

Gesundheitsfolgenabschätzung: Zulassung zur Blutspende in Österreich – mögliche Auswirkungen einer modifizierten Risikoabschätzung mit Fokus auf MSM

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Gesundheitsfolgenabschätzung: Zulassung zur Blutspende in Österreich – mögliche Auswirkungen einer modifizierten Risikoabschätzung mit Fokus auf MSM

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Gabriele Antony
Jennifer Antosik
Rosemarie Felder-Puig
Richard Pentz
Roman Winkler
Fiona Witt-Döring

Unter Mitarbeit von:

Daniela Antony

Projektassistentz:

Bettina Engel

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Dezember 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Antony, Gabriele; Antosik, Jennifer; Felder-Puig, Rosemarie; Pentz, Richard; Winkler, Roman; Witt-Döring Fiona (2021): Gesundheitsfolgenabschätzung: Zulassung zur Blutspende in Österreich – mögliche Auswirkungen einer modifizierten Risikoabschätzung mit Fokus auf MSM. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P6/1/5315

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at



Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlergehen“ sowie zu den Zielen 10 „weniger Ungleichheiten“ und 16 „Frieden, Gerechtigkeit und starke Institutionen“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung/Fragestellung

Blutspenden unterliegen in Österreich klaren Qualitätskriterien, um ihre Qualität und Sicherheit sowohl für die Blutempfänger:innen als auch für die -spender:innen sicherzustellen. Anhand eines Fragebogens zur Risikoeinschätzung werden Personen in Bezug auf die Blutspende zugelassen, ausgeschlossen oder zurückgestellt. Eine Rückstellung gilt u. a. für „Personen, die sich einem Risiko für eine Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere mit HIV und HBV, ausgesetzt haben“ (Blutspenderverordnung – BSV). Für die Erhebung dieser Personen kommt neben anderen Aspekten auch das Kriterium „Männer, die Sex mit Männern haben“ (MSM) für eine Rückstellung zur Anwendung.

In den letzten Jahren ist in diesem Zusammenhang – international wie auch in Österreich – ein Diskurs entstanden, ob diese Praxis diskriminierend für MSM ist. Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, da hierzu unterschiedliche Sichtweisen bestehen. Vor diesem Hintergrund gab das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) die vorliegende Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) mit folgenden Fragestellungen in Auftrag:

- » Welche positiven und negativen Auswirkungen hat eine Modifikation der Zulassung von MSM zur Blutspende auf die Gesundheit der Menschen in Österreich?
- » Welche Rahmenbedingungen müssen in diesem Zusammenhang zur Wahrung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sowie der Qualitätssicherung von Blutspenden beachtet werden?

Methoden

Die GFA (international als „health impact assessment“ etabliert) ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung von (geplanten politischen) Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und auf die Verteilung dieser Auswirkungen innerhalb der Bevölkerung. Das methodische Vorgehen orientiert sich am für eine GFA vorgegebenen Ablauf (Sichtung, Planung, Bewertung, Berichtslegung und Empfehlungen, Monitoring und Evaluation).

Im Rahmen der vorliegenden GFA wurden eine Evidenzrecherche und eine Recherche von Länderpolicies hinsichtlich der Zulassung von MSM zur Blutspende durchgeführt. Um die Einschätzung der zentralen Akteurinnen und Akteure zum Thema in Österreich einzuholen wurden, drei Onlinefokusgruppen durchgeführt. Die Ergebnisse aus den Recherchen und Fokusgruppen wurden in einem Bewertungsworkshop mit Akteurinnen und Akteuren aus unterschiedlichen Bereichen diskutiert, und die Auswirkungen wurden qualitativ bewertet.

Ergebnisse

Die qualitative Bewertung der gesammelten Informationen im Bewertungsworkshop fiel heterogen aus. Mehrere Teilnehmer:innen erachteten es als potenziell positiv, dass es bei einer individualisierten Risikoabschätzung (fokussiert auf [risikoreiche] Sexualverhalten in einem bestimmten Zeitraum, unabhängig vom biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen) zu einer verbesserten Blutsicherheit kommen könnte, da allen Spenderinnen und Spendern Fragen zu riskanten Sexualpraktiken gestellt würden. Ebenso überwiegend positiv wurde bewertet, dass mit einer solchen Änderung die (wahrgenommene) Diskriminierung von MSM ausgeräumt werden könnte. Außerdem wurde positiv gesehen, dass auf diese Weise das derzeit gesellschaftlich verbreitete Bild „MSM = HIV“, das mit dem populationsbasierten Ansatz vermittelt wird, verändert werden könnte.

Potenziell negative Auswirkungen wurden überwiegend dahingehend gesehen, dass sich die Blutqualität (geringfügig) verschlechtern könnte, da die HIV-Inzidenz bei MSM erhöht ist. Ebenso wurde negativ eingeschätzt, dass Menschen ihr sexuelles Risikoverhalten oft nicht richtig einschätzen könnten und dass sich bei einer Änderung der Fragen, wenn diese nicht klar und verständlich formuliert würden, das Problem der Fehleinschätzungen vergrößern könnte. Ebenso könnten Fragen zu sexuellem Risikoverhalten Schamgefühle auslösen, was dazu führen könnte, dass bei einer Umstellung auf eine individualisierte Frage weniger Personen zur Blutspende kämen.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Eine zentrale Aussage, die auch in allen drei Fokusgruppen und im Bewertungsworkshop gemacht wurde, ist, dass die Entscheidung, ob zu einer individualisierten Risikoabschätzung übergegangen werden soll, eine gesellschaftspolitische Entscheidung sei.

Einige Empfehlungen, die noch weiter ausdiskutiert werden müssen, konnten mit den Beteiligten im GFA-Prozess gesammelt werden. Beispielsweise wurde geäußert, dass im Falle der politischen Entscheidung, eine individualisierte Risikoabschätzung in puncto des sexuellen Risikoverhaltens einzuführen, die Frage zu MSM nach Möglichkeit nur durch eine andere Frage ersetzt werden solle, die klar und leicht verständlich für alle Spender:innen sei, und dass diese Frage auch rechtlich verankert werden solle. Ebenso solle bei einer Einführung einer individualisierten Risikoabschätzung die Bevölkerung mit adäquaten Informationen versorgt und der öffentliche Diskurs entsprechend adressiert werden.

Im Rahmen dieser GFA hat sich gezeigt, dass sich die Diskussion bezüglich der Blutspendezulassungskriterien (insbesondere im Hinblick auf das Sexualverhalten potenzieller Spender:innen sowie ihrer Sexualpartner:innen) in mehreren Ländern – wie auch in Österreich – in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit der Blutprodukte und Chancengerechtigkeit bzw. Antidiskriminierung befindet. Diese GFA hat mit ihrem partizipativen Ansatz unterschiedliche Akteurinnen und Akteure, die sich in diesem Spannungsfeld an unterschiedlichen Punkten befinden, zusammengebracht und transparent die Ergebnisse aus Evidenz und Fokusgruppen mit unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren aufgezeigt. Gemeinsam wurde eine qualitative Bewertung durchgeführt, in der sich die verschiedenen Sichtweisen abbilden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsfolgenabschätzung – GFA – Blutspende – Risikoabschätzung – Diskriminierung – MSM

Summary

Background/Subject/Research Question

Blood donations in Austria are subject to clear quality criteria to ensure quality and safety for blood recipients as well as for donors. Based on a risk assessment questionnaire, individuals are admitted, excluded or deferred from blood donation. A deferral applies, among others, to “persons who have been exposed to a risk of infection with sexually transmitted diseases, in particular HIV and HBV” (Blood Donor Ordinance – BSV). For the survey of these persons, among other aspects, the criterion men who have sex with men (MSM) is also applied for a provision.

In recent years, a discourse has arisen in this context – internationally as well as in Austria – as to whether this practice is discriminatory for MSM. This question is not easy to answer, as there are different views on this. Against this background, the Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection commissioned this Health Impact Assessment (HIA) with the following questions:

- » What are the positive and negative impacts of a modified risk assessment for MSM regarding the admission to blood donation on the health of people in Austria?
- » What conditions must be taken into account in this context in order to ensure health equity and quality assurance of blood donations?

Methods

HIA is a systematic process for the analysis and evaluation of (planned political) projects with regard to the possible positive and negative effects on health and their distribution within the population. The methodological procedure is based on the process specified for a HIA (screening, planning, assessment, reporting and recommendations, monitoring and evaluation).

In the context of this HIA, an evidence review and research on country policies regarding the admission of MSM for blood donation were conducted. Three online focus groups were conducted to obtain the views of key stakeholders on the topic in Austria. The results of the research and focus groups were discussed in an evaluation workshop with stakeholders from different fields and the impact was assessed qualitatively.

Results/Findings

The qualitative assessment of the information collected in the evaluation workshop was heterogeneous. Several participants considered it potentially positive that an individualised risk assessment (focusing on (high-risk) sexual behaviour in a certain period of time, regardless of the biological sex of the sexual partners) could lead to improved blood safety, since all donors would be

asked questions about risky sexual practices. Another predominantly positive assessment was that such a change could eliminate the (perceived) discrimination against MSM. Furthermore, it was seen positively that this would change the currently socially widespread image that is conveyed with the population-based approach “MSM = HIV”.

Potential negative effects were predominantly seen in the fact that blood quality could deteriorate (slightly), as the incidence of HIV in MSM is increased. Similarly, it was negatively assessed that people often cannot correctly assess their sexual risk behaviour and that if the questions were changed, if they were not formulated in a clear and understandable way, the problem of misperceptions could increase. Likewise, questions about sexual risk behaviour could trigger feelings of shame, which could lead to fewer people coming to donate blood if the question were changed to an individualised question.

Discussion/Conclusion/Recommendations

A key statement, which was also made in all three focus groups and in the evaluation workshop, is that the decision whether to move to individualised risk assessment is a socio-political decision.

Some recommendations that need further discussion could be gathered with stakeholders in the RIA process. For example, in the case of a political decision to introduce individualised risk assessment in terms of sexual risk behaviour, the question on MSM should, if possible, only be replaced by another question that is clear and easy to understand for all donors, and this should also be anchored in law. Likewise, if an individualised risk assessment is introduced, the population should be provided with adequate information and the public discourse should be addressed accordingly.

In the context of this HIA, it became apparent that the discussion regarding admission criteria for blood donation (especially with regard to the sexual behaviour of potential donors and their sexual partners) in several countries – as well as in Austria – is in a field of tension between the safety of blood products and fairness of opportunity or anti-discrimination. This RIA, with its participatory approach, brought together different actors who are at different points in this tension and transparently presented the results from evidence and focus groups with different actors. Together, a qualitative assessment was conducted, reflecting the different perspectives.

Keywords

Health Impact Assessment – HIA – blood donation – risk assessment – discrimination

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VI
Abbildungen und Tabellen	XI
Abkürzungen.....	XIII
Glossar	XIV
1 Einleitung	1
2 Methodik	3
2.1 Sichtung und Planung	4
2.2 Bewertung	5
2.2.1 Erhebungs- und Analysephase	6
2.2.2 Folgenabschätzung und Bewertung	9
2.3 Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen	9
2.4 Monitoring und Evaluation	9
3 Ausgangslage	10
3.1 Bevölkerungsprofil (relevante Eckpunkte)	10
3.2 Blutspenden in Österreich	10
3.2.1 Gesetzliche Grundlagen in Österreich	12
3.2.2 Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen	15
3.2.3 Sexuell übertragbare Krankheiten und Blutsicherheit	17
4 Ergebnisse der Evidenzrecherche	23
4.1 Ergebnisse zu den primären Fragestellungen.....	24
4.1.1 Fragestellung 1: Welche Effekte wurden durch Änderungen bei der Spenderauswahl in anderen Ländern/Regionen berichtet?	25
4.1.2 Fragestellung 2: Welche Evidenz gibt es für die Assoziation spezifischer Sexualverhalten mit einem Infektionsrisiko? Gibt es Populationsunterschiede?	34
4.1.3 Fragestellung 3: Welche evidenzbasierten Leitlinien gibt es, die Empfehlungen zur Spenderauswahl anführen, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens?.....	40
4.1.4 Fragestellung 4: Welche Policies existieren in anderen Ländern zur Spenderauswahl, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens? Wie haben sich diese Policies in den vergangenen Jahren verändert?	42
4.2 Fazit Evidenzrecherche.....	49
4.3 Diskussion Evidenzrecherche und Länderpolicies.....	51
5 Ergebnisse Fokusgruppen	53
5.1 Fokusgruppe Interessenvertretung für MSM, die Blut spenden (wollen).....	53
5.2 Blutspendeorganisationen und blutverarbeitende Organisationen	54
5.3 Patientinnen/Patienten, die Blut und Blutprodukte erhalten.....	56
6 Bewertung	57

6.1	Auswirkungsanalyse im Rahmen des Bewertungsworkshops	57
6.1.1	Auswirkungen auf die Blutqualität/Blutquantität	58
6.1.2	Auswirkungen auf potenzielle Spender:innen.....	62
6.1.3	Auswirkungen auf Diskriminierung von MSM	65
6.1.4	Auswirkungen auf die Kommunikation mit Spenderinnen und Spendern und den öffentlichen Diskurs	67
6.2	Handlungsempfehlungen	68
7	Reflexionen zur Vorgehensweise dieser GFA	71
8	Zusammenfassung.....	72
	Literatur	75
	Anhang	81

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 2.1: Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung	3
Abbildung 2.2: Einflussfaktoren der Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten).....	4
Abbildung 3.1: Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen – Auszug Frage 37	16
Abbildung 3.2: Anzahl der positiven HIV-Tests nach Übertragungsweg, seit 1998.....	18
Abbildung 3.3: Anzahl der HIV-Neuinfektionen in europäischen Ländern im Jahr 2019.....	19
Abbildung 3.4: Anteil (in %) bekannter Übertragungswege an neuen HIV-Diagnosen nach Land (EU/EWR) im Datenjahr 2019 (n = 18.957)	20
Abbildung 3.5: Anzahl der neu diagnostizierten HBV-Infektionen in Österreich	21
Abbildung 3.6: Anzahl der neu diagnostizierten HCV-Infektionen in Österreich.....	21
Abbildung 3.7: Verteilung der bestätigten Syphilis-Fälle pro 100.000 Einwohner:innen auf die europäischen Länder im Jahr 2016	22
Abbildung 4.1: Selektionsprozess der systematischen Literatursuche (PRISMA-Schema)	25
Abbildung 4.2: Entwicklung der detektierten Infektionen im UK im Zeitraum 1996–2019 für (a) Neuspendende und (b) wiederholt Spendende (zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der Y-Achsen).....	31
Abbildung 4.3: Übertragungsrisiko pro Sexualakt aus der Übersichtsarbeit von Patel et al. (2014).....	36
Abbildung 4.4: S-Klassifikation für Leitlinien	40

Tabellen:

Tabelle 2.1: Einschlusskriterien Fragestellung 1	7
Tabelle 2.2: Einschlusskriterien Fragestellung 2	7
Tabelle 4.1: Studienergebnisse zum Endpunkt Blutsicherheit.....	27
Tabelle 4.2: Studienergebnisse zum Endpunkt Compliance	33
Tabelle 4.3: Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten zum Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt.....	37
Tabelle 4.4: Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten zu Populationsunterschieden in der Prävalenz/Inzidenz nach Sexualverhalten	39
Tabelle 4.5: Länderübersicht zu Policies hinsichtlich der Zulassung zur Blutspende (Auswahl) .	43

Tabelle 6.1: Auswirkungen auf die Blutqualität/Blutquantität.....	61
Tabelle 6.2: Auswirkungen auf potenzielle Spender:innen	64
Tabelle 6.3: Auswirkungen auf die Diskriminierung von MSM	66
Tabelle 6.4: Auswirkungen auf die Kommunikation mit Spenderinnen und Spendern und den öffentlichen Diskurs.....	68

Abkürzungen

AG	Antigentest
AK	Antikörpertest
AMG	Arzneimittelgesetz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BSG	Blutsicherheitsgesetz
BSV	Blutspenderverordnung
bzw.	beziehungsweise
et al.	et alii
EW	Einwohner:innen
ggf.	gegebenenfalls
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HäVO	Hämovigilanz-Verordnung
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	humanes Immundefizienzvirus
IDU	Person, die Drogen injiziert (injection-drug user)
MIAI	MSM, die ausschließlich insertiven Analverkehr praktizieren
MIRAI	MSM, die sowohl rezeptiven als auch insertiven Analverkehr praktizieren
MRAI	MSM, die ausschließlich rezeptiven Analverkehr praktizieren
MSM	men who have sex with men
NAT	nucleic acid test (Nukleinsäurenachweis)
NHSBT	NHS Blood and Transplant
(Ö)RK	(Österreichisches) Rotes Kreuz
OR	Odds-Ratio
PHE	Public Health England
RR	Risk Ratio
SR	systematischer Review
STD	sexually transmitted disease(s)
STI	sexually transmitted infection(s)
T.p.	Treponema pallidum
TTI	transfusion-transmitted infection(s)
UIAI	ungeschützter insertiver Analverkehr (unprotected insertive anal intercourse)
URAI	ungeschützter rezeptiver Analverkehr (unprotected receptive anal intercourse)

Glossar

Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. (WHO 1948)

Soziale Determinanten der Gesundheit sind die Bedingungen, unter denen die Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. (WHO 2021)

Sexuell übertragbare Infektionen/Erkrankungen (sexually transmitted infections/diseases, STI/STD) sind Infektionen/Krankheiten, die hauptsächlich durch sexuelle Kontakte übertragen und vor allem von Bakterien, Viren, Pilzen, Protozoen und Arthropoden verursacht werden. Zu den häufigsten bakteriellen Erregern gehören *Chlamydia trachomatis* (verursacht chlamydiale Infektionen), *Treponema pallidum* (verursacht Syphilis, Synonym: Lues) und *Neisseria gonorrhoeae* (Synonym: Gonokokken; verursacht Gonorrhö, Synonym: Tripper). Zu den Erregern viraler STI gehören neben HIV auch humane Papillomaviren (HPV), *Herpes genitalis* und Hepatitis-B-Viren. (Deutsche STI-Gesellschaft e.V.; WHO Regional Office for Europe 2018)

human Immundefizienzvirus (HIV): HIV greift Immunzellen des menschlichen Immunsystems an. Eine unbehandelte HIV-Infektion führt zum Verlust dieser Zellen und damit zu einer verminderten Funktionsfähigkeit des Immunsystems. HIV wird durch Blut, Sperma, Vaginalsekret und den Flüssigkeitsfilm auf der Darmschleimhaut übertragen. Die häufigsten Übertragungswege stellen ungeschützter Geschlechtsverkehr und die gemeinsame Nutzung von Spritzbesteck zum intravenösen Drogengebrauch dar. (BMSGPK 2021a)

Hepatitis B / Hepatitis-B-Virus (HBV): Hepatitis B ist eine ansteckende Leberentzündung, die durch das Hepatitis-B-Virus (HBV) ausgelöst wird. HBV ist sehr ansteckend und wird durch Kontakt mit Körperflüssigkeiten (insbesondere mit Blut und Genitalsekreten) infizierter Personen übertragen, z. B. beim gemeinsamen Gebrauch von Injektionsspritzen und beim Geschlechtsverkehr (genital, anal, oral). (BMSGPK 2021b)

Hepatitis C / Hepatitis-C-Virus (HCV): Hepatitis C ist eine infektiöse Leberentzündung, die durch das Hepatitis-C-Virus (HCV) ausgelöst wird. Die Übertragung findet in erster Linie über den Kontakt mit dem Blut einer infizierten Person statt, vor allem durch gemeinsamen Gebrauch von Injektionsspritzen, bei medizinischen Eingriffen mit ungenügend sterilisierten Instrumenten oder beim Stechen von Tätowierungen und Anbringen von Piercings mit nichtsterilen Instrumenten. Eine sexuelle Übertragung ist eher selten. (BMSGPK 2021c)

Rückstellung: Die Blutspenderverordnung (BSV) definiert Gründe, warum Personen auf Dauer oder zeitlich begrenzt von der Blutspende ausgeschlossen werden. Der zeitlich begrenzt Ausschluss von der Blutspende wird als Rückstellung bezeichnet. (Blutspenderverordnung – BSV)

Rückstellfrist: Die Blutspenderverordnung (BSV) gibt an, wie lange Personen aufgrund bestimmter Kriterien von der Blutspende zurückgestellt werden. Dieser Zeitraum wird auch als Rückstellfrist kommuniziert. (Blutspenderverordnung – BSV)

MSM: Sexualkontakte zwischen Männern, unabhängig vom Partnerschaftsstatus (Bundesärztekammer 2021)

individualisierte Risikobewertung (in Bezug auf Sexualverhalten): Abfragen sexuellen Risikoverhaltens von Personen in einer Form, die nicht als diskriminierend wahrgenommen wird (unabhängig von der sexuellen Orientierung bzw. dem biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen)

1 Einleitung

Blutspenden unterliegen in Österreich klaren Qualitätskriterien. Im Zentrum stehen hierbei Qualitäts- und Sicherheitsaspekte, die sowohl für die Blutempfänger:innen als auch für die -spender:innen wichtig sind. In Österreich gibt es daher (so wie auch international) Regelungen, welche die Zulassung zum Blutspenden definieren. Anhand eines Fragebogens zur Risikoeinschätzung werden Personen in Bezug auf die Blutspende zugelassen, ausgeschlossen oder zurückgestellt. Eine solche Rückstellung bzw. Wartefrist kommt für Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), zur Anwendung. Die bisherige Regelung sah eine Wartefrist von zwölf Monaten vor.

Die Frage zu MSM befindet sich im aktuellen Spenderfragebogen, der die Zulassung zur Blutspende unterstützt, in einem Frageblock, der sexuelles Risikoverhalten abfragt. In den letzten Jahren ist in diesem Zusammenhang – international wie auch in Österreich – ein Diskurs entstanden, ob diese Praxis diskriminierend für MSM ist. Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, da hierzu unterschiedliche Sichtweisen bestehen. Die Fachcommunity bzw. Expertinnen/Experten verstehen unter der MSM-Frage die Abfrage eines riskanten Sexualverhaltens, dessen Risikopotenzial durch Studien zu HIV-Prävalenzen gestützt wird. Die betroffene Bevölkerungsgruppe erachtet diese Frage jedoch als Diskriminierung aufgrund bestimmter Zuschreibungen im Zusammenhang mit ihrer sexuellen Orientierung, da beispielsweise keine Unterscheidung getroffen wird, ob die Person in einer monogamen Beziehung lebt bzw. geschützten Geschlechtsverkehr mit anderen Männern hat und somit ein weniger riskantes Sexualverhalten aufweist.

Vor diesem Hintergrund gab das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in Auftrag – mit dem Ziel, unter Einbeziehung zentraler Akteurinnen und Akteure eine adäquate Wissens- und Informationsbasis für zeitgemäße und als nichtdiskriminierend wahrgenommene Blutspenderegulungen in Österreich zu schaffen.

Die primären Fragestellungen dieser GFA lauten demnach:

- » Welche positiven und negativen Auswirkungen hat eine Modifikation der Zulassung von MSM zur Blutspende auf die Gesundheit der Menschen in Österreich?
- » Welche Rahmenbedingungen müssen in diesem Zusammenhang zur Wahrung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sowie der Qualitätssicherung von Blutspenden beachtet werden?

Das Hauptziel der GFA besteht darin, unter Einbindung relevanter Akteurinnen und Akteure eine qualitative Abschätzung der positiven und negativen gesundheitlichen Auswirkungen einer Umstellung der Risikoabschätzung bei Personen, die zur Blutspende zugelassen werden, auf die österreichische Bevölkerung zu erhalten. Im Sinne der WHO-Definition von Gesundheit sollen dabei körperliche, psychische und soziale Aspekte der Gesundheit der betroffenen Gruppen berücksichtigt werden wie etwa die Sicherstellung der Qualität der Blutprodukte, der Schutz potenzieller Blutspender:innen bzw. Blutempfänger:innen oder der Abbau wahrgenommener Diskriminierungen gegenüber bestimmten Gruppen.

Der Schwerpunkt der GFA liegt auf den Auswirkungen einer Umstellung der Bewertung des sexuellen Risikoverhaltens – weg von definierten Personengruppen (Männer, die Sex mit Männern haben), hin zu individuellem Risikoverhalten, unabhängig von der sexuellen Orientierung bzw. dem biologischen Geschlecht der Person und ihrer Sexualpartner:innen.

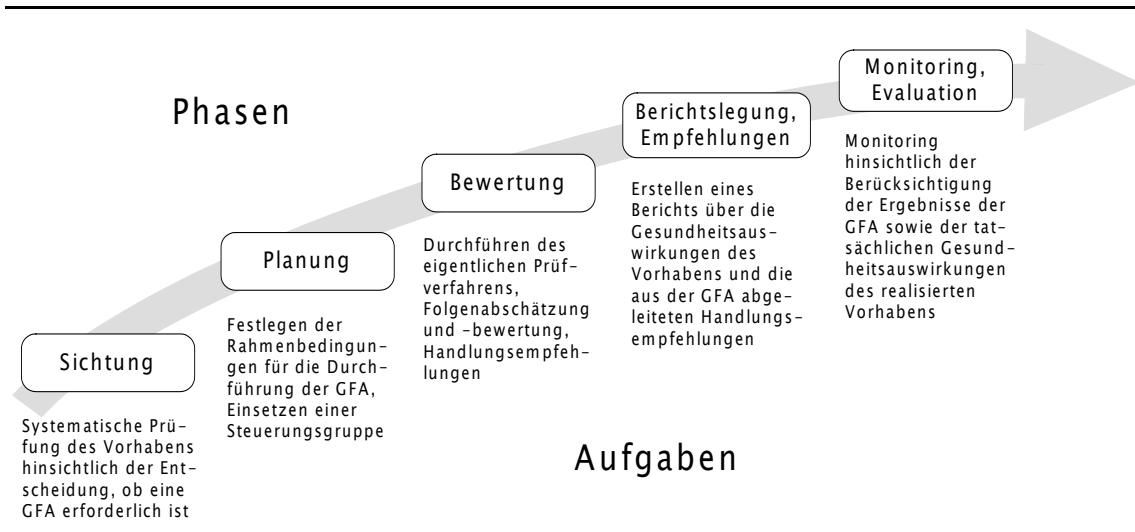
Aufgrund der Projektdauer (ca. fünf Monate) konnte bei der Analyse nicht allumfassend recherchiert und erhoben werden. Daher wurde die konkrete methodische Vorgehensweise mit der Steuerungsgruppe im Projektverlauf diskutiert und im Rahmen der verfügbaren Ressourcen ggf. adaptiert. Die Abschätzung der zusammengeführten Ergebnisse aus Evidenz und qualitativen Methoden basiert auf einem qualitativen Herangehen und auf Einschätzungen von Expertinnen/Experten und relevanten Akteurinnen/Akteuren, welche die Sicht der Betroffenen vertreten können.

Wichtig ist, an dieser Stelle anzumerken, dass die Abschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen in dieser GFA auf einem qualitativen Zugang beruht und keine statistischen Aussagen zu Zusammenhängen oder Kausalketten erarbeitet werden (einerseits aus zeitlichen Gründen und andererseits weil die Methodik dies nicht notwendigerweise vorsieht). Der wesentliche Vorteil dieser GFA ist die breite Betrachtung der gesundheitlichen Auswirkungen unter gleichwertiger Einbindung verschiedener Betroffenenengruppen bzw. Betroffenenvertreter:innen.

2 Methodik

Das Instrument Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) folgt einem standardisierten methodischen Vorgehen (vgl. Abbildung 2.1). Die Auswirkungsanalyse und daraus abgeleitete Empfehlungen in Bezug auf das bewertete Vorhaben stellen das GFA-Ergebnis dar und werden in Form eines Berichts aufbereitet.

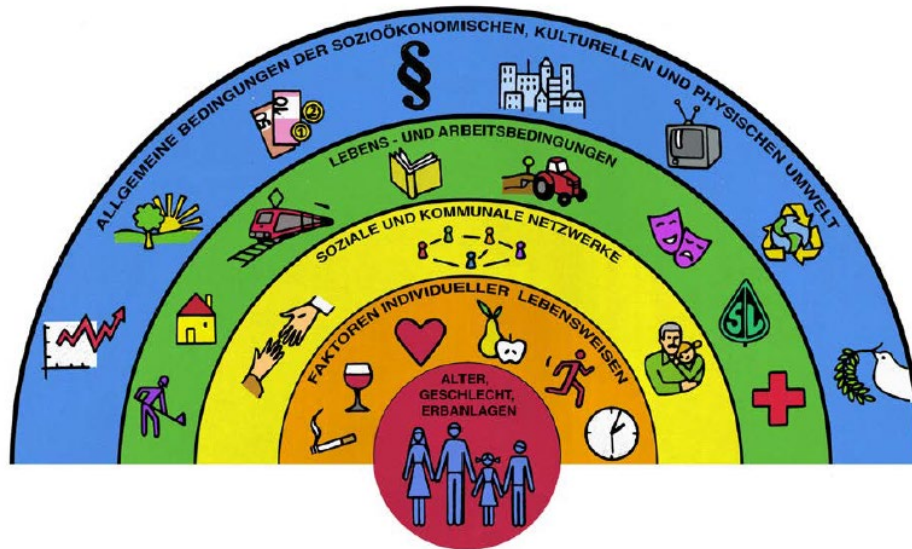
Abbildung 2.1:
Ablauf einer Gesundheitsfolgenabschätzung



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die GFA orientiert sich an einem breiten Gesundheitsbegriff, der im Sinne der WHO-Deklaration Gesundheit nicht als reine Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als Zustand körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens versteht (WHO 1948). Außerdem werden bei einer GFA die Einflussfaktoren für Gesundheit berücksichtigt. Nach dem Modell von Dahlgren und Whitehead (siehe Abbildung 2.2) existieren unterschiedliche Einflussfaktoren (sogenannte Determinanten) der Gesundheit, die zum einen auf der individuellen Ebene liegen (z. B. genetische Voraussetzungen oder Gesundheitsverhalten), aber zum anderen stark von sozialen Faktoren und Rahmenbedingungen auf einer kollektiven Ebene geprägt sind (Dahlgren/Whitehead 1991).

Abbildung 2.2:
Einflussfaktoren der Gesundheit (Gesundheitsdeterminanten)



Quelle: GÖG/FGÖ, nach Dahlgren/Whitehead (1991)

Bei einer GFA können unterschiedliche Tiefen oder Intensitäten gewählt werden („Schreibtisch-GFA“, „kompakte GFA“ oder „umfassende GFA“), wobei laut dem österreichischen Leitfaden zur Gesundheitsfolgenabschätzung ein Mindestmaß an Partizipation bei allen Varianten empfohlen wird (Amegah et al. 2013).

Zur Begleitung dieser GFA wurde eine **Steuerungsgruppe** eingesetzt, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Institutionen zusammengesetzt hat (alphabetische Reihenfolge, siehe auch Anhang 1):

- » BMSGPK, Abteilung „Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen“ (Auftraggebervertreterin)
- » BMSGPK, Abteilung „Gesundheitsförderung und Prävention“
- » BMSGPK, Abteilung „Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement, Seuchenbekämpfung“
- » BMSGPK, Generalsekretärin
- » Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)
- » Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“
- » Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“
- » Zentralinstitut für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB) an der Klinik Innsbruck

2.1 Sichtung und Planung

Wie in der obenstehenden Abbildung ersichtlich, stellt den ersten Schritt in einer GFA die Sichtung (engl. Screening) dar. Dabei wird ein erster Blick auf mögliche Auswirkungen eines Vorhabens auf

die betroffene Bevölkerung – insbesondere auf benachteiligte oder gefährdete Bevölkerungsgruppen – geworfen. Am Ende der Sichtung wird geklärt, ob ein Vorhaben einer GFA unterzogen werden soll oder nicht. (Amegah et al. 2013)

In der Phase der Planung werden Rahmenbedingungen, Rollen und Verantwortlichkeiten sowie die konkrete Vorgangsweise geklärt und festgelegt. Von Relevanz ist dabei auch, dass die inhaltlichen Schwerpunkte und die Methoden mit den vorhandenen Ressourcen umgesetzt werden können. (Amegah et al. 2013)

Gemeinsam mit der Vertreterin des Auftraggebers wurde festgelegt, dass aufgrund der kurzen Laufzeit dieser GFA ein kombinierter Sichtungs- und Planungsworkshop mit den Mitgliedern der Steuerungsgruppe durchgeführt wird. Dieser Workshop fand am 7.6.2021 online via Zoom für die Dauer von zweieinhalb Stunden statt. Dabei wurden unter anderem die Fragen für die Evidenz-recherche sowie die partizipativen Elemente (Fokusgruppen) definiert. Für die weitere Kooperation während der Laufzeit wurde vereinbart, dass die Mitglieder der Steuerungsgruppe schriftlich vom Projektteam konsultiert werden können und zum Bewertungsworkshop eingeladen werden.

2.2 Bewertung

Die Phase der Bewertung beinhaltet das eigentliche Prüfverfahren und setzt sich im Wesentlichen aus zwei Schritten zusammen (Amegah et al. 2013):

- » Erhebungs- und Analysephase
- » Folgenabschätzung und Bewertung

2.2.1 Erhebungs- und Analysephase

2.2.1.1 Methodisches Vorgehen für Evidenzrecherche und Recherche von Länderpolicies

Eine wesentliche Informationsgrundlage für die GFA stellt die vorhandene Evidenz dar (Ergebnisse siehe Kapitel 4). Hierfür wurden, unter Maßgabe der zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen, vier Forschungsfragen bzw. Fragestellungen definiert. Im Sinne eines erweiterten Scoping-Prozesses wurden diese Fragestellungen (ebenso wie in der Folge das methodische Vorgehen) am 7. 6. 2021 in der GFA-Steuerungsgruppe vorgestellt und in Abstimmung mit den Auftraggebervertreterinnen festgelegt. Die vier Forschungsfragen lauten folgendermaßen:

1. Welche Effekte durch Änderungen bei der Spenderauswahl in anderen Ländern/Regionen wurden berichtet?
2. Welche Evidenz gibt es für die Assoziation spezifischer Sexualverhalten mit einem Infektionsrisiko? Gibt es Populationsunterschiede?
3. Welche evidenzbasierten Leitlinien gibt es, die Empfehlungen zur Spenderauswahl anführen, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens?
4. Welche Policies zur Spenderauswahl existieren in anderen Ländern, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens? Wie haben sich diese Policies in den vergangenen Jahren verändert?

Das methodische Vorgehen für die Evidenzrecherche und die Recherche der Länderpolicies erfolgte mehrstufig und unter Einbeziehung unterschiedlicher Quellen. Bei der Evidenzrecherche stand – den methodischen Standards entsprechend – eine systematische Suche in mehreren wissenschaftlichen Datenbanken im Vordergrund. Zusätzlich wurden explorative Suchen (Handsuchen) durchgeführt sowie Informationen zu den Fragestellungen von nationalen und internationalen Expertinnen und Experten eingeholt bzw. bereitgestellt. Der Ein- bzw. Ausschluss von Literatur bzw. Informationen erfolgte vor dem Hintergrund der vier Forschungsfragen. Nachfolgend findet sich eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens.

Systematische Literatursuche

Zur Beantwortung der Fragestellungen 1 und 2 wurden zwischen 26. 5. 2021 und 17. 6. 2021 systematische Literatursuchen in den Datenbanken MEDLINE, Embase und Cochrane Library durchgeführt, die Suchstrategien und Trefferzahlen sind in Anhang 3 dargestellt. Nach Entfernung der Duplikate wurden die identifizierten Publikationen in eine EndNote-Datenbank übertragen und von einer Person (GÖG-Health-Expert bzw. -Researcher) anhand von Titeln und Abstracts auf Relevanz geprüft. Die Einschlusskriterien sind in Tabelle 2.1 und Tabelle 2.2 dargestellt.

Tabelle 2.1:
Einschlusskriterien Fragestellung 1

Population	je nach Endpunkt: » Blutspender:innen » Patientinnen und Patienten » Personal in Blutspendeeinrichtungen » MSM
Intervention	Änderungen bei der Spenderauswahl bezüglich MSM
Endpunkte	primär: » Sicherheit/Qualität der Blutprodukte (z. B.: Häufigkeit TTIs, Häufigkeit HIV/HBV/HCV/T.p.-positiver Blutspenden) sekundär: » gegebenenfalls Zufriedenheit mit neuen Frageinstrumenten (Spender:innen und/oder Personal) » Compliance (wahrheitsgetreue Beantwortung der Frageinstrumente) » Blutspenderaten/Versorgungssicherheit » Minoritätenstress: z. B. Stigmatisierung, Zugehörigkeitsgefühl bei MSM
Studiende- signs	keine Einschränkung (in deutscher oder englischer Sprache)

Quelle: GÖG

Tabelle 2.2:
Einschlusskriterien Fragestellung 2

Population	keine Einschränkungen
Intervention	Einschluss: » Spezifische Sexualverhalten (z. B. anal/vaginal/oral; penetrativ/rezeptiv) Ausschluss: » Definition von Sexualverhalten nur über das Geschlecht der Partner:innen (z. B. MSM; heterosexuell)
Endpunkte	Effektmaß des „per-act“-Übertragungsrisikos (z. B. RR) Inzidenz/Prävalenz in Personengruppen mit spezifischem Sexualverhalten
Studiende- signs	Systematische Reviews mit Metaanalyse (in deutscher oder englischer Sprache)

Quelle: GÖG

Die identifizierten wissenschaftlichen Publikationen wurden von zwei Personen unabhängig voneinander zunächst auf Abstractebene und daran anschließend auf Volltextebene auf Erfüllung der Einschlusskriterien überprüft. Differenzen wurden durch Diskussion und Konsens oder durch die Einbindung einer dritten Person gelöst.

Orientierende Suche nach evidenzbasierten Leitlinien

Für die Fragestellung 3 wurde am 28. 4. 2021 eine Suche nach Leitlinien durchgeführt, und zwar auf den Websites folgender wissenschaftlicher Leitlinienorganisationen: AWMF, G-I-N Database, Trip-Database, National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Recherche von Länderpolicies

Hierfür wurde neben einer laufenden Handsuche bzw. Internetrecherche zu Länderpolicies im Hinblick auf Blutspendezugangsregularien für MSM (zuletzt am 8. 10. 2021) eine E-Mail-Anfrage an folgende internationale Wissenschaftsnetzwerke gestellt:

- » European Public Health Association (EUPHA), Section “Sexual and gender minority health” (Anfrage am 6. 5. 2021)
- » International Association for HTA (INAHTA; Anfrage am 22. 4. 2021)

Der ausgeschickte Anfragentext findet sich im Anhang 3.

