany

Roland Berger GmbH, Bockenheimer Landstraße 2-8, D – 60306 Frankfurt am Main

**E-Mail:** [Sascha.Haghani@rolandberger.com](mailto:Sascha.Haghani@rolandberger.com)

**Tel.:** +49-69 29924 - 6444

***Jelentés a kórházak helyzetéről Németországban 2016-ban –  
Krankenhaus Rating Report 2016***

RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung  
(korábban: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)  
Pressemitteilung vom 09. 06. 2016

**Kulcsszavak:** egészséggazdaság, kórházak gazdálkodása, Németország

**Forrás Internet-helye:** <http://www.rwi-essen.de/presse/mitteilung/242/>

***A német kórházak fizetésektelenné válásának valószínűsége 2014-ben nem változott, bevételi helyzetük viszont javult. A kórházak tőkével való ellátottsága továbbra is elégtelen, az évente szükséges 5,5 milliárd EUR beruházási szükségletet nem sikerül fedezni. A „Krankenhaus Rating Report“ tizenkettedik kiadásának bemutatására a „Hauptstadtkongress 2016 – Medizin und Gesundheit“ c. konferencián Berlinben került sor. A jelentést az RWI, az Healthcare Business GmbH (hcb) és a Philips GmbH készítette.***

A kórházak fizetésektelenné válásának valószínűsége 2014-ben az előző évhez viszonyítva nem változott. 11% a „vörös tartományban”, magas fizetésektelenség helyzetében van, bevételi helyzetük viszont javult: a forgalmi kihozatal 1,3%-ról 1,8%-ra növekedett. Konzern szinten a kórházak 23%-a éves veszteséget könyvelt el, ezek aránya 2013-ban még 30% volt. A bevételi helyzet javulása folytán 2014-ben a kórházak 54%-a teljes mértékben beruházásokra képes volt. A kórházak tőkével való ellátottsága azonban továbbra is elégtelen. Éves beruházási igényük (egyetemi klinikák nélkül) legalább 5,5 milliárd EUR. Ehhez a tartományok, akárcsak eddig, nagyjából az összeg felével, mintegy 1,9 milliárd EUR önerővel járulnak hozzá. A kumulált beruházási hiány 28 milliárd EUR-t tesz ki. A 2014. évi status quo fennmaradása mellett a fizetésektelenség által veszélyeztetett kórházak aránya 2020-ig 23%-ra növekedhet. Ha figyelembe vesszük a kórházi struktúráról szóló törvény (*Krankenhausstrukturgesetz – KHSG*) 2016-ban esedékes hatályba lépését, a fizetésektelenség általi veszélyeztetettség aránya (konzern szinten) 2020-ig 12%-on stabilizálódhat.

A jelentés forrásai: 517 éves zárójelentés 2013-ból, amelyek összesen 871 kórházra terjednek ki, ezek forgalom szerinti piaci részesedése 69%. Az értékelés további 333 éves zárójelentést vett figyelembe 2014-re vonatkozóan.

A kórházak gazdasági helyzete 2014-ben is a keleti tartományokban volt a legkedvezőbb. A pozitív fejlemények dacára számos régióban a kórházi struktúrák továbbra is kedvezőtlenek, túl sok a kis intézmény, túl magas a kórházak területi sűrűsége, túl alacsony a specializálódás. A magasabb fokú specializálódás gazdasági és minőségi szempontból is előnyösebb.

Fenntartók szerint: az állami kórházak 21%-a, a közhasznú társaságként működők 10%-a és a privát kórházak 3%-a található a „vörös tartományban”. A helyzet tehát elsősorban az állami kórházaknál rosszabbodott.

Az esetszám 2014-ben 1,9%-kal, a szolgáltatási volumen (casemixvolumen) 2,0%-kal növekedett. A kórházi ágyak száma nem változott (valamivel több mint 500.000), a kórházaké viszont 0,9%-kal, 1.980-ra csökkent. Az átlagos ápolási idő 7,4 napra csökkent. Az egy lakosra eső kórházi költségek 2014-ben Baden-Württemberg-ben voltak a legalacsonyabbak (892 EUR), Saar-vidéken a legmagasabbak (1.203 EUR).

