

# AHB Aufnahme

- möglich bei Zustand nach OP oder Zustand nach Radiatio

## Indikationen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund (früher BfA):

### **Maligne Erkrankung** im Bereich

|                                     |            |      |
|-------------------------------------|------------|------|
| Brustdrüse                          | Indikation | 10 e |
| Haut (Melanom, Plattenepithel - CA) | Indikation | 10 j |
| weibliches Genitale                 | Indikation | 10 f |
| Niere                               | Indikation | 10 d |
| ableitende Harnwege                 | Indikation | 10 d |
| männliches Genitale                 | Indikation | 10 d |
| Verdauungsorgane                    | Indikation | 10 b |

## Indikationen der DRV der Regierungsbezirke (früher LVA) und Krankenkassen:

### **Maligne Erkrankung** im Bereich

|                     |            |      |
|---------------------|------------|------|
| Verdauungsorgane    | Indikation | 10 b |
| Brustdrüse          | Indikation | 10 e |
| Haut                | Indikation | 10 j |
| weibliches Genitale | Indikation | 10 f |
| männliches Genitale | Indikation | 10 d |
| ableitende Harnwege | Indikation | 10 d |

**Krankheiten der Gefäße** Indikation 2 b

**Zustand nach akutem thrombotischem Syndrom im Becken - und Beinvenenbereich mit ausgeprägten peripheren Ödemen.**

**Zustand nach Operationen am venösen System**

**Operationen weibliches Genitale - gutartige Erkrankung** Indikation 11

## Beantragung einer Anschlussheilbehandlung – AHB - für Behandlungen bei malignen Tumoren

### Fragen an den Patienten:

Frage 1: Wer ist Ihr Rentenversicherungsträger?  
Wohin wurden die letzten Rentenversicherungsbeiträge bezahlt? (dies ist der Kostenträger bei onkologischen Erkrankungen).

Frage 2: Welche Krankenkasse?

Frage 3: Beamter auf Lebenszeit?

AHB – Anmeldungen erfolgen durch den behandelnden Klinik-Arzt (evtl. über Sozialdienst) oder Strahlentherapeuten auf spezifischen Vordrucken. Diese sind bei den Rentenversicherungsträgern oder den Krankenkassen erhältlich.

### Verfahren DRV Bund

a.) Der Patient hat bei der **DRV BUND** Pflichtbeiträge bezahlt und ist Mitglied einer **gesetzlichen** Krankenkasse.

AHB-Antrag vom Arzt und vom Patienten unterschreiben lassen.  
Blatt 1 und Blatt 2 des Befundberichtes ist vom behandelnden Arzt auszufüllen.  
Telefonisch den Patienten in einer geeigneten Klinik anmelden, zum Beispiel die Klinik Prof. Schedel (Tel. 08501/ 809-740) und ein Bett reservieren.  
Alle Unterlagen werden direkt an die Klinik geschickt, alles weitere wird von dort veranlasst.

b.) Der Patient hat bei der **DRV Bund** Pflichtbeiträge bezahlt und ist Mitglied einer **privaten** Krankenkasse.

AHB Antrag wird direkt an die Anlaufstelle der **DRV Bund** gefaxt (Fax: 030/ 8652 7384).  
Vor Antritt der Maßnahme muss der Klinik eine Kostenzusage vorliegen.  
Der Kostenträger wird eine Anschlussgesundheitsmaßnahme bewilligen.  
Der Patient wird von der Klinik unterrichtet.

c.) Der Patient hat bei der **DRV Bund** Pflichtbeiträge bezahlt hat und ist **Beamter auf Lebenszeit**.

In diesem Fall ist die gesetzliche oder Privatkrankenkasse der Kostenträger.  
Formloser Antrag zu der jeweiligen Stelle. Kostenzusage muss vor Antritt der Maßnahme vorliegen.

### Verfahren DRV der Regierungsbezirke (früher LVA):

a.) Der Patient hat bei der **LVA** Pflichtbeiträge bezahlt hat, ist Mitglied einer **gesetzlichen Krankenkasse** und **nicht älter als 67 Jahre**.

AHB Antrag der LVA ausfüllen und vom Patienten unterschreiben lassen.  
Die Befundberichte sind vom behandelnden Arzt auszufüllen.  
Eventuell Wunschlinik angeben und an die LVA faxen.  
Fax: 0871/ 81 2500  
Die LVA entscheidet, in welche Klinik der Patient kommt, Benachrichtigung erfolgt nach Erhalt des Bewilligungsbescheides von der Klinik.

**b.)** Der Patient hat bei der **LVA** Pflichtbeiträge bezahlt hat, ist Mitglied einer **gesetzlichen Krankenkasse** (außer AOK, s.u.) und **älter als 67 Jahre**.

AHB Antrag formlos stellen und vom Patienten unterschreiben lassen.

Befundberichte vom behandelnden Arzt beifügen.

Eventuell Wunschklinik angeben und **an die Krankenkasse** faxen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient in die Wunschklinik kommt ist relativ groß.

Der Kostenträger entscheidet, in welche Klinik der Patient kommt und benachrichtigt den Patienten.

**c.)** Der Patient hat bei der **LVA** Pflichtbeiträge bezahlt hat, ist **älter als 65 Jahre** und ist bei der **AOK** krankenversichert.

In diesem Fall ist das regionale AOK-Dienstleistungszentrum der Kostenträger z.B. für  
Niederbayern: Schäfflerstraße 5, 93309 Kelheim, Tel: 09441/7040, Fax: 09441/704-4645  
Oberbayern: Sendlingertor, München, Tel: 089/ 6300-30, Fax: 089/ 6300-3393

Antrag stellen (man kann sich eigene Vorlagen machen oder vom Dienstleistungszentrum anfordern), vom Patienten unterschreiben lassen.

Befundbericht vom behandelnden Arzt beifügen, man kann Wunsch- oder Verlegungstermin angeben. An das jeweilige Dienstleistungszentrum faxen.

Der Kostenträger entscheidet, in welche Klinik der Patient kommt.

### Fristen

#### **Kostenträger DRV BUND:**

zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder Beendigung der Strahlentherapie und der Aufnahme in die Rehaklinik dürfen maximal fünf Wochen liegen.

#### **Kostenträger DRV der Regierungsbezirke (LVA):**

zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder Beendigung der Strahlentherapie und der Aufnahme in die Rehaklinik dürfen zwei Wochen liegen.

Ausnahme: die Rehafähigkeit ist wegen Strahlendermatitis oder bei interkurrenten Erkrankungen noch nicht gegeben.

#### **Kostenträger Privatkasse:**

zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder Beendigung der Strahlentherapie und der Aufnahme in die Rehaklinik sollten bei Privatkassen nicht mehr als zwei Wochen liegen.

Ausnahme: der behandelnde Arzt hält diese Frist für zu kurz, gerade nach einer Strahlentherapie.

#### **Kostenträger Krankenkasse:**

zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder Beendigung der Strahlentherapie und der Aufnahme in die Rehaklinik sollten bei Betriebs-, Ersatz- und sonstigen gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr als zwei Wochen liegen.

Ausnahme: der behandelnde Arzt hält diese Frist für zu kurz, gerade nach einer Strahlentherapie.