

Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle

2015. 9. sz.

Egészséggazdaság, esetátalányok:

- Ökonomizálódás az egészségügyben: üzemgazdasági siker, mint vállalkezési célkitűzés
- A német esetátalányok gyenge pontjai
- Jelentés a szélsőséges költségekkel járó esetekről – Extremkostenbericht 2015
- Az esetátalányok alkalmazása Svédországban

Időskori biztosítás:

- Jelentés a német nyugdíjbiztosítás helyzetéről 2014-ben
- Időskori szegénység és időskori biztosítás a német szociális szektorban (2. rész)
- A nyugdíjrendszer fenntarthatósága Németországban és az OECD országokban

Nemzetközi vegyes hírek:

- Jelentés a szívsebészeti beavatkozások statisztikájáról Németországban 2014-ben – Herzbericht 2014
- Amerikai belgyógyászok szerint egészséges embereken kevesebb kardiológiai vizsgálatot kellene végezni
- A terhességmegszakítások statisztikája Németországban 2014-ben
- Nővérhiány a kórházakban az éjszakai műszakban
- Leleplező tanulmány: lobbisták dominálnak a Bundestag egészségügyi bizottságában?
- Csúcsforgalom az „Exit” eutanáziaszervezetnél

A sajtószemle az EGVE honlapján:

http://www.egve.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=95&Itemid=119

Arndt Dohmen – Manfred Fiedler:
Ökonomizálódás az egészségügyben:
üzemgazdasági siker, mint vállalkezási célkitűzés
Deutsches Ärzteblatt print, 2015; 112(9): A-364 / B-312 / C-308

Kulcsszavak: egészséggazdaság, esetátalányok, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/168344/Oekonomisierung-im-Gesundheitswesen-Betriebswirtschaftlicher-Erfolg-als-Unternehmensziel?s=Dohmen>

A gazdasági túléléshez a nem nyereségtermelés céljával működő kórházaknak is úgy kell viselkedniük, mint a privát kórházaknak.

Az elmúlt húsz év során a legjelentősebb változások a kórházi ellátás területén következtek be. 1990-ig a német egészségügyi rendszer működtetésére a kommunális, egyházi vagy egyéb közhasznú intézmények fenntartásában került sor. A kórházi esetek összességére kivetítve a kórházi szolgáltatások 90%-át a nem nyereségorientált kórházak biztosították. A költségfedezet elve odavezetett, hogy nyereség elérésére nem vagy csak korlátozott ideig került sor. A beruházási költségeket a tartományok a szövetséggel közösen viselték. Az ideig-óraig felmerülő deficiteket a kórházfenntartók megtúrták. Az egészségügy struktúráiról szóló törvény 1992-ben utat nyitott a privát befektetők számára és ezzel a privát kórházak aránya gyors növekedésnek indult.

Az esetátalányok radikális bevezetése:

A kórházak súlyosbodó pénzügyi helyzetével kapcsolatban folytatott politikai viták során levont következtetés: az állami kórházak túl költségesek, irányításuk nem hatékony, a finanszírozást alapjaiban át kell alakítani. Ezzel kapcsolatban került sor 2004-ben – akkor még a pszichiátriai és pszichoszomatikus betegeket kezelő intézmények kivételével – a kórházi kezelések esetátalányok alapján történő új finanszírozási rendszerének bevezetésére.

Ám a világ egyetlen országában sem dúlták fel olyan radikálisan a kórházfinanszírozást, mint Németországban. Az esetátalányok rendszerét más országokban is alkalmazzák, de ott az elsősorban a minőségbiztosítás vagy a kórházi költségvetés értékelésének instrumentuma gyanánt szolgál, nem pedig általános árrendszerként, mint Németországban. És az eredetileg kinyilvánított politikai célkitűzés, a kórházi kezelések költségeinek csökkentése, sehol sem vallott olyan látványosan kudarcot, mint Németországban. Az esetátalányok bevezetése óta eltelt ötéves periódusokban a kórházak kezelési költségei az 1980-as évek óta a legerőteljesebben növekedtek.

Az árrendszer bevezetésének egyik következménye az állami kórházak privatizációjának szinte robbanásszerű növekedése volt. A privát kórházak aránya az esetátalányok bevezetése óta 40%-kal, a súlyozott esetszámok piaci aránya 70%-kal növekedett. Költségvetési hiányának csökkentése érdekében egyre több önkormányzat és járás döntött kórházának privát kórházi konszernnek részére történő eladása mellett. Az új keretfeltételek között a privát kórházak néhány év leforgása alatt kimásznak a veszteséggzónából és nyereséget kezdenek termelni, amely aztán részben tőzsdén jegyzett konszernek zsebében köt ki.

Az ökonomizálódás következményei:

Ám az esetátalányok, amelyek alapján a kezelés kifizetésére és irányítására sor kerül, nem ismernek más mércét, mint a diagnózisok és az eljárások. Ezek közül a legfontosabb a fő diagnózis, amely rendszerint a beutalást előidéző megbetegedés. Minél több további megbetegedés azonosítására vagy a kórházi tartózkodás során való diagnosztizálására kerül sor, a kórház számára gazdaságilag annál előnyösebbé válik a kezelés, mivel ez növeli az ún. komorbiditást, az esetátalány pedig magasabb esetértéket eredményez, egyszerűbben szólva, a kezelés többet hoz a konyhára.

Az esetátalányok kalkulációja:

A kezeléshez kapcsolódó második fontos kategóriát az orvosi-ápolási eljárások alkotják, feltéve, hogy szerepelnek a „műtétek és eljárások kódolásának katalógusában” (*Operationen- und Prozedurenschlüssel – OPS-Katalog*). A katalógus mindazon eljárások, intézkedések listáját tartalmazza, amelyek az esetátalányok leírásában leképeződnek. Ez a szakkifejezés arra vonatkozóan, hogy a megfelelő tevékenység jelentősen befolyásolja a beteg kezelése fejében járó térítést. Ebben a katalógusban jelentős szerepet játszanak a műtéti és műtetet helyettesítő beavatkozások, mint a mesterséges lélegeztetés, a dialízis, vagy a hólyagkatéter felhelyezése.

Az esetátalányok ugyan kalkulációs szempontból a személyi költségeket is tartalmazzák, de nem személyi státuszok formájában, hanem az egy esetátalányra eső térítés relatív részeként. Az esetátalányok sajátos kalkulációs sémája alapján a kalkulációs megállapodással rendelkező kórházak bejelentik a mindenkori esetátalány tekintetében keletkező dologi és személyi költségeket az esetátalányok kalkulációjáért illetékes intézetnél (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK*). Egy esetátalány ára és ezzel együtt az ebben foglalt refinanszírozott személyi költségek e kalkuláció során minden kórház számára azonosak, függetlenül az intézmény és a fenntartó sajátos körülményeitől, tehát a kihasználtságtól, a szolgáltatási struktúrától, az osztályok méretétől, az építészeti körülményektől vagy az átlagos személyi költségektől. És végül még azt sem ellenőrzik, hogy az így kalkulált személyi költségeket egyáltalán a személyzetre fordítják-e.

Szakértők a német esetátalányok rendszerének gyenge pontjairól

Deutsches Ärzteblatt online, 2015. március 13.

