

Nur eine Spritze

Der größte Medizinskandal der DDR

Beitrag zur Epidemiologie der Hepatitis C in Deutschland anhand der Stellungnahme zu „Dokumentarfilm über eine Hepatitis-Infektion von Ariane Riecker und Anne Mesecke, Film- und Fernsehproduktionsgesellschaft Hofrichter & Jacobs, mit freundlicher Unterstützung von Rundfunk Berlin-Brandenburg und Stiftung Aufarbeitung DDR“

Einleitung

Vom 2. August 1978 bis zum 14. März 1979, also vor 33 bis 34 Jahren, wurde auf dem Territorium der ehemaligen DDR im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe maximal 6.773 Frauen eine virushepatitiskontaminierte Charge (Chargen-Nr: 080578 bis 221178) des Human-Immunglobulins Anti-D verabreicht (Lit.7).

Der Film handelt von diesem bedauerlichen, weil in großen Teilen absolut vermeidbaren humanmedizinischen Infektionsgeschehen in der DDR. Die Zahl der damals tatsächlich Infizierten ist unbekannt, kann aber aufgrund der extremen Chargenabhängigkeit und trotz der subtilen Ermittlungen und Nachuntersuchungen im Freistaat Sachsen 1994 bis 1996 sowie der Besonderheiten der seit 1990 Hepatitis C genannten Erkrankung auf 2.500 bis (3.500) Frauen hochgerechnet werden (nach Lit. 7 u. 8).

Im Film wurden nun die Epidemiologie, Mikrobiologie, Diagnostik, Symptomatik und Behandlung dieser Erkrankung unter den heutigen Aspekten, dem heutigen Wissen und anderem dargestellt, nicht aber unter den Verhältnissen von vor 33/34 Jahren. Dies führt zwangsläufig zu kritikwürdigen, ja teilweise falschen Darstellungen und Schlussfolgerungen.

1. Zur Epidemiologie der Virushepatitis bis 1989 in Deutschland

Die hier behandelte Erkrankung hieß damals laut Seuchengesetze in Ost- und Westdeutschland „Virushepatitis“ oder „Hepatitis infeciosa“, eine Unterteilung in die ätiologisch völlig

differenten Erkrankungen Hepatitis-A, -B, -C,- D, -E, (-F, -G) gab es damals noch nicht. Exakte Zahlen über die Häufigkeit der Erkrankung „Hepatitis infeciosa“ laut gesetzlicher Meldepflicht gibt es für die DDR seit 1951 und für die BRD – alt seit 1962. Die Krankheitshäufigkeiten DDR 1951 bis 1989 und BRD 1962 bis 1989 sind in den Abbildungen 1 und 2 dargestellt. Die infektiösen Hepatitiden waren damals in Deutschland häufige Erkrankungen. In der BRD schwankte die jährliche Morbidität zwischen 25 und 40 ‰ (= Erkrankungen – E – pro 100.000 Einwohnern), das Maximum wurde 1973 mit einer Anzahl von 25.900 Erkrankungen (= 41,7 pro 100.000 E) erreicht und fiel danach

allmählich auf 9.763 E (= 15,7 ‰) 1989 ab (Abb.1). Die Mortalität (=Todesfälle pro 100 000 Einwohner und Jahr) stieg dagegen von 0,1 ‰ in den siebziger Jahren auf 0,36 ‰ 1989 an (Tab.1). In der DDR lag die Morbidität der Virushepatitis in den 60-ziger Jahren bei > 150 (Erkrankungen pro 100.000 E und Jahr), der Spitzenwert wurde 1961 mit 46.844 E (= 273,5 ‰) erreicht; dies entsprach dem 6,6-fachen des Maximalwertes in der BRD-alt. Hervorgerufen war dieser hohe Wert durch die frühzeitige Kollektivierung der Kinder in Kinderkrippen und Kindergärten in der DDR und die in diesem Alter hohe Infektionsrate durch Virushepatitis (1973 als Hepatitis A beschrieben, meldetechnisch erfasst seit

