



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

Bericht des dritten Regionalworkshops

Wien, 16. April 2013

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Hintergrund des Projektes	1
1.2	Teilnehmende Länder	1
1.3	Zweck des Berichts.....	2
2	Verletzungen durch scharfe/spitze Gegenstände: ein signifikantes Risiko im Gesundheitssektor.....	3
3	Aktueller Stand der Umsetzung.....	6
4	Gute Praktiken und Probleme bei der Umsetzung und Anwendung	7
4.1	Wichtige Elemente einer guten Umsetzung	7
4.2	Erfahrungen mit der Umsetzung	7
5	Weitere Veranstaltungen.....	15

1 Einleitung

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um einen Bericht über den dritten Regionalworkshop des gemeinsamen EGÖD-HOSPEEM-Projekts ‚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 16. April 2013 in Wien statt (siehe <http://www.epsu.org/a/9116> und <http://www.epsu.org/a/9396>).

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 dritte Regionalworkshop fand am 16. April 2013 in Wien statt. An der Veranstaltung nahmen mehr als 100 VertreterInnen von sektoralen Sozialpartnerorganisationen und Organisationen im Gesundheitswesen aus Österreich, Bulgarien, Kroatien, der Tschechischen Republik, Deutschland, Ungarn, Lettland, Polen, Rumänien und der Slowakei teil. VertreterInnen aus Weißrussland, dem Kosovo, Moldawien und Russland zählten auf Einladung des EGÖD und mit finanzieller Unterstützung des EGÖD ebenfalls zu den Delegierten. Weitere Informationen über den Workshop einschließlich einer vollständigen Liste der Präsentationen findet ihr unter <http://www.epsu.org/a/9396>.

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. In diesem Zusammenhang wurde als besonderes Problem erkannt, dass diesem Hilfspersonal oft nicht die gleichen Schutzmaßnahmen zuerkannt werden wie den Fachkräften. Dies gilt besonders dann, wenn Dienstleistungen ausgelagert und/oder von LeiharbeiterInnen ausgeführt werden.

Belastbare nationale Daten lagen nur für wenige der am Seminar teilnehmenden Länder vor. Wie bereits anlässlich früherer im Rahmen dieses Projekts durchgeführter Regionalseminare beschrieben wurde (Berichte über die Seminare in Rom und Dublin siehe <http://www.epsu.org/a/9393> und <http://www.epsu.org/a/9264>), gibt es eine Reihe von Umständen, die die Verfügbarkeit, Vollständigkeit und Zuverlässigkeit von Daten beeinflussen. In erster Linie gehört dazu, dass nicht alle Zwischenfälle gemeldet werden. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen:

- Das Personal gibt sich selbst die Schuld an einer Verletzung oder hat Angst vor einer Schuldzuweisung durch Vorgesetzte/KollegInnen;
- Das Personal sieht keine Veranlassung zu einer Meldung, wenn das wahrgenommene (oder reale) Infektionsrisiko gering ist, da die erlittene Verletzung selbst als nur geringfügig eingeschätzt wird;
- Meldeverfahren sind bürokratisch oder zeitintensiv (in einigen Fällen können z. B. in dem betroffenen Krankenhaus keine Bluttests durchgeführt werden; dies verhindert frühzeitige Prophylaxemaßnahmen selbst in Fällen, in denen diese dringend angezeigt wären);
- Personal ist nicht motiviert, Verletzungen zu melden, da davon ausgegangen wird, dass sich ohnehin nichts ändert;
- MitarbeiterInnen (z. B. Hilfspersonal, siehe oben) sind sich der Risiken ihrer Tätigkeiten nicht bewusst und wurden nicht über Meldeverfahren informiert.

Zwar sind die unterlassenen Meldungen von Verletzungen der größte Anlass zur Sorge, erwähnt wurde aber auch, dass in einigen Fällen Vorkommnisse gemeldet wurden, die keine Verletzungen und erst recht keine Infektionen zur Folge haben konnten (und dies in der Tat auch nicht der Fall war), da hier medizinische Instrumente beteiligt waren, mit denen keinerlei Infektionsrisiko verbunden war.

Es wurde ebenfalls explizit darauf hingewiesen, wie wichtig die Beachtung der einzelstaatlichen Meldevorschriften und der Bestimmungen für die Anerkennung von Arbeitsunfällen ist. Es gibt in den meisten Ländern auf betrieblicher Ebene Vorschriften für die Meldung von Arbeitsunfällen, aber eine Meldung bei der

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.

übergeordneten nationalen Ebene muss nur erfolgen, wenn es infolge des Unfalls zu einer Fehlzeit von mehr als drei aufeinanderfolgenden Tagen kommt – was bei Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente so gut wie nie der Fall ist. In gleicher Weise werden in einigen Ländern Erkrankungen und Infektionen (oder auch ein psychologisches Trauma) infolge einer Verletzung durch scharfe/spitze Instrumente nicht als Berufskrankheit anerkannt und deshalb den nationalen Behörden nicht gemeldet (z. B. den beruflichen Unfallversicherern).