Kulcsszavak: kórházügy, esetátalányok, Németország

Forrás Internet.helye:

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62152/Experten-benennen-Schwachpunkte-des-DRG-Systems?s=Wolfgang+Pl%C3%BCcker>

[A második német ápolási kongresszusra (Deutscher Pflegetag) 2015. március 12-14. között az egykori Berlin-Tempelhof repülőtér épületében került sor.]

Wolfgang Plücker (a DKI GmbH tanácsadó cég ügyvezető igazgatója) szerint a németországi kórházak az ápolás területét megillető forrásokból finanszírozzák az orvosi szolgáltatásokat. Az ápolók fizetésére azért nem jut elég pénz, mert azt lenyúlják az orvosok.

Problémát jelenthet a kórházak mérete. A németországi kórházak átlagosan 250 ágygal rendelkeznek. Európában a kórházak általában kétszer ekkorák. Ráadásul az elmúlt években a német kórházak diverzifikálódtak: az általános sebészeti osztályokat kettéosztották, majd még egyszer kettéosztották. Így 40 ágyas osztályok keletkeztek, amelyeknek sem életük, sem haláluk.

A kisebb egységek az esetátalányok rendszere keretében képtelenek biztosítani maguknak a megfelelő személyi ellátottságot. És nem az esetátalányok rendszere az, amely megfosztja őket a szükséges személyzettől. A szervezeti rendszer az, amely nem adja meg nekik a személyzetet, amelyre tulajdonképpen az elért bevételek alapján jogosultak lennének. A probléma abban áll, hogy sok kórház egyszerűen nem hajlandó lemondani a kisebb osztályok működtetéséről.

Günter Neubauer müncheni egészségügyi közgazdász úgy véli, hogy jöllehet az esetátalányok rendszere nem a legjobb kórházfinanszírozási rendszer, a pillanatnyilag rendelkezésre álló rendszerek közül a legjobb. Javaslatára szerint a jövőben különbséget kellene tenni hatékonyságorientált és minőséget biztosító szolgáltatások között. Minden egyes „face-to-face”-szolgáltatás tekintetében meg kellene határozni egy bizonyos időt, amelyekre biztosítani kell a térítést és amelyek nem változtathatók meg, ezek tehát a minőség szigeteit jelentenék a gazdaság tengerében.

A kórházaknak igazolniuk kellene, hogy ezeket az időket valóban betartották. Ezenkívül az esetátalányokat specifikusabban kellene betájolni. Az elektív szolgáltatásokat másképpen kellene téríteni, mint a sürgősségi szolgáltatásokat. Mert akinek ma kevesebb sürgősségi esete van, gazdaságilag jobban jár.

Jelentés a szélsőséges költségekkel járó esetekről – Extremkostenbericht 2015

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK)

Siegburg, 17. März 2015 (147 p.)

Kulcsszavak: költségek, esetátalányok, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.g->

[drg.de/cms/Aktuelles/Extremkostenbericht gem. 17b Abs. 10 KHG fuer 2015](http://www.g-drg.de/cms/Aktuelles/Extremkostenbericht_gem_17b_Abs_10_KHG_fuer_2015)

[Fogalmak: „Extremkostenfall” – szélsőséges költségekkel járó eset; „Kostenausreißer” – a költségek statisztikai átlagából kiugró esetek]

3. 5. Az eredmények összefoglalása és értékelése (104-105. p.):

Az adatgyűjtésben 247 kórház működött közre. Ezek két csoportot képeztek: 17 egyetemi klinika és maximális ellátást nyújtó kórház, valamint 230 egyéb kórház.

1. Az átlagos költségektől eltérő esetek általi megterhelés tényleges mértéke ismeretlen, mivel az értékelendő esetek tömege miatt az egyedi esetek valószínűsítési kalkulációja csak részben volt elvégezhető; a rákérdezésre csak kevés intézmény reagált.
2. A statisztikai átlagtól lefelé vagy felfelé való eltérésből adódó költségalullépés vagy költségűllépés az átlagtól eltérő esetek csoportján belül nem egyenlíti ki egymást; a statisztikai átlagtól lefelé vagy felfelé eltérő esetek összességében inkább költségalullépést eredményeznek.
3. 80 kórháznál az átlagos költségektől eltérő egy-egy eset által okozott átlagos megterhelés magasabb, 167 kórháznál az átlagos költségektől eltérő egy-egy eset által okozott átlagos megterhelés alacsonyabb volt. Az átlagos költségektől eltérő egy-egy eset által okozott átlagos megterhelés tehát a kórházak többségénél alacsonyabb, mint az az individuális szolgáltatási portfólión alapuló elemzésmennyiségből várható lett volna.
4. Az átlagos költségektől eltérő egy-egy eset által okozott átlagos megterhelési index az egyetemi klinikák és maximális ellátást nyújtó kórházak csoportjánál magasabb, mint az egyéb kórházak csoportjánál.
5. Az átlagos költségektől eltérő esetek aránya az egyetemi klinikák és maximális ellátást nyújtó kórházak csoportjánál magasabb, mint az egyéb kórházak csoportjánál; az azonosított arányok tekintetében megjelenő különbségek számos DRG vonatkozásában szignifikánsak.

Dr. med. Martin Baehr: Esetátalányok Svédországban
Deutsches Ärzteblatt print, 2014; 111(46): A-2003 / B-1713 / C-1639

Kulcsszavak: esetátalányok, Svédország

Forrás Internet-helye:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/163583/Fallpauschalen-Schweden-setzt-richtige-Anreize>

A DRG jubileumi évében vagyunk. Mintegy 40 évvel az esetátalányok rendszerének az Egyesült Államokban való kidolgozása után, tíz éve vezették be azok Németországban való kötelező alkalmazását. A német DRG röviden a következőképpen jellemezhető: a jelenlegi rendszer jobban téríti a komplikációkat, mint a komplikációmentes kezelést, diagnózisokat kreál ahelyett, hogy leképezné azokat, ott teremtszönzőket, ahol bőséges térítés van kilátásban; a rendszer visszaretten a költséges kezelésektől, ha azok nem, vagy nem megfelelően kódolhatók. A német DRG-rendszer fejlesztésén több intézmény és szakmai műhely munkálkodik: a Kórházi Térítések Rendszerének Intézete (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK*), a kórházakban működő kódoló személyzet, a Betegpénztárak Orvosi Szolgálata (*Medizinischer Dienst der Krankenkassen – MDK*), a szakmai társaságok.

Svédország is a DRG-rendszert alkalmazza, bizonyos értelemben egyszerűsítve azt. A gerincsebészet (pontosabban: a hátgerinc degeneratív elváltozásainak sebészeti kezelése) területén egészen egyszerű eljárást kezdeményeztek. Stockholm Tartomány megpályáztatott néhány DRG-t a gerincsebészet területén, amelyekhez rögzített térítést határozott meg és az együttműködésre hajlandó szolgáltatóknak a szolgáltatás, pl. spinalis stenosis dekompressziója ellenében a kiírt összeg 90%-át fizeti. A beavatkozás nehézségével arányosan két különböző esetátalányt alkalmaznak. A szolgáltató köteles egy éven belül átvállalni a lehetséges komplikációk költségeit. A garancia időtartama porckorongsérv esetén hat hónap, összenövés esetén két év.

