

Eine Aktion der ÖAR

Gleiches Recht für alle
**REHABILITATI
ON**

Seit Jahren ist die massive Ungleichbehandlung in der Rehabilitation ein wesentlicher Kritikpunkt der ÖAR. Nur wer durch einen "Arbeitsunfall" behindert wird, hat ein Recht auf ganzheitliche Rehabilitation. Sie umfaßt Maßnahmen der medizinischen Behandlung sowie der beruflichen und sozialen Integration.

Wer außerhalb der Berufstätigkeit behindert wird, ist in der Regel doppelt benachteiligt. Zwar bekommt er medizinische Behandlung, aber dann beginnt zumeist ein Bettelweg für notwendige Hilfsmittel, den man sich in diesen Sozialstaat kaum vorstellen kann. Dieser Umstand stellt nach Ansicht der ÖAR eine grobe Diskriminierung behinderter Menschen dar.

Im Rahmen des Alfred Dallinger Gedächtnissymposiums der GPA „Sozialpolitik auf dem Weg ins neue Jahrtausend“ veranstaltete die ÖAR am 16. April dieses Jahres die eintägige Tagung:

„Rehabilitation – Gleiches Recht für alle“

Über 100 Repräsentanten von Behindertenorganisationen und Multiplikatoren nahmen an dieser Veranstaltung teil.

Dr. Hans Peter Jonas, Primararzt im Rehabilitationszentrum Bad Häring, skizzierte in seinen Referat die Knackpunkte der Ungleichbehandlung in der Rehabilitation.

Dr. Klaus Voget, Präsident der ÖAR, stellte in seinem Referat die aktuelle Aktion der österreichischen Interessenvertretung behinderter Menschen vor. So fordert die ÖAR alle Mitgliedsorganisationen und Initiativen auf, sich aktiv an der Aktion „Rehabilitation – Gleiches Recht für alle“ zu beteiligen.

Bitte unterstützen Sie die am 16. April 1999 ins Leben gerufene gleichnamige Unterschriftenaktion! Werden sie aktiv und tragen Sie unsere gemeinsame Forderung nach außen. Der Tagungsbericht bietet sich hier als Argumentationshilfe an.

Wenn wir gemeinsam Handeln, sind wir stark. Nur so werden wir unsere Forderungen und damit unsere Rechte durchsetzen.

Auf gute Zusammenarbeit

Dr. Klaus Voget e.h.
Präsident

Heinz Schneider e.h.
Generalsekretär

Andreas Oechsner e.h.
Öffentlichkeitsreferent

	Seite
Referat: Prim. Dr. Hans Peter Jonas	
"Der Rehabilitationsträger: Zufall - Glücksfall?"	4
Referat: Präs. Dr. Klaus Voget	
"Nein zur Klassengesellschaft in der Rehabilitation"	12
Auszug aus der Broschüre	
"100 Jahre soziale Unfallversicherung in Österreich"	
aus dem Vorwort von BM Dr. Walter Geppert	21
Vergleichende Darstellung:	
Gesetzliche Grundlagen für die qualitativen Unterschiede	
in der Rehabilitation	23
Heinz Schneider:	
Kommentar zu den gesetzlichen Grundlagen	28
Versorgung mit Hilfsmitteln	
Vergleich zwischen Leistungen der Allgemeinen	
Unfallversicherungsanstalt und den Gebietskrankenkassen	31
Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung 1992	
Auszug	32
Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer	33
Resolution der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation	
mit Unterschriftenaktion.....	36
Impressum.....	37

Referat: Prim. Dr. Hans Peter Jonas
AUVA Rehabilitationszentrum Bad Häring

Der Rehabilitationsträger: Zufall - Glücksfall?

Zunächst einige Angaben zu meiner Person: Ich bin Unfallchirurg und leite seit 14 Jahren den medizinischen Dienst des Rehabilitationszentrums Häring. Gleichzeitig bin ich aber auch seit fast 30 Jahren in der Sozialversicherung (AUVA) tätig. Im Grunde genommen ist die Sozialversicherung meine Heimat. Aus diesem Grund geht es mir oft so, daß ich mit der eigenen Heimat nicht immer ganz zufrieden und glücklich bin, ich hadere manchmal, aber Vaterland ist es dann doch. Ich darf aber vielleicht auch sagen, daß es zum Engagement für Patienten und behinderte Menschen sehr viel Frustrationstoleranz braucht.

Es ist eben so, der Fisch braucht Wasser und wenn er in einem Vogelkäfig ist, geht es nicht. Die Situation der behinderten Menschen in Österreich ist höchst unterschiedlich und ich möchte Sie absichtlich, einmal am Beginn, ein bißchen verwirren.

Es gibt in Österreich für die Rehabilitation eine Unzahl von zuständigen Kostenträgern oder Nicht-Kostenträgern. Zunächst einmal sind alle Erwerbstätigen krankenversichert. Wenn ein Unfall passiert, oder eine Erkrankung eintritt, die eine medizinische Behandlung nach sich zieht, erfolgt auf jeden Fall eine Behandlung. Das ist Heilbehandlung und Heilbehandlung findet, (grosso modo) auf Kosten der Krankenkassen statt.

In der Gefahr, Sie jetzt zu verwirren, möchte ich einen Satz, entnommen aus der Tiroler Tageszeitung vom 9. April 1999, zitieren: „Die Medikamente zahlt dann nicht mehr das Krankenhaus, sondern die Gebietskrankenkasse, wenn die Patienten bedingt durch das „Leistungsorientierte Krankenhaus-Finanzierungssystem“ (LKF) früher aus dem Krankenhaus entlassen werden.“

Zur Person

Situation ist unterschiedlich

Alle sind krankenversichert

Leistungsorientiertes Krankenhaus-Finanzierungssystem (LKF)

Das ist grundsätzlich richtig und bereits ein Kern des Übels, denn die Krankenkasse zahlt ja im Krankenhaus heute eigentlich nichts mehr. Sie zahlt in einen Fonds, aus dem im Zuge des LKF das Krankenhaus Geld bekommt. Der Krankenkasse ist es daher nur recht, wenn der Patient so lange wie möglich, bestenfalls ausbehandelt, im Krankenhaus verbleibt. Die medizinische Rehabilitation in Rehabilitationszentren unterliegt aber nicht der „Leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung“. Daher müssen Krankenkassen, Pensionsversicherungen, die Unfallversicherungen, bares Geld für die Rehabilitation zahlen.

Krankenkasse zahlt nichts an das Krankenhaus

Gehen wir in einem Beispiel von einem schwerverletzten Menschen aus, dessen Rehabilitation 8 Monate dauert. Wenn dieser zunächst drei Monate im Krankenhaus versorgt wird und danach erst in ein Rehabilitationszentrum kommt, so hat sich die Krankenkasse für 3 Monate Geld gespart.

Krankenkasse erspart sich Geld

In der Regel wird der Erwerbstätige nicht von der Krankenkasse rehabilitiert, sondern vom Pensionsversicherungsträger. Dieser hat ja Interesse, daß der Betreffende in den Arbeitsprozeß wieder eingliedert wird. Stichwort - Rehabilitation vor Pension.

Pensionsversicherungsträger rehabilitiert

Dieses Interesse erlischt sofort, wenn der Betreffende, aus welchen Gründen auch immer, aus eigenem Antrieb oder auf Einschätzung der Pensionsversicherungsanstalt nicht mehr in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden kann bzw. wenn er selbst einen Pensionsantrag stellt.

Interesse erlischt

Da kann es schon passieren, daß ein Rehabilitationsantrag in der 27. Woche noch immer bei der Gebietskrankenkasse herumgeistert und plötzlich, wenn er über den Tisch des Kontrollarztes oder über den Tisch des Sachbearbeiters rutscht, schnell in einem Pensionsantrag umgewandelt wird. Dann heißt es: „Bitte unterschreiben Sie den Antrag, Sie sind schon 27 Wochen im Krankenstand“. Eine andere Variante ist jene, daß die Gattin den Antrag mit

Nicht unterschreiben

den Worten ausgehändigt bekommt: „Lassen Sie Ihrem Mann das kurz unterschreiben“.

Damit ist natürlich ein Pensionsverfahren im Laufen. Der Chefarzt muß zunächst einmal begutachten, ob sich Rehabilitationsleistungen noch auszahlen. Wenn dann aus der Sicht aller Beteiligten, ohne Wertung gesagt, herauskommt, „der ist nicht mehr wiedereingliederbar“, „den werden wir pensionieren müssen“, dann wird dieser Rehabilitationsfall an die Gebietskrankenkasse abgetreten.

