



Merkblatt

über die Voraussetzungen für die Gewährung von Zuschüssen zu den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen

I. Rehabilitationsmaßnahmen

Die Voraussetzungen für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen sind in § 29 der Satzung geregelt:

- (1) Einem Mitglied des Steuerberaterversorgungswerkes, das mindestens für drei Monate Beiträge geleistet hat oder Berufsunfähigkeitsrente bezieht, kann auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter Zuschuss zu den Kosten notwendiger, besonders aufwändiger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden. Voraussetzung ist, dass seine Berufsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und durch die Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich erhalten oder wesentlich gebessert werden kann. Im Fall des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente kann ein Zuschuss nur gewährt werden, wenn durch die Rehabilitationsmaßnahme die Berufsfähigkeit voraussichtlich wiederhergestellt werden kann. Der Zuschuss ist vor Einleitung der Maßnahme schriftlich zu beantragen. Das Nähere regeln vom Vorstand zu erlassende Richtlinien zu Rehabilitationsmaßnahmen.
- (2) Die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme und ihre Erfolgsaussicht sind vom Mitglied durch ärztliches Gutachten nachzuweisen. Das Steuerberaterversorgungswerk kann eine zusätzliche Begutachtung verlangen. Es kann die Kostenbeteiligung an Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahmen knüpfen. Es kann Nachuntersuchungen anordnen und hierfür die Gutachterin oder den Gutachter bestimmen. Die Kosten der Untersuchungen und Begutachtungen, mit Ausnahme der Kosten einer vom Steuerberaterversorgungswerk veranlassten Untersuchung und Begutachtung, trägt das Mitglied. Der Vorstand kann ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von Härten, beschließen, dass auch diese Kosten ganz oder teilweise vom Steuerberaterversorgungswerk übernommen werden.
- (3) Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Mitglied nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen voraus zu schätzen. Sie bleiben insoweit außer Betracht, als gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht. Über die Höhe der Kostenbeteiligung entscheidet das Steuerberaterversorgungswerk nach eigenem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls.

II. Richtlinien des Vorstandes

- (1) Die Regeldauer einer Rehabilitationsmaßnahme beträgt im Sinne eines optimalen Rehabilitationserfolges drei Wochen.
- (2) Der Zuschuss beträgt maximal 50% der Kosten.
- (3) Kosten für Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Einbettzimmer) bleiben mangels medizinischer Notwendigkeit außer Betracht.
- (4) Für die An- und Abreise entstehende Kosten werden bis zur Höhe der für eine Fahrt mit der Deutschen Bahn (II. Klasse) aufzuwendenden Ausgaben unter Ausschöpfung aller Fahrpreisermäßigungen erstattet. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen ist eine hiervon abweichende Fahrtkostenerstattung möglich.
- (5) Die erneute Gewährung eines Kostenzuschusses für dieselbe oder eine ähnliche Diagnose ist nach einem Regelabstand von 2 Jahren möglich. Bei neu auftretenden Krankheiten bzw. dringenden erforderlichen Maßnahmen (z.B. rezidiv) kann vom Regelabstand abgewichen werden.
- (6) Andere Kostenträger (Krankenkasse, gesetzliche Rentenversicherung etc.) sind stets vorrangig in Anspruch zu nehmen; deren Leistungen werden auf die Leistung des Versorgungswerks der Steuerberater in Sachsen-Anhalt angerechnet.
- (7) Es werden Kostenzuschüsse zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen gewährt, andere Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Berufsförderung, Kinderheilbehandlungen) bleiben außer Betracht.

Über die Erstattung von Sachkosten für die Rehabilitationsmaßnahme hinaus werden keine Geldleistungen (etwa Übergangsgeld) erbracht.
- (8) Zuschussfähig sind (teil-)stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen. In begründeten Ausnahmefällen kann hiervon abgewichen werden.
- (9) Künftige Änderungen dieser Richtlinien behält sich der Vorstand ausdrücklich vor.

III. Verfahren

Über die Gewährung des Kostenzuschusses entscheidet der Vorstand auf der Grundlage des vorgelegten Antrags.

Der Leistungs- oder Ablehnungsbescheid der Krankenkasse oder der gesetzlichen Rentenversicherung ist vorzulegen.

Sobald alle zur Beurteilung notwendigen Unterlagen vorliegen, wird der Antrag dem Vorstand des Versorgungswerkes zur Entscheidung vorgelegt. Über den Beschluss erhält der Antragsteller einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Ein Zuschuss wird nicht gewährt:

- a) Wenn die Mitgliedschaft nach § 10 der Satzung begründet wurde und nicht mindestens 36 Monate Beiträge geleistet wurden.
- b) Mitgliedern, die nur zur Zahlung des Mindestbeitrags verpflichtet sind (§ 34 Abs. 5 der Satzung)
- c) Wenn die Vorlage von Belegen über die angefallenen Kosten und über die Erstattungen anderer Kostenträger nicht innerhalb eines Vierteljahres nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt.