

## **Information über die Anschlussheilbehandlung (AHB) - für den Krankenhausarzt -**

Die **AHB** ist die Weiterbehandlung Ihrer Patientin / Ihres Patienten in einer vom Rentenversicherungsträger (hier der Deutschen Rentenversicherung Bund) anerkannten AHB-Rehabilitationseinrichtung. Die AHB soll sich schnell, möglichst innerhalb von 14 Tagen, an den Krankenhausaufenthalt anschließen. Ziel der AHB ist die Wiedereingliederung der Patientin / des Patienten in das Alltags- und Berufsleben.

AHB können grundsätzlich nur durchgeführt werden, wenn die Patientin / der Patient bis zum Beginn der AHB frühmobilisiert, d. h. zum Beispiel in der Lage ist, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und sich auf Stationsebene (auch unter Benutzung von Hilfsmitteln) zu bewegen.

Beim **AHB-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund** wird die Rehabilitationseinrichtung nach **folgendem Verfahren** ausgewählt:

- Das **Krankenhaus** setzt sich mit einer geeigneten, von der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannten AHB-Rehabilitationseinrichtung in Verbindung, vereinbart den Aufnahmetermin und informiert die Patientin / den Patienten. Die Einleitung der AHB ist nach diesem Verfahren nur möglich, wenn Ihre Patientin / Ihr Patient bei einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert ist.
- Dem AHB-Antrag G1404 (Bl. 3 - 4) ist der vom Krankenhausarzt ausgefüllte **Befundbericht** G1409 (Bl. 1) und G1410 (Bl. 2) beizufügen und an die AHB-Rehabilitationseinrichtung zu senden. Der Befundbericht soll Aussagen zu den Leistungsvoraussetzungen enthalten. Weitere medizinische Unterlagen sollen dem Befundbericht beigelegt werden.
- Der Befundbericht wird von der AHB-Rehabilitationseinrichtung **vergütet**. Füllen Sie bitte die anliegende Rechnung aus, damit die Überweisung erleichtert und beschleunigt wird.

**Sind für die Patientin / den Patienten Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See oder zu einem Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung entrichtet worden, ist das AHB-Verfahren der BfA\* nicht anzuwenden.**

Ausführliche Erläuterungen zur AHB enthält die **grüne BfA-Informationsschrift für Krankenhäuser**. Diese Informationsschrift kann bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angefordert werden. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Geben Sie Ihrer Patientin / Ihrem Patienten bitte das für ihn bestimmte Informationsblatt G1404 (Bl. 2) und den Antrag auf Anschlussheilbehandlung G1404 (Bl. 3 - 4) mit den Anlagen G1406.**

## Information über die Anschlussheilbehandlung (AHB) - für die Patientin / den Patienten -

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Krankenhausarzt hält Ihre Weiterbehandlung in einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannten AHB-Rehabilitationseinrichtung für erforderlich. Diese **AHB** wird in speziell zu diesem Zweck ausgewählten Einrichtungen durchgeführt und umfasst alle erforderlichen Rehabilitationstherapien. Die AHB soll sich schnell, möglichst innerhalb von 14 Tagen, an den Krankenhausaufenthalt anschließen.

Die AHB wird von der **Deutschen Rentenversicherung Bund** bewilligt, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Daher lässt sich das Ausfüllen von Vordrucken leider nicht ganz vermeiden. Wir haben uns jedoch bemüht, das Verfahren so einfach wie möglich zu gestalten.

Wir bitten Sie, den **Antrag** auf eine AHB auszufüllen und zu unterschreiben. Die Mitarbeiter des Krankenhauses werden Sie dabei gerne unterstützen. Das Krankenhaus leitet den AHB-Antrag dann an die AHB-Rehabilitationseinrichtung weiter. Der Krankenhausarzt wird eine für Sie geeignete, von der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannte **AHB-Rehabilitationseinrichtung** auswählen und Sie über den Aufnahmetermin informieren.

Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten Sie **Übergangsgeld** für die Dauer der AHB. Damit das Übergangsgeld berechnet werden kann, benötigt die Deutsche Rentenversicherung Bund noch einige Angaben. Sind Sie als Arbeitnehmer rentenversicherungspflichtig beschäftigt, sind die in der Anlage zum Antrag auf AHB G1406 enthaltenen Bescheinigungen auszufüllen bzw. ausfüllen zu lassen und dem Antrag beizufügen.

