

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Katrin Helling-Plahr, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Katja Suding, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Jens Beeck, Olaf in der Beek, Mario Brandenburg (Südpfalz), Dr. Marco Buschmann, Karlheinz Busen, Dr. Marcus Faber, Otto Fricke, Markus Herbrand, Ulla Ihnen, Dr. Christian Jung, Dr. Marcel Klinge, Ulrich Lechte, Oliver Luksic, Alexander Müller, Bernd Reuther, Dr. h. c. Thomas Sattelberger, Matthias Seestern-Pauly, Frank Sitta, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Benjamin Strasser, Dr. Andrew Ullmann, Sandra Weeser und der Fraktion der FDP**

### **Sicherheit und Verfügbarkeit von Spenderblut in Deutschland**

Anfang der 1990er-Jahre kam es in Deutschland zu Infektionen durch die Weitergabe HIV-kontaminierter Blutprodukte, in deren Folge Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheitsstandards getroffen wurden. Diese umfassen eine strenge behördliche Aufsicht über die Hersteller von Blutkonserven, ein obligatorisches Screening der Blutbestandteile auf bestimmte Krankheitserreger sowie die Auswahl möglicher Blutspender. Letztere beinhaltet den Ausschluss oder die Zurückstellung von Spenderinnen und Spendern, die eine durch Blut übertragbare Infektion aufweisen oder bei denen dafür ein erhöhtes Risiko besteht.

Hierunter fallen unter anderem Rückkehrer aus Gebieten, die von Ausbrüchen an Malaria, Dengue, Zika und dem West-Nil-Virus betroffen sind. Der globale Temperaturanstieg begünstigt die Ausbreitung wärmeliebender Stechmückenarten, die potente Überträger gefährlicher Krankheitserreger sind, auch in Europa (<https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/surveillance-and-disease-data/disease-data-ecdc>). Während der Übertragungssaison 2019 wurden in Deutschland die ersten autochthonen West-Nil-Virus-Infektionen gemeldet (<https://www.bnitm.de/aktuelles/mitteilungen/7584-erste-durch-muecken-uebertragene-west-nil-virus-erkrankung-beim-menschen-in-deutschland/>).

Vor dem Hintergrund, dass der Bedarf an Blutprodukten infolge des demografischen Wandels und mit steigender Lebenserwartung zukünftig wachsen wird und sich bereits heute eine Knappheit abzeichnet (<https://www.zdf.de/nachricht-en/heute/blutspender-werden-weniger-aufgrund-demografischen-wandels-100.html>), wirft dies Fragen nach der Gewährleistung einer gesicherten Blutversorgung auf (<https://www.blutspendedienst.com/blog/bleibt-die-blutversorgung-in-zukunft-gesichert>). In Anbetracht der Tatsache, dass Empfängerinnen und Empfänger von Bluttransfusionen als schwer krank gelten und daher schon für eine geringe Erregerbelastung in Blutspenden anfällig sind, stellt das Auftreten neuer Erreger ein ernsthaftes Risiko für die Patientensicherheit dar.

Angesichts des erhöhten Infektionsrisikos haben Länder innerhalb und außerhalb Europas in den letzten zehn Jahren Strategien zur Risikominderung erfolgreich eingeführt. Dazu gehören weitere Technologien für das Screening, diagnostische Tests oder das Verfahren der Pathogeninaktivierung (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6006633/>), in dem auch der Arbeitskreis Blut des Bundesministeriums für Gesundheit einen großen Nutzen sieht (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-018-2766-3.pdf>).

