



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

Abschlussbericht, 15. November 2013

Tina Weber
ICF GHK
30 St Paul's Square
Birmingham
B3 1QZ
Tel.: +44 (0) 121 233 8900
Fax: +44 (0) 121 212 0308
birmingham@ghkint.com
www.ghkint.com



Inhalt

Inhalt	i
1 Einführung	1
1.1 Hintergrund des Projekts: Richtlinie 2010/32/EU zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor	1
1.2 Projektmethodik	2
1.3 Aufbau des Berichts	2
2 Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente: Eine wesentliche, aber nur schwer zu quantifizierende Gefahr im Gesundheitswesen	3
2.1 Schätzungen der Zahl an Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente	3
2.2 Hauptverletzungsrisiken durch scharfe/spitze Instrumente	3
2.3 Gründe für unterlassene Meldungen und der Mangel an zuverlässigen und vergleichbaren Daten	7
3 Stand der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU	9
3.1 Form und Prozess der Umsetzung	9
3.2 Grad der an den bestehenden Rechtsvorschriften erforderlichen Änderungen	16
4 Bestehende Leitlinien und Probleme bei der Umsetzung	18
4.2 Hauptprobleme und gute Praktiken zu ihrer Lösung	20
Anhang 1 – Übersicht nach Ländern	22
Anhang 2 – Fragebogen für die Mitglieder von EGÖD und HOSPEEM	38

1 Einführung

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um den Abschlussbericht des gemeinsamen EGÖD-HOSPEEM-Projekts „Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor“, durchgeführt mit Unterstützung der Europäischen Kommission. Weitere Informationen über die Abschlusskonferenz zur Veröffentlichung der Projektergebnisse finden Sie unter <http://www.epsu.org/a/9543>.

1.1 Hintergrund des Projekts: Richtlinie 2010/32/EU zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor

Im Juli 2009 haben die europäischen sektoralen Sozialpartnerorganisationen - der europäische Gewerkschaftsverband für den öffentlichen Dienst (EGÖD) und die Europäische Arbeitgeberverband für das Gesundheitswesen (HOSPEEM) - eine Rahmenvereinbarung über die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor unterzeichnet. Die Sozialpartner haben gemäß 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 (sowie die von den Sozialpartnern eines Arbeitskreises des Rates vorgestellten Erläuterungen) als Anhang enthält. Am 11. Februar 2010 hat das Europäische Parlament den Richtlinienvorschlag in einer Resolution unterstützt, und am 8. März 2010 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](#) veröffentlicht. Diese Richtlinie musste bis zum 11. Mai 2013 in den Mitgliedsstaaten umgesetzt werden.

Während des Verfahrens zur Annahme der Richtlinie erschienen EGÖD und HOSPEEM vor eines Arbeitskreises des Sozialrats. Anschließend erarbeiteten sie eine „Gemeinsame Klarstellung der Rahmenvereinbarung zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor“, die bei Unklarheiten über die Interpretation der Regelungen in der Richtlinie parallel zu der EU-Gesetzgebung zu lesen ist (siehe <http://www.epsu.org/a/6261>).

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 die Schulung 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. Außerdem besteht auch die formelle Verpflichtung der europäischen und nationalen sektoralen Partner, geeignete Folgemaßnahmen einzuführen und beizubehalten, dazu gehören die Sensibilisierung, die Überwachung und Bewertung des Umsetzungsprozesses und die Teilnahme an entsprechenden Ausschüssen und Gremien, die dafür zuständig sind.

Angesichts der Frist für die Umsetzung der Richtlinie verfolgt das Projekt folgende Ziele:

- a) Sammlung von Informationen über die Umsetzung und Durchführung der Richtlinie auf einzelstaatlicher Ebene;
- b) Sammlung 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) Gewinnung von Erkenntnissen über praktische Probleme bei der Umsetzung der Vereinbarung auf der organisatorischen Ebene; Umgang mit diesen Problemen und Aneignung guter Praktiken.

1.2 Projektmethodik

In diesem Bericht sind die Ergebnisse der verschiedenen methodologischen Aspekte dieses Projekts zusammengefasst. Dazu gehören:

- Eine Umfrage unter den Mitgliedsorganisationen von EGÖD und HOSPEEM
- Drei Regionalworkshops, in Dublin am 31. Januar 2013 (s. <http://www.epsu.org/a/9264> für Bericht und Präsentationen, in Rom am 7. März 2013 (s. <http://www.epsu.org/a/9393>) und in Wien am 16. April 2013 (s. <http://www.epsu.org/a/9396>)
- Eine Abschlusskonferenz in Barcelona am 20. Juni 2013 (s. <http://www.epsu.org/a/9543>)
- Überprüfung der in dem Entwurf für den Abschlussbericht enthaltenen Informationen durch Mitglieder von EGÖD und HOSPEEM zwischen Juli und September 2013.

1.3 Aufbau des Berichts

Dieser Bericht ist folgendermaßen aufgebaut:

- In Abschnitt 2 ist der gegenwärtige Wissensstand über Ausmaß und Berichterstattung zu Verletzungen mit scharfen/spitzen Instrumenten zusammengefasst. Außerdem wird analysiert, inwiefern dieser Wissensstand die Beurteilung der Fortschritte in der Vermeidung von Schnitt- oder Stichverletzungen aufgrund der Umsetzung dieser Richtlinie erleichtert – oder gar erschwert.
- Abschnitt 3 bietet einen Überblick über den Stand und die Form der Umsetzung der Richtlinie in den Mitgliedstaaten zum Stichtag 1. September 2013. Er analysiert, in welchem Umfang welche nationale Gesetzgebung geändert werden musste, um die Vorgaben der Richtlinie 2010/32/EU zu erfüllen. Beurteilt wird außerdem der Umsetzungsprozess sowie insbesondere der Grad der Beteiligung der verschiedenen nationalen Sozialpartnerorganisationen und anderer relevanter Interessengruppen an den Diskussionen und Entscheidungen über die genaue Form der Durchführung und ihrer darauf folgenden Umsetzung.
- Abschnitt 4 enthält Informationen über Leitlinien, die in den Mitgliedstaaten auf staatlicher Ebene bereits existieren, und beschreibt, wie diese Leitlinien zur Umsetzung der in der Richtlinie enthaltenen Prinzipien auf organisatorischer Ebene beitragen können. In diesem Abschnitt erhalten Sie auch einen Überblick über die Probleme bei der Umsetzung in dem jeweiligen Gesundheitswesen und deren mögliche Lösung.
- Anhang I enthält zur einfacheren Orientierung eine kurze Länderübersicht mit allen obengenannten Aspekten.
- Anhang II enthält die englische Fassung des Erhebungsinstruments, das im Dezember 2012 an die Mitgliedsorganisationen von EGÖD und HOSPEEM verteilt wurde.

Bei der Lektüre dieses Berichtes ist zu beachten, dass diese Richtlinie von den 28 EU-Mitgliedstaaten umzusetzen ist. Das Gleiche gilt im Prinzip für die EWR-Länder, die Sondervereinbarungen mit der EU haben, das betrifft auch Norwegen. Andere Länder wie Weißrussland, der Kosovo, Serbien und die Ukraine waren durch ihre Sitzungsteilnahme an dem Projekt beteiligt. Sie sind jedoch nicht dazu verpflichtet, diese Richtlinie umzusetzen. Daher werden zunächst die 28 EU-Mitgliedsstaaten behandelt, gefolgt von den teilnehmenden EWR-Ländern und am Schluss den Nicht-EU- und Nicht-EWR-Staaten.

2 Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente: Eine wesentliche, aber nur schwer zu quantifizierende Gefahr im Gesundheitswesen

2.1 Schätzungen der Zahl an Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente

21 Millionen Menschen sind im Krankenhaus- und Gesundheitssektor in Europa beschäftigt.¹ Schätzungen zufolge kommt es jedes Jahr zu ca. 1 Million Nadelstichverletzungen.² Eine weitere Schätzung³ anhand von Studien, die andere Methoden verwenden, geht von jährlich 0,1 und 0,64 Nadelstichverletzungen pro Beschäftigtem im Gesundheitswesen aus. Nach Ansicht der Autoren könnte die Anzahl an Nadelstichverletzungen unter Berücksichtigung dieser Zahlen pro Jahr zwischen 800.000 und 5.120.000 liegen, doch sie halten die Zahl von 600.000 gemeldeten und 600.000 ungemeldeten Verletzungen für eine weit realistischere Schätzung. Die Zahl sonstiger Zwischenfälle mit scharfen medizinischen Instrumenten ist nicht bekannt, da diese kaum systematisch erfasst werden.

Das Verletzungsrisiko besteht hier nicht nur in den medizinischen Berufen. Zwar sind Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Ärzte und Ärztinnen in der akuten medizinischen Versorgung einem hohen Risiko ausgesetzt (wobei häufig junge Beschäftigte überproportional stark Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente erleiden), aber es gibt zahlreiche andere Beschäftigte, für die ebenfalls potenziell – und auch reell – die Gefahr einer solchen Verletzung besteht. Dazu gehören Pflegekräfte, die in der häuslichen Pflege und Betreuung tätig sind, sowie Hilfspersonal wie Reinigungskräfte, Abfallbeauftragte und Wäschereipersonal. In diesem Zusammenhang wurde als besonderes Problem erkannt, dass diesem Hilfspersonal oft nicht die gleichen Schutzmaßnahmen zuteilwerden wie den Fachkräften. Dies gilt besonders dann, wenn Dienstleistungen ausgelagert und/oder von LeiharbeitnehmerInnen ausgeführt werden. Auch wenn die Richtlinie dieses Thema nicht behandelt: Die potentielle Gefahr von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente kann über das Gesundheitswesen hinaus auch andere Berufsgruppen wie bspw. Sozialarbeiter (etwa bei der Arbeit mit Drogensüchtigen) oder generell in der Abfallentsorgung beschäftigte Menschen treffen.

Die Daten in Table 2.1 verdeutlichen die Zahl an Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente auf nationaler oder organisatorischer Ebene, wie sie in den regionalen Workshops und auf der Abschlusskonferenz des Projekts dargestellt wurden. Bei der Analyse dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der gemeldeten Verletzungen vom Datenerhebungsverfahren abhängig ist. Aus Umfragen stammende Daten zeigen aus mehreren Gründen, die im Abschnitt 2.3. unten ausführlicher behandelt werden, eine erheblich höhere Zahl an Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente, als die auf offiziellen Daten basierenden Ergebnisse.

