



# **Förderung und Unterstützung der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor**

**Bericht des ersten regionalen Seminars  
Dublin, 31 Januar 2013**

## Inhalt

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Einleitung .....</b>  | <b>1</b>  |
| 1.1      | Hintergrund des Projekts .....   | 1         |
| 1.2      | Teilnehmende Länder .....  | 2         |
| 1.3      | Zweck des Berichts.....  | 2         |
| <b>2</b> | <b>Verletzungen durch scharfe/spitze Gegenstände: ein signifikanres Risiko im Gesundheitssektor.....</b> | <b>3</b>  |
| <b>3</b> | <b>Aktueller Stand der Umsetzung.....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>4</b> | <b>Gute Praktiken und Probleme bei der Umsetzung und Anwendung .....</b>                                 | <b>5</b>  |
| 4.1      | Wichtige Elemente einer guten Umsetzung.....   | 5         |
| 4.2      | Erfahrungen mit der Umsetzung .....  | 5         |
| 4.3      | Probleme bei der Umsetzung .....   | 9         |
| <b>5</b> | <b>Weitere Veranstaltungen.....</b>  | <b>12</b> |

# 1 Einleitung

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um einen Bericht über den ersten Regionalworkshop des gemeinsamen EGÖD-HOSPEEM-Projektes „Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor“ (siehe <http://www.epsu.org/r/629>). Dieser Workshop fand am 31. Januar 2013 in Dublin statt (siehe <http://www.epsu.org/a/9118> und <http://www.epsu.org/a/9264>).

## 1.1 Hintergrund des Projekts

Im Juli 2009 haben die europäischen sektoralen Sozialpartnerorganisationen im Krankenhaussektor - der Europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD) und die Europäische Arbeitgebervereinigung für Kliniken und Gesundheitswesen (HOSPEEM) - eine Rahmenvereinbarung über die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor unterzeichnet. Die Sozialpartner haben in Übereinstimmung mit Artikel 155(2) des AEUV die Kommission ersucht, dem Rat diese Vereinbarung zur Beschlussfassung vorzulegen. Am 26. Oktober 2009 hat die Europäische Kommission einen Vorschlag für eine Richtlinie des Rates veröffentlicht, die den vollständigen Wortlaut der Sozialpartnervereinbarung als Anhang 1 enthält. Am 11. Februar 2010 hat das Europäische Parlament den Richtlinienvorschlag in einer Resolution unterstützt, und am 8. März hat der Rat politisches Einvernehmen über die Annahme erzielt. Die Richtlinie wurde am 1. Juni 2010 im Amtsblatt der Europäischen Union (L134/66) als [Richtlinie 2010/32/EU des Rates](#) veröffentlicht. Die Mitgliedstaaten müssen diese Richtlinie bis zum 11. Mai 2013 in nationales Recht umsetzen.

Das Ziel der Richtlinie besteht darin, eine möglichst sichere Arbeitsumgebung für die Beschäftigten in diesem Sektor zu schaffen und gefährdete ArbeitnehmerInnen ebenso wie PatientInnen zu schützen. Dazu gehört auch die Vermeidung von Verletzungen von ArbeitnehmerInnen durch scharfe/spitze medizinische Instrumente (einschließlich Nadelstichverletzungen). Die Richtlinie schlägt einen integrierten Ansatz mit Regeln für die Risikobewertung und die Risikoprävention sowie für Unterrichtung und Unterweisung der ArbeitnehmerInnen vor.

Paragraf 11 der Vereinbarung mit den Umsetzungsbestimmungen legt fest, dass die Kommission die Auslegung der Vereinbarung an die Unterzeichnerparteien zurückverweisen kann (in diesem Fall EGÖD und HOSPEEM), die eine Stellungnahme abgeben. Die europäischen sektoralen Sozialpartner haben ebenfalls die Möglichkeit vorgesehen, die Umsetzung fünf Jahre nach dem Datum des Ratsbeschlusses zu überprüfen, falls dies eine der Unterzeichnerparteien der Vereinbarung verlangt. Diese Option unterstützt auch die Idee, über eine frühe und rechtzeitige Weiterverfolgung der Umsetzung die Voraussetzung für eine fundierte Entscheidung hierzu einem späteren Zeitpunkt zu schaffen. Es gibt schließlich auch die formelle Verpflichtung der europäischen und nationalen sektoralen Partner, geeignete Folgemaßnahmen einzuführen und beizubehalten. Dazu gehören die Schaffung von Gefahrenbewusstsein, die Überwachung und Bewertung des Durchführungsprozesses und die Teilnahme an und Einbindung in entsprechenden Ausschüssen und Gremien, die für die Umsetzung zuständig sind.

Da die Frist für die Umsetzung der Richtlinie in Kürze abläuft, verfolgt das Projekt die folgenden Ziele:

- a) Erhebung von Informationen über die Umsetzung und Durchführung der Richtlinie auf einzelstaatlicher Ebene;
- b) Erhebung und Austausch von Informationen über bestehende Leitlinien und Werkzeuge auf nationaler und lokaler Ebene als Unterstützung für die Umsetzung der Vereinbarung auf der organisatorischen Ebene;
- c) Erkenntnisse über praktische Probleme bei der Umsetzung der Vereinbarung auf der organisatorischen Ebene; Methoden der Problemlösung und Lernen durch Beispiele guter Praxis.

