

**Leistungen zur medizinischen
Rehabilitation in der gesetzlichen
Rentenversicherung
- onkologische Erkrankungen -
Stand April 2024**



Armin Maucher DRV Bayern Süd

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
Am Alten Viehmarkt 2
84028 Landshut

Armin Maucher
Abteilung Rehabilitation und Sozialmedizin
Tel. 0871 812128

Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung

- Renten wegen Alters
- Renten wegen Todes
- **Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit**

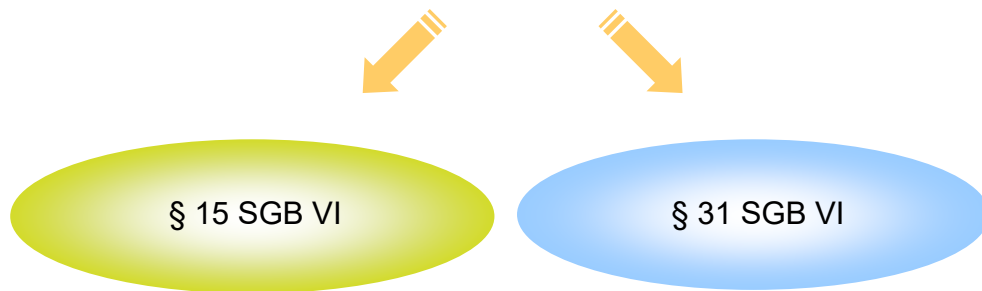


- **Leistungen zur Teilhabe**



Leistungen zur Teilhabe wegen onkologischer Erkrankungen

Leistungen mit onkologischer Indikation sind grundsätzlich möglich nach



Aus historischen Gründen können die Rentenversicherungsträger Leistungen wegen onkologischer Erkrankungen nach zwei verschiedenen Rechtsnormen erbringen.

Leistungen nach § 15 SGB VI

 *Erwerbsfähigkeit* kann wieder hergestellt werden **sowie die** versicherungsrechtlichen Voraussetzungen 

erfüllt sind und

 keine Ausschlussgründe

vorliegen

Persönliche Voraussetzungen (§ 10 SGB VI):

Diese sind erfüllt, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist und diese wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (§ 11 SGB VI):

- Wartezeit von 15 Jahren ist erfüllt
- Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit wird bezogen.
- in den letzten zwei Jahren vor der Antragstellung sechs Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit
- innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Antrag ausgeübt haben oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen sind.

Ausschlussgründe (§ 12 SGB VI):

- Arbeitsunfall, Berufskrankheit oder eine Schädigung im Sinne des sozialen Entschädigungsrechts
- Rente wegen Alters von wenigstens zwei Dritteln der Vollrente wird bezogen
- Beamte mit Anspruch auf Beihilfe und Alterspensionsempfänger. Pensionen wegen Dienstunfähigkeit führen nicht zum Ausschluss
- Leistungen zur medizinische Rehabilitation werden nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen zur Rehabilitation erbracht, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind. **Dies gilt nicht, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind.**

Onkologische Nachsorgeleistungen nach § 31 SGB VI

• können nur aufgrund gemeinsamer Richtlinien der RV-Träger erbracht werden

• werden auch für Rentner (Altersrentner und Erwerbsminderungsrentner) erbracht



• sowie für deren Angehörige (Ehegatten und Kinder)

• Ansprüche aus eigener Versicherung gehen Ansprüchen aus der Versicherung des Ehegatten oder eines Elternteils vor



Diese können nur aufgrund gemeinsamer Richtlinien der RV-Träger erbracht werden:

zu den Richtlinien siehe Anlage 1

Sie werden auch für Rentner (Altersrentner und Erwerbsminderungsrentner) sowie für Angehörige (Ehegatten und Kinder) von Versicherten erbracht:

Zum Kindbegriff vergleiche § 3 Abs. 3 bis 5 der Richtlinien.

Als Angehöriger i. d. S. zählt nur, wer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht in eigener Person erfüllt; in diesem Fall sind Leistungen ggf. aus der eigenen Versicherung zu beantragen.

