

## **Antwort der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 15/4440 –**

### **Gefährdung vom medizinischen Personal durch Nadelstichverletzungen**

#### **Vorbemerkung der Fragesteller**

Jährlich ereignen sich etwa 500 000 Nadelstichverletzungen bei ca. 750 000 Beschäftigten im Gesundheitswesen. Dabei besteht ein signifikantes Risiko, sich an den spitzen oder scharfen Instrumenten zu verletzen und hierdurch mit Krankheiten wie z. B. Hepatitis B und C oder HIV infiziert zu werden. Nur ein sehr kleiner Anteil der Nadelstichverletzungen wird den Unfallversicherern jedoch gemeldet und findet so Eingang in die Erfassung der Berufskrankheiten. Nach verschiedenen Untersuchungen in Europa und den USA sind dies nur etwa 15 Prozent<sup>1)</sup>. Leid, Krankheit und Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aufgrund entstandener Infektionen bedeuten eine große Belastung für die Betroffenen. Darüber hinaus haben die damit verbundenen krankheitsbedingten Arbeitsausfälle zur Folge, dass es zu einer erheblichen Mehrbelastung des medizinischen Personals in Praxen, Kliniken und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens kommt. Die Kosten für die Heilbehandlung, Entgeltfortzahlung durch langfristige krankheitsbedingte Ausfälle oder für Renten wegen Erwerbsminderung verteilen sich auf verschiedene Kostenträger, belasten aber in jedem Fall die Volkswirtschaft insgesamt. Die volkswirtschaftliche Belastung steigt mit der Anzahl der Meldungen und der Anzahl der Berufserkrankungen.

Aus verschiedenen regionalen Erhebungen von Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und Krankenhäusern ist bekannt, dass Nadelstichverletzungen eine schwere Gefährdung für das medizinische Personal bedeuten und für einen Großteil der beruflich erworbenen Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B und C oder Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) verantwortlich sind. Schwestern, Pfleger und Ärzte, die sich infiziert haben, müssen damit rechnen, ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können. Tun sie es dennoch, so kann eine Gefährdung der Patienten und der Mitarbeiter im Gesundheitswesen nicht ausgeschlossen werden. Unfallversicherungsträger, Arbeitsschutzexperten und Vertreter des medizinischen Personals mahnen deshalb seit geraumer Zeit verstärkte Sicherheitsmaßnahmen an.

---

1) F. Hofmann, N. Kralj, M. Beie: Kanülenstichverletzungen im Gesundheitsdienst – Häufigkeit, Ursachen und Präventionsstrategien; Gesundheitswesen 2002; 64: 259–266.

Einen hilfreichen Beitrag zum Schutz vor Nadelstichverletzungen bildet die Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe 250 (TRBA 250) vom November 2003. Sie beschreibt neben den erforderlichen organisatorischen Maßnahmen (Schulungen, Benennung von Verantwortlichen, Ablaufpläne etc.) die Verwendung von stich- und kratzsicheren Medizinprodukten als einen wesentlichen Baustein beim Schutz vor Nadelstichverletzungen. Angesichts des beträchtlichen Kostendrucks im Gesundheitswesen zeigen sich jedoch viele medizinische Einrichtungen zögerlich bei der Umsetzung der TRBA 250. Um den Verantwortlichen in den Praxen, Kliniken und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens die Entscheidungen über die Umsetzung erforderlicher Schutzmaßnahmen erleichtern zu können, werden jedoch dringend valide Daten über die Gefährdung der Beschäftigten benötigt.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Beschäftigte im Gesundheitswesen unterliegen durch ihre Tätigkeit unbestreitbar einem besonderen Infektionsrisiko. Einen möglichen Übertragungsweg bilden Nadelstichverletzungen. Dies kann zu schweren Infektionskrankheiten wie Hepatitis-B, Hepatitis-C oder HIV führen.

Dieses Risiko ist bekannt und bereits in der Vergangenheit sind Maßnahmen zur Verringerung der bestehenden Risiken, insbesondere umfassende Präventionsmaßnahmen, ergriffen worden. Diese zielten im Wesentlichen auf eine verbesserte Aufklärung durch die Unfallversicherungsträger, die Arbeitgeber und die arbeitsmedizinisch tätigen Ärzte ab. Eine wichtige Rolle spielt auch die quantitative und qualitative Fortentwicklung des Impfschutzes. Hier ist insbesondere auf die seit dem Jahr 1999 geltende Biostoff-Verordnung (BioStoffV) hinzuweisen, nach der den gefährdeten Beschäftigten im Gesundheitswesen eine Hepatitis-B-Impfung angeboten werden muss.

