

NEUE DOKUMENTE BUNDESARCHIV

Exzessiver Verbrauch trotz bekannter Risiken

Nur in lebensbedrohlichen Situationen – die Bundesregierung 1974 - durfte das Hepatitis-Risiko von Faktor VIII hingenommen werden. Die Praxis sah ganz anders aus: Allein das größte Hämophilie-Zentrum Deutschlands in Bonn verordnete in einem Jahr 130 Millionen Einheiten Faktor VIII - das entsprach etwa einem Drittel des Gesamtverbrauchs der Vereinigten Staaten (300 Mio. Einheiten) und dem Dreifachen Großbritanniens (40-50 Mio. Einheiten).

Von **Tobias Arndt**

Inhalt

1. Enge Indikation „Nur in lebensbedrohlichen Situationen“ auf weltweit höchsten Pro-Kopf-Verbrauch ausgeweitet
2. Hepatitis-Risiko durch Importe seit 1974 auf der Tagesordnung
3. Keine Herkunftsdeklaration oder Rückverfolgung von Blutimporten möglich
4. Entwicklung der Rechtsgrundlagen
5. Verbrauch von Faktor VIII und wirtschaftliche Interessen
6. Endnoten

1. Enge Indikation „Nur in lebensbedrohlichen Situationen“ auf weltweit höchsten Pro- Kopf-Verbrauch ausgeweitet

Das Problem der Übertragung von Hepatitis durch Faktor VIII-Blutprodukte war in den 1970er Jahren in der Bundesrepublik auf Regierungsebene bekannt. Allein in lebensbedrohlichen Situationen, so eine Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage von Abgeordneten aus 1974, könne ein Hepatitis-Risiko hingenommen werden¹. Diese Empfehlung der Bundesregierung stand allerdings in einem deutlichen Gegensatz zur Praxis, denn die Bundesrepublik stand weltweit an der Spitze des Pro-Kopf- Verbrauchs für Faktor VIII.

Besonders exzessiv ging es am größten Hämophilie-Zentrum Deutschlands in Bonn zu, wo knapp 800 Blutern in einem Jahr 130 Millionen Einheiten Faktor VIII verordnet wurden. Das entsprach etwa einem Drittel des Gesamtverbrauchs der Vereinigten Staaten (300 Mio. Einheiten) und dem dreifachen Großbritanniens (40-50 Mio. Einheiten)².

Insgesamt wurden in der Bundesrepublik 250 Mio. Einheiten im Jahr verabreicht. Der Handel mit Blutderivaten, zu denen Faktor VIII zählt, lag nicht bei den Blutspendediensten, sondern weitestgehend in den Händen der Pharmaindustrie. Dass dieser hohe Verbrauch auch durch wirtschaftliche Interessen angetrieben war, ist offensichtlich.

2. Hepatitis-Risiko durch Importe seit 1974 auf der Tagesordnung

Die Problematik einer Übertragung von Hepatitis durch Blutprodukte war schon lange bekannt. 1970 wurde sie unter anderem vom Bundesministerium für Jugend Familie und Gesundheit (BMJFG) erneut auf die Tagesordnung gesetzt, indem beim Bundesgesundheitsamt (BGA) eine Arbeitsgruppe zur Ausarbeitung von Richtlinien zur sogenannten Transfusions-Hepatitis angeregt wurde³.

, Direktor des Instituts für Immunhämatologie der Universität Frankfurt, vom 6.5.1974 (Endnote 5), sowie ein Kommentar in einem Gutachten von Dr. Nagel, Blutspendedienst Niedersachsen, „Das kommerzialisierte Blutspende- und Transfusionswesen“ vom 26.3.1975 (Endnote 6) vor.



