

# VERSORGUNGSEINRICHTUNG

## der Bezirksärztekammer Trier

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Balduinstraße 10-14, 54290 Trier

Telefon 0651 - 170886-0 Fax 0651 - 170886-66

info@ve-trier.de



### Antrag auf Beteiligung an den Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen

nach der Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier

#### I. Angaben zur Person:

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

ggfs. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtstag / -ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

niedergelassen

angestellt

beamtet

#### Angaben zu Kindern, sofern Anspruch auf Kinderzulage besteht:

Name, Vorname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

#### Hinweise zur Kinderzulage:

Unser derzeitiges Satzungsrecht sieht nach § 14 Absatz (5) vor, dass die Kinderzulage bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt wird. Über diesen Zeitraum hinaus wird sie denjenigen Kindern gewährt, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, ein freiwilliges soziales

Jahr leisten oder die bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten, solange dieser Zustand dauert. Die Kinderzulage wird längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt. Dabei gelten Zeiträume zwischen jeweils zwei Ausbildungsabschnitten und die Zeit zwischen Schulausbildung und Beginn des gesetzlichen Grundwehrdienstes bis zu einer Gesamtdauer von höchstens 12 Monaten als Ausbildungszeit, sofern während dieser Zeiträume keine Einkünfte erzielt werden, die nach dem Bundes-Kindergeldgesetz für die Zahlung von Kindergeld nicht überschritten sein darf. Grundwehr-/ Ersatzdienstzeit führt zur einer entsprechenden Verlängerung des Anspruches.

## II. Rehabilitationsmaßnahmen

1. Art: \_\_\_\_\_

Zeitraum \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

2. Angabe der Erkrankung oder Behinderung, die die Erwerbsfähigkeit im ärztlichen Beruf gefährdet, mindert oder ausschließt: Nicht also nur die „Arbeitsfähigkeit“ in der derzeitigen ärztlichen Tätigkeit (= Krankheit, z. Bsp. Torsionsbruch nach Skiunfall - im Sinne der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung), sondern auf Sicht der nachhaltigen Aufgabe des ärztlichen Berufs und letztlich des Wechsels aus dem Lebensabschnitt des Aktiven in den eines (Berufsunfähigkeits-)Rentners.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Angabe, warum gerade die beabsichtigte Maßnahme notwendig und aussichtsreich ist im Vergleich zu anderen möglichen, aber ggf. nicht so aussichtsreichen Maßnahmen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Bitte beifügen:

- Ärztliche Bescheinigung über die Art der Erkrankung sowie die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rehabilitationsmaßnahmen im Hinblick auf die Ausübung oder Wiederaufnahme der ärztlichen Tätigkeit.

Nachweise oder Kostenvoranschläge über die Höhe

- der ärztlichen Kosten der Reha-Maßnahme
- der Unterbringungs- und Verpflegungskosten
- der Fahrtkosten
- der sonstigen Kosten

### III. Beteiligung Dritter an den Kosten der geplanten Reha-Maßnahme

	<b>Mitgliedschaft</b>	<b>Beteiligung</b>
1. gesetzliche Krankenversicherung	ja / nein	ja / nein
2. private Krankenversicherung (z.B. Krankenkosten-, Krankenhauskosten-, Krankentagegeld, Krankenhaustagegeldversicherung pp.) genaue Angaben der Versicherungsgesellschaft, Art der Versicherung und Höhe der Leistungen (schriftl. Bestätigung der Krankenkasse beifügen)	ja / nein	ja / nein
3. Unfallversicherung	ja / nein	ja / nein
4. Rentenversicherung (Angestellten- bzw. Knappschaftliche Rentenversicherung)	ja / nein	ja / nein
5. Kriegsopferversorgung	ja / nein	ja / nein
6. Beihilfe des Arbeitgebers		ja / nein
7. Sozialhilfeträger		ja / nein
8. Schadenersatzansprüche gegen Dritte	ja / nein	

9. Sonstiges:

---

---

---

Für alle Fragen der Ziffer III:

Im zutreffenden Falle bitte Kostenträger mit Anschrift und Aktenzeichen o.ä. sowie Höhe und Art der Beteiligung, ggfs. auf gesondertem Blatt, angeben.

