

**II-3103 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode**

REPUBLIK ÖSTERREICH
BUNDESMINISTERIUM
FÜR ARBEIT UND SOZIALES

Zl. 21.891/110-5/91

1010 Wien, den 12. August 1991

Stubenring 1

Telefon (0222) ~~XXXX~~ 71100

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

--

Klappe - Durchwahl

1298 IAB

1991 -08- 13

zu 1296 IJ

B e a n t w o r t u n g

der Anfrage der Abg. PILZ und FreundInnen
an den Herrn Bundesminister für
Arbeit und Soziales, betreffend Kranken-
und Unfallversicherung der Präsenzdienler
(Nr. 1296/J)

Von den anfragenden Abgeordneten wird folgendes ausgeführt:

"Laut Heeresgebührengesetz 1985 (§ 18 ff) haben Präsenzdienler im Krankheitsfall in der Regel weder die Möglichkeit der freien Arztwahl noch die Möglichkeit der freien Wahl einer Krankenanstalt. Vielmehr müssen sie, sofern dies medizinisch vertretbar und unter den gegebenen Umständen der Erkrankung bzw. des Unfalls zumutbar ist, Militärärzte und heereigene Sanitätseinrichtungen in Anspruch nehmen."

In diesem Zusammenhang werden folgende Fragen an mich gerichtet:

Frage 1:

Ein wesentliches Argument gegen eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens ist das der sogenannten "Freien Arztwahl". Gibt es in Österreich ein Recht auf diese freie Arztwahl? Wenn ja: auf welche gesetzliche Regelung gründet es sich?

- 2 -

Antwort:

Soweit von dieser Frage der Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung berührt wird, möchte ich dazu folgendes festhalten:

Die für den Bereich der ärztlichen Hilfe durch Vertragsärzte maßgebenden Bestimmungen der Sozialversicherungsgesetze zielen grundsätzlich darauf ab, die hinreichende medizinische Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen auf Kosten der Krankenversicherung zu gewährleisten. Zu diesem Zweck werden gemäß § 341 ASVG die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung (des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger) und den freiberuflich tätigen Ärzten durch privatrechtliche Verträge (sogenannte "Gesamtverträge") geregelt, die für die Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abzuschließen sind. Wesentlicher Inhalt der Gesamtverträge ist nach § 342 Abs.1 Z 1 ASVG die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte mit dem Ziel, daß unter Berücksichtigung der örtlichen - und Verkehrsverhältnisse sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur eine ausreichende ärztliche Versorgung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten freigestellt sein.

Auch § 135 Abs.2 ASVG normiert diesen Grundsatz und ergänzt noch folgendes: Bestehen bei einem Versicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muß die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen und einem oder mehreren Vertragsärzten (Wahlärzten) unter gleichen Bedingungen freigestellt sein.

- 3 -

Über die Möglichkeit der Wahl bei der Inanspruchnahme von Vertragsärzten hinaus besteht noch jene, einen Wahlarzt zu konsultieren. Nimmt nämlich der Anspruchsberechtigte nicht die Vertragspartner oder die eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) des Versicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch, so gebührt ihm gemäß § 131 ASVG der Ersatz der Kosten einer anderweitigen Krankenbehandlung in der Höhe des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre.

Durch diese Regelungen ist nach meiner Auffassung das Recht auf freie Arztwahl im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung gewährleistet.

Frage 2:

Wieviele Militärärzte stehen den Präsenzdienern im Schnitt zur Verfügung bzw. wieviele Präsenzdienere kommen im Schnitt auf einen Militärarzt?

Antwort:

Wie mir zur Kenntnis gelangt ist, wurden zum Thema "Kranken- und Unfallversicherung der Präsenzdienere" parlamentarische Anfragen auch an den Bundesminister für Landesverteidigung und an den Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz gerichtet. In diesen Anfragen ist auch die gegenständliche Frage enthalten.

In meinem gesetzlichen Wirkungsbereich stehen mir Daten für eine Beantwortung dieser Frage nicht zur Verfügung. Es ist mir daher nicht möglich, eine weitergehende Äußerung dazu abzugeben.

- 4 -

Frage 3:

Wie sieht der ÄrztIn/EinwohnerInnen-Quotient bei ASVG-Versicherten aus?

Antwort:

Zu dieser Frage habe ich den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger um Stellungnahme ersucht, der mir dazu folgendes mitgeteilt hat:

"Im Jahresdurchschnitt 1990 betrug in Österreich

- die Einwohnerzahl 7,718.000,
- die Zahl der beitragsleistenden Versicherten in der Krankenversicherung nach dem ASVG (ohne "mitversicherte" Angehörige) 4,086.000.

Am 31. Dezember 1990 standen

- 6.327 Ärzte (praktische Ärzte und Fachärzte) in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger nach dem ASVG,
- 1.904 Zahnärzte in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger nach dem ASVG,
- 472 Dentisten in einem Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger nach dem ASVG.

Es ergibt sich daher folgendes:

a) auf je 100.000 Einwohner entfielen

- 82 Ärzte,
- 25 Zahnärzte,
- 8 Dentisten.

b) Auf je 100.000 beitragsleistende Versicherte in der Krankenversicherung nach dem ASVG entfielen

- 5 -

- 155 Ärzte,
- 47 Zahnärzte,
- 12 Dentisten."

Frage 4:

Welche Informationen haben Sie zur räumlichen und zeitlichen Erreichbarkeit der Militärärzte durch die Präsenzdiener?

Antwort:

In diesem Zusammenhang erlaube ich mir auf die Beantwortung der Frage 2 zu verweisen.

Frage 5:

Welche Informationen haben Sie zur räumlichen und zeitlichen Erreichbarkeit der niedergelassenen ÄrztInnen und der Spitals-ärztInnen und für ASVG-Versicherte (bitte getrennt nach praktischen ÄrztInnen und FachärztInnen, wenn möglich auch nach Fachrichtungen)?

Antwort:

Hiezu hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger folgendes mitgeteilt:

"- Zur räumlichen Verteilung der Kassenvertragsärzte:

Unseren Informationen nach ist der Bedarf an praktischen Ärzten ausreichend gedeckt. Hinsichtlich der Versorgung durch Fachärzte besteht ein regionaler und fachspezifischer Ergänzungsbedarf.

- Zur zeitlichen Erreichbarkeit der Kassenvertragsärzte:

Statistisches Material über Ordinationszeiten steht uns nicht zur Verfügung. Nach unseren Informationen werden Einzelverträge mit niedergelassenen Ärzten in letzter Zeit nur unter der Bedingung einer Mindestordinationszeit von 20 Stunden pro Woche abgeschlossen.

- 6 -

Weitere Informationen - insbesondere Zahlenmaterial - zur räumlichen und zeitlichen Erreichbarkeit der Kassenvertragsärzte stehen uns nicht zur Verfügung.

In diesem Zusammenhang verweisen wir Sie auf eine in Fertigstellung befindliche Studie des österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen, in der der gegenständliche Komplex ausführlich behandelt wird."

Ergänzend zu den Ausführungen des Hauptverbandes muß ich festhalten, daß auch ich als Bundesminister für Arbeit und Soziales nicht über statistische Daten und sonstige Informationen verfüge, die der Beantwortung der gegenständlichen Frage dienen könnten.

Frage 6:

Wieviele Präsenzdiener werden pro Jahr von heereigenen Spitälern bzw. durch Militärärzte an das öffentliche Gesundheitswesen überwiesen? Wieviele zu niedergelassenen ÄrztInnen und wieviele in stationäre Behandlung?

und

Frage 7:

Welches waren in den letzten Jahren die häufigsten Diagnosen bei Transferierung in öffentliche Krankenanstalten oder zu niedergelassenen ÄrztInnen?

Antwort:

Zu den Fragen 6 und 7 muß ich mitteilen, daß nach Auskunft des Hauptverbandes diesem keine Statistiken zur Beantwortung dieser Fragen zur Verfügung stehen. Auch in meinem Ressort sind derartige Unterlagen nicht vorhanden.

- 7 -

Frage 8:

Wieviele Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe stehen in den heeres eigenen Spitälern bzw. spitalsähnlichen Einrichtungen pro Patient zur Verfügung?

Antwort:

In diesem Zusammenhang erlaube ich mir auf die Beantwortung der Frage 2 zu verweisen.

Frage 9:

Wie sieht dieser Quotient (Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe zu EinwohnerInnen) bei ASVG-Versicherten aus (bitte getrennt nach gehobenem und einfachem med.techn.Personal, dipl. Pflegepersonal, Sanitätshilfsdiensten und Anlernkräften)?