Trotz einer schrittweisen Verwässerung und Abschwächung von gutachterlicher Stellungnahme über den Entwurf bis zur offiziellen Antwort, die Dr. Nagel (6) in Hinblick auf die Antwort der Bundesregierung als „z.T. unzutreffend und irreführend“ bezeichnete, wird in der Antwort (1) der Bundesregierung vom 27.06.1974 festgestellt:

„(...) kann die Bundesregierung nicht mit Sicherheit ausschließen, dass Blutbestandteile importiert und ohne Spezialitätennamen auf den Markt gelangen, die nicht den Sicherheitsbestimmungen der amerikanischen Gesundheitsbehörden entsprechen.“

Prof. Spielmann (5) formulierte noch wesentlich deutlicher:

„Zurzeit kann die Bundesregierung nicht mit Sicherheit ausschließen, dass Blutbestandteile importiert werden, die nach den Untersuchungen amerikanischer Gesundheitsbehörden ein erhebliches gesundheitliches Risiko für den Empfänger darstellen. Es ist deshalb auch gut möglich, dass in der Bundesrepublik solche Blutbestandteile amerikanischer Herkunft verwendet werden, welche von den US-amerikanischen Gesundheitsbehörden dort nicht zur Anwendung am Menschen freigegeben wurden.“
Die Antwort der Bundesregierung forderte hinsichtlich des einhergehenden Hepatitis-Risikos sorgfältigste Risikoabwägung:

„(...) sind vor allem die gerinnungsaktiven Präparate als Hepatitis-risikoreich bekannt. Daher muss im Einzelfall abgewogen werden, ob in der akuten lebensbedrohlichen Krankheitssituation die Verabreichung eines solchen Medikaments allein lebenserhaltend ist, so dass das Hepatitis Risiko demgegenüber hingenommen werden muss.“

In der Antwort (1) wurde im Gegensatz zum ersten Entwurf (4) vermieden, eine „enge Indikationsstellung“ zu fordern, die offenbar auf den Ausschluss einer prophylaktischen Behandlung mit Gerinnungsfaktoren abzielte (wie sie in der Bundesrepublik exzessiv und offensichtlich auch aus wirtschaftlichen Interessen Praxis war, s.u.). In dem Entwurf der Antwort des Ministeriums hieß es ursprünglich:

„Ein wesentlicher Schutz gegen unerwünschte Nebenwirkungen, zum Beispiel durch sogenannte Hepatitis-risikoreiche Präparationen, ist durch strenge Indikationsstellung zu erreichen. Bei derartigen Präparationen handelt es sich zumeist um gerinnungsaktive Substanzen, so dass im Einzelfall streng abgewogen werden muss, ob in der akuten lebensbedrohlichen Krankheitssituation für den einzelnen Patienten die Verabreichung eines solchen Arzneimittels allein lebenserhaltend ist, oder ob das Hepatitis-Risiko gefährlicher ist.“

Diese eindeutige Position in der offiziellen Antwort von 1974, dass es möglicherweise gefährliche Importe gebe und Faktor VIII nur in lebensbedrohlichen Situationen verabreicht werden solle, wurde in den folgenden Jahren relativiert.

Der Import von Blutprodukten und deren Sicherheit wurde in den Folgejahren häufig vor dem Hintergrund von Berichten über Einfuhren aus sogenannten Entwicklungsländern überlagert. So beantwortete das BMJFG am 14. Oktober 1981 eine Bürgeranfrage wie folgt:

„Obwohl mir konkrete Fälle nicht bekannt sind, gibt es Anhaltspunkte, dass möglicherweise auf Umwegen - auch von Spendern aus Entwicklungsländern - Blut in die Bundesrepublik gelangt. In begrenztem Umfang besteht daran sogar ein sachliches Interesse (Anmerkung: sic!) deshalb, weil in diesem Blut Antikörper gegen bestimmte Infektionskrankheiten, zum Beispiel Hepatitis A, in weitaus größerem Maße vorhanden sind, als das bei Blut von Spendern aus Mitteleuropa oder Nordamerika der Fall ist. Ich gehe davon aus, dass Blutspenden in Entwicklungsländern grundsätzlich entweder von den nationalen Behörden des jeweiligen Landes selbst durchgeführt oder doch unter der Kontrolle und beaufsichtigt von staatlichen Behörden vorgenommen werden und Gefahren für die Gesundheit der Spender durch die jeder Spende notwendig voraus gehende medizinische Untersuchung ausgeschlossen sind.“