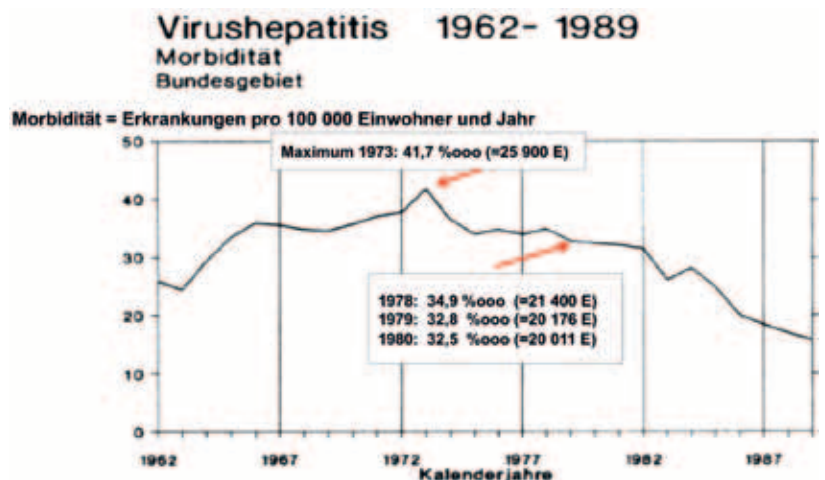


Abbildung 1

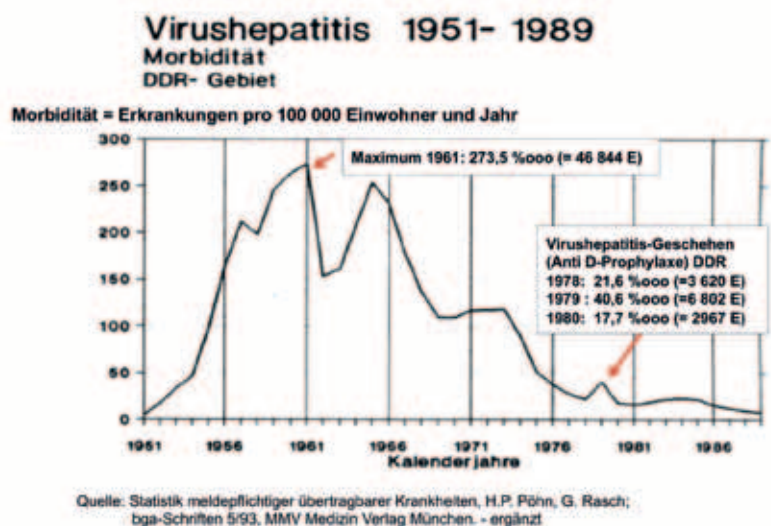


Abbildung 2

Tabelle 1: Virushepatitis BRD-alt 1977 – 1989*

Jahr	Erkrankungen Anzahl	Erkrankungen Morbidität	Todesfälle Anzahl	Todesfälle Mortalität	Letalität (in %)
1977	20 849	34,0	69	0,11	0,3
1978	21 400	34,9	77	0,13	0,4
1979	20 176	32,8	123	0,20	0,6
1980	20 011	32,5	155	0,25	0,8
1981	19 813	32,1	139	0,23	0,7
1982	19 369	31,5	174	0,28	0,9
1983	15 970	26,0	182	0,30	1,1
1984	17 137	28,1	202	0,33	1,2
1985	15 153	24,8	205	0,34	1,4
1986	12 257	20,0	165	0,27	1,3
1987	11 249	18,4	200	0,33	1,8
1988	10 406	17,0	228	0,37	2,2
1989	9 763	15,7	222	0,36	2,3

* Quelle: Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten, H.P. Pöhn, G. Rasch; bga-Schriften 5/93, MMV Medizin Verlag München.

