

## Die Staatlichen und Kommunalen Blutspendedienste (StKB)

W. Hitzler

Transfusionszentrale, Klinikum der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Deutschland

### Die Gründung der StKB und ihre Funktionsträger

Die Entwicklung der Transfusionsmedizin in Deutschland lässt historisch gesehen zwei Abschnitte erkennen:

Die Keimzellen bildeten bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs die Blutspenderzentralen innerhalb der Krankenanstalten und Gesundheitsämter, deren Aufgabe darin bestand, Spender zu der damals ausschließlich praktizierten direkten Blutübertragung vom Spender zum Empfänger im Krankenhaus zu vermitteln.

Der zweite Abschnitt der Entwicklung setzte bald nach dem Zweiten Weltkrieg mit der Möglichkeit der Blutkonservierung ein. Aus den Blutspenderzentralen bildeten sich so genannte Blutbanken, in denen Einrichtungen zur Spenderuntersuchung, Spenderbetreuung, Konservierung und Lagerung der Blutkonserven sowie Laboreinrichtungen, die nicht nur zur Untersuchung von Spendern, sondern auch zur Unterstützung des transfundierenden Arztes dienten, geschaffen wurden. Die Basis des heutigen Bluttransfusionswesens in der Bundesrepublik Deutschland wurde somit nach 1945 von den Ländern und Kommunen aus den bestehenden Krankenanstalten heraus entwickelt. Da das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik auf Länderebene föderativ organisiert wurde, mussten die Einrichtung und Unterhaltung der Blutbanken ohne Zuschüsse des Bundes von den Ländern und Kommunen allein getragen werden. Aufgrund dieser Tatsache entwickelte sich, nicht zuletzt unter finanziellen Gesichtspunkten, eine gewisse Neigung zur Schwerpunktbildung, so dass die entstandenen großen Universitäts- und Krankenhausblutbanken nicht mehr jedes Krankenhaus mit Blutkonserven bedarfsgerecht versorgen konnten. In diesem Stadium wurde, mit finanzieller Unterstützung des Bundes, das Deutsche Rote Kreuz (DRK) ermuntert, auf überregionaler Basis Blutspendedienste einzurichten. Diese vom Bund geförderten DRK-Blutspendedienste sollten ursprünglich neben der Bevorratung und Tätigkeit in Katastrophen und Notfällen die Versorgung all derjenigen

Krankenhäuser übernehmen, die nicht über einen krankenhausesintegrierten Transfusionsdienst verfügten.

«Blutspendedienst und Bluttransfusionszentren dienen in erster Linie der Versorgung unserer Krankenanstalten; sie sind primär eine klinische Einrichtung, eine Einrichtung der Klinik für die Klinik. Die Schwierigkeiten vieler noch ungelöster Fragen erfordert engen Kontakt und laufenden Erfahrungsaustausch der in der Blutspendezentrale verantwortlich tätigen Ärzte mit den Klinikern; sie macht die laufende kritische Überwachung durch den Kliniker notwendig.» Diese Aussage traf Dr. Ludwig von Manger-Koenig, der Leiter der Gesundheitsabteilung im Hessischen Ministerium für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitspflege, beim DGTI-Kongress 1963.

Die damalige Situation war dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur zahlreiche neue Blutbanken entstanden waren, sondern dass vor allem auch neue Erkenntnisse wie etwa die Entdeckung des Rhesus-Faktors in den Transfusionsvorbereitungen ihren Niederschlag fanden. In einigen Bundesländern führte dies zum Erlass neuer, aber nicht genau übereinstimmender Richtlinien. Hinzu kam, dass seitens der Bundesregierung ein «Blutspendegesetz» vorbereitet worden war. Um die unter diesen Umständen aufgetretenen Meinungsverschiedenheiten und Gegensätze aus der Fachdiskussion in der Öffentlichkeit heraus zu halten, kam von Prof. Schwalm und Prof. Dahr die Idee, Kollegen aus den verschiedenen an der Bluttransfusion beteiligten medizinischen Disziplinen an einem «Runden Tisch» zu versammeln. Auf einer der folgenden Bluttransfusionskonferenzen wurde es von Teilnehmern, wie z.B. von Dr. Matthes und Dr. Orth für sinnvoll erachtet, eine Gesellschaft für Bluttransfusion zu gründen. Prof. Schwalm, Dr. Matthes und Dr. Orth belegen beispielhaft den gemeinsamen Ursprung der entstehenden Bluttransfusionsdienste StKB und DGTI: Prof. Schwalm beauftragte 1954 Frau Dr. Hanser mit dem Aufbau der Transfusionszentrale im Keller der Frauenklinik des Universitätsklinikums Mainz zu beginnen; Dr. Matthes und Dr. Orth waren Mitglieder des