Ebenso wie auf das einwandfreie Funktionieren von Gesundheitsbehörden in sogenannten Entwicklungsländern vertraute der Autor aus dem Gesundheitsministerium auf den Schutz der Patienten durch das Arzneimittelgesetz (AMG). Doch das AMG war mit dafür verantwortlich, dass Spenden unklarer Herkunft verarbeitet werden durften (s. Seite 5), weil es entgegen den Ankündigungen von 1974 gerade keine Handhabe zu einer Rückverfolgung von Blutprodukten vorgesehen hat:

„Dem Schutz des Patienten dienen die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes (AMG) vom 24. August 1976, das Blutzubereitungen aus menschlichem Blut oder dessen Bestandteilen, die in der Bundesrepublik bei einem ärztlichen Heileingriff zur Anwendung kommen sollen, als Arzneimittel erfasst. Blutzubereitungen müssen danach insbesondere unbedenklich sein; das bedeutet, dass nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht der begründete Verdacht bestehen darf, dass sie medizinisch nicht vertretbare Gesundheitsschäden hervorrufen können (§ 5 AMG). Blutzubereitungen unterliegen darüber hinaus grundsätzlich der Zulassungspflicht gemäß §§ 21 ff. AMG.“

In einem Vermerk für den Staatssekretär im BMJFG vom 26.03.1982 spielt der Autor die Risiken von aus den USA importierten Blutprodukten herunter, indem er Spenderauswahl und Herstellungsmethoden (große Pools aus bis zu 500 Spenden) nicht erwähnt.

Nur ein epidemiologisches Risiko wird eingeräumt, aber dann wieder abgeschwächt:

„Ein Unterschied besteht allerdings insoweit, als die Durchseuchung von non a non b Hepatitis in den USA etwa doppelt so hoch ist wie in Europa. Deshalb ist zumindest theoretisch insoweit auch ein erhöhtes Infektionsrisiko bei US-Importen nicht auszuschließen. Die Risikoüberwachung hat dieses theoretische Risiko bisher allerdings praktisch nicht bestätigt gefunden. Im Übrigen müsste ein solches Risiko auch hingenommen werden, weil der außereuropäische Markt nicht ausreicht, den Bedarf an Blutderivaten in der Bundesrepublik zu decken.“

Hierzu ist anzumerken, dass zu diesem Zeitpunkt zumindest im BMJFG das Thema HIV bereits bekannt sein musste, und dass Infektionen von Blutern in den USA schon darauf hindeuteten, dass HIV über Blutprodukte übertragen werden kann.

Erst mehr als ein Jahr später wird die zwischenzeitlich sehr aufgeweichte Indikation für den Einsatz von Faktor VIII im Ministerium im Hinblick auf AIDS revidiert, so lautet ein Vermerk vom 14.6.1983,9:

„2. Die Heimselbstbehandlung sollte nach und nach eingeschränkt werden. Die Patienten müssen auf das mögliche Risiko einer Aids-Übertragung, vor allen Dingen durch Hochkonzentrate aus amerikanischem Plasma, hingewiesen werden.