Viele Organisationen und Einrichtungen verfügen aber über ihre eigenen internen Meldesysteme für Verletzungen durch scharfe Instrumente oder melden diese Vorfälle nach den CIRS-Vorgaben (CIRS = Clinical Incident Reporting System = Berichtssystem für kritische Zwischenfälle) als Teil ihres eigenen Risikomanagements³.

Wie bereits auf früheren Regionalseminaren ausgeführt, bestehen die Hauptinfektionsrisiken beim Umgang mit HIV-, Hepatitis B- und Hepatitis C-PatientInnen. Das Ausmaß des potenziellen Risikos durch die Behandlung von Personen mit diesen Infektionen ist von Land zu Land unterschiedlich. Für Österreich wurde z. B. festgestellt, dass der Infektionsgrad für diese Erkrankungen in der Patientenpopulation relativ gering ist und das Risiko für eine solche Infektion durch scharfe oder spitze Instrumente als relativ minimal anzusehen ist. Andere Faktoren haben ebenfalls Auswirkungen auf potenzielle, mit Infektionen assoziierte Risiken besonders im Hinblick auf Hepatitis B. In vielen Ländern, darunter auch Österreich und Deutschland, wird Gesundheitspersonal routinemäßig bei Berufsbeginn gegen Hepatitis B geimpft. Sofern es bei einzelnen Personen keine nachweisbaren Gegenindikationen gegen diese Impfprogramme gibt, sind diese in der Regel zwingend vorgeschrieben mit der Folge, dass das Infektionsrisiko signifikant verringert wird. Bekannterweise gibt es keinen solchen Impfschutz gegen Infektionen mit HIV oder Hepatitis C, allerdings sind diese in der Patientenpopulation auch weniger stark verbreitet.

Interessant ist hier die Feststellung, dass haushaltspolitische Faktoren in diesem wichtigen Feld eine Rolle spielen. Ein rumänischer EGÖD-Vertreter von SANITAS hat darauf hingewiesen, dass ein Impfprogramm gegen Hepatitis B, das Personal im Gesundheitswesen in Anspruch nehmen konnte, aus Kostengründen in den vergangenen Jahren wieder gestrichen wurde (und jetzt nur noch für die Bereiche zur Verfügung steht, in denen das Infektionsrisiko als besonders hoch angesehen wird).

Eine von der Vereinigung tschechischer Krankenschwestern in Auftrag gegebene Studie (befragt wurden 2009 und 2010 rund 1.400 Schwestern und Pfleger) kam zu dem Ergebnis, dass sich 83% der UmfrageteilnehmerInnen im Laufe ihres Berufslebens eine Verletzung durch scharfe Instrumente zugezogen hatten⁴. Die Übertragung einer Infektionskrankheit erfolgte in 2,5% der Fälle (in erster Linie Hepatitis). In 95% der Fälle wurde diese Erkrankung im Nachgang als Berufskrankheit anerkannt.

Die meisten dieser Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente erfolgten bei der Vorbereitung ihrer Verwendung, gefolgt von Zwischenfällen bei der Lagerung oder der Entsorgung dieser scharfen Instrumente in einen Abwurfbehälter. Jede fünfte Verletzung dieser Art erfolgte während der Blutabnahme. Signifikant ist, dass die große Mehrheit der ArbeitnehmerInnen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, eigenes Fehlverhalten als ursächlich für die Verletzung ansah. In knapp über der

³ Im Wiener Krankenanstaltenverbund ermöglicht das Projekt „Erfahrungsdrehscheibe“ einen umfassenden Austausch über Sicherheitsprobleme und deren Lösung.

⁴ Hier ist wichtig anzumerken, dass bei solchen Umfragen von Einzelpersonen, die von dem untersuchten Problem betroffen sind, mehr Antworten erhalten werden.

Hälfte der Fälle wurde eine hohe berufliche Belastung als ein wichtiger Faktor der Verletzungsursache angesehen.

3 Aktueller Stand der Umsetzung

Im Rahmen des Projektes führt ICF GHK eine Umfrage bei den Sozialpartnerorganisationen durch. Aus den bis heute eingegangenen Antworten⁵ lässt sich schließen, dass bisher fünf Mitgliedstaaten die Richtlinie 2010/32/EU umgesetzt haben – Österreich, Bulgarien, die Tschechische Republik, Deutschland, die Niederlande und Schweden. Dänemark und Lettland setzen die Richtlinie voraussichtlich noch vor dem 11. Mai 2013 um, während Frankreich, Italien, Irland, das VK und Finnland die Umsetzung voraussichtlich bis zum Ende der Frist gelingen wird. 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. Die meisten Mitgliedstaaten haben sich dafür entschieden, die Richtlinie in Form nationaler Rechtsvorschriften umzusetzen, ergänzt durch spezifische Leitlinien (oder Kollektivvereinbarungen) zu einem späteren Zeitpunkt. 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.

