

**Richtlinien für die Gewährung von Leistungen wegen
Contergan-Schadensfällen
vom 16. Juli 2013**

Mit dem Inkrafttreten des Dritten Gesetzes zur Änderung des Conterganstiftungsgesetzes (ContStifG) vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1847) ersetzt nachfolgende Neufassung die Richtlinien mit Anlagen vom 23. September 1973 (BAnz. Nr. 189 vom 6. Oktober 1973), zuletzt geändert am 10. Juni 2013 (BAnz AT 18.06.2013 B4).

Richtlinien für die Gewährung von Leistungen wegen Contergan-Schadensfällen

Teil I

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Leistungen der Stiftung

Die Stiftung gewährt aus dem Vermögen gemäß § 11 ContStifG für die Leistungen wegen Thalidomid-Schadensfällen:

Kapitalentschädigung	Teil II,
Conterganrente	Teil III,
jährliche Sonderzahlungen	Teil IV,
Leistungen zur Deckung spezifischer Bedarfe	Teil V.

§ 2 Antragsgrundsatz

(1) Leistungen der Stiftung werden, bis auf die jährlichen Sonderzahlungen, nur auf Antrag gewährt. Maßgeblich hierfür ist der Eingang des Antrags bei der Stiftung.

(2) Unrichtige Angaben bei der Stellung des Antrags können zu dessen Ablehnung oder zur Rückforderung von Leistungen führen.

(3) Im Interesse einer zügigen Herbeiführung ihrer Entscheidungen nach § 16 Abs. 2 ContStifG können der Stiftungsvorstand und die Kommissionen Ausschlussfristen zur Vervollständigung der Anträge oder Beibringung von Beweismitteln setzen.

§ 3 Antragsvordruck

Im Interesse einer einheitlichen Bearbeitung und vollständigen Angabe aller entscheidungserheblichen Umstände kann der Stiftungsvorstand verlangen, dass Anträge auf einem von ihm herausgegebenen Antragsvordruck gestellt werden. Zur Fristwahrung genügt ein formloser Antrag. Jedoch sei auf § 2 Absatz 3 dieser Richtlinien hingewiesen.

§ 4 Ermittlung der Höhe der Leistungen

(1) Die zur Ermittlung der Höhe der Leistungen nach § 13 Absatz 1 ContStifG erforderliche Feststellung der Schwere des Körperschadens und der hierdurch hervorgerufenen Körperfunktionsstörungen bemisst sich

1. für die Kapitalentschädigung nach der Anlage 1;

2. für die Conterganrenten nach der Anlage 3;
3. für die jährlichen Sonderzahlungen nach der Anlage 4.

(2) Die Bewertung mit Punkten der Körperschäden folgt aus der Übersicht in Anlage 2.

(3) Die zur Ermittlung der Höhe der Leistungen zur Deckung spezifischer Bedarfe erforderlichen Feststellungen ergeben sich aus den §§ 13 ff. dieser Richtlinien.

§ 5 Befreiende Wirkung von Zahlungen

Die Stiftung ist berechtigt, mit befreiender Wirkung an einen der gesetzlichen Vertreter des behinderten Menschen zu zahlen, falls dieser Befugnis zur Vermögensverwaltung vorweist. Die Stiftung haftet nicht dafür, dass das Geld im Interesse des behinderten Menschen verwendet oder angelegt wird.

Teil II

Kapitalentschädigung

§ 6 Berechtigte

(1) Kapitalentschädigung wird gewährt an behinderte Menschen, deren Fehlbildungen mit der Einnahme thalidomidhaltiger Präparate der Grünenthal GmbH, Aachen (früher Chemie Grünenthal GmbH in Stolberg) durch die Mutter während der Schwangerschaft in Verbindung gebracht werden können. Thalidomidhaltige Präparate im Sinne dieser Vorschrift sind auch diejenigen Präparate der Firma Kali-Chemie, die von der Grünenthal GmbH geliefertes Thalidomid enthielten.

(2) Voraussetzung ist, dass der behinderte Mensch das Inkrafttreten des Errichtungsgesetzes erlebt hat. Der Anspruch ist gemäß § 13 Absatz 5 Satz 2 ContStifG vererblich.

(3) Den Nachweis, dass die Voraussetzungen für die Gewährung von Kapitalentschädigung vorliegen, hat die Antragstellerin oder der Antragsteller zu führen. Der Nachweis gilt als geführt, falls die Antragstellerin oder der Antragsteller vor Inkrafttreten des Errichtungsgesetzes von dem Zulassungsausschuss der Treuhänder als leistungsberechtigte Person anerkannt worden ist.