3. Bei entsprechend strenger medizinischer Indikation besteht gegenwärtig keine Notwendigkeit, einem Bluter im Bedarfsfall das Hochkonzentrat zu versagen.“

3. Keine Herkunftsdeklaration oder Rückverfolgung von Blutimporten möglich

Es klang bereits im vorausgehenden Abschnitt an: eine Herkunftsdeklaration oder Rückverfolgbarkeit stellt ein wesentliches Instrument zur Qualitätssicherung bei importierten Blutprodukten dar. Aber genau diese wurde entgegen den Beteuerungen von 1974 im AMG nicht festgeschrieben. So stellt Dr. Nagel in seinem Gutachten (Endnote 6) fest:

„Eine Deklaration der Herkunft des Rohmaterials ist im Arzneimittelgesetz 1976 nicht vorgesehen und kann auch im Verordnungswege nicht eingeführt werden.“

Diese Situation bleibt bis Anfang Mitte der 1980er Jahre bestehen. So ist in einer Antwort auf eine parlamentarische Frage von 1982,10 folgendes zu lesen:

„Die Betriebsordnung für pharmazeutische Unternehmer nach § 54 des Arzneimittelgesetzes hat den Hersteller, soweit das für die Sicherung der Qualität der Arzneimittel erforderlich ist, zur Dokumentation der Herkunft der für die Arzneimittelherstellung verwendeten Ausgangsstoffe verpflichtet. Darüber hinaus hat sich der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie für seine mit der Herstellung von Blutderivaten befassten Mitgliedsfirmen bereiterklärt, den Überwachungsbehörden der Länder Einblick in jene Unterlagen zu gewähren, die für das für Blutzubereitungen verwendete Blutplasma den Herkunftsnachweis bis zum Spender möglich machen.“

Wie ausgesprochen mangelhaft die staatliche Kontrolle ausfiel, zeigt eine Untersuchung, die das BMJFG Anfang 1983 auf Ebene der Bundesländer über importierte Ausgangsmaterialien für Blutzubereitungen initiierte¹¹. In der Akte befinden sich Antworten von lediglich vier Bundesländern: Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Bayern. Die Antworten waren ausgesprochen kurz. Lediglich

Baden-Württemberg -Württemberg lieferte zwei Seiten ab. Nordrhein-Westfalen Seiten beschränkte sich, auch wenn dies zutreffen mag, auf lediglich einen Satz:

„Den Berichten der Regierungspräsidenten ist zu entnehmen, dass keine Plasmapräparate importiert werden.“

4. Entwicklung der Rechtsgrundlagen

Die Ausgangslage Mitte der 1970er Jahre beschrieb Dr. Nagel in seinem Gutachten (6): „Regelung des Blutspende- und Transfusionswesens weder in Arzneimittelgesetz -Entwurf noch im beabsichtigten Transplantations-Gesetz vorgesehen“.

Dabei hatte die Antwort auf die Anfrage von zu Sayn Wittgenstein aus 1974 (Endnote 1) noch ganz anders gelautet:

„Das bisherige Registrierverfahren wird in dem Entwurf zur Neuordnung des Arzneimittelrechts in ein Zulassungsverfahren überführt, dem nicht die Arzneispezialitäten, sondern alle fertigen Arzneimittel unterliegen sollen. Soweit es im Interesse des Gesundheitsschutzes notwendig ist, soll das Zulassungsverfahren durch Rechtsverordnung auf weitere Arzneimittel ausgedehnt werden. Auf diese Weise werden auch anwendungsfertige Blutbestandteile erfasst werden können.“

Die Antwort auf die Frage von MD Oldenstädt zu Blutimporten vom 11.6.1975, 12 präzisierte die Antwort auf die Anfrage von zu Sayn Wittgenstein: „Im Übrigen darf ich ergänzend auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Prinz zu Sayn Wittgenstein Hohenstein und Genossen in der Drucksache 7/2317 vom 27. Juni 1974 und die schriftliche Beantwortung der Fragen von Herrn Abgeordneten Doktor Riedel vom 21. Mai 1975 hinweisen. Unter anderem wird dort ausgeführt, dass der Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts, der zurzeit dem hohen Haus vorliegt, erweiterte Grundlagen enthält, um gesundheitliche Risiken bei der Anwendung von Blutkonserven und Blutbestandteilen sobald wie möglich auszuschließen. Der Entwurf schafft die rechtliche Voraussetzung für eine engere Zusammenarbeit zwischen den Zollbehörden und den zuständigen Landesbehörden, um sicherzustellen, dass Arzneimittel bereits bei der Einfuhr zurückgewiesen werden, wenn Sie nicht den Vorschriften des Arzneimittelrechts entsprechen.“