Das Kernstück der Maßnahmen gegen Nadelstichverletzungen bildet die im Jahr 2003 beschlossene „Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe 250“. Diese stellt nach Auffassung aller Beteiligten das geeignete Instrumentarium für eine gezielte Reduktion des Infektionsrisikos zur Verfügung. Die Vorschrift ist erst seit einem Jahr in Kraft. Ihre Umsetzung wird aktiv gefördert, Erkenntnisse über die Auswirkungen sind nach ca. zwei Jahren zu erwarten. Allerdings wird bereits zurzeit vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit zusammen mit dem berufsgenossenschaftlichen Bereich hierzu eine Metaanalyse durchgeführt, die im Frühjahr des Jahres 2005 abgeschlossen sein wird. Hieraus sollen konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Da detaillierte Angaben derzeit noch nicht vorliegen, kann die Kritik an einer angeblich zögerlichen Umsetzung nicht bestätigt werden.

Vor diesem Hintergrund spielt die Frage der Datenerfassung nur eine untergeordnete Rolle. Bei Infektionskrankheiten infolge von Nadelstichverletzungen handelt es sich regelmäßig um Berufskrankheiten. Diese werden den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung aufgrund einer gesetzlichen Meldepflicht für Ärzte und Arbeitgeber angezeigt. Die Betroffenen erhalten dann das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Daten über Berufskrankheiten korrespondieren mit entsprechenden Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz. Es ist davon auszugehen, dass sie das tatsächliche Infektionsrisiko widerspiegeln.

Dass demgegenüber die genaue Zahl der Nadelstichverletzungen nicht bekannt ist, ist insgesamt unschädlich. Nur in einer sehr geringen Zahl aller Fälle kommt es tatsächlich zur Infektion. Diese werden erfasst. Die Maßnahmen, die von der Bundesregierung ergriffen worden sind, machen außerdem deutlich, dass sie die Thematik aktiv aufgegriffen hat. Detaillierte Angaben über Verletzungszahlen würden lediglich zusätzlichen Aufwand auslösen, nicht aber die Situation im Gesundheitsbereich verbessern.

1. Welche Erkenntnisse (bitte detaillierte Auflistung) liegen der Bundesregierung über die Anzahl von Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in Praxen, Kliniken, Zahnkliniken, Rettungsdiensten und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens vor, und wie bewertet sie diese?

Wenn ihr keine entsprechenden Erkenntnisse vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um diese zu erhalten?

In Deutschland besteht kein flächendeckendes System zur Erfassung von Nadelstichverletzungen. Grundsätzlich handelt es sich bei solchen Verletzungen um Arbeitsunfälle. In den Unfallstatistiken der Unfallversicherungsträger werden diese Fälle aber nicht explizit erfasst, da in diese Statistiken nur Arbeitsunfälle aufgenommen werden, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen zur Folge haben. Bei der weitaus überwiegenden Zahl aller Nadelstichverletzungen ist dieses Kriterium nicht erfüllt, weil keine tatsächliche Infektion und damit keine längere Behandlungsbedürftigkeit mit entsprechenden Folgekosten entsteht.

Aus diesen Gründen würde auch eine detaillierte zahlenmäßige Erfassung aller Nadelstichverletzungen keinen qualitativen Fortschritt in der Prävention oder der Rehabilitation bedeuten, sondern lediglich weiteren Verwaltungsmehraufwand im Gesundheitsbereich verursachen.

2. Welche Daten (bitte detaillierte Auflistung) liegen der Bundesregierung über die Anzahl von Infektionserkrankungen vor, die das medizinische Personal infolge von Nadelstichverletzungen erleidet, und wie bewertet sie diese?

Wenn ihr keine entsprechenden Daten vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um diese zu erhalten?

Die wichtigsten durch Blut übertragbaren Infektionen bei medizinischem Personal, die durch Nadelstichverletzungen erworben werden können, sind die Hepatitis-B-(HBV-), die Hepatitis-C-(HCV-) und die HIV-Infektion. Diese Infektionen können durch Nadelstichverletzungen, aber auch durch nicht berufliche Expositionen erworben werden.