Antwort:

Auch zu dieser Frage habe ich den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger um Stellungnahme ersucht.

Dieser hat folgendes berichtet:

"Dem Hauptverband steht Zahlenmaterial hinsichtlich Angehöriger nichtärztlicher Gesundheitsberufe in der gewünschten Form nicht zur Verfügung.

Vom Hauptverband konnte lediglich aus dem vom Bundeskanzleramt herausgegebenen "Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich im Jahre 1989" für den intramuralen Bereich folgendes Zahlenmaterial ermittelt werden:

- Krankenpflegefachdienst: 29.630 Personen.
- Medizinisch-technischer Dienst: 5.700 Personen.
- Medizinisch-technischer
Fachdienst: 1.285 Personen.
- Sanitätshilfsdienst: 15.189 Personen.

- 8 -

Im Jahresdurchschnitt 1989

- betrug die Gesamtbevölkerung Österreichs 7,624.000.
- die Zahl der beitragsleistenden Versicherten in der Krankenversicherung nach dem ASVG (ohne "mitversicherte" Angehörige) 4,002.000.

Hieraus ergibt sich folgendes:

a) Auf je 100.000 Einwohner entfielen

- 389 Personen des Krankenpflegefachdienstes.
- 75 Personen der medizinisch-technischen Dienste.
- 17 Personen des medizinisch-technischen Fachdienstes.
- 199 Personen des Sanitätshilfsdienstes.

b) Auf je 100.000 beitragsleistende Versicherte in der Krankenversicherung nach dem ASVG entfielen

- 740 Personen des Krankenpflegefachdienstes.
- 142 Personen der medizinisch-technischen Dienste.
- 32 Personen des medizinisch-technischen Fachdienstes.
- 380 Personen des Sanitätshilfsdienstes."

Frage 10:

Welche Ansprüche in bezug auf Rehabilitation nach Unfällen haben Präsenzdiener im Vergleich zu Unfallopfern, die Arbeitsunfälle erlitten haben und zur Gruppe der ASVG-Versicherten gehören?

Antwort:

Wie mir bekannt ist, ist auch diese Frage in den an den Bundesminister für Landesverteidigung und den Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz gerichteten parla-

- 9 -

mentarischen Anfragen (wenngleich ohne Einschränkung auf den Bereich der ASVG-Versicherten) enthalten.

Aus der Sicht meines Zuständigkeitsbereiches ist dazu folgendes zu sagen:

Gemäß § 173 ASVG werden als Leistungen der Unfallversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Bundesgesetzes im Falle einer durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten körperlichen Schädigung des Versicherten unter anderem Unfallheilbehandlung sowie berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation gewährt. Näheres über Art und Umfang dieser Leistungen der Unfallversicherung bestimmen die §§ 189 bis 194 und die §§ 198 bis 201 ASVG. Eine Kopie des diesbezüglichen Gesetzestextes lege ich zur Information bei.

Was die Ansprüche der Präsenzdiener nach einem Unfall betrifft, so ist gemäß § 1 Abs.1 erster Satz HVG eine Gesundheitsschädigung, die ein Soldat infolge des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes, einschließlich einer beruflichen Bildung im freiwillig verlängerten Grundwehrdienst oder im Wehrdienst als Zeitsoldat, erlitten hat, nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes zu entschädigen.

Das gleiche gilt für eine Gesundheitsschädigung, die ein Wehrpflichtiger bei bestimmten Tätigkeiten (§ 1 Abs.1 zweiter Satz HVG) oder auf einem bestimmten Weg (§ 1 Abs.2 HVG) erlitten hat, im letzteren Fall allerdings nur, wenn die Gesundheitsschädigung nicht auf ein grob fahrlässiges Verhalten des Wehrpflichtigen zurückzuführen ist.

Gemäß § 4 Abs.1 HVG hat der Beschädigte im Falle einer Dienstbeschädigung u.a. Anspruch auf Rehabilitation. Diese umfaßt Heilfürsorge, orthopädische Versorgung sowie berufliche und

- 10 -

soziale Maßnahmen. Diesbezügliche nähere Ausführungen enthält das Heeresversorgungsgesetz in seinem III. Abschnitt (§§ 5 bis 20a HVG). Auch hiezu lege ich eine Kopie des Gesetzestextes bei.

Frage 11:

Halten Sie diese Regelung für ausreichend?

Antwort:

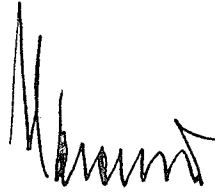
Ich halte die im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung nach dem ASVG bestehenden Regelungen, die nach einem Arbeitsunfall umfangreiche Maßnahmen zur medizinischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation vorsehen, grundsätzlich für ausreichend. Ich möchte in diesem Zusammenhang der Vollständigkeit halber jedoch nicht unerwähnt lassen, daß in den bereits zur Begutachtung versendeten Entwurf einer 50. Novelle zum ASVG die Bestimmung des § 137a ASVG aufgenommen wurde, durch die im Bereich der Krankenversicherung die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zu den sonstigen Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit hinzutreten sollen. Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung sollen unabhängig von der Krankheitsursache nach dem Wortlaut der genannten Bestimmung vom Träger der Krankenversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen gewährt werden. Diese Lösung soll jedoch keine endgültige sein. Vielmehr ist beabsichtigt, künftig die Rehabilitation in der Krankenversicherung neben jener in der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung als Pflichtleistung, auf die ein individueller Rechtsanspruch besteht, zu erbringen. Ob die in Rede stehende Bestimmung tatsächlich Gesetzeskraft erlangt, hängt selbstverständlich von ihrer parlamentarischen Behandlung ab.

Was die Versorgung der Präsenzdienler nach einem Unfall in Ausübung ihrer Wehrpflicht anlangt, ist festzuhalten, daß das

- 11 -

Heeresversorgungsgesetz - wie sich aus der Beantwortung der Frage 10 und aus den in diesem Zusammenhang von mir übermittelten Gesetzestexten hervorgeht - im wesentlichen gleichartige Regelungen, wie sie im ASVG enthalten sind, trifft. Auch in diesem Bereich ist somit ein ausreichender Schutz der Präsenzdiener gewährleistet.

Der Bundesminister:



ABSCHNITT III

Leistungen

1. UNTERABSCHNITT

Leistungen im Falle einer körperlichen
Schädigung des Versicherten

Unfallheilbehandlung

§ 189. (1) Die Unfallheilbehandlung hat mit allen geeigneten Mitteln die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung sowie die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit verursachte Minderung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Fähigkeit zur Besorgung der lebenswichtigen persönlichen Angelegenheiten zu beseitigen oder zumindest zu bessern und eine Verschlimmerung der Folgen der Verletzung oder Erkrankung zu verhüten. (BGBl.Nr.31/1973, Art.III Z.8) - 1. Jänner 1973.

(2) Die Unfallheilbehandlung umfaßt insbesondere:

1. ärztliche Hilfe;
2. Heilmittel;
3. Heilbehelfe;
4. Pflege in Kranken-, Kur- und sonstigen Anstalten.

(3) Grundsatzbestimmung. Gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929 gilt als Grundsatz, daß die Unfallversicherungsträger im Rahmen der im § 148 geregelten Beziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten den Krankenversicherungsträgern gleichgestellt sind. (BGBl.Nr.684/1978, Art.III Z.3) - 1. Jänner 1979; (BGBl.Nr.647/1982, Art.III Z.5) - 1. Jänner 1983.

Dauer der Unfallheilbehandlung

§ 190. Die Unfallheilbehandlung wird so lange und so oft gewährt, als eine Besserung der Folgen des Arbeitsunfalles beziehungsweise der Berufskrankheit oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu erwarten ist oder Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten.

Gewährung der Unfallheilbehandlung durch
den Träger der Unfallversicherung

§ 191. (1) Anspruch auf Unfallheilbehandlung besteht, wenn und soweit der Versehrte nicht auf die entsprechenden Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch hat bzw. für ihn kein solcher Anspruch besteht. (BGBl.Nr.220/1965, Art.I Z.9 lit.a) - 1. April 1966; (BGBl.Nr.31/1973, Art.III Z.9, Ü. Art.VI Abs.22) - 1. Jänner 1973; (BGBl.Nr.704/1976, Art.III Z.9) - 1. Jänner 1977.

