

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 18/3526 –**

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

#### Vorbemerkung der Fragesteller

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

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

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

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

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

agnostik und Therapie, Tabelle 8, S. 17). Dennoch werden die extrahepatischen Manifestationen in der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), in der Details der Entschädigungen geregelt werden, noch immer nicht berücksichtigt, obwohl dies nach Ansicht von Versorgungsmedizinerinnen und Versorgungsmedizinern die Regel sein sollte. Auch der Beirat beim zuständigen Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich bereits vor mehr als zehn Jahren mit dieser Frage befasst und den Stellenwert extrahepatischer Manifestationen unterstrichen. Zudem hat das damalige Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zumindest „einzelne extrahepatische Manifestationen in einem Rundschreiben an die Länder vom 6. April 2001 ausdrücklich benannt“ (Antrag der Fraktion der SPD: „Betroffenen Frauen nach dem Anti-D-Hilfegesetz zu mehr Verfahrenssicherheit und Transparenz verhelfen“, Bundstagsdrucksache 17/10645, S. 3).

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

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

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

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung spricht, wie in der Vergangenheit, ihr Bedauern darüber aus, dass die durch Blutprodukte mit dem 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.

Die in den Jahren 1978/1979 in der ehemaligen DDR bei einer gesetzlich vorgeschriebenen Anti-D-Immunprophylaxe zum Schutz nachgeborener Kinder schuldhaft mit Hepatitis-C-Virus (HCV) infizierten Frauen erhielten nach dem Einigungsvertrag die bisherigen Leistungen des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (GüK) der DDR zunächst weiter. Sie wurden dann analog der Behandlung von Impfschäden auf eine Versorgung nach dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) umgestellt. Dem Wortlaut nach umfasste die Regelung nur die in der ehemaligen DDR bereits anerkannten Fälle. Im Einvernehmen von Bund und Ländern erhielten aber auch diejenigen, deren Infektion erst später anerkannt, bemerkt worden oder erfolgt ist (Neufälle), die bezeichneten Leistungen nach dem BSeuchG. Die Regelung wurde durch das zum 1. Januar 2000 in Kraft getretene Gesetz über die Hilfe für durch Anti-D-Immunprophylaxe mit dem Hepatitis-C-Virus infizierte Personen (Anti-D-Hilfegesetz – AntiDHG) ersetzt.

Das AntiDHG stellt eine eigenständige Rechtsgrundlage dar und ist nicht Bestandteil des Sozialen Entschädigungsrechts im Sinne von § 5 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Die Betroffenen erhalten höhere Renten als sie bei gleichem Grad der Schädigungsfolgen (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 des Grundgesetzes – GG) zwar unter der Fachaufsicht des Bundes, verfügen aber allein über genaue Detailkenntnisse, die Fallzahlen, Anerkennungen, Ablehnungen usw. betreffend.

Im Rahmen der Bundesaufsicht hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch regelmäßige Besprechungen mit den Ländern unter Beteiligung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) – zuletzt am 6. November 2014 – nachdrücklich für eine einheitliche Rechtsanwendung Sorge getragen. Über die Durchführung des AntiDHG hat das BMG dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im September 2011 Bericht erstattet. Eine detaillierte Dokumentation der Umsetzung des AntiDHG wurde im Zuge der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der SPD (Bundestagsdrucksache 17/9277) vorgelegt. Die 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 von 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 Betroffenen verkennen, dass den etwa 2 400 Leistungsberechtigten auf der Basis des AntiDHG seit Inkrafttreten hohe Leistungen gewährt wurden:

- An Einmalzahlungen hat der Bund rund 9 Mio. Euro aufgewendet.
- 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.

Mehrfach hat sich auch der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages mit diesem Thema beschäftigt. Darüber hinaus haben die Bundesregierung und der Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages zu zahlreichen Petitionen erklärt, dass kein Anlass besteht, das AntiDHG oder die VersMedV zu ändern.

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

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?

Zu der Frage, wie viele Menschen 1978/1979 im Gebiet der früheren DDR durch die Gabe von kontaminiertem Human-Immunglobulin unmittelbar oder mittelbar mit dem HCV infiziert worden sind, sowie zur diesbezüglich vorliegenden Datenlage wird auf die ausführliche Antwort zu Frage 1 der Großen Anfrage der Fraktion der SPD „Hepatitis-C-Infektionen durch ‚Anti-D‘-Impfprophylaxe in der früheren DDR“ (Bundestagsdrucksache 13/2732) hingewiesen. Die Anzahl der noch lebenden Betroffenen ist – über die aktuellen Leistungsempfängerinnen nach dem AntiDHG hinaus – nicht bekannt.

Die Länder haben ergänzend Folgendes mitgeteilt:

In Berlin haben ca. 300 Personen 1978/1979 eine Anti-D-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 1 525 kontaminierten Personen ausgegangen.

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

In Thüringen wurden 1978/1979 die kontaminierten Chargen an ca. 485 Frauen verabreicht. Dieser Personenkreis wurde von Amts wegen angeschrieben und nach Abschluss der Ermittlungen beschieden. Sofern aus diesem Personenkreis

ein Antrag auf Verschlimmerung bzw. Änderung des Gesundheitszustandes eingereicht wird, zählt dies nicht als Erstantrag. Bereits 145 Frauen waren davon 1990 nach dem GüK anerkannt. Von den auf Antrag bzw. von Amts wegen zu bearbeitenden 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.

2. a) Wie viele Erstanträge auf Entschädigung wurden seit Inkrafttreten des AntiDHG gestellt (bitte nach Minderung der Erwerbstätigkeit bzw. nach dem GdS sowie nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln sowie bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
- b) Wie viele der Anträge wurden abgelehnt (bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?

In Berlin wurden von 2000 bis 31. Dezember 2014 insgesamt 428 Anträge nach dem AntiDHG gestellt.

