Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

© 2024 beta Institut gemeinnützige GmbH | Kobelweg 95, 86156 Augsburg | www.betanet.de

Anschlussrehabilitation - Anschlussheilbehandlung

1. Das Wichtigste in Kürze

Anschlussrehabilitation, auch Anschlussheilbehandlung genannt, abgekürzt AHB, ist eine medizinische Reha , die direkt oder mit nur kurzer Pause (in der Regel max. 14 Tage) an eine Krankenhausbehandlung anschließt und stationär oder ambulant erbracht werden kann. Zuständig für die Finanzierung können alle Kostenträger sein, die medizinische Rehabilitation leisten. Für AHB als Leistung gesetzlicher Krankenkassen oder der Rentenversicherungsträger gelten unter bestimmten Voraussetzungen günstigere, zeitlich begrenzte Regeln zur Zuzahlung. Bei bestimmten Erkrankungen sind beschleunigte Verfahren für die Bewilligung von AHB möglich, sodass die Reha zeitnah beginnen kann.

2. Anschlussreha oder Anschlussheilbehandlung?

Die Begriffe Anschlussheilbehandlung und Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) sind **gleichbedeutend**. Die Abkürzung AHB ist bei den Kostenträgern, vor allem Krankenkasse und Rentenversicherung, gebräuchlich.

3. Mögliche Kostenträger einer Anschlussrehabilitation

Die AHB ist medizinische Rehabilitation , weshalb alle Kostenträger zuständig sein können, die medizinische Rehabilitation erbringen:

- Unfallversicherungsträger : bei AHB wegen eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit
- Rentenversicherungsträger : für Versicherte bei AHB zur Sicherung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- **Beihilfestellen** : für Beamte
- Krankenkassen : für Krankenversicherte, wenn keine Leistung der Unfallversicherung oder Rentenversicherung vorliegt
- Träger der Eingliederungshilfe : für Menschen ohne Krankenversicherung, wenn kein anderer Träger zuständig ist

4. Voraussetzungen der günstigen Zuzahlungsregeln bei Anschlussrehabilitation

4.1. AHB-Zuzahlungen an die Krankenkasse

Ist die AHB eine Leistung der **Krankenkasse**, fällt die Zuzahlung (Zuzahlungen Krankenversicherung), die Volljährige in Höhe von 10 € pro Tag leisten müssen, nur für **maximal 28 Tage** im Kalenderjahr an, anstatt wie sonst unbegrenzt lange.

Voraussetzung ist, dass die Reha im **unmittelbaren Anschluss** an eine stationäre Krankenhausbehandlung **medizinisch notwendig** ist. Gemeint ist damit, dass die Reha nicht nur notwendig sein muss, sondern dass auch notwendig sein muss, dass sie **unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung** und nicht erst irgendwann später stattfindet. Es muss also aus medizinischen Gründen **eilig** sein.

4.1.1. Was bedeutet unmittelbarer Anschluss?

Es gilt nicht nur als unmittelbarer Anschluss, wenn die Reha sofort nach der Krankenhausbehandlung anfängt, sondern auch:

- wenn die Maßnahme **innerhalb von 14 Tagen** beginnt
  oder
- wenn die Maßnahme später beginnt **und** die Frist von 14 Tagen aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht einzuhalten war. Beispiele:
  - In der Reha-Einrichtung wird erst später ein Platz frei.
  - Wegen einer akuten Infektion ist eine Aufnahme in die Reha-Einrichtung nicht sofort möglich.

Im Gesetz ist **keine** Höchstfrist geregelt. In der Praxis wird eine Reha aber in der Regel **spätestens 6 Wochen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung nicht mehr als AHB** bewilligt, egal was die Gründe für die Verschiebung sind, weil dann der medizinische Zusammenhang zur Krankenhausbehandlung nicht mehr gesehen wird. Das bestätigen auch Gerichtsentscheidungen. Die Reha ist dann nur noch mit zeitlich unbegrenzter Zuzahlung möglich.

4.1.2. Ausnahme bei Krebsbehandlung

Eine Ausnahme davon ist eine Reha nach einer Krebsbehandlung, Näheres unter Onkologische Nachsorgeleistungen . Dabei findet in vielen Fällen zunächst eine OP mit stationärer Aufnahme in einem Krankenhaus statt, danach ist noch für längere Zeit eine ambulante Chemotherapie und/oder Strahlentherapie erforderlich. Diese Nachbehandlung zählt als zwingender medizinischer Grund dafür, dass die Frist von 14 Tagen nicht eingehalten werden kann. Die AHB ist dann noch nach der letzten Chemo- bzw. Strahlenbehandlung möglich.