2.2 Hauptverletzungsrisiken durch scharfe/spitze Instrumente

Die Hauptinfektionsrisiken bestehen 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 (es gab unter dem Pflegepersonal wohl tatsächlich keine derartigen Infektionen aufgrund von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente. Andere Faktoren haben ebenfalls Auswirkungen auf potenzielle, mit Infektionen assoziierte Risiken besonders im Hinblick auf Hepatitis B. In vielen Ländern wird

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 De Carli, G, Raboud, C; *The burden of disease of needlestick injuries in Europe*; in Working together to improve health worker safety; Hospital pharmacy Europe, special supplement, 2013

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 hat darauf hingewiesen, dass ein Impfprogramm gegen Hepatitis B, das das Personal im Gesundheitswesen in Anspruch nehmen konnte, aus Kostengründen momentan nicht gesichert ist (diese Impfungen müssen alle 5 Jahre aufgefrischt werden). Es steht jetzt nur noch für die Bereiche zur Verfügung, in denen das Infektionsrisiko als besonders hoch eingestuft 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 Folgetests Gewissheit bringen.

Table 2.1 Ausgewählte Informationen über die Zahl an Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente in verschiedenen europäischen Ländern

Land	Daten	Quelle
Österreich ⁴	Rückgang der Nadelstichverletzungen von 334 im Jahr 2009 auf 275 im Jahr 2012. 30 % dieser Verletzungen hätten vermutlich vermieden werden können.	Daten auf Ebene der Einrichtungen gesammelt ⁵
Tschechische Republik	83 % des Pflegepersonals hatten sich im Laufe des Berufslebens eine Verletzung durch scharfe/spitze Instrumente zugezogen. ⁶ Die Übertragung einer Infektionskrankheit erfolgte in 2,5 % der Fälle (in erster Linie Hepatitis). In 95 % der Fälle wurde diese Erkrankung im Nachhinein als Berufskrankheit anerkannt. Die meisten Verletzungen erfolgten bei der Vorbereitung der Verwendung eines medizinischen Instruments, gefolgt von Zwischenfällen bei der Lagerung oder der Entsorgung dieser scharfen Instrumente in einen Abwurfbehälter. Jede fünfte Verletzung dieser Art erfolgte während der Blutabnahme. Die große Mehrheit der ArbeitnehmerInnen, die sich an der Umfrage beteiligt haben, betrachtete eigenes Fehlverhalten als ursächlich für die Verletzung. In knapp über der Hälfte der Fälle wurde eine hohe berufliche Belastung als ein wichtiger Faktor der Verletzungsursache angesehen.	Die Zahlen beruhen auf einer Studie, die von der Vereinigung tschechischer Krankenpfleger und -schwestern in Auftrag gegeben wurde (befragt wurden 2009 und 2010 rund 1.400 Schwestern und Pfleger).
Irland ⁷	2000 Nadelstichverletzungen zwischen 1996 und 2012; keine daraus resultierenden blutübertragbaren Infektionen	Daten auf Ebene der Einrichtungen gesammelt ⁸
Italien	Rund 100.000 Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente pro Jahr. Schätzungsweise werden ca. 70 % der Verletzungen nicht gemeldet. Das allgemeine Expositionsrisiko ist am größten bei Krankenschwestern und Krankenpflegern, Ärzten und Reinigungskräften in der allgemeinen Chirurgie und in chirurgischen Spezialgebieten, während das Expositionsrisiko vor allem in der Allgemeinmedizin und in medizinischen Fachgebieten signifikant hoch 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.	Informationen aus Untersuchungen ⁹
Litauen	Eine Umfrage bei Krankenpflegepersonal ergab eine durchschnittliche Verletzungsquote von 1,72 pro Beschäftigtem. Nur zehn Prozent der in der Umfrage genannten Verletzungen	Umfrage im Auftrag der litauischen Gewerkschaft

⁴ Informationen betreffen nur die Salzburger Landeskliniken (gemäß der Präsentation auf dem Workshop in Wien).

⁵ Siehe Vortrag von R. Waclawiczek, Regionalworkshop Wien, <http://www.epsu.org/a/9396>

⁶ Hier ist unbedingt darauf hinzuweisen, dass bei solchen Umfragen evtl. mehr Antworten von Personen eingehen, die von dem untersuchten Problem betroffen sind.

⁷ Informationen beziehen sich nur das Beaumont Hospital Dublin (gemäß der Präsentation auf dem Workshop in Dublin).

⁸ Siehe Vortrag von B. Hayes, Regionalworkshop Dublin, <http://www.epsu.org/a/9264>

⁹ Siehe Vortrag von G. De Carli, Regionalworkshop Rom, <http://www.epsu.org/a/9393>

Land	Daten	Quelle
	(1.139) wurden gemeldet.	für Beschäftigte im Gesundheitswesen ¹⁰
Niederlande	Zwischen 13.000 und 16.000 gemeldete Kontakte mit Blut pro Jahr.	Daten vom National Hepatitis Centre ¹¹
Polen	Rund 28.000 jährlich gemeldete Schnitt- und Stichverletzungen, bei rund 3.000 der betroffenen Personen entwickelt sich daraus eine Infektion	Offizielles Verzeichnis der Unfälle am Arbeitsplatz
Spanien	Rund 100.000 Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente pro Jahr. Schätzungsweise werden ca. 70 % der Verletzungen nicht gemeldet. Das allgemeine Expositionsrisiko ist am größten bei Krankenschwestern und Krankenpflegern, Ärzten und Reinigungskräften in der allgemeinen Chirurgie und in chirurgischen Spezialgebieten, während das Expositionsrisiko vor allem in der Allgemeinmedizin und in medizinischen Fachgebieten signifikant hoch ist (besonders bei Krankenpflegepersonal).	Informationen aus Untersuchungen ¹²
VK	Seit 1997 wurden 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 Einrichtungen gemeldet (waren es im Jahr 2002 erst 276 Fälle, stieg diese Zahl 2011 schon auf 541). 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. ¹³	Offizielles Verzeichnis der Unfälle am Arbeitsplatz

Quelle: Zusammenfassung des ICF GHK (2013) von Vorträgen auf den drei Regionalworkshops des Projekts „Förderung und Unterstützung der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU, geleitet durchgeführt von EGÖD und HOSPEEM mit Unterstützung der Europäischen Kommission“.

¹⁰ Siehe Vortrag auf dem Regionalworkshop Dublin, <http://www.epsu.org/a/9264>

¹¹ Siehe Vortrag von P. van Wijk, Regionalworkshop Dublin, <http://www.epsu.org/a/9264>

¹² Siehe Vortrag von C. Mazón, Regionalworkshop Rom, <http://www.epsu.org/a/9393>

¹³ Die Daten stammen aus dem Bericht „Eye of the Needle“ der Health Protection Agency (2012).

2.3 Gründe für unterlassene Meldungen und der Mangel an zuverlässigen und vergleichbaren Daten

Der Mangel an zuverlässigen Daten auf nationaler Ebene stellt bei allen möglichen Bemühungen, die Folgen der Umsetzung der Richtlinie zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente zu bewerten, ein großes Problem dar. Alle gesammelten Daten werden in der Regel nur auf organisatorischer Ebene erhoben und zusammengestellt und häufig nicht in einer zentralen Datenbank erfasst. Viele Organisationen und Einrichtungen verfügen über ihre eigenen internen Meldesysteme für Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente oder melden diese Vorfälle nach den CIRS-Vorgaben (CIRS = Clinical Incident Reporting System = Berichtssystem für kritische Zwischenfälle) als Teil ihres eigenen Risikomanagements.¹⁴

Der Mangel an nationalen Daten ist jedoch weder der einzige noch der größte erschwerende Faktor.

Zunächst einmal kommt es darauf an, die einzelstaatlichen Meldevorschriften und Bestimmungen für die Anerkennung von Arbeitsunfällen zu berücksichtigen. Es gibt in den meisten Ländern auf betrieblicher Ebene Vorschriften für die Meldung von Arbeitsunfällen, aber eine Meldung an die übergeordnete nationale Ebene muss nur erfolgen, wenn es infolge des Unfalls zu einer Fehlzeit von mehr als drei aufeinanderfolgenden Tagen kommt¹⁵, damit diese als Berufskrankheit zählt – was bei Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente in den seltensten Fällen gegeben 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 zuständigen Behörden für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz/Berufskrankheiten).

Außerdem sind unterlassene Meldungen ein sehr großes Problem. Schätzungen gehen davon aus, dass nur die Hälfte der Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente gemeldet wird. 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;
- 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 hat keine Motivation, Verletzungen zu melden, da es davon ausgeht, 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 bieten die unterlassenen Meldungen von Verletzungen den größten 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). Daher wurde über eine Sensibilisierung für die Risiken in Situationen für nötig erachtet, in denen es zu Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente kam, die keinerlei Infektionsrisiko bergen (wenn es z. B. keinen Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten gab).

Einige der Verletzungen entstehen während der Arbeit des Heil- und Pflegepersonals durch unkontrollierte Bewegungen unruhiger PatientInnen. Solche Situationen lassen sich besser

¹⁴ Im Wiener Krankenanstaltenverbund ermöglicht das Projekt „Erfahrungsdrehscheibe“ einen umfassenden Austausch.

¹⁵ In der Regel gilt die 3-Tage-Grenze, wenngleich in einigen Ländern bereits eine Krankmeldung nach einem Fehtag erforderlich ist.

bewältigen, wenn zusätzliches (oder weniger gestresstes) Personal eingesetzt oder eine ruhigere Umgebung geschaffen wird.

Unabhängige Studien zeigen, dass der größte Teil dieser Verletzungen durch eine Kombination aus Schulungen, sichereren Arbeitspraktiken und einer Medizintechnik verhindert werden kann, die z. B. Injektionskanülen mit integriertem automatischem Schutzmechanismus anbietet.¹⁶ Dieser kombinierte Ansatz wurde in der von EGÖD und HOSPEEM ausgehandelten Rahmenvereinbarung der Sozialpartner aufgegriffen.

¹⁶ Zum Beispiel Van der Molen et al (2012) „Interventions to prevent needle stick injuries among health care workers“, Work ; 2012, Band. 41, S. 1969-1971, 3p

3 Stand der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU

Der Zeitplan des Projektes umfasste die kritische Umsetzungsphase der Richtlinie 2010/32/EU. Daher lässt sich darin die Umsetzung der Gesetzgebung auf Ebene der Mitgliedstaaten – mehr oder weniger in Echtzeit – abbilden. In diesem Abschnitt finden Sie die Informationen über den Stand der nationalen Umsetzung zum 1. September 2013, über die Umsetzungsformen und -prozesse sowie das Ausmaß der zur Erfüllung der Anforderungen dieser Richtlinie erforderlichen Änderungen in den nationalen Rechtsvorschriften und Bestimmungen.

Figure 3.1 unten verdeutlicht den aktuellen Stand der Umsetzung unter Hervorhebung vier verschiedener Situationen:

- Drei Länder gehen davon aus, dass sie keine Änderungen in ihren Rechtsvorschriften vornehmen müssen, um die Anforderungen der Richtlinie 2010/32/EU zu erfüllen (grün hinterlegt): Belgien, Dänemark und Lettland.
- 14 EU-Staaten sowie Norwegen und Weißrussland (letztenannter muss die Richtlinie nicht umsetzen) haben die Richtlinie zum 1. September 2013 umgesetzt (grün gekennzeichnet): Österreich, Bulgarien, Kroatien, die Tschechische Republik, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Litauen, die Niederlande, Rumänien, Schweden und das Vereinigte Königreich.
- Acht Länder, in denen die Umsetzung nahezu abgeschlossen ist (orange gekennzeichnet): Zypern¹⁷, Estland, Irland, Italien, Malta, Polen, Portugal und Spanien.
- Keine Informationen über den Stand der Umsetzung gab es für Luxemburg, die Slowakei und Slowenien.

