



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

Bericht des zweiten Regionalworkshops

Rom, 7. März 2013

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund des Projekts	1
1.2	Teilnehmende Länder	2
1.3	Zweck des Berichts.....	2
2	Verletzungen durch scharfe/spitze Gegenstände: ein signifikanres Risiko im Gesundheitssektor.....	3
3	Aktueller Stand der Umsetzung.....	4
4	Gute Praktiken und Probleme bei der Umsetzung und Anwendung	5
4.1	Wichtige Elemente einer guten Umsetzung.....	5
4.2	Erfahrungen mit der Umsetzung	5
4.3	Probleme bei der Umsetzung	8
5	Weitere Veranstaltungen.....	12

1 Einleitung

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um einen Bericht über den zweiten 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 7. März 2013 in Rom statt (siehe <http://www.epsu.org/a/9117> und <http://www.epsu.org/a/9393>).

1.1 Hintergrund des Projekts

Im Juli 2009 haben die europäischen sektoralen Sozialpartnerorganisationen - 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 einer frühen und rechtzeitigen Weiterverfolgung als Voraussetzung für eine fundierte Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt. 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 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 zweite Regionalworkshop fand am 7. März 2013 in Rom statt. An der Veranstaltung nahmen rund 80 VertreterInnen der sektoralen Sozialpartnerorganisationen aus Belgien (Sprache Französisch), Zypern, Frankreich, Italien, Malta, Norwegen, dem VK und Spanien teil. Weitere Informationen über den Workshop einschließlich einer vollständigen Liste der Präsentationen findet ihr unter <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 Menschen¹. Schätzungen zufolge kommt es jedes Jahr zu ca. 1 Million Nadelstichverletzungen.² 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 der häuslichen Pflege und Betreuung tätig sind, SozialarbeiterInnen (die z. B. mit Drogenabhängigen arbeiten) und Hilfspersonal wie Reinigungskräfte, Abfallbeauftragte und Wäschereipersonal.

Sowohl Italien als auch Spanien berichten über fast 100.000 Verletzungen mit scharfen Instrumenten jährlich im Gesundheitssektor. Angesichts dieser Zahlen ist aber zu bedenken, dass geschätzte 70% dieser Verletzungen aus unterschiedlichen Gründen nicht gemeldet werden, u. a. auch, weil sich ArbeitnehmerInnen selbst die Schuld geben, weil die Meldeverfahren bürokratisch zu aufwändig sind und auch weil der Eindruck besteht, dass – auch bei der Meldung von Zwischenfällen – doch nichts unternommen wird, um diese Risiken zu begrenzen.

Da bei den PatientInnen HIV, Hepatitis B und C und sonstige Infektionen auf dem Vormarsch sind, gibt es auch beim Heil- und Pflegepersonal ein erhöhtes Infektionsrisiko. Eine positive Entwicklung im letzten Jahrzehnt ist in dieser Hinsicht eine signifikant bessere HIV-Prophylaxe und eine höhere Impfungsrate des Gesundheitspersonals gegen Hepatitis B-Infektionen. Das Risiko einer Hepatitis C-Infektion bleibt aber hoch, und allein in Italien werden jedes Jahr 30 Fälle berufsbedingter Hepatitis C-Infektionen nach Verletzungen durch scharfe Instrumente gemeldet.

In Italien und Spanien wurden die Risikofaktoren und Risikokategorien der Beschäftigten genau untersucht, bei denen die Gefahr einer Exposition am wahrscheinlichsten ist und bei denen in der Tat ein hohes Infektionsrisiko infolge einer Verletzung mit scharfen Instrumenten besteht. Diese Studien zeigen, dass das allgemeine Expositionsrisiko am größten bei Krankenschwestern und Krankenpflegern, Ärztinnen und Reinigungskräften in der allgemeinen Chirurgie und in chirurgischen Spezialgebieten am größten ist, während ein hohes Expositionsrisiko am signifikantesten in der Allgemeinmedizin und in medizinischen Fachgebieten ist (besonders bei Krankenpflegepersonal). Die Risikofaktoren für Reinigungskräfte sind signifikant, da hier die Verletzungsgefahr im Wesentlichen durch nicht fachgerecht entsorgte Nadeln und scharfe Instrumente verursacht wird. .

