

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Cornelia Möhring, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Bericht über eine restriktive Praxis der Begutachtung und Entschädigung von Betroffenen der Anti-D-Prophylaxe

Zwischen August 1978 und März 1979 wurden in der DDR mehreren Tausend Frauen im Rahmen der Anti-D-Prophylaxe Hepatitis-C-kontaminierte Blutpräparate injiziert. Für die betroffenen Frauen führte das in aller Regel zu einer chronischen Hepatitis C und damit zu vielfältigen und schwerwiegenden direkten und indirekten gesundheitlichen Folgen. Infektionen mit Hepatitis-C-Viren (HCV) sind ein häufiger Grund für Leberschädigungen und infolgedessen auch für Lebertransplantationen. Zudem treten auch in anderen Organsystemen Krankheiten auf (extrahepatische Symptome), die individuell stark variieren können, z. B. chronische Müdigkeit, kognitive Einschränkungen, körperliche Steifigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Depressionen. Diese Einschränkungen führen zu beruflichen Benachteiligungen und damit zu niedrigeren Einkommen und Renten.

HCV führten laut einer österreichischen Studie bei Frauen zu einer um durchschnittlich 18 Jahre verminderten Lebenserwartung (Ärzte Zeitung, 19. November 2004, www.aerztezeitung.de). Die in den letzten Jahren zu verzeichnenden Durchbrüche bei der Therapie der Hepatitis C kommen für viele Betroffene zu spät.

Im Jahr 2000 wurden für die Betroffenen im Anti-D-Hilfe-Gesetz (AntiDHG) gewisse materielle Entschädigungen beschlossen. Diese beinhalten Heil- und Krankenhausbehandlung, die Gewährung von Renten sowie Einmalzahlungen. Die Höhe der Entschädigungen ist nicht pauschal, sondern hängt vom Grad der Schädigung (GdS) ab.

Allerdings wird bei der Gewährung der Entschädigungen und der Festlegung ihrer Höhe systematisch ausgesprochen restriktiv vorgegangen.

Ein besonderes Problem bei den Entschädigungen stellt die fachlich wie juristisch völlig unzureichende Berücksichtigung der vielfältigen mittelbaren Schäden bzw. Folgeschäden der Hepatitis C dar (sogenannte extrahepatische Manifestationen). Diese bleiben auch nach einer erfolgreichen Therapie und dem damit verbundenen Absinken der Viruslast unter die Nachweisgrenze bestehen. Dass es durch Hepatitis C zu extrahepatischen Manifestationen kommt, ist von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften in den Behandlungsleitlinien längst anerkannt (S3-Leitlinie Hepatitis-C-Virus[HCV]-Infektion; Prophylaxe, Diagnostik und Therapie, Tabelle 8, S. 17). Dennoch werden die extrahepatischen Manifestationen in der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), in der Details der Entschädigungen geregelt werden, noch immer nicht berücksichtigt,

obwohl dies nach Ansicht von Versorgungsmedizinerinnen und Versorgungsmedizinern die Regel sein sollte. Auch der Beirat beim zuständigen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich bereits vor mehr als zehn Jahren mit dieser Frage befasst und den Stellenwert extrahepatischer Manifestationen unterstrichen. Zudem hat das damalige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zumindest „einzelne extrahepatische Manifestationen in einem Rundschreiben an die Länder vom 6. April 2001 ausdrücklich benannt“ (Antrag der Fraktion der SPD: „Betroffenen Frauen nach dem Anti-D-Hilfegesetz zu mehr Verfahrenssicherheit und Transparenz verhelfen“, Bundestagsdrucksache 17/10645, S. 3).

