

1489/AB XXI.GP
Eingelangt am: 12.01.2001

BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische Anfrage der Abgeordneten **Prim. Dr. Pittermann, Reitsamer und Genossinnen betreffend sichere und preisgünstige Verwendung von Blut und Blutprodukten, Nr. 1626/J**, wie folgt:

Frage 1:

Derzeit werden die Leit - und Richtlinien für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen neu bearbeitet, wobei in diesen Leitlinien verstärkt auf blutsparende Maßnahmen hingewiesen wird.

Frage 2:

Zur Implementierung blutsparender Maßnahmen wird die Einrichtung von Transfusionskomitees an den Krankenanstalten forciert, denen die Aufgabe übertragen wird, diese blutsparenden Maßnahmen in den einzelnen Krankenanstalten durchzusetzen und darauf zu achten, dass diese Maßnahmen auch durchgeführt werden.

Frage 3:

Die blutsparenden Verfahren wie Einsatz des Zellsavers aber auch die Erhaltung der Körpertemperatur sind Aufgaben, die den Krankenanstalten bzw. den einzelnen Abteilungen, vor allem der Anästhesie, obliegen. Diese Leistungen sind in den Kosten der Krankenanstalten enthalten und werden auch, ohne dies dem Patienten zu verrechnen, durchgeführt. Die perioperative Eigenblutspende im ambulanten Bereich gilt nicht als Behandlung und wird deshalb in den Krankenanstalten von den Krankenkassen nicht ersetzt. Hier sind die Krankenhausträger aufgerufen, einen Modus zu finden, um diese wichtigen Maßnahmen entsprechend ohne finanzielle Belastung des Patienten durchzuführen.

Frage 4:

Die Implementierung der Rückmeldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen in den einzelnen Krankenanstalten ist ebenfalls eine Aufgabe, welche den Transfusionskomitees obliegt. Auch hier ist seitens meines Ressorts geplant, durch Betonung der Aufgaben der Transfusionskomitees eine bessere Dokumentation von unerwünschten Arzneimittelwirkungen zu erreichen.

Frage 5:

Die regionalen Unterschiede in den Kosten der Blutprodukte sind zum Teil auf die - oftmals auch topographisch bedingten - unterschiedlichen Aufwendungen bei der Gewinnung solcher Produkte zurückzuführen. Es wird allerdings versucht werden, eine Harmonisierung zu erreichen. Ein erster Schritt ist die Erfassung aller Preise, die allerdings nur bedingt vergleichbar sind, da entsprechende Mengen an Rabatten gewährt werden und auch die Preisgestaltung sich zwischen privaten und öffentlichen Institutionen unterscheidet.

Frage 6:

Mir sind Unterlagen über die von einzelnen Herstellern erzielte Gewinne nicht zugänglich.

Fragen 7 bis 9,11 b) und 12:

Die zur Beantwortung notwendigen Informationen sind - mangels entsprechender Erfassung - nicht der Kostendarstellung im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung zu entnehmen. Im übrigen verweise ich darauf, dass dem Bund im Bereich des Spitalswesens nur die Grundsatzgesetzgebung zukommt, den Ländern jedoch die Ausführungsgesetzgebung und die Vollziehung.

Ergänzend zu Frage 9 ist zu bemerken, dass der Verbrauch von Thrombozytenkonzentraten nicht planbar ist, da die Anforderungen für Thrombozytenkonzentrate sich nach der jeweiligen Situation richten und für Patienten, die diese Konzentrate benötigen, es nicht vorhersehbar ist, ob innerhalb eines kurzen

Zeitraumes von einem bis drei Tagen Thrombozytenkonzentrate erforderlich sind. Eine Durchschnittsabnahmemenge ist daher nicht planbar.

Frage 10:

