

Krankenhaushygiene

Möglichkeiten und Grenzen der Beratung durch das Robert Koch-Institut im Rahmen täglicher Anfragen

Das Robert Koch-Institut ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention. In dieser Funktion gehört es zu den Aufgaben des RKI, gesundheitliche Risiken

- zu identifizieren,
- zu analysieren,
- Maßnahmen bzw. Empfehlungen zu ihrer Minimierung zu erarbeiten und
- diese zu kommunizieren.

Aufgrund der gesundheitspolitischen Bedeutung der Prävention nosokomialer Infektionen ist am Robert Koch-Institut u. a. das Fachgebiet für angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene mit der Geschäftsstelle der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) angesiedelt. In dieser Eigenschaft erreichen uns täglich zahlreiche Anfragen aus der Praxis der Krankenhaushygiene, die wir im Sinne der Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit versuchen, stets zeitnah zu beantworten (§ 3 Infektionsschutzgesetz – IfSG). Allerdings sind dem RKI bei diesem Anliegen aufgrund der prioritär wahrzunehmenden Amtsaufgaben Grenzen gesetzt (§ 4 IfSG).

Mit diesem Beitrag ist ausdrücklich nicht beabsichtigt, im Gesundheitswesen Tätige davon abzuhalten, sich mit Anfragen und Wünschen an das Robert Koch-Institut zu wenden. Das Ziel ist vielmehr,

Leserinnen und Lesern auf der Basis unserer Erfahrungen mit häufig gestellten Fragen bewährte Methoden an die Hand zu geben, wie in der täglichen Praxis auftretende Fragen im Zusammenhang mit der Prävention nosokomialer Infektionen problemorientiert und souverän auf der Basis unseres allgemein und jederzeit zugänglichen Informationsangebotes sowie der Erkenntnisse aus den unten aufgeführten Beispielen ggf. selbst beantwortet werden können.

Besonders häufig angesprochene Themen betreffen:

- die sachgerechte Aufbereitung von Medizinprodukten (unter besonderer Berücksichtigung von Prionen und thermolabilen Medizinprodukten, wie z. B. Endoskopen),
- die sachgerechte Durchführung der Hautantiseptik,
- den sachgerechten Umgang mit Parenteralia,
- die sachgerechte Durchführung von (Flächen-)Desinfektionsmaßnahmen z. B. bei Norovirusinfektionen, Adenoviren, Influenzaviren oder C. difficile,
- die Tenazität von Krankheitserregern,
- Probleme im Umgang mit Patienten, die mit Bakterien mit besonderen Resistenzen oder Multiresistenzen besiedelt oder infiziert sind (MRSA, VRE, ESBL-bildenden E. coli oder Klebsiellen; Fragen zum Screening, zur Iso-

lierung, zur Sanierung, zum Umgang mit besiedeltem Personal),

- Maßnahmen der Infektionsprävention in Heimen,
- Hilfestellung bei der Beherrschung von Ausbrüchen (Legionellen, HCV) und
- räumliche Anforderungen an Einrichtungen für das ambulante Operieren (insbesondere Fragen zur Ausstattung mit RLT).

Bereits diese Aufzählung macht deutlich, dass uns auch Fragen erreichen, die eigentlich anderen Rechtsbereichen, z. B. dem Arzneimittel- oder dem Medizinprodukterecht zuzuordnen sind. Ein wichtiges Medium der Informationsverbreitung und des Wissenstransfers sind die Internetseiten des RKI (hier des Fachgebietes für angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene). Dies zeigen auch die ca. 1 Million Zugriffe pro Jahr. Entsprechend den inhaltlichen Anforderungen ist dieses Informationsangebot folgendermaßen gegliedert (s. **■ Tabelle 1**).

Die wichtigste Informationsquelle für praxisrelevante Fragen der Prävention von nosokomialen Infektionen ist die von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI erarbeitete Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Die Aufgaben der Kommission sind in § 23 Abs. 2 IfSG beschrieben. Ihre Bedeutung

Tabelle 1

**Gliederung des Informationsangebotes des RKI zum Thema Krankenhaus-
hygiene unter <http://www.rki.de>; dort: Infektionsschutz > Rubrik: Kranken-
haushygiene**

Aktuelles	
Nosokomiale Infektionen und Krankenhaushygiene im IfSG	Prävention von nosokomialen Infektionen und Kranken- haushygiene im Infektionsschutzgesetz (IfSG) Aufgaben, aktuelle Probleme und Perspektiven der Krankenhaushygiene 1974–2004: 30 Jahre Kommission für Krankenhaus- hygiene: Von der „alten“ zur „neuen“ Richtlinie
Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene	Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Ergänzende Texte mit Bezug zu den Empfehlungen
Nosokomiale Infektionen: Definition und Berichte	Definitionen nosokomialer Infektionen Improving Patient Safety in Europe
Desinfektion	Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren Weitere Listen zur Desinfektion und Entwesung
Informationen zu ausgewählten Erregern	Informationen zu ausgewählten Erregern – Übertragung: Vorwiegend aerogen bzw. über Tröpfchen – Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen – Übertragung: Vorwiegend über Kontakt bzw. fäkal-oral, manuell – Übertragung: Vorwiegend über kontaminiertes Wasser – Übertragung: Vorwiegend über Blut/Blutprodukte bzw. Gewebe/Organe
Häufig gestellte Fragen (FAQ) Links	Fachgesellschaften, Projekte – National – Nationale Daten zur Antibiotikaresistenz – Nationale Beteiligung an europäischen Projekten – International Rechtsvorschriften/Technische Regeln Fort- und Weiterbildung Datenbanken Interessante Publikationen

und Zielstellung ist in der Einleitung zur Richtlinie ausführlich dargelegt.

Die tägliche Erfahrung zeigt, dass wir in vielen Fällen auch dann angesprochen werden, wenn es aufgrund von Unklarheiten oder Unsicherheit über das sachgerechte Vorgehen (häufig aufgrund widersprüchlicher Empfehlungen anderer Fachgremien) oder aufgrund unterschiedlicher Interpretation der Empfehlungen zu Meinungsverschiedenheiten gekommen ist und sich die Fragesteller vom RKI eine Schiedsrichter- bzw. Gutachterfunktion versprechen. (Eine in diesem Zusammenhang häufige Einleitung von Anfragen ist: „Bitte teilen Sie uns rechtsverbindlich mit, ob ...“.)