Auch der Deutsche Bundestag sah sich seit Inkrafttreten des AntiDHG regelmäßig zu einer Beschäftigung mit der Thematik veranlasst, mehrfach wurde dabei eine humanere Entschädigungspraxis angemahnt. Nach einer Selbstbefassung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages hat dieser einen Brief an die damalige Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, verfasst, in dem die unterschiedlichen Standpunkte dargelegt wurden. Während CDU/CSU und SPD keinen Handlungsbedarf sahen (Schreiben der Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheit, Dr. Martina Bunge, DIE LINKE., 7. April 2008, S. 3), mahnten BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine „humanitär orientierte Entschädigung an“ (S. 8). DIE LINKE. wies mit Bezug auf die Kritik von Betroffenen darauf hin, dass eine (mangelnde) „bundesweite Einheitlichkeit der Anwendung des AntiDHG [...] durch die Länder [...] nicht das Problem“ sei, sondern vor allem der Ausschluss von Folgeerkrankungen durch die Versorgungsämter bei einer nicht mehr messbaren Viruskonzentration, obwohl „die Viruslast [...] nicht die Stärke der klinischen Symptome wieder (gibt)“ (S. 5), sowie „auch die Nichtberücksichtigung extrahepatischer Manifestationen“ (ebd.). Im Effekt können berechnete Forderungen nicht durchgesetzt werden (S. 4). Per Antwortschreiben gab die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt dem Ausschuss zur Kenntnis, die Position der CDU/CSU- und SPD-Ausschussmehrheit zu teilen (Schreiben vom 27. Mai 2008).

Belegt wird die Kritik von Betroffenen u. a. auch durch die Beschreibung eines Falls durch den Bürgerbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Schreiben von Matthias Crone vom 10. Oktober 2012 an Nikolaus Voss, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, Schwerin). Beim zuständigen Amt sieht der Bürgerbeauftragte als „Ziel der Bearbeitung nicht eine humanitäre Hilfe, sondern die Bestätigung einer alten, ablehnenden Entscheidung“. Insgesamt werde so der „humanitäre Ansatz“ des Gesetzes „völlig außer Acht gelassen“.

Innerhalb der damaligen Regierungsfractionen gab es im Oktober 2012 eine kritische Äußerung der Abgeordneten Karin Maag (CDU): „Ich bin mit den Antragstellern der Ansicht, dass die Umsetzung in einigen Ländern sehr zu wünschen übrig lässt“ (201. Plenarsitzung des Deutschen Bundestages, 25. Oktober 2012, Plenarprotokoll 17/201, S. 24404). Dem Protokoll ist zu entnehmen, dass die beiden zuständigen Ministerien seit Jahren genau informiert sind. Dennoch sind bislang keine Verbesserungen der geltenden Gesetze bzw. Verordnungen vorgenommen worden, von einer Verbesserung der Praxis in den Ländern ist ebenfalls nichts bekannt geworden.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Frauen wurden nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen August 1978 und März 1979 im Zuge einer Straftat mit infektiösen Blutkonserven-Chargen behandelt, und wie viele der betroffenen Frauen leben heute noch?