Die Leistungsbreite der Gebietskrankenkassen unterscheidet sich, hinsichtlich der Rehabilitation von behinderten Menschen, gewaltig von denen der Pensionsversicherungsanstalten. Noch schlimmer ist die Situation für Angehörige, sie sind von vornherein bei der Gebietskrankenkasse oder bei den sonstigen Krankenkassen zuständig. Hier ist das Rehabilitationsziel als solches ein Problem: Wohin soll eine Hausfrau rehabilitiert werden? Oder, wohin soll man ein 16-jähriges Kind rehabilitieren?

Es gibt Krankenkassen, die, historisch gewachsen, viel Geld haben. Es gibt aber auch Krankenkassen, die das nicht in dem Umfang haben, wie sie es brauchen würden. „Gewerblich Selbständige“, oder „Bauernkrankenkassen“ sind zum Beispiel nicht sehr gut dotiert und wenn auf sie große Belastungen zukommen, etwa durch einen Angehörigen, der schwerverletzt wurde und nun behindert ist, gibt es Probleme.

Erschwerend kommt hinzu, daß es bei Ablehnungen von Hilfsmitteln nach dem Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetz (AVG) bzw. nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) keine Bescheiderlassungspflicht gibt, so daß auch kein Berufungsrecht besteht.

Der Gattin eines Bauern, noch dazu in diesem Fall eines Altbauern, der nicht einmal mehr ein aktiver Bauer ist, wird einfach die Rehabilitation in einem Zentrum nicht genehmigt. Als Angehörige, noch

Verfahren zur Pensionierung läuft an

Was ist Rehabilitationsziel

Krankenkassen sind historisch gewachsen

Keine Bescheiderlassungspflicht

Stationäre Rehabilitation nicht genehmigt

dazu 56 Jahre alt, muß sie ambulant rehabilitiert werden. So sind einmal die gesetzlichen Voraussetzungen.

Da geistern immer wieder die Begriffe „Finalität“ (für die Zuständigkeitsklärung ist nicht die Ursache entscheidend) und „Kausalität“ (die Ursache bestimmt die Zuständigkeit) herum. Bei Arbeitsunfällen, keine Frage, ist durch die Versicherungsbeiträge der Arbeitgeber eine Kausalität gegeben. Daher kommt der Rehabilitationskostenträger sozusagen zum positiven Handkuß. Opfer von Arbeitsunfällen und diesen gleichgestellten Unfällen oder von Berufskrankheiten haben nun einmal einen Rehabilitationsanspruch über ihre Unfallversicherungsträger.

Aber final ist eigentlich alles. In der Rehabilitation gibt es ja nur einen Prozeß. Der Prozeß der Rehabilitation hat ein Ziel und das Ziel heißt Reintegration. Wenn ich nicht imstande bin, mit allen geeigneten Mitteln zu reintegrieren, ist die Rehabilitation unvollständig.

Ich habe mir die Mühe gemacht nachzusehen, ob es zum Problem einer gleichförmigen oder gleichartigen Rehabilitation offizielle Stellungnahmen oder Überlegungen gibt und bin fündig geworden:

So heißt es in einem Schreiben vom Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAGS), datiert vom 9. Februar 1999, sinngemäß: Die Rehabilitation soll, wie gehabt, bei den verschiedenen Kostenträgern bleiben. Flankenschutz erhält diese Position noch durch den Bericht des Rechnungshofes. Es sind wohl noch einige Vorgespräche zur nächsten ASVG-Novelle nötig, um diesbezüglich ein Umdenken zu bewirken. Allerdings vermisse ich hier die Einbindung der Behindertenorganisationen.

Vielleicht ein Wort zu den Möglichkeiten der Rehabilitation insgesamt. Für mich ist es immer etwas schmerzhaft, wenn von Kostenträgern die medizinische und die soziale Rehabilitation getrennt betrachtet wird.

Final und Kausal

In der Rehabilitation darf es nur einen Weg geben

BMAGS will System nicht verändern

Medizinische und soziale Rehabilitation darf nicht getrennt betrachtet werden.

In der Folge möchte ich an Fallbeispielen Detailprobleme verdeutlichen.

Ein hoch querschnittgelähmter Patient, der pflegeabhängig ist, bekommt selbstverständlich vom Kostenträger Kathetermaterial, Verbandsmaterial und natürlich auch die Medikamente finanziert. Schwieriger wird es bei dem höhenverstellbaren Pflegebett oder einem Einlegerahmen oder einer Roho-Matratze. Hier wird unter dem Hinweis, das sei für zu Hause und betrifft damit den extramuralen Bereich, die Finanzierung abgelehnt. Doch für den „Extramuralbereich“ hat die Krankenkasse zumindest zur Zeit nur einen globalen Leistungsauftrag, aber keine definierten Leistungsverträge. Aus diesem Grund bekommt der Patient einfach kein Pflegebett.

Das Pflegebett wird dann über das Land, über die Gemeinde oder über einen Pflegeverein „organisiert“. Wenn also für den Patienten der Bedarf einmal festgelegt und verordnet ist, hängt es letztendlich vom jeweiligen Kostenträger ab, was bewilligt wird und was nicht. Ist auf einmal die Gebietskrankenkasse zuständig und nicht mehr die Pensionsversicherung, so kann die Mitteilung lauten: „Nein, das Pflegebett wird nicht bewilligt“.

Da das Mitteilungsverfahren bis zu über 6 Wochen dauern kann und in den 6 Wochen der Patient im Rehabilitationszentrum rehabilitiert wurde, könnte dieser nach Hause entlassen werden. Das geht aber nicht, weil zunächst ein Pflegebett anderweitig organisiert werden muß. Jetzt beginnt das Ganze teuer zu werden. Wenn der Patient dadurch nur 10 Tage länger stationär versorgt werden muß, entstehen für den Aufenthalt Kosten von 36.000 Schilling. Ganz so billig ist ja ein Krankenhausaufenthalt auch nicht!

Ein anderer Patient wohnt in einem eher gebirgigen Teil Tirols. Trotz seiner 70 Jahre ist er ein sehr aktiver Mann. Da sein Haus etwas abseits gelegen ist, ist er auch gut zu Fuß. Dieser Patient hatte eine Unterschenkelamputation infolge eines Unfalls, keine Erkrankung. Dies geschah noch dazu beim

Finanzierung abgelehnt

**Pflegebett muß
anderweitig organisiert
werden**

**Unnötige Kosten
entstehen**

**Notwendige Prothese
abgelehnt**

Vogelbeerpflücken; das zeigt ja schon, daß man gewisse Aktivität hat. Da steht man ja zumindest auf einer Leiter. Dem Patienten wurde ein "Aktivfuß" für die Prothese, der allerdings teuer (30.000 Schilling) ist und bißchen außerhalb des Hilfsmittelkatalogs steht, einfach und schlicht abgelehnt. Er hat dann über einen Hilfsfonds ein bißchen was dazubekommen. Den großen Rest muß er aber aus eigener Tasche zahlen.

Bei einem anderen Patienten, der durch einen Arbeitsunfall einen Arm verloren hat, finanzierte die Eisenbahnerversicherung selbstverständlich die notwendige, myoelektrische Prothese, keine Frage!

Ein weiterer, ganz verzwickter Fall: Ein 29-jähriger Patient ist selbständiger Landwirt und hatte im Februar 1998 einen schweren Privatunfall. Seit diesem Zeitpunkt hat er eine hohe Querschnittslähmung. Gleichzeitig hat er ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten. Die Rehabilitation hat einige Monate gedauert; von April bis Dezember war er erstmals bei uns in Bad Häring. Dieser Mann war bis Ende 1997 Facharbeiter und hat im Jänner 1998 den Hof vom Vater übernommen. Am 15. Februar 1998 ist der Unfall geschehen. Selbstverständlich hat die Bauernkrankenkasse die Kosten für die Heilbehandlung im Rahmen des LKF übernommen.

Dann kam er zu uns. Kostenträger war die Bauernkrankenkasse Oberösterreich. Diese hat den Antrag auf Rehabilitation mit folgender Begründung abgelehnt: Der Mann sei nur 6 Wochen Bauer gewesen und wird nie wieder Bauer sein. Infolgedessen ist für ihn die PVA zuständig. Für die PVA wiederum war die Sache klar: Erstens hat er seinen ursprünglichen Beruf verlassen, um Bauer zu werden, zweitens war er lediglich 13 Jahre angemeldet und drittens gehört er zur Gebietskrankenkasse, da er aus dem Beruf ausgeschieden und nicht mehr erwerbstätig ist.

Gottseidank haben wir bei der GKK Oberösterreich einen kooperativen Ansprechpartner, der unbürokratisch Hürden überwinden hilft. So auch im ge-

Arbeitsunfall: Prothese finanziert, keine Frage!

"Zu kurz in Arbeit und wird nie wieder arbeiten". Rehabilitation abgelehnt.