Tabelle 2: Virushepatitis DDR 1977 – 1989*

Jahr	Erkrankungen Anzahl	Erkrankungen Morbidität	Todesfälle Anzahl	Todesfälle Mortalität	Letalität (in %)
1977	4 653	27,8	12	0,07	0,3
1978	3 620	21,6	13	0,08	0,4
1979	6 802	40,6	17	0,10	0,2
1980	2 967	17,7	10	0,06	0,3
1981	2 692	16,1	13	0,08	0,5
1982	3 134	18,8	16	0,10	0,5
1983	3 565	21,3	21	0,13	0,6
1984	3 745	22,5	16	0,10	0,4
1985	3 606	21,7	17	0,10	0,5
1986	2 585	15,5	12	0,07	0,5
1987	1 999	12,0	7	0,04	0,4
1988	1 607	9,6	8	0,05	0,5
1989	1 234	7,4	11	0,07	0,9

* Quelle: Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten, H.P. Pöhn, G. Rasch; bga-Schriften 5/93, MMV Medizin Verlag München.

1983). Erst durch gezielte staatlich verordnete und durch die „Staatliche Hygieneinspektionen“ (= Name der Gesundheitsämter in der DDR) durchgeführte Prophylaxe (Serum-Enzymbestimmungen zur Frühdiagnostik und Gammaglobulin-Prophylaxe bei Kontaktpersonen und strenge Absonderungsmaßnahmen von Erkrankten und Kontaktpersonen – siehe Lit. 2 und 3) seit 1970 fiel die Morbidität ab 1977 unter das Niveau der Bundesrepublik (1989: 1.234 E = 7,4 ‰). Die Mortalität fiel von 0,23 ‰ 1957 fast kontinuierlich auf 0,07 ‰ 1989. (Abb.2, Tab. 2. nach Lit. 1). Danach war 1977 bis 1989 die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis in der DDR wesentlich

geringer als in der BRD-alt; auch die Anzahl der registrierten Todesfälle (Mortalität) unterschied sich signifikant von 1977 bis 1989: DDR 173 (= 0,081 ‰), BRD-alt 2.141 Todesfälle (= 0,269 ‰), also 3,32 höhere Mortalität als in der DDR. Bei einer Mortalität wie in der DDR wären in der BRD in den 13 Jahren vor der Wiedervereinigung an Virushepatitis 1.496 Personen weniger verstorben (Zahlen nach Lit. 1, S. 104 bis 105). Die dargestellte Krankheitswelle in Abb. 2 von 1978/79 war bei der Gesamtbetrachtung der Hepatitis-morbidität also zahlenmäßig keine große Neuigkeit, wie es im Film zum Ausdruck gebracht wird. Es erkrankten 1978 in der DDR 3.620 Personen

(= 21,6 ‰), 1979 6.802 (= 40,6 ‰) Personen an Virushepatitis. In der BRD waren es 1978 21.400 Erkrankte (=34,9 ‰) und 1979 20.176 E. (=32,8 ‰). Bereits ein Jahr später (1980) hatten sich die Zahlen wieder „normalisiert“ (DDR 2.967 E = 16,1 ‰, BRD 20.011 E = 32,5 ‰).

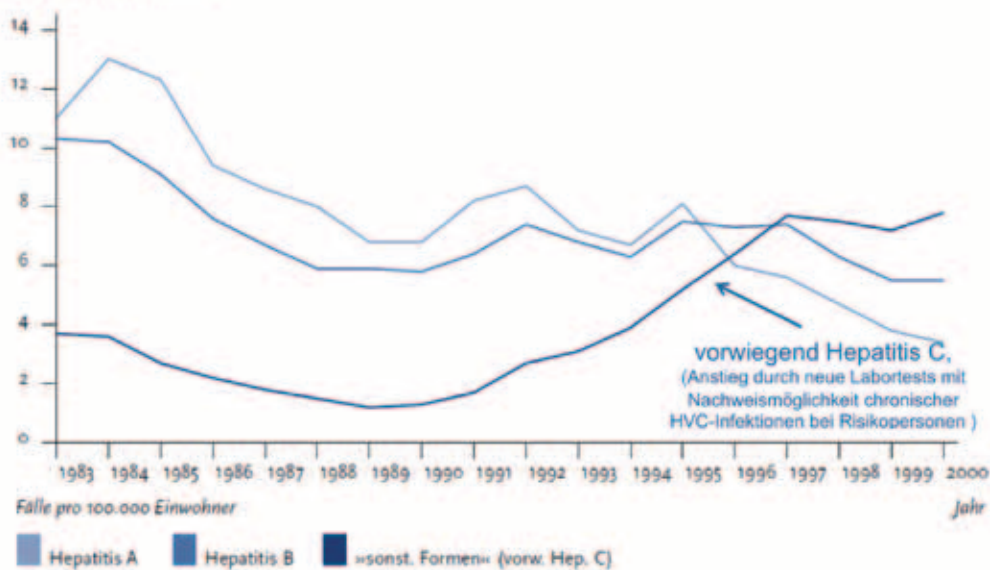
2. Antiepidemische Maßnahmen bei Virushepatitis