Die gepoolten Thrombozytenkonzentrate werden aus Vollblutkonserven nach Gewinn des Buffycoats vor der Leukozytendepletion hergestellt. Bei entsprechender Menge je nach Größe des Pools sind die gepoolten Thrombozytenkonzentrate jenen Thrombozytenkonzentrat, die mittels Apherese gewonnen werden, in bezug auf die Thrombozytenzahl und auch die klinische Wirksamkeit in etwa gleichzusetzen. Es muss aber angeführt werden, dass durch die Poolung sich das Infektionsrisiko erhöht und auch die Belastung des Empfängers mit Fremddantigenen wesentlich erhöht ist. Es hat sich daher in den letzten Jahren allgemein ein Trend zu den Apheresekonzentrat gezeigt, vor allem für Patienten mit hämatologischen Erkrankungen und Patienten, an denen Stammzelltransplantationen durchgeführt werden. Für Patienten, die chirurgischen Eingriffen unterliegen oder Patienten, die wegen Politraumata behandelt werden, ist von der Qualität und dem Effekt her kein Unterschied zwischen gepoolten Thrombozytenkonzentrat und Apheresekonzentrat gegeben. Als Indikationen für Apheresekonzentrate ist auf die erwähnten Patientengruppen zu verweisen. Vor allem bei der Langzeitbehandlung von Patienten mit hämatologischen Systemerkrankungen und mit Stammzelltransplantation, bei denen eine Sensibilisierung mit HLA Eigenschaften möglichst vermieden werden soll, und vor allem bei denjenigen Personen, bei denen eine HLA - Sensibilisierung bereits eingetreten ist, soll nach Möglichkeit eine Versorgung mit passenden HLA - gematchten Konzentrat erfolgen. Dies ist eben nur mit ausgesuchten Einzelspendern möglich.

Frage 11:

lit. a)

Die Indikationsstellung hinsichtlich des Einsatzes von Thrombozytenkonzentrat erfolgt durch den behandelnden Arzt, wobei durch das transfusionsmedizinische Zentrum eine entsprechende Beratung erfolgt. Durch die Tätigkeit meiner Fachbeamten im Bereich der Blutdepotbeauftragten ist es gelungen, die Indikationen für Thrombozytenkonzentrate den klinisch tätigen Ärzten besser zu vermitteln, sodass davon ausgegangen werden kann, dass eine indikationsgerechte Gabe der jeweiligen Thrombozytenkonzentrate erfolgt. Es sind aber auch hier noch Defizite vorhanden, die durch verstärkte Arbeit der Transfusionskommissionen in den einzelnen Spitälern abgebaut werden sollen.

Durch eine Öffnung des Marktes auch für andere Anbieter als die Blutspendezentralen könnte eine Wettbewerbssituation entstehen, durch die es zu einer Verbilligung der einzelnen Blutprodukte kommen kann, wie es bereits bei den Thrombozytenkonzentrat und dem Quarantäneplasma bzw. SD - Plasma geschehen ist. Ein wesentliches Einsparungspotential liegt aber auch im sparsamen Gebrauch von Blutprodukten, wobei nach internationalen Erfahrungen die Möglichkeit besteht, den

Einsatz von Erythrozytenkonzentraten um 10 - 30 % zu senken und die Anwendung von Plasma um etwa 20 - 40 % zu minimieren.

lit. c)

Durch die Einrichtung von Blutdepots in den Krankenanstalten erfolgte bereits in den letzten Jahren eine deutliche Einsparung und zwar durch bessere Bevorratung und damit verbunden, eine geringere Verwurfrate.

lit. d)

Die Rate von Transfusionszwischenfällen ist derzeit nicht bekannt, es wird aber mit Hilfe der Transfusionskommission in den nächsten Jahren möglich sein, ein entsprechendes Meldesystem aufzubauen. Bei den Transfusionszwischenfällen muss unterschieden werden, ob es sich um hämolytische Zwischenfälle auf Grund von Verwechslungen handelt oder um Langzeitreaktionen, die noch schwerer erfassbar sind. Auf Grund der wenigen bis dato vorliegenden Daten in Verbindung mit der internationalen Literatur lässt sich ableiten, dass 1 schwerer hämolytischer Transfusionszwischenfall bei etwa 600.000 Transfusionen zu erwarten ist. Zwischenfälle wie Volumsüberladung oder allergische Reaktionen sind in einer größeren Frequenz zu erwarten und dürften in der Größenordnung zwischen 0,5 und 1 % liegen.

lit. e) und f)

Blutgruppenungleiches Blut wird in Notfällen verabreicht, wenn die passende Blutgruppe nicht vorhanden ist, vor allem bei politraumatisierten Patienten und bei Massivtransfusionen, bei denen auf das Erythrozytenkonzentrat Blutgruppe 0 übergegangen wird. Auch bei Thrombozytenkonzentraten kann die Blutgruppengleichheit nicht immer beachtet werden, wenn die Versorgung mit HLA - kompatiblen Thrombozyten im Vordergrund steht.

lit. g)

Die Verabreichung von blutgruppengleichem Blut ist in den Richtlinien festgeschrieben und ist auch entsprechend der Good Manufacturing Practice verpflichtend, soweit nicht die bereits genannten Umstände die Gabe von blutgruppenungleichem Blut erforderlich machen.

lit. h)

Gemäß den Richtlinien ist eine serologische Beweglichkeitsprobe vorgeschrieben, sodass davon auszugehen ist, dass in den Spitälern alle Erythrozytentransfusionen ausgekreuzt werden. Auch hier hat die Einrichtung der Blutdepots und der Transfusionsbeauftragten bzw. die Etablierung von Transfusionskomitees eine weitestgehende Durchsetzung dieser Forderungen ermöglicht.

