

Richtlinie für einen Kostenzuschuss zu Reha-Maßnahmen



Der Verwaltungsausschuss hat aufgrund von § 20 Absatz 4 der Satzung der Berliner Ärzteversorgung in der Fassung vom 12. Dezember 2015 (Amtsblatt für Berlin vom 11. Dezember 2015 Seite 2754 ff.) die folgende Richtlinie erlassen:

§ 1 Voraussetzungen

- 1) Die Versorgungseinrichtung kann einem Mitglied im Sinne des § 20 Absatz 1 der Satzung einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine notwendige Heilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme) gewähren, wenn es
 - rehabilitationsbedürftig ist (Gefährdung, Minderung oder Wegfall der Berufsfähigkeit),
 - rehabilitationsfähig ist (physisch und psychisch für das Behandlungsprogramm belastbar, reisefähig) und
 - eine positive Prognose zum Rehabilitationsziel besteht (Erhaltung bzw. wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit).
- 2) Ein Zuschuss wird nicht gewährt,
 - wenn der mit der beabsichtigten Maßnahme bezweckte Erfolg durch einen Erholungsaufenthalt erzielt werden kann,
 - bei akut verlaufenden Erkrankungen,
 - bei einer vorrangig in Frage kommenden Operation bzw. sonstigen therapeutischen Intervention.
- 3) Für dieselbe oder eine ähnliche Diagnose ist ein erneuter Kostenzuschuss nach einem Regelabstand von 2 Jahren möglich, es sei denn, besondere Umstände erfordern dringend die Durchführung einer früheren Rehabilitationsmaßnahme.

§ 2 Gegenstand der Zuschussgewährung

- 1) Heilbehandlung umfasst ausschließlich medizinische Maßnahmen, die zur Erreichung des Rehabilitationszieles geeignet und notwendig sind, insbesondere die Behandlung in anerkannten Kureinrichtungen sowie in Spezialanstalten. Die Maßnahme kann stationär, teilstationär oder ambulant erfolgen. Nicht einbezogen sind die Ausstattung mit Körperersatzstücken, mit orthopädischen oder sonstigen technischen Hilfsmitteln sowie berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Leistungen zur Teilhabe und Kinderheilbehandlungen. Die Maßnahmen beschränken sich auf Sachkosten bzw. –erstattung. Es wird kein Übergangsgeld gewährt. Der Zuschuss ist insbesondere aus Gründen der Qualitätssicherung auf Rehabilitationsmaßnahmen im Inland beschränkt.
- 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 Zuschussberechnung zugrunde gelegt. Bei unterschiedlichen Pauschalsätzen

gilt der zwischen der Rehabilitationseinrichtung und den gesetzlichen Krankenkassen bzw. den Trägern der gesetzlichen Renten-versicherung vereinbarte Pauschalpflegesatz. Da einer Wahlleistung (z. B. Chefarzt-behandlung, Unterbringung im Einbettzimmer) keine medizinische Notwendigkeit zugrunde liegt, bleiben diesbezügliche Kosten bei der Ermittlung der Zuschusshöhe unberücksichtigt.

3) Zuschüsse werden - mit Ausnahme von Anschlussheilbehandlungen im Sinne des § 3 Absatz 4 - nachrangig gewährt. Zuschussfähig ist demnach der Teil der entsprechenden Aufwendungen, der nicht von anderen vorrangig in Anspruch zu nehmenden Kostenträgern nach Gesetz, Satzung oder Vertrag (z. B. gesetzliche Renten- oder Krankenversicherung, Berufsgenossenschaft, Bundesagentur für Arbeit, private Krankenversicherung, Beihilfe) zu übernehmen ist. Aufgrund gesetzlicher Regelungen vom Mitglied zu erbringende Zuzahlungen erfüllen keinen Zuschussanspruch nach dieser Richtlinie.

§ 3 Form und Höhe des Zuschusses

1) Der Zuschuss wird regelmäßig in Form von Geldleistungen zu den Aufwendungen für die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme gewährt. Hierzu wird dem Mitglied ein vorläufiger Festbetrag mitgeteilt. Die endgültige Zuschusshöhe ergibt sich aus den tatsächlichen Kosten nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme.

2) Als Zuschuss werden im Regelfall 60 % des zuschussfähigen Teils der Aufwendungen nach § 2 Absatz 2 und 3 gewährt. Der so ermittelte Betrag wird auf volle 50 EUR aufgerundet. Ausnahmen zur Zuschusshöhe sind in den Absätzen 4 bis 6 geregelt. Darüber hinaus kann bei Vorliegen eines Härtefalles (z. B. Teilzeit-beschäftigung, Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug, alleinerziehend), der vom Mitglied entsprechend schriftlich darzulegen ist, der Zuschuss erhöht werden.