A jelentés külön foglalkozott a vidéki alapellátókkal. Ezek közé tartoznak azok a kórházak amelyek 50-200 ágygal rendelkeznek, nem járási jogú városokban vagy tartományi jogú városokban és nem szakkórházként működnek. 2014-ben összesen 231 ilyen vidéki alapellátó intézmény működött, amelyek intézményenként 133 ágygal rendelkeztek, elsősorban a belgyógyászat és a sebészet területén. Gazdasági helyzetük az átlagosnál rosszabb volt. Elsősorban a hanyatló vidékeken kell új kínálatokat teremteni, a kapacitásokat központilag és szektorsemlegesesen kell kiépíteni, a területet mobil egészségügyi szolgáltatókkal és modern technikával kell lefedni, elsősorban a sürgősségi szolgálatot kell biztosítani.

A kórházak ápolási szolgálatának személyzeti ellátottsága tekintetében a szerzők nem látnak akut lépéskényszert. Az ápolószemélyzet iránti szükséglet a lakosság elöregedésével összefüggésben fog növekedni. A kórházi esetszám tisztán demográfiai összefüggésben 2020-ig 3%-kal, 2030-ig 5%-kal növekedhet. Bizonyos megbetegedések gyakoriságának és az ambuláns potenciál figyelembevételével az esetszám 2020-ig 7%-kal, 2030-ig 18%-kal növekedhet. Ezért már most intézkedni kell az ápolószemélyzet rövid-, közép- és hosszútávú munkaerőpiaci biztosítása érdekében.

Az egészségügyi szolgáltatások tekintetében jelentkező növekvő igény alapján a kötelező betegbiztosítás területén megnyilvánul egy „kiadási-bevételi olló”. Abból kell kiindulnunk, hogy a betegpénztárak járulékköteles bevételei ebben az évben 4,3%-kal, kiadásaik 5,4%-kal fognak növekedni. A finanszírozási hiány az elkövetkező években és főleg a 2020-as években növekedni fog. Már a 2017-ben esedékes Bundestag-választások után olyan költségcsökkentési törvények bevezetésére kerülhet sor, amelyek veszélybe sodorhatják a kórházak jelenleg még stabilnak tűnő kilátásait.

**Kontakt:**

**Prof. Dr. Boris Augurzky (RWI),**

Tel.: 49-(0201) 81 49-203

**Sabine Weiler (RWI-Pressestelle),**

Tel.: 49-(0201) 81 49-213

**Dr. Sebastian Krolop (Philips),**

Tel.: 49-(0151) 29 908 758

[Lásd még: *Krankenhaus Rating Report*, 2008. 12. sz.; 2009. 22. sz.; 2010., 29. sz.; 2011., 21. sz.; 2012. 31. sz.; 2013. 25. sz.; 2014. 29. sz., 2015. 18. sz.; 2016. 1. sz.]



**Jelentés a kábítószerügy és a szenvedélybetegségek  
helyzetéről Németországban 2016-ban –  
Drogen- und Suchtbericht 2016 (3. rész)**

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Juni 2016 (98 p.)

**Kulcsszavak:** szenvedélybetegségek, gyógyszer, kábítószer, játékszenvedély, Németország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen\\_2016/Drogenbericht\\_2016\\_web.pdf](http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2016/Drogenbericht_2016_web.pdf)

**3. Gyógyszer**

Az eddigi felmérések szerint Németországban 1,4-1,5 millió gyógyszerfüggő személy él. Miközben a 2012-ben készült epidemiológiai szenvedélykutatás (*Epidemiologischer Suchtsurvey – ESA*) 2,3 millió olyan személlyel számolt, aki függőségénél fogva fájdalomcsillapítók, altatókon és nyugtatókon él, a Robert Koch-Institut (RKI) egészségfelmérése szerint az érintettek száma 1,3 millió lehet.