Bitte beachten Sie die Ihnen mit diesem Antrag ausgehändigte Anlage zum Thema Übergangsgeld.

Für die AHB haben Sie eine **Zuzahlung** für maximal 14 Tage zu leisten. Die für die Krankenhausbehandlung gezahlte Zuzahlung wird angerechnet. Bei ganztägig ambulanter AHB ist eine Zuzahlung nicht zu leisten. Bei ambulanter sowie stationärer AHB **zu Lasten der Krankenkasse** ist eine Zuzahlung für maximal 28 Tage zu leisten. Die für die Krankenhausbehandlung gezahlte Zuzahlung wird angerechnet.

Die **Reisekosten** zur Rehabilitationseinrichtung werden in Höhe der Kosten für öffentliche Verkehrsmittel übernommen. Sofern eine **Fahrt mit dem Taxi** zur Rehabilitationseinrichtung aus medizinischen Gründen unabdingbar ist (entsprechende Bestätigung durch den Krankenhausarzt), wird darauf hingewiesen, dass die dem Taxifahrer entstandenen Kosten **direkt mit der Rehabilitationseinrichtung** abgerechnet werden können. Bei ganztägig ambulanter AHB werden die Reisekosten für das günstigste öffentliche Verkehrsmittel übernommen.

Benutzen Sie anstelle öffentlicher Verkehrsmittel den eigenen Pkw, wird Ihnen eine Entfernungspauschale gezahlt. Dies gilt jedoch nicht, wenn die AHB zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt wird. Näheres bitten wir dem Bewilligungsbescheid zu entnehmen.

Die Fragen im Antragsformular und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns aber zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

### Wichtiger Hinweis

Die Erbringung einer AHB zu Lasten der Rentenversicherung schließt einen etwaigen Erstattungsanspruch auf die bis dahin entrichteten Rentenversicherungsbeiträge aus. Dagegen wird die Höhe bestehender oder künftiger Rentenansprüche durch diese AHB nicht gemindert.

Wenn Sie **Fragen** haben, wenden Sie sich bitte an die Ärztin / den Arzt oder Sozialdienst Ihres Krankenhauses. Sie können sich auch an die Deutsche Rentenversicherung Bund wenden.

Wir wünschen Ihnen einen guten Rehabilitationserfolg.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund

## Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB)



Anschrift der AHB-Einrichtung:	RV-Träger: Eingangsstempel Deutsche Rentenversicherung Bund	Absender: Krankenhaus
Ansprechpartner mit Telefonnummer		Ansprechpartner mit Telefonnummer

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - und des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 - 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

<b>1</b> <b>Beantragte Leistung</b>	Expertenmodus 1 0 0 4 1 4 4 <sup>7/</sup>
<input type="checkbox"/> AHB für Versicherte	
<input type="checkbox"/> AHB (Leistungen zur onkologischen Rehabilitation) für Versicherte und nichtversicherte Angehörige	
IV (Integrierte Versorgung) - Patient <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Diese Angaben sind nur bei Patient(innen) der Deutschen Rentenversicherung Bund von der AHB-Einrichtung auszufüllen.	
Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten	VersNr. Datum der Antragsaufnahme (wie Ziff. 14) Aufnahmetag in der AHB-Einrichtung Haus-Nr. der AHB-Einrichtung
Name, Vorname, Geb.-Datum der Versicherten / des Versicherten	

<b>2</b> <b>Personalien der Patientin / des Patienten</b>
Name Vorname Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsname Geburtsdatum Geburtsort Staatsangehörigkeit Privat telefonisch zu erreichen
Straße und Hausnummer Postleitzahl Wohnort

<b>3</b> <b>Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten</b>
Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartner-schaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes) <input type="checkbox"/> 0 ledig <input type="checkbox"/> 1 verheiratet <input type="checkbox"/> 2 geschieden <input type="checkbox"/> 3 verwitwet
Zuletzt ausgeübte/r Erwerbstätigkeit / Beruf möglichst genaue Bezeichnung
Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) des jetzigen bzw. letzten Arbeitgebers