Gründungsvorstands der StKB. Im weiteren Verlauf hat sich allerdings eine sinnvolle Aufgabenverteilung zwischen StKB und DGTI ergeben, die aufgrund der Entwicklungen im Blutspendewesen in Deutschland erforderlich war.

Im Juni 1961 fand in Stuttgart eine «Aussprachetagung» mit dem Thema «Neuordnung und Organisation des Blutspendewesens in der Bundesrepublik Deutschland» statt, denn es zeichneten sich gewisse Spannungen ab, die in einigen Bereichen zwischen den örtlichen Blutbanken und den Blutspendezentralen des DRK vorhanden waren.

Als Interessenvertretung der klinikintegrierten Bluttransfusionsdienste anlässlich organisatorischer Probleme des entstehenden dualen Blutspendesystems in Deutschland und unabhängig von der wissenschaftlichen Gesellschaft DGTI wurde am 6. Oktober 1961 in Frankfurt/M. die «Arbeitsgemeinschaft der Ärzte staatlicher und kommunaler Bluttransfusionsdienste» (StKB) gegründet.

In diesem Gremium wurden aktuelle Fragen zur optimalen Patientenversorgung diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht. Durch die rasante Entwicklung der Medizin standen und stehen auch immer wieder Probleme des Auf- und Ausbaus klinikintegrierter Bluttransfusionsdienste zur Diskussion, die gemeinsam gelöst werden müssen.

Die öffentliche, gemeinnützige Aufgabe der StKB spiegelt sich in den in der Vereinssatzung formulierten Zielen wider: Beratung der Behörde und Bedarfsträger in fachlichen und organisatorischen Fragen, insbesondere hinsichtlich Verbesserung und Ausbau der bestehenden Transfusionseinrichtungen; Koordination der Aufgabenbereiche der Bluttransfusionsdienste zur Sicherung der Patientenversorgung im Sinne einer gezielten Hämotherapie; Mitwirkung und Beratung bei der Erstellung von Richtlinien für das Gebiet der Transfusionsmedizin; Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Gesellschaften im Interesse des Fortschritts der Transfusionsmedizin; Weiterbildung von Ärzten und medizinischem Assistenzpersonal auf dem Gebiet der Transfusionsmedizin. Die StKB führt den Namen «Arbeitsgemeinschaft der Ärzte staatlicher und kommunaler Bluttransfusionsdienste e.V.». Sie ist im Vereinsregister bei der Registerabteilung des Amtsgerichts Stuttgart seit dem 21. November 1974 als Verein eingetragen und als gemeinnützig anerkannt.

Die StKB lebt und wird geprägt durch ihre Funktionsträger und durch Mitglieder, die bereit sind, derartige Funktionen zu übernehmen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die enge Verzahnung von Vorstandsmitgliedern von StKB und DGTI. Im Folgenden sind die Vorstandsmitglieder der StKB von 1961 aufgeführt.

#### *Gründungsversammlung und Gründungsverstand der Arbeitsgemeinschaft am 6. Oktober 1961 in Frankfurt/Main*

1. Vorsitzender: Dr. med. Hans Nachtrab, Hamburg.
  2. Vorsitzender: Dr. med. Max Matthes, Freiburg i.Br.
- Schriftführer: Dr. med. Hans Zöckler, Bremen.  
Schatzmeister: Dr. med. Herbert Kolb, Stuttgart.

Beisitzer: Dr. med. Anny Arndt-Hanser, Mainz, Dr. med. Hans-Hermann Hoppe, Hamburg, Dr. med. H.J. Pettekofer, Berlin (bis 31.12.1961) Dr. med. Georg-Wilhelm Orth, Gießen (ab 1961).

