Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter der Fraktion der DIE LINKE. betreffend „Berichte über eine restrictive Praxis der Begutachtung und Entschädigung von Betroffenen der Anti-D-Prophylaxe“, BT-Drs. 18/3526

Sehr geehrter Herr Präsident,

namens der Bundesregierung beantworte ich die o. a. Kleine Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung der Fragesteller:


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


Belegt wird die Kritik von Betroffenen u. a. auch durch die Beschreibung eines Falls durch den Bürgerbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Schreiben von Herrn Matthias Crone vom 10. Oktober 2012 an Herrn 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“.

Vorbemerkung der Bundesregierung:
Die Bundesregierung spricht, wie in der Vergangenheit, ihr Bedauern darüber aus, dass die durch Blutprodukte mit der Hepatitis-C-Virus (HCV) Infizierten schicksalhaft und unverschuldet ein gesundheitlich schweres Los tragen müssen. Sie bringt auch an dieser Stelle die Hoffnung zum Ausdruck, dass der Fortschritt in der medizinischen Forschung eine Heilung der Betroffenen ermöglicht, und nimmt dabei auf ermutigende Ergebnisse klinischer Prüfungen Bezug.


Das AntiDHG stellt eine eigenständige Rechtsgrundlage dar und ist nicht Bestandteil des Sozialen Entschädigungsrechts im Sinne von § 5 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Die Betroffenen erhalten höhere Renten als sie bei gleichem Grad der Schwerbehinderung (GdS) an Berechtigte nach dem BVG geleistet werden. Gleichwohl sind im AntiDHG einzelne Komponenten in Anlehnung an das BVG gestaltet oder bestimmte Regelungen des BVG für anwendbar erklärt worden.

Das AntiDHG wird von den Ländern ausgeführt. Die finanziellen Hilfen, die das AntiDHG vorsieht, werden mindestens zur Hälfte vom Bund getragen. Insoweit stehen die mit der Durchführung betrauten Länder nach dem Grundgesetz (Artikel 104a Absatz 3 i.V.m. Artikel 85 GG) zwar unter der Fachaufsicht des Bundes, verfügen aber allein über genaue Detailkenntnisse, die Fallzahlen, Anerkennungen, Ablehnungen usw. betreffend.

Länder haben in den letzten Jahren eine Überprüfung der von den Betroffenen benannten Einzelfälle durchgeführt. Anhaltspunkte für Versäumnisse und Bearbeitungsmängel wurden nicht festgestellt.

Bereits seit vielen Jahren wendet sich eine kleine Gruppe betroffener Frauen wiederholt an Abgeordnete des Deutschen Bundestages, das BMG und BMAS sowie andere Entscheidungsträger, um auf ihnen wahrgenommene Mängel bei der Ausführung des AntiDHG und den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen (VMG) der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) hinzuweisen. VMG und VersMedV sind Grundlage der Begutachtung zur Feststellung des GdS, nach dem sich die Leistungshöhe richtet. Die Betroffenen sind mit der Durchführung des AntiDHG nicht einverstanden, weil sie teilweise keine Leistungen nach dem AntiDHG erhalten oder sich auf Grund der Besserung ihres Gesundheitszustandes der GdS verringert hat. Sie sind der Meinung, dass die Bundesrepublik Deutschland sie für das erlittene Unrecht entschädigen müsse, unabhängig davon, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung (noch) vorliegt. Die Bundesregierung schließt sich hingegen dem höchstrichterlichen Urteilsprüchen an, dass ein Anspruch der Betroffenen auf Entschädigung nicht besteht. Die Betroffenen verkenne, dass den etwa 2 400 Leistungsberechtigten auf der Basis des AntiDHG seit Inkrafttreten hohe Leistungen gewährt wurden:

- Die laufenden Geldleistungen, die je zur Hälfte vom Bund und den Ländern getragen werden, belaufen sich auf über 4 Mio. Euro im Jahr.
- Für die Heil- und Krankenbehandlung, die ausschließlich von den Ländern getragen wird, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, werden jährlich etwa 1 Mio. Euro ausgegeben.

Leistungen werden im Übrigen auch für Folgeschäden gewährt. Welche Gesundheitsschädigungen im Einzelfall mit Wahrscheinlichkeit auf die HCV-Infektion zurückzuführen sind, kann lediglich auf der Basis ärztlicher Gutachten festgestellt werden. Viele der Frauen, die ein erhebliches Unrecht in der DDR erlitten haben, leiden heute unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die laut medizinischer Begutachtung aber nicht ursächlich auf die HCV-Infektion zurückzuführen sind. Für diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen sieht das AntiDHG tatsächlich keine Leistungen vor.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass der von den Fragestellern angesprochene Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim BMAS und nicht beim BMG angesiedelt ist.