In einem methodischen Folgeschritt (mehrstufige partizipative Prozesse) wurden die recherchierten Ergebnisse mit ausgewählten Expertinnen und Experten aus Österreich diskutiert und bewertet.

2.2.1.2 Fokusgruppen

Gemeinsam mit der Steuerungsgruppe wurde entschieden, Fokusgruppen durchzuführen, um die Perspektiven der unterschiedlichen Betroffenengruppen einzuholen. Dabei wurde entlang des Blutspendeprozesses gedacht und wurden folgende Gruppen identifiziert, die von einer modifizierten Blutspende betroffen wären:

- » Blutspender:innen
- » MSM, die Blut spenden (wollen)
- » Blutspendeorganisationen und blutverarbeitende Organisationen
- » Patientinnen/Patienten, die Blut und Blutprodukte erhalten

Unter Berücksichtigung der kurzen Laufzeit dieser GFA wurden für die Fokusgruppen Vertreter:innen relevanter Organisationen eingebunden. Da dies bei der Gruppe der Blutspender:innen allgemein nicht möglich ist, wurde hierzu keine Fokusgruppe durchgeführt. Sollte eine modifizierte Risikoeinschätzung in Form einer oder mehrerer Fragen zu sexuellem Risikoverhalten eingeführt werden, die alle Blutspender:innen beantworten müssen, wäre die Berücksichtigung der Wahrnehmung der Blutspender:innen sinnvoll.

Die Auswahl der Teilnehmer:innen der Fokusgruppen wurde mit den Auftraggebervertreterinnen abgestimmt und der Steuerungsgruppe zum Feedback übermittelt (siehe Übersicht in Anhang 1).

Die drei Fokusgruppen fanden im September online via Zoom zu den nachfolgend angeführten Terminen statt (Dauer jeweils maximal zwei Stunden):

- » Interessenvertretungen für MSM, die Blut spenden (wollen): 21. 9. 2021
- » Blutspendeorganisationen und blutverarbeitende Organisationen: 15. 9. 2021
- » Patientinnen/Patienten, die Blut und Blutprodukte erhalten: 13. 9. 2021

Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen wurde vorab ein Foliensatz mit Informationen zur GFA und zum konkreten Vorhaben sowie beispielhafte Fragen zur geschlechtsneutralen Formulierung von Fragen zur Abschätzung sexuellen Risikoverhaltens (Großbritannien, Schottland, Deutschland) zugeschickt. In allen Fokusgruppen wurden die gleichen Leitfragen diskutiert (siehe Anhang 2). Die Ergebnisse sind in Kapitel 5 dargestellt.

2.2.2 Folgenabschätzung und Bewertung

Die gesammelten Ergebnisse (jene der Evidenzrecherche und jene der Fokusgruppen) wurden vom Projektteam aufbereitet und den Teilnehmenden des **Bewertungsworkshops** vorab zugeschickt.

Bewertungsworkshop

Der Bewertungsworkshop stellt das Kernstück dieser GFA dar, weshalb unterschiedliche Akteurinnen und Akteure dazu eingeladen wurden (siehe die Liste der vertretenen Institutionen/Organisationen in Anhang 1). Er fand am 1. 10. 2021 online via Zoom statt. Die qualitative Bewertung wurde mithilfe des Zoom-Abstimmungstools durchgeführt, um die unterschiedlichen Einschätzungen auch mit der Anzahl der jeweiligen Stimmen zu hinterlegen. Zur Erläuterung wurden nach der Erörterung jeder Auswirkung Begründungen für die jeweilige Abschätzung gesammelt. In der Diskussion mit den Teilnehmenden konnten auch ein paar Handlungsempfehlungen festgehalten werden. Die Ergebnisse des Bewertungsworkshops sind in Kapitel 6 beschrieben.

2.3 Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen

Die Phase der Berichtslegung und Ableitung von Empfehlungen umfasst im Wesentlichen die Erstellung des GFA-Berichts, der die Gesundheitsauswirkungen einer modifizierten Risikoabschätzung bei der Blutspende mit Fokus auf MSM sowie erste Handlungsempfehlungen beinhaltet.

Aus Zeitgründen fand kein eigener Empfehlungsworkshop statt. Die unten beschriebenen Handlungsempfehlungen wurden zum einen in den Fokusgruppen gesammelt und zum anderen im Bewertungsworkshop teilweise ergänzt.

2.4 Monitoring und Evaluation

Die letzte Phase des GFA-Prozesses stellen Monitoring und Evaluation dar. Die Evaluation dient im Wesentlichen der Qualitätssicherung und dem Festhalten von Erfahrungen für zukünftige Gesundheitsfolgenabschätzungen. Das Monitoring im Anschluss an eine GFA prüft einerseits, ob die Empfehlungen der GFA umgesetzt wurden, und zum anderen, ob tatsächliche Gesundheitsauswirkungen längerfristig zu beobachten sind. Diese Phase der GFA ist im Projektumfang nicht vorgesehen.

3 Ausgangslage

3.1 Bevölkerungsprofil (relevante Eckpunkte)

Laut Statistik Austria leben in Österreich **knapp neun Millionen Menschen** (Stand Jahresbeginn 2021: 8.932.664 Menschen), rund 49 Prozent von ihnen sind Männer und 51 Prozent Frauen. Die Altersverteilung in der Gesamtbevölkerung sieht wie folgt aus: 19,3 Prozent sind unter 19 Jahre alt, 61,5 Prozent sind zwischen 20 und 64 Jahre alt und 19,2 Prozent sind über 65 Jahre alt. (Statistik Austria 2021)

Laut dem 3. Österreichischen Männerbericht erlauben Studien aus Deutschland eine **grobe Schätzung des Anteils homosexueller Menschen** in der Gesellschaft, die auf Österreich übertragbar ist. Es wird jedoch auch angemerkt, dass die Zahlen je nach konkreten Fragestellungen in Studien leicht unterschiedlich ausfallen (z. B. Frage nach gleichgeschlechtlichen Kontakten vs. Frage danach, jemals gegenüber dem gleichen Geschlecht erotisches Begehren gefühlt zu haben). In diesem Zusammenhang wird beschrieben, dass bei solchen Befragungen nur rund die Hälfte der homosexuellen Männer sich auch tatsächlich so deklariert. So zeigt beispielsweise eine deutsche Studie [Peuckert 2012, zitiert nach (BMASK 2017)], dass sich zwar nur vier Prozent der befragten Männer offen zu ihrer Homo- oder Bisexualität bekannten, aber doch neun Prozent angaben, sich vom gleichen Geschlecht angezogen zu fühlen. Weitere zitierte deutsche Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen von **vier Prozent und sechs Prozent Selbstidentifikation** als homo- oder bisexuelle Männer. Im 3. Österreichischen Männerbericht wird darauf verwiesen, dass die Verbreitung in Österreich in etwa ähnlich hoch sein dürfte, wie sie die Ergebnisse für Deutschland zeigen. (BMASK 2017)

3.2 Blutspenden in Österreich

Alle 90 Sekunden wird in Österreich durchschnittlich eine Blutkonserve benötigt, aber nur rund 3,5 Prozent der Bevölkerung ab 18 Jahren spenden Blut. Da eine Konserve maximal 42 Tage hält bedarf es hier einer langfristigen Planung und sogenannte Mehrfachspender:innen, also Personen die regelmäßig ihr Blut spenden¹. Der Gesundheitsausschuss verweist auf Basis einer Evaluierung der Ausschlussgründe für eine Blutspende in der Blutsicherheitsverordnung im Hinblick auf Diskriminierung darauf, dass die Blutversorgung in Österreich laut dem Leiter der Blutspendenzentrale des ÖRK für Wien, Niederösterreich und das Burgenland in den letzten 20 Jahren zu 100 Prozent der Fälle aufrechterhalten werden konnte (XXVII. GP 2020).

Die Vollblutspende ist die häufigste Art der Blutspende dabei werden dem:der Spender:in ca. 465 ml Blut aus der Armvene entnommen. Bei der Multikomponentenspende werden hingegen nur gewisse Blutanteile gespendet, die meist von schwerkranken Patientinnen und Patienten gebraucht werden. Bei jeder Blutspende muss ein amtlicher Lichtbildausweis vorgezeigt werden. Der Blutspendevorgang dauert insgesamt 30 bis 45 Minuten und besteht aus dem Ausfüllen eines

¹

<https://www.rotekreuz.at/ich-will-helfen/blutspenden-einfach-erklart> (ÖRK 2021)

Fragebogens, einem medizinischen Check, der eigentlichen Blutspende sowie einer kurzen Ruhepause nach dem Spenden. Das abgenommene Vollblut wird unmittelbar nach der Spende im Labor Sicherheitstests unterzogen, in verschiedene Komponenten getrennt und in der Produktion zu verschiedenen Blutprodukten verarbeitet, die dann Patientinnen und Patienten erhalten. Frauen dürfen vier- bis fünfmal pro Jahr, Männer bis zu sechsmal pro Jahr Blut spenden. Der Mindestabstand zwischen zwei Vollblutspenden muss acht Wochen betragen. Grundsätzlich darf in Österreich jeder zwischen dem 18. und 70. Geburtstag (Erstspende vor dem 60. Lebensjahr) mit einem Mindestgewicht von 50 kg, soweit keine gesundheitlichen Bedenken vorliegen, Blut spenden. Über die Eignung und Zulassung zur Blutspende entscheidet letztlich ein:e Mitarbeiter:in der Blutspendeeinrichtung aufgrund gesetzlicher Vorgaben.²

Möglich ist das Blutspenden entweder bei mobilen Blutspendeaktionen oder bei Blutspendeeinrichtungen. 90 Prozent der Vollblutspenden werden durch das Österreichische Rote Kreuz (ÖRK) aufgebracht, welches in jedem Bundesland unterschiedliche (Dienst-)Stellen hat³. Weitere Organisationen, die Blut abnehmen, sind in Österreich die Blutbanken des Klinikums St. Pölten sowie des Klinikums Mistelbach-Gänserndorf und der Samariterbund.

Daten zur Blutspende in Österreich

Um einen Einblick in die Blutspende in Österreich zu bekommen, werden anschließend Daten des Österreichischen Roten Kreuzes (ÖRK) für das **Jahr 2019** dargestellt, da jene von 2020 pandemiebedingt leicht von den Vorjahreswerten abweichen. (ÖRK 2020)

Im Jahr 2019 wurden insgesamt **337.561 Vollblutspenden** von **217.757 Spendenden** in ganz Österreich abgenommen. Die häufigsten Vollblutspenden pro 100.000 Einwohner:innen (EW) gab es im Burgenland (6.091), gefolgt von Salzburg (5.825), Tirol (5.007) und Niederösterreich (4.287). In Wien gab es 2019 die geringste Anzahl von Vollblutspenden pro 100.000 EW (2.289). (ÖRK 2020)

Die nachfolgenden Daten wurden von der Blutspendezentrale des ÖRK für Wien, Niederösterreich und das Burgenland zur Verfügung gestellt und beziehen sich auch ausschließlich auf diese drei östlichen Bundesländer, da detailliertere Informationen zu potenziellen und abgewiesenen Spenderinnen/Spendern österreichweit derzeit nicht gleichermaßen erhoben werden. Diese Informationen sollen einen Eindruck vermitteln, wie sich die Gruppe der Spender:innen nach Geschlecht und Alter zusammensetzt und wie viele potenzielle Spender:innen abgewiesen werden.

Im gesamten Jahr 2019 gab es in den drei genannten Bundesländern **93.423 potenzielle Blutspender:innen**⁴, von denen **79.651 zur Blutspende zugelassen** wurden⁵, jeweils mehr Männer als

²

FAQs zur Blutspende des Roten Kreuzes: <https://www.rotekreuz.at/oberoesterreich/ich-will-helfen/faqs-blutspende>

³

<https://www.drk-haemotherapie.de/ausgaben/ausgabe-21-2013>

⁴

Personen, die mindestens einmal in diesem Jahr in einer Blutabnahme erschienen sind und einen Fragebogen ausgefüllt haben

⁵

Personen, die nach der Beantwortung des Fragebogens und der Untersuchung / dem Gespräch mindestens einmal in diesem Jahr zu einer Blutspende zugelassen wurden

Frauen (64 % vs. 36 %). Das Durchschnittsalter lag bei 44 bzw. 42 Jahren. Der Anteil der im Jahr 2019 **abgewiesenen Spender:innen war bei Frauen höher als bei Männern** (17 % vs. 14 %).

Von den insgesamt 13.772 abgewiesenen Personen wurden 62 (0,5 %) aufgrund eines hohen Risikos für sexuell übertragbare Krankheiten abgewiesen. Dies umfasst neben MSM auch anderes Verhalten: Sexuelle Aktivität gegen Geld oder Drogen, Geschlechtsverkehr mit Personen aus Ländern mit erhöhter AIDS-Rate, mehr als drei Sexualpartner:innen etc. Bei einer Großzahl der Personen, die nicht zur Blutspende zugelassen wurden, waren also andere Kriterien für den Ausschluss ausschlaggebend (siehe Kapitel 3.2.1). In Anhang 4 befindet sich der aktuelle Erhebungsbogen, der für die Zulassung zur Blutspende vom ÖRK verwendet wird.

3.2.1 Gesetzliche Grundlagen in Österreich

Blut und Blutprodukte stellen neben anderen Arzneimitteln eine wichtige Therapieform dar. Die nationalen Gesetze und Verordnungen beruhen auf EU-Vorgaben. Die Basisrichtlinien in diesem Zusammenhang sind Richtlinie 2002/98/EG, die Richtlinien 2004/33/EG, 2005/61/EG, 2005/62/EG der Kommission, sowie sind des Weiteren die Richtlinien 2009/135/EG, 2011/38/EU, 2014/110/EU und (EU) 2016/1214 in diesem Kontext zu nennen. Diese EU-Richtlinien umfassen unterschiedlichste Qualitäts- und Sicherheitsaspekte. So müssen beispielsweise gemäß Richtlinie (EU) 2016/1214 die EU-Länder sicherstellen, dass die Qualitätssysteme der Blutspendeeinrichtungen dem „Leitfaden für Gute Praxis“ (EDQM 2018) entsprechen. Die EU-Mitgliedstaaten können aufbauend auf diesen Richtlinien national strengere Vorschriften für die Qualität und Sicherheit von Blut und Blutprodukten anwenden. Derzeit werden diese EU-Vorschriften überarbeitet (EU 2021).

Alle Blutdepots der EU-Mitgliedsländer muss ein Leitfaden für Gute Praxis zur Verfügung stehen und von ihnen genutzt werden. Sie müssen den Leitfaden für Gute Praxis beachten, der von der Europäischen Kommission und der Europäische Direktion für die Arzneimittelqualität des Europarates gemeinsam ausgearbeitet wurde. Gemäß Richtlinie (EU) 2016/1214 müssen die EU-Länder sicherstellen, dass die Qualitätssysteme der Blutspendeeinrichtungen bis zum 15. Februar 2018 dem Leitfaden für Gute Praxis entsprechen.

Die relevanten gesetzlichen Grundlagen der Blutsicherheit für Blut und Blutprodukte zur Transfusion finden sich in den nachstehenden österreichischen Gesetzen und Verordnungen:

- » Arzneimittelgesetz (AMG)
- » Blutsicherheitsgesetz (BSG)
- » Hämovigilanz-Verordnung (HäVO)
- » Blutspenderverordnung (BSV)
- » Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betreffend Arzneimittel aus menschlichem Blut
- » Rechtsvorschrift für Regelungen über den Betrieb und das Qualitätssystem von Blutspendeeinrichtungen (QS-VO Blut)⁶

6

<https://www.basg.gv.at/gesundheitsberufe/blutsicherheit>

Um die Qualität und Sicherheit zu gewährleisten, unterliegen Blut und Blutprodukte in Österreich strengen Kontrollen nach dem Arzneimittelgesetz (AMG) (Arzneimittelgesetz – AMG) sowie nach dem Blutsicherheitsgesetz (BSG) (Blutsicherheitsgesetz 1999 – BSG 1999). Die Hämovigilanz-Verordnung (HäVO) (Hämovigilanz-Verordnung 2007 – HäVO 2007) regelt die Meldungen ernster unerwünschter Reaktionen oder ernster Zwischenfälle im Zusammenhang mit der Gewinnung, Testung, Transfusion, Verarbeitung, Lagerung oder Verteilung von Blut oder Blutbestandteilen oder im Zusammenhang mit produktbezogenen Mängeln bei Blut oder Blutbestandteilen. Dies bezieht sich jedoch nicht auf die Gewinnung und Testung von Blut oder Blutbestandteilen von Personen, denen Blut oder Blutbestandteile zu diagnostischen Zwecken entnommen werden.

Das **Blutsicherheitsgesetz (BSG)** (Blutsicherheitsgesetz 1999 – BSG 1999) regelt Gewinnung und Testung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen (Blutplasma und korpuskuläre Bestandteile) sowie die damit zusammenhängenden Sicherheitsmaßnahmen zum Schutz der Spender:innen und Patientinnen/Patienten. Darin ist u. a. geregelt, welche Bestimmungen Blutspendeeinrichtungen erfüllen müssen, um als solche in der Blutspende tätig zu werden. Hinsichtlich der Spender:innen wird festgehalten, dass ihnen nur mit schriftlicher Zustimmung – auf freiwilliger Basis und ohne Zwang – Blut entnommen werden darf. Vor der Gewinnung des Blutes sind die spendenden Personen über mögliche Gefahren vonseiten einer berechtigten Person aufzuklären (weitere Erläuterungen dazu in der Blutspenderverordnung sind unten beschrieben). Die Spender:innen müssen auch auf die Möglichkeit, einen freiwilligen Selbstausschluss vornehmen zu können, hingewiesen werden. (Blutsicherheitsgesetz 1999 – BSG 1999)

Des Weiteren ist im BSG festgelegt, dass bei der Erhebung der Anamnese und der Eingangsuntersuchung (Weiteres siehe unten) die Privatsphäre der Spender:innen zu wahren ist und nur personenbezogene Daten bekannt gegeben werden müssen, die für die Aufgabenerfüllung erforderlich sind – diese sind ebenfalls unter dem Punkt Dokumentation im BSG gelistet.

Das BSG schreibt auch vor, dass Spender:innen durch einen Aushang in der Blutspendeeinrichtung oder auf andere geeignete Weise darauf hinzuweisen sind, dass eine Blutspende keine angebrachte Methode zur Ermittlung des eigenen HIV-Status ist und diesfalls mit rechtlichen Konsequenzen für den:die Spender:in verbunden sein kann. (Blutsicherheitsgesetz 1999 – BSG 1999)

Für die operative Durchführung der Blutspende ist die **Blutspenderverordnung (BSV)** eine weitere zentrale Rechtsgrundlage. Sie regelt, welche Erfordernisse von Spenderinnen und Spender zu erfüllen sind, denen Blut oder Blutbestandteile (Blutplasma und korpuskuläre Bestandteile) zur Anwendung an anderen Personen oder für andere Personen entnommen werden sollen. In diesem Zusammenhang ist auch festgeschrieben, dass im Rahmen jeder Spende die gesundheitliche Eignung der Spendenden festzustellen ist. Dies soll dem Schutz der Spender:innen sowie der Sicherstellung der einwandfreien Beschaffenheit des Blutes oder der Blutbestandteile dienen. Die hier beschriebenen Inhalte beziehen sich auf die aktuell gültige Verordnung, die im Jahr 2019 zuletzt aktualisiert wurde. (Blutspenderverordnung – BSV)

Die Beurteilung der gesundheitlichen Eignung der spendenden Person ist mittels **Anamnese vor jeder Spende (Befragung der Spenderin / des Spenders zu ihrem/seinem Gesundheitszustand)** sowie einer **Eignungsuntersuchung** (Beurteilung des Allgemein- und Ernährungszustands anhand bestimmter festgelegter Kriterien wie z. B. Körpergewicht und Blutdruck) durchzuführen. Die Beurteilung der gesundheitlichen Eignung ist auf Grundlage eines standardisierten Algorithmus durch eine hierzu qualifizierte Ärztin bzw. einen hierzu qualifizierten Arzt oder durch qualifizierte Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vorzunehmen.

Zusätzlich zu dieser Eignungsbeurteilung direkt vor der Spende wird das entnommene Blut zur Prüfung auf seine einwandfreie Beschaffenheit einer Laboruntersuchung (in § 12 BSV geregelt) unterzogen. (Blutspenderverordnung – BSV)

Die BSV definiert Sachverhalte, die im Rahmen der Befragung zum Gesundheitszustand der Spender:innen (Anamnese) abgeklärt werden müssen. Der Anamnesebogen muss sowohl von der spendenden Person als auch von der Person, die das Gespräch geführt hat (Ärztin/Arzt oder qualifizierten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege), unterzeichnet werden. Damit wird bestätigt, dass der:die Spender:in ...

- » das zur Verfügung gestellte Aufklärungsmaterial gelesen und verstanden hat,
 - » Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen,
 - » zufriedenstellende Antworten auf alle gestellten Fragen erhalten hat,
 - » nach vorheriger Aufklärung eingewilligt hat, dass der Spendeprozess fortgesetzt wird,
 - » im Falle einer Eigenblutspende darüber informiert wurde, dass das gespendete Blut oder die gespendeten Blutbestandteile für den geplanten Transfusionszweck möglicherweise nicht ausreichen, und
 - » bestätigt hat, dass er:sie alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht hat.
- (Blutspenderverordnung – BSV)

Die Spender:innen sind im Rahmen dieser Befragung über Risiken bei der Gewinnung von Blut oder Blutbestandteilen aufzuklären und über Risikofaktoren bezüglich der gesundheitlichen Eignung zur Spende sowie der einwandfreien Beschaffenheit des Blutes oder der Blutbestandteile, insbesondere über HIV-Risikoverhalten, Hepatitis und andere übertragbare Erkrankungen, zu informieren. (Blutspenderverordnung – BSV)

Die BSV **definiert dauernde Ausschlussgründe (Ausschluss) und zeitlich begrenzte Ausschlussgründe (Rückstellung)** für die Blutspende. Unter den dauernden Ausschlussgründen finden sich Angaben zu Altersgrenzen, nachgewiesene Infektionen oder Krankheiten bzw. bestimmte Risikofaktoren. Unter Risikofaktoren fallen beispielsweise Suchtgiftmissbrauch oder dauerndes Risikoverhalten in Bezug auf eine Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten, insbesondere mit HIV und HBV. Unter die zeitlich begrenzten Ausschlussgründe fallen u. a. Personen, die sich einem **Risiko für eine Infektion mit sexuell übertragbaren Krankheiten**, insbesondere mit HIV und HBV, ausgesetzt haben, für die (Ausschluss-)Dauer von zwölf Monaten nach diesem Ereignis, wobei eine reduzierte Ausschlussdauer von vier Monaten akzeptiert wird, sofern ein NAT-Test auf Hepatitis C negativ ausfällt. Eine genaue **Definition**, was als sexuelles Risikoverhalten gewertet werden und zu diesem temporären Ausschluss von der Blutspende führen soll, **beinhaltet die Verordnung nicht**. (Blutspenderverordnung – BSV)

Das gewonnene Blut muss bestimmten Laboruntersuchungen unterzogen werden, die in der BSV festgeschrieben sind. Darunter fallen u. a. die Untersuchung auf Hepatitis B (Hepatitis-B-Oberflächenantigenbestimmung), Hepatitis C (Hepatitis-C-Antikörperbestimmung bzw. NAT-Testung), eine AIDS/HIV-Infektion (HIV-Antikörperbestimmung gemäß der Verordnung über Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung in der HIV-Diagnostik und die bei der Vornahme von HIV-Tests einzuhaltende Vorgangsweise, BGBl. Nr. 772/1994, zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 221/2004) sowie bei Blutprodukten, die zur direkten Transfusion ohne Virusinaktivierungsverfahren gewonnen werden, eine Bestimmung auf HIV- und HCV-Genome mittels NAT. (Blutspenderverordnung – BSV)

Die Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betreffend Arzneimittel aus menschlichem Blut regelt Prozesse, die die Sicherheit und Qualität der entsprechenden Arzneimittel gewährleisten soll. So ist beispielsweise in Anhang A dieser Verordnung ist gelistet, welche Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen erfüllt werden müssen (BGBl. II Nr. 187/2005).

Die Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der nähere Regelungen über den Betrieb und das Qualitätssystem von Blutspendeeinrichtungen und Betrieben, die ausschließlich zur Transfusion bestimmtes Blut oder ebensolche Blutbestandteile verarbeiten, lagern oder verteilen, getroffen werden (QS-VO-Blut) schreibt weitere Details hinsichtlich des Qualitätssystems fest und beinhaltet Aspekte wie Qualitätssicherung, Personal, Räumlichkeiten, Ausrüstung etc.

3.2.2 Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen

Im Jahr 2019 führte ein Initiativantrag der Abgeordneten (113/E XXVI. GP 2019) Schwarz, Kucher, Kolleginnen und Kollegen dazu, dass das Bundesgesetz über die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen in Blutspendeeinrichtungen geändert wurde (BSG 1999). Die wesentliche Änderung besteht darin, dass durch die Neuauflage des Gesetzes in mobilen Blutspendeeinrichtungen nicht ausschließlich Ärztinnen und Ärzte die Anamnese vornehmen dürfen sondern auch qualifizierten Angehörigen des gehobenen Dienstes in der Gesundheits- und Krankenpflege (näheres siehe oben). In diesem Initiativantrag wurde außerdem vorgeschlagen, einen standardisierten Anamnesebogen zur Beurteilung der gesundheitlichen Eignung der Blutspender:innen zu entwickeln.

Das BMSGPK hat unter Mitwirkung von Mitgliedern der Blutkommission „Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen“ erarbeitet. Dieses Dokument dient der qualitätssichernden Feststellung der gesundheitlichen Eignung einer Blutspenderin oder eines Blutspenders, die aus mehreren Teilen besteht: dem standardisierten Anamnesebogen sowie einem standardisierten Prozessablauf. Danach erfolgt erst die Freigabe der Spenderin bzw. des Spenders zur Blutspende. Der standardisierte Anamnesebogen beinhaltete ursprünglich 37 Fragen sowie einen Entscheidungsstrang für das Personal, der eine Einschätzung der Eignung der potenziellen Blutspender:innen ermöglicht, und wurde 2021 aktualisiert. Im Zuge der Aktualisierung wurde die Frage 37 auf zwei Fragen aufgeteilt und die Empfehlung der Rückstellfrist von MSM auf 4 Monate reduziert (bei negativer NAT-Testung gemäß BSV §6 Abs. 3). (BMSGPK 2021 d)⁷

Für die vorliegende GFA sind die Fragen 37 und 38 des Dokuments „Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen (Stand 2/2021)“ relevant, da sie auf die Abschätzung sexuellen Risikoverhaltens abzielen. Die Fragen lauten wie folgt (BMSGPK 2021 d):

„37. Hatten Sie in den letzten 4 Monaten:^{8 9}

⁷
Blutspenderverordnung bringt neuen Anamnesebogen (BMSGPK 2019)

- a) Eine/n IntimpartnerIn, die/der an einer sexuell übertragbaren Infektion erkrankt ist (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, ...)?
- b) Als Frau Sex mit einem Mann, der Sex mit einem Mann hatte?
- c) Sex in Anspruch genommen gegen Geld oder Drogen?
- d) Hatten Sie Geschlechtsverkehr mit Personen aus Ländern mit einer erhöhten AIDS-Rate?
- e) Als Mann Sex mit einem Mann?

38. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten:

- a) Sexdienstleistung ausgeführt gegen Geld oder Drogen?
- b) Mehr als 3 Sexualpartner:innen?

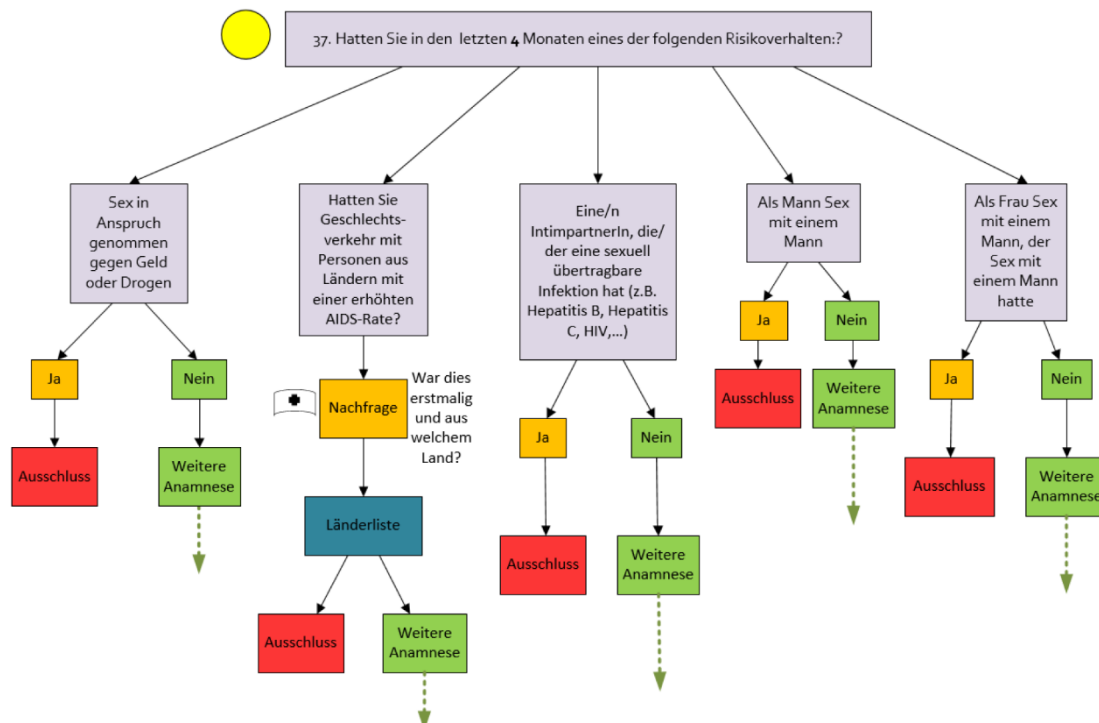
⁸ Gilt nur, wenn entsprechend Blutspenderverordnung (BSV) § 6 Abs. 3 eine NAT-Testung erfolgt. Ansonsten sind die Fragen entsprechend der Rückstellungsfristen gemäß BSV anzupassen

⁹ Bitte beachten Sie die aufliegende Information über HIV und den freiwilligen Selbstausschluss⁹

Essenziell für diese GFA ist der Unterpunkt e der Frage 37 („Hatten Sie in den letzten 4 Monaten als Mann Sex mit einem Mann?“). Laut dem Algorithmus, der für diese Frage im genannten Dokument abgebildet ist, würde die Beantwortung dieser Frage mit „Ja“ zu einem Ausschluss von der Blutspende führen (siehe Abbildung 3.1).

Abbildung 3.1:

Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen – Auszug Frage 37



Quelle: BMSGPK (2021d)

3.2.3 Sexuell übertragbare Krankheiten und Blutsicherheit

Seit den späten Achtzigerjahren hat die Infektionssicherheit von Blutprodukten einen sehr hohen Stellenwert. In dieser Zeit erlitten viele Patientinnen und Patienten Virusinfektionen durch Blutprodukte, zum Beispiel mit dem als AIDS-Virus bekannten humanen Immundefizienzvirus (HIV). Dies ist das wichtigste und bekannteste Beispiel von gefährlichen Viren, die durch Sexualkontakte und Blut bzw. Blutprodukte übertragen werden können. Die Infektion bleibt oft lange unbekannt sowie unbehandelt und verursacht (zum Teil erst nach einigen Jahren) eine Immunschwäche. HIV setzt sich jedoch schnell in bestimmten Immunzellen fest und gelangt kontinuierlich in die Blutbahn. So ist es möglich, dass man sich nach der Ansteckung über eine lange Zeit gesund und damit auch fit genug für eine Blutspende fühlt, während das Virus in dieser Phase aber schon weitergegeben werden kann.

„Es ist mit Daten belegt, dass Sexualverkehr unter Männern mit einem besonders hohen Risiko einer HIV-Übertragung behaftet ist. Die vom Robert Koch-Institut (RKI) erfassten epidemiologischen Zahlen zeigen, dass rund zwei Drittel der Neuinfektionen mit HIV in der Gruppe der MSM auftreten. Die Abschätzung eines HIV-Infektionsrisikos hängt von mehreren Faktoren ab. Epidemiologische Untersuchungen ergaben, dass der Anteil der MSM mit mehr als einem Sexualpartner in den letzten zwölf Monaten höher ist als bei Heterosexuellen. Die Kondomverwendung als Präventionsmaßnahme unterscheidet sich insgesamt nicht wesentlich zwischen Heterosexuellen und HIV-negativen Homosexuellen. Da der Anteil von MSM an der Gesamtbevölkerung auf ca. drei bis fünf Prozent geschätzt wird, aber etwa zwei Drittel aller HIV-Infizierten umfasst, ist das Risiko, sich zu infizieren, besonders hoch.“⁸

Zwar können Blutspenden mit sensitiven Methoden auf Hinweise für HIV-Infektionen getestet werden, jedoch können die Ergebnisse dieser Tests in der Frühphase nach einer HIV-Infektion falsch negativ ausfallen. Dieses sogenannte diagnostische Fenster (Zeitspanne zwischen einer Infektion und ihrem sicheren Nachweis⁹) ist die wesentliche Ursache dafür, dass weiterhin ein Restrisiko von HIV-Übertragungen durch Transfusionen aus Spenden frisch infizierter Personen besteht. Dieser Hintergrund führte in vielen Ländern zu einer Rückstellung oder sogar einem Verbot der Blutspende für Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben. Derzeit werden diese in Österreich von den Blutspendeeinrichtungen für zwölf Monate von der Blutspende zurückgestellt. Diese Wartefrist gilt zudem für Personen, die innerhalb der letzten zwölf Monate Sex mit mehr als drei Sexualpartnerinnen/-partnern hatten, und für Frauen, die Sex mit einem Mann hatten, der gleichgeschlechtlichen Sex hatte. (Blutspenderverordnung – BSV)¹⁰

⁸

<https://www.pei.de/DE/newsroom/positionen/blutspende-ausschluss/200310-ausschluss-blutspende.html>

⁹

<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/d/lexikon-diagnostische-luecke1>

¹⁰

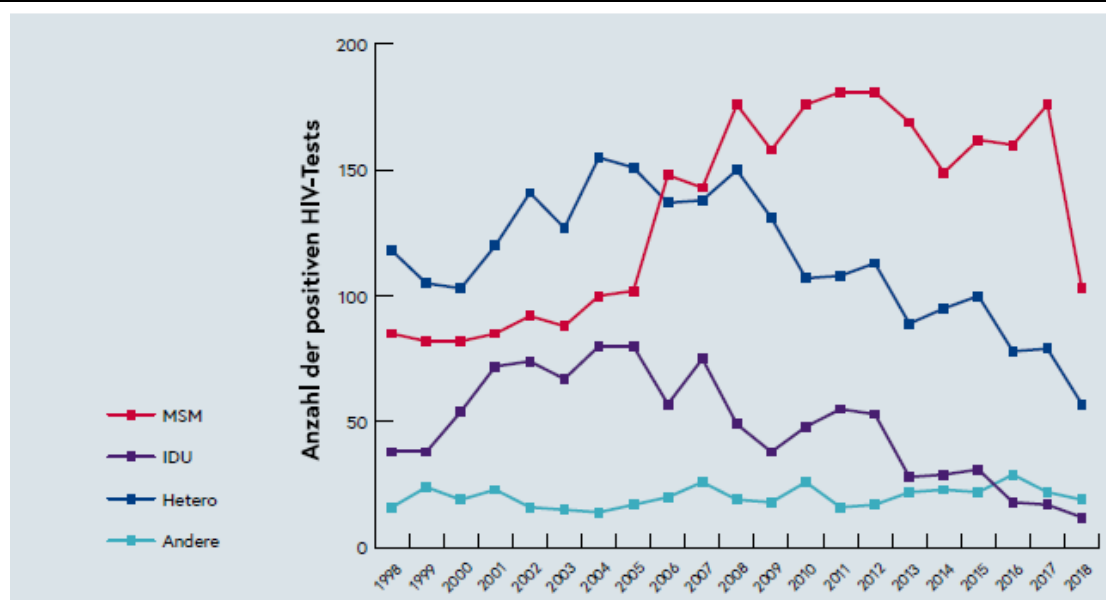
<https://www.pei.de/DE/newsroom/positionen/blutspende-ausschluss/200310-ausschluss-blutspende.html>

3.2.3.1 Epidemiologie von HIV-, HBV-, HCV- und Syphilis-Infektionen in Österreich

Da in Österreich eine HIV-Infektion keiner Meldepflicht unterliegt, stammen Daten zu HIV und AIDS vorwiegend aus der österreichischen Kohortenstudie, die im Jahr 2001 ins Leben gerufen wurde (Leierer et al. 2019). Die dortigen Zahlen aus dem Jahr 2018 zeigen, dass der verhältnismäßig größte Anteil der HIV-Neudiagnosen bei MSM zu beobachten ist, wobei die jährliche Infektionsrate bei MSM seit ca. zehn Jahren weitestgehend konstant ist (siehe Abbildung 3.2). Bei Heterosexuellen geht die Rate der HIV-Infektionen seit 2008 mehr oder weniger kontinuierlich zurück und erreichte im Jahr 2018 das niedrigste Niveau seit 1998. Insgesamt – über alle Subgruppen hinweg – ist die Zahl der jährlichen HIV-Neuinfektionen mit 400-500 seit Jahren weitgehend konstant (BMASGK 2019). Eine Auswertung der ECDC aus dem Jahr 2017 zeigt, dass es in europäischen Ländern im Schnitt sechs HIV-Diagnosen pro 100.000 EW gibt (ECDC 2019). Österreich liegt hier mit drei pro 100.000 EW unter dem europäischen Durchschnitt.