## **1.2 Teilnehmende Länder**

Der erste Regionalworkshop fand am 31. Januar 2013 in Dublin statt. An der Veranstaltung nahmen rund 90 VertreterInnen der sektoralen Sozialpartnerorganisationen aus Belgien (Niederländischsprachige), Dänemark, Finnland, Irland, Lettland, Litauen, den Niederlanden, Schweden, dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland (VK) und Island teil. Weitere Informationen über den Workshop einschließlich aller Präsentationen finden sich auf der Seite <http://www.epsu.org/a/9264>.

## **1.3 Zweck des Berichts**

Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der während des Workshops geführten Diskussionen zusammen.

## 2 Verletzungen durch scharfe/spitze Gegenstände: ein signifikantes Risiko im Gesundheitssektor

Der Krankenhaus- und Gesundheitssektor in Europa beschäftigt 21 Millionen Menschen<sup>1</sup>. Schätzungen zufolge kommt es jedes Jahr zu ca. 1 Million Nadelstichverletzungen.<sup>2</sup> Die Zahl sonstiger Zwischenfälle mit scharfen medizinischen Instrumenten ist nicht bekannt, da sie kaum systematisch erfasst werden. Das Verletzungsrisiko besteht hier nicht nur für das Heil- und Pflegepersonal. Zwar sind Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Ärzte und Ärztinnen in der akuten medizinischen Versorgung einem hohen Risiko ausgesetzt, aber es gibt zahlreiche andere Beschäftigte, für die ebenfalls potenziell die Gefahr einer solchen Verletzung besteht. Dazu gehören Pflegekräfte, die in Altenpflege tätig sind, SozialarbeiterInnen (die z. B. mit Drogenabhängigen arbeiten) und Hilfspersonal wie Reinigungskräfte, Abfallbeauftragte und Wäschereipersonal.

Seit 1997 wurden im VK für England, Wales und Nordirland 5.822 berufsbedingte Kontakte mit Blut oder anderen hochrisikobehafteten Körperflüssigkeiten gemeldet. Zwischen 2002 und 2011 wurden 4.381 Zwischenfälle aus 172 Zentren gemeldet (waren es im Jahr 2002 erst 276 Fälle, stieg diese Zahl 2011 schon auf 511). Bei nahezu drei Viertel (72%, 3140/4381) der zwischen 2002 und 2011 gemeldeten Verletzungen handelte es sich um perkutane Verletzungen. Erfolgt die Verletzung durch eine kontaminierte Injektionsnadel, beträgt das Risiko einer Infektionsübertragung für das Gesundheitspersonal 1:3 für Hepatitis B, 1:30 für Hepatitis C und 1:300 für HIV.<sup>3</sup> Daten werden jedoch auf unterschiedliche Weise und auf unterschiedlicher Ebene erhoben und können zu signifikant unterschiedlichen Ergebnissen führen. Wurden 2010 in Schweden z. B. nur 68 Fälle gemeldet, so waren es in den Niederlanden im gleichen Zeitraum 13.000 bis 15.000. Ebenfalls ist zu beachten, dass Daten über Nadelstichverletzungen und Verletzungen durch scharfe medizinische Instrumente offenbar separat erhoben werden.

Selbst wenn es nicht zu einer schweren blutübertragbaren Infektion kommt, kann das betroffene Heil- und Pflegepersonal einer monatelangen psychischen Belastung ausgesetzt sein, bis die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen Gewissheit über die gesundheitlichen Folgen der Verletzung bringen.

Unabhängige Studien zeigen, dass der größte Teil dieser potenziell tödlichen Verletzungen durch eine Kombination aus Sicherheitsunterweisungen, sichereren Arbeitspraktiken und einer Medizintechnik verhindert werden kann, die z.B. Injektionskanülen mit integriertem automatischem Schutzmechanismus anbietet.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Daten aus dem Eurofound-Bericht 'Employment and industrial relations in the healthcare sector', Februar 2011, Dublin, siehe: <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1008022s/index.htm>

<sup>2</sup> Geschätzte Zahlen der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU OSHA) <https://osha.europa.eu/de>.

<sup>3</sup> Die Daten stammen aus dem Bericht „Eye of the Needle“ der Health Protection Agency (2012).

<sup>4</sup> Zum Beispiel Van der Molen et al (2012) Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers, Work ; 2012, Vol. 41, S1969-1971, 3p

### 3 Aktueller Stand der Umsetzung

Im Rahmen des Projektes führt, ICF GHK eine Umfrage bei den Sozialpartnerorganisationen durch. Aus den bis heute (Ende Januar 2013) eingegangenen Antworten lässt sich schließen, dass bisher nur zwei Mitgliedstaaten die Richtlinie 2010/32/EU umgesetzt haben – die Niederlande und Schweden. Dänemark und Lettland setzen die Richtlinie voraussichtlich noch vor dem 11. Mai 2013 um, während das VK und Finnland die Umsetzung zum Ende der Frist anvisieren. Die zuständigen Regierungsbehörden in Ländern wie Spanien, Zypern und Estland können noch keine Angaben zu einem Umsetzungsdatum nennen. In Irland war als Ziel die Umsetzung bis zum Fristende am 13. Mai vorgesehen, aber die Verhandlungen laufen noch, und es ist nach wie vor eine Reihe offener Fragen zu klären.