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 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.³

¹ 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>

² Geschätzte Zahlen der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

³ 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 eingegangenen Antworten (Ende Februar 2013) lässt sich schließen, dass bisher nur drei Mitgliedstaaten die Richtlinie 2010/32/EU umgesetzt haben – Österreich, die Niederlande und Schweden. Dänemark und Lettland setzen die Richtlinie voraussichtlich noch vor dem 11. Mai 2013 um, während Italien, Irland, das VK und Finnland die Umsetzung zum Ende der Frist anvisieren. Die zuständigen Regierungsverwaltungen in Ländern wie Spanien, Zypern und Estland können keine Angaben zu einem Umsetzungsdatum nennen.

Die Beteiligung der Sozialpartner bei der Umsetzung der Richtlinie war in der überwiegenden Zahl der Länder gegeben, die sich an der Umfrage beteiligt haben (Stand Ende 2013). 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 (20 TeilnehmerInnen aus 12 EU-Ländern, 1 aus Weißrussland, Stand 6. März 2013, Umfrage läuft weiter). In den kommenden Monaten werden weitere Antworten der Sozialpartner erwartet, und die vorliegenden Informationen werden für jedes der Regionalseminare aktualisiert.

In 8 der 12 Mitgliedstaaten, für die bisher Antworten vorliegen, ist das Ausmaß der erforderlichen Änderungen an den vorhandenen Rechtsvorschriften entweder moderat oder signifikant, wobei es bei den wichtigsten Änderungen geltender Gesetzestexte um Themen wie das Recappingverbot, Anforderungen an eine spezielle Risikoabschätzung und die Durchführung prophylaktischer Impfungen geht.

In der Mehrheit der Länder gibt es bereits Leitlinien für die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe Instrumente. Die meisten Länder, in denen diese Leitlinien noch nicht existieren, planen deren Einführung im Zuge der Umsetzung und Durchführung der Richtlinie.

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 präsentiert und bestätigt wurden:

- Einsetzung eines Aufsichtsgremiums/Datenüberwachungsgremiums 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 Recappings auf Grundlage der 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 entwickelt und untereinander beste Praktiken austauscht.

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 Italien

In Italien sind zahlreiche Bestimmungen der Richtlinie bereits durch bestehende Gesetzesdekrete geregelt. Es sind allerdings einige Änderungen erforderlich, um die Lücken zu schließen, auf die die EU-Rahmenvereinbarung und die nachfolgende Richtlinie aufmerksam gemacht haben.

Das Gesetzesdekret 81 sieht die Risikoeliminierung entsprechend der Risikoabschätzung vor und beinhaltet eine Regelung über die Benutzung von Sicherheitsprodukten.

Kapitel 10 des Gesetzesdekrets 81 wird durch neue Bestimmungen ergänzt um sicherzustellen, dass ebenfalls MedizinstudentInnen in den Geltungsbereich fallen. Weiterhin

wird Artikel 286 über die Risikoabschätzung geändert um zu erreichen, dass das Risiko einer Exposition gegenüber blutübertragbare Krankheiten berücksichtigt wird.

Der neue Gesetzesentwurf liegt vollständig vor, aber die aktuelle politische Patt-Situation nach der Parlamentswahl Ende Februar 2013, die keine Partei mit einer ausreichenden Mehrheit zur Bildung einer Regierung ausstattete, führt zu einer unvermeidbaren Verzögerung der Debatte und der Verabschiedung des geänderten Gesetzes durch das Parlament.

In der Praxis werden schon seit den 1980er Jahren laufend neue Arbeitsprozesse und Arbeitsinstrumente eingeführt, die ein Plus an Sicherheit bieten. Der Grund dafür ist die zunehmende Sensibilisierung für die Risiken einer HIV- bzw. einer Hepatitis B- und C-Infektion, da die Rate dieser Infektionen in der Patientenpopulation zunehmend gestiegen ist. Im Laufe der Jahre wurde das Recapping verboten, die Verwendung von speziellen Abwurfbehältern für scharfe/spitze Instrumente wurde ebenso zur Pflicht wie die Einführung einer persönlichen Schutzausrüstung, es gab spezielle Aufklärungs- und Schulungsveranstaltungen, und ab Mitte bis Ende der 1990er Jahre wurden immer mehr Sicherheitsprodukte eingeführt.

Zur Risikoabschätzung wurden Leitlinien entwickelt, und Verfahren für die Erfassung dieser Vorfälle wurden verbessert und in einigen Fällen vereinfacht.