Abbildung 3.2:

Anzahl der positiven HIV-Tests nach Übertragungsweg, seit 1998

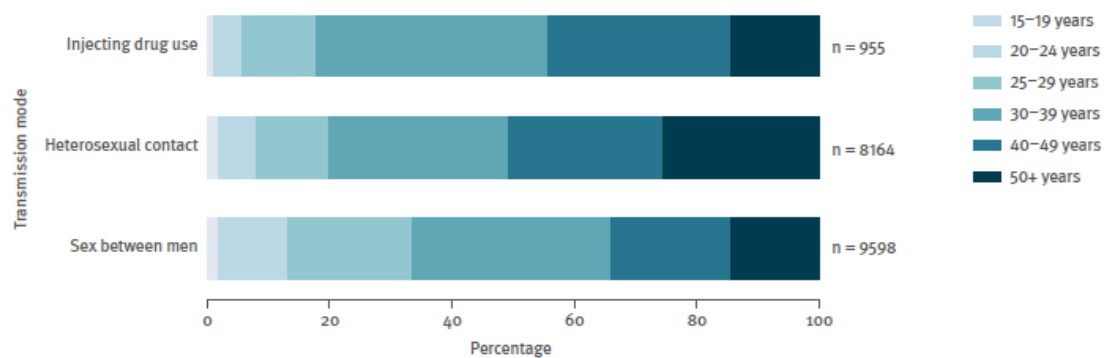


MSM = Sex zwischen Männern (Men having Sex with Men); IDU = Injizierender Drogenkonsum (Injecting Drug Use); Hetero = heterosexueller Geschlechtsverkehr

Quelle: BMASGK (2019)

Ein Bericht des ECDC in Kooperation mit der WHO weist die Verteilung der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2019 nach Altersgruppen und Übertragungsmodus aus (ECDC 2020) (siehe Abbildung 3.3). Demnach sind 39 Prozent der Fälle ($n = 9.598$) auf Sex zwischen Männern und 33 Prozent ($n = 8.164$) auf heterosexuelle Kontakte zurückzuführen. Vier Prozent konnten auf intravenösen Drogenkonsum zurückgeführt werden (siehe Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:
Anzahl der HIV-Neuinfektionen in europäischen Ländern im Jahr 2019

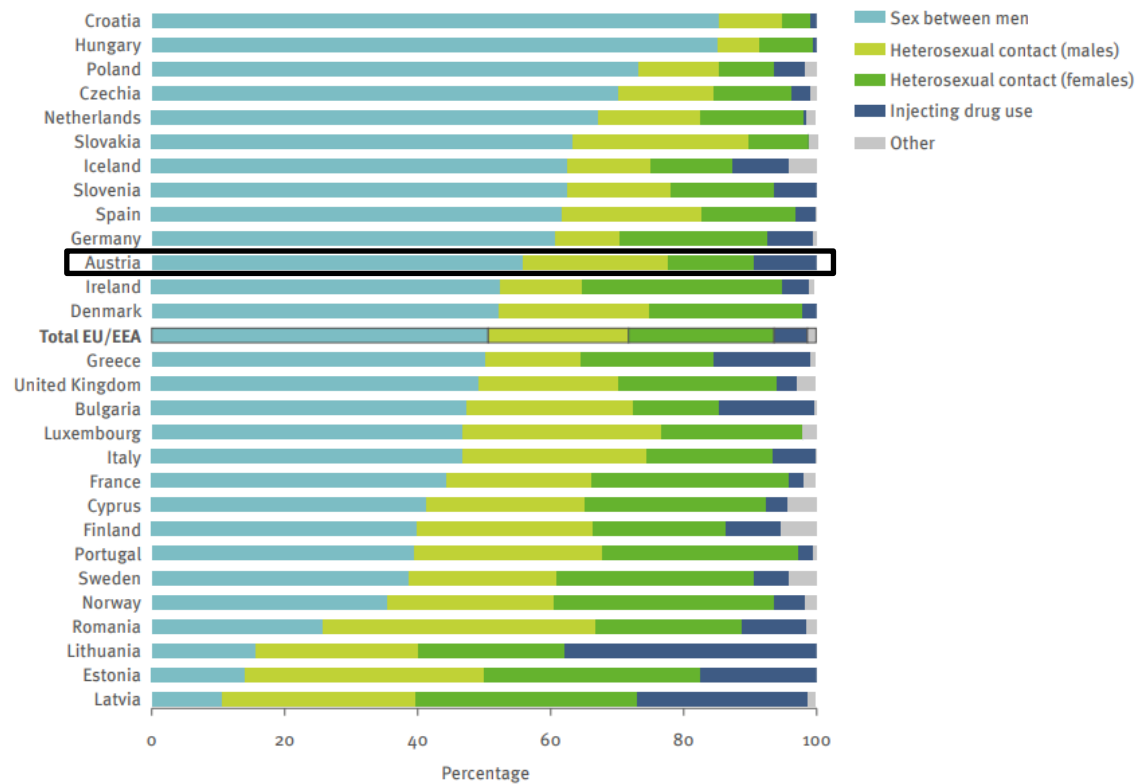


Quelle: (ECDC 2020)

Die nachstehende Abbildung zeigt einen Vergleich der HIV-Erstdiagnosen der im ECDC/WHO-Bericht berücksichtigten Länder in Bezug auf den Übertragungsweg. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass in vielen europäischen Ländern die meisten HIV-Diagnosen auf den Übertragungsweg MSM zurückzuführen sind. Österreich liegt mit etwa 55 Prozent aller Neudiagnosen, die auf MSM zurückzuführen sind, leicht über dem Durchschnittswert der betrachteten Länder. Im Vergleich zum EU/EWR-Durchschnitt ist aber auch der Anteil jener HIV-Neuinfektionen, der auf injizierenden Drogenkonsum zurückzuführen ist, in Österreich etwas höher. (ECDC 2020)

Abbildung 3.4:

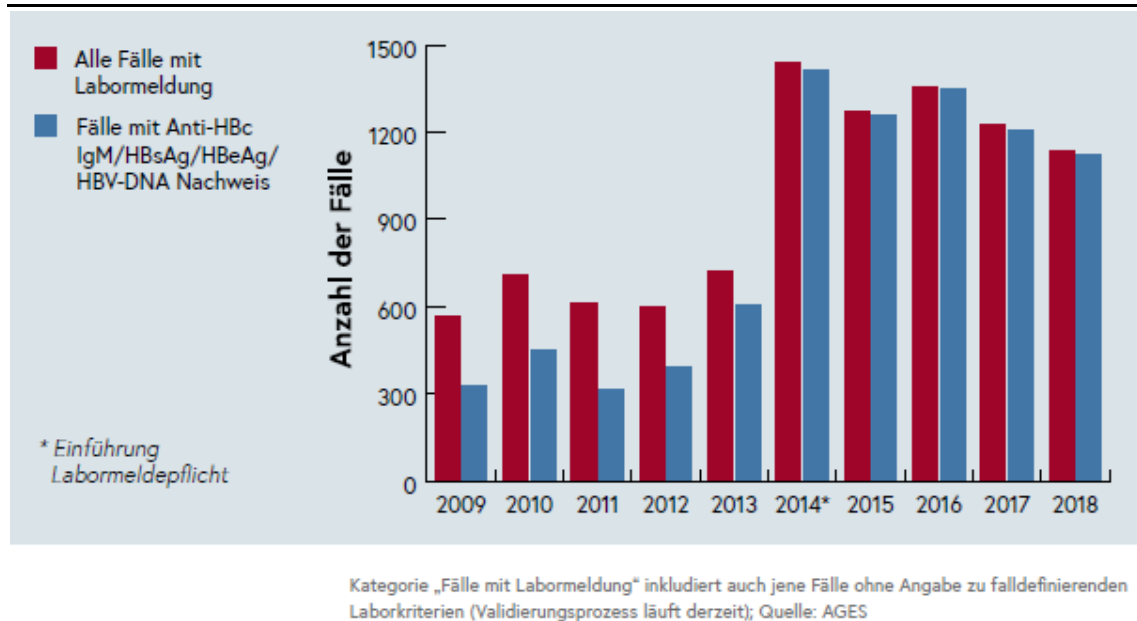
Anteil (in %) bekannter Übertragungswege an neuen HIV-Diagnosen nach Land (EU/EWR) im Datenjahr 2019 (n = 18.957)



Quelle: ECDC (2020)

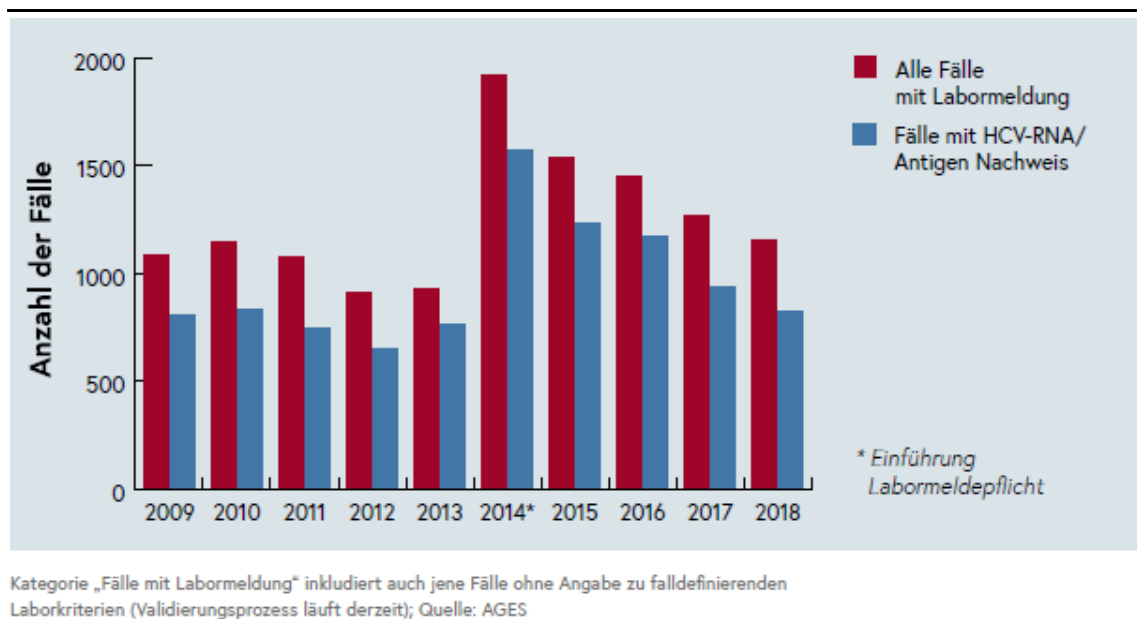
HBV- und HCV-Infektionen sind in Österreich meldepflichtig, seit dem Jahr 2014 müssen sie auch Laboratorien elektronisch in das epidemiologische Meldesystem (EMS) einpflegen (AGES). Damit kann der plötzliche Anstieg der entsprechenden (Verdachts-)fälle im Jahr 2014 erklärt werden (siehe Abbildung 3.5 und Abbildung 3.6) (BMASGK 2019). Seit 2014 sind die Zahlen aber rückläufig, sowohl bei HBV als auch bei HCV. Bei intravenösem Drogenkonsum ist das Risiko einer HBV- oder HCV-Infektion gegenüber jenem der Allgemeinbevölkerung erhöht, HBV-Infektionen kommen auch in anderen Subgruppen (z. B. medizinisches Personal, Menschen mit Migrationshintergrund) verstärkt vor.

Abbildung 3.5:
Anzahl der neu diagnostizierten HBV-Infektionen in Österreich



Quelle: BMASGK (2019)

Abbildung 3.6:
Anzahl der neu diagnostizierten HCV-Infektionen in Österreich



Quelle: BMASGK (2019)

Seit 2011 steigen in Europa wieder die Syphilis-Fälle an, besonders bei MSM (ECDC 2018). In Österreich besteht für Geschlechtskrankheiten wie Syphilis keine Meldepflicht, deshalb sind keine genauen Zahlen verfügbar. Es ist aber anzunehmen, dass die Fallzahlen ähnlich wie in Deutschland sind (siehe Abbildung 3.7). Zwei Drittel der Syphilis-Fälle in Europa gingen im Jahr 2016 auf MSM zurück; insgesamt gab es 6 Syphilis-Diagnosen pro 100.000 EW.

Legend:

- <3 per 100 000
- 3 to 7 per 100 000
- >7 per 100 000
- Sentinel surveillance (no incidence data)
- No data available or not reporting
- Not included

Specific country labels:

- Liechtenstein
- Luxembourg
- Malta

22

4 Ergebnisse der Evidenzrecherche

Das Kapitel Evidenzrecherche und Länderpolicies umfasst nachfolgende Ziele bzw. Nichtziele:

Ziele:

- » Die Recherche nach verfügbarer Evidenz und nach Länderpolicies verfolgt die grundsätzliche Zielsetzung, eine Informationsbasis für den gesamten GFA-Prozess und insbesondere für den Partizipationsprozess (Einbindung unterschiedlicher Expertinnen und Experten) zu liefern. Die recherchierten Ergebnisse („Assessment“) sollen Expertinnen und Experten sowie politische Entscheidungsträger:innen bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Die Deutung bzw. Bewertung der recherchierten Evidenz bzw. der Länderpolicies („Appraisal“) erfolgt in gesonderten Fokus- bzw. Bewertungsprozessen.
- » Die Recherche verfolgt insbesondere das Ziel, Effekte abzubilden, die sich im internationalen Kontext aufgrund geänderter Regelungen beim Zugang zur Blutspende in Studien gezeigt haben. Ebenso sollen Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien recherchiert werden.
- » Ein weiteres Ziel besteht in der Darstellung von Populationsunterschieden vor dem Hintergrund spezifischen Sexualverhaltens und eines Infektionsrisikos (Auswahl sexuell übertragbarer Krankheiten).
- » Im Hinblick auf die Darstellung internationaler Policies, die den Zugang zur Blutspende für MSM regeln, wird das Ziel verfolgt, eine Länderübersicht mit aktuell gültigen Regelungen zu liefern.

Nichtziele:

- » Auf eine Bewertung der Gütekriterien verschiedener Analysetechniken zur Detektion transfusionsrelevanter Erreger wird verzichtet, weil davon ausgegangen wird, dass in Österreich validierte und international bewährte Methoden und Techniken, die eine sehr hohe Sensitivität und Spezifität aufweisen, verwendet werden.
- » Das Festlegen von Rückstellfristen (Definition von Zeiträumen) war nicht Gegenstand des vorliegenden Berichts.
- » Die Erstellung von Modellierungen zu epidemiologischen Veränderungen, die sich in Österreich durch geänderte Blutspende-Zugangsregelungen für MSM ergeben können, sowie von gesundheitsökonomischen Analysen stellt keine Zielsetzung der Evidenzrecherche dar.

Die Evidenzrecherche basiert auf folgenden Forschungsfragen:

1. Welche Effekte wurden durch Änderungen bei der Spenderauswahl in anderen Ländern/Regionen berichtet?
2. Welche Evidenz gibt es für die Assoziation spezifischer Sexualverhalten mit einem Infektionsrisiko? Gibt es Populationsunterschiede?
3. Welche evidenzbasierten Leitlinien gibt es, die Empfehlungen zur Spenderauswahl anführen, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens?
4. Welche Policies zur Spenderauswahl existieren in anderen Ländern, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens? Wie haben sich diese Policies in den vergangenen Jahren verändert?

4.1 Ergebnisse zu den primären Fragestellungen

Der Auswahlprozess für Publikationen zu den Fragestellungen 1 und 2 ist in Abbildung 4.1 dargestellt.

Zur Fragestellung 1 wurden elf relevante Publikationen identifiziert, bei denen es sich zum Teil um verschiedene Arbeiten zur selben Policy-Änderung in einem Land handelt. Insgesamt wurden Policy-Änderungen in sieben Ländern untersucht, wovon

- » zwei Länder (Italien und Argentinien) eine individualisierte Risikobewertung,
- » ein Land (Vereinigtes Königreich) eine Rückstellung von MSM für drei Monate nach dem letzten MSM-Sexualkontakt und
- » vier Länder (Kanada, USA, Hongkong, Australien) eine Rückstellung von MSM für zwölf oder mehr Monate nach dem letzten Sexualkontakt

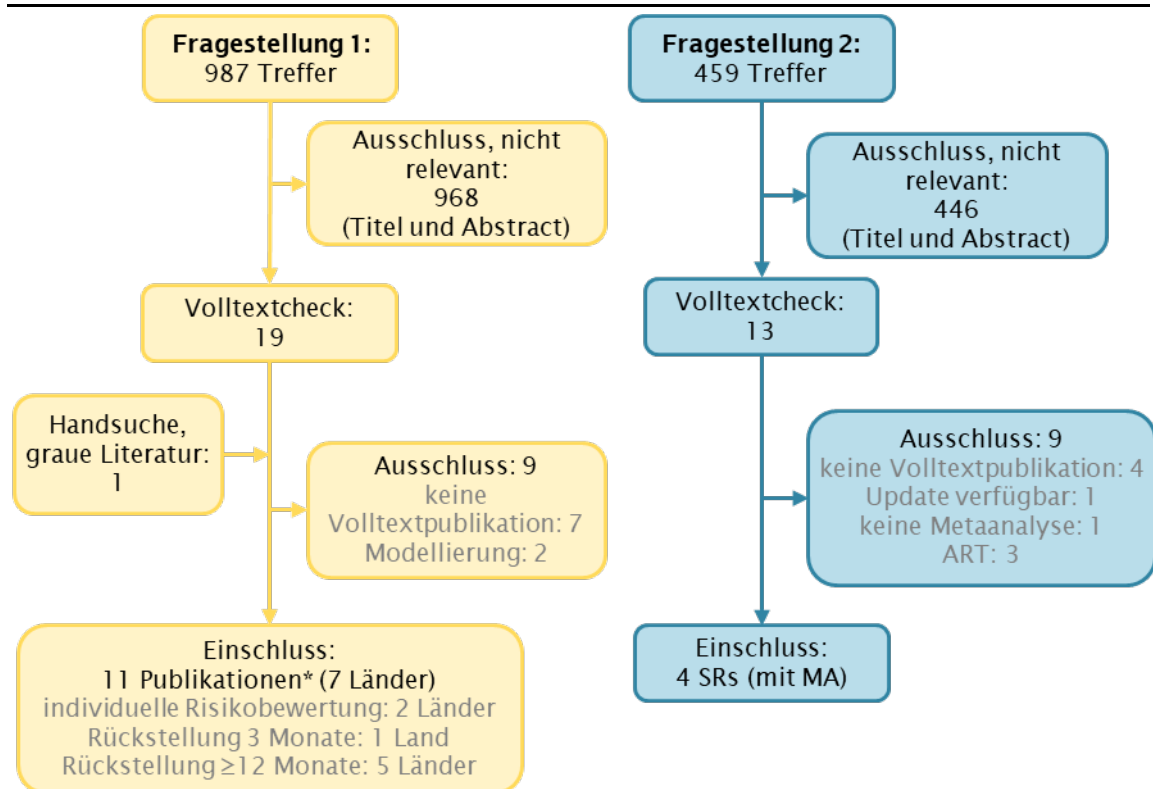
eingeführt hatten.

Zur Fragestellung 2 wurden vier systematische Reviews mit Metaanalysen identifiziert, von denen

- » zwei das HIV-Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt („per-act risk“) (Baggaley et al. 2018; Patel et al. 2014) und
- » zwei Populationsunterschiede in Prävalenz/Inzidenz nach Sexualverhalten (Meng et al. 2015; Van Remoortel et al. 2020)

untersuchten.

Abbildung 4.1:
Selektionsprozess der systematischen Literatursuche (PRISMA-Schema)



*zehn Journalartikel mit Peer-Review; ein Bericht zu Surveillancedaten

Quelle und Abbildung: GÖG

4.1.1 Fragestellung 1: Welche Effekte wurden durch Änderungen bei der Spenderauswahl in anderen Ländern/Regionen berichtet?

Da manche länderspezifischen Änderungen in Bezug auf Blutspenden durch MSM erst kürzlich erfolgten (siehe Kapitel 4.1.4), liegt bis dato nur eingeschränkte Evidenz zu den Auswirkungen dieser Änderungen vor.

Die folgenden Unterkapitel berichten die Ergebnisse in Bezug auf folgende Endpunkte:

- » Blutsicherheit (primärer Endpunkt),
- » Compliance (sekundärer Endpunkt)

Zu den nachstehenden (sekundären) Endpunkten fanden sich in der eingeschlossenen Literatur keine Ergebnisse:

- » Zufriedenheit mit neuen Frageinstrumenten (Spender:innen und/oder Personal),
- » Blutspenderaten/Versorgungssicherheit,
- » „Minoritätenstress“: z. B. Stigmatisierung, Zugehörigkeitsgefühl bei MSM

4.1.1.1 Blutsicherheit

Die Ergebnisdarstellung zum Endpunkt Blutsicherheit wurde auf Länder beschränkt, die eine individuelle Risikobewertung oder eine kürzere Rückstellfrist als die derzeit in Österreich praktizierte Frist (Verkürzung der Rückstellfrist von zwölf Monaten auf vier Monate ist eingeleitet) eingeführt haben. Im Folgenden sind die Ergebnisse aus zwei Studien aus Ländern, die eine individualisierte Risikobewertung eingeführt haben, dargestellt (n = 2: Italien, Argentinien) (Blanco et al. 2020; Suligoi et al. 2013). Zusätzlich sind die über NHS Blood and Transplant (NHSBT) und Public Health England (PHE) verfügbaren Surveillancedaten aus dem Vereinigten Königreich, wo 2017 die Rückstellfrist für MSM von zwölf auf drei Monate verkürzt wurde, dargestellt (die hier präsentierten Daten sind aus den Jahren 2016 und 2019) (GOV.UK 2020).

Zwischen den Ländern bestehen teils wesentliche Unterschiede, z. B. bei den Prävalenzen/Inzidenzen der relevanten Infektionen in der Bevölkerung oder der Anzahl an Erstspendenden. Deshalb werden diese Länder jeweils unabhängig voneinander betrachtet – mit Fokus auf den jeweiligen Vorher-nachher-Vergleich, um potenzielle Auswirkungen der geänderten Zugangspolicies abzuschätzen. Es erfolgt kein Ländervergleich in Verknüpfung mit zugrunde liegenden epidemiologischen Parametern, da dies in den Forschungsfragen nicht formuliert wurde und auch keine relevanten Erkenntnisse brächte.

Tabelle 4.1:
Studienergebnisse zum Endpunkt Blutsicherheit

Autor, Jahr	Land	Testmethoden	POLICY „NEU“			POLICY „ALT“			Ergebnis (Vergleich zwischen jeweiligen Perio- den) ¹¹
			Policy	Beobachtungszeitraum, Anzahl Spender:innen (n) und Charakteristika	positive Blutpro- ben pro 100.000 Spenden	Policy	Beobachtungszeitraum, Anzahl Spender:innen (n) und Charakteristika	positive Blut- proben pro 100.000 Spen- den	
Suligoi et al. (2013)	IT	AK ¹²	individuali- sierte Risiko- bewertung für alle	2009–2010 (2 Jahre) n=3,364.900 (21 % Erstspender:innen)	Gesamt ¹³ : HIV 6,0 Erstspendende: HIV 13,8 Mehrfachspen- dende: HIV 3,9	Ausschluss von MSM	1999 (1 Jahr) n = 868.391 (11 % Erstspender:innen)	Gesamt ¹³ : HIV 4,4 Erstspendende: HIV 16,1 Mehrfachspen- dende: HIV 3,0	Gesamt ¹³ : gleiche Rate für HIV (p = 0,072) Erstspendende: gleiche Rate für HIV (p = 0,573) Mehrfachspendende: gleiche Rate für HIV (p = 0,228)

¹¹

P-Werte zu den argentinischen Daten wurden aus der Publikation (Blanco et al. 2020) übernommen. P-Werte zu den italienischen und UK-Daten wurden selbst berechnet (Chi-Quadrat-Test).

¹²

Verpflichtende NAT-Tests bei Blutspenden wurden in Italien 2008 eingeführt. Um die Vergleichbarkeit zwischen den zwei Beobachtungszeiträumen herzustellen, wurden in der Studie Spender:innen, die nur im NAT-Test HIV-positiv waren, ausgeschlossen. Bei Einschluss von Spenderinnen/Spendern, die nur im NAT-Test HIV-positiv waren, ändert sich die Rate HIV-positiver Blutspenden in den Jahren 2009–2010 unter Mehrfachspendenden auf 4,0 pro 100.000 (statt 3,9); die Rate unter Erstspendenden bleibt unverändert (hier wurden keine Spender:innen gefunden, die nur im NAT-Test positiv waren).

¹³

Raten pro 100.000 Spenden wurden selbst berechnet.

Autor, Jahr	Land	Testmethoden	POLICY „NEU“			POLICY „ALT“			Ergebnis (Vergleich zwischen jeweiligen Perio- den) ¹⁴
			Policy	Beobachtungszeitraum, Anzahl Spender:innen (n) und Charakteristika	positive Blutpro- ben pro 100.000 Spenden	Policy	Beobachtungszeitraum, Anzahl Spender:innen (n) und Charakteristika	positive Blut- proben pro 100.000 Spen- den	
Blanco et al. (2020)	ARG	AK/AG + NAT	individuali- sierte Risiko- bewertung für alle	16. 9. 2015 – 15. 9. 2018 (3 Jahre) n = 91.236 (ø 36 J. alt, 63 % männ- lich, 77 % Erstspender:in- nen)	Gesamt: HIV 76,7 HBV 31,8 HCV 32,9 T. p. 1.659,4	Rückstellung von MSM für 1 Jahr	16. 9. 2012 – 15. 9. 2015 (3 Jahre) n = 82.838 (ø 36 J. alt, 66 % männ- lich, 80 % Erstspender:in- nen)	Gesamt: HIV 83,3 HBV 53,1 HCV 54,3 T. p. 1.858,8	gleiche Rate für HIV (p = 0,605) niedrigere Raten für: HBV (p = 0,028) HCV (p = 0,029) T. p. (p = 0,001)

¹⁴

P-Werte zu den argentinischen Daten wurden aus der Publikation (Blanco et al. 2020) übernommen. P-Werte zu den italienischen und UK-Daten wurden selbst berechnet (Chi-Quadrat-Test).

Autor, Jahr	Land	Testmethoden	POLICY „NEU“			POLICY „ALT“			Ergebnis (Vergleich zwischen jeweiligen Perio- den) ¹⁵
			Policy	Beobachtungszeitraum, Anzahl Spender:innen (n) und Charakteristika	positive Blutpro- ben pro 100.000 Spenden	Policy	Beobachtungszeitraum, Anzahl Spender:innen (n) und Charakteristika	positive Blut- proben pro 100.000 Spen- den	
GOV.UK (2020)	UK	AK/AG + NAT	Rückstellung von MSM für 3 Monate	2019 (1 Jahr) n = 1.842.283 (43 % männlich, 9 % Erstspender:innen)	Gesamt: HIV 0,7 HBV 2,7 HCV 2,1 T. p. 5,6 Erstspender: HIV 4,8 HBV 29,6 HCV 22,9 T. p. 45,2 Mehrfachspen- dende: HIV 0,2 HBV 0,1 HCV 0,1 T. p. 1,7	Rückstellung von MSM für 1 Jahr	2016 (1 Jahr) n = 2.007.608 (44 % männlich, 9 % Erstspender:innen)	Gesamt: HIV 0,5 HBV 3,5 HCV 1,9 T. p. 3,6 Erstspender: HIV 3,3 HBV 37,2 HCV 20,3 T. p. 25,2 Mehrfachspen- dende: HIV 0,3 HBV 0,2 HCV 0,1 T. p. 1,4	Gesamt: gleiche Raten für: HIV (p = 0,678) HBV (p = 0,150) HCV (p = 0,623) höhere Rate für T. p. (p = 0,004) Erstspender: gleiche Raten für: HIV (p = 0,474) HBV (p = 0,216) HCV (p = 0,594) höhere Rate für T. p. (p = 0,002) Mehrfachspender: gleiche Raten für: HIV (p = 0,837) HBV (p = 0,360) HCV (p = 0,952) T. p. (p = 0,559)

Quelle und Darstellung: GÖG

15

P-Werte zu den argentinischen Daten wurden aus der Publikation (Blanco et al. 2020) übernommen. P-Werte zu den italienischen und UK-Daten wurden selbst berechnet (Chi-Quadrat-Test).

Italien (Suligoi et al. 2013): In Tabelle 4.1 ist ablesbar, dass in den beiden Zeiträumen mit unterschiedlichen Policies keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den HIV-Raten in den Blutspenden festgestellt wurden. Zudem wurden in der Studie durch retrospektive Befragung identifizierter HIV-positiver Spender:innen die wahrscheinlichen Übertragungswege evaluiert. Auf diese Weise wurden die Anzahl HIV-positiver Spender mit MSM-Verhalten (HIV+MSM) und die Anzahl HIV-positiver Spender:innen mit heterosexuellem Sexualverhalten (HIV+HET) pro 100.000 Spenden errechnet. Bei beiden Raten wurde ein Anstieg beobachtet, der bei HIV+MSM numerisch, aber statistisch nicht signifikant höher war als bei HIV+HET (RR: 2,8 vs. 1,5; $p = 0,18$).

Als Limitationen nennen die Studienautorinnen/-autoren

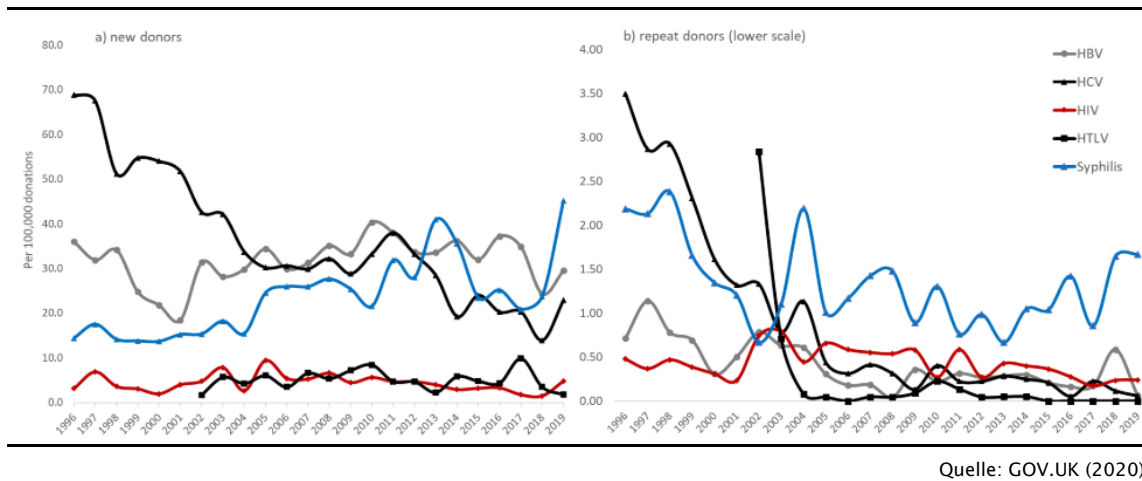
1. das Fehlen von Daten zwischen 2000 und 2008,
2. den großen Anteil HIV-positiver Blutspender:innen, bei denen die Risikofaktoren nicht bestimmt werden konnten (etwa ein Viertel),
3. die eventuell aufgrund von Unterschieden bei der Epidemiologie von HIV, beim Bewusstsein über sexuelles Risikoverhalten oder bei den Prozessen zur Spenderauswahl eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Länder.

Argentinien (Blanco et al. 2020): Aus den in Tabelle 4.1 dargestellten Ergebnissen ist ersichtlich, dass die im Jahr 2015 in Argentinien eingeführte Regelung der individualisierten Risikobewertung zu keiner erhöhten Rate von HIV-, HBV- oder HCV-infizierten Blutspenden geführt hat. Die Rate T.-p.-infizierter Blutspenden ist signifikant gesunken (1.659,4 vs. 1.858,8 pro 100.000; $p = 0,001$). Die beiden verglichenen Beobachtungszeiträume sind hier gleich lang und folgen zeitlich direkt aufeinander, außerdem sind die beiden Gruppen von Spenderinnen/Spendern demografisch sehr ähnlich. Die Studienautorinnen/-autoren führen in der Publikation keine Limitationen an. Als Limitation der argentinischen Daten im Kontext der vorliegenden Evidenzrecherche könnte gelten, dass die Raten infizierter Blutspenden nicht separat für Erstspendende und Mehrfachspendende vorliegen.

Vereinigtes Königreich (GOV.UK 2020): Das NHS Blood and Transplant verarbeitet in Kooperation mit Public Health England jährlich die gesammelten Daten zu verschiedenen Aspekten der Blutspende im Vereinigten Königreich (UK) und veröffentlicht diese in Berichten und Factsheets. Im UK wurde im Jahr 2017 die Rückstellungsfrist für MSM von zwölf Monaten auf drei Monate verkürzt. Deshalb wurden für die Darstellung in Tabelle 4.1. die Daten aus dem Jahr vor der Umstellung, also 2016, und dem dritten Jahr mit der neuen Regelung (2019) verwendet. Die Raten HIV-, HBV- oder HCV-infizierter Blutspenden haben sich 2019 im Vergleich zu 2016 nicht signifikant verändert. Die Rate T.-p.-infizierter Blutspenden ist signifikant gestiegen (5,6 vs. 3,6 pro 100.000; $p = 0,004$). Die Entwicklung der Raten infizierter Blutspenden von Erstspendenden und Mehrfachspendenden im Zeitraum 1996–2019 ist in Abbildung 4.2 dargestellt. Eine Limitation der UK-Daten im Kontext der vorliegenden Evidenzrecherche ist, dass sie nicht in Form einer Publikation mit Peer-Review vorliegen.

Abbildung 4.2:

Entwicklung der detektierten Infektionen im UK im Zeitraum 1996–2019 für (a) Neuspendernde und (b) wiederholt Spendende (zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der Y-Achsen)



4.1.1.2 Compliance

Unter Compliance im Zusammenhang mit der Auswahl von Blutspenderinnen und Blutspendern wird in den identifizierten Studien die wahrheitsgetreue Beantwortung der gestellten Fragen verstanden. Zum Endpunkt Compliance im Vorher-nachher-Vergleich sind zwei Studien aus zwei Ländern (Kanada und Hongkong) verfügbar (Lau et al. 2021; O'Brien et al. 2019).¹⁶ In Kanada wurden die Umstellung von einem Ausschluss aller MSM, die seit 1977 Sex mit Männern gehabt hatten, auf eine Rückstellung von fünf Jahren und dann eine weitere Umstellung auf eine Rückstellung von einem Jahr nach dem letzten MSM-Sexualkontakt untersucht. In Hongkong wurde die Umstellung von lebenslangem Ausschluss von MSM auf eine Rückstellung von einem Jahr nach dem letzten MSM-Sexualkontakt untersucht, wobei die geänderte Policy hier in einem ersten Schritt ohne Änderung am Fragebogen umgesetzt (bei Angabe von MSM-Verhalten wurde in persönlichen Interviews festgestellt, wie lange die Sexualkontakte zurücklagen, und bei einem Zeitraum von mehr als zwölf Monaten wurden die Betroffenen zur Spende zugelassen) und in einem zweiten Schritt direkt in den Fragebogen übernommen wurde. In beiden Ländern wurden anonyme Befragungen bei Blutspenderinnen/Blutspendern nach der Spende durchgeführt, in denen männliche Spendende gefragt wurden, ob und wann sie zuletzt Sex mit Männern hatten.

4. In der Studie aus Hongkong wurde daraus die Non-Compliance-Rate mit der jeweils bestehenden Regelung errechnet (vor Policyänderung: Anteil aller befragten männlichen Spendenden, die angaben, jemals Sex mit einem Mann gehabt zu haben; nach Policyänderung: Anteil aller befragten männlichen Spendenden, die angaben, in den letzten zwölf Monaten Sex mit einem Mann gehabt zu haben) (Lau et al. 2021). Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Non-Compliance-Raten zwischen den verschiedenen Policies beobachtet (siehe Tabelle 4.2). Die Autorinnen/Autoren nennen folgende Limitationen der Studie:

¹⁶

Da die Recherche zu diesem sekundären Endpunkt keine Ergebnisse aus jenen Ländern ergab, die eine individualisierte Risikobewertung oder eine kurze Rückstellfrist als jene Österreichs eingeführt haben, wurden hier auch die Ergebnisse aus jenen Ländern dargestellt, die Rückstellfristen von zwölf Monaten oder mehr eingeführt hatten.

1. Die befragten Personen stellen keine repräsentative Stichprobe dar, die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf die gesamte Blutspenderpopulation Hongkongs ist dadurch eingeschränkt.
2. Alle berichteten Daten sind von den Befragten selbst berichtet, dadurch ergibt sich ein möglicher Biaseffekt durch soziale Erwünschtheit („social desirability bias“); allerdings wird angemerkt, dass dieser durch den Einsatz von Tablets anstelle von Face-to-Face-Interviews minimiert worden sein könnte;
3. die Anzahl der MSM-Spender, die positiv auf HIV getestet worden waren, war sehr klein, die Korrelation zwischen dieser Anzahl und den Policyänderungen konnte nicht bestimmt werden.

In der Studie aus Kanada wurde für die drei Befragungszeiträume jeweils berichtet, welcher Anteil der befragten männlichen Spendenden jeweils angab, in verschiedenen Zeiträumen Sex mit Männern gehabt zu haben (in den letzten sechs Monaten; in den letzten zwölf, aber nicht in den letzten sechs Monaten; in den letzten fünf Jahren, aber nicht im letzten Jahr; seit 1977, aber nicht in den letzten fünf Jahren; vor 1977) (O'Brien et al. 2019). Aus diesen Angaben wurden analog den Ergebnissen aus Hongkong die Non-Compliance-Raten mit der zum jeweiligen Zeitpunkt bestehenden Regelung selbst berechnet (siehe Tabelle 4.2). Die Non-Compliance-Raten waren nach der Verkürzung der Rückstellfrist jeweils numerisch geringer als zuvor, ein statistischer Test lässt sich mit den in der Publikation verfügbaren Angaben nicht durchführen. In der Publikation wurde primär berichtet, welcher Anteil der befragten männlichen Spendenden im jeweiligen Befragungszeitraum angegeben hatte, in den letzten zwölf Monaten Sex mit Männern gehabt zu haben (also die Non-Compliance-Rate, wenn zum Befragungszeitraum die Rückstellfrist von zwölf Monaten gegolten hätte) – diese Ergebnisse sind ebenfalls in Tabelle 4.2 angegeben. Für diesen Anteil wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede unter den verschiedenen Policies beobachtet. Die Studienautorinnen/-autoren listen folgende Limitationen auf:

1. Es besteht ein Selektionsbias, da nur etwa ein Drittel der kontaktierten Blutspender:innen an der Befragung teilgenommen hat.
2. Die Anzahl an MSM-Blutspendern, die non-compliant waren, war sehr gering, dadurch ist die Ergebnissicherheit eingeschränkt.
3. HIV-infizierte Blutspenden und Übertragungen durch Bluttransfusionen sind extrem selten, daher können keine Rückschlüsse auf etwaige Verbesserung der Blutsicherheit gemacht werden; es wird allerdings betont, dass es eindeutig sei, dass keine Zunahme der HIV-infizierten Spenden stattgefunden habe.