4.1.3. Anrechnung vorher geleisteter Zuzahlungen

Versicherten werden folgende Zuzahlungen auf die AHB-Zuzahlungen angerechnet:

- im selben Kalenderjahr schon an einen Rentenversicherungsträger für AHB gezahlte Zuzahlungen
- im selben Kalenderjahr für Krankenhausbehandlung gezahlte Zuzahlungen

Beispiele:

- Frau Ylmaz hat im Februar 2022 schon für 14 Tage Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse zugezahlt und im März 2022 für 14 Tage an die Rentenversicherung für AHB. Sie muss bis Ende Dezember 2022 für AHB der Krankenkasse nichts mehr zuzahlen.
- Herr Maier beginnt seine AHB im Januar 2023. Die Zuzahlungen, die er im Jahr 2022 für seinen Krankenhausaufenthalt gezahlt hat werden ihm nicht angerechnet, weil es sich bereits um ein neues Kalenderjahr handelt.

4.1.4. Zuzahlungsbefreiung

Unter bestimmten Umständen kann eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden, Näheres unter Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung .

4.1.5. Sonderregeln gelten nicht nur für AHB

Diese besonderen Regeln zur Zuzahlung gelten **nicht nur für AHB**, sondern auch in weiteren vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen festgelegten Fällen:

- Entwöhnungsbehandlungen wegen einer Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
- Reha wegen einer psychischen Erkrankung, die **nicht** neurotisch oder psychosomatisch ist
- Geriatrische Reha
- Reha, die aus medizinischen Gründen (bei schwerer chronischer Erkrankung) dringend erforderlich ist, obwohl noch keine 4 Jahre seit der letzten Reha vergangen sind, wenn ein medizinischer Zusammenhang zu der vorherigen Reha-Maßnahme besteht
- Reha im Anschluss an häusliche Krankenpflege **und** medizinischer Zusammenhang **und** innerhalb der AHB-Frist (14 Tage **oder** länger bei tatsächlicher oder medizinischer Unmöglichkeit, die Frist einzuhalten)
- Reha im Anschluss an eine ambulante Operation **und** medizinischer Zusammenhang **und** innerhalb der AHB-Frist (14 Tage **oder** länger bei tatsächlicher oder medizinischer Unmöglichkeit, die Frist einzuhalten)
- ambulante Reha, die aus medizinischen Gründen länger als 42 Behandlungstage dauert
- stationäre Reha, die aus medizinischen Gründen länger als 6 Wochen dauert

4.2. AHB-Zuzahlungen an die Rentenversicherungsträger

Ist die AHB eine Leistung des **Rentenversicherungsträgers**, fällt die Zuzahlung (Zuzahlungen Rentenversicherung), die Volljährige leisten müssen, nur in Höhe von 10 € pro Tag für **maximal 14 Tage** im Kalenderjahr an.

Voraussetzung ist, dass die Reha im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung **medizinisch notwendig** ist. Eine ambulante Behandlung zählt nicht, auch nicht, wenn sie in einem Krankenhaus stattfindet. Es gilt nicht nur als unmittelbarer Anschluss, wenn die Reha sofort nach der Krankenhausbehandlung anfängt, sondern auch:

- wenn die Maßnahme **innerhalb von 14 Tagen** beginnt
  oder
- wenn die Maßnahme später beginnt **und** die Frist von 14 Tagen aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht einzuhalten war, z.B. weil in der Reha-Einrichtung erst später ein Platz frei wurde oder weil wegen einer akuten Infektion eine Aufnahme in die Reha-Einrichtung nicht sofort möglich war. Auch hier wird in der Praxis nach 6 Wochen angenommen, dass die Reha keinen Bezug mehr zur Krankenhausbehandlung hat und deshalb nicht mehr als AHB gelten kann, außer wenn die Frist wegen einer notwendigen ambulanten Chemotherapie oder Bestrahlung bei der onkologischen Nachsorge nicht eingehalten werden kann.