Die Antragszahl setzt sich wie folgt zusammen:

Jahr	Anzahl der Erstanträge
2000	379 (inkl. der nach dem BSeuchG anerkannten 131 Fälle)
2001	29
2002	3
2003	4
2004	1
2005	1
2006–2008	0
2009	1
2010	3
2011	0
2012	3
2013	0
2014	4

In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der laufenden Zahlfälle seit Inkrafttreten des AntiDHG dargestellt:

GdS/Jahr	30	40	50	60	70–100	Witwer	Gesamt
2000	27	9	3	2	0	0	41
2001	29	9	4	3	0	0	45
2002	30	9	3	4	0	0	46
2003	33	8	2	4	0	0	47
2004	34	8	3	4	0	0	49
2005	32	8	4	4	0	0	48
2006	34	8	4	3	1	0	50
2007	31	9	3	3	2	0	48
2008	29	10	3	2	4	0	48
2009	30	10	4	2	4	0	50
2010	28	11	4	1	5	1	50
2011	26	9	4	3	5	1	48
2012	26	9	4	3	5	1	48
2013	25	8	5	4	5	1	48
2014	22	11	5	4	5	1	48

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

Seit Inkrafttreten des AntiDHG im Jahr 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.

Jahr	Anzahl der Erstanträge
2000	49
2001	96
2002	4
2003	5
2004	10
2005	5
2006	4
2007	5
2008	2
2009	2
2010	6
2011	4
2012	5
2013	5
2014	5

In der folgenden Tabelle ist die Entwicklung der laufenden Zahlfälle seit Inkrafttreten des AntiDHG dargestellt:

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

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:

Jahr	Anzahl der Anträge
2000	55
2001	64
2002	16
2003	6
2004	0
2005	2
2006	2
2007	5
2008	2
2009	6
2010	1
2011	5
2012	2
2013	2
2014	3
Gesamt	171

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:

GdS	0	10	20	30	40	50	60	Gesamt	Hinterbliebene
Anzahl	206	2	21	112	31	5	2	379	2

Seit dem Inkrafttreten des AntiDHG wurden 133 Anträge abgelehnt.

Sachsen gibt nachfolgende Fallzahlen an:

Jahr	Anzahl der Erstanträge
2000	60
2001	75
2002	2
2003	4
2004	10
2005	2
2006	0
2007	2
2008	3
2009	4
2010	1
2011	1
2012	1
2013	1
2014	1

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:

GdS	0	10	20	30	40	50	60	70	80	>80	Hinterbliebene	gesamt
Anzahl	540	0	89	264	41	16	6	2	0	3	1	961

Seit Inkrafttreten des AntiDHG im Jahr 2000 wurden insgesamt 845 Anträge abgelehnt, als sonstige Erledigung oder als Wegfälle erfasst (Stand 13. Dezember 2014). Die deutlich erhöhte Zahl von Ablehnungen im Vergleich zum Stand 31. Dezember 2013 (845 zu 772) resultiert aus der Aufnahme von 71 GÜK-Fällen im Mai 2014.

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

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

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:

Anträge Nov. 2014 kumulativ	darunter: Anerkennungen mit MdE										
	gesamt	0	10	20	30	40	50	60	70	80	>80
530	371	166	4	97	79	22	2	1	0	0	0

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 zu Frage 1) beläuft sich auf insgesamt 19 und verteilt sich wie folgt auf die Jahr 2000 bis 2011, in den Jahren 2012 bis 2014 wurden keine Erstanträge gestellt:

Jahr	Anzahl der Anträge
2000	11
2001	0
2002	1
2003	1
2004	0
2005	1
2006	0
2007	1
2008	0
2009	2
2010	1
2011	1
gesamt	19

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:

GdS/Jahr	30	40	50	60	70–100
2003	54	12	4	1	4
2004	53	12	4	1	4
2011	51	13	6	1	4
2012	49	14	5	2	1
2013	50	14	5	3	3
2014	49	15	5	2	3

3. a) Wie viele Änderungs- bzw. Neufeststellungsanträge auf Entschädigung wurden seit Inkrafttreten des AntiDHG gestellt (bitte nach Minderung der Erwerbstätigkeit bzw. nach GdS sowie nach Jahren und Bundesländern aufschlüsseln sowie bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?
- b) Wie viele der Anträge wurden abgelehnt (bitte begründen, falls es einzelnen Bundesländern nicht möglich sein sollte, die erbetenen Zahlen zu liefern)?

Änderungs- bzw. Neufeststellungsanträge in Bestandsfällen werden in den Ländern nicht gesondert statistisch erfasst, sodass hierzu keine Angaben möglich sind.

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

Antragsjahr	Neufeststellungsanträge
2000	0
2001	4
2002	5
2003	6
2004	8
2005	5
2006	4
2007	7
2008	4
2009	5
2010	2
2011	3
2012	3
2013	7
2014	3
insgesamt:	66

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.

4. a) Wie hoch sind die Mittel, die der Bund seit dem Jahr 2000 für Leistungen nach dem AntiDHG verausgabt hat (bitte nach Jahren, Bundesländern, Einmal- und Rentenzahlungen sowie Krankenbehandlungen aufschlüsseln)?
- b) Wie hoch ist der aktuelle Haushaltsansatz?
- c) Sind die Mittel budgetiert?
- d) Was passiert, wenn in einem Bundesland das Volumen der erforderlichen Mittel die Höhe der im Bundeshaushalt vorgesehenen Mittel überschreitet?

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:

Jahr	Gesamt (gerundet)
2000	8 762 T€
2001	2 411 T€
2002	2 145 T€
2003	1 992 T€
2004	1 907 T€
2005	1 858 T€
2006	1 829 T€
2007	1 843 T€
2008	1 885 T€
2009	1 939 T€
2010	1 905 T€
2011	1 988 T€
2012	2 056 T€
2013	2 099 T€
2014	2 029 T€
2015	2 315 T€ (Ansatz)

Die Einmalzahlungen nach § 3 Absatz 3 AntiDHG verteilen sich nach Angaben der Länder wie folgt (Angaben in Euro):

	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen
2000	396 251,21	1 602 900	954 070,65		1 063 487,11	796 629
2001	109 416,46	58 122	89 476,08		46 527,56	
2002	2 556	19 695	42 948,74		12 783	
2003		15 624	2 674,10		6 135	
2004		–	3 579		–	
2005	–	–	6 135,50	6 135	3 579,04	2 556
2006	–	–	–	7 158	–	–
2007	–	–	–	–	668,09	–
2008	4090	–	–	8 282,42	–	7 669
2009	–	–	3 579	3 579	–	105 000
2010	–	–	–	–	–	–
2011	–	–	–	–	–	–
2012	–	–	–	–	–	–
2013	–	–	–	5 547,19	–	–

Für Thüringen kann lediglich zu den in den Jahren 2000 und 2005 bis 2013 geleisteten Einmalzahlungen eine Aussage getroffen werden.