Es stehen in Deutschland zwei Datenquellen zur Abschätzung der Zahl berufsbedingter HBV-, HCV- und HIV-Infektionen bei medizinischem Personal zur Verfügung: Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Verdachtsmeldungen als Berufskrankheit nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch.

- a) Das zuständige Gesundheitsamt hat nach § 9 IfSG bei HBV- und HCV-Meldungen Informationen zu vorangegangenen Expositionen zu erheben. Eine der 15 erfragten Variablen gilt einem beruflichen Kontakt („beruflicher Kontakt zu Patienten/Material z. B. Krankenhaus/Labor“). Es kann jedoch nicht nach „Kanülenstichverletzung“ differenziert werden.

Die Auswertung der Expositionen, die der Diagnose bis zu sechs Monate vorangegangen waren, ergab in den vergangenen Jahren für Fälle einer akuten HBV, dass eine berufliche Exposition lediglich in etwa 3 Prozent der Fälle, in denen Angaben zur Exposition vorlagen, berichtet wurde (entsprechend 26 von 861 Fallmeldungen für das Jahr 2003). Für HCV betrug der entsprechende Anteil im Zeitraum September 2003 bis August 2004 insgesamt nur 0,6 Prozent (32 von 4 791 Fallmeldungen).

Hierbei ist weiter einschränkend anzumerken, dass die Angabe einer beruflichen Exposition noch kein sicherer Nachweis dafür ist, dass die Infektion tatsächlich auf diesem Weg übertragen wurde.

Bei den HIV-Meldungen wird eine berufliche Exposition seit 1993 nur zweimal als Infektionsursache angegeben, bei den (freiwilligen) AIDS-Fallmeldungen (AIDS als Vollbild der Erkrankung) wird im bisherigen Erfassungszeitraum (1982 bis 2004) die berufliche Exposition bei medizinischem Personal in insgesamt 17 Fällen vom behandelnden Arzt als möglicher oder wahrscheinlicher Infektionsweg angegeben.

- b) Die zweite Datenquelle bilden die Statistiken der Unfallversicherungsträger. Liegt ein Verdacht auf eine berufsbedingte HBV- oder HCV-Erkrankung vor, ist der behandelnde Arzt oder der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, eine entsprechende Verdachtsmeldung an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu erstatten.

Bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wurden im Jahr 2002 in 978 Fällen eine Verdachtsmeldung auf das Vorliegen einer beruflich verursachten Infektionskrankheit angezeigt, bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand in 634 Fällen.

Das vorliegende Datenmaterial zeigt, dass im Gesundheitswesen beruflich Exponierte zweifellos einem besonderen Infektionsrisiko unterliegen. Dies erfordert kontinuierliche Anstrengungen, um zu erreichen, dass solche Verletzungen konsequenter angezeigt, sachgerecht behandelt und nachverfolgt werden. Hierzu wird von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, den Arbeitgebern und den arbeitsmedizinisch tätigen Ärzten intensive Aufklärung über spezifische Präventionsmaßnahmen betrieben. Eine wichtige Säule bildet hier auch die Hepatitis-B-Impfung, die bereits seit 1982 von der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut den entsprechend gefährdeten Beschäftigten im Gesundheitsdienst empfohlen wurde und seit 1999 nach der BioStoffV angeboten werden muss. Aufklärungsmaßnahmen umfassen darüber hinaus den technischen Infektionsschutz, die Einführung sichererer Medizinprodukte, durchstichfeste Abwurfcontainer sowie eine kontinuierliche Aufklärung und Schulung der Belegschaft.

Die Maßnahmen zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz der Beschäftigten beim Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen sind in der BioStoffV festgelegt, die für den Bereich des Gesundheitswesens durch die Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250 konkretisiert wird. Diese TRBA enthält unter anderem auch Maßnahmen zur Vermeidung von Kanülenstichverletzungen. Daneben haben in Deutschland die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, verschiedene Fachgesellschaften sowie das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Kompetenznetz „Hepatitis“ zahlreiche Merkblätter und Empfehlungen zum Thema veröffentlicht.

3. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über Berufserkrankungen infolge von Nadelstichverletzungen vor, und wie bewertet sie diese?

Wenn ihr keine entsprechenden Erkenntnisse vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um diese zu erhalten?