Es ist nicht ungewöhnlich, dass einige Länder einige Monate über die Umsetzungsfrist hinaus Zeit benötigen, um ihre Gesetzgebungsverfahren abzuschließen. Die Tatsache, dass mindestens 11 EU-Staaten ihren Umsetzungsprozess zum Zeitpunkt der Verfassung/Erstellung dieses Berichts nicht abgeschlossen haben, ist also nichts Besonderes und kann nicht als Anzeichen von Schwierigkeiten oder mangelndem Engagement in der Umsetzung der aus Vereinbarungen der Sozialpartner hervorgehenden EU-Gesetzgebung gesehen werden.

3.1 Form und Prozess der Umsetzung

Mit Ausnahme derjenigen EU-Staaten, in denen eine Änderung an den nationalen Rechtsvorschriften nicht als notwendig erachtet wurde, haben alle Mitgliedstaaten, in denen die Umsetzung abgeschlossen ist, beschlossen, bestehende Rechts- und Verwaltungsvorschriften zu diesem Zweck abzuändern. In Table 3.1 unten sind die relevanten Rechtsakte zusammengefasst und sofern vorhanden mit Links zu den entsprechenden Texten versehen. Nur wenige Länder und Sozialpartner denken gegenwärtig darüber nach, diese Rechtsvorschriften durch gemeinsame Vereinbarungen, Leitlinien und Verfahrensregeln zu ergänzen, die ihnen mit höherer Wahrscheinlichkeit zusätzliche praktische Orientierungshilfen für die Umsetzung bieten würden.

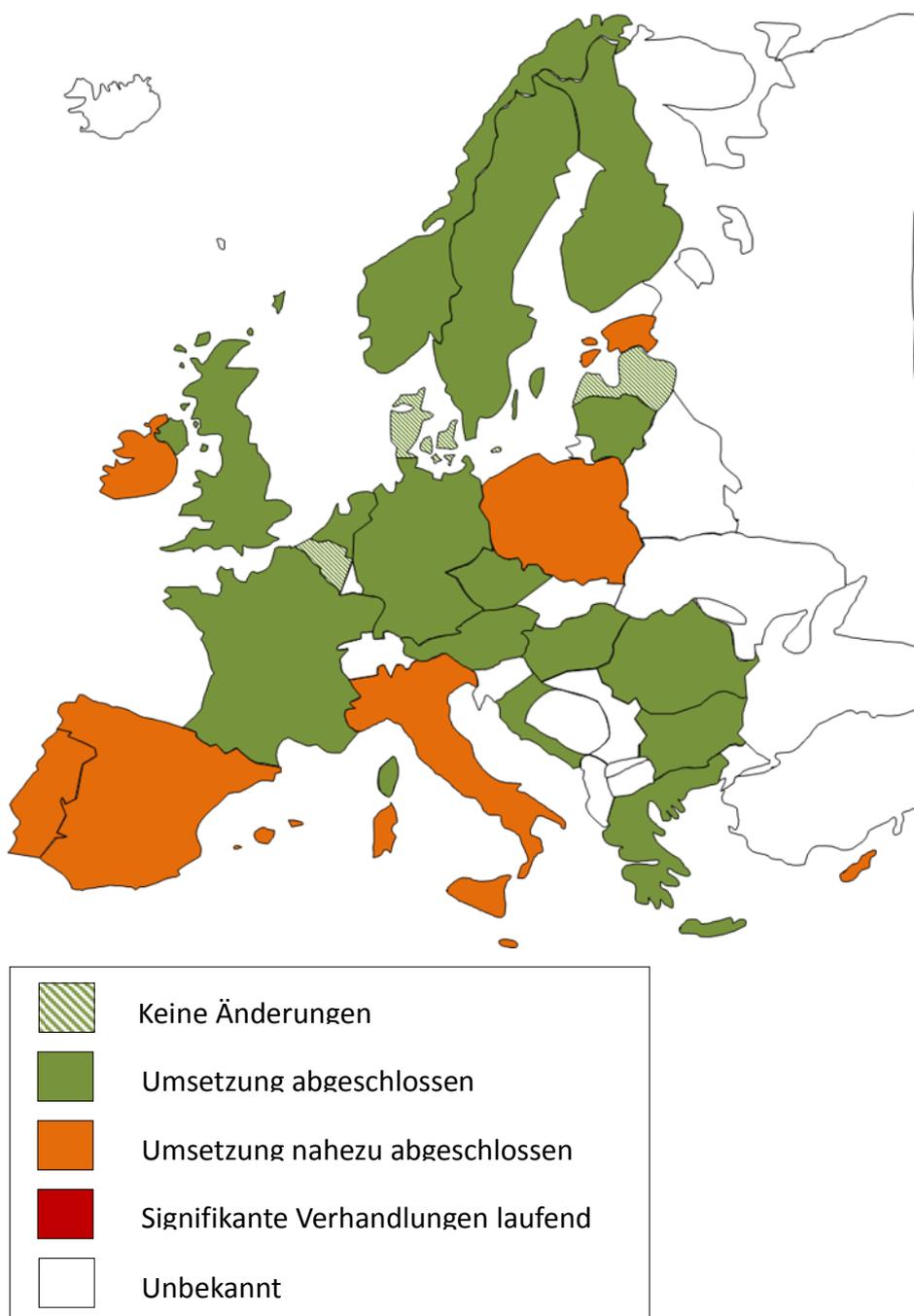
Die Einbeziehung der Sozialpartner bei der Umsetzung der Richtlinie war in der überwiegenden Zahl der Länder, die sich an der Umfrage beteiligt haben, gegeben¹⁸, obwohl die Beteiligungs- und Beratungsprozesse von Land zu Land unterschiedlich waren. Auch wenn die Abläufe größtenteils den in den verschiedenen Ländern bestehenden traditionellen Arbeitsbeziehungen und Methoden der drittelparitätisch besetzten Beratung und Konzertation entsprachen, sollte darauf hingewiesen werden, dass die sektoralen

¹⁷ Nicht auf der Karte abgebildet.

¹⁸ Aus 21 Ländern gingen 28 Antworten ein. Von Gewerkschaftsseite gingen Antworten aus Österreich, Belgien, Zypern, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Litauen, den Niederlanden, Polen, Rumänien, Spanien, Schweden, dem VK, Weißrussland und der Ukraine ein. Von Arbeitgeberseite kamen Antworten aus Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Irland, Italien, Lettland, Litauen, den Niederlanden, Schweden und dem VK.

Sozialpartner stärker beteiligt waren als das sonst der Fall gewesen ist, da sie nicht die ursprünglichen Autoren der Rahmenvereinbarung gewesen sind. Wie bei den meisten Konsultationen hatten nicht alle Interessengruppen das Gefühl, dass ihre Sichtweisen in dem Abschlussentwurf der Rechtsvorschriften unbedingt berücksichtigt werden, doch insgesamt wurde der Grad der Beteiligung als zufriedenstellend angesehen.

Figure 3.1 Stand der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU zum 1. Juli 2013 in den 28 EU-Staaten und Norwegen



Quelle: ICF GHK (2013) anhand der Antworten auf die Umfrage unter Mitgliedsorganisationen von EGÖD und HOSPEEM, durchgeführt im Rahmen des Projekts „Förderung und Unterstützung der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU“, durchgeführt von EGÖD und HOSPEEM mit Unterstützung der Europäischen Kommission.

In den meisten Ländern leiteten die Ministerien für Arbeit, Soziales und Gesundheit die Umsetzung, in einigen Ländern wurden spezielle Gesundheits- und Sicherheitsgremien mit der Umsetzung beauftragt. In einigen wenigen Ländern verwiesen die Umfrageergebnisse auf eine Reihe von Organisationen, die nach Ansicht der Sozialpartner hätten beteiligt oder besser hinzugezogen werden sollen. Dabei handelte es sich um spezielle Berufsorganisationen oder bestimmte Arbeitgeberverbände (z. B. für Privatkrankenhäuser).

Table 3.1 Übergangsregelung (oder geltende Rechtsvorschriften) auf Ebene der Mitgliedstaaten

Land	Name der Rechtsvorschrift	Datum des Inkrafttretens	Weblink
Österreich	Nadelstichverordnung (NastV) (<i>Needlestick Regulation</i>)	3.1.2013	http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2013_II_16/BGBLA_2013_II_16.pdf
Belgien	Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 août 1996 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, en vue de la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire (<i>Königlicher Erlass zur Änderung des Königlichen Erlasses vom 4. August 1996 zum Schutz der Arbeitnehmer vor Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit, zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Gesundheitswesen</i>)	17.4.2013	http://staatsbladclip.zita.be/moniteur/lois/2013/05/03/loi-2013202242-Print.html
Bulgarien	Национална програма по безопасным и здравословным условиям труда (<i>Staatliches Programm für sichere und gesunde Arbeitsbedingungen</i>)		
Kroatien	'Pravilnik o načinu provođenja mjera zaštite radi sprječavanja nastanka ozljeda oštrim predmetima' Verordnung von Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente; "Narodne novine", nr. 84/13	2013	http://www.propisi.hr/print.php?id=12450
Tschechische Republik	Die relevantesten vorhandenen Texte 432/2003 Kriterien zur Kategorisierung der Arbeit in Bezug auf Risikofaktoren im Arbeitsumfeld 262/2006 Arbeitsgesetzbuch 309/2006 Begleitgesetz zum Arbeitsgesetzbuch (Risikoabschätzung) 537/2006 Schutzimpfung gegen übertragbare Krankheiten für Beschäftigte im Gesundheitswesen 372/2011 Gesetz über ärztliche Betreuung 373/2011 Gesetz über spezifische medizinische Dienstleistungen	Letzte Änderungen im Jahr 2011	
Dänemark	Bestehende Gesetzgebung zu Gesundheit und Sicherheit sowie biologische Arbeitsstoffe	Keine Änderung an bestehenden	

Land	Name der Rechtsvorschrift	Datum des Inkrafttretens	Weblink
		Rechtsvorschriften	
Finnland	Regierungsdekret zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaussektor 317/2013 (<i>Valtioneuvooston asetukset terävien instrumenttien aiheuttamien tapaturmien ehkäisemiseksi terveydenhuoltoalalla 317/2013</i>)	8.5.2013	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130317
Frankreich	Dekret Nr. 2013-607 zum Schutz vor Gefahren durch biologische Arbeitsstoffe (<i>décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare</i>) ¹⁹	9.7. 2013	http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFT-EXT000027689086&categorieLien=id
Deutschland	Verordnung zur Neufassung der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen und zur Änderung der Gefahrstoffverordnung (Biostoffverordnung) Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge TRBA 250 für Gesundheitsdienst TRBA 400 für Risikoabschätzung einschließlich psychischer Gefährdungen	Verabschiedet im Bundeskabinett am 24.4.2013, endgültige Verabschiedung im Juli 2013 Infolge 2010/32/EU unverändert Infolge 2010/32/EU unverändert, Novellierung vorgesehen für Dezember 2013 Letzte Änderung am 13.9.2012	http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Meldungen/neufassung-biostoffverordnung.pdf;jsessionid=35EE1C2EBB9DC997C987B6FC1A2BEAF0?__blob=publicationFile http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/arbmedvv/gesamt.pdf http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/672990/publicationFile/47827/TRBA-250.pdf http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/666126/publicationFile/
Griechenland	Dekret des Präsidenten 6/2013, Φ.Ε.Κ.:15/A`/21.1.2013	21.1. 2013	http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/15a_13.1359100961546.pdf
Ungarn	Dekret des Ministeriums für Humanressourcen 51/2013. (VII. 15.) 'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt,	16.7. 2013	http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337

¹⁹ Zusätzlich zu den in Frankreich geltenden Rechtsvorschriften, erwähnt in Fußnote 25 auf S. 22 unten.

