

Immunhämatologische Aspekte „vertraulicher Geburten“ im Klinikalltag

LESERFRAGE:

„Wir haben in unserem Klinikverbund jährlich über 1.000 Entbindungen und Sectiones. In diesem Jahr haben wir bis Mai schon drei „anonyme Geburten“ durchgeführt, bei denen Namen und Geburtsdaten für das Labor nicht ersichtlich sind. Dabei handelt es sich um verschiedenste Konstellationen von jungen Müttern, Freigaben zu Adoption etc., die für das Labor nicht nachvollziehbar sind. Oft werden Fantasienamen mit Fantasie-Geburtsdaten auf die Röhrchen geschrieben.

Meine Frage lautet daher: Sind wir gesetzlich verpflichtet, bei Auftreten beispielsweise eines positiven DAT in einer

solchen „unklaren Situation“ den korrekten Namen von Mutter und ggf. des Säuglings zu „erzwingen“, um Schaden vom Kind abzuwenden oder genügt es, den Einsender zu informieren, der dann die Verantwortung für die weitere Veranlassung besitzt? Die Etikettierung mit zwar eindeutigen, aber nicht zurückverfolgbaren Patientendaten verhindert auch die ggf. Rücksprache mit dem Kreißsaal oder der Station, um anamnestic Details der Patientin oder ihres Kindes genauer abzuklären. Könnten Sie aus juristischer Sicht bitte ein Statement dazu abgeben?

Vielen Dank!“

ANTWORT:

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

vermutlich handelt es sich bei den von Ihnen angesprochenen „anonymen Geburten“ um sogenannte „vertrauliche Geburten“. Das Vorgehen bei vertraulichen Geburten ist in Deutschland durch das seit dem Jahr 2014 geltende Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt gesetzlich geregelt. In diesem Fall nimmt eine Beraterin, die an die Schweigepflicht gebunden ist, die persönlichen Daten der Mutter auf. Mutter und Kind werden im Krankenhaus unter einem Pseudonym geführt und auch die Geburt des Kindes wird beim Standesamt unter dem Pseudonym der Mutter angezeigt, damit die Anonymität der Mutter geschützt bleibt.

Eine rechtliche Verpflichtung für das Labor, den korrekten Namen von Mutter und ggf. des Säuglings zu „erzwingen“, gibt es damit aufgrund fehlender rechtlicher Grundlage nicht, vielmehr genießt die Mutter den gesetzlichen Schutz ihrer Anonymität. Für die Durchführung der erforderlichen Diagnostik und die Übermittlung der Befunde reichen für das Labor pseudonymisierte Daten. Die Verantwortung für die korrekte Zuordnung der Befunde zu Mutter und Kind trägt die Organisation (die Einrichtung der Krankenversorgung) sowie der behandelnde Arzt.

Andererseits sehe ich aus ärztlicher/transfusionsmedizinischer Sicht einige Fragestellungen mit dieser Problematik verbunden, auf die ich gerne näher eingehen würde.

Zunächst muss man seitens des Labors davon ausgehen, dass der einsendende Arzt die Befunde, die ihm laborseitig zu den pseudonymisierten Proben übermittelt werden, einem für ihn damit identifizierbaren Kind oder einer Kindsmutter zuordnen kann. Ansonsten wäre die angeforderte Diagnostik unsinnig. Damit sollte der einsendende Arzt auch in der Lage sein, die aus auffälligen Befunden resultierenden Maßnahmen zu ergreifen. Dies kann auch darin bestehen, die vom Labor ggf. nachgefragten anamnestischen Details zu erheben oder aber erneute Blutprobenentnahmen vom Neonaten oder – so noch erreichbar – von der Kindsmutter zu entnehmen. Für das Labor werden diese Daten dann nur mittelbar zuzuordnen sein.

Damit ergibt sich für mich aus der Sicht des Transfusionsmediziners die – eher klinische und nicht juristische – Frage nach dem Erfordernis der Kenntnis der tatsächlichen Patientendaten und der Rückverfolgbarkeit.

