

Information über die Anschlussrehabilitation (AHB) - für den Krankenhausarzt -

Die **AHB** ist die Weiterbehandlung Ihrer 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 Patienten in das Alltags- und Berufsleben.

AHB können grundsätzlich nur durchgeführt werden, wenn die Patienten bis zum Beginn der AHB frühmobilisiert, d. h. zum Beispiel in der Lage sind, 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 Aufnahmeterrmin und informiert die Patienten. Die Einleitung der AHB ist nach diesem Verfahren nur möglich, wenn Ihre Patienten bei einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert sind.
- 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.

Zuständig für eine AHB ist der jeweils kontoführende Rentenversicherungsträger. Ist also **nicht** die Deutsche Rentenversicherung Bund kontoführender Träger oder ergibt sich die besondere Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, darf die AHB nach dem Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund nicht eingeleitet werden. In diesem Fall ist der Antrag mit allen bereits vorliegenden Unterlagen an den kontoführenden Rentenversicherungsträger zu senden. Ausführliche Erläuterungen zur AHB enthält die **Informationsschrift für Krankenhäuser der Deutschen Rentenversicherung Bund**. Diese Informationsschrift kann bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angefordert werden. Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Geben Sie Ihren Patienten bitte das für sie bestimmte Informationsblatt G1404 (Bl. 2) und den Antrag auf Anschlussrehabilitation G1404 (Bl. 3 - 4) mit den Anlagen G1406.



Information über die Anschlussrehabilitation (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.

Diese Information sowie die Fragen im Antragsformular 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.

Die AHB wird von der **Deutschen Rentenversicherung Bund** durchgeführt, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen. Weitere Voraussetzung ist, dass sie kontoführender Träger ist. Die Kontoführung ergibt sich aus dem letzten Versicherungsverlauf bzw. der aktuellen Rentenauskunft. Daher lässt sich das Ausfüllen von Formularen 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.

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 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 Anschlussrehabilitation (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 Mit Hilfe, 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).

1 Beantragte Leistung	Expertenmodus 1 0 0 4 1 4 4 ^{7/}
<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	
Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten	VersNr. 1
Diese Angaben sind nur bei Patient(inn)en der Deutschen Rentenversicherung Bund von der AHB-Einrichtung auszufüllen.	
Datum der Antragsaufnahme (wie Ziff. 14)	Aufnahmetag in der AHB-Einrichtung
Haus-Nr. der AHB-Einrichtung	
Name, Vorname, Geb.-Datum der Versicherten / des Versicherten	

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

3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten					
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					
Name und Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) des jetzigen bzw. letzten Arbeitgebers					

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben (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			



5 Arbeit vor Antragstellung bzw. vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

<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

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

 0 nein **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 ja
Haben Sie mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über **Altersteilzeitarbeit** im **Blockmodell** getroffen?

von - bis

 nein ja Vollerwerbsphase

von - bis

Freistellungsphase

Haben 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 Verfolgteneiden, als Impfschaden?

von welcher Stelle?

Aktenzeichen

 nein ja

Welche Gesundheitsstörungen



Versicherungsnummer der Versicherten / des Versicherten									

weiter mit Ziffer 11

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt? <small>bei welcher Stelle?</small>	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist die zum Rehabilitationsantrag führende Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadenersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte beifügen.
Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <small>am _____ bei welcher Stelle? Aktenzeichen _____</small>
Haben Sie in den letzten vier Jahren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, z. B. Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <small>Von welcher Stelle zuletzt? Aktenzeichen _____</small>
von - bis _____	

12 Bankverbindung

IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)
D E		
Geldinstitut (Name, Ort)		
Kontoinhaberin / Kontoinhaber		

13 Hinweise und Erklärungen

Ich bin damit einverstanden, dass

- vom Krankenhausarzt ein Befundbericht an die Einrichtung, die für die Anschlussrehabilitation 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