Versicherten, die im selben Kalenderjahr schon an eine Krankenkasse eine Zuzahlung für eine Krankenhausbehandlung oder für medizinische Reha bezahlt haben, wird diese Zuzahlung angerechnet. Wer also z.B. schon für 14 Tage an die Krankenkasse für einen Krankenhausaufenthalt zugezahlt hat, muss für AHB des Rentenversicherungsträgers nichts mehr zuzahlen.

Eine Befreiung von diesen Zuzahlungen ist bei geringem Einkommen möglich, Näheres unter Zuzahlungen Rentenversicherung .

4.2.1. Praxistipp: Onkologische Reha als AHB ohne vorherige stationäre Krankenhausbehandlung

Sie sollten eine onkologische Reha auch dann **als AHB** beantragen, wenn Sie nur eine **ambulante** OP, Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie hatten. Die Rentenversicherungsträger dürfen dann zwar aus rechtlicher Sicht die onkologische Reha als "normale" Reha bewilligen und deshalb Zuzahlung für länger als 14 Tage verlangen. In der Praxis kann es aber sein, dass Ihre Reha trotzdem als AHB bewilligt wird und Sie nur für die ersten 14 Tage zuzahlen.

4.3. Keine Zuzahlung bei Zuständigkeit anderer Träger

Ist die AHB eine Leistung eines anderen Trägers, ist **keine** Zuzahlung fällig .

5. AHB-Schnellverfahren

Weil eine AHB schnell stattfinden muss, bleibt keine Zeit für langwierige Antragsverfahren. Aus diesem Grund gibt es **verschiedene Schnellverfahren**, die ermöglichen, dass die Raha auch wirklich schnell genug stattfinden kann.

Ein **Beispiel** dafür ist das sog. AHB-Direkteinleitungsverfahren: Die Deutsche Rentenversicherung Bund und viele Krankenkassen haben sich schon 1976 darauf geeinigt, dass in bestimmten Fällen das Krankenhaus direkt entscheiden kann, dass eine Reha notwendig ist, und diese dann einfach ohne weitere Prüfung bewilligt wird.

5.1. Ablauf des AHB-Direkteinleitungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund

Das AHB-Direkteinleitungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund läuft so ab, dass das Krankenhaus selbst (ärztlicher Dienst und Sozialdienst) die Reha in eigener Verantwortung einleitet. Die AHB kann beginnen, ohne auf eine Bewilligung des Rentenversicherungsträgers zu warten. Ergibt sich dann hinterher, dass die Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht erfüllt sind, zahlt die jeweilige Krankenkasse die AHB.

Unproblematisch läuft das für Versicherte von Krankenkassen, die sich am AHB-Direkteinleitungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund beteiligen. Versicherte anderer Krankenkassen und privat Krankenversicherte können AHB über dieses Direkteinleitungsverfahren nur bekommen, wenn vorab der Sozialdienst des Krankenhauses mit der Deutschen Rentenversicherung Bund abklären kann, dass die Voraussetzungen der Rentenversicherung vorliegen.

Für Versicherte bei einem anderen Rentenversicherungsträger gelten die **Regeln des jeweiligen Trägers** für dessen AHB-Schnellverfahren.

Das AHB-Direkteinleitungsverfahren findet nur bei bestimmten **Indikationen** statt. Gemeint sind bestimmte Erkrankungen und Umstände. Wenn keine solche AHB-Indikation vorliegt, kann trotzdem ein Anspruch auf Reha bestehen, aber die Reha muss dann außerhalb des AHB-Verfahrens ganz normal beantragt und bewilligt werden. Näheres unter Medizinische Rehabilitation > Antrag .

Damit eine AHB als solche stattfinden kann, müssen die **medizinischen**, **rechtlichen** und **verfahrenstypischen** Voraussetzungen erfüllt sein.

5.2. Medizinische Voraussetzungen für AHB der Rentenversicherung

Es müssen folgende medizinischen Voraussetzungen vorliegen, damit medizinische Rehabilitation bewilligt werden kann.

- **Rehabilitationsbedarf:** Das ist die sog. medizinische Indikation, also die Erkrankung, die diagnostiziert wird.
- **Rehabilitationsbedürftigkeit:** Das ist die (drohende) Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch die Erkrankung, wegen der Reha nötig ist.
- **Rehabilitationsfähigkeit:** Das ist die nötige Belastbarkeit, damit eine Reha überhaupt möglich ist.