Für die Jahre 2000 bis 2004 sind keine weiteren Angaben nach Ländern möglich, weil die Daten bei den jeweiligen Ländern nicht mehr abrufbar sind.

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

	Berlin	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Thüringen
2000	88 418,22	359 879,00	254 904,31		203 463,75	
2001	111 849,70	415 694,00	280 414,37		221 758,84	
2002	104 611,00	429 348,00	328 282,56		237 885,00	
2003	104 188,00	444 531,50	275 528,74		228 018,50	
2004	111 988,50	437 196,00	267 713,54		232 758,15	
2005	117 476,20	406 172,89	268 238,54	671 853,46	218 135,50	157 710,50
2006	110 935,50	433 500,00	273 242,50	651 313,91	215 401,65	147 521,50
2007	121 336,25	430 000,00	268 300,00	700 000,00	228 756,09	150 096,00
2008	147 976,05	417 854,35	274 770,90	654 267,42	223 748,63	166 486,50
2009	132 061,00	424 300,00	291 000,00	670 000,00	224 120,00	158 000,00
2010	138 595,50	442 900,00	263 456,54	675 000,00	217 372,50	172 140,00
2011	143 333,50	444 750,00	275 000,00	700 000,00	229 078,00	213 000,00
2012	149 843,00	450 000,00	315 869,57	715 500,00	222 207,03	182 971,00
2013	161 176,02	445 730,00	311 537,19	766,150,00	221 913,87	192 980,00
2014	153 123,00	463 000,00	287 300,00	709 269,25	234 004,01	182 261,50

Für die Jahre 2000 bis 2004 sind keine weiteren Angaben nach Ländern möglich, weil die Daten bei den jeweiligen Ländern nicht mehr abrufbar sind.

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.

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

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung haben Personen mit chronischer HCV-Infektion ein etwa 17-fach erhöhtes leberbezogenes Mortalitätsrisiko (standardisierte Mortalitätsratio von 16). Bei 2 bis 35 Prozent der Patientinnen und Patienten führt der Krankheitsprozess nach 20 bis 25 Jahren zu einer Leber-

zirrhose. In diesem Stadium liegt das 5-Jahres-Überleben bei ca. 80 bis 90 Prozent, wobei das Leberzellkarzinom mit einer jährlichen Inzidenz von ca. 4 Prozent die Hauptkomplikation und auch die Haupttodesursache darstellt. Ohne Behandlung haben der HCV-Genotyp und die Höhe der Hepatitis-C-Viruslast keinen wesentlichen Einfluss auf den natürlichen Verlauf der chronischen HCV-Infektion. Dagegen scheint eine Reihe von Wirkfaktoren mit einer raschen Entwicklung einer Leberzirrhose assoziiert zu sein. Hierzu gehören u. a. männliches Geschlecht, ein chronischer Alkoholkonsum, Koinfektionen mit dem Hepatitis-B-Virus oder HIV, deutlich erhöhte Leberwerte und insbesondere das Alter der Patientin oder des Patienten sowohl bei Infektion als auch im Verlauf. Ein bis zwei Drittel der Patientinnen und Patienten leiden unter Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Einschränkung der Leistungsfähigkeit, subklinischen Störungen der Gedächtnisfunktion sowie psychomotorischer Verlangsamung. Depressive Symptome unabhängig von einer Interferon-basierter Therapie lassen sich bei 2 bis 30 Prozent der chronisch Infizierten nachweisen. Zusätzlich ist eine Vielzahl weiterer nicht leberbezogener Symptome und Erkrankungen mit einer chronischen Hepatitis C assoziiert worden, die Patientinnen und Patienten mit einer chronischen HCV-Infektion im zeitlichen Verlauf entwickeln können. Als gesichert gilt mittlerweile der Zusammenhang zwischen Hepatitis C und der Entwicklung eines Diabetes mellitus sowie einer Reihe von rheumatologischen, nephrologischen und hämatologischen Erkrankungen. Extrahepatische Manifestationen der Hepatitis C sind unter anderem neben Kryoglobulinämien (Gefäßentzündungen), die wiederum weitere Erkrankungen verursachen können, eine Insulinresistenz, Polyneuropathien, Schilddrüsenerkrankungen und weitere Erkrankungen des rheumatischen, dermatologischen und hämato-onkologischen Formenkreises.

b) zu den Folgen üblicher Therapien gegen Hepatitis C entwickelt?

Die chronische Hepatitis C stellt grundsätzlich eine Indikation zur antiviralen Therapie dar. Ziel einer Hepatitis-C-Therapie ist immer auch die Verbesserung der Lebensqualität. Eine frühzeitige Behandlung reduziert die HCV-induzierte Mortalität auch unabhängig von der Entwicklung einer Leberzirrhose.

Über lange Jahre galt die parenterale Gabe von pegyliertem Interferon alpha in Kombination mit Ribavirin je nach Genotyp über 24 bis 48 Wochen als die Standard-Therapie bei Hepatitis-C-Infektionen, wobei die Ansprechraten unter anderem abhängig vom Genotyp sind. Nebenwirkungen wie Depression, Blutbildveränderungen wie Anämie, Schilddrüsenerkrankungen und grippale Symptome sind typisch für eine Interferontherapie und müssen behandelt werden bzw. sind eine Indikation für eine Unterbrechung der Therapie. 20 bis 50 Prozent der Patientinnen und Patienten haben unter einer Therapie mit Interferon alpha neuropsychiatrische Nebenwirkungen. In den Jahren 2012 und 2013 wurde eine Verbesserung der Heilungsraten durch Zugabe eines Proteaseinhibitors (Telaprevir oder Boceprevir) erreicht, allerdings mit teils erheblichen weiteren Nebenwirkungen wie Anämie, Hauterkrankungen oder einer Erhöhung des Bilirubins. Seit Anfang 2014 stehen in Deutschland weitere direkt antiviral wirkende Substanzen mit deutlich günstigeren Nebenwirkungsprofilen zur Verfügung, die die Therapiedauer verkürzen können und die Heilungsaussichten erheblich verbessern.

