

## Anschlussrehabilitation - Anschlussheilbehandlung

Quellen:

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Anschlussrehabilitation-AHB/anschlussrehabilitation-ahb.html>

<https://www.aok.de/gp/rehabilitation/leistungen/anschlussrehabilitation>

RV-Indikationsliste:

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/ahb\\_indikationskatalog.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.html)

KV-Indikationskatalog AHB-Antrag. Der ist bundeseinheitlich.

[https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Reha\\_Vorsorge/Rehabilitation/Anschlussreha/anlage\\_zur\\_ar\\_aerztlicher\\_befundbericht.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Reha_Vorsorge/Rehabilitation/Anschlussreha/anlage_zur_ar_aerztlicher_befundbericht.pdf)

AHB nach ambulanter Onko-Serienbehandlung, z.B.:

<https://www.frauenselbsthilfe.de/infothek/rehabilitation/formen-der-onkologischen-reha/anschlussheilbehandlungen.html>

<https://www.argekrebsnw.de/reha-leistungen/welche-reha/anschlussrehabilitation/>

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschueren/AHB\\_eBook.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschueren/AHB_eBook.html)

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/rehabilitation/richtlinien\\_und\\_vereinbarungen/verminderte\\_zuzahlung/Reha\\_verminderte\\_Zuzahlung\\_Indikationen\\_01012004.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/verminderte_zuzahlung/Reha_verminderte_Zuzahlung_Indikationen_01012004.pdf)

<https://www.g-ba.de/richtlinien/23/>

Onkologische Reha:

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Medizinische-Reha/Onkologische-Reha/onkologische-reha.html>

## 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.

## 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.

Im: Im Gesetz heißt es zum Teil offensichtlich noch "Anschlussheilbehandlung", insgesamt an 3

Stellen, z.B. in § 275 Abs. 2 Nr.1 SGB V. Im SGB V jedenfalls kommen beide Begriffe vor, "Anschlussrehabilitation" insgesamt an 5 Stellen.

Anschlussheilbehandlung wird im SGB V definiert als "Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluß [sic!] an eine Krankenhausbehandlung" (§ 275 Abs. 2 Nr.1 SGB V).

Anschlussrehabilitation definiert das SGB V in § 40 Abs. 6 Satz 1 i.V.m. Abs. 1 und 2 als ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation," deren unmittelbarer Anschluß [sic!] [...] an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist".

## 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 (auch ein Wegeunfall zählt dazu) oder einer Berufskrankheit
- [Träger der Sozialen Entschädigung](#): z.B. bei AHB wegen einer Gewalttat oder eines Impfschadens
- [Rentenversicherungsträger](#): für Versicherte bei AHB, um die Erwerbsfähigkeit zu sichern oder wiederherzustellen
- **Beihilfestellen**: für Beamte
- [Krankenkassen](#): für Krankenversicherte, wenn keine Leistung der Unfallversicherung, sozialen Entschädigung oder Rentenversicherung vorliegt
- [Träger der Eingliederungshilfe](#) oder der [Kinder- und Jugendhilfe](#): für Menschen ohne Krankenversicherung, wenn kein anderer Träger zuständig ist im Rahmen der [Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen](#) bzw. der [Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen](#)

## Voraussetzungen der günstigen Zuzahlungsregeln bei Anschlussrehabilitation

### 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 notwendig sein muss, dass sie **unmittelbar nach der Krankenhausbehandlung** und nicht erst irgendwann später stattfindet.

Quelle dafür, dass die ambulante Behandlung auch dann nicht zählt, wenn sie in einem Krankenhaus stattfindet ist das AHB-e-Book

([https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschuere\\_n/AHB\\_eBook.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschuere_n/AHB_eBook.html)), unter 2.1: "Ambulante Operationen bzw. Behandlungen können – auch wenn sie im Krankenhaus erbracht wurden – nicht zu einer AHB führen."

Aber die Zuzahlungsregeln gelten bei der KV auch bei ambulanten OPs, ohne dass es eine AHB ist, siehe unten.