Lösung gefunden

genständlichen Fall. Der Patient ist jetzt wieder bei uns. Jetzt haben wir es umgekehrt gemacht: Er ist weiterhin Landwirt, leitet offiziell die Landwirtschaft und ist dadurch aktivversicherter, erwerbstätiger Landwirt. Gleichzeitig erhält er von der PVA eine Invaliditätspension. So wird die Finanzierung einer Rehabilitation möglich gemacht. Hier haben wir eine gute Lösung gefunden. Aber Sie sehen, man wird gelegentlich zu Tricks greifen müssen. Wenn man die nicht kennt, dann geht es nicht.

Ein anderer Fall. Ein Patient hatte im Jahre 1994 in Deutschland einen klassischen Arbeitsunfall. Bewegungseinschränkungen waren die Folge. In Bad Häring wurde er erfolgreich rehabilitiert. Danach ist er wieder gegangen. Jahre später, als vorzeitiger Alterspensionist bedingt durch eine Erkrankung, ist er von einem Baum gestürzt. Bei diesem Sturz hat er sich eine Tetraplegie zugezogen.

Jetzt ist er bei der Salzburger Gebietskrankenkasse versichert. Folglich wurde der Rehabilitationsantrag an die Bezirksstelle der GKK Salzburg gestellt. Das Budget der Bezirksstelle ist aber nicht gut dotiert. Bei zwei umfangreichen Rehabilitationsmaßnahmen im Jahr wäre die Bezirkskasse leer. Hinzu kommt, daß dort ein Mitarbeiter sitzt, der sich in Rehabilitationsangelegenheiten kaum auskennt. So kann in einem Schreiben stehen, ein Duschrollstuhl kann nicht genehmigt werden, da dieser nicht im Hilfsmittelkatalog stehe. Stimmt, dort heißt er Toilettenstuhl. Der Duschrollstuhl ist schlicht und einfach abgelehnt, die Verordnung zurückgesendet worden, weil der spezifische Begriff falsch war. Die Sache haben wir inzwischen geregelt. Auch hier konnten wir aufgrund meiner persönlichen Beziehungen eine Lösung finden.

Zum Abschluß ein besonders tragischer Fall, aber er ist typisch. Dieser Mann war zeit seines Lebens ein ganz braver Gemeindebediensteter in Oberösterreich. Er hat als Krankenversicherungsträger die Krankenfürsorgeanstalt (KFA) der OÖ Gemeindebediensteten. Beamte sind nicht pensionsversichert

GKK Bezirksstellen bei größeren Rehabilitationsmaßnahmen überfordert

Versicherungsträger nicht zuständig

und bekommen daher statt des Aktivgehaltes einen Ruhegehalt. Sie zahlen keine Pensionsversicherung und erhalten auch keine Leistungen von der PVA.

Der besagte Patient hat aufgrund seiner Behinderung einen Elektrorollstuhl gebraucht. In einem sehr langen Gespräch hat mir ein Vertreter der zuständigen Krankenversicherungsanstalt versichert, dies sei nicht in ihrem Rehabilitationsauftrag drin, überhaupt sei Rehabilitation nicht ihr Auftrag; sie zahlten nur den Aufenthalt, Sachleistungen und Hilfsmittel müsse der ehemalige Arbeitgeber zahlen.

Der Bürgermeister, als ehemaliger Arbeitgeber, hatte seinen ehemaligen Gemeindeamtsleiter bei uns schon besucht. „Gut schaut er wieder aus!“ so sein Kommentar. „Einen Elektrorollstuhl braucht er? Um Gottes Willen, was kostet denn dieser?“ „160.000 Schilling! - Das ist bei unserem Gemeindebudget nicht machbar.“ Wir haben über den Rotary-Club den Elektrorollstuhl finanziert bekommen.

Wenn man also davon ausgeht, daß möglicherweise in den Finanzierungen die eine oder andere Ungleichheit besteht, so darf man nicht vergessen, daß es in Österreich offensichtlich tausende Menschen gibt, die dadurch, daß sie nicht ausreichend pensionsversichert sind, möglicherweise sogar unterversichert sind.

Wir haben über Anregung der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter und der Vorarlberger Landesregierung einmal ein Leistungsprofil zweier Rollstühle erstellt. Es ist mühsam und kostet Zeit und Geld. Aber dadurch wird klar, daß die individuellen Hilfsmittel weder vom Preis, noch von der Qualität und Leistung vergleichbar sind. Dabei kommt noch etwas ganz Wesentliches zum Tragen. Es muß den Kostenträgern immer wieder klar gemacht werden, daß der Betreffende lebenslang auf ein Hilfsmittel angewiesen ist und daß diese Hilfsmittel, wenn sie lebenslang falsch sind, genauso krank machen, wie der Erstunfall oder die Ersterkrankung oder mögli-

**Gemeinde zuständig,
aber kein Budget vor-
handen**

**Tausende Menschen sind
möglicherweise
unterversichert**

**Leistungsprofile über
Hilfsmittel erstellt**

cherweise die Behinderung, die er von Geburt an mitbekommen hat, verstärkt.

Ich denke und das ist auch mein persönliches Credo: „Am Ende des 20. Jahrhunderts darf es nicht mehr so sein, daß man um ein notwendiges Hilfsmittel betteln muß.“

**Nicht um notwendige
Hilfsmittel betteln
müssen**

Referat: Dr. Klaus Voget

Präsident der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
und des Österreichischen Zivil-Invalidenverbandes

Nein zur Klassengesellschaft in der Rehabilitation

Der ehemalige Sozialminister Alfred Dallinger hatte vor Jahren schon die Vision, über die wir heute diskutieren. Er hatte offensichtlich nicht nur erkannt, daß gerade auf dem Gebiet der Rehabilitation ein sozialpolitischer Mißstand vorliegt, sondern er sprach bereits 1988 von einer "allmählichen" und "behutsamen" Umsetzung eines einheitlichen Rehabilitationsanspruches. Jetzt, 11 Jahre später, ist es immer noch "sehr behutsam" und - ich würde meinen - auch "sehr allmählich", was wir auf diesem Gebiet erleben.

Warum gibt es Unterschiede in der Qualität der Rehabilitation? Warum gibt es Ungleichbehandlung in der Hilfsmittelversorgung? Sie sind vom Gesetzgeber so niedergeschrieben worden. Warum ist das so?

Letztlich liegt wohl der tiefere Grund schon darin, daß die österreichische Bundesverfassung den Begriff des "Behindertenwesens" nicht kennt. Zumindest ist es nicht ausdrücklich festgeschrieben. Wenn man von dem kürzlich in unserer Bundesverfassung niedergeschriebenen neuen Artikel 7 absieht, wo das erste Mal seit 1921 in unserer Bundesverfassung das Wort "Behinderung" vorkommt. Früher war das nicht der Fall und insbesondere bei den Kompetenztatbeständen finden wir den Begriff "Behinderung" nicht. Das bedeutet letztlich, daß für alles, was im Zusammenhang mit dem Behindertenwesen steht, die Bundesländer zuständig sind. So ist unsere Bundesverfassung geregelt.

Die Bundesländer haben traditionellerweise ihre Zuständigkeiten so interpretiert, daß sie gemeint haben, sie sind nur subsidiär zuständig. Ursprünglich hat es der Verfasser unserer Bundesverfassung,

Dallingers Vision

Warum gibt es Unterschiede?

Begriff "Behindertenwesen" unbekannt

Bundesländer nur bedingt zuständig

Herr Professor Kelsen, anders gemeint. Eigentlich hat er gemeint, primär sind die Bundesländer zuständig und nur für bestimmte, ausdrücklich in der Verfassung zugewiesene Agenden, wäre dann der Bund zuständig. Aber in der Zwischenzeit hat sich das historisch so gewandelt, daß die Bundesländer immer mehr subsidiäre Zuständigkeiten sehen, insbesondere im Sozialbereich. Und hier werden alle Bereiche, die im Sozialen angesiedelt sind, nach diesem subsidiären Prinzip und damit nach dem sogenannten Sozialhilfeprinzip geregelt.

Daß heißt nur dann, wenn der Einzelne aus finanziellen Gründen nicht in der Lage ist, irgendeine Maßnahme zu setzen, tritt das Bundesland sozusagen in Vorlage und sagt, hier springen wir ein, aber nicht zur Gänze, sondern abhängig von Einkommen und Familiensituation etc.

Im Laufe der Zeit hat dann der Bundesgesetzgeber erkannt, daß hier ein Manko vorliegt, daß mit dieser Regelung allein nicht das Auslangen gefunden werden kann. Und so ist dann sukzessive in die Bundesgesetze - und die Sozialversicherungsgesetze sind ja ausdrücklich Bundesgesetze - auch Maßnahmen eingeflossen, die sich mit der Rehabilitation beschäftigt haben. Auf der anderen Seite hat sich das System der Arbeitsunfallversicherung etabliert, die von Anfang an für sich eine Gesamtzuständigkeit normiert hat.