<b>4</b> <b>Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben</b> (bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)
<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (z. B. Hausfrau / -mann, Rentner) <input type="checkbox"/> 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) <input type="checkbox"/> 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)
<input type="checkbox"/> 3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) <input type="checkbox"/> 4 Facharbeiter <input type="checkbox"/> 5 Meister, Polier
<input type="checkbox"/> 6 Angestellter <input type="checkbox"/> 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts <input type="checkbox"/> 8 Selbständiger

<b>5</b> <b>Arbeit vor Antragstellung bzw. vor aktueller Arbeitsunfähigkeit</b>
<input type="checkbox"/> 0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) <input type="checkbox"/> 1 Ganztagsarbeit ohne Wechsel-schicht / Akkord / Nachtschicht <input type="checkbox"/> 2 Ganztagsarbeit mit Wechsel-schicht / Akkord
<input type="checkbox"/> 3 Ganztagsarbeit mit Nachtschicht <input type="checkbox"/> 4 Teilzeitarbeit weniger als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit <input type="checkbox"/> 5 Teilzeitarbeit mindestens die Hälfte der üblichen Arbeitszeit
<input type="checkbox"/> 6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / -mann <input type="checkbox"/> 7 arbeitslos gemeldet <input type="checkbox"/> 8 Heimarbeit <input type="checkbox"/> 9 Beschäftigung in einer Werk-statt für behinderte Menschen

<b>6</b> <b>Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)</b>
Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?
<input type="checkbox"/> 0 nein <input type="checkbox"/> 1 ja

**7 Gesetzliche Krankenkasse**

Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) der gesetzlichen Krankenkasse

Waren Sie bereits unmittelbar vor der Krankenhausbehandlung arbeitsunfähig?  nein  ja, seit

Falls die Patientin / der Patient bei der Krankenkasse familienversichert ist, bitte Personalien des Mitglieds angeben

Name		Vorname		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit		
Straße und Hausnummer			Postleitzahl	Wohnort	

**8 Beamteneigenschaft**

Wird eine Beschäftigung ausgeübt, aus der nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet ist oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

 nein  ja**9 Rentenleistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung**

Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Name des Rentenversicherungsträgers

 nein  ja

Beabsichtigen Sie, in den nächsten sechs Monaten Altersrente von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente zu beantragen?

 nein  ja**10 Leistungen bis zum Beginn einer Altersrente**

Beziehen Sie eine Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird (z. B. betriebliche Versorgungsleistung, Vorruhestandsleistung, Anpassungsgeld, Knappschaftsausgleichsleistung)?

Art der Leistung

 nein  jaHaben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **Altersteilzeitarbeit** im **Blockmodell** getroffen?

von - bis

 nein  ja Vollerwerbsphase

von - bis

FreistellungsphaseHaben Sie das **58. Lebensjahr** vollendet **und** haben Sie als Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II die Erklärung unterschrieben, wonach Sie zum frühestmöglichen Zeitpunkt Altersrente beantragen? nein  ja**11 Sonstige Angaben**

Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als Folge eines Arbeits- / Wegeunfalls, als Berufskrankheit, als Folge einer Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, als Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, als Verfolgtenseiden, als Impfschaden?

von welcher Stelle?

Aktenzeichen

 nein  ja

Welche Gesundheitsstörungen

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

bei welcher Stelle?

 nein  jaIst die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden? nein  ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadenersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte beifügen.Sind **Schadenersatzansprüche** geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

 nein  jaHaben Sie **in den letzten vier Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt?

Aktenzeichen

 nein  ja

von - bis

Versicherungsnummer der / des Versicherten
--------------------------------------------

## 12 Bankverbindung

Bankleitzahl	Kontonummer
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

## 13 Hinweise und Erklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass

- vom Krankenhausarzt ein Befundbericht an die Einrichtung, die für die Anschlussheilbehandlung vorgesehen ist, und an die Deutsche Rentenversicherung Bund gesandt wird und meine Krankenkasse eine Durchschrift davon erhält.
- in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) bzw. §§ 116, 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Verwaltungsverfahren (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit § 69 SGB X. **Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen**. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

**Hinweis:** Die Weitergabe eines eventuell vorliegenden Entlassungsberichts einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation an Dritte ist grundsätzlich nur mit Ihrer Einwilligung zulässig.

Ich habe von der vorstehenden Information Kenntnis genommen.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift der Patientin / des Patienten

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

## 14 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift, Stempel der aufnehmenden Stelle (Krankenhaus), Datum