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

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?

Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung von Schädigungsfolgen sind gemäß der VMG – Anlage zu § 2 der VersMedV – stets sämtliche Auswirkungen der schädigungsbedingten Gesundheitsstörung zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch Folgen therapeutischer Maßnahmen (VMG C10) und Folge- und Spätschäden (VMG C12).

Die finanziellen Hilfen nach § 3 AntiDHG richten 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. Die Feststellung des GdS erfolgt somit in entsprechender Anwendung der für das gesamte Soziale Entschädigungsrecht geltenden Maßgaben. Danach ist eine Schädigungsfolge dann gegeben, wenn mehr für einen Kausalzusammenhang spricht als dagegen („einfache Wahrscheinlichkeit“). Dieser Wahrscheinlichkeitsmaßstab für Schädigungsfolgen ist bereits recht weitgehend und gilt für alle Berechtigten nach Gesetzen, die auf das BVG verweisen (z. B. Wehrdienstbeschädigte, Gewaltopfer, Opfer von SED-Unrecht, Opfer von Impfschäden). Für die Berechtigten nach dem AntiDHG bedeutet dies eine Gleichbehandlung ohne Besserstellung, aber auch ohne Benachteiligung gegenüber den Kriegsoptionen, Opfern von Gewalttaten, Impfgeschädigten, ehemaligen Soldaten und Zivildienstleistenden und den Opfern des SED-Unrechts.

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

Über die körperlichen und psychiatrischen Folgen einer chronischen HCV-Infektion wurde bereits ausführlich in der Antwort zu Frage 5 berichtet. Zur selbstberichteten Lebensqualität von Hepatitis-C-Patienten liegen Daten aus einer prospektiven Beobachtungsstudie der Jahre 2003 bis 2006 von insgesamt 10 326 unbehandelten Patientinnen und Patienten mit einer chronischen HCV-Infektion vor. Keine Einschränkungen der Lebensqualität gaben insgesamt 36,5 Prozent der Befragten an. Von 45,1 Prozent der untersuchten chronisch infizierten wurden geringe Einschränkungen der Lebensqualität, von 16,1 Prozent mäßige und von 2,3 Prozent starke Einschränkungen der Lebensqualität aufgrund der chronischen HCV-Infektion angegeben. Darüber hinaus lagen bei vielen Patientinnen und Patienten sozioökonomische Probleme wie Arbeitslosigkeit vor.

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.

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)?

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

9. Welche Folgen der HCV-Infektion können nach Kenntnis der Bundesregierung auch mit nicht mehr nachweisbarer Viruslast auftreten, und inwiefern kann die gesundheitliche Lebensqualität dadurch beeinträchtigt sein?

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 Leberzirrhose sind u. a. Umgehungskreisläufe durch portale Hypertension sowie hepatische Enzephalopathie. Virusparameter wie der HCV-Genotyp und die Höhe der Hepatitis-C-Viruslast scheinen keinen Einfluss auf den natürlichen Verlauf der Infektion zu haben. Bei 2 bis 35 Prozent der Patientinnen und Patienten führt der Krankheitsprozess nach 20 bis 25 Jahren zu einer Leberzirrhose. In diesem Stadium liegt das 5-Jahres-Überleben bei ca. 80 bis 90 Prozent, wobei das Leberzellkarzinom mit einer jährlichen Inzidenz von ca. 4 Prozent die Hauptkomplikation und auch Haupttodesursache darstellt.

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).

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

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 Schädigungsfolge 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.

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

Mit der Formulierung in § 10 BVG wird grundsätzlich klargestellt, dass eine Heilbehandlung von Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge 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.

12. Warum werden Anerkennungen eines GdS nach erfolgter Therapie auf 0 Prozent heruntergestuft ([www.antidhilfe.de](http://www.antidhilfe.de)), trotz der extrahepatischen Manifestation und der oft schweren Nebenwirkungen der Therapie?

Der GdS wird im Rahmen versorgungsmedizinischer Begutachtung festgestellt und bezieht sich auf die jeweils aktuell feststellbaren Schädigungsfolgen. Dabei sind gemäß der VMG – Anlage zu § 2 der VersMedV – stets sämtliche Auswirkungen der schädigungsbedingten Gesundheitsstörung zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch Folgen therapeutischer Maßnahmen (VMG C10) und Folge- und Spätschäden (VMG C12). Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, sind beim GdS nicht zu berücksichtigen (VMG A2h). Extrahepatische Manifestationen einer Hepatitis C werden als Folgeschäden anerkannt und bei der Bildung des Gesamt-GdS berücksichtigt. Voraussetzung ist allerdings, dass sich solche nach dem AntiDHG geltend gemachten Gesundheitsschäden unter Beachtung der VMG und der einschlägigen Leitlinien im Sinne evidenzbasierter Medizin entsprechend der jeweiligen Kausalität als extrahepatische Manifestationen zuordnen lassen. Das Fortbestehen eines nach den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin anerkannten extrahepatischen Beschwerdekomples nach Viruselimination hängt von der jeweiligen Diagnose ab (Einzelfallbegutachtung).

13. Warum werden nach Information der Fragesteller bei der Festlegung des GdS Studienergebnisse bislang nicht beachtet, denen zufolge bei Hepatitis C auch nach einer Therapie eine lebenslange Infektion fortbesteht (beispielsweise Henning R. Gockel u. a., „Viruspersistenz bei Hepatitis C – Lebenslange Infektion trotz Therapie?“, in: Medizinische Klinik 2006; 101:378–83 Nr. 5)?

Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung von Schädigungsfolgen und dementsprechenden Festlegung des GdS werden neben der VersMedV sowie den VMG grundsätzlich auch die Leitlinien der Fachgesellschaften beachtet. Diese geben den aktuellen evidenzbasierten wissenschaftlichen Stand in dem jeweiligen Fachgebiet wieder, den die Gutachterinnen und Gutachter zu berücksichtigen haben.

14. Inwiefern wird nach Kenntnis der Bundesregierung bei den Begutachtungen der Betroffenen sowie bei den Bewertungen der Gutachten durch die Landesbehörden berücksichtigt, dass eine verbleibende Leberzirrhose auch nach Therapie jederzeit die Entwicklung eines Leberkarzinoms fördern kann (S3-Leitlinie „Propylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus[HCV]-Infektion“)?

Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung von Schädigungsfolgen finden Gesundheitsstörungen, die erst in der Zukunft zu erwarten sind, keine Berücksichtigung (siehe VMG – Anlage zu § 2 VersMedV – A2h). Vielmehr sind gemäß der VMG stets sämtliche aktuell bestehenden Auswirkungen der schädigungsbedingten Gesundheitsstörung zu berücksichtigen. Dabei sind die Leitlinien der Fachgesellschaften, die den aktuellen evidenzbasierten wissenschaftlichen Stand in dem jeweiligen Fachgebiet wiedergeben, zu beachten. Bei Eintritt einer Verschlimmerung kann jederzeit ein Neufeststellungsantrag gestellt werden.

Die versorgungsmedizinische Begutachtung erfolgt in entsprechender Anwendung der für das gesamte Soziale Entschädigungsrecht geltenden Maßgaben. Danach ist eine Schädigungsfolge dann gegeben, wenn mehr für einen Kausalzusammenhang spricht als dagegen („einfache Wahrscheinlichkeit“). In jedem Fall sind konkurrierende Faktoren zu prüfen. Ist die Leberzirrhose als Schädigungsfolge zu betrachten, wird auch ein sich daraus entwickelndes hepatozelluläres Karzinom mit Wahrscheinlichkeit Schädigungsfolge sein. Diese Pathogenese ist versorgungsärztlich bekannt und wird auch so angewendet.

15. Werden bei der Festsetzung der Rentenhöhe nach § 3 AntiDHG mittlerweile alle oder zumindest ein Teil der gesundheitlichen Nebenwirkungen und die Schädigungsfolgen der jeweils durchgeführten Therapien einschließlich der damit verbundenen Belastungen berücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

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.

Bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung des GdS sind gemäß der VMG – Anlage zu § 2 VersMedV – stets sämtliche Auswirkungen der schädigungsbedingten Gesundheitsstörung zu berücksichtigen. Hierzu zählen auch Folgen therapeutischer Maßnahmen (VMG C10) und Folge- und Spätschäden (VMG C12). Grundsätzlich sind bei der versorgungsmedizinischen Begutachtung die Leitlinien der Fachgesellschaften zu beachten. Die Feststellung des GdS erfolgt in entsprechender Anwendung der für das gesamte Soziale Entschädigungsrecht geltenden Maßgaben. Für die Berechtigten nach dem AntiDHG bedeutet dies eine Gleichbehandlung ohne Besserstellung, aber auch ohne Benachteiligung gegenüber den Kriegsopfern, Opfern von Gewalttaten, Impfgeschädigten, ehemaligen Soldaten und Zivildienstleistenden und den Opfern des SED-Unrechts.

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?

Die Höhe der monatlichen Renten ist gesetzlich festgelegt und richtet sich gemäß § 3 Absatz 2 AntiDHG nach dem GdS infolge der HCV-Infektion (beginnend ab einem GdS von 30). Bei einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ist – genauso wie bei einer Verschlimmerung des Gesundheitszustandes – gemäß § 11 Absatz 2 AntiDHG die Vorschrift des § 48 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) betreffend die Aufhebung eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung bei Änderung der Verhältnisse anzuwenden. Danach ist kraft Gesetzes die Höhe der monatlichen Rente mit Wirkung für die Zukunft anzupassen, wenn sich der Gesundheitszustand einer rentenberechtigten Person derart verbessert hat, dass ein geringerer GdS festzustellen ist. Allerdings wurde bereits mit Rundschreiben des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales vom 31. Juli 2001 (Az. IV c 5 (neu)-65430-10(65463-5/1)) darauf hingewiesen, dass eine Neufeststellung bei chronischen Erkrankungen nur dann zulässig ist, wenn eine wesentliche Änderung der Verhältnisse eingetreten ist. Es reicht also nicht aus, dass einzelne Befunde ein günstigeres Ergebnis zeigen. Darüber hinaus muss der veränderte Gesundheitszustand mehr als sechs Monate angehalten haben oder voraussichtlich anhalten werden.

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

Wenn nein, warum nicht?

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

In Brandenburg erfolgt seit dem Inkrafttreten des AntiDHG eine im Einzelfall notwendige Begutachtung ausschließlich durch Gutachterinnen und Gutachter, die aufgrund ihrer Ausbildung, Qualifikation und beruflichen Erfahrung sowohl die nötige fachmedizinische Sachkenntnis als auch besondere sozialmedizinische Kenntnisse über die Anerkennung von Gesundheitsstörungen im Sozialen Entschädigungsrecht besitzen. Die konkrete Auswahl der Gutachterinnen und Gutachter sowie der Umfang und das Fachgebiet der gutachterlichen Untersuchung werden nach der Sachlage im jeweiligen Einzelfall davon bestimmt, welche geltend gemachten Gesundheitsstörungen oder welche gutachtlichen Fragen anhand der vorliegenden ärztlichen Unterlagen nicht beurteilt werden können. Bei der Geltendmachung von extrahepatischen Manifestationen, also durch die HCV-Infektion verursachten Gesundheitsstörungen an anderen Organen und Geweben, werden je nach Befundlage Gutachterinnen und Gutachter des jeweils einschlägigen Fachgebiets mit der Begutachtung beauftragt. Eine Begutachtung allein durch Hepatologinnen und Hepatologen wäre in solchen Fällen nicht sachgerecht.

Mecklenburg-Vorpommern teilt mit, dass die Einschätzung im jeweiligen Einzelfall nach Möglichkeit anhand aktueller hepatologischer Untersuchungsbeefunde (Leberwerte, Viruslast, Lebersonographie, klinisches Bild) vorgenommen wird. Die Bewertung erfolgt durch den versorgungsärztlichen Dienst nach den

VMG (Anlage zu § 2 VersMedV). Bei entsprechender Notwendigkeit werden unabhängige, nicht behandelnde Hepatologinnen und Hepatologen, Infektio-  
loginnen und Infektiologen bzw. Gutachterinnen und Gutacher anderer Fach-  
gebiete mit der Begutachtung beauftragt.

