

BDAktuell DGAInfo

Aus dem Arbeitsausschuss Bluttransfusion

Im Rahmen von Rationalisierungsmaßnahmen zur Kostenreduktion werden in zahlreichen Krankenhäusern unseres Landes bereits seit einigen Jahren die immunhämatologischen Untersuchungsmöglichkeiten abgebaut. Sie werden an andere Krankenhäuser mit zum Teil erheblichen Entfernungen verlagert und entsprechend die Blutdepots auf ein teilweise nur noch schwer vertretbares Maß reduziert. In einzelnen Einrichtungen der Krankenversorgung, die sehr wohl chirurgische Akutmedizin sowie Gynäkologie und Geburtshilfe betreiben, soll dabei dieser Organisationsmangel durch die überwiegende Depot-Bestückung mit Blutkonserven der Blutgruppe 0 negativ ausgeglichen werden. Die Initiative geht regelhaft von der Geschäftsführung aus. Der Transfusionsverantwortliche sieht sich dann zur Umsetzung gezwungen.

In den vergangenen Jahren erreichten den Arbeitsausschuss Bluttransfusion zahlreiche Schilderungen und Anfragen von Transfusionsverantwortlichen und/oder leitenden Anaesthesisten, die über geänderte organisatorische Abläufe berichteten, bei denen auf Anordnung der Geschäftsführung sich das versorgende Blutdepot mit der dazugehörigen immunhämatologischen Diagnostik teilweise mehr als 20 Kilometer (Fahrzeit 30-45 Minuten) von der jeweiligen Einrichtung entfernt befand. Zwar waren nach eigenen Aussagen die Transfusionsverantwortlichen bzw. abteilungsleitenden Ärzte teilweise vor Umsetzung dieser Maßnahmen gehört worden, doch war oft im

Stellungnahme des Arbeitskreises Blut

Blutversorgung bei Notfällen in Einrichtungen der Krankenversorgung

Nachhinein nicht erkennbar, inwieweit bei der getroffenen Entscheidung die vorgetragenen medizinischen Argumente Berücksichtigung gefunden hatten.

Verständlicherweise besteht unter solchen Umständen bei den für die Transfusion zuständigen und verantwortlichen Ärzten Besorgnis, dass ihnen bei Duldung derartiger, als unzulänglich befundener Zustände eine Mitschuld im Falle verspäteter Transfusionen mit nachfolgendem Patientenschaden zukommt. Um diesen Befürchtungen zu begegnen, hat der Arbeitsausschuss Bluttransfusion in den angefragten Einzelfällen empfohlen, im Rahmen des ohnehin geforderten Qualitätssicherungssystems (Hämotherapie-Richtlinien, Kap. 1.4) Abläufe zu beschreiben, die auch die möglicherweise verzögerte Versorgung berücksichtigen. Diese Beschreibungen im hausinternen Qualitätssicherungssystem lassen es dann auch zu, in Abständen zu überprüfen, ob die im Krankenhaus geübte Praxis den Vorgaben standhält. Sofern auf der Grundlage eines nachvollziehbaren Organisationsplanes innerhalb eines beschriebenen Zeitrahmens die Versorgung mit Blutkomponenten sichergestellt ist, trifft bei unvorhersehbaren, externen Ereignissen oder anderen nicht absehbaren Umständen (z.B. Verkehrsunfall des transportierenden Fahrzeuges) der verantwortlichen Arzt kein Verschulden. Dies würde ihn aber dennoch nicht davon entbinden, bei sich anbahnenden Problemen (z.B. gemeldetes Wetterchaos) auf planbare, riskante Operationen mit

Für den Arbeitsausschuss Bluttransfusion

Prof. Dr. J. Biscoping
Klinik für Anaesthesie und Operative Intensivmedizin,
St. Vincentius-Kliniken gAG
Steinhäuserstraße 18
76135 Karlsruhe

Priv.-Doz. Dr. G. Dietrich
Abteilung Anaesthesie – Intensivmedizin – Schmerztherapie – Transfusionsmedizin, Kreiskrankenhäuser Rottal-Inn gGmbH
Simonsöder Allee 20
84307 Eggenfelden

zu erwartend hohem Blutbedarf vorübergehend zu verzichten, bis sich die Situation erkennbar normalisiert hat oder eine Versorgung im Sinne des letzten Satzes der Hämotherapie-Richtlinien von Abschnitt 4.2.2 gewährleistet ist.