Die Beteiligung der Sozialpartner bei der Umsetzung der Richtlinie war in der überwiegenden Zahl der Länder gegeben, die sich bislang, d.h. bis Ende Januar 2013, an der Umfrage beteiligt haben. Die meisten Mitgliedstaaten haben sich dafür entschieden, die Richtlinie in Form nationaler Rechtsvorschriften umzusetzen, ergänzt durch spezifische Leitlinien (oder Kollektivvereinbarungen). Die Niederlande sind hier eine Ausnahme, da nationale Leitlinien für die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente seit 2007 Geltung haben; die Umsetzung der Richtlinie erfolgt mit Hilfe besagter Leitlinien. Es ist jetzt Aufgabe der Krankenhäuser und des Gesundheitssektors, diese Leitlinien auf organisatorischer Ebene umzusetzen.

Die Umfrage wurde im Zusammenhang mit der Organisation des Workshops durchgeführt (15 TeilnehmerInnen aus 6 EU-Ländern, 1 aus Weißrussland, Stand 24. Januar 2013, Umfrage läuft weiter). In den kommenden Monaten werden weitere Antworten der Sozialpartner erwartet, und die vorliegenden Informationen werden für jedes der Regionalseminare aktualisiert.

## 4 Gute Praktiken und Probleme bei der Umsetzung und Anwendung

Auf dem Workshop wurden in erster Linie Fortschritte bei der Umsetzung der Richtlinie, noch offene Fragen und relevante Praktiken bei der Anwendung der Rechtsvorschriften auf der organisatorischen Ebene erörtert.

### 4.1 Wichtige Elemente einer guten Umsetzung

Die nachstehend bezeichneten Elemente sind zentrale Punkte einer guten Umsetzung (ebenfalls entwickelt in den Umsetzungsleitlinien des European Biosafety Network, siehe <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>), wie sie auch von den TeilnehmerInnen des Workshops bestätigt wurden:

- Einsetzung eines Aufsichtsgremiums/Gremiums zur Kontrolle der Daten auf nationaler Ebene, um eine standardisierte Meldung dieser Verletzungen zu gewährleisten und um die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften sicherzustellen.
- Einsetzung eines Ausschusses für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz auf organisatorischer Ebene, in dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer vertreten sind und der Risikobewertungen vornimmt, Meldeverfahren festsetzt, sichere Instrumente auswählt, die Anwendung neuer Produkte beobachtet und begleitet, Personal unterweist und Verfahren der Postexpositionsprophylaxe definiert.
- Standardisierte berufliche Ausbildung für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen im Hinblick auf die Prävention und Meldung von Verletzungen durch scharfe/spitze medizinische Instrumente.
- Verbot des Wiederverschließens mit Schutzkappenvorrichtungen auf Grundlage einer Risikobewertung
- Kostenlose Schutzimpfung der gefährdeten Beschäftigten
- Standardisierte Mindestanforderungen an sichere Instrumente (sind langfristig zu entwickeln), Strategie für sichere Arbeitsverfahren
- Einsetzung einer nationalen Arbeitsgruppe mit Beteiligung der Sozialpartner sowie von Arbeitsschutzgremien, Vertretern des Gesundheits- und Sozialwesens, Herstellern von sicheren Instrumenten, Bildungsanbietern und WissenschaftlerInnen (Arbeitsgruppen könnten ebenfalls auf lokaler/kommunaler Ebene eingesetzt werden), die Leitlinien für die Risikobewertung, sichere Produkte und sichere Arbeitsverfahren entwickeln und untereinander beste Praktiken austauschen.

### 4.2 Erfahrungen mit der Umsetzung

Die nachstehenden Workshop-Präsentationen beschreiben aktuelle Probleme bei der Umsetzung der Richtlinie sowie Erfahrungen mit der Berichterstattung über Verletzungen durch scharfe medizinische Instrumente und die Prävention dieser Verletzungen.

#### 4.2.1 Irland

Anfang 2012 hat die irische Arbeitsschutzbehörde (HSA = Irish Health and Safety Authority) eine Konsultation mit relevanten Akteuren und Interessengruppen über den Entwurf ihrer Sicherheits-, Gesundheits- und Fürsorgeregeln am Arbeitsplatz durchgeführt (Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze medizinische Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor). In der Folgenabschätzung der irischen HSA heißt es: *Die Auswirkungen der Umsetzung der Richtlinie durch die vorgeschlagenen neuen Verordnungen werden voraussichtlich minimal sein, da viele der darin beschriebenen Verpflichtungen bereits in den Grundsätzen des Gesetzes über Sicherheit und Gesundheit*

*am Arbeitsplatz aus dem Jahre 2005 und den Verordnungen über Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz aus dem Jahre 1994 (biologische Arbeitsstoffe) und den ergänzenden Verordnungen dargelegt sind. Die vorgeschlagenen neuen Verordnungen wenden die gleichen Grundsätze auf das spezifische Problem der Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente an, sind aber expliziter im Hinblick auf bestimmte Verpflichtungen wie die Erstellung einer Risikobewertung für diese Instrumente, die Umstellung auf Instrumente mit Sicherheitsvorrichtungen, die Unterrichtung und Unterweisung im Umgang mit neuen Instrumenten und das Verbot des Wiederaufsetzens der Schutzkappe auf die gebrauchte Nadel (Recapping). Da die meisten Verpflichtungen bereits befolgt werden, kommt die Analyse zu dem Schluss, dass die meisten Arbeitgeber im Gesundheitssektor die bereits bestehenden Praktiken nur auf die Bereiche erweitern müssen, in denen noch keine Änderungen umgesetzt worden sind.*

