

Die praktische Frage

Die neue Regelung zur Schwerarbeitspension: Warum sie kaum hilft



Mag. Iris Kraft-Kinz
MEDplan, 1120 Wien,
Tel. 01/817 53 50-260

Foto: die Abbilderei

Pflegekräfte sollen künftig leichter Anspruch auf die Schwerarbeitspension erhalten. Tätigkeiten mit hoher körperlicher oder psychischer Belastung sind grundsätzlich von der bestehenden Regelung erfasst. Die Voraussetzungen – darunter 15 Tage Schwerarbeit pro Monat, bestimmte Werte beim Kalorienverbrauch oder eine Mindestanzahl an Nachtdiensten – sind im Pflegebereich jedoch nur schwer nachweisbar. Schätzungen zufolge könnten bis zur Hälfte der künftig in Pension gehenden Pflegekräfte von der Neuregelung betroffen sein.

Arbeitsstunden statt Arbeitstage

Eine Änderung der Kriterien ist für Anfang 2026 vorgesehen. Künftig sollen geleistete Arbeitsstunden statt Arbeitstage herangezogen werden. Die bisherige Definition körperlicher Belastung über Kalorienverbrauch wird überdacht. Auch psychische Belastungen sollen stärker berücksichtigt werden. Bestehende Berufsgruppen bleiben von der Änderung unberührt.

Unverändert bleibt die Grundvoraussetzung von 45 Versicherungsjahren und zehn Jahren Schwerarbeit innerhalb der letzten 20 Jahre. Das macht in meinen Augen den Reformaufwand zunichte: Für viele Frauen im Pflegebereich bleibt die Schwerarbeitspension wenig mehr als eine Fata Morgana am Horizont, da sie häufig später ins Erwerbsleben eingestiegen sind. Gleiches gilt für Fachhochschulabsolventinnen und -absolventen: Sie beginnen ihre berufliche Tätigkeit in der Regel erst im Alter von 21 Jahren und erfüllen die Anforderungen daher meist nicht rechtzeitig.

Personen, die Angehörige zu Hause pflegen, können ebenfalls unter bestimmten Voraussetzungen Pensionsversicherungszeiten erwerben. Wird eine Erwerbstätigkeit wegen der Pflege eines nahen Angehörigen mit Pflegegeldstufe 3 oder höher unterbrochen, besteht die Möglichkeit einer Weiterversicherung. Die Beiträge übernimmt der Bund. Voraussetzung ist, dass die Pflege zu Hause erfolgt und die gesamte Arbeitskraft beansprucht wird.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit einer Selbstversicherung, etwa für Personen ohne vorherige Versicherung oder bei gleichzeitiger Teilzeitbeschäftigung. Auch für die Pflege eines behinderten Kindes ist diese Form der Versicherung vorgesehen, in diesem Fall bis zum 40. Lebensjahr des Kindes. In beiden Fällen erfolgt die Beitragstragung durch öffentliche Stellen. Die Versicherungszeiten werden im Pensionskonto gutgeschrieben. Ein rückwirkender Einstieg ist unter bestimmten Bedingungen möglich.

Intensive Blutdrucktherapie bei Typ-2-Diabetes

Weniger (als 120 mmHg) ist mehr!

SHANGHAI – Chinesische Forscher wollten es nach ACCORD und SPRINT noch einmal wissen: Lässt sich mit einer intensivierten Blutdrucktherapie bei Typ-2-Diabetikern das kardiovaskuläre Outcome verbessern?

Ein erhöhter systolischer Blutdruck ist die häufigste Begleiterkrankung bei Personen mit Diabetes. Er wirkt sich negativ auf das kardiovaskuläre Risiko aus und stellt zugleich den am besten modifizierbaren Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen bei dieser Patientengruppe dar. Dennoch ist nach wie vor unklar, welche Zielwerte für die Senkung des systolischen Blutdrucks in Bezug auf das kardiovaskuläre Risiko am wirksamsten sind.