Was im Einzelnen dazu führte, dass die o.g. Empfehlung von 1974, die ja immerhin vor dem Hintergrund schwerster gesundheitlicher Schädigungen, stand, verhindert wurde, kann nur im Ansatz beantwortet werden. Aus den Unterlagen geht hervor, dass die Pharmaindustrie zumindest auf eigene Initiative hin Gespräche geführt hat.

So schreibt der Vorsitzende des Bundesverbands der Deutschen Pharmazeutischen Industrie Braun am 8.3.1979 an den Abteilungsleiter im BMF/JFG, Professor Steinbach¹³:

„Ich darf daran erinnern, dass es Bestrebungen gibt, die gegenwärtige Struktur auf dem Markt der Blutzubereitungen zu verändern, sowie das AMG von 76 mit dem Ziel einer besonderen Regelung für den Blutbereich zu novellieren. In dieser Situation hält es der Bundesverband für wichtig, mit Ihnen als dem zuständigen Abteilungsleiter im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ein Gespräch über die Situation auf dem Blutmarkt allgemein, so auch über die Herstellungs- und Prüfungsvorschriften für „gefrorenes Frischplasma“(Human) im Besonderen, zu führen.“

Relativ lapidar lautet ein Dokument über die Einrichtung der Kommission für die Koordinierung und Arbeitsweise von Plasmapherese-Zentren vom 16.2.1979, 14 über die Vorhaben, Blut und Blutprodukte unter besondere Regeln zu stellen:

„Bereits während der Beratungen des AMG im Bundestag ist von verschiedenen Seiten gefordert worden, Blut und Blutbestandteile einer besonderen gesetzlichen Regelung zu unterstellen. Dafür hat sich keine Mehrheit gefunden, der Bundestag hat aber die Bundesregierung mit der Prüfung beauftragt, ob die arzneimittelrechtlichen Regelungen ausreichen oder ob eine eigene gesetzliche Regelung notwendig ist. Auf Anfrage des Vorsitzenden des BT-Ausschusses für JFG ist 1977 durch Herrn St. geantwortet worden, dass die arzneimittelrechtlichen Regelungen als ausreichend angesehen werden. Parallel dazu ist die gleiche

Auffassung auch gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie vertreten worden.“

5. Verbrauch von Faktor VIII und wirtschaftliche Interessen

Die Bundesrepublik stand bei der Verabreichung von Faktor VIII-Präparaten in den 1970er und 80er Jahren weltweit an der Spitze. So geht aus einem Bericht von 1982 hervor, dass in der Bundesrepublik 250 Millionen Einheiten Faktor VIII – darauf entfielen allein 130 Millionen auf das Zentrum in Bonn – verabreicht wurden. Das war insgesamt nicht viel weniger als in den USA, wo bei einer vierfachen Bevölkerung 300 Millionen Einheiten im Jahr zum Einsatz kamen. In Großbritannien wurden bei damals etwa gleicher Bevölkerung nur 40 bis 50 Millionen Einheiten verbraucht.