Schnellere Tests auf Exposition sowie eine bessere Prophylaxe und bessere Behandlungsmöglichkeiten für betroffene ArbeitnehmerInnen haben ebenfalls dazu beigetragen, die signifikanten Gesundheitsrisiken von Beschäftigten nach einer Verletzung durch scharfe/spitze Instrumente zu verringern.

Seit der Einführung all dieser Maßnahmen hat es einen signifikanten Rückgang der erlittenen Verletzungen gegeben. Dies gilt besonders dann, wenn Sicherheitsprodukte verwendet werden und überall Behälter für die sichere Entsorgung scharfer/spitzer Instrumente zur Verfügung stehen.

Die Erfahrungen in Italien zeigen, dass ein integrierter Handlungsansatz die effektivste Möglichkeit bietet, das Verletzungsrisiko durch scharfe/spitze Instrumente nachhaltig zu verringern. Es wurde geltend gemacht, dass die Richtlinie ein wichtiger Schritt nach vorn in Richtung der Umsetzung eines solchen integrierten Handlungsansatzes ist.

4.2.2 Frankreich

In Frankreich sind von der für Mai 2013 vorgesehenen Umsetzung der Richtlinie und dem entsprechenden Gesetz 1,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitssektor sowohl in privaten als auch öffentlichen Einrichtungen betroffen. Die Gewerkschaften in diesem Sektor sind stark daran interessiert, dass dieses Gesetz nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in Kliniken und für Gesundheitspersonal gilt, das PatientInnen zu Hause versorgt.

In Frankreich gibt es bereits eine Vielzahl gesetzlicher Maßnahmen, die den in der Richtlinie ausgeführten Grundsätzen entsprechen. Dazu gehören Arbeitsgesetze, die Gesetzgebung zum öffentlichen Gesundheitswesen und diverse Verordnungen für den Krankenhausesektor⁴. Dabei geht es auch um das Thema Prävention, zum Beispiel in Verbindung mit der Impfung von Heil- und Pflegepersonal sowie um die Entsorgung scharfer/spitzer Instrumente.

Die Überwachung der Verletzungsfälle durch scharfe/spitze medizinische Instrumente mit dem Risiko einer Blutkontamination ist die Aufgabe eines nationalen Überwachungsinstituts, das 1998 gegründet wurde und z. B. die Risiken von HIV-, Hepatitis B- und Hepatitis C-Infektionen überwacht.

⁴ Z.B. Dekret Nr. 94-353 aus dem Jahre 1994 über den Schutz von ArbeitnehmerInnen vor der Exposition gegenüber biologischen Wirkstoffen; Runderlass DGS/SH/DRT Nr. 98/228 aus dem Jahre 1998 mit Empfehlungen zu antiretroviralen Behandlungen bei dem Risiko einer Übertragung von HIV; Runderlass DGS/DH Nr. 98/249 aus dem Jahre 1998 über die Prävention einer Übertragung infektiöser Erreger durch Blut oder andere biologische Flüssigkeiten in Einrichtungen des Gesundheitswesens; Runderlass Nr. DH/SL20DGS/VS3 Nr. 554 aus dem Jahre 1998 über das Einsammeln scharfer/spitzer Instrumente usw.

Es wurde ein Ausschuss mit der Aufgabe eingesetzt, die Risiken einer Verletzung durch scharfe/spitze Instrumente zu verringern (*Réseau RAISIN*). Dieser Ausschuss ist zuständig für einen über fünf Jahre laufenden Aktionsplan 2009-2013 mit dem Ziel einer Verringerung der Exposition von 25% pro 100 Betten. Ca. 16.000 Vorfälle mit dem Risiko einer durch Blut übertragbaren Infektion werden täglich gemeldet – dabei ist zu beachten, dass fast 70% dieser Zwischenfälle überhaupt nicht gemeldet werden.

Um das Problem der fehlenden Informationen zu lösen, wurde von dem für Frankreich zuständigen Gewerkschaftsvertreter vorgeschlagen, die Meldung dieser Zwischenfälle zur Pflicht zu machen.

In der Praxis ist die Krankenhausleitung für die Festlegung einer Präventionsstrategie zuständig. Die Gewerkschaften spielen hier eine wichtige Rolle, indem sie auf die Entwicklung dieser Strategien Einfluss nehmen und ihre Umsetzung überwachen. Zu diesen Strategien gehören Maßnahmen zur Prävention (einschließlich der Einführung von Sicherheitsprodukten in Hochrisikobereichen), Melde- und Behandlungsschritte und – falls erforderlich – die Entschädigung betroffenen Personals.