Der Anwendungsbereich des Entwurfs erfasst alle Beschäftigten im Krankenhaus- und Gesundheitssektor. Dazu gehören auch Selbständige und nicht bezahlte PraktikantInnen. Die Risikobewertung sollte vom Arbeitgeber in Konsultation mit den ArbeitnehmerInnen erfolgen. Der Arbeitgeber sollte bei seiner Abschätzung auch die verfügbaren Techniken der Risikominimierung, die vorhandene Arbeitsorganisation und die Erfahrung der Beschäftigten berücksichtigen. Wenn eine Risikobewertung erfolgt ist, hat der Arbeitgeber die Pflicht, diese Risiken durch vorbeugende Maßnahmen, ein Verbot des Wiederaufsetzens der Schutzkappe auf die gebrauchte Nadel, Unterrichtungen und Unterweisungen, Schaffung von Gefahrbewusstsein, Postexpositionsprophylaxe, Bereitstellung von sicheren Instrumenten und Maßnahmen für den sicheren Umgang mit scharfen/spitzen Instrumenten am Arbeitsplatz zu beseitigen.

Der Arbeitgeber hat die generelle Pflicht der Unterrichtung und Unterweisung. Die Beschäftigten müssen dem Arbeitgeber jeden Vorfall melden, der Arbeitgeber hat wiederum die Pflicht, der zuständigen Behörde alle Vorfälle zu melden, die zu einer länger als drei Tage dauernden Abwesenheit des/r Beschäftigten führen und die ein hohes Kontaminationsrisiko darstellen.

ArbeitnehmerInnen mit hohem Expositionsrisiko müssen kostenlose Schutzimpfungen erhalten.

Im Fall eines Unfalls muss der Arbeitgeber für eine Beratung der betroffenen Person sorgen.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist der Entwurf noch nicht in ein Gesetz umgewandelt worden, weitere Maßnahmen sind erforderlich. Der Irische Gewerkschaftsbund ICTU ist mit dem Entwurf grundsätzlich einverstanden und hält die kostenlose Impfung der Beschäftigten für einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung, ebenfalls die Durchführung der Risikobewertung in Absprache mit der Arbeitnehmerseite. Es gibt Bedenken hinsichtlich der aktuellen Auslegung der Bestimmungen zum Wiederaufsetzen von Schutzkappen angesichts der klinischen Realität und der Praxistauglichkeit des Verfahrens und der Vorschriften der Richtlinie. Weiterhin sind die Gewerkschaften allgemein besorgt über die Auswirkungen der Mittelkürzungen im Gesundheitssektor auf die Umsetzung der Bestimmungen der Richtlinie.

Die Präsentation einer Arbeitsschutzexpertise eines irischen Krankenhauses hat gezeigt, dass Krankenhäuser Berichte über Verletzungen mit scharfen/spitzen Instrumenten aufbewahren und bereits Maßnahmen und Verfahren zur Prävention anwenden. Interne Untersuchungen haben gezeigt, dass es trotz umfassender Arbeitsschutz- und Sicherheitsstandards aufgrund menschlicher Faktoren gleichwohl zu Verletzungen kommt. Zu diesen Faktoren können z.B. die Nichtbefolgung von Trainingsmaßnahmen oder der Widerstand gegen neue Technologien und Methoden gehören. Die Einkaufsabteilungen sind manchmal langfristig vertraglich gebunden, so dass ein Umstieg auf andere Produkte nicht möglich ist, oder Lagerbestände werden nicht ersetzt und neue Produkte nicht immer dort angeboten und aufbewahrt, wo ihre Verwendung am wahrscheinlichsten ist. Es wurde festgestellt, dass sich sichere Instrumente nicht immer als „maximal sicher“ herausgestellt haben, da es bei ihrer Verwendung trotzdem zu Unfällen gekommen ist – das lässt darauf schließen, dass es seitens des Lieferanten zusätzlichen Forschungs- und Entwicklungsbedarf gibt. Und selbst bei einem relativ geringen Risiko ernsthafter Folgen

einer Verletzung ist es doch in erster Linie der psychologische Stress für die betroffenen ArbeitnehmerInnen, der langfristig schädliche Auswirkungen hat.

#### 4.2.2 Die Niederlande

Wie oben erwähnt, haben die Niederlande die Richtlinie bereits durch eine Ergänzung der nationalen Arbeitsschutzgesetze (Arbo) um zwei neue Paragraphen umgesetzt. Danach sind die Krankenhäuser verpflichtet, auf Nadeln mit Schutzvorrichtungen umzustellen und das Wiederverschließen mit Schutzkappen zu verbieten.<sup>5</sup> In Ergänzung zu den gesetzlichen Vorschriften gelten ebenfalls die Leitlinien für die Vermeidung von Nadelstichverletzungen. Der Anwendungsbereich der Leitlinien ist jedoch weniger umfassend als bei der Richtlinie, da die Leitlinien nur auf den Krankenhaussektor zutreffen. Es ist Aufgabe der Krankenhäuser, die erforderlichen Verfahren im Sinne der Richtlinie umzusetzen. Die niederländische Arbeitsaufsichtsbehörde wird ab 2014 entsprechende Kontrollen durchführen. Die wichtigsten Punkte der Leitlinie sehen vor, dass die Arbeitgeber für sichere Arbeitsbedingungen sorgen müssen und – wo immer es möglich ist – sichere Instrumente einführen müssen, wobei Kostenerwägungen keine entscheidende Rolle spielen dürfen.