Svédországban 1999. óta regisztrert vezetnek a hátgerincműtétekről, a betegek elégedettségét a regiszterben képezett kontrollcsoportokkal való összevetésben mérik. Egy 65 éves, diabéteszes, dohányzó, három

szegmenst érintő spinalis stenosis-ban szenvedő beteg egy bizonyos kontrollcsoporthoz tartozik, amely egy évvel a műtét után egy várható értéket generál a műtét eredményére vonatkozóan. Ha egy év elteltével a beteg ugyanannyira elégedett, mint a kontrollcsoport, akkor minden rendben van, ha ennél elégedettebb, megvan a megállapodás szerinti térítés 100%-a, ha viszont kevésbé elégedett, a kórháznak további tíz százalékot vissza kell fizetnie a DRG már kifizetett 90%-ából – de akkor sem a teljes összeget. A minőségellenőrzés tehát a betegek kezében van, ráadásul pénzügyi következményekkel és a műtét garanciájával jár.

Ez a rendszer már tíz hónapja működik Stockholmban. A résztvevő kórházak izgalomban égnek és valósággal versengnek a betegek kegyeiért. A műtéti indikációkat sokkal komolyabban veszik, mivel a komplikációk és az elégedetlen betegek a kórház gazdasági bukását jelenthetik. A rendszer néhány lényeges elemre korlátozódott: az indikáció pontos felállítása, a sebészeti ellátás minősége, a folyamatok gazdaságossága. Ennek eszközei az orvosok értékeléseitől függetlenül működő, a betegek irányította műtéti regiszter, valamint a betegségeknek a DRG-rendszerben való klasszifikációja. A gazdaságosság itt kéz a kézben jár a minőséggel. Aki olcsón operál, hanyagul állítja fel az indikációkat és mindezek mellett komplikációkat és megismételt műtéteket produkál, az falaknak ütközik. De az is, aki drágán operál és kevés komplikációt okoz – anélkül, hogy e kettő szükségképpen összefüggne. A célegyenesbe azok jutnak el, akik hatékonyan és kevés komplikációval műtenek, betegek meggyógyulnak. Egy ilyen rendszertől nem is kell többet elvárni.

Jelentés a német nyugdíjbiztosítás helyzetéről – Versichertenbericht 2014

Deutsche Rentenversicherung, Berlin, September 2014 (108 p.)

Kulcsszavak: nyugdíjbiztosítás, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/01_versichertenbericht_2014.html

[**A kötelező nyugdíjbiztosítás statisztikája:** Die Rentenbestände in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bundesministerium für Arbeit und Soziales Bonn, 2015 (287 p.):

<http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Rentenbestandsstatistik-2014.html>]

Aktuális fejlemények (15-24. p.)

A jogszabályok változása:

A munkanélküliségi díj második fokozata (*Arbeitslosengeld II – ALG II*) igénybevételeének időszaka nyugdíjbeszámítási időszakként számít.

A kötelező sorkatonai szolgálat (2011. július 1-től való) megszüntetésével és a polgári szolgálat felszámolásával a statisztikában megszűnik az ezeknek megfelelő önálló kategória. Az önkéntes katonai szolgálatot választók a nyugdíjbiztosítási statisztikában biztosításra kötelezett foglalkoztatottakként jelennek meg.

A járulékszámítás határának emelése az új szövetségi tartományokban: Az általános nyugdíjbiztosítás keretében a járulékszámítási határ a nyugati tartományokban továbbra is évi 57.600 EUR bruttó jövedelemnek felel meg. A keleti tartományokban 66.000 EUR-ról 67.200 EUR-ra növekedik.

A szabad munkavállalás 2011. május 1-től az Európai Unió 25 tagállamára terjed ki. A munkavállalás korlátozásának feloldásával nyolc kelet-európai ország állampolgárai egyenlő feltételek mellett vállalhatnak munkát Németországban.

A rendes nyugdíjkorhatár 67 évre emelésének kezdete: 2012-ben a rendes nyugdíjkorhatár az 1947-es évjárat számára egy hónappal, 65 évre és egy hónapra emelkedett. Így a 65 év fölötti biztosítottak száma növekedik.

A biztosítottak helyzete 2012-ben:

A Német Nyugdíjbiztosítás (*Deutsche Rentenversicherung*) 52,67 millió biztosított számláit vezeti, akik számára még nem kerül sor nyugdíjfolyósításra. Ezek közül 2012 végén valamivel több mint 35,71 millió személy aktív biztosított volt. Ezek a biztosítottak több csoportra tagolódnak:

A kötelező biztosítottak csoportja, akiknek kötelező módon járulékokat kell befizetniük. Ebben a körben a legnagyobb létszámú csoportot a társadalombiztosításra kötelezett munkavállalók képezik (27,95 millió fő). Ide tartoznak még a képzésben részt vevő foglalkoztatottak, a nyugdíj előtt álló részmunkaidős foglalkoztatottak, az

előnyugdíjban részesülők, az önálló vállalkozók, kézművesek, művészek, szabadfoglalkozású bábaasszonyok és szabadfoglalkozású tanárok. Utóbbiak száma 2012 végén 0,27 millió volt.

Az önkéntes biztosítással rendelkezők (0,30 millió fő), akik nem tartoznak a biztosítási kötelezettség hatálya alá és maguk határozzák meg az általuk befizetendő járulék összegét.

Csekély mértékben foglalkoztatottak, akik nem mondtak le a biztosítás alóli mentességről (2012-ben 5,26 millió fő). Ezek egy része egy további biztosítási viszony alapján rendelkezik nyugdíjbiztosítással.

A kötelező nyugdíjbiztosításba járulékokat nem fizető, beszámítás alapján biztosítottak csoportja: 2011. január 1. óta ebbe a körbe tartoznak a munkanélküliségi díj második fokozatát igénybe vevő személyek, amennyiben nem rendelkeznek valamilyen más járulékfizetésre köteles biztosított státusszal, pl. mint ápolást végző személyek. 2012 végén ebbe a körbe 2,50 millió személy tartozott, ezek közül 2,33 millió személy, aki a munkanélküliségi díj második fokozatát vette igénybe.

Végül 2012 végén 16,96 millió személy passzív biztosított volt. Ezek nem tévesztendők össze a járulékokat nem fizető személyekkel. Vannak személyek, akik a kötelező nyugdíjbiztosítás keretében biztosításra kötelezettek, de más időskori gondoskodásban vesznek részt, mint a köztisztviselők, vagy a szabadfoglalkozásúak. Passzív biztosítottak azok is, akik Németországban biztosítási időket szereztek, de külföldre költöztek és ott vesznek részt az időskori gondoskodásban.

A biztosítottak számának alakulása:

2012 végén az aktív biztosítottak száma 160.000 fővel volt magasabb, mint egy évvel korábban. Ebben a körben abszolút értékben a társadalombiztosításra kötelezett foglalkoztatottak számának növekedése viszonylag magas (350.000 fő; +1,4%). A 2010 és 2011 közötti időszakhoz viszonyítva azonban a növekedés mérséklődött, amely akkor még 3,3% volt.

Fókuszban a külföldi biztosítottak számának növekedése:

2011-ben és 2012-ben a külföldi állampolgárságú aktív biztosítottak száma 356.000 fővel, 3,74 millióra növekedett. Ennek oka, hogy 2011. május 1-től nyolc, majd 2012-ben további két kelet-európai országgal szemben feloldották a szabad munkavállalás korlátozását. A 2012-ben első alkalommal aktív biztosítottá váló 273.000 személy közül 87.293 fő a nyolc EU tagállamból származott, amelyekkel szemben 2011 májusában oldották fel a munkavállalás korlátozását. Ez az EU tagállamaiból származó új aktív biztosítottaknak (170.000 fő) több mint a fele (51,3%).