Die an uns gerichteten Fragen haben
 — einen eher formalen/rechtlichen oder
 — einen fachlichen Schwerpunkt.

Amtsaufgaben des RKI

Die Amtsaufgaben des Robert Koch-Institutes sind in § 4 Abs. 1 IfSG beschrieben. Die Beantwortung von Anfragen privater Einrichtungen oder gutachterliche Stellungnahmen im Rahmen von Meinungsverschiedenheiten gehören nicht dazu. Gemäß Satz 4 der Vorschrift sind wir allerdings verpflichtet, Oberste Landesgesundheitsbehörden auf deren Ersuchen hin zu beraten. Es entspricht aber unserer selbst gewählten Verpflichtung, keinen

Fragesteller unter Hinweis auf unsere Zuständigkeit mit formalen Hinweisen abzuspeisen. Vielmehr bemühen wir uns im Sinne einer allgemeinen Informationspflicht stets darum, eine Stellungnahme abzugeben, die die Anfragenden wenigstens in die Lage versetzt, das Problem selbst zielführend anzugehen.

Bewährte Lösungsstrategien bei Meinungsverschiedenheiten über das sachgerechte infektionspräventive Vorgehen sind

- die Fokussierung und Versachlichung des Problems in einer Besprechung unter Einbindung aller Betroffenen,
- die Information über verfügbare Leitlinien
- und schließlich, bei fehlender Verfügbarkeit passender Leitlinien, die Identifizierung des Schutzzieles und Identifizierung der das Erreichen des Schutzzieles bestimmenden Parameter.

Während bei Konflikten die Hauptaufgabe in der Konsensfindung liegt, besteht bei nüchtern fachlichen Problemen die Lösung in der Fähigkeit zur Ableitung sachgerechter Maßnahmen unter Fokussierung auf das Schutzziel. Es bleibt anzumerken, dass sich Konflikte häufig dann lösen lassen, wenn sich die Verfahrensbeteiligten über das zu erreichende Ziel verständigen.

Der ganz überwiegende Teil der Bemühungen der Gesundheitsfürsorge (Prävention) im Hinblick auf nosokomiale Infektionen ist auf die Expositionsprophylaxe ausgerichtet, welche allerdings in der physiologischen Kolonisation des Patienten ihre Begrenzung findet. So sind erfahrungsgemäß gegenwärtig ca. 30 % der nosokomialen Infektionen einer Expositionsprophylaxe zugänglich.

Die rationale Ableitung von Präventionsmaßnahmen gegen nosokomiale Infektionen folgt generell einem bewährten Schema:

- Am Anfang stehen Überlegungen zum bekannten Erregerspektrum der jeweiligen Infektion, welches aus den Ergebnissen entsprechender Surveillance bekannt ist, sowie Überlegungen zum Reservoir bzw. der Infektionsquelle der jeweiligen Infektionserreger.

- Das Erregerreservoir (die Infektionsquelle) ist unmittelbar mit den physiologischen Eigenschaften des Erregers und seiner Fähigkeit zur Anpassung an die Umgebungsbedingungen assoziiert, sodass die Kenntnis über diese Eigenschaften die Ableitung von geeigneten Präventionsmaßnahmen erleichtert.
- Sind das Erregerreservoir und die Eigenschaften des Erregers bekannt, folgen Überlegungen zum Übertragungsweg und den Eintrittspferten sowie zu dessen infektionsbegünstigenden Faktoren beim Patienten (individuelles Infektionsrisiko).
- Sind Übertragungsweg und Eintrittspferten bekannt, leiten sich daraus die möglichen Maßnahmen zur Unterbrechung der Infektionswege bzw. der Infektionsprophylaxe ab.

Die Effizienz der auf diese Weise rational hergeleiteten Präventionsmaßnahmen lässt sich durch die zuverlässige Erfassung von Infektionen objektivieren. Wann immer Unsicherheit über die Richtigkeit von getroffenen Entscheidungen zur Prävention nosokomialer Infektionen besteht, empfiehlt sich daher die Begleitung durch Surveillancemaßnahmen.

Die Einstiegsfragen für alle Lösungsstrategien sind:

- a) Worin besteht das eigentliche Problem (Kern der Fragestellung)?
- b) Gibt es bereits beschriebene Lösungen?
- c) Wenn nicht,
 1. wie können hygienerelevante Vorschriften im Rechtssystem hinsichtlich ihrer Geltung und Verbindlichkeit im Einzelfall zugeordnet werden und
 2. welche Schritte sind erforderlich, um abstrakte und allgemeine Regelungen im Praxisalltag umzusetzen.

Der häufigste Anlass von Fragen an das RKI ist, dass Anwender (Adressaten) von Hygieneempfehlungen sich nicht zutrauen, die abstrakte Darstellung eines Problems in einer Empfehlung der KRINKO problemorientiert im Hinblick auf die

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:359–367
DOI 10.1007/s00103-007-0168-z
© Springer Medizin Verlag 2007

A. Nassauer · M. Mielke

Krankenhaushygiene. Möglichkeiten und Grenzen der Beratung durch das Robert Koch-Institut im Rahmen täglicher Anfragen

Zusammenfassung

Am Robert Koch-Institut ist u. a. das Fachgebiet für angewandte Infektions- und Krankenhaushygiene mit der Geschäftsstelle der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention angesiedelt. In dieser Eigenschaft erreichen das Fachgebiet täglich zahlreiche Anfragen aus der Praxis der Krankenhaushygiene, in denen Konflikte geschildert oder rein fachliche Probleme der Infektionsprävention bei der Umsetzung von Empfehlungen angesprochen werden. Der Beitrag beschreibt Möglichkeiten und Grenzen der Beratungstätigkeit sowie Lösungsstrategien für das Herleiten des sachgerechten infektionspräventiven Vorgehens bei Meinungsverschiedenheiten. Ein Schema erläutert, wie Präventionsmaßnahmen

rational abgeleitet werden können. Zur Übung werden einige Beispiele (im Sinne einer Fallsammlung mit Lösungen) dargestellt. Die Umsetzung von Rechtsnormen bereitet juristischen Laien regelmäßig Probleme; deshalb geht der Beitrag auch auf die Hierarchie von Rechtsnormen, die Gesetzgebungszuständigkeiten, die Kommentierung und die Auslegung von Gesetzen ein.