Dazu sehen wir uns zunächst an, welche Routineuntersuchungen üblicherweise bei Neonaten durchgeführt werden und welche Probleme aus transfusionsmedizinischer Sicht typischerweise bei Neonaten auftreten.

Gemäß Richtlinie Hämotherapie (4.12.1.3) ist bei jedem Kind einer RhD-negativen Mutter unmittelbar nach der Geburt das Merkmal RhD, vorzugsweise aus Nabelschnurblut, zu bestimmen. Weiterhin ist ein direkter AHG-Test mit den Erythrozyten des Kindes durchzuführen, wenn sich der Verdacht auf einen **Morbus haemolyticus neonatorum** (MHN) ergibt (z. B. aus den blutgruppenserologischen Untersuchungen vor der Geburt) oder wenn die nach den „Mutterschafts-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgeschriebenen Antikörpersuchtests nicht durchgeführt wurden.

Die hier genannten Vorinformationen zur Mutter dürften bei einer anonymen Geburt vermutlich nicht vorliegen, weshalb es sich empfiehlt, beide Untersuchungen sicherheitshalber beim Kind durchzuführen. Die Rückmeldung des Befundes sollte dann an den behandelnden Arzt erfolgen. Bei einem **negativen AHG-Test**, unauffälliger Klinik und unauffälligem Blutbild des Kindes dürfte das Thema für das immunhämatologische Labor in Bezug auf das Kind damit erledigt sein.

Schwieriger gestaltet sich die ggf. erforderliche Durchführung einer **Rhesusprophylaxe bei der Mutter**, wenn das Kind das Rhesusmerkmal D aufweist. Mutterpass und Befunde aus der Vorgeschichte liegen vermutlich nicht vor. Hier empfiehlt es sich, auch der Mutter Blut für die Blutgruppenbestimmung abzunehmen und (ebenfalls pseudonymisiert) an das Labor zu schicken. Damit kann (rasche Laboruntersuchung und Befundung vorausgesetzt) der behandelnde Arzt ggf. auch bei einem möglicherweise sehr kurzen Krankenhausaufenthalt der Mutter eine Rhesusprophylaxe durchführen. Das Labor benötigt hierfür keine Kenntnis der tatsächlichen Daten von Mutter und Kind. Wichtig ist, dass dem behandelnden Arzt rasch die Befunde zugestellt werden und diese für den Arzt eine eindeutige Identifizierung zulassen.

Etwas schwieriger wird es bei einem positiven direkten AGH-Test beim Kind. Ein positiver direkter AHG-Test spricht für einen **Morbus haemolyticus neonatorum** und erfordert – insbesondere dann, wenn die Klinik und Laboruntersuchungen beim Kind einen Anhalt für einen klinisch relevanten MHN geben – umgehend weitere Untersuchungen im immunhämatologischen Labor. Diese Untersuchungen sollen (entsprechend den Richtlinien) auch aus dem Blut der Mutter erfolgen und umfassen die Bestimmung der ABO-Blutgruppe und ggf. weiterer Blutgruppenmerkmale des Kindes. Auch hier wäre es hilfreich, wenn Blut der Mutter im Labor vorliegen würde. Zumindest die Diagnostik der üblicherweise für einen MHN verantwortlichen anti-erythrozytären Antikörper sowie die

Durchführung von zwei bis drei Kreuzproben sollte aus einem gut gefüllten EDTA-Röhrchen (7,5 ml) mit mütterlichem Blut gelingen. Damit wäre die Blutversorgung des Kindes auch im Falle einer ggf. erforderlichen Austauschtransfusion sichergestellt. Schlimmstenfalls kann man die erforderliche Diagnostik auch aus kindlichem Blut durchführen, was aber möglichst zu vermeiden ist, um die Blutentnahmen beim Kind auf ein Minimum zu beschränken.