Frage Nr. 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?

Antwort:

Die Länder haben ergänzend Folgendes mitgeteilt:

In Berlin haben ca. 300 Personen 1978/1979 eine AntiD-Prophylaxe mit den kontaminierten Chargen erhalten.

In Brandenburg beträgt die Zahl der infizierten Frauen aus den GüK-Listen insgesamt 811.

In Mecklenburg-Vorpommern wurden ca. 700 Frauen infiziert.

In Sachsen ist man nach den damaligen amtlichen Unterlagen von 1525 kontaminierten Personen ausgegangen.

In Sachsen-Anhalt wurden im genannten Zeitraum 868 Frauen im Wege der Anti-D-Immunprophylaxe mit kontaminierten Chargen behandelt. Unter den Betroffenen, die einen Antrag auf Entschädigung gestellt haben, ist ein Todesfall zu verzeichnen.

beitenden Fällen sind bis 1999 sechs Personen verstorben, wobei die anerkannten Schädigungsfolgen nicht für den Tod ursächlich waren. Seit Inkrafttreten des AntiDHG 2000 ist vom rentenberechtigten Personenkreis schädigungsunabhängig eine Person verstorben.

Frage Nr. 2:
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)?

Wie viele der Anträge wurden abgelehnt (bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?

Antwort:

Die Antragszahl setzt sich wie folgt zusammen:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Anzahl der Erstanträge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>379</td>
</tr>
<tr>
<td>(inkl. der nach dem BSeuchG anerkannten 131 Fälle)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2006-2008</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der laufenden Zahlfälle seit Inkrafttreten des AntiDHG dargestellt:
<table>
<thead>
<tr>
<th>GdS/Jahr</th>
<th>30</th>
<th>40</th>
<th>50</th>
<th>60</th>
<th>70-100</th>
<th>Witwer</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>27</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>29</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>30</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>33</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>34</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>32</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>34</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>31</td>
<td>9</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>29</td>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>30</td>
<td>10</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>28</td>
<td>11</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>26</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>26</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>25</td>
<td>8</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>22</td>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>48</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Weitere Aussagen zu Veränderungen bei den Anerkennungen des GdS (früher MdE) können nicht gemacht werden.

Seit Inkrafttreten des AntiDHG im Jahre 2000 wurden insgesamt 280 Anträge abgelehnt bzw. als sonstige Erledigung erfasst (überwiegend Abgaben an andere Versorgungsämter).

In **Brandenburg** wurden bis 31. Dezember 2014 insgesamt 1 639 Anträge nach dem AntiDHG (inkl. der nach dem BSeuchG übernommenen 1 432 Anträge) gestellt.
In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der laufenden Zahlfälle seit Inkrafttreten des AntiDHG dargestellt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>GdS/Jahr</th>
<th>&lt;25</th>
<th>30</th>
<th>40</th>
<th>50</th>
<th>60</th>
<th>70</th>
<th>80</th>
<th>90</th>
<th>100</th>
<th>Witwer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>251</td>
<td>153</td>
<td>36</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>222</td>
<td>159</td>
<td>41</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>256</td>
<td>163</td>
<td>41</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>261</td>
<td>164</td>
<td>38</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>266</td>
<td>158</td>
<td>37</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>277</td>
<td>152</td>
<td>35</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>278</td>
<td>149</td>
<td>33</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>274</td>
<td>148</td>
<td>32</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>275</td>
<td>147</td>
<td>32</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>277</td>
<td>150</td>
<td>30</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>276</td>
<td>149</td>
<td>29</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>279</td>
<td>146</td>
<td>30</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>282</td>
<td>141</td>
<td>31</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>282</td>
<td>144</td>
<td>30</td>
<td>7</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>286</td>
<td>136</td>
<td>34</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Einschließlich der übernommenen Anträge nach dem BSeuchG wurden insgesamt 702 Anträge abgelehnt.