Onkologische Nachsorgeleistungen nach § 31 SGB VI

- Leistungen werden nur innerhalb eines Jahres nach dem Ende der Primärbehandlung erbracht

Ausnahme: bis zu zwei Jahre bei erheblichen Funktionsstörungen



- medizinische (persönliche) Voraussetzungen
→ positive Beeinflussung ausreichend

- versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- kein Ausschlussgrund (z. B. Beamter)



Primärbehandlung

Diese ist grundsätzlich mit der Entlassung aus stationärer Krankenhausbehandlung beendet. Eine Strahlenbehandlung, die im Zusammenhang mit der stationären Krankenhausbehandlung steht, ist noch als Teil der Primärbehandlung anzusehen. Das gilt auch, wenn mehrere Strahlenbehandlungsserien ohne größere Zwischenräume (bis zu 3 Monaten) durchgeführt werden. In diesem Fall ist als Ende der Primärbehandlung das Ende der letzten Strahlenbehandlung anzusehen. Eine laufende Chemotherapie ist ebenfalls der Primärbehandlung zuzuordnen.

medizinische Voraussetzungen

siehe § 2 der Richtlinien

Diese müssen in der Person des Patienten erfüllt sein.

versicherungsrechtliche Voraussetzungen

siehe § 3 Abs. 1 und 2 der Richtlinien

Diese sind vom Versicherten zu erfüllen.

kein Ausschlussgrund

Siehe § 4 der Richtlinien

Ein Ausschlussgrund darf **weder beim Versicherten noch beim Angehörigen** vorliegen.

Weitere Leistungen

- stufenweise Wiedereingliederung
- Haushaltshilfe
 - Weiterführung des Haushalts nicht möglich
 - eine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt nicht weiterführen
 - im Haushalt lebt ein Kind das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist
- Übergangsgeld
- Reisekosten
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Arbeitshilfen, Hilfsmittel, Kraftfahrzeughilfe, Einlagen, Aus- und Fortbildung



Armin Maucher DRV Bayern Süd

Die **stufenweise Wiedereingliederung** muss während der Rehabilitationsleistung von der Rehaklinik eingeleitet werden.

Anspruch auf **Übergangsgeld** hat, wer unmittelbar vor Beginn der Leistung oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit

- als Arbeitnehmer oder Selbstständiger Beiträge entrichtet hat
- Krankengeld oder Arbeitslosengeld bezogen hat

Das Übergangsgeld wird individuell aus den letzten Beiträgen errechnet. Bei Arbeitnehmern und Krankengeldbeziehern beträgt es vereinfacht 68 bzw. 75% des letzten Nettoentgeltes. Arbeitslose erhalten Übergangsgeld in Höhe des Arbeitslosengeldes.

Die **Haushaltshilfe** kann ausgeführt werden:

- durch eine selbstbeschaffte Ersatzkraft
- durch eine Ersatzkraft eines karitativen Verbandes
- durch anderweitige Unterbringung des Kindes
- im Einzelfall auch durch Mitnahme des Kindes+

Krankentransport und **Taxi** müssen medizinisch indiziert sein. Keine Übernahme von Taxikosten bei ambulanter Rehabilitation.

Zuzahlung

Eine Zuzahlung hat zu leisten, wer

- das 18. Lebensjahr vollendet hat
- eine *stationäre* Leistung erhält

Die Höhe beträgt maximal 14 Tage im Kalenderjahr, die bereits zur Krankenkasse geleistete Zuzahlung ist anzurechnen

Keine Zuzahlung muss geleistet werden, wenn

- eine Leistung ambulant durchgeführt wird
- Übergangsgeld bezogen wird

Auf **Antrag** (Formular G0160) wird befreit, wenn bestimmte Einkommensgrenzen unterschritten werden bzw. kein Einkommen bezogen wird.



Armin Maucher DRV Bayern Süd

Auf Antrag befreit werden kann, wer z.B.

- Arbeitslosengeld II oder
- Sozialhilfe bezieht oder
- kein eigenes Einkommen oder Erwerbseinkommen (z.B. Rente) hat oder
- unter 1415,- EUR Netto verdient (Wert 2024).

