

Merkblatt

über Heilbehandlung, Krankenbehandlung, Badekuren und Versehrtenleibesübungen nach dem Recht der sozialen Entschädigung (Bundesversorgungsgesetz – BVG) für Kriegs- und Wehrdienstopfer, Impfgeschädigte, Opfer von Gewalttaten und andere Personengruppen

1. Anschriften und örtliche Zuständigkeit der Versorgungsdienststellen in Thüringen:

Anschrift	örtlicher Zuständigkeitsbereich
<p>Thüringer Landesverwaltungsamt Abteilung VI Jorge-Semprún-Platz 4 99423 Weimar</p> <p>Tel.: 0361 / 57332-1772 E-Mail: poststelle@tlvwa.thueringen.de</p>	<p>Stadt Erfurt, Stadt Weimar, Landkreis Gotha, Kyffhäuserkreis, Landkreis Sömmerda, Landkreis Weimarer Land, Unstrut-Hainich-Kreis, Landkreis Nordhausen, Landkreis Eichsfeld</p>
<p>Thüringer Landesverwaltungsamt Abteilung VI Puschkinplatz 7 07545 Gera</p> <p>Tel.: 0361 / 57334-4267 E-Mail: poststelle.gera@tlvwa.thueringen.de</p>	<p>Stadt Gera, Stadt Jena, Saale-Orla-Kreis, Landkreis Greiz, Landkreis Altenburger Land, Saale-Holzland-Kreis, Landkreis Saalfeld-Rudolstadt</p>
<p>Thüringer Landesverwaltungsamt Abteilung VI Karl-Liebknecht-Straße 4 98527 Suhl</p> <p>Tel.: 0361 / 57331-5262 E-Mail: poststelle.suhl@tlvwa.thueringen.de</p>	<p>Stadt Suhl, Stadt Eisenach, Wartburgkreis, Ilm-Kreis, Landkreis Schmalkalden-Meiningen, Landkreis Hildburghausen, Landkreis Sonneberg</p>
<p>Thüringer Landesverwaltungsamt Abteilung VI Referat 620 – Orthopädische Versorgungsstelle Jorge-Semprún-Platz 4 99423 Weimar</p> <p>Tel.: 0361 / 57332- 1774 E-Mail: poststelle@tlvwa.thueringen.de</p>	<p>alle kreisfreien Städte und Landkreise Thüringens</p>

2. Personenkreis, Leistungsumfang und Voraussetzungen der Heil- und Krankenbehandlung nach dem sozialen Entschädigungsrecht:

Heilbehandlung

Beschädigte erhalten zur Behandlung der anerkannten Schädigungsfolgen Heilbehandlung wie

zu beantragen bei der/dem

- | | |
|--|--------------------------------------|
| • ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung | Krankenkasse |
| • Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln | Krankenkasse |
| • Versorgung mit Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik | Krankenkasse |
| • Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie sowie Brillengläser und Kontaktlinsen | Krankenkasse |
| • Versorgung mit Zahnersatz | TLVwA - Abt. VI |
| • Behandlung in einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung) | Krankenkasse |
| • Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung | Krankenkasse
ggf. TLVwA - Abt. VI |
| • häusliche Krankenpflege | Krankenkasse |
| • Versorgung mit Hilfsmitteln | Orthopädische Versorgungsstelle |
| • Belastungserprobung und Arbeitstherapie | TLVwA - Abt. VI |
| • nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen | TLVwA - Abt. VI |
| • Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Soziotherapie | Krankenkasse |
| • Badekuren (siehe Erläuterungen auf der nächsten Seite) | TLVwA - Abt. VI |
| • Versehrtenleibesübungen in Übungsgruppen | TLVwA - Abt. VI |
| • Ersatzleistungen (z.B. Zuschuss zum Motorfahrzeug) | Orthopädische Versorgungsstelle |
| • Haushaltshilfe | Krankenkasse |
| • Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten | Krankenkasse |
| • Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz | Krankenkasse |
| • Leistungen zur Rehabilitation | Krankenkasse |

Sofern Ihnen im Zusammenhang mit der Behandlung der Schädigungsfolgen Kosten durch Zuzahlungen (z.B. für Arztbesuche, Medikamente, medizinische Hilfsmittel etc.) entstanden sind, beachten Sie bitte, dass diese von Ihrer Krankenkasse auf Antrag erstattet werden. Der entsprechende Antrag ist direkt bei Ihrer Krankenkasse zu stellen.

Schwerbeschädigte, die keine anderweitigen Ansprüche (vor allem als Versicherte gegen ihre Krankenkasse) haben, können unter bestimmten Voraussetzungen die genannten Leistungen auch für Gesundheitsstörungen erhalten, die nicht als Schädigungsfolgen anerkannt sind.

Badekuren

Die Badekur ist eine Sonderform der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Sie gehört damit zu den Maßnahmen, die landläufig als „Kur“ bezeichnet werden und stellt keinen Erholungsaufenthalt dar. Sie hat das Ziel, einen Heilerfolg zu sichern oder einer drohenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes, einer Pflegebedürftigkeit oder einer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen.

Einen Anspruch auf eine Badekur haben Beschädigte zur *Behandlung der Schädigungsfolgen* und unter bestimmten Voraussetzungen zur Behandlung von Nichtschädigungsleiden. Ausschlaggebend für die Gewährung einer Badekur ist jedoch die zunächst ärztlich festzustellende Kurnotwendigkeit.

Eine Badekurdurchführung wird grundsätzlich in einer Einrichtung, die im Kurortverzeichnis des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aufgeführt ist, für die Dauer von vier Wochen gewährt.

Leistungen der **Krankenbehandlung** erhalten

- Schwerbeschädigte für den Ehegatten und die Kinder sowie für sonstige Angehörige,
- Pflegezulageempfänger für ihre Pflegepersonen,
- Witwen, Waisen und Eltern.

Die Leistungen entsprechen im Wesentlichen der Heilbehandlung; für Zahnersatz gibt es jedoch nur einen Zuschuss.

Die Krankenbehandlung umfasst auch

- medizinische Leistungen zur Rehabilitation,
- Leistungen zur Gesundheitsfürsorge.

Bei Arbeitsunfähigkeit sieht das BVG als Lohnersatzleistung auch die Zahlung von Versorgungskrankengeld vor.

Die Leistungen der Heil- und Krankenbehandlung, Badekuren und Versehrtenleibesübungen werden in der Regel als Sachleistung kostenfrei erbracht. Bei der Versorgung mit Zahnersatz oder mit Hilfsmitteln dürfen die Sachleistungen auf Antrag auch über das Maß des Notwendigen hinaus erbracht werden, wenn Sie die Kosten für die Mehrleistung übernehmen und der Versorgungszweck auch damit erreicht wird.

Pflegeversicherung

Haben Sie einen Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung und sind weder gesetzlich noch privat krankenversichert, werden Sie vom Thüringer Landesverwaltungsamt als Mitglied der sozialen Pflegeversicherung gemeldet. Die Beiträge zur Pflegeversicherung werden vom Thüringer Landesverwaltungsamt gezahlt. Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen, die Anspruch auf Heil- und Krankenbehandlung haben und bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder als freiwilliges Mitglied bei einer sozialen Pflegekasse versichert sind, wird unter bestimmten Voraussetzungen der Beitrag zur Pflegeversicherung erstattet.

Nutzen Sie die vom Gesetzgeber eingeräumten vielfältigen Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation – lassen Sie sich von der Abteilung VI des Thüringer Landesverwaltungsamtes, von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Ihres Wohnortes oder der Krankenkasse, bei der Sie Mitglied sind, umfassend über die Leistungen nach dem BVG beraten.