Die Zahl der Erstanträge in Mecklenburg-Vorpommern auf Hilfe nach dem AntiDHG ist der nachfolgenden Übersicht zu entnehmen:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Anzahl der Anträge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
In Mecklenburg-Vorpommern liegen insgesamt 379 Anerkennungen nach dem AntiDHG vor. Die Untergliederung nach dem GdS stellt sich wie folgt dar, wobei eine Untergliederung der Anerkennungen nach MdE/GdS und Jahren dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern nicht vorliegt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>GdS</th>
<th>0</th>
<th>10</th>
<th>20</th>
<th>30</th>
<th>40</th>
<th>50</th>
<th>60</th>
<th>Gesamt</th>
<th>Hinterbliebene</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>206</td>
<td>2</td>
<td>21</td>
<td>112</td>
<td>31</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>379</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Seit dem Inkrafttreten des AntiDHG wurden 133 Anträge abgelehnt.

**Sachsen** gibt nachfolgende Fallzahlen an:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Anzahl der Erstanträge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Eine Aufgliederung des GdS nach Jahren erfolgt nicht. Sie wäre im Übrigen wenig aussagekräftig, da diese durch laufende GdS-Neufeststellungen ein verzerrtes Bild liefern würde. Die Untergliederung nach dem GdS stellt sich aktuell wie folgt dar:

<table>
<thead>
<tr>
<th>GdS</th>
<th>0</th>
<th>10</th>
<th>20</th>
<th>30</th>
<th>40</th>
<th>50</th>
<th>60</th>
<th>70</th>
<th>80</th>
<th>&gt;80</th>
<th>Hinterbliebene</th>
<th>gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl</td>
<td>540</td>
<td>0</td>
<td>89</td>
<td>264</td>
<td>41</td>
<td>16</td>
<td>6</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>961</td>
</tr>
</tbody>
</table>


In Sachsen-Anhalt stellt sich die Entwicklung des Antragsgeschehens wie folgt dar:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antragsjahr (Stichtag 31.12.)</th>
<th>Anträge insgesamt (kumulativ)</th>
<th>davon: erstmalige Anträge (jährlich)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>475</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>510</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>511</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>514</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>517</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>519</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>524</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>524</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>525</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>525</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>526</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>527</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>527</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>529</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>30.11.2014</td>
<td>530</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt:</td>
<td></td>
<td>83</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eine Differenzierung zwischen Erstanträgen sowie Änderungs- bzw. Neufeststellungsanträgen erfolgt bei der statistischen Erfassung nicht.
Eine gesonderte jahresbezogene statistische Erfassung der Erstanträge nach der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. nach dem GdS erfolgt nicht. Aktuell stellen sich die Anerkennungen der HCV-Schadensfälle wie folgt dar:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anträge Nov. 2014 kumulativ</th>
<th>darunter: Anerkennungen mit MdE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>gesamt</td>
</tr>
<tr>
<td>530</td>
<td>371</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Seit Inkrafttreten des AntiDHG wurden insgesamt 131 Anträge abgelehnt.

**In Thüringen** wurden seit Inkrafttreten des AntiDHG 530 Anträge nach dem AntiDHG (Erstanträge und Neufeststellungsanträge gesamt) gestellt. Die Zahl echter Erstanträge (vgl. Antwort auf Frage 1) beläuft sich auf insgesamt 19 und verteilt sich wie folgt auf die Jahre 2000 bis 2011, in den Jahren 2012 bis 2014 wurden keine Erstanträge gestellt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Anzahl der Anträge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>19</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Diese 19 Erstanträge wurden abgelehnt, da die Antragstellerinnen und Antragsteller nicht zum kontaminierten Personenkreis zählten (überwiegend HCV-Infektion durch Bluttransfusion, Dialyse).

Nachfolgende Aufstellung stellt die Entwicklung der laufenden Zahlfälle nach dem AntiDHG (aufgeschlüsselt nach GdS) dar, wobei für die Zeit von 2000 bis 2008 eine Aufgliederung der Zahlfälle nach MdE aufgrund der Umstellung des Zahlungsverfahrens nicht möglich ist:
<table>
<thead>
<tr>
<th>GdS/Jahr</th>
<th>30</th>
<th>40</th>
<th>50</th>
<th>60</th>
<th>70–100</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2009</td>
<td>54</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>53</td>
<td>12</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>51</td>
<td>13</td>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>49</td>
<td>14</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>50</td>
<td>14</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>49</td>
<td>15</td>
<td>5</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Frage Nr. 3:
Wie viele Änderungs- bzw. Neufeststellungsanträge auf Entschädigung wurden seit Inkrafttreten des AntiDHG gestellt (bitte nach MdE 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)?

Wie viele Anträge wurden abgelehnt (bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?

