

**Online-Pressekonferenz
anlässlich der 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e.V. (DGTI)**

Termin: 15. September 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Online-Pressekonferenz

Teilnahmelink: <https://events.teams.microsoft.com/event/cd527e83-715f-4327-8390-3232f855ad3d@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referierende:

Highlights der 59. DGTI-Jahrestagung „Optimale Therapie durch bessere Grundlagenkenntnisse“

Professor Dr. med. Tamam Bakchoul

Kongresspräsident, Vizepräsident der DGTI, Ärztlicher Direktor des Instituts für Klinische und Experimentelle Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Tübingen und Medizinischer Geschäftsführer des Zentrums für klinische Transfusionsmedizin Tübingen

Von der Spende bis zu den Patientinnen und Patienten: wie die Sicherheit von Blutprodukten gewährleistet wird

Dr. med. Ruth Offergeld

Vorsitzende Arbeitskreis Blut, Leiterin des Teams Blutspende-Surveillance, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut

Wenn Früh- und Neugeborene Blut brauchen: was Hämotherapie leisten muss *Professor Dr. med. Axel Franz*

Leiter des „Center for Pediatric Clinical Studies“, Kommissarischer Stellvertretender Ärztlicher Direktor der Abteilung Neonatologie, Facharzt für Kinderheilkunde, Neonatologe, Kinderkardiologe und pädiatrischer Intensivmediziner am Universitätsklinikum Tübingen

Vollblutspende ab 73 Jahren: Wie sicher sind Blutspenden für ältere Spenderinnen und Spender?

Professorin Dr. med. Kristina Hölig

Präsidentin der DGTI, Bereichsleiterin Transfusionsmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Leiterin des Instituts für Transfusionsmedizin Dresden beim DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gGmbH

Transfusionsmedizin als kritische Infrastruktur: Blutprodukte zwischen Alltag und Ausnahmezustand

Professor Dr. med. Tamam Bakchoul

Kongresspräsident, Vizepräsident der DGTI, Ärztlicher Direktor des Instituts für Klinische und Experimentelle Transfusionsmedizin am Universitätsklinikum Tübingen und Medizinischer Geschäftsführer des Zentrums für klinische Transfusionsmedizin Tübingen

Moderation: Sophia Suckel, Pressestelle DGTI

Kontakt für Rückfragen:

Deutsche Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie (DGTI)

Pressestelle

Sophia Suckel

Postfach 30 11 20 | 70451 Stuttgart

Telefon: 0711 8931 330 686

suckel@medizinkommunikation.org

STATEMENT

Von der Spende bis zu den Patientinnen und Patienten: wie die Sicherheit von Blutprodukten gewährleistet wird

Dr. med. Ruth Offergeld

Vorsitzende Arbeitskreis Blut, Leiterin des Teams Blutspende-Surveillance, Abteilung für Infektionsepidemiologie, Robert Koch-Institut

Blut und Blutprodukte werden aus freiwilligen Spenden gewonnen. Die Spendenden leisten hierbei einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Patientinnen und Patienten. Die Sicherheit des Blutes und der daraus hergestellten Produkte wird durch mehrere Schritte gewährleistet.

Der **erste Schritt** zu einem sicheren Blutprodukt ist die sorgfältige Auswahl der spendenden Personen. Hiermit wird nicht nur sichergestellt, dass die Spende für die Spenderin beziehungsweise den Spender kein Risiko darstellt, sondern auch, dass die Person kein Risiko für eine Infektion birgt, welche über Blut übertragbar ist. Wie Spendende ausgewählt werden, ist in der verbindlichen Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer geregelt, die die Auswahlkriterien regelmäßig prüft und aktualisiert. Die Spendedienste wählen die Spendenden anhand eines Fragebogens und eines Gesprächs aus und führen orientierende körperliche Untersuchungen durch. Personen, die akut erkrankt sind oder ein erhöhtes Risiko haben, eine transfusionsrelevante Infektion zu haben, werden nicht zur Spende zugelassen. Ein erhöhtes Risiko kann sich zum Beispiel aus Reisen in Gebiete mit tropischen Infektionen wie Malaria ergeben.

Der **zweite Schritt** ist die sorgfältige Testung aller Spenden auf transfusionsrelevante Infektionen. Verpflichtend ist die Testung auf Infektionen mit HIV, Hepatitis B, C und E sowie West-Nil-Virus und Syphilis. Wie diese Testung erfolgen muss, wird von der Zulassungsbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut, festgelegt. Die Testung schließt für die Viren eine Testung auf das Vorliegen von Virusgenom ein, sodass auch ganz frische Infektionen erkannt werden können.