Gesetzliche Vorschriften (rechtliche Grundlagen)

- Auszug -

Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz - BVG)

**Stand: Neugefasst durch Bek. v. 22.1.1982 I 21;
zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 23.9.2014 I 1533**

Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen und Krankenbehandlung

§ 10

(1) Heilbehandlung wird Beschädigten für Gesundheitsstörungen, die als Folge einer Schädigung anerkannt oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden sind, gewährt, um die Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben, die Folgen der Schädigung zu erleichtern oder um den Beschädigten entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Ist eine Gesundheitsstörung nur im Sinne der Verschlimmerung als Folge einer Schädigung anerkannt, wird abweichend von Satz 1 Heilbehandlung für die gesamte Gesundheitsstörung gewährt, es sei denn, dass die als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung auf den Zustand, der Heilbehandlung erfordert, ohne Einfluss ist.

(2) Heilbehandlung wird Schwerbeschädigten auch für Gesundheitsstörungen gewährt, die nicht als Folge einer Schädigung anerkannt sind.

(3) Versehrtenleibesübungen werden Beschädigten zur Wiedergewinnung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit gewährt.

(4) Krankenbehandlung wird

- a) dem Schwerbeschädigten für den Ehegatten oder Lebenspartner und für die Kinder (§ 33b Abs. 1 bis 4) sowie für sonstige Angehörige, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben und von ihm überwiegend unterhalten werden,
- b) dem Empfänger einer Pflegezulage für Personen, die seine unentgeltliche Wartung und Pflege nicht nur vorübergehend übernommen haben,
- c) den Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48), Waisen (§§ 45 und 48) und versorgungsberechtigten Eltern (§§ 49 bis 51)

gewährt, um Gesundheitsstörungen oder die durch sie bewirkte Beeinträchtigung der Berufs- oder Erwerbsfähigkeit zu beseitigen oder zu bessern, eine Zunahme des Leidens zu verhüten, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, körperliche Beschwerden zu beheben oder die Folgen der Behinderung zu erleichtern. Die unter Buchstabe c genannten Berechtigten erhalten Krankenbehandlung auch zu dem Zweck, ihnen entsprechend den in § 4 Abs. 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch genannten Zielen

eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Bisherige Leistungsempfänger (Satz 1 Buchstaben a und b), die nach dem Tode des Schwerbeschädigten nicht zu dem Personenkreis des Satzes 1 Buchstabe c gehören, können weiter Krankenbehandlung erhalten, wenn sie einen wirklichen Krankenversicherungsschutz unter zumutbaren Bedingungen nicht erreichen können.

(5) Krankenbehandlung wird ferner gewährt,

- a) Beschädigten mit einem Grad der Schädigungsfolgen von weniger als 50 für sich und für die in Absatz 4 Buchstabe a genannten Angehörigen,
- b) Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48) für die in Absatz 4 Buchstabe a genannten Angehörigen,

sofern der Berechtigte an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnimmt. Das Gleiche gilt bei einer vorübergehenden Unterbrechung der Teilnahme aus gesundheitlichen oder sonstigen von dem Berechtigten nicht zu vertretenden Gründen.

(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gewährt. Außerdem sollen Leistungen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe nach Maßgabe des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und die Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3 und 4.

(7) Die Ansprüche nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 sind ausgeschlossen,

- a) wenn der Berechtigte ein Einkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, es sei denn, dass der Berechtigte Anspruch auf Pflegezulage hat oder die Heilbehandlung wegen der als Folge einer Schädigung anerkannten Gesundheitsstörung nicht durch eine Krankenversicherung sicherstellen kann, oder
- b) wenn der Berechtigte oder derjenige, für den Krankenbehandlung begehrt wird (Leistungsempfänger), nach dem 31. Dezember 1982 von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Antrag befreit worden ist oder
- c) wenn der Leistungsempfänger ein Einkommen hat, das die Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt, es sei denn, dass der Berechtigte Anspruch auf Pflegezulage hat, oder
- d) wenn ein Sozialversicherungsträger zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist oder
- e) wenn Anspruch auf entsprechende Leistungen aus einem Vertrag, ausgenommen Ansprüche aus einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung, besteht oder
- f) wenn und soweit die Heil- oder Krankenbehandlung durch ein anderes Gesetz sichergestellt ist.

Entsprechende Leistungen im Sinne dieses Absatzes sind Leistungen, die nach ihrer Zweckbestimmung und der Art der Leistungserbringung übereinstimmen. Sachleistungen anderer Träger, die dem gleichen Zweck dienen wie Kostenübernahmen, Geldleistungen oder Zuschüsse nach diesem Gesetz, gelten im Verhältnis zu diesen Leistungen als entsprechende Leistungen. Die Ansprüche, die ein Berechtigter nach den Absätzen 2, 4, 5 und 6 für sich hat, werden nicht dadurch ausgeschlossen, dass er nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert ist.

(8) Heil- oder Krankenbehandlung kann auch vor der Anerkennung eines Versorgungsanspruchs gewährt werden.

§ 11

(1) Die Heilbehandlung umfasst

1. ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
2. Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln,
3. Versorgung mit Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie sowie mit Brillengläsern und Kontaktlinsen
4. Versorgung mit Zahnersatz,
5. Behandlung in einem Krankenhaus (Krankenhausbehandlung),
6. Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung,
7. häusliche Krankenpflege,
8. Versorgung mit Hilfsmitteln,
9. Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
10. nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen,
11. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung und Soziotherapie.

Die Vorschriften für die Leistungen, zu denen die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) ihren Mitgliedern verpflichtet ist, gelten für die Leistungen nach Satz 1 entsprechend, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt.

(2) Stationäre Behandlung in einer Kureinrichtung (Badekur) kann Beschädigten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 gewährt werden, wenn sie notwendig ist, um den Heilerfolg zu sichern oder um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustands, einer Pflegebedürftigkeit oder einer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Die Leistung wird abweichend von § 10 Abs. 7 Buchstabe d nicht dadurch ausgeschlossen, dass eine Krankenkasse zu einer entsprechenden Leistung verpflichtet ist. Eine Badekur soll nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer solchen Maßnahme oder einer Kurmaßnahme, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, gewährt werden, es sei denn, dass eine vorzeitige Gewährung aus dringenden gesundheitlichen Gründen erforderlich ist. Wird die Badekur unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1 gewährt, so sollen Gesundheitsstörungen, die den Erfolg der Badekur beeinträchtigen können, mitbehandelt werden.

(3) Zur Ergänzung der Versorgung mit Hilfsmitteln können Beschädigte unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 als Ersatzleistung Zuschüsse erhalten

1. zur Beschaffung, Instandhaltung und Änderung von Motorfahrzeugen oder Fahrrädern anstelle bestimmter Hilfsmittel und deren Instandsetzung,
2. für Abstellmöglichkeiten für Rollstühle und für Motorfahrzeuge, zu deren Beschaffung der Beschädigte einen Zuschuss erhalten hat oder hätte erhalten können,
3. zur Unterbringung von Blindenführhunden,
4. zur Beschaffung und Änderung bestimmter Geräte sowie
5. zu den Kosten bestimmter Dienst- und Werkleistungen.

Bei einzelnen Leistungen können auch die vollen Kosten übernommen werden. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III können einen Zuschuss nach Satz 1 Nr. 1 auch erhalten, wenn er nicht anstelle eines Hilfsmittels beantragt wird.

(4) Beschädigte erhalten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 1, 2, 7 und 8 Haushaltshilfe sowie einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen in entsprechender Anwendung der Vorschriften, die für die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) gelten.

(5) Die Heilbehandlung umfasst auch ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die nicht zu den Leistungen nach den §§ 11a, 26 und 27d gehören; für diese ergänzenden Leistungen gelten die Vorschriften für die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1).

