

40-Stunden-Kurse

zur Erlangung der Qualifikation als Qualitätsbeauftragte/r Hämotherapie nach Kap. 1.6.3 der Hämotherapie-Richtlinien:

Veranstalter	Ort:	Einrichtung:	Datum:	Anprechpartner(in):
Ärztchammer Berlin	Berlin		Teil 1: 08.03.-10.03.2012 Teil 2: 22.03.-24.03.2012	Regina Drendel r.drendel@aekb.de h.daehne-noack@blutspende.de
Ärztchammer Westfalen-Lippe Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKW und KVWL	Münster		07.05.-11.05.2012	Frau Vietz vietz@aekwl.de
Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärzte- chammer Hessen	Bad Nauheim		11.05.-12.05.2012 15.06.-17.06.2012	Heike Cichon Heike.cichon@laekh.de

Keine Gewähr für Vollständigkeit.

Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie zur Therapie mit Thrombozytenkonzentraten

Blutplättchenpräparate (Thrombozytenkonzentrate) werden zur Prophylaxe und Therapie von thrombozytär bedingten Blutungen, bei einer Reihe von klinischen Indikationen, insbesondere bei Patienten mit hämatologischen und onkologischen Erkrankungen eingesetzt. Die hierfür seit vielen Jahren verwendeten und arzneimittelrechtlich zugelassenen Thrombozytenkonzentrate werden entweder von einzelnen Blutspendern durch das Verfahren der maschinellen Thrombozytapherese gewonnen oder aus einem Gemisch von vier bis fünf bei einer Vollblutspende gewonnenen Blutplättchen (Pool-Thrombozytenkonzentrate).

Eine veränderte Erstattungspraxis durch die Krankenkassen hat eine Diskussion hinsichtlich der in Deutschland angewandten Thrombozytenkonzentrate hervorgerufen. Geschürt durch aktuelle Medienberichte ist eine Verunsicherung von Transfusionsempfängern hinsichtlich der verwendeten Thrombozytenkonzentrate entstanden. Die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie möchte als wissenschaftliche Fachgesellschaft dieser Verunsicherung entgegenreten und über die derzeitige infektiologische Unbedenklichkeit von Thrombozytenkonzentraten informieren. Eine aktuelle Stellungnahme des Paul Ehrlich-Instituts (PEI) vom 29.11.2011

benennt die in Deutschland erhobenen Infektionskennzahlen (Hämo-vigilanz) für einen Zeitraum von 14 Jahren. (<http://www.pei.de/DE/infos/fachkreise/am-infosablage/sik/2011-11-29-stellungnahme-sicherheit-ptk-atk.html>). Seit Januar 1997 wurden an das PEI insgesamt 7 transfusionsbedingte virale Übertragungen (4 × HBV, 3 × HCV) nach Gabe von Thrombozytenkonzentraten gemeldet, davon 5 Fälle durch Apherese-Thrombozytenkonzentrate und 2 Fälle durch Pool-Thrombozytenkonzentrate. Dies entspricht etwa dem Verhältnis klinisch eingesetzter Apherese- bzw. Pool-Thrombozytenkonzentrate (60 % Apherese-, 40 % Pool-Thrombozytenkonzentrate). Auch bei den transfusi-

onsbedingten bakteriellen Infektionen zeigen die Hämovigilanzdaten des PEI – in Übereinstimmung mit mehreren vergleichenden Studien - keinen eindeutigen Unterschied zwischen den beiden Präparatetypen.

Die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie hat im Jahr 2006 in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie sowie der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung Empfehlungen für die Behandlung mit Thrombozytenkonzentraten veröffentlicht und die Anwendung der zugelassenen Thrombozytenkonzentrate (Pool vs. Apherese) bei nicht-immunisierten Patienten gleichgestellt. Auch die aktuellen Querschnitts-Leitlinien der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2009 empfehlen den Einsatz beider Präparatetypen, bei gegebener Indikation zur Thrombozytensubstitution. Auf die unterschiedliche Spenderexposition wird hingewiesen. Diese könnte im Falle neu auftretender, transfusionsrelevanter Pathogene eine Bedeutung erlangen.

Die Anwendung von Thrombozytapheresekonzentraten von Einzelspendern ist bei Patienten mit vorausgegangener Immunisierung gegen Leukozyten- bzw. Thrombozytenantigene dringend indiziert. Grundsätzlich

sollten für eine optimale Therapie mit Thrombozytenkonzentraten bevorzugt frisch hergestellte, Blutgruppen-gleiche Präparate verabreicht werden. Die Umsetzung dieser Versorgungsstrategie erfordert die Verfügbarkeit beider Präparate-Typen.

Die restriktive Erstattungspraxis der Krankenkassen in Bezug auf Thrombozytapherese-Konzentrate ist kritisch zu bewerten. Die Versorgung mit Thrombozytenkonzentraten durch die Blutspendedienste in der Bundesrepublik Deutschland ist nur durch die Vorhaltung beider Präparateformen gesichert. Für die Behandlung von immunisierten Patienten muss aufgrund der unterschiedlichen Blut- und Gewebemerkmale (HLA, bzw. HPA) auf den Blutplättchen ein ausreichend großer Stamm an Apheresespendern zur Verfügung stehen. Dieser ist nur zu erhalten, wenn diese Spenderform regelmäßig durchgeführt und der Spenderstamm dadurch gepflegt wird. Andererseits ist die mengenmäßige Sicherung der Versorgung mit Thrombozytenkonzentraten in Deutschland nicht ausschließlich durch die maschinelle Thrombozytenspende möglich. Der Bedarf an Thrombozytenkonzentraten ist eng verbunden mit der Behandlung von hämatologischen Erkrankungen, deren Inzidenz mit zunehmendem Lebensalter

ansteigt. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist deshalb in den kommenden Jahren mit einem Mehrbedarf an Thrombozytenkonzentraten zu rechnen. Gleichzeitig nimmt die Zahl der zur Verfügung stehenden vorwiegend jungen Spender ab, die vor allem für die maschinelle Thrombozytapherese eingebunden werden.

Zusammenfassung

Die geänderte, restriktive Erstattungspraxis der Krankenkassen gefährdet die in Deutschland seit vielen Jahren zum Wohle der Patienten erfolgreich praktizierte Gewinnung und Anwendung beider Thrombozytenkonzentrate. Die Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie empfiehlt, in Deutschland weiterhin beide Thrombozytenpräparate vorzuhalten. Beide Thrombozytenkonzentrate sind infektiologisch sicher. Eine Restriktion auf die Behandlung nur mit einer der beiden möglichen Zubereitungen würde zu einer kritischen Versorgungssituation in Deutschland führen.