(4) Haben die antragstellende Person oder ihre gesetzlichen Vertreter ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereiches des Gesetzes, so gelten für sie grundsätzlich die Bestimmungen des § 15 ContStifG.

§ 7 Höhe der Kapitalentschädigung

Die Höhe der Kapitalentschädigung richtet sich nach der Schwere des Körperschadens und der hierdurch hervorgerufenen Körperfunktionsstörungen. Dabei ist auszugehen vom Schweregrad der Fehlbildung, wie er bei der Geburt vorlag oder angelegt war - auch wenn die Fehlbildung erst später festgestellt wird -, unter Berücksichtigung der zu erwartenden körperlichen Behinderung.

Wird nach Vorliegen eines bestandskräftigen Bescheids über die Kapitalentschädigung ein darin nicht berücksichtigter Körperschaden festgestellt, der bereits bei Geburt vorlag oder angelegt war, wird die Kapitalentschädigung ab dem Beginn der Leistungsgewährung angepasst, wenn sich unter Anwendung der Anlagen 1 und 2 eine höhere Kapitalentschädigung ergibt.

Teil III

Conterganrente

§ 8 Anspruchsberechtigte

(1) Kapitalentschädigungsberechtigte, deren Körperschäden mit mehr als 9,99 Punkten aus der Übersicht in Anlage 2 bewertet worden sind, erhalten eine lebenslange Conterganrente nach der Tabelle in Anlage 3.

(2) Die Höhe der Conterganrente richtet sich nach § 13 Absatz 2 ContStifG. Dabei ist auszugehen vom Schweregrad der Fehlbildung, wie er bei der Geburt vorlag oder angelegt war - auch wenn sie erst später festgestellt wird -, unter Berücksichtigung der zu erwartenden körperlichen Behinderung.

(3) Eine Erhöhung oder Verminderung der Conterganrente bei einer Änderung der Körperfunktionsstörungen nach bestandskräftiger Entscheidung über den Antrag findet nicht statt. Wird nach Vorliegen eines bestandskräftigen Bescheids über die Conterganrente ein darin nicht berücksichtigter Schaden festgestellt, der bereits bei Geburt vorlag oder angelegt war, wird die Conterganrente ab dem Beginn der Leistungsgewährung angepasst, wenn sich unter Anwendung der Anlagen 1, 2 und 3 eine höhere Conterganrente ergibt.

§ 9 Dauer der Conterganrente

(1) Die Conterganrente ist zu Beginn eines Monats zu zahlen.

(2) Die Zahlung der Conterganrente wird eingestellt mit Ablauf des Monats, in dem die leistungsberechtigte Person verstirbt.

Teil IV

Jährliche Sonderzahlungen

§ 10 Berechtigte

Die jährliche Sonderzahlung wird ab 2009 ohne Antrag an die behinderten Menschen gewährt, denen eine Conterganrente nach Teil III zuerkannt worden ist.

§ 11 Fälligkeit

(1) Die Überweisung der jährlichen Sonderzahlung für das Jahr 2009 ist am 2. November 2009 und für das Jahr 2010 am 4. Januar 2010 zu veranlassen. Ab 2011 ist die Überweisung der jährlichen Sonderzahlung am 1. März eines jeden Jahres zu veranlassen.

(2) Wird einem behinderten Menschen der Anspruch auf eine Conterganrente nach dem 2. November 2009 und vor dem 1. März 2011 zuerkannt, ist die Überweisung der jährlichen Sonderzahlung für die Jahre 2009 und 2010 am Ersten des auf den Erlass des Bewilligungsbescheides folgenden übernächsten Monats zu veranlassen. Wird der Anspruch auf eine Conterganrente nach dem 1. März 2011 zuerkannt, ist die Überweisung der jährlichen Sonderzahlung für das dann laufende Jahr sowie für zurückliegende Zeiträume am Ersten des auf den Erlass des Bewilligungsbescheides folgenden übernächsten Monats zu veranlassen.

(3) Fällt ein Datum, nach dem nach Absatz 1 oder 2 die Überweisung einer jährlichen Sonderzahlung zu veranlassen ist, auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, ist diese jährliche Sonderzahlung am folgenden Werktag zu veranlassen.