Wann diese Voraussetzungen für eine AHB im Rahmen des AHB-Verfahrens der Deutschen Rentenversicherung Bund gegeben sind, steht im sog. **AHB-Indikationskatalog**. Dieser ist **kein** Gesetz. Er zählt nur auf, wann es so typisch ist, dass AHB bewilligt werden muss, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund und die meisten Krankenkassen auf eine nähere Prüfung verzichten und das AHB-Direkteinleitungsverfahren durchführen.

5.2.1. Rehabilitationsbedarf im AHB-Indikationskatalog

Rehabilitationsbedarf im Sinne des AHB-Indikationskatalogs besteht nur, wenn die aktuelle Diagnose in einer der folgenden Indikationsgruppen enthalten ist:

1. Krankheiten des Herzens und des Kreislaufsystems
2. Krankheiten der Gefäße
3. Entzündlich-rheumatische Krankheiten

4. Konservativ (= nicht chirurgisch, also ohne OP) und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen
5. Gastroenterologische Erkrankungen (=Magen-Darm-Krankheiten) einschließlich Operationen an Verdauungsorganen
6. Endokrine Krankheiten (= Krankheiten des Hormonsystems, z.B. der Schilddrüse oder der Nebennieren)
7. Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
8. Nephrologische Erkrankungen (= die Nieren betreffende Erkrankungen und hoher Blutdruck)
9. Urologische Erkrankungen (= Krankheiten von Niere, Harnblase, Harnleiter, Harnröhre bzw. männlichen Geschlechtsorganen)
10. Neurologische Krankheiten (= Krankheiten von Gehirn und/oder Nerven) einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven
11. Onkologische Krankheiten (= Krebserkrankungen)
12. Gynäkologische Krankheiten (= Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane) einschließlich Operationen am weiblichen Genitale
13. Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme

Bei anderen Diagnosen kann das AHB-Direkteinleitungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund **nicht** genutzt werden.

5.2.2. Rehabilitationsbedürftigkeit im AHB-Indikationskatalog

Eine Krankheit zu haben allein bedeutet **noch nicht**, auch Reha zu brauchen. Denn Reha soll Behinderungen vorbeugen oder entgegenwirken. Eine Behinderung besteht nicht allein, wenn eine medizinische Diagnose besteht, sondern nur, wenn diese in Wechselwirkung mit der Umwelt das Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt. Näheres unter Behinderung . Deswegen reicht es nicht aus, wenn eine entsprechende Krankheit (= Indikation) vorliegt, sondern es muss auch noch die sog. Rehabilitationsbedürftigkeit dazu kommen.

Die Rehabilitationsbedürftigkeit liegt vor bei Schädigungen und Beeinträchtigungen von

- Körperfunktionen und Körperstrukturen,
- Tätigkeiten und
- Teilhabe.

Die Rentenversicherungsträger sind nur zuständig, wenn es um die Erwerbsfähigkeit geht, also um Einschränkungen im Berufsleben.

5.2.3. Rehabilitationsfähigkeit im AHB-Indikationskatalog

Die versicherte Person muss

- mindestens frühmobilisiert sein, also Folgendes ohne fremde Hilfe können:
  - essen,
  - sich waschen,
  - sich auf Stationsebene bewegen

  und
- ausreichend belastbar sein, damit die Reha wirken kann

  und
- motiviert und in der Lage sein, aktiv mitzuarbeiten.

Die Reha-Ziele müssen erreichbar sein. Bei der Rentenversicherung muss es möglich sein, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern.

5.3. Rechtliche Voraussetzungen für das AHB-Direkteinleitungsverfahren

Die **rechtlichen** Voraussetzungen für das AHB-Direkteinleitungsverfahren liegen vor, wenn die rechtlichen Voraussetzungen für die Bewilligung medizinischer Reha der Rentenversicherung vorliegen. Insbesondere müssen die Reha-Ziele erreichbar sein und die Versicherten müssen lang genug in die Rentenversicherung eingezahlt haben. Näheres unter medizinische Rehabilitation .

Vor Beginn der AHB müssen sie **nur** dann geklärt sein, wenn die betroffene Person bei einer Krankenkasse versichert ist, die **nicht** am AHB-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund teilnimmt, oder ggf. bei Zuständigkeit eines anderen Rentenversicherungsträgers.

Wer bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und einer an deren AHB-Vereinbarung beteiligten Krankenkasse versichert ist, muss sich hierum keine Sorgen machen. Die Rentenversicherung geht in Vorleistung und holt sich ggf. wenn sie nicht zuständig ist das Geld von der Krankenkasse zurück.