### **Die StKB und die Richtlinien für die Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Blutspende- und Bluttransfusionswesen**

Eine der ersten und wichtigen Aufgaben der neu gegründeten StKB war die Mitwirkung an der Erarbeitung einer bundesweit verbindlichen Richtlinie für die Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Blutspende- und Bluttransfusionswesen. Ausgehend von der oben genannten «Aussprachetagung» im Juni 1961 in Stuttgart zum Thema «Neuordnung und Organisation des Blutspendewesens in der Bundesrepublik Deutschland» und gewissen Spannungen zwischen örtlichen Blutbanken und den Blutspendezentralen des DRK hätten «in den Jahren 1963–1964 in Stuttgart zwischen Vertretern des Blutspendewesens des DRK und Vertretern der staatlichen und kommunalen Bluttransfusionsdienste in der Bundesrepublik Deutschland Verhandlungen über die Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Blutspende- und -transfusionswesen stattgefunden. Die Ergebnisse dieser Verhandlungen sind am 27. Februar 1964 und 28. Juli 1964 in besonderen Richtlinien niedergelegt und am 18. November 1965 durch Erweiterung des Anhangs 1 und am 26. Juli 1967 durch Einführung eines Anhangs II ergänzt worden. Inzwischen haben diese Richtlinien die Billigung der dafür zuständigen Gremien erfahren und können daher jetzt veröffentlicht werden [1, S. 2720]. Diese – noch im Jahre 2004 gültigen – Richtlinien haben folgenden Wortlaut:

### **Richtlinien für die Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Blutspende- und -transfusionswesen (1964, veröffentlicht 1970) [1]**

Das Blutspende- und -transfusionswesen in der Bundesrepublik Deutschland wird heute nahezu vollständig von den Bluttransfusionsdiensten der Städte, Länder und Universitäten und den Blutspendediensten (Bluttransfusionsdiensten) des Deutschen Roten Kreuzes getragen. Die Institutionen dieser verschiedenen Träger sind jedoch in ihrer Entwicklung nach dem zweiten Weltkrieg aus zeitbedingten Gründen – vor allem infolge fehlender Koordinierung – in wesentlichen Dingen getrennte Wege gegangen. Dies führte zu einer Unterschiedlichkeit im Auf- und Ausbau sowie in der Organisation und Arbeitsweise der einzelnen Blutspende- bzw. Bluttransfusionsdienste, die die Weiterentwicklung immer wieder gehemmt hat.

In den letzten Jahren sind durch die «Richtlinien für die Bluttransfusion» (1961) des Bundesgesundheitsamtes, durch die «Richtlinien zur Organisation des Blutspendewesens» (1961) der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion, durch das «Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln» (1961) des Bundes und durch die vom Deutschen Normenausschuss geschaffenen «DIN»-Normen wesentliche Fortschritte erzielt worden. Die

dringend erforderliche Zusammenarbeit zwischen den Institutionen der verschiedenen Träger ist jedoch bis heute noch nicht in einer allgemein verbindlichen Weise befriedigend verwirklicht worden. Dementsprechend führen Überschneidungen von Aufgaben nach wie vor zu örtlichen Spannungen und Konflikten.

Die Unterzeichneten sind deshalb der Auffassung, dass den Trägern der Blutspende- und Bluttransfusionsdienste aus diesen Tatsachen die Verpflichtung erwächst, das Blutspende- und -transfusionswesen in der Bundesrepublik Deutschland so rasch wie möglich organisatorisch zu ordnen, zu koordinieren und zur Zusammenarbeit zu führen. Es wäre sonst unausbleiblich, dass das Blutspende- und -transfusionswesen zum Schaden kranker und verletzter Menschen mit der Weiterentwicklung der Transfusionsmedizin in der Zukunft, insbesondere in Krisenzeiten, nicht mehr Schritt halten könnte. Damit würden auch die großen Aufbauleistungen der Nachkriegszeit, die nicht zuletzt dem Idealismus und den vielen persönlichen Opfern der beteiligten Ärzte zu verdanken sind, ihren Sinn verlieren.

Die Unterzeichneten haben daher als Vertreter

- des Beirates für das Blutspendewesen im Deutschen Roten Kreuz,
- der Arbeitsgemeinschaft der Ärzte staatlicher und kommunaler Bluttransfusionsdienste,
- der Ständigen Konferenz der Kultusminister,
- des Deutschen Städtetages und
- der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion

Richtlinien für eine sinnvolle Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit im Blutspende- und -transfusionswesen erarbeitet. Sie sind der Überzeugung, dass Richtlinien für alle Träger von Blutspende- und Bluttransfusions-Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland gleichermaßen verbindlich sein können.