Schlüsselwörter

Nosokomiale Infektionen · Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention · Beratung · Lösungsstrategien · Umsetzung von allgemeinen Empfehlungen

konkrete Situation selbstverantwortlich fortzuentwickeln. In solchen Fällen geschieht etwas, was dem Vorgang der Auslegung von Vorschriften durch Juristen sehr ähnlich ist. Während für Letztgenannte das Auslegen von Gesetzen Anlass allen Handelns ist, tun sich Anwender von Hygieneempfehlungen oft schwer, solche Schritte eigenständig vorzunehmen, nicht zuletzt, da sie juristische Konsequenzen im Falle einer fehlerhaften Schlussfolgerung befürchten. Beiden gemeinsam ist, dass für die Beurteilung eines Einzelfalles immer die genauen Umstände des Einzelfalles herangezogen werden müssen, die regelmäßig bei kurzen E-Mail-Anfragen nicht mitgeteilt werden können und (meist ungewollt) aus Sicht des Einsenders (und in seinem Interesse) gewichtet sind.

Einige Beispiele im Sinne einer Fallsammlung

Vorbemerkung. Ein wichtiges „Handwerkzeug“ für angehende Juristen sind Fallsammlungen mit kurzen Lösungen, die dazu dienen, typische Fallkonstellationen schnell zu erkennen und einer relevanten Rechtsfrage zuzuordnen (worauf kommt es an?). Nichts anderes geschieht, wenn in Internetportalen der Medizin häufig gestellte Fragen (FAQ) beantwortet werden. Auch hier muss der Leser zunächst erkennen, ob sein (in Teilen/im Detail abweichendes) Problem doch (auch) durch die FAQ des Anbieters in allgemeiner Form beantwortet wird. Das Abstrahieren eines Einzelfalles auf ein Rechtsproblem oder eine Rechtsfrage ist ein wichtiges Element der juristischen Ausbildung und Gegenstand langjähriger Übung. Es ist nicht das Ziel dieses Beitrages, dies in einem zum Scheitern verurteilten „Schnellkurs“ leisten zu wollen. Allerdings kann das Verständnis des Grundprinzips auch bei der Beantwortung von Fragen aus der medizinischen Praxis durch Übung nach und nach zu einer professionelleren Bewältigung des medizinischen Alltages führen. Einfacher gesagt: Nur durch Übung und das Eingestehen von Irrtümern wird man sich in der Praxis der Infektionsprävention bei Fragen mit Rechtsrelevanz dazu durchringen, eigene Entscheidungen versierter zu treffen. Dass Menschen irren

und auch Richter in ihren Entscheidungen davor nicht gefeit sind, belegt die Tatsache, dass Urteile nicht per se unanfechtbar sind. Sonst wären die Rechtsmittel der Berufung und Revision, die Möglichkeit, das Bundesverfassungsgericht oder den Europäischen Gerichtshof anzurufen, schlicht unnötig. Deshalb sind die nachfolgenden Beispiele nichts anderes als Übungen aus einer Fallsammlung, freilich nicht mit dem Anspruch eines juristischen Seminars, sondern dem Bemühen, den mit den Fragen im Alltag konfrontierten Hygienikern zu erläutern, wie ein „Fall“ gelöst werden kann.

Anwendung von Parenteralia. Ein ambulanter Pflegedienst versorgt insulinpflichtige Diabetiker und zitiert in seiner Anfrage einen Referenten auf einer Fortbildungsveranstaltung, nach dessen Auffassung eine Hautdesinfektion vor Insulingabe nicht erforderlich sei, da das Insulin Bakterien tötende Konservierungsmittel enthalte und sich die Einstichstelle schnell verschließe. Die gleiche Auffassung werde durch einen Autor in einer Zeitschrift für häusliche Pflege vertreten. Außerdem sei nach beiden Quellen eine mehrfache Nutzung von Injektionsnadeln möglich.

Da wir zu den beiden Themen explizit in den FAQ auf unseren Internetseiten Stellung genommen haben, war die Antwort einfach. Aber haben wir dem Fragesteller damit weitergeholfen? Denn die in unserem Internettext enthaltene Empfehlung postuliert eine Hautdesinfektion und rät von einer Mehrfachverwendung von Injektionsnadeln ab. Im Ergebnis liegen dem Einsender nun 2 unterschiedliche Auffassungen vor, und man hat uns eine Gutachterfunktion aufgebürdet, die wir nicht einnehmen wollen oder können, weil wir weder in der Lage sind, die angegebenen Quellen zu überprüfen oder nachzuvollziehen, ob sie korrekt zitiert sind, noch dem RKI aufgrund seiner gesetzlichen Amtsaufgaben eine solche Gutachterrolle zukommt.

Aufbereitung von Medizinprodukten. Ein Regierungspräsidium fragt an, wie ein Endoskop aufzubereiten sei, das bei einem Patienten mit Verdacht auf virusbedingtes hämorrhagisches Fieber eingesetzt worden war.

Da den Aufbereitern von Medizinprodukten regelmäßig nicht bekannt ist, mit welchen Krankheitserregern ein Endoskop potenziell kontaminiert ist, müsste es bei der Übersendung der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zur „Aufbereitung flexibler Endoskope“, die die Anforderungen an sichere Verfahren im Detail beschreibt, bleiben [1].

Im ersten, eingangs geschilderten Fall handelt es sich um die Anfrage einer privaten Einrichtung, die durch Sichtung unserer Internetseiten selbst hätte beantwortet werden können. Im zweiten Fall bittet eine Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes um Hilfe, weil bestimmte Krankheiten, in diesem Fall die Erkrankung an einem virusbedingten hämorrhagischen Fieber, aufgrund der besonderen Gefährlichkeit Warnlampen aufleuchten lassen. Trotzdem wäre die Frage durch unmittelbaren Bezug auf die publizierten bereichsspezifischen Empfehlungen der KRINKO direkt zu klären gewesen.

Prävention postoperativer Wundinfektionen/OP-Management.

Ein OP-Koordinator bemängelt, dass er Patienten nach Narkoseeinleitung erst in den OP bringen darf, wenn das Instrumentarium gerichtet ist. Da im OP aber das bessere Monitoring und Beatmungsgerät vorhanden sei, berge die Weigerung des OP-Teams Gefahren für den Patienten. Eine Literaturrecherche sei nicht erfolgreich gewesen, und er bitte nun um Hilfe, wie die zeitliche Verzögerung umgangen werden könne.