§ 12 Umfang der jährlichen Sonderzahlung

(1) Die Höhe der Sonderzahlungen im Einzelfall ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Betrag von insgesamt 100 Millionen Euro, aus den künftig hieraus erwirtschafteten Erträgen, aus der Anzahl der leistungsberechtigten Personen, aus der Laufzeit der Sonderzahlungen von 25 Jahren sowie aus der Anlage 4.

(2) Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird in Kooperation mit dem Stiftungsvorstand die Höhe der jährlichen Sonderzahlungen alle zwei Jahre anhand der demografischen Entwicklung prüfen und neu festsetzen, damit das Vermögen für die Sonderzahlungen mit dem Ablauf des Jahres 2033 aufgebraucht ist.

Teil V

Leistungen zur Deckung spezifischer Bedarfe

§ 13 Berechtigte

(1) Leistungen zur Deckung spezifischer Bedarfe werden auf Antrag an die behinderten Menschen gewährt, denen eine Conterganrente nach Teil III zuerkannt worden ist. Die geltend gemachten Bedarfe müssen durch eine ärztliche Verordnung oder ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden.

(2) Leistungen für zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Versorgung gemäß § 14 Nr. 3 und die in diesem Zusammenhang erforderliche Behandlung von Gesichtsdeformationen werden nur an Berechtigte gewährt, die orthopädische Schäden der oberen Extremitäten gemäß IV.1. A. Nr.1-4 oder innere Schäden gemäß IV. Nr. 2.19 - schwere Kieferfehlbildung mit funktioneller Störung oder entstellender Wirkung - oder Hals-, Nasen-, Ohrenschäden gemäß IV. Nr. 4.5 - Lippen-Kiefer-Gaumenspalte - der Medizinischen Punktetabelle (Anlage 2) haben.

§ 14

Leistungskatalog für spezifische Bedarfe

Soweit die Leistungen nicht oder nicht in voller Höhe von anderen Kostenträgern übernommen werden, werden Leistungen insbesondere für folgende medizinischen Bedarfe gewährt:

1. Rehabilitationsleistungen:

insbesondere ambulante und stationäre Kuraufenthalte in geeigneten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie die Mitnahme einer notwendigen Begleitperson und deren Verdienstaussfall bis zur Höhe der für ehrenamtliche Richter gemäß § 18 Satz 1 JVEG gewährten Entschädigung für Verdienstaussfall.

2. Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln:

Heilmittel insbesondere zur Aufrechterhaltung der Beweglichkeit und zur Linderung von Schmerzen wie zum Beispiel Maßnahmen der Physiotherapie, Lymphdrainage und manuellen Therapie oder Ergotherapie, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten; weitere Behandlungen wie zum Beispiel Osteopathie und Akupressur.

Hilfsmittel, insbesondere an die spezifische Art der Schädigung angepasste Mobilitätshilfen auf dem technisch neuesten Stand; Therapieräder, Sehhilfen und Mehrbedarfe bei Hörgeräten.

3. Zahnärztliche, kieferchirurgische und kieferorthopädische Versorgung:

insbesondere Versorgung mit feststehendem Zahnersatz sowie implantologischen Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen und Maßnahmen der professionellen Zahnreinigung.

4. Förderung und Verbesserung der medizinischen Behandlung der Berechtigten in Arztpraxen und Kliniken oder zur Spezialisierung von Pflegediensten soweit im jeweils laufenden Jahr absehbar ist, dass die Mittel von 30 Millionen Euro nicht für Individualmaßnahmen unmittelbar zugunsten der Berechtigten ausgeschöpft werden und sofern der Bedarf glaubhaft gemacht wird. Der Höchstbetrag für diese Leistungen beträgt 5.000 Euro pro antragstellende Arztpraxis, Klinik oder pro Pflegedienst je Jahr.

§ 15 Höhe der Leistung für spezifische Bedarfe

(1) Die Höhe der Leistung für spezifische Bedarfe im Einzelfall ergibt sich aus dem zur Verfügung stehenden Gesamtbetrag von 30 Millionen Euro jährlich und aus der Anerkennung des beantragten konkreten Bedarfs im Einzelfall durch die Stiftung. Auf die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte oder die Beihilfevorschriften des Bundes wird verwiesen.

(2) Der Höchstbetrag für Leistungen zur Deckung spezifischer Bedarfe beträgt pro Person 20.000 Euro je Jahr.

§ 16 Verfahren

(1) Der Leistungsantrag auf Erstattung des jeweiligen spezifischen Bedarfs ist bei den für die oder den Berechtigten zuständigen Kostenträgern zu stellen. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Kostenträger die Erstattung voraussichtlich ablehnen wird.

