

Merkblatt zur Rehabilitation

Das Steuerberaterversorgungswerk kann gem. §§ 14 Abs. 2 i.V.m. 20 der Satzung Zuschüsse für Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit gewähren.

I. Rehabilitation ist Ermessensleistung

Das Steuerberaterversorgungswerk ist aufgrund von Landesgesetzen **nicht** verpflichtet, seinen Mitgliedern Rehabilitationsleistungen zu gewähren (§ 10 Abs. 2 StBerVG S-H). Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen werden daher ausschließlich als **Ermessensleistung** gewährt. Sie ist keine Pflichtleistung wie die Berufsunfähigkeits-, Alters- und Hinterbliebenenrenten.

Allerdings übt das Steuerberaterversorgungswerk das Ermessen nicht willkürlich aus. Jede vom Versorgungswerk ausgeübte Ermessensentscheidung kann gerichtlich auf Ermessensüberschreitung, Ermessensnichtgebrauch oder Ermessensfehler überprüft werden.

Trotz des Vorbehalts der Ermessensausübung gibt es gute Gründe, Zuschüsse zu Rehabilitationsleistungen zu gewähren. Die Rehabilitation steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit. Häufig lässt sich durch eine gezielte Rehabilitationsmaßnahme eine drohende Berufsunfähigkeit verhindern oder eine bestehende Berufsunfähigkeit beseitigen und damit erhebliche Kosten für die Versichertengemeinschaft einsparen.

II. Sinn und Zweck der Rehabilitationsleistungen

Sinn und Zweck von Rehabilitationsleistungen ist es daher, Berufsunfähigkeit zu verhindern oder zu beseitigen. Rehabilitationsleistungen werden aus diesem Grund nicht erst gewährt, wenn eine Berufsunfähigkeit bereits eingetreten ist; vielmehr kommen solche Leistungen auch dann in Betracht, wenn Berufsunfähigkeit lediglich droht oder abzusehen ist.

Gleichwohl erfolgt eine Bezuschussung nur insoweit, als nicht ein anderer nach Gesetz, Satzung oder Vertrag zuständiger Träger die Kosten übernimmt.

Dem gegenüber gilt im Steuerberatungsversorgungswerk nicht der im allgemeinen Sozialversicherungsrecht geltende Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Ansprüche auf Berufsunfähigkeitsrente bestehen grundsätzlich neben Ansprüchen auf Rehabilitation und sind nicht etwa subsidiär.

III. Persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Maßgebliche Voraussetzung für die Gewährung von Zuschüssen ist eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder eine Behinderung des Mitgliedes, die seine Berufsfähigkeit beseitigt hat oder zu beseitigen droht. Die Rehabilitationsleistungen sollen in diesem Fall dazu dienen, den **Eintritt der Berufsunfähigkeit zu verhindern oder zumindest den Zeitpunkt des Eintritts zu verzögern**.

Weitere Voraussetzung ist die **Erfolgsaussicht der Rehabilitation**. Kann das Mitglied nicht nachweisen, dass durch die Rehabilitationsmaßnahme eine drohende Berufsunfähigkeit verhindert oder eine bereits eingetretene Berufsunfähigkeit beseitigt wird, kann die Leistung vom Versorgungswerk versagt werden.

Ferner setzt die Gewährung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen voraus, dass das Mitglied entweder für drei Monate Beiträge geleistet hat oder eine Berufsunfähigkeitsrente bezieht.

IV. Art und Umfang der Rehabilitationsmaßnahmen

Das Versorgungswerk leistet Zuschüsse zu den **Kosten** der Rehabilitationsmaßnahme. Eigene Rehabilitationseinrichtungen werden nicht vorgehalten.

Zuschüsse werden nur zu **medizinischen** Leistungen zur Rehabilitation (§ 26 SGB IX) geleistet. Zuschüsse zu berufsfördernden, ergänzenden oder sonstigen Leistungen sowie wie die Gewährung von Übergangsgeld sind wie auch in anderen Versorgungswerken nicht vorgesehen.

Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation umfassen insbesondere:

- Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistung unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztlicher Anordnung durchgeführt werden, einschließlich der Anleitung der Mitglieder, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln
- Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie
- Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel
- stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung für längstens drei Wochen; in Ausnahmefällen für einen längeren Zeitraum, wenn dies erforderlich ist, um das Rehabilitationsziel zu erreichen.

Die Zuschüsse zu stationären Leistungen müssen in Einrichtungen gewährt werden, die über einen für die erfolgreiche Durchführung medizinischer Leistungen notwendigen Qualitätsstandard (ärztliche Leitung und besonders geschultes Personal) verfügen. Die Einrichtung braucht nicht unter ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert.

Bei der Frage, ob stationäre medizinische Leistungen bewilligt werden, ist zu prüfen, ob das Rehabilitationsziel auch mit anderen ambulanten/teilstationären (und damit wohnortnahen) Leistungen erreicht werden kann. Die ambulante/teilstationäre Leistung muss sich dabei an dem Qualitätsstandard der stationären Leistung orientieren und die Gewähr dafür bieten, dass das Mitglied nach Beendigung der Rehabilitationsleistung im gleichen Umfang für seinen Beruf leistungsfähig ist, wie nach einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung.

Schließlich muss es sich um **besonders aufwändige** Rehabilitationsmaßnahmen handeln, also um solche Maßnahmen, die das Mitglied in einem über den Durchschnitt liegenden Maße finanziell in Anspruch nehmen.

V. Subsidiarität und Höhe der Zuschüsse

Eine Bezuschussung erfolgt nur insoweit, als nicht ein anderer nach Gesetz, Satzung oder Vertrag zuständiger Träger die Kosten übernimmt. Dies kann die Deutsche Rentenversicherung Bund, die zuständige Krankenkasse im Rahmen einer Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung oder die Berufsgenossenschaft sein.

Im Rahmen von **Anschlussheilbehandlungen** (AHB) besteht für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Anspruch auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V in Verbindung mit § 39 SGB I dann, wenn Leistungen der ärztlichen Behandlung oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichen, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Das Versorgungswerk gewährt lediglich **Zuschüsse** zu den Kosten der Rehabilitationsmaßnahme. Dies erklärt sich mit dem Ziel des Steuerberaterversorgungswerkes, das in erster Linie auf die Gewährung einer soliden finanziellen Versorgung im Alter ausgerichtet ist. Die Übernahme eines Eigenanteils des Mitglieds ist Ausdruck der Eigenverantwortlichkeit der freien Berufe. In besonderen Härtefällen kann aber auch eine Kostenübernahme in voller Höhe gewährt werden.

Im Übrigen entscheidet das Steuerberaterversorgungswerk unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles über die Höhe der Kostenbeteiligung. Hierbei können Höhe des Arbeitseinkommens, Höhe der Rehabilitationskosten, bestehende Unterhaltspflichten oder sonstige besondere finanzielle Belastungen des Mitglieds maßgebend sein.

VI. Antrag und Gutachten

Für die Gewährung von Zuschüssen zu einer Rehabilitationsmaßnahme ist ein entsprechender Antrag erforderlich, der **vor** Antritt der Rehabilitationsmaßnahme gestellt werden muss. Der Antrag ist zu begründen und durch ein **ärztliches Gutachten** zu ergänzen.

Die notwendigen Kosten der Rehabilitationsmaßnahme sind vom Mitglied unter Beifügung von Belegen nach Grund und Höhe nachzuweisen oder vorauszuschätzen. Das Mitglied hat nachzuweisen, dass nicht ein anderer nach Gesetz, Satzung oder Vertrag zuständiger Träger die Kosten übernimmt. Für die Entscheidung über die Höhe des Zuschusses kann das Mitglied zudem Angaben zur Höhe des Arbeitseinkommens, zu bestehenden Unterhaltspflichten oder sonstigen finanziellen Belastungen machen.

Das Gutachten muss als **Mindestinhalt** Feststellungen zur medizinischen Indikation (Dauer, Art und Schwere der Gesundheitsstörung), zu den Auswirkungen der Gesundheitsstörung auf die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit speziell in Ansehung der steuerberatenden Berufstätigkeit, zur Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme sowie zur Prognose über die Erfolgsaussicht der Rehabilitationsmaßnahme treffen. Die Gesundheitsstörung muss geeignet sein, eine **Berufsunfähigkeit** oder zumindest deren konkrete Gefahr zu begründen, die Rehabilitationsmaßnahme muss **zur Abwendung der Berufsunfähigkeit erforderlich** sein und der mit der Rehabilitationsmaßnahme angestrebte Erfolg kann nicht durch eine **alternative Therapie**, eine ambulante Behandlung oder eine reguläre stationäre Krankenhausbehandlung erzielt werden. Die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, die lediglich die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme **behauptet, genügt grundsätzlich nicht**.

Das Steuerberaterversorgungswerk kann eine zusätzliche Begutachtung verlangen. Es kann die Kostenbeteiligung über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahmen knüpfen. Es kann Nachuntersuchungen anordnen und hierfür den Gutachter bestimmen.

Die **Kosten für das ärztliche Gutachten** mit Ausnahme der Kosten einer vom Steuerberaterversorgungswerk veranlassten Untersuchung oder Begutachtung trägt das Mitglied. Zur Vermeidung von Härten können diese Kosten aber auch ganz oder teilweise vom Steuerberaterversorgungswerk übernommen werden.

VII. Ausschlussgründe

Aus dem Grundsatz der Subsidiarität der Rehabilitation als Ermessensleistung folgt, dass die Gewährung von Leistungen durch das Versorgungswerk u.a. entfällt, wenn

- ein anderer Leistungsträger eintrittspflichtig ist,
- der mit der Rehabilitationsmaßnahme angestrebte Erfolg durch eine alternative Heilbehandlung, einen Erholungsurlaub, eine ambulante Behandlung oder eine reguläre stationäre Krankenhausbehandlung erzielt werden kann,
- eine wesentliche Besserung der Berufsfähigkeit trotz Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme nicht erwartet werden kann.

Ein Anspruch auf Gewährung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen scheidet zudem aus

- bei mangelnder Mitwirkung zur erforderlichen Aufklärung des Sachverhalts,
- wenn der Versicherte bereits früher eine medizinische Leistung oder deren Erfolg schuldhaft vereitelt hat.