Diese per E-Mail eingegangene Anfrage legt einen Konflikt offen, in dem wir davon ausgehen müssen, dass unsere Antwort als „offizielle Stellungnahme des RKI“ dem OP-Team entgegengehalten wird.

Zwei Dinge hat der Fragesteller nicht bedacht: Es gilt auch für uns der Grundsatz „audiatur et altera pars“ (auch den anderen zu hören – schließlich geht es um eine Meinungsverschiedenheit). Die Behauptung, eine Literaturrecherche sei nicht ergiebig gewesen, hält einer Prüfung nicht Stand, da schon die Empfehlung der KRINKO „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ bei den räumlichen Anforderungen ggf. einen eigenen Vorbereitungs-

raum für Instrumententische für erforderlich hält und für diesen die gleichen hygienischen Verhältnisse wie in einem OP fordert [2]. Aus dem Kontext ergibt sich, dass das Richten der Instrumente unter hygienischen Gesichtspunkten besondere Kautelen erfordert. Nach dem geschilderten Sachverhalt ist die Auffassung des OP-Teams also eine gut nachvollziehbare Vorsichtsmaßnahme.

Schließlich wird an dem Beispiel eine dritte Komponente deutlich: Es fehlt zwar an einer eindeutigen Aussage, dass der Patient erst nach dem Richten der Instrumente in den OP gefahren werden darf. Aber allein die Erwähnung eines eigenen Raumes für den hier relevanten Schritt der OP-Vorbereitung lenkt die Aufmerksamkeit auf diese „kritische Phase“. Es geht darum, bei Fehlen einer direkten Empfehlung, den Sinn und Wesensgehalt einer Aussage fortzuentwickeln und zu prüfen, ob dadurch der eigene, konkrete Sachverhalt auch gemeint ist. In diesem Fall konkurrieren die Schutzziele aus Sicht der Anästhesie und der Hygiene. Eine Lösung ist nur möglich, wenn sich Anästhesist und OP-Team darüber einigen, welche Verfahrensschritte im OP-Betrieb beide Schutzziele angemessen berücksichtigen.

An anderer Stelle sagt die zitierte (OP-) Empfehlung: „Zu einem ausreichenden Infektionsschutz tragen betrieblich-organisatorische, funktionell-bauliche und apparativ-technische Maßnahmen bei. Deren wechselseitige Gewichtung wird wesentlich durch die medizinische Aufgabenverteilung und die jeweiligen örtlichen Bedingungen bestimmt. Der detaillierte Abgleich zwischen hygienischen, ausstattungstechnischen und organisatorischen Vorgaben und Ansprüchen kann deshalb nicht Gegenstand einer nationalen Leitlinie sein. Die vorliegende Empfehlung muss deswegen obligat den örtlichen Gegebenheiten entsprechend umgesetzt werden und ist mit dem Krankenhaushygieniker abzustimmen.“

Einfacher gesagt, auch Leitlinien können nicht alle Sachverhalte und Verfahrensabläufe abschließend beschreiben, sondern sie sind – wie Rechtsvorschriften auch – auszulegen, bzw. es muss geprüft werden, ob eine allgemeine

Aussage in einer fachlichen Empfehlung auf eine konkrete Situation (z. B. im OP) zutrifft.

Leichenwesen. Ein Bestattungsunternehmer fragt, welche Vorsichts- bzw. Desinfektionsmaßnahmen bei Verdacht auf Erkrankung an der so genannten „Vogelgrippe“ empfohlen werden.

Es ist verständlich, dass der Einsender beim Stichwort „Vogelgrippe“ an das RKI denkt. Er hat aber nicht bedacht, dass Verordnungen über das Leichenwesen Ländersache und in diesen Vorschriften auch Normen über den Umgang mit infektiösen Leichen enthalten sind, die Ausführungsbestimmungen also auf Länderebene normiert werden und eine weiterführende Auskunft z. B. bei der Obersten Landesgesundheitsbehörde hätte eingeholt werden können.

Besucherregelungen. Eine Krankenhausärztin interessiert, ob es eine offizielle Empfehlung des RKI gibt, die das Besuchsrecht von Angehörigen, insbesondere von Kindern unter 12 Jahren bei Patienten mit Pneumonie und Enteritis unklarer Genese betreffen.

In diesem kurzen Beispiel spielen 2 rechtlich weit auseinanderliegende Bereiche eine entscheidende Rolle. Besuch im Krankenhaus zu empfangen ist ein Menschenrecht und förderlich für die Genesung. Besucherregelungen sind ein Element der „Organisationshoheit“ in jedem Krankenhaus und können einen infektionspräventiven Aspekt haben. Der Sachverhalt wird hier geschildert, um deutlich zu machen, dass weder die Vermittlung medizinischer Binsenweisheiten noch Fragen interner Regelungen (freilich basierend auf dem Wissen um die Notwendigkeit einfacher Hygieneregeln) vordringlich Gegenstand von Mitteilungen aus dem RKI sein können.

MRSA. Schier endlos sind die Fragen rund um MRSA.

„In unserem Krankenhaus wurde aufgrund eines gehäuften Auftretens von MRSA eine Mitarbeiteruntersuchung durchgeführt. Trotz Sanierungsverfahren sind 2 Mitarbeiter bei Nachtstunden seit mehreren Wochen positiv.

Folgt daraus ggf. ein Berufsverbot?

Wer trägt die Kosten für die Untersuchung und ggf. von Angehörigen der Mitarbeiter?“

Diese (gekürzte) Anfrage ist repräsentativ für die zahlreichen Anfragen mit Rechtsrelevanz. Heranzuziehende Vorschriften, die Tatbestände und Rechtsfolgen zu den o. g. Fragen enthalten, sind: § 31 IfSG (berufliches Tätigkeitsverbot), Normen aus dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) (§ 103 Abs. 1 Nr. 3).

Auch hier hat der Fragesteller eine sehr ausführliche Antwort von uns erhalten. Aber neben allen bereits oben gemachten Einschränkungen zu den Aufgaben des RKI ist hier zu bedenken, dass die Durchführung von Bundesgesetzen Sache der Länder ist (Art. 83 GG) und schon deshalb Rechtsauskünfte aus dem RKI unverbindlich bleiben müssen (s. unten). (Zugegeben, das Auffinden der im vorgenannten Beispiel genannten Normen setzt einige Rechtskenntnis voraus.)