Tabelle 4.2:
Studienergebnisse zum Endpunkt Compliance

Autor, Jahr	Land	Methode	POLICY 1			POLICY 2			POLICY 3		
			Policy	Zeitraum, n (befragte männliche Spendende mit Beantwortung)	Anteil non-compliant ¹⁷	Policy	Zeitraum, n (befragte männliche Spendende mit Beantwortung)	Anteil non-compliant ¹⁷	Policy	Zeitraum, n (Befragte männliche Spender mit Beantwortung)	Anteil non-compliant ¹⁷
O'Brien et al. (2019)	CA	anonyme Onlinebefragungen männlicher Spender	Ausschluss von MSM, die seit 1977 Sex mit Männern hatten	10/2012–3/2013, n=9669	0,66% (non-compliant mit einem Jahr Rückstellung: 0,21 %)	5 Jahre Rückstellung von MSM	10/2014–3/2015, n=6881	0,43 % (non-compliant mit einem Jahr Rückstellung: 0,19 %)	1 Jahr Rückstellung von MSM	10/2017–3/2018, n = 6772	0,26 %
Lau et al. (2021)	HK	Anonyme Befragungen in Spendezentren	lebens-langer Ausschluss von MSM	7/2017–9/2017 n = 968	0,6 %	1 Jahr Rückstellung von MSM – ohne Änderung des Fragebogens	12/2017–2/2018 n = 1036	0,4 %	1 Jahr Rückstellung von MSM – mit Änderung des Fragebogens	4/2019–6/2019 n = 1081	0,5 %

Quelle und Darstellung: GÖG

¹⁷

Anteil der befragten Spender, die aufgrund ihrer Angaben zum MSM-Sexualverhalten in der anonymen Befragung gemäß der jeweiligen zum Befragungszeitpunkt gültigen Policy von der Spende hätten ausgeschlossen werden sollen. Bei O'Brien 2019 ist außerdem die theoretische Compliance-Rate, wenn in dem Zeitraum eine Rückstellfrist von einem Jahr gegolten hätte, angegeben.

4.1.2 Fragestellung 2: Welche Evidenz gibt es für die Assoziation spezifischer Sexualverhalten mit einem Infektionsrisiko? Gibt es Populationsunterschiede?

Es wurden vier systematische Reviews mit Metaanalysen identifiziert, welche die Assoziation spezifischer Sexualverhalten mit dem Risiko für sexuell übertragbare Infektionen (STI) untersuchten (Baggaley et al. 2018; Meng et al. 2015; Patel et al. 2014; Van Remoortel et al. 2020). Davon untersuchten zwei (Baggaley et al. 2018; Patel et al. 2014) das HIV-Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt („per-act risk“; siehe Kapitel 4.1.2.1). Die beiden anderen (Meng et al. 2015; Van Remoortel et al. 2020) untersuchten die Prävalenz und/oder Inzidenz in verschiedenen – nach spezifischen Sexualverhalten eingeteilten – Gruppen (siehe Kapitel 4.1.2.2).

Die Qualität der systematischen Übersichtsarbeiten (mit Metaanalysen) wurde mittels AMSTAR-Tool (AMSTAR 2021) überprüft. Von 16 in diesem Tool abgefragten Qualitätskriterien waren sieben (Baggaley et al. 2018), vier (Patel et al. 2014), elf (Van Remoortel et al. 2020) bzw. fünf (Meng et al. 2015) erfüllt oder teilweise erfüllt (siehe Tabelle 7 in Anhang 3). Hierbei ist zu beachten, dass die Bewertung nicht als quantitativer Score betrachtet werden kann, da nicht alle Items gleichwertig sind und ihre Relevanz auch kontextabhängig ist. Nur eine der vier Arbeiten (Van Remoortel et al. 2020) untersuchte das Biasrisiko der eingeschlossenen Primärstudien (Items 9, 12 und 13).

Im Folgenden sind die Ergebnisse der eingeschlossenen Arbeiten dargestellt, und zwar getrennt nach den beiden untenstehenden Endpunkten:

- » Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt
- » Populationsunterschiede in Prävalenz/Inzidenz nach Sexualverhalten

4.1.2.1 Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt

Die für die Metaanalysen jeweils verwendeten Studienpools überschneiden sich teilweise. Die Metaanalyse von Baggaley et al. (2018) ist ein Update eines Teils der Evidenzsynthese von Patel et al. (2014) – Letztere hatte neben sexuellen auch andere Übertragungswege untersucht – und schloss daher Primärstudien ein, die 2014 noch nicht verfügbar waren. Zudem wurde bei Baggaley et al. (2018) ausschließlich das Übertragungsrisiko bei Analverkehr untersucht, während bei Patel et al. (2014) auch Vaginal- und Oralverkehr berücksichtigt worden waren. Die konkrete Überschneidung der Studienpools bei Effektschätzern, die in beiden systematischen Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse berechnet wurden, äußert sich wie folgt:

1. Das Übertragungsrisiko ungeschützten rezeptiven Analverkehrs (unprotected receptive anal intercourse, URAI) wurde jeweils anhand von vier Primärstudien berechnet, von denen drei in beiden Übersichtsarbeiten eingeschlossen waren¹⁸;

¹⁸

Die Studie, die nur bei Patel et al. (2014) eingeschlossen ist, wurde von denselben Studienautorinnen/-autoren um zusätzliche Studienteilnehmer:innen ergänzt und methodisch weiterentwickelt, weshalb bei Baggaley et al. (2018) nur diese Update-Studie eingeschlossen wurde. Details dazu finden sich in der Publikation von Baggaley et al. (2018).

2. Das Übertragungsrisiko ungeschützten insertiven Analverkehrs (unprotected insertive anal intercourse, UIAI) wurde jeweils anhand zweier Primärstudien berechnet, von denen eine in beide Übersichtsarbeiten eingeschlossen war.

Die Ergebnisse der beiden systematischen Übersichtsarbeiten mit Metaanalyse sind in Tabelle 4.3 dargestellt. Beide kommen zum Schluss, dass das HIV-Übertragungsrisiko bei URAI wesentlich höher ist als bei UIAI. Das Übertragungsrisiko bei Vaginalverkehr (rezeptiv oder insertiv) ist geringer als bei UIAI (Patel et al. 2014). Am niedrigsten – und laut Interpretation der Studienautorinnen und -autoren vernachlässigbar – ist das Übertragungsrisiko bei Oralverkehr (Patel et al. 2014)¹⁹.

Die einzige berücksichtigte Primärstudie, in der das Übertragungsrisiko bei Analverkehr zwischen Mann und Frau untersucht wurde, ist aufgrund ihres Publikationsdatums (2014) nur bei Baggalet al. (2018) eingeschlossen. Da das Übertragungsrisiko in dieser Primärstudie signifikant höher war als das gepoolte Risiko, wurde bei der Metaanalyse eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, in welche nur die drei Studien, die das Übertragungsrisiko bei MSM untersucht hatten, eingeschlossen wurden (siehe Tabelle 4.3). Bei Patel et al. (2014) wurden weiters die Effekte von Risikomodifikatoren aus der verfügbaren Primärliteratur extrahiert. Die aus der Metaanalyse errechneten Übertragungswahrscheinlichkeiten verschiedener Sexualakte wurden dann mit den Effekten von Kondomgebrauch und antiretroviraler Therapie der HIV-infizierten Person modifiziert (Abbildung 4.3).

Bei Patel et al. (2014) werden folgende Limitationen angeführt:

1. Die eingeschlossenen Studien sind hauptsächlich Längsschnitt- und Querschnittstudien, die ein höheres Biasrisiko haben als prospektive Studien.
2. Einige Parameter, welche die Genauigkeit der Ergebnisse erhöhen würden, fehlen teilweise in den Primärstudien.
3. Viele Personen praktizieren nicht nur eine Art von Geschlechtsverkehr (z. B. oral oder vaginal) während eines Sexualkontakts, was die Unsicherheit der Ergebnisse erhöht.

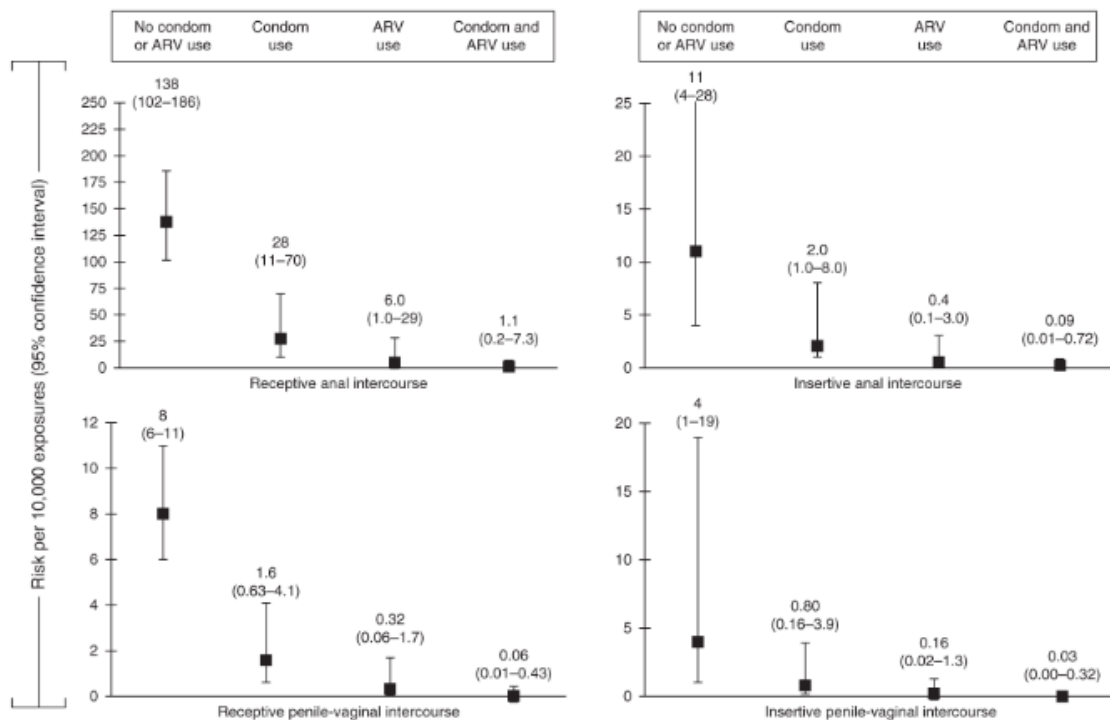
Baggalet al. 2018 nennen folgende Limitationen:

1. kleine Zahl an Primärstudien, wodurch eine genauere Untersuchung der Heterogenität der Ergebnisse verunmöglicht wird
2. intrinsische Biasrisiken der Studiendesigns der eingeschlossenen Primärstudien
3. Biaseffekt durch soziale Erwünschtheit („social desirability bias“), da in fast allen Primärstudien Face-to-Face-Interviews angewandt wurden
4. unterschiedliche Datenanalysemethoden in den eingeschlossenen Primärstudien

¹⁹

Ergebnisse einer einzigen berücksichtigten Primärstudie

Abbildung 4.3:
Übertragungsrisiko pro Sexualakt aus der Übersichtsarbeit von Patel et al. (2014)



Quelle und Abbildung: modifizierte Darstellung aus Patel et al. (2014)

Tabelle 4.3:

Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten zum Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt

Autorin	Jahr	N Studien ²⁰	Konstellation	Zeitraum ²¹		STI	Exposition	Übertragungswahrscheinlichkeit pro Exposition ²²	95%-KI	
				von	bis				von	bis
Patel	2014	4	MSM+HET	1989	2010	HIV	URAI	1,38 %	1,02 %	1,86 %
Patel	2014	2	MSM	1999	2010	HIV	UIAI	0,11 %	0,04 %	0,28 %
Patel	2014	10	HET	1988	2003	HIV	URPVI	0,08 %	0,06 %	0,11 %
Patel	2014	2	HET	1988	1996	HIV	UIPVI	0,04 %	0,01 %	0,09 %
Patel	2014	1	MSM+HET	1990	2000	HIV	Oralverkehr	k. A. ²³	0 %	0,04 %
Baggaley	2018	4	MSM+HET	1989	2014	HIV	URAI	1,25 %	0,55 %	2,23 %
Baggaley	2018	3	MSM ²⁴	1989	2014	HIV	URAI	0,75 %	0,56 %	0,98 %
Baggaley	2018	2	MSM	2010	2014	HIV	UIAI	0,17 %	0,09 %	0,26 %

Abkürzungen: HET = Sexualverkehr zwischen einem Mann und einer Frau, HIV = humanes Immundefizienzvirus, k. A. = keine Angabe, KI = Konfidenzintervall, MSM = Männer, die Sex mit Männern haben, STI = sexuell übertragbare Infektion, UIAI = ungeschützter insertiver Analverkehr, UIPVI = ungeschützter insertiver Vaginalverkehr, URAI = ungeschützter rezeptiver Analverkehr, URPVI = ungeschützter rezeptiver Vaginalverkehr

Quelle und Darstellung: GÖG

²⁰

Anzahl der Primärstudien in der Metaanalyse

²¹

Zeitraum der Publikationsdaten der eingeschlossenen Primärstudien (abweichend vom Zeitraum der jeweiligen Datenerhebung)

²²

Exposition bedeutet, dass der jeweilige Sexualakt mit einer HIV-positiven Person ausgeführt wird.

²³

Wurde nur in einer Primärstudie untersucht, daher konnte in der Übersichtsarbeit keine Metaanalyse berechnet, sondern nur das Originalergebnis dargestellt werden.

²⁴

Hier wurde eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt, in der die eine Studie, bei der das Übertragungsrisiko bei Analverkehr zwischen Mann und Frau untersucht worden war, ausgeschlossen wurde.

4.1.2.2 Populationsunterschiede in der Prävalenz/Inzidenz nach Sexualverhalten

In der systematischen Übersichtsarbeit von Meng et al. (2015) wurden ausschließlich MSM untersucht, in der systematischen Übersichtsarbeit von Van Remoortel et al. (2020) ausschließlich Nicht-MSM.

Bei Meng et al. (2015) wurden aufgrund auffälliger Unterschiede in den Effektschätzern die Primärstudien in zwei Gruppen unterteilt: Studien mit Datenerhebung zwischen 1981 und 1985 sowie Studien mit Datenerhebung zwischen 1986 und 2010. Die Prävalenz- und die Inzidenzrate (pro 100 Personenjahre) wurden jeweils für (1) MSM, die ausschließlich insertiven Analverkehr (MIAI), (2) MSM, die ausschließlich rezeptiven Analverkehr (MRAI) und (3) MSM, die sowohl rezeptiven als auch insertiven Analverkehr praktizierten (MIRAI), angegeben. Mit diesen Daten wurden Odds-Ratios (OR) berechnet, die zeigen, dass MRAI und MIRAI eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, mit HIV infiziert zu sein (Prävalenz), bzw. sich zu infizieren (Inzidenz) als MIAI. Die OR sind in Tabelle 4.4 dargestellt, die Ergebnisse zu Prävalenz und Inzidenz in der Tabelle in Anhang 3. Als Limitationen nennen die Autorinnen/Autoren folgende Punkte:

1. keine Studien mit Zufallsstichproben verfügbar
2. Heterogenität der Ergebnisse der Primärstudien
3. identifizierter Publikationsbias
4. nur wenige Primärstudien mit Angaben zum Kondomgebrauch, weshalb dieser Faktor in der Metaanalyse nicht berücksichtigt werden konnte
5. Es wurden nur wenige Publikationen zwischen 1991 und 1995 und keine zwischen 1996 und 2000 eingeschlossen.

Bei Van Remoortel et al. (2020) wurden für bestimmte Verhaltensaspekte Odds-Ratios (OR) für das Vorliegen einer HIV-, HBV- oder HCV-Infektion bei Blutspenderinnen/Blutspendern berechnet. Diese OR für die Verhaltensaspekte Gruppensex / multiple Partner, Oralverkehr, Analverkehr und Sex während der Menstruation sind in Tabelle 4.4 dargestellt. Hier ist zu beachten, dass die Ergebnisse für HIV und HBV fast ausschließlich die Ergebnisse jeweils einer einzigen Primärstudie wiedergeben. Die Ergebnissicherheit für alle in dieser Tabelle dargestellten Ergebnisse wurde von den Autorinnen/Autoren als „sehr gering“ angegeben. Weitere Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeit (OR zu den Verhaltensaspekten Sex mit IDU, Sexualpartner:in mit Hepatitis, Sexualpartner:in mit HIV, Sex mit Rezipient:in von Bluttransfusion, hat für Sex bezahlt, wurde für Sex bezahlt, Sexualpartner:in aus einem HBV-Endemiegebiet) sind in der Tabelle in Anhang 3 dargestellt. Als Limitationen der systematischen Übersichtsarbeit nennen die Autorinnen/Autoren, dass

1. nur Fall-Kontroll-Studien eingeschlossen wurden (diese haben ein höheres Biasrisiko als beispielsweise prospektive Kohortenstudien),
2. 80 Prozent der eingeschlossenen Studien vor 2010 durchgeführt wurden und alle Studien aus westlichen Staaten stammen,
3. die Literatursuche auf drei Datenbanken beschränkt war,
4. die (Non-)Compliance beim Ausfüllen der Fragebögen in der Auswertung nicht berücksichtigt wurde, weil die vorliegenden Studien dies nicht ermöglichten.

Tabelle 4.4:

Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten zu Populationsunterschieden in der Prävalenz/Inzidenz nach Sexualverhalten

Autor	Jahr	N Stu- dien ²⁵	Konstel- lation	Zeitraum ²⁶		STI	Verhalten/Gruppe	(Effekt-)maß	(Effekt-)Größe	95-%-KI	
				von	bis					von	bis
Meng	2015	3	MSM	1981	1985	HIV	MRAI	OR (vs. MIAI; Prävalenz)	6,9	5,50	8,60
Meng	2015	3	MSM	1981	1985	HIV	MIRAI	OR (vs. MIAI; Prävalenz)	4,3	3,60	5,30
Meng	2015	18	MSM	1986	2010	HIV	MRAI	OR (vs. MIAI; Prävalenz)	1,8	1,60	2,00
Meng	2015	18	MSM	1986	2010	HIV	MIRAI	OR (vs. MIAI; Prävalenz)	2,2	2,00	2,40
Meng	2015	2	MSM	1981	2010	HIV	MRAI	OR (vs. MIAI; Inzidenz)	6,2	3,30	11,80
Meng	2015	2	MSM	1981	2010	HIV	MIRAI	OR (vs. MIAI; Inzidenz)	6,6	3,80	11,70
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HIV	Gruppensex / multiple Partner	OR	2,3	1,40	3,78
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HBV	Gruppensex / multiple Partner	OR	1	0,50	1,99
Van Remoortel	2020	7	HET	1992	2004	HCV	Gruppensex / multiple Partner	OR	1,87	0,94	3,71
Van Remoortel	2020	1	HET	1999	1999	HCV	Oralverkehr	OR	1,5	1,10	2,05
Van Remoortel	2020	2	HET	1999	2015	HCV	Analverkehr	OR	1,71	1,21	2,41
Van Remoortel	2020	1	HET	1999	1999	HCV	Sex während der Menstruation	OR	2,42	1,75	3,35

Abkürzungen: IR = Inzidenzrate, HET = Sexualverkehr zwischen einem Mann und einer Frau, HBV = Hepatitis-B-Virus, HCV = Hepatitis-C-Virus, HIV = humanes Immundefizienzvirus, KI = Konfidenzintervall, MIAI = MSM, die angeben, nur insertiven Analverkehr zu haben, MIRAI = MSM, die angeben, insertiven und rezeptiven Analverkehr zu haben, MRAI = MSM, die angeben, nur rezeptiven Analverkehr zu haben, MSM = Männer, die Sex mit Männern haben, OR = Odds-Ratio, STI = sexuell übertragbare Infektion, vs. = versus

Quelle und Darstellung GÖG:

²⁵

Anzahl Primärstudien in der Metaanalyse

²⁶

Zeitraum der Datenerhebung der jeweils eingeschlossenen Primärstudien

4.1.3 Fragestellung 3: Welche evidenzbasierten Leitlinien gibt es, die Empfehlungen zur Spenderauswahl anführen, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens?

Die Suche nach evidenzbasierten Leitlinien zur obigen Fragestellung in relevanten Datenbanken und auf Websites einschlägiger Organisationen und Fachgesellschaften ergab keine Treffer.

Im Hinblick auf evidenzbasierte Leitlinien kamen für die vorliegende Recherche Einschlusskriterien zum Einsatz, wie sie etwa von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für medizinische Fachgesellschaften (AWMF) mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung der klinischen Forschung und Praxis entwickelt und etabliert wurden. Die Klassifizierung von Leitlinien entlang von Qualitätskriterien erfolgt international zwar unterschiedlich, orientiert sich aber durchgehend entlang von Parametern, wie sie auch von der AWMF angewandt werden und in Abbildung 4.4 dargestellt sind.

Demnach können nur Leitlinien der Stufen S3 und S2e als evidenzbasiert bezeichnet werden. Bei evidenzbasierten Leitlinien ist ein systematisches und transparentes Vorgehen in allen Schritten der Entwicklung entscheidend. Die Klassifizierung in S-Stufen („S“ steht hierbei für das Ausmaß der angewandten Systematik im Entwicklungsprozess einer Leitlinie) dient der Orientierung. In der Praxis werden Leitlinien aller S-Stufen verwendet.

Abbildung 4.4:
S-Klassifikation für Leitlinien

METHODISCHER HINTERGRUND VON LEITLINIEN: S-KLASSIFIKATION			SYSTEMATIK
S3	Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung	
S2e	Evidenzbasierte Leitlinie	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur	
S2k	Konsensbasierte Leitlinie	Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung	
S1	Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	Konsensfindung in einem informellen Verfahren	

Quelle: (Cochrane Deutschland 2021)

Obgleich die Recherche zur gegebenen Fragestellung auf keine Leitlinien gemäß den zuvor definierten Kriterien stieß, ergab sich durch die Einmeldung von Fachexpertinnen/-experten bzw. durch eine Handsuche der Verweis auf die „Good Practice Guidelines for Blood Establishment“ („Leitlinien für die gute Praxis“), die im Rahmen einer Ad-hoc-Zusammenarbeit zwischen dem European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare des Europarats (EDQM/CoE) und

der Kommission der Europäischen Union (EU) erstellt wurde (EDQM 2018). Bei der Ausarbeitung dieser „Good Practice Guidelines“ wurden Interessengruppen eingebunden und Kommentare von nationalen Gesundheitsbehörden sowie von allen Akteuren, die mit Bluttransfusionen oder aus Plasma gewonnenen Arzneimitteln befasst sind, berücksichtigt. Der Europäische Ausschuss (Teilabkommen) für Bluttransfusionen (CD-P-TS) des Europarats nahm sie auf seiner Plenarsitzung im November 2019 an. Das Dokument ist integraler Bestandteil der 20. Ausgabe des Leitfadens des Europarats zur Herstellung, Verwendung und Qualitätssicherung von Blutkomponenten („Guide to the preparation, use and quality of assurance of blood components“) (EDQM 2020). Dieser Leitfaden enthält harmonisierte Standards und Empfehlungen zur Gewinnung, Zubereitung und Verwendung von Blut und Blutbestandteilen sowie Qualitätskriterien für Blutzentren und Krankenhausblutbanken. Laut EDQM bildet das die Grundlage für die Erstellung der nationalen Vorschriften und bestimmter europäischer Richtlinien (EDQM 2020).

Bezüglich der Auswahl von Spenderinnen und Spendern in Zusammenhang mit riskantem Sexualverhalten finden sich im Leitfaden des Europarats folgende Empfehlungen zu dauerhaften bzw. vorübergehenden Beschränkungen des Zugangs zum Blutspenden (siehe Kapitel 2.3: „Donor deferral“):

- » „Individuals whose sexual behaviour puts them at a high risk of acquiring severe infectious diseases that can be transmitted by blood must be deferred permanently (Directive 2004/33/EC Annex III).“ (EDQM 2020, Kapitel 2.3.3.31)
- » „Sexual partners of people in 2.3.3.31 above must be deferred for a period determined by national risk assessment for the infectious disease in question, and by the availability of appropriate tests.“ (EDQM 2020, Kapitel 2.3.3.32)

Im Appendix 1 des zuvor genannten Dokuments findet sich eine Auflistung von Schlüsselkriterien im Hinblick auf Spenderauswahlkriterien. Demnach werden Fragen zum Sexualverhalten empfohlen, die sich auf folgende Personengruppen beziehen:

- » Sexarbeiter:innen
- » MSM – Men who have sex with men²⁷
- » Frauen, die eine sexuelle Beziehung mit einem bisexuellen Mann haben oder hatten
- » Personen, die Sex mit einer Person haben oder hatten, die HIV-positiv ist, an Hepatitis erkrankt ist oder Nadeln zur Injektion nicht ärztlich verschriebener Substanzen benutzt oder benutzte
- » Personen mit einer neuen Sexualpartnerin / einem neuen Sexualpartner
- » Personen mit einer neuen Sexualpartnerin / einem neuen Sexualpartner aus einem HIV-Hochrisikoland

27

Laut Dokument ist hiermit gemeint: „For the purpose of this question, sex is defined as oral or anal intercourse with or without a condom.“(EDQM 2020)

Generell finden sich im Dokument keine Angaben zu Evidenzgraden („level of evidence“), bzw. gibt es bei den Empfehlungen keine Angaben, welche die Empfehlungsstärke („grade of recommendation“) darlegen.

Zusätzlich wurde der WHO Guide „Blood Donor Selection – Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation“ identifiziert (WHO 2012). Dieser Guide wurde 2012 veröffentlicht. Er war bis 2017 gültig und hätte danach einem Review und Update unterzogen werden sollen, insbesondere hinsichtlich kontroversieller Themen (siehe S. 2 im Guide) – bis dato erfolgte allerdings kein Update. Für die Erstellung des Guides (2012) wurde eine systematische Literatursuche durchgeführt. Die Details zur Literatursuche sowie zum Prozess zur Ableitung der Empfehlungen sind jedoch nicht verfügbar (der im Dokument angegebene Link zum Annex 3 ist nicht mehr aktiv). Abgesehen von der abgelaufenen Gültigkeit des Guides, kann daher nicht überprüft werden, ob der Guide den Kriterien für evidenzbasierte Leitlinien (siehe oben) entspricht.

4.1.4 Fragestellung 4: Welche Policies existieren in anderen Ländern zur Spenderauswahl, insbesondere bezüglich des Sexualverhaltens? Wie haben sich diese Policies in den vergangenen Jahren verändert?

International werden seit einigen Jahren in mehreren Ländern die Spenderauswahlkriterien im Hinblick auf sexuelle Infektionsrisiken von Blutspenderinnen und -spendern diskutiert. (RKI 2021) Insbesondere das Auswahlkriterium „Sexualkontakte unter Männern“ löst in den Ländern unterschiedliche Konsequenzen hinsichtlich einer Zulassung zur Blutspende aus. Rezente Veränderungen fanden z. B. im Vereinigten Königreich im Juni 2021 und in Israel ab Oktober 2021 statt: Hier gab es einen Wechsel von einem populationsbasierten Ansatz (MSM) hin zu einer individualisierten Risikobewertung des Sexualverhaltens. Länder wie Italien oder Spanien verfolgen letzteren Ansatz schon seit mehr als 20 Jahren. Andere Länder wie die Schweiz, Schweden, Tschechien oder auch Österreich setzen auf einen populationsbasierten Ansatz der Risikoreduktion.

Neben verschiedenen Ansätzen der Risikobewertung zeigen sich zwischen den Ländern auch Unterschiede hinsichtlich der Rückstellfristen.

Tabelle 4.5 gibt einen Überblick nach Ländern und zeigt die jeweils gültigen Regelungen (individualisierte Risikobewertung bzw. populationsbasierte Bewertung mit jeweiliger Rückstellfrist).

Tabelle 4.5:

Länderübersicht zu Policies hinsichtlich der Zulassung zur Blutspende (Auswahl)

Land	Modus der Risikobewertung ²⁸	seit
EU-Länder		
Italien	Individualisierte Risikobewertung	2000
Portugal	Individualisierte Risikobewertung ²⁹	2021
Spanien	Individualisierte Risikobewertung	2001
Ungarn	Individualisierte Risikobewertung ³⁰	2020
Niederlande ³¹	Keine Rückstellung, wenn in dauerhafter monogamer (MSM-)Beziehung, sonst 4 Monate nach letztem MSM-Kontakt ³²	2021
Dänemark	Populationsbasierte Risikobewertung (4 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Finnland	Populationsbasierte Risikobewertung (4 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Frankreich ³¹	Populationsbasierte Risikobewertung (4 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Tschechien	Populationsbasierte Risikobewertung (6 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2007
Deutschland ³¹	Populationsbasierte Risikobewertung (1 Jahr nach letztem MSM-Kontakt)	2017
Irland	Populationsbasierte Risikobewertung (1 Jahr nach letztem MSM-Kontakt)	2017
Österreich	Populationsbasierte Risikobewertung (1 Jahr nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Schweden	Populationsbasierte Risikobewertung (6 Monate nach letztem MSM-Kontakt) ³³	2021
Slowakei	Populationsbasierte Risikobewertung (1 Jahr nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Slowenien	Populationsbasierte Risikobewertung (1 Jahr nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Nicht-EU-Länder		
Argentinien	Individualisierte Risikobewertung	2015
UK	Individualisierte Risikobewertung ³⁴	2021
Australien	Populationsbasierte Risikobewertung (3 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2021
Kanada	Populationsbasierte Risikobewertung (3 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2019
USA	Populationsbasierte Risikobewertung (3 Monate nach letztem MSM-Kontakt)	2020
Schweiz	Populationsbasierte Risikobewertung (1 Jahr nach letztem MSM-Kontakt)	2017

Anmerkung: Aufgrund rezenter Änderungen, die in den genannten Dokumenten noch nicht abgebildet waren, wurde an entsprechenden Stellen eine Policy-Aktualisierung vorgenommen.

Quelle: wenn nicht anders angegeben, (BAK/RKI/PEI/BMG 2021) bzw. (FAIR 2020)

28

Eine individualisierte Risikobewertung bedeutet nicht das gänzliche Fehlen von Zugangsbeschränkungen – lediglich die Unterscheidung nach dem biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen entfällt als Zulassungskriterium.

29

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0092016-de-19092016-pdf.aspx>

30

<https://en.hatter.hu/news/lifelong-blood-donation-ban-on-gay-and-bisexual-men-in-hungary-lifted-0>

31

Änderungen an bestehender Regelung in Umsetzung / in Planung

32

<https://www.sanquin.nl/over-sanquin/nieuws/2021/03/bloedbank-opent-de-deur-voor-msm>

33

Veränderung der Rückstellfrist (von 12 auf 6 Monate) im Mai 2021

34

<https://www.blood.co.uk/who-can-give-blood/men-who-have-sex-with-men>

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Länder, die eine individualisierte Risikobewertung verfolgen, ebenso Ausschlussgründe für Blutspender:innen anführen wie Länder mit populationsbasierten Ansätzen. Das heißt, bei einer Risikobewertung, die keine Unterscheidung entlang des biologischen Geschlechts der Sexualpartner:innen vornimmt, müssen dennoch – im Sinne der Blutsicherheit – Kriterien erfüllt bzw. ausgeschlossen sein, um die jeweils (landesgültigen) Zulassungsbedingungen zu erfüllen. Die entsprechenden Kriterien mit Fokus auf das Sexualverhalten werden in den nachfolgenden vier Länderbeispielen angeführt; diese liefern detaillierte Informationen zu den aktuellen Policies. Daran anschließend wird eine spezielle Regelung für MSM aus den Niederlanden vorgestellt, und es werden internationale (potenzielle) Gesetzesänderungen angeführt. Für eine vollständige Darstellung der Länderpolicies siehe Tabelle 4.5 und auch den Bericht des Deutschen Arbeitskreises Blut vom Mai 2021 (BAK/RKI/PEI/BMG 2021).

4.1.4.1 Individualisierte Risikobewertung: vier Länderbeispiele

Italien

In Italien gibt es hinsichtlich der Auswahl von Blutspenderinnen und -spendern seit etwa 20 Jahren verschiedene Kriterien in Bezug auf das Sexualverhalten, die als Konsequenz die Zulassung, eine viermonatige Rückstellfrist oder den Ausschluss von der Blutspende nach sich ziehen können.

Diese Kriterien werden von der Ärztin / dem Arzt im Vorfeld der Blutspende (additiv zu einem Fragebogen) in einem Einzelgespräch mit dem:der potenziellen Spender:in erhoben. Demzufolge ergibt sich eine viermonatige Rückstellfrist, hatte eine Person

- » Sexualkontakt mit einer Person mit unbekanntem Sexualverhalten oder
- » Sexualkontakt mit einer Person mit einer HIV-, HCV- oder HBV-Infektion.

Ein Ausschluss von der Blutspende ergibt sich

- » bei Sexualkontakten mit mehr als einer Person, deren Sexualverhalten unbekannt ist,
- » wenn Sexarbeit angeboten oder konsumiert wird,
- » bei wiederholten Sexualkontakten mit Personen, die HIV-, HCV- oder HBV-Infektionen aufweisen.

Diese Kriterien gelten in Italien unabhängig vom biologischen Geschlecht der betroffenen Personen (BAK/RKI/PEI/BMG 2021).

Fragen für eine Risikoeinschätzung in Bezug auf das Sexualverhalten

Die nachfolgenden Fragen stammen aus dem Anamnesefragebogen und sollen die oben genannten Regulierungen in Italien verdeutlichen. Detaillierte Informationen finden sich hierzu in

einem Dekret des italienischen Gesundheitsministeriums vom November 2015 (Ministero della Salute 2015).

Exposition gegenüber dem Risiko übertragbarer Krankheiten durch Transfusionen (Ministero della Salute 2015)

- 5.1 Sie haben die Informationen über AIDS, virale Hepatitis und andere übertragbare Krankheiten gelesen und verstanden.
- 5.2 Haben Sie oder hatten Sie jemals sexuell übertragbare Krankheiten?
- 5.3 Haben Sie AIDS oder sind Sie HIV-positiv, oder denken Sie, dass Sie es sind?
- 5.4 Ist Ihr Partner HIV-positiv oder glaubt er/sie, es zu sein?
- 5.5 Haben Sie Hepatitis B oder C oder sind Sie HBV- oder HCV-positiv, oder glauben Sie, dass Sie es sind?
- 5.6 Hat Ihr Partner Hepatitis B oder C oder sind Sie HBV- oder HCV-positiv, oder glaubt er/sie, es zu sein?
- 5.7 Haben Sie seit Ihrer letzten Spende und auf jeden Fall in den letzten vier Monaten den Partner gewechselt?
- 5.8 Hatten Sie seit der letzten Spende und auf jeden Fall in den letzten vier Monaten Geschlechtsverkehr heterosexuell, homosexuell, bisexuell (Genitalverkehr, Oralverkehr, Analverkehr):
 - 5.8.1 mit einem Partner, der positiv auf Hepatitis B und/oder C und/oder auf AIDS getestet wurde
 - 5.8.2 mit einem Partner, der bereits früher Risikogeschlechtsverkehr hatte oder dessen sexuelle Gewohnheiten sie nicht kennen
 - 5.8.3 mit einem Gelegenheitspartner
 - 5.8.4 mit mehreren Sexualpartnern
 - 5.8.5 mit Drogenabhängigen
 - 5.8.6 mit Geld- oder Drogentausch
 - 5.8.7 mit einem Partner, der in einem Land geboren wurde oder aus einem Land stammt, in dem AIDS eine weit verbreitete Krankheit ist und von dem nicht bekannt ist, ob er HIV-positiv ist?
- 5.9 Seit der letzten Spende und auf jeden Fall in den letzten vier Monaten:
 - 5.9.1 Haben Sie im selben Haus mit Personen gelebt, die HIV-positiv und/oder HBC-positiv sind?
 - 5.9.2 Haben Sie sich einer Operation oder endoskopischen Untersuchung unterzogen (z. B. Koloskopie, Ösophagogastroduodenoskopie, Arthroskopie usw.)?
 - 5.9.3 Wurden bei Ihnen durchgeführt:
 - a) Verabreichung von Substanzen intramuskulär oder intravenös mit unsterilen Spritzen/Geräten
 - b) Akupunktur mit nicht sterilen Einweggeräten
 - c) Tätowierungen
 - d) Ohrlochstechen oder -piercing
 - e) Verabreichung von Blutbestandteilen oder aus Blutplasma gewonnenen Arzneimitteln
 - 5.9.4 Haben Sie sich versehentlich mit einer Spritze oder anderen mit Blut kontaminierten Instrumenten verletzt?
 - 5.9.5 Sind Sie versehentlich mit blutkontaminierten Schleimhäuten (Mund, Augen, Genitalbereich) in Berührung gekommen?

Spanien

In Spanien erfolgt eine Befragung potenzieller Spender:innen unabhängig vom biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen. Die individualisierte Risikobewertung (ebenso wie in Italien mittels Fragebogens und eines ärztlichen Gesprächs) fokussiert in Bezug auf das Sexualverhalten auf folgende Fragestellungen:

- » Sexualkontakt mit neuen Sexualpartnerinnen/-partnern
- » Sexualkontakt mit infizierten Personen
- » Sexualkontakt mit Personen mit Drogenabusus
- » Sexualkontakt mit Personen aus Endemiegebieten
- » wechselnde Partnerschaften
- » Sexualkontakt mit Personen aus der Sexarbeit (BAK/RKI/PEI/BMG 2021)

Das Gesetz, welches in Spanien die Blutspende regelt, sieht im Hinblick auf das Sexualverhalten einer Person ebenso die Möglichkeit einer Rückstellfrist bzw. eines Ausschlusses von der Blutspende vor. Letzteres bezieht sich v. a. auf ein Sexualverhalten, das ein hohes Risiko für die Ansteckung mit durch Blut und Blutbestandteile übertragbaren schweren Infektionskrankheiten darstellt (Ministerio de Sanidad y Consumo 2005). Diese Zulassungskriterien gelten in Spanien unabhängig vom biologischen Geschlecht der betroffenen Personen.