## 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. Denn dann wird der medizinische Zusammenhang zur Krankenhausbehandlung nicht mehr gesehen. Das bestätigen auch Gerichtsentscheidungen. Die Reha ist dann nur noch mit zeitlich unbegrenzter Zuzahlung möglich.

## 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.

Quellen für die 6-Wochen-Grenze:

- SGB V § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Wagner Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Werkstand: 114. EL April 2022 Rn. 40
- LSG Bayern, Beschluss vom 17.02.2021, Az.: L 20 KR 533/20 B ER Rn. 38 (Quelle: BeckRS 2021, 2770)

## 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 2026 schon für 14 Tage Krankenhausbehandlung an die Krankenkasse zugezahlt und im März 2026 für 14 Tage an die Rentenversicherung für AHB. Sie muss bis Ende Dezember 2026 für AHB der Krankenkasse nichts mehr zuzahlen.
- Herr Maier beginnt seine AHB im Januar 2026. Die Zuzahlungen, die er im Jahr 2025 für

seinen Krankenhausaufenthalt gezahlt hat, werden ihm nicht angerechnet, weil es sich bereits um ein neues Kalenderjahr handelt.

## Zuzahlungsbefreiung

Bei Überschreiten der sog. Belastungsgrenze kann eine Zuzahlungsbefreiung beantragt werden, Näheres unter [Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung](#).

## 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 (z.B. wegen [Psychosen](#))
- [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

## 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.

Quelle dafür, dass die ambulante Behandlung auch dann nicht zählt, wenn sie in einem Krankenhaus stattfindet ist das AHB-e-Book

([https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschuere\\_n/AHB\\_eBook.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/broschuere_n/AHB_eBook.html)), unter 2.1: "Ambulante Operationen bzw. Behandlungen können – auch wenn sie im Krankenhaus erbracht wurden – nicht zu einer AHB führen."

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](#).

## **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.

Merker Im:

Quelle: Gespräch am 12.9.2023 mit Frau Habon von der ARGE Krebs in NRW ([www.argekrebsnw.de](http://www.argekrebsnw.de)). Ihre Auskunft: In NRW werden AHB-Anträge bei Krebserkrankungen auch **ohne** vorangegangenen stationären Krankenhausaufenthalt bewilligt, weil das dort einfach so üblich ist und niemand muss länger als 14 Tage zuzahlen, nur weil die Krebsbehandlung rein ambulant war. Bei der ARGE-Krebs habe noch nie jemand etwas davon gehört, dass dabei keine AHB bewilligt werden soll. In NRW reicht eine sog. primäre Krebstherapie, also OP, Strahlentherapie oder Chemotherapie für die Bewilligung einer AHB und es braucht dort keinen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt. Die AHB-Fristen, die von der ARGE Krebs auf der Internetseite veröffentlicht werden, sind "einfach so üblich" und das "hat nie irgendjemand hinterfragt". Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat allerdings klar per Email auf meine Anfrage hin mitgeteilt, dass AHB von ihnen nur nach einer Krankenhausbehandlung bewilligt wird. Offensichtlich ist die Praxis in dem Bereich uneinheitlich.

## **Keine Zuzahlung bei Zuständigkeit anderer Träger**

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

## **AHB-Schnellverfahren**

Weil eine AHB schnell stattfinden muss, bleibt keine Zeit für langwierige Antragsverfahren. Deshalb gibt es **verschiedene Schnellverfahren**.

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.

## 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 Direktverfahren 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.

## 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.

Im: Ich hoffe, dass ich das richtig verstanden habe. Ich finde **nirgends** eine Rechtsgrundlage, welche die Deutsche Rentenversicherung Bund ermächtigt, diesen Indikationskatalog zu erstellen und anzuwenden. Entweder, die Rechtsgrundlage ist irgendwo gut versteckt (Andrea hat sie auch nirgends gefunden), oder es gibt schlicht keine.

Ich bin deshalb leider nicht sicher, ob der Indikationskatalog auch für andere



Rentenversicherungsträger gilt.

