

Merkblatt

über die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses
zu den Kosten medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen



Die grundlegenden Bestimmungen für diese Leistungsart enthält § 20 der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung, der wie folgt lautet:

1. Einem Mitglied, das noch keine Altersrente gemäß § 9 bezieht und dessen Mitgliedschaft nicht gemäß § 6 Absatz 6 entfallen ist bzw. gemäß § 7 Absatz 4 oder 5 der bis zum 31. Dezember 2013 geltenden Fassung gekündigt wurde, kann auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter widerruflicher Zuschuss zu den Kosten notwendiger ausschließlich medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden, wenn seine Berufsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen ernsthaft gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen und durch die Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich erhalten oder wesentlich gebessert werden kann. Keinen Anspruch auf Zuschussgewährung haben freiwillige Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung, die zugleich Pflichtmitglied in einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung sind. Im Falle des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente kann ein Zuschuss nur gewährt werden, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahme die Berufsfähigkeit voraussichtlich wiederhergestellt werden kann. Der Zuschuss ist **mindestens 2 Monate** vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme zu **beantragen**; in akuten Fällen **kann** der Verwaltungsausschuss Ausnahmen von der Fristvorgabe einräumen!
2. Die Voraussetzungen für die Zuschussgewährung sind vom Antragsteller durch ärztliches Gutachten nachzuweisen. Die **Versorgungseinrichtung** kann auf ihre Kosten eine zusätzliche Begutachtung verlangen. Sie **kann** die **Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahmen knüpfen**.
3. Die **notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Antragsteller** unter Beifügung von Belegen **vorauszuschätzen**. Sie bleiben insoweit außer Betracht, als gesetzliche oder satzungsmäßige Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht. Über die Höhe der Kostenbeteiligung entscheidet die Versorgungseinrichtung nach freiem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.
4. Der Verwaltungsausschuss kann Richtlinien für die Gewährung von Zuschüssen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erlassen.

Die o.a. Berufsunfähigkeit ist das Entfallen der "Erwerbsfähigkeit als Arzt". Nicht dagegen genügt eine "Arbeitsunfähigkeit", also der bloße Wegfall oder die Einschränkung der Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte ärztliche Tätigkeit; das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit - und noch keiner Berufsunfähigkeit - ist in der Regel dann ausgewiesen, solange die Krankenkasse Kranken-(tage-)geld, -Verdienstausschlag - oder der Arbeitgeber entsprechende Bezüge leistet.

Sofern die Ansicht besteht, dass die genannten Voraussetzungen vorliegen, ist ein entsprechender Antrag zu stellen. Der zur Feststellung der Voraussetzungen und Vorbereitung der nach § 20 Abs. 3 Satz 3 erforderlichen Entscheidung des Verwaltungsausschusses notwendige Fragebogen liegt diesem Merkblatt bei. Die darin enthaltenen Fragen sind richtig **und vollständig** zu beantworten. Streichungen oder Lücken machen Rückfragen notwendig, durch die sich die Bearbeitung verzögern kann. Das Gleiche gilt, soweit die erbetenen Nachweise nicht beigelegt werden.

Gemäß § 20 Abs. 3, Satz 2 der Satzung ist für den Fall, dass eine gesetzliche oder satzungsgemäße Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht, dort ein entsprechender Antrag zu stellen. Deren evtl. Leistungen sind auf die Leistungen des Versorgungswerkes anzurechnen. **Der jeweilige Leistungs- oder Ablehnungsbescheid ist vorzulegen!**

Sobald alle zur Beurteilung notwendigen Unterlagen vollständig vorliegen, wird der Antrag dem Verwaltungsausschuss des Versorgungswerkes, der in der Regel in monatlichen Abständen tagt, zur Entscheidung vorgelegt. Über die Entscheidung erhält der Antragsteller einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Bei Vergleichen mit anderen Trägern von Kosten für medizinische Rehabilitationsleistungen kann nicht außer Acht gelassen werden, dass beim Versorgungswerk im Rahmen der Angemessenheit freie Wahl des Rehabilitationsortes, der behandelnden Ärzte und des Rehabilitationsbeginns bestehen. Darüberhinaus ist bei der Berliner Ärzteversorgung der Mindestabstand zwischen den Maßnahmen z.Zt. auf 2 Jahre festgelegt. Er liegt damit deutlich unter den Fristen anderer Leistungsträger.

Ausdrücklich wird noch darauf hingewiesen, dass die Kosten für ärztliche Krankenbehandlungen entsprechend der Satzung grundsätzlich nicht vom Versorgungswerk übernommen werden.

Hinweis: Angaben über die Einkommensverhältnisse (s. IV., Ziffer 1) erfolgen auf freiwilliger Basis: Da bei der Bemessung des Zuschusses aber auch die sozialen Verhältnisse berücksichtigt werden, kann die Angabe (besonders bei niedrigem Einkommen zur Beurteilung von Härtefällen) bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein.

BERLINER ÄRZTEVERSORGUNG
Der Verwaltungsausschuss