Der aktuelle Fragebogen, welcher sich sowohl an Erstspender:innen als auch an wiederholt Spendende richtet, steht auf der Website des spanischen Gesundheitsministeriums zum Download bereit (<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/publicaciones/publicaciones.htm>).

Fragen für eine Risikoeinschätzung in Bezug auf das Sexualverhalten

Der zweite Teil des Fragebogens wird von dem:der Interviewer:in vor der Spende ausgefüllt (CCST 2003).

- Sind Sie Träger:in des humanen Immundefizienzvirus (HIV) oder AIDS-krank, denken Sie, dass Sie es sein könnten, oder haben Sie Zweifel, ob Sie es sind?
- Sind Sie Träger:in eines der Hepatitis-Viren (B, C), oder glauben Sie, dass Sie es sein könnten?
- Haben Sie jemals in Ihrem Leben Drogen (Heroin, muskelaufbauende Steroide usw.) gespritzt, auch wenn es nur einmal in Ihrem Leben war bzw. auch wenn es nur einmal und vor langer Zeit war?
- Haben Sie jemals Geld, Drogen oder andere Zahlungen als Gegenleistung für Sex angenommen?
- Hatten Sie in den letzten Monaten Geschlechtsverkehr (Vaginal-, Anal- oder Oralverkehr) mit:
 - mehr als einer anderen Person
 - einer Person, die HIV-positiv ist
 - einer Person, die häufig den Partner wechselt
 - einer Person, die möglicherweise intravenös Drogen injiziert hat
 - einer Person, die sich prostituiert
 - einer Person, die in Gebieten der Welt lebt, in denen HIV weit verbreitet ist (Afrika, Karibik und Asien), oder aus diesen Gebieten stammt
 - einer Person, die an einer sexuell übertragbaren Krankheit (Syphilis, Gonorrhö usw.) gelitten hat

Vereinigtes Königreich

NHS Blood and Transplant berichtete im Mai 2021 von Änderungen bei der Sicherheitsbewertung für die Blutspende im Vereinigten Königreich. Diese neuen Regelungen sind seit Juni 2021 in Kraft (NHS 2021a). Sie wurden von Mitgliedern einer Lenkungsgruppe ausgearbeitet (FAIR – For the Assessment of Individualised Risk), in der sich Blutspendedienste, Selbstvertretungsorganisationen, Public Health England sowie Expertinnen und Experten aus der Psychologie, der Epidemiologie und den AIDS-Hilfe-Verbänden zusammenfanden (BAK/RKI/PEI/BMG 2021). Im Wesentlichen haben sich die Fragen, die vor dem Blutspenden gestellt werden, geändert. Männliche Blutspendende werden nicht mehr gefragt, ob sie Sex mit einem anderen Mann hatten.

Aktuell werden nun alle Spender:innen gefragt, ob sie in den letzten drei Monaten eine neue Sexualpartnerin / einen neuen Sexualpartner oder mehrere Sexualpartner:innen hatten. Jede Person, die in den letzten drei Monaten einer neuen Partnerin / mit einem neuen Partner oder mehreren Partnerinnen/Partnern Analverkehr hatte, kann zu diesem Zeitpunkt kein Blut spenden –

unabhängig vom biologischen Geschlecht der Spenderin / des Spenders oder der Partnerin / des Partners (NHS 2021a).

Fragen für eine Risikoeinschätzung in Bezug auf das Sexualverhalten

Spenderinnen und Spender müssen einen Spendsicherheitscheck ausfüllen und werden in Bezug auf die letzten drei Monate Folgendes gefragt (NHS 2021a):

-
- » Hatten Sie Sex mit jemandem, der an Syphilis oder Hepatitis erkrankt ist oder HIV-positiv ist?
 - » Wurde Ihnen Geld oder Drogen für Sex gegeben?
 - » Hatten Sie Sex mit jemandem, der jemals Geld oder Drogen für Sex bekommen hat?
 - » Hatten Sie Sex mit jemandem, der jemals Drogen injiziert hat?
 - » Haben Sie eine Präexpositionsprophylaxe (PrEP) / Truvada zur HIV-Prävention eingenommen oder eine Postexpositionsprophylaxe (PEP) zur HIV-Prävention eingenommen oder verschrieben bekommen?
 - » Haben Sie beim Sex Drogen konsumiert (mit Ausnahme von Medikamenten gegen erektile Dysfunktion oder Cannabis)?
-

Wenn eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet wird, ist im Moment kein Blutspenden möglich.

Wenn alle Fragen mit Nein beantwortet werden, ist eine Blutspende möglich, sofern die weiteren Zulassungskriterien erfüllt sind. Darüber hinaus werden potenzielle Spender:innen in Bezug auf die letzten drei Monate Folgendes gefragt:

-
- » Hatten Sie Sex mit einem neuen Partner, oder hatten Sie Sex mit mehr als einem Partner?
 - » Personen dürfen nicht spenden, wenn sie in den letzten 3 Monaten mehr als einen Sexualpartner hatten UND mit einem dieser Partner Analverkehr hatten.
 - » Personen dürfen frühestens 3 Monate nach dem ersten Sexualkontakt spenden, wenn sie mit einem neuen Sexualpartner Analverkehr hatten (ein neuer Partner ist jemand, mit dem noch kein Sexualkontakt stattfand, oder ein früherer Partner, mit dem eine sexuelle Beziehung wiederaufgenommen wurde)
 - » Personen dürfen mindestens 3 Monate lang nicht spenden, wenn sie an Chemsex-Aktivitäten teilgenommen haben, einschließlich der Einnahme stimulierender Drogen. Dieses Risiko gilt für alle sexuellen Kontakte.
 - » Personen dürfen frühestens 3 Monate nach Abschluss der Behandlung und nach Entlassung aus der Nachsorge spenden, wenn bei ihnen eine Gonorrhö diagnostiziert wurde (NHS 2021b).
-

Israel

Das Deutsche Ärzteblatt (ärzteblatt.de 2021c) berichtete im August 2021, ebenso wie zahlreiche Medien, dass ab Oktober 2021 in Israel in Fragebögen für die Einschätzung von Risikofaktoren von Blutspenderinnen/-spendern nicht mehr zwischen homosexuellen und heterosexuellen Personen unterschieden wird. Stattdessen wird nach riskanten Sexualpraktiken mit einer neuen Partnerin / einem neuen Partner oder mit mehreren neuen oder häufig wechselnden Partnerinnen/Partnern innerhalb der letzten drei Monate gefragt.

Fragen für eine Risikoeinschätzung in Bezug auf das Sexualverhalten

Zu den betreffenden Fragestellungen konnten (aktuell) keine Rechercheergebnisse erzielt werden.

4.1.4.2 Spezielle Länderpolicies und geplante internationale Gesetzesvorhaben

Niederlande

In den Niederlanden gilt eine spezielle Regelung für MSM, die Blut spenden möchten. Grundsätzlich gilt eine Rückstellfrist von vier Monaten – d. h. eine Zulassung zur Blutspende ist nur möglich, wenn der potenzielle Spender mindestens vier Monate keinen Sexualkontakt hatte. Seit 1. September 2021 gilt diese Regelung für MSM, die seit mindestens zwölf Monaten in einer festen monogamen Beziehung leben, nicht mehr. Eine weitere Veränderung der Risikobewertung in Form einer Ausweitung dieser Regelung auf MSM ohne festen Partner ist für nächstes Jahr angedacht (ärzteblatt.de 2021b)

Frankreich

In Frankreich ist für Anfang 2022 eine Gleichstellung aller Blutspender:innen hinsichtlich des Zugangs zum Blutspenden – unabhängig vom biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen – geplant. Die vorgesehene Änderung in Artikel 7a des französischen Bioethikgesetzes soll folgendermaßen lauten: „Die Kriterien für die Auswahl der Spender (...) dürfen nicht auf einer unterschiedlichen Behandlung beruhen, insbesondere nicht auf dem Geschlecht des Partners oder der Partner, mit dem oder denen die Spender eine sexuelle Beziehung hatten“ (HIV Justice Network 2021). Darüber hinaus gelten auch in Frankreich anderweitige allgemeine Zulassungskriterien

Deutschland

In Deutschland liegt seit 24. 9. 2021 die aktualisierte Richtlinie Hämotherapie vor, die neue Blutspendezulassungskriterien für Personen mit sexuellem Risikoverhalten vorsieht. Die darin enthaltenen Kriterien wurden von der deutschen Bundesärztekammer auf Basis einer gemeinsamen Analyse mit dem Bundesgesundheitsministerium und den Bundesoberbehörden erarbeitet (Richter-Kuhlmann 2021). Diese Analyse – das Beratungsergebnis der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern des „Arbeitskreises Blut nach § 24 TFG“ (BAK/RKI/PEI/BMG 2021) – schlussfolgerte: „Der Arbeitskreis stimmt mit der grundsätzlichen Aussage überein, dass unter aktuellen wissenschaftlichen Gesichtspunkten eine befristete Rückstellung von der Spende für vier Monate nach Beendigung eines sexuellen Risikoverhaltens ausreicht, um weiterhin die hohe Sicherheit der Blutprodukte zu erzielen. Innerhalb einer wechselseitig monogamen/sexuell exklusiven Partnerschaft ist nicht von einem sexuellen Risikoverhalten auszugehen, unabhängig vom Geschlecht der beteiligten Personen.“ (RKI 2021) Demzufolge wird die bisher gültige Rückstellfrist von zwölf Monaten auf vier Monate verkürzt. Die Blutspendesperre von vier Monaten gilt u. a. sowohl bei Sexualverkehr zwischen Frau und Mann mit häufig wechselnden Partnerinnen/Partnern als auch für Sexualverkehr zwischen Männern (MSM) mit einem neuen Sexualpartner oder mehr als einem Sexualpartner sowie bei Sexualverkehr einer Transperson mit häufig wechselnden Partnerinnen/Partnern (ärzteblatt.de 2021a).

4.2 Fazit Evidenzrecherche

- » Aus **drei Ländern**, die eine individualisierte Risikobewertung oder eine Rückstellfrist für MSM von weniger als zwölf Monaten eingeführt haben, sind Daten zum Endpunkt **Blutsicherheit** im Vorher-nachher-Vergleich verfügbar (Blanco et al. 2020; GOV.UK 2020; Suligoi et al. 2013):
 - » Studien aus zwei Ländern, die eine **individualisierte Risikobewertung** eingeführt haben (**Italien und Argentinien**) berichten folgende Ergebnisse:
 - » Die Rate **HIV-infizierter** Blutspenden blieb in beiden Ländern **unverändert**.
 - » Die Raten **HBV-, HCV- und T.-p.-infizierter** Blutspenden waren in **Argentinien** nach der Umstellung statistisch signifikant **niedriger** als zuvor, in Italien wurden sie nicht untersucht.
 - » Öffentlich verfügbare Surveillancedaten aus einem Land (**Vereinigtes Königreich**), das 2017 die **Rückstellfrist für MSM von zwölf auf drei Monate verkürzt** hat, zeigen folgende Ergebnisse für den Vergleich der Jahre 2016 und 2019:
 - » Die Raten **HIV-, HBV- und HCV-infizierter** Blutspenden blieb **unverändert**.
 - » Die Rate **T.-p.-infizierter** Blutspenden war nach der Umstellung statistisch signifikant **höher** als zuvor.
 - » Die unveränderten Raten HIV-infizierter Blutspenden in Italien sowie HIV-, HBV- und HCV-infizierter Blutspenden im Vereinigten Königreich zeigten sich sowohl bei Betrachtung der Gesamtpopulation als auch jeweils unter den Erstspendenden und Mehrfachspendenden. Im Vereinigten Königreich zeigt sich der statistisch signifikante Anstieg T.-p.-infizierter Blutspenden in der Gesamtpopulation und unter den Erstspendenden, jedoch nicht unter den Mehrfachspendenden. In der argentinischen Studie wurde nur über die Gesamtpopulation von Blutspenderinnen/-spendern berichtet – ohne Unterscheidung zwischen Erstspendenden und Mehrfachspendenden.
- » Aus **zwei Ländern**, die Änderungen in der Spenderselektion bezüglich MSM eingeführt haben, sind Daten zum Endpunkt **Compliance** im Vorher-nachher-Vergleich verfügbar. In beiden Ländern wurden anonyme Befragungen von Blutspenderinnen/-spendern nach der Spende durchgeführt.
 - » In **Kanada** wurde die Umstellung von einem permanenten Ausschluss von MSM auf eine Rückstellfrist für sie von fünf Jahren und eine weitere Umstellung auf eine Rückstellfrist von einem Jahr untersucht. Der Anteil männlicher Blutspendender, die angaben, **in den letzten zwölf Monaten Sex mit Männern** gehabt zu haben, war unter den verschiedenen Policies **nicht signifikant unterschiedlich** (O'Brien et al. 2019).
 - » In **Hongkong** wurde die Umstellung von einem permanenten Ausschluss von MSM auf eine Rückstellfrist von einem Jahr untersucht. Um die Compliance-Raten mit den unterschiedlichen Policies zu untersuchen, wurden vor und nach der Policy-Umstellung anonyme Befragungen in Stichproben von männlichen Blutspendern durchgeführt. Die **Befragungen wurden nach erfolgter Blutspende durchgeführt** und enthielten die Fragen, ob und wann zuletzt ein Sexualkontakt mit einem anderen Mann stattgefunden hatte. In der Befragung vor der Policy-Umstellung wurden befragte Blutspender als non-compliant eingestuft, wenn sie nach der Blutspende angaben, jemals einen Sexualkontakt mit einem anderen Mann gehabt zu haben. In der Befragung nach der Policy-Umstellung wurden befragte Blutspender als non-compliant

eingestuft, wenn sie angaben, innerhalb der 12 Monate davor einen Sexualkontakt mit einem anderen Mann gehabt zu haben. Der Anteil befragter Blutspender, der **non-compliant** war, war unter den verschiedenen Policies **nicht signifikant unterschiedlich** – d.h. es zeigten sich keine Gruppenunterschiede (Lau et al. 2021).

- » Zu den Endpunkten (1) Zufriedenheit mit neuen Frageinstrumenten (Spender:innen und/oder Personal), (2) Blutspenderaten/Versorgungssicherheit und (3) Minoritätenstress (z. B. Stigmatisierung, Zugehörigkeitsgefühl unter MSM) wurden keine Ergebnisse aus Vorher-nachher-Vergleichen aus Ländern, die Änderungen bei der Spenderselektion bezüglich MSM eingeführt hatten, gefunden.
- » Es wurden insgesamt **vier systematische Übersichtsarbeiten mit Metaanalysen** identifiziert, welche die **Assoziation spezifischen** (nicht über das Geschlecht der Sexualpartner:innen definierten) **Sexualverhaltens mit den relevanten Infektionen** untersuchten:
 - » Zwei Arbeiten untersuchten das **HIV-Übertragungsrisiko pro spezifischen Sexualakt** und kamen zum Ergebnis, dass sich dieses abhängig von den Sexualpraktiken **stark unterscheidet**. Das höchste Übertragungsrisiko fanden beide Arbeiten bei ungeschütztem rezeptivem Analverkehr (Baggaley et al. 2018; Patel et al. 2014).
 - » Zwei Arbeiten untersuchten Populationsunterschiede in den **Prävalenzen und Inzidenzen** von HIV und/oder HBV und HCV und berichten, dass sich die entsprechenden Zahlen **je nach praktiziertem Sexualverhalten unterscheiden**. Unter anderem wurde berichtet, dass bei MSM, die rezeptiven Analverkehr haben, die Prävalenz und Inzidenz von HIV gegenüber MSM, die nur insertiven Analverkehr haben, erhöht ist (Meng et al. 2015) und bei Heterosexuellen, die Gruppensex praktizieren oder multiple Partner:innen haben, die Prävalenz von HIV erhöht ist (Van Remoortel et al. 2020).
- » **Evidenzbasierte Leitlinien**
 - » Die Recherche erzielte **keine Treffer** hinsichtlich Empfehlungen in evidenzbasierten Leitlinien (inkl. Angaben von Evidenz- und Empfehlungsstärke) zu Auswahlmodi von Blutspenderinnen/-spendern im Hinblick auf das Sexualverhalten.
 - » In diesem Zusammenhang verweist ein **Leitfadendokument** des Europarats (Stand 2020) auf **Empfehlungen**, die Fragen zum Sexualverhalten der potenziellen Blutspender:innen umfassen.
 - » Diesen Empfehlungen zufolge sollen Personen, die durch ihr Sexualverhalten einem hohen Risiko ausgesetzt sind, sich mit schweren Infektionskrankheiten anzustecken, die durch Blut übertragen werden können, vom Blutspenden ausgeschlossen werden.
 - » Sexualpartner:innen der obengenannten Population müssen für einen bestimmten Zeitraum zurückgestellt werden – dieser Zeitraum wird durch eine nationale Risikobewertung für die betreffende Infektionskrankheit und die Verfügbarkeit geeigneter Tests bestimmt.
 - » In diesem Zusammenhang werden im Leitfadendokument des Europarats auch Fragen für MSM vorgeschlagen.
 - » Das Leitfadendokument enthält **keine** Angaben hinsichtlich **Evidenz- und Empfehlungsstärken**.
- » **Länderpolicies**

- » Grundsätzlich kann zwischen **populationsbasierten und individualisierten Risikobewertungen** unterschieden werden. Erstere umfassen Fragen zu Risikobewertungen, die u.a. gleichgeschlechtliche Sexualkontakte umfassen – insbesondere zwischen Männern. Letztere enthalten Fragen, die primär auf das (risikoreiche) Sexualverhalten in einem bestimmten Zeitraum fokussieren – unabhängig vom biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen.
- » In den vergangenen Monaten haben einige Länder wie etwa das **Vereinigte Königreich** oder **Israel** ihre Risikobewertungen auf den individualisierten Risikobewertungsmodus umgestellt. In Ländern wie **Spanien** und **Italien** gibt es diesen Modus schon seit rund 20 Jahren.
- » Insgesamt bedeutet eine individualisierte Risikobewertung kein generelles Aussetzen von Zugangsbeschränkungen – lediglich die Unterscheidung entlang des biologischen Geschlechts der Sexualpartner:innen entfällt.
- » Andere Länder (etwa in **Skandinavien**) verfolgen einen populationsbasierten Ansatz mit unterschiedlichen Rückstellfristen für Männer, die Sexualkontakt mit anderen Männern haben. **Deutschland** hat eben erst die gesetzte Rückstellfrist für MSM von zwölf auf vier Monate verkürzt.
- » Eine „Mischform“ wird aktuell in den **Niederlanden** gewählt: Dort gilt eine Rückstellfrist für MSM von vier Monaten – Ausnahmen gelten hier für Männer, die sich in monogamen, festen Beziehungen mit Männern befinden. Für diese Personen entfallen die Rückstellfristen. In **Deutschland** befand der „Arbeitskreis Blut“ kürzlich, dass eine befristete Rückstellfrist (von vier Monaten) für die Erzielung einer hohen Sicherheit der Blutprodukte ausreichend sei. Weiters hielten die Expertinnen und Experten fest, dass in einer wechselseitig monogamen Beziehung (im Sinne einer sexuell exklusiven Partnerschaft) kein sexuelles Risikoverhalten zu konstatieren ist – unabhängig vom Geschlecht der Sexualpartner:innen.

4.3 Diskussion Evidenzrecherche und Länderpolicies

Die Ergebnisse der Evidenzrecherche wurden mit Expertinnen und Experten in einem Onlinemeeting besprochen („Expertengespräch“, vertretene Organisationen/Institutionen siehe Anhang 1).

Insgesamt befindet sich die Diskussion bezüglich der Blutspendezulassungskriterien (insbesondere im Hinblick auf das Sexualverhalten potenzieller Spender:innen sowie ihrer Sexualpartner:innen) in mehreren Ländern in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit der Blutprodukte und Chancengerechtigkeit bzw. Antidiskriminierung, wie die nachfolgende Ergebnisdiskussion deutlich machen soll.

Laut EU-Richtlinie 2004/33/EG müssen „Personen, deren Sexualverhalten ein hohes Übertragungsrisiko für durch Blut übertragbare schwere Infektionskrankheiten birgt“, von der Blutspende ausgeschlossen werden (Amtsblatt der Europäischen Union 2004). Eine Definition, welche Sexualverhalten dies betrifft, findet sich in der Richtlinie nicht. Wie in Kapitel 1.1.1 beschrieben, wurden keine evidenzbasierten Leitlinien identifiziert, die Empfehlungen zur Spenderauswahl geben, aber

es existieren verschiedene Stellungnahmen und Empfehlungen nationaler und internationaler Expertengremien. Das European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) empfiehlt etwa im aktuellen Guide, dass MSM-Verhalten bei der Spenderauswahl abgefragt wird und dass dabei Sex als Oral- oder Analverkehr mit oder ohne Kondom definiert werden soll (EDQM 2020). Begründet wird dies mit einem erhöhten Risiko für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionskrankheiten. Auf diesen Guide bezieht sich auch die ÖGBT in ihrer Stellungnahme an BM Anschober vom 28. 1. 2021 (ÖGBT 2021). Im Vergleich dazu gibt es auch anders gelagerte Einschätzungen, wie etwa das aktuelle Beratungsergebnis der deutschen Arbeitsgruppe Blut zeigt. Hierin kommen die Expertinnen und Experten etwa zu dem Schluss, dass ein erhöhtes Übertragungsrisiko bei „Sexualverkehr zwischen Männern (MSM) mit einem neuen Sexualpartner oder [bei] mehr als einem Sexualpartner“ bestehe – nicht aber bei MSM in monogamen Beziehungen (BAK/RKI/PEI/BMG 2021). Eine weitere Stellungnahme gibt es aus dem Vereinigten Königreich – verfasst von der interdisziplinären Beratungsgruppe „For the Assessment of Individualised Risk (FAIR)“ –, in der eine individualisierte Risikobewertung empfohlen wird.

Hinsichtlich der Wahrnehmung bzw. Akzeptanz populationsbasierter (in diesem Fall MSM) und risikobasierter Ansätze verweist der deutsche Bericht des Arbeitskreises Blut etwa auf zwei Studien, die ein Zwischenergebnis eines „MSM research grant programs“ in Kanada darstellen (BAK/RKI/PEI/BMG 2021). Demzufolge wird in einer Studie (Caruso et al. 2019) mit sieben Fokusgruppen der populationsbezogene Ansatz auch dann als diskriminierend empfunden, wenn die Rückstellfristen (über alle potenziellen Spenderpopulationen hinweg) angeglichen werden. Die größte Akzeptanz fand sich hingegen, wie in einer weiteren qualitativen Studie (47 Tiefeninterviews) aus Kanada berichtet wurde (Grace et al. 2019), für geschlechtsneutrale Fragen.

Im Hinblick auf die Rechercheergebnisse und Länderergebnisse sind folgende Limitationen zu berücksichtigen:

- » Die Anzahl verfügbarer relevanter Studien bzw. systematischer Übersichtsarbeiten (mit teils geringer Anzahl an Primärstudien) ist im Hinblick auf die eingangs definierten Forschungsfragen beschränkt. Dies liegt unter anderem auch daran, dass viele Länder erst vor kurzer Zeit ihre Regelungen bezüglich Zulassung von MSM zur Blutspende geändert haben.
- » Die Übertragbarkeit von Studienergebnissen aus anderen Ländern auf den österreichischen Kontext kann durch sozioökonomische, demografische, organisatorische und kulturelle Faktoren eingeschränkt sein, so zum Beispiel Unterschiede in der Bevölkerungsprävalenz und -inzidenz der verschiedenen Infektionskrankheiten, Unterschiede in der Zusammensetzung der Blutspenderpopulationen, Unterschiede im Blutspendeprozess etc.
- » Weiters handelt es sich bei den betrachteten Ergebnissen um Vorher-nachher-Vergleiche, kausale Zusammenhänge zwischen einer Policyänderung und etwaigen Änderungen bei den betrachteten Endpunkten können nicht etabliert werden.
- » Aus Ländern, die erst vor kurzem eine Änderung (Umstellung auf individualisierte Risikobewertung) ihrer Blutspendezugangskriterien vorgenommen haben, liegen noch keine Daten zu möglichen Auswirkungen der Umstellungen vor. Da die Jahre 2020 und 2021 wegen der besonderen Umstände aufgrund der Corona-Pandemie nicht gut als Vergleichszeiträume herangezogen werden können, ist auch nicht davon auszugehen, dass es zeitnah belastbare Studien geben wird.

5 Ergebnisse Fokusgruppen

Wie in Kapitel 2 beschrieben wurden Fokusgruppen durchgeführt, um die praxisbezogene Expertise, Erfahrungen und Einschätzungen unterschiedlicher Betroffenenengruppen einzuholen. Nachstehend werden die Ergebnisse der drei Fokusgruppen beschrieben.

5.1 Fokusgruppe Interessenvertretung für MSM, die Blut spenden (wollen)

An dieser Fokusgruppe nahmen insgesamt vier Personen teil, die aus folgenden Organisationen kamen (siehe auch Anhang 1):

- » Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten (WAST)
- » AUGÉ (Alternative, Grüne und Unabhängige GewerkschafterInnen), Untergruppe Wien
- » HOSI Salzburg
- » AIDS Hilfe Wien

Zentrale Ergebnisse waren hier, dass die derzeitige Regelung für das Blutspenden seitens MSM in Österreich von der betroffenen Personengruppe im Vergleich zu Diskriminierungserfahrungen in anderen Lebensbereichen nicht als prioritäres Thema angesehen wird. Laut dem Vertreter der WAST gebe es hinsichtlich Diskriminierung größere Probleme bzw. Nachteile in anderen Lebensbereichen, mit denen sich homosexuelle Menschen auseinandersetzen müssen. Die Tatsache, nicht Blut spenden zu können (Rückstellfrist von zwölf Monaten für MSM), sei im Vergleich zu Diskriminierungserfahrungen in anderen Lebensbereichen eine eher geringe Belastung. Ein Problem, welches die derzeitige Regelung aber sehr wohl mit sich bringe, sei das Bild von HIV, das mit der sexuellen Orientierung „MSM“ in Verbindung gebracht und definitiv als starke Beeinträchtigung gesehen werde.

Eine Änderung des Spenderfragenbogens in die Richtung einer Abfrage des sexuellen Risikoverhaltens für alle Spender:innen wurde von allen Teilnehmenden befürwortet. Die Fragen sollten klar, verständlich und nachvollziehbar aufgebaut sein. Als wichtige Info wurde an dieser Stelle noch ergänzt, dass Menschen ihre Risiken für sexuell übertragbare Krankheiten oft schwer einschätzen könnten, sich jedoch an sexuelle Praktiken gut erinnern könnten. Das sollte bei einer Änderung der Fragen mitbedacht werden.

Eine weitere zentrale Aussage, die in dieser Fokusgruppe diskutiert wurde, war, dass das Blutspenden derzeit von manchen Menschen als kostenloser HIV-Test oder Gesundheitscheck genutzt werde. Diese Einstellung bringe jedoch Schwierigkeiten mit sich – auch in Anbetracht dessen, dass Blut nur auf einige wenige Laborparameter hin untersucht werde und auch nicht jede mit HIV infizierte Person positiv getestet werde. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass es dazu mehr und gut verständlicher Informationen darüber bedarf, welche Konsequenzen diese Einstellung haben kann.

Bei der Frage nach **potenziellen Vorteilen** einer Änderung des Fragebogens (hinsichtlich einer modifizierten Risikoabschätzung) wurden folgende Punkte genannt:

- » Eine Änderung, bei der alle potenziellen Blutspendenden nach ihrem sexuellen Risikoverhalten befragt werden, könnte zu einer **höheren Blutsicherheit** führen, da dies auch heterosexuelle Menschen betrifft.
- » Es könnten dadurch eventuellen Engpässen bei Blutkonserven entgegengewirkt werden, da somit mehr potenzielle Spender hinzukommen.
- » In jedem Fall würde dies ein Ende der (wahrgenommenen) Diskriminierung homo- und transidenter Menschen bedeuten. Hier wurde auch das Problem der Diskriminierung bei Blutspendeaktionen in bestimmten Bereichen erwähnt, wie z. B. am Arbeitsplatz oder bei der Stellungsuntersuchung beim Bundesheer, auch hier könnte der Diskriminierung damit gegengesteuert werden.
- » Ein zusätzlicher Vorteil wäre auch, dass sich Blutspendeorganisationen bei einer Änderung nicht mehr mit dem Thema Diskriminierung in diesem Kontext befassen müssten.

Die Frage nach **potenziellen Nachteilen** einer Änderung des Fragebogens wurde wie folgt beantwortet:

- » Es sollte durch die Änderung der Fragen keine Scheinsicherheit bei den Blutspendenden entstehen, weshalb die oben bereits angeführte Wichtigkeit der Klarheit und Nachvollziehbarkeit für alle Menschen nochmalig unterstrichen wurde.
- » Des Weiteren wurde angemerkt, dass Fragen zu sexuellem Risikoverhalten bei manchen Menschen, z. B. in ländlichen Gebieten, zu Schamgefühl führen könnten, jedoch sollte man es allen Menschen zumuten können, derartige Fragen gestellt zu bekommen.

5.2 Blutspendeorganisationen und blutverarbeitende Organisationen

An dieser Fokusgruppe nahmen insgesamt sieben Personen aus folgenden Organisationen teil (siehe auch Anhang 1):

- » IG (Interessengemeinschaft) – Plasma
- » ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz) – Blutspendezentrale für Wien, NÖ und Burgenland
- » BASG (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen)
- » ÖRK – Blutspendedienst Tirol
- » ÖRK – Blutspendedienst Salzburg
- » BMSGPK, Abteilung Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen

Eine zentrale Aussage von Teilnehmerinnen/Teilnehmern dieser Fokusgruppe war, dass die Gesundheit der Empfänger:innen immer oberste Priorität habe und die Blutsicherheit deshalb so hoch wie möglich gehalten werden müsse. In diesem Zusammenhang wurde auch ergänzt, dass sämtliche Ausschlussgründe im aktuellen österreichischen Spenderfragebogen, die in Bezug zu sexuell übertragbaren Erkrankungen stehen, auf Prävalenzzahlen basierten.

Sollte der Fragebogen geändert werden, könnte man damit rechnen, dass die Blutqualität nachlassen werde – wenn auch nur in geringem Ausmaß. Das wurde damit argumentiert, dass es derzeit eine hohe Treffsicherheit hinsichtlich HIV-Infektionen gebe, bei einer Änderung dieser Fragen könnte sich deshalb auch die Treffsicherheit ändern. Eine Frage, die an dieser Stelle genannt wurde, war, ob das Risiko einer abnehmenden Blutqualität politisch und v. a. gesellschaftlich getragen würde. Mehrere Teilnehmer:innen betonten, dass deshalb die Politik den Blutspendediensten klare Vorgaben zur Änderung des Fragebogens geben sollte und v. a. auch im Fall einer Blutübertragung hinter der getroffenen Entscheidung stehen sollte. Wichtig sei, dass Blutspendeorganisationen rechtlich abgesichert seien.

Weiters wurde auch die Frage nach Analverkehr in dieser Fokusgruppe diskutiert. Die Teilnehmenden kamen dabei zu der Einschätzung, dass diese oder auch andere Fragen zu sexuellem Risikoverhalten zu Scham bei den Spendenden führen könnten. Daraus könnte in der Folge resultieren, dass Spender:innen ausbleiben. An dieser Stelle wurde des Weiteren betont, dass es wichtig sei, dass die Fragen bei einer Änderung der derzeitigen Regelung nicht mehr würden und so klar und verständlich wie möglich gestellt werden sollten. Die Blutspendeorganisationen unterstrichen noch einmal, dass jegliche Änderungen durch das Ministerium konkret vorgegeben werden sollten und eine Änderung hinsichtlich der Risikoabschätzung rechtlich (in der Blutspendeverordnung) verankert werden müsse.

Auf die Frage, welche **potenziellen Vorteile** eine Änderung der Zulassung zur Blutspende mit sich bringen könnte, gab es keine Rückmeldungen.

Bei der Frage nach **potenziellen Nachteilen** einer Änderung wurden folgende Punkte genannt:

- » Da knapp 60 Prozent der HIV-Diagnosen in der Gruppe der MSM festgestellt würden, könne man von einer (leichten) Verschlechterung der Blutqualität ausgehen.
- » Zusätzliche Fragen bei der Blutspende über intime Bereiche (sexuelles Verhalten) könnten eventuell mehr Spender:innen verärgern.
- » Man könnte möglicherweise auch das Vertrauen der Spender:innen verlieren, v. a. jenes von Mehrfachspenderinnen/-spendern.
- » Die Zahl von Spenderinnen/Spendern, die der Blutspende abhandenkämen, wird höher eingeschätzt als die Anzahl jener Spender, die aus der Gruppe der MSM gewonnen werden könnten.
- » Das Setting wurde von den Teilnehmenden als nicht geeignet für eine detaillierte Sexualanalyse angesehen.

5.3 Patientinnen/Patienten, die Blut und Blutprodukte erhalten

An dieser Fokusgruppe nahmen zwei Personen aus folgenden Organisationen teil (siehe auch Anhang 1):

- » Blutbank und Blutdepot LKH Graz
- » Patienten- und Pflegeanwaltschaft Kärnten

Die Teilnehmenden kamen zu der Einschätzung, dass bei einer Änderung des Fragebogens, die „breakthrough infections“ in geringem Ausmaß steigen könnten und damit die Blutsicherheit minimal sinken könnte. Ob unter dieser Prämisse nach wie vor von höchster Sicherheit und Qualität gesprochen werden könne, sei deshalb eine gesellschaftspolitische Entscheidung.

Unter diesem Aspekt wurde auch der Malaria-Fall (siehe Kapitel 3.2.2) eingebracht und die Tatsache, dass bereits ein einziger Übertragungsfall Verunsicherung in der Bevölkerung auslösen könne. Daher gelte es in jedem Fall mitzuberücksichtigen, wie entsprechende Kommunikation bei einem Übertragungsfall aussehen könne.

Auch dass der Fragebogen bei einer Änderung der derzeitigen Regelung so klar und verständlich wie möglich formuliert werden soll, erachteten die Teilnehmenden als zentral. In diesem Zusammenhang wichtig sei auch die Voraussetzung, dass sexuelles Risikoverhalten auch als solches gesehen werde und dementsprechend wahrheitsgetreue Angaben gemacht würden.

Bei der Frage nach **potenziellen Vorteilen** bei einer Änderung des Fragebogens wurde Folgendes genannt:

- » dass damit MSM in die Blutspende involviert werden würden und die (wahrgenommene) Diskriminierung damit beendet werden würde

Bei der Frage nach **potenziellen Nachteilen** wurden in dieser Fokusgruppe folgende Punkte genannt:

- » Die HIV-Welle in den 1980er-Jahren habe erhebliche Ängste ausgelöst und es habe lange gebraucht, bis das Vertrauen in die Blutspendedienste wieder gegeben war. Dies mache eine Änderung der „konservativen Regelungen“ schwierig.
- » Das Sexualverhalten im Detail abzufragen könnte bei manchen Personen zu einem Schamgefühl führen und in der Folge zu mehr falschen Angaben.
- » Es könne sehr herausfordernd werden, dieses ethisch sehr schwierige Thema öffentlich zu diskutieren – wenn es auch wichtig wäre, strategische Überlegungen der breiten Bevölkerung zu kommunizieren.

6 Bewertung

6.1 Auswirkungsanalyse im Rahmen des Bewertungsworkshops

Zur Beurteilung potenzieller positiver und negativer Auswirkungen einer „modifizierten Risikoabschätzung hinsichtlich sexuellen Risikoverhaltens für die Zulassung zur Blutspende“ auf die Gesundheit der Menschen in Österreich wurden auf Basis der gesammelten Informationen (Evidenzrecherche, Länderpolicies und Fokusgruppen) folgende Unterteilungen vorgenommen:

- » Auswirkungen auf die Blutqualität/Blutquantität (vgl. Tabelle 6.1)
- » Auswirkungen auf potenzielle Spender:innen (vgl. Tabelle 6.2)
- » Auswirkungen auf Diskriminierung (vgl. Tabelle 6.3)
- » Auswirkungen auf die Kommunikation und den öffentlichen Diskurs (vgl. Tabelle 6.4)

Die Bewertung der Auswirkungen wurde von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern des Bewertungsworkshops vorgenommen (vgl. auch Kapitel 2), an dem Vertreter:innen der folgenden Organisationen teilnahmen (auch mehrere Personen pro Organisation; siehe auch Anhang 1):

- » BMSGPK, Abteilung „Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen“ (Auftraggebervertreter)
- » BMSGPK, Abteilung „Gesundheitsförderung und Prävention“
- » BMSGPK, Abteilung „Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement, Seuchenbekämpfung“
- » Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)
- » Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“
- » Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“
- » Zentralinstitut für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB) an der Klinik Innsbruck
- » ÖGBT (Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik)
- » IG-Plasma
- » ÖRK – Blutspendezentrale für Wien, NÖ und Burgenland
- » Rechtskomitee LAMBDA (RKL)
- » Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten (WASst)

Um die unterschiedlichen Einschätzungen der Involvierten transparent zu machen, ist in den folgenden Bewertungstabellen (Tabelle 6.1 bis Tabelle 6.4) die Anzahl der Zustimmungen pro Auswirkungsausmaß enthalten. Maximal haben sich zwölf Personen an der Bewertung im Workshop beteiligt, Stimmenthaltungen sind in der Darstellung nicht explizit ausgewiesen. Die Beschreibungen im Text spiegeln die unterschiedlichen Bewertungen wider und verweisen auf die fünfstufige Bewertungsskala („stark positive Auswirkungen auf die Gesundheit“ bis „stark negative Auswirkungen auf die Gesundheit“), die in den Bewertungstabellen ersichtlich ist.

