

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
51. Sitzung

Berlin, den 28.09.2011, 16:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin
Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

TAGESORDNUNG:

Einzigster Tagesordnungspunkt

Gesetzentwurf der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Anti-D-Hilfegesetzes

BT-Drucksache 17/5521

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP)	12, 14
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	16, 17
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	9, 11
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	14, 15
Abg. Karin Maag (CDU/CSU)	5, 6, 7, 8
Abg. Steffen-Claudio Lemme (SPD)	9, 10
Die Vorsitzende	5, 18
Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
SV Achim Kautz (Deutsche Leberhilfe e. V.)	8, 13, 15, 16
SV Dr. Bernhard Joachim Scholz (Deutscher Richterbund e. V. (DRB))	6, 8, 10, 12, 18
SV Dr. Markus Cornberg (Deutsche Leberstiftung)	13, 15, 17
SV Elmar Lersch	7, 10, 17
SV Prof. Dr. Hermann Plagemann (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV))	6, 7, 9, 11, 17
SV Prof. Dr. Michael Roggendorf (Bundesärztekammer (BÄK))	5, 6, 8, 12, 14
SVe Gabriele Deuse (Deutscher Verein HCV-Geschädigter e. V.)	5, 9, 12, 16
SVe Sabine Schley	14, 15, 16

Sitzungsbeginn: 16:01 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Liebe Gäste, ich möchte Sie alle ganz herzlich begrüßen, insbesondere auch die Sachverständigen sowie für die Bundesregierung Staatssekretärin Widmann-Mauz. Wir kommen nun zur zweiten Anhörung dieses Tages. Ich möchte zunächst all diejenigen, die das erste Mal an einer Anhörung teilnehmen, auf das Prozedere hinweisen. Wir haben für die Beratungen eine Stunde Zeit zur Verfügung, die in Kontingente für die einzelnen Fraktionen nach ihrer Stärke im Parlament aufgeteilt ist. Ich möchte ferner alle Sachverständigen bitten, wenn Sie aufgerufen werden, kurz Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen, damit beides auch aufgezeichnet werden und somit Eingang in das Protokoll finden kann. Außerdem bitte ich Sie, Ihre Mobiltelefone auszuschalten. Wir beginnen nun mit der Fragezeit der Fraktion der CDU/CSU, die 23 Minuten zur Verfügung hat. Es folgen dann die Fraktion der SPD mit 14 Minuten, die Fraktion der FDP mit neun Minuten sowie die Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit jeweils sieben Minuten.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Deutschen Verein der HCV-, also der Hepatitis C-Geschädigten. Ich möchte von Ihnen erfahren, wie die derzeitige Situation der Betroffenen beim Nachweisverfahren ist.

SVe **Gabriele Deuse** (Deutscher Verein HCV-Geschädigter e. V.): Ich bin die Vorsitzende des Deutschen Vereins HCV-Geschädigter. Die Situation beim Nachweisverfahren kann man dahingehend zusammenfassen, dass die Betroffenen, ganz gleich, aus welchen Gründen sie mit den Behörden in Kontakt kommen – wegen eines Verschlimmerungsantrags, wegen einer Therapie oder wegen einer Überprüfung von Behördenseite aus – sich immer in einem Kriegszustand befinden,

weil sie sozusagen mit der Holzkeule gegen ein Maschinengewehr angehen müssen. Anders kann man es nach unseren Erfahrungen kaum ausdrücken. Für meine Begriffe ist das Hilfestellungsgesetz, das grundsätzlich einen guten Zweck verfolgt, durch diese Praxis zu einer leeren Hülle geworden.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Vielen Dank für diese eindrückliche Schilderung. Meine nächste Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Ist es nach dem Stand der Wissenschaft möglich, die Schädigungsfolgen der HCV-Infektionen von Frauen in einen Kausalzusammenhang mit einer Infektion durch Anti-D-Immunglobulin in den Jahren 1978/79 zu bringen, also nach nunmehr 30 Jahren diese Infektion nachzuweisen?

SV **Prof. Dr. Michael Roggendorf** (Bundesärztekammer (BÄK)): Es gibt hier zwei Aspekte zu beachten. Zum einen geht es darum nachzuweisen, ob eine Patientin überhaupt mit dem Anti-D-Insulat infiziert worden ist. Man kann heute mit molekularbiologischen Methoden auch nach 30 Jahren noch sehr gut nachweisen, ob ein Zusammenhang besteht oder nicht. Das ist die erste Bedingung, um den Kreis der Patientinnen zu bestimmen. Zum anderen geht es um die Spätschäden, von denen es grundsätzlich viele gibt. Dabei ist es eine klinische Frage, ob alle Spätschäden, die auftreten, mit der HCV-Infektion in Zusammenhang gebracht werden können. Im Einzelfall hat dies der Kliniker zu entscheiden. Man kann jedenfalls nicht alle seltenen Nebenwirkungen, wie z. B. eine Depression, auf die HCV-Infektion zurückführen. Deswegen muss man zwischen direkten, bekannten und häufig vorkommenden Spätschäden wie Leberzirrhose oder Leberzellkarzinom und anderen, selten vorkommenden Schäden unterscheiden. Man muss im Einzelfall klären, wie wahrscheinlich es ist, dass die Schäden mit der HCV-Infektion zusammenhängen. Jedenfalls besteht der erste Schritt in dem Nachweis, dass es sich

wirklich um eine HCV-Infektion handelt, die auch nach 30 Jahren auf dieses Anti-D-Insulat zurückgeführt werden kann.
Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Bedeutet dies also, dass der Nachweis grundsätzlich auch für Spätschäden möglich ist?

SV Prof. Dr. Michael Roggendorf (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Frage ist, was sind Spätschäden? Das ist sehr schwierig zu bestimmen, denn Spätschäden können immer auch andere Ursachen haben. Nehmen Sie das Beispiel Depression. Wenn ein Betroffener eine Depression bekommt, muss dies nicht auf seine HCV-Infektion zurückzuführen sein. Hier muss man im Einzelfall abwägen. Jedenfalls kann man nicht generell davon ausgehen, dass ein solcher Spätschaden durch die HCV-Infektion entstanden ist.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Anwaltverein und den Deutschen Richterbund. Ist die mit dem Gesetzentwurf vorgeschlagene Beweislastumkehr aus Ihrer Sicht sachgerecht und welche Auswirkungen hätte die Beweislastumkehr gegebenenfalls für die Geschädigten?