Der **dritte Schritt** ist eine Pathogenreduktion des Produkts. Für die Herstellung von Medikamenten aus Plasma, sogenannten Plasmaderivaten (zum Beispiel Immunglobulinen), werden seit mehr als zwei Jahrzehnten bei der Herstellung mindestens zwei unterschiedliche Schritte durchgeführt, um Krankheitserreger zu entfernen. Diese Produkte gelten als infektionssicher. Bei sogenannten Blutkomponenten, die transfundiert werden, ist ein solches Verfahren nur eingeschränkt möglich, für die klassische Bluttransfusion mit roten Blutkörperchen gibt es derzeit kein zugelassenes Verfahren. Dennoch sind auch klassische Transfusionen sehr sicher. In den letzten 10 Jahren gab es bei circa 4 Millionen Transfusionen/Jahr keine HIV-, Hepatitis-B-, West-Nil-Virus- oder Syphilisübertragung und nur eine HCV-positive Spende, die in der Testung durch die außerordentlich niedrige Viruskonzentration nicht aufgefallen war. Die Hepatitis-E-Testung wurde 2020 verbindlich eingeführt, seither wurden keine Übertragungen mehr berichtet.

Aktuelle **Herausforderungen** bei der Infektionssicherheit von Blut und Blutprodukten sind neu auftretende Infektionen. Diese sogenannten „emerging infections“ werden unter anderem durch invasive Mückenarten und bei wärmeren Temperaturen im Kontext des

Klimawandels hervorgerufen. Hierzu gehören die vormalig als „tropische Infektionen“ bekannten Infektionen mit Dengue-, Chikungunya- oder Zikaviren. Hier ist es wichtig, dass die Surveillance dieser Infektionen gut aufgestellt ist. In Deutschland sind entsprechende Vorgaben im Infektionsschutzgesetz hinterlegt. Zudem werden Mückenpopulationen überwacht und es gibt einen guten internationalen/europäischen Austausch dazu, der die Blutsicherheit stets im Blick hat. Die Option, zusätzliche risikominimierende Maßnahmen einzuführen (zum Beispiel weitere Testungen), muss im Kontext der Epidemiologie und der transfusionsmedizinischen Relevanz diskutiert werden. In Zeiten begrenzter Budgets spielt auch die Finanzierbarkeit eine Rolle.

Auch wenn Blutprodukte mit Blick auf Infektionen sehr sicher sind, so haben sie – wie alle Medikamente – spezifische **Nebenwirkungen** und sollten daher nur bei gegebener Indikation verabreicht werden. Hier bietet die Querschnittsleitlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer wertvolle Hinweise.

Da es verschiedene Blutgruppen gibt, dürfen Bluttransfusionen nur blutgruppengleich oder -verträglich gegeben werden. Ein wesentlicher Faktor für die Blutsicherheit ist daher die korrekte Identifizierung der Patientinnen und Patienten bei der Blutgruppenbestimmung und der Auswahl und Gabe der Blutkomponenten. Im Rahmen des Herstellungsprozesses nach der Spende ist eine Fehlbestimmung der Blutgruppe extrem selten. Meist liegt bei **Fehltransfusionen** ein Versehen bei der Blutentnahme an Patientinnen und Patienten oder bei der Durchführung des sogenannten Bedside-Tests vor der Transfusion vor. Hier könnten eindeutige Identifikationen der behandelten Personen (zum Beispiel über Armbänder mit Codes) sowie eine bessere studentische Ausbildung und spätere Schulung im Bereich Transfusionsmedizin helfen, diese Fälle zu reduzieren. Der Arbeitskreis Blut hat hierzu entsprechende Empfehlungen erarbeitet.

Die deutsche **Gesetzgebung** regelt aktuell die Vorgaben für die Herstellung von Blut und Blutprodukten im Arzneimittelgesetz und Transfusionsgesetz (TFG) und in den dazugehörigen Verordnungen. Die Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer stellt weiterhin gemäß TFG den Stand von Wissenschaft und Technik fest. Zusätzlich gibt es mit dem Arbeitskreis Blut ein unabhängiges Expertengremium, das – ebenfalls gemäß TFG – die Behörden des Bundes und der Länder zur sicheren und gesicherten Versorgung der Bevölkerung mit Blut- und Blutprodukten berät. Mit Inkrafttreten der SoHO-Verordnung (EU) 2024/1938 werden die Standards für die Spendenauswahl und -testung innerhalb der EU einheitlich gesetzt. Für die Infektionssicherheit ist das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zuständig und erarbeitet diese Standards auch in Zusammenarbeit mit deutschen Expert*innen.

