

INHALT

- ➔ Transfusion beim Herzpatienten
- ➔ 30. Infotag: das Programm
- ➔ Präoperative Eigenblutspende
- ➔ Herpesviren
- ➔ Anwenderfragen zu ISBT 128
- ➔ Interview: Bernhard Jany

DER TRIGGER DER WEISEN

Die Suche nach dem Transfusionsrichtwert bei koronarer Herzkrankheit.
Von Robert Fitzgerald

Wann soll ich einen koronarkranken Patienten transfundieren? Nach wie vor stiftet die Schere zwischen den Argumenten von Rheologie, Transfusionsrisiken und Kosten einerseits und der unklaren koronaren Reserve des Patienten andererseits große Unsicherheit. Dazu führt die bei diesem Patientengut übliche konsequente Thrombozytenaggregationshemmung zu vermehrten Blutverlusten.

Nachdem diese Diskussion durch Jahrzehnte mit Fallberichten über Zeugen Jehovas, episodischen Berichten über Infarkte bei durchaus gar nicht so niedrigen Hb-Werten geführt wurde und eine große Anzahl von tierexperimentellen Arbeiten vorlag, stellte die Studie von Hebert erstmals eine Auswertung einer großen Anzahl klinischer Daten von koronarkranken Patienten dar (NEJM 1999; 340:409). Doch dies war wieder eine post-hoc-Auswertung von schon vorhandenen Studiendaten, und die Schlussfolgerungen der Autoren sind entsprechend unsicher.

Wu berichtet eine Auswertung von 234.769 Transfusionen bei älteren Patienten mit frischem Myokard-

Fortsetzung auf S. 2

KOMMENTAR

30 JAHRE INFORMATION

WOLFGANG R. MAYR



Was sind schon 30 Jahre? Für einen Menschen kein Alter (rückblickend gesehen). Für die Wissenschaft eine kleine Unendlichkeit. Für die Blutspendezentrale für Wien, NÖ und Burgenland stehen 30 Jahre für eine beachtliche Kontinuität.

So lange laden wir Sie nun schon alljährlich zum Informationsgespräch ein. So lange bemühen wir uns, Ihnen neues Expertenwissen in konzentrierter Form näherzubringen. So lange schon suchen und

finden wir den Kontakt zu Ihnen, um auch hier in der Blutspendezentrale immer auf dem letzten Stand Ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu bleiben.

Wie jedes Jahr wird es ein Wiedersehen mit vielen „Stammgästen“ geben, einige neue Vortragende, die Interessantes zu berichten haben – und natürlich einen Rückblick auf die letzten drei Jahrzehnte in der Transfusionsmedizin (siehe S. 6). Ich freue mich darauf, Sie beim Informationsgespräch zu sehen! ●



TITELGESCHICHTE

► infarkt (NEJM 2001; 345:1230). Nicht nur die Tatsache, dass in unseren Breiten kaum jemand noch eine Transfusion bei dem in der Studie empfohlenen Hämatokrit von 33 % gibt, hat hier Kritik erzeugt, sondern auch die kaum nachvollziehbare Inhomogenität der in den gesamten USA gesammelten Daten.

Der Grund für diese nicht zufriedenstellende Datenlage liegt einfach darin, dass die Durchführung einer randomisierten, kontrollierten Studie mit diesem Patientengut, in der auf die Gabe von Erythrozyten bei anämischen Patienten mit akutem Koronarsyndrom verzichtet wird, schwierig und wohl nicht leicht durch eine Ethikkommission zu bekommen ist.

Rao-Studie

Eine große Studie wurde von Rao et al. präsentiert (JAMA 2004; 292:1555). Wieder benutzten die Autoren eine post-hoc-Aufarbeitung von schon vorhandenen Studiendaten. Aus drei großen kardiologischen Studien (Gusto Iib, Pursuit, Paragon) wurden die Daten von 24.112 Patienten mit akutem Koronarsyndrom und einer vollständigen Dokumentation von Hämatokritwerten und Bluttransfusionen ausgewertet, um einen Zusammenhang von Bluttransfusion und Outcome bei Patienten zu bestimmen, die während der Behandlung eine mittelgradige bis schwere Blutung erlitten hatten.