SV Prof. Dr. Hermann Plagemann (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): Ich bin Fachanwalt für Sozialrecht und Vorsitzender des Sozialrechtsausschusses des Deutschen Anwaltvereins. Erstens: Die Beweislastumkehr betrifft nicht das, was gerade erörtert wurde, nämlich den Schaden und die Schädigungsfolgen, sondern bezieht sich auf die Frage, ob aus der Schädigungsfolge ein Dauerschaden, ein Spätschaden oder was auch immer entstanden ist. Die Änderung der Beweislastumkehr hätte aus unserer Sicht eine Ungleichbehandlung zur Folge, weil die gleiche Frage auch bei Berufskrankheiten, bei Impfschäden und bei der Arzthaftung auftritt. Es hat Fälle gegeben, in denen Menschen durch verseuchte Blutkonserven zu Schaden gekommen sind. In allen solchen Fällen gilt nach der Gesetzeslage,

dass die Kausalität für Spätschaden mit medizinisch-wissenschaftlichen Mitteln nachzuweisen ist. Allerdings sieht die ZPO hier eine gewisse Beweiserleichterung dahingehend vor, dass der Richter den Sachverhalt nach § 287 ZPO eigenständig würdigen kann. Zweitens: Es gibt vergleichbare Vorschriften, zum Beispiel im SGB VII, im BVG, im Arzneimittelgesetz oder im Infektionsschutzgesetz, die sich ebenso mit Spätschäden nach einer Hepatitis-C-Infektion befassen und sämtlich den mit dem Beweismaßstab der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu führenden Kausalnachweis verlangen. Wenn man jetzt – und ich bitte, dies nicht misszuverstehen – einen Sachverständigen hat, der sich in diesem Bereich für kompetent hält – ich nenne ihn mal einen Dogmatiker – dann wird der vielleicht sagen: „Die von Ihnen als Spätschaden bezeichnete gesundheitliche Beeinträchtigung hat mit der HCV-Infektion nichts zu tun. Ich schließe dies aus.“ Um auf die Ausgangsfrage zurückzukommen: Das Problem, das die betroffenen Frauen haben und das mir sehr wohl bekannt ist, weil ich auch Fachanwalt für Sozialrecht bin und solche Dinge bearbeite, wird mit diesem Gesetzentwurf nicht gelöst.

SV Dr. Bernhard Joachim Scholz (Deutscher Richterbund e. V. (DRB)): Ich bin Richter am Sozialgericht. Die Frage war, ob eine Beweislastumkehr in diesem Fall sachgerecht wäre und welche Folgen ihre Einführung hätte. Zunächst würde ich generell bezweifeln, dass die Verabschiedung des Gesetzentwurfs überhaupt eine Beweislastumkehr bewirken würde, denn nach dem im Sozialrecht geltenden Amtsermittlungsgrundsatz klärt die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen auf. Dies würde sie auch nach diesem Gesetz tun. Erst dann, wenn Beweislosigkeit vorliegt, wenn also der Sachverhalt nicht vollständig aufgeklärt werden kann, stellt sich die Frage, zu wessen Lasten dies geht. Und in dem Gesetzentwurf ist nicht eindeutig geregelt, dass dies zu Lasten der Versorgungsverwaltung gehen würde. Jedenfalls könnte man dies wesentlich

klarer im Gesetz zum Ausdruck bringen. Eine Beweislastumkehr bzw. die Beweiserleichterung setzt in jedem Fall eine Rechtfertigung voraus, das heißt, es muss einen Unterschied zu anderen Geschädigten oder Sozialleistungsempfängern geben. Dieser kann darin bestehen, dass der betroffene Personenkreis besonders schutzwürdig ist oder etwa kaum eine Möglichkeit hat, an die Beweismittel heranzukommen. Hierzu sagt der Gesetzentwurf aber nichts aus. Im Hinblick auf diese Frage kann ich für den von dem vorliegenden Gesetzentwurf erfassten Personenkreis grundsätzlich keinen Unterschied zu anderen Geschädigten oder anderen Sozialleistungsempfängern erkennen, der eine abweichende Regelung rechtfertigen würde. Der Gesetzentwurf wird damit begründet, dass die Betroffenen große Schwierigkeiten hätten, einen Nachweis zu führen, weil die Behörde sich in einer stärkeren Position befindet und häufig eine ablehnende Haltung einnehme. So jedenfalls nehmen es viele Betroffene wahr. Dieses Problem kann man aber nach meinem Dafürhalten nicht durch eine Beweiserleichterung oder eine Beweislastumkehr lösen. Denn diese ändert nichts an der Stellung der Behörde oder der Betroffenen. Wenn man in diese Richtung gehen wollte, dann müsste man eher die medizinischen Fragen etwas deutlicher herausarbeiten und hier zu einer Lösung kommen, zum Beispiel bei den versorgungsmedizinischen Grundsätzen. Dies ist von mehreren Sachverständigen in ihren Stellungnahmen angesprochen worden. Aus meiner Sicht hätte dieses Gesetz also keine große Wirkung und würde den Betroffenen vermutlich kaum weiterhelfen.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Ich habe eine weitere Frage an den Deutschen Anwaltverein. Sie haben einen Hinweis auf die Versorgungsmedizinverordnung gegeben. Könnten Sie hierzu nähere Ausführungen machen?

SV **Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): Wenn ich es richtig verstanden habe, hat die medizinische Wissenschaft Anhaltspunkte dafür, dass es nach einer Hepatitis C-Erkrankung selbst dann, wenn diese im Blut nicht mehr nachweisbar ist, noch sogenannte Brückensymptome geben kann, die zu bestimmten Spätschäden führen. Diesen Sachverhalt könnte man in den medizinischen Grundsätzen thematisieren und auf diese Weise erreichen, dass sich ein Sachverständiger mit solchen Kausalitätsfragen intensiver auseinandersetzen müsste.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Lersch und an die Deutsche Leberhilfe. Sind aus Ihrer Sicht andere Maßnahmen als die vorgeschlagene Gesetzesänderung besser geeignet, das beschriebene Ziel zu erreichen? Wären mit dem Vorschlag möglicherweise finanzielle Mehrbelastungen verbunden?

SV **Elmar Lersch**: Ich bin Fachanwalt für Medizinrecht. Ich denke, es wäre den Betroffenen schon geholfen, wenn man im Anti-D-Hilfegesetz eine ähnliche Regelung, wie sie der § 62 Absatz 3 Bundesversorgungsgesetz enthält, verankern würde. Eine solche Regelung würde der Tatsache Rechnung tragen, dass die Betroffenen inzwischen länger als 30 Jahre infiziert sind und daher kaum mehr auf eine Spontanheilung hoffen können. Die Betroffenen wären dann nicht mehr dem Zwang ausgesetzt, nach Ablauf einer bestimmten Frist erneut nachweisen zu müssen, dass Sie noch an den Schädigungsfolgen der Hepatitis C-Virusinfektion leiden. Ein weiterer wichtiger Schritt wäre die Änderung der Darstellungen in der Versorgungsmedizinverordnung, weil diese missverständlich sind. Diese Missverständlichkeit veranlasst die Gerichte immer wieder dazu, Rückfragen an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu richten, die dann nicht entsprechend beantwortet werden. Dabei geht

es etwa um die Frage, welche üblichen Befindlichkeitsstörungen bereits in einem bestimmten Grad der Schädigung beinhalten oder was extrahepatische Manifestationen sind.

SV Achim Kautz (Deutsche Leberhilfe e. V.): Aus meiner Sicht ist es wichtig festzuhalten, dass die Wissenschaft extrahepatische Manifestationen eindeutig nachgewiesen hat. Dies ist auch in den Leitlinien verankert und sollte von den Versorgungsämtern definitiv berücksichtigt werden. Bedauerlicherweise haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Versorgungsämter oft Gutachter bestellen, die von Hepatitis keine Ahnung haben. Man muss aber gerade bei der Hepatitis C, da es sich um eine sehr spezielle Erkrankung handelt, einen Hepatologen hinzuziehen. Die Auskunft eines Hausarztes oder eines Internisten reicht hier nicht aus.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Ich habe bemerkt, dass Prof. Roggendorf gegen diese Einschätzung Einwände hat. Können Sie diese Einwände erläutern?

