

Nadelstichverletzung des behandelnden Arztes bei der Untersuchung einer nicht-einwilligungsfähigen Patientin – Darf ein HIV-Test durchgeführt werden?

Eine junge Frau wird im Rahmen der diagnostischen Abklärung nach Subarachnoidalblutung (klinisches Stadium Grad 5 nach Hunt und Hess) mittels Digitaler Subtraktionsangiographie (DAS) neuroradiologisch untersucht. Die komatöse Patientin ist zum Zeitpunkt der Angiographie nicht kontaktfähig (mithin auch nicht einwilligungsfähig), intubiert und beatmet.

Die Untersuchung erfolgt notfallmäßig am Sonntag durch den diensthabenden Neuroradiologen. Bei der Punktion der Leistenarterie kommt es zu einer Stichverletzung durch die Punktionskanüle am linken Daumen des Arztes. Nach Desinfektion der Stichwunde kann die Angiographie

problemlos durchgeführt und abgeschlossen werden.

Im Anschluss an die Untersuchung entwickelt sich eine Debatte um die Frage, ob bei der Patientin ohne ihre Einwilligung ein HIV-Test bzw. eine Untersuchung auf Hepatitis durchgeführt werden darf.

Zudem stellen sich die Fragen, ob für den Arzt eine prophylaktische Immunbehandlung indiziert ist und ob der Betriebsarzt aktiv werden und eine mögliche Infektionsquelle sichern muss. Geht in ethischer Hinsicht die Gesundheit des Arztes vor oder das Recht der Patientin auf informierte Einwilligung?

Kommentar I

Nadelstichverletzungen (NSV) stellen für die betroffenen Mitarbeiter eine ernstzunehmende Gefährdung gegenüber blutübertragbaren Infektionen wie z. B. Hepatitis B (HBV), Hepatitis C (HCV) und HIV dar [5]. Das übertragbare Blutvolumen durch eine NSV liegt im Mittel bei ca. 1 µl Blut [6]. Die maximale Menge an Virus, die während einer virämischen Phase im Blut auftreten kann, schwankt bei den verschiedenen Viren z. T. erheblich. Daraus folgt eine maximale Virusmenge in einer Hohlraumnadel von bis zu 1 000 000 Viren/µl Serum bei HBV, bis zu 100 000 Viren/µl Serum bei HCV und bis zu 10 000 Viren/µl Serum bei HIV. Ob eine NSV tatsächlich zu einer Infektion führt, hängt u. a. von dem Infektionsstatus des Indexpatienten (Viruslast), dem Immunstatus des Mitarbeiters, aber auch von der Verletzungstiefe (Schwere der NSV), der Dauer des Kontaktes sowie dem Zeitintervall zwischen Verletzung und Reinigung, der Anwendung prophylaktischer Maßnahmen und der Übertragungswahrscheinlichkeit ab [3].

Eine NSV sollte als Arbeitsunfall gemeldet werden, hierfür sind i. d. R. die D-Ärzte als erste Ansprechpartner zuständig. Mitarbeiter kommen auch die Krankenhausbetriebsärzte dafür in Betracht, dies wird jedoch von den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich geregelt. Nach einer NSV sollten sowohl der Patient, von dem das (potenziell) infektiöse Material stammt (Indexpatient), als auch der Exponierte serologisch und ggf. molekularbiologisch nachuntersucht werden [4].

Die Durchführung eines HIV-Tests ist i. d. R. zustimmungspflichtig. Ob nach einer NSV der Indexpatient auch ohne Zustimmung untersucht werden kann, wird aus juristischer Sicht kontrovers diskutiert. Eine Position ist, dass der HIV-Test in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit des Patienten eingreift. Die Erhebung eines Testergebnisses berühre das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und greife in das Recht des Patienten auf „Nichtwissen“ ein. Grundsätzlich dürfe der HIV-Test nur bei der informierten Einwilligung eines Patienten vorgenommen werden.

Eine andere Position ist, dass sich ein HIV-Test aus dem Tatbestand eines rechtfertigenden Notstandes gemäß § 34 StGB begründen lässt, denn für den betroffenen Mitarbeiter bestehe eine „gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr“ für Leib, Leben oder andere überragende Rechtsgüter.