6.1.1 Auswirkungen auf die Blutqualität/Blutquantität

Es besteht eine **höhere Inzidenz von HIV in der Gruppe MSM** (BMASGK 2019; ECDC 2019). In einer Fokusgruppe wurde angemerkt, dass dies aus statistischer Sicht in den nächsten Jahren einen HIV-Übertragungsfall in Österreich mit sich bringen könnte, aber es dennoch ein sehr seltenes Ereignis ist. Unter diesem Aspekt betrachtet, wird die Auswirkung einer Änderung des Spenderfragebogens auf die Gesundheit der Menschen in Österreich von den Teilnehmerinnen/Teilnehmern des Bewertungsworkshops als neutral oder negativ bzw. stark negativ angesehen. Die Bewertung einer negativen Auswirkung wurde aus medizinischer Sicht damit argumentiert, dass eine potenzielle Übertragung einer chronischen Virusinfektion potenziell negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit einer kleinen Personengruppe (MSM) gegenübergestellt werde und dass Behandlungsmöglichkeiten für psychische Belastungen bestünden. Hierzu wurde die Empfehlung ausgesprochen, durch Aufklärungsarbeit Bewusstsein sowie Verständnis für die aktuelle Herangehensweise zu schaffen. Aus Hersteller- und Anwendersicht gebe es zudem eine negative Auswirkung für Ärztinnen/Ärzte, die sich aus Angst vor einem höheren Infektionsrisiko nicht mehr trauen könnten, das Blut anzuwenden, oder auch für Patientinnen/Patienten, die als Folge einer Spenderfragebogenänderung eine Behandlung mit Blutprodukten möglicherweise ablehnten. Trotzdem werde das Risiko einer Übertragung durch Blutprodukte als sehr gering anerkannt und könnte aus gesellschaftlichem Blickwinkel gemeinsam für die Nichtdiskriminierung aller getragen werden, sofern diese Entscheidung politisch erfolge. Die neutrale Bewertung wurde damit begründet, dass die Zahlen keine relevanten positiven oder negativen Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in Österreich aufzeigten. Der Ausschluss von MSM wird zudem als nicht treffsicher erachtet, da auch sich selbst nicht als MSM deklarierende oder heterosexuelle Personen ein riskantes Sexualverhalten haben könnten.

In einer Fokusgruppe sowie im Expertengespräch wurde die Vermutung ausgesprochen, dass sich bei einer Änderung der derzeitigen Regelung der **Prozentsatz der spendenden MSM nur sehr langsam ändern** würde. Da sich jedoch nicht vorhersagen lässt, wie viele MSM sich nach einer Änderung in den Blutspendeprozess einbringen würden, wird dieser Aspekt überwiegend als neutral für die Gesundheit der Menschen in Österreich bewertet.

Laut einer Studie des Robert Koch-Instituts sind unter den **infizierten Blutproben überproportional viele von MSM vertreten** (RKI 2021). Die Mehrzahl der Teilnehmer:innen bewertet dies als negative Auswirkung einer Änderung der derzeitigen Regelung für die Gesundheit der Menschen in Österreich. Hierzu wurde noch angemerkt, dass MSM nicht mit homosexuell identifizierten („geouteten“) Personen gleichgesetzt werden könnten. In der Gruppe der MSM befinden sich zusätzlich zu homosexuellen Menschen auch bisexuelle Menschen sowie heterosexuelle Männer, die (gelegentlich) auch gleichgeschlechtlichen Sexualverkehr praktizieren.

In einer argentinischen Studie waren die Raten HBV-, HCV- und syphilisinfizierter Blutspenden nach Einführung der individualisierten Risikobewertung geringer als zuvor (Blanco et al. 2020). Eine Befragung aller blutspendewilliger Personen zu sexuellem Risikoverhalten (in gleichem Umfang) könne demzufolge auch zu einer höheren Blutsicherheit führen, weil so auch andere Personen mit sexuellem Risikoverhalten ausgeschlossen werden könnten. Die Bewertung dieses Gesichtspunkts

fiel recht heterogen aus (stark positiv, positiv, neutral, stark negativ). Eine neutrale Bewertung wurde mit dem Fehlen von Daten argumentiert, eine Abschätzung des Risikos sei gegenwärtig nicht möglich. Die Bewertung, dass dieser Aspekt negative Auswirkungen mit sich bringe, wurde damit begründet, dass durch eine Änderung der Frage nach MSM hin zu einer individualisierten Risikobewertung eine ungerechtfertigte Frage für Frauen entstünde³⁵. Die Argumentation zur Angabe einer positiven Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung beruft sich auf die Gleichberechtigung aller Menschen, indem keine diskriminierenden Unterschiede gemacht würden, sowie die mögliche Erhöhung der Blutsicherheit durch die exakte Befragung aller Bevölkerungsgruppen bezüglich ihres sexuellen Risikoverhaltens.

Systematische Übersichtsarbeiten, die das Übertragungsrisiko von HIV pro spezifischen Sexualakt bzw. die Inzidenz/Prävalenz in Untergruppen von MSM untersuchen, geben Hinweise darauf, dass das tatsächliche Risiko im Zuge der Blutspende von MSM genauer abgeschätzt werden könnte, wenn dies nicht pauschal für die Gruppe, sondern je nach individuellem Sexualverhalten geschähe (Baggaley et al. 2018; Meng et al. 2015; Patel et al. 2014; Van Remoortel et al. 2020). Die Abfrage individuellen Sexualverhaltens erachten die Teilnehmer:innen des Bewertungsworkshops bezüglich der Risikoabschätzung als eher positiv für die Gesundheit der Menschen in Österreich – mit dem Argument, dass einander eine hohe Blutsicherheit sowie eine diesbezügliche Diskriminierungsfreiheit nicht mehr ausschließen. Als Begründung für eine negative Bewertung wurde dem entgegnet, dass das Setting der Blutspende für eine genaue individuelle Sexualanamnese nicht geeignet sei. Die Anamnese müsse sehr detailliert durchgeführt werden, um zu einem verlässlichen Ergebnis zu gelangen, was im Rahmen einer Blutspende nicht umsetzbar sei.

In einer Fokusgruppe wurde angemerkt, dass **Personen, die vorher von der Blutspende ausgeschlossen wurden, nun als Blutspender gewonnen** werden könnten, wodurch etwaigen Engpässen bei Blutkonserven entgegengewirkt werden könnte. Die Bewertung der Teilnehmer:innen hierzu fiel unterschiedlich aus, dennoch überwiegt die Ansicht, dass dieser Aspekt eine positive Auswirkung auf die Gesundheit der Menschen in Österreich hat. Eine neutrale Ansicht wurde damit begründet, dass erst modelliert werden müsse, ob durch die Änderung überhaupt mehr Blut gewonnen werden könnte.

Aus zwei Ländern sind Studien verfügbar, welche die Raten HIV-infizierter Blutspenden vor und nach der Einführung einer individualisierten Risikobewertung (geschlechtsneutraler Fragebogen) vergleichen. In **beiden Studien blieb die HIV-Rate unverändert** (Blanco et al. 2020; Suligoi et al. 2013). Dieser Aspekt wurde nur von fünf Teilnehmer:innen/Teilnehmern bewertet – sowohl neutral als auch positiv bzw. stark positiv. Hierzu merkten einige Teilnehmer:innen an, dass die beiden Länder keine mit Österreich vergleichbaren Länder darstellten und sich die jeweiligen Ausgangssituationen stark voneinander unterschieden. Zudem wisse man nicht, wie sich die beiden miteinander verglichenen Populationen (vor vs. nach der Änderung der Risikoabschätzung) genau

³⁵ In einer Fokusgruppe wurde erwähnt, dass sämtliche Ausschlussgründe im aktuellen österreichischen Spenderfragebogen, die in Bezug zu sexuell übertragbaren Erkrankungen stehen, auf Prävalenzzahlen basieren (siehe auch Kapitel 5.2). Dieser Perspektive folgend wäre eine individualisierte Risikoabschätzung für Frauen ungerechtfertigt, da Frauen eine geringere Prävalenz für STIs aufweisen als andere Gruppen.

zusammengesetzt haben (waren tatsächlich mehr MSM in der Vergleichsgruppe nach der Änderung?). Daher könne man die Ergebnisse der Studien nicht auf Österreich umlegen, und eine Bewertung der Auswirkungen auf die Gesundheit der österreichischen Bevölkerung sei nicht möglich. Dem wurde entgegnet, dass es jedoch um die Unterschiede vor und nach einer Änderung gehe, nicht hingegen um einen Vergleich zwischen unterschiedlichen Ländern.

Tabelle 6.1:
Auswirkungen auf die Blutqualität/Blutquantität

	identifizierte Auswirkungen	Quelle	Gesamtbewertung	
#	Themencluster <i>Auswirkung auf die Blutqualität/Blutquantität</i>			
1	Es besteht eine höhere Inzidenz von HIV in der Gruppe MSM (ECDC, 2019/2020; BMASGK, 2019). (Anm. aus FG: Dies brächte aus statistischer Sicht in den nächsten Jahren einen HIV-Übertragungsfall in Österreich mit sich, dennoch sei dies ein „seltenes Ereignis“).	FG Pat. FG Blut. Exp. L	++	
			+	
			○	4
			-	4
			--	3
2	Bei einer Änderung der derzeitigen Regelung ist zu vermuten, dass sich der Prozentsatz der spendenden MSM nur sehr langsam ändert.	FG Blut. Exp.	++	
			+	1
			○	11
			-	
			--	
3	Laut einer Studie sind unter den infizierten Blutproben überproportional viele von MSM vertreten (RKI)	FG Pat. FG Int. Exp. L	++	
			+	
			○	3
			-	4
			--	5
4	Jede Person, die Blut spenden möchte, wird (in gleichem Umfang) zu sexuellem Risikoverhalten befragt. Das könnte auch zu einer höheren Blutsicherheit führen, weil so auch andere Personen mit sexuellem Risikoverhalten ausgeschlossen werden könnten. (Hinweise darauf gibt es aus der argentinischen Studie, in der nach Einführung der individualisierten Risikobewertung die Raten HBV-, HCV- und syphilisinfizierter Blutspenden geringer waren als zuvor; Blanco et al. 2020)	FG Pat. FG Int. E	++	2
			+	4
			○	4
			-	
			--	2
5	Das tatsächliche Risiko im Zuge der Blutspende von MSM könnte genauer abgeschätzt werden, wenn dies nicht pauschal für die Gruppe, sondern je nach individuellem Sexualverhalten geschähe (Hinweise darauf gibt es aus systematischen Übersichtsarbeiten, die das Übertragungsrisiko von HIV pro spezifischen Sexualakt bzw. die Inzidenz/Prävalenz in Untergruppen von MSM untersuchen; Baggalety et al., 2018; Meng et al., 2015; Patel et al., 2014; van Remoortel et al., 2020)	Exp. E	++	2
			+	6
			○	1
			-	3
			--	
6	Personen, die vorher von der Blutspende ausgeschlossen wurden, können nun als Blutspender gewonnen werden, wodurch mehr Blut gewonnen werden könnte und etwaigen Engpässen bei Blutkonserven entgegengewirkt werden könnte.	FG Int.	++	3
			+	3
			○	4
			-	2
			--	
7	Aus zwei Ländern sind Studien verfügbar, welche die Raten HIV-infizierter Blutspenden vor und nach der Einführung einer individualisierten Risikobewertung (geschlechtsneutraler Fragebogen) vergleichen. In beiden Studien blieb die HIV-Rate unverändert (Blanco et al., 2020; Suligoi et al., 2013).	E	++	1
			+	2
			○	2
			-	
			--	

Anm.: Es wurden nicht alle Auswirkungen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewertet; maximal haben sich 12 Personen an der Bewertung beteiligt; FG = Fokusgruppe, Pat. = Patientenvertretung, Blut. = Blutspendeeinrichtungen, Int. = Interessenvertretungen MSM, Exp. = Expertengespräch, L = Literatur (in FG / Expertengespräch genannt), E = Evidenz (systematische Literaturrecherche bzw. Policy-Recherche; ++ = stark positive Auswirkungen auf die Gesundheit; + = positive Auswirkungen auf die Gesundheit; ○ = neutrale/keine Auswirkungen auf die Gesundheit; - = negative Auswirkungen auf die Gesundheit; -- = stark negative Auswirkungen auf die Gesundheit)

Quelle: GFA-Bewertungsworkshop 1. 10. 2021, Abbildung: GÖG

6.1.2 Auswirkungen auf potenzielle Spender:innen

Der folgende Themencluster befasst sich mit den gesundheitlichen Auswirkungen auf die Zielgruppe der potenziellen Blutspender:innen.

In einer Studie von Sandner et al. (2020), deren Ergebnisse auch im RKI-Bericht „Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten – Darstellung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft“ angeführt werden, wurde die **Bereitschaft in der Bevölkerung, Fragen zu ihrem sexuellen Risikoverhalten wahrheitsgetreu zu beantworten**, untersucht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ebensolche Fragen weniger ehrlich beantwortet werden als Fragen zu anderen Auswahlkriterien, und auch in einer Fokusgruppe sowie im Expertengespräch kam dazu eine Anmerkung. Im Bewertungsworkshop wurde diese Auswirkung mehrheitlich negativ beurteilt. Ein Argument dafür war die derzeitige geringe Studienlage (siehe oben). Außerdem gingen manche Menschen prinzipiell davon aus, dass ihr Blut gesund sei und antworteten auch deshalb nicht wahrheitsgetreu bzw. nähmen diese Fragen nicht richtig wahr. Eine Änderung der derzeitigen Fragen könnte – auch wenn es schwierig sei, abzuschätzen, wie sich die Änderung tatsächlich auf die Blutspender:innen auswirke – dieses Problem verschärfen.

Eine positive Bewertung wurde damit argumentiert, dass die derzeitige Frage „Haben Sie als Mann Sex mit einem Mann?“ tabuisiert und schambesetzt sei. Eine Änderung für alle Blutspender:innen durch eine Frage, die z. B. auf ungeschützten Verkehr abziele, wäre insgesamt für alle weniger problematisch im Hinblick auf die Bereitschaft, wahrheitsgetreue Angaben zu machen, vor allem für Menschen, welche in die Gruppe MSM fallen.

In Fokusgruppen und dem Expertengespräch gab es auch eine Aussage dahingehend, dass **Menschen ihr sexuelles Risikoverhalten oft nicht richtig einschätzen** könnten und es in Österreich an Wissen bezüglich sexueller Gesundheit fehle. Im Bewertungsworkshop wurde diese Auswertung vermehrt negativ beurteilt. Eine Argumentation gab es nur zu der positiven Beurteilung, sie zielte wie zuvor darauf ab, Menschen nach konkretem Verhalten zu fragen, nämlich nach geschütztem/ungeschütztem Verkehr. Des Weiteren wurde die Aussage getätigt, dass MSM in der Regel ihr Risiko besser einschätzen könnten als heterosexuelle Menschen, da in ihren Communitys mehr Aufklärung und Präventionsarbeit betrieben werde.

Zum Thema **Schamgefühl** gab es wieder sehr unterschiedliche Bewertungen, jedoch vorwiegend negative. Als Begründung wurde angegeben, dass vor allem im ländlichen Raum, nach persönlichen Erfahrungen bzw. Einschätzungen von teilnehmenden Personen, z. B. die Frage nach Analverkehr bei einer sehr großen Gruppe von Spenderinnen/Spendern (noch) ein großes Schamgefühl hervorrufen könnte. Auch das Alter spiele hier eine große Rolle. Mit solchen Fragen könnte man Blutspender:innen verärgern und in weiterer Folge verlieren. Ein weiteres Argument hierfür war, dass seitens der Blutspendeeinrichtungen mitbedacht werden müsse, dass Spendenden nur Fragen gestellt werden dürfen, die auch Konsequenzen haben – die Frage nach Analverkehr würde aber für bestimmte Personengruppen (z. B. für Frauen) in der aktuellen Risikobewertung zu keinem Ausschluss führen. Negative Auswirkungen wurden auch damit begründet, dass, je mehr Fragen gestellt würden, diese umso weniger und falscher beantwortet würden.

Teilnehmer:innen, die zu diesem Thema positive Bewertungen abgaben, brachten die Sichtweise ein, dass ein falsches Bild von Sexualität in ländlichen Regionen vorherrsche und Aspekte wie Migrationshintergrund und Gender sicher auch eine Rolle in der Bewertung sexuellen Risikoverhaltens spielen. Es gehe weiters auch nicht darum, mehr Fragen stellen zu wollen, sondern gezielt die Frage zu MSM gegen eine Frage z. B. zu ungeschütztem Verkehr auszutauschen, v. a. um der derzeitigen Diskriminierung und dem verbreiteten Bild „MSM bringen Aids“ zu begegnen.

Die Auswirkung, dass eine **höhere Anzahl von Fragen zum sexuellen Risikoverhalten** dazu führen könnte, dass weniger Menschen zur Blutspende kommen und dadurch Engpässe bei der Blutversorgung entstehen könnten, wurde vermehrt mit neutral beurteilt. Argumente zu den jeweiligen Bewertungen gab es hier keine. Es wurde aber erneut darauf hingewiesen, dass zukünftig ein konkretes Verhalten abgefragt werden sollte und keine Identität (da Aspekte der Identität im Gegensatz zu Verhaltensaspekten nicht verändert werden können und daher potentiell mit größerer Scham verbunden seien).

Bei der letzten Aussage in diesem Themencluster gab es vermehrt negative Bewertungen, begründet wurde das mit der Art, wie diese Auswirkung formuliert wurde. Bei **neuen Fragen zu sexuellem Risikoverhalten, die nicht klar und verständlich gestellt** würden, sei zwangsläufig von einer negativen Auswirkung auszugehen – eine derartige Änderung sei aber auch nicht angedacht.

Tabelle 6.2:
Auswirkungen auf potenzielle Spender:innen

	Identifizierte Auswirkungen	Quelle	Gesamtbewertung	
#	Themencluster <i>Auswirkung auf potenzielle Spender:innen</i>			
8	Fragen zu sexuellem Risikoverhalten werden weniger ehrlich beantwortet als Fragen zu anderen Auswahlkriterien (EU-Standardgesundheitsfragebogen, Sandner et al. 2020) (Anm. aus FG: Eine Fragebogenänderung könnte zu mehr Falschangaben führen.)	FG Pat. Exp. L		1
			+	
			○	4
			–	6
			--	1
9	Menschen können ihr sexuelles Risikoverhalten oft nicht richtig einschätzen, nicht alle HIV-Fälle werden positiv getestet, es fehlt in Österreich an Wissen zur sexuellen Gesundheit. (Beispiel Malariafall in Kärnten: Die Person konnte sich an den Urlaub nicht erinnern.)	FG Pat. FG Int. Exp.	++	1
			+	
			○	2
			–	6
			--	2
10	Fragen zu sexuellem Risikoverhalten (z. B. Analverkehr) könnten bei (potenziellen) Blutspenderinnen/-spendern zu Schamgefühl führen, das könnte Personen vom (weiteren) Blutspenden abhalten. (Besonders auf dem Land könnte das großes Schamgefühl hervorrufen.)	FG Blut. FG Pat.	++	1
			+	1
			○	3
			–	6
			--	1
11	Eine höhere Anzahl der Fragen zum sexuellen Risikoverhalten könnte dazu führen, dass weniger Menschen zur Blutspende kommen, das könnte zu Schwierigkeiten bei der Blutversorgung führen.	FG Blut. Exp.	++	1
			+	1
			○	5
			–	4
			--	
12	Bei einer Änderung der Fragen könnte sich, wenn sie nicht klar und verständlich gestellt werden, das Problem der Fehleinschätzungen vergrößern.	FG Int.	++	
			+	
			○	4
			–	5
			--	2

Anm.: Es wurden nicht alle Auswirkungen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewertet; maximal haben sich 12 Personen an der Bewertung beteiligt; FG = Fokusgruppe, Pat. = Patientenvertretung, Blut. = Blutspendeeinrichtungen, Int. = Interessenvertretungen MSM, Exp. = Expertengespräch, L = Literatur (in FG / Expertengespräch genannt), E = Evidenz (systematische Literaturrecherche bzw. Policy-Recherche; ++ = stark positive Auswirkungen auf die Gesundheit; + = positive Auswirkungen auf die Gesundheit; ○ = neutrale/keine Auswirkungen auf die Gesundheit; - = negative Auswirkungen auf die Gesundheit; -- = stark negative Auswirkungen auf die Gesundheit

Quelle: GFA-Bewertungsworkshop 1. 10. 2021, Abbildung: GÖG

6.1.3 Auswirkungen auf Diskriminierung von MSM

In einer Fokusgruppe sowie dem Expertengespräch wurde betont, dass eine Änderung der Frage nach MSM im Spenderfragebogen die **Diskriminierung homo-, bi- und transidenter Menschen in puncto Blutspende** (auch bei Blutspendeaktionen am Arbeitsplatz oder beim Bundesheer) **beenden** würde. Unter diesem Aspekt schätzten die Teilnehmer:innen die Auswirkung auf die Gesundheit der Menschen in Österreich positiv bzw. stark positiv oder neutral ein.

Ein weiterer Vorteil einer Änderung der derzeitigen Regelung, der aus einer Fokusgruppe hervorging, bestehe darin, dass **Blutspendeorganisationen nicht mehr mit dem Thema Diskriminierung von MSM konfrontiert** wären. Der Großteil der Teilnehmer:innen verbindet diesen Aspekt einer Änderung mit einer positiven Auswirkung (oder sieht diesen als neutral an). Eine neutrale Position wurde damit argumentiert, dass das Ersparen einer Diskussion nicht im Vordergrund stehe, sondern es darum gehe, wie sichere Blutprodukte bestmöglich hergestellt werden können. Zu einer positiven Bewertung wurde angemerkt, dass es für die MSM-Community höchstwahrscheinlich eine positive Auswirkung hätte, es jedoch auch noch andere Bereiche gebe, in welchen die Blutspendeorganisationen immer wieder mit Diskriminierungsthemen konfrontiert seien. Daher könne ein gänzlich diskriminierungsfreies Vorgehen in der Blutspende durch die Änderung einer Frage nicht erreicht werden, in Bezug auf die MSM-Community werde jedoch eine Besserung vermutet.

Das derzeit **gesellschaftlich verbreitete Bild von HIV**, das **mit dem Sexualverhalten „MSM“ einhergehe** und durch die gegenwärtige pauschale Rückstellung von MSM verstärkt werde, könnte sich **durch eine alternative Frage verändern**. Auch zu diesem Aspekt werden überwiegend positive Auswirkungen vermutet. Ein Vertreter einer positiven Bewertung zu diesem Aspekt argumentierte, dass mit der bisherigen Frage signalisiert werde, dass MSM eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit seien. Durch das Ersetzen der Frage durch eine geschlechtsneutrale Frage würde dieses Signal nicht mehr verbreitet werden. Eine neutrale Bewertung wurde damit erklärt, dass es keine Belege dafür gebe, ob zwischen dem Spenderfragebogen und diesem Bild ein Zusammenhang besteht. Es wurde die Vermutung geäußert, dass das Bild „MSM = HIV“ vielmehr aus den Geschehnissen der 1980er-Jahre und dem Wissen über die damaligen HIV-Übertragungen hervorgerufen worden sei und nach wie vor in der Bevölkerung präsent sei.

In einer Fokusgruppe wurde darauf hingewiesen, dass ein **öffentlicher Diskurs** des Themas MSM und eine Umstellung auf eine individuelle Risikoabschätzung im Rahmen der Blutspende **gesamts gesellschaftlich das Thema Diskriminierung von MSM wieder in das Bewusstsein** rufen sowie neu beleuchten könnte. Dieser Aspekt hätte dem Großteil der Teilnehmer:innen zufolge bei der Änderung der derzeitigen Regelung eine positive Auswirkung auf die Bevölkerung. Als eine zusätzliche positive Auswirkung eines öffentlichen Diskurses wurde das Korrigieren des derzeit verbreiteten Bildes von MSM und HIV genannt, da kommuniziert werden könnte, dass 99 Prozent der MSM nicht HIV-positiv sind, wodurch sichtbar gemacht würde, dass 99 Prozent der MSM aufgrund eines Prozents pauschal ausgeschlossen werden. Eine andere Ansicht hierzu war, dass es bei einer öffentlichen Diskussion des Themas für eine bessere gesellschaftliche Akzeptanz nicht dienlich sei, da auch der Fakt kommuniziert werde, dass in der Gruppe der MSM die Prävalenz von HIV im Vergleich zum heterosexuellen Kollektiv um ein Vielfaches höher ist. Es wird aber auch als wichtig

angesehen, dass die Bevölkerung und vor allem auch MSM über das sexuelle Risikoverhalten und die damit einhergehenden Infektionszahlen Bescheid wissen. Aus medizinischer Sicht sei eine intensive informative Begleitung vonseiten der Politik erwünscht, aus der klar hervorgehen sollte, dass die Entscheidung eine politische sei und mit der Konsequenz einer möglichen (wenn auch nur geringen) Erhöhung des Risikos einhergehen könne. Die negative Bewertung wurde damit begründet, dass eine Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für eine bestimmte Gruppe von Blutspenderinnen und -spendern (insbesondere MSM) für andere potenzielle Spender:innen, für die weiterhin Zulassungsaufgaben bestehen (z. B. Reisende, die bestimmte Länder aufgesucht haben), als weiterbestehende Diskriminierung empfunden werden könnte.

Tabelle 6.3:
Auswirkungen auf die Diskriminierung von MSM

	identifizierte Auswirkungen	Quelle	Gesamtbewertung	
#	Themenccluster <i>Diskriminierung</i> von MSM			
13	Ende der Diskriminierung homo-, bi- und transidenter Menschen in puncto Blutspende (auch bei Blutspendeaktionen am Arbeitsplatz, beim Bundesheer)	FG Int. Exp.	++	3
			+	3
			○	5
			-	
			--	
14	Blutspendeorganisationen wären nicht mehr mit dem Diskriminierungsthema hinsichtlich MSM konfrontiert.	FG Int. FG Pat.	++	3
			+	6
			○	2
			-	
			--	
15	Das gesellschaftlich verbreitete Bild, das damit derzeit vermittelt wird, MSM = HIV, würde sich verändern.	FG Int.	++	4
			+	3
			○	4
			-	
			--	
16	Ein öffentlicher Diskurs zu diesem Thema könnte gesamtgesellschaftlich das Thema Diskriminierung von MSM neu beleuchten / wieder ins Bewusstsein rufen.	FG Pat.	++	3
			+	4
			○	2
			-	1
			--	

Anm.: Es wurden nicht alle Auswirkungen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewertet; maximal haben sich 12 Personen an der Bewertung beteiligt; FG = Fokusgruppe, Pat. = Patientenvertretung, Blut. = Blutspendeeinrichtungen, Int. = Interessenvertretungen MSM, Exp. = Expertengespräch, L = Literatur (in FG / Expertengespräch genannt), E = Evidenz (systematische Literaturrecherche bzw. Policy-Recherche; ++ = stark positive Auswirkungen auf die Gesundheit; + = positive Auswirkungen auf die Gesundheit; ○ = neutrale/keine Auswirkungen auf die Gesundheit; - = negative Auswirkungen auf die Gesundheit; -- = stark negative Auswirkungen auf die Gesundheit

Quelle: GFA-Bewertungsworkshop 1. 10. 2021, Abbildung: GÖG

6.1.4 Auswirkungen auf die Kommunikation mit Spenderinnen und Spendern und den öffentlichen Diskurs

Ein einziger **HIV-Übertragungsfall** kann bereits viel **mediale Diskussion und damit Verunsicherung** und **erhebliche Ängste in der Bevölkerung** auslösen. Dies könnte in weiterer Folge auch Auswirkungen auf das Vertrauen in den Blutspendeprozess nach sich ziehen. Die Bewertungen der Teilnehmer:innen waren unter diesem Aspekt einerseits neutral sowie vor allem auch negativ.

Ebenfalls in einer Fokusgruppe wurde angemerkt, dass sich Ärztinnen und Ärzte sowie ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bei einer Änderung des Fragebogens **in der Kommunikation mit potenziellen Spenderinnen/Spendern verstärkt mit dem Thema sexuelles Risikoverhalten auseinandersetzen** müssten. Diese Auswirkung einer Änderung wird überwiegend als positiv eingeschätzt. Es wird grundlegend als wichtig erachtet, sich mit dem Thema des gesundheitlichen Risikoverhaltens zu beschäftigen, und vor allem bezüglich sexuellen Risikoverhaltens sei hier noch viel Verbesserungspotenzial vorhanden.

Sowohl in einer Fokusgruppe als auch im Expertengespräch wurde die Ansicht geteilt, dass durch eine verstärkte Kommunikation zu diesem Thema im Zuge einer Änderung auch dem Problem entgegengewirkt werden könnte, dass das **Blutspenden derzeit von der Bevölkerung häufig als Gratis-HIV-Test bzw. Gesundheitscheck genutzt** werde. Auch der überwiegende Anteil der Teilnehmer:innen des Bewertungsworkshops sieht diese Auswirkung als positiv für die Gesundheit der Menschen in Österreich an. Eine Begründung zu einer positiven Bewertung war, dass Aufklärung sowie Bildung der Bevölkerung immer wünschenswert seien. Weiters wurde erwähnt, dass zwar gewisse Blutparameter erhoben und den Spenderinnen/Spendern mitgeteilt würden, die Bevölkerung jedoch häufig zu Unrecht glaube, dass alle Infektionsparameter getestet würden und jegliche Infektionen somit im Zuge der Testung gefunden werden könnten. Es wird daher als großer Benefit gesehen, über Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit klarzustellen, dass die Blutspende kein Gratis-HIV-Test ist und durch falsche Angaben im Spenderfragebogen andere Menschen in Gefahr gebracht werden können.

Tabelle 6.4:

Auswirkungen auf die Kommunikation mit Spenderinnen und Spendern und den öffentlichen Diskurs

	identifizierte Auswirkungen	Quelle	Gesamtbewertung	
#	Themencluster <i>Kommunikation mit Spenderinnen und Spendern und öffentlicher Diskurs</i>			
17	Ein einziger HIV-Übertragungsfall kann bereits viel mediale Diskussion und damit Verunsicherung und erhebliche Ängste in der Bevölkerung auslösen. Das wirkt sich in der Folge auf das Vertrauen in den Blutspendeprozess aus.	FG Pat.	++	
			+	
			○	3
			-	2
			--	4
18	Ärztinnen/Ärzte sowie ausgebildete diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen müssten sich bei einer Änderung des Fragebogens in der Kommunikation mit potenziellen Spendenden verstärkt mit dem Thema sexuelles Risikoverhalten auseinandersetzen.	FG Int.	++	2
			+	3
			○	4
			-	
			--	
19	Durch stärkere Kommunikation im Zuge einer Änderung könnte man auch dem Problem entgegenwirken, dass das Blutspenden derzeit von der Bevölkerung als gratis HIV-Test bzw. Gesundheitsscheck genutzt wird.	FG Int. Exp.	++	3
			+	4
			○	1
			-	1
			--	

Anm.: Es wurden nicht alle Auswirkungen von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern bewertet; maximal haben sich 12 Personen an der Bewertung beteiligt; FG = Fokusgruppe, Pat. = Patientenvertretung, Blut. = Blutspendeeinrichtungen, Int. = Interessenvertretungen MSM, Exp. = Expertengespräch, L = Literatur (in FG / Expertengespräch genannt), E = Evidenz (systematische Literaturrecherche bzw. Policy-Recherche; ++ = stark positive Auswirkungen auf die Gesundheit; + = positive Auswirkungen auf die Gesundheit; ○ = neutrale/keine Auswirkungen auf die Gesundheit; - = negative Auswirkungen auf die Gesundheit; -- = stark negative Auswirkungen auf die Gesundheit

Quelle: GFA-Bewertungsworkshop 1. 10. 2021, Abbildung: GÖG

6.2 Handlungsempfehlungen

In den drei Fokusgruppen wurden jeweils Handlungsempfehlungen gesammelt. Im Bewertungsworkshop wurden die bereits gesammelten Empfehlungen diskutiert bzw. konkretisiert sowie weitere Empfehlungen ergänzt. Die Handlungsempfehlungen umfassen folgende Aspekte:

- » Weitere Forschung und weitere Beobachtung von Ländern, die eine Umstellung der Risikoabschätzung bereits umgesetzt haben, bevor in Österreich eine solche Umstellung umgesetzt wird
- » Gestaltung individualisierter Fragen zur Risikoabschätzung sexuellen Risikoverhaltens
- » rechtliche Verankerung einer individualisierten Risikoabschätzung
- » Gestaltung des öffentlichen Diskurses

Weitere Forschung und weitere Beobachtung von Ländern, die eine Umstellung der Risikoabschätzung bereits umgesetzt haben, bevor in Österreich eine solche Umstellung umgesetzt wird

In der Fokusgruppe „Blutspendeeinrichtungen“ herrschte die Meinung vor, dass es noch zu früh für eine Änderung des Fragebogens in Richtung einer geschlechtsneutralen Frage sei, die allen Spenderinnen und Spendern gestellt werden soll, v. a. aufgrund der möglichen Unsicherheiten hinsichtlich der Aufrechterhaltung der Blutqualität. Daher wurde die Empfehlung geäußert, jene Länder, die auf eine individuelle Risikoabschätzung umgestellt haben, weiter zu beobachten und deren Entwicklung zu evaluieren. Die Durchführung einer vergleichenden Analyse unterschiedlicher Länder zur Auswirkung der verschiedenen Fragen zur Risikoeinschätzung auf die Infektionszahlen wurde in der Fokusgruppe „Patientenvertretung“ empfohlen.

Auch im Bewertungsworkshop wurde festgehalten, dass eine weitere Beobachtung von Ländern, die eine Umstellung der Risikoabschätzung bereits umgesetzt haben, sinnvoll erscheine, um die Auswirkungen auf die Blutqualität zu beobachten. Es wurde in diesem Zusammenhang aber darauf hingewiesen, dass dabei Länder, die mit Österreich vergleichbar sind, ins Auge gefasst werden sollten.

Ebenfalls im Bewertungsworkshop wurde angeregt, eine Schätzung bzw. Prognose durchzuführen bzw. in Auftrag zu geben, wie hoch das relative Risiko für das Auftreten HIV-infizierter Blutkonserven bei der Umstellung der Risikoabschätzung in Österreich ist. Dies würde den Diskurs zur Adaptierung der Fragen zur sexuellen Risikoabschätzung in puncto erwartbarer Veränderungen der Blutsicherheit unterstützen. Die Details einer solchen Schätzung bzw. Prognose müssten mit Expertinnen und Experten (siehe auch Liste teilnehmender Institutionen in Anhang 1) sowie der Fachabteilung des BMSGPK definiert werden.

Gestaltung individualisierter Fragen zur Risikoabschätzung sexuellen Risikoverhaltens

In allen Fokusgruppen wurde festgehalten, dass bei einer Umstellung der Fragen zu sexuellem Risikoverhalten eine oder mehrere möglichst konkrete und leicht verständliche Fragen zu formulieren seien. Hinsichtlich der alternativen Frage(n) wurde im Bewertungsworkshop festgehalten, dass die Frage zu MSM möglichst nur durch *eine* Frage ersetzt werden solle und die Anzahl der Fragen zu sexuellem Risikoverhalten sich nicht erhöhen solle.

Bei einer Änderung der Frage hin zu einer individualisierten Abschätzung wurde in der Fokusgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern von Blutspendeeinrichtungen angeregt, alternative Formulierungen einem Pre-Test bzw. einer Pilotphase zu unterziehen. Da eine geschlechtsneutrale Formulierung alle Blutspender:innen betrifft, wäre es interessant, die Wahrnehmung der Spender:innen zu solch einer neuen Frage einzuholen bzw. auch zu testen, ob diese Frage gut verständlich ist.

Rechtliche Verankerung einer individualisierten Risikoabschätzung

Hinsichtlich der Änderungen der Fragen im Spenderfragebogen zur individualisierten Erhebung des sexuellen Risikoverhaltens wurde in allen Fokusgruppen angeregt, sie auch rechtlich zu verankern. Als zentrales rechtliches Dokument wurde in diesem Zusammenhang die Blutspenderverordnung genannt. In der Fokusgruppe „Blutspendeeinrichtungen“ wurde die Empfehlung geäußert, die Fragen für den Spenderfragebogen so konkret wie möglich (im genauen Wortlaut) in der Blutspenderverordnung zu verankern. Dann könnten bzw. müssten die Blutspendeeinrichtungen diese definierten Fragen genauso österreichweit verwenden. Eine rechtliche Verankerung wurde in allen Fokusgruppen als zentrale Empfehlung genannt.

In der Fokusgruppe „Interessenvertretung“ wurde angeregt, bei der Änderung des Fragebogens bzw. den entsprechenden Adaptierungen in der Blutspenderverordnung auch transidente Personen mitzudenken. Die Situation von Transgender Personen im Hinblick auf die Zulassung zur Blutspende wurde in dieser GFA nicht explizit betrachtet und sollte in weiterer Folge zu einem späteren Zeitpunkt gesondert analysiert werden.

Gestaltung des öffentlichen Diskurses

Da eine Änderung des Spenderfragebogens hin zu einer individualisierten Frage zu sexuellem Risikoverhalten allen Spenderinnen und Spendern gestellt werden würde, bedürfte es vermutlich auch Informationen für die Bevölkerung. In der Fokusgruppe „Patientenvertretung“ wurde empfohlen, dass die Änderungen in der Blutspende gut kommuniziert werden sollten – inklusive der dahinterstehenden Motive. Es wurde auch angemerkt, dass hierfür vermutlich generell eine Weiterentwicklung des öffentlichen Diskurses zu sexuellem Risikoverhalten notwendig sei. In der Fokusgruppe „Interessenvertretung“ wie auch im Bewertungsworkshop wurde angesprochen, dass dabei auch Vorurteile gegenüber bzw. falsche Bilder von MSM (z. B. in puncto HIV) adressiert bzw. ausgeräumt werden sollten. Bei einer Umsetzung der Änderung der derzeitigen Regelung sollte das BMSGPK eine entsprechende Aufklärungskampagne vorsehen, die unterschiedliche Bevölkerungsgruppen bzw. Gesellschaftsschichten adäquat mit Informationen versorgt.