SV Prof. Dr. Michael Roggendorf (Bundesärztekammer (BÄK)): Zunächst möchte ich Folgendes klarstellen: Eine Infektion mit dem Hepatitis C-Virus verläuft häufig chronisch, aber nicht jeder Infizierte hat eine chronische Infektion. Patienten, die das Virus verloren haben, gelten als ausgeheilt. Das heißt, ein Antikörpernachweis ohne Viruslastnachweis ist ein Anzeichen dafür, dass das Virus aus dem Körper verschwunden ist. Der Patient muss zwar noch lange Zeit beobachtet werden, aber man darf nicht alle Personen, die einmal mit dem Immunglobulin konterminiert worden sind, als weiterhin krank bezeichnen. Viele von ihnen sind entweder spontan oder durch Interferontherapie ausgeheilt. Dem steht eine große Zahl von Betroffenen gegenüber, bei denen die Infektion chronisch geworden ist. Zwischen diesen drei Arten von Fällen muss man genau differenzieren; dies gilt auch für die

Spätfolgen. Denn wenn jemand seit vielen Jahren nicht mehr virämisch ist, dann wäre es problematisch, bestimmte Symptome noch als Spätfolgen der Infektion zu bezeichnen. Man muss also immer zwischen den drei Typen differenzieren, dem früh ausgeheilten, dem durch Interferontherapie ausgeheilten oder dem, bei dem die Infektion chronisch geworden ist. Daraus ergeben sich dann auch Konsequenzen für den weiteren Anspruch auf Entschädigung.

Abg. Karin Maag (CDU/CSU): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Richterbund und den Deutschen Anwaltverein. Sie haben die Stellungnahme von Herrn Dr. Lersch gehört. Sind die Argumente, die der Prozessbevollmächtigte bzw. der Vertreter des Vereins HCV-Geschädigter vorgetragen hat, aus Ihrer Sicht plausibel?

SV Dr. Bernhard Joachim Scholz (Deutscher Richterbund e. V. (DRB)): Letztlich kommt es auf die Antwort auf die medizinische Frage an. Das ist der entscheidende Punkt, aus dem sich die Kontroversen ergeben. Gibt es einen Zusammenhang zwischen bestimmten Erkrankungen, wie beispielsweise einer Depression, und einer Hepatitis C-Infektion bzw. einer Lebererkrankung, auch wenn sie nicht direkt darauf zurückgeführt werden kann, und wenn dies so ist, wie kann man diesen Zusammenhang nachweisen? Das ist letztlich eine medizinische Frage, die auch von Medizinern geklärt werden muss. Entscheidend ist, ob und unter welchen Voraussetzungen die medizinische Wissenschaft in der Lage ist, einen solchen Nachweis zu führen. Auch in der Praxis hängt letztlich alles an der Frage, ob im Einzelfall des konkret Betroffenen dieser Nachweis geführt werden kann. Da hier am Ende nur die Medizin die Antwort geben kann, halte ich eine Änderung der Rechtslage für nicht sachgerecht und auch nicht für zielführend.

SV Prof. Dr. Hermann Plagemann (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): Mir liegt die schriftliche Stellungnahme des Kollegen Lersch vor. Ich habe sie allerdings nicht so genau durchgearbeitet, dass ich mir als Jurist ein Urteil zu der Frage erlauben würde, ob es in der Medizin bzw. in der medizinischen Wissenschaft eine vorherrschende Lehrmeinung gibt, der zufolge extrahepatische Manifestationen als Folgen angesehen werden. Ich schließe mich aber ausdrücklich der Auffassung an, dass die versorgungsmedizinischen Grundsätze der richtige Ort sind, um die Klärung dieser spezifisch medizinischen Frage voranzutreiben.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich würde Frau Deuse gern folgende Frage stellen: Wie erleben Sie aus der Betroffenenperspektive den Umgang der Versorgungsämter und auch der Gutachter mit den Betroffenen?

SVe **Gabriele Deuse** (Deutscher Verein HCV-Geschädigter e. V.): Das ist sehr unterschiedlich und muss differenziert betrachtet werden. Es gibt sicher Ausnahmefälle, in denen der Umgang sachlich ist. Überwiegend fühlt man sich jedoch wie ein Bittsteller, der von oben herab behandelt wird, oder wie jemand, der ein unberechtigtes Rentenbegehren vorträgt. Ich verweise zur Verdeutlichung auf meinen eigenen Fall. Ich habe im Jahre 1999 auf Anraten eines Arztes einen Verschlimmerungsantrag gestellt. Erst in diesem Jahr ist das Urteil ergangen bzw. wurde ein Vergleich geschlossen, der weitestgehend dem Verschlimmerungsantrag entspricht verwiesen. Man hat mich durch die Behörden, durch die Gerichtsinstanzen und durch die Begutachtungen Spießbrutenlaufen lassen. Es gab Richter, die haben dem Gutachter geschrieben: „Hier schicke ich Ihnen wieder eine von den Anti-D-Geschädigten.“ Bei der Begutachtung habe ich den begutachtenden Arzt fünf oder maximal zehn Minuten gesehen. Da wusste ich schon, als ich das Zimmer verlassen hatte, wie das Gutachten ausse-

hen wird. Denn ich fühlte mich wie eine Simulantin behandelt. Solche Erfahrungen führen zu immer neuen Traumatisierungen. Und ich bin nicht die einzige, die solche Erfahrungen macht. Viele Betroffene trauen sich gar nicht, ihren Rechtsanspruch geltend zu machen. Entweder sind sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dazu in der Lage oder sie können es sich finanziell nicht leisten. Denn ohne einen guten Anwalt ist man hier auf völlig verlorenem Posten. Hinzu kommt das Problem, dass der Anwalt sowohl medizinrechtliche als auch medizinische Kenntnisse haben muss. Die Suche nach einem solchen Anwalt gleicht einem Marathonlauf. Ich kenne Betroffene, die ihren Anwalt drei- oder viermal wechseln mussten, weil sich herausstellte, dass der Anwalt gar nicht verstanden hatte, um was es geht, dass eine Hepatitis C-Virusinfektion – sicher nicht bei jedem Betroffenen und sicher auch nicht in jedem der so genannten ausgeheilten Fälle, aber doch bei vielen – dazu führt, dass das ganze Leben belastet und überschattet ist. Ich habe ein Schreiben erhalten, in dem ausgeführt wird: „Ihre Erkrankung ist nicht so schlimm wie ein verlorener Unterschenkel.“ Aber was die Folgeerkrankungen, die immunologisch ausgelösten Folgen wie Vaskulitis, Muskel- und Gelenksbeschwerden und anderes anrichten, das sieht kaum jemand. In der Summe führen diese Belastungen, zu denen oft noch psychische Beschwerden hinzukommen, dazu, dass viele Betroffene nicht mehr die Möglichkeit haben, ihren Rechtsanspruch geltend zu machen. Daher müssten Regelungen geschaffen werden, die verhindern, dass diese Menschen ausgegrenzt werden.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte noch eine Frage an den Einzel-sachverständigen Herrn Lersch stellen. Sie sind als Anwalt schon viele Jahre mit der Vertretung von Betroffenen befasst. Wie stellen sich für Sie als Betroffenenanwalt die typischen Hürden bei den Entschädigungsverfahren vor den Sozialgerichten dar? Könnten Sie nochmal ausführen,

welche Bedeutung bei der Einschätzung der Spätfolgen der so genannten Versorgungsmedizinverordnung zukommt und worin genau die Probleme bestehen? Ferner hat der Vertreter des Deutschen Anwaltvereins vorhin auf eine Leitlinie Bezug genommen. Vielleicht könnten auch Sie etwas zu dieser Leitlinie sagen.