Primärer Zielparameter der Untersuchung war die 30-Tage-Mortalität zwischen transfundierten und nicht trans-



Monitoring mit computergestützter Dokumentation



Alltag auf der Intensivstation

fundierten Patienten. Diese war bei transfundierten Patienten bedeutend höher.

Eine statistische Isolierung des Risikos der Transfusion ergab zudem, dass nach Elimination aller anderen Risiken der Transfusion eine eigene Rolle in der Erhöhung der Mortalität zukommt. Weitere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen und konstatieren einen Zusammenhang zwischen Transfusion und Mortalität.

Neuer Richtwert?

Die Hinweise auf eine mögliche Schädigung eines Patienten durch eine Transfusion sind nicht wenige und sie sind nicht neu. Verschiebung der Sauerstoffdissoziationskurve, Stimulierung der Immunvorgänge und allgemeine Transfusionsrisiken fallen besonders dann ins Gewicht, wenn der Patient eigentlich keinen Nutzen aus den transfundierten Erythrozyten zieht, wenn also bei einem zu hohem Hämatokrit transfundiert wurde.

Rao und seine Mitarbeiter geben einen Wert an, der als Transfusionstrigger gelten könnte. Erst bei einem Hkt unter 25 % scheinen Patienten von einer Transfusion zu profitieren. Haben wir nun den ersehnten Richtwert?

Doch wieder scheitern wir an der Verallgemeinerung der Ergebnisse. Die Studien stammen aus den USA, wo bis



dato kein Leukozyten-depletiertes Blut verwendet wird. Es gibt sehr deutliche Hinweise, dass viele der nachteiligen Wirkungen transfundierten Blutes durch die Wirkung der Spenderleukozyten verursacht werden können.

So haben wir trotz aller neuer Ergebnisse noch immer nicht den „Stein (den Trigger) der Weisen“ gefunden. Wir werden weiterhin nicht von engmaschigen Kontrollen bei Zeichen einer Myokardischämie abgehen können.

ROBERT FITZGERALD ●



ZUR PERSON

DOZ. DR. ROBERT FITZGERALD ist Oberarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin im KH Lainz.



30 JAHRE INFOTAG

Aktuelle Themen für ein anspruchsvolles Publikum – auch beim 30. Informationsgespräch.

Das Informationsgespräch der Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und das Burgenland findet heuer am 25. November 2006 bereits zum 30. Mal statt.

Die Orte wechseln: In diesem Jahr findet die Veranstaltung zum ersten Mal im Penta Hotel statt.

Die Besucher bleiben: Viele kommen regelmäßig zu der praxisorientierten Fortbildung. Das stellt natürlich besondere Anforderungen an die Programmplanung. Gabriela Henn darf einerseits auf sehr bewährte Vortragende zählen, andererseits aber ist sie auch dafür verantwortlich, dass die Aktualität der Themen den Erwartungen des kritischen Publikums entspricht.

Aktuelle Themen

Dem Jubiläum angemessen, berichtet Wolfgang R. Mayr heuer über die Entwicklungen der Immunhämatologie in den letzten 30 Jahren. Zu Recht setzt Michael Köhler die Anführungszeichen bei seinem Referat über die „Universalblutkonserve“ Null Rhesus negativ. Die für alle Empfänger passende Blutkonserve gibt es leider trotz aller Fortschritte noch immer nicht, und Ausnahmen im Notfall sind klar von der Routine zu unterscheiden!

