

**I. Medizinische Voraussetzungen für die Gewährung von Kostenzuschüssen zu Reha-Maßnahmen:**

1. Rehabilitationsbedürftigkeit (Gefährdung, Minderung oder Wegfall der Berufsfähigkeit)
2. Rehabilitationsfähigkeit (z. B. abgeschlossene Akutbehandlung)
3. Positive Prognose bezüglich Rehabilitationsziel (Erhaltung, wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Berufsfähigkeit)

**II. Richtlinien für die Zuschussgewährung/Kostenübernahme:**

1. Bei Gefährdung der ärztlichen Berufsfähigkeit wird ein Kostenzuschuss gewährt, der sich an den eingereichten Kostenvoranschlägen 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 erziehend, etc.), der vom Mitglied darzulegen ist, dieser Prozentsatz zu Gunsten des Mitgliedes erhöht werden.
2. Abweichend von Ziffer 1 werden bei Vorlage der medizinischen Voraussetzungen die Kosten für Anschlussheilbehandlungen nach stationären Krankenhausaufenthalten nach Maßgabe des Indikationskataloges der Deutschen Rentenversicherung Bund in vollem Umfang übernommen.

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

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

3. Zuschussfähig sind (teil-) stationäre medizinische Reha-Maßnahmen, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechen. In begründeten Ausnahmefällen kann hiervon abgewichen werden.
4. Kosten für Wahlleistungen (z.B. Chefarztbehandlung, Einbettzimmer) sind mangels medizinischer Notwendigkeit bei der Ermittlung der Zuschusshöhe unberücksichtigt zu lassen.

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

5. Der Verwaltungsausschuss gewährt Kostenzuschüsse zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen; andere Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Berufsförderung, Kinderheilbehandlungen) bleiben außer Betracht.

Alle gewährten Maßnahmen beschränken sich auf Sachkosten bzw. Sachkostenerstattung, darüber hinaus werden keinerlei Geldleistungen (z.B. Übergangsgeld) erbracht.

6. Andere Kostenträger (Krankenkasse, gesetzliche Rentenversicherung, Beihilfe etc.) sind stets vorrangig in Anspruch zu nehmen; deren Leistungen werden auf die Leistung der Berliner Ärzteversorgung angerechnet. Hiervon ausgenommen sind lediglich Anschlussheilbehandlungen im Sinne von Ziffer 2 Satz 1.
7. 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.
8. Die Regeldauer der Reha-Maßnahme umfasst zur Erzielung eines optimalen Heilungserfolges 3 Wochen.
9. 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 (z.B. Sparpreis) erstattet. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen ist eine hiervon abweichende Fahrtkostenerstattung möglich.
10. Zukünftige Änderungen dieser Richtlinien behält sich der Verwaltungsausschuss ausdrücklich vor.