Die aktuellen Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) enthalten keine zeitlich präzisierten Vorgaben, vergleichbar mit den angegebenen Hilfsfristen in den Landesrettungsdienstgesetzen, auf die im Zweifelsfall zurückgegriffen werden könnte. In Kapitel 4 der Hämotherapie-Richtlinien wird lediglich unter 4.2.2 Untersuchungsumfang ausgeführt:

„Im Regelfall müssen vor allen invasiven und operativen Eingriffen, bei denen intra- und perioperativ eine Transfusion ernsthaft in Betracht kommt (z.B. definiert durch hauseigene Daten), ein gültiger Befund der Blutgruppenbestimmung und ein Ergebnis des Antikörpersuchtests des zuständigen Laboratoriums vorliegen. ... Für den bei operativen/invasiven Eingriffen zu erwartenden Transfusionsbedarf ist rechtzeitig eine entsprechende Anzahl – auch unter Berücksichtigung evtl. Komplikationen und einrichtungsinterner Besonderheiten – kompatibler Blutprodukte bereitzustellen.“

Damit beschreiben die Hämotherapie-Richtlinien verbindlich (s. TFG § 18 Absatz 2) die Abläufe im Regelfall. Dieses sind jedoch nicht nur die im Operationsprogramm ausgewiesenen planbaren Eingriffe, sondern ebenso die in geburtshilflichen Abteilungen stattfindenden Sectiones mit eingeschränkter Transfusionsnotwendigkeit. Bei einer im Bundesdurchschnitt über 20% liegenden Sectio-Rate deckt dies den Begriff des Regelfalls ab, auch wenn speziell diese Eingriffe nur teilweise terminierbar sind.

Nur sehr eingeschränkt kann auf Grund des bis hierher Dargestellten auf das in den Hämotherapie-Richtlinien unter 4.2.5.10 beschriebene Vorgehen bei Notfällen rechtfertigend ausgewichen werden. Das in derartigen Notfällen indizierte und legitimierte Abweichen von den Richtlinien setzt medizinische Notfälle voraus und gilt nicht für organisationsbedingte Engpässe.

Auch das Vorhalten eines kleinen Bestandes an Konserven der Blutgruppe 0 negativ ist nicht dafür vorzusehen, dass organisatorische Unzulänglichkeiten (s. oben) ausgeglichen werden, sondern im medizinischen Notfall noch schneller eine lebenserhaltende Erythrozytentransfusion zur Verfügung steht. (Hämotherapie-Richtlinien Kapitel 4.3.5: „Erythrozytenkonzentrate werden AB0-gleich

transfundiert. In Ausnahmefällen können auch AB0-ungleiche, sog. „majorkompatible“ Präparate transfundiert werden. Die Ausnahmen sind zu dokumentieren.“). Nachdem die IAKH in einer bundesweiten Umfrage unter ihren Mitgliedern ermitteln konnte, dass bei den eingangs geschilderten, externen Versorgungen durch Transportzeiten und unterschiedliche Logistik bis zu zwei Stunden und mehr vergingen, bevor gekreuzte Erythrozytenkonzentrate zur Verfügung standen, wurde dies auf Vorschlag von V. Kretschmer in der 71. Sitzung des Arbeitskreises Blut im März 2011 thematisiert und beraten. Im Ergebnis verabschiedete der Arbeitskreis Blut einstimmig die nachfolgende Stellungnahme (S 10).

Literatur

1. Bundesärztekammer. Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2010.
2. Kiefel V (Hrsg.). Transfusionsmedizin und Immunhämatologie – Grundlagen, Therapie, Methodik. 4. Auflage 2010, Springer Berlin Heidelberg New York.
3. RKI – Stellungnahmen
http://www.rki.de/cln_169/nn_197444/sid_A688636100DEFFFDD14BF767D/DFCA8FD/DE/Content/Infekt/Blut/AK_Blut/ak__blut.html?__nnn=true

Blutversorgung bei Notfällen in Einrichtungen der Krankenversorgung (S 10)

Der Arbeitskreis Blut sieht ein Problem in der notfallmäßigen Blutversorgung der Patienten in klinischen Einrichtungen, wenn diese vor Ort kein immunhämatologisches Labor und/oder Blutdepot zur Verfügung haben.

Der Arbeitskreis Blut empfiehlt daher den Ärztekammern, im Rahmen der Überwachung des Qualitätssicherungssystems bei der Anwendung von Blutprodukten (Kapitel 1.6 Hämotherapie-Richtlinien) besonders darauf zu achten, dass in Einrichtungen der Krankenversorgung angemessene Bedingungen gewährleistet sein müssen:

1. Im Rahmen von Notfalltransfusionen ist die Transfusion ungekreuzter Erythrozytenkonzentrate der Blutgruppe 0 als sog. Universalkonserven auf ein Minimum zu begrenzen.
2. Eine zeitgerechte Versorgung mit serologisch verträglichen AB0/Rh-Faktorgleichen Erythrozytenkonzentraten muss möglich sein.

Für den Arbeitskreis Blut:

Prof. Dr. R. Burger, Vorsitzender · Dr. R. Offergeld, Geschäftsführerin