(2) Der Träger der Unfallversicherung kann die Gewährung der sonst vom Träger der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen der im § 189 Abs. 2 bezeichneten Art jederzeit an sich ziehen. Er tritt dann hinsichtlich dieser Leistungen dem Versehrten und seinen Angehörigen gegenüber in alle Pflichten und Rechte des Trägers der Krankenversicherung ein. Der Träger der Unfallversicherung hat in diesen Fällen dem Träger der Krankenversicherung anzuzeigen, daß er von einem bestimmten Tage an die Heilbehandlung gewährt; von diesem Zeitpunkt an hat der Versehrte gegen den Träger der Krankenversicherung keinen Anspruch auf die entsprechenden Leistungen der Krankenversicherung. (BGBl.Nr.220/1965, Art.I Z.9 lit.b) - 1. April 1966.

Unfallheilbehandlung für selbständig Erwerbstätige,
deren mitversicherte Angehörige sowie
für Schüler und Studenten

§ 192. Die gemäß § 7 Z.2 lit.b teilversicherten Zwischenmeister (Stückmeister), die gemäß § 7 Z.3 lit.c teilversicherten öffentlichen Verwalter, die gemäß den §§ 8 und 19 Unfallversicherten, die selbständig erwerbstätig sind, sowie ihre im Betrieb tätigen gemäß § 19 Abs.1 Z.2 versicherten Angehörigen, ferner die gemäß § 8 Abs.1 Z.3 lit.h und i dieses Bundesgesetzes teilversicherten Schüler und Studenten, die gemäß den §§ 3 und 11 Abs.1 Z.1 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes Unfallversicherten sowie die gemäß § 11 Abs.1 Z.2 des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes versicherten Angehörigen erhalten die Heilbehandlung gemäß § 191 erst vom Beginn des dritten Monats nach dem Eintritt des Versicherungsfalles an. Der Träger der Unfallversicherung kann unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit durch die Satzung bestimmen, ob, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit schon von einem früheren Zeitpunkt an Heilbehandlung nach § 191 oder an deren Stelle Geldleistungen zu gewähren sind. (BGBl.Nr.13/1962, Art.III Z.8) - 1. Jänner 1962; (BGBl.Nr.31/1973, Art.III Z.10, Ü. Art.VI Abs.22) - 1. Jänner 1973; (BGBl.Nr.775/1974, Art.I Z.38) - 1. Jänner 1975; (BGBl.Nr.530/1979, Art.III Z.7) - 1. Jänner 1980.

(BGBl.Nr.704/1976, Art.III Z.10) - 1. Jänner 1977;
 (BGBl.Nr.684/1978, Art.III Z.4) - 1. Jänner 1979.

Durchführung der Unfallheilbehandlung

§ 193. Der Träger der Unfallversicherung kann die Unfallheilbehandlung entweder unmittelbar durch hiezu bestimmte Einrichtungen oder Ärzte gewähren oder einen Krankenversicherungsträger mit der Durchführung der Heilbehandlung gegen Kostensatz betrauen. Der Träger der Krankenversicherung ist verpflichtet, einem solchen Ersuchen Folge zu leisten und die Behandlung so zu besorgen, wie es der Träger der Unfallversicherung verlangt.

Richtlinien für die Unfallheilbehandlung

§ 194. In den vom Hauptverband gemäß § 31 Abs. 3 Z. 4 zu erlassenden Richtlinien ist auch die Zusammenarbeit der Träger der Kranken- und der Unfallversicherung bei der Durchführung der Unfallheilbehandlung, insbesondere hinsichtlich eines zweckmäßigen Verfahrens zur rechtzeitigen Erfassung der Verletzten für die Heilbehandlung, deren Zuweisung zu der erforderlichen fachärztlichen Behandlung oder Krankenanstaltspflege zu regeln. Hiebei kann bestimmt werden, daß der in Betracht kommende Facharzt über die weitere Art der Behandlung zu entscheiden hat und bei welcher Art von Verletzungen die Unfallheilbehandlung in besonders bezeichneten Krankenanstalten stattfinden soll.

Kostensatz anstelle von Unfallheilbehandlung

§ 194 a. Der Träger der Unfallversicherung kann unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit durch die Satzung bestimmen, ob, unter welchen Voraussetzungen und inwieweit Versehrten, für die kein Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht und die die Unfallheilbehandlung nicht in Anspruch genommen haben, an deren Stelle Geldleistungen zu gewähren sind.

(BGBl.Nr.647/1982, Art.III Z.6) - 1. Jänner 1983.

Familien- und Taggeld bei Gewährung von Anstaltspflege

§ 195. (1) Gewährt der Träger der Unfallversicherung als Unfallheilbehandlung Pflege in einer Kranken-, Kur- oder sonstigen Anstalt oder gewährt ein Träger der Krankenversicherung Anstaltspflege wegen der Folgen eines Arbeitsunfalles oder wegen einer Berufskrankheit, so gebührt dem Versehrten Familiengeld für seine Angehörigen (§ 123 Abs. 2, 4 und 7) bzw. Taggeld nach Maßgabe der Abs. 2 bis 6. Das Familiengeld kann unmittelbar den Angehörigen ausgezahlt werden.

(2) Das tägliche Familiengeld beträgt für einen Angehörigen 1,6 v. H., für jeden weiteren Angehörigen 0,4 v. H., zusammen jedoch nicht mehr als 2,8 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage.

(3) Besteht wegen Fehlens von in Betracht kommenden Familienangehörigen kein Anspruch auf Familiengeld, so gebührt Taggeld in der Höhe von 1 v. H. eines Zwölftels der Bemessungsgrundlage.

(4) Familiengeld bzw. Taggeld gebühren nicht, wenn und solange der Versehrte mehr als 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge (§ 49 Abs. 1) vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit weiter bezieht. Bezieht der Versehrte 50 v. H. der vollen Geld- und Sachbezüge weiter, gebührt Familiengeld bzw. Taggeld zur Hälfte. Eine Erhöhung der Geld- und Sachbezüge, die nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf Grund gesetzlicher oder kollektivvertraglicher Regelungen eintritt, hat außer Betracht zu bleiben.

(5) Bei Versehrten, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes krankenversichert und vom Anspruch auf Krankengeld nicht ausgeschlossen (§ 138 Abs. 2) sind, fällt das Familiengeld bzw. das Taggeld mit Beginn der 27. Woche nach Eintritt des Versicherungsfalles an.

(6) Trifft der Bezug von Familien(Tag)geld aus einer gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Anspruch auf Familiengeld bzw. Taggeld zusammen, so ruht dieser Anspruch in der Höhe des Bezuges von Familien(Tag)geld aus der Krankenversicherung; hiebei ist einem solchen Bezug die Zeit, für die gemäß § 138 Abs. 1 Anspruch auf Krankengeld nicht besteht, gleichzuhalten.

(7) Die in der Unfallversicherung gemäß § 8 Abs. 1 Z. 3 lit. h und i Teilversicherten sind vom Anspruch auf Familien- und Taggeld ausgeschlossen.

(BGBl.Nr.6/1968, Art.I Z.58, Ü. Art.III Abs.9) -
 1. Jänner 1968; (BGBl.Nr.17/1969, Art.I Z.30) -
 1. Jänner 1969; (BGBl.Nr.31/1973, Art.III Z.11, Ü.
 Art.VI Abs.22) - 1. Jänner 1973; (BGBl.Nr.704/1976,
 Art.III Z.11) - 1. Jänner 1977.

Besondere Unterstützung

§ 196. Für die Dauer einer Unfallheilbehandlung (§ 191) oder einer Krankenbehandlung (§ 119) kann der Träger der Unfallversicherung dem Versehrten oder seinen Angehörigen in Berücksichtigung der Schwere der Verletzungsfolgen und der langen Dauer der Behandlung eine besondere Unterstützung gewähren; eine solche Unterstützung kann unter Bedachtnahme auf die Familienverhältnisse des Versehrten und die wirtschaftliche Lage desselben bzw. der unterhaltspflichtigen Angehörigen auch zu dem Zweck

gewährt werden, die Kosten des Transportes des Versehrten vom Ort der Behandlung an den Ort des Wohnsitzes ganz oder teilweise zu ersetzen. (BGBl.Nr.588/1981, Art.III Z.5) - 1. Jänner 1982.

Versagung der Versehrtenrente und allfälliger Zuschüsse bei Zuwiderhandlung

§ 197. (1) Befolgt der Versehrte eine die Unfallheilbehandlung oder die Krankenbehandlung (§ 119) betreffende Anordnung ohne triftigen Grund nicht und wird dadurch seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst, so können ihm die Versehrtenrente und allfällige Zuschüsse auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, wenn er vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen worden ist.