**4. Illegális kábítószer**

Az illegális kábítószer fogyasztására vonatkozóan két reprezentatív felmérés áll rendelkezésre: a *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* felmérése a fiatalok kábítószer iránti affinitásáról, valamint az *Institut für Therapieforschung (IFT)* epidemiológiai szenvedélykutatása. A BZgA vizsgálata szerint a fiatalok 10,2%-a és a 18-25 év közötti fiatal felnőttek 34,7%-a életében már legalább egy alkalommal fogyasztott illegális kábítószereket. A felnőtt (18-64 év közötti) lakosság körében végzett epidemiológiai szenvedélykutatás pedig 23,9%-os élettartam prevalenciát mutatott ki. A visszaélés vagy a függés gyakorisága a felnőttek körében a cannabis tekintetében 1%, a többi illegális kábítószer tekintetében jóval 1% alatt van. Az illegális kábítószerfogyasztás legnagyobb részét a cannabis teszi ki. Más illegális kábítószereket, mint kokaint vagy heroint viszonylag ritkán fogyasztanak. A BZgA szerint 2015-ben a 12-17 év közötti fiúk és a 18-25 év közötti férfiak 41,9%-a válaszolta, hogy életében már legalább egy alkalommal fogyasztott cannabis. A kábítószert fogyasztó személyek többsége megmarad az egyszeri vagy alkalmi fogyasztásnál. [Ezzel kapcsolatban lásd még: *A fiatalok kábítószer iránti affinitása (BZgA), 2012. 10. sz.; 2016. 7. sz.*]

### ***Kábítószerrel összefüggő halálozás***

2015-ben 1.226 kábítószerrel összefüggő haláleset rendőrségi regisztrációjára került sor. Az előző évhez viszonyítva ez 18,8%-os növekedést jelent (1.032). A kábítószerrel összefüggő halálos áldozatok átlagéletkora mind 2014-ben, mind 2015-ben valamivel 38 év fölött volt. A férfiak aránya 84%, a nőké 16% volt. A legfontosabb halálok az opioidok/opiátok egymagában, vagy egyéb kábítószerekkel való kombinációban történő fogyasztása volt. Új pszichoaktív anyagokkal összefüggésben 39 haláleset (2014: 25), fentanyl fogyasztásával összefüggésben 87 haláleset következett be.

### ***5. Patológiás játékszenvedély***

#### ***A BZgA felmérése a játékszenvedélyről (2015)***

A problematikus szerencsejátékosok aránya az összes megkérdezett körében 2015-ben 0,42% (0,66% férfi, 0,18% nő), a patológiás szerencsejátékosoké 0,37% volt (0,68% férfi, 0,07% nő). 2013-hoz viszonyítva mindkét csoportnál csökkenés következett be, az arány valamivel a 2011-ben mért eredmény alatt volt. A BZgA 2015-ben végzett vizsgálata szerint a 16-70 év közötti lakosság körében a problematikus szerencsejátékosok száma 153.000 és 382.000 közöttire, a patológiás szerencsejátékosoké 111.000 és 415.000 közöttire becsülhető.

### ***6. Számítógépes játékok és Internet-függés***

A jelentés az előző évihez viszonyítva ebben a tekintetben nem tartalmaz új elemeket. Az Internet-függés tekintetében a legfontosabb támpontot továbbra is a PINTA-vizsgálat jelenti, amely szerint a 14-64 év közötti lakosság körében mintegy 560.000 személy tekinthető Internet-függőnek, ami 1%-os prevalenciának felel meg (nők: 0,8%, férfiak: 1,2%). A 14-24 év közöttiek körében az Internet-függés jeleit mutatók száma 250.000-re becsülhető (2,4%; a 14-16 év közöttiek körében már 4%). A BZgA legutóbb 2013-ban közölt adatokat a fiatalkorúak számítógépes játékára és Internet-használatára vonatkozóan. Még a viszonylag alacsony, összesen 5.000 fős mintavételből is kitűnt, hogy a 12-15 év közötti lakosság körében a számítógépes játék és az Internet-használat viselkedési zavarokhoz vezethet. A „*Compulsive Internet Use Scale*“ (CIUS) alapján végzett felmérés szerint azonban a fiatalkorúak többségénél nem jelentkeznek viselkedési problémák. A 12-15 év közöttiek 2,5%-a azonban már excesszív számítógépes játékosként és excesszív Internet-használóként jellemezhető. A nemek között nem mutatható ki különbség. A 12-17 év közöttiek körében az érintettek aránya (3%) valamivel nagyobb, mint a 18-25 év közötti felnőttek körében (2%).

## ***Jelentés Németország szociális helyzetéről – Datenreport 2016 (4. rész)***

Szerk.: Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)

Kiad.: Statistisches Bundesamt (Destatis) –

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Bonn, 2016 (482 p.)