Umgang mit Arzneimitteln. Eine Intensivstation möchte wissen, wie lange Arzneimittel, wie z. B. Adrenalin, Atropin, Morphin usw., in der gebrauchsfertigen Zubereitung (aufgezogene Spritze) bei Zimmertemperatur verbleiben dürfen?

Welche Empfehlungen können Sie geben, um eine mikrobielle Kontamination möglichst auszuschließen?

Ob das hygienisch einwandfreie Aufziehen von Medikamenten in einer Verlautbarung aus dem RKI beschrieben werden muss, darf hier offenbleiben, weil dies ein wichtiges Element der Ausbildung vieler medizinischer Assistenzberufe und Gegenstand von Lehrbüchern sein sollte. Tatsächlich wäre eine rein hygienische Betrachtung fatal, weil die Arzneimittelsicherheit und damit Regelungen aus dem Arzneimittelgesetz (AMG) ganz im Vordergrund stehen. Welche Wirkungen hochsensible Medikamente nach Stunden der Lagerung bei Raumtemperatur (noch) haben, hatte die Anfragende nicht vor Augen. [Der bestimmungsgemäße Gebrauch eines Arzneimittels ergibt sich aus der Fachinformation und der Packungsbeilage (§§ 11 und 11a AMG).]

Umsetzung von Rechtsnormen

Normenhierarchie

Die deutsche Rechtsordnung kennt kein einheitliches (geschlossenes) Hygienerecht. Vielmehr findet sich eine Vielzahl von Einzelvorschriften mit hygienerelevantem Bezug in den unterschiedlichsten Rechtsquellen [3, 4]. Zur Auslegung dieser Quellen (als Kernstück der Rechtswissenschaft) bedarf es einiger Grundkenntnisse bzgl. der Hierarchie der unterschiedlichen Rechtsquellen.

Recht der Europäischen Union

Nach dem EG-Vertrag kann die Kommission Verordnungen und Richtlinien erlassen, Entscheidungen verkünden und Empfehlungen abgeben.

Verordnungen sind in den Mitgliedsstaaten unmittelbar geltendes Recht und in allen ihren Teilen verbindlich.

Richtlinien müssen in den Mitgliedsstaaten in einer bestimmten Frist durch geeignete Rechtsvorschriften umgesetzt werden. Sie sind hinsichtlich des zu erreichenden Zieles verbindlich.

Entscheidungen sind in allen ihren Teilen für die juristischen oder natürlichen Personen verbindlich, an die sie gerichtet sind.

Empfehlungen (Stellungnahmen, CEN-Normen) haben keine unmittelbare rechtliche Verbindlichkeit; allerdings wird durch sie ein bis dahin rechtsfreier Raum durch Beschreibung eines Standards ausgefüllt, der als Leitlinie für alle Staaten der EU eine nicht unerhebliche Bedeutung hat (z. B. das CE-Zeichen als Qualitätssiegel).

Das Recht des Arbeitsschutzes, das Medizinprodukterecht und auch das der Lebensmittelsicherheit sind Bereiche, die wesentlich durch europäische Vorgaben in nationales Recht überführt wurden.

Gesetzgebungskompetenz nach dem Grundgesetz

Gem. Art. 70 Grundgesetz (GG) haben die Länder das Recht zur Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht. Ein solches Bedürfnis nach bundesgesetzlicher Regelung besteht u. a. dann, wenn

eine Angelegenheit durch die Gesetzgebung der Länder nicht wirksam geregelt werden kann (Art. 73 GG). Diese Vorschrift verleiht dem Bund die Kompetenz z. B. für die auswärtigen Angelegenheiten, das Staatsangehörigkeitsrecht und das Geld- und Münzwesen.

Umfangreich ist der Katalog der konkurrierenden Gesetzgebung (Art. 74 GG). Art. 72 GG besagt dazu, dass in diesem Bereich die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung haben, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit keinen Gebrauch macht. Gesundheits-, Arbeitsschutz und Lebensmittelsicherheit sind z. B. Rechtsbereiche, die zur konkurrierenden Gesetzgebung gehören, aber durch Vorgaben der Europäischen Union (und deren Umsetzung auf Bundesebene) besteht eigentlich kaum noch ein Bedarf seitens der Länder, ergänzend tätig zu werden. Genau betrachtet haben diese Körperschaften aktuell lediglich die Möglichkeit (und auch die Pflicht), diese Gesetze als eigene Angelegenheit auszuführen (Art. 83 GG). Art. 84 GG führt dazu weiter aus, dass die Länder die Einrichtung der Behörden und das Verwaltungsverfahren selbst regeln, soweit nicht Bundesgesetze mit Zustimmung des Bundesrates etwas anderes bestimmen.

Abschließend noch eine Bemerkung zur Verbindlichkeit von Rechtsverordnungen: Diese können aufgrund Art. 80 GG durch die Bundesregierung, einen Bundesminister oder eine Landesregierung erlassen werden. Sie haben die gleiche juristische Verbindlichkeit wie Rechtsnormen, die den Terminus Gesetz im Namen tragen. Sie sind also für die Adressaten unmittelbar geltendes Recht; ein Verstoß kann durch zuständige Behörden geahndet und Streitigkeiten darüber, ob eine Rechtsverletzung vorliegt, können durch Gerichte entschieden werden.

Kommentierung von Gesetzen

Eine weitere Hilfe für die Anwendung und das Verständnis von Rechtsnormen sind Kommentare, deren wichtigste Funktion ein Kennenlernen und eine Erläuterung eines bis dato nicht geregelten Rechtsbereiches ist. Sie greifen auf Erkenntnisse zurück, die bei der Auslegung verwandter Rechtsbereiche gewonnen wurden.

Eine wichtige Quelle von Kommentaren sind die amtliche Begründung und Protokolle aus den Bundestags- oder Bundesrats-Drucksachen, da dort die parlamentarischen Beratungen in Ausschüssen und Gremien wiedergegeben werden. Schließlich werden zur Verdeutlichung schwieriger Rechtsfragen häufig Gerichtsentscheidungen zitiert, die, insbesondere wenn Urteile oberer Gerichte ausgeführt werden, den Stand der Rechtsprechung beschreiben und damit eine wichtige Hilfestellung zur Konfliktlösung vorgeben. Gerade juristische Laien sollten jedoch darauf achten, dass Urteile Einzelfälle entscheiden und stets prüfen, ob Äußerungen eines Gerichts auch auf das eigene, aktuelle Problem anwendbar sind, weil es sich um gleich gelagerte Sachverhalte bzw. identische Rechtsfragen handelt.