2. a) Wie viele Erstanträge auf Entschädigung wurden seit Inkrafttreten des AntiDHG gestellt (bitte nach Minderung der Erwerbstätigkeit bzw. nach dem GdS sowie nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln sowie bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
b) Wie viele der Anträge wurden abgelehnt (bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
3. a) Wie viele Änderungs- bzw. Neufeststellungsanträge auf Entschädigung wurden seit Inkrafttreten des AntiDHG gestellt (bitte nach Minderung der Erwerbstätigkeit bzw. nach GdS sowie nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln sowie bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
b) Wie viele der Anträge wurden abgelehnt (bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
4. a) Wie hoch sind die Mittel, die der Bund seit dem Jahr 2000 für Leistungen nach dem AntiDHG verausgabt hat (bitte nach Jahren, Bundesländern, Einmal- und Rentenzahlungen sowie Krankenbehandlungen aufschlüsseln)?
b) Wie hoch ist der aktuelle Haushaltsansatz?
c) Sind die Mittel budgetiert?
d) Was passiert, wenn in einem Bundesland das Volumen der erforderlichen Mittel die Höhe der im Bundeshaushalt vorgesehenen Mittel überschreitet?
5. Wie hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit Inkrafttreten des AntiDHG der wissenschaftlich gesicherte Stand
a) zu den hepatischen und extrahepatischen Folgen von Hepatitis C und
b) zu den Folgen üblicher Therapien gegen Hepatitis C entwickelt?
6. Inwiefern sind unerwünschte Wirkungen der HCV-Therapie nach Ansicht der Bundesregierung als mittelbare Folge der Infektion anzusehen und sollten daher Teil der Entschädigung sein?
7. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen der HCV-Infektion auf die soziale Situation der Betroffenen?
8. Wie viele der Erstanträge und Neufeststellungsanträge wurden wegen nicht mehr nachweisbarer Viruslast abgelehnt (bitte nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln sowie bitte begründen, falls es nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
9. Welche Folgen der HCV-Infektion können nach Kenntnis der Bundesregierung auch mit nicht mehr nachweisbarer Viruslast auftreten, und inwiefern kann die gesundheitliche Lebensqualität dadurch beeinträchtigt sein?
10. Inwiefern sind diese mittelbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Leistungsgewährung nach § 2 AntiDHG i. V. m. § 10 des Bundesversorgungsgesetzes zu berücksichtigen?
11. Welche Rolle spielt das in § 10 des Bundesversorgungsgesetzes bzw. § 4 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) definierte Ziel der „möglichst umfassende[n] Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ bei der Entschädigung der HCV-infizierten AntiD-Patientinnen?

12. Warum werden Anerkennungen eines GdS nach erfolgter Therapie auf 0 Prozent heruntergestuft (www.antidhilfe.de), trotz der extrahepatischen Manifestation und der oft schweren Nebenwirkungen der Therapie?
13. Warum werden nach Information der Fragesteller bei der Festlegung des GdS Studienergebnisse bislang nicht beachtet, denen zufolge bei Hepatitis C auch nach einer Therapie eine lebenslange Infektion fortbesteht (beispielsweise Henning R. Gockel u. a., „Viruspersistenz bei Hepatitis C – Lebenslange Infektion trotz Therapie?“, in: Medizinische Klinik 2006; 101:378–83 Nr. 5)?
14. Inwiefern wird nach Kenntnis der Bundesregierung bei den Begutachtungen der Betroffenen sowie bei den Bewertungen der Gutachten durch die Landesbehörden berücksichtigt, dass eine verbleibende Leberzirrhose auch nach Therapie jederzeit die Entwicklung eines Leberkarzinoms fördern kann (S3-Leitlinie „Propylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus[HCV]-Infektion“)?
15. Werden bei der Festsetzung der Rentenhöhe nach § 3 AntiDHG mittlerweile alle oder zumindest ein Teil der gesundheitlichen Nebenwirkungen und die Schädigungsfolgen der jeweils durchgeführten Therapien einschließlich der damit verbundenen Belastungen berücksichtigt?
Wenn nein, warum nicht?
16. Wurde die Praxis der Rentenzahlungen nach § 3 AntiDHG infolge der Anerkennung nach AntiDHG mittlerweile so geändert, dass es bei Verbesserungen des Gesundheitszustandes nicht mehr zu Rentenkürzungen kommt?
Wenn nein, warum nicht?
17. Erfolgt die Begutachtung der Betroffenen mittlerweile durch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte (vorzugsweise Hepatologinnen und Hepatologen)?
Wenn nein, warum nicht?
18. Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?
Wenn nein, warum nicht?
19. Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?
Wenn nein, warum nicht?
20. Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?
Wenn nein, warum nicht?
21. Inwiefern bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?
Wenn nein, warum nicht?
22. a) Wie viele durch die zuständigen Landesbehörden veranlasste Neubegutachtungen gab es seit Inkrafttreten des AntiDHG (bitte nach Bundesländern und Jahren aufschlüsseln)?
b) In wie vielen Fällen haben diese Neubegutachtungen zu einer Reduktion des GdS geführt?
c) Bei wie vielen dieser Fälle blieben dabei extrahepatische Manifestationen oder Folgen der Therapien bei der Festlegung des GdS unberücksichtigt?