In 8 der 12 EU-Mitgliedstaaten, für die bisher Antworten vorliegen, wird das Ausmaß der an den bestehenden Gesetzen vorzunehmenden Änderungen entweder als moderat oder signifikant angesehen, wobei die umfangreichsten Überarbeitungen vorliegender Gesetzestexte Themen wie das Recapping-Verbot, Anforderungen an eine spezifischere Risikoabschätzung und die Durchführung präventiver Impfprogramme betreffen. In den verbleibenden 4 Mitgliedstaaten wurden die erforderlichen Änderungen als gering oder nicht signifikant eingestuft.

Als Hemmnisse für die Umsetzung wurden die damit verbundenen Kosten vor dem Hintergrund der aktuellen Sparprogramme sowie die unterschiedlichen Auslegungen hinsichtlich des Anwendungsumfangs der Richtlinie genannt (z. B. für welches Personal die Richtlinie gilt).

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. Im Rahmen des Projekts werden in Europa vorhandene Leitlinien, Handbücher und Tools zusammengestellt und auf einer Webseite veröffentlicht: <http://www.epsu.org/a/9157>.

⁵ Bis zum 16. April 2013 sind 22 Antworten aus 14 Ländern eingegangen, davon sind 12 EU-Mitgliedstaaten: Österreich, Zypern, Dänemark, Frankreich, Finnland, Irland, Italien, Lettland, Niederlande, Spanien, Schweden, VK, Weißrussland und Ukraine. Bis Anfang Mai gingen zusätzliche Antworten aus Bulgarien und Deutschland ein, die jedoch in der hier präsentierten Analyse nicht berücksichtigt wurden.

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:

- Klare Einbeziehung der Sozialpartnerorganisationen bei der Umsetzung der Richtlinie.
- Einsetzung eines Aufsichtsgremiums/Datenüberwachungsgremiums auf nationaler Ebene, um eine standardisierte Meldung dieser Verletzungen zu gewährleisten und um die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften sicherzustellen. Dies sollte weiter gefasst werden als lediglich die Pflichtmeldung von Verletzungen, die eine krankheitsbedingte Abwesenheit von mehr als 3 Tagen zur Folge haben.
- Beteiligung der Gewerkschaften und der ArbeitnehmervertreterInnen an der Risikoabschätzung und der Präventionsplanung.
- Basis für die Umsetzung: Risikoabschätzung
- Standardisierte berufliche Ausbildung für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen im Hinblick auf die Prävention und Meldung von Verletzungen durch scharfe/spitze medizinische Instrumente.
- Entwicklung einer „No-Blame-Fehlerkultur“ ohne Schuldzuweisungen, die die Meldung aller Vorfälle fördert.
- Verbot des Recappings
- Kostenlose Schutzimpfung der gefährdeten Beschäftigten
- Standardisierte Mindestanforderungen an sichere Instrumente (sind langfristig zu entwickeln); Strategien 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 Österreich

Österreich ist einer der vier Mitgliedstaaten, in denen die Richtlinie bereits durch die so genannte *Nadelstichverordnung (NastV⁶)* in nationales Recht umgesetzt worden ist. Diese Verordnung wurde am 3. Januar 2013 veröffentlicht und tritt am 11. Mai 2013 in Kraft. Sie bezieht sich explizit auf die Richtlinie sowie auf EGÖD und HOSPEEM als Verhandlungsparteien der Rahmenvereinbarung. Die Verordnung bezieht sich auf Arbeitskräfte im Gesundheitswesen und verweist besonders darauf, dass jegliches Hilfspersonal (z. B. bei Subunternehmen, die Wäschereidienste übernehmen) ebenfalls unterrichtet werden muss und unter die Bestimmungen der Verordnung fällt.

Insgesamt ist die Anzahl der Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente und speziell der sich daraus ergebenden berufsbedingten Infektionen nach Aussage eines Sprechers der Salzburger Landeskliniken (SALK) relativ niedrig. Dies ist teilweise auf die relativ geringe zugrundeliegende Zahl von Hepatitis- und HIV-Infektionen in der österreichischen Patientenpopulation zurückzuführen.

Anhand des Beispiels der SALK wurde gezeigt, dass zahlreiche Maßnahmen zur Verhinderung von Nadelstichverletzungen bereits seit vielen Jahren angewandt werden. Dazu gehören:

- Risikoabschätzung zur Festlegung vorhandener Risikostufen und zum Ergreifen zweckmäßiger Maßnahmen zur Reduzierung dieser Risiken;
- Impfung gegen Hepatitis B;
- Schulungen und Sensibilisierung für die Risiken;
- Interne Meldeverfahren;
- Einführung von sicheren Instrumenten, wo zweckmäßig.