(2) Für die Dauer der Versagung gebührt den im Inland sich aufhaltenden Angehörigen, die im Falle des Todes des Versicherten infolge des Arbeitsunfalles (der Berufskrankheit) Anspruch auf Hinterbliebenenrenten hätten, eine Rente in der Höhe der Hälfte der versagten Rente beziehungsweise des versagten Teiles der Rente mit Ausnahme allfälliger Kinderzuschüsse und des Hilflosenzuschusses. Zu dieser Rente gebühren allfällige Kinderzuschüsse in der Höhe der versagten Kinderzuschüsse beziehungsweise des versagten Teiles dieser Zuschüsse. Der Anspruch steht in folgender Reihenfolge zu: Ehegatte, Kinder, Eltern, Geschwister. Den Leistungsansprüchen der Hinterbliebenen nach dem Ableben des Versicherten wird hiedurch nicht vorgegriffen.

(BGBl.Nr.17/1969, Art.I Z.31) - 1. Jänner 1969.

Berufliche Maßnahmen der Rehabilitation

§ 198. (1) Durch die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation soll der Versehrte in die Lage versetzt werden, seinen früheren oder, wenn dies nicht möglich ist, einen neuen Beruf auszuüben.

(2) Die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen insbesondere:

1. die berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit und, insoweit der Versehrte durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit in der Ausübung seines Berufes oder eines Berufes, der ihm zugemutet werden kann, wesentlich beeinträchtigt ist, die Ausbildung für einen neuen Beruf. Die berufliche Ausbildung wird so lange gewährt, als durch sie die Erreichung des angestrebten Zieles (§ 172) zu erwarten ist;

2. die Gewährung von Zuschüssen, Darlehen und/oder sonstigen Hilfsmaßnahmen zur Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit;

3. die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle oder einer anderen Erwerbsmöglichkeit.

(3) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 2 Z. 3 kann der Unfallversicherungsträger

1. einem Versehrten, der eine Arbeitsstelle angenommen hat, in der er das volle Entgelt erst nach Erlangung der erforderlichen Fertigkeit erreichen kann, für die Übergangszeit, längstens aber für vier Jahre, einen Zuschuß bis zum vollen Entgelt gewähren;

2. einem Versehrten Zuschüsse und/oder Darlehen zur Beschaffung von Arbeitskleidung oder einer Arbeitsausrüstung gewähren;

3. dem Dienstgeber eines Versehrten, der eine Arbeitsstelle angenommen hat, in der er seine volle Leistungsfähigkeit erst nach Erlangung der erforderlichen Fertigkeit erreichen kann, für die Übergangszeit, längstens aber für vier Jahre, wenn er dem Versehrten das betriebsübliche Entgelt zahlt, einen Zuschuß gewähren. (BGBl.Nr.684/1978, Art.III Z.5) - 1. Jänner 1977.

(4) Bei der Durchführung der Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation hat der Träger der Unfallversicherung, soweit er die Durchführung dieser Maßnahmen nicht nach § 200 überträgt, mit den zuständigen Dienststellen der Arbeitsmarktverwaltung zusammenzuarbeiten.

(BGBl.Nr.704/1976, Art.III Z.12, Ü. Art.VI Abs.13) - 1. Jänner 1977.

Übergangsgeld

§ 199. (1) Der Unfallversicherungsträger hat dem Versehrten für die Dauer einer Ausbildung gemäß § 198 Abs. 2 Z. 1 ein Übergangsgeld zu leisten.

(2) Das Übergangsgeld gebührt im Ausmaß von 60 v. H. der Bemessungsgrundlage. Es ist für die Angehörigen von Versehrten (§ 123) zu erhöhen, und zwar für den Ehegatten um 10 v. H. und für jeden sonstigen Angehörigen um 5 v. H. der Bemessungsgrundlage. Das Gesamtausmaß des erhöhten Übergangsgeldes darf die Bemessungsgrundlage nicht übersteigen. Es gebührt monatlich in der Höhe eines Zwölftels des Jahresbetrages, gerundet auf volle Schilling. (BGBl.Nr.684/1978, Art.III Z.6) - 1. Jänner 1979.

(3) Auf das Übergangsgeld sind ein dem Versehrten gebührendes Erwerbseinkommen, eine sonst gebührende

Geldleistung aus der Unfallversicherung bzw. eine Barleistung nach dem Arbeitsmarktförderungsgesetz anzurechnen. Hinsichtlich der Ermittlung des Erwerbseinkommens aus einem land(forst)wirtschaftlichen Betrieb ist § 292 Abs. 5 und 7 entsprechend anzuwenden. (BGBl.Nr.590/1983, Art.I Z.10 und Art.VIII Abs.2 lit.b) - 1.April 1984; (BGBl.Nr.xxx/1991, Art.I Z.3 lit.a und b) - 1.April 1991.

(4) Während der Dauer einer Ausbildung gemäß § 198 Abs.2 Z.1 kann der Unfallversicherungsträger neben dem Übergangsgeld dem Versehrten einen Beitrag zu den Kosten des Unterhaltes für ihn und seine Angehörigen (§ 123) leisten, soweit billigerweise anzunehmen ist, daß der Versehrte die Kosten der bisherigen Lebensführung aus einem anderen Einkommen nicht decken kann.

(BGBl.Nr.704/1976, Art.III Z.13, Ü.Art.VI Abs.13) - 1.Jänner 1977.

Übertragung der Durchführung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation

§ 200. (1) Der Unfallversicherungsträger kann die Durchführung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation einer Dienststelle der Arbeitsmarktverwaltung übertragen. Er hat der Dienststelle der Arbeitsmarktverwaltung die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten soweit zu ersetzen, als sie über das hinausgehen, was diese Dienststelle an arbeitsmarktpolitischen Förderungsmaßnahmen gewährt hätte, wäre ein Begehren auf derartige Maßnahmen gestellt worden.

(2) Der Unfallversicherungsträger und die Dienststellen der Arbeitsmarktverwaltung können zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Bedachtnahme auf die Zahl der in Betracht kommenden Fälle und auf die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschbeträge vereinbaren.

(BGBl.Nr.704/1976, Art.III Z.14, Ü. Art.VI Abs.13) - 1. Jänner 1977.

Soziale Maßnahmen der Rehabilitation

§ 201. (1) Die sozialen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen solche Leistungen, die über die Unfallheilbehandlung und die beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation hinaus geeignet sind, zur Erreichung des im § 172 angestrebten Zieles beizutragen.

(2) Als Maßnahmen im Sinne des Abs. 1 kann der Unfallversicherungsträger unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versehrten insbesondere gewähren:

1. einem Versehrten einen Zuschuß und/oder ein Darlehen zur Adaptierung der von ihm bewohnten oder zu bewohnenden Räumlichkeiten, durch die ihm deren Benutzung erleichtert oder ermöglicht wird;

2. einem Versehrten, dem auf Grund seiner Behinderung die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels nicht zumutbar ist,

a) einen Zuschuß zu den Kosten für die Erlangung der Lenkerbefugnis,

b) einen Zuschuß und/oder ein Darlehen zum Ankauf bzw. zur Adaptierung eines Personenkraftwagens.

(3) Als Maßnahme im Sinne des Abs. 1 kann der Unfallversicherungsträger auch den Versehrten sport, wenn er in Gruppen und unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird, durch die Gewährung von Zuschüssen an die in Betracht kommenden Einrichtungen gegen Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung fördern.

(4) Als Maßnahme im Sinne des Abs. 1 kann der Unfallversicherungsträger überdies durch die Gewährung von Zuschüssen an die in Betracht kommenden Einrichtungen einer Gemeinde, einer Gebietskörperschaft, eines Landesarbeitsamtes, eines Landesinvalidenamtes, eines Sozialversicherungsträgers sowie einer gesetzlichen beruflichen Vertretung der Dienstgeber und Dienstnehmer die Beschäftigung des Versehrten in einer geschützten Werkstätte bzw. in einer Einrichtung der Beschäftigungstherapie fördern.

(BGBl.Nr.704/1976, Art.III Z.15, Ü. Art.VI Abs.13) - 1. Jänner 1977.

(5) Mittel der Unfallversicherung können auch zur Förderung und Unterstützung von gemeinnützigen Einrichtungen, die die Förderung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Interessen von Behinderten zum Ziele haben, verwendet werden.

(BGBl.Nr.294/1990, Art.III Z.3) - 1. Juli 1990.

Zustimmung zur Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation des Unfallversicherungsträgers

§ 201a. Die Einleitung von Maßnahmen der Rehabilitation des Unfallversicherungsträgers bedarf der Zustimmung des Versehrten. Vor dessen Entscheidung ist der Versehrte vom Versicherungsträger über das Ziel und die Möglichkeiten der Rehabilitation nachweislich in geeigneter Weise zu informieren und zu beraten. Der Versehrte hat bei der Durchführung der Maßnahmen der Rehabilitation entsprechend mitzuwirken.