Auslegung von Gesetzen

Gesetze und Verordnungen gelten allgemein, und die Kunst der Rechtsauslegung besteht darin zu entscheiden, ob ein Sachverhalt durch eine oder mehrere Rechtsnormen geregelt wird. Wichtig ist dabei, alle in Betracht kommenden Rechtsquellen heranzuziehen und zu entscheiden, welche Vorschrift auf den aktuellen Sachverhalt, die Streitfrage oder das Rechtsproblem am ehesten zutrifft. Danach ist zu prüfen, ob alle Tatbestandsmerkmale oder Voraussetzungen auch erfüllt sind und welche Rechtsfolge die Norm vorsieht. Am häufigsten hilft schon die wörtliche Auslegung von Rechtsbegriffen unter Beachtung der genannten Quellen. Entgegen allen Vorurteilen kommt es bei der Umsetzung von Recht eben nicht auf „juristische Spitzfindigkeiten“, sondern auf gesunden Menschenverstand und ein unverkrampftes Sprachverständnis an. In Einzelfällen (bei besonders komplizierten Sachverhalten) reicht dieses Vorgehen nicht aus. Dann sollte schlicht nach dem „Sinn und Zweck“ des Paragraphen (der Vorschrift) im Kontext des gesamten Gesetzes und in ihrem Verhältnis zu benachbarten, verwandten Rechtsvorschriften gefragt werden.

Hygienemaßnahmen können hinsichtlich ihrer Rechtsrelevanz 2 großen Themenblöcken zugeordnet werden:

- Sie können sich auf (Medizin-)Produkte oder auf
- (ärztlich/pflegerische) Dienstleistungen beziehen.

Gemeinsam ist beiden Bereichen die unbedingte Beachtung des Standes der medizinischen Erkenntnisse [3].

Welche Überlegungen im Einzelfall anzustellen sind, soll hier am o. e. Beispiel der Aufbereitung eines Endoskops dargestellt werden, das zuvor bei einem Patienten mit Verdacht auf ein virusbedingtes hämorrhagisches Fieber eingesetzt worden war.

- Welche Normenhierarchie ist zur Lösung des Falles zu berücksichtigen?
- Welche Rechtsbegriffe bedürfen einer Auslegung?
- Welche Anforderungen werden an die Produktqualität gestellt?
- Wie kann die Dienstleistung, ein Produkt sicher aufzubereiten, erbracht werden?

Die grundlegenden Anforderungen der europäischen Richtlinie des Rates über Medizinprodukte (93/42 EWG und weiterer Richtlinien) sind 1995 durch das Medizinproduktegesetz (MPG) in nationales Recht überführt worden. 2002 wurde das MPG neu gefasst und ist letztmalig durch ein Artikelgesetz im November 2003 geändert worden. Diese Aufzählung macht deutlich, dass Anwender stets gehalten sind, mit dem aktuellen Gesetzestext zu arbeiten, der heute sehr einfach über Internetsuchmaschinen eingesehen werden kann. Darüber hinaus haben die EU-Vertragsstaaten das Recht, Richtlinien der Europäischen Union in eigener Zuständigkeit zu konkretisieren. Das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten ist 2002 (zuletzt geändert 2003) in Deutschland durch die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetrV) gesetzlich normiert worden. In § 4 werden die Anforderungen an die Instandhaltung (und Aufbereitung) beschrieben. Nach Abs. 2 Satz 2 der Vorschrift wird eine ordnungsgemäße Aufbereitung „vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut und

des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen der Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten [5] beachtet wird“.

Im Wissen um die Tatsache, dass (flexible) Endoskope ob ihres komplexen Aufbaus besondere Anforderungen an die Aufbereitung stellen, hat die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention 2002 in Ergänzung zur o. e. Empfehlung eine bereichsspezifische Mitteilung zu den Anforderungen der Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums veröffentlicht [1].

Bis dahin wird eigentlich klar durch die Normenhierarchie geführt. Die Lösung des Falles kann aber nur über die Auslegung der entscheidenden Rechtsbegriffe in § 4 Abs. 2 Satz 1 MPBetrV erreicht werden, wonach die Aufbereitung eines Medizinproduktes unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen ist. Dass „Berücksichtigung“ rechtlich weniger bindend ist als z. B. „Beachtung“, kann ein Anwender nur durch das Studium von Kommentaren oder einschlägigen Gerichtsurteilen selbst klären. Das Beispiel hat die Besonderheit, dass die Empfehlung einer Kommission am RKI auf die Ebene eines „normkonkretisierenden Standards“ gehoben wird. Einen Hinweis vergleichbarer Qualität – wie der o. e. „gleitende Verweis“ auf die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention in der MPBetrV – enthält § 114 Abs. 3 Satz 3 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI – Pflegequalitätssicherungsgesetz): „Bei der Überprüfung der Qualität der Leistungen eines ambulanten Dienstes ist der MDK berechtigt festzustellen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 (Legaldefinition der nosokomialen Infektion) in Verbindung mit § 23 Abs. 2 (Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) IfSG entspricht“. Bei genauer Betrachtung ist dies eine sehr weitgehende Forderung, da die KRINKO-Empfehlungen zum gesetzlich vorgegebenen „Stand der medizinischen Erkenntnisse“ gemacht werden.

Auch im Strafvollzugsgesetz (StVollzG) taucht der Begriff der Hygiene auf (Untersuchungen und Mitwirkungspflichten von

Gefangenen). Im Heimgesetz (HeimG) verlangt § 11 Abs. 1 Nr. 9, dass zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner ... die einschlägigen Anforderungen der Hygiene eingehalten werden. Hier ist es der Begriff „einschlägige Anforderungen der Hygiene“, der auszulegen ist, und die Tatsache, dass die sog. RKI-Richtlinie schon in anderen Regelwerken als fachlicher Standard zugrunde gelegt ist, gibt einen mehr als deutlichen Hinweis, dass sie als Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft anzusehen ist.

