

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/8728 –**

Probleme bei der Ausführung des Anti-D-Hilfegesetzes

Vorbemerkung der Fragesteller

Schon seit langem wenden sich Frauen, die Ende der 70er Jahre in der DDR im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe mit Hepatitis-C-Viren (HCV) infiziert wurden, an die Ministerien für Arbeit und Soziales und für Gesundheit, sowie an Abgeordnete des Deutschen Bundestages und andere Entscheidungsträger, um auf Mängel bei der Ausführung des Anti-D-Hilfegesetzes hinzuweisen.

Die Angelegenheit beschäftigt mittlerweile auch den Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag.

Es fand am 20. November 2007 eine Besprechung im Bundesministerium für Gesundheit statt, zu dem die Betroffenenverbände sowie Vertreter der Länder, die das Gesetz ausführen, geladen waren. In dieser Besprechung wurde – einem Brief des Rechtsanwaltes der Betroffenenverbände folgend – in einigen strittigen Punkten Einigkeit erzielt.

Leider hat sich an der Situation der Betroffenen seither nichts Substantielles geändert. Den Fragestellern wird seitens der Betroffenenverbände über aktuelle Anti-D-Hilfegesetz-Bescheide berichtet. Aus diesen geht hervor, dass den Frauen weiterhin von der Versorgungsverwaltung auf der Basis nicht mehr messbarer Viruslast, die als Ausheilung angesehen wird, die bindende Anerkennung von Gesundheitsstörungen abgesprochen und die Entschädigungsrente entzogen wird. Dies könnte unter anderem auch daran liegen, dass mögliche Ergebnisse der Besprechung nicht öffentlich kommuniziert werden.

Einige Positionen der Bundesregierung zu dem Gesetz sollten daher nach Auffassung der Fragesteller konkretisiert werden.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Für das Verständnis der Leistungsbemessung nach dem Anti-D-Hilfegesetz wird auf Folgendes hingewiesen:

In Angelegenheiten des Anti-D-Hilfegesetzes sind jeder versorgungsärztlichen Begutachtung die Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit (AHP) zu

Grunde zu legen. Diese sind ein in sich geschlossenes Beurteilungsgefüge zur Bewertung des Grades der Behinderung (GdB)/Grades der Schädigungsfolgen (GdS) – (bisher Minderung der Erwerbsfähigkeit) – und werden von den höchsten Gerichten als antizipierte Sachverständigengutachten wie untergesetzliche Normen beachtet. Sie stellen einen Begutachtungsleitfaden für die versorgungsmedizinische Gutachterin oder den versorgungsmedizinischen Gutachter dar, der auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft in Verbindung mit den von der Versorgungsverwaltung gewonnenen Erfahrungswerten beruht und sich einer medizinischen Terminologie bedient. Die Anhaltspunkte können und sollen kein Lehrbuch ersetzen und alle medizinischen Sachverhalte darstellen, sondern sich auf sogenannte Regelfälle und/oder schwierige Sachverhalte beschränken. Dies erlaubt es der ärztlichen Gutachterin oder dem ärztlichen Gutachter auch nicht aufgeführte Konstellationen im Analogieschluss qualifiziert zu beurteilen. Ziel ist immer, der oder dem ärztlichen Sachverständigen die Grundlage für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Beurteilungsgrundlage an die Hand zu geben und zu gewährleisten, dass auch unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen angemessen und in sachlicher Relation zueinander bewertet werden.

Der GdB/GdS ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionseinschränkung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bzw. auf alle Lebensbereiche; er resultiert deshalb nicht aus einer Diagnose, einem technischen Parameter oder einem speziellen Krankheitsbild.