Abschnitt III Rehabilitation

§ 5. (1)¹⁾ Durch die Rehabilitation sollen Beschädigte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden, daß sie in die Lage versetzt werden, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können.

(2)¹⁾ Diesem Zweck dienen die Heilfürsorge, die orthopädische Versorgung sowie die beruflichen und sozialen Maßnahmen.

(3)¹⁾ Die erforderlichen Maßnahmen sind nach Geltendmachung des Versorgungsanspruches vom Landesinvalidenamts (§ 75), soweit es sich um berufliche Maßnahmen handelt, im Einvernehmen mit dem örtlich und sachlich zuständigen Arbeitsamt, unverzüglich zu treffen.

(4)²⁾ Gesundheitsschädigungen von Wehrpflichtigen, die den Präsenzdienst leisten, sind vom zuständigen Militärkommando (§ 19 des Wehrgesetzes 1978³⁾) unverzüglich dem Landesinvalidenamts (§ 75) anzuzeigen, wenn die von einem Militärarzt festgestellten Gesundheitsschädigungen zumindest mit Wahrscheinlichkeit mit der Leistung des Präsenzdienstes in ursächlichem Zusammenhang stehen⁴⁾. Nach Erhalt dieser Anzeige sind die Maßnahmen der Rehabilitation durch das Landesinvalidenamts im Einvernehmen mit dem örtlich und sachlich zuständigen Arbeitsamt und dem zuständigen Militärkommando erstmalig von Amts wegen einzuleiten. Wenn die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen von Vorfragen abhängig ist, die in das Gebiet ärztlichen Fachwissens fallen, hat der leitende Arzt des Landesinvalidenamts, ein von ihm bestimmter ärztlicher Sachverständiger oder ein Militärarzt mitzuwirken. Bei Beschädigten, die Anspruch auf gesundheitliche Betreuung nach dem IV. Abschnitt des Heeresgebührengesetzes 1985⁵⁾ haben, ist unbeschadet der Bestimmung des § 9 Abs. 2 nach Erlöschen dieses Anspruches eine noch nicht abgeschlossene Heilbehandlung ohne Unterbrechung fortzusetzen.

Zu § 5: ¹⁾ Abs 1 bis 3 idF des Art I Z 4 der 13. HVGNov BGBl 1977/612.

²⁾ Abs 4 idF des Art I Z 4 der 13. HVGNov BGBl 1977/612, des Art II Z 6 der 17. HVGNov BGBl 1985/483 und des Art II Z 3 der 19. HVGNov 1989/648.

³⁾ s unter XI a I.

⁴⁾ Die Feststellung, ob eine Dienstbeschädigung vorliegt, ist gem § 74 HVG ausschließlich den Landesinvalidenämtern bzw der beim BMAS errichteten Schiedskommission vorbehalten.

⁵⁾ s unter XI b 3.

Lfgn
955 u 956

XI. Wehrrecht, b) Vergütungsvorschriften

Österr. Recht
1. 3. 1991

§ 6. (1)¹⁾ Der Beschädigte hat Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge bei jeder als Dienstbeschädigung anerkannten Gesundheitsstörung und deren Folgen, um seine Gesundheit und Erwerbsfähigkeit möglichst wiederherzustellen, den Eintritt einer Verschlimmerung zu verhüten und die durch die Gesundheitsstörung bedingten Beschwerden zu lindern. Erwerbsunfähige (§ 23 Abs. 2) haben Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge bei jeder Gesundheitsstörung. Den gleichen Anspruch haben auch die übrigen Schwerbeschädigten, wenn sie einen Erhöhungsbetrag gemäß § 23 Abs 5 beziehen und weder der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen noch Anspruch auf Unfallheilbehandlung gegen einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben.

(2)²⁾ Die Heilfürsorge umfaßt

1. als Heilbehandlung:
 - a) ärztliche Hilfe;
 - b) Zahnbehandlung;
 - c) Beistellung von Heilmitteln und Heilbehelfen;
 - d) Hauskrankenpflege;
 - e) Pflege in einer Krankenanstalt, mit Ausnahme der in Abs. 3 genannten Anstalten;
2. Krankengeld, gegebenenfalls an dessen Stelle Familien- oder Taggeld.

(3)²⁾ Wenn die Heilfürsorgemaßnahmen nach Abs. 2 keinen genügenden Erfolg zeitigen oder erwarten lassen, gebühren dem Beschädigten als erweiterte Heilbehandlung folgende Leistungen:

1. Unterbringung in einer Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient;
2. Kur in einem Heilbad oder heilklimatische Kur gemäß den behördlich anerkannten Indikationen;
3. Unterbringung in einem Genesungsheim.

(4)³⁾ Die in Durchführung der Heilfürsorge nach Abs. 2 und 3 erwachsenden unvermeidlichen Reisekosten sind dem Beschädigten zu

Zu § 6: ¹⁾ Abs 1 letzter Satz idF des Art II Z 4 der 19. HVGNov 1989/648.

²⁾ Abs 2 und 3 idF des Art I Z 4 der 14. HVGNov BGBl 1980/226.

³⁾ Abs 4 letzter Satz wurde durch Art II Z 2 der 18. HVGNov BGBl 1987/614 angefügt.

Österr. Recht
1. 3. 1991

XI. Wehrrecht, b) Vergütungsvorschriften

Lfgn
955 u 956

ersetzen. Ist der Beschädigte auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen, so sind ihm für die Dauer einer Kur gemäß Abs. 3 Z 2 auch die Aufenthaltskosten für eine Begleitperson zu ersetzen, wenn die Kur in einer Anstalt durchgeführt wird, in der kein Personal zur Verfügung steht, das die erforderliche Hilfe leisten kann.

§ 7. (1)¹⁾ Der Beschädigte ist auf begründetes eigenes Verlangen oder, wenn es die Art seiner als Dienstbeschädigung anerkannten Gesundheitschädigung im Zusammenhalte mit seinen persönlichen Verhältnissen in

seinem Interesse oder in dem seiner Umgebung erfordert, in einer Krankenanstalt (§ 2 des Krankenanstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957) unterzubringen.

(2) Ist die Gesundheitsstörung eines in voraussichtlich dauernder Anstaltspflege untergebrachten Beschädigten nicht mehr besserungsfähig, so gilt die Heilfürsorge als abgeschlossen. Der Bund hat die Kosten der weiteren Anstaltspflege eines Schwerbeschädigten durch Umwandlung der Beschädigtenrente nach den Bestimmungen des § 61 zu übernehmen.

§ 8. (1) Ist der Beschädigte in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, so hat er bei einer auf eine Dienstbeschädigung zurückzuführenden Erkrankung Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung mit der Einschränkung, daß die Dauer der Leistungspflicht des Trägers der Krankenversicherung hinsichtlich des Krankengeldes, Familien(Tag)geldes und der Anstaltspflege mit 26 Wochen begrenzt wird. Ist diese Leistungsdauer verstrichen, so entfällt die weitere Leistungspflicht hinsichtlich der Geldleistungen und der Anstaltspflege auch für eine neue Erkrankung, die auf die gleiche Dienstbeschädigung zurückzuführen ist. Leistungen der erweiterten Heilbehandlung (§ 6 Abs. 3) sind aus den Mitteln der Sozialversicherung für Erkrankungen, die in einer Dienstbeschädigung ihre Ursache haben, nicht zu gewähren. Solange dem Beschädigten nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung zusteht, hat der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die Geldleistungen und die Anstaltspflege auch nach Ablauf der oben bezeichneten Dauer der Leistungspflicht gegen Ersatz der Aufwendungen (§ 13) auf die satzungsmäßige Dauer weiter zu gewähren. Der Anspruch auf Heilfürsorge nach diesem Bundesgesetze ruht, solange und insoweit der Beschädigte Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat.

(2) Hat der Beschädigte als Pflichtversicherter keinen Anspruch aus der gesetzlichen Krankenversicherung, so wird er zur Durchführung der Heilfürsorge der Gebietskrankenkasse seines Wohnsitzes zugeweiht. Zugeweihte erhalten die Heilfürsorge nach Art, Umfang und Dauer, wie sie die Gebietskrankenkasse den bei ihr Pflichtversicherten auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften zu gewähren hat. Krankengeld und Familien(Tag)geld wird jedoch nur nach Maßgabe der Vorschriften der §§ 11 und 12 gewährt.

(3) Der Anspruch auf Krankengeld und Familien(Tag)geld ist von Beschädigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert

Zu § 7: ¹⁾ Abs 1 idF des Art I Z 5 der 14. HVGNov BGBl 1980/226.

