

Kleine Anfrage

des Abg. Dr. Albrecht Schütte CDU

und

Antwort

des Ministeriums für Soziales und Integration

Haemochromatose in Baden-Württemberg

Kleine Anfrage

Ich frage die Landesregierung:

1. Wie viele Menschen mit festgestellter Haemochromatose leben in Baden-Württemberg?
2. Teilt die Landesregierung die Einschätzung, dass die Therapie dieser Krankheit im Allgemeinen aus einem Aderlass besteht, der viermal pro Jahr erfolgt?
3. Wie groß ist der Anteil der an Haemochromatose erkrankten Menschen, dessen beim Aderlass abgenommenes Blut dem Grunde nach als Blutspende oder für andere medizinische Zwecke verwendet werden kann?
4. Welche Gründe gibt es, die einer entsprechenden Nutzung entgegenstehen könnten?
5. In welchem Umfang wird für Blutspenden und andere medizinische Zwecke jährlich nach ihrer Kenntnis Blut nach Deutschland und nach Baden-Württemberg importiert?
6. Welche Kosten fallen für diesen Import an und wer trägt sie?
7. Hat die Landesregierung Vorschläge, wie das beim Aderlass von mit Haemochromatose diagnostizierten Personen abgenommene Blut zu einem größeren Anteil für Blutspenden oder andere medizinische Zwecke genutzt werden kann?

10. 02. 2020

Dr. Schütte CDU

Begründung

Schätzungen zufolge sind 0,3 Prozent bis 0,5 Prozent der Bevölkerung homozygote Träger und können daher die Eisenspeicherkrankheit, die sogenannte Haemochromatose, entwickeln. Circa 20 bis 50 Prozent von ihnen entwickeln im Laufe ihres Lebens behandlungsbedürftige Symptome.

Die Therapie der Krankheit besteht im Allgemeinen aus einem Aderlass, der viermal pro Jahr erfolgt. Das beim Aderlass abgenommene Blut (jeweils ca. 500 ml) wird in der Regel nicht weiterverwendet.

Von etwa 11 Millionen Einwohnern in Baden-Württemberg tragen rund 50.000 Menschen das für die Krankheit verantwortliche homozygote Erbgut in sich; bei 10.000 bis 25.000 Personen dürften behandlungsbedürftige Symptome vorliegen. Bringt man Kosten von ca. 200 Euro pro Liter importierten Blutes in Ansatz, würden jährlich Ausgaben im Millionenbereich vermieden, wenn das Blut, das diesen Menschen beim Aderlass abgenommen wird, medizinisch weiterverwendet werden könnte.

Mit dieser Kleinen Anfrage soll geklärt werden, ob und gegebenenfalls wie das möglich wäre.

Antwort

Mit Schreiben vom 3. März 2020 Nr. 53-0141.5-016/7718 beantwortet das Ministerium für Soziales und Integration die Kleine Anfrage wie folgt:

1. Wie viele Menschen mit festgestellter Haemochromatose leben in Baden-Württemberg?

Die Hämochromatose ist keine meldepflichtige Erkrankung. Über die in der Begründung der Anfrage aufgeführten Schätzungen hinaus liegen dem Ministerium für Soziales und Integration keine weiteren Erkenntnisse vor.

2. Teilt die Landesregierung die Einschätzung, dass die Therapie dieser Krankheit im Allgemeinen aus einem Aderlass besteht, der viermal pro Jahr erfolgt?

Die Anzahl der erforderlichen Aderlassbehandlungen richtet sich nach dem Serum-eisenspiegel und der Konzentration des Ferritin – einem Eiweiß zur Speicherung von Eisen im Körper. Zu Beginn der Behandlung kann es erforderlich sein, in einem einwöchigen Intervall Aderlässe durchzuführen, bis eine Entleerung der Eisendepots erreicht wird. Die Dauertherapie besteht in der Regel in einer geringeren Frequenz von Aderlässen (4 bis 10 pro Jahr), häufig verbunden mit Begleitmedikation, um die Eisenbindung im Serum zu stärken und die Ausscheidung von Eisen zu erhöhen.

3. Wie groß ist der Anteil der an Haemochromatose erkrankten Menschen, dessen beim Aderlass abgenommenes Blut dem Grunde nach als Blutspende oder für andere medizinische Zwecke verwendet werden kann?

Die Zulassung zur Blutspende ist im Einzelfall zu prüfen. Bei erhöhten Eisenwerten wird in der Regel von einer Blutspende abgesehen, um bei den Empfängern mögliche Gesundheitsschäden zu vermeiden. Bei normalen Eisenwerten bestehen gegenüber einer Blutspende in der Regel keine Bedenken, sofern die möglichen Spender keine weiteren Ausschlusskriterien aufweisen.

4. Welche Gründe gibt es, die einer entsprechenden Nutzung entgegenstehen könnten?

Es gibt bisher keine entsprechende Evidenz, dass Spenden mit deutlich erhöhtem Serumferritin keinen negativen Einfluss auf die Präparatequalität und damit auf die erforderliche Sicherheit für die Empfänger haben. So ist beispielsweise nicht geklärt, welchen Einfluss hohe Ferritinspiegel u. a. auf Morphologie und Funktion der Erythrozyten und Thrombozyten oder die Immunabwehr der betroffenen Personen haben können.

5. In welchem Umfang wird für Blutspenden und andere medizinische Zwecke jährlich nach ihrer Kenntnis Blut nach Deutschland und nach Baden-Württemberg importiert?

Ein Import, d. h. eine Einfuhr, von Blut im Sinne von unverarbeiteten Vollblutkonserven in die Bundesrepublik Deutschland – und damit auch nach Baden-Württemberg – für medizinische Zwecke erfolgt nach unserer Kenntnis nicht. Eine Einfuhr von aufgearbeiteten, zellulären Blutkomponenten (Erythrozytenkonzentrate, Thrombozytenkonzentrate) beschränkt sich auf wenige patientenbedingte Einzelfälle. Analoges gilt für das Verbringen derartiger Produkte in die Bundesrepublik Deutschland.

6. Welche Kosten fallen für diesen Import an und wer trägt sie?

Es ist davon auszugehen, dass keine den erhöhten Transportaufwand übersteigenden Kosten entstehen und die Kosten von den üblichen Kostenträgern (Krankenkassen) übernommen werden.

7. Hat die Landesregierung Vorschläge, wie das beim Aderlass von mit Haemochromatose diagnostizierten Personen abgenommene Blut zu einem größeren Anteil für Blutspenden oder andere medizinische Zwecke genutzt werden kann?

Der Arbeitskreis Blut beim Robert Koch-Institut hat zu dieser Frage im Oktober 2015 ein Votum zur Feststellung der Spendereignung und Spendetauglichkeit von Hämochromatose-Merkmalsträgern im Bundesgesundheitsblatt (58: 1.349 bis 1.350) veröffentlicht, das die Bedingungen der Blutspende durch Hämochromatose-Patienten unter den Gesichtspunkten des Spender- und Empfängerschutzes detailliert darlegt. So ist der Genotyp kein grundsätzliches Kriterium für eine Spenderrückstellung, sondern über die Zulassung zur Spende ist anhand der Serumferritinbestimmung und der tagesaktuellen Spendetauglichkeit bei sorgfältiger Spenderaufklärung zu entscheiden. Neue Erkenntnisse zu den hier in Frage 4 beschriebenen noch offenen Fragen sind der Landesregierung nicht bekannt.

Lucha

Minister für Soziales
und Integration