(6) Die Heil- und Krankenbehandlung umfasst die Versorgung mit Brillengläsern und Kontaktlinsen; in Fällen des § 10 Abs. 2, 4 und 5 jedoch nur, wenn kein Versicherungsverhältnis zu einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht. Der Anspruch auf Brillengläser umfasst auch die Ausstattung mit dem notwendigen Brillengestell, wenn die Brille zur Behandlung einer Gesundheitsstörung nach § 10 Abs. 1 oder wenn bei nichtschädigungsbedingt notwendigen Brillen wegen anerkannter Schädigungsfolgen eine aufwändigere Versorgung erforderlich ist.

§ 11a

(1) Versehrtenleibesübungen werden in Übungsgruppen unter ärztlicher Betreuung und fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßiger örtlicher Übungsveranstaltungen geeigneter Sportgemeinschaften durchgeführt.

(2) Die Eignung einer Sportgemeinschaft setzt voraus, dass Größe, ärztliche Betreuung, sportliche Leitung und Übungsmöglichkeiten Gewähr für einen ordnungsgemäßen Ablauf der Übungsveranstaltungen bieten.

(3) Die Verwaltungsbehörde soll sich bei der Erbringung der Leistungen einer Sportorganisation bedienen, die in der Lage ist, durch geeignete Sportgemeinschaften ein ausreichendes Leistungsangebot im gesamten Landesbereich sicherzustellen. Mehrerer Sportorganisationen soll sie sich nur bedienen, wenn jede Organisation die

Sicherstellung in einem bestimmten Gebiet übernimmt und wenn dadurch der gesamte Landesbereich erfasst wird. Anstelle einer Sportorganisation kann sich die Verwaltungsbehörde geeigneter Sportgemeinschaften unmittelbar bedienen.

(4) Soweit sich die Verwaltungsbehörde bei der Erbringung der Leistungen geeigneter Sportorganisationen oder Sportgemeinschaften bedient, werden den organisatorischen Trägern die dadurch entstehenden Verwaltungskosten in angemessenem Umfang ersetzt.

§ 12

(1) Für die Krankenbehandlung gilt § 11 Abs. 1 mit Ausnahme von Satz 1 Nr. 4 entsprechend. Die Krankenbehandlung umfasst auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen; für diese Leistungen gelten die Vorschriften für die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1).

(2) Zuschüsse zu den Kosten der Beschaffung von Zahnersatz können den Berechtigten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 4, 5, 7 und 8 bis zur Höhe von 80 vom Hundert der notwendigen Kosten gewährt werden. § 10 Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung mit Zahnersatz die Leistung nach Satz 1 ausschließen; sofern solche Leistungen freiwillig Versicherten gewährt werden, die mehr als die Hälfte der Beiträge aus eigenen Mitteln tragen, sind diese Leistungen mit ihrem Wert oder Betrag auf die Gesamtaufwendungen anzurechnen.

(3) Ehegatten oder Lebenspartnern und Eltern von Pflegezulageempfängern sowie Personen, die die unentgeltliche Wartung und Pflege eines Pflegezulageempfängers übernommen haben, kann eine Badekur gewährt werden, wenn sie den Beschädigten mindestens seit zwei Jahren dauernd pflegen und die Badekur zur Erhaltung ihrer Fähigkeit, den Beschädigten zu pflegen, erforderlich ist. Diesen Personen kann auch während eines Zeitraums von fünf Jahren nach der Beendigung der Pflege Tätigkeit eine Badekur gewährt werden, wenn sie notwendig ist, um den Heilerfolg zu sichern oder um einer in absehbarer Zeit zu erwartenden Verschlechterung des Gesundheitszustands, einer Pflegebedürftigkeit oder einer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. Badekuren können bis zehn Jahre nach Beendigung der Pflege Tätigkeit gewährt werden, wenn die Pflege Tätigkeit länger als zehn Jahre gedauert hat. § 10 Abs. 7 und § 11 Abs. 2 Satz 2 und 3 gelten entsprechend. Berechtigte nach Satz 1 und 2 erhalten Haushaltshilfe entsprechend § 11 Abs. 4.

(4) Berechtigte und Leistungsempfänger erhalten unter den Voraussetzungen des § 10 Abs. 4, 5, 7 und 8 Leistungen zur Gesundheitsvorsorge in Form einer Kur in entsprechender Anwendung der Vorschriften, die für die Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) gelten.

(5) § 11 Abs. 4 gilt für Berechtigte oder Leistungsempfänger im Sinne des § 10 Abs. 4 und 5 entsprechend.

§ 13

(1) Die Versorgung mit Hilfsmitteln umfasst die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, Blindenführhunden und mit dem Zubehör der Hilfsmittel, die Instandhaltung und

den Ersatz der Hilfsmittel und des Zubehörs sowie die Ausbildung im Gebrauch von Hilfsmitteln.

(2) Die Hilfsmittel sind in erforderlicher Zahl auf Grund fachärztlicher Verordnung in technisch-wissenschaftlich anerkannter, dauerhafter Ausführung und Ausstattung zu gewähren; sie müssen den persönlichen und beruflichen Bedürfnissen des Berechtigten oder Leistungsempfängers angepasst sein und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und der technischen Entwicklung entsprechen. Hilfsmittel, deren Neuwert 300 Euro übersteigt, sind in der Regel nicht zu übereignen.

(3) Die Bewilligung der Hilfsmittel kann davon abhängig gemacht werden, dass der Berechtigte oder Leistungsempfänger sie sich anpassen lässt oder sich, um mit ihrem Gebrauch vertraut zu werden, einer Ausbildung unterzieht. Der Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels kann abgelehnt werden, wenn es nicht zurückgegeben wird.

(4) Der Berechtigte hat Anspruch auf Instandsetzung und Ersatz der Hilfsmittel, wenn ihre Unbrauchbarkeit oder ihr Verlust nicht auf Missbrauch, Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit des Berechtigten oder Leistungsempfängers zurückzuführen ist.

(5) Zur Versorgung mit Körperersatzstücken kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales mit Leistungserbringern oder deren Verbänden Vereinbarungen abschließen, in denen die zu zahlenden Vergütungen und besondere Voraussetzungen der Versorgung geregelt werden.

§ 14

Beschädigte, bei denen Blindheit als Folge einer Schädigung anerkannt ist, erhalten monatlich 148 Euro zum Unterhalt eines Führhunds und als Beihilfe zu den Aufwendungen für fremde Führung.

§ 15

Verursachen die anerkannten Folgen der Schädigung außergewöhnlichen Verschleiß an Kleidung oder Wäsche, so sind die dadurch entstehenden Kosten mit einem monatlichen Pauschbetrag von 19 bis 121 Euro zu ersetzen. Der Pauschbetrag ergibt sich aus der Multiplikation von 1,861 Euro mit der auf Grund einer Rechtsverordnung nach § 24a Buchstabe d für den jeweiligen Verschleißtatbestand festgesetzten Bewertungszahl. Die sich ergebenden Beträge sind bis 0,49 Euro auf volle Euro abzurunden und von 0,50 Euro an auf volle Euro aufzurunden. Übersteigen in besonderen Fällen die tatsächlichen Aufwendungen die höchste Stufe des Pauschbetrags, so sind sie erstattungsfähig.

