Arbeitnehmer immer länger krank

Jeder dritte Krankengeldfall geht auf Rückenprobleme zurück, jeder vierte auf psychische Erkrankungen. Diesen Schluss zieht die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) aus ihrer aktuellen Studie. Demnach beziehen die betroffenen Arbeitnehmer die Ersatzleistung auch für immer längere Zeiträume: 2012 waren es durchschnittlich 89 Tage, 2016 bereits 99. Die Ursachen sieht die KKH vor allem in Versorgungsdefiziten, etwa der langen Wartezeit auf einen Termin beim Psychotherapeuten. (mmi)

Früher Schlaganfall: schlechte Prognose

Junge Schlaganfallpatienten bleiben langfristig auf Hilfe im Alltag angewiesen. Die Aussichten für Frauen sind besonders schlecht. 14 Jahre nach dem Ereignis war in einer niederländischen Untersuchung jeder fünfte Überlebende von fremder Hilfe abhängig. Das berichten Ärzte um Nathalie Synhaeve von der Universitätsklinik in Nijmegen. Als Risikofaktoren für eine ungünstige Langzeitprognose erwiesen sich weibliches Geschlecht (Odds Ratio: 2,0) und der Schweregrad des Schlaganfalls (Odds Ratio: 1,2). (bs)

J Neurol 2016, online 2. April

Sterben mit ICD ist eine Qual

Laut Umfrage der Projektgruppe „Ethik in der Kardiologie“ sprechen vier von fünf Ärzten mit Patienten erst über die schwierige Sterbephase mit implantierbarem Kardioverter-Defibrillator (ICD), wenn diese bereits begonnen hat. Wichtig wäre laut Prof. Dr. Johannes Waltenberger, Münster, eine frühe Aufklärung und das Erstellen einer Patientenverfügung. Er empfiehlt, die schon bei der Aufklärung zur ICD-Therapie zu thematisieren. (fk)

DGIM-Kongress 2016, 9.–12. April, Mannheim

Resistente Kokken & Co.

Neue Keime – größere Gefahr

Alle reden über MRSA, inzwischen werden andere antibiotikaresistente Keime zu einem größeren Problem.

Während viel über den Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) und gramnegative Erreger gesprochen wird, möchte Prof. Dr. Gerd Fätkenheuer, Köln, das Augenmerk auf Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE) lenken: „Sie sind insofern ein größeres Problem als MRSA, weil uns viel weniger Medikamente zur Verfügung stehen.“

Bei den gramnegativen Erregern haben u. a. Massentierzucht und internationale Reisetätigkeit eine Zunahme von Bakterien, die Extended-Spectrum-Betalaktamasen (ESBL) bilden, verursacht. Von fast 600 Tropenreisenden kehrte einer französische

© royaltystockphoto / Fotolia

sischen Studie zufolge die Hälfte mit multiresistenten Erregern im Darm zurück [Clin Infect Dis. 2015;61:593–600]. „Das zeigt, dass in Indien, China und Afrika die Verbreitung bereits so groß ist, dass der Kontakt damit gar nicht zu vermeiden ist“, so Fätkenheuer.

Das Bewusstsein dafür, dass Patienten mit Infektionskrankheiten besser versorgt werden müssen, scheint zu wachsen. Sogar bei einem G7-Gipfel war die Problematik bereits Thema. (tm)

DGIM-Kongress 2016, 9.–12. April, Mannheim

Tipps zur Diagnostik

Sieben Zeichen für Asthma

Wenn Patienten mit Atemwegsbeschwerden in die Praxis kommen, müssen Hausärzte auch an Asthma denken. Ein Expertenteam gibt Tipps, wie sie Asthma erkennen können.

Die Global Initiative for Asthma (GINA) hat 2015 ein Update ihrer Asthma-Leitlinie veröffentlicht. Um die Umsetzung im hausärztlichen Alltag zu erleichtern, haben Pneumologen um Dr. Ekkehard Beck, Rüdersdorf, die wichtigsten Schritte in einem Behandlungspfad zusammengefasst.

Wenn ein Patient mit Atemwegsbeschwerden unklarer Genese in die Praxis kommt, empfehlen die Pneumologen eine Sieben-Punkte-Diagnostik. Diese Symptome sprechen für Asthma:

- Trockener Husten am Tag,
- Aufwachen mit Husten in der Nacht oder am Morgen,
- Giemen beim Atmen,

- Brustenge/Atemnot,
- Verstärkung der Symptome bei Virusinfekten, feuchtkalter Luft oder körperlicher Belastung,
- verlängertes Expirium oder Giemen bei der Auskultation und
- eine FEV₁ < 80% vom Soll in der Spirometrie.

„Wenn mindestens drei der genannten sieben Punkte erfüllt sind, weist das in Richtung Asthma und rechtfertigt die Einleitung einer Asthmatherapie“, sagte Dr. Martin Köhlhäufl, Stuttgart, bei der Vorstellung der Empfehlungen. Der Patient solle dann ein kurz wirksames Beta-2-Mimetikum (SABA) erhalten, zunächst befristet auf vier Wochen. Brauche er es mehr als dreimal pro Woche, sei sofort eine Basistherapie mit einem niedrig dosierten inhalativen Kortikosteroid (ICS) notwendig. (bs)

Atemwegs- und Lungenkrankheiten 2016; 42: 14–24