Wer zwischen 1415,- EUR und 2121,- EUR Nettoverdienst hat und im Haushalt u.a. ein Kind unter 18 Jahren lebt kann ggf. teilweise befreit werden.

Maßgeblich sind stets die Einkommensverhältnisse des Versicherten, auch wenn eine Leistung für den Ehegatten durchgeführt wird.

Einrichtungsauswahl

- seit Juli 2023 ist das Internetportal „meine-rehabilitation“ online
- alle aufgeführten Kliniken werden von allen Rentenversicherungsträgern belegt
- nicht aufgeführte Kliniken dürfen nicht belegt werden



- leider sind die AHB Wartezeiten dort nicht verfügbar



Armin Maucher DRV Bayern Süd

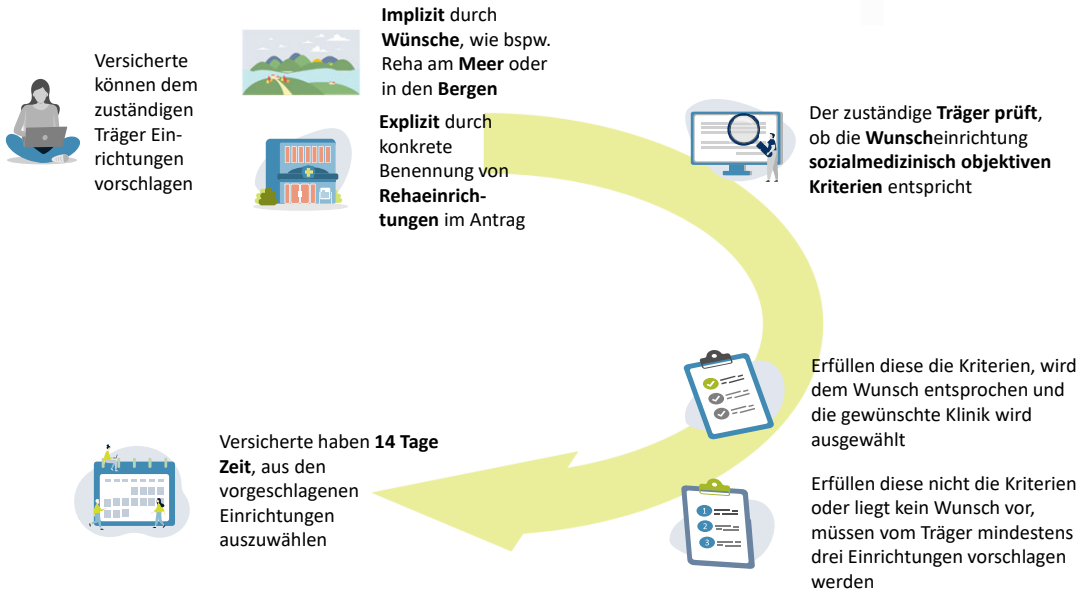
Auf Antrag befreit werden kann, wer z.B.

- Arbeitslosengeld II oder
- Sozialhilfe bezieht oder
- kein eigenes Einkommen oder Erwerbsersetzeinkommen (z.B. Rente) hat oder
- unter 1415,-- EUR Netto verdient (Wert 2024).

Wer zwischen 1415,-- EUR und 2121,-- EUR Nettoverdienst hat und im Haushalt u.a. ein Kind unter 18 Jahren lebt kann ggf. teilweise befreit werden.

Maßgeblich sind stets die Einkommensverhältnisse des Versicherten, auch wenn eine Leistung für den Ehegatten durchgeführt wird.

Einrichtungsauswahl



Einrichtungsauswahl

Was folgt daraus?

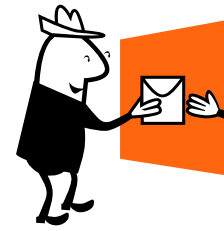
- im AHB Verfahren wäre das Übersenden einer Auswahlliste unpraktikabel
- AHB Anträge sollten daher immer einen Wunsch + eine Termin(vor)reservierung enthalten
- die 14 Tagesfrist kann überschritten werden, wenn für einzelne Indikationen keine kürzeren Termine vorhanden sind



Antragsverfahren

Leistungen werden nur auf Antrag erbracht!