Die Arbeitsunfallversicherung war ja immer als ein Ausgleich dafür gedacht, daß Schadenersatzverpflichtungen, die allenfalls an den Dienstgeber herangetragen werden, durch eine gesetzliche Versicherung abgedeckt werden.

Letztlich hat sich dieses System praktisch zu einer Art "normalen" Sozialversicherung entwickelt. Es wird ja heute nicht mehr gefragt, ob der Arbeitnehmer, der einen Unfall im Betrieb hatte, an diesem Unfall selbst schuld war oder ob dem Arbeitnehmer vielleicht irgendwelche Versäumnisse nachgewiesen

Nur im Einzelfall

Bund hat Mängel erkannt

**Arbeitsunfall-
versicherung als
Schadenersatz gedacht**

**Das System hat sich be-
währt**

werden können. Hier wird eine Leistung erbracht. Und die Leistung ist so geartet, daß alle Rehabilitationsbereiche in einer Hand vereint sind und das hat sich, wie wir alle wissen, wirklich bestens bewährt.

Wir haben die medizinische Rehabilitation, wir haben die berufliche Rehabilitation und wir haben auch die soziale Rehabilitation bei der Unfallversicherung in einer Hand angesiedelt. Und es gibt, wenn man jetzt von einzelnen Maßnahmen absieht, mit diesem System keine gravierenden Probleme.

Anders ist es, wenn die Pensionsversicherung, die Krankenkasse oder wie es natürlich auch immer wieder vorkommt, ausschließlich die jeweiligen Landesregierungen Kostenträger sind. Hier gibt es schon in den gesetzlichen Rahmenbedingungen gravierende Unterschiede. Die Rehabilitation im Rahmen der Pensionsversicherungsanstalten sieht auch medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen vor, nur die Voraussetzungen und die Leistungsumfänge sind bereits unterschiedlich. Das heißt also, medizinische Rehabilitation ist etwas, das sich von der Krankenkasse über alle Kostenträger durchzieht.

Aber wenn es um berufliche Maßnahmen geht, vor allem aber wenn soziale Maßnahmen der Rehabilitation notwendig sind, so entfernen wir uns immer weiter von dem klassischen System, das sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert. Denn hier orientiert man sich eher an den Möglichkeiten der jeweiligen Leistungsträger. Hier gibt es ein Zuschußsystem. Hier gibt es ein System, wo an die Einkommensverhältnisse des Betroffenen und selbst der Familie angeknüpft wird. Hier gibt es dann im Bereich der Krankenversicherung z.B. überhaupt keine Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation. Hier wird man letztlich wieder an die Landesregierungen verwiesen.

Doch auch hier mußte man erkennen, daß die Landesregierungen, leider Gottes, in vielen Fällen ihren

Keine nennenswerten Probleme

Probleme bei anderen Kostenträgern

Bedürfnisse der Betroffenen stehen im Hintergrund

Länder kommen ihren Aufgaben nicht nach

ursprünglich zgedachten Aufgaben nicht nachkommen.

Also hat man wieder Hilfskonstruktionen erfunden, die der Bund geschaffen hat. Im Behinderteneinstellungsgesetz gibt es Rehabilitationsmaßnahmen, ebenso im Bundesbehindertengesetz. Hier hat man einen "Nationalfonds" geschaffen, der Rehabilitationsmaßnahmen unterstützen soll, aber letztlich vom Finanzminister mit immer weniger Geld ausgestattet wird. Eine wirklich unbefriedigende Lösung, aber wenn man heute in der Politik vorspricht und dieses Problem auf den Punkt bringen will, dann heißt es, es gäbe keinen Unterschied, überall würde das gleiche geleistet und man hätte noch nie gehört, daß irgendwo unterschiedliche Leistungen gewährt würden.

Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) hat eine Übersicht der gesetzlichen Bestimmungen zusammengestellt, insbesondere im Hinblick darauf, daß die Krankenversicherung, die ursprünglich für Rehabilitation nicht zuständig war, plötzlich auch dafür zuständig geworden ist. Man hat das als großartige sozialpolitische Errungenschaft verkauft.

Faktum ist, daß es, seitdem auch die Krankenversicherung für medizinische Rehabmaßnahmen zuständig ist, wesentliche Verschlechterungen für die Betroffenen gibt. Das will aber offenbar niemand zur Kenntnis nehmen. Wir haben uns schon in den Jahren 1992 und 1993 in den Hilfsmittelkatalogen angeschaut, was bis dahin als Hilfsmittel akzeptiert und was später auch tatsächlich übernommen wurde. Nur in diesen beiden Jahren hat es gravierende Unterschiede gegeben. Wir haben im Jahr 1992 eine Gesamtzahl der Hilfsmittel im Katalog von 236 festgestellt und davon eine Kostenübernahme als medizinische Maßnahme der Rehabilitation 24, also 10,2 Prozent.

Nach Prüfung der Pensionsversicherungsträger

Hilfskonstruktionen erfunden

Sozialpolitische Errungenschaft?

Wesentliche Verschlechterungen

kamen 83 dazu, das waren 35,2 %, keine Kostenübernahme lag bei 40,7 % - das war 1992. Im Jahr 1993 hatten wir eine wesentlich höhere Zahl von Hilfsmitteln, nämlich 274. Kostenübernahme als medizinische Maßnahme der Rehabilitation nur mehr 9, also 3,3 % der Hilfsmittel. Nach Prüfung durch den Pensionsversicherungsträger 76 und keine Kostenübernahme 64,6 %. Also von 40,7 % in einem Jahr auf 64,6 % keine Kostenübernahme.

Soweit die Statistik. Und wie schaut es dann sozusagen im Alltagsleben eines Betroffenen aus? Ich erinnere mich noch ganz gut daran, als das ursprünglich gar nicht so schlecht funktionierende Orthopädie-Übereinkommen gekündigt und die Hilfsmittelkataloge beschlossen wurden.

Damals wurde ein Fall an mich herangetragen, wonach eine ältere Dame, die in der Dusche nicht mehr alleine stehen konnte, um einen Duschsitz angesucht hat. Das wäre üblicherweise zum damaligen Zeitpunkt über die Pensionsversicherungsanstalt ohne Probleme bezahlt worden. Plötzlich hat man gemeint, daß sei eine Angelegenheit der sozialen Rehabilitation und dafür sind weder Kranken- noch Pensionsversicherung zuständig. Da müsse sich die Antragstellerin mit der Landesregierung auseinandersetzen. Die Landesregierungen hatten aber bis zu diesem Zeitpunkt noch nie so etwas bezahlt und gemeint, warum sollten wir plötzlich Hilfsmittel bezahlen? Die Kündigung des Orthopädie-Übereinkommens war nämlich über die Köpfe der Landesregierungen hinweg beschlossen worden. Nicht nur, wie schon gewohnt, über die Köpfe der Betroffenen, sondern diesmal sogar über die Köpfe der Landesregierungen. Und die gute Frau mußte 2 Jahre lang von einem Helfer in der Dusche gehalten werden, weil sich die Kostenträger nicht einigen konnten, wer diesen Duschsitz bezahlt. Also eine Skurrilität, die ihresgleichen sucht. Und das ist letztlich die Situation, der wir ausgesetzt sind. Und das in einer Phase, in der wir in Bereichen, die nicht gesetzlich genau vorgegeben sind, permanent mit

**Wie schaut das
Alltagsleben aus?**

**Zwei Jahre ohne
Duschsitz**

Sparmaßnahmen konfrontiert sind.

Dieser Trend, den ich zwischen den Jahren 1992 und 1993 skizziert habe, ist ja ungebrochen und setzt sich weiter fort. Ich glaube, es ist eine für alle Betroffenen unerträgliche Situation zu sehen, daß der eine, der genau dieselbe Behinderung hat, rehabilitativ gut versorgt ist, weil er beispielsweise bei der Arbeitsunfallversicherung versichert ist und der andere sozusagen in der Klasse 3 angesiedelt wird. Und das, weil er "nur" ein Angehöriger ist, oder sein Unfall vor Arbeitsantritt passiert ist oder er als Geburtsgeschädigter bei der Gebietskrankenkasse zuständig ist.

Wenn jemand um seine Hilfsmittel, um seine Rehabilitation (es müssen ja nicht unbedingt so sichtbare Hilfsmittel sein, wie ein Rollstuhl) Monate lang, manchmal sogar Jahre lang, zu kämpfen hat und vor der Situation steht, daß er vielleicht letztlich die Hilfen, die er dringend braucht, selber bezahlen muß, wenn er dazu überhaupt in der Lage ist. - Diese Situation, können wir als Interessenvertretung, behinderter Menschen nicht weiter akzeptieren.