Land	Name der Rechtsvorschrift	Datum des Inkrafttretens	Weblink
	<i>éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről,</i>		
Irland	Obwohl eine Einigung zwischen den Sozialpartnern und der Behörde für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (Health and Safety Authority) über den Text - <i>Safety, Health and Welfare at Work (Prevention of Sharps Injuries in the Healthcare Sector) Regulations, 2013</i> - erzielt wurde, der in die bestehende Gesetzgebung einzufügen ist wurde die Richtlinie bis zum 15. November 2013 einschließlich von der irischen Regierungen noch nicht in irisches Recht umgesetzt.		http://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/Biological_Agents_/Sharps_/Directive_on_Sharps_/guide_to_the_proposed_regulations.pdf
Lettland	Bestehende Gesetzgebung zu Gesundheit und Sicherheit sowie biologische Arbeitsstoffe	Keine Änderung an bestehenden Rechtsvorschriften	
Litauen	Verordnung des Ministeriums für soziale Sicherheit und Arbeit, des Ministeriums für Gesundheit, des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft der Republik Litauen, Nr. A1-157/V501 bzgl. der Sonderbestimmung zur Umsetzung der Richtlinie zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor Verordnung des Ministeriums für Gesundheit Nr. V-946 'Lietuvos Higienos norma HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai' (erneuerte Hygienevorschriften Nr. 47 „Gesundheitseinrichtungen. Anforderungen an die Kontrolle von Infektionen“)	16.3. 2012 19.10. 2012	http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=420536&p_query=&p_tr2=2 http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2
Niederlande	Wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving (<i>Änderung des Gesetzes für Gesundheit und Sicherheit</i>) Änderung der Artikeln 4.97 und 9.3	1.1.2012	http://www.ggz nederland.nl/werk-en-opleiding/staatsblad-2011-399.pdf
Rumänien	Beschluss der rumänischen Regierungen Nr. 243 über	in der gültigen	http://www.mmuncii.ro/nou/images/Documente/Legislati

Land	Name der Rechtsvorschrift	Datum des Inkrafttretens	Weblink
	Mindestanforderungen für die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor, gemäß Art. 108 der rumänischen Verfassung und Art. 51 des Gesetzes 319/2006 zu Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz	Fassung vom 8.5.2013	e/HG243-2013.pdf
Schweden	Ändringsföreskrifterna (AFS 2012:7) om mikrobiologiska arbetsmiljörisker - smitta, toxinpåverkan, överkänslighet (AFS 2005:1) (<i>Änderung der Rechtsvorschriften über mikrobiologische Gefahren am Arbeitsplatz</i>)	7.12.2012	http://www.av.se/dokument/afs/afs2012_07.pdf
VK	Health and Safety (Sharps instruments in healthcare) Regulations 2013 (Arbeitsschutzbestimmungen (Scharfe/spitze Instrumente im Gesundheitswesen) 2013)	18.3.2013	http://www.legislation.gov.uk/uksi/2013/645/made HSE Guidance: http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis7.pdf
EWR-Länder			
Norwegen	Novellierung des Gesetzes zum Arbeitsumfeld	21.6.2013	http://www.arbeidstilsynet.no/lov.html?tid=78120

3.2 Grad der an den bestehenden Rechtsvorschriften erforderlichen Änderungen

In der EU gibt es bereits eine Vielzahl an Rechtsvorschriften zu Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (OSH), auf die auch in der Richtlinie 89/391/EU verwiesen wird. Die größte Bedeutung haben dabei die Richtlinie 89/391/EG (EU-Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit²⁰) und Richtlinie 2000/54/EG über den Schutz der Arbeitnehmer gegen Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe bei der Arbeit.²¹

Da diese Richtlinien schon seit einigen Jahren in den Mitgliedsstaaten umgesetzt werden, gibt es bereits einen Schutzrahmen, der durch die neue Richtlinie weiter spezifiziert wird und – in einigen Ländern – neue Anforderungen mit sich bringt.

Figure 3.2 verdeutlicht anhand der auf die Umfrage eingegangenen Antworten den Grad der Änderungen, die in den Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten erforderlich sind.

Die folgende Abbildung zeigt:

- Fünf Länder, die Änderungen an ihren Rechtsvorschriften nicht für erforderlich halten: Belgien, Dänemark und Lettland. Die von der Tschechischen Republik und Polen erhaltenen Antworten weisen darauf hin, dass auch dort keine (oder nur geringfügige) Änderungen nötig sind.
- Fünf EU-Länder sahen nur geringfügigen Änderungsbedarf, darunter Estland, Frankreich, Italien, Litauen und die Niederlande. Bei den EWR-Länder nahm Norwegen einige wenige Änderungen vor, von den Ländern außerhalb der 28 EU-Staaten und der EWR-Länder erklärte Weißrussland (das als Nicht-EU-Mitgliedsland die Richtlinie gar nicht umsetzen muss), dass nur wenige Änderungen nötig waren, um den von der Richtlinie gesetzten Standard einzuhalten.
- Zehn Länder, darunter Österreich, Kroatien, Deutschland, Griechenland, Finnland, Irland, Portugal, Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich gaben an, moderate Änderungen (mittlerer Grad) an ihren Rechtsvorschriften vornehmen zu müssen.
- Nur die Ukraine gab an, in größerem Umfang rechtliche Änderungen vornehmen zu müssen, um die Anforderungen dieser Richtlinie (die nicht von dem Land umgesetzt werden muss) zu erfüllen.

Bei den meisten Änderungen an den bestehenden Gesetzestexten geht es um Themen wie das Verbot des Wiederverschließens gebrauchter Kanülen mit Schutzkappen, Anforderungen an eine spezifischere Risikoabschätzung und die Durchführung präventiver Impfprogramme. Einige Länder nannten die Einführung sicherer Instrumente in größerem Stil als wahrscheinliche Folge der neuen Rechtsvorschriften (auch wenn diese auf der Risikoabschätzung beruht).

Einige Länder bezeichneten die Kosten dieser neuen Ausstattung als mögliches Problem, dies gilt insbesondere für kleinere Mitgliedstaaten mit signifikanten Budgetkürzungen, die bei der Anschaffung medizinischer Geräte häufig nicht von größeren Mengenrabatten profitieren können. Die mit der Umsetzung verbundenen Probleme werden in dem nachfolgenden Abschnitt ausführlicher behandelt.

Unterschiedliche Interpretationen hinsichtlich des Anwendungsbereichs der Richtlinie (Welches Personal ist betroffen?) wurden auch als ein mögliches Problem genannt.

²⁰ Siehe <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:EN:HTML>

²¹ Siehe <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0054:en:NOT>

Figure 3.2 Grad der in den 28 EU-Staaten und Norwegen erforderlichen Änderungen an den bestehenden Rechtsvorschriften



Quelle: ICF GHK (2013) anhand der Antworten auf die Umfrage unter Mitgliedsorganisationen von EGÖD und HOSPEEM, durchgeführt im Rahmen des Projekts „Förderung und Unterstützung der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU“, durchgeführt von EGÖD und HOSPEEM mit Unterstützung der Europäischen Kommission.

4 Bestehende Leitlinien und Probleme bei der Umsetzung

In der Mehrheit der Länder gibt es bereits Leitlinien für die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente. Die meisten Länder, in denen diese Leitlinien noch nicht existieren, planen deren Einführung im Zuge der Umsetzung und Durchführung der Richtlinie. In Finnland bspw. vereinbarten die Verhandlungsparteien, ein Handbuch zu veröffentlichen, das Ende des Jahres auf den Webseiten des Finnischen Instituts für Arbeitsschutz erscheinen wird.

Im Rahmen der Umfrage zur Umsetzung der Richtlinie wurden Beispiele für Leitlinien oder Verfahrensregeln gesammelt. Diese stehen auf der Projekt-Website <http://www.epsu.org/r/629> und der Seite <http://www.epsu.org/a/9157> zur Verfügung. Auf internationaler Ebene gibt es Leitlinien u. a. von der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OHSA)²², dem Europäischen Netzwerk für biologische Sicherheit (European Biosafety Network)²³ und der Weltgesundheitsorganisation (WHO)²⁴. Die nachfolgende Tabelle enthält Beispiele aus verschiedenen EU-Mitgliedstaaten.