Antwort:

In Sachsen-Anhalt konnten nach den noch verfügbaren Antragslisten insgesamt 66 derartige Anträge ermittelt werden, die sich wie folgt auf die Kalenderjahre verteilen:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antragsjahr</th>
<th>Neufeststellungsanträge</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt:</td>
<td>66</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bezüglich der abgelehnten Anträge wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.
Thüringen teilt zudem mit, dass ab 2009 durchschnittlich vier Anträge jährlich aufgrund der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes eingereicht wurden.

Frage Nr. 4:
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)? Wie hoch ist der aktuelle Haushaltsansatz?

Sind die Mittel budgetiert? Was passiert, wenn in einem Bundesland das Volumen der erforderlichen Mittel die Höhe der im Bundeshaushalt vorgesehenen Mittel überschreitet?

Antwort:
Die Bundesmittel für Einmalzahlungen nach § 3 Absatz 3 AntiDHG und für Rentenzahlungen nach § 3 Absatz 2 AntiDHG (Angaben in Euro) sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Jahr</th>
<th>Gesamt (gerundet)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>8.762 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>2.411 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>2.145 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>1.992 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>1.907 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>1.858 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>1.829 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>1.843 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>1.885 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>1.939 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>1.905 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>1.988 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>2.056 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>2.099 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2014</td>
<td>2.029 T€</td>
</tr>
<tr>
<td>2015</td>
<td>2.315 T€</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(Ansatz)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Einmalzahlungen nach § 3 Absatz 3 AntiDHG verteilen sich nach Angaben der Länder wie folgt (Angaben in Euro):
<table>
<thead>
<tr>
<th>Berlin</th>
<th>Brandenburg</th>
<th>Mecklenburg-Vorpommern</th>
<th>Sachsen</th>
<th>Sachsen-Anhalt</th>
<th>Thüringen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>396.251,21</td>
<td>1.602.900</td>
<td>954.070,65</td>
<td>1.063.487,11</td>
<td>796.629</td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>109.416,46</td>
<td>58.122</td>
<td>89.476,08</td>
<td>46.527,56</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>2.556</td>
<td>19.695</td>
<td>42.948,74</td>
<td>12.783</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>15.624</td>
<td>2.674,10</td>
<td>6.135</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td></td>
<td>3.579</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>6.135,50 €</td>
<td>6.135</td>
<td>3.579,04</td>
</tr>
<tr>
<td>2006</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>7.158</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2007</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>668,09</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2008</td>
<td>4090</td>
<td>-</td>
<td>8.282,42</td>
<td>-</td>
<td>7.669</td>
</tr>
<tr>
<td>2009</td>
<td>-</td>
<td>3.579</td>
<td>3.579</td>
<td>-</td>
<td>105.000</td>
</tr>
<tr>
<td>2010</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2011</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2012</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>2013</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>5.547,19</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Bundesmittel für Rentenzahlungen nach § 3 Absatz 2 AntiDHG verteilen sich nach Angaben der Länder wie folgt (Angaben in Euro):

<table>
<thead>
<tr>
<th>Berlin</th>
<th>Brandenburg</th>
<th>Mecklenburg-Vorpommern</th>
<th>Sachsen</th>
<th>Sachsen-Anhalt</th>
<th>Thüringen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2000</td>
<td>88.418,22</td>
<td>359.879,00</td>
<td>254.904,31</td>
<td>203.463,75</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2001</td>
<td>111.849,70</td>
<td>415.694,00</td>
<td>280.414,37</td>
<td>221.758,84</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2002</td>
<td>104.611,00</td>
<td>429.348,00</td>
<td>328.282,56</td>
<td>237.885,00</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2003</td>
<td>104.188,00</td>
<td>444.531,50</td>
<td>275.528,74</td>
<td>228.018,50</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2004</td>
<td>111.988,50</td>
<td>437.196,00</td>
<td>267.713,54</td>
<td>232.758,15</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Die Kosten der Heil- und Krankenbehandlung nach § 2 AntiDHG tragen allein die Länder.

Berechtigte nach § 1 Absatz 1 Satz 1 AntiDHG haben gemäß § 3 Absatz 2 AntiDHG einen Rechtsanspruch auf Rentenzahlung bei einem entsprechenden GdS infolge der HCV-Infektion. Sollten die veranschlagten Mittel nicht ausreichen, erfolgt als erste Maßnahme ein möglicher Ausgleich der Länder untereinander, der auf den Bund entfallende Anteil wird aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung gestellt oder es werden für den Mehrbedarf überplanmäßige Ausgaben beim Bundesministerium der Finanzen beantragt.

