

# Anschlussheilbehandlung

## 1. Das Wichtigste in Kürze

Die Anschlussrehabilitation (auch Anschlussreha, Anschlussheilbehandlung oder kurz AHB genannt) ist eine Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen.

## 2. Anschlussreha oder Anschlussheilbehandlung?

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z.B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

## 3. Ziel

Ziel einer Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung) ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und den Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

## 4. Voraussetzungen

Die AHB zählt zur [Medizinischen Rehabilitation](#) und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden.

Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

### 4.1. AHB-Indikationsgruppen

**AHB-Indikationsgruppen** sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

### 4.2. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, muss eine der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer [Erwerbsminderungsrente](#) **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große [Witwen- bzw. Witwerrente](#) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

### 4.3. Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe oben)
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

#### 4.4. Praxistipps

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- In wenige Häuser können erkrankte Elternteile ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf [Haushaltshilfe](#) oder Kinderbetreuung möglich.
- Bei einem krebserkrankten 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.

#### 4.5. Besonderheit: Onkologische Rehabilitationsleistung

Ist bei einer malignen Geschwulst- und Systemerkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Bestrahlung notwendig, kann die AHB auch vom niedergelassenen Radiologen eingeleitet werden. Die AHB sollte dann innerhalb von 14 Tagen nach der letzten Bestrahlung beginnen, außer dies ist aus tatsächlichen, medizinischen Gründen nicht möglich. Dann kann auf Antrag des Arztes später begonnen werden.

Nach Ablauf eines Jahres ist es möglich eine Festigungskur ([Onkologische Nachsorgeleistung](#)) zu beantragen. Der [Medizinische Dienst](#) (MD) prüft die medizinische Notwendigkeit und entscheidet dann im Einzelfall.

### 5. Kostenträger

Die Anschlussreha (Anschlussheilbehandlung) muss von den Krankenhausärzten und der Sozialberatung des letzten behandelnden Krankenhauses in enger Zusammenarbeit eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussreha zu begründen.

- Die **Krankenversicherung** übernimmt die Kosten für die Anschlussreha, wenn das Hauptziel die Wiedererlangung der Gesundheit ist.
- Die **Rentenversicherung** übernimmt die Kosten, wenn das Hauptziel der Anschlussreha die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist. Außerdem gelten die rentenrechtlichen Voraussetzungen zur [Medizinischen Rehabilitation](#).
- Weitere mögliche Kostenträger unter [Rehabilitation > Zuständigkeit](#).

### 6. Wahl der Reha-Einrichtung

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

Ist die Rentenversicherung der Kostenträger, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Der Patient muss seinen Wunsch nach einer bestimmten Reha-Einrichtung schriftlich begründen.

Details zur Wahl der Einrichtung unter [Medizinische Rehabilitation > Antrag](#).

Das "AHB-Handbuch" enthält einen Überblick über AHB-Einrichtungen und liegt bei den Sozialdiensten in Kliniken auf. Dorthin können sich Patienten und Ärzte wenden.

### 7. Zuzahlung

Ist die AHB eine Leistung der **Krankenkasse**, müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zahlen, Näheres unter [Zuzahlungen Krankenversicherung](#). Unter bestimmten Umständen kann eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden, Näheres unter [Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung](#).

Ist die AHB eine Leistung des **Rentenversicherungsträgers** , müssen Patienten ab 18 Jahren 10 € pro Tag für maximal 14 Tage im Kalenderjahr zahlen. Eine Befreiung hiervon kann z.B. bei Patienten mit geringem Einkommen beantragt werden, Näheres unter [Zuzahlungen Rentenversicherung](#) .

Ist die AHB eine Leistung des **Unfallversicherungsträgers** , ist **keine** Zuzahlung fällig.

## 8. Wer hilft weiter?

[Krankenkassen](#) , [Rentenversicherungsträger](#) , [Unfallversicherungsträger](#) , [Sozialamt](#) und die Sozialberatung des Krankenhauses.

## 9. Verwandte Links

[Medizinische Rehabilitation](#)

[Onkologische Nachsorgeleistungen](#)

[Krankenhausbehandlung](#)

[Kinderheilbehandlung](#)

Gesetzesquellen: § 40 SGB V - § 107 SGB V