SV Elmar Lersch: In den Verfahren treten Probleme in der Regel bei der Anwendung bzw. der Auslegung der Versorgungsmedizinverordnung auf. In den meisten Fällen liegt ein pathologischer Befund vor, der zu beurteilen ist. Man wendet dann die Tabelle auf Seite 75 der Versorgungsmedizinverordnung an und leitet daraus einen bestimmten Grad der nekro-inflammatorischen Aktivität und der Fibrose ab. In vielen Fällen wird dann von den Gerichten und gelegentlich auch von den Sachverständigen die Auffassung vertreten, dass dann, wenn die optische Befundung des Gegenstandes, also der Leber, vorliegt, sämtliche Folgeschäden mit umfasst seien. Das kann aber schon deshalb nicht sein, weil der Pathologe nur das Organ Leber beurteilen kann und nicht den gesamten klinischen Zustand der Patientin, die er gar nicht kennt. Nachdem die Tabelle angewandt worden ist, geht der Streit weiter. Es stellt sich dann die Frage, was übliche Befindlichkeitsstörungen sind. Dabei wird keine Unterscheidung zwischen den üblichen Befindlichkeitsstörungen und den extrahepatischen Manifestationen gemacht. Wir haben auf der Grundlage der S 3-Leitlinie einmal zusammengestellt, worum es eigentlich geht. Zunächst geht es nicht darum, dass die Betroffenen nachweisen müssen, mit dem Hepatitis C-Virus infiziert worden zu sein. Das ergibt sich bereits daraus, dass sie eine bestimmte Chargennummer erhalten haben, die im § 1 oder 2 des Anti-DHG genannt ist. Damit ist die Kausalität begründet und der Anspruch dem Grunde nach dargelegt. Es geht letztlich um die Schädigungsfolgen, und hierbei werden Schädigung und Schädigungsfolgen leider immer wieder verwechselt. Die Hepatitis

C-Virusinfektion hat mindestens 15 in der medizinischen Wissenschaft anerkannte Schädigungsfolgen. Dazu gehören neben der Hepatitis C auch Einschränkungen der Leistungsfähigkeit durch Müdigkeit und Abgeschlagenheit, depressive Symptome, rheumatoide Gelenksbeschwerden sowie fibromyalgieforme Beschwerden. Es geht also zunächst einmal darum, die Schädigungsfolgen richtig einzuordnen und zu erkennen, dass die Hepatitis C nur eine Schädigungsfolge darstellt, die mit zu beurteilen und zu bewerten ist. Dieser Aspekt wird in den Verfahren in der Regel übersehen und ist auch nicht allen medizinischen Gutachtern geläufig.

Abg. **Steffen-Claudio Lemme** (SPD): Ich habe noch eine Frage an den Deutschen Richterbund. Zu welcher Bewertung des Gesetzentwurfes kommen Sie vor dem Hintergrund des Grundsatzes der so genannten objektiven Beweislast im sozialen Entschädigungsrecht?

SV Dr. Bernhard Joachim Scholz (Deutscher Richterbund e. V. (DRB)): Wenn der Gesetzentwurf unverändert beschlossen würde, würde er sich anders als andere einschlägige Regelungen nicht in die Systematik der Beweislastverteilung im Sozialrecht einfügen. Wie bereits gesagt wurde, gilt hier der Amtsermittlungsgrundsatz und daraus folgend der Grundsatz der objektiven Beweislastverteilung. Das heißt, dass die Behörde bzw. im Gerichtsverfahren das Gericht von Amts wegen den Sachverhalt aufklären muss und dabei an die Anträge der Beteiligten oder der Betroffenen nicht gebunden ist. Es wird dann danach entschieden, was die Aufklärung ergeben hat. Wenn die Aufklärung nicht möglich ist, weil z. B. die medizinische Wissenschaft keine Antwort geben kann, dann stellt sich die Frage, zu wessen Lasten dies geht. Das übliche Verfahren ist dann wie folgt: Wenn jemand einen Anspruch erhebt, der mit der Verursachung eines Schadens durch ein Ereignis begründet wird, kann der Anspruch nicht festgestellt werden, sofern dieser

Zusammenhang nicht bewiesen werden kann. Das heißt, in solchen Fällen geht die Entscheidung zu Lasten des Betroffenen. Das ist der allgemeine Grundsatz. Der Gesetzentwurf sieht hingegen vor, dass der Anspruch besteht, solange nicht auszuschließen ist, dass die Schädigungsfolge darauf zurückzuführen ist; das heißt, auf unseren Fall angewendet, solange bei einer bestimmten Schädigungsfolge nicht auszuschließen ist, dass sie auf eine Hepatitis C-Infektion zurückzuführen ist. Diese Regelung würde von der üblichen Systematik abweichen, und es wäre unklar, wie damit umzugehen ist. Letztlich wird die Verteilung der Beweisführungslast bzw. der Darlegungslast dadurch nicht geändert. Die Behörde wäre weiterhin dafür zuständig, dies feststellen. Wenn ein Gutachter zu dem Ergebnis käme, dass kein Zusammenhang nachweisbar ist, dann müsste er darüber hinaus noch die Frage beantworten, ob er diesen Zusammenhang ausschließen kann oder nicht. Damit wäre den Betroffenen aus meiner Sicht nicht geholfen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe eine Frage an den Deutschen Anwaltverein. Sie haben vorhin gesagt, es wäre sachgerecht, die Frage nach den extrahepatischen Folgen im Rahmen der versorgungsmedizinischen Grundsätze zu klären. Wer müsste diese Klärung herbeiführen bzw. die Initiative ergreifen?