Es stehen folgende Antragsvordrucke zur Verfügung



- Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB)
(G0250, dazu Informationsblätter G0251 und G0252)
- Anlage zum Antrag auf AHB für nichtversicherte Angehörige
(Ehegatten und Kinder)
(G0255)
- G0260 Befundbericht + Barthel-Index bei neurologischen Fällen

Im Einzelfall: G0160 zur Befreiung von der Zuzahlung
G0580 ff. (Haushaltshilfe)

Antragsverfahren –Übermittlung des Antrags

eAntrag

- direkte Anbindung an das Versicherungskonto
- schnell und sicher
- „Einbahnstraße“, es können kein Daten zurückgegeben werden
- es dürfen alle Sozialdaten übermittelt werden
- keine Anbindung an die KIS der Krankenhäuser möglich

E-Mail mit S/MIME Verschlüsselung

- Austausch von Zertifikaten mit jedem Träger erforderlich
- schnell und sicher
- Papieranträge müssen ggf. eingescannt werden
- innerhalb der DRV müssen die E-Mails wie Faxe oder Papiervordrucke einen Scannprozess durchlaufen



Fax → Auslaufmodell



- eAnträge findet man unter „Online-Dienste“ der Deutschen Rentenversicherung

- E-Mailadresse „ahb@drv-bayernsued“ (nur bei Nutzung S/MIME)

- Fax, und zwar unter den Nummern:

- 0871 81-2790 Krankenhäuser in Oberbayern (ohne Stadt und Landkreis München)
- 0871 81-112789 Krankenhäuser in München (Stadt und Landkreis)
- 0871 81-2421 Krankenhäuser in Niederbayern und der Oberpfalz

Wohin mit dem Antrag???



Zuständigkeit innerhalb der Rentenversicherung

Bundesträger



bundesweite
Zuständigkeit

- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Regionalträger



nach Wohnsitz im
Zeitpunkt der
Antragstellung
z.B.



- Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Abgrenzung Renten - Krankenversicherung

- 1.** Für Leistungen nach § 15 SGB VI ist vorrangig der RV-Träger zuständig, wenn die Voraussetzungen in der RV erfüllt sind (§ 40 Abs. 4 SGB V)
- 2.** Für Leistungen nach § 31 SGB VI besteht eine gleichrangige Zuständigkeit zwischen RV und KV, d. h. zuständig ist der erstangegangene Träger
- 3.** Für Versicherte, die weder die Voraussetzungen nach § 15 oder § 31 SGB VI erfüllen, ist die KV zuständig
- 4.** Besonderheiten bei AHB beachten!



Eine Antrag auf Reha-Leistungen darf von einem unzuständigen Träger nur noch **einmal** weitergeleitet werden. Der „zweitangegangene“ Träger hat dann über den Antrag zu entscheiden und darf diesen nicht erneut weiterleiten.

Besonderheiten bei AHB-Leistungen

Zuständig ist

ein Regionalträger der DRV in Bayern
+ Mitgliedschaft bei der AOK, IKK, BKK oder LKK

➡ Es gilt die AHB Vereinbarung:
RV-Träger ist bei onkologischen Erkrankungen nicht mehr
zuständig, wenn der Patient bei der Antragstellung das 67.
Lebensjahr bereits vollendet hat