Die Gewerkschaften haben in besonderer Weise die Verwendung eines einzigen Dokuments (auf Französisch: *document unique*) auf organisatorischer Ebene unterstützt, das die erste Risikoabschätzung, den Präventionsplan und eine Strategie für die Verringerung und das Management von Risiken zusammenfasst und ebenfalls Meldeverfahren und Anschlussmaßnahmen beschreibt. Dieser Prozess beinhaltet weiterhin eine regelmäßige Bewertung des erreichten Rückgangs der Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente sowie eine Beschreibung der nächsten Schritte, die zur Verbesserung der bisherigen Präventionspolitik erforderlich sind.

4.2.3 Spanien

In Spanien wird die Richtlinie bis zum Fristablauf im Mai 2013 durch die Änderung der bestehenden Gesetze umgesetzt.

Die derzeitigen Rechtsvorschriften erlauben die Festlegung der Rangfolge von Interventionen und besonders die Einführung von Sicherheitsprodukten in Bereichen mit besonders hohen Risikofaktoren. Anhand detaillierter Studien wurde gezeigt, in welchen Arbeitsfeldern, bei welchen MitarbeiterInnen und bei welchem Qualifikationsniveau die Expositionsgefahr am größten ist.

Es wurde darauf hingewiesen, wie wichtig die Beteiligung von Fachleuten an der Gestaltung von Sicherheitsprodukten ist. Weiterhin sollte für die Unternehmen, die solche Produkte auf den Markt bringen, die Vorschrift gelten, dass sie Kurse und Seminare über deren sichere Benutzung anbieten müssen. Ohne eine solche Unterweisung ist immer wieder damit zu rechnen, dass das Verletzungsrisiko zunächst steigt, da Gesundheitsfachkräfte nicht wissen, wie genau sie mit den neuen Produkten umgehen sollen.

Die Erfahrungen in Spanien zeigen, dass durch die Verwendung von Sicherheitsprodukten in Hochrisikobereichen das Vorkommen perkutaner Verletzungen um 41% zurückgegangen ist.

4.2.4 Norwegen

In Norwegen haben wir es mit einer besonderen Situation zu tun, da alle Blutproben von BiomedizinerInnen entnommen werden. Es besteht die Gefahr, dass das Risiko nicht weiter beachtet wird, da die Prävalenz derartiger Verletzungen nicht sehr hoch ist. Nach den jüngsten verfügbaren Daten gab es 200 gemeldete Fälle von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Jahr 2011, wobei geschätzte 150 Fälle nicht gemeldet wurden.

Eine aktuelle Studie weist darauf hin, dass 50% dieser Unfälle durch Unachtsamkeit passiert sind. Sicherheitsprodukte hätten diese Verletzungen verhindern können. Zurzeit werden diese Sicherheitsprodukte in erster Linie bei der Blutentnahme verwendet (in 90% dieser Vorgänge werden diese Produkte verwendet), bei anderen Tätigkeiten kommen Sicherheitsprodukte aber nur in 5% der Fälle zum Einsatz.

Norwegen setzt die Richtlinie vollständig um. Zurzeit führt die norwegische Arbeitsaufsichtsbehörde eine öffentliche Anhörung durch, Antworten müssen bis zum 28. April vorliegen.

Die Vorschläge zur Änderung der bisherigen Gesetzgebung sind relativ begrenzt und beziehen sich in erster Linie auf:

- Stärkere Verpflichtung auf die Durchführung einer Risikoabschätzung
- Unterweisung des Personals muss Informationen über die Verletzungsrisiken durch scharfe/spitze Instrumente beinhalten
- Bereitstellung sicherer Behälter zum Sammeln benutzter scharfer/spitzer Instrumente
- Verbot des Recappings

Die norwegischen Umsetzungs Vorschriften sollen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht so weit gehen wie der schwedische Text. In den Fällen, in denen Risikofaktoren benannt werden, verlangen die schwedischen Gesetze die Benutzung von Sicherheitsprodukten. In Norwegen sehen die Rechtsvorschriften dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

