

Informationen für Patienten

Die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation

Ziel der AHB

Ziel einer Anschlussheilbehandlung (AHB) ist die Wiederherstellung des Patienten für die Belastung des Alltags- oder Berufslebens. Es gilt vor allem, verloren gegangene körperliche oder geistige Funktionen wieder zu erlangen oder bestmöglich zu kompensieren. Daher kann eine AHB auch zum Ziel haben, eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Somit ist es sinnvoll, diese Maßnahme sofort im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt in Anspruch zu nehmen.

Dauer der AHB

Eine Anschlussrehabilitation dauert in der Regel drei Wochen und kann bei schwerwiegenden Erkrankungen sowie bei noch nicht ausgeschöpftem Rehabilitationspotenzial verlängert werden.

Wahrung von Fristen

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn der AHB muss eine Frist von maximal 14 Tagen eingehalten werden. Diese kann nur in begründeten Einzelfällen und nach vorheriger Genehmigung des Kostenträgers überschritten werden. Nach Abschluss einer Strahlenbehandlung bei Krebserkrankung liegt die Frist in der Regel bei vier Wochen.

Zuständigkeiten

Die Indikationen für eine AHB sind von den Leistungsträgern genau definiert. Die Antragsprüfung und Genehmigung einer Maßnahme obliegt den Kostenträgern.

- Für Patienten, die noch im Erwerbsleben stehen, ist in der Regel die Rentenversicherung zuständig.
- Für Patienten, bei denen es nicht um die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit geht, sind die Krankenkassen Ansprechpartner.
- Eine Ausnahme bilden die onkologischen Erkrankungen: sie werden in Nordrhein-Westfalen von der ARGE (Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung) finanziert.

Ambulant vor stationär

Eine AHB kann ambulant oder stationär durchgeführt werden, wobei der Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ gilt. Der behandelnde Arzt entscheidet, ob eine ambulante Form der Rehabilitation ausreichend ist oder ob ein stationärer Aufenthalt indiziert ist.

Auswahl der Klinik

Die Kostenträger geben oftmals eine Auswahl an Rehabilitationskliniken vor. Informationen zu den Vertragskliniken erteilen die Kostenträger an ihre Versicherten. Generell besteht ein Wunsch- und Wahlrecht für den Patienten. Entscheidend für die Klinikauswahl sind jedoch die Indikation und ein freier Rehabilitationsplatz innerhalb der AHB-Frist. Viele Kostenträger weisen ihren Versicherten einen geeigneten Platz zu.

Ambulante Anschlussrehabilitation

Die Behandlung in einer ambulanten AHB entspricht weitgehend der einer stationären Behandlung. Der Patient sucht die Rehabilitationsklinik werktags auf und kehrt nach seiner Behandlung in das häusliche Umfeld zurück.

Dies bietet die Chance, das persönliche Umfeld stärker einzubeziehen und weder auf die gewohnte Umgebung noch auf die Unterstützung von Familie und Freunden verzichten zu müssen. Handlungsempfehlungen und wieder erworbene Fähigkeiten können direkt im häuslichen Umfeld getestet werden.

Eine ambulante AHB wird bei einigen Krankheitsbildern ausgeschlossen, auch bei nicht ausreichender Mobilität, Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Alltagskompetenz.

Antragstellung und Kostenzusage

Die Beantragung einer AHB erfolgt im Klinikum Leverkusen über den Sozialdienst/Überleitmanagement. Sobald der behandelnde Stationsarzt und der Patient sich für eine AHB aussprechen, wird der Sozialdienst über die Station beauftragt. Der Mitarbeiter sucht den Patienten zeitnah auf der Station auf, berät ihn und leitet alle weiteren Schritte ein.

Die Entscheidung, ob eine ambulante Form der Rehabilitation ausreicht oder ob ein stationärer Aufenthalt notwendig ist, treffen der Arzt in Absprache mit dem Patienten und dem Kostenträger.