23. a) Inwiefern schätzt die Bundesregierung die Sachlage so ein, dass das AntiDHG keine richtige Lösung des Konflikts um die HCV-Infektionen der betroffenen Frauen bringen konnte, weil zum einen der Akt der Begutachtung Interpretationsspielräume eröffnet (z. B. bezüglich der Kausalität der Schäden, der extrahepatischen Manifestationen und der histologischen Befunde), und weil zum anderen diese Begutachtungen bei Veränderungen in der Erkrankung ständig wiederholt werden müssen?
- b) Inwiefern könnte nach Einschätzung der Bundesregierung mit einer entsprechend hohen Einmalzahlung, die sich allein in der Verabreichung des kontaminierten Blutprodukts begründet, eine Beilegung des Konflikts besser erreicht werden?
24. Welche Regelungen zur Entschädigung hat nach Kenntnis der Bundesregierung der japanische Staat für die durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten Hämophilen eingeführt, und weshalb schlägt die Bundesregierung Vergleichbares nicht auch für die in der DDR durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten „Anti-D-Frauen“ vor?
25. Welche Regelungen zur Entschädigung wurden nach Kenntnis der Bundesregierung in Irland für die mit HCV Infizierten eingeführt, und weshalb schlägt die Bundesregierung Vergleichbares nicht auch für die in der DDR durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten „Anti-D-Frauen“ vor?
26. Welche Wirkung auf die Praxis der Begutachtung und der Entschädigungen hatte das Rundschreiben des damaligen BMA vom 6. April 2001 an die Länder, in welchem zumindest „einzelne extrahepatischen Manifestationen [...] ausdrücklich benannt“ wurden (Antrag der Fraktion der SPD vom 11. September 2012, Bundestagsdrucksache 17/10645, S. 3)?
27. Wie viele Besprechungen der zuständigen Länderreferentinnen und Länderreferenten zum AntiDHG hat es nach Kenntnis der Bundesregierung seit diesem Rundschreiben bis heute gegeben, und zu welchen Ergebnissen und ggf. zu welchen Vereinbarungen bezüglich der Berücksichtigung der extrahepatischen Manifestationen haben diese Besprechungen insgesamt geführt?
28. Was hat die Bund-Länder-Referenten-Besprechung mit den Betroffenen im Jahr 2007 im BMG ergeben, und welche Konsequenzen hatte sie?
29. Was wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unternommen, um die Aktualität der VersMedV oder auch die Fachkompetenz der Gutachterinnen und Gutachter zu gewährleisten (vgl. Antrag der Fraktion der SPD vom 11. September 2012, Bundestagsdrucksache 17/10645)?
30. a) Wie bewertet die Bundesregierung die in der Vorbemerkung der Fragesteller dargestellten, vom Bürgerbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern geschilderten Verfahrensweisen der dortigen Behörden?
- b) Hatte die Bundesregierung Kenntnis von diesem Schreiben und dem darin geschilderten Umgang mit Betroffenen?
- c) Wurde in der Bund-Länder-Referenten-Besprechung dieses Schreiben besprochen, und mit welchem Ergebnis?
31. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Abgeordneten Karin Maag (CDU/CSU), dass noch im Oktober 2012, also mehr als zehn Jahre nach dem Rundschreiben des damaligen BMA vom 6. April 2001 „die Umsetzung [des Anti-DHG] sehr zu wünschen übrig lässt“ (Plenarprotokoll 17/201 des Deutschen Bundestages, 25. Oktober 2012, 201. Sitzung, S. 24404 (A))?
- Falls ja, worin sieht die Bundesregierung die Gründe für die mangelnde bzw. unzureichende Umsetzung des AntiDHG?