In den SALK-Krankenhäusern wurde ab 2008 eine Reihe sicherer Instrumente und Vorrichtungen eingeführt, darunter GRIPPER® Micro Sicherheitsportnadeln, Sicherheits-Schmetterlingsnadeln (beide im Jahre 2008), Sicherheits-Lanzettelnadeln (2010), Sicherheitssystem für Bluttests (2011) und Venflon™ Pro Safety Sicherheitsvenenverweilkatheter. In all diesen Fällen ist der Prozess der Beschaffung und Auftragsvergabe zeitintensiv und erfordert die Mitwirkung einer Expertengruppe, eine Ausschreibung und entsprechende Schulungen während der Einführung neuer Instrumente. In diesem Zusammenhang ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass die Einkaufsabteilung und die Abteilung für Arbeitsmedizin eng zusammenarbeiten – lediglich von der Abteilung für Arbeitsmedizin geprüfte und erprobte Instrumente werden zur Verwendung in den SALK-Krankenhäusern bestellt.

Im Jahre 2011 wurden von SALK 277 Nadelstichverletzungen gemeldet, 73 dieser Verletzungen zogen sich die Betroffenen beim Entsorgen der Instrumente zu. Nach den Statistiken über Umstände und Orte der Verletzungen ist davon auszugehen, dass 30% dieser Zwischenfälle vermeidbar wären. Seit 2009 ist in den SALK-Krankenhäusern die Anzahl der Nadelstichverletzungen von 334 auf 275 im Jahre 2012 zurückgegangen. Eine Betrachtung der unterschiedlichen sicheren Instrumente führt aber auch zu der wichtigen Erkenntnis, dass nicht alle diese Instrumente die Zahl der Verletzungen durch scharfe/spitze Geräte mit gleicher Effektivität verringern. Nach Einführung z. B. der Sicherheits-Schmetterlingsnadeln nahm die Zahl der Zwischenfälle sogar zu. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass das Personal den Umgang mit diesen Instrumenten (oder die Gewöhnung daran) schwierig findet; es zeigt aber auch, dass einige der Ursachen für diese Verletzungen kaum durch Sicherheitsinstrumente allein beherrschbar sind.

⁶ Siehe BGBl. II, 16/2013, http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf

Tatsächlich stellt sich heraus, dass viele der zurzeit verfügbaren „Sicherheitsinstrumente“ nicht für den vorgesehenen Einsatzzweck geeignet sind. Sie stellen vielmehr ein Risiko für vermeidbare Verletzungen und potenzielle Infektionen dar.

Einige der Verletzungen entstehen während der Arbeit des Pflege- und Behandlungspersonals durch unkontrollierte Bewegungen unruhiger PatientInnen. Solche Situationen lassen sich besser bewältigen, wenn zusätzliches (oder weniger gestresstes) Personal eingesetzt wird oder eine ruhigere Umgebung geschaffen wird.

Bei scharfen Instrumenten kann es (im Vergleich zu Nadelstichverletzungen) schwieriger sein, einen Ersatz zu finden und damit das Verletzungsrisiko zu verringern. Zwar können Krankenhäuser einziehbare Sicherheitsskalpelle anschaffen, aber zu den meisten Verletzungen kommt es während chirurgischer Eingriffe selbst; sie lassen sich auch nicht durch sichere Instrumente verhindern.

Insgesamt gilt die Erkenntnis, dass folgenden Maßnahmen zur Verhinderung von Arbeitsunfällen mit scharfen medizinischen Instrumenten und deren Folgen am effektivsten sind:

- Impfung gegen Hepatitis B
- Tragen von persönlicher Schutzausrüstung (Handschuhe usw.)
- Hautschutzcreme bei chirurgischen Eingriffen
- Abwurfbehälter für scharfe/spitze Instrumente in unmittelbarer Reichweite
- Schulungen und Einsatz gut ausgebildeten Personals bei hochriskanten Tätigkeiten
- Wenn möglich Durchführung dieser Tätigkeiten ohne Zeitdruck

Die Kosten in Verbindung mit den im Jahre 2011 gemeldeten 277 Nadelstichverletzungen werden mit 45.000 Euro für Labortests der Blutproben der PatientInnen und MitarbeiterInnen sowie zusätzlichen 100.000 Euro für sichere Instrumente und ca. 10.000 Euro für die Anschaffung zusätzlicher Entsorgungsbehälter angegeben. Über zusätzliche Kosten infolge des höheren Abfallaufkommens durch den Einsatz sicherer Instrumente ist nichts bekannt. In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass es seit 1994 keine Kontaminierungen in Verbindung mit Nadelstichverletzungen gegeben hat.