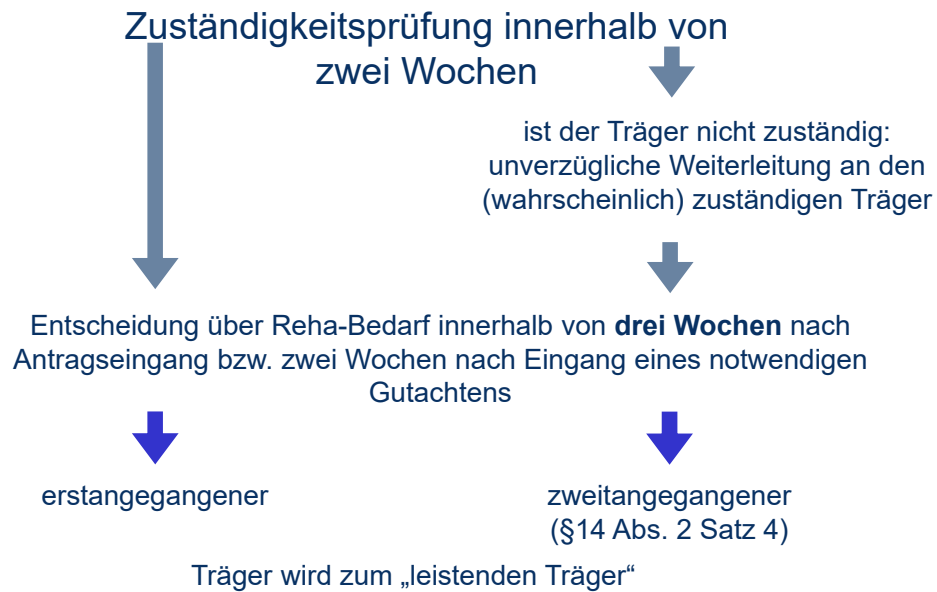
ein Regionalträger der DRV in Bayern
+ Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse

➡ Es gibt keine Vereinbarung, es gelten daher die gesetzlichen
Regelungen.

die DRV Bund, DRV K-B-S oder anderer Regionalträger

➡ Es gilt das jeweilige AHB-Verfahren des Trägers.

Zuständigkeitsprüfung (gilt für alle Reha-Anträge)



Problemfelder

- sollte schon bei Aufnahme bekannt sein
- Wunsch + Terminreservierung

- Verwendung der aktuellen Vordrucke

Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB)

G0250

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und Neunten Buches Sozialgesetzbuch 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen **nicht** die **örtliche Zuständigkeit**, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen.

Anschrift des Rentenversicherungsträgers	Anschrift der Krankenkasse
Anschrift der gewünschten AHB-Einrichtung	Anschrift des Krankenhauses Ansprechpartnerin / Ansprechpartner mit Telefon und Telefax

1 Beantragte Leistung

Anschlussrehabilitation (AHB) für Versicherte
 stationär ganztägig ambulant

Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige
 Anliege (Formular G0250) bitte beifügen!
 stationär ganztägig ambulant

2 Angaben zur Patientin / zum Patienten

Name _____ Vorname (Rufname) _____
 Geburtsname _____ frühere Namen _____
 Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich ohne Eintrag divers
 Straße, Hausnummer _____ Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) _____
 Postleitzahl _____ Wohnort _____ telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

3 Angaben zum Familienstand und Beruf der Patientin / des Patienten

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)
 0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 3 verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)



Versicherungsnummer
 Kennzeichen (soweit bekannt)
 MSAT / MSNR



Problemfelder

- Vorschlag ambulant/stationär
Ärztliche Entscheidung, nicht Wunsch d. Versicherten

- Aufnahme

- vollständiges (leserliches) ausfüllen insbesondere ICD 10

G0260

Befundbericht zum AHB-Antrag

Anschrift der gewünschten AHB-Einrichtung		Anschrift des Krankenhauses	
		Ansprechpartnern / Ansprechpartner mit Telefonnummer und Faxnummer	

Art des Verfahrens
 Direktweisung (nur für Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund / Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland)
 Einweisung nach Prüfung bei RV-Träger

vorgeschlagene Rehabilitationsform
 stationär
 ganztägig ambulant

Personen der Patientin / des Patienten
 Name, Vorname (Rufname) Geburtsdatum
 Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)
 Postleitzahl Wohnort

Krankenhaus
 Aufnahmeort im Krankenhaus Datum AHB-begründendes Ereignis (Ereignis bitte in nächster Zeile ankreuzen) Datum
 Operation sonstiges Akut-Ereignis letzte Bestrahlung nicht-neoplastische Therapie Unfall
 Arbeitsunfall, Berufskrankheit mögliche Schädigung durch Dritte
 Voraussichtlicher Erkrankungsbeginn Datum Datum der vorgesehenen Verlegung in die AHB-Einrichtung Datum

1. Diagnose für die Anschlussrehabilitation (AHB) - bei Malignom einschließlich TNM-Klassifizierung
 Diagnose nach ICD-10-GM
 DRG-Fallgruppe