A 2012-ben a nyugdíjbiztosításba újonnan felvett külföldi állampolgárságú személyek 97%-a foglalkoztatási viszony alapján rendelkezett biztosítással. Ezek túlnyomó többsége nyugdíjbiztosításra kötelezett foglalkoztatási viszonyban van. Az új biztosítottak egynegyede csekély mértékben foglalkoztatott.

Florian Blank – Susanne Eva Schulz:
Időskori szegénység és időskori biztosítás a német szociális szektorban –
Altersarmut und Alterssicherung bei Beschäftigten im deutschen Sozialsektor
(2. rész)

Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Sozialpolitik,
WISO-Diskurs, Januar 2015 (48 p.)

Kulcsszavak: időskori biztosítás, szociális dolgozók, ápolók bére, orvosok bére, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://library.fes.de/library/fr-voll-digibibnew.html> / Neu im Januar 2015

2. Az időskori biztosítás rendszere: (19-35. p.) A német időskori biztosítás központi pillére a kötelező nyugdíjbiztosítás (*Gesetzliche Rentenversicherung – GRV*) Ennek a foglalkoztatói időskori biztosítással (*betriebliche Altersversorgung – bAV*), valamint a privát, államilag támogatott öngondoskodással („*Riester-nyugdíj*”) együttesen kell biztosítani az életminőségnek az idős korban való fenntartását. A gyakran „hárompilléres modellnek” nevezett rendszerre való áttérésre a kötelező nyugdíjbiztosítás járulékainak csökkentésével összefüggésben került sor.

A reformokkal csökkentek a kötelező nyugdíjbiztosítás szolgáltatásai. Számos felmérés szerint egyre többen vannak, akik alacsonyabb jogosultságokat szereznek. A nyugdíjszabályok átalakítása során leértékelődtek a munkanélküliségi, valamint a képzéssel töltött, felértékelődtek viszont a gyermeknevelésre és ápolásra fordított idők. A foglalkoztatottaknak öngondoskodással kell áthidalniuk az alacsonyabb nyugdíjat eredményező gondoskodási hézagot.

Foglalkoztatói időskori gondoskodás (betriebliche Altersversorgung – bAV): A foglalkoztatói időskori gondoskodás finanszírozása a munkaadó, a munkavállaló, vagy mindkét fél által történik. A 2001-ben bevezetett nyugdíjreform óta a foglalkoztatottak kérhetik, hogy bérük egy részét irányítsák át a nyugdíjalapba (*Entgeltumwandlung*).

A privát gazdaságban a vállalkozások fele kínálja fel a szolgáltatást és a foglalkoztatottaknak ugyancsak a fele rendelkezik ilyen biztosítással. Ha a közszolgálatot is figyelembe vesszük, a foglalkoztatói időskori gondoskodás a foglalkoztatottak 59,5%-ára terjed ki. A közszolgálatban a tarifaszervezetekben szabályozott kiegészítő gondoskodásban való részvétel – kevés kivétellel – kötelező a foglalkoztatottak számára. Az egészségügyi és szociális szektorban dolgozók körében a foglalkoztatottak 57,4%-a él azzal a lehetőséggel, hogy bérének egy részét átirányítják a foglalkoztatói időskori gondoskodásba.

Az orvosok hivatásrendi biztosítása: A hivatásrendi gondoskodás területén az első pillér funkcióját az ezt szervező intézmények veszik át. Az orvosok számára a gondoskodási intézményekben való részvétel kötelező.

Az orvosok kérelmezhetik a kötelező nyugdíjbiztosításban való részvételtől való mentesítésüket. Ellenkező esetben kettős biztosítási viszonyba kerülnek. Ezek a gondoskodási intézmények, az orvosi kamarák által működtetett, közjogi, önkormányzati, öngazgatási, részben jogképes intézmények. Szolgáltatásaik öregségi nyugdíjakra, rehabilitációs pótlékokra és hátramaradt hozzátartozói nyugdíjakra terjednek ki. A finanszírozás jövedelemarányos járulékokból történik, amelyek felosztó-kirovó elemekkel kombinált tökefedezeti eljárással realizálódnak. A kötelező betegbiztosítástól eltérően itt nincsenek adóforrásokból származó pótlékok. A közalkalmazotti viszonyban működő orvosok nyugdíjjáruléka 2014-ben a bruttó bér 18,9%-a volt. Privát orvosokra eltérő szabályozások érvényesek.

4. Időskori biztosítás a szociális szektorban

4. 2. Időszápolók:

4. 2. 1. Az időszápolók foglalkoztatása és foglalkoztatási státusza: A bentlakásos idős- és ápolási otthonokban 2011-ben 616.650 személyt foglalkoztattak. A foglalkoztatottak 39,1%-a a rendes munkaidő felét meghaladó, 16,5%-a a rendes munkaidő felénél rövidebb részmunkaidőben dolgozott, az ápolók 10,1%-át csekély mértékű munkaviszonyban foglalkoztatták. Ezzel szemben az ápolóknak mindössze 34,4%-a dolgozott teljes munkaidőben. A bentlakásos ápolási intézmények 24%-a honoráriumot fizetett vagy elszámolás alapján fizetett, 21%-a kölcsönzött munkaerővel dolgoztatott.

A bentlakásos intézményi ápolás területén 2011-ben a fenntartók 54,4%-a közhasznú társaság, 40,5%-a privát gazdálkodó szervezet, 5,1%-a állami intézmény volt.

Az ambuláns ápolás területén 2011-ben 284.427 személy dolgozott. Ezeknek 35,3%-át a munkaidő felét meghaladó, 14,9%-át a munkaidő felénél rövidebb részmunkaidőben foglalkoztatták, az ambuláns ápolók 21,7%-át csekély mértékű munkaviszonyban foglalkoztatták. Az ambuláns ápolási szolgálatok egyötöde honorárium, vagy elszámolás alapján foglalkoztatta a személyzetet, egyharmada kölcsönzött munkaerőt foglalkoztatott. Az időszápolás területén igen magas a határozott időre szóló állások aránya.

Általában növekedett a felsőfokú végzettséggel rendelkező ápolók aránya. A bentlakásos intézményi ápolás területén azonban 2011-ben a foglalkoztatottak 43,6%-a, az ambuláns ápolás területén 26,5%-a semmiféle ápolói képesítéssel nem rendelkezett.

4. 2. 2. Az időszápolók jövedelme: A közalkalmazotti státuszban levő, vezető funkciót nem viselő, teljes munkaidőben foglalkoztatott szakképzett időszápolók bére pályakezdekéskor, 2014. március 1. óta havi bruttó 2.282,63 EUR, a soron

kívüli juttatások figyelembevételével havi 2.453,83 EUR. Ebben a bérkategóriában, az első fokozatba való belépést követő 15-ik év után, a hatodik fokozatban, a bér havi bruttó 3.070,84 EUR, a soron kívüli kifizetések figyelembevételével havi bruttó 3.301,15 EUR. Egy legalább tíz beosztott ápolót irányító vezető ápoló keresete havi bruttó 3.839,29 EUR, a soron kívüli juttatások figyelembevételével havi bruttó 4.095,24 EUR.