**Kulcsszavak:** egészségi állapot, halálokok, halálozás, kórházi ellátás, rehabilitáció, Németország

### **Forrás Internet-helye:**

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

[http://www.gib.nrw.de/service/newsletter/gib-newsletter/newsletter\\_archiv/g.i.b.-newsletter-nr.-326/wege-in-arbeit/datenreport-2016-erschiene-bildung-ist-der-schluessel-zur-integration](http://www.gib.nrw.de/service/newsletter/gib-newsletter/newsletter_archiv/g.i.b.-newsletter-nr.-326/wege-in-arbeit/datenreport-2016-erschiene-bildung-ist-der-schluessel-zur-integration) ;

### ***10. 1. 4. Halálokok***

2014-ben Németországban a halálesetek száma 868.356 volt (49%-a férfi, 51%-a nő). A halálesetek száma 1994-hez viszonyítva 1,8%-kal csökkent (1994: 884.661 haláleset). Nemek szerinti összehasonlításban a férfiak rovására következett be eltolódás. 2014-ben a halálesetek száma a nők körében 446.131 volt, jó 6%-kal alacsonyabb, mint 1994-ben (1994: 475.286 haláleset), a férfiak körében a halálesetek száma jó 3%-kal, 409.375-ről 422.225-re növekedett.

A halálozások helyzete korcsoportok szerint is változott: a 90 évesek és annál idősebbek körében a halálesetek aránya 1994. óta 7,3 százalékponttal növekedett, 2014-ben elérte a 17%-ot.

### ***Leggyakoribb halálokok***

A leggyakoribb halálokot mind a férfiak, mind a nők körében a krónikus ischaemiás szívbetegség képezi. 2014-ben a halálesetek száma 69.900 volt (35.400 férfi, 34.500 nő).

A tíz leggyakoribb halálokok közül öt a szív- és érrendszeri megbetegedések körébe sorolható: krónikus ischaemiás szívbetegség, akut miokardiális infarktus, szívelégtelenség, hipertenzív szívbetegség, valamint a stroke. 2014-ben csak ez az öt betegség 78.600 férfi és 122.000 nő életébe került. Rákos megbetegedések: Férfiak körében a „rosszindulatú daganatok” okozta halálesetek száma 60.000, nők körében 33.200 volt.

### ***10. 1. 6 Kórházi és rehabilitációs ellátás***

#### ***A kórházak dologi és személyzeti ellátottsága***

2014-ben 1.980 kórházban 500.700 ágy állt a fekvőbeteg ellátás rendelkezésére. A kórházak száma 1991-hez viszonyítva, bezárások és fúziók miatt, 18%-kal alacsonyabb volt. Nagyjából minden negyedik (25%) kórházi ágy megszűnt.

A 100.000 lakosra jutó kórházak és ágyak száma: Átlagosan 100.000 lakosra 2,4 kórház és 618 ágy jutott. A 100.000 lakosra jutó kórházak száma 1991-hez viszonyítva 20%-kal, az ágyak száma 26%-kal csökkent. 2014-ben egy kórház átlagosan 253 ágygal rendelkezett (1991: 276 ágy).

***A kórházi személyzet helyzete:*** A nem orvosi személyzet körében a teljes munkaidős foglalkoztatottak 45%-a az ápolási szolgálat keretében működik. Az egy munkanap során ellátandó kihasznált ágyak száma szerint a státuszok betöltöttsége minden foglalkozási csoportnál csökkent. Ez elsősorban annak tulajdonítható, hogy az ápolási idő 1991. óta folyamatosan csökkent (– 47%). Ezzel egyidejűleg csökkent a teljes munkaidős foglalkoztatottak száma: az ápolási szolgálatnál 2%-kal, a nem orvosi szolgálatnál 9%-kal. A státuszok teljes munkaidős ápolók általi betöltöttsége 1991-hez viszonyítva 2,5 ágyal (– 29%), a nem orvosi teljes munkaidős személyzet körében összességében 0,9 ágyal (– 25%) csökkent.

Az orvosi személyzet körében a státuszok betöltöttsége 16,5 kihasznált ágyal (– 56%) csökkent. Ez az effektus annak tulajdonítható, hogy az ápolási idő csökkenésével párhuzamosan a teljes munkaidős személyzet száma az orvosi szolgálatnál 58%-kal növekedett.

2014-ben egy teljes munkaidős alkalmazottnak az orvosi szolgálatnál naponta 12,8 kihasznált ágyat kellett ellátnia. 1991-ben még kétszer ennyit, 29,3 ágyat. A nem orvosi szolgálatnál egy teljes munkaidős alkalmazottnak 2014-ben naponta átlagosan 2,7 ágyat kellett ellátnia; 1991-ben ezek száma még 3,6 volt. Az ápolási szolgálatnál 2014-ben egy teljes munkaidős alkalmazottnak munkanaponként átlagosan 6,1 kihasznált ágyat kellett ellátnia (1991: 8,6 ágyat).