Die Unterzeichneten erwarten im Interesse der Sache, dass die Träger ihrerseits das Nötige veranlassen werden, um diesen Richtlinien in ihren Bereichen Geltung zu verschaffen ...

#### *I. Richtlinien für die Anwendung im Blutspende- und -transfusionswesen*

Im Interesse einer optimalen Versorgung der Krankenanstalten mit Blut und Blutbestandteilen und zur Vermeidung unnötiger und störender Überschneidungen wird folgende Aufgabenverteilung empfohlen:

1. *Regionale Bluttransfusionsdienste (kommunale, staatliche und Universitäts-Bluttransfusionsdienste) (gilt sinngemäß auch für Bluttransfusionsdienste freigemeinnütziger Krankenhausträger)*
  - a) Eigene regionale Werbung von Blutspendern in der Stadt, in der der Bluttransfusionsdienst gelegen ist, regionale Werbung außerhalb der Stadt nach Abstimmung zwischen den Bluttransfusionsdiensten.
  - b) Regionale Blutabnahme bei den Blutspendern in der Regel im Institut des Bluttransfusionsdienstes bzw. in Krankenanstalten oder anderen medizinisch geeigneten Einrichtungen in der Stadt; bei Einbeziehung von mitversorgten Krankenanstalten außerhalb der Stadt Blutabnahme in diesen Krankenanstalten nach Absprache zwischen den einzelnen Bluttransfusionsdiensten. Wird das bisherige Spenderversorgungsgebiet für den Aufgabenkreis des kommunalen oder staatlichen Bluttransfusionsdienstes zu klein, dann ist es Sache der beiden Blutspenderorganisationen, die Frage der erforderlichen Spenderquelle zu regeln.
  - c) Aufarbeitung des Spenderblutes zu Blutkonserven und Spezialkonserven im Institut des Bluttransfusionsdienstes (Blut-, Plasma- und Serum-Konserven, Spezialkonserven aus geformten Blutbestandteilen, Plasma-Fraktion I sowie frisch zu verwendende Plasmafraktionen).
  - d) Versorgung der regional zuständigen Krankenanstalten mit allen Blut- und Spezialkonserven einschließlich blutgruppenserologischer Betreuung.
  - e) Ambulante Transfusionspraxis vom Institut des Bluttransfusionsdienstes aus.

- f) Forschung und Lehre, insbesondere im Rahmen der Universitäts-Bluttransfusionsdienste.
- g) Fortbildung von Ärzten und medizinisch-technischem Personal.

#### *2. Überregionale Blutspendedienste (Blutspendedienste des Deutschen Roten Kreuzes) (gilt sinngemäß auch für andere bestehende kommunale oder staatliche Bluttransfusionsdienste auf überregionaler Basis)*

- a) Eigene überregionale Werbung von Blutspendern im gesamten Zuständigkeitsbereich; innerhalb des Bereichs eines regionalen Bluttransfusionsdienstes nach vorheriger Abmachung, falls dieser sie wünscht.
- b) Überregionale Blutabnahme bei Blutspendern im gesamten Zuständigkeitsbereich; innerhalb des Bereichs eines regionalen Bluttransfusionsdienstes nach vorheriger Abmachung, falls dieser sie wünscht.
- c) Aufarbeitung des Spenderblutes zu Blutkonserven und Spezialkonserven im Institut des überregionalen Bluttransfusionsdienstes (Blut-, Plasma- und Serum-Konserven, Spezialkonserven aus geformten Blutbestandteilen, Plasmafraktionen).
- d) Überregionale Versorgung von Krankenanstalten ohne anderen zuständigen Bluttransfusionsdienst mit allen Blut- und Spezialkonserven sowie Plasmafraktionen einschließlich blutgruppenserologischer Betreuung im Zuständigkeitsbereich.
- e) Herstellung von Trockenplasmakonserven und Plasmafraktionen für den zivilen Bevölkerungsschutz.
- f) Je nach den örtlichen Gegebenheiten ambulante Transfusionspraxis vom Institut des überregionalen Blutspendedienstes aus.
- g) Fortbildung von Ärzten und medizinisch-technischem Personal.
- h) Forschung.