In der Fokusgruppe „Patientenvertretung“ wurde empfohlen, für die Gestaltung des öffentlichen Diskurses Informationsmaterial zu erstellen, das den aktuellen Wissensstand zur HIV-Übertragung in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen leicht verständlich vermittelt. Im Bewertungsworkshop wurde diskutiert, dass Materialien zur Information der Bevölkerung bzw. zur Gestaltung des gesellschaftlichen Diskurses zu diesem Thema alle wichtigen Daten und Fakten beinhalten und diese neutral sowie leicht verständlich darstellen müssten. Für die Erstellung erscheint die Einrichtung einer entsprechenden Arbeitsgruppe (unter Einbindung unterschiedlicher Expertinnen/Experten und für das Thema relevanter Akteurinnen/Akteure) hilfreich. Die Federführung für die Erarbeitung und die Herausgabe sollte das BMSGPK (als kompetente Stelle) übernehmen.

Außerdem wurde in puncto Öffentlichkeitsarbeit in der Fokusgruppe „Interessenvertretung“ sowie im Bewertungsworkshop angesprochen, dass auch verstärkt kommuniziert werden sollte, dass die Blutspende keinen kostenlosen HIV-Test oder Gesundheitscheck darstellt und ein solches Fehlverhalten erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

7 Reflexionen zur Vorgehensweise dieser GFA

Die Ergebnisse der Evidenzrecherche sind mit Limitationen verbunden, die bereits in den Kapiteln 4.3 (Limitationen der Evidenzrecherche) und 4.1 (Limitationen der einzelnen eingeschlossenen Studien bzw. systematischen Übersichtsarbeiten) beschrieben sind. Nachfolgend werden als Ergänzung noch weitere limitierende Rahmenfaktoren dieser GFA dargestellt.

Bei der Zusammensetzung der Fokusgruppen wurde in Absprache mit der Steuerungsgruppe darauf geachtet, dass alle für die jeweilige Fokusgruppe relevanten Perspektiven durch geeignete Organisationen vertreten sind. Ebenso wurde die Teilnehmerliste für den Bewertungsworkshop mit der Steuerungsgruppe rückgekoppelt, um eine ausgewogene Zusammensetzung unterschiedlicher Expertinnen und Experten bzw. Interessenvertretungen zu erhalten. Trotz dieser Vorgehensweise mit dem Ziel, eine balancierte Sichtweise zu erhalten, muss festgehalten und berücksichtigt werden, dass dies nur teilweise gewährleistet ist, da aus terminlichen Gründen nicht alle eingeladenen Organisationen an den Fokusgruppen und am Bewertungsworkshop teilnahmen (siehe Anhang 1). Bei der Ergebnisinterpretation muss diese Limitation daher unbedingt berücksichtigt werden.

In den Fokusgruppen und im Bewertungsworkshop wurde allgemein über eine Änderung der Selektionskriterien für die Zulassung zur Blutspende diskutiert. In den Fokusgruppen wurden u. a. alternative Fragestellungen (zur individualisierten Abschätzung) aus anderen Ländern präsentiert und auch die Teilnehmenden nach deren Einschätzung gefragt. Die Vor- und Nachteile spezifischer Vorschläge für überarbeitete Fragebögen konnten jedoch aufgrund zeitlicher Einschränkungen nicht im Detail diskutiert werden.

Wie bereits an unterschiedlichen Stellen im Bericht angemerkt, herrschen unterschiedliche Definitionen bzw. Interpretationen des Grundes für den Ausschluss von MSM unter den Beteiligten im GFA-Prozess vor. Ein Teil der Fachcommunity bzw. der Expertinnen/Experten versteht unter der MSM-Frage die Abfrage eines riskanten Sexualverhaltens, dessen Risikopotenzial durch Studien zu HIV-Prävalenzen gestützt wird. Teile der Allgemeinbevölkerung sehen in dieser Frage jedoch eine Diskriminierung aufgrund bestimmter Zuschreibungen im Zusammenhang mit sexueller Orientierung, da beispielsweise keine Unterscheidung getroffen wird, ob man in einer monogamen Beziehung lebt, ob man ungeschützten oder geschützten Geschlechtsverkehr hat, und da – anders als bei der Abfrage des Sexualverhaltens von Nicht-MSM-Personen – auch nicht unterschieden wird, wie viele Sexualpartner:innen man hat. Im GFA-Prozess wurde versucht, Vertreter:innen beider Perspektiven einzubinden, was dazu führte, dass viel über diese beiden Zugänge diskutiert wurde. Es erschien im Prozess wichtig, diese Diskussionen zuzulassen, was sich allerdings im Zeitmanagement des Bewertungsworkshops niederschlug und beispielsweise die Diskussion hinsichtlich alternativer Formulierungen für eine individualisierte Risikobewertung nicht mehr ermöglichte. Auch war es aufgrund des für diese GFA vorgegebenen knappen zeitlichen Rahmens keine Option, dies in einem zweiten Bewertungsworkshop zu behandeln.

Die GFA fokussierte primär auf MSM, so dass Blutspenderegeln für Transgender in der vorliegenden Analyse nicht adressiert wurden. Von Teilnehmenden einer Fokusgruppe wurde darauf hingewiesen, dass bei einer Adaptierung der rechtlichen Regelungen nicht nur Änderungen mit Fokus auf MSM vorgenommen werden sollten, sondern auch die Situation für Transgender-Personen berücksichtigt werden sollte.

8 Zusammenfassung

Die Recherche internationaler Policies zeigt, dass **grundsätzlich zwischen populationsbasierten und individualisierten Risikobewertungen unterschieden** werden kann. Erstere umfassen Fragen zu Risikobewertungen, die u. a. gleichgeschlechtliche Sexualkontakte umfassen – insbesondere zwischen Männern. Letztere enthalten Fragen, die primär auf das (risikoreiche) Sexualverhalten in einem bestimmten Zeitraum fokussieren – unabhängig vom biologischen Geschlecht der Sexualpartner:innen. Insgesamt bedeutet eine individualisierte Risikobewertung kein generelles Aussetzen von Zugangsbeschränkungen – lediglich die Unterscheidung entlang des biologischen Geschlechts der Sexualpartner:innen entfällt. In den vergangenen Monaten haben einige Länder wie etwa das Vereinigte Königreich oder Israel ihre Risikobewertungen auf den individualisierten Risikobewertungsmodus umgestellt. In Ländern wie Spanien und Italien gibt es diesen Modus schon seit rund 20 Jahren. Andere Länder (etwa in Skandinavien) verfolgen – wie auch Österreich – einen populationsbasierten Ansatz mit unterschiedlichen Rückstellfristen für Männer, die Sexualkontakt mit anderen Männern haben. Deutschland hat jüngst angekündigt, voraussichtlich die Rückstellung von MSM, die sich in einer dauerhaften monogamen Beziehung befinden, auszusetzen (wie etwa in den Niederlanden) und für andere MSM (die wechselnde oder neue Partner haben) die Rückstellfrist von zwölf auf vier Monate zu verkürzen (siehe Kapitel 4).

Die Auseinandersetzung hinsichtlich der Zulassung von MSM zur Blutspende im Rahmen dieser GFA hat aufgezeigt bzw. bestätigt, dass **unterschiedliche Definitionen bzw. Wahrnehmungen dieses populationsbasierten Zugangs der Risikobewertung** bestehen. Die Fachcommunity bzw. Expertinnen/Experten verstehen unter der MSM-Frage die Abfrage eines riskanten Sexualverhaltens, dessen Risikopotenzial durch Studien zu HIV-Prävalenzen gestützt wird. Die betroffene Bevölkerungsgruppe sowie Selbstvertretungsorganisationen nehmen mit der MSM-Frage jedoch eine Diskriminierung aufgrund bestimmter Zuschreibungen im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung wahr, da beispielsweise keine Unterscheidung getroffen wird, ob Personen in einer monogamen Beziehung leben oder ungeschützten Geschlechtsverkehr mit anderen Männern praktizieren.

Wie oben erwähnt, haben einige Länder bereits eine Umstellung auf individualisierte Risikobewertungen umgesetzt. Daher wurde im Rahmen der **Evidenzrecherche** u. a. nach Studien gesucht, die einen **Vorher-nachher-Vergleich hinsichtlich der Blutqualität** erlauben. Die Evidenzrecherche zeigte – unter Ausweisung der jeweiligen Limitationen – dass in zwei Ländern (Italien, Argentinien), die auf eine individualisierte Risikobewertung umgestellt haben, die HIV-infizierten Blutspenden **unverändert** blieben. Surveillancedaten aus einem Land, dem Vereinigten Königreich, das 2017 die Rückstellfrist für MSM von zwölf auf drei Monate verkürzt hat, zeigen ebenfalls, dass die Raten HIV-, HBV- oder HCV-infizierter Blutspenden nach der Verkürzung unverändert blieben. (Blanco et al. 2020; GOV.UK 2020; Suligoi et al. 2013). (Siehe Kapitel 4)

Darüber hinaus wurde in der Evidenzrecherche auch nach systematischen Übersichtsarbeiten gesucht, welche die Assoziation spezifischen (nicht über das Geschlecht der Sexualpartner:innen definierten) Sexualverhaltens mit den relevanten Infektionen analysieren. Das zentrale Ergebnis ist, dass sich das **Übertragungsrisiko von HIV, HBV und HCV pro spezifischen Sexualakt stark unterscheidet** und sich in **nach bestimmten Sexualverhalten kategorisierten Personengruppen**

unterschiedliche Prävalenzen und Inzidenzen feststellen lassen. Diese Ergebnisse wurden jeweils sowohl für MSM als auch für Heterosexuelle berichtet. Das höchste Übertragungsrisiko für HIV fanden zwei Arbeiten bei ungeschütztem rezeptivem Analverkehr (Baggaley et al. 2018; Patel et al. 2014). (Siehe Kapitel 4)

Um die Perspektive betroffener Gruppen einzuholen, wurden drei Online-**Fokusgruppen** durchgeführt („Interessenvertretung“, „Blutspendeeinrichtungen“, „Patientenvertretung“, siehe Kapitel 5). In allen Fokusgruppen wurde erwähnt, dass die Entscheidung, ob zu einer individualisierten Risikoabschätzung übergegangen werden soll, eine **gesellschaftspolitische Entscheidung** sei. In den Fokusgruppen „Blutspendeeinrichtungen“ und „Patientenvertretung“ wurde darauf verwiesen, dass mit der Änderung hin zu einer individualisierten Risikoabschätzung, sich die Blutqualität auf einem geringen Niveau verschlechtern könnte, da HIV-Inzidenzzahlen bei MSM höher seien als bei heterosexuellen Personen. Die entscheidende Frage sei aber, ob eine moderne Gesellschaft dieses minimal erhöhte Risiko für die Blutqualität zugunsten einer als nichtdiskriminierend erlebten Praxis in der Zulassung zur Blutspende tragen kann. Die Teilnehmer:innen der Fokusgruppen waren sich einig, dass diese gesellschaftspolitische Frage von der Politik geklärt werden müsse.

Die oben angesprochenen **unterschiedlichen Verständnisweisen bzw. Wahrnehmungen** des populationsbasierten Zugangs der Risikobewertung (Frage nach MSM) sind an unterschiedlichen Stellen im GFA-Prozess sichtbar geworden, beispielsweise auch im **Bewertungsworkshop**, was dazu führte, dass die qualitative Bewertung der identifizierten Auswirkungen zum Teil sehr heterogen ausfiel. Darum wurde die Anzahl der jeweiligen Begründungen für die unterschiedlichen Bewertungen dokumentiert (siehe Kapitel 6.1).

Im Bewertungsworkshop wurden **potenziell positive Auswirkungen** überwiegend (d. h. von mehreren, aber nicht allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ähnlich eingeschätzt) dahingehend gesehen, dass eine individualisierte Risikoabschätzung auch zu einer **verbesserten Blutqualität** führen könnte, da allen Spenderinnen und Spendern Fragen zu riskanten Sexualpraktiken gestellt würden. Ebenso mehrheitlich positiv wurde bewertet, dass durch eine Änderung hin zu einer individualisierten Frage, die **(wahrgenommene) Diskriminierung** von MSM in puncto Blutspende **überwunden** wäre. Damit einhergehend müssten sich auch die Blutspendeeinrichtungen weniger mit dem Thema Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung auseinandersetzen. Außerdem könnte mit dem Schritt in Richtung individualisierte Risikoabschätzung das aktuell **gesellschaftlich verbreitete Bild, das mit dem populationsbasierten Ansatz derzeit vermittelt wird, „MSM = HIV“, verändert werden.**

Potenziell negative Auswirkungen wurden überwiegend dahingehend gesehen, dass sich die **Blutqualität (geringfügig) verschlechtern könnte**, weil die HIV-Inzidenz bei MSM erhöht ist. Ebenso wurde negativ eingeschätzt, dass Menschen ihr sexuelles Risikoverhalten oft nicht richtig einschätzen können und dass sich bei einer Änderung der Fragen, wenn diese nicht klar und verständlich formuliert würden, das Problem der **Fehleinschätzungen** vergrößern könnte. Ebenso könnten Fragen zu sexuellem Risikoverhalten **Schamgefühle** auslösen, was dazu führen könnte, dass bei einer Umstellung auf eine individualisierte Frage weniger Personen zur Blutspende kämen.

Im Rahmen dieser GFA wurden auch **Empfehlungen** in den Fokusgruppen sowie im Bewertungsworkshop festgehalten. Die Handlungsempfehlungen umfassen folgende Aspekte (Details siehe Kapitel 6.2):

- » Einigen Akteurinnen/Akteuren erscheint es noch zu früh, für die Zulassung zur Blutspende in Österreich eine individualisierte Risikoabschätzung in puncto sexuellen Risikoverhaltens zu verwirklichen. Es wird empfohlen, **weitere Forschung zu betreiben** und **weiteren Entwicklungen in jenen Ländern zu beobachten**, die eine derartige Umstellung der Risikoabschätzung bereits umgesetzt haben, bevor in Österreich eine Umstellung vorgenommen wird.
- » Wenn die Politik die Entscheidung zu einer individualisierten Risikoabschätzung in puncto sexuellen Risikoverhaltens in Österreich trifft,
 - » sollte die Frage zu MSM nach Möglichkeit nur durch **eine andere Frage ersetzt** werden, die für alle Spender:innen **klar und leicht verständlich** ist,
 - » sollte diese auch **rechtlich** (z. B. in der Blutspenderverordnung) **verankert** werden und
 - » sollte auch die **Bevölkerung mit adäquaten Informationen** versorgt und der öffentliche Diskurs entsprechend adressiert werden.

Die Empfehlungen, die im Rahmen dieser GFA gesammelt wurden, stellen nur erste Ansatzpunkte für die konkrete Umsetzung dar. Sollte die Entscheidung für eine Adaptierung der Risikoabschätzung für die Zulassung zur Blutspende in Richtung eines individualisierten Ansatzes in Österreich getroffen werden, kann mit diesen Empfehlungen an den entsprechenden Rahmenbedingungen, die zur Wahrung der Qualitätssicherung von Blutspenden sowie der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bzw. Antidiskriminierung von MSM beitragen, weiter gearbeitet werden.

Resümee und Ausblick

Im Zuge der Arbeiten zu dieser GFA hat sich gezeigt, dass sich insgesamt die Diskussion bezüglich der Zulassungskriterien zur Blutspende (insbesondere im Hinblick auf das Sexualverhalten potenzieller Spender:innen sowie ihrer Sexualpartner:innen) in mehreren Ländern – wie auch in Österreich – in einem Spannungsfeld zwischen Sicherheit der Blutprodukte und Chancengerechtigkeit bzw. Antidiskriminierung befindet.

Diese GFA hat mit ihrem partizipativen Ansatz unterschiedliche Akteurinnen und Akteure, die sich in diesem Spannungsfeld an unterschiedlichen Punkten befinden, zusammengebracht und transparent die Ergebnisse aus Evidenz und Fokusgruppen mit unterschiedlichen Akteuren und Akteurinnen („Assessment“) aufgezeigt. Gemeinsam wurde eine qualitative Bewertung („Appraisal“) durchgeführt, in der sich die verschiedenen Sichtweisen abbilden. Auf diese Weise konnten einige Empfehlungen gesammelt werden und sind sowohl potenziell positive wie auch potenziell negative Auswirkungen sichtbar geworden, die eine Umstellung auf ein individualisiertes Risikoabschätzen des sexuellen Risikoverhaltens bei der Zulassung zur Blutspende nach sich zöge.

Literatur

113/E XXVI. GP (2019): Entschließung des Nationalrates vom 19. September 2019 betreffend verpflichtender standardisierter Anamnesebogen für Blutspenden, www.parlament.gv.at

AGES Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich [Online]. <https://www.ages.at/service/service-presse/pressemeldungen/hepatitis-in-oesterreich/> [Zugriff am 14.12.2021]

Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus; Reif, Martin; Spath-Dreyer, Ines; Sprenger, Martin; Strapatsas, Michaela; Türscherl, Elisabeth; Vyslouzil, Monika; Wolschlager, Veronika (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

AMSTAR (2021): Checklist [Online]. https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php [Zugriff am 12.10.2021]

Amtsblatt der Europäischen Union (2004): RICHTLINIE 2004/33/EG DER KOMMISSION vom 22. März 2004 zur Durchführung der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich bestimmter technischer Anforderungen für Blut und Blutbestandteile

Arzneimittelgesetz – AMG: Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG), BGBl. Nr. 185/1983 in der geltenden Fassung.

ärzteblatt.de (2021a): Blutspendeeinschränkungen für homosexuelle Männer gelockert [Online]. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=127620&s=blutspende> [Zugriff am 08.10.2021]

ärzteblatt.de (2021b): Homosexuelle in den Niederlanden können leichter Blut spenden [Online]. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=126902&s=den&s=homosexuelle&s=niederlanden> [Zugriff am 08.10.2021]

ärzteblatt.de (2021c): Homosexuelle Männer dürfen in Israel uneingeschränkt Blut spenden [Online]. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=126537&s=homosexuelle&s=m%E4nner> [Zugriff am 08.10.2021]

Baggaley, R. F.; Owen, B. N.; Silhol, R.; Elmes, J.; Anton, P.; McGowan, I.; van der Straten, A.; Shacklett, B.; Dang, Q.; Swann, E. M.; Bolton, D. L.; Boily, M. C. (2018): Does per-act HIV-1 transmission risk through anal sex vary by gender? An updated systematic review and meta-analysis. In: American Journal of Reproductive Immunology 80/5:e13039

BAK/RKI/PEI/BMG (2021): Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten. Bundesärztekammer. Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, Berlin.

<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/blutspende-von-personen-mit-sexuellem-risikoverhalten/>

BGBI. II Nr. 187/2005: Gesamte Rechtsvorschrift für Arzneimittel aus menschlichem Blut, Fassung vom 15.12.2021, BGBl. II Nr. 187/2005 15.12.2021

Blanco, S.; Carrizo, L. H.; Moyano, R. W.; Mangeaud, A.; Gallego, S. V. (2020): Gender-neutral donor deferral policies: experience in Argentina implementing individual risk-assessment policies. In: Vox Sanguinis 115/7:548-554

Blutsicherheitsgesetz 1999 – BSG 1999: Bundesgesetz über die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen in Blutspendeeinrichtungen (Blutsicherheitsgesetz 1999 – BSG 1999), BGBl. I Nr. 44/1999, in der geltenden Fassung.

Blutspenderverordnung – BSV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales betreffend den Gesundheitsschutz von Spendern und die Qualitätssicherung von Blut und Blutbestandteilen (Blutspenderverordnung – BSV), BGBl. II Nr. 100/1999, in der geltenden Fassung.

BMASGK (2019): HIV/AIDS, Hepatitis B und C in Österreich. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

BMASK (2017): 3. Männerbericht. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

BMSGPK (2019): Blutspendeverordnung bringt neuen Anamnesebogen [Online]. <https://www.sozialministerium.at/Services/News-und-Events/Archiv-2019/Dezember-2019/Blutspenderverordnung-bringt-neuen-Anamnesebogen.html> [Zugriff am 21.10.2021]

BMSGPK (2021a): AIDS / HIV [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/AIDS---HIV.html> [Zugriff am 11.10.2021]

BMSGPK (2021b): Hepatitis B [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Hepatitis-B.html> [Zugriff am 11.10.2021]

BMSGPK (2021c): Hepatitis C [Online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Hepatitis-C.html> [Zugriff am 11.10.2021]

BMSGPK (2021d): Standardisierte Algorithmen und Fragen eines standardisierten Anamnesebogens – Empfehlungen für mobile Blutspendeeinrichtungen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

- Bundesärztekammer (2021): Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten – Darstellung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Blutspende_von_Personen_mit_sexuellem_Risikoverhalten_-_Darstellung_des_aktuellen_Standes_der_medizinischen_Wissenschaft_26.05.2021.pdf, Wien
- Caruso, J.; Germain, M.; Godin, G.; Myhal, G.; Pronovost, F.; Morin, M.; Otis, J. (2019): 'One step closer': Acceptability of a programme of plasma donation for fractionation from men who have sex with men. In: Vox Sang 114/7:675–686
- CCST (2003): CUESTIONARIO UNIFICADO PARA LA SELECCION DE DONANTES DE SANGRE Y COMPONENTES SANGUINEOS. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/cuestionarioUnificado.pdf>
- Cochrane Deutschland (2021): Leitlinien. Linksammlung [Online]. <https://www.cochrane.de/de/leitlinien> [Zugriff am 21.10.2021]
- Dahlgren, Göran; Whitehead, Margaret (1991): Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Institute for Futures Studies, Stockholm
- Deutsche STI-Gesellschaft e.V. Was sind STD/STI [Online]. <https://www.dstig.de/was-sind-stdsti.html> [Zugriff am 27.11.2018]
- ECDC (2018): Annual Epidemiological Report for 2016. Syphilis. 6. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
- ECDC (2019): HIV infection and AIDS – Annual Epidemiological Report for 2017. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
- ECDC (2020): HIV/AIDS surveillance in Europe 2020 (2019 data). European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm
- EDQM (2018): Good Practice Guidelines for Blood Establishment Required to Comply with Directive 2005/62/EC. https://www.edqm.eu/sites/default/files/medias/fichiers/Blood/good_practices_guidelines_for_blood_establissements-blood_guide_20th_may_2020.pdf
- EDQM (2020): Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM), Strasbourg
- EU (2021): Blut, Gewebe und Organe [Online]. https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/blood_de [Zugriff am 15.12.2021]
- FAIR (2020): Can donor selection policy move from a population-based donor selection policy to one based on a more individualised risk assessment. For the Assessment of Individualised Risk (FAIR) group, https://nhsbtdbe.blob.core.windows.net/umbraco-assets-corp/21001/fair_sabto_20201211.pdf

- GOV.UK (2020): Safe supplies: annual review. Annual review of the NHS Blood and Transplant (NHSBT) and Public Health England (PHE) epidemiology unit's data and research activity [Online]. Public Health England. <https://www.gov.uk/government/publications/safe-supplies-annual-review> [Zugriff am 30.07.2021]
- Grace, D.; Gaspar, M.; Lessard, D.; Klassen, B.; Brennan, D. J.; Adam, B. D.; Jollimore, J.; Lachowsky, N. J.; Hart, T. A. (2019): Gay and bisexual men's views on reforming blood donation policy in Canada: a qualitative study. In: BMC public health 19/1:772
- Hämovigilanz-Verordnung 2007 – HäVO 2007: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend betreffend Hämovigilanzmeldungen (Hämovigilanz-Verordnung 2007 – HäVO 2007), BGBl. II Nr. 155/2007, in der geltenden Fassung.
- HIV Justice Network (2021): France: Blood donations to meet the same health safety requirements, regardless of one's sexuality [Online]. <https://www.hivjustice.net/news-from-other-sources/france-blood-donations-to-meet-the-same-health-safety-requirements-regardless-of-ones-sexuality/> [Zugriff am 08.10.2021]
- Lau, J. Y. C.; Lee, C. K.; Chan, C. P.; Leung, J. N. S.; Poon, C. M.; Lee, S. S. (2021): Compliance and attitudes of blood donors following transitioning from permanent to 12-month deferral of men who have sex with men in Hong Kong. In: Vox Sanguinis 116/5:504–512
- Leierer, Gisela; Rappold, Michaela; Zangerle, Robert; Strickner, Stefanie (2019): HIV AIDS in Austria. 30th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Studia Universitätsverlag Innsbruck, Innsbruck
- Meng, X.; Zou, H.; Fan, S.; Zheng, B.; Zhang, L.; Dai, X.; Deng, M.; Zhang, X.; Lu, B. (2015): Relative Risk for HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men Engaging in Different Roles in Anal Sex: A Systematic Review and Meta-analysis on Global Data. In: AIDS and behavior 19/5:882–889
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005): Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-15514-consolidado.pdf>
- Ministero della Salute (2015): Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. https://www.centronazionale sangue.it/wp-content/uploads/2017/07/GU-SG-n.300-del-28-12-2015_SO_069.pdf
- NHS (2021a): Blood donor selection policy: More people now able to give blood [Online]. <https://www.blood.co.uk/news-and-campaigns/news-and-statements/fair-steering-group/> [Zugriff am 08.10.2021]
- NHS (2021b): Who can give blood [Online]. <https://www.blood.co.uk/who-can-give-blood/> [Zugriff am 11.10.2021]
- O'Brien, Sheila F.; Osmond, Lori; Fan, Wenli; Yi, Qi-Long; Goldman, Mindy (2019): Compliance with time-based deferrals for men who have sex with men. In: Transfusion 59/3:916–920

- ÖGBT / Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik (2021): Erneute Anfrage des Herrn BM Anschobers zum Thema MSM-Verhalten und Blutspenderbefragung. an BM Rudolf Anschober, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, am 28.01.2021
- ÖRK (2020): Bilanz der Menschlichkeit. Jahresbericht des Österreichischen Roten Kreuzes 2019. Österreichisches Rotes Kreuz, Wien
- ÖRK (2021): Blutpenden in Österreich [Online]. <https://www.rotekreuz.at/ich-will-helfen/ich-will-blutspenden> [Zugriff am 04.10.2021]
- Patel, P.; Borkowf, C. B.; Brooks, J. T.; Lasry, A.; Lansky, A.; Mermin, J. (2014): Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. In: Aids 28/10:1509–1519
- QS-VO-Blut: Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der nähere Regelungen über den Betrieb und das Qualitätssystem von Blutspendeeinrichtungen und Betrieben, die ausschließlich zur Transfusion bestimmtes Blut oder Blutbestandteile verarbeiten, lagern oder verteilen, getroffen werden (QS-VO-Blut), BGBl. II Nr. 156/2007, in der geltenden Fassung.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2021): Blutspende. Unabhängig von der sexuellen Orientierung. In: Deutsches Ärzteblatt 119/38:A1688–A1690
- RKI (2021): Beratungsergebnis der gemeinsamen Arbeitsgruppe aus Vertretern des „Arbeitskreises Blut nach § 24 TFG“, des Ständigen Arbeitskreises „Richtlinien Hämotherapie nach §§ 12a und 18 TFG“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, des Robert Koch-Instituts, des Paul-Ehrlich-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit „Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz [Online]. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Blutspende_von_Personen_mit_sexuellem_Risikoverhalten_-_Darstellung_des_aktuellen_Standes_der_medizinischen_Wissenschaft_26.05.2021.pdf [Zugriff am 21.10.2021]
- Sandner, Sabrina; Merz, Eva-Maria; van den Hurk, Katja; van Kraaij, Marian; Mikkelsen, Christina; Ullum, Henrik; Clement, Michel (2020): Validation of a standardized donor health questionnaire across substances of human origin. In: Vox Sanguinis 116/6:645–655. <https://doi.org/610.1111/vox.13054>
- Statistik Austria (2021): Bevölkerung zu Jahresbeginn 2002–2021 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht. Statistik Austria, Wien
- Suligoi, Barbara; Pupella, Simonetta; Regine, Vincenza; Raimondo, Mariangela; Velati, Claudio; Grazzini, Giuliano (2013): Changing blood donor screening criteria from permanent deferral for men who have sex with men to individual sexual risk assessment: no evidence of a significant impact on the human immunodeficiency virus epidemic in Italy. In: Blood transfusion = Trasfusione del sangue 11/3:441–448

- Van Remoortel, H.; Matthysen, W.; Avau, B.; Compernelle, V.; Vandekerckhove, P.; De Buck, E. (2020): Is sexual risk behaviour associated with an increased risk of transfusion-transmissible infections in blood donors from Western and Pacific countries? A systematic review and meta-analysis. In: Vox Sanguinis 115/2:107-123
- WHO (1948): Constitution of the World Health Organization. United Nations, City of New York
- WHO (2012): Guidelines on Assessing Donor Suitability for Blood Donation. World Health Organization, Geneva
- WHO (2021): Social determinants [Online]. World Health Organization. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants> [Zugriff am 18.12.2020]
- WHO Regional Office for Europe (2018): Social determinants [Online]. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants> [Zugriff am 18.12.2018]
- XXVII. GP (2020): Stenographisches Protokoll der 27. Sitzung des Nationalrates der Republik Österreich am 28. April 2020, www.parlament.gv.at

Anhang

Anhang 1: Übersicht Teilnehmer:innen unterschiedlicher Gremien und Gruppen im Rahmen dieser GFA

Anhang 2: Leitfragen Fokusgruppen

Anhang 3: Suchstrategien der systematischen Literatursuche

Anhang 4: Österreichisches Rotes Kreuz, Medizinischer Spenderfragebogen (Scan)

Anhang 1: Übersicht Teilnehmer:innen unterschiedlicher Gremien und Gruppen im Rahmen dieser GFA

Achtung: In nachstehenden Tabellen sind nur die Organisationen/Institutionen gelistet, die an den jeweiligen Terminen teilgenommen haben bzw. eingeladen werden. Teilweise waren mehrere Personen pro Organisation/Institution anwesend.

Steuerungsgruppe

Institutionen/Organisationen der Steuerungsgruppe

BMSGPK, Abteilung „Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen“ (Auftraggebervertreterin)
BMSGPK, Abteilung „Gesundheitsförderung und Prävention“
BMSGPK, Abteilung „Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement, Seuchenbekämpfung“
BMSGPK, Generalsekretärin
Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“
Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“
Zentralinstitut für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB) an der Klinik Innsbruck

GÖG

Fokusgruppen

Fokusgruppe MSM, die Blut spenden (wollen): 21.9.2021

Eingeladen	Anwesend
HOSI (Homosexuellen Initiative) Wien	
Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten (WASSt)	Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten (WASSt)
AUGE (Alternative, Grüne und Unabhängige GewerkschafterInnen), Untergruppe Wien	AUGE (Alternative, Grüne und Unabhängige GewerkschafterInnen), Untergruppe Wien
Aktivist der queeren Bewegung, Leitung Zentrum für queere Geschichte	
HOSI Salzburg	HOSI Salzburg
Arbeiterkammer Wien	
Aids Hilfe Wien	Aids Hilfe Wien

GÖG

Fokusgruppe Blutspendeorganisationen und blutverarbeitende Organisationen: 15.9.2021

Eingeladen	Anwesend
Blutbank Uniklinikum St. Pölten	
IG (Interessensgemeinschaft) –Plasma	IG (Interessensgemeinschaft) –Plasma
ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz) Blutspendezentrum für Wien, NÖ und Bgld.	ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz) Blutspendezentrum für Wien, NÖ und Bgld.
ÖRK Blutspendezentrale OÖ	
ÖGBT (Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik)	
Blutdepot MedUni Graz	
ÖRK Blutspendezentrum für Wien, NÖ und Bgld.	
BASG (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen)	BASG (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen)
ÖRK Blutspendedienst Tirol	ÖRK Blutspendedienst Tirol
ÖRK Blutspendedienst Salzburg	ÖRK Blutspendedienst Salzburg
Arbeiter – Samariterbund	
BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz), Abt. Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen	BMSGPK, Abt. Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen

GÖG

Fokusgruppe Patientinnen/Patienten, die Blut und Blutprodukte erhalten: 13.9.2021

Eingeladen	Anwesend
Österreichische Hämophilie Gesellschaft	
Österreichische Krebshilfe	
Blutbank und Blutdepot LKH Graz	Blutbank und Blutdepot LKH Graz
ÖGARI (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin)	
Vertretung plasmaverarbeitende Industrie	
Expertinnen/Experten für Hämophiliebehandlung (MedUni Wien und Tirol Kliniken)	
Patientinnen- und Pflegeombudsschaft Kärnten	Patientinnen- und Pflegeombudsschaft Kärnten

GÖG

Gespräch mit Expertinnen/Experten zu Ergebnissen der Evidenzrecherche

Gespräch mit Expertinnen/Experten: 23.9.2021

Eingeladen	Anwesend
Rechtskomitee LAMBDA (RKL)	Rechtskomitee LAMBDA (RKL)
ÖGBT (Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik)	
BASG (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen)	BASG (Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen)
ÖGHMP (Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin)	
ÖRK Wien, NÖ, Bgld.	ÖRK Wien, NÖ, Bgld.
IG-Plasma	IG-Plasma
BMSGPK, Vorsitzende der Blutkommission	
BMSGPK, Abt. Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen	BMSGPK, Abt. Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen
Blutbank und Blutdepots LKH Innsbruck	Blutbank und Blutdepots LKH Innsbruck
Nationale Referenzzentrale HIV/AIDS	
Nationale Referenzzentrale Hepatitis	

GÖG

Bewertungsworkshop

Bewertungsworkshop: 1.10.2021

Eingeladen	Anwesend
BMSGPK, Abteilung „Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen“ (Auftraggebervertreterin)	BMSGPK, Abteilung „Arzneimittel und Medizinprodukte, Blut, Gewebe und Transplantationswesen“ (Auftraggebervertreterin)
BMSGPK, Abteilung „Gesundheitsförderung und Prävention“	BMSGPK, Abteilung „Gesundheitsförderung und Prävention“
BMSGPK, Abteilung „Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement, Seuchenbekämpfung“	BMSGPK, Abteilung „Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement, Seuchenbekämpfung“
BMSGPK, Generalsekretärin	
Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)
Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“	Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“
Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“	Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH), Kompetenzgruppe „Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt“
Zentralinstitut für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB) an der Klinik Innsbruck	Zentralinstitut für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB) an der Klinik Innsbruck
AIDS-Hilfe	
HOSI Salzburg	
ÖGBT (Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik)	ÖGBT (Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie, Transfusionsmedizin, Regenerative Medizin und Immunogenetik)
IG-Plasma	IG-Plasma
ÖRK Blutspendezentrum für Wien, NÖ und Bgld.	ÖRK Blutspendezentrum für Wien, NÖ und Bgld.
Blutdepot MedUni Graz	
Rechtskomitee LAMBDA (RKL)	Rechtskomitee LAMBDA (RKL)
Nationale Referenzzentrale HIV/AIDS	
Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten (WASSt)	Wiener Antidiskriminierungsstelle für LGBTIQ-Angelegenheiten (WASSt)
Patientinnen- und Pflegeombudsschaft Kärnten	

GÖG

Anhang 2

Leitfragen für die Fokusgruppen „GFA Blutspende“ (Kurztitel)

Ort: Online | Dauer: 1–2 Stunden

1. Wie sehen Sie die derzeitige rechtliche Lage für das Blutspenden von MSM in Österreich? Welche Rückmeldungen bekommen Sie von den Menschen, mit denen Sie arbeiten bzw. die Sie vertreten?
2. Derzeit wird in Fachkreisen unter dem Begriff MSM ein „sexuelles Risikoverhalten“ verstanden. Das heißt, es geht eigentlich um ein Verhalten, nicht um die Personengruppe. Wie sehen Sie das bzw. die Personen, mit denen Sie arbeiten / die Sie vertreten?
3. Wie schätzen Sie die Beispiele aus UK, Schottland und Deutschland ein (im Foliensatz, den wir vorab übermittelt haben)? Könnten das Alternativen für die Frage zu MSM sein?
4. Wie könnte eine alternative Frage für die Frage zu MSM aussehen? Wie könnte man stattdessen den Begriff „sexuelles Risikoverhalten“ definieren?
5. Wo sehen Sie Vorteile bei einer solchen Änderung?
6. Wo sehen Sie Nachteile bei einer solchen Änderung?
7. Wie könnte man diesen Herausforderungen entgegenwirken?