Daran, dass jährlich neue Viren auftauchen, haben wir uns mittlerweile gewöhnt. Stephan Aberle bringt unser Wissen mit seinem Beitrag über „New Emerging Viruses“ auf den aktuellsten Stand. Auch wenn die Blutspendedienste in den letzten Jahren von Vogelgrippe oder SARS nicht direkt betroffen waren, ist es wichtig, dass die Wachsamkeit aller in der Transfusionsmedizin Tätigen nicht nachlässt.

Bei altbekannten Krankheitsbildern gibt es wieder neue Entwicklungen. Simon Panzer berichtet über die Diagnostik und neue Therapie bei der Autoimmunthrombozytopenie.

Wissen für die Praxis

Neben Rückblicken und Ausblicken interessiert die Zuhörenden alles, was unmittelbare Auswirkungen auf ihre praktische Tätigkeit hat. Serologische Probleme treten im transfusionsmedi-



Fotos: Anna Stöcher

Vortragende (v.l.): Maya Winter zur unbezahlten Thrombozytenspende, Wolfgang R. Mayr blickt zurück auf die letzten 30 Jahre, Michael Köhler zur „Universalblutkonserve“ und Simon Panzer (o.) über Autoimmunthrombozytopenie

zischen Alltag gar nicht so selten auf. Die Blutspendezentrale bietet mit ihren technischen Möglichkeiten und erfahrenen MitarbeiterInnen gerne Hilfe an. Christof Jungbauer berichtet über serologische Problemfälle unserer Kunden. Die Lösungen werden natürlich mit Spannung erwartet.

Qualitätsfragen

Das Blutspendewesen ist ohne freiwillige unbezahlte Spender in der heutigen Qualität nicht vorstellbar. Diesem The-

ma widmet sich Maya Winter: Wie können Spender zur unbezahlten Thrombozytenspende motiviert werden?

Die Qualität im Blutspendewesen wird laufend überprüft. Der Zusammenarbeit mit den Behörden kommt besondere Bedeutung zu. Reinhard Berger stellt in seinem Referat die Agentur AGES vor und erläutert, welche Aufgaben diese Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit im Blutspendewesen übernimmt.

RENATE HEINZ ●

FORTBILDUNG





ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ

FORSCHUNG AKTUELL

Wissenschaft in Kürze und online.

Auf „Forschung aktuell“ bietet www.blut.at eine Zusammenfassung aktueller Veröffentlichungen, die für das Bluttransfusionswesen interessant sind. „Forschung aktuell“ erscheint 12-mal jährlich zu Monatsbeginn auf www.rotekruz.at/50.html.

LESEN SIE ONLINE WEITER:

25 JAHRE AIDS	SEPTEMBER 06
KARDIOLOGIE/ZELLTHERAPIE	OKTOBER 06
EIGENBLUTSPENDE	NOVEMBER 06
ZUKUNFTSAUSSICHTEN	DEZEMBER 06



EIGENBLUTSPENDE

Präoperative Eigenblutspende (PEBS) und preoperative autologous blood donation (PABD).

Diesem Thema sind mehrere Arbeiten in Transfusion Medicine 5/Oktober 2006 gewidmet.

KANADA. G. Rock et al.: *A Review of Nearly Two Decades in an Autologous Blood Programme: The Rise and Fall of Activity*, 16:307-311, doi:10.1111/j.1365-3148.2006.00696.x. Die Erfahrungen des Kanadischen Roten Kreuzes mit der präoperativen Eigenblutspende in den letzten zwanzig Jahren zeigen deutliche Unterschiede zwischen den medizinischen Fachdisziplinen. Während in der Orthopädie der Blutbedarf planbar ist, wird bei HNO-Operationen nur 1% des abgenommenen Blutes refundiert.

Das Missverhältnis zwischen Abnahme und Rückgabe lässt Diskussionen wieder aufleben. Die Abnahmefrequenz ist in Kanada rückläufig – wohl auch deshalb, weil eine Einheit Fremdblut 210 Dollar kostet, eine autologe Einheit schlägt aber mit 335 Dollar zu Buche. Angesichts des geringen Restrisikos durch allogene Transfusionen darf die Frage nach der Kosteneffektivität gestellt werden.