#### *II. Richtlinien für die Zusammenarbeit im Blutspende- und -transfusionswesen*

Für die praktische Zusammenarbeit der Blutspendedienste bzw. Bluttransfusionsdienste der verschiedenen Träger wird empfohlen:

##### *A. Blutspendewerbung und Blutspendeaktionen*

1. Werbung für die regionalen Bluttransfusionsdienste der Länder, Universitäten und Städte sowie freigemeinnütziger Träger durch die überregionalen Blutspendedienste (z.B. auf die Notwendigkeit von Dauerspendern).
2. Durchführung von Blutspendeaktionen der überregionalen Blutspendedienste auch im Bereiche regionaler Bluttransfusionsdienste (siehe II, A 1); auf deren Wunsch nach vorheriger Abmachung.
3. Ablehnung von Blutspendern aus dem Spenderstamm von regionalen Bluttransfusionsdiensten bei den Blutspendeaktionen der überregionalen Blutspendedienste mit entsprechenden Hinweisen schon bei der Werbung in der Vorbereitungszeit.
4. Beschränkung der regionalen Bluttransfusionsdienste auf Blutspenderwerbung und Blutspendeaktionen in ihrem Bereich (siehe I, Ziffer 1a und b); d.h. grundsätzlicher Verzicht auf eine überregionale Blutabnahmetätigkeit.
5. Abstimmung zwischen den regional und überregional arbeitenden Blutspendediensten über eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung des Kostensatzes für den Spenderimbiß.
6. Anwendung einer einheitlichen Definition des Begriffs des «Dauerspenders» bei der Werbung von Blutspendern: «Der Dauerblutspender verpflichtet sich dazu, häufiger als zweimal jährlich Blut zu spenden. Diese Verpflichtung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Eine Anerkennungsgebühr stellt keine Bezahlung des Blutes dar, sondern wird für die mit dieser dauernden Bereitschaft verbundenen zusätzlichen Belastung gewährt».

##### *B. Versorgung der Krankenanstalten*

1. Gegenseitige Aushilfe sämtlicher Bluttransfusionsdienste und Blutspendedienste bei der Belieferung von Krankenanstalten mit Blut-

konserven und Spezialkonserven, insbesondere mit Blutkonserven seltener Blutgruppen. Wechselseitige Unterrichtung in angemessenen längeren Zeitabschnitten ist zweckmäßig.

2. Unterlassung jeder konkurrierenden und womöglich mit einer sachlich ungerechtfertigten Preisunterbietung verbundenen Belieferung einer dem Bezieherkreis eines anderen Bluttransfusionsdienstes bzw. Blutspendedienstes angehörenden Krankenanstalt.
3. Toleranz eines tragbaren Unterschiedes zwischen den Konservenpreisen der regionalen Bluttransfusionsdienste einerseits, der überregionales Blutspendedienste andererseits.

#### C. Sicherung der Zusammenarbeit

1. Bereinigung aller Streitfragen in Verhandlungen, notfalls unter Hinzuziehung von vermittelnden Persönlichkeiten oder Instanzen.
2. Gegebenenfalls Abschluss von schriftlichen niedergelegten Vereinbarungen oder Verträgen zur Abgrenzung des Tätigkeitsfeldes der beteiligten Partner.

Stuttgart, 27. Februar 1964

Stuttgart, 28. Juli 1964

(Anhang ...)

Die in diesem Abschnitt aufgeführten Richtlinien für die Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Blutspende- und Bluttransfusionswesen wurden die verbindliche Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen den Blutspendeorganisationen der StKB und des DRK. Diese bis heute gültige schriftliche Vereinbarung erfüllt damit auch die Forderungen entsprechend §3 (2) des Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (TFG). Diese Richtlinien sind ein Beispiel der unterschiedlichen Aufgabenverteilung zwischen StKB und DGTI.