Bei Infektionskrankheiten infolge von Nadelstichverletzungen handelt es sich regelmäßig um Berufserkrankungen im Sinn der gesetzlichen Unfallversicherung. In der Anlage zur Berufserkrankungen-Verordnung ist unter der Nr. 3101 folgende Erkrankung aufgeführt:

„Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.“

Dabei ist bei Krankenhauspersonal und anderen Beschäftigten im Gesundheitsbereich grundsätzlich immer von einem abstrakt erhöhten Infektionsrisiko auszugehen.

Die Berufskrankheiten werden in den Statistiken der gesetzlichen Unfallversicherungsträger erfasst. Zwar ist der genaue Anteil der verschiedenen Übertragungswege (Blutspritzer auf die Haut oder Schleimhaut, Nadelstich- oder Skalpverletzungen) bei akzidentellem Blutkontakt nicht bekannt. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass der Großteil der anerkannten Berufskrankheiten von blutübertragbaren Viruserkrankungen auf Nadelstichverletzungen zurückzuführen ist.

Beschäftigte im Gesundheitswesen sind im Wesentlichen bei den Landesunfallkassen und bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege versichert. Bei den Landesunfallkassen werden jährlich etwa 100 blutübertragbare Viruserkrankungen als Berufskrankheit anerkannt. Bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wurden in den letzten Jahren durchschnittlich etwa 150 blutübertragbare Viruserkrankungen als Berufskrankheit anerkannt. Die genaue Anzahl ist der nachstehenden Tabelle für die Jahre 2000 bis 2002 zu entnehmen.

**Anerkannte Berufskrankheiten bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in den Jahren 2000 bis 2002**

<b>Blutübertragbare Viruserkrankungen</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Hepatitis-B	78	76	79
Hepatitis-C	133	142	170
HIV	1	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>212</b>	<b>219</b>	<b>250</b>

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege führt bei der Begutachtung der blutübertragbaren Viruserkrankungen ein Programm zur Qualitätssicherung durch, dem sich auch die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand anschließen. Im Rahmen dieses Programms ist ein Leitfaden zur Begutachtung der blutübertragbaren Viruserkrankungen entstanden. Dieser Leitfaden berücksichtigt die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Übertragungsrisiko.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die anerkannten Berufskrankheiten auch das tatsächliche berufsbedingte Infektionsgeschehen annähernd abbilden.

4. In welcher Höhe (bitte detaillierte Auflistung) haben die Unfallversicherungsträger Aufwendungen zu tragen, die im Zusammenhang mit Nadelstichverletzungen stehen?

Wenn ihr keine entsprechenden Daten vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um diese zu erhalten?

Bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege werden jährlich etwa 1 000 Kontaktmeldungen wegen eines Blutkontaktes mit der Gefährdung durch eine blutübertragbare Viruserkrankung gemeldet (Jahr 2001: 1 058; Jahr 2002: 1 119; Jahr 2003: 1 044 Kontaktmeldungen). Der Hauptteil der Kontaktmeldungen ist durch Nadelstich- oder Kanülenstichverletzungen begründet.

Im Durchschnitt verursachen diese Meldungen 400 Euro für die notwendigen Labor- und Kontrolluntersuchungen (z. B. Serologie). Damit ergibt sich für die Berufsgenossenschaft ein Kostenumfang von rund 400 000 Euro jährlich.

Auch bei den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand fallen nach Angaben des Bundesverbands der Unfallkassen im Zusammenhang mit Nadelstichverletzungen vorrangig Kosten durch die Behandlung beim Durchgangsarzt sowie durch weiter gehende Labor- und Kontrolluntersuchungen an. Detaillierte statistische Angaben hierzu liegen nicht vor. Nach Mitteilung verschiedener Unfallkassen betrugen die durchschnittlichen Kosten pro Fall ca. 50 Euro für die Behandlung beim Durchgangsarzt und ca. 115 Euro für weiter gehende Untersuchungen oder Behandlungen.

5. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung sowohl über die Anzahl von als auch über die damit im Zusammenhang stehenden finanziellen Aufwendungen für Umschulungsmaßnahmen von durch Nadelstichverletzung berufsunfähig gewordenen Beschäftigten des Gesundheitswesens bei den Kostenträgern vor, und wie ist deren Beschäftigungsquote nach Abschluss dieser Maßnahmen?