SPARBILANZ. M. Bern et al.: *Autologous Blood Donation and Subsequent Blood*

Use in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty, 16:313-319, doi:10.1111/j.1365-3148.2006.00701.x

In dieser Arbeit ziehen die Autoren eine positive Bilanz, was die Einsparung von Fremdblut betrifft. Es fällt aber auf, dass trotz des höheren Alters und gleicher Hämoglobinausgangswerte in der Gruppe ohne Eigendepot 64% der Patienten Transfusionen erhielten, während 83% der Patienten, die ihr Blut gelagert hatten, zumindest einen Teil ihres gespendeten Blutes wieder erhielten. Das Eigenblutdepot ist nach diesen Daten der höchste Risikofaktor, Blut zu erhalten.

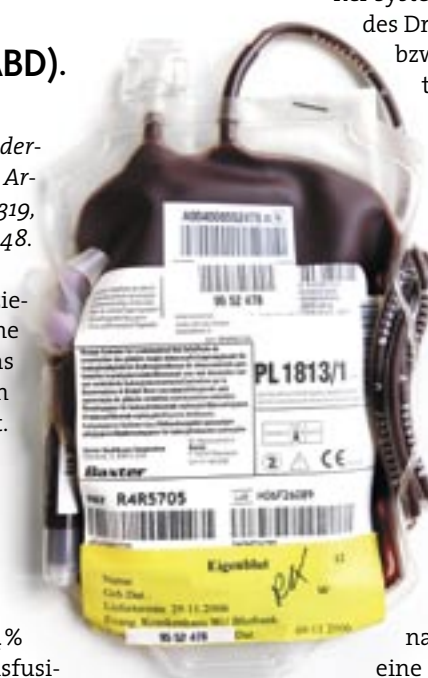
DRAINAGE. C. So-Osmann et al.: *Efficacy, Safety and User-Friendliness of Two Devices for Postoperative Autologous Shed Red Blood Cell Re-Infusion in Elective Orthopaedic Surgery Patients: A*

Randomized Pilot Study, 16:321-328, doi:10.1111/j.1365-3148.2006.00705.x

Ein Vergleich der konventionellen Wunddrainage und zweier verschiedener Systeme zur Rückgewinnung des Drainageblutes (DONOR™ bzw. Bellovac A.B.T®) brachte keine Unterschiede bezüglich der Fremdblutgabe.

EISEN. J. A. Garcia-Rece: *Perioperative Intravenous Iron Preserves Iron Stores and May Hasten the Recovery from Post-Operative Anaemia after Knee Replacement Surgery*, 16:335-341, doi:10.1111/j.1365-3148.2006.00682.x.

Auch die Eisengabe mit oder ohne gleichzeitige Gabe von Erythropoietin ist eine mögliche Alternative, um dem Patienten eine rasche postoperative Erholung zu ermöglichen.



Leukozytendepletion

Da die immunsuppressiven Wirkungen von Bluttransfusionen auf die mittransfundierten Leukozyten zurückgeführt werden, ist zu fragen, ob Eigenblut leukozytendepletiert werden soll:

VORTEILE. A. Weiler-Lorentz, T. Frietsch: *Autologous Predeposit: To Leukocyte De-*



FORSCHUNG

plete or Not to Leukocyte Deplete?, 33:296-301, doi:10.1159/000092266

Die Vorteile der Leukozytendepletion bei der Fremdblutspende sind heute unumstritten. Nach Entfernung des Buffy-Coats (Leukozytenreduktion) ist eine längere Lagerung möglich. Die bessere Erhaltung der Gerinnungsfaktoren im FFP sowie weniger nicht-hämolytische Transfusionsreaktionen (NHTR) sowie die Reduktion der Immunisierung gegen HLA-Antigene sind weitere Vorteile.