Die Durchführung des Anti-D-Hilfegesetzes ist allein Aufgabe der Länder. Strittige Angelegenheiten sind durch Widerspruchsverfahren oder die Sozialgerichtsbarkeit zu klären. Der Bundesregierung ist es nach der verbindlichen verfassungsrechtlichen Aufgabenverteilung zwischen Bund und Ländern verwehrt, Einfluss auf die Entscheidungen der Versorgungsverwaltung oder Sozialgerichtsbarkeit zu nehmen und Einzelfälle zur Prüfung oder sonstigen Behandlung an sich zu ziehen.

Um den betroffenen Frauen jedoch die Möglichkeit zu geben, die aus ihrer Sicht bestehenden Probleme aus der Gesetzesanwendung darzulegen und über Abhilfemöglichkeiten zu sprechen, fand am 20. November 2007 ein Gespräch im Bundesministerium für Gesundheit statt, bei dem auch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Bundesrechnungshof und die Länder anwesend waren. Wie bereits in der Antwort auf die schriftliche Frage des Abgeordneten Frank Spieth an die Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 16/8580, S. 54) dargelegt, sind in dem Gespräch mit den Betroffenenverbänden keine Vereinbarungen getroffen worden, die über eine Überprüfung der vorgelegten Einzelfälle durch die Länder hinausgehen. Die vereinbarte Überprüfung der den Ländern vorgelegten Fälle ist noch nicht abgeschlossen, die Länder wurden am 2. April 2008 um Zwischennachricht gebeten.

1. Obliegt der Versorgungsverwaltung für ihr Ergebnis, ein von ihr anerkannter Gesundheitszustand habe sich verbessert, so dass die anerkannte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach ihrer Ansicht herabgestuft werden müsse, die Darlegungs- und Beweislast?
2. Falls die Versorgungsverwaltungen der Länder die Beweislast tragen: Wurden die Länder darüber informiert und gebeten, die Versorgungsämter darauf hinzuweisen?

Die Fragen werden im Zusammenhang beantwortet.

Die Frage der Darlegungs- und Beweislast wurde bei dem Gespräch mit den Berichterstattern der Bundestagsfraktionen am 19. September 2007 bereits er-

örtert. Im Nachgang dieses Gesprächs wurden die Länder vom Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 21. September 2007 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Versorgungsverwaltung nachweisen muss, dass sich der Grad der Schädigungsfolgen verringert hat, nicht die Betroffenen selbst.

3. Hat die Bundesregierung die Versorgungsämter noch einmal aktualisiert zu den Besonderheiten der „wesentlichen Änderung der Verhältnisse bei chronischen Leiden“ auf den Inhalt des Rundschreibens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 31. Juli 2001 (Bundesarbeitsblatt 9/2001, – Gz.: IV c 5 (neu) -65430-10/65463-5/1-) hingewiesen, was nach Auffassung der Betroffenenverbände in dem oben genannten Gespräch allseits unterstützt wurde?

Falls nicht, ist dies beabsichtigt, und wann?

Nein. Das Rundschreiben wurde in üblicher Weise im Bundesarbeitsblatt veröffentlicht und behält seine Gültigkeit bis zur Aufhebung oder Abänderung. Eine Zusicherung, das Rundschreiben zu aktualisieren, wurde nicht gegeben (vgl. Vorbemerkung der Bundesregierung). Einer Aktualisierung bedarf es nicht.

4. Wenn es keinen Anlass für eine Nachuntersuchung außer der Fürsorgepflicht des Staates gibt, soll es dann den Betroffenen nach Vorankündigung freigestellt werden, sich einer solchen Nachuntersuchung zu unterziehen?
5. Soll sowohl vor, als auch nach erfolgreicher virusreduzierender Therapie von schematischen, turnusmäßigen Nachuntersuchungen abgesehen werden?

Welche Zeitspannen für Nachprüfungen nach dem Anti-D-Hilfegesetz erscheinen der Bundesregierung nach dem Vorhandensein von 30 Jahren chronischer Folgekrankheiten heute realistisch notwendig?