Bei einem Preis von 60 Pfennig pro Einheit (S. 2), dem dreifachen der USA (22 Pfennig) und fast dem doppelten Großbritanniens (33 Pfennig), war die Behandlung mit hohen Kosten verbunden. Was dies im Einzelfall bedeuten konnte, zeigt die Rechnung in einem Urteil zur Kostenübernahme des Sozialgericht Hamburg¹⁵ vom 24.09.1981:

„Auf diese Rechnungen zahlte die Beklagte an das Institut in der Zeit vom 1.2.1974 bis zum 7.9.1976 insgesamt 761.169,33 DM, mithin durchschnittlich 294.446,-- DM jährlich. Diese Zahlungen erfolgten allerdings nur unter Vorbehalt.“

Aus den Dokumenten geht hervor, dass das Blutspendewesen zweigeteilt war. Zum einen ein in das auf freiwilligen unentgeltlichen Spenden basierende der Blutspendedienste zur Gewinnung von Blutkonserven und zum anderen in ein eher kommerziell von der Pharmaindustrie organisiertes, auf Importen und bezahlten Spenden basierendes, System für Blutderivate, zu denen Faktor VIII zählte.

Es liegt nahe, dass der hohe Verbrauch in der Bundesrepublik auch oder zu einem großen Anteil auf wirtschaftliche Interessen zurückzuführen war. So stellt der Leiter des Blutspendedienstes Niedersachsen, Dr. med. Volker Nagel, in einem Gutachten von 26.3.1975 unter der Überschrift „Vorgehen industrieller Hersteller bei der Erschließung des Marktes“ folgende Punkte heraus: a) Fachlich falsche und irreführende Produktwerbung, b) Versuch der Einrichtung von Plasmapherese-Zentren unter dem Zeichen des Roten Kreuzes und c) Öffentliche Werbung mit der Bezahlung von Blutspenden.

Ein Vermerk des BMJFG bestätigt die „Marktaufteilung“: „Eine Maßnahme der Art, wie sie von dem Unterausschuss „Spezialisten für Blutprobleme“ vom November 1973 empfohlen wird [dabei handelt es sich wahrscheinlich um eine Einschränkung oder ein Verbot bezahlter Blutspenden], hätte erhebliche wirtschaftliche Konsequenzen und würde die Marktaufteilung, wie sie sich im Laufe der Zeit zwischen den Blutspendediensten und der pharmazeutischen Industrie gebildet hat, völlig verändern.“¹⁶

Im Protokoll¹⁷ der ALGMB In Mainz vom 29.1.1975 wird zu dieser Marktaufteilung folgendes ausgeführt:

„In den letzten Jahren tritt als dritter Bedarfsträger die pharmazeutische Industrie im Bereich des Blutspendewesens in Erscheinung. Unsere Statistiken sagen nichts über die Größenordnung des Aufkommens aus. Dieser Bereich nimmt Blutspenden vorwiegend zur Plasmapherese nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten entgegen. (...)

Hieraus ergibt sich zwangsläufig, dass wir Blut oder Blutbestandteile fast ausschließlich zur industriellen Verarbeitung einführen.“

So erlaubte sich auch Prof. Spielmann in seiner gutachterlichen Stellungnahme von 1974 die folgende Kritik an der Kommerzialisierung des Bluttransfusionswesens, wie es auf Deutschland, den größten Importeur von Blutprodukten weltweit, wohl besonders zutreffend war. Dieser kritische Absatz fand in der Antwort der Bundesregierung – selbstverständlich - keinerlei Erwähnung:

„Endlich möchte ich im Zusammenhang mit den europäischen Bemühungen um die Verbesserung des Transfusionswesens auch auf wiederholte Empfehlungen des „Subkomitees für Blutprobleme“ im Europarat hinweisen, die sich inhaltlich gegen eine zu weitgehende Kommerzialisierung dank des Transfusionswesens wenden, eine Tendenz, die sich in einigen Mitgliedsstaaten in den letzten Jahren abgezeichnet hat. (siehe insbesondere Report CESP-TS (73)3). Meines Wissens hat die Bundesregierung bisher keine Konsequenzen daraus gezogen.“