Insgesamt ist das Niveau der Blutsicherheit in Deutschland sehr hoch und wird durch enge regulatorische Vorgaben sichergestellt.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, September 2026

STATEMENT

Wenn Früh- und Neugeborene Blut brauchen: was Hämotherapie leisten muss

Professor Dr. med. Axel Franz

*Leiter des „Center for Pediatric Clinical Studies“, Kommissarischer Stellvertretender
Ärztlicher Direktor der Abteilung Neonatologie, Facharzt für Kinderheilkunde,
Neonatologe, Kinderkardiologe und pädiatrischer Intensivmediziner am
Universitätsklinikum Tübingen*

Warum benötigen Frühgeborene Bluttransfusionen?

Sehr unreife Frühgeborene entwickeln ohne Ausnahme eine Frühgeborenenanämie, deren Ursache eine Kombination ist aus iatrogenen Blutentnahmen, rascher Zunahme des Blutvolumens bei schnellem Wachstum, vermindertem Ansprechen der erythrozytären Vorläufer auf endogene Wachstumsfaktoren und verminderter Ausschüttung dieser Wachstumsfaktoren durch den für die Reife inadäquat frühen Anstieg des Gewebesauerstoffpartialdrucks nach der zu frühen Geburt. Trotz der Bemühungen, Bluttransfusionen durch verzögertes Abnabeln und „plazentare Transfusion“ bei Geburt sowie frühzeitige und hochdosierte Eiweiß-, Vitamin und Eisen-Supplementierung zu vermindern, sind die sehr unreif geborenen Kinder immer noch die am häufigsten transfundierte pädiatrische Patientengruppe.

Was ist bei Frühgeborenen zu beachten?

Frühgeborene sind einzigartig vulnerabel für ein Zuviel wie auch für ein Zuwenig Sauerstoff. Das unterscheidet sie von reifen Frühgeborenen und noch mehr von erwachsenen Patienten. Eigentlich sollten die Kinder im hypoxischen Milieu der mütterlichen Gebärmutter unter Sauerstoffzufuhr über die Plazenta heranreifen. Sie sind aber durch frühzeitige Geburt auf den Gasaustausch über die Lunge angewiesen, der zu höheren Sauerstoffkonzentrationen im Blut führt. Durch Unreife der kardialen aber auch der respiratorischen Funktionen ist die Sauerstoffversorgung außerdem extrem wechselhaft. Wie kann man in dieser Situation Bluttransfusionen einsetzen, um einerseits eine ausreichende Sauerstoffversorgung insbesondere des Gehirns zu erzielen aber andererseits eine (relative) Hyperoxie des Gewebes mit ebenfalls sehr ungünstigen Folgen zu vermeiden.

Aktueller Stand der Evidenz

Zwei große randomisiert-kontrollierte Studien haben diese Frage in Deutschland und in den Vereinigten Staaten untersucht. Beide Studien kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass liberalere Transfusionen für die Mehrheit der Frühgeborenen hinsichtlich ihrer langfristigen Entwicklung keine Vorteile gegenüber zurückhaltenderen Transfusions-Strategie bringen. Das wurde auch in einer erst 2026 veröffentlichten Cochrane-Metaanalyse bestätigt. Der Konsens der Wissenschaftler: Frühgeborene sollten in der Regel im Rahmen der geprüften Grenzen zurückhaltend transfundiert werden. Diese Evidenz hat inzwischen Eingang in die klinischen Empfehlungen gefunden und es ist zunehmend eine zurückhaltendere Transfusionspraxis bei Frühgeborenen zu beobachten.

Ausblick

Es sind aber noch lange nicht alle Fragen beantwortet. Es gibt verschiedene Überlegungen, wie die Transfusionstherapie bei Frühgeborenen weiter optimiert werden könnte, sie sollten im Rahmen des Vortrags mit den teilnehmenden Transfusionspezialisten diskutiert werden.