Lfgn
955 u 956

XI. Wehrrecht, b) Vergütungsvorschriften

Österr. Recht
1. 3. 1991

Österr. Recht
1. 12. 1986

XI. Wehrrecht, b) Vergütungsvorschriften

Lfgn.
823 u 824

oder freiwillig versichert sind, nach Ablauf der Leistungspflicht des Trägers der Krankenversicherung bei sonstigem Ausschluß für die rückliegende Zeit binnen sechs Wochen geltend zu machen.

§ 9¹⁾. (1) Solange und insoweit der Beschädigte als Wehrpflichtiger Anspruch auf gesundheitliche Betreuung nach den Bestimmungen des IV. Abschnittes des Heeresgebührengesetzes 1985²⁾ hat, ruht der Anspruch auf Heilfürsorge nach § 8.

(2) Das Landesinvalidenamt kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Landesverteidigung die Gewährung der nach den Bestimmungen des IV. Abschnittes des Heeresgebührengesetzes 1985 zu erbringenden Heilbehandlungsmaßnahmen jederzeit an sich ziehen und die Heilfürsorge nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes durchführen. Das Landesinvalidenamt tritt dann hinsichtlich dieser Leistungen dem Beschädigten und seinen Angehörigen gegenüber in alle Pflichten und Rechte jener militärischen Dienststelle, die nach der angeführten Gesetzesstelle zur gesundheitlichen Betreuung der Wehrpflichtigen zuständig ist. Das Landesinvalidenamt hat in diesen Fällen dem Bundesministerium für Landesverteidigung anzuzeigen, daß es von einem bestimmten Tage an die Heilfürsorge gewährt; von diesem Zeitpunkt an hat der Beschädigte keinen Anspruch auf gesundheitliche Betreuung nach dem Heeresgebührengesetz 1985.

§ 10. (1) Über den im § 8 bezeichneten Umfang hinaus ist Heilfürsorge zu gewähren, wenn dadurch das Ziel der Heilfürsorge zu erreichen ist. Die Durchführung dieser Mehrleistungen kann dem zuständigen Träger der Krankenversicherung mit dessen Zustimmung übertragen werden.

(2) Sind dem Beschädigten Kosten einer Heilfürsorge ohne Inanspruchnahme des Trägers der Krankenversicherung oder des Landesinvalidenamtes erwachsen, so sind ihm diese Kosten unter der Voraussetzung, daß die Inanspruchnahme des Trägers der Krankenversicherung oder des Landesinvalidenamtes aus zwingenden Gründen nicht möglich gewesen ist, in der Höhe zu ersetzen, die der Bund nach § 14 zu tragen gehabt hätte.

§ 11. (1) Für die Dauer einer nicht mit voller Verpflegung verbundenen Heilbehandlung erhält der Beschädigte Krankengeld, wenn er

Zu § 9: ¹⁾ § 9 idF des Art II Z 7 und 8 der 17. HVGNov BGBl 1985/483.
²⁾ s unter XI b 3.

infolge der Erkrankung in seinem vor dem einzelnen Krankheitsfall oder vor der Einrückung zum Präsenzdienst zuletzt ausgeübten Beruf arbeitsunfähig ist. Das Krankengeld ist aber nur insoweit und solange zu gewähren, als im einzelnen Krankheitsfall ein Einkommen (§ 25), das der Beschädigte unmittelbar vor dem Beginne der Erkrankung oder vor der Einrückung zum Präsenzdienst bezogen hat, durch diese gemindert ist. Der Anspruch auf Krankengeld entfällt, solange der Beschädigte, abgesehen von der Beschädigtenrente nach diesem Bundesgesetze, während der Erkrankung ein monatliches Einkommen (§ 25) hat, das die Höhe der ihm bei Erwerbsunfähigkeit (§ 23 Abs. 2) gebührenden Beschädigtenrente einschließlich der Familienzuschläge (§ 26) übersteigt.

(2)¹⁾ Bei Zugeteilten (§ 8 Abs 2) ist die Höhe des Krankengeldes so zu bemessen, als ob der Beschädigte bei einer Gebietskrankenkasse pflichtversichert wäre. Es beträgt aber im Höchstfall täglich ein Dreißigstel der dem Beschädigten im Falle der Erwerbsunfähigkeit (§ 23 Abs. 2) gebührenden Beschädigtenrente einschließlich des Erhöhungsbetrages (§ 23 Abs. 5) und der Familienzuschläge (§ 26) abzüglich eines Dreißigstels der dem Beschädigten einschließlich des Erhöhungsbetrages und der Familienzuschläge geleisteten Beschädigtenrente. Hat ein Zugeteilter vor der Einrückung zum Präsenzdienst und seit der Beendigung der Dienstleistung, durch die er die Dienstbeschädigung erlitten hat, noch kein Arbeitseinkommen bezogen, so ist das tägliche Krankengeld in dieser Höchstgrenze zu bemessen.

(3)²⁾ Wird einem Zugeteilten für einen Zeitraum, in dem er Krankengeld bezogen hat, eine Beschädigtenrente (§ 23) zuerkannt, so ist das Krankengeld auf die einschließlich des Erhöhungsbetrages (§ 23 Abs. 5) und der Familienzuschläge (§ 26) gebührende Rente anzurechnen.

§ 12. (1)¹⁾ Für die Dauer einer mit voller Verpflegung verbundenen Heilbehandlung gebührt dem Beschädigten für die Angehörigen, deren Unterhalt er bisher ganz oder überwiegend bestritten hat, ein Familiengeld, wenn er, abgesehen von der Beschädigtenrente nach diesem Bundesgesetz, während dieser Heilbehandlung kein monatliches Einkommen (§ 25) hat, das die Höhe der ihm im Falle der Erwerbsunfähigkeit (§ 23 Abs. 2) gebührenden Beschädigtenrente einschließlich des Erhöhungsbetrages (§ 23 Abs. 5) und der Familienzuschläge (§ 26) übersteigt.

Zu § 11: ¹⁾ Abs 2 zweiter Satz idF des Art II Z 5 der 19. HVGNov BGBl 1989/648. Abs 2 letzter Satz idF des Art I Z 5 der 10. HVGNov BGBl 1972/165.

²⁾ Abs 3 wurde durch Art II Z 6 der 19. HVGNov BGBl 1989/648 angefügt.

Zu § 12: ¹⁾ Abs 1 idF des Art II Z 7 der 19. HVGNov BGBl 1989/648.

(2) Das tägliche Familiengeld beträgt die Hälfte des nach § 11 Abs. 1 und 2 zu errechnenden Krankengeldes. Den im § 8 Abs. 1 bezeichneten Beschädigten hat jedoch das Landesinvalidenamts während einer gemäß § 6 Abs. 3 bewilligten erweiterten Heilbehandlung das Familiengeld in dem Ausmaß und für die Dauer zu gewähren, wie es die Gebietskrankenkasse den bei ihr Pflichtversicherten auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften zu gewähren hat, sofern dies für den Beschädigten günstiger ist.

(3)²⁾ Die Beschädigtenrente wird während einer mit voller Verpflegung verbundenen Heilbehandlung weiter geleistet, doch ist eine bereits zuerkannte Pflegezulage (§ 27) oder Hilflosenzulage (§ 27 a)³⁾ oder ein bereits zuerkannter Zuschuß zu den Kosten für Diätverpflegung (§ 26 b) mit dem ersten Tag des auf den Beginn der Heilbehandlung folgenden vierten Monats einzustellen und erst für den Monat wieder zu leisten, in dem die Heilbehandlung beendet wurde. Hat ein Beschädigter für unterhaltsberechtigte Angehörige nicht zu sorgen, so ist die Zahlung des Erhöhungsbetrages zur Beschädigtenrente nach § 23 Abs. 5 auf die gleiche Dauer einzustellen. Eine während einer mit voller Verpflegung verbundenen Heilbehandlung beantragte Pflegezulage oder Hilflosenzulage oder ein beantragter Zuschuß zu den Kosten für Diätverpflegung ist beim Zutreffen der sonstigen Voraussetzungen frühestens vom Ersten des Monats an zu leisten, in dem die Heilbehandlung beendet wurde. Das gleiche gilt für den Anspruch auf einen Erhöhungsbetrag zur Beschädigtenrente nach § 23 Abs. 5, wenn der Beschädigte für keine unterhaltsberechtigten Angehörigen zu sorgen hat.