Eine AHB dauert in der Regel drei Wochen und kann bei schwerwiegenden Erkrankungen sowie bei noch nicht ausgeschöpftem Rehabilitationspotenzial verlängert werden.

Die Grundlage für die Antragstellung für eine AHB bildet die Einverständniserklärung des Patienten und ein ärztlicher Befundbericht. Beides wird durch den Sozialdienst/Überleitmanagement an die zuständigen Kostenträger geschickt. Der ärztliche Befundbericht setzt voraus, dass die stationäre Behandlung bzw. Operation durchgeführt wurde. Es kann also kein AHB-Antrag vor dem eigentlichen Krankenhausaufenthalt gestellt werden; er muss aber noch während des Klinikaufenthaltes erfolgen.

Die Entscheidung über die Kostenübernahme der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt durch den Kostenträger - in den meisten Fällen noch während des Krankenhausaufenthaltes -, sodass eine Verlegung vom Klinikum aus in eine Rehabilitationseinrichtung möglich ist.

Wichtig für onkologisch erkrankte Patienten

Patienten, die eine onkologische Therapie erhalten, melden sich bitte bei der vorletzten Chemotherapie-Sitzung bzw. zu Beginn der Bestrahlung beim Sozialdienst, damit eine AHB eingeleitet werden kann.

Verlegung

Die Verlegung in die AHB-Klinik erfolgt nach Entscheidung des Arztes vom Klinikum aus oder von zuhause. Patienten, die entlassen werden können und Patienten, die eine ambulante AHB anstreben, verbringen die Zeit bis zum Beginn ihrer Maßnahme zuhause. Bei Bedarf kann eine Kurzzeitpflege für den Zeitraum bis zum Antritt der AHB organisiert werden. Sofern medizinisch notwendig, wird ein Transportdienst zur Verfügung gestellt.

Kosten

Für den Patienten entstehen Kosten in Höhe von zehn Euro pro Tag an gesetzlicher Zuzahlung. Es müssen für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr Zuzahlungen geleistet werden, wozu auch die Tage zählen, die der Patient im Akutkrankenhaus liegt.

Privatversicherte

Patienten mit einer privaten Vollversicherung (hier ist nicht die Zusatzversicherung z.B. für Chefarzt und Zweibettzimmer gemeint) erhalten über ihre Krankenkasse eine Rehabilitationsmaßnahme, wenn

- die Anschlussheilbehandlung Bestandteil des Versicherungsvertrages ist
- eine Indikation für eine AHB vorliegt
- sie nicht mehr berufstätig sind ODER
- sie im Laufe des Berufslebens keinen Anspruch bei einem Rentenversicherungsträger erworben haben.

Für berufstätige Privatversicherte die einen ausreichenden Anspruch bei der gesetzlichen Rentenversicherung erworben haben und nicht beihilfeberechtigt sind, erfolgt die Antragstellung der AHB bei dem zuständigen Rentenversicherungsträger.

Privatversicherte, die eine AHB über ihre Krankenkasse beantragen möchte, können sich in der Regel für eine der Indikation entsprechenden AHB Klinik entscheiden. Um einen Platz in der Wunschklinik reservieren zu können, werden diese Patienten gebeten, sich frühzeitig (bereits vor dem stationären Aufenthalt) beim Sozialdienst-/Überleitmanagement zu melden und für die Antragstellung sowohl die Versicherungsnummer der Krankenversicherung und ggf. Beihilfekasse und Personalnummer bereit zu halten. Es empfiehlt sich, im Vorfeld mit der privaten Krankenkasse Kontakt aufzunehmen, um den Versicherungsschutz abzusprechen und ggf. eine Klinikauswahl genannt zu bekommen.

Rehabilitation zu einem späteren Zeitpunkt

Nicht immer ist eine Anschlussrehabilitation nach dem Klinikaufenthalt möglich. In diesen Fällen empfiehlt es sich, mit dem niedergelassenen Arzt zu einem späteren Zeitpunkt über eine Rehabilitationsmaßnahme zu sprechen und die Beantragung vorzunehmen.