Wir versuchen auch schon seit einigen Jahren, die ja schon von Dallinger als Problem erkannte Situation an die Politik heranzutragen. Nur wissen wir natürlich auch, daß derzeit nicht gerade die allerbesten Zeiten für sozialpolitische Visionen sind. Man darf heute wieder Visionen haben, nur kosten dürfen sie nichts. Man darf kostenlose Visionen haben, die sind erlaubt. Alle diejenigen, die etwas kosten, werden nach wie vor irgendwo hin verwiesen, wo sie wahrscheinlich nicht umgesetzt werden können.

Trotzdem und gerade deshalb müssen wir als Interessenvertretung behinderter Menschen für eine Gleichstellung in der Rehabilitation kämpfen, damit diese große sozialpolitische Lücke endlich geschlossen wird,

Trend setzt sich weiter fort

Um Hilfsmittel Monate lang kämpfen

Visionen, die etwas kosten, sind unerwünscht

Sozialpolitische Lücke muß geschlossen werden

Diese Aktion "Rehabilitation- Gleiches Recht für alle" wird, wie es auch der Delegiertentag beschlossen hat, Schwerpunktthema der ÖAR in der nächsten Zeit sein. Wir greifen damit auch eine Vision von Alfred Dallinger auf und werden kämpfen, damit diese auch verwirklicht wird.

Ich befürchte, daß wir sicherlich wieder einige Jahre argumentieren werden müssen. Ich befürchte, daß wir sicherlich wieder einige Jahre in hunderten von Arbeitskreisen sitzen werden. Und ich bin überzeugt davon, daß wir mit allen Sozialpartnern und letztlich auch mit der Bevölkerung in eine intensive Diskussion eintreten werden müssen, um die Notwendigkeit einer solchen sozialpolitischen Maßnahme zu argumentieren und in dieser Richtung zu überzeugen.

Ich glaube aber, wenn wir alle an einem gemeinsamen Strang ziehen und überzeugt davon sind, daß das ein Thema ist, dessen wir uns annehmen müssen, dann wird es uns mit hoher Wahrscheinlichkeit auch "in Zeiten wie diesen" gelingen, zur einer akzeptablen Neuregelung zu kommen. Es gibt sozialpolitische Lücken in unserem System und gerade die Frage der Rehabilitation ist sicherlich eine große sozialpolitische Lücke, die gefüllt werden muß.

Und wir wissen auch, daß wir uns gerade im Behindertenbereich nicht darauf verlassen können, daß andere die Dinge für uns erledigen, sondern wir werden wohl wie immer, auch hier selber an die Front gehen müssen.

Wir haben auch schon gewisse Vorstellungen, wie so etwas laufen könnte. Wir wissen natürlich nicht genau, was eine solche Maßnahme wirklich kosten würde. Wir wissen aber, daß es eine Fülle von Einsparungspotentialen gibt und daß wir versuchen werden, auch ökonomisch an die Situation heranzugehen. Genauere Kostenschätzungen gibt es allerdings noch nicht. Die müssen wir im einzelnen mit

Schwerpunkt der ÖAR

Langer Atem notwendig

An einem Strang ziehen

**Nur wir selber können
wirksamen Druck
erzeugen**

**Problem für alle sichtbar
machen**

dem Ministerium und den Stellen, die über die nötigen Daten verfügen, diskutieren. Man muß aber erst einmal das Ministerium soweit bringen, daß es sich mit diesem Thema wirklich beschäftigt.

Vorstellung von uns ist - aber das ist keine Frage, die man nicht auch diskutieren kann - daß man Rehabilitation und zwar alle Bereiche der Rehabilitation jenem Sozialversicherungsträger zuordnet, der bereits über ein hervorragendes know how auf diesem Gebiet verfügt und das ist unbestritten die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt. Ich glaube, man müßte nur die hier bestehenden Ressourcen entsprechend ausbauen. Es wird dann selbstverständlich dort auch zusätzlichen Personalbedarf geben, das ist gar keine Frage und man wird sich natürlich auch darüber unterhalten müssen, wer letztlich allfällige Mehrkosten zu bezahlen hat.

Ich persönlich glaube, daß die Mehrkosten nicht so gravierend sein werden und daß wir eher eine intensive sozialpolitische und nicht so sehr eine finanzpolitische Diskussion darüber brauchen.

Es hat auch schon Gespräche mit Vertretern der Arbeitsunfallversicherung gegeben und man wäre dort durchaus bereit und in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen.

Natürlich sagt man auch in der Unfallversicherung - locker ausgedrückt - "ohne Geld keine Musik", das heißt, bezahlt muß der Mehraufwand natürlich werden. Daß eine Anstalt mit den bestehenden Ressourcen nicht zusätzliche Aufgabe übernehmen kann, ist wohl klar. Doch es ist durchaus vorstellbar, daß dann, wenn alle Rehabilitationsmaßnahmen in einer Hand angesiedelt sind, die Kosten wesentlich geringer sein könnten.

"Rehabilitation - Gleiches Recht für alle" ist keine überzogene Forderung von uns. Das ist eine Selbstverständlichkeit in einer zivilisierten Gesellschaft, ist eine Selbstverständlichkeit in einer Gesellschaft, die

**Rehabilitation einem
Sozialversicherungsträger zuordnen**

**Mehrkosten nicht
gravierend**

Bereitschaft vorhanden

**Keine überzogene
Forderung**

sich eine soziale nennt. Behinderte Menschen sind eine Bevölkerungsgruppe, das muß jedem klar sein, die auf die Solidargemeinschaft angewiesen ist und wir haben das Recht, diese Solidarität auch einzufordern.

Ich weiß, daß wir uns wieder viel vorgenommen haben und daß diese Aktion wieder harte Arbeit bringen wird. Dennoch bin ich optimistisch: Wenn wir gemeinsam agieren, werden wir auch erfolgreich sein!

Ich wünsche mir eine starke, effektive Zusammenarbeit. Gemeinsam sind wir stark! Nur so kann die Vision von "Gleichbehandlung in der Rehabilitation" Wirklichkeit werden

Wir haben uns viel vorgenommen

Vision umsetzen

Auszug aus der Broschüre

100 Jahre soziale Unfallversicherung in Österreich

Die Verwirklichung einer Idee

Herausgeber:
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 1989

Aus dem Vorwort von

Dr. Walter Geppert

Bundesminister für Arbeit und Soziales (1989 bis 1990)

Die gesetzliche Unfallversicherung - ein integrierender Bestandteil der österreichischen Sozialversicherung

Der jüngste Bereich der Unfallversicherung ist die kollektive Schüler- und Studentenversicherung. Seit der 32. ASVG-Novelle sind Schüler und Studenten bei allen Tätigkeiten, die sich als Ausübung ihrer Studien begreifen lassen, unfallversichert. Die Finanzierung übernehmen je zur Hälfte der Familienlastenausgleichsfonds und die AUVA.

Neuer Bereich

In den Erläuterungen zur Regierungsvorlage der 32. ASVG-Novelle wird darauf hingewiesen, daß mit der Ausweitung des Unfallversicherungsschutzes auf diese Personengruppen wohl auch die Debatte über die Kasuistik hinsichtlich des bis dahin in der Unfallversicherung geschützten Personenkreises neue Nahrung erhalten und bei weiteren Personengruppen der Wunsch nach einem gesetzlichen Unfallversicherungsschutz stimuliert werden wird.

32. ASVG-Novelle !?

Die Erläuterungen stellen in diesem Zusammenhang die Frage, ob nach dem heutigen Stand der sozialen Sicherheit in der Unfallversicherung das Kausalitätsprinzip, das das Leistungsangebot auf die Unfallursache abstellt, beibehalten werden soll oder ob

Kausalitätsprinzip in Frage gestellt

es nicht an der Zeit wäre, zum Finalprinzip überzugehen, das vom eingetretenen Ereignis ausgeht, ohne nach der Unfallursache zu forschen.

Gerade infolge der Attraktivität der heutigen gesetzlichen Unfallversicherung, die in ein umfassendes System sozialstaatlicher Hilfs- und Förderungsmaßnahmen eingebaut ist, das nicht nur eingetretene Schäden vergütet, sondern diese auch an der Wurzel zu verhüten und in ihren Folgen zu betreuen trachtet, drängen auch andere Lebensbereiche in den Schutz dieses Versicherungszweiges. So gibt die moderne Tendenz der Sozialgesetzgebung dem Finalprinzip gegenüber dem Kausalitätsprinzip den Vorzug. Jeder, dessen Gesundheitszustand durch eine Erkrankung oder einen Unfall geschädigt ist, soll die bestmögliche Behandlung zur Wiederherstellung seiner Gesundheit bzw. eine Geldleistung erhalten, die seinen Lebensunterhalt garantiert, wenn die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich ist.