§ 16

(1) Versorgungskrankengeld nach Maßgabe der folgenden Vorschriften wird gewährt

- a) Beschädigten, wenn sie wegen einer Gesundheitsstörung, die als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht ist, arbeitsunfähig im Sinne der Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung werden; bei Gesundheitsstörungen, die nur im Sinne der Verschlimmerung als Folge einer Schädigung anerkannt sind, tritt an deren Stelle die gesamte Gesundheitsstörung, es sei denn, dass

die als Folge einer Schädigung anerkannte Gesundheitsstörung auf die Arbeitsunfähigkeit ohne Einfluss ist,

- b) Beschädigten, wenn sie wegen anderer Gesundheitsstörungen arbeitsunfähig werden, sofern ihnen wegen dieser Gesundheitsstörungen Heil- oder Krankenbehandlung zu gewähren ist (§ 10 Abs. 2, 5 Buchstabe a und Absatz 7),
- c) Witwen und hinterbliebenen Lebenspartnern (§§ 38, 42 bis 44 und 48), Waisen (§§ 45 und 48) und versorgungsberechtigten Eltern (§§ 49 bis 51), wenn sie arbeitsunfähig werden, sofern ihnen Krankenbehandlung zu gewähren ist (§ 10 Abs. 4 Buchstabe c und Absatz 7).

(2) Als arbeitsunfähig im Sinne der §§ 16 bis 16f ist auch der Berechtigte anzusehen, der

- a) wegen der Durchführung einer stationären Behandlungsmaßnahme der Heil- oder Krankenbehandlung, einer Badekur oder
- b) ohne arbeitsunfähig zu sein, wegen einer anderen Behandlungsmaßnahme der Heil- oder Krankenbehandlung, ausgenommen die Anpassung und die Instandsetzung von Hilfsmitteln
- c) (weggefallen)

keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben kann.

(3) Anspruch auf Versorgungskrankengeld besteht auch dann, wenn Heil- oder Krankenbehandlung vor Anerkennung des Versorgungsanspruchs nach § 10 Abs. 8 gewährt oder eine Badekur durchgeführt wird. Einem versorgungsberechtigten Kind steht im Falle einer schädigungsbedingten Erkrankung und dadurch erforderlichen Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege für den betreuenden Elternteil ein Anspruch auf Versorgungskrankengeld in entsprechender Anwendung des § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu.

(4) Der Anspruch auf Versorgungskrankengeld ruht, solange der Berechtigte Arbeitslosengeld, Unterhaltsgeld, Mutterschaftsgeld oder Kurzarbeitergeld bezieht. Das gilt nicht für die Dauer einer stationären Behandlungsmaßnahme der Heil- oder Krankenbehandlung oder einer Badekur. Es besteht kein Anspruch auf Versorgungskrankengeld, wenn unmittelbar vor der Arbeitsunfähigkeit Arbeitslosengeld II bezogen wurde.

(5) Der Anspruch auf Versorgungskrankengeld ruht während der Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder das Versorgungskrankengeld aus dem Arbeitsentgelt zu berechnen ist, das durch Erwerbstätigkeit während der Elternzeit erzielt wurde.

§ 16a

(1) Das Versorgungskrankengeld beträgt 80 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Entgelts (Regelentgelt) und darf das entgangene regelmäßige Nettoarbeitsentgelt nicht übersteigen. Das Regelentgelt wird nach den Absätzen 2 und 3 berechnet. Das Versorgungskrankengeld wird für Kalendertage gezahlt. Ist es für einen ganzen Kalendermonat zu zahlen, so ist dieser mit 30 Tagen anzusetzen.

(2) Für die Berechnung des Regelentgelts ist bei Berechtigten, die bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit gegen Entgelt beschäftigt waren, das von dem Berechtigten im letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, mindestens während der letzten abgerechneten vier Wochen (Bemessungszeitraum) erzielte und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Entgelt durch die Zahl der Stunden zu teilen, für die es gezahlt wurde. Das Ergebnis ist mit der Zahl der sich aus dem Inhalt des Arbeitsverhältnisses ergebenden regelmäßigen wöchentlichen Arbeitsstunden zu vervielfachen und durch sieben zu teilen. Ist das Entgelt nach Monaten bemessen oder ist eine Berechnung des Regelentgelts nach den Sätzen 1 und 2 nicht möglich, so gilt der 30. Teil des in dem letzten vor Beginn der Maßnahme abgerechneten Kalendermonat erzielten und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderten Entgelts als Regelentgelt. Wenn mit einer Arbeitsleistung Arbeitsentgelt erzielt wird, das für Zeiten einer Freistellung vor oder nach dieser Arbeitsleistung fällig wird (Wertguthaben nach § 7b des Vierten Buches Sozialgesetzbuch), ist für die Berechnung des Regelentgelts das im Bemessungszeitraum der Beitragsberechnung zugrundeliegende und um einmalig gezahltes Arbeitsentgelt verminderte Arbeitsentgelt maßgebend; Wertguthaben, die nicht gemäß einer Vereinbarung über flexible Arbeitszeitregelungen verwendet werden (§ 23b Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch), bleiben außer Betracht. Bei der Anwendung des Satzes 1 gilt als regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit die Arbeitszeit, die dem gezahlten Arbeitsentgelt entspricht.

(3) Das Regelentgelt wird bis zur Höhe der jeweils geltenden Leistungsbemessungsgrenze berücksichtigt. Leistungsbemessungsgrenze ist der 360. Teil der Beitragsbemessungsgrenze der allgemeinen Rentenversicherung für Jahresbezüge.

(4) Bei der Berechnung des Regelentgelts und des Nettoarbeitsentgelts sind die Besonderheiten der Gleitzone nach § 20 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch nicht zu berücksichtigen.

(5) Bei der Berechnung des Regelentgelts ist für die im Jahr 2011 liegenden Entgeltabrechnungszeiträume § 9a Satz 1 Nummer 1 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes in der am 5. November 2011 geltenden Fassung anzuwenden.

§ 16b

(1) Hat der Berechtigte unmittelbar vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§§ 13 bis 14 des Einkommensteuergesetzes), aus Gewerbebetrieb (§§ 15 bis 17 des Einkommensteuergesetzes) oder aus selbständiger Arbeit (§ 18 des Einkommensteuergesetzes) erzielt, ist § 16a entsprechend anzuwenden.

(2) Bemessungszeitraum ist das letzte Kalenderjahr, für das ein Einkommensteuerbescheid vorliegt. Das Versorgungskrankengeld ist für Kalendertage zu zahlen. Als Regelentgelt gelten die Gewinne, die der Veranlagung zur Einkommensteuer zugrunde gelegt worden sind. Ein Verlustausgleich zwischen einzelnen Einkunftsarten ist nicht vorzunehmen. Den Gewinnen sind erhöhte Absetzungen nach den §§ 7b bis 7d und

7h bis 7k des Einkommensteuergesetzes, nach den §§ 82a, 82g und 82i der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung, nach den §§ 14 bis 15 des Berlinförderungsgesetzes und nach den §§ 7 und 12 des Schutzbaugesetzes hinzuzurechnen, soweit sie die nach § 7 Abs. 1 oder 4 des Einkommensteuergesetzes zulässigen Absetzungen für Abnutzung übersteigen. Ferner sind Sonderabschreibungen nach den §§ 7f und 7g des Einkommensteuergesetzes sowie nach den §§ 81 und 82f der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung hinzuzurechnen. Freibeträge für Veräußerungsgewinne nach den §§ 14, 14a, 16 Abs. 4, § 17 Abs. 3 und § 18 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes und Freibeträge nach § 13 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes sind nicht zu berücksichtigen.

(3) Findet eine Veranlagung zur Einkommensteuer nicht statt, ist Bemessungszeitraum das letzte vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgelaufene Kalenderjahr, für das der Berechtigte die Gewinne nachweisen kann; die nachgewiesenen Gewinne gelten als Regelentgelt.

(4) Kann ein Regelentgelt nach Absatz 2 oder 3 nicht festgestellt werden oder ergibt ein nach Absatz 2 oder 3 festgestelltes Regelentgelt wegen wesentlicher Änderungen nach Ende des Bemessungszeitraumes oder aus anderen Gründen keinen angemessenen Maßstab für den Einkommensverlust, so ist das Regelentgelt unter Berücksichtigung der Gesamtverhältnisse festzusetzen.