### **Die Aufgaben der StKB, die Bremer Transfusionsgespräche und die Jahrestagungen**

Zu den wichtigsten Aufgaben der StKB gehören – neben der Interessenswahrnehmung der an staatlichen und kommunalen Transfusionsdiensten, vornehmlich an Kliniken tätigen Transfusionsmediziner – die Fort- und Weiterbildung von Ärzten und medizinischem Assistenzpersonal auf dem Gebiet der Transfusionsmedizin, die Koordination der Aufgabenbereiche der Bluttransfusionsdienste zur Sicherung der Patientenversorgung im Sinne einer gezielten Hämotherapie, Mitwirkung und Beratung bei der Erstellung von Richtlinien für das Gebiet der Transfusionsmedizin und die Zusammenarbeit mit anderen wissenschaftlichen Gesellschaften im Interesse des Fortschritts der Transfusionsmedizin. Die nachfolgend aufgeführten Bremer Bluttransfusionsgespräche standen unter der Schirmherrschaft der StKB. Insgesamt fanden 10 Sitzungen der Bremer Bluttransfusionsgespräche von 1996 bis 1983 statt. Themen dieser Tagungen waren unter anderem Transfusionshepatitis und Organisationsfragen; Morbus haemolyticus neonatorum; Blutgerinnung, Bluttransfusion und Anti-D-Prophylaxe; das HLA-Typisierungslabor im kliniknahen Bluttransfusionsdienst – seine Bedeutung und Möglichkeiten; Austauschtransfusion (ohne Mhn), Zellseparator (Standortfrage – Problem beim Einsatz), Plasmapherese (therapeutisch und

präparativ); derzeitiger Stand der Immunhämatologie-Blutkomponenten unter besonderer Berücksichtigung der Frischplasma-Therapie. Die anlässlich der jährlich Mitgliederversammlungen stattfindenden Fachtagungen wurden allmählich abgelöst durch mehrtägige Jahrestagungen verbunden mit Industrieausstellungen. Diese Jahrestagungen der StKB haben sich schwerpunktmäßig wissenschaftlich-praktischen Themen gewidmet, verbunden mit begleitenden Fortbildungskursen im Rahmen von Workshops oder Industrie-Sessions.

### **Die StKB und Anny-Arndt-Hanser-Medaille**

Am 28. Februar 2002 stiftete die StKB die Anny-Arndt-Hanser-Medaille zum Gedenken an Prof. Dr. med. Anny Arndt-Hanser, die 1923 in Trier geboren wurde und 1993 in Mainz verstorben ist. Anny Arndt-Hanser war eine engagierte Verfechterin der klinikintegrierten Bluttransfusionsdienste sowie der interdisziplinären Transfusionsmedizin.

Nach dem Studium der Medizin war Anny Arndt-Hanser zunächst von 1950 bis 1954 als wissenschaftliche Assistentin im Paul-Ehrlich-Institut in Frankfurt/M. tätig. In der Absicht, die klinische Laufbahn einer Frauenärztin einzuschlagen, nahm Anny Arndt-Hanser am 1. Mai 1954 ihre Tätigkeit als wissenschaftliche Assistentin in der von Prof. Schwalm geleiteten Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie des Klinikums der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz auf. Nach Anregung von Prof. Schwalm nahm Anny Arndt-Hanser seinen Vorschlag an, unter am Anfang primitivsten Bedingungen systematisch einen Bluttransfusionsdienst aufzubauen. Ursprünglich als Nebenstelle der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe gedacht, wurde die Transfusionszentrale 1959 eine selbständige Versorgungseinrichtung des Klinikums der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und Anny Arndt-Hanser zur Leiterin der Transfusionszentrale ernannt.

Auf Initiative von Anny Arndt-Hanser wurde die Anti-D-Prophylaxe zur Verhinderung der Neugeborenen-Erythroblastose in Januar 1969 generell in Rheinland-Pfalz eingeführt. Mehr als 100 wissenschaftliche Veröffentlichungen zeigen ihre Forschungsgebiete: Posttransfusions- und «Krankenhaushepatitis», HLA-Antigene und assoziierte Krankheiten sowie die Populationsgenetik. Die wissenschaftliche Tätigkeit von Anny Arndt-Hanser sowie ihr langjähriger erfolgreicher Einsatz in der Lehre wurden 1981 durch die Verleihung der Honorarprofessur gewürdigt.

Anny Arndt-Hanser war Mitglied zahlreicher Kommissionen und Ausschüsse sowie internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Auf ihre Initiative wurde die Gesellschaft für forensische Blutgruppenkunde 1968 in Mainz gegründet, an der Gründung der «The European Working Group of Hepatitis» 1971 in Mainz war sie maßgeblich beteiligt.