**Frage Nr. 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?

**Antwort:**
Zu a)

Zu b)


Der jeweilige wissenschaftlich gesicherte Stand in Bezug auf die Krankheitsfolgen und die Folgen von Therapie ist der gültigen Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizi-
nischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) zu entnehmen. Federführend für die Leitlinie zur chronischen Hepatitis C ist die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.

Frage Nr. 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?

Antwort:


Frage Nr. 7:
Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen der HCV-Infektion auf die soziale Situation der Betroffenen?

Antwort:

Die Daten der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zeigen, dass die Durchseuchung der Bevölkerung mit HCV bei 0,3 Prozent liegt, wobei aufgrund der Serologie nicht zwischen akuten und chronischen Infektionen unterschieden werden kann. Diese Prävalenz unterscheidet sich nicht nach sozioökonomischem Status. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die DEGS1-Studie die tatsächliche Prävalenz unterschätzt, weil Benutzer intravenöser Drogen und andere Risikogruppen dort nicht repräsentativ vertreten sind.

Die Auswirkungen einer HCV-Infektion auf die soziale Situation der Betroffenen sind im Übrigen stark vom Einzelfall abhängig und lassen sich daher nicht pauschal beschreiben.

Frage Nr. 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)?

Antwort:
Die Länder teilen mit, dass die Ablehnungsgründe nicht gesondert statistisch erfasst werden und insofern hierzu keine Angaben möglich sind.

Frage Nr. 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 werden?

Antwort:
Ein geringer Teil der Infektionen heilt spontan aus, dies meist in einem frühen Stadium, wenn noch keine Folgeschäden aufgetreten sind. Bis zu 80 Prozent der akuten Infektionen, die häufig unbemerkt verlaufen, chronifizieren. Das Ausmaß hepatischer Folgeschäden einer chronischen HCV-Infektion ist abhängig vom Stadium der Erkrankung, in dem die Infektion diagnostiziert und therapiert wird. Teilweise sind die entzündlichen Umbauten der Leber bereits so fortgeschritten, dass Einschränkungen der Leberfunktion und der beteiligten Organsysteme nicht mehr reversibel sind. Mögliche Folgeschäden einer höhergradigen Leberfibrose oder Leberzir-

Im Übrigen gilt auch hier, dass der jeweilige wissenschaftlich gesicherte Stand in Bezug auf die Krankheitsfolgen und die Folgen von Therapien der gültigen Leitlinie der AWMF zu entnehmen ist (siehe Antwort zu Frage 5).

Frage Nr. 10:
Inwiefern sind diese mittelbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Leistungsgewährung nach § 2 AntiDHG i.V. m. § 10 des Bundesversorgungsgesetzes zu berücksichtigen?

Antwort:
Gemäß § 2 AntiDHG erhalten Berechtigte nach § 1 Absatz 1 Satz 1 AntiDHG für die durch die HCV-Infektion verursachten gesundheitlichen Folgen Heil- und Krankenbehandlung in entsprechender Anwendung der §§ 10 bis 24a BVG. Soweit also eine gesundheitliche Beeinträchtigung als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigung folge verursacht worden ist, besteht ein Anspruch der Berechtigten auf Heil- und Krankenbehandlung nach § 2 AntiDHG. Die Anerkennung von Schädigungsfolgen erfolgt im Rahmen versorgungsmedizinischer Begutachtung. Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung sind gemäß der VMG – Anlage zu § 2 VersMedV – stets sämtliche Auswirkungen der schädigungsbedingten Gesundheitsstörung zu berücksichtigen.

Frage Nr. 11:
Welche Rolle spielt das in § 10 des Bundesversorgungsgesetzes bzw. § 4 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch (SGB IX) definierte Ziel der „möglichst umfassende[n] Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ bei der Entschädigung der HCV-infizierten AntiD-Patientinnen?

Antwort:
Mit der Formulierung in § 10 BVG wird grundsätzlich klargestellt, dass eine Heilbehandlung von Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigung folge verursacht worden sind, auch dem Ziel der umfassenden Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dienen soll. Aufgrund des Verweises in § 2 AntiDHG auf die §§ 10 bis 24a BVG gilt dies für die Heil- und Krankenbehandlung der Berechtigten nach § 1 Absatz 1 Satz 1 AntiDHG entsprechend.
Frage Nr. 12:
Warum werden Anerkennungen eines GdS nach erfolgter Therapie auf 0 Prozent heruntersstuft (www.antihilfe.de), trotz der extrahepatischen Manifestation und der oft schweren Nebenwirkungen der Therapie?

Antwort:

Frage Nr. 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 (bspw.: Henning F. Gockel u.a., „Viruspersistenz bei Hepatitis C – Lebenslange Infektion trotz Therapie?“, in: Medizinische Klinik 2006; 101:378-83 (Nr. 5))?