Auch die Behandlungszentren für Hämophile scheinen von wirtschaftlichen Interessen nicht ausgenommen gewesen zu sein. So sagen Zeitzeugen aus, dass die Zentren pro Einheit Faktor VIII immerhin 10 Pfennig Vergütung von den Krankenkassen erhalten hätten. Einen Hinweis darauf liefert das folgende Dokument¹⁸, in dem der Leiter des größten Zentrums in Bonn, Professor Egli, vehement und gegen die Expertise der Anwesenden die Verabreichung von Faktor VIII durch die Zentren entgegen einer Verteilung über Apotheken verteidigte. „Herr Prof. Dr. Egli, Vorstandsmitglied der Deutschen Hämophilie-Gesellschaft und Direktor des Instituts für Experimentelle Hämatologie und Bluttransfusionswesen der Universität Bonn, berichtete über die Besonderheiten der Blut-Behandlung und Versorgung mit Faktor VIII. In seinem Vortrag versuchte er deutlich zu machen, dass der Hämophilie-Patient durch eine individuelle Anwendungsinformation und die Verpflichtung zu einem formularmäßigen Bericht nach jeder Einzelanwendung in besonderer Weise an den behandelnden Arzt gebunden ist. Allein durch diese enge Bindung ist es möglich, den Bluter vor schweren Körperbehinderungen zu bewahren. Der Vertrieb von Faktor VIII-Präparaten über die öffentliche Apotheke würde den Bluter stark gefährden und zudem die Behandlungskosten erheblich erhöhen. Der Ausschuss vertritt aber die Auffassung, dass aufgrund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen zurzeit ein Vertrieb von Faktor VIII nur über die Apotheken nach Vorlage einer ärztlichen Verschreibung möglich ist.“

Endnoten

- 1 Antwort Bundesregierung kleine Anfrage z Sayn Wittgenstein et al, 27.06.1974
 - 2 Der Niedergelassene Arzt 6-82, 24.02.1982
 - 3 Schreiben BMJFG an BGA Anregung Einrichtung einer Arbeitsgruppe Transfusions-Hepatitis, 23.12.1970
 - 4 Entwurf Antwort kleine Anfrage Sayn Wittgenstein et al 1974
 - 5 Gutachterliche Stellungnahme von Prof. Spielmann, Direktor des Instituts für Immunhämatologie, Universität Frankfurt 6.5.1974
 - 6 Gutachten von Dr. Nagel, Blutspendedienst Niedersachsen: „Das kommerzialisierte Blutspende- und Transfusionswesen“, 26.3.1975
 - 7 Schreiben BMJFG an Ebner (auf Bürgeranfrage) 14.10.1981
 - 8 Vermerk BMJFG für Staatssekretär – Hepatitis Risiko muss hingenommen werden, 26.03.1982
 - 9 Vermerk BMJFG, 14.06.1983
 - 10 Anfrage und Antwort MdB Wolfram Blutspenden-Importe Dritte Welt, 27.08.1982
 - 11 Untersuchungen der Bundesländer „Ausgangsmaterialien für Blutzubereitungen“ an BMJFG, Feb-1983
 - 12 Frage und Antwort MdB Oldenstädt Blutimporte 11.06.1975
 - 13 Schreiben Verband Pharm. Ind. Braun – BMJFG Steinbach, 8.3.1979
 - 14 Kommission für die Koordinierung und Arbeitsweise von Plasmapherese-Zentren, 16.02.1979
 - 15 Urteil Sozialgericht Hamburg Ablehnung Kostenübernahme Kasse für Faktor VIII 24.09.1981
 - 16 Vermerk BMJFG Dr. Pabel, 2.8.1974
 - 17 Sprechvermerk für die ALGMB in Mainz BMJFG 29.01.1975
 - 18 Protokoll Ausschuss für Arzneimittel-, Apotheken- und Giftwesen der AGLMB, 3.-4.10.1979
- Neue Dokumente Bundesarchiv| 12