Aus arbeitsmedizinischer, infektiologischer Sicht beantworten wir die Fragen folgendermaßen:

1. Darf bei der Patientin ohne ihre Einwilligung ein HIV-Test bzw. eine Untersuchung auf Hepatitis durchgeführt werden?

Ein serologischer Test auf HBV, HCV und HIV bei der Indexpatientin ist aus arbeitsmedizinischer Sicht angemessen. Es handelte sich um eine NSV mit einer großlumigen Hohlraumkanüle (je größer die Kanüle, desto größer ist das potenziell

übertragene Blutvolumen und somit das Risiko einer Infektionsübertragung), das Zeitintervall um mit einer postexpositorischen Prophylaxe (PEP) zu beginnen war kurz, da der Neuroradiologe zunächst die Patientin versorgte und die Angiographie durchführte (Optimaler Beginn einer HIV-PEP innerhalb von zwei Stunden nach Exposition; bei Indikation einer HBV-PEP sollte diese ebenfalls möglichst rasch – innerhalb von 24 h – ggf. parallel zur passiven Prophylaxe durchgeführt werden).

Die Patientin ist nicht einwilligungsfähig, die Schwere des Krankheitsbildes lässt weder eine baldige Genesung, noch eine Einwilligungsfähigkeit erwarten.

Unter der Voraussetzung, dass die Indexpatientin infiziert ist, wäre die übertragene Blutmenge ausreichend, eine Infektion mit HBV, HCV oder HIV zu verursachen.

2. Ist für den Arzt eine HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) indiziert?

Nach einer NSV mit einer Kanüle nach venöser oder intraarterieller Punktion sollte – bei unklarem Infektionsstatus des Indexpatienten – eine PEP durchgeführt werden. Bei Unsicherheit ist ggf. zunächst eine einmalige Einnahme indiziert, um ohne Zeitverlust eine endgültige Klärung herbeizuführen. Eine Klärung des Infektionsstatus kann nur durch entsprechende serologische Untersuchungen des Indexpatienten erreicht werden.

3. Muss der Betriebsarzt aktiv werden und eine mögliche Infektionsquelle sichern?

In der Regel sind die D-Ärzte (Durchgangsärzte, meist Chirurgen) erste Ansprechpartner für betroffene Mitarbeiter. Die D-Ärzte melden die NSV den zuständigen Berufsgenossenschaften, die die Kosten für das D-Arzt-Verfahren und eine etwaige Behandlung, Umschulung, Rente etc. übernehmen. Nach beruflichem Kon-

takt mit einer potenziell infektiösen Flüssigkeit sollte in jedem Fall ein D-Arzt-Verfahren eingeleitet werden um einerseits etwaige Haftungsansprüche gegenüber der Berufsgenossenschaft im weiteren Zeitverlauf zu dokumentieren und andererseits eine etwaige Infektion frühzeitig diagnostizieren zu können. Das für eine serologische Untersuchung erforderliche Blut des Indexpatienten, wird i. d. R. von den betreuenden ärztlichen Kollegen des Indexpatienten abgenommen.

4. Geht in ethischer Hinsicht die Gesundheit des Arztes vor oder das Recht der Patientin auf informierte Einwilligung?

Das Wissen um eine HIV-Infektion hat heute eine große therapeutische Relevanz. Ein HIV-Test kann im Interesse Dritter wichtig sein – Beispiele sind die Testung eines Indexpatienten nach NSV sowie das Screening schwangerer Frauen [2].

Aus unserer Sicht hat der Arzt gemäß § 34 StGB die Befugnis und aus ethischer Sicht auch die Verpflichtung, die Testung bei der Indexpatientin vornehmen zu lassen.

Die Gesundheit des Arztes erscheint aus arbeitsmedizinischer und infektiologischer Sicht das höhere Rechtsgut als das Recht der Patientin auf informierte Einwilligung. Der Arzt hat zunächst die Patientin behandelt und sich erst nach Abschluss der diagnostischen Maßnahme (Angiographie) um seine eigene Gesundheit gekümmert. Er hat somit das Wohl der Patientin über sein eigenes Interesse einer baldmöglichen Klärung nach NSV gestellt. Die Zeitspanne, die ihm nach Abschluss der Angiographie verbleibt, um die Indikation einer PEP zu klären, ist kurz. Ein anti-HIV-(Schnell)test bei der Patientin könnte innerhalb kürzester Zeit Aufschluss über die Indikation einer HIV-PEP geben. Die Durchführung einer HIV-PEP ist häufig mit ernsthaften Nebenwirkungen verbunden und auch kostenintensiv. Für den Arzt besteht unseres Ermessens ein sogenannter „Rechtfertigender Notstand“, eine gegenwärtig nicht anders abwendbare Gefahr für Leib, Leben (Gefahr einer schwerwie-

genden Infektion oder schwerwiegender Nebenwirkung durch die HIV-PEP) und andere Rechtsgüter (Tätigkeitsbeschränkungen für einen invasiv tätigen Neuroradiologen, sind vermutlich erforderlich, sollte sich dieser durch die NSV eine HBV-, HCV- oder HIV-Infektion zuziehen [1]).