Bislang keine schlüssige Evidenz

Die ACCORD-Studie¹, die 2010 rund 5000 Personen mit Typ-2-Diabetes in eine intensivierte Gruppe (SBP < 120 mmHg) und eine Standardgruppe (< 140 mmHg) randomisiert hatte, konnte keinen signifikanten Vorteil der intensiven Blutdrucksenkung gegenüber der Standardbehandlung in Bezug auf das kardiovaskuläre Outcome finden. Die SPRINT-Studie² hingegen ergab, dass das Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse mit einer intensivierten Blutdruck-Therapie sehr wohl reduziert werden kann – allerdings bei Patienten ohne Diabetes. Um

die Lücke der bis heute nicht ganz schlüssigen Evidenz zu schließen, hat ein chinesisches Forscherteam die Blood Pressure Target in Diabetes (BPROAD)-Studie³ auf den Weg gebracht, um erneut zu untersuchen, wie sich eine intensive Senkung des systolischen Blutdrucks im Vergleich zu einer Standardbehandlung auf schwere kardiovaskuläre Ereignisse bei Menschen mit Typ-2-Diabetes auswirkt.

12 821 Patienten (≥ 50 Jahre) mit Typ-2-Diabetes und erhöhtem systolischen Blutdruck wurden nach dem Zufallsprinzip über einen Zeitraum von fünf Jahren entweder intensiv

(SBP < 120 mmHg) oder nach Standard (SBP < 140 mmHg) behandelt. Alle hatten ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko (z. B. klinische/subklinische kardiovaskuläre Erkrankung in den letzten drei Monaten/drei Jahren vor Studienbeginn, zwei oder mehr Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen oder eine CKD). Der primäre Endpunkt war eine Kombination aus nicht tödlichem Schlaganfall, nicht tödlichem Herzinfarkt, Behandlung oder Krankenhausaufenthalt wegen Herzinsuffizienz oder Tod aufgrund kardiovaskulärer Ursachen. Die sekundären Endpunkte inkludierten alle oben genannten Ereignisse, zusätzlich Tod aus jeglicher Ursache und eine Kombination aus dem primären Endpunkt und Tod jeglicher Ursache. Auch der Beginn oder das Fortschreiten einer CKD wurde bei den sekundären Endpunkten berücksichtigt. Die mittlere Beobachtungszeit betrug 4,2 Jahre.

Hypotonie und Hyperkaliämie beachten

In beiden Gruppen ließ sich der Blutdruck schnell senken und pendelte sich innerhalb eines Jahres ein: In der intensivierten Gruppe wurde ein mittlerer SBP von 121,6 mmHg, in der Standardgruppe ein mittlerer SBP von 133,2 mmHg erreicht. Nach einem Jahr hatten etwa 60 % der Patienten in der intensivierten Gruppe den Zielblutdruck von < 120 mmHg erreicht. Dafür waren mehr antihypertensive Substanzen

notwendig als in der Standardgruppe.

Der kombinierte primäre Endpunkt trat während der mittleren Nachbeobachtungszeit von 4,2 Jahren in der intensiven Gruppe bei 393 Patienten (1,65 Ereignisse pro 100 Personenjahre) auf, in der Standardgruppe bei 492 Patienten (2,09 Ereignisse pro 100 Personenjahre). Das heißt, es kam zu einer Risikoreduktion in der intensivierten Gruppe von 21 % (HR 0,79; 95 % KI, 0,69 bis 0,90; p < 0,001). Die Häufigkeit schwerwiegender unerwünschter Ereignisse war in den beiden Behandlungsgruppen ähnlich. Allerdings traten symptomatische Hypotonie und Hyperkaliämie häufiger in der intensiv behandelten Gruppe auf.