SV **Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): In der Medizin gibt es zu der Frage nach den extrahepatischen Folgen eine Reihe von Überlegungen und Forschungsergebnissen. Eine Konsequenz daraus ist die S 3-Leitlinie, die Herr Kollege Lersch schon erwähnt hat. Das Problem ist, wie solche medizinischen Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden können. Man kann sich natürlich auf den Standpunkt stellen, dass man keine neuen Forschungsergebnisse zur Kenntnis nehmen und auf dem Stand von vor 20 Jahren stehen bleiben will. Wenn ich die entsprechenden Wortbei-

träge richtig verstanden habe, wird den Behörden dieser Vorwurf gemacht. Die versorgungsmedizinischen Grundsätze sind der Hebel des Gesetzgebers, um neuem medizinischen Wissen Eingang in die Praxis zu verschaffen. Daher wäre es die Aufgabe des medizinischen Beirats, die neuen Forschungsergebnisse zu prüfen und nach reiflicher Überlegung zu einem Urteil zu kommen, ob diese Erkenntnisse so weit abgesichert sind, dass sie in die versorgungsmedizinische Verordnung aufgenommen zu werden können.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Richterbund und den Deutschen Anwaltverein. Frau Deuse hat vorhin geschildert, dass sie im Jahre 1999 einen Verschlimmerungsantrag gestellt und erst im Jahre 2011, also im laufenden Jahr, ihren Bescheid bekommen hat. Sie geben mir sicher Recht, dass dies eine unzumutbar lange Bearbeitungs- und Verfahrensdauer ist. Welche Maßnahmen würden Sie vorschlagen, um eine solch lange Verfahrensdauer künftig auszuschließen? Wäre es möglich, dass dann, wenn nach Ablauf einer bestimmten Frist der Sachverhalt immer noch nicht geklärt ist, die Beweislastumkehr gilt?

SV **Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): Es gibt dafür heute sehr wohl Möglichkeiten. Es gibt Gerichte, die nach Ablauf einer bestimmten Zeit einfach entschieden haben – und zwar zum Teil im vollen Bewusstsein dessen, dass sie ihre Kompetenzen überschreiten –, weil sie der Auffassung waren, dass es den Betroffenen nicht zuzumuten sei, noch länger zu warten. Sie kennen die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte, der sicherlich bei einer solch langen Verfahrensdauer ebenfalls eingegriffen hätte. Auch das Bundesverfassungsgericht hat die Auffassung vertreten, dass eine solch lange Verfahrensdauer nicht akzeptabel ist.

SV Dr. Bernhard Joachim Scholz (Deutscher Richterbund e. V. (DRB)): Die überlange Dauer von Verfahren ist auch Gegenstand eines Gesetzentwurfes, der kurz vor der Verabschiedung steht. Die Ursachen für lange Verfahren sind jedoch sehr vielschichtig. Eine Dauer von zwölf Jahren, von der hier berichtet worden ist, ist sicherlich zu lang. Das ist den Beteiligten nicht zuzumuten. Über die Ursachen kann man im Einzelfall nur spekulieren. Dazu gehört immer die angespannte Personal-situation bei den Behörden und den Gerichten. Auch die Kompliziertheit der Rechtslage hat Einfluss auf die Verfahrensdauer. Je klarer und eindeutiger bestimmte Fragen im Gesetz oder – in unserem Fall – in den versorgungsmedizinischen Grundsätzen geregelt sind, desto günstiger ist dies für die Länge des Verfahrens. Es gibt allerdings auch schwierige Fragen, zu deren Entscheidung, wenn sie gewissenhaft erfolgen soll, es einfach Zeit braucht.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den Verein der HCV-Geschädigten. Ich würde gern von Ihnen wissen, welche Schädigungsfolgen nach Ihrer Meinung auf die Hepatitis C-Infektion zurückzuführen sind?

SVe Gabriele Deuse (Deutscher Verein HCV-Geschädigter e. V.): Die Hepatitis C-Virusinfektion löst auf verschiedene Weise, zum Teil auch autoimmunologisch, weitere Erkrankungen aus. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um die Erkrankungen, die in der Liste, die die Leberhilfe eingereicht hat, und auch in der Tabelle, die wir unserem Antrag beigefügt haben, aufgeführt sind. Glücklicherweise hat nicht jeder Betroffene alle diese Erkrankungen. Aber im Laufe der Zeit treten meist weitere Erkrankungen hinzu, die wiederum neue Beschwerden und Erkrankungen nach sich ziehen, wie z. B. die Vaskulitis.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Meine nächste Frage hätte sich an den Berufsverband der Nervenärztlichen Internisten gerichtet, der aber bedauerlicherweise keinen Vertreter entsandt hat. Ich stelle die Frage daher an die Ärztekammer. Wenn man die Erkenntnisse der Evidence Based Medicine zugrunde legt, welche Schädigungsfolgen wären dann auf eine Hepatitis C-Infektion zurückzuführen? Wie wäre diese Frage zu beantworten, wenn man davon ausgeht, dass hier nicht nur die Diagnose oder ein bestimmter Laborparameter, sondern darüber hinaus auch die Auswirkungen von durch Gesundheitsstörungen hervorgerufene Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen zugrunde zu legen sind?

SV Prof. Dr. Michael Roggendorf (Bundesärztekammer (BÄK)): Die erwähnte Liste führt eine Reihe von Spätschäden auf, die in ihrer Mehrzahl in zahlreichen Publikationen beschrieben und deren Ursachen durch wissenschaftliche Untersuchungen gut belegt sind. Gleichwohl muss im Einzelfall ein Spätschaden von einem Arzt, möglichst einem Spezialisten, begutachtet werden. Deshalb kann man auch nicht grundsätzlich in jedem Fall eine Depression als eine Spätfolge einer Hepatitis C-Infektion anerkennen. Es kann immer auch andere Ursachen geben. Man muss abwägen. Einen kausalen Beweis gibt es jedenfalls in keinem solchen Fall. Man kann nur sagen, dass es eine bestimmte Wahrscheinlichkeit für einen Zusammenhang gibt oder dass dieser unwahrscheinlich ist. Auf der Grundlage dieses Kriteriums muss das Gutachten angefertigt werden.

Abg. Dr. Erwin Lotter (FDP): Ich habe drei Fragen an die Leberhilfe und die Leberstiftung. Welche Auswirkungen hat Ihrer Meinung nach die kontinuierliche Verbesserung der Therapie einer chronischen Hepatitis C-Infektion, die zu einem erheblichen Rückgang der Krankheitsfolgen geführt hat, auf die Leistungsgewährung nach dem Anti-D-Hilfegesetz? Ferner gibt

es mittlerweile neue Therapieverfahren wie etwa die Therapie mit den Proteaseninhibitoren, die zu einer Erweiterung der Therapiestandards und zu einer Erhöhung der Heilungsrate geführt haben. In welcher Weise sollte dieser Entwicklung bei der weiteren Gesetzgebung Rechnung getragen werden? Schließlich beobachten wir derzeit die Entwicklung weiterer Substanzen mit molekulardefinierten Angriffspunkten – Virus- oder Wirtszelle –, die Perspektiven für eine komplett orale Therapiestrategie eröffnen. Welche Folgerungen sollte hieraus für die Gesetzgebung gezogen werden?