4.2.2 Deutschland

In Deutschland wurden die Gespräche über die Umsetzung der Richtlinie durch entsprechende Gesetze und Verordnungen, die im Mai 2013 in Kraft treten sollen, ebenfalls erfolgreich abgeschlossen. Die Umsetzung erfolgt über Änderungen der *Biostoffverordnung*, die selbst wiederum Teil der Umsetzung der EU-Richtlinie 2000/54/EG ist, und der *Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge*⁷, in der es um Vorbeugungsimpfungen für (medizinisches) Personal geht. Darüber hinaus gibt es eine Reihe spezifischer technischer Regeln wie z. B. TRBA 250⁸ für biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege sowie TRBA 400⁹ zur Gefährdungsbeurteilung.

In Deutschland haben die Sozialpartner und die zuständigen Ministerien und hier besonders das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) eng bei der Umsetzung der Richtlinie zusammengearbeitet und besonders den integrierten Ansatz mit dem Schwerpunkt auf Gefährdungsbeurteilung und Prävention,

⁷ <http://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/ArbMedVV.html>

⁸ Siehe <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Biologische-Arbeitsstoffe/TRBA/TRBA-250.html>

⁹ Siehe http://www.baua.de/en/Topics-from-A-to-Z/Biological-Agents/TRBA/pdf/TRBA-400.pdf;jsessionid=F53EFEDA43B84849BC63A58EF1B1EF4C.1_cid389?_blob=publicationFile&v=2

Ausbildung und Meldeverfahren als Unterstützung zur Verbesserung der Verfahren begrüßt.

Zusätzlich wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, um Praktiken auf der organisatorischen Ebene sowie beste Möglichkeiten zu ihrer Verbesserung beurteilen zu können. An dem Modellprojekt *STOP Nadelstich*¹⁰ (**S**icherheit durch **T**raining, **O**rganisation und **P**roduktauswahl (zur Prävention von Schnitt- und Nadelstichverletzungen) waren eine Klinik der Maximalversorgung, ein großer Rettungsdienst sowie fünf unterschiedliche ärztliche Praxen beteiligt.

Das Projekt begann mit einer „Datenerhebung“ zu üblichen Praktiken und der Zahl von Verletzungen, wobei die ProjektmitarbeiterInnen die bestehenden Verfahren verstehen und beobachten mussten. In dieser Phase wurden bereits zahlreiche Mängel festgestellt. Darauf folgte eine Interventionsphase, während der unterschiedliche Dienstleistungen angeboten wurden:

- Training
- e-Learning-Modul
- Musterkoffer (mit unterschiedlichen Ausführungen sicherer Instrumente mit Bedienungsanleitung zur praktische Erprobung)
- Praxishilfen (z. B. eine kleine MemoCard, die in eine Tasche passt und kompakt zusammengefassten Infos über sichere Verfahren enthält)

Anschließend erfolgt eine erneute Beobachtung und Beurteilung der Verfahren und Ergebnisse, wobei sich eine signifikante Verbesserung der Praktiken von Gesundheitspersonal mit direktem Patientenkontakt zeigte. Allerdings waren auch Defizite bei der Umsetzung auf Ebene von Subunternehmerpersonal besonders in Wäschereien, Reinigungsdiensten und Betriebsküchen mit einer signifikant hohen Zahl von Schnitt- und Stichverletzungen festzustellen. Das Modellprojekt wollte betroffenes Personal miteinbeziehen; dies erwies sich jedoch als nicht durchführbar, da die als Subunternehmer beauftragten Arbeitgeber die Zusammenarbeit in diesem Projekt verweigerten.

Abgesehen von der Einbeziehung aller involvierten MitarbeiterInnen ergeben sich für die unterschiedlichen Stakeholder folgende wichtige Erkenntnisse:

Alle bestehenden Verfahren sollten regelmäßig überprüft werden, das gesamte Personal sollte darüber informiert sein, was im Falle einer Verletzung zu veranlassen ist.

Die Arbeitgeber sollten dazu motiviert werden, ihre MitarbeiterInnen an der Entwicklung relevanter Verfahren und an der Auswahl sicherer Instrumente zu beteiligen, wenn dies als zweckmäßig angesehen wird. Darüber hinaus sollte das gesamte Personal einbezogen werden einschließlich der MitarbeiterInnen in ausgelagerten Diensten.

An die Industrie ging ebenfalls die Empfehlung, gemeinsam mit den Fachkräften im Gesundheitswesen geeignetere Instrumente zu entwickeln sowie die Ausbildung zu verbessern und auf diese Weise die Akzeptanz für diese Instrumente zu erhöhen.