Über den anti-HIV-(Schnell)test hinaus, sollten ein Test auf HBsAg und anti-HCV bei der Indexpatientin, durchgeführt werden.

Bei einem einwilligungsfähigen Patienten sollte vor einer serologischen Kontrolle stets ein Gespräch über die Notwendigkeit der Untersuchung auf HBV, HCV sowie HIV geführt werden. In aller Regel wird der Patient nach einem aufklärenden Gespräch seine Einwilligung für eine serologische Untersuchung erteilen. Sollte dies nicht der Fall sein, müsste der Einzelfall gesondert bewertet werden.

Anschriften

Dr. Sabine Wicker (✉)

Betriebsärztlicher Dienst
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
E-Mail: sabine.wicker@kgu.de

Priv.-Doz. Dr. Dr. Rene Gottschalk

Stadtgesundheitsamt Frankfurt

Prof. Dr. Holger Rabenau

Institut für medizinische Virologie
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Literatur

1. Gottschalk R (2006) Ärzte und medizinisches Personal als Infektionsträger. Die Rolle des ÖGD – Berufsrechtliche Aspekte. *Krh Hyg + Inf verh* 28:21–24
2. Preiser W, Korsman S (2007) Der HIV-Test. Ladbar unter: <http://www.hiv.net/2010/buch/test.htm>
3. Rabenau HF (2006) Ärzte und medizinisches Personal als Infektionsträger. *Krh Hyg + Inf verh* 28:4–9
4. Sarrazin U, Brodt HR, Sarrazin C, Zeuzem S (2005) Prophylaxe gegenüber HBV, HCV und HIV nach beruflicher Exposition. *Dtsch Arztebl* 102: A1784–1789
5. Wicker S, Jung J, Allwinn R, Gottschalk R, Rabenau HF (2007) Prevalence and prevention of needlestick injuries among health care workers in a German university hospital. *Int Arch Occup Environ Health* (in press)
6. Wittmann A (2005) Verletzungen an spitzen und / oder scharfen Gegenständen im Gesundheitsdienst – Ein Beitrag zur Abschätzung der Risiken. Edition FFAS, Freiburg im Breisgau

Kommentar II

Aus juristischer Sicht ist zunächst vom Sachverhalt her zu unterscheiden:

1. Ist keine zusätzliche Entnahme von Blut der Patientin erforderlich, wird durch den Test in ihr allgemeines Persönlichkeitsrecht (das das Recht auf informationelle Selbstbestimmung einschließt) eingegriffen (Art. 2 Abs. 1 und Art. 1 Abs. 1 GG). Freilich ist im Falle eines solchen Eingriffes die Rechtswidrigkeit nicht indiziert, sondern aufgrund einer umfassenden Güter- und Interessenabwägung festzustellen (BGHZ 24, 72, ständige Rechtsprechung; siehe auch Soergel/Beater, Bürgerliches Gesetzbuch, Bd. 12, 13. Aufl. 2005, § 823 Anh. IV, Rn. 48 m. w. N.).

Unstreitig ist zwar, dass ein HIV- (und ebenso ein Hepatitis-) Test das allgemeine Persönlichkeitsrecht berührt (z. B. LG Köln, MedR 1995, 409 mit Anm. Teichner). Doch ist das Persönlichkeitsrecht des Betroffenen nur dann verletzt (was mit dem bloßen Betroffenen sein nicht zu verwechseln ist), wenn der Betroffene weder zugestimmt hat, noch sonstige Gründe, namentlich eine medizinische Indikation oder der Schutz des Arztes vor Infizierung, den Eingriff legitimieren (Deutsch/Ahrens, Deliktsrecht, 4. Aufl. 2002, Rn. 210; Soergel/Beater, § 823 Anh. IV, Rn. 69; siehe auch Schlund, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002, § 74, Rn. 18: Der Anstaltsarzt hat bei schweren ansteckenden Erkrankungen eines Gefangenen aus Gründen des Schutzes

anderer die Befugnis zur Offenbarung der Anstaltsleitung gegenüber). Überdies ist gerade in Bezug auf die Untersuchung von Bewusstlosen auf die Möglichkeit der Annahme einer mutmaßlichen Einwilligung hingewiesen worden (Uhlenbruck/Laufs, in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, § 49 Rn. 14).