SV Dr. Markus Cornberg (Deutsche Leberstiftung): Ich bin Arzt und Hepatologe, von denen es nicht viele gibt. Mit dem Fachgebiet kennen sich Internisten in der Tat nicht besonders gut aus. Außerdem bin ich medizinischer Geschäftsführer der Deutschen Leberstiftung und Co-Autor der erwähnten S 3-Leitlinie. Zunächst zum letzten Punkt. Die neue Medizin, die neuen Therapien wirken sich in der Tat sehr positiv auf die Heilungsraten aus, auch dahin gehend, dass man das Virus eradizieren kann. Wir können mit der neuen Therapie beim Genotyp I, bei dem die Infektion stattgefunden hat, in ca. 60 bis 70 Prozent der Fälle eine vollständige Ausheilung erreichen. Insgesamt muss man die Hepatitis C aber differenziert betrachten. Nach einer Infektion heilt die Krankheit in der Tat bei einigen Patienten spontan aus. Die Patienten, die das Virus behalten, entwickeln in der klassischen Form eine Fibrose, eine Zirrhose bzw. ein hepatozelluläres Karzinom (HCC). Das passiert allerdings nicht bei jedem Patienten, und die Herausbildung dieser Folgen dauert sehr lange. Von diesen Krankheitsfolgen sind die extrahepatischen Manifestationen zu unterscheiden. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Denn selbst ausgeheilte Patienten können extrahepatische Manifestationen haben. So ist z. B. der Zusammenhang mit einer kognitiven Störung, der Depression, ganz klar nachzuweisen. Ich habe heute gerade mit Frau Prof. Weißenborn telefoniert, einer Neu-

rologin an der Medizinischen Hochschule Hannover – sie würde vielleicht auch für Gutachten zur Verfügung stehen –, die sich seit 20 Jahren intensiv mit diesen Fragen beschäftigt. Sie kann mit Hilfe eines MRT eindeutig feststellen, dass ein Patient einmal eine Hepatitis C-Infektion gehabt hat (Mikroglia-Störung, Markveränderung). Frau Prof. Weißenborn hat zu diesem Thema publiziert und sie hat hierzu auch eine umfangreiche Forschungsreihe laufen. Die Publikation wird demnächst erscheinen. Unter den extrahepatischen Manifestationen gibt es solche, die eindeutig an das Virus gebunden sind, wie etwa die Kryoglobulinämie, die schwerwiegende Folgen hat wie Lymphome, Vaskulitis oder Nierenstörungen. Alle diese Folgen können eintreten und sind mit einer Therapie nicht unbedingt abzuwenden. Ob Patientinnen die Heilungschance von 70 bis 75 Prozent tatsächlich haben, hängt von vielen Faktoren ab, unter anderem davon, ob sie die Therapie, die viele Nebenwirkungen hat, durchstehen. Auch die Proteasehemmer haben viele Nebenwirkungen, unter anderem Anämie oder Hautveränderungen. Man kann die extrahepatischen Manifestationen in vier Gruppen einteilen. Die Kryoglobulinämie ist eindeutig gesichert durch einen Pathomechanismus. Dann gibt es die Kategorie B, bei der die Assoziation vorhanden ist, weil man große Kohortenstudien durchgeführt hat. Man weiß zum Beispiel, dass die Insulinresistenz, der Diabetes Mellitus, bei Hepatitis C-Patienten häufiger vorkommt als in der übrigen Bevölkerung. Hier besteht eindeutig ein Zusammenhang. Allerdings ist dieser bisher nicht durch den Pathomechanismus belegt. Zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen kann vielleicht Herr Kautz etwas sagen.

SV Achim Kautz (Deutsche Leberhilfe e. V.): Die neuen Therapien und die neuen Substanzen sind sehr hilfreich, weil wir damit Heilungsraten erzielen, die bei 75 bis 80 Prozent liegen. Davon profitieren insbesondere diejenigen, die als Hepatitis C-Patienten identifiziert worden sind.

Allerdings kennen wir nur einen Bruchteil der Patienten in Deutschland. Der größte Teil von ihnen ist leider nicht diagnostiziert. Das heißt, dass die neuen Substanzen der Mehrzahl der Hepatitis C-Infizierten nicht zugute kommen. Wichtig ist auch die Frage nach der Lebensqualität im Zusammenhang mit der Therapie. Wir haben große Studien mit über 1.700 Patienten durchgeführt, die wir vor, während und nach der Therapie befragt haben. Ihre Lebensqualität ist vor der Therapie sehr gering, während der Therapie noch geringer, aber nach der Therapie annähernd gleich wie die eines durchschnittlichen Menschen. Das Problem ist nur, dass es Ausnahmen gibt. Damit sind die Patienten gemeint, die, wie Herr Cornberg eben gesagt hat, extrahepatischen Manifestationen bekommen haben und damit unter den Folgen einer Hepatitis C-Infektion leiden, obwohl der Virus eliminiert ist.

Abg. **Dr. Erwin Lotter** (FDP): Ich habe noch eine Frage an die Bundesärztekammer. Hat sich das Anti-D-Hilfegesetz aus ihrer Sicht in der geltenden Fassung bewährt?

SV **Prof. Dr. Michael Roggendorf** (Bundesärztekammer (BÄK)): Im Großen und Ganzen hat es sich bewährt. Es muss aber sichergestellt werden, dass die Patientinnen geeignete Ärzte – Gastroentologen oder Hepatologen – als Gutachter bekommen und dass die Behörden, die für die Erteilung von entsprechenden Entschädigungen zuständig sind, positiv mitwirken. Es darf nicht sein, dass so etwas, worüber gerade berichtet wurde, weiterhin vorkommt, dass also Fälle verzögert werden. Um dem abzuwehren, ist keine gesetzliche Änderung notwendig. Sofern die zuständigen Behörden und die entsprechenden Gutachter und Juristen sich der Sache annehmen, lassen sich die Probleme auch ohne Gesetzesänderung lösen.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Frau Schley, ich möchte Sie als Betroffene fragen, mit welchen speziellen Problemen Sie im Zusammenhang mit der Anerkennung der Schädigungsfolgen bei Hepatitis C-Infektionen durch die Anti-D-Profilaxe ausgesetzt sind.

Sve **Sabine Schley**: Es besteht nach wie vor ein starkes Vorurteil gegenüber der Gruppe der Anti-D-Frauen. Man behauptet, dass bei ihnen die Krankheit einen milden Verlauf nehme und dass die Betroffenen alle noch recht gesund seien. Der große Unterschied zu anderen Hepatitis C-Fällen besteht darin, dass wir zum Zeitpunkt der Infektion jung und gesund waren. Wer bekommt denn sonst Hepatitis C? Das sind meist gesundheitlich vorbelastete Menschen oder Menschen, die einen Unfall hatten, also alles Personen, deren Chance, wieder gesund zu werden, geringer ist als in unserem Fall. Alle mir bekannten Frauen, die ein zusätzliches medizinisches Problem hatten, sind inzwischen verstorben. Bei uns werden nach wie vor die extrahepatischen Begleiterkrankungen nicht anerkannt. Aus den Gerichtsverfahren kommen die Frauen oft vollkommen traumatisiert heraus. Eine Prozessdauer von zwölf Jahren ist vielleicht ein Durchschnittswert. Bei mir hat der Prozess 15 Jahre gedauert, und nach vielen verschiedenen Gutachten wurde meine Klage abgewiesen. Das war im vergangenen Jahr. Ich rate jedem, einmal an einem solchen Prozess teilzunehmen. Es ist wirklich kaum zu ertragen. Das Sozialgericht hatte in meinem Fall einen Gutachter bestimmt, der mich begutachtet und meinen Anspruch unterstützt hat. Während der Anhörung vor Gericht wurde dieser Gutachter ausgelacht, und sein Gutachten nicht anerkannt. Nach unseren Erfahrungen sollte bei einer solchen Begutachtung stärker Hand in Hand gearbeitet werden. Denn es handelt sich hier um eine komplexe Erkrankung, bei der verschiedene Fachärzte zu einem Gesamtergebnis kommen müssen. Nach unseren Erfahrungen wird die Begutachtung auch von Land zu Land unterschiedlich ge-

handhabt, wodurch es dann zu großen Ungerechtigkeiten kommt.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Bei der Ausarbeitung des Gesetzentwurfes ist uns oft der Vorwurf gemacht worden, die Beweislastumkehr werde bereits in vielen Fällen praktiziert. Ich möchte dazu Frau Schley befragen: Kennen Sie solche Fälle?