Im Freistaat Sachsen erfolgt in entsprechenden Fällen eine Begutachtung  
(Untersuchungsgutachten) durch erfahrene Hepatologinnen und Hepatologen.  
Die Auswahl der Gutachterinnen und Gutachter obliegt dem Kommunalen So-  
zialverband (KSV) Sachsen als zuständige Behörde. Eine externe Begutachtung  
ist allerdings nicht in jedem Fall erforderlich, denn damit befasste Versorgungs-  
ärztinnen und -ärzte nehmen regelmäßig an entsprechenden Fortbildungen  
(zuletzt Bad Neuenahr 21. bis 24. Oktober 2014) teil.

In Sachsen-Anhalt ist für die medizinische Begutachtung in Angelegenheiten  
nach dem AntiDHG der Versorgungsärztliche Dienst zuständig. Bei den dortigen  
Gutachterinnen und Gutachtern handelt es sich um angestellte oder ver-  
beamtete Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener klinischer Hauptfachrich-  
tungen (u. a. Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Anästhesie, Psychiatrie  
und Psychotherapie). Alle Ärztinnen und Ärzte sind in Ausübung ihrer gutach-  
terlichen Funktion darüber hinaus auf dem Gebiet der Sozialmedizin quali-  
fiziert.

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 hepa-  
tologischer sowie ggf. extrahepatischer Befunderhebungen und Diagnosesiche-  
rungen 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 da-  
rüber hinaus über das umfängliche sozialmedizinische Schnittstellenwissen zum  
Versorgungsrecht verfügen.

In Thüringen erfolgt die Begutachtung durch Fachgutachterinnen und Fachgut-  
achter.

18. Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen  
nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

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

19. Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen  
nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

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

20. Bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

Bei Leistungen nach dem AntiDHG bleiben Einkommen oder Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) unberücksichtigt.

21. Inwiefern bleiben bei Leistungen nach dem AntiDHG Einkommen oder Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch unberücksichtigt?

Wenn nein, warum nicht?

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

22. a) Wie viele durch die zuständigen Landesbehörden veranlasste Neubegutachtungen gab es seit Inkrafttreten des AntiDHG (bitte nach Bundesländern und Jahren aufschlüsseln)?
- b) In wie vielen Fällen haben diese Neubegutachtungen zu einer Reduktion des GdS geführt?
- c) Bei wie vielen dieser Fälle blieben dabei extrahepatische Manifestationen oder Folgen der Therapien bei der Festlegung des GdS unberücksichtigt?

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.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass die Festlegung des GdS und die Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen zwingend unter Anwendung der VersMedV als der insofern relevanten gesetzlichen Vorgabe erfolgt. Die Anerkennung extrahepatischer Manifestationen ist ebenfalls in der VersMedV geregelt, wobei eine Anerkennung von extrahepatischen Manifestationen nicht zwingend eine Erhöhung des GdS bedingt.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass nicht jede gesundheitliche Beeinträchtigung, die in zeitlicher Verbindung mit einer chronischen Hepatitis C auftritt, auch eine extrahepatische Manifestation darstellt. Der Begriff extrahepatische Manifestation enthält bereits eine Kausalität, die versorgungsärztlich entsprechend zu prüfen ist. Vorangestellt sein muss zunächst der Nachweis der Erkrankung, daran schließt sich die Kausalitätsprüfung an. Verdachts- und Arbeitsdiagnosen sind nicht anerkennungsfähig. Therapie Nebenwirkungen werden zusätzlich berücksichtigt, soweit sie dauerhaft bestehen, aber auch hier ist eine Kausalitätsprüfung zu Grunde zu legen. Liegen extrahepatische Manifestationen einer chronischen Hepatitis C bzw. dauerhafte Nebenwirkungen einer antiviralen Therapie vor, werden diese auch entsprechend gewürdigt. Daher können auch nach Besserung bzw. Ausheilung der HCV-Infektion noch Schädigungsfolgen vorliegen, die zu einem GdS führen.

23. a) Inwiefern schätzt die Bundesregierung die Sachlage so ein, dass das AntiDHG keine richtige Lösung des Konflikts um die HCV-Infektionen der betroffenen Frauen bringen konnte, weil zum einen der Akt der Begutachtung Interpretationsspielräume eröffnet (z. B. bezüglich der Kausalität der Schäden, der extrahepatischen Manifestationen und der histologischen Befunde), und weil zum anderen diese Begutachtungen bei Veränderungen in der Erkrankung ständig wiederholt werden müssen?
- b) Inwiefern könnte nach Einschätzung der Bundesregierung mit einer entsprechend hohen Einmalzahlung, die sich allein in der Verabreichung des kontaminierten Blutprodukts begründet, eine Beilegung des Konflikts besser erreicht werden?

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.

Das AntiDHG zählt nicht zum Sozialen Entschädigungsrecht, sondern ist eine eigene Rechtsgrundlage, die insofern höhere Rentenleistungen und eine Einmalzahlung im Sinne einer Abfindung vorsieht. Mit diesen Leistungen ist nach der Begründung des Gesetzes „pauschalierend [...] [ein] Ausgleich [...] für Mehraufwendungen und berufliche Beeinträchtigung infolge der Krankheit, für wirtschaftliche Folgen der Krankheit und für den immateriellen Schaden in Anlehnung an den Schmerzensgeldgedanken“ geschaffen worden. Der für einen Anspruch auf finanzielle Hilfen nach § 3 AntiDHG vorausgesetzte GdS ist nach den Regeln des BVG zu bestimmen. Die Feststellung des GdS erfolgt somit in entsprechender Anwendung der für das gesamte Soziale Entschädigungsrecht geltenden Maßgaben. Danach ist eine Schädigungsfolge dann gegeben, wenn mehr für einen Kausalzusammenhang spricht als dagegen („einfache Wahrscheinlichkeit“). Dieser Wahrscheinlichkeitsmaßstab für Schädigungsfolgen ist bereits recht weitgehend und gilt für alle Berechtigten nach Gesetzen, die auf das BVG verweisen (z. B. Wehrdienstbeschädigte, Gewaltopfer, Opfer von SED-Unrecht, Opfer von Impfschäden).

