

# Mehr als nur ein Autsch

Stich- und Schnittverletzungen



TRBA 250, Abschnitt 4.2.5  
regelt den verbindlichen Einsatz  
von sicheren Arbeitsgeräten

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

# Kleiner Stich. Große Gefahr.

Beschäftigte im Gesundheitswesen sind in ihrem Arbeitsalltag einem hohen Risiko der berufsbedingten Exposition gegenüber Blut und Körperflüssigkeiten ausgesetzt. Bei einer solchen Exposition kann es zur Übertragung von Krankheitserregern mit den potenziellen Folgen einer Ansteckung und dadurch verursachten schweren Gesundheitsschäden kommen.<sup>1,2</sup>

Gemäß den verfügbaren Angaben liegen die Verletzungsraten pro Jahr in Europa zwischen 100.000 in Großbritannien und **500.000** in Deutschland.<sup>3,4,5</sup>

**90 %** Hohe Dunkelziffer –  
aller Nadelstichverletzungen werden nicht gemeldet!<sup>4</sup>

Als wesentliche Gründe für eine nicht erfolgte Meldung wurden u. a. Zeitnot sowie die Annahme, dass eine perkutane Verletzung keine relevante Exposition darstelle, Unkenntnis der Meldemechanismen sowie Befürchtungen hinsichtlich Datenschutz und beruflicher Diskriminierung genannt.<sup>6</sup>

Abb. 1 | Nicht für die Entsorgung zertifizierte Behältnisse gefährden den Anwender vor, während und nach der Entsorgung.

Abb. 2 | Die TRBA 250 fordert für Tätigkeiten der Schutzstufe II die Bereitstellung und das Tragen von Untersuchungshandschuhen.



Abb. 1



Abb. 2

**2 Milliarden HBV-Infizierte. 5,9 %** aller Infektionen ausgelöst durch NSV

Ein besonders hohes Risiko einer Berufsunfähigkeit entsteht durch eine Infektion mit den Krankheitserregern HBV, HCV und HIV, die durch Patientenblut übertragen werden. In diesen Fällen ist von einer hohen Komplikationsrate aufgrund des Schweregrads der Erkrankung auszugehen.<sup>7</sup> (siehe Tabelle 1)

Tab 1	Hepatitis B-Virus (HBV)	Hepatitis C-Virus (HCV)
<b>Erkrankung</b>	Virusinfektion der Leber <sup>9</sup>	Virusinfektion der Leber
<b>Inzidenz</b>	2 Milliarden Infizierte Pro Jahr 10–30 Millionen Neuinfektionen <sup>9</sup>	170 Millionen Infizierte <sup>11,13</sup> Pro Jahr 3–4 Millionen Neuinfektionen, Anzahl steigt an
<b>Inkubationszeit</b>	30–180 Tage (im Mittel 90 Tage) <sup>8,10</sup>	42–70 Tage <sup>14</sup>
<b>Virulenz</b>	30 % Risiko <sup>11*</sup> , 5,9 % aller Infektionen sind durch Nadelstichverletzungen ausgelöst <sup>2</sup>	3 % Risiko <sup>11*</sup> , Infektionsrisiko durch HCV-infiziertes Blut bei einer Nadelstichverletzung = 1,8 % <sup>12</sup>
<b>Impfstoff</b>	Verfügbar <sup>8</sup>	Kein Impfstoff verfügbar <sup>20</sup>
<b>Maßnahmen</b>	Sofortige klinische HBV-Behandlung ist möglich und meist wirksam <sup>3</sup> ; liegt keine ausreichende Impfung vor, sollte eine aktive Immunisierung umgehend nachgeholt werden; bei einer durch eine Verletzung hervorgerufenen Kontamination mit nachweislich Hepatitis-B-positivem Blut, sollte zusätzlich, innerhalb von 6 Stunden, eine passive Immunisierung vorgenommen werden <sup>24</sup>	Bei Kontakt mit dem Blut einer nachweislich Hepatitis-C-positiven Person wird die Durchführung einer HCV-PCR zur Früherkennung nach 2–4 Wochen empfohlen, um evtl. eine Frühtherapie einleiten zu können; die Bestimmung von Anti-HCV muss unabhängig davon in den vorgegebenen Abständen (sofort, nach 6, 12 und 26 Wochen nach Erstuntersuchung) durchgeführt werden <sup>24</sup>

\* Risiko der Serokonversion nach perkutaner Exposition gegenüber positiver Quelle \*\* Postexpositionsprophylaxe