Welche genauen Kriterien müssen bei fehlendem Verschlimmerungsantrag vorliegen und erfüllt sein, um für die Versorgungsverwaltung heute einen Anlass für eine Nachprüfung zu rechtfertigen?

Die Fragen werden im Zusammenhang beantwortet.

Das Anti-D-Hilfegesetz enthält keine besonderen Verfahrensvorschriften für Nachuntersuchungen oder Nachprüfungen. Wann Nachuntersuchungen erforderlich sind, ist aus medizinischer Sicht in jedem Einzelfall zu prüfen. Eine allgemein gültige Regel lässt sich hier nicht aufstellen. Dies gilt auch für die Frage der Nachprüfung, wenn kein Verschlimmerungsantrag gestellt wird.

6. Bestätigt die Bundesregierung die Auffassung, dass eine langjährige chronische Hepatitis-C-Virusinfektion samt Folgen erfahrungsgemäß relativ konstant verläuft, so dass es ohne konkreten Anlass keiner Nachuntersuchung bedarf?

Diese Frage kann nicht von der Bundesregierung, sondern lediglich von der Wissenschaft beantwortet werden.

7. Ist der Bundesregierung bekannt, dass auch langfristig negative HCV-RNA-Befunde nach einer chronischen Hepatitis-C-Virusinfektion in keiner Weise beweisen, dass das Erkrankungsgeschehen der chronischen Folgeerkrankungen, insbesondere der extrahepatischen Komplikationen, erloschen bzw. beendet ist?
8. Ist der Bundesregierung bekannt, dass viele außerhalb der Leber liegende Folgeerkrankungen der chronischen Hepatitis-C-Virusinfektion, wie z. B. Gelenk- und Muskelschmerzen, Minderung der mentalen/psychischen Lebensqualität, Depressionen, abnorme Müdigkeit, kognitive Störungen, Leistungsschwäche, HCV-Enzephalopathie, nicht mit dem Befund der HCV-RNA korrelieren?
9. Besteht Einigkeit darüber, dass nach chronischer HCV-Infektion auch anhaltend negative HCV-Laborbefunde das Fortbestehen der in Frage 8 benannten Folgeerkrankungen nicht ausschließen und dies auch von den Versorgungsverwaltungen der Länder zu berücksichtigen ist?

Die Fragen werden im Zusammenhang beantwortet.

Dies kann nur im Einzelfall beurteilt werden.

10. Ist die Versorgungsverwaltung somit auch aufgefordert, die außerhalb der Leber liegenden Folgeerkrankungen der HCV-Infektion bei ihrer Beurteilung auch unter Beachtung eines eventuellen autoimmunologischen Prozesses, zu berücksichtigen?

Ja, dies ist geregelt in Nr. 26.10 und Nr. 108 AHP.

11. Ist der Bundesregierung bekannt, dass nach einer erfolgreichen virusreduzierenden Therapie mit dem Ergebnis der nicht mehr messbaren Viruslast (HCV-RNA-Befund negativ) und ALAT/GPT-Werten im Referenzbereich, bei Nachprüfungen die Frauen nur noch über einen risikobehafteten und schmerzhaften operativen Eingriff – die Leberbiopsie – nachweisen können, dass die zuvor anerkannte chronische Leberkrankheit „Hepatitis C“ auch weiterhin fortbesteht?

Nein. Die Auswahl der Beweismittel gehört zur Durchführung des Gesetzes und erfolgt im Einzelfall durch das Land (vgl. Vorbemerkung der Bundesregierung).

12. Bestätigt die Bundesregierung die Auffassung, dass bei der Leberkrankheit „chronische Hepatitis C“, bei der separaten Beurteilung des Lebergewebes (Histologiebefund) zu den üblichen klinischen Auswirkungen der GdB/MdE-Bewertung der Tabelle „Histologischer Befund, Seite 83“ in den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht 2008“, nur diejenigen gehören, die nur unmittelbar in der Leber wirken (entzündliche Reaktionen) und die sich hieraus ergeben (Umbauprozesse)?