Antwort:

Frage Nr. 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 „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion“)?
Antwort:


Frage Nr. 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 verursachten Belastungen berücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

Antwort:
Die Höhe der monatlichen Renten nach § 3 Absatz 2 AntiDHG richtet sich nach dem GdS infolge der HCV-Infektion. Der GdS ist gemäß § 3 Absatz 4 AntiDHG in Verbindung mit § 30 Absatz 1 und § 31 Absatz 2 BVG nach den allgemeinen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen, die durch die als Schädigungsfolge anerkannten körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bedingt sind, in allen Lebensbereichen zu beurteilen. Vorübergehende Gesundheitsstörungen sind nicht zu berücksichtigen; als vorübergehend gilt ein Zeitraum bis zu sechs Monaten.

lung, aber auch ohne Benachteiligung gegenüber den Kriegsopfern, Opfern von Gewalttaten, Impfgeschädigten, ehemaligen Soldaten und Zivildienstleistenden und den Opfern des SED-Unrechts.

Frage Nr. 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?

Antwort:

Frage Nr. 17:
Erfolgt die Begutachtung der Betroffenen mittlerweile durch spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte (vorzugsweise Hepatologinnen und Hepatologen)?

Wenn nein, warum nicht?

Antwort:
In Berlin erfolgt die Begutachtung in der Regel durch hauptamtlich tätige internistische Fachärztinnen und Fachärzte des Landesamtes für Gesundheit und Soziales, die über das notwendige Fachwissen, über die notwendigen Kenntnisse der VersMedV und der Kausalitätstheorie verfügen.


Im Freistaat Sachsen erfolgt in entsprechenden Fällen eine Begutachtung (Untersuchungsgutachten) durch erfahrene Hepatologinnen und Hepatologen. Die Auswahl der Gutachterinnen und Gutachter obliegt dem Kommunalen Sozialverband (KSV) Sachsen als zuständige Behörde. Eine externe Begutachtung ist allerdings nicht in jedem Fall erforderlich, denn damit befasste Versorgungsärztinnen und -ärzte nehmen regelmäßig an entsprechenden Fortbildungen (zuletzt Bad Neuenahr 21.-24.10.2014) teil.


Die Begutachtungen nach dem AntiDHG erfolgen nach den Vorgaben der VMG unter Beachtung der Leitlinie der Fachgesellschaft zur chronischen Hepatitis C. Soweit Untersuchungsgutachten wegen des Erfordernisses umfänglicher hepatologischer sowie ggf. extrahepatischer Befunderhe-
bungen und Diagnosesicherungen erforderlich sind, werden externe, jeweils fachspezifisch ausgerichtete Einrichtungen und Fachärztinnen und -ärzte beauftragt.

Mit der prüfärztlichen Auswertung und Überführung klinischer Fachberichte und Gutachten in ein sozialmedizinisches Votum in Anwendung der VMG sind ausschließlich interne Fachärztinnen und Fachärzte befasst, die auf dem Gebiet der Begutachtung chronischer Hepatitiden besonders erfahren sind und die darüber hinaus über das umfängliche sozialmedizinische Schnittstellenwissen zum Versorgungsrecht verfügen.

In Thüringen erfolgt die Begutachtung durch Fachgutachterinnen und Fachgutachter.

Frage Nr. 18:
Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem SGB II unberücksichtigt?

Wenn nein, Warum nicht?

Antwort:
Bei Leistungen nach dem AntiDHG bleiben Einkommen oder Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) unberücksichtigt.

Frage Nr. 19:
Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem SGB III unberücksichtigt?

Wenn nein, Warum nicht?

Antwort:
Bei Leistungen nach dem AntiDHG bleiben Einkommen oder Leistungen nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) unberücksichtigt.

Frage Nr. 20:
Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen und Leistungen nach dem SGB V unberücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

Antwort:
Bei Leistungen nach dem AntiDHG bleiben Einkommen oder Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unberücksichtigt.
Frage Nr. 21
Inwiefern bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem SGB XII unberücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

Antwort:
Bei Leistungen nach dem AntiDHG bleiben Einkommen oder Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) unberücksichtigt.

Frage Nr. 22:
Wie viele durch die zuständigen Landesbehörden veranlasste Neubegutachtungen gab es seit Inkrafttreten des AntiDHG (bitte nach Bundesländern und Jahren aufschlüsseln)?

In wie vielen Fällen haben diese Neubegutachtungen zu einer Reduktion des GdS geführt?