#### ***A kórházak szolgáltatásai és kihasználtsága***

2014-ben 19,1 millió beteg részesült teljeskörű fekvőbeteg ellátásban. Az elszámolási/kihasználtsági napok száma 141,5 millió volt, az esetszám 1991-hez viszonyítva 31%-kal növekedett, az elszámolási/kihasználtsági napoké 31%-kal csökkent.

Az átlagos ápolási idő 2014-ben 7,4 nap volt. A kórházban való tartózkodás időtartama drasztikusan csökkent, 1991-ben még átlagosan 14,0 nap volt. A kórházban való tartózkodás időtartama a szemészetben 3,0 nap, szívsebészetben 10,9 nap, geriátrián 15,6 nap volt, pszichiátrián 22,5 nap (pszichiátria és pszichoterápia) és 41,7 nap (pszichoterápiás kezelés/pszichoszomatika) között mozgott.

2014-ben a kórházi ágyak kihasználtsága 77% volt (1991: 84%). Ez az érték tükrözi a tényleges ágykihasználtság és a maximális ágykihasználtság közötti viszonyt. Az ágykihasználtság az összes pszichiátriai osztályon meghaladta a 92%-ot. Általános osztályokon az ágykihasználtság a geriátrián volt a legmagasabb (91%), nukleáris medicina osztályon a legalacsonyabb (48%).

#### ***A megelőző és rehabilitációs intézmények kihasználtsága***

2014-ben 1.158 megelőző és rehabilitációs intézett működött, amelyek 166.000 ágyal rendelkeztek. Az intézmények száma 1991 és 1996 között 19%-kal (1991: 1.181; 1996: 1.404), az ágyak száma 1998-ig 32%-kal növekedett. (1991: 144.000; 1998: 191.000). Azóta mind az intézmények, mind az ágyak száma csökkent. 1991-hez viszonyítva az intézmények száma 2%-kal alacsonyabb, a működő ágyaké 15%-kal magasabb volt. 100.000 lakosra átlagosan 1,4 megelőző és rehabilitációs intézet és 205 ágy jutott. Egy-egy intézmény 2014-ben átlagosan 143 ágyal rendelkezett (1991: 122 ágy).

*Az Eurostat statisztikája az irányítható és megelőzhető halálozásokról*  
Eurostat, Data from May 2016

**Kulcsszavak:** halálozási statisztika, Európai Unió

**Forrás Internet-helye:** [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable\\_and\\_preventable\\_deaths\\_statistics](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics)

Az Eurostat statisztikája szerint 2013-ban a 75 év alatti lakosság körében a halálozások száma elérte az 1,7 milliót.

Ebből 577.535 haláleset (33,7%) a rendelkezésre álló orvostudományi tudás és az orvostechnika lehetőségei segítségével megelőzhető lett volna.

Az európai országok rangsora a halálozások megelőzése tekintetében: Franciaország (23,8%), Dánia (27,1%), Belgium (27,5%), Hollandia (29,1%), Spanyolország (31,3%), Németország (31,4%). A sereghajtó Románia, ahol a megelőzhető halálesetek aránya 49,4%.

Az Eurostat szakértői csoportja összeállította azon betegségek listáját, amelyek esetén – optimális terápiát feltételezve – a halálozás nagy valószínűséggel megelőzhető lenne.

Az 50 év alatti korosztályban például gyakori halálok a diabétesz mellitus. A tudomány jelenlegi állása szerint a hasznos időben biztosított orvosi kezelés nagy valószínűséggel megelőzheti a komplikációkat. A diabétesz mellitus által okozott halálozás az 50 év alattiak körében megelőzhető lenne, az 50 év fölöttiek körében azonban a szakértők már kevesebb esélyt látnak erre.

A megelőzhető halálokok rangsorának élén az ischaemiás szívbetegség áll (184.802 megelőzhető haláleset), ezt követik: a hirtelen szívhalál (93.852), a bélrák (66.983), a mellrák (50.837), a magas vérnyomás (28.710) és a tüdőgyulladás (24.090).