3) Die notwendigen Fahrtkosten für die An- und Abreise werden gegen Nachweis in voller Höhe erstattet. Die Erstattung ist dabei auf die Kosten einer Bahnfahrt 2. Klasse inkl. Sitzplatzreservierung unter Ausschöpfung aller Fahrpreisvergünstigungen (z. B. Sparpreis) sowie der Koffertransportkosten für maximal 2 Gepäckstücke begrenzt, es sei denn, aufgrund ärztlich bestätigter medizinischer Indikation muss ein anderes Transportmittel benutzt werden. Dann sind auch Fahrten mit dem eigenen Pkw, dem Taxi oder dem Krankentransport erstattungsfähig. Die Entschädigung für Fahrten mit dem eigenen Pkw beträgt 30 Cent je gefahrenem Kilometer und ist auf maximal 150 EUR je Fahrt begrenzt. Bietet die Rehabilitationsklinik einen Fahrdienst an, ist dieser vorrangig zu nutzen.

4) Für eine Anschlussheilbehandlung (AHB) werden die Aufwendungen gemäß § 2 Absatz 2 in voller Höhe übernommen. Maßgeblich für die Einstufung als AHB ist der Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung in der jeweils geltenden Fassung. Es ist kein Nachweis gemäß § 2 Absatz 3 erforderlich.

5) Für ein onkologisches Nachsorgeheilverfahren werden die Aufwendungen gemäß § 2 Absatz 2 in einem Zeitraum bis zu 3 Jahren nach Enden der Primärbehandlung maximal zweimal in voller Höhe übernommen. Der Mindestabstand zwischen den Heilverfahren beträgt 1 Jahr. Es ist ein Nachweis gemäß § 2 Absatz 3 erforderlich.

6) Für eine erstmalige Entwöhnungsbehandlung werden die Aufwendungen gemäß § 2 Absatz 2 in voller Höhe übernommen. Es ist ein Nachweis gemäß § 2 Absatz 3 erforderlich.

7) Die Regeldauer einer Maßnahme nach den Absätzen 2, 4 oder 5 umfasst zur Erzielung eines optimalen Heilungserfolges drei Wochen bzw. bei einer Maßnahme nach Absatz 6 sechs

Wochen. Bei vorzeitigem Behandlungserfolg kann von der Regeldauer abgewichen werden. Bei einer medizinisch notwendigen Verlängerung ist rechtzeitig und vor Ende der Maßnahme zusammen mit dem behandelnden Arzt der Rehabilitationseinrichtung ein schriftlich begründeter Verlängerungsantrag zu stellen.

§ 4 Verfahren

1) Der Zuschuss soll rechtzeitig vor Beginn der beabsichtigten Heilbehandlung schriftlich unter Beifügung des vollständig ausgefüllten Formantrages beantragt werden.

Dem Antragsformular sind beizufügen

- das Formular „Ärztlicher Befundbericht“, mit dem die Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Heilbehandlung nachgewiesen wird und
- ein Kostenvoranschlag, der sowohl die voraussichtlichen Heilbehandlungskosten als auch die voraussichtlichen Erstattungen bzw. Erstattungsablehnungen anderer Kostenträger belegt. Bei Anträgen im Sinne von § 3 Absatz 4, Absatz 5 oder Absatz 6 ist abweichend kein Kostenvoranschlag notwendig.

Kosten für die Untersuchung und Begutachtung trägt das Mitglied. Die Versorgungseinrichtung kann ausnahmsweise, insbesondere zur Vermeidung von Härten, diese Kosten auf schriftlich zu begründenden Antrag ganz oder teilweise übernehmen.

2) Die Entscheidung über die Gewährung trifft der Verwaltungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen. Er kann weitere Ermittlungen veranlassen.

3) Grundsätzlich können das Mitglied bzw. der behandelnde Arzt aufgrund der medizinischen Indikation Art, Umfang und Durchführung der Leistungen vorschlagen. Die Versorgungseinrichtung kann die Kostenbeteiligung mit Auflagen über Beginn, Dauer, Ort und Art der Maßnahmendurchführung versehen.

4) Die Zuschussauszahlung erfolgt nach Vorlage des ausführlichen Entlassungsberichts sowie aller Original-Belege über die angefallenen Kosten bzw. der Erstattungen anderer Kostenträger.

§ 5 Inkrafttreten

Diese Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft. Gleichzeitig tritt die bisherige Richtlinie außer Kraft.

Berlin, den 24. Januar 2018