In vielen Gesetzen, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften und anderen Quellen autonomen (und damit verbindlichen) Rechts finden sich Formulierungen wie z. B. „den Stand von Wissenschaft und Technik zu beachten, die erforderliche Sorgfalt anzuwenden, anerkannte Regeln zu befolgen u. ä. Auch solche Rechtsbegriffe führen natürlich im Zusammenhang mit Hygieneproblemen zu der Frage, welche Quellen herangezogen werden können, um nicht nur fachlich, sondern auch rechtlich nachvollziehbare Begründungen für ein bestimmtes Vorgehen zu liefern.

Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention

Der Beratungsumfang aus dem RKI wird wesentlich durch die Inhalte der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention bestimmt. In diesem Zusammenhang wird oft die Frage gestellt, wie verbindlich diese Richtlinie sei, ob es sich um eine nationale Leitlinie handle, die Mitteilungen der KRINKO wie ein vorweggenommenes Sachverständigen-gutachten gewertet werden können oder diese Texte lediglich Empfehlungscharakter in Anspruch nehmen (dazu ausführlich [6]).

Sachverständigengutachten

Gutachten werden in Verwaltungsverfahren (z. B. Regulierung eines Impfschadens) von den zuständigen Behörden für einen konkreten Einzelfall angefordert, wenn die relevanten medizinischen Fragestellungen durch die federführende Stelle nicht selbst beantwortet werden können.

In einem Rechtsstreit werden Gutachter vom Gericht (oft auf Antrag der Parteien) hinzugezogen, wenn sich die Beurteilung, ob ein Kunstfehler vorliegt, nicht klar aus den Prozessakten ergibt oder dies zwischen den Parteien streitig ist.

Da die Richtlinie nicht für Laien geschrieben ist (sondern sich an Ärzte und andere medizinische Sachverständige richtet), bedürfte es im Einzelfall – auch wenn die Kommissionsempfehlungen durchaus Maßnahmen sehr konkret beschreiben – regelmäßig einer gutachterlichen Erläuterung, ob der „Stand von Wissenschaft und Technik“ eingehalten wurde.

Rechtliche Verbindlichkeit

Die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist nur in wenigen veröffentlichten Urteilen [7, 8] angeführt, und wegweisend zur Verdeutlichung, wo die Grenzen für eine ungeprüfte fachliche Bedeutung zu ziehen sind, ist ein Zitat aus einer Entscheidung des OLG Hamm: „Die regelrechte Behandlung wird nicht, jedenfalls nicht allein, durch Richtlinien bestimmt. Vielmehr beurteilt sich die zu beobachtende Sorgfalt nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zur Zeit der Behandlung. Richtlinien – und für Leitlinien gilt nichts anderes – können diesen Erkenntnisstand nur deklaratorisch wiedergeben, nicht aber konstitutiv begründen. Der Arzt muss, um den erforderlichen Erkenntnisstand zu erlangen, die einschlägigen Fachzeitschriften des entsprechenden Fachgebietes, in dem er tätig ist, regelmäßig lesen.“ [9]

Fachliche Verbindlichkeit – nur Empfehlung (oder doch mehr?)

Dazu sagt die Richtlinie für Krankenhaushygiene in der Einleitung: „Nach ihrem gesetzlichen Auftrag erstellt die Kommission Empfehlungen. Deshalb ist der seinerzeit gewählte Begriff „Richtlinie ...“ nicht im engen verwaltungsrechtlichen Sinne zu verstehen. Allerdings werden die von Experten formulierten Kommissionsempfehlungen erst nach Anhörung der Länder, der betroffenen Verbände und Körperschaften durch das RKI veröffent-

licht und können sich deshalb auf einen breiten fachlichen Konsens berufen ... Bei der Umsetzung der Empfehlungen ... sind immer die besonderen Bedingungen der Einrichtungen der behandelten Patienten sowie ökonomische und ökologische Aspekte zu berücksichtigen. Von den Vorgaben der Richtlinie kann grundsätzlich dann abgewichen werden, wenn nach Prüfung alternativer Maßnahmen diese nicht zu einem niedrigeren Schutzniveau für Patienten und medizinisches Personal führen. Die entsprechenden Maßnahmen müssen im Fall der Abweichung von der Richtlinie fachlich begründet sein“.

Eine Diskussion über die Verbindlichkeit von Standards, Leitlinien, Empfehlungen, Hinweisen ist im Kontext dieses Beitrags nicht entscheidend, denn § 23 Abs. 2 IfSG beauftragt die Kommission damit, Empfehlungen für Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen zu erstellen. Die fachliche Beurteilung der Kommissionsmitteilungen unterliegt also weniger den medizinischen Termini zur Leitlinienentwicklung. Vielmehr bedarf der Rechtsbegriff „Empfehlung“ in § 23 Abs. 2 IfSG einer eigenen gesetzeskonformen Auslegung! Es war die Kommission selbst, die dazu Grundsätze aufgestellt hat, die einer systematischen Leitlinienentwicklung zumindest nahekommen. Seit 1997 werden die Mitteilungen mit Evidenzkategorien versehen und die Aussagen durch Literaturnachweise untermauert. Damit wird der bislang von wissenschaftlicher Erkenntnis (=systematisches Wissen), praktischer Erfahrung (=intuitives Wissen) und professioneller Akzeptanz geprägte Begriff des medizinischen Standards zugunsten wissenschaftlicher Evidenz verengt. Wissenschaftliche Evidenz zwingt quasi zur Befolgung, über Intuition und Erfahrung darf diskutiert werden [10].

Schlussfolgerungen

Die überwiegende Mehrzahl von Anfragen aus der Krankenhaushygiene beinhalten rechtliche wie fachliche Aspekte. Zur Beurteilung des Rechtsrahmens ist es erforderlich, dass Bearbeiter des Problems alle in Betracht kommenden Rechtsquellen heranziehen und nach einer sorgfältigen Lektüre entscheiden,

welche Rechtsnorm für den konkreten Fall – beschrieben in einem (abstrakten) Tatbestand – eine Rechtsfolge normiert. Diese Übertragung abstrakter Regeln erfolgt durch die Auslegung der im Tatbestand genannten Rechtsbegriffe (hier immer wieder genannt: Stand von Wissenschaft und Technik, Stand der medizinischen Erkenntnisse u. ä.). Diese werden in der Hygiene und Infektionsprävention wesentlich durch die Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention bestimmt. Schon der Gesetzgeber hat zu erkennen gegeben, dass er diese Empfehlungen als Standard zugrunde legt. Auf fachlicher Ebene muss aber ein weiterer Schritt erfolgen: Ob eine Empfehlung auch nach einigen Monaten oder Jahren noch dem Wissensstand entspricht, erfolgt heute unstrittig durch die Vorgaben der „evidenzbasierten Medizin“. Diesem Erfordernis versucht die Kommission durch die Vergabe von Evidenzkategorien und durch Literaturbelege nachzukommen. In letzter Konsequenz wird es Aufgabe von Anwendern bleiben zu prüfen, ob sich der Wissensstand weiterentwickelt hat. Hier sollte es Aufgabe des RKI sein, im Zweifel weiterzuhelfen. Dabei ist ein Gebot der Fairness, dass Fragesteller in der Tat die modernen Möglichkeiten einer Literaturrecherche in Anspruch nehmen.