(4)⁴⁾ Für die im Abs. 1 bezeichnete Dauer gebührt dem Beschädigten, dem ein Familiengeld lediglich aus dem Grunde nicht zu leisten ist, weil er den Unterhalt von Angehörigen nicht bestritten hat, an Stelle des Familiengeldes ein Taggeld in Höhe eines Viertels des nach § 11 Abs. 1 und 2 zu errechnenden Krankengeldes. Die Bestimmungen des Abs. 2 zweiter Satz sind entsprechend anzuwenden. Solange ein Erhöhungsbetrag gemäß § 23 Abs. 5 gebührt, ist kein Taggeld zu leisten.

§ 13. (1) Soweit ein Träger der Krankenversicherung nur nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes zur Gewährung von Heilfürsorge verpflichtet ist, werden ihm die entstandenen Kosten und der entsprechende Anteil an den Verwaltungskosten ersetzt. Das Bundesministerium für

²⁾ Abs 3 idF des Art I Z 6 der 10. HVGNov BGBl 1972/165.

³⁾ Nicht aber eine Blindenzulage (§ 28).

⁴⁾ Abs 4 idF des Art II Z 8 der 19. HVGNov BGBl 1989/648.

soziale Verwaltung ist ermächtigt, diesen Ersatz in Pauschbeträgen zu gewähren. Es setzt die Pauschbeträge nach Anhörung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (§ 31 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes¹⁾, BGBl. Nr. 189/1955) im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen fest.

(2) Die Ersatzansprüche nach Abs. 1 sind vom Träger der Krankenversicherung binnen 14 Tagen nach dem Beginne der Heilbehandlung beim Landesinvalidenamts anzumelden. Werden sie später angemeldet, so kann für die vor der Anmeldung liegende Zeit der Ersatz abgelehnt werden.

(3)²⁾ Für Streitigkeiten über Ersatzansprüche nach diesem Bundesgesetz zwischen den Trägern der Krankenversicherung und dem Bund gelten sinngemäß die Bestimmungen über das Verfahren in Sozialrechtssachen nach § 65 Abs. 1 Z 3 des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes³⁾, BGBl. Nr. 104/1985; Abs. 2 bleibt unberührt.

(4)⁴⁾ Insoweit die Leistung der Heilfürsorge den Trägern der Krankenversicherung übertragen ist, werden Streitigkeiten zwischen den Beschädigten und den Trägern der Krankenversicherung im Verfahren in Sozialrechtssachen nach dem Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz⁵⁾ entschieden; dieses Verfahren greift nicht Platz, wenn nur die Frage strittig ist, ob eine Erkrankung mit einer Dienstbeschädigung ursächlich zusammenhängt. Die Entscheidung über diese Frage trifft das Landesinvalidenamts.

§ 14. (1)¹⁾ Grundsatzbestimmung. Für die Pflege in einer Krankenanstalt gelten gemäß Artikel 12 Abs. 1 Z. 1 des Bundes-Verfassungsgesetzes in der Fassung von 1929²⁾ folgende Grundsätze:

Den öffentlichen Krankenanstalten sind die behördlich festgesetzten Pflegegebühren der allgemeinen Gebührenklasse zu ersetzen. Wird die Anstaltspflege weder in einer öffentlichen Krankenanstalt noch in einer Anstalt des Bundes durchgeführt, so ist die Höhe des Anspruches auf Ersatz der Verpflegskosten durch privatrechtliche Verträge allgemein oder

Zu § 13: ¹⁾ s unter IX d I.

²⁾ Abs 3 idF des Art II Z 3 der 18. HVGNov 1987/614.

³⁾ s uner V e 21.

⁴⁾ Abs 4 erster Halbsatz idF des Art II Z 4 der 18. HVGNov BGBl 1987/614.

Zu § 14: ¹⁾ Abs 1 idF des Art II Z 10 der 17. HVGNov BGBl 1985/483.

²⁾ s unter I a 3.

für besondere Fälle zu regeln. Solche Übereinkommen bedürfen, wenn sie von einem Landesinvalidenamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

(2) Für Ärzte, Dentisten, Apotheker und andere Vertragspartner gelten, wenn die Heilfürsorge vom Landesinvalidenamt durchgeführt wird, die bei dem für Zugeteilte (§ 8 Abs. 2) zuständigen Träger der Krankenversicherung in Geltung stehenden privatrechtlichen Verträge im Sinne der §§ 338 und 349 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes³⁾. Bestehen solche Verträge nicht oder sind sie nicht anwendbar, so sind entsprechende privatrechtliche Verträge, die das Vertragsverhältnis allgemein oder für besondere Fälle regeln, mit den in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte, Dentisten, Apotheker und den anderen Vertragspartnern abzuschließen. Solche Vereinbarungen bedürfen, wenn sie von einem Landesinvalidenamt abgeschlossen werden, der Genehmigung durch das Bundesministerium für soziale Verwaltung.

§ 15. (1)¹⁾ Der Beschädigte hat zur Wiedergewinnung oder Erhöhung seiner infolge der Dienstbeschädigung geminderten Erwerbsfähigkeit oder zur Behebung oder Erleichterung der Folgen der Dienstbeschädigung Anspruch auf orthopädische Versorgung. Erwerbsunfähige (§ 23 Abs. 2) haben Anspruch auf orthopädische Versorgung auch für Körperschäden, die mit der Dienstbeschädigung in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen. Den gleichen Anspruch haben auch die übrigen Schwerbeschädigten, wenn sie einen Erhöhungsbetrag gemäß § 23 Abs. 5 beziehen und weder der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen noch Anspruch auf Heilbehelfe im Rahmen der Unfallheilbehandlung oder auf Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe oder andere Hilfsmittel gegen einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben.

(2) Die orthopädische Versorgung wird vom Bunde beigestellt und umfasst die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, deren Wiederherstellung und Erneuerung. Die Bestimmungen des § 14 Abs. 2 gelten sinngemäß. Der Bund kann sich das Eigentumsrecht vorbehalten.

(3)²⁾ Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, Kostenersatz an Stelle von Sachleistungen, Beihilfen zur Anschaffung von Motorfahr-

¹⁾ s unter IX d 1.

Zu § 15. ¹⁾ Abs 1 letzter Satz idF des Art II Z 9 der 19. HVGNov BGBl 1989/648.

²⁾ Abs 3 erster Satz idF des Art II Z 11 der 17. HVGNov BGBl 1985/483.

zeugen und Pauschbeträge als Ersatz für außergewöhnlichen Kleider- und Wäscheverbrauch sind nach Maßgabe der Anlage zu § 32 des Kriegsopferversorgungsgesetzes 1957¹⁾ zu gewähren. Das Bundesministerium für soziale Verwaltung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Finanzen auf Antrag über den Bereich der Anlage hinaus Leistungen gewähren, wenn hiedurch das Ziel der orthopädischen Versorgung erreicht wird; die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschädigten sind hiebei außer Betracht zu lassen.

(4) Beschafft sich ein Beschädigter ein Körperersatzstück, ein orthopädisches oder anderes Hilfsmittel selbst, so sind ihm die Kosten zu ersetzen, die dem Bunde erwachsen wären, wenn die orthopädische Versorgung durch diesen erfolgt wäre.

(5) Die unvermeidlichen Reisekosten, die dem Beschädigten beim Bezug, bei der Wiederherstellung oder Erneuerung von Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln erwachsen, sind ihm zu ersetzen.

§ 16. [entfallen]¹⁾

§ 17. (1) Der Beschädigte hat Anspruch auf unentgeltliche berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit, wenn er infolge der Dienstbeschädigung¹⁾ unter Bedachtnahme auf die Lage des Arbeitsmarktes eine begonnene berufliche Ausbildung nicht fortzusetzen oder seinen bisherigen oder einen anderen Beruf, der ihm unter Berücksichtigung seiner Lebensverhältnisse, Kenntnisse und Fähigkeiten billigerweise zuzumuten ist, nicht oder nur unter geschmälernten Berufsaussichten auszuüben vermag²⁾.

¹⁾ s unter IX e 4.

Zu § 16: ¹⁾ § 16 wurde durch Art I Z 6 der 14. HVGNov BGBl 1980/226 aufgehoben.

Zu § 17: ¹⁾ Ob die Minderung der Erwerbsfähigkeit aus einer vollkausal oder teilkausal als Dienstbeschädigung anerkannten Gesundheitsschädigung resultiert, ist für den Anspruch auf unentgeltliche berufliche Ausbildung ohne Bedeutung, weil dieser Anspruch genauso unteilbar ist wie der Anspruch auf Heilfürsorge und auf orthopädische Versorgung (Erl BMS 14. 4. 1966, IV-129.772-20 b/1965).