Der Gedanke der Abwälzung der Unternehmerhaftung liegt dem heutigen Unfallversicherungssystem jedenfalls in erster Linie in der Finanzierungsfrage und bei der Haftungsentlastung der Arbeitgeber zugrunde.

Damit also die hervorragenden Einrichtungen der Unfallversicherung und ihre Leistungen auch Personen, die einen Unfall außerhalb ihrer beruflichen Tätigkeit erlitten haben, nicht vorenthalten bleiben, ist eine behutsame Neuorientierung der gesamten Unfallversicherung erforderlich.

Die Erreichung des Zieles einer nach dem Finalprinzip orientierten Unfallversicherung, welche auch den Freizeitunfall in ihren Schutz einbezieht, setzt allerdings eine grundlegend andere Konstruktion wie auch eine andere Finanzierungsbasis voraus. Zur Abdeckung dieses Risikos wären wohl insbesondere Dienstnehmerbeiträge und allenfalls auch Staatszuschüsse erforderlich.

**Jedem die bestmögliche
Leistung zukommen
lassen**

Keine Haftungsfrage

**Neuorientierung
erforderlich**

**Neue
Finanzierungsstrukturen**

Gesetzliche Grundlagen für die qualitativen Unterschiede in der Rehabilitation

Rechtsgrundlage für Rehabilitation sind u.a. das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG), das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG), das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), das Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger (FSVG), das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), das Notarversicherungsgesetz (NVG) und das Arbeitslosenversicherungsgesetz (ALVG).

Der Übersichtlichkeit halber werden hier nur die **Bestimmungen des ASVG** (teilw. gekürzt) zitiert:

Allg. Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Gebietskrankenkasse
Leistungen § 173	Aufgaben der Rehabilitation § 300	Hilfe bei körperlichen Gebrechen § 154
Als Leistungen der Unfallversicherung werden gewährt:	(1) Die Pensionsversicherungsträger treffen Vorsorge für die Rehabilitation von Versicherten und Beziehern einer Pension aus einem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, ausgenommen eine Knappschaftspension, die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden.	(1) Bei Verstümmelungen, Verunstaltungen und körperlichen Gebrechen, welche die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigen, kann die Satzung Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel sowie für deren Instandsetzung vorsehen , soweit nicht ein Anspruch aus der gesetzlichen Unfallversicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz, eine Leistungsverpflichtung im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz oder ein gleichartiger Anspruch nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, nach dem Heeresversorgungsgesetz, nach dem Opferfürsorgegesetz, nach dem Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, nach dem Impfschadengesetz oder nach dem Strafvollzugsgesetz besteht. Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse ist auf § 137 Abs. 2, 4 und 5 sinngemäß mit der Maßgabe Bedacht zu nehmen, daß der durch die Satzung des Versicherungsträgers für den Kostenzuschuß festzusetzende Höchstbetrag bei Hilfsmitteln, die geeignet sind, die
a) Unfallheilbehandlung	(2) Versicherte gelten als behindert im Sinne des Abs. 1, wenn sie infolge eines Leidens oder Gebrechens ohne Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation die besonderen Voraussetzungen für eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit, ausgenommen eine Knappschaftspension, wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit erfüllen werden; vorwiegend altersbedingte Leiden und Gebrechen gelten nicht als Leiden und Gebrechen im Sinne dieses Absatzes.	
b) Familien- und Taggeld sowie besondere Unterstützung		
c) berufliche und soziale Maßnahmen der Rehabilitation		
d) Beistellung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln		
e) Versehrtenrente		
f) Übergangsrente und Übergangsbetrag		
g) Versehrtengeld		
h) Witwen(Witwer)beihilfe		
i) Integrationsabgeltung	(3) Die Rehabilitation umfaßt medizinische und berufliche Maßnahmen und, soweit dies zu ihrer Ergänzung erforderlich ist , soziale Maßnahmen mit dem Ziel, Behinderte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit herzustellen oder wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, im berufli-	

chen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können.

(4) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 155 und 307 d) zählt nicht zu den Aufgaben der Rehabilitation.

Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen und bei Krankenfahrstühlen **höchstens** das 25fache des Meßbetrages (§ 108 b), gerundet auf volle Schilling, (*dtz. ca. 5.000,-*) **betragen darf**. Die Krankenordnung kann eine Gebrauchsdauer für Hilfsmittel vorsehen. Als Hilfsmittel sind hierbei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,
a) die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder
b) die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen.

Als **freiwillige Leistung kann** der Versicherungsträger in solchen Fällen überdies, sofern dies notwendig und zweckmäßig ist, **Krankenbehandlung** und Anstaltspflege **gewähren**, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

(2) Bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse nach Abs. 1 für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, ist auf § 137 Abs. 3 entsprechend Bedacht zu nehmen.

(3) § 137 Abs. 8 gilt entsprechend

(4) Für die Übernahme von Reise(Fahrt) bzw. Transportkosten, die im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Hilfsmitteln erwachsen, gilt § 135 Abs. 4 und 5 entsprechend.

**Unfallheilbehandlung
§ 189**

(1) Die Unfallheilbehandlung **hat mit allen geeigneten Mitteln** die durch den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit hervorgerufene Gesundheitsstörung oder Körperbeschädigung

**Maßnahmen der Rehabilitation
§ 301**

(1) Zur Erreichung des im § 300 Abs. 3 angestrebten Zieles dienen die Maßnahmen gemäß den §§ 302 bis 304. Die Pensionsversicherungsträger gewähren diese Maßnahmen **nach**

**Medizinische Maßnahmen der
Rehabilitation in der
Krankenversicherung**

§ 154 a. (1) Die Krankenversicherungsträger gewähren, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, **im Anschluß an die**

sowie die 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.

(2) Die Unfallheilbehandlung umfaßt insbesondere:

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

pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der Neigung, Eignung und der bisherigen Tätigkeit des Behinderten, bei den im § 300 Abs. 1 bezeichneten Pensionsbeziehern auch **unter Berücksichtigung des Alters**, des Zustandes des Leidens oder Gebrechens sowie der Dauer des Pensionsbezuges, sofern und solange die Erreichung des Zieles zu erwarten ist.

(2) Unter Berücksichtigung der Auslastung der eigenen Einrichtungen **können** die Pensionsversicherungsträger **auch Angehörigen** (§ 123) eines Versicherten oder eines Pensionisten oder Beziehern von Waisenspensionen (§ 260), die an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung leiden, Maßnahmen der Rehabilitation gemäß § 302 Abs. 1 Z 1 und 4 und § 304 gewähren; ihre Gewährung ist an die Voraussetzung geknüpft, daß ohne diese Maßnahmen dem Versicherten (Pensionisten) Auslagen erwachsen würden, **die seine wirtschaftlichen Verhältnisse übersteigen**.

Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 medizinische Maßnahmen der Rehabilitation mit dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, daß sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

(2) Die Maßnahmen gemäß Abs. 1 umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen, **wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß** an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung unter **Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse** des Versicherten bzw. Angehörigen.

(3) Die in Abs. 2 angeführten Maßnahmen sind bei einem Pensionsversicherungsträger oder einem Unfallversicherungsträger zu beantragen, die den Antrag unverzüglich an den zuständigen Krankenversicherungsträger weiterzuleiten haben, soweit sie diese Maßnahmen nicht selbst gemäß den, §§ 302 Abs. 2, 307 d Abs. 2 Z 4 oder gemäß § 189 Abs. 2 gewähren bzw. zu gewähren haben oder ihre Gewährung gemäß § 302 Abs. 2 oder gemäß § 191 Abs. 2 an sich ziehen.

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

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.

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.

Berufliche Maßnahmen § 303

Für die Gewährung der beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation gilt § 198 entsprechend mit der Maßgabe, **daß Zuschüsse** im Sinne des § 198 Abs. 2 Z 2 **nicht gewährt** werden.

Soziale Maßnahmen § 304

(1) Die sozialen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen solche Leistungen, die über die medizinischen und beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation hinaus geeignet sind, zur Erreichung des im § 300 Abs. 3 angestrebten Zieles beizutragen.

(2) Für die Gewährung von Maßnahmen des Pensionsversicherungsträgers gemäß Abs. 1 gilt § 201 Abs. 2 bis 4

(4) Der Krankenversicherungsträger kann die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation einem Pensionsversicherungsträger mit dessen Zustimmung übertragen. Er hat dem Pensionsversicherungsträger in einem solchen Fall die Kosten zu ersetzen. Die beteiligten Versicherungsträger können jedoch zur Abgeltung der Ersatzansprüche unter Beachtung der Ersatzansprüche unter Beachtung auf die Anzahl der in Betracht kommenden Fälle und die Höhe der durchschnittlichen Kosten der in diesen Fällen gewährten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Zahlung jährlicher Pauschalbeträge vereinbaren.