2. Krankheitsverlauf, Komplikationen, Risikofaktoren:
 Derzeitige Therapie, Ergebnisse (bei onkologischen Erkrankungen Remissionsstatus):
 Weitere erforderliche therapeutische oder diagnostische Maßnahmen (zum Beispiel Chemotherapie-Zyklus, Radio, postoperative Beilastungsvorgaben bei Zustand nach TEP):
 von bis beendet am

Problemfelder

- Gewicht
- Keime
- Anreise

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
3. Weitere behandlungsrelevante Krankheiten, Behinderungen, Funktionseinschränkungen, Schweregrade (zum Beispiel NYHA-Stadien, Paresen, kognitive / mnestische Störungen):		Keine / Keine bekannt Diagnose nach ICD-10-GM Diagnose nach ICD-10-GM
4. Klinische und medizinisch-technische Befunde (unter anderem Histologie bei Malignom, Ejektionsfraktion bei kardilogischer Erkrankung, Lungenfunktionsparameter bei onemologischer Erkrankung oder Ähnliches):		
Gewicht: <input type="text"/> kg	Größe: <input type="text"/> cm	
5. Kann die Patientin / der Patient		
- ohne fremde Hilfe essen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht Harninkontinenz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- sich alleine waschen und anziehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Liegen Katheter / Drainagen / Sonden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- sich alleine auf der Station bewegen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche?
Wunde reizlos / geschlossen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Ist eine Infektion / Besiedelung vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht Stuhlinkontinenz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Multiresistente Keime bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	/ Rollstuhlfahrer? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche Keime:		
Ist die Patientin / der Patient situativ / örtlich / zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls nein, genauere Angaben (neurologisches Fähigkeitsprofil, Barthel-Index):		
Ist ein Pflegegrad von der Pflegekasse anerkannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Höhe des Pflegegrades: <input type="text"/>		
Eine Anreise ist möglich: <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug		
Eine medizinische Begründung ist erforderlich bei (nicht möglich bei Durchführung einer ambulanten AHB)		
<input type="checkbox"/> Begleitperson	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Krankentransport
6. Bemerkungen (Ergänzende Hinweise zu Ziffer 5, geringe Kenntnisse der deutschen Sprache, Vorliegen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung, Stand der Prothesenanpassung, Hinweise zur Pflege, Sonstige):		
7. Die Patientin / der Patient ist frühmobilisiert und körperlich und geistig fähig, <u>aktiv an der medizinischen Rehabilitation teilzunehmen.</u>		



Problemfelder

- Zuständigkeitsanfragen

Verursachen hohen Verwaltungsaufwand

Datenschutzrechtlich ist telefonische Auskunft nicht zulässig, ebenso Auskünfte am Telefon

Nach Möglichkeit: Versicherte sollen letzte Renteninfo mitbringen.



Krankenhaus

Zuständigkeitsabfrage
 Fax-Nr.: 0871/81-2420
 0871/81-2790

Krankenhäuser in Niederbayern und Oberpfalz
 Krankenhäuser in Oberbayern (ohne Stadt und Landkreis München)
 0871/81-112789
 Krankenhäuser in München (Stadt und Landkreis)

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Krankenkasse	
Malignes Karzinom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zuständigkeit	<input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd (München) <input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd (Landshut) <input type="checkbox"/> DRV Bund Berlin <input type="checkbox"/> DRV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/>
RV-Nummer	

} wird von DRV ausgefüllt

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Krankenkasse	
Malignes Karzinom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zuständigkeit	<input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd (München) <input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd (Landshut) <input type="checkbox"/> DRV Bund Berlin <input type="checkbox"/> DRV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/>
RV-Nummer	

} wird von DRV ausgefüllt

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Krankenkasse	
Malignes Karzinom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zuständigkeit	<input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd (München) <input type="checkbox"/> DRV Bayern Süd (Landshut) <input type="checkbox"/> DRV Bund Berlin <input type="checkbox"/> DRV Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/>
RV-Nummer	

} wird von DRV ausgefüllt

Zurück an Sozialdienst:
 Fax-Nummer/Name

Fragen, Wünsche Anregungen?