Durch die Inline-Filtration kommt es zur Minimierung des Infektionsrisikos durch Viren (CMV, EBV, HTLV1 und andere leukotrope Viren) und hypothetisch auch durch Prionen. Als weitere Vorteile werden die Reduktion von TRALI, GVH und TRIM diskutiert.

Es gibt vergleichsweise wenige Daten zur Leukozytenreduktion bei der Eigenblutvorsorge. In der Arbeit werden fünf Studien vorgestellt. Die Immunsituation wird durch die Messung immu-



nologischer Marker charakterisiert:

Humorales Immunsystem: IL6, TNFα C3a, SC5b, Neopterin. Zelluläres Immunsystem: Phagozytose, Respiratory-Burst-Aktivität von neutrophilen Granulozyten und Monozyten.

Weiters wird der Einfluss der Präparation geprüft: Vollblut, Buffy-Coat oder leukozytendepletiertes Konzentrat.

T. Frietsch et al. untersuchten zwölf Freiwillige (Männer, 30–38 Jahre). Die Retransfusion von Vollblut erfolgte

Eigenblutabnahme: Hämotherapie nach Maß

nach fünf Wochen, die anderen Präparationen wurden nach sieben Wochen zurückgegeben. Einige der gemessenen Parameter, wie z.B. IL6, zeigten eine moderate Veränderung (www.transfusion.org, 41:470-6, 2001).

Pro und Kontra

Die PEBS (präoperative Eigenblutspende) bzw. PABD (preoperative autologous blood donation) war das Thema einer Pro-und-Kontra-Diskussion:

V. T. Kretschmer: Preoperative Autologous Blood Donation – a „Confessor’s“ Point of View, Transfus Med Hemother 2006, 33:330-335, doi:10.1159/000092702. M. Müller u. E. Seifried: Do We Still Need Preoperative Autologous Blood Donation? – It Is High Time for a Reappraisal!, Transfus Med Hemother 2006, 33:336-347, doi:10.1159/000092264.

Mehr zu den Argumenten lesen Sie im Kasten auf dieser Seite.

RENATE HEINZ ●



Fotos: Anna Stöcher

ZUR PERSON

PROF. DR. RENATE HEINZ, Fachärztin für innere Medizin mit Zusatzfach Hämato-Onkologie, Blutgruppen-serologie und Transfusionsmedizin und für Humangenetik. Wissenschaftliche Studien über Probleme bei Lymphknotentumoren.

Table with 2 columns: PRO (V. KRETSCHMER) and KONTRA (M. MÜLLER, E. SEIFRIED). Rows list various medical and logistical considerations for autologous blood donation.

IMPRESSUM

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Kommission Blutspendewesen des ÖRK, Tel.: 01/589 00-205, Fax: DW 219. Für den Inhalt verantwortlich: Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang R. Mayr. Redaktion: Thomas Aistleitner (Leitung), Univ.-Prof. Dr. Renate Heinz, Dr. Eva Menichetti, Dr. Maya Winter. Layout & Satz: Mag. Andrea Chadt. Fotos: Anna Stöcher. Bildredaktion: Mona Saleh. Lektorat: Mag. Simone Krensberger. Produktion: Wortbild GmbH, 1010 Wien. Druck: Typo Druck Sares, 1190 Wien. ZVR-Nr.: 432857691. Namentlich gezeichnete Beiträge geben die Meinung des Autors wieder.



Fieberblasen haben das ganze Jahr Saison.

HERPESVIREN

Infektionen mit Herpesviren (siehe Tabelle) verlaufen häufig harmlos. Die Besonderheit, dass Herpesviren auch bei Immunkompetenten latent in Körperzellen erhalten bleiben, kann aber zur Reaktivierung bei Resistenzsenkung führen, etwa zum Aufblühen lästiger Fieberblasen (HHV1/2).