Ezenkívül egy sor betegségnek be sem kellett volna következnie. Ebbe a kategóriába tartoznak a légcső, a hörgők és a tüdő rosszindulatú daganatai (167.343), a baleseti sérülések (118.604) és az alkohollal összefüggő egészségkárosodások (73.716).

Ebben a vonatkozásban az orvosi ellátás helyett inkább a népegészségügyi intézkedések, a dohány- és alkoholfogyasztást szabályozó beavatkozások, valamint a balesetmegelőzési előírások kerülnek előtérbe.

Az Eurostat szakértőinek számításai szerint 2013-ban mintegy 1,2 millió haláleset megelőzhető lett volna. Tehát az elhalálozott 1,7 millió személy kétharmadának életét lehetett volna meghosszabbítani.

	Amenable mortality		Preventable mortality	
	2012	2013	2012	2013
<b>EU-28 <sup>(1)</sup></b>	<b>122.8</b>	<b>119.5</b>	<b>207.0</b>	<b>204.1</b>
<b>Belgium</b>	94.3	94.1	213.0	211.4
<b>Bulgaria</b>	272.3	249.4	243.5	245.6
<b>Czech Republic</b>	175.6	175.6	277.0	276.9
<b>Denmark</b>	101.3	93.9	215.0	201.6
<b>Germany <sup>(2)</sup></b>	106.6	106.8	195.1	199.2
<b>Estonia</b>	229.2	218.5	331.5	301.7
<b>Ireland</b>	110.4	106.0	195.5	189.1
<b>Greece</b>	120.5	113.6	164.7	163.0
<b>Spain</b>	86.1	82.9	153.2	151.3
<b>France</b>	74.2	72.8	178.3	174.1
<b>Croatia <sup>(2)</sup></b>	196.4	187.3	307.8	295.2
<b>Italy</b>	89.6	85.0	150.7	143.5
<b>Cyprus</b>	96.4	83.3	150.2	145.4
<b>Latvia</b>	324.7	320.4	410.9	407.1
<b>Lithuania</b>	306.7	297.7	440.7	431.3
<b>Luxembourg</b>	91.6	102.7	197.6	200.8
<b>Hungary <sup>(2)</sup></b>	255.8	245.0	403.9	384.9
<b>Malta</b>	136.6	113.5	183.3	160.6
<b>Netherlands</b>	90.0	86.5	181.8	174.5
<b>Austria</b>	101.5	101.3	210.9	205.9
<b>Poland</b>	174.5	166.8	277.3	270.1
<b>Portugal</b>	108.5	103.5	168.3	168.2
<b>Romania</b>	307.8	295.9	345.7	331.6
<b>Slovenia</b>	122.0	118.2	261.9	252.7
<b>Slovakia</b>	236.6	237.3	345.0	339.5
<b>Finland</b>	113.3	107.0	225.2	217.4
<b>Sweden</b>	92.8	92.6	167.1	167.2
<b>United Kingdom <sup>(2)</sup></b>	110.8	108.1	196.7	195.4
<b>Liechtenstein</b>	90.2	80.7	139.7	194.6
<b>Norway</b>	91.2	86.5	183.3	182.1
<b>Switzerland</b>	73.3	70.4	160.2	159.2
<b>Serbia</b>	227.4	215.2	262.3	255.0
<b>Turkey <sup>(2)</sup></b>	145.2	:	175.6	:

(1) In 2013 and 2012 the age group '85+' was used for calculating the crude death rates.

(2) In 2012 the age group '85+' was used for calculating the crude death rates.

: not available

*Nemzetközi tanulmány az öngyilkosságok megakadályozásáról*  
Lancet Psychiatry 2016; online 8.June

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

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)30030-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)30030-X/fulltext)

**Dr. Gil Zalsman és nemzetközi kutatócsoportja (Geha Mental Health Center Tel Aviv)** több ezer tanulmányt értékelt és kidolgozott egy hárompilléres modellt az öngyilkosságok megelőzésére.

Becslések szerint a halálesetek 1,4%-a tulajdonítható öngyilkosságnak. Fiatalkorúak és fiatal felnőttek körében ez a második leggyakoribb, egyes országokban a leggyakoribb halálok.