Az ápolási ágazatban dolgozók többsége azonban még mindig nem bértarifa szerződés szerint kapja fizetését. Gyakorlatilag a privát, az egyházi és közhasznú társasági fenntartók alkalmazottai nem tartoznak a tarifaszervezők hatálya alá. A bérstatisztika szerint az idősápolók 39%-a, a vezető ápolók 49%-a és az idősügyi segédápolók 48%-a tartozik tarifaszervezők hatálya alá. A privát ápolási szolgáltatóknál a bérek alacsonyabbak, mint az állami intézményeknél. Egy szakértő szerint az ágazatban egy idő óta eluralkodtak az individuális munkaszerződések, a pluralizált, privatizált fenntartói struktúrában a bérek kikerültek a tarifaszervezők köréből. Sőt, elmondható, hogy az idősápolás területén soha nem sikerült bevezetni a hagyományos német foglalkoztatási modellt, amelyet a teljes területet lefedő ágazati tarifaszervezők és a jól kiépült munkahelyi együttdöntési jogok jellemeznek.

A *Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung*-nál vezetett tarifaarchívum (*WSI-Tarifarchiv 2013*) szerint a hároméves képzést követő havi kezdőfizetés az egyes jóléti szervezeteknél havi 2.206,00 EUR és havi 2.585,00 EUR között mozog. A maximális tapasztalat szerinti fokozatban a tarifaszervezőkben rögzített jövedelem havi 2.695,00 EUR és havi 3.149,00 EUR között mozog. A jóléti szervezeteknél a vezető ápolók tarifaszervezők szerinti fizetése havi 2.695,00 EUR és havi 3.193,00 EUR között mozog; a maximális tapasztalat szerinti fokozatban az összegek havi 3.047,00 EUR és havi 3.684,00 EUR között mozognak. A jóléti szervezeteknél tehát a jövedelmek részben meghaladják a közalkalmazott szférában 2010-ben fizetett jövedelmeket.

A tarifaszervezők és a munkaszerződések irányelvei (*Arbeitsvertragsrichtlinien – AVR*) korlátozott hatást gyakorolnak. Egy másik bérstatisztika (*Lohnspiegel*) szerint az idősápolás területén az idősápolók havonta átlagosan 2.188,00 EUR-t, a segédápolók havonta átlagosan 1.887,00 EUR-t keresnek. Az idősápolás és az ambuláns betegápolás területén 2010. óta ágazati minimálbért alkalmaznak. A minimális órabér összege 2013 júliusa óta: a nyugati tartományokban 9,00 EUR, a keleti tartományokban 8,00 EUR, amelynek 2015-től 9,40 EUR-ra, ill. 8,65 EUR-ra kell emelkednie. A Szövetségi Munkaügyi és Szociális Minisztérium szerint a minimálbér 780.000 foglalkoztatottat érint.

A nők aránya az ambuláns ellátás területén 87,6%, a bentlakásos intézményi ellátás területén 85,0%. Ez azt jelenti, hogy a részmunkaidő és a csekély mértékű foglalkoztatás elsősorban a nőket sújtja.

4. 3. Betegápolók:

4. 3. 1. A betegápolók foglalkoztatása és foglalkoztatási státusza:

A kórházak ápolási szolgálatainál 2013-ban 382.278 személyt foglalkoztattak. Ezek 86,9%-a nő, 13,1%-a férfi volt. A foglalkoztatottak 49,1%-át

részmunkaidőben vagy csekély munkaidőben foglalkoztatták, a nők 53,1%-a, a férfiak 23,2%-a dolgozott csökkentett munkaidőben.

Az elmúlt 20 év során (1993 és 2013 között) az általános kórházak száma 21%-kal csökkent. Az állami és privát fenntartású kórházak között eltolódtak az arányok. 1993-ban még a kórházak 43,4%-a volt állami tulajdonban, arányuk ma már csak 30,0%. Ugyanezen időszakban a privát kórházak aránya 16,5%-ról 34,6%-ra növekedett. A közhasznú társaságként működő intézmények aránya 2000-ben még meghaladta a 40%-ot, 2013-ig 35,4%-ra csökkent.

Az állami kórházak számának csökkenésével az azokban foglalkoztatott ápolószemélyzet száma is csökkent: (teljes munkaidős ekvivalensekre átszámítva) 1993 és 2013 között 62,3%-ról 51,3%-ra, miközben a privát intézményeknél foglalkoztatottak aránya ugyanezen időszakban 3,9%-ról 15,9%-ra növekedett.

4. 3. 2. A betegápolók jövedelme:

A közszolgálati tarífaszervezőket alkalmazó kórházaknál a szakképzett betegápolók kezdőfizetése 2014. március 1. óta havi bruttó 2.282,63 EUR, a soron kívüli kifizetések figyelembevételével havi bruttó 2.453,83 EUR. A hatodik fokozatban, amelynek elérésére 15 évvel az első fokozatba történő belépést követően kerül sor, a fizetés havi bruttó 3.070,84 EUR, a soron kívüli kifizetések figyelembevételével havi bruttó 3.301,15 EUR. A vezető ápolók fizetése a tarífaszerveződés szerint havi bruttó 4.380,13 EUR, a soron kívüli kifizetések figyelembevételével havi bruttó 4.672,14 EUR.

Orvosok:

4. 4. 1. Az orvosok foglalkoztatása és foglalkoztatási státusza:

A kórházakban 2013-ban összesen 156.574 orvost foglalkoztattak. 1993-ban még az orvosok 68,1%-át állami intézmények foglalkoztatták, 2013-ban már csak 55,4%-át. Ezzel szemben a privát kórházakban foglalkoztatott orvosok aránya ugyanebben az időszakban 2,8%-ról 15,0%-ra növekedett. A foglalkoztatott orvosok 55%-a férfi. 2013-ban minden ötödik orvost részmunkaidőben foglalkoztattak. A férfiak 10,2%-a, a nők 30,9%-a dolgozik részmunkaidőben.

4. 4. 2. Az orvosok jövedelme:

A tarífaszervezők szerint az első fizetési kategóriába tartozó orvosok jövedelme 2014-ben havi 4.023,08 EUR volt. Ennél magasabb jövedelemmel a privát kórházaknál dolgozó orvosok rendelkeznek. A közhasznú társaságként működő intézményeknél azonban az orvosok kevesebbet keresnek.

A különböző felmérések szerint különbség van a férfiak és a nők keresete között. Az „integrált munkaerőpiaci biográfiák” (*Integrierte Arbeitsmarktbiografien* – SIAB) szűrőpróbája szerint a teljes munkaidőben foglalkoztatott orvosok havi átlagos bruttójövedelme 5.286,00 EUR, az orvosnőké 4.633,00 EUR. Ezzel szemben a *Gender Pay Gap* az egészségügyi és ápolási foglalkozások körében 10,2%, az orvosok körében 12,3%.

**Brigitte Preissl: A nyugdíjrendszer fenntarthatósága
Németországban és az OECD országokban**

Wirtschaftsdienst 2015 | Sonderheft (95. Jahrgang, 2015, Heft 13 | S. 2-6)

Kulcsszavak: társadalombiztosítás, nyugdíj, időskori szegénység, Németország, OECD

Forrás Internet-helye:

<http://www.wirtschaftsdienst.eu/archiv/jahr/2015/13/zukunftsfaehigkeit-des-rentensystems/>

[A „Wirtschaftsdienst” c. folyóirat és a Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) 2014 novemberében Berlinben tartott közös konferenciájának összefoglalója.]