(5) Als Regelentgelt im Sinne des § 16a Abs. 1 gelten auch

- a) bei Berechtigten, die die Voraussetzungen des § 30 Abs. 12 erfüllen, ein Betrag in Höhe von zehn Achteln der durch die Arbeitsunfähigkeit notwendigen Mehraufwendungen für die Haushaltsführung,
- b) bei nicht erwerbstätigen Berechtigten, die durch Arbeitsunfähigkeit gehindert sind, eine bestimmte Erwerbstätigkeit aufzunehmen, das Bruttoeinkommen, das ihnen durchschnittlich entgeht, oder, sofern dieses Einkommen nicht ermittelt werden kann, das Durchschnittseinkommen der Berufs- oder Wirtschaftsgruppe, der der Berechtigte ohne die Arbeitsunfähigkeit angehörte,
- c) bei Empfängern von Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld ein Betrag in Höhe von zehn Achteln dieser Leistungen, sofern die Voraussetzungen von Buchstabe b nicht vorliegen.

(6) Ist Versorgungskrankengeld nach § 16a und nach den Absätzen 1 bis 5 zu berechnen, so ist ein einheitliches kalendertägliches Versorgungskrankengeld festzusetzen.

§ 16c
(weggefallen)

§ 16d

Hat der Berechtigte von einem anderen Rehabilitations-träger Krankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld bezogen und ist ihm im Anschluss daran Versorgungskrankengeld nach den §§ 16 bis 16f zu gewähren, so ist bei der Berechnung des Versorgungskrankengelds von dem bisher zugrunde gelegten Entgelt auszugehen.

§ 16e

Sind nach Abschluss der Heil- oder Krankenbehandlung oder einer Badekur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich und können diese aus Gründen, die der Berechtigte nicht zu vertreten hat, nicht unmittelbar anschließend durchgeführt werden, so ist das Versorgungskrankengeld für diese Zeit weiterzugewähren, wenn der Berechtigte arbeitsunfähig ist und ihm ein Anspruch auf Krankengeld nicht zusteht oder wenn ihm eine zumutbare Beschäftigung nicht vermittelt werden kann.

§ 16f

(1) Erhält der Berechtigte während des Bezugs von Versorgungskrankengeld Arbeitsentgelt, so ist das Versorgungskrankengeld um das um die gesetzlichen Abzüge verminderte Arbeitsentgelt zu kürzen; einmalig gezahltes Arbeitsentgelt sowie Leistungen des Arbeitgebers zum Versorgungskrankengeld, soweit sie zusammen mit dem Versorgungskrankengeld das vor der Arbeitsunfähigkeit erzielte, um die gesetzlichen Abzüge verminderte Arbeitsentgelt nicht übersteigen, bleiben außer Ansatz. Erzielt der Berechtigte während des Bezugs von Versorgungskrankengeld Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, so ist das Versorgungskrankengeld um 80 vom Hundert der als Regelentgelt geltenden Beträge zu kürzen.

(2) Erhält der Berechtigte durch eine Tätigkeit während des Bezugs von Versorgungskrankengeld Arbeitseinkommen, so ist das Versorgungskrankengeld um 80 vom Hundert des erzielten Arbeitseinkommens zu kürzen.

(3) Das Versorgungskrankengeld ist ferner zu kürzen um den um gesetzliche Abzüge verminderten Betrag von

1. Geldleistungen, die eine öffentlich-rechtliche Stelle im Zusammenhang mit der Heil- und Krankenbehandlung oder Badekur gewährt,
2. Renten, wenn dem Versorgungskrankengeld ein vor Beginn der Rentengewährung erzieltes Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde liegt,
3. Renten, die aus demselben Anlass wie die Maßnahmen zur Rehabilitation gewährt werden, wenn durch die Anrechnung eine unbillige Doppelleistung vermieden wird.

(4) Macht der Berechtigte Ansprüche auf Leistungen einer öffentlich-rechtlichen Stelle nicht geltend, so ist der ihm dadurch entgehende Betrag anzurechnen; das gilt nicht, soweit die Ansprüche nicht zu verwirklichen sind oder aus Unkenntnis oder aus einem verständigen Grund nicht geltend gemacht worden sind oder geltend gemacht werden.

(5) § 71b findet entsprechende Anwendung.

§ 16g

(1) Ist ein Arbeitnehmer am Tag nach der Beendigung eines auf einer Dienstpflicht beruhenden Dienstverhältnisses nach dem Wehrpflichtgesetz, dem Zivildienstgesetz oder dem Bundesgrenzschutzgesetz vom 18. August 1972 (BGBl. I S. 1834), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2978) geändert worden ist, wegen einer Gesund-

heitsstörung arbeitsunfähig, so werden dem privaten Arbeitgeber, der auf Grund eines bereits vor dem Beginn des Dienstverhältnisses bestehenden Arbeitsverhältnisses zur Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall verpflichtet ist, das fortgezahlte Arbeitsentgelt, die darauf entfallenden, von dem Arbeitgeber zu tragenden und abgeführten Beiträge zur Sozialversicherung und zur Arbeitsförderung sowie zu Einrichtungen der zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet, wenn die Gesundheitsstörung durch eine Schädigung im Sinne der §§ 80 bis 81a des Soldatenversorgungsgesetzes, der §§ 47, 47a des Zivildienstgesetzes oder des § 59 des Bundesgrenzschutzgesetzes vom 18. August 1972 (BGBl. I S. 1834), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 2978) geändert worden ist, verursacht worden ist. Den in Satz 1 bezeichneten Dienstverhältnissen steht ein Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit gleich, für das die Dienstzeit zunächst auf sechs Monate oder endgültig auf insgesamt nicht mehr als zwei Jahre festgesetzt worden ist.

(2) Die Erstattung nach Absatz 1 ist auf den Zeitraum beschränkt, für den der Arbeitgeber zur Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfall verpflichtet ist. Der Erstattungszeitraum endet schon früher, wenn die am Tage nach Beendigung des Dienstverhältnisses bestehende Arbeitsunfähigkeit entfällt oder nicht mehr durch die Folgen der Schädigung verursacht wird.

(3) Ist dem Arbeitnehmer ein Anspruch erwachsen, auf Grund gesetzlicher Vorschriften von einem Schädiger Ersatz wegen des Verdienstaufschlags, der ihm durch die Arbeitsunfähigkeit entstanden ist, verlangen zu können, so kann der Arbeitgeber Erstattung nach Absatz 1 nur gegen Abtretung dieses Anspruchs im Umfang der nach Absatz 1 begründeten Leistungspflicht verlangen.

(4) Die Aufwendungen der Arbeitgeber werden auf Antrag erstattet. Die Erstattung wird erst nach der Entscheidung über den Versorgungsanspruch geleistet. Der Anspruch auf die Erstattung verjährt mit Ablauf von vier Jahren seit dem Ende des Jahres der Beendigung des Dienstverhältnisses.

§ 16h

Erfüllt der Arbeitgeber während der Arbeitsunfähigkeit des Berechtigten den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht, so geht der Anspruch des Berechtigten gegen den Arbeitgeber bis zur Höhe des gezahlten Versorgungskrankengelds auf den Kostenträger der Kriegsopferversorgung über. In dem Umfang, in dem der Arbeitgeber Erstattung nach § 16g Abs. 1 verlangen kann, ist dieser Anspruch nicht geltend zu machen.