4.2.5 **Belgien**

Wie in den meisten Ländern gibt es auch in Belgien eine Reihe von Rechtsvorschriften mit Relevanz für die Bestimmungen der Richtlinie. Eine Umsetzung erfolgt voraussichtlich durch eine Änderung des Königlichen Dekrets über die Exposition gegenüber biologischen Wirkstoffen. Ein Textentwurf für diese Änderung wurde durch eine Eigeninitiative der branchenübergreifenden Sozialpartner ohne Beteiligung der sektoralen Sozialpartner vorgeschlagen, die die Rahmenvereinbarung zwischen HOSPEEM und EGÖD vom Juli 2009 zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor unterzeichnet haben, die in die Richtlinie 2010/32/EU umgesetzt worden ist. Dies wird von den sektoralen Sozialpartnern in Belgien in Frage gestellt, da die branchenübergreifenden Sozialpartner die europäische Rahmenvereinbarung nicht unterzeichnet haben. Weiterhin waren die sektoralen Sozialpartner nicht an der Umsetzung der Richtlinie beteiligt, hier waren nur die branchenübergreifenden Sozialpartner involviert.

Im Prinzip wurden aber nur geringfügige Änderungen vorgeschlagen. Sie zielen darauf ab, dass die Bestimmungen nicht nur für die direkt im Gesundheitswesen Beschäftigten gelten, sondern auch für die Beschäftigten bei Subunternehmen, die einem Verletzungsrisiko durch scharfe/spitze Instrumente ausgesetzt sind. Die geänderten Rechtsvorschriften sehen ebenfalls vor, dass die ArbeitnehmerInnen eine größere Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und Sicherheit übernehmen (je nach individueller Ausbildung und Qualifikation und entsprechend den Anleitungen des Arbeitgebers an ihrem spezifischen Arbeitsplatz), dass sie an entsprechenden Schulungen teilnehmen und dass Verletzungen mit scharfen/spitzen Instrumenten einer zentralen Stelle gemeldet werden. Die Verwendung von Sicherheitsprodukten ist nicht zwingend vorgeschrieben, wenn sie jedoch zur Verfügung stehen, müssen sie benutzt werden.

4.2.6 **Zypern**

Ein Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie wurde dem Parlament vorgelegt. Dies würde zu einer Änderung der bestehenden Rechtsvorschriften führen.

Leitlinien zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente existieren bereits, sie wurden auf die Website (<http://www.epsu.org/a/9157>) hochgeladen und beschreiben vorhandene Leitsätze, Ausbildungsmaterial, Filme usw., ebenfalls für eine Reihe anderer Länder.

4.2.7 **Malta**

Das Gesundheitsministerium Maltas ist verantwortlich für die Umsetzung der Richtlinie.

Ein Anliegen der Gewerkschaft besteht darin, dass der Geltungsbereich der Richtlinie erweitert werden sollte, damit nicht nur die Beschäftigten im Gesundheitssektor geschützt werden. Als Beispiel wurden Postangestellte genannt, da es zu Verletzungen durch Injektionsnadeln gekommen ist, die Drogenabhängige in Briefkästen geworfen hatten.

4.2.8 VK und die Arbeit des EBN

Im VK war UNISON an der Gründung des European Biosafety Network (Europäisches Netzwerk für biologische Sicherheit, EBN; siehe <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>) beteiligt. Das EBN ist eine Reaktion auf die fehlende Bereitschaft der Gerichte und der Regierung, Nadelstichverletzungen als Arbeitsunfall anzuerkennen und dies durch eine nationale Gesetzgebung zu regeln.

Das EBN hat sich im Rahmen einer umfassenden Kampagne dafür eingesetzt, alle Berufe mit einem Verletzungsrisiko durch scharfe/spitze Instrumente zu schützen. Ziel des EBN ist es hier, Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente zu vermeiden, indem Lobbyarbeit für eine entsprechende Gesetzgebung geleistet wird, Beispiele für gute Praktiken weitergegeben und praktische Leitlinien für die Betriebe zur Verfügung gestellt werden.

Im EBN arbeiten nationale und europäische Berufsvereinigungen, repräsentative Verbände, Gewerkschaften und andere Interessengruppen zusammen, entwickeln Leitlinien, tauschen Beispiele guter Praxis aus und sorgen dafür, dass die Richtlinie vollständig umgesetzt und auf organisatorischer Ebene durchgeführt wird.

Die Beteiligung der Gewerkschaften an der Risikoabschätzung wird nachdrücklich unterstützt, und die Rolle der Gewerkschaften bei der Motivierung von ArbeitnehmerInnen, an Schulungen teilzunehmen, Präventionsvorschriften einzuhalten und Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente zu melden, wird als sehr wichtig angesehen.

Ein EBN-Toolkit wurde entsprechend den Anforderungen der Richtlinie gestaltet.