Table 4.1 Existierende Leitlinien zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente

Land	Titel und Autor der Leitlinien	Weblink
Belgien	Prévention des Blessures Par Objets Tranchants; CSC SP	http://www.epsu.org/IMG/pdf/B-Prevention-Blessures-Objets-Tranchants-CSC-SP.pdf
Zypern	Zentralkomitee: Infektionen im Krankenhaus: Anweisungen für den Umgang mit kontaminierten scharfen/spitzen Instrumenten, Gesundheitsministerium Kontrolle von Infektionen in Krankenhäusern: Leitlinien für den Umgang mit Abfällen; Verwaltung des allgemeinen Krankenhauses in Nikosia	http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/CY-MoH-CC-HI-Instructions-management-contaminated-sharp.pdf
Dänemark	Stikboksen.dk - et ressourcested om stikskader på sygehuse; Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed	http://stikboksen.dk/
Finnland	Lassen Sie sich nicht von einem Nadelstich überraschen: Unfallgefahren; Tehy	http://www.epsu.org/IMG/pdf/Finnish_study_on_needlestick_injuries_-_Tehy.pdf
Deutschland	Website „Sicheres Krankenhaus“ Modellprojekt „STOP-Nadelstich“	http://www.sicheres-krankenhaus.de/ http://www.stopnadelstich.de/Home.html
Griechenland	Verschiedene Kampagnen und Trainingsseminare für die Beschäftigten seitens des Ministeriums für Gesundheit und der Krankenhausverwaltung oder seitens Komites gegen Infektionen in Krankenhäusern oder dem Griechischen Institut für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz “Griechische und international Erfahrungen mit Arbeitsunfällen und Arbeitskrankheiten von	http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/Eilhnik%20Diethn%20Empeiria%205.1191576532627.pdf

²² <https://osha.europa.eu/en/sector/healthcare/prevention-sharp-injuries-workplace>

²³ <http://europeanbiosafetynetwork.eu/>

²⁴ http://www.who.int/occupational_health/activities/4policy1.pdf

Land	Titel und Autor der Leitlinien	Weblink
	Krankenhausbeschäftigten. Handreichung zur Bewertung und Vorbeugung von Risiken am Arbeitsplatz", <i>Makropoulos Vassilis, 2007</i>	
Ungarn	Vermeidung von Viruserkrankungen bei der Arbeit im Gesundheitswesen, die durch Blut und andere Körperflüssigkeiten übertragen werden; Staatliches Zentrum für Epidemiologie	http://www.epsu.org/IMG/pdf/H-KJ-Ver-Es-Valadek-2003.pdf
Italien	Azienda Ospedaliera "Maggiore Della Carità", Novara : Disposizioni in merito alle contaminazioni con materiale biologico a seguito di infortunio	http://www.epsu.org/IMG/pdf/I-AOU-Maggiore-della-Carita-di-Novara-Info-.pdf
Die Niederlande	Ziekenhuisen: Accidenteel Bloedcontact ; Werkgroup Infectiepreventie	http://www.epsu.org/IMG/pdf/Report-Dutch-WG-Prevention-Sharps-Injuries.pdf
Spanien	FSP UGT : Manual de Uso (sowie verschiedene Poster für eine Sensibilisierung)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-ManuelDeUso.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentes-Enfermera.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-NoSeDeclaranLosAccidentes-Enfermero.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/FSP-UGT-Poster-3-NoDejesQueJuegenConTuSalud.pdf
Schweden	Schutz zur Vermeidung von Verletzungen durch Nadelstiche (Projektbericht, aus dem Orientierungshilfen abgeleitet werden)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/S-Project-Reduction-Sharps-Injuries-Sweden-Description_Summary.pdf
Vereinigtes Königreich	Joint social partners' guidance on prevention of needlestick injuries (Gemeinsamer Leitfaden der Sozialpartner zur Vermeidung von Verletzungen durch Nadelstiche) Advice on prevention of sharps injuries; NHS Employers (Ratgeber zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente; Arbeitgeber des staatlichen Gesundheitsdienstes) Sharps Safety: RCN Guidance (Sicherer Umgang mit scharfen/spitzen Instrumenten: RCN-Leitfaden)	http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-Joint-SP-Guidance-Needlestick-Injury.pdf http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/Needlestick%20injury.pdf http://www.epsu.org/IMG/pdf/GB-RCN-Sharps-Safety-Guidance-Implementation-Dir-2010-32-EU.pdf

Quelle: Beobachtungen von Mitgliedsorganisationen von EGÖD und HOSPEEM für das Projekt „Förderung und Unterstützung der Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU, durchgeführt von EGÖD und HOSPEEM mit Unterstützung der Europäischen Kommission“.

4.2 Hauptprobleme und gute Praktiken zu ihrer Lösung

Die nachfolgenden Elemente stehen im Mittelpunkt der guten Praktiken bei der Umsetzung im Geist der Richtlinie auf nationaler Ebene und zur Lösung von Umsetzungsproblemen:

Datensammlung und Meldung

Es gibt eindeutige Hinweise auf unterlassene Meldungen von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente. Die Gründe dafür können strukturell bedingt sein, z. B.:

- Anerkennung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente als Arbeitsunfall
- Welche Vorfälle sind ab welchem Grad zu melden (zum Beispiel nur solche, die mit mehr als drei Tagen Krankschreibung verbunden sind)?

Die Gründe können auch organisatorisch bedingt sein, z. B.:

- Gibt es transparente und unbürokratische Meldeverfahren für alle Beschäftigten, die Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente erleiden können (einschließlich Hilfspersonal von Subunternehmern)?
- Gibt es auf Organisationsebene klare Prozesse zur Überwachung auftretender Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente und geeignete Gegenmaßnahmen?

Schließlich gibt es auch persönliche Gründe für unterlassene Meldungen:

- Mangelndes Gefahrenbewusstsein oder fehlende Meldeverfahren
- Betroffene geben sich selbst die Schuld für den Unfall oder fürchten sich vor Schuldzuweisungen

Alle diese Faktoren lassen sich durch Einführung eindeutiger Leitlinien und Verfahren überwinden: indem die Meldung aller Vorfälle sichergestellt wird (erst auf Organisationsebene und dann auf zentraler Ebene); indem begleitende Schulungen angeboten werden und eine Sensibilisierung für das Thema erfolgt; indem einfache, aber wirksame Meldeverfahren und eine schnelle Unterstützung (und sofern erforderlich prophylaktische Behandlung) gewährleistet werden; durch die Verpflichtung auf höchster Ebene sowie in den Linienmanagementstrukturen, mögliche Risikofaktoren in Konsultationen mit den Arbeitnehmervertretungen zu behandeln; indem in allen Bereichen des Gesundheitswesens eine Unternehmenskultur ohne Schuldzuweisungen gepflegt wird; und indem gesammelte Informationen auf organisatorischer und nationaler Ebene verwendet werden, um Fortschritte regelmäßig zu überprüfen und erforderliche Änderungen vorzunehmen.

Risikoabschätzung und Prävention

Die Notwendigkeit von Änderungen in den Arbeitsabläufen und -verfahren wird am besten durch eine regelmäßige Risikoabschätzung in allen unterschiedlichen Bereichen beurteilt. Arbeitnehmervertreter sollten an diesen Risikoabschätzungen, möglichst mit dem Schwerpunkt Prävention, beteiligt werden. Dies läuft nicht notwendigerweise auf die Verwendung von Sicherheitsprodukten hinaus, kann jedoch mit Änderungen in der Arbeitsweise verbunden sein. So wurde beispielsweise zu schnelles Arbeiten unter Stress (manchmal bei zu geringer Personalbesetzung) als eine Hauptursache von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente erkannt. Aufgrund eingeschränkter Etats ist es wichtig, die wirksamsten und effizientesten Möglichkeiten zur Vermeidung der Risikofaktoren am Arbeitsplatz zu finden.

Verwendung von Sicherheitsprodukten

Die in den Workshops und auf der Abschlusskonferenz des Projekts dargelegten Sachverhalte haben gezeigt, dass sichere Instrumente eine wichtige Rolle bei der Vermeidung von Verletzungen einnehmen. Es wurde jedoch auch deutlich, dass die Einführung derartiger Instrumente nicht immer die beste und einzige Methode zur Risikovermeidung darstellt. Nicht alle Instrumente haben dieselbe Qualität und können nicht für alle durchzuführenden Aufgaben verwendet werden, daher kann sich ihre Einführung auch als kontraproduktiv erweisen. Aus diesem Grund gelten folgende Empfehlungen:

- Sichere Instrumente sollten in Zusammenarbeit mit den Anwendern entwickelt werden

- Die Hersteller sollten verpflichtet sein, Schulungen anzubieten, es ist gute Praxis, dies im Rahmen des Anschaffungsprozesses einzufordern
- Der Einführung neuer Instrumente im Großhandel sollte eine transparente und solide Testphase vorausgehen
- Beschaffungsprozesse und -systeme müssen möglicherweise entsprechend angepasst werden, um eine wirksame und effiziente Nutzung dieser Instrumente zu gewährleisten.
- Wirksame Methoden zum Erzielen von Mengenrabatten bei der Bestellung neuer Produkte sollten (sofern möglich) über die Grenzen einer Einzelorganisation hinaus ausgetestet werden.

Anhang 1 – Übersicht nach Ländern

Die in diesem Anhang zusammengetragenen Informationen wurden von Vertretern der EGÖD-Mitgliedsorganisationen, HOSPEEM und anderen Experten (medizinischem Personal, Forschern, Vertretern der staatlichen Ministerien) für die an den Regionalworkshops teilnehmenden Länder vorgetragen. Sie behandeln die nationale Umsetzung der Richtlinie, vorhandene Leitlinien und mögliche Probleme bei der Umsetzung. Die hier gemachten Angaben stammen aus den Berichten der Regionalworkshops.

Österreich

Österreich ist einer der vier Mitgliedstaaten, in denen die Richtlinie bereits durch die so genannte Nadelstichverordnung (NastV) in nationales Recht umgesetzt worden ist. Diese Verordnung wurde am 3. Januar 2013 veröffentlicht und trat am 11. Mai 2013 in Kraft. Sie stützt 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 Geräte 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 Krankenhäusern der SALK bestellt.

Im Jahre 2011 wurden von den 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 gewesen wären. Seit 2009 ist in den Krankenhäusern der SALK 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 Gegenstände 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. 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.

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, bei denen es zu Blutkontakt kommen kann
- 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.

Belgien

Wie in den meisten Ländern gibt es auch in Belgien eine Reihe von Rechtsvorschriften, die maßgeblich für die Bestimmungen der Richtlinie. Eine Umsetzung erfolgte durch eine Änderung des Königlichen Dekrets über die Exposition gegenüber biologischen Arbeitsstoffen. Ein Textentwurf für diese Änderung wurde auf Eigeninitiative der branchenübergreifenden Sozialpartner vorgeschlagen. Die sektoralen Sozialpartner, die die in der Richtlinie 2010/32/EU umgesetzte Rahmenvereinbarung zwischen HOSPEEM und EGÖD vom Juli 2009 zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor unterzeichnet haben, waren nicht daran beteiligt. Dies wird von den sektoralen Sozialpartnern in Belgien in Frage gestellt, da die branchenübergreifenden Sozialpartner die europäische Rahmenvereinbarung nicht unterzeichnet haben. Die sektoralen Sozialpartner waren auch nicht an der Umsetzung der Richtlinie beteiligt, hier waren nur die branchenübergreifenden Sozialpartner involviert. Im Prinzip wurden aber nur geringfügige Änderungen vorgeschlagen.

Diese Änderungen 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.

In Ergänzung zur EU-Richtlinie hat Belgien seine Gesetzgebung bezüglich des Schutzes von Arbeitern gegen Risiken am Arbeitsplatz mit Bezug auf bakteriologische Stoffe im Hinblick auf die Verletzung mit scharfen und spitzen Gegenständen im Gesundheitsbereich geändert.

Der Arbeitgeber hat den Arbeitnehmern ein angemessenes Training zum Umgang mit Richtlinien und Prozeduren bei Verletzungen und/oder Infektionen mit scharfen und spitzen Gegenständen zur Verfügung zu stellen. Dabei muss ein besonderes Augenmerk auf die richtige Benutzung von scharfen und spitzen Gegenständen gelegt werden wie auch auf deren Entsorgung nach Nutzung. In diesem Zusammenhang ist das Wiederverschließen von Spritzen verboten. Weitere Vorkehrungen wurden für die Notfallhilfe, die Benachrichtigung im Falle von Unfällen oder Infektionen und die Nachsorge getroffen.