Bei wie vielen dieser Fälle blieben dabei extrahepatische Manifestationen oder Folgen der Therapie bei der Festlegung des GdS unberücksichtigt?

Antwort:

Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen teilen mit, dass die Anzahl der veranlassten Untersuchungen nicht statistisch erfasst wird, sodass zur Anzahl von Neubegutachtungen und einer damit verbundenen Reduktion des GdS bzw. einer Berücksichtigung von extrahepatischen Manifestationen und Therapiefolgen keine Aussage möglich ist.


nach Besserung bzw. Ausheilung der HCV-Infektion noch Schädigungsfolgen vorliegen, die zu einem GdS führen.

Frage Nr. 23:
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?

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?

Antwort:
Die betroffenen Frauen haben erhebliches Unrecht erlitten. Mit dem AntiDHG wird den darauf zurückzuführenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen Rechnung getragen. Die Bundesrepublik Deutschland und die das AntiDHG ausführenden Länder sind jedoch nicht Rechtsnachfolger der DDR geworden, sodass eine Entschädigungsregelung allein für die Verabreichung des kontaminierten Blutprodukts unabhängig von gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die HCV-Infektion nicht eingeführt wurde.


Es ist daher nicht ersichtlich, aus welchen Gründen die Berechtigten nach dem AntiDHG gegenüber den Kriegsopfern, Opfern von Gewalttaten, Impfgeschädigten, ehemaligen Soldaten und Zivilistenleistenden und den Opfern des SED-Unrechts weitergehend privilegiert werden sollten.
Frage Nr. 24:
Welche Regelungen zur Entschädigung hat nach Kenntnis der Bundesregierung der japanische Staat für die durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten Hämphilen eingeführt, und weshalb schlägt die Bundesregierung Vergleichbares nicht auch für die in der DDR durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten „Anti-D-Frauen“ vor?

Antwort:

Frage Nr. 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?

Antwort:

Frage Nr. 26:
Antwort:
Zu den Auswirkungen des genannten Rundschreibens wird auf die Antwort zu Frage 3 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Zwischenbewertung des Anti-D-Hilfegesetzes“ (Bundestagsdrucksache 15/2792) verwiesen.


Frage Nr. 27:
Wie viele Besprechungen der zuständigen Länderreferentinnen und -referenten 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?

Antwort:

Frage Nr. 28:
Was hat die Bund-Länder-Referenten-Besprechung mit den Betroffenen 2007 im BMG ergeben, und welche Konsequenzen hatte sie?

Antwort:
Im Anschluss an die Bund-Länder-Besprechung zur Umsetzung des AntiDHG fand am 20. November 2007 ein Gespräch im BMG mit Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen statt, bei dem auch das BMAS, der Bundesrechnungshof und die Länder anwesend waren. Den betroffenen Frauen wurde damit ermöglicht, die aus ihrer Sicht bestehenden Probleme aus der Anwendung des AntiDHG darzulegen und über Abhilfemöglichkeiten zu sprechen. In diesem
Gespräch wurde eine Überprüfung aller den Ländern vorgelegten Fälle vereinbart, die mittlereweile bis auf einen noch vor dem Sozialgericht anhängigen Fall in Mecklenburg-Vorpommern abgeschlossen ist. Soweit eine uneinheitliche Rechtsanwendung darauf zurückgeführt werden sollte, dass in den Ländern unterschiedliche GdS festgelegt werden, ist darauf hinzuweisen, dass sich die Behandlungsmöglichkeiten einer chronischen HCV-Infektion in den letzten 30 Jahren kontinuierlich verbessert haben, wobei der individuelle Verlauf variiert. Dem entsprechend variiert auch im Einzelfall der GdS und die daraus abgeleitete Höhe der Geldleistung.

Frage Nr. 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 SPD-Fraktion vom 11. September 2012, Bundestagsdrucksache 17/10645)?

Antwort:

Grundsätzlich sind bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung die jeweils gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften und somit auch die S3-Leitlinie zur chronischen Hepatitis C zu beachten. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert und die jeweils gültige Fassung ist der Begutachtung zu Grunde zu legen. Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der VMG die Begutachtungsgrundsätze zu chronischen Hepatitiden noch nicht beraten.


Frage Nr. 30:
Antwort:

Frage Nr. 31:

Frage Nr. 32:
Inwieweit hat sich nach Kenntnis der Bundesregierung seit dem Zeitpunkt der Einschätzung der Abgeordneten Karin Maag etwas an der Situation verbessert (bitte belegen)?