§ 17

Führt eine notwendige Maßnahme der Behandlung einer anerkannten Schädigungsfolge (§ 10 Abs. 1, § 11 Abs. 1 und 2) zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Erwerbsgrundlage des Beschädigten, so kann eine Beihilfe in angemessener Höhe gewährt werden; sie soll im allgemeinen 36 Euro täglich nicht übersteigen. Die Beihilfe kann auch gewährt werden, wenn die Einkünfte einschließlich des Versorgungskrankengelds infolge bestehender, unabwendbarer finanzieller Verpflichtungen nicht ausreichen, den notwendigen Lebensunterhalt zu bestreiten. Die Beihilfe ist jedoch

nicht zu gewähren, soweit die finanziellen Belastungen auf einer Verpflichtung beruhen, durch die die Grundsätze wirtschaftlicher Lebensführung verletzt worden sind.

§ 18

(1) Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24a werden als Sachleistungen erbracht, soweit sich aus diesem Gesetz oder dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch nichts anderes ergibt. Sachleistungen sind Berechtigten und Leistungsempfängern ohne Beteiligung an den Kosten zu gewähren. Dasselbe gilt für den Ersatz der Fahrkosten im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung durch die Krankenkassen.

(2) Bei der Versorgung mit Zahnersatz (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4) oder mit Hilfsmitteln (§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8, § 12 Abs. 1 Satz 1) dürfen Sachleistungen auf Antrag in Umfang, Material oder Ausführung über das Maß des Notwendigen hinaus erbracht werden, wenn auch dadurch der Versorgungszweck erreicht wird und der Berechtigte oder Leistungsempfänger die Mehrkosten übernimmt. Das Gleiche gilt für Zahnfüllungen. Führt eine Mehrleistung nach Satz 1 oder 2 bei Folgeleistungen zu Mehrkosten, hat diese der Berechtigte oder Leistungsempfänger zu übernehmen.

(3) Hat der Berechtigte eine Heilbehandlung, Krankenbehandlung oder Badekur vor der Anerkennung selbst durchgeführt, so sind die Kosten für die notwendige Behandlung in angemessenem Umfang zu erstatten. Dies gilt auch, wenn eine Anerkennung nicht möglich ist, weil nach Abschluss der Heilbehandlung keine Gesundheitsstörung zurückgeblieben ist, oder wenn ein Beschädigter die Heilbehandlung vor der Anmeldung des Versorgungsanspruchs in dem Zeitraum durchgeführt hat, für den ihm Beschädigtenversorgung gewährt werden kann oder wenn ein Beschädigter durch Umstände, die außerhalb seines Willens lagen, an der Anmeldung vor Beginn der Behandlung gehindert war.

(4) Hat der Berechtigte eine Heil- oder Krankenbehandlung nach der Anerkennung selbst durchgeführt, so sind die Kosten in angemessenem Umfang zu erstatten, wenn unvermeidbare Umstände die Inanspruchnahme der Krankenkasse (§ 18c Abs. 2 Satz 1) oder der Verwaltungsbehörde (§ 18c Abs. 1 Satz 2) unmöglich machten. Das gilt für Versorgungsberechtigte, die Mitglied einer Krankenkasse sind, jedoch nur, wenn die Kasse nicht zur Leistung verpflichtet ist, sowie hinsichtlich der Leistungen, die nach § 18c Abs. 1 Satz 2 von der Verwaltungsbehörde zu gewähren sind. Hat der Berechtigte oder Leistungsempfänger nach Wegfall des Anspruchs auf Heil- oder Krankenbehandlung eine Krankenversicherung abgeschlossen oder ist er einer Krankenkasse beigetreten, so werden ihm die Aufwendungen für die Versicherung in angemessenem Umfang ersetzt, wenn der Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung im Vorverfahren oder im gerichtlichen Verfahren rechtsverbindlich rückwirkend wieder zuerkannt wird. Kosten für eine selbst durchgeführte Badekur werden nicht erstattet.

(5) Wird dem Berechtigten Kostenersatz nach Absatz 3 oder 4 gewährt, besteht auch Anspruch auf Versorgungskrankengeld.

(6) Anstelle der Leistung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 kann dem Beschädigten für die Beschaffung eines

Zahnersatzes wegen Schädigungsfolgen ein Zuschuss in angemessener Höhe gewährt werden, wenn er wegen des Verlustes weiterer Zähne, für den kein Anspruch auf Heilbehandlung nach diesem Gesetz besteht, einen erweiterten Zahnersatz anfertigen lässt. Die Verwaltungsbehörde kann den Zuschuss unmittelbar an den Zahnarzt zahlen.

(7) In besonderen Fällen können bei der stationären Behandlung eines Beschädigten auch die Kosten für Leistungen übernommen werden, die über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, wenn es nach den Umständen, insbesondere im Hinblick auf die anerkannten Schädigungsfolgen erforderlich erscheint.

(8) Stirbt der Berechtigte, so können den Erben die Kosten der letzten Krankheit in angemessenem Umfang erstattet werden.

§ 18a

(1) Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24a werden auf Antrag gewährt; sie können auch von Amts wegen gewährt werden. Die Ausstellung eines Ausweises gilt als Antrag. Ist der Berechtigte Mitglied einer Krankenkasse, gelten Anträge auf Leistungen nach diesem Gesetz zugleich als Anträge auf die entsprechenden Leistungen der Krankenkasse, Anträge auf Leistungen der Krankenkasse zugleich als Anträge auf die entsprechenden Leistungen nach diesem Gesetz.

(2) Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24a werden, sofern im folgenden nichts anderes bestimmt ist, vom 15. des zweiten Monats des Kalendervierteljahrs, das der Antragstellung vorausgegangen ist, frühestens jedoch von dem Tag an gewährt, von dem an ihre Voraussetzungen erfüllt sind. Von Amts wegen werden die Leistungen von dem Tag an gewährt, an dem die anspruchsbegründenden Tatsachen der Krankenkasse oder Verwaltungsbehörde bekannt geworden sind.

(3) Versorgungskrankengeld ist von dem Tag an zu gewähren, von dem an seine Voraussetzungen erfüllt sind, wenn es innerhalb von zwei Wochen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit oder nach dem Beginn der Behandlungsmaßnahme oder nach Wegfall des Anspruchs auf Fortzahlung des Lohnes oder Gehalts beantragt wird, sonst von dem Tage der Antragstellung an. Als Antrag gilt auch die Meldung der Arbeitsunfähigkeit. Ist der Antrag nicht fristgerecht gestellt, so ist das Versorgungskrankengeld für die zurückliegende Zeit zu gewähren, wenn unvermeidbare Umstände die Einhaltung der Frist unmöglich machten. Von Amts wegen wird Versorgungskrankengeld von dem Tag an gewährt, an dem die anspruchsbegründenden Tatsachen der Krankenkasse oder Verwaltungsbehörde bekannt geworden sind. Die Sätze 1 bis 4 gelten auch für die Beihilfe nach § 17.

(4) Für Leistungen nach den §§ 10 bis 24a, die in Monatsbeträgen zu gewähren sind, gilt § 60 sinngemäß.

(5) Leistungen nach den §§ 10 bis 24a, die in Jahresbeträgen zu gewähren sind, werden vom ersten Januar des Jahres der Antragstellung an, frühestens vom Ersten des Monats an, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind, gewährt. Von Amts wegen werden diese Leistungen vom ersten Januar des Jahres an gewährt, in dem der Krankenkasse oder der

Verwaltungsbehörde die anspruchsbegründenden Tatsachen bekannt geworden sind, frühestens vom Ersten des Monats an, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Auf einmalige Geldleistungen besteht nur Anspruch, wenn sie vor Ablauf von zwölf Monaten nach Entstehen der Aufwendungen beantragt werden.