Auf diese Erkrankungszahlen der „Virushepatitis“ = „ansteckende Gelbsucht“ waren die antiepidemischen Maßnahmen in den 70-er Jahren ausgerichtet. Jede ansteckende Erkrankung, auch bei mildem oder sogar abortivem Verlauf, wurde auf einer Infektionsstation streng isoliert. Dies betraf nicht nur die Virushepatitis, sondern fast alle Infektionskrankheiten, auch zum Beispiel Scharlach, infektiösen Durchfall bei Salmonellennachweis und anderen Erregern, Masern usw. Dies war gesetzlich geregelt und vorgeschrieben. In der DDR galt die „Richtlinie zur Verhütung und Bekämpfung der Virushepatitis“ von 1970 (Lit. 3). Es sollten damit alle Kontaktpersonen vor einer Ansteckung geschützt werden und die Weiterverbreitung der Infektion (Entstehung von sogenannten Häufungen und Epidemien) vermieden werden.

Besuchszeiten in einer Isolierstation gab es nicht und nirgends! Der Kontakt zu den Isolierten konnte nur über ein oder wenige stationäre Telefone erfolgen. Mobiltelefone (Handys) waren noch unbekannt.

Dieser Tatbestand wird im Film völlig missachtet, es wird stattdessen eine Szenerie lange und wiederholt dargestellt, in der die infizierten Mütter von ihren Säuglingen und der Familie getrennt wurden und dies als staatliche extra angeordnete Willkür deklariert, um Fehler zu vertuschen. Dies erzeugt bei unwissenden Zuschauern Emotionen, die letztlich von den Filmmachern politisch missbraucht werden. Es ist andererseits keine einzige Person/Frau im Film dargestellt, interviewt oder erwähnt worden, die nach einer Bluttransfusion oder Gabe von Gerinnungsfaktoren unter anderem wegen zum Beispiel eines Unfalles oder anderer Leiden an der

Virushepatitiden in Deutschland
(Meldefälle nach Bundesseuchengesetz 1983–2000)
Quelle: Robert Koch-Institut



Quelle: Hepatitis C, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, RKI 2007

Abbildung 3

gleichen Infektion erkrankt war, obwohl, wie unter 1. dargestellt, es Hunderte jährlich gegeben hat. Die unter 1. beschriebene bessere anti-epidemische Organisation und anti-epidemischen Arbeit in der DDR gegenüber der BRD-alt, die von 1977 bis 1989 (außer 1979) insgesamt zu einer deutlicheren Senkung der Morbidität und Mortalität führte, wird gar nicht erwähnt. Dies war damals zu Recht ein besonderer Stolz des DDR-Gesundheitswesens und wäre ohne einen erheblichen fachspezifischen personellen Aufwand in den „Hygieneinspektionen“ der Kreise (= jetzt Gesundheitsämter) nicht möglich gewesen.

3. Medizinhistorisch bedingte Veränderungen in der Epidemiologie der Virushepatitis

Das Hepatitis-A-Virus wurde erstmals 1973 durch Stephen Feinstone elektronenmikroskopisch dargestellt; 1979 isolierten Philip Provost und Gert Frösner u. Mitarbeiter unabhängig voneinander das Virus. Weltweit wurden sechs verschiedene Genotypen (I – VI) identifiziert. Der Hepatitis-B-Erreger wurde im Jahre 1965/68 von Blumberg als „Australia-Antigen“ beschrieben und 1970 von David S. Dane beschrieben („Dane-Partikel“). Die Hepatitis C ist

virologisch erst 1989/90 identifiziert worden (Lit. 10); eine Differenzierung in der Praxis, also beweisende Diagnostik in der Routine gibt es erst in Ost- und Westdeutschland seit 1991. Gegenwärtig unterscheidet man bei der epidemiologischen Analyse der Hepatitis-C-Virus-Erkrankungen 8 Genotypen (A-H; Lit. 10).