Lediglich beim Vorliegen eines mütterlichen Antikörpers gegen ein hochfrequent vorliegendes Antigen reicht eine geringe Menge mütterlichen Blutes oft nicht aus, um die komplexe Diagnostik durchzuführen.

Noch komplexer gestaltet sich die Situation, wenn beim Kind eine **fetale/neonatale Alloimmunthrombozytopenie** vorliegt. Hier wird mangels vorhandener Vorbefunde eine gezielte Therapie mit ausgewählten Thrombozyten nicht möglich sein und auch die Gewinnung ausreichender Mengen an Blut der Mutter (geschweige denn des Vaters) zur Diagnostik dürfte vermutlich nicht möglich sein. Andererseits sehen wir uns auch in Routinesituationen bei vorhandenem Rückgriff auf die korrekten Daten der Mutter und des Vaters aufgrund der erforderlichen Zeit für die Diagnostik anti-thrombozytärer Antikörper und der Beschaffung entsprechend ausgetesteter Thrombozytenkonzentrate oft gezwungen, eine Thrombozytentransfusion mit unausgewählten Thrombozytenkonzentrat durchzuführen. Die erforderliche Labor-Diagnostik sowie HPA angepasste Thrombozytenkonzentrate stehen nicht jederzeit und kurzfristig zur Verfügung. Die klinische Versorgung des Kindes ist also ohne Nachforderung von Blut der Mutter zufriedenstellend möglich.

Was allerdings nicht möglich ist, das ist das Informieren der Mutter darüber, dass bei ihr anti-thrombozytäre Antikörper vorliegen, die bei einer folgenden (möglicherweise nicht anonymen Schwangerschaft und Geburt) eine erhebliche Gefährdung des Kindes zur Folge haben können.

Letztendlich sehen wir, dass uns in der oben beschriebenen Situation zwar die ansonsten vorliegenden Daten und Vorbefunde der Mutter, welche für die immunhämatologische Abklärung üblicherweise herangezogen werden, fehlen – zwingend erforderlich sind sie jedoch nicht, um die wesentliche und akute Versorgung des Kindes sicherzustellen. Vereinfacht wird die Situation, wenn rechtzeitig daran gedacht wird, Blut der Mutter zu entnehmen und für ggf. erforderliche Diagnostik zur Verfügung zu stellen. Es empfiehlt sich, diese organisatorische Regelung in Ihrem Haus für anonyme/vertrauliche Geburten zu treffen,

um die ggf. erforderliche Versorgung des Kindes abzusichern. Anzumerken ist noch, dass es sich bei sehr jungen Müttern vermutlich um Erstschwangerschaften handeln dürfte, bei denen zumindest das Vorliegen von Antikörpern gegen Erythrozyten nicht zu erwarten ist, wohingegen Antikörper gegen Thrombozyten bereits in der ersten Schwangerschaft auftreten können.

Zu guter Letzt sei noch darauf hingewiesen, dass natürlich die Mutter vor einer Blutentnahme entsprechend aufgeklärt werden muss und diese Aufklärung unter Wahrung der Anonymität der Mutter dokumentiert werden muss. Auch die Tatsache sollte dokumentiert werden, dass die Mutter beim Vorliegen von anti-erythrozytären oder anti-thrombozytären Antikörpern über deren Bedeutung für eine spätere Schwangerschaft oder bei Transfusionsbedarf der Mutter aufgeklärt wurde oder aber, dass eine derartige Aufklärung nicht durchgeführt werden konnte.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. med. Thomas Zeiler

Der Autor



PD Dr. med. Thomas Zeiler
Ärztlicher Geschäftsführer
DRK-Blutspendedienst West gemeinnützige
GmbH, Zentrum für Transfusionsmedizin
Breitscheid
t.zeiler@bsdwest.de

Die Literaturhinweise zu diesem Artikel finden Sie im Internet zum Download unter: www.drk-haemotherapie.de