(6) Die Leistungen nach den §§ 10 bis 24a werden, sofern im Folgenden nichts anderes bestimmt ist, bis zu dem Tag gewährt, an dem ihre Voraussetzungen entfallen. Sie werden bis zum Ablauf des Kalendervierteljahrs, in dem ihre Voraussetzungen entfallen sind, weiter gewährt, wenn die Behandlungsbedürftigkeit oder der regelwidrige Körperzustand fortbesteht. Tritt der Wegfall durch eine Einkommenserhöhung ein, gelten die Voraussetzungen als mit dem Zeitpunkt entfallen, in dem der Berechtigte Kenntnis von der Erhöhung erlangt hat. Beruht der Wegfall auf dem Tod des Schwerbeschädigten oder des Pflegezulageempfängers, enden die Leistungen mit Ablauf des sechsten auf den Sterbemonat folgenden Monats.

(7) Versorgungskrankengeld und Beihilfe nach § 17 enden mit dem Wegfall der Voraussetzungen für ihre Gewährung, dem Eintritt eines Dauerzustands, der Bewilligung einer Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Zahlung von Vorruhestandsgeld. Ein Dauerzustand ist gegeben, wenn die Arbeitsunfähigkeit in den nächsten 78 Wochen voraussichtlich nicht zu beseitigen ist. Versorgungskrankengeld und Beihilfe werden bei Wegfall der Voraussetzungen für ihre Gewährung bis zu dem Tag gewährt, an dem diese Voraussetzungen entfallen. Bei Eintritt eines Dauerzustands oder Bewilligung einer Altersrente werden Versorgungskrankengeld und Beihilfe, sofern sie laufend gewährt werden, bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Feststellung des Dauerzustands, bei Altersrentenbewilligung bis zu dem Tag gewährt, an dem der Berechtigte von der Bewilligung Kenntnis erhalten hat. Bei Zahlung von Vorruhestandsgeld enden Versorgungskrankengeld und Beihilfe nach § 17 mit dem Tag, der dem Beginn des Vorruhestandes vorausgeht. Werden die Leistungen nicht laufend gewährt, so werden sie bis zu dem Tag der Feststellung des Dauerzustands oder des Beginns der Altersrente gewährt. Die Feststellung eines Dauerzustands ist ausgeschlossen, solange dem Berechtigten stationäre Behandlungsmaßnahmen gewährt werden oder solange er nicht seit mindestens 78 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist; Zeiten einer vorübergehenden, auf derselben Krankheit beruhenden Arbeitsunfähigkeit sind auf diese Frist anzurechnen, soweit sie in den letzten drei Jahren vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit liegen. Badekuren und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen enden mit Ablauf der für die Behandlung vorgesehenen Frist. Leistungen, die in Jahresbeträgen zuerkannt werden, enden mit Ablauf des Kalenderjahrs, in dem die Voraussetzungen für ihre Gewährung entfallen sind.

§ 18b

Berechtigte und Leistungsempfänger, die Leistungen nur auf Grund dieses Gesetzes erhalten, sowie die Berechtigten, die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, haben sich bei Ärzten und anderen Leistungserbringern auszuweisen. § 15 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 18c

(1) Die §§ 10 bis 24a werden von der Verwaltungsbehörde durchgeführt. Im Rahmen dieser Zuständigkeit erbringen die Verwaltungsbehörden Zahnersatz, Versorgung mit Hilfsmitteln, Bewegungstherapie, Sprachtherapie, Beschäftigungstherapie, Belastungsproben, Arbeitstherapie, Badekuren nach § 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3, Ersatzleistungen, Versehrtenleibesübungen, Zuschüsse zur Beschaffung von Zahnersatz, Führhundzulage, Beihilfe zu den Aufwendungen für fremde Führung, Pauschalbetrag als Ersatz für Kleider- und Wäscheverschleiß, Erstattungen nach § 16g, Beihilfe nach § 17, Leistungen nach § 18 Abs. 3 bis 8 und § 24, soweit die Verwaltungsbehörde für die Erbringung der Hauptleistung zuständig ist, Kostenerstattungen an Krankenkassen, Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Zeiten des Bezugs von Versorgungskrankengeld, Ersatz der Aufwendungen für die Alterssicherung sowie Beiträge zur Arbeitsförderung. Die übrigen Leistungen werden von den Krankenkassen für die Verwaltungsbehörde erbracht. Insoweit sind die Berechtigten und Leistungsempfänger der Krankenordnung unterworfen.

(2) Sind die Krankenkassen nach Absatz 1 Satz 3 zur Erbringung der Leistungen verpflichtet, so obliegt diese Verpflichtung bei Berechtigten, die Mitglied einer Krankenkasse sind, und bei Berechtigten und Leistungsempfängern, die Familienangehörige eines Kassenmitglieds sind, dieser Krankenkasse, bei der Heilbehandlung der übrigen Beschädigten und der Krankenbehandlung der Berechtigten und der übrigen Leistungsempfänger der Allgemeinen Ortskrankenkasse des Wohnorts. Über Widersprüche gegen Verwaltungsakte, die im Rahmen der Leistungserbringung von Krankenkassen erlassen werden, entscheidet die für die Verwaltungsbehörde zuständige Widerspruchsbehörde.

(3) Anstelle der Krankenkasse kann die Verwaltungsbehörde die Leistungen erbringen. Die Krankenkassen sollen der Verwaltungsbehörde Fälle mitteilen, in denen die Erbringung der Leistungen durch die Verwaltungsbehörde angezeigt erscheint.

(4) Auch wenn die Heil- und Krankenbehandlung nur auf Grund dieses Gesetzes gewährt werden, haben Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere der Heil- und Krankenbehandlung dienende Personen sowie Krankenanstalten und Einrichtungen nur auf die für Mitglieder der Krankenkasse zu zahlende Vergütung Anspruch. Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln im Sinne des § 13 darf die von der Ortskrankenkasse für ihre Mitglieder am Sitz des Lieferers zu zahlende Vergütung nicht überschritten werden. Soweit zur Versorgung mit einem Körperersatzstück eine Vereinbarung im Sinne des § 13 Absatz 5 geschlossen worden ist, darf abweichend von Satz 2 die in dieser Vereinbarung vorgesehene Vergütung nicht überschritten werden. Ausnahmen von diesen Vorschriften können zugelassen werden.

(5) Auf Rechtsvorschriften beruhende Leistungen öffentlich-rechtlicher Leistungsträger, auf die jedoch kein Anspruch besteht, dürfen nicht deshalb versagt oder gekürzt werden, weil nach den §§ 10 bis 24a Leistungen für denselben Zweck vorgesehen sind. Erbringt ein anderer öffentlich-rechtlicher Leistungsträger eine Sachleistung, eine Zuschuss- oder sonstige Geldleistung oder eine mit einer Zuschussleistung für

den gleichen Leistungszweck verbundene Sachleistung nicht, weil bereits auf Grund dieses Gesetzes eine Sachleistung gewährt wird, ist er erstattungspflichtig, soweit er sonst Leistungen gewährt hätte. Die Erstattungspflicht besteht nicht, wenn die zu behandelnde Gesundheitsstörung als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder durch eine anerkannte Schädigungsfolge verursacht worden ist oder wenn Leistungen für Berechtigte erbracht wurden, die nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind.

(6) Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sind verpflichtet, der Verwaltungsbehörde und der Krankenkasse (Absatz 2 Satz 1) die in den §§ 294, 295, 298 und 301 bis 303 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bezeichneten Daten zu übermitteln, soweit dies zur Aufgabenerfüllung der Verwaltungsbehörde oder der Krankenkasse erforderlich ist.

§ 19

Den Krankenkassen werden Aufwendungen für Leistungen erstattet, die sie nach § 18c erbracht haben. Aufwendungen für ihre Mitglieder werden ihnen nur erstattet, soweit diese Aufwendungen durch Behandlung anerkannter Schädigungsfolgen entstanden sind.