Die Unterscheidung in der gesetzlichen Meldepflicht und der Epidemiologie in „Hepatitis A“, „Hepatitis B“ und „nicht bestimmbare und übrige Formen“ (BRD) oder „Hepatitis non A non B und nicht näher bestimmt“ (DDR) erfolgte in der BRD 1980, in der DDR 1983 (= Lit. 1).

Auch zu diesen Zeitpunkten hieß es also noch nicht Hepatitis C.

Die Zahlen unter den genannten Positionen – „nicht bestimmbare und übrige Formen“ (BRD) 1980 und „Hepatitis non A non B und nicht näher bestimmt“ (DDR) 1983 zum Zeitpunkt der Einführung – sind ein Maß (und erlauben eine berechnete Schätzung) für die Häufigkeit der später Hepatitis C genannten Virushepatitis auch zum Zeitpunkt des Geschehens durch Anti-D-Spritzen 1978/79.

BRD 1980:
Hepatitis A 7.302 E = 11,8 ‰ (36,5 %)

Hepatitis B 5.313 E = 8,6 ‰ (26 %)
Hepatitis nicht bestb.u. ü.F.
7.396 E = 12,0 ‰ (37 %)
Gesamt: 20.011 E = 32,5 ‰ (100%)
1978 (berechnet): Hepatitis nicht bestimmbare und übrige Formen:
7.918 E
1979 (berechnet): Hepatitis nicht bestimmbare und übrige Formen:
7.465 E

DDR 1983: Hepatitis A
2.103 E = 12,6 ‰ (59,0 %)
Hepatitis B
770 E = 4,6 ‰ (21,6 %)
Hepatitis non A +B u.n. b.F.
692 E = 4,1 ‰ (19,4 %)
Gesamt 3.565 E = 21,3 ‰ (100 %)
1977 (berechnet): Hepatitis non A + B und nicht bestimmbare Formen 903 E
1978 (berechnet): Hepatitis non A + B und nicht bestimmbare Formen 702 E
1979 (berechnet): Hepatitis non A +B und nicht bestimmbare Formen 3.237 E
davon durch Anti-D-Spritze (berechnet) 2.545 E
1980 (berechnet): Hepatitis non A + B und nicht bestimmbare Formen 576 E.

Alle Blutspender wurden seit 1991/92 auf Hepatitis C untersucht, weil bis 1991/92 die meisten Hepatitis-C-Fälle – außer in dem Anti-D-Geschehen 1978/1979 – durch Bluttransfusionen oder Gabe von Blutderivaten, Gerinnungsfaktoren und anderem verursacht worden waren. Die Prävalenz der Hepatitis C in der Bevölkerung, also auch bei potenziellen Blutspendern, gibt das RKI wie folgt an: 2 bis 3 % der Weltbevölkerung. Schätzungen für Europa gehen von 3 bis 5 Millionen HCV-Infizierten = Virusträgern aus. Für Deutschland lauten die Zahlen: 0,5 bis 0,7 % der Einwohner = 400.000 bis 500.000 Virusträger (Lit. 5). Damit ging eine Infektionsgefahr von Hepatitis C auch vor 1991/92 grundsätzlich von 200 Blutspendern mindestens einmal aus.

Davon ist im Film keine Rede; es wird der Eindruck erweckt, als sei das Geschehen von 1978/79 in der DDR

ein einmaliges, allein durch die politischen Verhältnisse möglich gewordenes Ereignis der Infektionsübertragung und Ausbreitung der Hepatitis C gewesen. Die oben genannten Zahlen beweisen, dass es in Ost- und Westdeutschland vor 1991 jährlich Hunderte bis Tausende Neuerkrankungen an Hepatitis C durch die genannten und andere Ursachen gab (Abb.3).