Ein 2008 vom Nationaal Hepatitis Centrum in den Niederlanden veröffentlichter Bericht empfiehlt den Krankenhäusern intensivere Aufklärungs- und Unterrichtsmaßnahmen, um Kosten für Neuanschaffungen zu sparen und die vorhandenen Bestände so umfassend und so lange wie möglich zu nutzen, da eine Umstellung auf sichere Nadeln ein erheblicher Kostenfaktor ist. Weiterhin wurde die Einsetzung von Arbeitsschutzausschüssen in den Krankenhäusern empfohlen, an denen sich Arbeitgeber, ArbeitnehmerInnen und ihre VertreterInnen beteiligen, um eine sichere Arbeitsumgebung zu schaffen, in der sich die Beschäftigten geschützt fühlen. Der Vorteil einer sicheren Arbeitsumgebung besteht des Weiteren darin, unsichere und stressbelastete Situationen zu vermeiden.

#### 4.2.3 Schweden

Die Richtlinie ist in Schweden bereits durch die Erweiterung der bestehenden Rechtsvorschriften umgesetzt worden. Das Land hat schon Ende der 90er Jahre Initiativen zur Förderung gesunder und sicherer Arbeitsplätze und zur Schaffung von sog. ‚Safe Communities‘ in die Wege geleitet, dazu gehören Risikobewertungen auch im Hinblick auf die Exposition gegenüber blutübertragbaren Viren. Trotzdem ist die Zahl der Nadelstichverletzungen nicht signifikant zurückgegangen (was allerdings nur schwer zu beurteilen ist, da es keine landesweiten Daten gibt und Informationen darüber nur auf organisatorischer Ebene erhoben werden). Aus diesem Grunde laufen zurzeit Studien darüber, was in der Praxis unternommen werden muss, um die Zahl der Verletzungen zu verringern.

Im Rahmen eines in Schweden durchgeführten Projektes wurden Gespräche mit ArbeitnehmerInnen geführt, die eine Nadelstichverletzung gemeldet hatten. Es sollte festgestellt werden, wann es zu diesen Unfällen kommt, welche Art Unterweisung die Betroffenen erfahren hatten und welche Informationen vor dem Unfall verfügbar waren, und welche Maßnahmen zur Postexpositionsprophylaxe ergriffen wurden. Das Ergebnis der Gespräche lief darauf hinaus, dass sich die meisten Beschäftigten selbst die Schuld an dem Vorfall gaben und nur unzureichend über das Recapping-Verbot informiert waren. Es gab Anleitungen zu sicheren Arbeitsverfahren und zur Anwendung von sicheren Instrumenten, Zwischenfälle wurden von der Krankenhausleitung aber nur unzureichend aufgearbeitet und nicht weiter zur Diskussion gestellt, obwohl diese Verletzungen oft zu langfristiger Verunsicherung und Angst führen.

Im Rahmen des Projekts wurden ebenfalls Workshops mit relevanten Akteuren und Interessengruppen auf nationaler Ebene veranstaltet, um beste Praktiken zu finden und Maßnahmen zu entwickeln, die fester Bestandteil einer Sicherheitsstrategie werden sollen. Folgende wichtige Problempunkte wurden herausgearbeitet: Umwelt: Verringerung der

<sup>5</sup> Besluit 399 van 22 augustus 2011, houdende wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving

Menge von Kunststoffabfall bei Gebrauch von sicheren Instrumenten; richtiger Gebrauch von sicheren Entsorgungsbehältern; Kosten-Nutzen-Abwägung sicherer Produkte und Arbeitsverfahren; Reaktion von PatientInnen auf sichere Arbeitsverfahren: diese sollten sich auch zum Nutzen der behandelten Person auswirken; schließlich Zuweisung organisatorischer Zuständigkeiten für den Einkauf von sicheren Instrumenten, Unfallmeldung und Anschlussmaßnahmen. Um diese Fragen zu beantworten, werden Arbeitsabläufe des Personals, organisatorische Strukturen und Ausbildungsaspekte weiter untersucht und analysiert.

Das Projekt soll Ende 2013 abgeschlossen werden.