Antwort:
Die Fragen 31 und 32 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bund und Länder stehen hinsichtlich der einheitlichen Durchführung des AntiDHG in einem regelmäßigen und konstruktiven Dialog. Stellt sich heraus, dass es hier Defizite gibt, werden diese diskutiert und einer einheitlichen Handhabung zugeführt. Damit stellt sich die Bundesregierung gemeinsam mit den Ländern der Verantwortung, die Durchführung des AntiDHG zu verbessern.

Frage Nr. 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?

Antwort:
Frage Nr. 34: 
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?

Wenn ja, inwiefern haben sich diese Erkenntnisse in den Änderungen niedergeschlagen, und welche Folgen haben diese Änderungen für die Praxis der Begutachtung sowie der Entscheidungen bezüglich der Entschädigungen und deren Höhe?

Wenn nein, warum wurden die Erkenntnisse nicht berücksichtigt?

Antwort:
Grundsätzlich sind bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung die jeweils gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften und somit auch die S3-Leitlinie zur chronischen Hepatitis C zu beachten. Die Leitlinien der AWMF werden in regelmäßigen Abständen aktualisiert und die jeweils gültige Fassung ist der Begutachtung zu Grunde zu legen.

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der VMG die Begutachtungsgrundsätze zu chronischen Hepatitiden noch nicht beraten.

Frage Nr. 35:
Welche Anregungen des Beirats für Versorgungsmedizin beim BMAS zum Thema HCV wurden bzw. werden bei der derzeit in Überarbeitung befindlichen VersMedV berücksichtigt?

Frage Nr. 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?

Antwort:
Die Fragen 35 und 36 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin hat im Rahmen der Gesamtüberarbeitung der VMG die Begutachtungsgrundsätze zu chronischen Hepatitiden noch nicht beraten.

Frage Nr. 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/CSU) 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/werden vorgenommen?

Falls es keine Überarbeitung geben sollte, warum nicht?
Antwort:
Die Überarbeitung der Begutachtungsgrundsätze zur Hepatitis C ist derzeit noch nicht erfolgt. Auf die Antwort zu Frage 29 wird verwiesen.

Frage Nr. 38:
In welcher Form werden bei der aktuellen Gesamtüberarbeitung der VersMedV die extrahepati- schen Manifestationen berücksichtigt, mit denen sich der Beirat für Versorgungsmedizin beim BMA „bereits vor mehr als zehn Jahren befasst und de[rejn] Stellenwert [er] unterstrichen“ hat (Antrag der SPD-Fraktion vom 11. September 2012, Bundesdrucksache 17/10645, S 3) und deren stärkere Berücksichtigung auch die Fraktionen der CDU/CSU sowie der SPD gefordert hatten (vgl. Bundesdrucksache 17/13066 (neu), S 3)?

Antwort:
Die sogenannten „extrahepatischen Manifestationen“ der chronischen Hepatitis C sind seit 2001 bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung zwingend zu berücksichtigen (VMG B 10.3.1). Die S3-Leitlinie zur chronischen Hepatitis C ist grundsätzlich zu beachten. Diese gibt den aktuellen evidenzbasierten wissenschaftlichen Stand in dem jeweiligen Fachgebiet wieder, den die Gutachter zu berücksichtigen haben. Auf die Antwort zu Frage 29 wird verwiesen.

Frage Nr. 39:
Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Nutzen von Sofosbuvir (Sovaldi®, vgl. Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Die sogenannte 1 000-Dollar-Pille Sovaldi®“, Bundesdrucksache 18/2673) und verwandten Präparaten für HCV-infizierte AntiD-Patientinnen?

Antwort:

Zu den Ergebnissen der Nutzenbewertung nach § 35a SGB V von Sofosbuvir wird auf die Antwort der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. „Die sogenannte 1000 Dollar Pille Sovaldi®“ (Bundesdrucksache 18/2673) verwiesen.

Für Boceprevir und Telaprevir hat der GB-A für therapienäive und therapieerfahren Patientinnen und Patienten mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1) einen Hinweis auf einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen festgestellt.

Frage Nr. 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?

Antwort:

Frage Nr. 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?

Antwort:
Ja. Berechnigte nach § 1 Absatz 1 Satz 1 AntiDHG haben bei einem entsprechenden GdS infolge der HCV-Infektion einen Rechtsanspruch auf Rentenzahlung gemäß § 3 Absatz 2 AntiDHG.
Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass der Bundesanteil an den Rentenzahlungen nach § 10 Absatz 3 AntiDHG 50 Prozent beträgt.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]