Wenn sich ein Unfall nach dem Wiederverschließens gebrauchter Kanülen mit Schutzkappen ereignet, so kann der/die Angestellte arbeitsrechtlich für das Nichtbeachten der Vorschriften sanktioniert werden. Das führt dazu, da ArbeiterInnen, die sich verletzt haben, die Unfälle und Infektionen nicht immer berichten. Wenn die Gesetzgebung zu Arbeitsunfällen nicht den Begriff des beruflichen Fehlers überarbeitet, dann schreibt das o.g. Königliche Dekret damit die Verantwortung des Arbeiters/der Arbeiterin fest, der/die sich unter Missachtung der Sicherheitsvorschriften verletzt hat.

Dies kann als negativer, ursprünglich – d.h. während der Verhandlungen zur Rahmenvereinbarung über die Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor, aus der die Richtlinie 2010/32/EU hervorging – so nicht beabsichtigter Effekt der Richtlinie gesehen werden.

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 zu gewährleisten. 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 Risikoabschätzung. In Bulgarien gibt es Leitlinien 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 derzeit zahlreiche Organisationen in Bulgarien immer wieder umstrukturiert werden, ist es wichtig, derartige Risikoabschätzungen 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 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 Risikoabschätzung 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. Schulungsprogramme zur sachgemäßen Verwendung von Abwurfbehältern für gebrauchte scharfe/spitze Instrumente.

Kommt es zu einem Unfall, ist die Meldung der Gründe und der Auswirkungen wichtig, um gegebenenfalls Prozessverbesserungen erarbeiten zu können. Dies kann nur dann geschehen, 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 prophylaktische Impfung 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 Interessenvertreter der Arbeitnehmerbank zur Förderung der Umsetzung der Richtlinie fand am 24. November 2012 in Sofia statt.

Kroatien

Mit dem Beitritt zur Europäischen Union im Juli 2013 wurde Kroatien verpflichtet, die bestehenden EU-Rechtsvorschriften umzusetzen. Die Richtlinie zu Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente wurde 2013 mit der Verordnung von Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente umgesetzt (siehe Tabelle 1.3 oben). Möglicherweise werden diese Rechtsvorschriften künftig durch ausführlichere Bestimmungen ergänzt, die in Tarifverträgen festgelegt sind. Die zuständigen Gewerkschaften gehen gegenwärtig davon aus, dass die Umsetzung der Rechtsvorschriften hinsichtlich Sanktionen für die Nichtumsetzung nicht hinreichend geklärt ist. Darüber hinaus könnten mangelnde Finanzmittel die Einführung sicherer Instrumente auf Basis der Risikoabschätzung einschränken. Daher wird es als besonders relevant angesehen, dass die kroatischen Krankenversicherungen (die für die Finanzierung des Gesundheitswesens verantwortlich sind) nicht in die Umsetzung einbezogen wurden. Das Verfahren zur Meldung derartiger Unfälle und Verletzungen gilt gegenwärtig als unvollständig.

Momentan bestehende Präventionsmaßnahmen sind:

- HBV-Impfung für Schüler, Studenten und Beschäftigte im Gesundheitswesen – erhältlich und obligatorisch für alle
- Unfallmeldesysteme in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Verfahrensweisen bei Verletzungen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Abwurfbehälter in der Mehrzahl der Einrichtungen, aber häufig in schlechter Qualität
- Verwendung von Handschuhen, nicht signifikante Verwendung von nadellosen Instrumenten sowie Sicherheitsnadeln und -kanülen
- Poster zur Sensibilisierung für die Problematik
- Schulungen für Beschäftigte zu Risiken und Schutzmaßnahmen

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 Leitlinien, Schulungsmaterial, Filme usw., ebenfalls für eine Reihe anderer Länder.

Tschechische Republik

Die Tschechische Republik hat die Richtlinie durch bestehende Rechtsvorschriften in dem erst 2006 novellierten Arbeitsgesetz umgesetzt. 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 Umsetzung der Richtlinie 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 organisatorischer Ebene besteht der erste Schritt immer in der Risikoabschätzung, wobei spezifische Abschätzungen 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 veränderte 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 modifizierte 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 Beschäftigte 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 übernimmt der Arbeitgeber.

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 eine wichtige Rolle spielen.

Dänemark

In Dänemark waren zur Umsetzung der Richtlinie keine Änderungen an den bestehenden Rechtsvorschriften erforderlich. Die wichtigsten Rechtsvorschriften basieren auf einer Risikoabschätzung, unterstützt durch Tarifverträge. Genaue Umsetzung und Präventivmaßnahmen wurden (auf Basis der Risikoabschätzung) auf lokaler Ebene festgelegt, mit leistungsfähigen Prozessen für die Kommunikation und die Schulung anhand guter Praktiken zwischen den Organisationen.

Estland

Auch wenn Estland die Umsetzung der Richtlinie noch nicht abgeschlossen hat, sind die erforderlichen Änderungen an den bestehenden Rechtsvorschriften doch begrenzt. Daher überlegt man, die Umsetzung eher über Leitlinien durchzuführen als durch Änderungen an den Rechtsvorschriften. Sozialpartnerorganisationen wurden in diesen Prozess vollständig einbezogen. Es sind keine Probleme bei der Umsetzung zu erwarten.

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 Interessenvertretern wie Sozialpartnern, Kommunalbehörden und Industrieverbänden. Er hat eine recht komplexe Aufgabe zu bewältigen, denn in Finnland gibt es bereits jetzt 17 Verordnungen, die sich mit Teilen der in der Richtlinie niedergelegten Grundsätze befassen. Zu Beginn der Beurteilung sah es so aus, als ob die meisten der Grundsätze der Richtlinie bereits in Finnland gelten 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. Die Verhandlungen endeten im Mai 2013 mit der Annahme der novellierten Rechtsvorschriften.

Die am meisten diskutierten Themen waren: Risikoabschätzung und Eliminierung des Verletzungsrisikos durch scharfe/spitze Instrumente sowie Einführung sicherer Arbeitsverfahren. Angesichts der Tatsache, dass es nur wenig Erfahrungen damit gibt, ging es vor allem darum, sichere Instrumente und Arbeitsstandards zu definieren; in technischer Hinsicht sichere Abwurfbehälter für scharfe/spitze Instrumente aufzustellen, kostenlose Impfungen für betroffene Arbeitnehmer anzubieten; und schließlich um Meldeverfahren und die Nachverfolgung erlittener Verletzungen. 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 (z. B. Akupunkturnadeln?), und was unter einem sicheren Abwurfbehälter zum Beispiel in der häuslichen Pflege zu verstehen ist.

Frankreich

In Frankreich wurde die Richtlinie am 9. Juli 2013 durch das Dekret Nr. 2013-607 zum Schutz vor Gefahren durch biologische Arbeitsstoffe (*décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants et modifiant les dispositions relatives à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare*) umgesetzt. Das Dekret wurde in den Artikel R.4424-11 des Arbeitsgesetzbuchs aufgenommen und vervollständigte die vorhandenen Vorschriften zu Maßnahmen zur Vorbeugung von Verletzungen mit Biostoffen. Von dem Gesetz sind 1,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitssektor sowohl in privaten als auch öffentlichen Einrichtungen betroffen. Das Dekret bezieht sich auf eine gemeinsame Verordnung des Ministeriums für Arbeit und Gesundheit zur Anpassung des Schutzes der Arbeitnehmer, die mit scharfen/spitzen medizinischen Instrumenten in Kontakt kommen können sowie die Bedingungen für den Gebrauch dieser Instrumente. Außerdem nennt die gemeinsame Verordnung die von diesen Regeln betroffenen Einrichtungen, die Verpflichtungen, dem Personal Informationen und Schulungen bereitzustellen sowie die von den Arbeitgebern einzuhaltende Verpflichtung, im Falle von Unfällen oder Infektionen unmittelbar Behandlungen zur Verfügung zu stellen.

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.

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens in Frankreich hatten bereits eine Vielzahl gesetzlicher Maßnahmen zu beachten, welche darauf abzielen, Infektionen mit Blut oder im Rahmen einer Behandlung vorzubeugen. Dazu gehören Arbeitsgesetze, die Gesetzgebung zum öffentlichen Gesundheitswesen und diverse Verordnungen für den Krankenhaussektor²⁵. 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,

²⁵ Z.B. Dekret Nr. 94-353 aus dem Jahr 1994 über den Schutz von ArbeitnehmerInnen vor der Exposition gegenüber biologischen Arbeitsstoffen – es ändert das Arbeitsgesetzbuch; Runderlass DGS/SH/DRT Nr. 98/228 aus dem Jahr 1998 mit Empfehlungen zu antiretroviralen Behandlungen bei dem Risiko einer Übertragung von HIV; Runderlass DGS/DH Nr. 98/249 aus dem Jahr 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; Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS no 2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH); Circulaire 2009/272 du 26 août 2009: Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013 avec un objectif de réduction de 25% du taux d'incidence des AES/100 lits en 2012 (Données de référence AES RAISIN 2008); Circulaire DGS/VS 2/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques; Décret n° 94-352 du 4 mai 1994 relatif à la protection des travailleurs contre les risques de leur exposition à des agents biologiques et modifiant le code du travail.

das 1998 gegründet wurde und z. B. die Risiken von HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen überwacht.

Es wurde ein Ausschuss mit der Aufgabe eingesetzt, die Risiken einer Verletzung durch scharfe/spitze Instrumente zu verringern (Réseau RAISIN). Dieser Ausschuss war für einen über fünf Jahre laufenden Aktionsplan 2009-2013 zuständig, 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.

Deutschland

In Deutschland wurden die Gespräche über die Umsetzung der Richtlinie durch entsprechende Gesetze und Verordnungen, die im Juli 2013 in Kraft traten, 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, in der es um präventive Impfungen 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 Risikoabschätzung. TRBA 250 (Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe) wird im Dezember 2013 überarbeitet.

In Deutschland haben die Sozialpartner und die zuständigen Ministerien und hier besonders das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eng bei der Umsetzung der Richtlinie zusammengearbeitet und besonders den integrierten Ansatz mit dem Schwerpunkt auf Risikoabschätzung und Prävention, Schulung und Meldeverfahren als Unterstützung zur Verbesserung der Verfahren begrüßt.