#### **4.2.4 Finnland**

Der drittelparitätisch besetzte finnische Beratungsausschuss im Ministerium für Gesundheit und Arbeitsschutz hat beschlossen, Anfang 2011 einen Unterausschuss einzusetzen, der sich mit der Umsetzung der Richtlinie befasst und beurteilt, welche nationalen Verordnungen hierzu geändert werden müssen. Der Unterausschuss besteht aus unterschiedlichen Anspruchsgruppen wie Sozialpartnern, Kommunalbehörden und Industrieverbänden, die eine komplexe Aufgabe zu bewältigen haben - in Finnland gibt es bereits jetzt 17 Verordnungen, die sich mit Teilen der in der Richtlinie niedergelegten Grundsätzen befassen. Zu Beginn der Beurteilung sah es so aus, als ob die meisten der Grundsätze der Richtlinie bereits in Finnland angewendet werden und dass deshalb keine substanziellen Änderungen erforderlich sind. Als der Vorsitzende dem Ausschuss den ersten Entwurf eines Dekrets vorlegte, lehnten die Arbeitgeber diesen Vorschlag ab. Daraufhin wurden die Verhandlungen bis Anfang 2013 verlängert, trotzdem konnte bisher keine Vereinbarung erreicht werden.

Am kontroversesten wurden diskutiert: 1/ Risikobewertung und Eliminierung des Verletzungsrisikos durch scharfe/spitze Instrumente sowie Einführung sicherer Arbeitsverfahren. Hier ging es in der Diskussion darum zu definieren, was unter sicheren Instrumenten und sicheren Arbeitsstandards zu verstehen ist; zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es hier noch keine umfangreichen Erfahrungswerte; 2/ Bereitstellung technisch sicherer Entsorgungsbehälter für scharfe/spitze Instrumente; 3/ kostenlose Impfungen der betroffenen ArbeitnehmerInnen; 4/ und schließlich Meldung von Unfällen und Anschlussmaßnahmen. In der Debatte ging es ebenfalls um den Anwendungsbereich der Richtlinie und wie in der Praxis Normen für den Gesundheitssektor, Pflegeheime und den Sozialsektor umgesetzt werden können – zumal nicht eindeutig festgelegt ist, was noch unter die Definition scharfes/spitzes Instrument fallen kann (Akupunkturnadeln?), und was unter einem sicheren Entsorgungsbehälter zum Beispiel in der häuslichen Pflege zu verstehen ist.

#### **4.2.5 Vereinigtes Königreich von Großbritannien und Nordirland**

Viele der grundlegenden Prinzipien der Rahmenvereinbarung sind bereits Bestandteil der derzeit im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland (VK) geltender Rechtsvorschriften und Praktiken. Im VK gibt es nationale Arbeitsgruppen, die sichere Arbeitspraktiken zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen fördern, z.B. im Rahmen des Safer Needle Networks. In den meisten Krankenhäusern gibt es ein Meldesystem, das eine spezielle Software benutzt (EPI-net) und damit in Zukunft ein standardisiertes Meldeverfahren sicherstellt. Die britische Gesundheitsschutzagentur (Health Protection Agency) veröffentlicht alle 2 bis 4 Jahre den „Eye of a needle“-Bericht mit einer Übersicht über signifikante berufsbedingte Expositionen von Personal im Gesundheitswesen gegenüber blutübertragbaren Virusinfektionen. Die meisten der geltenden Bestimmungen sind allerdings eher allgemeiner Natur. So werden von Arbeitgebern bereits Risikobewertungen verlangt, um die Risiken für Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten einschätzen zu können. Die Richtlinie geht hier aber weiter und fordert eine Risikobewertung speziell für scharfe/spitze Instrumente, wobei innerhalb dieser Risikobewertung bestimmte Aspekte zu berücksichtigen sind. Die Richtlinie wird sich in ähnlicher Weise auch auf sichere Praktiken, Weitergabe von Informationen, Unterrichtung und Meldung von Vorfällen auswirken.

Die wichtigste Änderung in den britischen Rechtsvorschriften ist sicherlich das sofortige Verbot des Wiederverschließens gebrauchter Kanülen. Das Wiederverschließen mit Schutzkappen ist zwar eine Praxis, die im Gesundheitssektor nicht gern gesehen wird, sie wurde aber bisher noch nicht explizit verboten. Es ist davon auszugehen, dass nationale Leitlinien einschließlich des Handbuchs des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) und der Leitsätze des Gesundheitsministeriums auf den neuesten Stand gebracht werden und dann die spezifischeren Standards der Richtlinie berücksichtigen.

Ende 2012 hat die Health and Safety Executive (HSE, Amt für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz) eine Konsultation der relevanten Akteure und Interessengruppe über den vorgeschlagenen Umsetzungsentwurf der Richtlinie durchgeführt. Der Entwurf war nach einer Inspektionskampagne des HSE in 21 Krankenhäusern und einer Evaluierung von sicheren Instrumenten entwickelt worden. Der Inspektionsbericht kam zu dem Schluss, dass in den meisten Krankenhäusern Sicherheitsmaßnahmen in Kraft sind, die die Gefahr einer Exposition des Krankenhauspersonals gegenüber blutübertragbaren Viren verringern, dass sich aber nur in einer geringen Zahl von Krankenhäusern das gesamte Gesundheitspersonal der Risiken und der eigenen Verantwortung bewusst ist. Das HSE hat Inspektionsbefugnis und verklagte im Oktober 2010 einen NHS Trust, weil eine Pflegekraft nach einer Verletzung durch eine Kanüle, mit der einem Hepatitis C-Patienten Blut entnommen worden war, ebenfalls daran erkrankte. Der Trust wurde zu einer Geldstrafe von £12.500 plus Übernahme der Verfahrenskosten in Höhe von £9.000 verurteilt. Die Evaluierung sicherer Instrumente ergab, dass ihre Verwendung die Zahl der Zwischenfälle verringert, wenn gleichzeitig das Personal unterwiesen und durch entsprechende Maßnahmen für einen sicheren Arbeitsplatz gesorgt wird.

