

Richtlinie für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen der Apothekerversorgung Niedersachsen

vom 17. September 2012

Der Verwaltungsausschuss der Apothekerversorgung Niedersachsen hat aufgrund von § 18 Abs. 5 Alterssicherungsordnung (ASO) der Apothekerversorgung Niedersachsen in der Fassung vom 08.12.2011 (Pharm. Zeitung vom 22.12.2011, S. 89 ff.) folgende Richtlinie für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen erlassen:

§ 1 Voraussetzungen

(1) Die Apothekerversorgung Niedersachsen (im Folgenden Apothekerversorgung) kann einem Mitglied, das Anwartschaft auf Berufsunfähigkeitsrente hat oder Berufsunfähigkeitsrente bezieht, auf Antrag einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine notwendige Heilbehandlung gewähren, wenn die Fähigkeit des Mitglieds, den Apothekerberuf auszuüben, infolge eines körperlichen Gebrechens oder von Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet, gemindert oder aufgehoben ist und durch die Heilbehandlung voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

(2) Ein Zuschuss wird nicht gewährt,

1. wenn der mit der beabsichtigten Maßnahme bezweckte Erfolg durch einen Erholungsaufenthalt erzielt werden kann,
2. bei akut verlaufenden Erkrankungen.

(3) Weitere Heilmaßnahmen wegen derselben oder einer ähnlichen Erkrankung sind in der Regel erst nach Ablauf von drei Jahren zuschussfähig, wenn nicht besondere Umstände die Rehabilitationsmaßnahme dringend erfordern.

§ 2 Gegenstand der Zuschussgewährung

(1) Heilbehandlung umfasst medizinische Maßnahmen, die zur Erreichung des Rehabilitationsziels geeignet und notwendig sind, insbesondere die Behandlung in anerkannten Kureinrichtungen sowie in Spezialanstalten. Nicht einbezogen sind die Ausstattung mit Körperersatzstücken, mit orthopädischen und sonstigen technischen Hilfsmitteln sowie berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen und Kinderheilbehandlungen. Übergangsgeld wird nicht gewährt. Ein Zuschuss wird nur für Rehabilitationsmaßnahmen im Inland gewährt.

(2) Zu den Aufwendungen für die Heilbehandlung gehören die Therapiekosten sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Bietet die Rehabilitationseinrichtung einen Tagespauschalsatz an, wird dieser der Berechnung des Zuschusses zugrunde gelegt. Die Kosten für Wahlleistungen (z. B. Chefarztbehandlung, Unterbringung im Einbettzimmer) sind regelmäßig medizinisch nicht notwendig und werden nicht berücksichtigt.

(3) Zuschussfähig ist der Teil der entsprechenden Aufwendungen, der nicht von anderen Kostenträgern nach Gesetz, Satzung oder Vertrag (z. B. Sozialversicherung, Berufsgenossenschaft, Bundesagentur für Arbeit, Krankenversicherung) zu übernehmen ist. Dies gilt nicht für Zuzahlungen, die aufgrund gesetzlicher Regelungen vom Mitglied zu erbringen sind.

§3

Form und Höhe des Zuschusses

(1) Der Zuschuss wird in der Regel in Form von Geldleistungen zu den Aufwendungen für die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme gewährt.

(2) Als Zuschuss werden im Regelfall 50 % des zuschussfähigen Teils der Aufwendungen nach § 2 Abs. 2 und 3 gewährt. Die notwendigen Fahrtkosten werden gegen Nachweis vollständig erstattet. Es werden höchstens die Kosten einer Bahnfahrt (2. Klasse) gewährt, wenn nicht aufgrund ärztlich bestätigter medizinischer Indikation ein anderes Transportmittel benutzt werden muss.

(3) Bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung werden die Aufwendungen nach § 2 Abs. 2 vollständig und ohne Nachweis einer abgelehnten Kostenerstattung durch andere Kostenträger nach § 2 Abs. 3 getragen. Maßgeblich für die Einstufung als Anschlussheilbehandlung ist der Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung in der jeweils geltenden Fassung.

(4) Bei Rehabilitationsmaßnahmen zur Krebsnachsorge sowie bei einer Entwöhnungsbehandlung werden die Aufwendungen nach § 2 Abs. 2 und 3 einmalig vollständig getragen.

§4

Verfahren

(1) Der Zuschuss soll rechtzeitig vor Beginn der beabsichtigten Heilbehandlung bei der Apothekerversorgung schriftlich mit einem vollständig ausgefüllten Formantrag der Apothekerversorgung beantragt werden. Dem Antrag ist beizufügen

1. ein ärztliches Attest, mit dem die Notwendigkeit und die Erfolgsaussicht der Heilbehandlung nachgewiesen wird und
2. ein Kostenvoranschlag, der die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung und die voraussichtlichen Erstattungen bzw. die Ablehnung der Kostenerstattung anderer Kostenträger belegt.

Die Kosten für die Untersuchung und Begutachtung trägt das Mitglied. Die Apothekerversorgung kann ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von Härten, die Kosten ganz oder teilweise übernehmen.

(2) Die Entscheidung über die Gewährung von Zuschüssen zu Rehabilitationsmaßnahmen trifft der Verwaltungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen. Er kann weitere Ermittlungen veranlassen. Grundsätzlich können das Mitglied bzw. der behandelnde Arzt aufgrund der medizinischen Indikation, Art, Umfang und Durchführung der Leistungen vorschlagen. Die Apothekerversorgung kann die Kostenbeteiligung mit Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Durchführung der Maßnahme versehen.

(3) Die Auszahlung des Zuschusses erfolgt nach Vorlage des ausführlichen Entlassungsberichts, der Belege über die angefallenen Kosten und über die Erstattungen anderer Kostenträger.

§5 Inkrafttreten

Diese Richtlinie für Zuschüsse zu Rehabilitationsmaßnahmen tritt am 5. Oktober 2012 in Kraft.

Hannover, den 17. September 2012