(2) Im Falle einer Ablehnung oder Teilablehnung der beantragten Leistung durch den Kostenträger leitet der Kostenträger den ablehnenden Bescheid mit Zustimmung der antragstellenden Person unmittelbar an die Stiftung weiter und informiert die antragstellende Person. Mit Eingang des ablehnenden Bescheids bei der Stiftung gilt dies als Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Deckung des spezifischen Bedarfs durch die oder den Berechtigten bei der Stiftung gemäß § 13 Abs. 1 ContStifG.

(3) Ausländische Berechtigte können unmittelbar einen Antrag auf Gewährung von Leistungen zur Deckung des spezifischen Bedarfs bei der Stiftung stellen. Dem Antrag sind eine ärztliche Verordnung und der Nachweis der Nichterstattung der beantragten Leistung durch die Kostenträger beizufügen.

(4) Die Bearbeitung der Anträge erfolgt durch die beim Stiftungsvorstand angesiedelte Geschäftsstelle. Die Geschäftsstelle prüft den Bescheid des

Kostenträgers und bewertet den Antrag. Der Stiftungsvorstand setzt die Leistung auf der Grundlage der Bewertung der Geschäftsstelle fest.

(5) Sollte eine Leistung gewährt werden, die nicht in § 14 ausdrücklich genannt ist, stellt der Vorstand dies in seinem Beschluss nach Absatz 4 fest und begründet in seinem Beschluss, warum ein den ausdrücklich genannten Bedarfen vergleichbarer Bedarf besteht. Dies gilt nicht für Wiederholungsbewilligungen.

(6) Die Berechtigten verpflichten sich, etwaige Ansprüche gegenüber Kostenträgern aufgrund der Ablehnung oder Teilablehnung der beantragten Leistung an die Stiftung abzutreten. Die Stiftung ist gehalten, begründete Ansprüche gegenüber den Kostenträgern geltend zu machen.

(7) Für die Bearbeitung der Leistungsanträge gilt das Verwaltungsverfahrensgesetz des Bundes.

§ 17

Leistungen Dritter

Entsprechende Leistungen Dritter, die keine Kostenträger sind, sind anzurechnen.

Berlin, den 16. Juli 2013

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Im Auftrag
Dieter Hackler

Anlage 1
zu den Richtlinien für die Gewährung von Leistungen
wegen Conterganschadensfällen

Tabelle Kapitalentschädigung

Punkte	Kapitalentschädigung
1 – 4,99	1.278 Euro
5 – 9,99	2.556 Euro
10 – 19,99	3.835 Euro
20 – 29,99	5.113 Euro
30 – 39,99	6.391 Euro
40 – 49,99	7.669 Euro
50 – 59,99	8.948 Euro
60 – 69,99	10.226 Euro
70 – 79,99	11.504 Euro
80 und mehr	12.782 Euro

Hinweis!!

Die Anlage 2 „Medizinische Punktetabelle“
ist als gesonderte PDF-Datei abrufbar.

Anlage 3
zu den Richtlinien für die Gewährung von Leistungen
wegen Conterganschadensfällen

Conterganrententabelle ab 01. August 2013

Punkte	monatliche Conterganrente
bis 9,99	nur Kapitalentschädigung § 13 Abs.2 S. 3 ContStifG
10 – 14,99	612 Euro
15 – 19,99	938 Euro
20 – 24,99	1.280 Euro
25 – 29,99	1.635 Euro
30 – 34,99	1.999 Euro
35 – 39,99	2.509 Euro
40 – 44,99	3.075 Euro
45 – 49,99	3.686 Euro
50 – 54,99	3.917 Euro
55 – 59,99	4.147 Euro
60 – 64,99	4.378 Euro
65 – 69,99	4.723 Euro
70 – 74,99	5.069 Euro
75 – 79,99	5.414 Euro
80 – 84,99	5.760 Euro
85 – 89,99	6.106 Euro
90 – 94,99	6.509 Euro
95 – 100	6.912 Euro

Anlage 4
zu den Richtlinien für die Gewährung von Leistungen
wegen Conterganschadensfällen

Tabelle der jährlichen Sonderzahlungen ab 2009

Punkte	jährliche Sonderzahlung
Bis 9,99	-
10 – 19,99	460 Euro
20 – 29,99	920 Euro
30 – 39,99	1.380 Euro
40 – 49,99	1.840 Euro
50 – 59,99	2.300 Euro
60 – 69,99	2.760 Euro
70 – 79,99	3.220 Euro
80 und mehr	3.680 Euro