Az öngyilkosságok számának csökkentése érdekében számos országban tízéves kutatási és prevenciós programokat vezettek be. Zalsman kutatócsoportjában 13 országból 18 prevenciós szakértő vett részt, akik a metaanalízis során csaknem 1.800 publikáció eredményeit értékelték. A szakértők a következő eredményekre jutottak:

**1. pillér: az öngyilkosság módozatainak ellenőrzése**

A kutatók 30 tanulmányt vizsgáltak e témával kapcsolatban, amelyek fele a lőfegyverek használatának korlátozásáról szólt. Úgy tűnik, hogy egyes amerikai államok szigorúbb törvényei kevésbé járultak hozzá a lőfegyverrel elkövetett öngyilkosságok számának csökkentéséhez. Ezzel szemben a Svájcban, Norvégiában és Izraelben bevezetett korlátozások eredményesek voltak, jóllehet az öngyilkosságok száma összességében nem csökkent.

Nagy-Britanniában sikert értek el az analgetikumok kiszűrésének csökkentésével. Miután a dobozban levő tabletták száma már nem volt elegendő egy öngyilkossághoz, a különösen toxikus hatóanyagokat pedig betiltották, az öngyilkossági ráta 43%-kal csökkent.

Számos tanulmány foglalkozik az öngyilkosok kedvelt hotspotjainak biztosításával. Ilyen Bernben a *Münsterplattform*, amelyre biztonsági hálót szereltek fel. Így a városban a következő években valóban csökkent az öngyilkossági ráta, mígnem új helyszínné vált a *Kornhausbrücke*. A kutatók szerint azonban egy-egy helyszín biztosítása eredményes lehet. Ha

ugyanis valaki le akar ugrani egy hídról, de ott akadályba ütközik, nem keres magának azonnal másik hidat, az impulzus egy időre függőben marad.

Hasonló tapasztalatokkal rendelkeznek a san francisco-i hatóságok. Ott egy sor intézkedéssel 500 embert sikerült visszatartani attól, hogy leugorjon a Golden Gate-hídról. Ezeknek mindössze 5%-a választott magának valamilyen más módot.

## ***2. pillér: pszichiátriai és gyógyszeres kezelés***

Az öngyilkosok nagy része lelki zavarokban, depresszióban, bipoláris zavarokban, pszichózisokban szenved. A gyógyszeres terápiák tekintetében jól dokumentált a lítium alkalmazása bipoláris zavarok esetén. A szakértők szerint bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a szelektív szerotoninvisszavétel-gátlók (SSRI) alkalmazásával az öngyilkossági ráta hosszútávon csökken. Ezek szélesebb elterjedésével az öngyilkossági ráta 29 európai országban csökkent.

### ***SSRI alkalmazása kiskorúaknál***

Kényes téma, hogy ajánlatos-e SSRI-t felírni kiskorúak részére. A szerzők nem találtak bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy az antidepresszánsokkal való terápia fokozná az öngyilkosság kockázatát e korcsoportban.

A nem kezelt depressziós kiskorúak öngyilkosságának kockázata jóval magasabb, mint azoké, akik gyógyszeres kezelésben részesülnek. Ha mérlegelni kell a kiskorúak gyógyszeres kezelését, az irányelvekben ajánlott fluoxetint kell felírni.

## ***3. pillér: tréning, szűrés, segítségnyújtás***

Az öngyilkosság prevenciójának további pillérét képezi a szociális háló. A családi alapú terápia csökkentheti a pszichiátriai kezelés kockázatát és elfojthatja az öngyilkossági szándékot.

A speciális iskolai programok eredményei nem egységesek. Három nagy randomizált vizsgálat keretében, amelyek során hangsúlyt helyeztek a lelki válságok leküzdésére, az öngyilkosság gondolatát sikerült a kontrollcsoporthoz viszonyítva a felére csökkenteni.

Hatékonyak bizonyult a háziorvosok továbbképzése. Számos országban alkalmaznak programokat, amelyek keretében a háziorvosokat beavatják a depresszió tüneteinek felismerésébe és az optimális terápiába.