SVe **Sabine Schley**: Mir ist kein einziger Fall bekannt.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich möchte dann noch zwei Fragen an die Deutsche Leberhilfe stellen, bzw. stelle ich es Herrn Kautz und Herrn Dr. Cornberg frei, wer welche Frage beantwortet. Habe ich Sie vorhin richtig verstanden? Es gibt Fälle, in denen die Krankheit ausgeheilt ist und dennoch typische Folgeerkrankungen auftreten. Widerspricht dies nicht ein Stück weit dem, was vorhin der Vertreter der Ärztekammer gesagt hat? Da ich weder Juristin noch Ärztin bin, möchte ich mir dies von Ihnen erklären lassen.

SV **Achim Kautz** (Deutsche Leberhilfe e. V.): Das Virus schädigt zunächst die Leber. Als Folge davon treten weitere, extrahepatische Erkrankungen auf. Wenn das Virus nun, bedingt durch die Medikamente, aus der Leber verschwunden ist, sind damit die anderen Erkrankungen noch nicht geheilt. Die Medikamente bewirken nicht die Abwehr von extrahepatischen Manifestationen. Ich denke, das ist ein wichtiger Punkt. Ferner möchte ich die Aussage von Frau Schley unterstützen, weil wir als Patientenvereinigung natürlich auch für die Anliegen dieser Frauen eintreten. Das Problem, das bei der Begutachtung und auch bei vielen Gerichtsverhandlungen auftritt, besteht darin, dass das subjektiv empfundene Leiden bei einer extrahepatischen Manifestation viel größer ist als das objektiv feststellbare. Man sieht Frau Schley nicht an, dass sie schwerstgeschädigt ist. Wenn nun jemand

wie sie vor Gericht beteuert, dass es ihr nicht gut gehe, dann kann sie dies nur sehr schwer nachweisen. Deswegen wäre eine interdisziplinäre, fachlich gut fundierte Zusammenarbeit von Gutachtern in diesen Fällen sehr hilfreich.

SV **Dr. Markus Cornberg** (Deutsche Leberstiftung): Der Hauptteil der Folgeerkrankungen ist mit der HCV-Infektion assoziiert. Das heißt, das Virus muss vorhanden sein. Es gibt jedoch Ausnahmen, das heißt bestimmte Fälle, wie bei diesen kognitiven Störungen, in denen das Virus nicht vorhanden ist. Den gleichen Fall wie in der Anti-D-Kohorte in Deutschland gibt es in Irland. Aus der entsprechenden Publikation ist zu entnehmen, dass manche Frauen, die ausgeheilt sind, genau die gleichen kognitiven Störungen haben wie die Frauen, bei denen die Infektion chronisch geworden ist. Es sind nicht viele Patienten in diese Studie einbezogen gewesen, aber immerhin gibt es dafür Daten. Frau Prof. Weißenborn hat, wie gesagt, ähnliche Daten erhoben.

Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Ich habe dazu noch eine Nachfrage. Sie haben, Herr Dr. Cornberg, an den Leitlinien zu diesen Manifestationen mitgearbeitet. Sind diese Leitlinien so weit ausgereift, dass sie in die Versorgungsmedizinverordnung übernommen werden könnten oder ist hier noch weitere Forschungsarbeit oder eine weitere Verifizierung nötig?

SV **Dr. Markus Cornberg** (Deutsche Leberstiftung): Die S 3-Leitlinien basieren auf dem höchsten qualitativen Standard, dem Standard der AWMF. Sie beruhen auf Evidenz, über 100 Experten haben an ihrer Erarbeitung mitgewirkt. Allerdings sind noch nicht alle Fakten zu den extrahepatischen Manifestationen geklärt. Dies gilt insbesondere für seltene Symptome, bei denen nicht sicher ist, ob ein Zusammenhang mit der Hepatitis C-Infektion besteht. Dies wird auch durch die hochgestellte Eins in der Tabelle zum Ausdruck

gebracht. Es gibt aber eindeutig nachgewiesene, pathomechanistisch gesicherte Assoziationen wie die Kryoglobulinämie, die Insulinresistenz oder das Non-Hodgkin-Lymphom (NHL). All diese Erkenntnisse könnten in die Leitlinie aufgenommen werden. Es gibt somit zwar noch Forschungsbedarf auf diesem Gebiet, aber viele Zusammenhänge sind bereits nachgewiesen worden.

SV Achim Kautz (Deutsche Leberhilfe e. V.): Ich bin untern anderem Vorstandsmitglied der World Hepatitis Alliance. Ich möchte daher aus internationaler Sicht eine kurze Ergänzung vornehmen. International wird stark auf die deutsche Leitlinie geachtet, weil sie weltweit als führend angesehen wird. Ich betone dies, um den Stellenwert der Leitlinie zu verdeutlichen.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte zunächst eine Vorbemerkung machen. In der langen Zeit, seitdem die ersten Fälle von Schädigungen durch Hepatitis C bekannt geworden sind, ist eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Fortschritten erzielt worden. Ich habe einige Zeit in einer entsprechenden Arbeitsgruppe mitgearbeitet. Dabei stellte sich zunächst die Frage, wie der Virus nachgewiesen und die Viruslast bestimmt werden kann. Wenn die Kopienzahl zum Beispiel unter einem bestimmten Wert gelegen hat, war es nicht möglich zu entscheiden, ob das Virus noch vorhanden ist oder nicht. Bis heute hat sich die Lage wesentlich verbessert. In den S 3-Leitlinien werden heute wesentlich mehr Erkrankungen aufgeführt, als zu Beginn der Begutachtungen bekannt waren. Dies spricht für die Notwendigkeit, die Begutachungskriterien permanent an die Entwicklung der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen. Dies ist jedoch bisher in unzureichendem Maße geschehen. Ich möchte nun folgende Frage an Frau Schley, an den Deutschen Verein und die Deutsche Leberhilfe stellen: Gibt es bei den Begutachtungsfällen und bei den

Problemen, die es mit den Versorgungsämtern gab, regionale Unterschiede, worin bestehen diese und worauf sind sie zurückzuführen?

SVe Sabine Schley: Worauf die Unterschiede zurückzuführen sind, weiß ich nicht, aber in der Tat unterscheidet sich die Begutachtung von Bundesland zu Bundesland. Nach unseren Erfahrungen neigen die Versorgungsämter dazu, gegen die Patienten zu entscheiden. Dabei ist es nicht so, dass die Erkrankungen der Betroffenen nicht festgestellt würden. Die Krankheiten als solche sind oft nachgewiesen und stehen schwarz auf weiß auf den Befunden der Fachärzte. Es wird aber behauptet, dass sie nicht in einem Zusammenhang mit der Grunderkrankung stehen. Daher lehnen die Versorgungsämter die Ansprüche konsequent ab.