## 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 Genital
13. Organ-Transplantationen und -Unterstützungssysteme

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

## Rehabilitationsbedürftigkeit im AHB-Indikationskatalog

Eine Krankheit zu haben bedeutet **nicht automatisch**, auch Reha zu brauchen. Denn Reha soll Behinderungen vorbeugen oder entgegenwirken. Eine Behinderung besteht nicht immer, wenn eine medizinische Diagnose gestellt wurde, 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.

## 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.

## 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. das Geld von der Krankenkasse zurück, wenn sie nicht zuständig ist.

## 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.

## 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

## 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 Teilhabe einschränkungen, 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

Im: Geregelt ist in § 40 Abs. 3 Satz 10 SGB V: "Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in Richtlinien nach § 92 bis zum 31. Dezember 2021 das Nähere zu Auswahl und Einsatz geeigneter Abschätzungsinstrumente im Sinne des Satzes 2 und zum erforderlichen Nachweis von deren Anwendung nach Satz 3 und legt fest, in welchen Fällen Anschlussrehabilitationen nach Absatz 6 Satz 1 ohne vorherige Überprüfung der Krankenkasse erbracht werden können."

Das ist so zu verstehen, dass es keinen abschließenden Indikationskatalog für die KV-AHB gibt. Es gibt nur Richtlinien, in denen Indikationen stehen, bei denen die KV ohne weitere Prüfung AHB bewilligt und Abschätzungsinstrumente, damit nicht jedes Mal eine Einzelfallentscheidung zur medizinischen Notwendigkeit erfolgen muss. Das ist aber etwas ganz anderes als eine abschließende Indikationsliste, weil eben über die in der Richtlinie genannten Indikationen hinaus sehr wohl AHB bewilligt werden muss, wenn die medizinische Notwendigkeit besteht. Der Unterschied ist bedeutend und den dürfen wir nicht unterschlagen.

Quelle: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8119/2021-12-16\\_Re-RL\\_Anpassung-IPReG\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8119/2021-12-16_Re-RL_Anpassung-IPReG_TrG.pdf),

S. 14: "...orientiert sich ausschließlich an den Indikationskriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose und ist nicht, wie im Bereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV), durch einen Katalog von Indikationen eingegrenzt..."

## 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 Sie Ihre Kinder mitnehmen, ansonsten ist eventuell ein Antrag auf [Haushaltshilfe](#) möglich.
- Wenn Ihr Kind die AHB macht, können Sie auf Antrag als [Begleitperson](#) mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters Ihres Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Während Sie Ihr Kind bei einer Reha begleiten und das notwendig ist, können Sie [Kinderpflege-Krankengeld](#) bekommen.
- Ist bei einer Krebserkrankung nach dem Krankenhausaufenthalt eine ambulante Chemotherapie und/oder Bestrahlung notwendig, kann statt des Krankenhauses auch der niedergelassene Radiologe oder die onkologische Praxis eine onkologische Reha als AHB im Schnellverfahren einleiten.

Quelle:

<https://www.tk.de/techniker/versicherung/tk-leistungen/weitere-leistungen/krankengeld/kinderkrankengeld/kinderkrankengeld-begleitung-kind-krankenhaus-reha-216>

## 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](#).

## Praxistipp

Die Deutsche Rentenversicherung Bund bietet die Broschüre „AHB: Die Anschlussrehabilitation“ zum kostenlosen Download unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Suchbegriff: „AHB“ > [Medien: Informationen zum AHB-Verfahren](#).

## 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.

## Verwandte Links

[Medizinische Rehabilitation](#)

[Onkologische Nachsorgeleistung](#)

[Krankenhausbehandlung](#)

[Kinderheilbehandlung](#)

Rechtsgrundlagen:

- Krankenversicherung: § 40 SGB V - § 107 SGB V
- Rentenversicherung: § 15 SGB VI - § 32 SGB VI
- Unfallversicherung: § 26 Abs. 1 SGB VII
- Träger der sozialen Entschädigung: § 62 Nr. 4 SGB XIV
- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen: § 109 SGB IX i.V.m. § 42 SGB IX
- Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen: § 35a SGB VIII i.V.m. § 109 SGB IX i.V.m. § 42 SGB IX