Das Varizellen-Zoster-Virus kann zwei verschiedene klinische Krankheitsbilder verursachen: Varizellen gelten noch immer als harmlose Kinderkrankheit. Komplikationen (Mittelohrentzündung, Varizellenpneumonie u.a.) sollten aber Anlass sein, den Empfehlungen des österreichischen Impfplans* zu folgen. Die latente Infektion des Nervensystems kann im Fall einer Reaktivierung zum zweiten Krankheitsbild – Herpes zoster – führen.

Inline-Filtration

Mittlerweile gibt es wirksame Therapien (z.B. Acyclovir), trotzdem sind die Gefahren für Schwangere und immunsupprimierte Personen nicht zu unterschätzen. Da gerade Letztere zu den Empfängern von Blutprodukten zählen, stellt sich die Frage: Sind Herpesviren für das Blutspendewesen wichtig? Fieberblasen haben das ganze Jahr über Saison und bedeuten den befristeten Ausschluss von der Blutspende (siehe Frage 11 des Fragebogens).

Die Inline-Filtration ist eine wirksame Maßnahme, um die Übertragung leukozytotroper Viren (CMV u.a.) zu verhindern. Bezüglich der möglichen Übertragung von HHV8 wurde kürzlich in einem Endemiegebiet (Uganda) gezeigt, dass eine Lagerung der Blutprodukte über länger als vier Tage die Serokonversion signifikant reduziert (www.nejm.org 2006; 355:1331).

RENATE HEINZ ●



Foto: Anna Stöcher

HUMANE HERPESVIREN	MÖGLICHE KLINISCHE MANIFESTATION	BESONDERHEITEN
HHV1/2 (HSV) Herpes simplex	Fieberblasen Herpes genitalis	Herpes simplex encephalitis bei genetischer Prädisposition (www.sciencemag.org 2006; 314:308)
HHV3 (VZV) Varizellen-Zoster-Virus	Varizellen (Windpocken, Schafblättern) Herpes zoster (Gürtelrose)	je nach betroffenem Organ (Auge!) Zosterneuralgie: Schmerzen vor Entstehen und auch nach Abheilung der charakteristischen Bläschen Schwangere: Auswirkungen je nach Zeitpunkt der Infektion
HHV4 (EBV) Epstein-Barr-Virus	Mononukleose	Onkogenese: Lymphome nasopharyngeales Karzinom
HHV5 (CMV) Cytomegalievirus	grippeähnlich	Organbeteiligung: Retinitis, Hepatitis u.a.
HHV6/7	drei Tage Fieber	
HHV8	grippeähnlich	Kaposi-Sarkom (Aids)

*) Österreichischer Impfplan abrufbar unter: www.bmgf.gv.at/cms/site/attachments/1/4/0/CH0016/CMS1038913010412/impfplan_2006.pdf



ISBT 128

Am 2. Oktober wurde das ISBT-128-Kennzeichnungssystem für Blutprodukte von der Blutspendezentrale für Wien, Niederösterreich und das Burgenland als erster österreichischer Blutspendedienst eingeführt.

❓ Warum ist die Umstellung auf das ISBT-128-Kennzeichnungssystem notwendig?

Durch die Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen über „Arzneimittel aus menschlichem Blut“ vom 22. Juni 2005 wurde die zugrunde liegende EU-Direktive 2002/98/EG umgesetzt. Dadurch müssen alle österreichischen Blutspendedienste die ISBT-128-Produktkennzeichnung bis 31. Oktober 2007 eingeführt haben.

❓ Wie wurde die Umstellung vorbereitet?

Für die Einführung des ISBT-128-Kennzeichnungssystems sind größere Anpassungen der jeweiligen Blutdepotsoftware nötig. Deshalb wurde durch die Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin (ÖGBT) schon seit 2003 gezielte Informationsarbeit geleistet.

Seit damals sind in blut.at mehrere Artikel erschienen, und es gab bei den meisten einschlägigen Informationsveranstaltungen Vorträge zu diesem Thema.

Im Februar wurde den betroffenen Spitälern in Wien, Niederösterreich und dem Burgenland dann ein komplettes Informationspaket mit Mustern des neuen Konservenetiketts und der Pilotröhrchen übergeben.