Trotz «einiger Limitationen» der Studie resümieren die Autoren, dass eine intensive Kontrolle des systolischen Blutdrucks bei Patienten mit Diabetes zur Vorbeugung von schwerwiegenden kardiovaskulären Ereignissen sinnvoll ist. Allerdings sollten Patienten mit intensiven Blutdruckzielen insbesondere zu Beginn regelmäßig kontrolliert werden, da es zu Hypotonie kommen kann. Darüber hinaus müsse bei Nutzung mehrerer blutdrucksenkender Medikamente der Kaliumspiegel überwacht werden. *GLU*

1. The ACCORD Study Group, N Engl J Med 2010; 362: 1575–1585

2. The SPRINT Research Group, N Engl J Med 2015; 373: 2103–16 und N Engl J Med 2021; 384: 1921–1930

3. Bi Y et al. N Engl J Med 2025; 392: 1155–1167; doi: 10.1056/NEJMoa2412006



Verbesserung der Symptome und der Lebensqualität

Chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen ade

WIEN – Mepolizumab ist eine zielgerichtete Behandlungsoption bei chronischer Rhinosinusitis mit nasalen Polypen (CRSwNP), welche die belastenden Symptome der Erkrankung zu lindern vermag. Anlässlich des World Nasal Polyps Day machte die Firma GSK auf die Thematik aufmerksam.

Patienten mit Nasenpolypen, die im Rahmen einer chronischen Rhinosinusitis auftreten können, haben belastende Symptome: Obstruktion der oberen Atemwege, Rhinorrhoe oder dickflüssiges Nasensekret, eine Verminderung des Geruchsinns und Schmerzen oder Druck im Gesicht. Dazu kommen Schlafprobleme wegen der behinderten Nasenatmung sowie verminderte Konzentration und Produktivität. All das führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität, mitunter sogar zu Depressionen,

sagte Dr. Stefan Edlinger, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im MedamMarkt Ärztezentrum in Wien.

Zielgerichtete Therapie mit Anti-IL-5-Biologikum

Bei bis zu 85 % der Betroffenen ist eine Schleimhautentzündung vom Typ 2 für die Entstehung der chronischen Rhinosinusitis mit nasalen Polypen verantwortlich. Typ-2-Entzündungen sind durch die Zytokine IL-4, IL-5 und IL-13 sowie durch die Aktivierung und Rekrutierung von Eosinophilen und Mastzellen gekennzeichnet. Eine Eosinophilenzahl von ≥ 150 Zellen/μl gilt als Biomarker für eine Typ-2-Entzündung.

Mepolizumab hemmt IL-5 und bringt die eosinophilen Granulozyten im Blut auf ein physiologisches Niveau. Es stellt daher eine geeignete Therapieoption bei Patienten dar, die nach zumindest einem chirur-

gischen Eingriff (FESS – functional endoscopic sinus surgery) nicht ausreichend mit systemischen Kortikosteroiden kontrolliert werden können (siehe Kasten).

Mepolizumab im EKO

Als Zusatztherapie zu intranasalen Kortikosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender CRSwNP nach chirurgischer Behandlung und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Kortikosteroide.

Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle sechs Monate durch Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung von CRSwNP.

Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten sechs Monate eine Verbesserung des Nasenpolypen-Scores (NPS) um mindestens einen Punkt erzielt werden kann.

Klinische Studien zeigten, dass die Behandlung mit Mepolizumab zu einer signifikanten Verbesserung der nasalen Obstruktion (VAS-Score) und zu einer klinisch relevanten Verbesserung der Lebensqualität (SNOT-22-Score) führte. Auch die Schlafqualität konnte verbessert, der Bedarf an systemischen Steroiden reduziert werden.

Mepolizumab kann im Kühlschrank und bis zu sieben Tage bei Raumtemperatur gelagert werden. 100 mg werden alle vier Wochen als subkutane Selbstinjektion in die Bauchdecke oder in den Oberschenkel verabreicht. Die Dosierung von Mepolizumab ist unabhängig vom Gewicht oder anderen Faktoren. So ist etwa bei älteren Patienten mit Nieren- oder Leberfunktionsstörungen keine Dosisanpassung notwendig. *Red/GLU*

Pressegespräch der Fa. GSK