Nein

13. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass wenn die üblichen Befindlichkeitsstörungen (klinische Symptome) der Leberkrankheit „chronische Hepatitis C“ gemäß der (klinisch-)entzündlichen Aktivität in den oben genannten Anhaltspunkten der Tabelle, Seite 82, wenn sie mit einer Mde von über 10 Prozent hinaus zu bewerten sind, zusätzlich, d. h. Mde-erhöhend zu berücksichtigen sind?

Nein

14. Wurde der in den Fragen 12 und 13 erfragte Sachverhalt so an die Landesministerien/-behörden in einem Rundschreiben der Bundesregierung klargestellt, so wie es laut den Betroffenenverbänden seitens der Bundesregierung freundlicherweise zugesagt wurde?

Eine solche Zusage hat die Bundesregierung nicht gegeben.

15. Gehören nach Auffassung der Bundesregierung die extrahepatischen Komplikationen der chronischen Hepatitis-C-Virusinfektion, wie z. B. Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, fibromyalgieforme Beschwerden, Arthritis, Hepatitis-C-Virus-Enzephalopathie, abnorme Müdigkeit, kognitive Störungen, Leistungsschwäche, Antriebslosigkeit, Depressionen, Ängste, Minderung der mentalen/psychischen Lebensqualität, Schilddrüsenerkrankungen, bei der Beurteilung gemäß den oben genannten Anhaltspunkten zu den üblichen Befindlichkeitsstörungen der Leberkrankheit „chronische Hepatitis C“?

Dies ist durch die Gutachterin oder den Gutachter im Einzelfall zu beurteilen.

16. Sind die extrahepatischen Komplikationen der HCV-Infektion unter Berücksichtigung der oben genannten Anhaltspunkte mit einem weiteren Grad der Mde gesondert anzugeben und gegebenenfalls erhöhend zu bewerten?

Dies kann im Einzelfall zutreffen.

17. Nach welchen in den oben genannten Anhaltspunkten aufgeführten einzelnen Funktionssystemen sind die folgenden mit der HCV-Infektion assoziierten Gesundheitsstörungen jeweilig zu beurteilen: 1. Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, fibromyalgieforme Beschwerden, 2. Arthritis, 3. abnorme Müdigkeit, kognitive Störungen (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, schnelle Erschöpfung, Schlafstörungen), Leistungsschwäche, Antriebslosigkeit, 4. Hepatitis-C-Virus-Enzephalopathie, 5. Vasculitis, 6. Kryoglobulinämie, 7. Depressionen, Ängste, Minderung der mentalen/psychischen Lebensqualität, 8. Schilddrüsenerkrankungen?

Dies ist nur durch die Gutachterin oder den Gutachter im Einzelfall zu beurteilen.

18. Ist die Aufzählung der extrahepatischen Manifestationen unter Randnummer 108 (S. 228) der oben genannten Anhaltspunkte abschließend oder nur exemplarisch?

Falls sie nur exemplarisch ist, welche extrahepatischen Manifestationen kommen z. B. noch in Betracht?

Die Aufzählung in Nr. 108 AHP ist nicht abschließend. Welche extrahepatischen Manifestationen noch in Betracht kommen, kann nur durch die Wissenschaft beantwortet werden.

19. Gelten die Regelungen der Kannversorgung (oben genannten Anhaltspunkte, Randnummer 39, S. 153 f.) auch für das Anti-D-Hilfegesetz?

Das Anti-D-Hilfegesetz ist nicht Bestandteil des Sozialen Entschädigungsrechts. Deshalb sind nur die im Anti-D-Hilfegesetz ausdrücklich für anwendbar erklärten Regelungen des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) anzuwenden. Die Kannversorgung nach § 1 Abs. 3 Satz 2 BVG zählt nicht dazu.