Mit der Anny-Arndt-Hanser-Medaille sollen hervorragende Persönlichkeiten ausgezeichnet werden, die sich um die klinikintegrierten Bluttransfusionsdienste und die Transfusions-

medizin besonders verdient gemacht haben. Die Medaille wird alle 2 Jahre anlässlich der Jahrestagung der StKB zusammen mit einer Urkunde verliehen. Die Anny-Arndt-Hanser-Medaille wurde erstmals anlässlich der 48. Jahrestagung am 27. März 2003 an Prof. Herbert Kolb verliehen.

### **Die StKB, ihr Aufgabenbereich und die Zusammenarbeit mit der DGTI**

Die allgemein gesundheitspolitische und klinische Relevanz des Faches Transfusionsmedizin hat bereits 1982 die Ärzte der staatlichen und kommunalen Bluttransfusionsdienste veranlasst, gemeinsam mit der DGTI bei der Bundesärztekammer bzw. bei den jeweiligen Landesärztekammern den Antrag auf Einführung der Gebietsbezeichnung Transfusionsmedizin zu stellen und einen entsprechend detaillierten Weiterbildungskatalog vorzulegen, da die Transfusionsmedizin, trotz Verknüpfungen und Zuflüssen aus verschiedenen anderen Fachgebieten, nicht als Mixtur oder Summierung heterogener Teilgebiete aufgefasst werden kann, sondern vielmehr ein Gebiet darstellt, das alle diese Einflüsse auf die spezifischen Bedürfnisse hin integriert und strukturiert hat. Seine Beherrschung kann nicht «nebenbei» im Verlauf einer anderen Fachausbildung erworben werden, sondern es ist eine der Fachstruktur gemäße differenzierte Weiterbildung zwingend. Die gemeinsamen Anstrengungen von StKB und DGTI haben die Einführung des Fachgebiets Transfusionsmedizin ermöglicht.

Die Einrichtungen der StKB sind sowohl örtlich wie auch organisatorisch in öffentlich-rechtliche Kliniken integriert, mit dem Ziel einer streng bedarfsorientierten, nicht kommerziellen Herstellung von Blutzubereitungen. Der betriebswirtschaftliche Nutzen für den Krankenhausträger ist an den Kosten für die Herstellung eines Blutproduktes allein kaum abzulesen, sondern ergibt sich vielmehr aus dem Gesamtleistungsvolumen der jeweiligen klinikintegrierten transfusionsmedizinischen Einrichtung. Wesentliches Kernstück der Organisationsstruktur ist die unmittelbare Kopplung der Herstellung von Blut und Blutprodukten mit der bedarfsgerechten Versorgung: Herstellung, prätransfusionelle Diagnostik und transfusionsmedizinische Beratung der Klinikärzte erfolgen durch das gleiche Fachpersonal im 24-Stunden-Dienstleistungsbetrieb. Hiermit ist die wesentliche Voraussetzung für eine rationelle, bedarfsgerechte Therapie mit Blutzubereitungen im Sinne einer optimalen Patientenversorgung geschaffen. Letztere beinhaltet insbesondere auch die Möglichkeit der flexiblen Reaktion auf Notfälle und Engpässe, die Verhütung vorhersehbarer Engpässe sowie die Minimierung der Verfallsquoten von Blutkonserven, die in vielen Krankenhäusern ohne eigenen Blutspendedienst die unerträgliche Größenordnung von 20% und mehr erreichen.

Die Leistungsfähigkeit klinikintegrierter Blutspendedienste hängt entscheidend von einem Stamm an zuverlässigen Dauerblutspendern ab, die sich hinsichtlich zahlreicher Kriterien

von den Wiederholungsspendern unterscheiden, die vornehmlich überregional aktiven Blutspendediensten zur Verfügung stehen. Zwischen diesen Dauerspendern und dem Spendedienst hat sich innerhalb einer längeren Zeitspanne ein vertrauensvolles, kooperatives Verhältnis aufgebaut. Die Spender sind hinsichtlich aller relevanten Antigene (seltene Blutgruppenmerkmale, HLA, Thrombozyten) typisiert und praktisch jederzeit verfügbar. Sie haben ihre Bereitschaft erklärt, bei Bedarf telefonisch kontaktiert werden zu dürfen und in kürzester möglicher Zeit zum Spenden zur Verfügung zu stehen. Die genannten Aufgaben können nur bewältigt werden, wenn die räumliche Entfernung zur Klinik gering ist bzw. die transfusionsmedizinische Einrichtung ein integrierter Bestandteil der Klinik ist und überwiegend freiwillige Dauerblutspender zur Verfügung stehen, da zahlreiche der genannten Aufgaben sonst nicht durchführbar und auch nicht mit Gelegenheits Spendern erreichbar wären.