Ein Vertreter von ver.di wies während seines Beitrags auf dem Workshop auf folgende Defizite bei der Einführung sicherer Arbeitsprozesse hin:

- Informationsdefizite
- Fehlende Sensibilisierung für die Problematik
- Nachlässigkeit bei der Anwendung von Arbeitsverfahren
- Fehlerhafter Gebrauch scharfer/spitzer Instrumente
- Kostenproblem

¹⁰ Pilotprojekt *STOP Nadelstich*: <http://www.stopnadelstich.de/Home.html>

■ Hohe Arbeits- und Stressbelastung

Die Umsetzung auf der organisatorischen Ebene wird deshalb der eigentliche Prüfstein für den Erfolg der Richtlinie sein.

Der ver.di-Vertreter präsentierte ebenfalls die Website „Sicheres Krankenhaus¹¹“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW. Die Webseite enthält Informationen rund um das Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz im Krankenhaus und befasst sich auch mit der Prävention von Schnitt- und Stichverletzungen.

4.2.3 Tschechische Republik

Die Tschechische Republik hat die Richtlinie durch bestehende Rechtsvorschriften im Arbeitsgesetz umgesetzt, das erst 2006 geändert wurde. Darüber hinaus wurden im Jahr 2011 neue Arbeitsschutzverordnungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen eingeführt (372/2011 und 373/2011). Eine weitere Änderung im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Sinn der Richtlinienumsetzung tritt 2013 in Kraft (79/2013). Das Gesetz über gefährliche Abfälle schreibt vor, dass scharfe/spitze medizinische Instrumente sicher entsorgt werden müssen.

Die Umsetzung der Richtlinie lag in der Verantwortung der Ministerien für Arbeit, Gesundheit und Umwelt.

Bei der Umsetzung auf der organisatorischen Ebene besteht der erste Schritt immer in der Gefährdungsbeurteilung, wobei spezifische Gefahrenabschätzungen an unterschiedlichen Arbeitsplätzen sowie für unterschiedliche Tätigkeiten und Mitarbeiterkategorien durchgeführt werden. Wichtig ist dabei, dass solche Beurteilungen, die nach dem tschechischen Arbeitsgesetz in den Aufgabenbereich des Arbeitgebers fallen, regelmäßig aktualisiert werden, um sich ändernde Arbeitspraktiken und Personalveränderungen zu berücksichtigen. Diese Verordnung schreibt vor, dass technische und kollektive Maßnahmen Priorität haben und dass diese auf der individuellen Ebene durch die Verwendung von Schutzausrüstungen und Änderungen von Arbeitsmodalitäten ergänzt werden. Es gibt ebenfalls ein umfassendes Kompendium von Bestimmungen über Unterrichtung und Aufklärungsmaßnahmen zu erkannten Risiken sowie über Maßnahmen, die vom Arbeitgeber zu veranlassen sind.

Alle Arbeitsunfälle sind im Betrieb zu dokumentieren (mit eindeutiger Meldepflicht sowohl für Personal als auch für Arbeitgeber). Eine Meldung an eine staatliche Behörde erfolgt jedoch nur bei Unfällen und Verletzungen, die zu einer Fehlzeit von mehr als 3 Werktagen führen. In Zukunft müssen zusätzliche Angaben an die nationale Meldestelle weitergeleitet werden.

Für das Gesundheitspersonal besteht eine Pflichtimpfung gegen Hepatitis B, Ausnahmen sind nicht möglich (wer sich weigert, gilt als nicht arbeitsfähig und erhält keinen Versicherungsschutz). Die MitarbeiterInnen werden ebenfalls alle 2 Jahre (in Risikobereichen) oder alle 3 bis 5 Jahre (je nach Alter) medizinisch untersucht, die Kosten hierfür werden vom Arbeitgeber übernommen.

In einigen Bereichen werden sichere Instrumente seit einiger Zeit umfassend eingesetzt (z. B. vorgefüllte Spritzen usw.). Allerdings kommt es nach wie vor zu Verletzungen, wobei eine hohe Arbeitsbelastung und der daraus entstehende Stress hier eine wichtige Rolle spielen.

¹¹ *Sicheres Krankenhaus*: <http://www.sicheres-krankenhaus.de/>

4.2.4 Bulgarien

Die Richtlinie wurde bereits unter Mitwirkung der Sozialpartner umgesetzt. Zusätzlich wird ein landesweites Programm für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz durchgeführt, um die Zahl der Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle zu senken und um auf legislativer, organisatorischer und technischer Ebene Präventivmaßnahmen einführen zu können, die sichere und gesunde Arbeitsbedingungen wahren. Dies geschieht auf der Grundlage jährlicher Arbeitsprogramme im Rahmen der „Strategie für gesunde Arbeitsbedingungen und Arbeitsplatzsicherheit“ und mit dem Ziel einer deutlichen Verringerung der Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle.