A 2014-ben bevezetett nyugdíjreform csak kiélezte a fennálló problémákat:

Christoph M. Schmidt (a Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung elnöke) szerint a nyugdíjpolitika csak akkor lehet sikeres, ha a lehető legnagyobb mértékben él a piackonform instrumentumokkal és nem akadályozza a piaci mechanizmusok hatását. A növekedés önmagában nem oldja meg a generációk közötti egyenlőtlen tehermegosztás problémáját. Az időskori biztosítási rendszereket úgy kell alakítani, hogy azok egyetlen generációt se hozzanak hátrányos helyzetbe.

A családpolitika, a születési ráta növekedése csak egészen csekély mértékben képes befolyást gyakorolni az időskori biztosítási rendszerek fenntarthatóságára. A bevándorlás bizonyos mértékben csökkentheti a demográfiai folyamatok által az államháztartásra gyakorolt nyomást, ám ehhez alapjaiban meg kell reformálni a bevándorlási politikát.

Az 1972. óta bevezetett nyugdíjreformok tanulságai:

Axel Börsch-Supan (Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, München) három komponensre osztja a gyakran a nyugdíjproblematika magvának tekintett demográfiai átalakulást: (1) a „Babyboom” és a közvetlenül utána az antibébi tabletták alkalmazásával összefüggésben bekövetkező csökkenés („Pillenknick”), (2) a növekvő átlagos életkor és (3) az alacsony születési ráták elhúzódó periódusa.

Az első komponens csak átmeneti megterhelést jelent. A második komponens a munkavégzéssel töltött életszakasz és a nyugdíjas évek közötti stabil arány megteremtését követeli; meg kell hosszabbítani a keresőtevékenység szakaszát. A harmadik komponensre a megoldást nem a családpolitika, hanem az oktatás jelenti: a magasabb képesítés kielégítő nyugdíjszintet biztosít a felosztó-kirovó rendszerben.

Az 1992-ben bevezetett reformok stabilizálták a nyugdíjrendszert: az előrehozott nyugdíjakkal alkalmazott levonás csökkentette a nyugdíjkifizetések összegét, bevezették a demográfiai folyamatokat figyelembevevő fenntarthatósági tényezőt, ami tovább stabilizálta a rendszert; bevezették az időskori elszegényedés megelőzését

célzó alapszolgáltatást, megerősítették a privát nyugdíjat és a foglalkoztatói időskori gondoskodást; a nyugdíjkorhatárt 65 évről 67 évre emelték.

A 2014-ben bevezetett reformok értékelése egyértelműen negatív. Az időskorú generáció két csoportját (anyasági nyugdíj, nyugdíjazás 63 éves kortól való választhatósága) kedvezményezte a fiatalabbak rovására, ami tartós hatást fog gyakorolni a következő évtizedek nyugdíjfinanszírozására.

Az OECD nyugdíjrendszerei:

Monika Queisser (OECD) szerint az OECD összes országa szembeesül az időskori biztosítás költségeinek kordában tartásával és az időskori szegénység megelőzésével. A nyugdíjakra fordított közkiadások mindenütt növekednek. A nyugdíjpolitika fókuszma már általában nem a nyugdíjformulára és annak fenntartható alakítására, hanem az időskorúak keresőtevékenységben való részvételének növelésére irányul.

Az egyes országokban egymástól messze eltérő nyugdíjkorhatárt alkalmaznak, ami különböző stratégiákra utal: a korai nyugdíjazás felszabadítja a munkaerőpiacot a fiatalabb generációk számára, másrészt viszont a méltányos nyugdíj biztosításához elegendő járulékot kell befizetni.

Egy összehasonlítás rávilágít, hogy a munkából származó alacsony jövedelmek problémájára, amely Németországban óhatatlanul időskori szegénységhez vezet, másutt, mint Dániában, igenis van alternatív megoldás. Az OECD vizsgálatai szerint az időskori szegénységet gyakran eltúlozzák, ám ezzel szemben az 1980-as évek közepe óta számos OECD-országban a 18 és 25 év közöttiek körében növekedik a szegénység kockázata.

Általános jelenség a privát nyugdíjbefektetések alacsony hozama, miáltal az állami nyugdíj kiegészítése céljából való megtakarítás vonzereje jelentősen csökken.

Az OECD nyugdíjrendszereinek közös vonásai: a munkaerőpiac tehermentesítése és a nyugdíjazás közötti összefüggés csökkenése, a munkakörülményeknek a növekvő nyugdíjkorhatár mellett tulajdonított nagyobb figyelem, bizonyos csoportok halálozási valószínűségének a nyugdíjszámítás során való figyelembevétele (pl. a nők tovább élnek, mint a férfiak, a magasabb végzettségűek tovább élnek, mint az alacsonyabb végzettségűek), a gazdasági változók, mint az általános bérszint és a növekedési ráta figyelembevétele, valamint fenntarthatósági faktorok bevezetése. Ám óvakodni kell a nyugdíjrendszernek túl sok individuális korrekciós komponenssel való megterhelésétől.

A privát öngondoskodás támogatása majdnem mindenütt napirenden van, ám az eredmények – nem feltétlenül a válsággal összefüggésben alacsony kamatok miatt – többnyire elmaradnak a várakozásoktól. Egyes országok a támogatási rendszerek reformjával reagálnak, amelyek célja, hogy időskorban jelentősen magasabb összeg álljon rendelkezésre a kötelező nyugdíjbiztosítás kiegészítéséhez. Ám nyitott marad a kérdés, hogy az időskori szegénység enyhíthető-e a nyugdíjrendszer keretében, vagy inkább a szociális rendszert kell megfelelően kiigazítani. Egy dolog biztosnak látszik: a fokozódóan megszakított keresőtevékenységi biográfiák figyelembevételével kiegészítő intézkedéseket kell hozni a nyugdíjszolgáltatások javítása érdekében.

Jelentés a szívsebészeti beavatkozásokról Németországban 2014-ben
Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)
Pressemitteilung zur Vorstellung des Herzberichtes 2014 am 28.1.2015

Kulcsszavak: kardiológia, szívsebészet, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.dgthg.de/node/515>

A jelentés nyomtatott verziója ingyenesen megrendelhető:

a Deutsche Herztiftung-tól: <http://www.herztiftung.de/herzbericht> ;

további információk, ábrák igényelhetők a Német Mellkas-, Szív- és Érssebészeti Társaság sajtóosztályától: presse@dgthg.de

79 szívsebészeti kórházi osztály:

A szívsebészeti beavatkozások száma továbbra is stabil; a szívsebészeti társaság üdvözi a Közös Szövetségi Bizottság irányelvét a minimálinvazív szívbíllentyű beavatkozásokra vonatkozóan; a szívsebészek fontos törekvése a betegbiztonság további erősítése.

A beavatkozások száma változatlanul magas szinten stabil. 2013-ban az előző évekhez hasonlóan kerekén 100.000 szívműtetre került sor. A betegek túlélési rátája meghaladja a 95%-ot.

A koronária-bypass műtétek száma stabilizálódott:

A kardiológiai beavatkozásoknak több mint a felét 2013-ban is a koronária-bypass műtétek tették ki. Az izolált bypass műtétek és az egyéb szívsebészeti beavatkozásokkal kombinált bypass műtétek száma az elmúlt években 55.000 körül stabilizálódott.