Zu Frage 13 lit. a) b) und c):

Ein großer Teil der Blutdepots wird derzeit nicht von Fachärzten für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin geleitet, da einerseits nicht genügend Fachärzte zur Besetzung von Blutdepots zur Verfügung stehen, und andererseits Ärzte

Blutdepots führen, die von den Trägern von Krankenanstalten dafür namhaft gemacht werden - letztere werden in entsprechenden Seminaren und Kursen dafür ausgebildet. Endziel ist jedoch, dass Blutdepots, vor allem in Schwerpunkt und Zentralkrankenhäusern von Fachärzten für Transfusionsmedizin geführt werden. Auf Grund der beschränkten Ausbildungsstellen ist eine Besetzung aller Blutdepots mit Fachärzten für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin jedoch nicht möglich.

lit. d) und f)

Auch zu diesen Fragen muss ich auf die beschränkte Kompetenz des Bundes im Spitalswesen verweisen. Unterlagen, aus denen die in Rede stehenden Kostenangaben ersichtlich sind, sind mir nicht zugänglich.

lit. e)

Unter der Voraussetzung, dass alle Sicherheitsmaßnahmen in diesem Zusammenhang gegeben sind und auch eingehalten werden, werde ich dafür eintreten.

Zu Frage 14:

Der Eigenblutanteil bei geplanten Operationen in den einzelnen Bundesländern ist schwer anzugeben, er bewegt sich in Gesamtösterreich zwischen 1 - 3 %, ausgenommen orthopädische Operationen (z.B. Hüft - oder Knieprothese), bei denen der Eigenblutanteil zwischen 10 und 20 % liegt.

lit. a) und b)

Auch hier muss ich auf die beschränkte Kompetenz des Bundes im Spitalswesen verweisen. Ergänzend ist aber festzuhalten, dass die Eigenblutvorsorge, in welcher Form auch immer, einen Beitrag zur Optimierung der Behandlung von Patienten darstellt, und daher eine zusätzliche Verrechnung nicht gerechtfertigt ist. Es wäre in diesem Zusammenhang eine einheitliche bundesweite Regelung in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern bzw. den Trägern der Sozialversicherung dringend erforderlich.

lit. c)

Wissenschaftlich erhobene Daten liegen mir darüber nicht vor.

lit. d)

In den Richtlinien ist die entsprechende Bewertung der Eigenblutkonserven festgehalten.

lit. e)

Es sind mehrere Artikel publiziert, die sich mit den Kosten der Eigenblutvorsorge im Hinblick auf die mit dem Eigenblut gewonnene Lebensqualität bzw. verlängerte Lebenserwartung auseinandersetzen und zu dem Schluss kommen, dass wegen der hohen Kosten und der bereits hohen Sicherheit von Fremdblutkonserven ein Eigenblutvorsorge nicht ökonomisch ist. Diese Berechnungen oder Veröffentlichungen beziehen sich aber alle vorwiegend auf die Frequenz der durch Eigenblutvorsorge verhinderten Infektionen mit Viren, stellen aber nicht die bessere Heilung und die

Immunmodulation in Rechnung. Mehrere Übersichtsarbeiten, die sich mit der Immunmodulation durch Fremdblutkonserven und der damit verbundenen Risiken, wie erhöhte Krebshäufigkeit befassen, kommen zu keinem eindeutigen Schluss. Die Diskussion darüber zeigt allerdings, dass trotz Fehlens genauer Daten die Gabe von Fremdblutkonserven noch immer ein erhöhtes Risiko darstellt. Es werden in den nächsten Jahren einschlägige Studien aufliegen, die eine genauere Bewertung der Eigenblutvorsorge ermöglichen.

lit. f) und g)

Die Operation von Moribunden ist, soweit Daten vorliegen, ein nicht häufig durchgeführter Eingriff. Die präoperative Entnahme von Eigenblut bei Schwerkranken ist auf Grund der strengen Indikationsstellung und der in den Richtlinien - aber auch in den internationalen Publikationen - angeführten Kontraindikationen sicher nicht durchführbar und wird auch nicht vorgenommen.

Zu Frage 15:

Eine entsprechende Studie ist in Aussicht genommen.