Wie in der Rahmenvereinbarung beschrieben, besteht der erste Schritt in der Vermeidung von Schnitt- und Stichverletzungen in einer Gefährdungsbeurteilung. In Bulgarien gibt es Leitsätze für die Risikoabschätzung in unterschiedlichen Kategorien, wobei Arbeitsbereiche mit hohem Risiko gesondert und mit Priorität behandelt werden, damit knappe Ressourcen besonders effizient eingesetzt werden können. Da zahlreiche Organisationen in Bulgarien zurzeit immer wieder reorganisiert werden, ist es wichtig, derartige Gefährdungsbeurteilungen zu wiederholen, wenn Neuorganisationen der Arbeit und der Arbeitsplätze durchgeführt werden. Der Referent wies auf dem Workshop explizit darauf hin, dass beim Management von Arbeitsrisiken besonders auf die Einführung eines wirksamen Systems der Risikoüberwachung und Risikoabschätzung zu achten ist.

Im Anschluss danach folgt die Ausarbeitung von Präventivmaßnahmen, die in Form eines Plans auf der organisatorischen Ebene dargestellt werden müssen.

Sowohl die Gewerkschaften als auch das Personal sollten an der Risikoabschätzung und der Präventionsplanung beteiligt werden. Die Risikoabschätzung erfolgt in Form eines mehrstufigen Verfahrens. In Bulgarien gibt es die Empfehlung, dass die Beschäftigten in „Komitees für Arbeitsbedingungen“ auf Ebene der relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens an der Gefährdungsbeurteilung beteiligt werden. Diese Komitees haben darüber hinaus die Aufgabe, u. a. Informationen über die Organisation der Risikoabschätzung zu erheben, sich an der Benennung von Personen zu beteiligen, die die entsprechenden Aufgaben ausführen, über Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz zu berichten oder gemeinsam mit ihrem Arbeitgeber an der Wahrung eines sicheren Arbeitsumfeldes zu arbeiten. Der Referent präsentierte ebenfalls mögliche Maßnahmen zur Verringerung des Verletzungsrisikos durch scharfe/spitze Instrumente und beschrieb zu diesem Zweck einen Aktionsplan sowie gemeinsam von Arbeitgebern und Beschäftigten vereinbarte und durchgeführte Maßnahmen für eine generelle Präventionsstrategie, dazu gehören z. B. Trainingsprogramme zur sachgemäßen Verwendung von Abwurfbehältern für gebrauchte scharfe/spitze Instrumente.

Kommt es zu einem Unfall, ist die Meldung der Gründe und der Auswirkungen wichtig, damit gegebenenfalls eine Planung für die Verbesserung von Prozessen erfolgen kann. Dies kann nur dann erfolgen, wenn im Rahmen einer „No-Blame-Kultur“, die auf Schuldzuweisungen verzichtet, alle Unfälle gemeldet und Maßnahmen zur Beseitigung erkannter Risiken ergriffen werden.

Für das Personal ist weiterhin eine Vorbeugungsimpfung gegen Hepatitis B vorgeschrieben. Der Referent berichtete über die Forderung der Gewerkschaft, allen Beschäftigten und Auszubildenden, die am Arbeitsplatz Behandlungs- und Pflegeleistungen oder verwandte Tätigkeiten erbringen, eine kostenlose Impfung anzubieten.

Ein Seminar mit Beteiligung zahlreicher Stakeholder der Arbeitnehmerbank zur Förderung der Umsetzung der Richtlinie fand am 24. November 2012 in Sofia statt.

4.2.5 Polen

In Polen gibt es geschätzte 700.000 Personen in der potenziellen Patientenpopulation mit infektiösen Krankheiten wie Hepatitis A, Hepatitis B und HIV/AIDS. Bei der Gefährdungsbeurteilung für Personal im Gesundheitswesen muss man wissen, dass Krankenschwestern und Pfleger in Polen auch Aufgaben übernehmen, die in anderen EU-Ländern ausschließlich von ÄrztInnen und anderen Fachleuten ausgeführt werden dürfen. Ebenfalls ist zu bedenken, dass Personal in Reinigungsfirmen und Wäschereien ebenfalls gefährdet ist. Da diese Dienstleistungen jedoch verstärkt ausgelagert werden, gestalten sich die Risikoprävention und die Überwachung von Verletzungen immer schwieriger. Rund 28.000 Schnitt- und Stichverletzungen werden jedes Jahr gemeldet, bei rund 3.000 der betroffenen Personen entwickelt sich daraus eine Infektion. Es wird geschätzt, dass die tatsächlichen Zahlen höher liegen, da viele Vorfälle nicht gemeldet werden.