Im VK wird die Richtlinie durch Änderungen der bestehenden Arbeitsschutzgesetze umgesetzt. Als Rechtsverordnung kann dies durch Annahme in einem parlamentarischen Ausschuss genehmigt werden (siehe ebenfalls Bericht über das Seminar in Dublin auf unserer Webseite <http://www.epsu.org/a/9264>).

Das EBN ist ebenfalls an Gesprächen mit anderen europäischen Arbeitgebern wie CEEP und mit branchenübergreifenden Gewerkschaftsorganisationen wie dem EGB interessiert und schlägt ihnen vor, dass die Grundsätze der Richtlinie auch in anderen Sektoren mit einem Verletzungsrisiko durch scharfe/spitze Instrumente Geltung bekommen.

4.3 Probleme bei der Umsetzung

Am Nachmittag wurde im Plenum über folgende Fragen gesprochen:

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.
- Kliniker sind hier ebenfalls besorgt, da eine Prophylaxe im Falle einer (potenziellen) Exposition innerhalb einer Stunde nach der Verletzung erfolgen muss, um einen hohen Grad an Effektivität zu erreichen.

- Meldeverfahren müssen robust sein und dürfen nicht zu bürokratisch und kompliziert sein, damit ArbeitnehmerInnen nicht von der Meldung einer Verletzung abgehalten werden..
- Die betroffenen Personen müssen den Eindruck haben, dass ihre Meldung etwas bewirkt und dass ihre Beschreibung, wie und warum es zu der Verletzung gekommen ist, einen Beitrag zur zukünftigen Risikoverringerung leistet. Ist dies nicht der Fall, verringert sich die Motivation zur Meldung des Unfalls.
- Verletzte Personen geben sich oft selbst die Schuld und wollen ihren „Fehler“ nicht melden – diese „Kultur der Schuldzuweisung“ muss entschieden bekämpft werden.
- Die Meldung dieser Verletzungen zwingend vorzuschreiben, reicht nicht aus. Dies ist bereits in einigen Ländern Vorschrift, hat jedoch die Meldequote nicht verbessert.
- Es wurden Beispiele eines anonymisierten Meldeverfahrens in Krankenhäusern beschrieben, die bei der Verbesserung von Prozessen noch berücksichtigt werden können.
- 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

- Besonders kleine Mitgliedstaaten haben Probleme, die höheren Kosten für die Anschaffung von Sicherheitsprodukten zu tragen. Ein umfassender Einsatz kann zu Kostensenkungen beitragen. Die Auftragsgröße (die oft Hand in Hand mit einer zentralen öffentlichen Auftragsvergabe oder Beschaffung auf unterschiedlichen Ebenen geht) kann erhebliche Auswirkungen haben.
- Bei der Kostenbetrachtung ist es wichtig, nicht nur die Kosten der Umsetzung der Richtlinienbestimmungen zu berücksichtigen, sondern auch die Kosten der erlittenen Verletzungen.
- Es wurde auf die Bedeutung der Unterweisung im Gebrauch von Sicherheitsprodukten hingewiesen. Dies sollte zu den Aufgaben des Herstellers gehören.
- Mehrere TeilnehmerInnen der Gewerkschaftsseite sind der Meinung, dass die Anwendung der Richtlinie nicht nur auf den Gesundheitssektor beschränkt werden sollte, sondern dass auch andere ArbeitnehmerInnen geschützt werden sollten, bei denen ein Verletzungsrisiko durch scharfe/spitze Instrument besteht – Beschäftigte in der Altenpflege, SozialarbeiterInnen, Strafvollzug.

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 unterstützt werden – Begleitmaterial dieser Art wurde von Gewerkschaften in Spanien und in anderen Ländern entwickelt.

5 Weitere Veranstaltungen

Ein weiteres Regionalseminar findet in Wien am 16. April mit TeilnehmerInnen aus Österreich, Bulgarien, der Tschechischen Republik, Estland, Deutschland, Ungarn, Lettland, Luxemburg (deutschsprachig), Polen, Rumänien, der Slowakei und Slowenien sowie aus der Schweiz (deutschsprachig), Bosnien-Herzegowina, Kroatien, dem Kosovo, Mazedonien (FYROM), Montenegro, Serbien, Weißrussland, Russland und der Ukraine statt. Eine Abschlusskonferenz ist für den 20. Juni 2013 in Barcelona geplant.

Nach jeder Veranstaltung wird ein Bericht erstellt.