Es ist daher nicht ersichtlich, aus welchen Gründen die Berechtigten nach dem AntiDHG gegenüber den Kriegsopfern, Opfern von Gewalttaten, Impfgeschädigten, ehemaligen Soldaten und Zivildienstleistenden und den Opfern des SED-Unrechts weitergehend privilegiert werden sollten.

24. Welche Regelungen zur Entschädigung hat nach Kenntnis der Bundesregierung der japanische Staat für die durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten Hämophilen eingeführt, und weshalb schlägt die Bundesregierung Vergleichbares nicht auch für die in der DDR durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten „Anti-D-Frauen“ vor?

In Japan hatten seit dem Oktober 2002 etwa 240 Personen den Staat wegen Infektion mit HCV durch Blutgerinnungsmittel verklagt. Im Januar 2008 beendete die Regierung die Gerichtsverfahren mit einem Vergleich. Im Anschluss wurde am 15. Januar 2008 ein Gesetz erlassen, das den Opfern Entschädigungen zwischen 12 und 40 Mio. Yen zusprach, an denen sich auch die Hersteller der kontaminierten Blutprodukte beteiligen. Den Fällen in Japan lag nach Kenntnis der Bundesregierung im Gegensatz zu der hier in Rede stehenden HCV-Infektion in der DDR keine Arzneimittelstraftat zugrunde, so dass die Fallgestaltung nicht vergleichbar ist.

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?

In Irland gibt es seit 1997 den „Hepatitis C Compensation Tribunal Act“, ein Gesetz, durch das ein Tribunal bzw. Gericht geschaffen wurde, bei dem unter anderem HCV-Infizierte, die innerhalb Irlands durch humanes Anti-D-Immunglobulin oder durch eine Bluttransfusion oder ein Blutprodukt infiziert wurden, eine Entschädigung beantragen können. Das Tribunal entscheidet über die Gewährung und ggf. die Höhe der Entschädigung nach zivilrechtlichen Haftungsgrundsätzen. Es handelt sich somit um eine einzelfallbezogene Entschädigungsregelung, die keine Aussagen über die generelle Höhe der Entschädigungsleistungen ermöglicht. Grundsätzlich darf bei Vergleichen von Entschädigungsleistungen nicht außer Acht gelassen werden, dass unterschiedliche Gesundheits- und Sozialsysteme, z. B. im angelsächsischen Raum steuerfinanzierte, staatliche Gesundheitssysteme, etabliert sind. Wie schon dargelegt, trifft den Bund keine Verantwortung für die hier in Rede stehenden HCV-Infektionen. Mit dem AntiDHG besteht gleichwohl eine gesetzliche Regelung für die in der DDR durch eine Arzneimittelstraftat mit HCV infizierten Betroffenen.

26. Welche Wirkung auf die Praxis der Begutachtung und der Entschädigungen hatte das Rundschreiben des damaligen BMA vom 6. April 2001 an die Länder, in welchem zumindest „einzelne extrahepatischen Manifestationen [...] ausdrücklich benannt“ wurden (Antrag der Fraktion der SPD vom 11. September 2012, Bundestagsdrucksache 17/10645, S. 3)?

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.

Extrahepatische Manifestationen einer Hepatitis C werden als Folgeschäden anerkannt und bei der Bildung des Gesamt-GdS berücksichtigt werden. Voraussetzung ist allerdings, dass sich solche nach dem AntiDHG geltend gemachten Gesundheitsschäden unter Beachtung der VMG und der einschlägigen Leitlinien (evidenzbasierte Medizin) entsprechend der jeweiligen Kausalitäten als extrahepatische Manifestationen zuordnen lassen. Das Fortbestehen eines nach den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin anerkannten extrahepatischen Beschwerdekompleses nach Viruselimitation hängt von der jeweiligen Diagnose ab (Einzelfallbegutachtung).

27. Wie viele Besprechungen der zuständigen Länderreferentinnen und Länderreferenten zum AntiDHG hat es nach Kenntnis der Bundesregierung seit diesem Rundschreiben bis heute gegeben, und zu welchen Ergebnissen und ggf. zu welchen Vereinbarungen bezüglich der Berücksichtigung der extrahepatischen Manifestationen haben diese Besprechungen insgesamt geführt?

Das BMG führt Bund-Länder-Besprechungen zum AntiDHG und zur Begutachtung auf der Basis der VersMedV durch; an den Besprechungen nehmen regelmäßig BMAS, Bundesverwaltungsamt und Bundesrechnungshof teil. Im Einzelnen fand in den Jahren 2002, 2004, 2005, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013 und 2014 die Bund-Länder-Besprechung jeweils einmal, in den Jahren 2003 und 2007 zweimal statt. Vereinbarungen zur Berücksichtigung von extrahepatischen Manifestationen wurden nicht getroffen, da sich entsprechende gesundheitliche

Beeinträchtigungen im Einzelfall unter Beachtung der VMG und der einschlägigen Leitlinien (evidenzbasierte Medizin) entsprechend der jeweiligen Kausalitäten als extrahepatische Manifestationen zuordnen lassen müssen.

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

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 mittlerweile 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.

29. Was wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unternommen, um die Aktualität der VersMedV oder auch die Fachkompetenz der Gutachterinnen und Gutachter zu gewährleisten (vgl. Antrag der Fraktion der SPD vom 11. September 2012, Bundestagsdrucksache 17/10645)?

Die aktuellen Therapieentwicklungen bei chronischer Hepatitis C waren sowohl im Jahr 2012 als auch im Jahr 2014 Thema auf der Versorgungsmedizinischen Fortbildungstagung, die das BMAS für ärztliche Gutachterinnen und Gutachter der Versorgungsverwaltungen der Länder jährlich durchführt.

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

Bei der Länderreferentenbesprechung zum AntiDHG im Jahr 2013 bestand unter den Anwesenden Einigkeit, dass anhand der derzeit gültigen Begutachtungsgrundsätze der VersMedV eine einheitliche, gerechte und reproduzierbare Begutachtung erfolgen kann. Deshalb wird eine vordringliche Überarbeitung der Begutachtungsgrundsätze zur Hepatitis C derzeit für nicht notwendig erachtet.