Es gibt auch eine eigene Homepage, auf der alle Informationen zur Um-

stellung zusammengefasst sind (www.rotekreuz.at/2429.html).

❓ Welche Vorteile bringt ISBT 128?

Die Normierung bringt einheitliche Datenstrukturen und, zum Beispiel durch die weltweit unverwechselbare Konservennummer, große Vorteile für die Rückverfolgbarkeit und die Hämovigilanz. Durch sogenannte Datenidentifikatoren sind beim Einscannen Konservennummer, Produktart, Blutgruppe und Ablaufdatum für die Blutdepotsoftware eindeutig zuzuordnen.

Auch für die Hersteller der Blutprodukte bietet ISBT 128 einige Eigenschaften, die die Kontrolle des Herstellungsprozesses und seine Sicherheit weiter erhöhen können.

Um all diese Anforderungen erfüllen zu können, ist die neue Konservennummer nun 13-stellig, und das ist natürlich gewöhnungsbedürftig.

❓ Welche Schwierigkeiten sind bei der ISBT-128-Einführung aufgetreten?

Die problemlose EDV-unterstützte Verwendung des ISBT-128-Systems ist an eine dafür entsprechend angepasste Blutdepotsoftware gebunden: Im Gegensatz zum alten ABC-Codabar-System hat ISBT 128 vor und hinter der eigentlichen 13-stelligen Konservennummer weitere Zeichen, die bei entsprechender Softwareparametrierung dem Auge verborgen bleiben. Es gibt ein Zei-

chen als „Präfix“ vor den 13 Stellen und zwei Steuerzeichen als „Suffix“ oder „Flag“ dahinter.

Damit eine Blutdepotsoftware problemlos mit ISBT 128 kompatibel ist, muss sie auch mit diesem „Präfix“ und „Suffix“ richtig umgehen können, das heißt, sie muss beispielsweise die Konservennummer und das zugehörige Kreuzprobenröhrchen zusammenführen können (beide haben die gleiche 13-stellige Konservennummer, können sich aber im Flag unterscheiden). In diesem Punkt sind einige Schwierigkeiten aufgetreten.

❓ Warum werden die Konserven doppelt gekennzeichnet?

Um den Krankenhäusern während der Umstellungsphase eine Alternative beim Auftreten solcher Probleme anbieten zu können, werden derzeit alle Konserven doppelt, nach dem alten ABC-Codabar- und dem neuen ISBT-128-System gekennzeichnet.

CHRISTOF JUNGBAUER ●



ZUR PERSON

DR. CHRISTOF JUNGBAUER, Blutspendezentrale des ÖRK für Wien, NÖ und Bgl.



INTERVIEW

BLUT.AT: Herr Jany, gibt es beim Blutspenden eine Diskriminierung?

BERNHARD JANY: Wir haben in Österreich eines der weltweit sichersten Blutspendewesen. Diese Sicherheit erreicht man einerseits durch lückenlose Kontrolle des gespendeten Blutes. Aber jeder, der im Blutspendewesen tätig ist, weiß, dass man bei der Auswahl der Spender auf Nummer sicher gehen muss. Das bedeutet, dass wir auch Blutspender ablehnen müssen.

? Wie erreichen Sie diese Sicherheit?

Drei Punkte sind ausschlaggebend: 1. Spenderselektion, 2. eine umfangreiche Testung und 3. die freiwillige und unbezahlte Blutspende.

Damit wird das Menschenmögliche getan, um Risiken zu minimieren. Unsere Blutkonserven gehören zu den sichersten Europas.

? Im Fragebogen, den alle Blutspender ausfüllen müssen, gibt es eine Frage nach der sexuellen Orientierung. Ist es eine rein medizinische Entscheidung, alle Homosexuellen vom Blutspenden auszuschließen?