Zusätzlich wurde ein Pilotprojekt durchgeführt, um Praktiken auf organisatorischer Ebene sowie beste Möglichkeiten zu ihrer Verbesserung beurteilen zu können. An dem Modellprojekt STOP-Nadelstich: Sicherheit durch Training, Organisation und Produktauswahl (zur Prävention von Schnitt- und Nadelstichverletzungen) waren ein Krankenhaus, vier Arztpraxen und ein Rettungsdienst 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, in der unterschiedliche Dienstleistungen angeboten wurden:

- Schulung
- E-Learning
- Musterkoffer (mit unterschiedlichen Ausführungen sicherer Instrumente mit Bedienungsanleitung zur praktische Erprobung)

- Praxishilfen (z. B. eine kleine MemoCard, die in eine Tasche passt und kompakt zusammengefasste Infos über sichere Verfahren enthält)

Anschließend erfolgt eine erneute Beobachtung und Beurteilung der Verfahren und Ergebnisse, wobei sich eine wesentliche 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 mit einbeziehen. 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 Interessenvertreter folgende wichtige Erkenntnisse:

- Alle bestehenden Verfahren sollten regelmäßig überprüft werden, das gesamte Personal sollte darüber informiert sein, was im Falle einer Verletzung zu tun ist.
- Die Arbeitgeber sollten dazu animiert 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 der Konferenz 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
- 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 Krankenhaus“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW. Die Webseite befindet sich noch „im Aufbau“ und enthält Informationen rund um das Thema Sicherheit und Gesundheitsschutz im Krankenhaus und befasst sich auch mit der Prävention von Schnitt- und Stichverletzungen.

Griechenland

Die Richtlinie wurde in Griechenland im Januar 2013 über Präsidentenerlass umgesetzt. Zuvor gab es keinen rechtlichen Rahmen für die Stichverletzungen, abgesehen von einigen Bestimmungen im Rahmen von "Maßnahmen für medizinische Abfallwirtschaft". Insofern ist das Niveau der Veränderung bedeutsam. Allerdings wurden die meisten der Bestimmungen der Richtlinie im Gesundheitswesen bereits angewendet. Dies geschah durch einen Rückgriff auf bewährte Verfahren und Richtlinien (auf Basis der Schulungen und Kampagnen für die dort Beschäftigten seitens des Ministeriums für Gesundheit und der Krankenhausverwaltung oder seitens Komites gegen Infektionen in Krankenhäusern oder dem Griechischen Institut für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz). Die Umsetzung der Richtlinie wird die tatsächlichen Veränderungen aufzeigen, wie z.B. die Bedingungen für der erforderliche Arbeitsumgebung und die entsprechende Ausrüstung.

Am Verfahren der Umsetzung beteiligt waren die Ministerium für Arbeit und soziale Sicherheit, das Ministerium für Gesundheit und gesellschaftliche Solidarität, das Finanzministerium, das Ministerium für Entwicklung, Wettbewerbsfähigkeit und Infrastruktur sowie der Rat der Gesundheit und Sicherheit der ArbeitnehmerInnen.

Gewerkschaften und Arbeitgeberorganisationen (im Gesundheitssektor) wurden allerdings nicht beteiligt.

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 es seit 1993 eine Impfpflicht für alle gefährdeten Beschäftigten im Gesundheitswesen gibt und seit 1999 alle Personen über 15 Jahre geimpft werden.

Die Umsetzung der Richtlinie machte eine Zusammenarbeit der Ministerien für öffentliche Gesundheit und für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz erforderlich. Das Dekret, das die Umsetzung im Land abschließt, ist seit 16. Juli 2013 in Kraft.²⁶ Es gibt Leitlinien des Nationalen Zentrums für Epidemiologie, die sich mit Themen wie Impfungen, Postexpositionsprophylaxe, Prävention, Beurteilung der Übertragungswahrscheinlichkeit, Desinfektion, Abfallentsorgung und dem Verbot des Recappings im Jahr 2003 befassen.

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, 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 Risikoabschätzung 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.*

Obwohl eine Einigung zwischen den Sozialpartnern und der Behörde für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz (Health and Safety Authority) über den Text erzielt wurde, der in die bestehende Gesetzgebung einzufügen ist wurde die Richtlinie bis zum 15. November 2013 einschließlich von der irischen Regierungen noch nicht in irisches Recht umgesetzt. Gegenwärtig gibt es keinen Zeitplan für die Umsetzung. Der Irische Gewerkschaftsbund setzt seine Lobbyarbeit für eine unverzügliche Umsetzung in irisches Recht fort. Der ausgehandelte Text bezieht sich auf alle im Krankenhaus- und Gesundheitssektor beschäftigten ArbeitnehmerInnen. Dazu gehören auch Selbständige und nicht bezahlte PraktikantInnen. Die Risikosabschätzung 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 Risikoabschätzung erfolgt ist, hat

²⁶ Dekret des Ministeriums für Humanressourcen 51/2013. (VII. 15.) 'EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatás keretében használt, éles vagy hegyes munkaeszközök által okozott sérülések megelőzésére, az ilyen eszközök használatából eredő kockázatok kezelésére, valamint az egészségügyi tevékenységet végző személyek tájékoztatására és képzésére vonatkozó követelményekről', erhältlich unter: http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=161942.245337

der Arbeitgeber die Pflicht, diese Risiken durch vorbeugende Maßnahmen, ein Verbot des Wiederaufsetzens der Schutzkappe auf die gebrauchte Nadel, Unterweisungen und Unterweisungen, Schaffung von Gefahrbewusstsein, Postexpositionsprophylaxe, Bereitstellung von sicheren Instrumenten und Maßnahmen für den sicheren Umgang mit scharfen/spitzen Instrumenten am Arbeitsplatz zu senken bzw. zu beseitigen.

Der Arbeitgeber hat die generelle Pflicht zur Unterweisung und Unterweisung. Die Beschäftigten müssen dem Arbeitgeber jeden Vorfall melden, der Arbeitgeber ist wiederum verpflichtet, der zuständigen Behörde alle Vorfälle zu melden, die zu einer länger als drei Tage andauernden 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.

Der Irische Gewerkschaftsbund ICTU ist mit dem Entwurf grundsätzlich einverstanden und hält die kostenlose Impfung der Beschäftigten ebenso wie die Durchführung der Risikoabschätzung in Absprache mit der Arbeitnehmerseite für einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung. Es gab Bedenken hinsichtlich der 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.

Der Vortrag eines Arbeitsmediziners 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 ergaben, dass es trotz guter Arbeitsschutz- und Sicherheitsstandards zu Verletzungen kommt, da Aufgaben, die eine Verwendung von scharfen/spitzen Instrumenten erfordern, grundsätzlich unsicher sind. In Situationen, in denen Schulungen suboptimal oder die Überwachung inadäquat sind, werden sichere Arbeitsverfahren nicht immer angewendet. Dort, wo sichere Instrumente bereitgestellt werden, kann der Widerstand gegen neue Technologien sichere Praktiken verhindern. Darüber hinaus sind Einkaufsabteilungen manchmal langfristig vertraglich gebunden, sodass ein Umstieg auf andere Produkte nicht möglich ist. Gelegentlich werden Lagerbestände in klinischen Abteilungen nicht ersetzt, insbesondere wenn sie neu oder nur auf Anfrage lieferbar sind, und neue Produkte werden nicht immer dort angeboten und aufbewahrt, wo ihre Verwendung am Wahrscheinlichsten ist. Es wurde darauf hingewiesen, dass sichere Instrumente keine Garantie für sichere Verfahrensweisen sind und dass es zunehmende Hinweise gibt, wonach es zu mehr Unfällen bei der Verwendung kommt, wenn unzureichend geschult wurde.

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 blutübertragbaren Krankheiten berücksichtigt wird.

Der neue Gesetzesentwurf liegt vollständig vor, aber die aktuelle politische Patt-Situation nach der Parlamentswahl Ende Februar 2013, bei der keine Partei die zur Bildung einer Regierung erforderliche Mehrheit erreichte, 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 Hepatitis-C-Infektion, da die Rate dieser Infektionen in der Patientenpopulation 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, die 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 konnte festgestellt werden, dass die Richtlinie ein wichtiger Schritt nach vorn in Richtung der Umsetzung eines solchen integrierten Handlungsansatzes ist.

Lettland

In Lettland sind zur Umsetzung der Richtlinie keine (signifikanten) Änderungen an den bestehenden Rechtsvorschriften erforderlich. Finanzielle Beeinträchtigungen von Krankenhäusern stellen jedoch ein mögliches Hindernis für die vollständige Umsetzung der erforderlichen Standards dar.

Litauen

Die Umsetzung der Richtlinie in Litauen erfolgte durch die Verordnung des Ministeriums für soziale Sicherheit und Arbeit, des Ministeriums für Gesundheit, des Ministeriums für Bildung und Wissenschaft der Republik Litauen (Nr. A1-157/V-210/V-501 bezüglich der Annahme der Bestimmungen zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente im Krankenhaus- und Gesundheitssektor) und die Verordnung des Gesundheitsministeriums Nr. v-946 vom 10. Oktober 2012 (siehe Tabelle 3.1 oben). Die bestehende Gesetzeslage ändert sich durch diese Verordnung nur geringfügig.

Schon vor der Verabschiedung der betreffenden Verordnung sahen die Bestimmungen für Gesundheit und Sicherheit bereits eine Risikoabschätzung sowie entsprechende präventive Schritte ohne Schuldzuweisungen vor (siehe http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=453359). Sichere Instrumente sind dort einzuführen, wo sie gemäß der Risikoabschätzung erforderlich sind (siehe http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435935), ein Verbot des Recappings besteht bereits seit 2001 (siehe http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=140647&p_query=&p_tr2=2). Die Arbeitgeber sind verpflichtet, geeignete Schulungen anzubieten, eine Überwachung sollte vorhanden sein (siehe

http://www3.lrs.lt/pls/inter3/dokpaieska.showdoc_l?p_id=435637&p_query=&p_tr2=2).

Alle relevanten Parteien waren an dem Umsetzungsprozess beteiligt, auch die Sozialpartner. Eines der größten Probleme besteht wohl hinsichtlich der Umsetzung und der Meldung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente. Eine Umfrage unter 12 Gesundheitseinrichtungen im Auftrag der litauischen Gewerkschaft für Beschäftigte im Gesundheitswesen ermittelte eine Häufigkeit von 1,72 Verletzungen durch scharfe/spitze

Instrumente pro Jahr unter den Befragten. 10 - 15 % davon wurden nicht gemeldet, was nicht nur zu einer Verzerrung der offiziellen Statistiken führt, sondern auch zu einer geringeren Unterstützung und (möglicherweise notwendigen) prophylaktischen Behandlung der betroffenen Beschäftigten. Gewerkschaftsvertreter halten die angebotenen Schulungen zu Sicherheitsmaßnahmen und zur Vermeidung von Verletzungen durch scharfe/spitze Instrumente trotz bestehender Bestimmungen gegenwärtig für unzureichend.

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.

Die Niederlande

Wie oben erwähnt, haben die Niederlande die Richtlinie bereits durch eine Erweiterung 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 verbieten²⁷. 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 den Krankenhaussektor betreffen. 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 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 Schulungsmaßnahmen, 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. Dies hat den Vorteil, dass es im Arbeitsumfeld weniger Unsicherheit und weniger Stresssituationen geben wird.

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 Risikoabschätzung für Personal im Gesundheitswesen muss man berücksichtigen, dass Krankenschwestern und Pfleger in Polen auch Aufgaben übernehmen, die in anderen EU-Ländern ausschließlich von ÄrztInnen und anderen Fachleuten ausgeführt werden dürfen. Außerdem 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, sodass z. B. PraktikantInnen und Leiharbeitskräfte ausgeschlossen waren.