4. Das variable klinische Krankheitsbild der Hepatitis C

Die seit Erregeridentifizierung der Hepatitis C 1990/91 gewonnenen Erkenntnisse über das sehr variable klinische Krankheitsbild werden im Film nicht beachtet. In der Regel wird der Krankheitsverlauf dramatisiert. Dies ist unbedingt änderungs- und ergänzungsbedürftig und betrifft:

- die Infektionsrate (je nach Infektionsdosis):
im Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 chargenabhängig 0 bis 73,5 %
- die Inkubationszeit = Beginn der Symptome: 6 bis 9 (2 bis 26) Wochen
- sogenanntes diagnostisches Fenster (Zeit von Infektion bis serologischer Nachweismöglichkeit): Wochen bis Monate
- die Häufigkeit der stummen, abortiven und akuten Krankheitsverläufe:
- Oft asymptomatisch oder mit geringen uncharakteristischen Beschwerden,
- die Chronifizierungsraten: Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 bis 1994/95: 41,5 %; andere Angaben: 60 bis 80 %
- die Letalität der neuen, akuten Infektionen: gering
- die Letalität der chronischen unbehandelten Form: nach 20 bis 30 Jahren Leberzirrhose, 5-Jahresüberlebensraten bei Leberzirrhose: 50 bis 80 %
- die Selbstheilungsraten: Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 bis 1994/95: 31 %, andere Angaben: 20 bis 50 %.

- die heutigen Therapiemöglichkeiten (Peginterferon, Ribavirin + Telaprevir)
(Angaben nach Lit.5, 7, 8, 11).

Auch wird in dem Film nirgends auf die mit der Anti-D-Prophylaxe zu verhütenden Krankheitsbilder bei den neugeborenen Kindern hingewiesen (Morbus hämolyticus neonatorum und Hyperbilirubinämie) mit oft schwerwiegenden Schädigungen und lebenslangen Folgen bei Kindern, deren Mütter bei entsprechender Indikation keine Anti-D-Prophylaxe erhalten haben.

5. Juristische Aspekte des Anti-D-Infektionsgeschehens 1978/79

Die Darstellung im Film, dass keine Entschädigung bei den Betroffenen des Anti-D-Immunglobulin-Geschehen 1978/79 erfolgt sei, ist falsch. Die Erkrankungen wurden sofort nach Bekanntwerden ohne Prüfung als Impfschäden anerkannt und entsprechend den Gesetzen und Richtlinien entschädigt (siehe Lit. 7).

Auch wurden alle erkrankten Frauen dieser Virushepatitis-Infektionshäufung sofort ab 1978/79 von infektiologisch bestqualifizierten Internisten in Chemnitz (damals Karl-Marx-Stadt), Dresden und Leipzig nach dem aktuellen Stand der Medizin behandelt (= damalige Spezialambulanzen in den Bezirken der ehemaligen DDR, jetzt des Freistaates Sachsen).

Ob die Schuld eines Einzelnen (Chef des Hallenser Blutspendedienstes Dr. Schubert), zweifellos unter politischem Druck entstanden, nicht aber Mitschuld der Mitarbeiter und Prüfbehörde der DDR, wie im Film richtig dargestellt wird, ausreicht, das Geschehen als gesellschaftlich und nicht individuell kriminell zu bewerten um finanzielle Sonderrechte der Entschädigung durchzusetzen, bedarf einer juristischen, nicht einer medizinischen Entscheidung. Dies ist aber nach Beurteilung der Sondermatinee mit der Premiere der Filmvorführung am 9. September 2012 im Deutschen Hygiene-Museum in Dresden zweifellos das Hauptziel der

Selbsthilfegruppe mit Unterstützung der Filmemacher gewesen.