30. a) Wie bewertet die Bundesregierung die in der Vorbemerkung der Fragesteller dargestellten, vom Bürgerbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern geschilderten Verfahrensweisen der dortigen Behörden?
- b) Hatte die Bundesregierung Kenntnis von diesem Schreiben und dem darin geschilderten Umgang mit Betroffenen?
- c) Wurde in der Bund-Länder-Referenten-Besprechung dieses Schreiben besprochen, und mit welchem Ergebnis?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis des genannten Schreibens des Bürgerbeauftragten des Landes Mecklenburg-Vorpommern und der darin enthaltenen Schilderungen. Dieses Schreiben war nicht Gegenstand einer Bund-Länder-Besprechung zum AntiDHG.

31. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Abgeordneten Karin Maag (CDU/CSU), dass noch im Oktober 2012, also mehr als zehn Jahre nach dem Rundschreiben des damaligen BMA vom 6. April 2001 „die Umsetzung [des Anti-DHG] sehr zu wünschen übrig lässt“ (Plenarprotokoll 17/201 des Deutschen Bundestages, 25. Oktober 2012, 201. Sitzung, S. 24404 (A))?

Falls ja, worin sieht die Bundesregierung die Gründe für die mangelnde bzw. unzureichende Umsetzung des AntiDHG?

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

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.

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?

Im Rahmen des Gesprächs am 6. November 2014 im BMG, bei dem auch das BMAS, der Bundesrechnungshof und die Länder anwesend waren, schilderten die Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenverbände ihre Forderungen bezüglich der Umsetzung des AntiDHG und äußerten ihre Unzufriedenheit mit der gesetzlichen Konzeption. Hierzu nahmen Bundes- und Ländervertreterinnen und -vertreter im Einzelnen Stellung. Darüber hinaus konnte der seitens der Betroffenen geäußerten Erwartung, eine Entschädigung für das erlittene Unrecht zu erhalten, die nicht an (gesundheitliche) Schädigungsfolgen anknüpft, nicht entsprochen werden.

34. a) Wurden bzw. werden wissenschaftlich anerkannte Erkenntnisse, wie sie vor allem in der S3-Leitlinie zur Hepatitis C und dessen Aktualisierungen handlungsleitend festgehalten sind, in der aktuell laufenden Überarbeitung der VersMedV berücksichtigt?
- b) Wenn ja, inwiefern haben sich diese Erkenntnisse in den Änderungen niedergeschlagen, und welche Folgen haben diese Änderungen für die Praxis der Begutachtung sowie die Entscheidungen bezüglich der Entschädigungen und deren Höhe?
- c) Wenn nein, warum wurden die Erkenntnisse nicht berücksichtigt?

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 zugrunde zu legen.

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

35. Welche Anregungen des Beirats für Versorgungsmedizin beim BMAS zum Thema HCV wurden bzw. werden bei der derzeit in Überarbeitung befindlichen VersMedV berücksichtigt?
36. Welche Anregungen des Beirats für Versorgungsmedizin beim BMAS zum Thema HCV wurden, bzw. werden bei der derzeit in Überarbeitung befindlichen VersMedV nicht berücksichtigt, und warum?

Die Fragen 35 und 36 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

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

37. Inwieweit sind bei der laufenden Gesamtüberarbeitung der VersMedV auch die Begutachtungsgrundsätze zur chronischen Hepatitis C überprüft worden, wie dies laut der Abgeordneten Karin Maag (CDU) im Protokoll der Besprechung zwischen BMG und BMAS am 27. September 2012 festgehalten wurde (Plenum des Bundestages, 25. Oktober 2012, Plenarprotokoll 17/201, S. 24405 (B)), bzw. werden diese Begutachtungsgrundsätze überarbeitet, und welche Änderungen wurden bzw. werden vorgenommen?

Falls es keine Überarbeitung geben sollte, warum nicht?

Die Überarbeitung der Begutachtungsgrundsätze zur Hepatitis C ist derzeit noch nicht erfolgt. Auf die Antwort zu Frage 29 wird verwiesen.

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

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.

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

Für folgende neue Wirkstoffe hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Zusatznutzen nach § 35a SGB V bewertet: Boceprevir (Beschlussfassung 1. März 2012), Telaprevir (Beschlussfassung 29. März 2012), Simeprevir (Beschlussfassung 20. November 2014), Sofosbuvir (Beschlussfassung 17. Juli 2014).

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

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

Für Simeprevir hat der GB-A einen Hinweis für einen beträchtlichen Zusatznutzen bei therapienaiven (mit und ohne Zirrhose) und therapieerfahrenen (Relapse und vorherige Non-Responder) Patientinnen und Patienten mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1) festgestellt. Für therapienaive Patientinnen und Patienten (ohne Zirrhose) und therapieerfahrene Patientinnen und Patienten (Relapse ohne Zirrhose) mit einer HIV-Koinfektion, die mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1 oder Genotyp 4) infiziert sind, ergab sich ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen von Simeprevir gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie. Bei therapieerfahrenen Patientinnen und Patienten (vorherige Non-Responder) mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 4), bei therapienaiven Patientinnen und Patienten mit Zirrhose und bei therapieerfahrenen Patientinnen und Patienten (vorherige Non-Responder mit und ohne Zirrhose, Relapse mit Zirrhose) mit einer HIV-Koinfektion, die mit chronischer HCV-Infektion (Genotyp 1 oder Genotyp 4) infiziert sind, ist der Zusatznutzen nicht belegt.

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?

Zu den kostenmäßigen Auswirkungen des Einsatzes der neuen Therapieverfahren ist keine Aussage möglich. Bisher wurde das neue Therapieverfahren (Wirkstoff Sofosbuvir) nur in Einzelfällen angewendet. Hinsichtlich der daraus resultierenden anfallenden Ausgaben ist festzustellen, dass die Therapiekosten in der GKV-Pauschale enthalten sind (§§ 19, 20 BVG i. V. m. § 2 AntiDHG). Die Therapie unter Einsatz des Wirkstoffs Sofosbuvir zum Zweck der Eliminierung des HCV war auch Diskussionsgegenstand der Bund-Länder-Besprechung am 6. November 2014. Bei dem Wirkstoff Sofosbuvir handelt es sich um ein hochpotentes Medikament mit 98- bis 99-prozentiger Heilungsrate. Die Auswirkung auf die Folgeerkrankungen muss abgewartet und im Einzelfall beurteilt werden.

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?

Ja. Berechtigte 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.