## ELŐJEGYZÉSI LISTA:

### Egészségügyi statisztikai évkönyvek:

- Szociális biztonság az európai országokban: számok és tények (2015) (BMAS)
- 35 európai ország statisztikai adatai: egészségügy, szociális biztonság (BFS)

### Kórházügy:

- A minőség, mint a döntéshozatal kritériuma a kórházügyi tervezés területén (DKI)
- Az állami finanszírozás feladatainak a járulékfizetőkre való áttevődése. Elemzés a privát betegebiztosítók szemszögéből
- Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban (BvMED, 2015.)
- *Biotech-Report 2016* (vfa)

### eHealth:

- Ellátás 2030-ban – *Versorgung 2030 – eHealth, mHealth, Telemedizin* (GVG Köln)
- A német e-Health-törvény tervezete
- eHealth Németországban. Digitalizálás és adatvédelem (FES)
- Fogyasztóvédelmi felmérés az egészségügyi adatvédelemről (TNS Emnid)
- A smartphone kórházi használata az Egyesült Királyságban
- Betegportálok mellékhatásokkal
- Hackertámadások a németországi kórházak ellen
- Tanulmány az online-gyógyszertárakról: az adatbiztonság kérdései (Sparmedo)
- Adat- és aktamegsemmisítés a kórházakban és az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi applikációk lehetőségei és kockázatai (*CHARISMHA*)

### Svájc:

- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Az ellátórendszer költségeinek és finanszírozásának alakulása az új kórházfinanszírozás bevezetése óta. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Szocioökonómiai és kulturális egyenlőtlenségek a svájci lakosság egészségmagatartásában (*Obsan Bulletin, Obsan Bericht*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier 52*)

- Big Data az egészségügyben (SAMW)
- Swiss Personalized Health Network (SAMW Bulletin)
- A Svájci Orvostudományi Akadémia alapelvei az embereken végzett kísérletekről
- A Svájci Orvostudományi Akadémia irányelvei a kényszerintézkedésekről (átdolgozott változat), 2015 december
- A szociális segélyek helyzete Svájcban (*Soziale Sicherheit 2015. 6. sz.*)
- Folyamatok a szociális segélyek területén (2006-2011)
- A foglalkoztatás minősége Svájcban
- *ValeurS Gesundheit*, 2016. 1. sz. A Szövetségi Statisztikai Hivatal információs magazinja
- Tartós ápolás a kantonokban (*Obsan Rapport*)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (Obsan Bulletin)
- A háziorvosi gyógyítás perspektívái Svájcban (Obsan Bulletin/Obsan Dossier)
- A kórházi ellátások igénybevétele (Obsan Bulletin)
- Az ápolói életpálya alakulása az utóbbi 40 évben Svájcban (Obsan Bulletin)
- A szociális biztonsági rendszer összesített pénzügyi mérlege 2014-ben (GRSS 2014)

### **Szociálpolitika:**

- Datenreport 2016
- Jelentés a nyugdíjbiztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben – *Rentenversicherungsbericht 2015 (BMAS)*
- Időskori biztosítás Németországban és Ausztriában (WSI Report)
- Az időskori nyugdíjazás helyzete 2000 és 2014 között (BIAJ)
- Nyugdíjperspektívák 2040 (prognos)
- Nyugdíjak és regionális tökefolyamatok (IAT)
- Csökkent keresőképesség miatti nyugdíjazás a betegápolók körében (*IAT Forschung aktuell*)
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- A gazdasági válság és a német szociális rendszer válsága
- A hitelalapú szociálpolitika felemelkedése Németországban

- Az időskori biztosítás finanszírozása Németországban tartományok közötti összehasonlításban
- Jelentés a családpolitikáról és a családok helyzetéről Németországban 2014-ben – *Familienreport 2014*
- A szociális innováció gazdasági tényezői
- A német szociális modell válsága (IAQ)
- Válság és válságkezelés a német szociális államban (ZeS)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcsjövödelmek (IMK Report)
- Szociális biztonság a munkavégzés modern világában. A GVG állásfoglalása az Arbeit 4.0 Zöldkönyvvel kapcsolatban
- Jelentés a minimálbérekről 2016-ban – *WSI-Mindestlohnbericht 2016 (WSI-Bericht, WSI-Report 1/2016)*
- A bérezés helyzete a szociális ágazatban (Böckler Impuls, FES)
- Soziale Sicherheit (CHSS), 2016. 1-2. sz.

#### **Rehabilitáció:**

- Jelentés a rehabilitáció helyzetéről – *Rehabericht 2015 (DRV)*
- Az orvosi rehabilitáció jövője

#### **Népegészségügy:**

- Egészségi egyenlőtlenségek az időskorúak körében (*GBE Kompakt, RKI*)
- Időskorúak testi ereje (*RKI Faktenblatt*)

#### **Rövidhírek (aleatorikusan):**

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)