Bei reifen Neugeborenen sind, im Gegensatz zu Frühgeborenen, Transfusionen eigentlich nur bei perinatalen Notfällen (akuter Blutverlust durch Nabelschnur- oder Plazenta-Komplikationen) oder bei schweren alloimmunhämolytischen Anämien (früher vor allem „anti-D“ Rhesus-Inkompatibilität) und extrem seltenen angeborenen Blutbildungsstörungen erforderlich. Schwerwiegende Komplikationen (wie die Frühgeborenenretinopathie, die Frühgeborenen-Lungenerkrankung et cetera), die mit solchen Transfusionen bei reifen Neugeborenen assoziiert wären, sind nicht beschrieben, was zum einen die physiologische Reife der Kinder widerspiegelt, aber teilweise auch auf die Seltenheit der Ereignisse zurückzuführen sein könnte.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Tübingen, September 2026

STATEMENT

Vollblutspende ab 73 Jahren: Wie sicher sind Blutspenden für ältere Spenderinnen und Spender?

Professorin Dr. med. Kristina Hölig

Präsidentin der DGTI, Bereichsleiterin Transfusionsmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Leiterin des Instituts für Transfusionsmedizin Dresden beim DRK-Blutspendedienst Nord-Ost gGmbH

Aufgrund der Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung ergibt sich einerseits ein zu erwartender steigender Bedarf an Blutprodukten für die kommenden Jahrzehnte. Gleichzeitig wird sich die Anzahl der spendewilligen Personen im „klassischen Spendealter“ zwischen 18 und 65 Jahren schrittweise reduzieren.

Um dieser Entwicklung Rechnung zu tragen und die Versorgung mit Blutprodukten auch in den kommenden Jahren sicherzustellen, ergeben sich verschiedene Möglichkeiten. Einerseits könnte der Prozentsatz der Bevölkerung, die regelmäßig Blut spenden, erhöht werden – aktuell spenden nur circa 3 Prozent der Bevölkerung regelmäßig Blut, obwohl circa 50 Prozent irgendwann im Leben bereits einmal Blut gespendet haben (1).

Andererseits könnte man auch verstärkt Blutspenden von Personen in höherem Alter ermöglichen.

Die obere Altersgrenze für die Vollblutspende in Deutschland hatte eher formale Gründe (zum Beispiel Analogie zur Arbeitsfähigkeit) – es gab eigentlich keine „harten“ medizinischen Daten, die diese Grenze gerechtfertigt hätten. Andererseits war die Versorgung mit Blutkonserven in früheren Jahren auch ausgeglichener, so dass man noch keine Notwendigkeit sah, das zu ändern. In internationalem Maßstab war diese Situation auch heterogener (siehe unten).

Um der aktuellen demografischen Entwicklung (siehe oben) Rechnung zu tragen zu können, wurde das Alter als Zulassungskriterium für eine Vollblutspende im Rahmen der letzten Novellierung der Hämotherapie-Richtlinien 2023 aufgehoben.

Die Evidenz dafür kann sowohl aus der nationalen als auch internationalen Fachliteratur abgeleitet werden. Bereits 2014 berichteten Zeiler und Kollegen (2) über Daten von 171 231 freiwilligen Blutspendern (Wiederholungsspendern) im Alter über 68 Jahre. Die Anzahl der Blutspenden von Spendern über 68 stieg von 2114 im Jahr 2005 auf 38 432 im Jahr 2012. Das entspricht einem Anstieg von 0,2 Prozent auf 4,2 Prozent aller Blutspenden. Nebenwirkungen der Blutspende bei Wiederholungsspendern nahmen mit zunehmendem Alter ab und lagen bei den Spendern über 68 Jahre bei 0,26 Prozent, bei Spendern über 71 Jahre bei 0,16 Prozent. Bei Spendern über 68 Jahre wurde allerdings eine längere Erholungszeit nach Auftreten von Spenderreaktionen beobachtet. Die Rate von Spenderrückstellungen war bei jungen Spendern am höchsten mit 21,4 Prozent. Bei Spendern über 71 Jahre wurde wieder ein Anstieg der Nebenwirkungsrate beobachtet (12,4 Prozent). Die Autoren schlussfolgern, dass Blutspenden bei Mehrfachspendern jenseits des Alters von 71 Jahren mit ausreichender Sicherheit weitergeführt werden können. Bei Spendern mit einem Alter ab 75 Jahren mahnen die Autoren zur Vorsicht aufgrund der mangelnden Datenlage.