Es ist richtig, dass wir mit dieser Frage die Qualifikation einer ganzen Gruppe von Menschen als Blutspender infrage stellen. Die medizinische Faktenlage ist aber eindeutig, die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion in dieser Gruppe ist höher. Wir wollen niemanden diskriminieren, wir wollen nur sicheres Blut. Auch andere europäische Blutspendedienste handhaben das so.

? Wäre es eine Alternative, Blutspender nicht nach ihrer sexuellen Orientierung zu fragen, sondern nach ihrem mehr oder weniger risikoreichen Verhalten?

Unsere Ausschlusskriterien sind durch das österreichische Blutsicherheitsgesetz vorgegeben und lassen nur wenig Spielraum bei der Entscheidung, welche Personen zu Risikogruppen zählen. Wichtig ist, dass die Ausschlusskriterien rein medizinische sind, die nicht durch weltanschauliche Einwände aufgeweicht werden dürfen. Es werden ja auch andere Gruppen ausgeschlossen,



Fotos: Anna Stöcher

„ALLIANZEN SCHMIEDEN“

Bernhard Jany, Pressechef des Österreichischen Roten Kreuzes, im Interview.

ohne dass uns Diskriminierung vorgeworfen wird. Obwohl die Anforderungen an medizinische Sicherheit ständig zunehmen, sind wir geschäftsbereit – auch mit denen, die uns kritisieren.

? Mit wem wollen Sie denn reden?

Wir sind ja nicht die Einzigen, die ein Interesse an sicherem Blut haben. Die Aidshilfe und die Hepatitis-Liga wollen das doch auch. Wo wir gemeinsame Interessen haben, können wir gemeinsam auftreten, gemeinsam informieren.

? Wie könnte das konkret aussehen?

Ein Beispiel: Es gibt immer noch genug Menschen, die das Blutspenden mit einer „kleinen Gesundenuntersuchung“ verwechseln. Die für ihre Blutspende die Sicherheit mitnehmen wollen, dass sie keine ansteckende Krankheit haben. Diese Menschen strapazieren die Blutsicherheit. Denn das diagnostische Fenster ist zwar sehr klein geworden, aber geschlossen ist es nicht.

? Was wollen Sie dagegen tun?

Rotes Kreuz und Aidshilfe – und vielleicht auch die Hepatitis-Liga – könnten doch gemeinsam aufklären: Den Aidstest mit kompetenter Aufklärung und Betreuung gibt es bei der Aidshilfe. In Sachen Hepatitis gibt es hervorragende Aufklärung und riesige medizinische Fortschritte – wie im letzten blut.at zu lesen war. Das Rote Kreuz dagegen testet auf HIV und HCV nur, um infizierte

Konserven auszusondern. Ich denke, dieser Unterschied ist noch nicht klar genug kommuniziert.

? Sind Sie auch auf anderen Gebieten mit Kritik konfrontiert?

Für unsere Ausschlusskriterien bekommen wir allerorten großes Lob. Es gibt ja auch ein Sicherheitsbedürfnis der Patienten, die eine Bluttransfusion bekommen. Ich höre kaum Kritik, wohl aber kritische Fragen. Blutspender fragen: Was passiert mit meinem Blut? Gibt es ein Geschäft mit dem Blut?

? Was antworten Sie darauf?

Seriös und transparent: Was kostet eine Blutkonserve? Wie hoch ist der Aufwand im Haus? Was verlangen wir für eine Konserve bei der Auslieferung? Was kostet unser Rund-um-die-Uhr-Service, wo sämtliche Blutgruppen verfügbar sind? Diesen Service bietet nicht jeder, und dennoch sind unsere Kosten europaweit im Mittelfeld – nicht ganz unten, aber auch nicht teuer. Dafür sicher!

INTERVIEW: THOMAS AISTLEITNER ●

ZUR PERSON

MAG. BERNHARD JANY ist Leiter der Öffentlichkeitsarbeit und Pressesprecher des Österreichischen Roten Kreuzes.