²⁷ Besluit 399 van 22 augustus 2011, houdende wijziging van het Arbeidsomstandighedenbesluit in verband met opname van regels uit de Beleidsregels Arbeidsomstandighedenwetgeving

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.

Rumänien

Die Richtlinie wurde in Rumänien im Mai 2013 umgesetzt. Dennoch gibt es im Gesundheitssektor aufgrund von Haushaltskürzungen erhebliche Probleme. Dazu gehört 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.

Spanien

In Spanien sollte die Richtlinie zum Fristablauf im Mai 2013 durch die Änderung der bestehenden Gesetze umgesetzt werden, doch dieser Prozess ist jetzt noch nicht abgeschlossen.

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.

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 Risikoabschätzungen 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, 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 verfolgt 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 bewährte Praktiken zu finden und Maßnahmen zu entwickeln, die fester Bestandteil einer Sicherheitsstrategie werden sollen. Folgende wichtige Problempunkte wurden herausgearbeitet – Umwelt: Verringerung der 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.

Vereinigtes Königreich

Im Vereinigten Königreich 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 (EPInet) 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 eher allgemeiner Natur. So werden von Arbeitgebern bereits Risikoabschätzungen verlangt, um die Risiken für Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten beurteilen zu können. Die Richtlinie geht hier aber weiter und fordert eine Risikoabschätzung speziell für scharfe/spitze Instrumente, wobei innerhalb dieser Risikoabschätzung 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 größte Veränderung im Vereinigten Königreich ist das Verbot des Wiederverschließens gebrauchter Kanülen mit Schutzkappen sowie Nadeln mit Abdeckung, die nach der Nutzung zurückgeschoben werden kann, mit Ausnahme von Fällen, in denen der Arbeitgeber auf der Basis einer Risikobewertung festgestellt hat, dass diese Praktiken notwendig sind, um ein Gesundheitsrisiko zu verhindern (z.B. zur Verringerung des Risikos der Kontamination bei sterilen Zubereitungen). In diesen Ausnahmefällen sind angemessene Medizinprodukte zu benutzen, um das Risiko der Verletzung zu minimieren. Es ist davon auszugehen, dass nationale Leitlinien einschließlich des Handbuchs des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) und der Leitlinien 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 Entwurf zur Umsetzung der Bestimmungen der Richtlinie durchgeführt. Der Entwurf war nach einer Inspektionskampagne des HSE in 21 Krankenhäusern und einer Evaluierung der Effektivität sicherer Instrumente 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. Das betroffene Krankenhaus wurde zu einer Geldstrafe von 12.500 £ plus Übernahme der Verfahrenskosten in Höhe von 9.000 £ verurteilt. Die Evaluierung der Effektivität sicherer Instrumente ergab, dass ihre Verwendung die Zahl der Zwischenfälle und Unfälle mit spitzen und scharfen Gegenständen verringert, wenn gleichzeitig das Personal unterwiesen und durch entsprechende Maßnahmen für einen sicheren Arbeitsplatz gesorgt wird.

Die in die britische Gesetzgebung umgesetzten Bestimmungen wurden nach Beratungen mit den betroffenen Akteuren Ende Mai 2013 verabschiedet. Es wurde zwar eine Reihe von Problemanzeigen aufgegriffen, dennoch bewerten die Gewerkschaften den Geltungsbereich als unzureichend, da der derzeitige Verordnungsentwurf nur auf Gesundheitsfachkräfte Anwendung findet, nicht jedoch auf die Beschäftigten in der Sozialfürsorge/in sozialen Diensten, die nicht bei einem Arbeitsgeber des Gesundheitswesens angestellt sind – nach britischem Recht und lokaler Verwaltungspraxis werden diese nicht dem Gesundheitswesens zugerechnet – sowie z.B. auch Krankenpflegepersonal in Gefängnissen. Die Gewerkschaften sind auch darüber besorgt, dass die Pflicht zur Meldung von Unfällen und Infektionen lediglich den ArbeitnehmerInnen obliegt, ohne daß die auf Bestimmungen eine Verpflichtung des Arbeitgebers vorsehen, gegenüber der Regulierungs- und Aufsichtsbehörde darüber zu berichten.

Die Sozialpartner arbeiten gegenwärtig mit dem Safer Needle Network zusammen, um die bestehenden nationalen Leitlinien und Handreichungen zur Umsetzung der Bestimmungen der Richtlinie 2010/32/EU auf den Neuesten Stand zu bringen.

EWR-Länder

Norwegen

In Norwegen haben wir es mit einer besonderen Situation zu tun, da alle Blutproben von BiomedizinerInnen genommen werden. Es besteht die Gefahr, dass das Risiko außer Acht gerät, 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 Unachtsamkeit geschuldet sind. Sicherheitsprodukte hätten diese Verletzungen verhindern können. Zurzeit werden diese Sicherheitsprodukte in erster Linie bei der Blutentnahme verwendet (in 90 % dieser Vorgänge), 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 mussten bis zum 28. April vorliegen.

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

- stärkere Verpflichtung zur 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
- Recapping-Verbot

Die norwegischen Umsetzungsvorschriften 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 die Verwendung solcher Produkte zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor.

Nicht-EU-Länder

An dem Workshop in Wien nahmen die Nicht-EU-Länder Weißrussland, der Kosovo und die Ukraine teil. In der Ukraine 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 prophylaktische Impfungen gegen Hepatitis B für alle Auszubildenden im Gesundheitswesen vorgeschrieben. Es gibt weiterhin detaillierte Bestimmungen für die Meldung von Arbeitsunfällen mit scharfen/spitzen medizinischen

Instrumenten. Schulungen über Risiken beim Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen sind ebenfalls Teil des Studienprogramms oder beruflicher Ausbildungsprogramme für eine Reihe von Berufen im Gesundheitswesen (ÄrztInnen, Krankenschwestern/-pflegern, 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 Risikoabschätzung und der Präventionsplanung sowie eine umfassendere Verwendung sicherer Instrumente.

Die KollegInnen aus dem Kosovo und der Ukraine hielten ein Kurzreferat über einige wichtige Aspekte des Themas.

Anhang 2 - Fragebogen für die Mitglieder von EGÖD und HOSPEEM

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

Entwurf einer Umfrage bei den Mitgliedern von EGÖD und HOSPEEM

Angaben zur Person/Organisation

1. Name

Organisation (Name; bitte angeben, ob Arbeitgeber oder Gewerkschaft)

Arbeitgeber

Gewerkschaft

Land

Kontakt (Telefon und E-Mail)

Umsetzung der Richtlinie 2010/32/EU zur Verhinderung von Verletzungen durch scharfe medizinische Gegenstände im Krankensektor und im Gesundheitssektor

2. Ist die Richtlinie bereits in Ihrem Land umgesetzt worden? (bitte entsprechende Antwort ankreuzen und nachstehend weiter erläutern)

Ja

Nein

Falls ja, bitte einschlägige Rechtsvorschrift nennen und einen Link zum entsprechenden Text angeben

Falls nein, bitte angeben, wann die Umsetzung in nationales Recht voraussichtlich erfolgt.

3. In welcher Form findet die Umsetzung statt? (bitte entsprechende Angabe ankreuzen)

Nur Gesetzgebung

Gesetzgebung und Kollektivvereinbarung

Nur Kollektivvereinbarung

Andere Form der Umsetzung (bitte genau beschreiben)

Bitte kommentieren, ob die erfolgte oder noch stattfindende Art der Umsetzung Ihrer Meinung nach zweckmäßig ist.

Bitte Probleme beschreiben, die sich während der Umsetzung der Richtlinie ergeben haben oder sich aller Voraussicht nach ergeben werden.

4. Bitte kommentieren Sie das Ausmaß der aufgrund der Richtlinie erforderlichen Änderungen im Vergleich zu der bisherigen nationalen Rechtslage (bitte entsprechende Angabe ankreuzen)

Keine Änderungen

Geringfügige Änderungen

Moderate Änderungen

Signifikante Änderungen

Bitte die erforderlichen Änderungen kommentieren und die wichtigsten erforderlichen Änderungen zusammenfassen

5. Erwarten Sie Probleme bei der Umsetzung?

Ja

Nein

Falls ja, bitte die Art dieser zu erwartenden Hindernisse beschreiben

An der Umsetzung der Richtlinie beteiligte Organisationen

6. Wer war in Ihrem Land für die Umsetzung der Richtlinie zuständig?

7. Welche Organisationen waren in in Ihrem Land in signifikanter Weise an der Umsetzung der Richtlinie beteiligt?

Arbeitsministerium

Gesundheitsministerium

Sonstige Regierungsministerien (bitte angeben)

Arbeitgeberorganisation (branchenübergreifend)

Gewerkschaftsorganisation (branchenübergreifend)

Arbeitgeberorganisation im Gesundheitssektor

Gewerkschaftsorganisation im Gesundheitssektor

Sonstige Organisationen (bitte angeben)

8. Welche Organisation(en) war(en) nicht an der Umsetzung beteiligt, obwohl dies Ihrer Meinung nach wünschenswert gewesen wäre?

Aktuelle Praktiken und Anleitungen zur Verhinderung von Verletzungen durch scharfe medizinische Gegenstände

9. Bitte derzeit geltende rechtliche Strukturen und Systeme beschreiben, die in Ihrem Land Verletzungen durch scharfe medizinische Gegenstände verhindern sollen. Bitte entsprechenden Link angeben oder maßgebliche Unterlagen als Anlagen beifügen.

Wie wird die Verhinderung auf organisatorischer Ebene durchgeführt? Bitte entsprechenden Link angeben oder maßgebliche Unterlagen als Anlagen beifügen.

10. Gibt es in Ihrem Land bereits einen Leitfaden für eine gute Praxis der Verhinderung von Verletzungen durch scharfe medizinische Gegenstände im Gesundheitssektor? (bitte entsprechende Antwort ankreuzen und gegebenenfalls kommentieren)

Ja

Nein

Falls ja, bitte Informationen zum/r VerfasserIn dieses Leitfadens und zum Datum der Veröffentlichung geben und, falls möglich, einen Link zu der Publikation oder eine Kopie zur Verfügung stellen.

Falls nein, gibt es Pläne zur Erstellung eines solchen Leitfadens?

Ja

Nein

Wer wird an der Erarbeitung des Leitfadens beteiligt sein?

Interesse an einer aktiven Rolle auf einem der regionalen Seminare und/oder der Abschlusskonferenz für dieses gemeinsame EGÖD-HOSPEEM-Projekt

11. Wären Sie oder ein/e sachkundige/r KollegIn bereit, einen vorhandenen Gute-Praxis-Leitfaden zur Verhinderung von Verletzungen durch scharfe medizinische Gegenstände auf einer regionalen Projektkonferenz zu präsentieren?

Ja

Nein

Falls ja, bitte Kontaktdaten angeben