Folgende Schlussfolgerungen werden von den Autoren gezogen: Ein Ausschluss von der Spende nur aus Altersgründen aus Gründen der Spendersicherheit ist nicht gerechtfertigt. Gesunde Spender können ohne Rücksicht auf ihr Alter weiterspenden, solange sie sich gesund fühlen.

Während diese Studie nur eingeschränkt aussagefähig für die Spenderpopulation über 73 Jahre ist, liefert die folgende aktuellere Studie mehr Informationen über diese spezielle Altersgruppe.

Diese multizentrische Studie (3) umfasste 12 Blutspendeeinrichtungen (alle Mitglieder der BEST-Initiative) aus 4 Ländern ohne obere Altersgrenze und einem Land mit Altersgrenze von 80 Jahren. Untersucht wurden vasovagale Reaktionen und Ablehnungsraten in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Spender.

Der Anteil von Spendern über 70 Jahre betrug in dieser Studie 1,0 Prozent (Neuseeland) bis 4,3 Prozent (USA) der Gesamtpopulation von Spendern. Diese spendeten zwischen 1,5 Prozent (Neuseeland) bis 5,6 Prozent (USA) der Blutprodukte. Die meisten der Spender waren zwischen 71 und 76 Jahren alt. Die Rate der Spenderrückstellungen war bei älteren männlichen Spendern höher als bei Spendern zwischen 24 und 70 Jahren. Bei älteren und jüngeren Frauen gab es keine Unterschiede bei der Rückstellungsrate. Vasovagale Reaktionen waren entweder seltener (männliche Spender) oder ähnlich (Spenderinnen, Reaktionen mit Bewusstseinsverlust) bei älteren im Vergleich zu jüngeren Spenderinnen und Spendern.

Auch hier kann man schlussfolgern, dass für die Altersgruppe zwischen 71 und 76 Jahren offensichtlich keine bedeutenden Unterschiede hinsichtlich der Spenderrückstellungen und im Hinblick das Auftreten vasovagaler Reaktionen besteht. Letztere zählen gerade bei jüngeren Spendern zu den häufigsten Nebenwirkungen der Blutspende und führen nicht selten zum Ausscheiden der entsprechenden Personen aus der aktiven Spenderpopulation.

In die gleiche Richtung gehen die Daten einer spanischen Arbeitsgruppe (4), die erst 2024 in TRANSFUSION veröffentlicht wurden.

Insgesamt kann man festhalten, dass ein höheres Alter kein Hinderungsgrund für eine erfolgreiche Blutspende darstellt. Es gibt keine erhöhte Rate von Spenderrückstellungen (Spendetermine, bei denen der Spender/die Spenderin nicht zur Spende zugelassen werden kann und somit auch kein Blutprodukt entsteht).

Darüber hinaus ist aber auch die Nebenwirkungsrate bei den Spendern und Spenderinnen, die tatsächlich zur Spende zugelassen werden, nicht erhöht. In einigen Gruppen ist sie sogar geringer als bei jüngeren Spendern.

Somit zählt auch die Bevölkerungsgruppe der über 73-Jährigen zu einer Zielgruppe für die Werbung von Blutspendern. Dabei sollte, wie in anderen Altersgruppen auch, das Hauptaugenmerk auf die Rekrutierung von Wiederholungsspendern gelegt werden. Durch Einbeziehung dieser stetig wachsenden Personengruppe kann es langfristig erleichtert werden, den steigenden Bedarf an Blutprodukten in Deutschland langfristig zu sichern.

Literatur:

1. Infoblatt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Prävalenz der Blutspende“ 8.062018
2. Blood Donation by Elderly Repeat Blood Donors. Thomas Zeiler, Jutta Lander-Kox a Timo Alt. Transfus Med Hemother 2014;41:242–250
DOI: 10.1159/000365401
3. Safety of blood donation by individuals over age 70 and their contribution to the blood supply in five developed countries: a BEST Collaborative group study. Mindy Goldman, Marc Germain, Yves Grégoire et al. TRANSFUSION 2019, 59, 1267-72
4. Donor complication rates in whole blood, plasma and platelet donors: Age versus experience. Paalvast Y, Díaz Padilla N, Bruijns S, Wiersum-Osselton J, Molenaar T. Transfusion. 2024 May;64(5):854-865.
doi: 10.1111/trf.17759. Epub 2024 Feb 22.PMID: 38385649