(5) Die Krankenversicherungsträger haben die von ihnen jeweils zu treffenden medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation mit den in Frage kommenden Versicherungsträgern, Dienststellen und Einrichtungen im Sinne des § 307 c zu koordinieren und aufeinander abzustimmen.

(6) Die Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§§ 155 und 307 d) zählt nicht zu den Aufgaben der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Berufliche Maßnahmen

KEINE

Soziale Maßnahmen

KEINE

**Körperersatzstücke, orthopädische
Behelfe und andere Hilfsmittel
§ 202**

(1) Der Versehrte **hat Anspruch** auf Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit zu erleichtern. Alle diese Hilfsmittel müssen den persönlichen und beruflichen Verhältnissen des Versehrten angepaßt sein.

§ 185. Die Träger der Unfallversicherung treffen Vorsorge für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (Unfallverhütung) sowie für eine wirksame erste Hilfe.

entsprechend mit der Maßgabe, **daß Zuschüsse** im Sinne des § 201 Abs. 2 Z 1 und 2 lit. b **nicht gewährt** werden.

**Medizinische Maßnahmen
§ 302**

(1) Die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation umfassen:

1. die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
2. die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel in sinngemäßer Anwendung des § 202;
3. die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung von Heilmitteln und Heilbehelfen, **wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluß an eine oder im Zusammenhang mit einer der in Z 1 und 2 genannten Maßnahmen erforderlich sind**;
4. die Übernahme der Reise- und Transportkosten in den Fällen der Z 1 bis 3 sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung **unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse** des Versicherten bzw. Angehörigen.

Gleichstellung durch einheitliches Rehabilitationsrecht

Kommentar zu den gesetzlichen Grundlagen

Sowohl die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, als auch die Pensionsversicherungsträger bieten ebenso wie die Gebietskrankenkassen im Rahmen ihrer gesetzlichen Vorschriften Maßnahmen der Rehabilitation an. Allerdings jeweils nur für einen bestimmten Personenkreis und unter bestimmten Voraussetzungen. So befassen sich etwa drei Seiten des ASVG mit der Beschreibung, welche Unfälle als Arbeitsunfälle gelten bzw. diesen gleichgestellt sind. Die Gebietskrankenkasse unterscheidet zwischen „Hilfe bei körperlichen Gebrechen“ (§ 154 ASVG) und „medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation“ (§ 154 a. ASVG). Letztere werden nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung gewährt. Die Gebietskrankenkassen bieten weder Maßnahmen der beruflichen, noch der sozialen Rehabilitation.

Dies bedeutet, daß bei einer Hilfsmittelversorgung nach § 154 maximal der satzungsmäßige Höchstbetrag von dzt. ca. S 5.000,- gewährt werden kann und darüber hinaus noch Selbstbehalt verlangt wird. Dies auch bei Hilfsmitteln, die oft weit über S 50.000,- kosten.

Die in den zitierten Gesetzespassagen angeführten Reise- und Transportkosten werden nach den kürzlich geänderten Richtlinien nicht mehr - oder nur in äußerst eingeschränktem Maß - gewährt.

Die zitierten Passagen des ASVG (samt Begleitgesetzen) sind keineswegs alle Gesetzesstellen zum Themenkreis Rehabilitation. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind hier auch noch das Kriegsopferversorgungsgesetz 1957, das Heeresversorgungsgesetz, das

**Unterschiedliche
Zugänge zur
Rehabilitation**

**Höchstgrenze bei
Hilfsmittelversorgung**

**Kostenübernahme immer
weiter eingeschränkt**

**Unzahl von Gesetzen
enthalten
Rehabilitationshinweise**

Opferfürsorgegesetz, das Bundesgesetz über die Gewährung von Hilfeleistungen an Opfer von Verbrechen, das Impfschadengesetz, das Strafvollzugsgesetz, das Bundesbehindertengesetz, das Behinderteneinstellungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz und nicht zuletzt alle einschlägigen Landesgesetze (Sozial- und Behindertenhilfegesetze) relevant.

Alle diese Gesetze bieten der Definition des Personenkreises, der durch dieses Gesetz erfaßt wird, breiten Raum und je detaillierter die Beschreibung ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, daß einzelne Personen oder sogar Gruppen herausfallen. Um diese meist unbeabsichtigten Härten zu vermeiden, müssen insbesondere die Sozial-Gesetze immer wieder novelliert - und damit noch unübersichtlicher - werden.

Angesichts dieser Tatsache hat die österreichische Bundesregierung in ihrem 1992 beschlossenen „Bundes-Behindertenkonzept“ ein klares Bekenntnis zum Prinzip der „Finalität vor Kausalität“ abgelegt. Dieses, gerade auf dem Gebiet der Rehabilitation unbedingt notwendige Prinzip, könnte durch die Übertragung aller Maßnahmen der Rehabilitation auf nur einen Träger zielführend realisiert werden.

Durch die 53. Novelle zum ASVG werden die Pensionsversicherungsträger verpflichtet, jedem(r) Antragsteller(in) auf Invaliditäts(Berufsunfähigkeits)pension Maßnahmen der Rehabilitation anzubieten. Nur bei nicht erfolgreicher Rehabilitation ist eine (befristete) I- bzw. BU-Pension zu gewähren. Es ist mit unserem Rechtsverständnis unvereinbar, daß derselbe Träger die von ihm selbst - ohne Einfluß der Betroffenen - angebotene Maßnahme auf ihren Erfolg oder Mißerfolg kontrolliert und sich daraus ein Rechtsverhältnis (Pension) ableitet.

**Unterschiedliche
Definitionen des
Personenkreises**

**Klares Ziel im "Bundes-
Behindertenkonzept"
vorgegeben**

**Selbstkontrolle ist
unvereinbar**

Die Zuordnung sämtlicher Maßnahmen der Rehabilitation auf einen Rehabilitationsträger ist daher nicht nur aus praktischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen unbedingt erforderlich. Damit würden die durch Pensionsversicherungsträger und Gebietskrankenkassen unter dem Titel „Maßnahmen der Rehabilitation“ aufgewendeten Mittel frei werden - für die eigentlichen Aufgaben dieser Träger. Der relativ hohe Verwaltungsaufwand für die Gegenverrechnung der Ersatzansprüche könnte eingespart werden.

Im Sinne der oben erwähnten Priorität des Prinzips der Finalität ist es undenkbar, die Leistungen der Allgemeinen Unfallversicherung auf das Niveau der Gebietskrankenkassen oder der Leistungen der Länder für Sozial- und Behindertenhilfe zu senken.

**Rehabilitation
bei einem Kostenträger
ansiedeln**

**Leistungsniveau darf
nicht gesenkt werden**

Versorgung mit Hilfsmitteln:

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Opfer von Arbeitsunfällen werden nach ärztlicher Verordnung mit allen notwendigen Hilfsmitteln - ohne Selbstbehalt - versorgt.

Beispiel **Rollstuhlversorgung:**

Neben der Grundausstattung mit einem körpergerecht angepaßten Rollstuhl wird, falls notwendig gewährt:

Zweitrollstuhl - falls gewünscht
Sportausführung oder
Leichtmetall
Duschrollstuhl
Badelifter
Treppensteighilfe etc.

Beispiel **Blindenversorgung:**

Blindenführhund
(inkl. Zuschüsse für Futter, Arzt etc.)
Mobilitätstraining
elektronische Lesegeräte etc.

Gebietskrankenkassen

Die Gebietskrankenkassen zahlen Hilfsmittel nur aus dem Titel der "medizinischen Rehabilitation" ohne Selbstbehalt. Diese Leistungen werden jedoch laufend reduziert. In der Praxis erfolgt die Gewährung nach § 154 bzw. § 137 ASVG mit Kostenbeteiligung und satzungsmäßiger Höchstgrenze.

Beispiel **Rollstuhlversorgung:**

Rollstuhl für Patient P. M.
Kosten 53.800,--, Zuschuß der Gebietskrankenkasse 5.000,--

Betteinlagen u.a. Hilfsmittel bei Inkontinenz werden seit 1993 von den Gebietskrankenkassen nicht mehr bezahlt. Kosten für die Betroffenen: ca. S 700,-- monatlich. (Änderung mit 1.1.1997)

Blindenführhunde werden seitens der GKK nicht bezahlt, andere Hilfsmittel wie Blindenstock, Lesegeräte etc. nur mit Kostenbeteiligung und satzungsmäßiger Höchstgrenze.

Auszug

**Das Behindertenkonzept
der österreichischen Bundesregierung**

Beschlossen am
22. Dezember 1992

Erarbeitet im
Bundesministerium für Arbeit und Soziales
in Zusammenarbeit mit der
Österreichischen Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (ÖAR)

1.4. Grundsätze

Behindertsein ist eine der vielfältigen Formen menschlichen Lebens: Sie ist als solche zu akzeptieren und darf nicht Anlaß sein, die betroffenen Menschen in irgendeiner Weise von der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben auszusondern. Die österreichische Behindertenpolitik muß auf einer ganzheitlichen Sicht des Menschen beruhen, in der seine körperlichen, geistigen, psychischen und sozialen Bedürfnisse gleichermaßen berücksichtigt werden.