A szívsebészek és kardiológusok szakmai társaságai 2014-ben a koronáriás szívbetegekről szóló orvosi szakmai irányelvekkel kapcsolatban megerősítették, hogy minden esetben egy szívsebészből és egy kardiológusból álló interdiszciplináris teamnek kell eldöntenie, hogy a bypass műtét, vagy a sztentimplantáció-e a helyes terápia. A szívsebészeti társaság azt ajánlja a betegeknek, hogy a kórház kiválasztása során minden esetben kérdezzenek rá arra, hogy létezik-e aktív, rutinszerűen rendelkezésre álló szívsebészeti team.

Kontakt:

Thomas Krieger, Pressereferent,

Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Tel: 49-33439 18746; Mobil: 49-1577 7832685,

E-Mail: presse@dgthg.de

***Amerikai belgyógyászok szerint egészséges embereken
kevesebb kardiológiai vizsgálatot kellene végezni
Annals of internal Medicine (2015; 162: 438-447)***

Kulcsszavak: kardiológia, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye: <http://annals.org/article.aspx?articleid=2197181>

Az Amerikai Belgyógyász Szövetség (American College of Physicians) szerint túl gyakran végeznek EKG-t, szívultrahang-vizsgálatot és terheléses myocardialis szcintigráfiát olyan betegeknél, akiknél nem merül fel semmilyen kardiológiai kockázat. Az *Annals of internal Medicine* hasábjain közzétett irányelv szerint a felesleges kardiológiai vizsgálatok egyrészt felérnek a pénzkidobással, másrészt árthatnak a betegnek.

Az *American College of Physicians* szerint az EKG, a stressz-echokardiográfia és a terheléses myocardialis szcintigráfia alkalmazása túl gyakori. Szívbetegeknél természetesen mindhárom vizsgálatnak megvan a maga helyi értéke. ***Roger Chou professzor (Oregon Health & Science University Portland)*** szerint azonban kardiológiai kockázatok nélküli egészséges emberek számára ezek nem javallottak.

A belgyógyász szakorvos egy hatvanéves, átlagos vérzsírszinttel rendelkező nő példájával szemlélteti állítását (összcholeszterin 211 mg/dl, HDL 59 mg/dl). További kockázati tényezők nélkül koronáriás szívbetegségben való megbetegedésének tíz évre előrevetített kockázata két százalék.

Esetében tehát az EKG alkalmazása szükségtelen lenne. Az EKG-lelet azonban elbizonytalaníthatja a beteget és adott esetben következő diagnózisként stressz-echokardiográfia végzését eredményezhetné. E két vizsgálat kockázata bagatellnek tűnhet, ám Chou professzor szerint a stressz-echokardiográfia 10.000 eset közül egy esetben komplikációhoz vezethet és kórházi kezelést tehet szükségessé.

A stressz-echokardiográfia alacsony specificitása azt eredményezhetné, hogy a beteg nőnek felkínálnak egy terheléses myocardialis szcintigráfiát. Ennél a vizsgálatnál egy radiokatív tracer injektálására kerül sor, amelyhez 15,6 mSv sugárdózis társul (mellkasi röntgennél: 8 mSv). Chou idéz egy tanulmányt, amely szerint 50 éves és annál idősebb betegeknél végzett 10.000 terheléses myocardialis szcintigráfia során a rákos megbetegedésekben szenvedők meglévő számához 2 és 25 közötti további eset járul.

A terhességmegszakítások statisztikája Németországban 2014-ben
Deutsches Ärzteblatt online, 2015. március 10.

Kulcsszavak: nőgyógyászat, terhességmegszakítás, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62095>

A Szövetségi Statisztikai Hivatal sajtóközleménye (2015. március 10.):
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_085_233.html

A terhességmegszakítások statisztikája a Gesundheitsberichterstattung des Bundes honlapján:
https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasta&p_aid=0&p_sprache=D&p_knoten=NE2007

A terhességmegszakítások száma Németországban évek óta csökken. A Szövetségi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2014-ben kereken 99.000 terhességmegszakítást jelentettek be, 3,0%-kal kevesebbet, mint egy évvel korábban. 2004-ben a terhességmegszakítások száma még 129.650 volt. 2004-ben 10.000 (15 és 49 év közötti) nőre 66, 2014-ben 55 terhességmegszakítás jutott.

2014-ben a magukat terhességmegszakításnak alávető nők egynegyede 18 és 34 év közötti, mintegy 8%-a legalább 40 éves volt, szűk 4%-a még nem érte el a felnőttkort. A nők mintegy 39%-ának még nem volt saját gyermeke.

Németországban a közeljövőben vénymentessé válik az „esemény utáni tabletta”, ebből azonban egyelőre nem vonhatunk le következtetéseket a terhességmegszakítások számának jövőbeli alakulására vonatkozóan. A 2014-ben bejelentett terhességmegszakítások 96%-ára a tanácsadási eljárást követően került sor. A többi eset orvosi vagy kriminológiai okokhoz kapcsolódott. A beavatkozások kétharmadánál vákuumos leszívást alkalmaztak.

A terhességmegszakítások 79%-ára nőgyógyászati praxisokban, 18%-ára ambulánsan kórházban került sor. A nők 7%-a nem a lakóhelye szerinti tartományban végeztette el a beavatkozást.

Tájékoztatás:

Hans-Jürgen Heilmann,
Statistisches Bundesamt
Tel.: 49-611-75-8154,
www.destatis.de/kontakt

Osterloh, Falk: Nővérhiány a kórházakban az éjszakai műszakban
Deutsches Ärzteblatt print, 2015; 112(11): A-440 / B-380 / C-372

Kulcsszavak: kórházügy, ápolóhiány, emberi erőforrás, Németország

Forrás Internet-helye:

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/168794/Pflege-in-Krankenhausern-Nachtdienst-zum-Teil-deutlich-unterbesetzt>

A 2015. március 6-ról 7-re virradó éjszakán a „Verdi” közszolgáltatói szakszervezet 237 kórházban felmérést végzett az éjszakai szolgálatban az ápolószeméllyel való ellátottságról. Az eredmény: a meglátogatott 2.056 osztály közül 1.147 osztályon a szolgálatban levő ápoló egyedül dolgozott. Ezeknek az ápolóknak átlagosan 25 beteget kellett ellátniuk. 20 osztályon egy szakápoló dolgozott, akinek egy képzését végző munkaerő, 33 osztályon egy segédápoló volt segítségére. Öt osztályon a betegeket egy segédápoló látta el, szakápoló közreműködése nélkül. Az ápolóknak több mint a fele nyilatkozta, hogy időhiány miatt gyakran nem tudják biztosítani a szükséges szolgáltatásokat. Ez egyértelműen az alacsony létszámnak tulajdonítható. A megkérdezettek 60%-a szerint amennyiben nagyobb létszámú személyzet állna rendelkezésre, veszélyes helyzeteket lehetne megelőzni. A szakszervezet szerint a kórházakból 162.000 foglalkoztatott, ezek között 70.000 ápoló hiányzik.

A Német Kórháztársaság (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) komolytalannak nevezte a felmérést. Az igaz, hogy a kórházakban munkaerőhiány van, mintegy 5.000 ápolói állás betöltetlen, ám ennek oka nem a költségmegtakarítás, hanem az ápolóhiány.

**Florian Staeck: Leleplező tanulmány:
lobbisták dominálnak a Bundestag egészségügyi bizottságában?**
Ärzte Zeitung online, 2015. március 11.