5.4. Verfahrenstypische Voraussetzungen für das AHB-Direkteinleitungsverfahren

- Unmittelbarer Anschluss der Reha an eine Krankenhausbehandlung, mit Rehabeginn spätestens nach 14 Tagen oder

wenn die Frist aus medizinischen oder tatsächlichen Gründen nicht eingehalten werden konnte auch später, solange die 14 Tage nur kurzfristig überschritten werden.
- Behandlung in einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund zugelassenen AHB-Einrichtung

Wird die Frist von 14 Tagen mehr als nur kurzfristig überschritten greift stattdessen ggf. das sog. AGM-Verfahren. Das ist ein anderes Schnellverfahren, damit die Menschen nicht lange auf die Reha warten müssen.

5.5. AGM-Verfahren

Neben dem AHB-Verfahren gibt es das sog. AGM-Verfahren. AGM steht für "Anschlussgesundheitsmaßnahme". Auch beim AGM-Verfahren gilt der AHB-Indikationskatalog.

Es ermöglicht die Schnelleinleitung einer Reha aber auch dann, wenn aus verschiedenen Gründen das AHB-Direkteinleitungsverfahren nicht möglich ist.

Beispiele:

- Fehlende Krankenversicherung
- Unklarer Behandlungserfolg
- Reha nach einer ambulanten Operation
- 14 Tage sind erheblich überschritten

5.6. AHB-Verfahren der Krankenkassen

Seit Anfang 2022 ist gesetzlich vorgeschrieben, dass der sog. gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien regelt, wann AHB **ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse** geleistet werden kann.

In der Reha-Richtlinie ist deshalb geregelt, dass bei AHB die Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit in folgenden Fällen nicht überprüfen:

- Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit: Funktionseinschränkungen, Einschränkung von Tätigkeiten und/oder Teilhabeeinschränkungen, egal in welchen Lebensbereichen
- Rehabilitationsfähigkeit
- Positive Rehabilitationsprognose: Grundlage müssen realistische, für die versicherte Person alltagsrelevante Rehabilitationsziele sein.
- Das angestrebte Rehabilitationsziel kann durch die Reha, aber voraussichtlich **nicht** durch eine der folgenden Leistungen erreicht werden:
  - Kurative Versorgung (= Behandlung zur Heilung)
    und/oder
  - Medizinische Vorsorge
- Vorliegen bestimmter Diagnosen aus dem AHB-Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund aus folgenden Indikationsgruppen:
  - Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufsystems
  - Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates und Unfallfolgen
  - Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
  - Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven
  - Onkologische Krankheiten (= Krebserkrankungen)
  - Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme

5.7. Praxistipps

- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn die AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe möglich.
- Bei einem kranken Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen, ist aber in jedem Fall zu empfehlen.
- Ist bei einer Krebserkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Chemotherapie und/oder Bestrahlung notwendig, kann statt dem Krankenhaus auch der niedergelassene Radiologe oder die onkologische Praxis eine onkologische Reha als AHB im Schnellverfahren einleiten.

6. Wahl der Reha-Einrichtung

Ist die Krankenversicherung der Kostenträger, kann die versicherte Person die Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt die versicherte Person in den meisten Fällen die

Mehrkosten.

Ist die Rentenversicherung der Kostenträger, können Versicherte Einrichtungen vorschlagen, in denen sie die Reha machen wollen. Wenn die objektiven sozialmedizinischen Kriterien erfüllt sind, weist die Rentenversicherung eine der Wunscheinrichtungen zu.

Näheres zur Wahl der Einrichtung unter Medizinische Rehabilitation > Antrag .

7. Praxistipp

Die Deutsche Rentenversicherung Bund stellt ein E-book zur AHB zur Verfügung, das Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschueren/AHB_eBook.html kostenlos downloaden können.

8. Wer hilft weiter?

Krankenkassen , Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses, bei ambulanten Serienbehandlungen von Krebserkrankungen auch die onkologische Praxis oder das Strahleninstitut.

9. Verwandte Links

Medizinische Rehabilitation

Onkologische Nachsorgeleistung

Krankenhausbehandlung

Kinderheilbehandlung

Rechtsgrundlagen: § 40 SGB V - § 107 SGB V, § 15 SGB VI - § 32 SGB VI