Sie hat sich daher an folgenden Grundsätzen zu orientieren:

Finalität

Die Hilfen für behinderte Menschen müssen unabhängig von der Ursache der Behinderung erbracht werden.

2.6. Zielsetzungen

Die Österreichische Bundesregierung bekennt sich in der Frage der Integration und der Rehabilitation behinderter Menschen zum Finalitätsprinzip: Rehabilitation muß unabhängig von der Ursache der Behinderung angeboten werden.

Dieser Grundsatz umfaßt

- * die Schaffung eines Rechtsanspruches auf Rehabilitation,
- * die Abkehr vom Kosten-Nutzen-Prinzip in der Rehabilitation und

Heinz Schneider

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

- * die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen.

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

Christa **Allinger-Csollich**
ÖAR
1010 Wien

Lucia **Bauer-Bohle**
MS-Gesellschaft
1090 Wien

Daniel **Binter**
ÖBSV
1200 Wien

Inge **Bogenberger**
Club Handikap
1140 Wien

Rudolf **Brauneder**
ÖZIV Steiermark
8010 Graz

Mag. Trude **Breit**
Breit Congress Organisation
1090 Wien

Rita **Donabauer**
PMI
4020 Linz

Karl **Ellbogen**
ZBVP Wr. Städtische Vers.
1100 Wien

DSA Gilda **Ferrares**
Verein Ein Prozent
8010 Graz

Herbert **Fritz**
Arbeitsmarktservice
1110 Wien

Rev. Thomas **Führung**
VA öffentl. Bediensteter
1081 Wien

Waltraud **Galli**
ÖZIV-Kärnten
9500 Villach

Tamara **Grundstein**
SLI - Wien

Abg.z.NR Theresia **Haidlmayr**
Grüner Klub
1017 Wien

Christine **Hernler**
ÖZIV Kärnten
9500 Villach

Roland **Hierzer**
Lebenswertes Leben
4674 Altenhof

Josef **Hosiner**
CBMF
1200 Wien

Margit **Hromadka**
Ges. f. Muskelkranke
1090 Wien

Martina **Jäger**
VA öffentl. Bediensteter
1080 Wien

Andreas **Jarc**
ÖZIV Steiermark
8010 Graz

Prim. Dr. Hans Peter **Jonas**
AUVA Bad Häring
6323 Bad Häring

Prof. Berta **Klement**
Muische Arbeitsgemeinschaft
1100 Wien

Alfred **König**
PV der Angestellten
1020 Wien

Ing. Willibald **Kremser**
Breit Congress Organisation
1090 Wien

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

Elisabeth **Kreuzer**
ÖZIV Ternitz u. Umgebung
2630 Ternitz

Sigrid **Kundela**
SHG für Ganzheitsmedizin
1170 Wien

Mag. Annemarie **Künstl**
pro mente Kärnten
9020 Klagenfurt

Georg **Leitinger**
ÖZIV Tirol
6020 Innsbruck

Eva **Leutner**
ÖAR
1150 Wien

Konrad **Mager**
BFI-Rehabilitation
4020 Linz

Dr. Heinz **Mairhofer**
Lebenswertes Leben
4674 Altenhof

Margaretha **Maleh**
Ö. Verein für Spastiker
Wien

Dr. Stefan **Mann**
GW Bau-Holz
1010 Wien

Mag. Andrea **Manz**
Nachbarschaftszentrum Wiener
Hilfswerk
1060 Wien

Elisabeth **Muschik**
pro mente Wien
1010 Wien

Josef **Neudhart**
Club Handikap
1140 Wien

Annemarie **Nixdorf**
Verein: Freiräume

Andreas **Oechsner**
ÖAR
1010 Wien

Dipl.Ing. Gloria **Petrovic**
ÖBV
1140 Wien

Karin **Praniess**
Integration Wien
1060 Wien

Franz **Presslmayer**
AUVA
1200 Wien

Wolfgang **Proksch**
Balance
1130 Wien

Dr. Joachim **Reinthaller**
VAKÖ
1140 Wien

Eduard **Riha**
ÖAR
1010 Wien

Peter **Rudlof**
Verein Ein Prozent
8010 Graz

Roman **Ruprecht**
BBRZ Linz
4020 Linz

Joe **Safer**
VQÖ
Wien

GR Jutta **Sander**
Der Grüne Klub im Rathaus
1082 Wien

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

DSA Helga **Schiller**
VA öffentl. Bediensteter
1081 Wien

DSA Heinrich **Schmid**
ÖAR
1010 Wien

Hans **Schneeberger**
ÖZIV Stmk.-BG Graz
8020 Graz

Heinz **Schneider**
ÖAR
1010 Wien

Hedi **Schnitzer**
ÖZIV-BZ
1010 Wien

Maria **Schramseis**
Balance
1130 Wien

Dr. Günter **Schuster**
Bundessozialamt
1010 Wien

Manfred **Schweizer**
VQÖ
2361 Laxenburg

Maria **Schweizer**
VQÖ
2361 Laxenburg

Stefan **Seebacher**
BBRZ Wien
Wien

Sandra **Seitzer**
Bürospez. Anlehre
Wien

Günter **Siebenhaar**
PV der Arbeiter
1090 Wien

Annemarie **Siegel**
ÖZIV - BZ
1010 Wien

Uta **Simanek**
VA öffentl. Bediensteter
1080 Wien

Gabriele **Stauffer**
Grüner Parlamentsklub
1010 Wien

Mag. Benno **Tapler**
ÖAR
1010 Wien

Wolfgang **Temmel**
VQÖ
Wien

Bdst.F.Rat Leo **Temper**
KOBV
3370 Ybbs

Andrea **Trager**
ÖZIV Tirol
6020 Innsbruck

Veronika **Trsek**
SHG für Ganzheitsmedizin
Wien

Dr. Klaus **Voget**
ÖAR
1010 Wien

Dr. Helga **Wanecek**
ÖBV
1140 Wien

Dr. Anthony **Williams**
ÖAR
1010 Wien

Dr. Andreas **Winkelbauer**
VA d. österr. Eisenbahnen
1061 Wien

Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

Mag. Wolfgang **Zuleger**
Bürowerkstatt
1130 Wien

Rehabilitation - Gleiches Recht für alle

Nach wie vor bestehen große Unterschiede in Umfang und Qualität von Rehabilitationsleistungen. Bei gleicher Behinderung macht die Ursache den Unterschied:

- ◆ Arbeitsunfall
- ◆ Unfall in der Freizeit
- ◆ Erkrankung
- ◆ oder Behinderung ab der Geburt:

vier Kategorien, die das zukünftige Leben mit Behinderung entscheidend beeinflussen können!

Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) fordert die Bundesregierung daher auf, diese, für behinderte Menschen unbefriedigende, Rechtssituation aufzuheben und alle Maßnahmen legislativer Art zu ergreifen, um die diskriminierende Behandlung behinderter Menschen im Sinne der Bundesverfassung aufzuheben.

Nicht die Ursache, sondern die Bedürfnisse von behinderten Menschen sollen Maßstab für Rehabilitationsleistungen sein. Ein Weg, den Alfred Dallinger, Bundesminister für Arbeit und Soziales (1980 - 1989), bereits gewiesen hat, muß endlich beschritten werden.

Name (in BLOCK)	PLZ, Ort, Straße	Unterschrift

Bitte per Post

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR)

**Resolution und
Unterschriftenliste**

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

zurücksenden an:

A-1010 Wien, Stubenring 2/4, Tel.: 01 / 513 15 33, Fax: - 150

Impressum

Gleiches Recht für alle
REHABILITATION

IMPRESSUM

Medieninhaber (Eigentümer, Herausgeber und Verleger): ÖSTERREICHISCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (ÖAR) Sekretariat: Christa Allinger-Csollich, Martha Dohnal, Emilie Karall, Andreas Oechsner, Eduard Riha, Heinz Schneider, Karin Shala, Mag. Benno Tapler, Dr. Antony Williams - Adresse: Stubenring 2, 1010 Wien, Tel.: (01) 513 15 33, Fax: 513 15 33-150, eMail: dachverband@oear.or.at - Erscheinungsort: Wien - Verlagspostamt: 1010 Wien - Eigenvervielfältigung. **Offenlegung** gemäß § 25 Mediengesetz: Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) ist als Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs überparteilich und religiös neutral. Ihre Aufgaben sind die Wahrung, Vertretung und Förderung der Interessen der behinderten Menschen und deren Familien in Österreich, sowie deren Verbände und Organisationen.
<http://www.oear.or.at/oear/>