Anhang 3

Suchstrategien der systematischen Literatursuche

Suchstrategie Fragestellung 1

Tabelle 1:

Datenbank: Ovid MEDLINE® ALL 1946 to May 26, 2021, Datum: 26.05.2021

1	exp "Sexual and Gender Minorities" /	8604
2	exp Homosexuality, Male /	16932
3	"men who have sex with men".ab,kw,ti.	12488
4	"men having sex with men".ab,kw,ti.	530
5	"homosexual*".ab,kw,ti.	14162
6	gay.ab,kw,ti.	11834
7	exp Sexual Behavior /	110842
8	MSM.ab,kw,ti.	11145
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	126456
10	exp Donor Selection /	3417
11	(blood adj2 (donor* or donat*) adj2 (deferral* or ban* or exclu* or select* or screen* or eligib* or polic* or risk* or assess*)).ab,kw,ti.	3344
12	(deferral* or ban* or exclu* or select* or screen* or eligib* or polic* or risk* or assess*).ab,kw,ti.	7819754
13	exp Blood Donors /	20704
14	12 and 13	8968
15	10 or 11 or 14	13228
16	9 and 15	443

GÖG

Tabelle 2:

Datenbank: Embase, Datum: 17.06.2021

#19	#16 AND [medline]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) NOT ([embase classic]/lim AND [medline]/lim)	86
#18	#16 AND [embase]/lim AND [medline]/lim	432
#17	#16 AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim)	299
#16	#9 AND #15	817
#15	#10 OR #11 OR #14	27,601
#14	#12 AND #13	21,857
#13	'blood donor'/exp	39,847
#12	deferral*:ab,kw,ti OR ban*:ab,kw,ti OR exclu*:ab,kw,ti OR select*:ab,kw,ti OR screen*:ab,kw,ti OR eligib*:ab,kw,ti OR polic*:ab,kw,ti OR risk*:ab,kw,ti OR assess*:ab,kw,ti	10,702,000
#11	(blood NEXT/2 (donor* OR donat*) NEXT/2 (deferral* OR ban* OR exclu* OR select* OR screen* OR eligib* OR polic* OR risk* OR assess*)):ab,kw,ti	2,440
#10	'donor selection'/exp	6,153
#9	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	275,608
#8	msm:ab,kw,ti	17,308
#7	gay:ab,kw,ti	13,909
#6	homosexual*:ab,kw,ti	16,204
#5	'men having sex with men':ab,kw,ti	759
#4	'men who have sex with men':ab,kw,ti	16,667
#3	'sexual behavior'/exp	231,985
#2	'male homosexuality'/exp	3,929
#1	'sexual and gender minority'/exp	35,361

GÖG

Tabelle 3:

Datenbank: Cochrane Library,(Cochrane Reviews and Cochrane Central Register of Controlled Trials Issue 6 of 12, June 2021), Datum: 17.06.2021

#1	MeSH descriptor: [Sexual and Gender Minorities] explode all trees	147
#2	MeSH descriptor: [Homosexuality, Male] explode all trees	418
#3	MeSH descriptor: [Sexual Behavior] explode all trees	3234
#4	("men who have sex with men"):ti,ab,kw	1099
#5	("men having sex with men"):ti,ab,kw	19
#6	(homosexual*):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	797
#7	(gay):ti,ab,kw	408
#8	(MSM):ti,ab,kw	1025
#9	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8	4712
#10	MeSH descriptor: [Donor Selection] explode all trees	29
#11	((blood NEAR/2 (donor* or donat*) NEAR/2 (deferral* or ban* or exclu* or select* or screen* or eligib* or polic* or risk* or assess*)):ti,ab,kw	154
#12	((deferral* or ban* or exclu* or select* or screen* or eligib* or polic* or risk* or assess*)):ti,ab,kw	827579
#13	MeSH descriptor: [Blood Donors] explode all trees	305
#14	#12 AND #13	146
#15	#10 OR #11 OR #14	293
#16	#9 AND #15	2

Suchstrategie Fragestellung 2

Tabelle 4:

Datenbank: Ovid MEDLINE®, ALL 1946 to May 26, 2021, Datum: 27.05.2021

1	exp Sexual Behavior/	110842
2	exp "Sexual and Gender Minorities/	8604
3	(Bisexual* or homosexual* or gay* or lesbian* or heterosexual* or men who have sex with men or men having sex with men or MSM or women who have sex with women or women having sex with women or lbgt* or transsex* or transgender*).ab,ti	56959
4	1 or 2 or 3	135424
5	exp Risk-Taking/	33308
6	(risk* adj1 (behavior* or behaviour* or activit* or pattern* or transmi*).ab,ti.	36342
7	5 or 6	58170
8	4 and 7	16718
9	unsafe sex.ab,ti.	742
10	(risk* adj1 sex* adj1 (behavior* or behaviour* or activit* or pattern* or transmi* or anal or oral or vaginal)).ab,ti.	8474
11	8 or 9 or 10	20201
12	exp Blood-Borne Infections/ep [Epidemiology]	76398
13	exp Syphilis/ep [Epidemiology]	4779
14	exp Treponema pallidum/	4184
15	exp Hepatitis C/ep [Epidemiology]	13543
16	exp Hepatitis B/ep [Epidemiology]	11876
17	exp HIV Infections/ep [Epidemiology]	57857
18	exp Sexually Transmitted Diseases/ep [Epidemiology]	70716
19	("human immunodeficiency virus" or HIV or syphilis or "treponema pallidum" or "hepatitis C" or hepaciviru* or "hep c" or HCV or "hepatitis B" or "hep B" or HBV).ab,ti.	503097
20	(incidence* or prevalence* or transmi*).ab,ti	1901367
21	exp incidence/2	75770
22	exp Prevalence/	308606
23	exp Disease Transmission, Infectious/	74165
24	20 or 21 or 22 or 23	2103962
25	19 and 24	131287
26	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 25	171459
27	12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 25	182348
28	11 and 26	10083
29	11 and 27	10732
30	exp meta-analysis as topic/	22034
31	exp meta-analysis/	133043
32	"meta analy*".tw.	201086
33	"metaanaly*".tw.	2264
34	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	205196
35	"Review Literature as Topic"/	8223

36	30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35	343773
37	cochrane.ab	98138
38	embase.ab.	109419
39	(psychlit or psyclit).ab.	915
40	(psychinfo or psycinfo).ab.	41973
41	(cinahl or cinhal).ab.	33153
42	science citation index.ab.	3287
43	reference list\$.ab.	19327
44	bibliograph\$.ab.	19462
45	hand-search\$.ab	7434
46	relevant journals.ab.	1235
47	selection criteria.ab.	32091
48	data extraction.ab.	24365
49	47 or 48	54042
50	"review" /	2803751
51	49 and 50	30162
52	37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46	198218
53	exp comment/ or exp editorial/ or exp letter/	1963761
54	36 or 51 or 52	410986
55	54 not 53	395589
56	limit 28 to (meta analysis or "systematic review")	224
57	limit 29 to (meta analysis or "systematic review")	235
58	28 and 55	296
59	56 or 58	305
60	29 and 55	309
61	57 or 60	318

GÖG

Tabelle 5:

Datenbank: Embase, Datum: 17.06.2021

#32	#30 AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de)	297
#31	#29 AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de)	292
#30	#12 AND #28	13,163
#29	#12 AND #27	12,775
#28	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #26	231,685
#27	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #26	225,314
#26	#20 AND #25	194,534
#25	#21 OR #22 OR #23 OR #24	2,970,585
#24	'disease transmission'/exp	214,950
#23	'prevalence'/exp	817,382
#22	'incidence'/exp	540,025
#21	incidence*:ab,ti OR prevalence*:ab,ti OR transmi*:ab,ti	2,582,763
#20	'human immunodeficiency virus':ab,ti OR hiv:ab,ti OR syphilis:ab,ti OR 'treponema pallidum':ab,ti OR 'hepatitis c':ab,ti OR hepaciviru*:ab,ti OR 'hep c':ab,ti OR hcv:ab,ti OR 'hepatitis b':ab,ti OR 'hep b':ab,ti OR hbv:ab,ti	671,104
#19	'sexually transmitted disease'/exp/dm_ep	15,022
#18	'human immunodeficiency virus infection'/exp/dm_ep	49,272
#17	'hepatitis b'/exp/dm_ep	10,189
#16	'hepatitis c'/exp/dm_ep	11,033
#15	'treponema pallidum'/exp/dm_ep	0
#14	'syphilis'/exp/dm_ep	4,342
#13	'bloodstream infection'/exp/dm_ep	807
#12	#8 OR #9 OR #10 OR #11	26,977
#11	((risk* NEXT/1 sex*:ab,ti) AND (behavior*:ab,ti OR behaviour*:ab,ti OR activit*:ab,ti OR pattern*:ab,ti OR transmi*:ab,ti OR anal:ab,ti OR oral:ab,ti OR vaginal:ab,ti))	7,153
#10	'unsafe sex':ab,ti	915
#9	'unsafe sex'/exp	6,826
#8	#4 AND #7	19,316
#7	#5 OR #6	50,005
#6	(risk* NEXT/1 (behavior* OR behaviour* OR activit* OR pattern* OR transmi*)):ab,ti	31,893
#5	'risk behavior'/exp	29,827
#4	#1 OR #2 OR #3	357,507
#3	bisexual* OR homosexual* OR gay* OR lesbian* OR heterosexual* OR lbgt* OR transsex* OR transgender* OR msm OR 'men who have sex with men' OR 'men having sex with men' OR 'women who have sex with women' OR 'women having sex with women':ab,ti	151,998
#2	'sexual and gender minority'/exp	35,361
#1	'sexual behavior'/exp	231,985

GÖG

Tabelle 6:

Datenbank: Cochrane Library, (Cochrane Reviews and Cochrane Central Register of Controlled Trials Issue 6 of 12, June 2021), Datum: 17.06.2021

#1	MeSH descriptor: [Sexual Behavior] explode all trees	3234
#2	MeSH descriptor: [Sexual and Gender Minorities] explode all trees	147
#3	((bisexual* or homosexual* or gay* or lesbian* or heterosexual* or men who have sex with men or men having sex with men or MSM or women who have sex with women or women having sex with women or lbgt* or transsex* or transgender*)):ti,ab,kw	7504
#4	#1 OR #2 OR #3	9797
#5	MeSH descriptor: [Risk-Taking] explode all trees	1580
#6	((risk* NEAR/1 (behavior* or behaviour* or activit* or pattern* or transmi*)):ti,ab,kw	4150
#7	#5 OR #6	5001
#8	#4 AND #7	1253
#9	MeSH descriptor: [Unsafe Sex] explode all trees	
303		
#10	((unsafe sex)):ti,ab,kw	497
#11	((risk* NEAR/1 sex* NEAR/1 (behavior* or behaviour* or activit* or pattern* or transmi* or anal or oral or vaginal)):ti,ab,kw	1223
#12	#8 OR #9 OR #10 OR #11	2124
#13	MeSH descriptor: [Blood-Borne Infections] explode all trees and with qualifier(s): [epidemiology – EP]	1192
#14	MeSH descriptor: [Syphilis] explode all trees and with qualifier(s): [epidemiology – EP]	27
#15	MeSH descriptor: [Treponema pallidum] explode all trees	17
#16	MeSH descriptor: [Hepatitis C] explode all trees and with qualifier(s): [epidemiology – EP]	139
#17	MeSH descriptor: [Hepatitis B] explode all trees and with qualifier(s): [epidemiology – EP]	90
#18	MeSH descriptor: [HIV Infections] explode all trees and with qualifier(s): [epidemiology – EP]	1109
#19	MeSH descriptor: [Sexually Transmitted Diseases] explode all trees and with qualifier(s): [epidemiology – EP]	1268
#20	(("human immunodeficiency virus" or HIV or syphilis or "treponema pallidum" or "hepatitis C" or hepaciviru* or "hep c" or HCV or "hepatitis B" or "hep B" or HBV)):ti,ab,kw	44807
#21	MeSH descriptor: [Incidence] explode all trees	10216
#22	MeSH descriptor: [Prevalence] explode all trees	4680
#23	MeSH descriptor: [Disease Transmission, Infectious] explode all trees	879
#24	((incidence* or prevalence* or transmi*)):ti,ab,kw	167758
#25	#21 OR #22 OR #23 OR #24	167798
#26	#20 AND #25	9272
#27	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18	1311
#28	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19	1511
#29	#12 AND #27	187
#30	#12 AND #28	230

Aus den Treffern der Suchanfragen #29 und #30 wurden die Cochrane Reviews (insgesamt 4) für die Literatursuche verwendet, die weiteren Treffer (Studienprotokolle) nicht.

GÖG

Listen der eingeschlossenen und der im Volltextreview ausgeschlossenen Publikationen

Fragestellung 1, eingeschlossene Publikationen:

Blanco, S.; Carrizo, L. H.; Moyano, R. W.; Mangeaud, A.; Gallego, S. V. (2020): Gender-neutral donor deferral policies: experience in Argentina implementing individual risk-assessment policies. In: Vox Sanguinis 115/7:548–554

Davison, K. L.; Reynolds, C. A.; Andrews, N.; Brailsford, S. R.; Kohli, H.; Carter, M.; Field, S.; Mifflin, G.; Murdock, J.; Maguire, K.; Wickenden, C. (2021): Blood donation by men who have sex with men: using evidence to change policy. In: Vox Sanguinis 116/3:260–272

GOV.UK (2020): Safe supplies: annual review. Annual review of the NHS Blood and Transplant (NHSBT) and Public Health England (PHE) epidemiology unit's data and research activity [Online]. Public Health England. <https://www.gov.uk/government/publications/safe-supplies-annual-review> [Zugriff am 30.07.2021]

Grebe, Eduard; Busch, Michael P.; Notari, Edward P.; Bruhn, Roberta; Quiner, Claire; Hindes, Daniel; Stone, Mars; Bakkour, Sonia; Yang, Hong; Williamson, Phillip; Kessler, Debra; Reik, Rita; Stramer, Susan L.; Glynn, Simone A.; Anderson, Steven A.; Williams, Alan E.; Custer, Brian (2020): HIV incidence in US first-time blood donors and transfusion risk with a 12-month deferral for men who have sex with men. In: Blood 136/11:1359–1367

Lau, J. Y. C.; Lee, C. K.; Chan, C. P.; Leung, J. N. S.; Poon, C. M.; Lee, S. S. (2021): Compliance and attitudes of blood donors following transitioning from permanent to 12-month deferral of men who have sex with men in Hong Kong. In: Vox Sanguinis 116/5:504–512

O'Brien, Sheila F.; Osmond, Lori; Fan, Wenli; Yi, Qi-Long; Goldman, Mindy (2016): Impact of a 5-year deferral from blood donation for men who have sex with men. In: Transfusion 56/6 Pt 2:1598–1602

O'Brien, Sheila F.; Osmond, Lori; Fan, Wenli; Yi, Qi-Long; Goldman, Mindy (2019): Compliance with time-based deferrals for men who have sex with men. In: Transfusion 59/3:916–920

Seed, Clive R.; Kiely, Philip; Law, Mathew; Keller, Anthony J. (2010): No evidence of a significantly increased risk of transfusion-transmitted human immunodeficiency virus infection in Australia subsequent to implementing a 12-month deferral for men who have had sex with men. In: Transfusion 50/12:2722–2730

Steele, W. R.; Dodd, R. Y.; Notari, E. P.; Haynes, J.; Anderson, S. A.; Williams, A. E.; Reik, R.; Kessler, D.; Custer, B.; Stramer, S. L. (2021): HIV, HCV, and HBV incidence and residual risk in US

blood donors before and after implementation of the 12-month deferral policy for men who have sex with men. In: *Transfusion* 61/3:839–850

Steele, W. R.; Dodd, R. Y.; Notari, E. P.; Xu, M.; Nelson, D.; Kessler, D. A.; Reik, R.; Williams, A. E.; Custer, B.; Stramer, S. L. (2020): Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus in United States blood donations, 2015 to 2019: The Transfusion-Transmissible Infections Monitoring System (TTIMS). In: *Transfusion* 60/10:2327–2339

Suligoi, Barbara; Pupella, Simonetta; Regine, Vincenza; Raimondo, Mariangela; Velati, Claudio; Grazzini, Giuliano (2013): Changing blood donor screening criteria from permanent deferral for men who have sex with men to individual sexual risk assessment: no evidence of a significant impact on the human immunodeficiency virus epidemic in Italy. In: *Blood transfusion = Trasfusione del sangue* 11/3:441–448

Fragestellung 1, im Volltextreview ausgeschlossene Publikationen:

Ausschlussgrund conference abstract ohne (zusätzliche) relevante Daten:

Custer, B.; Bravo, M. D.; Vannoy, J.; Townsend, M.; Kamel, H.; Vassallo, R. R. (2017): Initial assessment of consequences of policy change to a 1-year deferral for men who have sex with men. In: *Transfusion* 57/S3:38A

Davison, K.; Reynolds, C.; Andrews, N.; Brailsford, S. (2015): Completing the picture: What do we know about blood donors who are men who have sex with men? Findings from the uk blood donor survey. In: *Transfusion* 55/:21A

Davison, K.; Reynolds, C.; Flannagan, J.; Ferguson, E.; Brailsford, S. (2019): Monitoring the impact of three-month deferral of sexual behaviours and scoping evidence for the assessment of an individualised risk (FAIR). In: *Vox Sanguinis* 114/S1:155

Germain, M.; Delage, G. (2014): The impact of having less stringent deferral policies for men who had sex with men: the predicted vs the observed. In: *Vox Sanguinis* 107/S1:39

Grebe, E.; Notari, E. P.; Bruhn, R.; Quiner, C.; Stone, M.; Bakkour, S.; Yang, H.; Kessler, D.; Reik, R.; Busch, M. P.; Stramer, S.; Glynn, S.; Williams, A.; Custer, B. (2020): No HIV incidence increase in first-time blood donors with 12-month deferral for MSM. In: *Topics in Antiviral Medicine* 28/1:49

O'Brien, S. F.; Osmond, L.; Goldman, M. (2015): Impact of a 5-year deferral for men who have sex with men on donor compliance. In: *Transfusion* 55/:21A

O'Brien, Sheila F; Osmond, Lori; Yi, Qi-Long; Fan, Wenli; Goldman, Mindy (2018): Impact of Progressive Reduction in the Deferral Period for MSM on Donor Compliance and HIV Rates. In: *Transfusion* 58/S2:47A

Ausschlussgrund Modellierungsstudien:

Davison, Katy L.; Gregoire, Yves; Germain, Marc; Custer, Brian; O'Brien, Sheila F.; Steele, Whitney R.; Pillonel, Josiane; Seed, Clive R.; the Surveillance, Risk Assessment Policy Sub-Group of the Isbt Transfusion Transmitted Diseases Working Party (2019): Changing the deferral for men who have sex with men – an improved model to estimate HIV residual risk. In: Vox Sanguinis 114/7:666–674

Germain, Marc (2016): The risk of allowing blood donation from men having sex with men after a temporary deferral: predictions versus reality. In: Transfusion 56/6 Pt 2:1603–7

Fragestellung 2, eingeschlossene Publikationen:

Baggaley, R. F.; Owen, B. N.; Silhol, R.; Elmes, J.; Anton, P.; McGowan, I.; van der Straten, A.; Shacklett, B.; Dang, Q.; Swann, E. M.; Bolton, D. L.; Boily, M. C. (2018): Does per-act HIV-1 transmission risk through anal sex vary by gender? An updated systematic review and meta-analysis. In: American Journal of Reproductive Immunology 80/5:e13039

Meng, X.; Zou, H.; Fan, S.; Zheng, B.; Zhang, L.; Dai, X.; Deng, M.; Zhang, X.; Lu, B. (2015): Relative Risk for HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men Engaging in Different Roles in Anal Sex: A Systematic Review and Meta-analysis on Global Data. In: AIDS and behavior 19/5:882–889

Patel, P.; Borkowf, C. B.; Brooks, J. T.; Lasry, A.; Lansky, A.; Mermin, J. (2014): Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. In: Aids 28/10:1509–1519

Van Remoortel, H.; Matthysen, W.; Avau, B.; Compernelle, V.; Vandekerckhove, P.; De Buck, E. (2020): Is sexual risk behaviour associated with an increased risk of transfusion-transmissible infections in blood donors from Western and Pacific countries? A systematic review and meta-analysis. In: Vox Sanguinis 115/2:107–123

Fragestellung 2, im Volltextreview ausgeschlossene Publikationen:

Ausschlussgrund conference abstract, keine Volltextpublikation verfügbar:

Andrasik, M.; Oseso, L.; Wallace, S.; Dietrich, J.; Van Tieu, H.; Atujuna, M.; Buchbinder, S.; Mayer, K. H.; Moodie, Z. (2021): Variables predictive of HIV seroconversion among sub-Saharan African heterosexual women: A systematic review. In: Journal of the International AIDS Society 24/SUPPL 1:118

Elmes, J.; Hess, K.; Silhol, R.; Anton, P.; Shacklett, B.; McGowan, I.; Paz-Bailey, G.; Boily, M. C. (2016): Meta-analysis and modelling study of anal sex practices and its contribution to HIV incidence among high-risk women across twenty us cities. In: AIDS Research and Human Retroviruses 32/:48

Guerra, F.; Buchan, S.; Salway, T.; Beckett, R.; Friedman, L. (2019): Review of sexualized drug use associated with sexually transmitted infections (STI) in men who have sex with men (MSM). In: Sexually Transmitted Infections 95/S1:A15–A16

Kojima, N.; Davey, D. J.; Klausner, J. (2016): Meta-analysis finds association between pre-exposure prophylaxis to prevent human immunodeficiency virus (HIV) infection and increased risk of sexually transmitted infection acquisition among men who have sex with men. In: Open Forum Infectious Diseases 3/S1:569

Ausschlussgrund Untersuchung des Übertragungsrisikos unter Verwendung von antiretroviraler Therapie ohne Unterscheidung nach Sexualpraktiken:

Davari, M.; Giwa, H. B.; Nabizade, A.; Taheri, F.; Giwa, A. (2020): Antiretroviral therapy and the risk of sexual transmission of HIV: a systematic review and meta-analysis. In: HIV Medicine 21/6:349–357

LeMessurier, J.; Traversy, G.; Varsaneux, O.; Weekes, M.; Avey, M. T.; Niragira, O.; Gervais, R.; Guyatt, G.; Rodin, R. (2018): Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. In: CMAJ Canadian Medical Association Journal 190/46:E1350–E1360

Supervie, V.; Viard, J. P.; Costagliola, D.; Breban, R. (2014): Heterosexual risk of HIV transmission per sexual act under combined antiretroviral therapy: Systematic review and bayesian modeling. In: Clinical Infectious Diseases 59/1:115–122

Ausschlussgrund keine Metaanalyse:

Fox, J.; White, P. J.; Weber, J.; Garnett, G. P.; Ward, H.; Fidler, S. (2011): Quantifying sexual exposure to HIV within an HIV-serodiscordant relationship: development of an algorithm. In: Aids 25/8:1065–1082

Ausschlussgrund aktualisierte Version verfügbar:

Baggaley, R. F.; White, R. G.; Boily, M. C. (2010): HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. In: International Journal of Epidemiology 39/4:1048–1063

Text der Anfrage an internationale Wissenschaftsnetzwerke

Dear xxx,

Austria will change national access criteria to blood donation for MSM. Currently, there is a waiting period of 12 months for MSM which will be reduced to 4 months.

Against this backdrop, we are conducting a health impact analysis considering and summarising different country policies, recent scientific evidence, and guideline recommendations.

Therefore, we kindly ask you to provide any available information:

about existing policies/ blood donor selection criteria you are aware of in other countries;

- » *about specific regulations (barriers) focusing on sexual orientation;*
- » *about screening tools (e.g. surveys, questionnaires prior to blood donation) used for blood donation (links to docs/ websites)*
 - » *with a specific focus on screenings targeting the sexual orientation and/ or sexual behaviour (i.e. regardless of sexual orientation);*
- » *about any (recent) regulatory modifications regarding donor selection criteria and about the rationale (evidence) behind;*
- » *about any studies assessing the association between prevalence/incidence of blood-borne STDs and specific sexual behaviour.*

We want to make sure to provide all relevant information to our national policy-makers involving scientific evidence (such as provided by evidence-based guidelines) as well as international public health policies.

Tabellen

Tabelle 7:
AMSTAR Bewertung der eingeschlossenen systematischen Übersichtsarbeiten

I-tem	Frage	Baggaley 2018	Patel 2014	van Re- moortel 2020	Meng 2015
1	Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	yes	yes	yes	yes
2	Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	no	no	partial	no
3	Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	no	no	no	no
4	Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	par- tial	par- tial	partial	no
5	Did the review authors perform study selection in duplicate?	no	no	yes	yes
6	Did the review authors perform data extraction in duplicate?	yes	no	yes	no
7	Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	no	no	no	no
8	Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	yes	yes	yes	no
9	Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	no	no	yes	no
10	Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	no	no	no	no
11	If meta-analysis was justified did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	no	no	no	no
12	If meta-analysis was performed did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	no	no	yes	no
13	Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	no	no	yes	no
14	Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	yes	no	yes	yes
15	If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	yes	no	no	yes
16	Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review?	yes	yes	yes	yes

GÖG

Tabelle 8:

Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten zum Populationsunterschieden in Prävalenz/Inzidenz nach Sexualverhalten

Autor	Jahr	N Studien ¹	Konstellation	Zeitraum ²		STI	Verhalten/Gruppe	(Effekt-)maß	(Effekt-)Größe	95%-KI	
				von	bis					von	bis
Meng	2015	3	MSM	1981	1985	HIV	MRAI	Prävalenz	34,80%	0,00%	73,00%
Meng	2015	3	MSM	1981	1985	HIV	MIAI	Prävalenz	13,40%	1,90%	24,90%
Meng	2015	3	MSM	1981	1985	HIV	MIRAI	Prävalenz	35,10%	12,40%	57,80%
Meng	2015	18	MSM	1986	2010	HIV	MRAI	Prävalenz	18,20%	12,70%	23,80%
Meng	2015	18	MSM	1986	2010	HIV	MIAI	Prävalenz	10,60%	6,20%	14,90%
Meng	2015	18	MSM	1986	2010	HIV	MIRAI	Prävalenz	19,20%	11,80%	26,60%
Meng	2015	2	MSM	1981	2010	HIV	MRAI	IR (pro 100 Personen-Jahre)	5	2,00	7,00
Meng	2015	2	MSM	1981	2010	HIV	MIAI	IR (pro 100 Personen-Jahre)	0,8	0,40	1,40
Meng	2015	2	MSM	1981	2010	HIV	MIRAI	IR (pro 100 Personen-Jahre)	6,4	3,20	9,60
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HIV	Bezahlung für Sex erhalten	OR	5,2	1,40	19,32
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HIV	Sex mit IDU	OR	14,52	6,26	33,66
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HIV	Sexualpartner mit Hepatitis	OR	3,16	1,32	7,57
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HIV	Sexualpartner mit HIV	OR	131,7	26,70	649,56
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HIV	Sex mit Rezipient von Bluttransfusion	OR	0,25	0,06	1,03
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HBV	Hat für Sex bezahlt	OR	4,39	1,78	10,86
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HBV	Bezahlung für Sex erhalten	OR	6,21	2,50	15,43
Van Remoortel	2020	2	HET	2001	2015	HBV	Sex mit IDU	OR	2,07	0,11	40,85
Van Remoortel	2020	2	HET	2001	2015	HBV	Sexualpartner mit Hepatitis	OR	1,72	0,09	32,63
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HBV	Sexualpartner mit HIV	OR	5,52	1,11	27,45

¹ Anzahl Primärstudien in der Metaanalyse² Zeitraum der Datenerhebung der jeweils eingeschlossenen Primärstudien

Autor	Jahr	N Studien ³	Konstellation	Zeitraum ⁴		STI	Verhalten/Gruppe	(Effekt-)maß	(Effekt-)Größe	95%-KI	
				von	bis					von	bis
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HBV	Sexualpartner aus einem HBV Endemiegebiet	OR	2,09	0,95	4,56
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HBV	Sex mit Rezipient von Bluttransfusion	OR	0,83	0,42	1,63
Van Remoortel	2020	2	HET	1994	2000	HCV	Hat für Sex bezahlt	OR	2,13	0,51	8,94
Van Remoortel	2020	2	HET	2000	2015	HCV	Bezahlung für Sex erhalten	OR	5,78	1,92	17,37
Van Remoortel	2020	11	HET	1994	2015	HCV	Sex mit IDU	OR	8,19	5,87	11,43
Van Remoortel	2020	4	HET	1999	2015	HCV	Sexualpartner mit Hepatitis	OR	4,84	2,32	10,07
Van Remoortel	2020	1	HET	2015	2015	HCV	Sexualpartner mit HIV	OR	1,67	0,17	16,40
Van Remoortel	2020	2	HET	2000	2015	HCV	Sex mit Rezipient von Bluttransfusion	OR	1,88	1,16	3,03

Legende: IDU = injection drug user, IR = Inzidenzrate, HET = Sexualverkehr zwischen einem Mann und einer Frau, HBV = Hepatitis B Virus, HCV = Hepatitis C Virus, HIV = Humanes Immundefizienz Virus, KI = Konfidenzintervall, MIAI = MSM, die angeben, nur insertiven Analverkehr zu haben, MIRAI = MSM, die angeben, insertiven und rezeptiven Analverkehr zu haben, MRAI = MSM, die angeben, nur rezeptiven Analverkehr zu haben, MSM = Männer, die Sex mit Männern haben, OR = Odds Ratio, STI = sexuell übertragbare Infektion, vs. = versus;

GÖG

³ Anzahl Primärstudien in der Metaanalyse

⁴ Zeitraum der Datenerhebung der jeweils eingeschlossenen Primärstudien



V8 01.09.2020

**ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ****MEDIZINISCHER SPENDERFRAGEBOGEN**

- Bitte lesen Sie zuerst die Spenderinformation.
- Füllen Sie den Fragebogen zeitnah zur Blutspende aus, nachdem Sie die Spenderinformation gelesen haben.
- Beantworten Sie die Fragen des Fragebogens.

**BLUTSPENDEZENTRALE FÜR WIEN,
NIEDERÖSTERREICH UND BURGENLAND**

Wiedner Hauptstr. 32

1040 Wien

Tel. +43 (1) 58900-0, Fax +43 (1) 58900-229

ZVR: 432857691, DVR: 0416061

Angaben zum Spender/zur Spenderin: Bitte in BLOCKBUCHSTABEN schreiben (Ä=Ä, Ö=Ö, Ü=Ü)

Familiennamen										frühere Familiennamen																																							
Vorname										akadem. Titel										Sozialvers. Nr. *)										Geburtsdatum										Geschlecht									
Wohnadresse: Straße										Nummer / Stiege / Tür																																							
Postleitzahl										Ort										Blutspendeausweis-Nr.																													
Telefonnummer Festnetz										Telefonnummer Arbeit										Mobiltelefonnummer																													
@E-Mail										J										N																													
Möchten Sie Ihre Befunde zugeschickt bekommen? (BG, HIV, HBV, HCV, TPPA)										J										N																													
Haben sich Name oder Adresse seit Ihrer letzten Spende geändert?										J										Ich benötige einen neuen Blutspendeausweis										J										N									

Dieses Feld ist nur vom medizinischen Personal auszufüllen:

☐	ABO	Lichtbild- ausweis-Nr.																														
☐	O		Spendenanzahl:										Spendennummer																			
☐	A																															
☐	B																															
☐	AB																															
		Kommentare										A ☐																				
Gewicht		AZ ok	J	N	Chemie	C	Vortester			Z		Z																				
< 50kg																																
≥ 50kg																																
Hb (g/dl)		T (°C)		RR (systolisch / diastolisch)		Puls		Phleb.		Abn.		Auswertung																				
ok		J		N		ok		J		N		ok		J		N																

*) bitte nach Möglichkeit angeben

Vom Spender auszufüllen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Medizinische Fragen und Erklärung:

- | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| 1 Fühlen Sie sich gesund? | J | N | 4 Weibliche Spenderinnen (4&5): Sind Sie oder waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate schwanger oder stillen Sie? | J | N |
| 2 Wiegen Sie über 50 kg? | J | N | Wenn ja, bis wann waren Sie schwanger? | J | N |
| 3 Haben Sie schon einmal Blut, Blutplättchen oder Blutplasma oder Doppel-Erythrozyten gespendet? | J | N | 5 Haben Sie jemals ein Kind geboren? | J | N |
| Wenn ja, wann zuletzt? | J | N | | J | N |
| Wenn ja, haben Sie diese bisherigen Spenden gut vertragen? | J | N | | J | N |



- ⁶ Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder im Krankenstand oder auf Rehabilitation/Kur? Wenn ja, seit wann und warum?
- ⁷ Haben Sie in den letzten 4 Wochen Medikamente (z.B. Schmerzmittel, Antibiotika) eingenommen oder Injektionen bekommen? Wenn ja, welche und wann zuletzt? Nehmen Sie ständig Medikamente ein? Welche und wann zuletzt?
- ⁸ Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Medikament gegen Akne (z.B. Isotretinoin, Ciscutan...) eingenommen? Oder haben Sie in den letzten 3 Jahren Acitretin (z.B. Neotigason, Keracutan...) eingenommen?
- ⁹ Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen einer zahnärztlichen Behandlung oder einem kleineren chirurgischen Eingriff (z.B. Muttermal-Entfernung) unterzogen?
- ¹⁰ Wurden Sie innerhalb der letzten 4 Wochen geimpft (auch Schluckimpfungen)? Wenn ja, wogegen?
- ¹¹ Haben Sie in den letzten 12 Monaten ein Immunglobulin (passive Impfung) erhalten?
- ¹² Konsumieren Sie Drogen (auch Partydrogen wie Ecstasy)? Verwenden Sie Alkohol oder Medikamente in missbräuchlicher Weise?
- ¹³ Haben Sie sich jemals Drogen gespritzt oder diese geschnupft?
- ¹⁴ Haben Sie sich jemals Präparate für den Muskelaufbau gespritzt?
- ¹⁵ Leiden Sie aktuell an einer Allergie oder lassen Sie derzeit eine Desensibilisierung durchführen?
- ¹⁶ Haben Sie derzeit entzündliche offene Hautstellen oder Hautausschlag, Fieberblasen, Bläschen im Mund oder an anderen Körperstellen?
- ¹⁷ Hatten Sie in den letzten 8 Wochen einen Zeckenstich?
- ¹⁸ Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen banalen Infekt (z.B. Husten, Schnupfen), einen fieberhaften Infekt (Fieber über 38°C) oder Durchfall oder Kontakt zu Personen mit Infektionskrankheiten (z.B. Grippe, Masern, Mumps...)?
- ¹⁹ Haben Sie sich in den letzten 4 Monaten tätowieren (auch Permanent Make up), piercen, ins Ohr stechen oder akupunktieren lassen? Wenn ja, war das in einer medizinischen Einrichtung?
- ²⁰ Hatten Sie in den letzten 4 Monaten einen Kontakt mit Fremdblut?
- ²¹ Hatten Sie in den letzten 4 Monaten unklares Fieber, Lymphknotenschwellung, Nachtschweiß oder unklaren Gewichtsverlust?
- ²² Waren Sie in den letzten 4 Monaten im Krankenhaus oder in einer medizinischen Einrichtung (z.B. schwerer Unfall, größere Operation, Magen- oder Darmspiegelung, Endoskopie, Therapie über zentralen Venenzugang, Verweilkatheter)?
- ²³ Hatten Sie in den letzten 6 Monaten engen Kontakt zu Personen (z.B. Lebensgemeinschaft oder familiäre Pflege), die an Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis oder Tuberkulose leiden?
- ²⁴ Haben oder hatten Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung (Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Kollapsneigung, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombosen)?
- ²⁵ Leiden oder litten Sie an einer chronischen Magen/Darmerkrankung, Atemwegserkrankung, Autoimmunerkrankung, Blutungsneigung, Diabetes, Epilepsie, Krebs, Nierenerkrankung, Rheuma, Osteomyelitis, neurologischen Erkrankung?
- ²⁶ Haben Sie jemals Blutkonserven und/oder Gerinnungsfaktoren erhalten? Wenn ja, wann und warum?
- ²⁷ Waren Sie in den letzten 6 Monaten außerhalb von Österreich? Wenn ja, wo?
- ²⁸ Wurden Sie außerhalb von Europa geboren oder haben Sie sich jemals länger als durchgehend 6 Monate außerhalb Europas aufgehalten?
- ²⁹ Waren Sie in den letzten 4 Wochen in einem Westnil-Virus-Infektionsgebiet wie z.B. in einem aktuellen europäischen Risikogebiet oder USA, Kanada, Israel?
- ³⁰ Hatten Sie eine der folgenden Infektionen: HIV, Leberentzündung (Hepatitis), Syphilis, Chagas-Krankheit, Dengue-Fieber, Leishmaniose, Lepra, Babesiose, HTLV-1/2, Rickettsiose, Schlafkrankheit, Malaria oder andere?
- ³¹ Waren Sie in den letzten 2 Jahren an Tuberkulose, Q-Fieber, Brucellose, Borreliose oder in den letzten 6 Monaten an Toxoplasmose, Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) erkrankt?
- ³² Wurde bei Ihnen oder einem Familienangehörigen jemals die Creutzfeldt-Jakob'sche Erkrankung oder eine andere von Prionen verursachte Erkrankung (vCJD) vermutet oder festgestellt?
- ³³ Haben Sie sich zwischen 1980 und 1996 insgesamt mehr als 6 Monate im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland aufgehalten? Haben Sie nach 1980 in diesem Land Blutkonserven oder Gerinnungsfaktoren erhalten?
- ³⁴ Wurden Sie vor 1990 mit Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenextrakt behandelt?
- ³⁵ Haben Sie sich einer stereotaktischen Operation (Gehirneingriff mittels Sonde) unterzogen?
- ³⁶ Wurden Ihnen jemals Organe oder menschliches/tierisches Gewebe übertragen (z.B. Hornhaut-, Gehirnhauttransplantat, Herzklappen, Knochen, Knorpel oder Frischzellen)?
- ³⁷ Hatten Sie in den letzten 4 Monaten eines der folgenden Risikoverhalten: Eine/n IntimpartnerIn, die/der an einer sexuell übertragbaren Infektion erkrankt ist (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV...), als Frau Sex mit einem Mann der Sex mit einem Mann hatte, Sex in Anspruch genommen gegen Geld oder Drogen, Geschlechtsverkehr mit Personen aus Ländern mit erhöhter AIDS-Rate (siehe aufliegende Spenderinformation und Spenderaufklärung)?
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eines der folgenden Risikoverhalten: Sexdienstleistung ausgeführt gegen Geld oder Drogen, mehr als 3 SexualpartnerInnen, als Mann Sex mit einem Mann?

Erklärung:

Ich versichere, dass bei mir keiner der in der Blutspenderinformation genannten Risikofaktoren vorliegt. Es ist mir bewusst, dass Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B, Hepatitis C) durch mein Blut übertragen werden können. Ich habe alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die im Rahmen meiner Spende erhobenen Daten, die erhobenen Blutbefunde sowie der Blutspenderfragebogen unter Berücksichtigung des Datenschutzes sowie weiterer gesetzlicher Grundlagen (insb. Blutsicherheitsgesetz, Blutspendeverordnung) sowohl bei den vom Österreichischen Roten Kreuz betriebenen Blutspendeinrichtungen als auch bei der jeweiligen Blutbank des Krankenhauses verarbeitet und von diesen zu den im Datenschutzblatt angeführten Zwecken übermittelt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich frühestens 30 Minuten nach der Blutspende aktiv am Straßenverkehr teilnehmen darf. Sollten sich bei mir innerhalb der nächsten 14 Tage Symptome einer Erkrankung zeigen, muss ich sofort die Blutspendeinrichtung davon verständigen.

Ich habe die datenschutzrechtlichen Informationen zur Blutspende, welche beim Blutspendedienst sichtbar zur freien Entnahme aufliegen, erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass mir Blut und Blutbestandteile entnommen werden. Das Blut wird zur Herstellung von Blutprodukten verwendet und auf verschiedene Krankheiten und gesundheitsrelevante Blutwerte (wie z.B. HIV) getestet.

Restmaterial der Blutspende kann für wissenschaftliche Zwecke und zur Entwicklung neuer Testmethoden verwendet werden.

Die Hinweise auf mögliche Infektionskrankheiten (z.B. AIDS), Blutspendekomplikationen und den „freiwilligen Selbstausschluss“ (siehe Spenderinformation und Spenderaufklärung) habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Ich bin über Spenderrisiken im Rahmen der Blutspende aufgeklärt worden. Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und meine Fragen wurden zur Gänze beantwortet.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass das Österreichische Rote Kreuz mich schriftlich, telefonisch, per SMS bzw. per E-Mail über gemeinnützige Aktivitäten, wie insbesondere Blutspendeaktionen, informiert. Ich kann diese Zustimmung jederzeit per E-Mail an datenschutz@roteskreuz.at oder telefonisch unter +43 1 58 900 955 widerrufen.