Kein gegenwärtig gültiges Spenderauswahlkriterium ist nach Einschätzung der Fragesteller so umstritten wie das für homosexuelle und bisexuelle Männer sowie transgeschlechtliche Personen. Beiden Personengruppen wird ein ganzes Jahr lang nach Geschlechtsverkehr verweigert, Blut zu spenden. Rückstellungen aus einer vorangegangenen Reisetätigkeit und aufgrund der sexuellen Orientierung und geschlechtlichen Identität führen in beiden Fällen dazu, dass potenzielle Spenderinnen und Spender an der Blutspende gehindert werden. Um sicherzustellen, dass die Blutversorgung in Zeiten akuter Engpässe sowie neu auftretender Krankheitserreger den Transfusionsbedarf angemessen deckt, ist es aus Sicht der Fragesteller diesbezüglich angebracht, die Auswahlkriterien für Spenderinnen und Spender neu zu bewerten.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Strategie verfolgt die Bundesregierung, um die Deckung eines wachsenden Bedarfs an Blutprodukten zu gewährleisten und Versorgungsengpässe zu vermeiden?
2. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen einer zunehmenden Reisetätigkeit in Gebiete mit hohem Infektionsrisiko sowie klimatischer Veränderungen in Europa auf die potenzielle Menge aufgebrauchten Spenderblutes in Deutschland?
3. Wie viele potenzielle Blutspenderinnen und Blutspender werden nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland jährlich nach den geltenden Hämotherapie-Richtlinien zurückgestellt?
  - a) Wie viele Zurückstellungen erfolgten aufgrund von sexueller Aktivität zwischen Männern?
  - b) Wie viele Zurückstellungen erfolgten aufgrund von Transgeschlechtlichkeit?
  - c) Wie viele Zurückstellungen erfolgten aufgrund von vorangegangenen Reisen in Risikogebiete?
  - d) Wie viele Zurückstellungen erfolgten aus anderen Gründen?
  - e) Wie unterscheiden sich die Blutspendeaufschubraten innerhalb Deutschlands (bitte nach Ländern aufschlüsseln)?
  - f) Welche saisonalen Unterschiede existieren nach Kenntnis der Bundesregierung?
  - g) Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung Anzeichen dafür, dass von den Blutzentren angewandte, unterschiedliche Testmaßnahmen Unterschiede in der Anzahl der Blutspendezurückstellung bedingen?
4. Wie wirkt sich eine temporäre Spenderrückstellung nach Kenntnis der Bundesregierung auf die weitere Spendebereitschaft potenzieller Spender aus?
  - a) Falls negative Auswirkungen gesehen werden, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus?

- b) Sind der Bundesregierung diesbezügliche Unterschiede zwischen Erstspendern und regelmäßigen Spendern bekannt?

Wenn ja, welche?

5. Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Stellungnahme des Arbeitskreises Blut zu Pathogen-Inaktivierungssystemen für Thrombozyten-Konzentrate?
- a) Teilt die Bundesregierung die Einschätzungen des Arbeitskreises Blut (bitte erläutern)?
- b) Welche konkreten Schritte sind geplant, um die Empfehlungen umzusetzen?
6. Wie viele Blutzentren in Deutschland nutzen nach Kenntnis der Bundesregierung Pathogen-Inaktivierungssysteme (bitte nach Ländern aufschlüsseln)?
7. Wie stellt sich die Nutzung von Pathogen-Inaktivierungssystemen in anderen EU-Mitgliedstaaten nach Kenntnis der Bundesregierung im Vergleich zu Deutschland dar?
- Worauf sind mögliche Unterschiede aus Sicht der Bundesregierung zurückzuführen?
8. Welche Anreize existieren nach Kenntnis der Bundesregierung für Blutzentren, Pathogen-Inaktivierungssysteme einzuführen und anzuwenden?
9. Wird nach Kenntnis der Bundesregierung jede im Krankenhaus durchgeführte Behandlung eines Patienten mit Thrombozyten-Konzentraten individuell vergütet?
10. Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, wie viele Einheiten von Thrombozyten-Konzentraten pro Jahr verworfen werden, weil sie die zulässige Haltbarkeitsdauer von vier Tagen überschreiten?
- Wenn ja, um wie viele handelt es sich in absoluten Zahlen und in Relation zur Gesamtmenge?
11. Wer trägt nach Kenntnis der Bundesregierung das finanzielle Risiko für den Fall, dass aus Blutspenden gewonnene Thrombozyten-Konzentrate aufgrund der überschrittenen Haltbarkeitsdauer verworfen werden müssen?
12. Wurde nach Kenntnis der Bundesregierung eine Evaluation dazu durchgeführt, inwiefern die Reduktion der zulässigen Haltbarkeitsdauer von fünf auf vier Tage sich auf Kontaminationsraten von Blutkomponenten und kontaminationsbedingte Transfusionszwischenfälle nach Gabe von Thrombozyten-Konzentraten ausgewirkt hat?
- a) Wenn ja, mit welchem Ergebnis?
- b) Wenn nein, ist eine solche Evaluation geplant?
13. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland sichergestellt, dass alle schwerwiegenden Transfusionsreaktionen im Rahmen der Meldepflicht der Blutspendeeinrichtungen und Plasmaspendeeinrichtungen tatsächlich dokumentiert werden und damit in die Beurteilung, ob Maßnahmen zur Risikominimierung wirkungsvoll sind und zur Erhöhung der Sicherheit von Blutkomponenten beitragen, einfließen können?

14. Welche Unterschiede bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen Deutschland und den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union mit Blick auf die Meldefrequenzen?

Sind etwaige Unterschiede aus Sicht der Bundesregierung nachvollziehbar (bitte erläutern)?

15. Ist der weitreichende Ausschluss bestimmter Spendergruppen wie homosexueller und bisexueller Männer sowie transgeschlechtlicher Personen von der Möglichkeit zur Blutspende aus Sicht der Bundesregierung weiterhin angemessen (bitte begründen)?

Berlin, den 26. Februar 2020

**Christian Lindner und Fraktion**