

# **Merkblatt über die Voraussetzungen für die Gewährung von Zuschüssen zu den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen**



VERSORGUNGSWERK  
DER RECHTSANWÄLTE  
IN BERLIN

## **I. BESTIMMUNGEN DER SATZUNG**

Körperschaft  
des öffentlichen Rechts

Die Voraussetzungen für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen sind in § 20 der Satzung geregelt:

Der Vorstand

Schlüterstraße 42  
10707 Berlin

Fon: +49 (0) 30 88 71 82 50  
Fax: +49 (0) 30 88 71 82 579

info@b-rav.de  
www.b-rav.de

Commerzbank AG  
BLZ 100 800 00  
Konto 0 921 114 700

1. Einem Mitglied des Versorgungswerkes, das mindestens für drei Monate Beiträge geleistet hat oder Berufsunfähigkeitsrente bezieht, wird auf Antrag ein einmaliger oder wiederholter Zuschuss zu den Kosten notwendiger, besonders aufwendiger medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gewährt, wenn seine Berufsfähigkeit infolge Krankheit oder eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte oder Sucht gefährdet, gemindert oder ausgeschlossen ist und sie durch diese Rehabilitationsmaßnahme voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Der Zuschuss ist rechtzeitig vor Einleitung der Maßnahme schriftlich zu beantragen.
2. Die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme und ihre Erfolgsaussicht sind vom Mitglied durch ärztliches Gutachten nachzuweisen. Das Versorgungswerk 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 den Gutachter bestimmen. Die Kosten der Untersuchungen und Begutachtungen mit Ausnahme der Kosten einer vom Versorgungswerk 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 Versorgungswerk übernommen werden.
3. Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen sind vom Mitglied nach Grund und Höhe nachzuweisen oder unter Beifügung von Belegen vorzuschätzen. Sie bleiben insoweit außer Betracht, als gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Erstattungspflicht einer anderen Stelle besteht. Über die Höhe der Kostenbeteiligung entscheidet das Versorgungswerk nach eigenem Ermessen unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.
4. Auf Grund derselben medizinischen Diagnose kann ein Zuschuss zu einer Rehabilitationsmaßnahme nur gewährt werden, wenn seit Beendigung der Maßnahme ein Zeitraum von zwei Jahren vergangen ist. Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.

## **II. MEDIZINISCHE VORAUSSETZUNGEN**

Die Gewährung eines Kostenzuschusses setzt Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne einer Gefährdung, Minderung oder eines Wegfalls der Berufsfähigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Prognose für das Rehabilitationsziel, der Erhaltung, wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit voraus.

## **III. RICHTLINIEN DES VORSTANDES**

1. Bei Gefährdung der anwaltlichen Berufsfähigkeit wird ein Kostenzuschuss zu Rehabilitationsmaßnahmen gewährt, der sich an den eingereichten Kostenvorschlägen orientiert und regelmäßig ca. 50% der voraussichtlichen Kosten beträgt. Es wird regelmäßig ein Festbetrag bestimmt. Abweichend hiervon kann bei Vorliegen eines so genannten Härtefalles (Teilzeitbeschäftigung, Arbeitslosigkeit, allein erziehender Elternteil), der vom Mitglied darzulegen ist, dieser Prozentsatz zugunsten des Mitgliedes erhöht werden.
2. Die Regeldauer einer Rehabilitationsmaßnahme beträgt im Sinne eines optimalen Rehabilitationserfolges drei Wochen.
3. Kosten für Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Einbettzimmer) bleiben mangels medizinischer Notwendigkeit außer Betracht.

Für den Kostenansatz gilt der zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und den Krankenkassen bzw. den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern vereinbarte Pauschalpflegesatz.

4. Die für die An- und Abreise entstehenden 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. dringend 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 Rechtsanwälte in Berlin angerechnet.

7. Der Vorstand gewährt Kostenzuschüsse zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen; 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. Abweichend von Ziffer 1 werden bei medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen nach stationären Krankenhausaufenthalten nach Maßgabe des Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund die Kosten in vollem Umfang übernommen.

Die Kosten im Rahmen der onkologischen Nachsorge werden bis zum Ablauf von 2 Jahren nach Ende der Erstbehandlung einmal jährlich in vollem Umfang übernommen.

Für Entwöhnungsbehandlungen werden die Kosten regelmäßig einmal in vollem Umfang übernommen.

10. Künftige Änderungen dieser Richtlinien behält sich der Vorstand ausdrücklich vor.

#### **IV. VERFAHREN**

Über die Gewährung des Kostenzuschusses entscheidet der Vorstand auf der Grundlage des beigefügten Fragebogens, den wir richtig und vollständig auszufüllen bitten.

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

Angaben über die Einkommensverhältnisse sind nicht obligatorisch. Da bei der Bemessung des Zuschusses aber auch die sozialen Verhältnisse berücksichtigt werden, kann die Angabe besonders bei niedrigem Einkommen von Vorteil sein.

Sobald alle zur Beurteilung notwendigen Unterlagen vorliegen, wird der Antrag dem Vorstand des Versorgungswerkes, der in der Regel in monatlichen Abständen tagt, zur Entscheidung vorgelegt. Entscheidungen über Kostenübernahmen für Anschlussheilbehandlungen werden außerhalb der ordentlichen Vorstandssitzungen kurzfristig getroffen. Über den Beschluss erhält der Antragsteller einen rechtsmittelfähigen Bescheid.