### IV. Einkommensverhältnisse während der Reha-Maßnahme

Besteht Fortzahlung der Bezüge durch den Arbeitgeber ja / nein

Wird die Praxis durch einen Vertreter fortgeführt ja / nein

### V. Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften

Ich ermächtige die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meinen Gesundheitszustand gemachten Angaben alle Ärzte, ebenso Krankenanstalten und Krankenhäuser, die mich bisher behandelt haben, und auch Behörden sowie Versicherungsunternehmen und Versorgungseinrichtungen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Die Ermächtigung zur Nachprüfung und Befragung gilt auch hinsichtlich meiner Vermögens- und Einkommensverhältnisse gegenüber dem Arbeitgeber, Behörden u.ä., soweit erforderlich.

Ich entbinde die Personen und Einrichtungen, die gemäß dieser Erklärung von der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier befragt werden können, in diesem Umfang von der Schweigepflicht bzw. Pflicht zur Einhaltung der Verschwiegenheit (z.B. Datenschutz) auch über meinen Tod hinaus.

**VI. Angaben zur Krankenkasse:**

Name und Anschrift der Krankenkasse, ggfs. Name und Tel-Nr. des Sachbearbeiters:

---

---

---

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

**VII. Bankverbindung:**

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**Erläuterungen:**

---

---

---

**Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Die Datenschutzhinweise habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vor stehende Erklärung Bestandteil meines Antrags ist und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Merkblatt über die Voraussetzungen für die Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen**

Die grundlegenden Bestimmungen für diese Leistungsart enthält § 14 Abs. 6 der Satzung über die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Trier, der wie folgt lautet:

### **(6) Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit:**

- a) Ist die Berufsfähigkeit eines Mitgliedes infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte nachhaltig gemindert oder aufgehoben und kann sie voraussichtlich wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden, so kann die Versorgungseinrichtung auf Antrag einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit gewähren. Der Antrag ist vor Einleitung der Maßnahmen zu stellen.
- b) Für die Zeit, in der die Versorgungseinrichtung einen Zuschuss zu den Kosten notwendiger Maßnahmen zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit gewährt, kann dem Mitglied auf Antrag, sofern es keine Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit hat, unbeschadet der Bestimmungen in Absatz 2 Buchstabe a) ein Zuschuss in Höhe der Berufsunfähigkeitsrente gewährt werden.
- c) Soweit nach Gesetz oder Satzung für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ein Träger der Sozialversicherung oder eine sonstige durch Gesetz verpflichtete Stelle, insbesondere eine Berufsgenossenschaft, die Kriegsopferversorgung oder die Bundesagentur für Arbeit zuständig ist, bleibt eine Kostenbeteiligung durch die Versorgungseinrichtung außer Betracht. Das gilt auch, wenn ein Mitglied als Beamter oder Angestellter im öffentlichen Dienst Anspruch auf Beihilfe oder Tuberkulosehilfe hat.
- d) Die Entscheidung über die Zuschüsse trifft der Verwaltungsrat unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles.

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 Tätigkeit im Beruf Arzt; das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit – und noch keiner Berufsunfähigkeit – ist in der Regel dann ausgewiesen, solange die Krankenkasse Kranken-(tage-) geld – Verdienstaufschlag 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 § 14 Abs. 6 Buchstabe d) erforderlichen Entscheidung des Verwaltungsrates notwendigen Fragebogen liegt diesem Merkblatt bei. Die darin enthaltenden Fragen sind richtig und vollständig zu beantworten, ggf. ist Fehlanzeige zu erstatten. Streichungen oder Lücken würden Rückfragen notwendig machen, durch die sich zu unserem Bedauern die Bearbeitung verständlicherweise verzögert. Das gleiche gilt auch für die erbetenen Nachweise.

Sobald alle zur Beurteilung notwendigen Unterlagen lückenlos vorliegen, wird der Antrag dem Verwaltungsrat der Versorgungseinrichtung zur Entscheidung vorgelegt. Über den Beschluss erhält der Antragsteller einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

Bei Vergleichen mit anderen Trägern von Kosten für Rehabilitationsleistungen kann nicht außer acht gelassen werden, dass beim Versorgungswerk im Rahmen der Angemessenheit freie Wahl des Kurortes, der behandelnden Ärzte und des Kurbeginnes entstehen; darüber hinaus ist auch der Zeitabstand zwischen den Kurmaßnahmen nicht reglementiert! Hierdurch werden Zwänge erspart, auf die andere Leistungsempfänger keinen Einfluss haben.

Hinweis: Angaben über die Einkommensverhältnisse (Siehe IV. Ziffer 1) müssen nicht gemacht werden. Da bei der Bemessung des Zuschusses aber auch die sozialen Verhältnisse berücksichtigt werden, kann die Angabe (besonderes bei niedrigem Einkommen) bei der Entscheidungsfindung hilfreich sein.