2. Ist eine Entnahme von (ggf. zusätzlichem) Blut zum Zwecke der Durchführung des Testes erforderlich, liegt darin eine tatbestandliche Körperverletzung (§ 823 Abs. 1 BGB, § 223 StGB), die der Rechtfertigung bedarf. Abgesehen von der erwähnten Möglichkeit des Rückgriffs auf eine mutmaßliche Einwilligung kommt hier vor allem die Annahme eines rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) in Betracht. Diese Norm lautet: „Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

Es ist hervorzuheben, dass hier nicht der Schutz der ärztlichen Schweigepflicht, die

aus Gründen des Schutzes vor schweren Gesundheitsgefahren im Einzelfall durchbrochen werden kann (wie im Falle des OLG Frankfurt, NJW 2000, 875; dazu *Spickhoff*, NJW 2000, 848: Ein Arzt informiert – durch Notstand gerechtfertigt – die Partnerin eines nicht kooperationsbereiten Patienten über dessen HIV-Infektion), im Vordergrund steht. Vielmehr geht es um einen Eingriff in die körperliche Integrität. In Bezug auf solche Eingriffe ist im Ausgangspunkt weithin anerkannt, dass zwischen Leben und körperlicher Integrität und erst recht zwischen größeren und kleineren Gefahren für die körperliche Integrität nicht ohne weiteres abgewogen werden sollte. Deshalb entspricht es herrschender (wenngleich zunehmend bestrittener) Aufforderung, dass z. B. eine zwangsweise Blutentnahme als einziges Mittel zur Erhaltung fremden Lebens nicht durch den Notstand gerechtfertigt werden kann. Das folgt aus der Menschenwürde; der Mensch ist eben keine lebende Blutkonserve oder Organbank (*Schönke/Schröder/Lenckner/Perron*, Strafgesetzbuch, Kommentar, 27. Auflage 2006, § 34 Rn. 25, 41 e; *Stratenwerth/Kuhlen*, Strafrecht, Allgemeiner Teil I: Die Straftat, 5. Aufl. 2004, Rn. 112 je m. w. N., auch zur Gegenmeinung).

Indes ist hierbei weiter zu differenzieren: Gehen bestimmte Gefahren vom Menschen (hier: dem Patienten) selbst aus, kann auch die schlichte Nicht-Handlung z. B. eines Bewusstlosen zum Schutz bedeutender Güter anderer leichtere Eingriffe in die körperliche Integrität des Bewusstlosen wegen Notstands rechtfertigen

(*Schönke/Schröder/Lenckner/Perron*, § 34 Rn. 31). Namentlich in Fällen, in denen (möglicherweise) die Missachtung fremder Autonomie in Rede steht, wird im Rahmen der Rechtfertigung wegen Notstands mit Grund unterschieden zwischen der Inanspruchnahme eines Unbeteiligten und eines Beteiligten (*Schönke/Schröder/Lenckner/Perron*, § 34 Rn. 38). Legt man dies zugrunde, berücksichtigt die geringe Tiefe des Eingriffs auf der Seite der Patientin einerseits und die erhebliche Gefährdung des medizinischen Personals andererseits, so sollte eine geringfügige Blutentnahme zum Zwecke der betreffenden Diagnose wegen Notstands als gerechtfertigt angesehen werden. Eines Rückgriffs auf eine evtl. zusätzlich vorliegende mutmaßliche Einwilligung bedarf es dann nicht mehr.

Nach alledem bleibt festzuhalten: Selbst eine geringfügige Blutentnahme zum Zwecke des HIV- (oder Hepatitis-)Tests wäre wegen Notstands gerechtfertigt (2.). Ohne eine zusätzliche Blutentnahme wäre der bloße Test zum Zwecke der Feststellung des Erfordernisses einer unverzüglichen Behandlung des medizinischen Personals folgerichtig erst recht rechtmäßig (1.).

Anschrift

Prof. Dr. jur. Andreas Spickhoff

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht
Internationales Privatrecht
und Rechtsvergleichung sowie Zivilprozessrecht
Universitätsstraße 31
93053 Regensburg