Die Richtlinie enthält nach wie vor Lücken in wichtigen Feldern der Infektionsprävention: Empfehlungen zur Dialyse, für Immunsupprimierte, Umbaumaßnahmen u. a. Hier sollten Anwender unbedingt im Auge behalten, dass es vornehmte Aufgabe wissenschaftlicher Fachgesellschaften ist, bereichsspezifische Leitlinien zu veröffentlichen. Ein Beispiel sind die Leitlinien der Paul-Ehrlich-Gesellschaft, die wir oft zitieren, weil eine Antibiotikaphylaxe sowohl eine präventive wie therapeutische Maßnahme darstellt. Wenn also ein Bereich durch eine Fachgesellschaft bearbeitet wird, muss die Kommission im Interesse klarer Aufgabenteilung Zurückhaltung üben.

Der sensibelste Bereich in der Anwendung von Empfehlungen, Standards und Leitlinien wird – und das nicht nur in der Infektionshygiene – bleiben, in welchen Fällen von den Vorgaben abgewichen werden kann. Die Richtlinie selbst hat in ihrer Einleitung (s. oben) dazu ermuntert,

nicht am Buchstaben zu haften, sondern den Schutz des Patienten als „kategorischen Imperativ“ zu betrachten. Diese Freiheit jenseits der hier so intensiv bemühten gesetzlichen Regeln könnte mehr in Anspruch genommen werden.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Nassauer

Fachgebiet 14
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin, BRD
E-Mail: nassauera@rki.de

Literatur

1. KRINKO (2002) Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums. Bundesgesundheitsblatt 45:395–411
2. KRINKO (2000) Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen. Bundesgesundheitsblatt 43:644–648
3. Schneider A, Bierling G (2006) Hygiene und Recht: Entscheidungssammlung, Richtlinien, Loseblattsammlung (Stand März 2006). mhp, Wiesbaden. Kap. 2.3:1–13
4. Jäkel C (2004) Rechtliche Aspekte und Haftungsfragen der Krankenhaushygiene. HygMed 29: 217–221
5. KRINKO und BfArM (2001) Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Bundesgesundheitsblatt 44:1115–1126
6. Nassauer A, Mielke M (2000) Rechtsgrundlagen zum Infektionsschutz im Krankenhaus. Bundesgesundheitsblatt 43:459–465
7. Schneider A, Bierling G a. a. O, Urteil Nr. 39
8. Schneider A, Bierling G a. a. O., Urteil Nr. 125
9. OLG Hamm, NJW 2000:1801–1802
10. Hart D (2000) Evidenzbasierte Medizin und Gesundheitsrecht. MedR 2000, 1:1–5

Nächtliche Mahlzeiten

Ursachen, Prävalenz und Folgen bei Diabetikern

Häufig spielen psychosoziale Aspekte eine Rolle, wenn Diabetiker ihren Lebensstil nicht entsprechend den Empfehlungen ihres Arztes ändern. Auch die nächtlichen Essattacken beim so genannten „Night Eating Syndrome“ sind oft emotional motiviert.

Obwohl ungesundes Essverhalten für Diabetiker besonders negative Auswirkungen hat, treten Essstörungen wie Binge Eating und Bulimie sogar häufiger auf. Die Konsequenzen sind eine schlechtere Blutzuckerkontrolle und ein höheres Risiko für entsprechende Folgekrankheiten. Als Ursache werden oft Depressionen und andere psychologische Probleme beschrieben.

In einer neuen Studie aus den USA mit insgesamt 714 Typ 1- und Typ 2-Diabetikern wurden diese Zusammenhänge erstmals für das Night Eating Syndrome (NES) untersucht. Patienten von Diabetes-Zentren gaben in Selbstbeurteilungsfragebögen Auskunft über ihre Essgewohnheiten, psychosoziale Probleme und Therapie-Compliance. Per definitionem wurde bei Teilnehmern, die mehr als 25% der täglichen Nahrungsmenge nach dem Abendbrot konsumierten, NES diagnostiziert. Bei fast 10% der befragten Diabetiker wurde eine solche Essstörung ermittelt. Die Patienten mit NES hatten häufiger Übergewicht (BMI > 30 kg/m²), erhöhte HbA1c-Werte (> 7%) und ein signifikant größeres Risiko für Folgekrankheiten wie Neuropathien. Hinzu kamen Vernachlässigung der Diät und sportlicher Aktivität und eine schlechtere Blutzuckerkontrolle. Die nächtlichen Essattacken waren häufig emotional motiviert, eine direkte Reaktion auf Ärger, Trauer, Wut und Einsamkeit. Die Betroffenen berichteten deutlich häufiger von Depressionen, unsicheren Beziehungen und Kindheitstraumata (körperliche und emotionale Vernachlässigung sowie körperlicher, emotionaler und sexueller Missbrauch).

Die Autoren der Studie plädieren für eine psychotherapeutische Hilfestellung sowie das Erlernen von Methoden zur Stressbewältigung bei betroffenen Pati-

enten. Bei Diabetikern ist die gleichzeitige Therapie von Essstörungen wie NES nicht nur hilfreich, sondern essenziell, um Spätfolgen des Diabetes mellitus vorzubeugen.

Literatur:

Morse SA, Ciechanowski PS, Katon WJ, Hirsch IB (2006) Isn't this just bedtime snacking? The potential adverse effects of night-eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. Diabetes Care 29(8):1800–1804

Quelle:

*Deutsches Diabetes-Zentrum,
www.diabetes-deutschland.de*