Auch wurde im Film völlig ignoriert, dass die gesamte Angelegenheit auch nach der Wende 1994/95 mit großzügiger Unterstützung des Sächsischen Staatsministers für Gesundheit, Familie und Soziales (SMS), Dr. Hans Geisler, in Sachsen bereits aufgearbeitet worden ist. War dies den Filmemachern und der Selbsthilfegruppe wirklich unbekannt? Alle Betroffenen und ihre Angehörige wurden damals angeschrieben und untersucht. Die Ergebnisse wurden 1996 und 1998 veröffentlicht (Lit.7 u. 8). Dies ist das Verdienst des damaligen Referatsleiters im SMS, Dr. med. Wilfried Oettler. Wichtige Ergebnisse der klinischen, serologischen, molekular-biologischen, epidemiologischen und gutachterlichen Untersuchungen damals waren: Von 755 der 1.129 in Sachsen wahrscheinlich infizierten lagen Daten von 1978/79 und 1994/95 zur Auswertung vor, desgleichen von 470 Kindern, 185 Ehe- und Sexualpartnern und 94 sonstigen Kontaktpersonen. Die chargenbezogene Auswertung der bisherigen Krankheitsverläufe der 1978/79 wahrscheinlich infizierten zeigt, dass die einzelnen Chargen als Infektionsquelle differenziert betrachtet werden müssen. Die Chronifizierungsrate bis zu diesem Zeitpunkt (1994/95 = nach 16 bis 17 Jahren) für eine HCV-Infektion durch Anti-D-Prophylaxe mit den Chargen 080578 – 160978 lag bei dem untersuchten Patientengut mit 52,4 % niedriger, als andere Untersucher dies beschrieben hatten. Bei 11 in Sachsen bis 1994/95 verstorbenen HCV-Infizierten steht nur in einem Fall die Todesursache in einem wahrscheinlichen Zusammenhang mit der Anti-D-Prophylaxe; bei weiteren drei Fällen waren Kofaktoren oder ist die Todesursache als assoziierte Erkrankung zur Hepatitis C anzusehen. Intrafamiliäre Kontakte sowie die vertikale Übertragung spielten in dem Klientel keine Rolle. Nur in zwei Fällen konnte eine sexuelle Übertragung als wahrscheinlich angesehen werden. Eine Übertragung durch Stillen konnte in dem Patientengut nicht festgestellt werden. Es war

HCV-Durchseuchungsraten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Deutschland

Quellen:

* Hepatitis C, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 15, RKI 2007

** Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2011, RKI

Bevölkerungsgruppe	HCV-Durchseuchung (Antikörper-positiv)
Menschen mit Bluterkrankheit (Hämophilie), die vor 1987 Blutgerinnungsfaktoren erhalten haben	80-90%
Intravenös injizierende Drogenkonsumenten	60-80%
Organtransplantierte	5-15%
Dialysepatienten	4-10%
Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft/Entbindung HCV-infiziert waren	3-5%
Allgemeinbevölkerung (Erwachsene)	0,5-0,7%
Homosexuelle Männer (MSM) und verletzungsträchtige Sexualpraktiken **	4,3 %
Tätowieren, Piercing, Ohrlochstechen, unhygienische Injektionen, z.B. Ausland	?? %

damals bereits allen anderen Neuen Bundesländern empfohlen worden, ein ähnliches Nachuntersuchungsprogramm in allen neuen Bundesländern durchzuführen, um der Aufklärungs- und Nachsorgepflicht zu genügen.

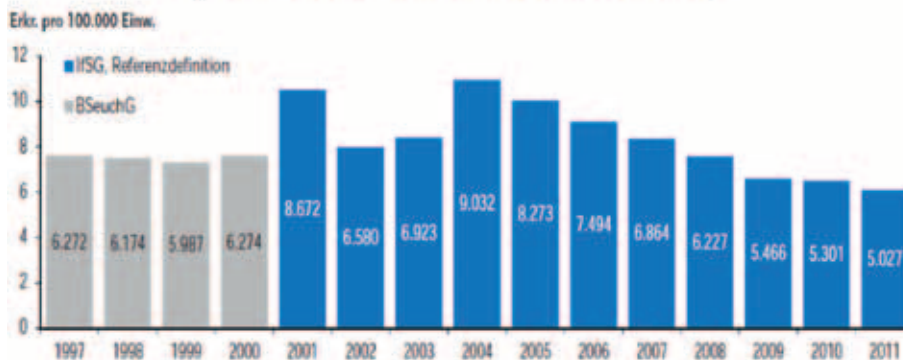
Auch wurde ein „Nachuntersuchungsprogramm“ für alle betroffenen Personen einschließlich aller Kontaktpersonen in regelmäßigen Abständen für die Folgezeit dringend angeraten; wörtlich steht in Lit. 7: „Die Gesundheitsämter sind hierfür fachlich zuständig.“ Auch diese wichtige bisher nicht realisierte Analyse fehlt bisher in Praxi und bleibt im Film unerwähnt.