Die Gewerkschaften sind zu dem Schluss gekommen, dass bei dem gegenwärtigen Entwurf noch Nachbesserungsbedarf hinsichtlich des Geltungsumfangs besteht – der derzeitige Verordnungsentwurf würde nur auf Gesundheitsfachkräfte Anwendung finden, jedoch nicht auf Hilfspersonal wie Reinigungskräfte und auch nicht für die Beschäftigten in der Sozialfürsorge/in sozialen Diensten, die nach britischem Recht und Verwaltungspraxis nicht dem Gesundheitswesens zugerechnet wird (dies wurde auf dem Seminar von der Vertreterin des NHS bestätigt, siehe auch 4.3.2). Weiterhin ist das Wiederverschließen spitzer oder scharfer Instrumente mit Schutzkappen nach wie vor nicht verboten; es gibt keine alle relevanten Akteure einbeziehende Arbeitsgruppe zur Erarbeitung begleitender Verhaltensregeln und Leitlinien unter Beteiligung der Sozialpartner; und schließlich sieht der Entwurf eine Meldepflicht lediglich seitens der ArbeitnehmerInnen vor, was nicht dem Grundgedanken der Richtlinie entspricht.

### 4.3 Probleme bei der Umsetzung

Für einen Nachmittags-Workshop wurden die TeilnehmerInnen auf mehrere Gruppen gemischter Nationalität aufgeteilt, um folgende Fragen zu erörtern:

1. Werden zuverlässige Daten auf nationaler/organisatorischer Ebene über die Zahl der jährlichen Verletzungen an scharfen/spitzen Instrumenten erhoben (und ermöglicht dies eine Überwachung der potenziellen Verringerung dieser Verletzungen nach erfolgter Umsetzung der Richtlinie)?
2. Gibt es Bedenken hinsichtlich der Umsetzung und der nachfolgenden Anwendung der Richtlinie auf einzelstaatlicher und organisatorischer Ebene, und falls ja, welcher Art?
3. Wie werden sich bisherige Praktiken auf der organisatorischen Ebene infolge der Umsetzung ändern?

Nachstehend die Zusammenfassung der Diskussionen:

#### 4.3.1 Datenerhebung

- Die Sozialpartner haben Bedenken, dass Verletzungen nicht konsequent gemeldet werden und dass dies mit Sicherheit bei Verletzungen durch scharfe Instrumente der

Fall ist. Dies ist auch eine Frage der Verfahrens und der Fristen, die für die Meldung einzuhalten sind.

- Verletzte Personen geben sich oft selbst die Schuld und möchten „ihren Fehler“ nicht melden.
- Die Niederlande haben eine anonyme Meldung über eine Hotline vorgeschlagen – dann muss überlegt werden, welche weiteren Untersuchungen und Anschlussmaßnahmen durchzuführen sind;
- Die Sozialpartner äußerten Vorbehalte hinsichtlich der Formulierungen in der Richtlinie, die u. U. zu viel Auslegungsspielräume und letztlich eine Umsetzung ermöglichen, die dem Grundgedanken der Richtlinie nicht entspricht. Das gelte z. B. für das Recapping-Verbot mit sofortiger Wirkung;
- Krankenhäuser im VK und in IE, SE, FI und den NL haben bereits Meldeverfahren eingeführt. Die Frage ist hier eher, was nach der Erhebung mit den Daten geschieht. Wenn keine Verwertung dieser Daten in einer zentralen Stelle erfolgt, ergibt eine genaue Kontrolle von Unfällen keinen Sinn; Daten sollten auf nationaler und europäischer Ebene in einer standardisierten Form erhoben werden, damit sie vergleichbar sind;
- Es wurde danach gefragt, was genau berichtet werden soll – um welche Art Verletzung handelt es sich, wem wird sie gemeldet, welche formellen Vorschriften sind einzuhalten? Die Meldung sollte nicht zu viel Zeit in Anspruch nehmen; Überlegungen, wie man eine Kultur der Vermeidung vom Schuldzuweisungen vermeiden kann;
- Zentrale Daten – Überwachung und Anschlussmaßnahmen können für einige Länder besonders vor dem Hintergrund vom Sparprogrammen kostspielig sein;
- Unterweisungen über das Melden von Zwischenfällen sollten Teil der Erstausbildung sein, damit bereits von Anfang an ein Problembewusstsein entsteht.