Die Regierung hat erst im Dezember 2012 einen Dialog mit den Sozialpartnern über die Umsetzung der Richtlinie begonnen. Im ersten Textentwurf wurde der Anwendungsbereich eingeschränkt, so dass z. B. PraktikantInnen und Leiharbeitskräfte ausgeschlossen waren. Daraufhin wurden auf einer Konferenz die Situation und die Umsetzung der Richtlinie erörtert, und den Sozialpartnern wurde am 5. April 2013 ein überarbeiteter Entwurf der Rechtsvorschriften zur Umsetzung der Richtlinie vorgelegt. Dieser Entwurf bietet Schutz für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen und sieht vor, dass die Arbeitgeber für sichere Arbeitsbedingungen sorgen müssen. Die Diskussionen über eine Endfassung des Textes gehen weiter.

4.2.6 Rumänien

Die Richtlinie wurde bisher in Rumänien noch nicht umgesetzt. Im Gesundheitssektor gibt es aufgrund von Haushaltskürzungen erhebliche Probleme, die Folge davon ist die Abschaffung der Pflichtimpfung gegen Hepatitis B, die jetzt nur noch im Hochrisikobereichen angeboten wird. Alle anderen Mitarbeiter im Gesundheitswesen müssen die Impfung selbst zahlen.

4.2.7 Ungarn

Der größte Teil der in der Richtlinie enthaltenen Bestimmungen wurde in Ungarn bereits umgesetzt. Das Hauptthema bleibt die Durchsetzung, die sich aufgrund von Haushaltszwängen und auch infolge der Versäumnisse im Krankenhausmanagement als schwierig erweist. In Ungarn werden kaum sichere Instrumente verwendet, Schutz gegen eine Hepatitis-B-Infektion ist jedoch gegeben, da alle Personen über 15 Jahre geimpft werden.

Die Umsetzung der Richtlinie ist in Arbeit, wobei sich der Schwerpunkt der Debatte zurzeit mit der Frage befasst, welche Einrichtung für die Kontrolle zuständig sein soll (zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist es die Arbeitsaufsichtsbehörde). Es gibt Leitlinien vom Nationalen Zentrum für Epidemiologie, die sich mit Themen wie Impfungen, Postexpositionsprophylaxe, Prävention, Beurteilung der Übertragungswahrscheinlichkeit, Desinfektion, Abfallentsorgung und dem Verbot des Recappings befassen.

4.2.8 Nicht-EU-Länder

An dem Workshop nahmen die Nicht-EU-Länder Kroatien (Beitritt soll 2013 erfolgen), Kosovo und Weißrussland teil. In Weißrussland gibt es bereits gut entwickelte Rechtsvorschriften für die Risikoabschätzung und die Prävention.

Dies ist in Weißrussland auf die Gesetze zum Gesundheitsschutz und zur Vermeidung infektiöser Krankheiten sowie auf Verordnungen über die Verwendung

von persönlicher Schutzausrüstung zurückzuführen, hier sind Vorbeugungsimpfungen gegen Hepatitis B für alle Auszubildenden im Gesundheitswesen vorgeschrieben. Es gibt weiterhin detaillierte Bestimmungen für die Meldung von Arbeitsunfällen, die ebenfalls für Schnitt- und Stichverletzungen gelten. Schulungen über Risiken beim Umgang mit biologischen Stoffen sind ebenfalls Teil des Studienprogramms oder beruflicher Ausbildungsprogramme für eine Reihe von Berufen im Gesundheitswesen – ÄrztInnen, Krankenschwestern, SanitäterInnen. Nach Aussagen des Sprechers der wichtigsten Gesundheitsgewerkschaft gibt es hier aber noch Potenzial für Verbesserungen, dazu gehören eine stärkere Beteiligung der Beschäftigten bei der Gefährdungsbeurteilung und der Präventionsplanung sowie eine umfassendere Verwendung sicherer Instrumente.

In Kroatien ist der Umsetzungsprozess im Rahmen der Übernahme des *acquis communautaire* im Vorfeld der EU-Aufnahme des Landes ebenfalls im Gang.

Die KollegInnen aus dem Kosovo und Russland gaben ein Kurzreferat über einige wichtige Aspekte des Themas.

5 Weitere Veranstaltungen

Am 20. Juni 2013 findet in Barcelona eine Abschlusskonferenz statt.

Nach jedem Workshop wurde ein Bericht erarbeitet. Diese sind auf den folgenden Seiten eingestellt: <http://www.epsu.org/a/9264> für das Regionalseminar 1 in Dublin, für das Regionalseminar 2 in Rom <http://www.epsu.org/a/9393> und für das Regionalseminar 3 in Wien <http://www.epsu.org/a/9396>.

Nach Beendigung des Projekts wird ein Abschlussbericht verfasst und auf der Webseite <http://www.epsu.org/a/9543> veröffentlicht.