Schlussbemerkungen

Die Hepatitis C hat wegen ihrer hohen Chronifizierungsrate eine hohe ethisch-moralische und gesundheitsökonomische Relevanz. Diese Infektionskrankheit ist in unserer Bevölkerung offenbar schon immer endemisch, seit 1980 unsicher, seit 1990/91 aber erst sicher ursächlich diagnostizierbar und damit sind die Häufigkeiten, Übertragungswege, Eigenschaften und anderes exakt bestimmbar. Diese jährliche Anzahl von Neuerkrankungen (laut Falldefinitionen) hat sich seit Jahrzehnten und auch in den letzten 11 Jahren seit Inkrafttreten des neuen Infektionsschutzgesetzes (IfSG) 2001 nur mäßig verändert (siehe Abb. 1 bis 4). Laut „Infektionsepidemiologischem

Jahresbericht des RKI für das Jahr 2011“ und „Virushepatitis A, B, C in Deutschland 2011“ vom September 2012 (Lit. 9) wurden im vergangenen Jahr in Deutschland 5.027 Hepatitis-C-Erkrankungen neu gemeldet, 2004 waren es 9.032 erstmals diagnostizierte Fälle. Als Ursache ist bei ca. 70 % = 3.500 E intravenöser Drogenkonsum angegeben. Auf diesen Umstand und die gesellschaftlichen Ursachen wird im Film nirgends hingewiesen. Auch heute reagieren Politik und Gesellschaft, insbesondere aber auch die Medien, nicht oder völlig unzureichend. Sind dies nicht vergleichbare Zustände und Missstände wie 1978/79 [heute: mangelnde Drogenprophylaxe, drastische Reduzierung des Personals im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und bei der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA), keine deutschlandweite Empfehlung und Bezahlung der Standard-Hepatitis-Impfungen für alle Bürger durch die Krankenkassen, verzögerte Durchsetzung antiepidemischer Maßnahmen bei Häufungen von Infektionskrankheiten und anderes, alles von den Verantwortlichen finanziell „begründet“], jetzt aber nicht mehr unter diktatorischen, sondern unter „demokratischen“ Verhältnissen! Der zu beurteilende Film behandelt (fachlich historisch unzureichend und vordergründig theatralisch politisch) ein für die Betroffenen tragisches und vermeidbar gewesenes Infektionsgeschehen vor 33/34 Jahren, das allen Fachleuten bekannt, vor 16 Jahren ausführlich beschrieben und öffentlich publiziert worden ist. Dass die Hepatitis C wegen ihrer nach wie vor bestehenden Probleme der Infektionsübertragung, Häufigkeit, Chronifizierung, fehlender Impfprophylaxe, Kostenverursachung und anderes eine nach wie vor hohe gesellschaftspolitische Bedeutung besitzt, kommt nirgends zum Ausdruck. Wir halten den Film daher in der vorliegenden Form für absolut entbehrlich.

An das RKI übermittelte Hepatitis-C-Fälle pro 100 000 Einwohner nach Meldejahr 1997-2011 in Deutschland (in den Säulen Anzahl der Fälle absolut) *



*Quelle: Epidemiologisches Bulletin des RKI Nr. 38 vom 26. September 2012, Seite 380

Abbildung 4

Literatur bei den Verfassern

Anschrift der Verfasser:
 Prof. Dr. med. habil. Siegwart Bigl, Chemnitz
 Dr. med. Wilfried Oettler, Dresden