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat im Jahr 2003 insgesamt rund 3,1 Mio. Euro für Heilbehandlungen, rund 81 000 Euro für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen und rund 11 Mio. Euro für Rentenzahlungen bei blutübertragbaren Viruserkrankungen aufgewendet. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Teil insbesondere der Rentenaufwendungen auf Versicherungsfälle aus früheren Jahrzehnten zurückgeht. Aufgrund der Fortschritte bezüglich der Diagnose und Therapie sowie der Prävention der blutübertragbaren Viruserkrankungen sind die Kosten dieser Leistungsfälle nur eingeschränkt zu rechnen.

Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen wurden bei der Berufsgenossenschaft an 13 betroffene Versicherte erbracht. Dabei handelte es sich überwiegend aber nicht um Umschulungen.

Entsprechend detaillierte Angaben zu den Kosten bei den Landesunfallkassen liegen nicht vor. Da die Anzahl der anerkannten Berufskrankheiten bei den Unfallkassen und bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege etwa einem Verhältnis von 1 : 2 entspricht, können die Kosten für blutübertragbare Erkrankungen der Berufsgenossenschaft für eine Abschätzung der Kosten für beide Versicherungsbereiche mit 1,5 multipliziert werden.

Außerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung liegen Angaben über Anzahl und finanzielle Aufwendungen für Umschulungsmaßnahmen von durch Nadelstichverletzungen berufsunfähig gewordenen Beschäftigten des Gesundheitswesens nicht vor.

6. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die im Zusammenhang mit Nadelstichverletzungen entstehenden Kosten, wie z. B. Diagnosekosten, Entgeltfortzahlung bei Erkrankung des Beschäftigten, Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten durch Anordnung von Mehrarbeit bzw. Überstunden, Behandlung mit Immunglobulinen vor, die seitens des Arbeitgebers zu tragen sind?

Wenn ihr keine entsprechenden Erkenntnisse vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um diese zu erhalten?

Detaillierte Erkenntnisse über die von den Arbeitgebern zu tragenden Folgekosten bei Nadelstichverletzungen der Beschäftigten liegen der Bundesregierung nicht vor.



Nach Mitteilung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege werden die Kosten für eine Nadelstichverletzung für den Arbeitgeber in einer unveröffentlichten Studie von Wittmann et al. (2004) mit 118 Euro bis 263 Euro angegeben. Diese Schwankungen ergeben sich durch die unterschiedliche Impfrate. Bei Vorliegen einer Impfung gegen Hepatitis-B wird für die Hepatitis-B keine Kontrolle der Laborparameter benötigt. In dem in der Studie untersuchten Krankenhaus wurden dem Betriebsarzt in einem Jahr 166 Nadelstichverletzungen gemeldet. Werden mittlere Kosten von 190 Euro veranschlagt, so ergeben sich für die Zahl der Nadelstichverletzungen in einem Krankenhaus mit 1 000 Betten Folgekosten für den Arbeitgeber von rund 31 600 Euro.

Da nach einer Nadelstichverletzung im Regelfall keine Arbeitsunfähigkeit besteht und die Wahrscheinlichkeit einer blutübertragbaren Viruserkrankung auch relativ gering ist, sind Entgeltfortzahlungen bei Erkrankung des Beschäftigten oder Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten durch Anordnung von Mehrarbeit bzw. Überstunden in der Regel nicht notwendig.

7. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über den Stand der Umsetzung der TRBA 250 in Praxen, Kliniken, Zahnkliniken, Rettungsdiensten und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens vor, und wie bewertet sie diese?

Wenn ihr keine entsprechenden Erkenntnisse vorliegen, was wird die Bundesregierung unternehmen, um diese zu erhalten?

Der Vollzug der Arbeitsschutzregelungen obliegt den Ländern und den Unfallversicherungsträgern. Diese haben seit Bekanntmachung der TRBA 250 im Bundesarbeitsblatt im November 2003 die Umsetzung der Regelungen forciert. Dabei wurden insbesondere Maßnahmen zur Information und zur Erhöhung der Akzeptanz der neuen Systeme initiiert. Hierzu gehören sowohl Broschüren und Vortragsveranstaltungen als auch Schwerpunktaktionen der Arbeitsschutzbehörden im Gesundheitsdienst, die in mehreren Ländern durchgeführt wurden.