SVe Gabriele Deuse (Deutscher Verein HCV-Geschädigter e. V.): Die gängige Praxis der Versorgungsämter besteht im Moment darin, die starken Nebenwirkungen von Interferontherapien überhaupt nicht zu berücksichtigen, obwohl sie zum Teil zur Folge haben, dass man ein Jahr oder länger nicht in der Lage ist zu arbeiten und kaum am normalen Leben teilnehmen kann. Wenn aber die Therapie Erfolg hat, dann stuft die Behörde die Betroffene sehr rasch auf zehn oder null Prozent herunter, unabhängig davon, welche Beschwerden sie zuvor hatte und welche Beschwerden nach wie vor fortbestehen, weil diese inzwischen eine Eigendynamik entwickelt haben. Den Patienten, die die Therapie durchlaufen haben, und danach nicht nur weiterhin mit dem Virus infiziert sind, sondern zum Teil auch noch unter bleibenden Nebenwirkungen der Therapie leiden, geht es – das kann ich aus eigener Erfahrung berichten, weil ich das schon zweimal hinter mir habe – anschließend sogar noch viel schlechter als vor der Therapie.

SV Achim Kautz (Deutsche Leberhilfe e. V.): Regionale Unterschiede gibt es. Die

Situation variiert dabei zwischen schlecht und sehr schlecht.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben von Herrn Lersch und auch von anderen Sachverständigen erfahren, dass man zum Beispiel die Leitlinien für die Begutachtung in der Versorgungsmedizinverordnung ändern könnte. Aus den letzten Wortbeiträgen habe ich ferner den Vorschlag entnommen, dass man auch die fachliche Zusammenarbeit der Gutachter verbessern könnte. Ich möchte Herrn Lersch und auch Herrn Dr. Cornberg fragen, ob sie sich gesetzliche Regelungen vorstellen können, mit denen sich dies erzwingen ließe. Denn bis jetzt ist das Gutachtergebaren in keiner Weise gesetzlich geregelt.

SV Elmar Lersch: Ich halte es für problematisch, diese Frage gesetzlich zu regeln. Es würde vielmehr schon genügen, wenn es allgemeiner Standard der Gerichte wäre, in solchen Fällen echte Fachleute als Gutachter zu berufen, also Ärzte, die für diese Krankheit ausgebildet sind, das sind die Hepatologen. Es genügt nicht, dass jemand Internist ist, und ich meine das nicht abwertend. Vielmehr handelt es sich hier um ein sehr spezielles Gebiet, und daher ist es erforderlich, dass der Sachverständige sich auch mit der Versorgungsmedizinverordnung und ihrem Verständnis auseinandersetzt. Der medizinische Sachverständige steht dabei allerdings vor dem Problem, dass er einerseits gezwungen ist, die Versorgungsmedizinverordnung wie ein Gesetz anzuwenden, sich andererseits aber bewusst ist, dass die Versorgungsmedizinverordnung zu Missverständnissen Anlass gibt. Ich habe dies gerade deutlich zu machen versucht, indem ich auf die Probleme der Abgrenzung der extrahepatischen Manifestationen von den üblichen Befindlichkeitsstörungen hingewiesen habe. Dieses Problem wirkt sich auch auf die Rechtsprechung aus, weil diese gelegentlich zu der Auffassung neigt, dass, sofern ein Befund vorliegt und für diesen nach der Tabelle eine Minde-

rung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 20 ausgewiesen ist, alle üblichen klinischen Auswirkungen umfasst seien. Dies führt wiederum zu einem Konflikt über die Frage, was üblich ist. Die Differenzierung zwischen extrahepatischen Manifestationen und üblichen Befindlichkeitsstörungen findet hier gar nicht statt, nicht einmal von Seiten der Sachverständigen.

SV Dr. Markus Cornberg (Deutsche Leberstiftung): Ich kann dem nur zustimmen. Die Unterschiede in der Qualifikation der Gutachter sind extrem groß. Dies liegt daran, dass das Virus erst seit 1989 bekannt ist und daher die wesentlichen Fortschritte bei der Erforschung dieser Erkrankung ebenso wie in der Therapie erst in den letzten zehn Jahren erzielt und vielleicht erst in den letzten fünf Jahren publiziert worden sind. Das ist ein großes Problem. Denn wenn ein Gutachter sich nicht täglich mit dieser Erkrankung beschäftigt, dann kennt er möglicherweise diese Forschungsergebnisse und Therapien gar nicht. Es gibt sogar Gutachter, die nicht einmal wissen, dass die Hepatitis C zu therapieren ist. Hier gibt es also einen extrem großen Nachholbedarf. Denn die Hepatitis C ist eine Erkrankung, die rund 400.000 Menschen in Deutschland betrifft. Das sind zehnmal so viele wie die HIV-Infizierten. Während aber fast jeder HIV kennt, gibt es in Bezug auf das Wissen über die Verbreitung von Hepatitis C einen großen Nachholbedarf.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Plagemann und Herrn Dr. Scholz. Wie stehen Sie zu dem Vorschlag, Gutachter sozusagen zu akkreditieren, damit die Gerichte immer auf versierte Gutachter zurückgreifen können?

SV Prof. Dr. Hermann Plagemann (Deutscher Anwaltverein e. V. (DAV)): Dazu möchte ich drei Anmerkungen machen. Erstens: Es gibt bei den Fachgesellschaften

mittlerweile zertifizierte Fachärzte, bei denen davon auszugehen ist, dass sie sich mit den Aspekten der Sozialmedizin und der Kausalität genauer auseinandergesetzt haben. Zweitens: Im Sozialgesetzbuch IX über die Rehabilitation gibt es eine spezielle Bestimmung (§ 62 SGB IX), nach der zu bestimmten Verfahren bestimmte Ärzte mit besondere Erfahrungen hinzuzuziehen sind. Man kann dies kritisieren, weil hier nur ein Detailproblem geregelt wird, aber immerhin gibt es eine solche gesetzliche Regelung. Drittens finden wir eine ähnliche Regelung im Sozialgesetzbuch VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Nach § 35a Abs. 1a SGB VIII müssen, wenn es um Kinder mit bestimmten Schädigungen geht, bestimmte Experten hinzugezogen werden, deren Erfahrungen dann auch in das Verfahren einzubringen sind. Es ist sicherlich ein gangbarer Weg, für die hier

in Frage stehende Problematik eine ähnliche gesetzliche Regelung zu schaffen.

SV Dr. Bernhard Joachim Scholz (Deutscher Richterbund e. V. (DRB)): Ich stimme mit dem überein, was Prof. Plagemann gesagt hat. Es ist nichts dagegen einzuwenden, das Verfahren zur Auswahl von geeigneten Sachverständigen gesetzlich zu regeln.

Die Vorsitzende: Zum Abschluss der Anhörung möchte ich mich für die Fragen, vor allem aber für die Antworten der Sachverständigen bedanken. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Die Vorsitzende schließt die Sitzung um 17:01 Uhr.