



Dr. med. Andreas Opitz
DRK-Blutspendedienst Rheinland-
Pfalz und Saarland gemeinnützige
GmbH, Bad Kreuznach

SEHR GEEHRTE LESERINNEN, SEHR GEEHRTE LESER, LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,

als neues Redaktionsmitglied freue ich mich über die Bitte der Redaktion, das Editorial für diese Ausgabe der Zeitschrift Hämotherapie zu verfassen. Ich möchte mich zuerst auch im Namen der Redaktion bei Herrn Kollegen Deitenbeck für seine in 13 Jahren und 25 Ausgaben geleisteten Beiträge und sein Engagement in der Redaktion bedanken und darf Ihnen gleichzeitig Herrn Kollegen Faber aus Münster als neues Mitglied der Redaktion vorstellen. Wir haben hier also eine „Austauschtransfusion“ vorgenommen.

Im ersten Beitrag „Hepatitis-E-Virus: „Anstehende Konsequenzen für die Transfusionsmedizin“ erläutern die Autoren Hofmann und Chudy die klinische Bedeutung des Hepatitis-E-Erregers und die Gründe, warum das Paul-Ehrlich-Institut ein Stufenplanverfahren eingeleitet hat. Ab 1.1.2020 dürfen nun nur noch Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrate verwendet werden, die mittels einer geeigneten Nukleinsäureamplifikationstechnik negativ auf das Hepatitis-E-Virus-Genom getestet worden sind. Für in Quarantäne gelagertes therapeutisches Fischplasma gilt als Stichtag der 1.1.2021. Da die wenigsten Leser mit dem Arzneimittelgesetz vertraut sein dürften, ist es sicherlich interessant, an diesem Beispiel den Ablauf eines Stufenplanverfahrens kennenzulernen. Die Blutspendedienste wiederum werden durch die Testung auf das Hepatitis-E-Virus vor eine besondere Herausforderung gestellt werden, da aufgrund der hohen Prävalenz der Hepatitis E viele Blutspender mit klinisch unauffälligem Verlauf positiv getestet werden. Die Spender dürfen zwar nach einer viermonatigen Rückstellung wieder Blut spenden, die Erkrankung ist jedoch nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig.

Christoph Weinstock schildert in seinem Artikel „Störung der blutgruppenserologischen Untersuchungen durch therapeutische monoklonale Antikörper“ ein Phänomen, welches uns in den letzten Jahren im Laboralltag immer häufiger begegnet und große Schwierigkeiten bereitet: die Ursachen der Störung im Antikörpersuchtest und der Verträglichkeitsprobe durch den monoklonalen Antikörper Daratumumab, welcher gegen CD 38 gerichtet ist. Da sich bereits weitere neue monoklonale Antikörper, die auch gegen ABO-Blutgruppenmerkmale gerichtet sind, in der klinischen Prüfung befinden, ist absehbar, dass wir im immunhämatologischen Labor vor noch weit größeren Herausforderungen stehen. Den sehr übersichtlichen Artikel des Kollegen kann ich jedem, der in einem immunhämatologischen Labor tätig ist, wärmstens empfehlen, verbunden mit der Bitte an alle klinisch tätigen Kollegen den Einsatz dieser Antikörper den Laboren stets rechtzeitig mitzuteilen.

Die Autoren Zeiler und Opitz beschäftigen sich in ihrem Beitrag mit dem Titel „Blut und Bomben“, mit der Blutversorgung bei Großschadensereignissen aus der Sicht eines Blutspendedienstes. Beruhigend erscheint dabei einerseits die Tatsache, dass in Deutschland bei den derzeitigen Strukturen auch für derartige Großschadensereignisse die entsprechenden Mengen an Blutkomponenten zur Verfügung stehen, andererseits es aber weder eine ausreichende Integration der vorhandenen Blutspendedienste in die Organisation der zivilen Gefahrenabwehr, noch eine flächendeckende staatliche Sicherstellung für die zukünftige Existenz von Blutspendeeinrichtungen gibt. Bei der Analyse kommen die Autoren zu dem Schluss, dass auf Grund ihrer Größe die DRK-Blutspendedienste derzeit alleine in der Lage wären, auch größere Massenanfälle von Verletzten ausreichend mit Blut zu versorgen. Vor dem Hintergrund des zunehmenden ökonomischen Drucks und einem daraus bereits resultierendem Schrumpfungsprozess im Blutspendewesen besteht hier aus der Sicht der Autoren Handlungsbedarf in Bezug auf Sicherstellung und Kommunikationsstrukturen.

Wir sollten nicht vergessen, welche wichtige Rolle im Großschadensfall auch die Psychologie des Helfens spielt. So gehen die meisten Menschen davon aus, dass im Katastrophenfall sehr viele Blutspenden benötigt werden und wollen anlassbezogen spenden. Die Angaben in der Literatur zeigen jedoch, das meiste Blut wird innerhalb von 24 Stunden nach dem Ereignis benötigt. Deshalb muss es bereits in den Blutdepots vorrätig sein. Ein englischer Kollege hat dies sehr treffend mit den Worten „Blood required for today's disaster was donated yesterday“, formuliert. Dies kann auf Dauer nur gewährleistet werden, wenn die flächendeckende, freiwillige, unentgeltliche und regelmäßige Blutspende aufrechterhalten wird.

Bereits im letzten Heft wurde über das Blutspendewesen in Laos berichtet. In dieser Ausgabe stellt uns Frau Kollegin Günther das Blutspendewesen in ihrem Heimatland, der Mongolei, vor und zeigt auf, vor welchen Herausforderungen die Kolleginnen und Kollegen der Transfusionsmedizin dort stehen. Bereits 1938 wurde die erste Bluttransfusion in der Mongolei durchgeführt, jedoch ist die Transfusionsmedizin und das Blutspendewesen dort erst seit 2005 im Aufbau und somit ein junges Fachgebiet. Vor dem Hintergrund der begrenzten Ressourcen dort mögen uns Diskussionen, die wir in Deutschland und innerhalb unseres Fachgebietes führen, gelegentlich doch als ein Luxusproblem erscheinen.

Im letzten Artikel berichten die Kollegen Madei und Götz-Lurati über ihre Tätigkeit als Entnahmeärzte beim Blutspendedienst und welche durchaus vielseitigen Kenntnisse für die Beurteilung von Spendern, wie zum Beispiel umfangreiche Fachexpertise in Sachen Reisemedizin, erfordern. Die Tätigkeit als Honorararzt bietet eine interessante Nebentätigkeit und gleichermaßen eine ideale Möglichkeit, um nach einer Erziehungspause wieder in den ärztlichen Beruf einzusteigen.

Im Namen der Redaktion wünsche ich Ihnen viel Spaß beim Lesen der aktuellen Beiträge aus den sehr unterschiedlichen Bereichen der Transfusionsmedizin.

Herzlichst,
Andreas Opitz