Die TRBA 250 sieht für die flächendeckende Einführung eigensicherer Spritzensysteme ein Stufensystem vor, nach dem der Einsatz vorrangig dann erfolgen soll, wenn mit besonderen Gefährdungen zu rechnen ist. Aus diesem Grunde sind bei der Auswahl der Geräte bzw. Verfahren auch die Ergebnisse von Modell- oder Evaluierungsprojekten zu berücksichtigen. Neben wirtschaftlichen Gründen spielte hierfür auch eine Rolle, dass bis dahin keine ausreichenden Erkenntnisse über die Geeignetheit aller auf dem Markt befindlichen Systeme vorlagen, die neben den Aspekten des Arbeitsschutzes auch den Anforderungen des Patientenschutzes genügen müssen. Darüber hinaus bedarf die Einführung der neuen Systeme neben der grundsätzlichen Akzeptanz auch einer intensiven Schulung des Personals.

Der Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe, der das innerhalb der Bundesregierung zuständige Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit unter anderem in allen Fragen des tätigkeitsbezogenen Infektionsschutzes berät, hat für die Überprüfung der Regelungen der TRBA 250 und ihrer praktischen Anwendbarkeit einen Zeitraum von zwei Jahren vorgesehen, der noch nicht abgelaufen ist. Der Bundesregierung liegen deshalb zurzeit noch keine detaillierten Erkenntnisse über den derzeitigen Grad der Umsetzung vor.

Auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verfügen noch nicht über detaillierte Erfahrungen. Im Rahmen ihrer Überwachungs- und Beratungsaufgabe sorgen die Aufsichtspersonen der Versicherungsträger und der Länder allerdings dafür, dass derartige Geräte und Verfahren in den Einrichtungen des

Gesundheitsdienstes eingeführt werden, insbesondere in Arbeitsbereichen mit besonderen Gefährdungen.

8. Mit welchen finanziellen Aufwendungen rechnet die Bundesregierung in den Praxen, Kliniken, Zahnkliniken, Rettungsdiensten und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens für eine adäquate Umsetzung der TRBA 250?

Die TRBA 250 stellt grundsätzlich keine Neuregelung dar, da ein Großteil der Bestimmungen bereits in der (seit 1982 geltenden) Unfallverhütungsvorschrift „Gesundheitsdienst“ enthalten war. Sie umfasst damit eine Vielzahl von Arbeitsschutzmaßnahmen, die zum größten Teil bereits seit längerem etabliert sind. Finanzielle Auswirkungen hiervon sind daher nicht zu erwarten.

Allein die Einführung eigensicherer Spritzensysteme wird solche – allerdings nicht genau bezifferbaren – Auswirkungen haben. Die Mehrkosten der sicheren Instrumente schwanken in einem großen Bereich. Die Mehrzahl der Instrumente ist zwischen 50 und 100 Prozent teurer als die herkömmlichen Instrumente. Erfahrungsgemäß ist allerdings davon auszugehen, dass mit der Verbreitung der Systeme auch deren Kosten sinken werden. Hinzu kommt, dass den höheren Beschaffungskosten der Rückgang bei den Nadelstichverletzungen mit ihren Folgekosten gegenüberzustellen ist.

Bessere Erkenntnisse hierüber erwartet die Bundesregierung aus einer vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in Kooperation mit dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zurzeit durchgeführten „Metaanalyse zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von präventiven Maßnahmen zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen“. Diese Untersuchung beinhaltet eine ausführliche Literaturrecherche, um die bisherigen Studienergebnisse und Kosten-Nutzen-Analysen im internationalen Maßstab analysieren zu können. Daraus sollen entsprechende Handlungsempfehlungen für Deutschland abgeleitet werden. Die Untersuchung soll im Frühjahr 2006 abgeschlossen sein.

9. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung einzuleiten, damit die Beschäftigten im Gesundheitswesen besser vor Nadelstichverletzungen geschützt werden, und wenn sie keine Maßnahmen ergreifen will, warum nicht?

Die Bundesregierung sieht die in der TRBA 250 festgelegten Regelungen zur gefährdungsabhängigen Einführung eigensicherer Spritzensysteme als die nach dem derzeitigen Stand der Technik beste Maßnahme an, um Beschäftigte im Gesundheitswesen besser vor Stich- und Schnittverletzungen durch kontaminierte Instrumente zu schützen, wenn diese – wie in der TRBA vorgesehen – durch intensive Aufklärung und Schulung des Personals begleitet wird.

Unabhängig davon führen die Unfallversicherungsträger entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag Schwerpunktaktionen der Prävention mit dem Ziel, Stich- und Schnittverletzungen bzw. Nadelstichverletzungen zu reduzieren, durch.