#### 4.3.2 Probleme bei der Umsetzung

- Einige osteuropäische Mitgliedstaaten sind der Auffassung, dass die Melde- und Unterweisungspflicht zu kostspielig werden kann – die öffentlichen Ausgaben werden begrenzt, Kürzungen im Gesundheitssektor wurden angekündigt, sicherere Produkte könnten zu teuer sein. Auch die Sozialpartner aus anderen Ländern haben Bedenken hinsichtlich der Kosten der Umsetzung und der knappen öffentlichen Gelder geäußert. Es müssen kostengünstige Lösungen gefunden und gefördert werden;
- Wenn keine Investitionen für den Kauf von sicheren Produkten auf nationaler oder organisatorischer Ebene erfolgen, müssen die Risikobewertungen dies berücksichtigen. Es sind dann umfangreichere Präventionsmaßnahmen durchzuführen, die genauso kostspielig sein können wie die Anschaffung sicherer Produkte;
- Es ist eine stärkere Standardisierung der Unterweisungen erforderlich, damit alle Krankenpflegekräfte und medizinische AssistentInnen eine zweckmäßige Ausbildung erhalten;
- Es wurde die Frage nach Sanktionen gestellt, wenn Organisationen sich nicht an die Rechtsvorschriften halten – wer überwacht und kontrolliert die Umsetzung, welche geeigneten Sanktionen gibt es?
- Ausschreibungen für die Lieferung sicherer Instrumente sollten nicht nur den Preis berücksichtigen, sondern auch in Betracht ziehen, welches für die PatientInnen und die Beschäftigten das sicherste Produkt ist. Intuitiv zu handhabende und passive Schutzvorrichtungen verringern oft den Unterweisungsbedarf;
- Einige ArbeitnehmerInnen sind nach wie vor vom Geltungsbereich der Richtlinie ausgeschlossen, z. B. die MitarbeiterInnen von Entsorgungsbetrieben. Wie können diese Beschäftigten geschützt werden?
- Die Umsetzung im Sozialsektor, in Pflegeheimen oder bei ambulanten Pflegediensten kann sich als schwierig erweisen, da für Gesundheits- und Sozialsektor unterschiedliche

Regelungen gelten. Verfahren und Instrumente für beide Sektoren sind deshalb nur schwierig zu standardisieren, und besonders für Pflegekräfte, die in der häuslichen Pflege tätig, gibt es keine sofort umsetzbare Lösung – so verschreibt jeder Arzt und jede Ärztin den Insulinpen, den der Patient oder die Patientin bevorzugt. Auch die Benutzung eines speziellen Abwurfbehälters kann sich in der Praxis als problematisch erweisen;

- Was ist ein sicheres Instrument – manche Verletzungen passieren auch mit sicheren Instrumenten – die Richtlinie enthält hierzu keine eindeutigen Aussagen oder standardisierten Kriterien;
- Was ist unter einer korrekten Risikobewertung zu verstehen – die Festlegung von Verfahren könnte für Organisationen wiederum mit hohen Kosten verbunden sein.

#### 4.3.3 Umsetzung in der Praxis

- Es ist auf der organisatorischen Ebene dafür zu sorgen, die erforderlichen Verfahren und Maßnahmen zur Kontrolle durchzuführen. Arbeitsschutzausschüsse müssen eingesetzt oder Führungskräfte müssen die Zuständigkeit erhalten, um Veränderungen auf organisatorischer Ebene sowie Risikobewertungen zu veranlassen und entsprechende weitere Anschlussmaßnahmen zu treffen;
- Wenn eine Standardisierung von Instrumenten und Geräten erfolgt, sind auch die ArbeitnehmerInnen zu konsultieren;
- Die Einkaufsabteilungen und die Beschaffungsstellen sollten die Wünsche und Vorstellungen der ArbeitnehmerInnen berücksichtigen; Instrumente und Geräte sollten immer zur Verfügung stehen, Umstellungen auf andere Produkte sollten nicht zu oft erfolgen;
- Für die Beschäftigten im Gesundheitswesen gelten ohnehin strenge Meldevorschriften. Werden die Ansprüche an das Meldesystem zusätzlich erhöht, ergibt sich ein Transparenz-Paradoxon mit der Gefahr einer ‚Überberichterstattung‘ mit der Meldung zu vieler Fälle;
- Gute Praktiken im Hinblick auf das persönliche Verhalten von Arbeitskräften, die mit scharfen Instrumenten und Kanülen umgehen, erfordern auch von der Krankenhausleitung neue Führungsqualitäten – die Änderung von Einstellungen und Verhaltensweisen erfolgt oft im Rahmen eines Wandels der Arbeitskultur und kann nicht von der Gesetzgebung allein bewirkt werden;
- Aufklärungsarbeit und Informationskampagnen sind durchzuführen und müssen mit leicht zugänglichen Info-Materialien begleitet werden. Kurzfilme über Arbeitsnormen können hilfreich sein, zumal sie keine hohen Kosten verursachen.

## 5 Weitere Veranstaltungen

Weitere Regionalseminare finden statt in Rom am 7. März mit TeilnehmerInnen aus Belgien (französischsprachig), Zypern, Griechenland, Italien, Luxemburg (französischsprachig), Malta, Norwegen, Portugal, Spanien und der Schweiz (französischsprachig) sowie aus der Türkei; weiterhin am 16. April in Wien mit TeilnehmerInnen aus Österreich, Bulgarien, der Tschechischen Republik, Estland, Deutschland, Ungarn, Lettland, Luxemburg (französischsprachig), Polen, Rumänien, Slowakei und Slowenien sowie der Schweiz (deutschsprachig), Bosnien-Herzegowina, Kroatien, dem Kosovo, Mazedonien (FYROM), Montenegro, Serbien, Weißrussland, Russland und der Ukraine. Eine Abschlusskonferenz findet am 20. Juni 2013 in Barcelona statt.

Nach jeder Veranstaltung wird ein Bericht erstellt.