Desgleichen kann die Kontinuität der klinisch wissenschaftlichen Arbeit auf diesem Gebiet nur gewährleistet werden, wenn leistungsfähige, dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt angepasste moderne Institute, die alle diagnostischen und therapeutischen Voraussetzungen besitzen, erhalten und gefördert werden. Es steht wohl außer Zweifel, dass keine Universität, ebenso kein größeres Krankenhaus, sich der Möglichkeit entheben sollte, selbst über eine gut arbeitende, eigene transfusionsmedizinische Einrichtung zu verfügen bzw. eine solche neu einzurichten.

Allein schon die Probleme der täglichen Versorgung mit einer differenzierten Hämotherapie können nur durch die Sicherstellung klinikintegrierter Einrichtungen zufriedenstellend bewältigt werden. Die vielfältigen Aufgaben können nicht mit einem kleinen Spenderstamm bewältigt werden, sondern hierfür werden viele gut durchuntersuchte Spender mit genauen Blutgruppenformelbestimmungen benötigt.

### **Zusammenfassung**

Entsprechend ihrer Herkunft hat die Transfusionsmedizin mit einer Reihe von klinischen Fachdisziplinen enge Verbindungen, so dass gemeinsame Aufgaben entdeckt und viele klinische Fragestellungen auch durch eine gut funktionierende Konsiliartätigkeit gelöst werden können, wenn die Fachdisziplinen sich als Ergänzungen verstehen und durch gegenseitige Anregungen die bereits an vielen Stellen bestehende traditionsreiche und gute Zusammenarbeit vertiefen. Qualitätsgesicherte Hämotherapie, therapeutische Hämapheresen, Hämovigilanz oder «tissue engineering» sind ohne eine klinikintegrierte transfusionsmedizinische Einrichtung nur schwer denkbar.

Im Hinblick auf all diese Gesichtspunkte ist es daher nicht nur wünschenswert, sondern unabdingbar notwendig, die Transfusionsmedizin als eigenständige Fachdisziplin mit eigenen diagnostischen und therapeutischen Methoden und ebenso eigen-

ständigem Weiterbildungsgang anzuerkennen. Ziel der Bemühungen beim jetzigen Stand muss es sein, Bestehendes nicht nur zu sichern, sondern auch zukünftig zu fördern: Nur dann kann die Kontinuität der optimalen krankenhaushaften, individuellen Patientenversorgung sowie die klinisch wissenschaftliche Arbeit auf diesem Gebiet gewährleistet und gut ausgebildeten und erfahrenen klinischen Transfusionsmedizinern die Möglichkeit einer langfristigen Planung ihrer Arbeit gegeben werden. Alle verantwortlichen Träger der Krankenanstalten sowie die politisch Verantwortlichen sind daher aufgerufen, sich für die Realisierung einzusetzen. Man sollte sich davor hüten, gut funktionierende Einrichtungen aufzulösen, um an anderen Stellen Minimalabteilungen anzusiedeln, die

nicht einmal das diagnostische, geschweige denn das umfangreiche therapeutische Spektrum einer modernen transfusionsmedizinischen Einrichtung anbieten können. Diese Entwicklung zu verhindern ist eine gemeinsame, unabdingbare Aufgabe sowohl für die StKB als auch für die DGTI. Ohne die Errungenschaften des interdisziplinären klinischen Fachs Transfusionsmedizin wäre die moderne Hochleistungsmedizin in der heutigen Form nicht mehr denkbar.

## Literatur

- 1 Richtlinien für die Aufgabenverteilung und die Zusammenarbeit im Blutspende- und -transfusionswesen. Dtsch Ärztebl 1970;67(37):2720-2724.