§ 20

(1) Die Erstattungsansprüche der Krankenkassen nach § 19 werden pauschal abgegolten. Grundlage für die Festsetzung des Pauschalbetrages eines Kalenderjahres ist die Erstattung des Vorjahres. Sie wird um den Vom-Hundert-Satz verändert, um den sich die Zahl der rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen am 1. Juli des Jahres im Vergleich zum 1. Juli des Vorjahres verändert hat. Dieses Ergebnis wird dann um den Vom-Hundert-Satz verändert, um den sich die Ausgaben der Krankenkassen je Mitglied und Rentner einschließlich Familienangehörige für ärztliche und zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz und ohne kieferorthopädische Behandlung), für Arznei- und Verbandmittel, für Heilmittel, für Krankenhausbehandlung und für Fahrkosten jeweils im ersten Halbjahr gegenüber dem ersten Halbjahr des Vorjahres verändert haben. Mit der Zahlung dieses Pauschalbetrages sind die in § 19 genannten Aufwendungen der Krankenkassen abgegolten.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales zahlt die Pauschalbeträge an den AOK-Bundesverband, der sie für die Krankenkassen in Empfang nimmt. Zum Ende jeden Kalendervierteljahres werden Teilbeträge gezahlt. Für die Berechnung der Teilbeträge wird der Pauschalbetrag des Vorjahres um 10 vom Hundert vermindert. Solange die in Absatz 1 genannten Vergleichsdaten nicht vorliegen, werden Abschlagszahlungen in Höhe des Pauschalbetrags des Vorjahres vermindert um 10 vom Hundert erbracht. Der AOK-Bundesverband verteilt die Beträge auf die Spitzenverbände der Krankenkassen mit deren Einvernehmen; die Verteilung soll sich nach dem Verhältnis der Anteile der einzelnen Krankenkassenarten an den Erstattungen nach den §§ 19 und 20 in der bis zum 31. Dezember 1993 geltenden Fassung zum Erstattungsvolumen aller Krankenkassen des Haushaltsjahres 1993 richten.

(3) Den Krankenkassen werden für die Erbringung von Leistungen nach § 18c Verwaltungskosten in Höhe von 3,25 vom Hundert des Pauschalbetrages nach Absatz 1 erstattet. Die Aufteilung dieses Betrages auf die

einzelnen Länder richtet sich nach der Zahl der rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen jeweils am 1. Juli des Jahres. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales gibt die von den Ländern zu zahlenden Anteile bekannt. Absatz 2 gilt entsprechend.

(4) Für von den Ländern zu tragende Aufwendungen nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung dieses Gesetzes vorsehen, gelten die Absätze 1, 2 und 3 nur, soweit dies ausdrücklich vorgesehen ist.

§ 21

Für die Erstattung nach § 18c Abs. 5 gelten die §§ 107 bis 114 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch. Die Verjährung beginnt mit Ablauf des Jahres, in dem die Heil- oder Krankenbehandlung durchgeführt worden ist, frühestens jedoch mit der Anerkennung des Versorgungsanspruchs.

§ 22

(1) Die Verwaltungsbehörde entrichtet für Berechtigte die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung für Zeiten des Bezugs von Versorgungskrankengeld sowie den Beitrag zur Arbeitsförderung.

(2) Nicht rentenversicherungspflichtigen Berechtigten, die Versorgungskrankengeld beziehen, werden auf Antrag die Aufwendungen für die Alterssicherung bis zur Höhe der Beiträge erstattet, die zur gesetzlichen Rentenversicherung für Zeiten des Bezugs von Versorgungskrankengeld zu entrichten wären. Aufwendungen für die Alterssicherung im Sinne des Satzes 1 sind freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, Beiträge zu öffentlich-rechtlichen berufsständischen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen sowie Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungsunternehmen auf Grund von Lebensversicherungsverträgen.

(3) Die Krankenkasse benennt der Verwaltungsbehörde vierteljährlich die Bezieher von Versorgungskrankengeld, macht die für die Entrichtung der Beträge erforderlichen Angaben und legt auf Anfrage der Verwaltungsbehörde entsprechende Unterlagen vor.

§ 23

(weggefallen)

§ 24

(1) Berechtigte haben Anspruch auf Übernahme der Reisekosten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Heil- oder Krankenbehandlung sowie bei einer Badekur entstehen. Den Berechtigten werden für sich, eine notwendige Begleitung sowie für Kinder, deren Mitnahme an den Rehabilitationsort erforderlich ist, weil ihre anderweitige Betreuung nicht sichergestellt ist, die notwendigen Reisekosten einschließlich des erforderlichen Gepäcktransports sowie der Kosten für Verpflegung und Unterkunft in angemessenem Umfang ersetzt. Dauert die Maßnahme länger als acht Wochen, so können auch die notwendigen Reisekosten für Familienheimfahrten oder für Fahrten eines Familienangehörigen zum Aufenthaltsort des Berechtigten oder Leistungsempfängers übernommen werden. Wird eine stationäre Behandlung ohne zwingenden Grund abgebrochen, besteht kein Anspruch auf Ersatz der Reisekosten.

(2) Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst wird in angemessenem Umfang gewährt

- a) bei der Anpassung und der Instandsetzung von Hilfsmitteln,
- b) bei notwendiger Begleitung, wenn der Berechtigte der Begleitperson zur Erstattung verpflichtet ist.

Satz 1 Buchstabe b gilt auch im Zusammenhang mit Leistungen, die die Krankenkasse zur Behandlung von Schädigungsfolgen erbringt.

(3) Ist ohne behördliche Zustimmung ein Hilfsmittel (§ 13 Abs. 1) angepasst, geändert oder ausgebessert worden, so werden Ersatz der baren Auslagen und Entschädigung für entgangenen Arbeitsverdienst in angemessenem Umfang gewährt, wenn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt wird.

§ 24a

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

- a) Art, Umfang und besondere Voraussetzungen der Versorgung mit Hilfsmitteln einschließlich Zubehör sowie der Ersatzleistungen (§ 11 Abs. 3) näher zu bestimmen,
- b) näher zu bestimmen, was als Hilfsmittel und als Zubehör im Sinne des § 13 Abs. 1 gilt,
- c) für Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz und den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung dieses Gesetzes vorsehen, Art, Umfang und besondere Voraussetzungen der Versehrtenleibesübungen sowie die Sportarten, die als Versehrtenleibesübungen gelten, näher zu bestimmen, die Durchführung der Versehrtenleibesübungen, die Grundlagen und die Höchstbeträge der bei Sicherstellung der Versehrtenleibesübungen durch Sportorganisationen zu vereinbarenden pauschalen Vergütung der Aufwendungen festzulegen, sowie die Grundlagen für die mit Sportgemeinschaften zu vereinbarenden anteilige Vergütung der Aufwendungen, die durch die Teilnahme der Beschädigten an den Übungsveranstaltungen entstehen, näher zu regeln,
- d) die Bemessung des Pauschbetrags für Kleider- und Wäscheverschleiß für einzelne Gruppen von Schädigungsfolgen und die Bestimmung der besonderen Fälle im Sinne des § 15 zu regeln.

§ 53a Beiträge zur Pflegeversicherung

(1) Rentenberechtigten Beschädigten und Hinterbliebenen, die einen Anspruch auf Heil- oder Krankenbehandlung haben und die bei einem privaten Versicherungsunternehmen oder bei einer Pflegekasse nach § 20 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, wird der Beitrag zur Pflegeversicherung erstattet.

(2) Der Erstattungsbetrag nach Absatz 1 darf den Betrag nicht übersteigen, der sich bei Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Beschädigten aus der Ausgleichsrente, dem Ehegattenzuschlag und dem Berufschadensausgleich, bei Hinterbliebenen aus allen Rentenleistungen nach diesem Gesetz ergibt.

(3) § 61 Abs. 6 und 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.