Kulcsszavak: szakpolitika, lobby, Németország

Forrás Internet-helye:

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/default.aspx?sid=881143&cm_mmc=Newsletter-Newsletter-C-20150311-Berufspolitik

Az 1990-es évek végén Andrea Fischer akkori zöldpárti szövetségi egészségügyi miniszter „cápáktól hemzseggő medencéhez” hasonlította az egészségügyet. A billogot azóta sem sikerült levakarni. Most azzal kapcsolatban bukkant fel ismét a közbeszédben, hogy egy tanulmány szerint a Bundestag egészségügyi bizottságában működő lobbyk a kelleténél nagyobb befolyással rendelkeznek. Két politológus átvilágította a Bundestagban működő bizottságok 2009 és 2013 közötti munkáját és arra a következtetésre jutott, hogy az egészségügyi bizottságban a dolgok bizony másképpen működnek.

Szakértők siserehada az egészségügyi bizottságban:

Más bizottságokkal való összehasonlításban ez azonnal szembetűnő. A négy év során a külügyi bizottságban mindössze 28 szakértő jelent meg és foglalt állást. Az egészségügyi bizottság ülésein ezzel szemben 528 külsős szakértő vett részt és 1.274 állásfoglalást fogalmazott meg. Az egészségügyi bizottság 119 ülésének a felére hívtak meg szakértőket, akik átlagosan tizenegy állásfoglalást ismertettek, ami ugyancsak rekordnak számít.

A szakértők pusztán száma mellett az őket delegáló szervezetek is relevánsak. Ha a Bundestag összes bizottságát figyelembe vesszük, az üléseken a szakértők 37%-át szakmai szervezetek delegálták, 36%-át privát szakértők tették ki. A vállalkozások a szakértők 8%-át, az intézmények 4%-át, az alapítványok 2%-át delegálták.

Nem így az egészségügyi bizottságban: a szakértők 64%-át a szakmai szervezetek delegálták, a privát szakértők aránya csak 24,4% volt. Az arány az ugyancsak nagy érdekcsoportok által ostromlott szociális bizottságban is fordított volt: a szakértők 28%-át a szakmai szervezetek delegálták, a privát szakértők aránya viszont 64% volt.

Az állásfoglalások száma tekintetében az egészségügyi bizottságban az alábbi sorrend alakult ki: a Kötelező Betegpénztárak Csúcsszövetsége (41 állásfoglalás), a Szövetségi Orvosi Kamara (32), a Privát Betegbiztosítók Szövetsége (29), a Fogyasztóvédők Szövetsége (28), a Német Kórház társaság (22), a Betegpénztári Orvosok Szövetségi Egyesülése (20).

Csúcsforgalom az „Exit” eutanáziaszervezetnél
Deutsches Ärzteblatt online, 2015. március 11.

Kulcsszavak: eutanázia, orvosetika, Svájc, Németország

Forrás Internet-helye: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62113>

Az elmúlt évben kétharmaddal többen regisztráltak a svájci „Exit” eutanáziaszervezetnél, mint 2013-ban. 2014-ben 13.500 személy lépett be. Az „Exit” segítségével 2014-ben 583, 2013-ban 450, 2010-ben 257 személy követett el öngyilkosságot.

A szervezet 2014 végén a német nyelvű kantonokban és Tessinben 81.000 taggal rendelkezett. A növekedést egyebek között a lakosság elöregedésével és a demenciában szenvedők számának növekedésével hozzák összefüggésbe. 2013-ban Hans Küng (86) svájci teológus is bejelentette, hogy tervei szerint egy napon maga is az „Exit” szolgáltatásaihoz fog fordulni.

Svájcban az asszisztált öngyilkosság legális, amennyiben a segítő személyesen nem profitál a beteg halálából. Az olyan eutanáziaszervezetek, mint a „Dignitas” és az „Exit” segítséget nyújthatnak az öngyilkossághoz. Az aktív eutanázia azonban a tettes indokaitól függetlenül tilos; a passzív és indirekt eutanázia megengedett.

Németországban az aktív eutanázia tilos. A Büntetőtörvénykönyv a kérésre való ölést – pl. gyógyszerek beadását – öt évig terjedő szabadságvesztéssel bünteti. Ezzel szemben az ún. passzív eutanázia nem büntetendő, pl. a lélegeztető készülék kikapcsolása, ha ez megfelel a beteg akaratának. Mivel azonban az öngyilkossági kísérletek Németországban jogi úton nem perelhetők, az öngyilkosságban való segédkezés sem jár büntetéssel. A segítők azonban a segítségnyújtás elmulasztása miatt feljelenthetők.

Az elmúlt év decemberének közepén a tartományi orvosi kamarák elnökei kinyilvánították, hogy a beteg megölése, valamint az öngyilkosságban való segédkezés akár annak kérésére is, nem tartozik az orvos feladatai közé. Ez egybeesik a Német Etikai Tanács állásfoglalásával, amely elítélte a kereskedelmi tevékenységként folytatott öngyilkossághoz való segédkezést.

ELŐJEGYZÉSI LISTA:

2015. 10. sz. (2015. április 20.)

Svájc:

- A Svájci Egészségügyi Obszervatórium két tanulmánya a Commonwealth Fund 2014-ben végzett felmérésének eredményeiről
- Az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása: az elvárások és a megvalósíthatóság között
- A kockázatkiegyenlítés finomítása a gyógyszerköltségek figyelembevételével
- Kezelési láncok és metszéspontok Svájcban
- Munkaerőpiaci effektusok a svájci időskori gondoskodási stratégia szempontjából
- A kifizetetlen munka statisztikája Svájcban 2013-ban – Satellitenkontos 2013

Háziorvosi ellátás:

- Összehasonlító vizsgálat a (házi-)orvosi ellátások igénybevételéről Németországban és Norvégiában
- A háziorvosok és az üzemorvosok között nem teljes az összhang
- Elmélkedés a háziorvosi ellátás jövőjéről

Nemzetközi vegyes hírek:

- Kháosz a görög egészségügyben
- Az IMS Health tanulmánya a vénymentes gyógyszerek forgalmáról 2014-ben

VÁRÓLISTA:

Jelentés a németek egészségmagatartásáról

Jelentés az orvostechnikai ágazat helyzetéről Németországban 2015-ben (BvMed)

Ápolás:

A „Szövetség a demenciásokért” agendája

Önálló életvitel időskorban – Ambient Assisted Living

Szakértői jelentés az idősápolók képzéséről Németországban (ZeS Bremen)

A tökefedezet szükségessége az ápolás területén (WIP-PKV Diskussionspapier)

Egészséggazdaság:

- Exportok az egészséggazdaságban
- Az életkori struktúra és az egészségügyi kiadások összefüggése az OECD országokban
- Szakértői jelentés az ambuláns kórházi sürgősségi ellátásról. Költségkalkuláció és strukturális elemzés
- Az RWI tanulmánya a kórházügyi tervezésről

Gyermekjogok:

- Jelentés a gyermekjogok helyzetéről Németországban 2015-ben – Kinderreport 2015
- A szegénység hatása a gyermekek fiziológiai fejlődésére (Bertelsmann Stiftung)
- A szegénység hatása a gyermeki agy fejlődésére
- Etikai nyilatkozat a gyermekek elleni erőszakról

Szociálpolitika:

- Stratégiai jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban (2015)
- Jahresüberblick Sozialpolitik 2014 (Zeitschrift für Sozialreform)
- Az európai szociális modell kihívásai (Friedrich-Ebert-Stiftung)