32. Inwieweit hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Zeitpunkt der Einschätzung der Abgeordneten Karin Maag etwas an der Situation verbessert (bitte belegen)?
33. Worin bestehen die Ergebnisse des Gesprächs mit betroffenen Frauen am 6. November 2014 im BMG, und bis wann werden welche Konsequenzen aus diesem Gespräch gezogen?
34. a) Wurden bzw. werden wissenschaftlich anerkannte Erkenntnisse, wie sie vor allem in der S3-Leitlinie zur Hepatitis C und dessen Aktualisierungen handlungsleitend festgehalten sind, in der aktuell laufenden Überarbeitung der VersMedV berücksichtigt?
b) Wenn ja, inwiefern haben sich diese Erkenntnisse in den Änderungen niedergeschlagen, und welche Folgen haben diese Änderungen für die Praxis der Begutachtung sowie die Entscheidungen bezüglich der Entschädigungen und deren Höhe?
c) Wenn nein, warum wurden die Erkenntnisse nicht berücksichtigt?
35. Welche Anregungen des Beirats für Versorgungsmedizin beim BMAS zum Thema HCV wurden bzw. werden bei der derzeit in Überarbeitung befindlichen VersMedV berücksichtigt?
36. Welche Anregungen des Beirats für Versorgungsmedizin beim BMAS zum Thema HCV wurden, bzw. werden bei der derzeit in Überarbeitung befindlichen VersMedV nicht berücksichtigt, und warum?
37. Inwieweit sind bei der laufenden Gesamtüberarbeitung der VersMedV auch die Begutachtungsgrundsätze zur chronischen Hepatitis C überprüft worden, wie dies laut der Abgeordneten Karin Maag (CDU) im Protokoll der Besprechung zwischen BMG und BMAS am 27. September 2012 festgehalten wurde (Plenum des Bundestages, 25. Oktober 2012, Plenarprotokoll 17/201, S. 24405 (B)), bzw. werden diese Begutachtungsgrundsätze überarbeitet, und welche Änderungen wurden bzw. werden vorgenommen?
Falls es keine Überarbeitung geben sollte, warum nicht?
38. In welcher Form werden bei der aktuellen Gesamtüberarbeitung der VersMedV die extrahepatischen Manifestationen berücksichtigt, mit denen sich der Beirat für Versorgungsmedizin beim BMA „bereits vor mehr als zehn Jahren [...] befasst und de[re]n Stellenwert [er] unterstrichen“ hat (Antrag der Fraktion der SPD vom 11. September 2012, Bundestagsdrucksache 17/10645, S. 3) und deren stärkere Berücksichtigung auch die Fraktionen der CDU/CSU sowie der SPD gefordert hatten (vgl. Bundestagsdrucksache 17/13066 – neu –, S. 3)?
39. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Nutzen von Sofosbuvir (Sovaldi®, vgl. Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Die sogenannte 1 000-Dollar-Pille Sovaldi®“, Bundestagsdrucksache 18/2673) und verwandten Präparaten für HCV-infizierte AntiD-Patientinnen?
40. Wie hat sich der Einsatz dieser neuen Therapieverfahren auf die Ausgaben für die medizinische Behandlung der Betroffenen nach § 2 AntiDHG ausgewirkt, und mit welchen Entwicklungen rechnet hier die Bundesregierung?
41. Kann die Bundesregierung ausschließen, dass eine solche potenziell erforderliche Budgetanhebung, die von den Ländern zu tragen wäre, nicht auf Kosten der ebenfalls von den Ländern zu tragenden Rentenzahlungen gehen würde?

Berlin, den 8. Dezember 2014

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