²⁾ Auch einem Beschädigten mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von weniger als 25 vH kann unentgeltliche berufliche Ausbildung gewährt werden, wenn die im Abs 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen zutreffen. Die Gewährung einer dem Beschädigten im Falle der Erwerbsunfähigkeit gebührenden

(2) Die Entscheidung über einen Antrag auf Gewährung einer beruflichen Ausbildung ist auf Grund eines Berufsberatungsgutachtens des örtlich und sachlich zuständigen Arbeitsamtes zu treffen. Die Berufsberatung ist unter Beteiligung des Landesinvalidenamtes durchzuführen.

(3) Die berufliche Ausbildung ist auf die für die Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Dauer zu gewähren. Der Beschädigte ist verpflichtet, an der Erreichung dieses Zieles eifrig mitzuwirken.

(4)¹⁾ Für die Dauer der beruflichen Ausbildung hat der Beschädigte, wenn er durch sie an der Ausübung einer ihm zumutbaren Erwerbstätigkeit gehindert ist, an Stelle²⁾ der auf Grund der Bestimmungen der §§ 21 und 22 bemessenen Beschädigtenrente Anspruch auf die ihm im Falle der Erwerbsunfähigkeit gebührende Beschädigtenrente (§ 23 Abs. 3) und den Erhöhungsbetrag (§ 23 Abs. 5).

(5) Für die Dauer einer beruflichen Ausbildung im Gewerbe bleiben die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen unberührt. Ein allenfalls während der beruflichen Ausbildung in einem Betriebe bezogenes Entgelt (Lehrlingsentschädigung) ist auf die Gebühnisse nach Abs. 4 anzurechnen, wenn und insoweit nicht bereits eine Anrechnung nach § 23 Abs. 5 erfolgte⁴⁾.

(6) Die in Durchführung der beruflichen Ausbildung erwachsenden unvermeidlichen Reisekosten sind dem Beschädigten zu ersetzen.

§ 18. (1)¹⁾ Der Beschädigte ist für die Dauer der beruflichen Ausbildung in der gesetzlichen Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung pflichtversichert, wenn und insoweit er während der beruflichen Ausbildung nicht bereits auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften der Pflichtversicherung in diesen Versicherungen unterliegt. Hinsichtlich der Versicherungszugehörigkeit der Pflichtversicherten zu den einzelnen Arten der Pensionsversicherung gelten die Bestimmungen der §§ 13 bis 15 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes²⁾ sinngemäß. Soll die berufliche Ausbildung mindestens fünf Monate

Rente ist jedoch nach dem Wortlaut des Abs 4 in einem solchen Fall nicht möglich, weil diese Rente nur an Stelle der auf Grund der Best der §§ 21 und 22 HVG bemessenen Beschädigtenrente zugesprochen werden kann (Erl BMS 14. 4. 1966, IV-129.772-20 b/1965).

¹⁾ Abs 4 idF des Art II Z 10 der 19. HVGNov BGBl 1989/648.

⁴⁾ Abs 5 2. Satz idF des Art I Z 6 der 5. HVGNov BGBl 1967/260.

Zu § 18: ¹⁾ Abs 1 dritter Satz idF des Art I Z 7 der 14. HVGNov BGBl 1980/226.

²⁾ s unter IX d I.

dauern, so ist der Beschädigte auch nach den Vorschriften des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977, BGBl. Nr. 609³⁾, in der Arbeitslosenversicherungspflichtversichert, wenn er nicht bereits auf Grund der Vorschriften des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 der Arbeitslosenversicherungspflicht unterliegt. Die Ansprüche des Beschädigten für die Folgen der Dienstbeschädigung nach diesem Bundesgesetz werden hiedurch nicht berührt.

¹⁾ s unter IX b 24.

(2) Sachlich und örtlich zuständig ist der Versicherungsträger, bei dem der Beschädigte nach Art und Sitz des Betriebes, in dem die Ausbildung stattfindet, bei Bestand eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses versichert wäre. Kommt ein solcher Betrieb nicht in Betracht, so ist die Gebietskrankenkasse sachlich und örtlich zuständig, in deren Bereiche der Beschädigte während der Ausbildung seinen ständigen Aufenthalt hat.

§ 19. (1)¹⁾ Auf die Versicherungen nach § 18 Abs. 1 sind, soweit in diesem Bundesgesetz nicht anderes bestimmt wird, die Vorschriften des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes²⁾, BGBl. Nr. 189/1955, und des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977³⁾ in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(2)⁴⁾ In der Krankenversicherung nach § 18 werden Krankengeld, Familien(Tag)geld und Wochengeld nicht gewährt.

(3)⁵⁾ Die Beiträge für die Versicherungen nach Abs. 1 werden zur Gänze vom Bunde geleistet. Als allgemeine Beitragsgrundlage gilt ein kalendertäglicher Arbeitsverdienst in Höhe des sich jeweils aus § 44 Abs. 6 lit. a des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes 1955 ergebenden Betrages. Für die Höhe der Versicherungsbeiträge sind die Bestimmungen des § 51 Abs. 1 Z 1 lit. a, Z 2 und 3 und des § 51 a Abs. 1 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes maßgebend.

§ 20¹⁾. Als Maßnahmen zur Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit, zur Erlangung einer Arbeitsstelle oder einer anderen Erwerbsmöglichkeit kann das Landesinvalidenamt

Zu § 19: ¹⁾ Abs 1 idF des Art I Z 8 der 14. HVGNov BGBl 1980/226.

²⁾ s unter IX d I.

³⁾ s unter IX b 24.

⁴⁾ Abs 2 idF des Art II Z 12 der 17. HVGNov BGBl 1985/483.

⁵⁾ Abs 3 idF des Art I Z 2 der 11. HVGNov BGBl 1973/328 und des Art I Z 9 der 14. HVGNov BGBl 1980/226.

Zu § 20: ¹⁾ § 20 idF des Art I Z 5 der 13. HVGNov BGBl 1977/612. Durch die Gewährung von Zuschüssen an Dienstnehmer und Dienstgeber soll ein zusätzlicher Anreiz geschaffen werden, auch solche Arbeitsstellen anzunehmen bzw anzubieten, bei denen im Hinblick auf die Behinderung des Beschädigten voraussichtlich eine längere Anlernzeit erforderlich sein wird als bei einem gesunden Dienstnehmer (vgl Erläut z RV 627 Blg NR 14, GP).

1. einem Beschädigten, der eine Arbeitsstelle angenommen hat, in der er infolge der Dienstbeschädigung das volle betriebsübliche Entgelt erst nach Erlangung der erforderlichen Fertigkeit erreichen kann, für die Übergangszeit, längstens aber für vier Jahre, unter Bedachtnahme auf dessen wirtschaftliche Verhältnisse einen Zuschuß bis zum vollen betriebsüblichen Entgelt gewähren;
2. dem Dienstgeber eines Beschädigten, der eine Arbeitsstelle angenommen hat, in der er infolge der Dienstbeschädigung seine volle Leistungsfähigkeit erst nach Erlangung der erforderlichen Fertigkeit erreichen kann, für die Übergangszeit, längstens aber für vier Jahre, einen Zuschuß bis zur Höhe des hiedurch bedingten Einkommensausfalles gewähren, wenn er dem Beschädigten das volle betriebsübliche Entgelt zahlt²⁾;
3. einem Beschädigten, der infolge der Dienstbeschädigung die bisher ausgeübte selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben vermag, zur Gründung einer gesicherten, den Lebensunterhalt gewährleistenden selbständigen Erwerbstätigkeit einen Zuschuß bis zur Höhe von 100 000 S gewähren.

§ 20 a¹⁾. Als Maßnahmen der sozialen Rehabilitation kann das Landesinvalidenamt

1. einem Beschädigten, dem infolge der Dienstbeschädigung die Benützung eines öffentlichen Verkehrsmittels nicht zumutbar ist, unter Bedachtnahme auf dessen wirtschaftliche Verhältnisse einen Zuschuß bis zur Höhe von 7000 S zu den Kosten für die Erlangung der Lenkerberechtigung gewähren;
2. einem Beschädigten, der infolge der Dienstbeschädigung überwiegend auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen ist, unter Bedachtnahme auf dessen wirtschaftliche Verhältnisse einen Zuschuß bis zur Höhe von 150 000 S zur Adaptierung einer Wohnung gewähren, wenn ihm hiedurch die Benützung der Wohnung ermöglicht oder erleichtert wird.

²⁾ Durch die Möglichkeit, dem Dienstgeber einen Zuschuß zu gewähren, wenn er dem Beschädigten das volle betriebsübliche Entgelt bezahlt, soll den Beschädigten u a eine angemessene Pension aus der Sozialversicherung gesichert werden.

Zu § 20 a: ¹⁾ § 20 a wurde durch Art I Z 6 der 13. HVGNov BGBl 1977/612 eingefügt.