

AHB Aufnahme

- möglich bei Zustand nach OP oder Zustand nach Radiatio, seit 2010 auch nach Chemotherapie, falls diese nicht bei einem niedergelassenen Onkologen durchgeführt wurde.

Indikationen Deutsche Rentenversicherung Bund:

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
Systemerkrankung	Indikation	10 k
Schilddrüse	Indikation	10 l

Indikationen Deutsche Rentenversicherungen Bayern Süd 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
Systemerkrankung	Indikation	10 k
Schilddrüse	Indikation	10 l
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: Haben Sie mindestens 5 Jahre Beiträge bezahlt? (kleine Anwartschaft)

AHB-Anmeldungen erfolgen durch den behandelnden Klinik-Arzt oder Strahlentherapeuten auf spezifischen Vordrucken. Bearbeitet vom zuständigen Sozialdienst.

Deutsche Rentenversicherung Bund - Verfahren

- a.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **Deutschen Rentenversicherung Bund** die Pflichtbeiträge bezahlt hat und Mitglied einer **gesetzlichen** oder **privaten** Krankenkasse ist.

AHB-Antrag ausfüllen 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.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **DRV Bund** die Pflichtbeiträge bezahlt hat und eine Chemotherapie durchgeführt hat.
Wurde die Chemotherapie im Krankenhaus (auch Belegbetten) durchgeführt, AHB einleiten.
Die Therapie wurde bei niedergelassen Onkologen durchgeführt; AHB-Antrag wird direkt an die Anlaufstelle der **DRV Bund** gefaxt (Fax: 030/ 865 7971 500).
Vor Antritt der Maßnahme muss der Klinik eine Kostenzusage vorliegen.
Der Kostenträger wird eine Anschlussgesundheitsmaßnahme bewilligen.
Der Patient wird von der Klinik unterrichtet.

- c.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **DRV Bund** die Pflichtbeiträge bezahlt hat und **Beamter auf Lebenszeit** ist.

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

- d.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **DRV Bund** die Pflichtbeiträge bezahlt hat und **kein Beamter auf Lebenszeit** ist.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund ist der Kostenträger. In diesem Fall gelten beim Antragsverfahren Punkt a.)

Deutsche Rentenversicherung Bayern - Verfahren:

- a.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **DRV Bayern** die Pflichtbeiträge bezahlt hat, Mitglied einer **gesetzlichen Krankenkasse** und **nicht älter als 67 Jahre** ist.

AHB-Antrag der DRV ausfüllen und vom Patienten unterschreiben lassen.
Einzig Befundberichte sind vom behandelnden Arzt auszufüllen.
Eventuell Wunschklinik angeben und an die DRV faxen.
Fax: 0871/ 81 2420 (DRV Bayern Süd NBY) oder Fax: 0871/ 81 2790 (DRV Bayern Süd OBY)
Die DRV Bayern entscheidet, in welche Klinik der Patient kommt, Benachrichtigung erfolgt nach Erhalt des Bewilligungsbescheides von der Klinik.

b.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **DRV Bayern** die Pflichtbeiträge bezahlt hat, Mitglied einer **gesetzlichen Krankenkasse** und **älter als 67 Jahre** ist.

AHB-Antrag (auch 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.) Es hat sich herausgestellt, dass der Patient bei der **DRV Bayern** die Pflichtbeiträge bezahlt hat, **älter als 67 Jahre** ist und bei der **AOK** krankenversichert ist.

In diesem Fall ist das regionale AOK- Dienstleistungszentrum der Kostenträger (ausgehend vom dem Krankenhaus, in dem sich der Patient befindet)

Niederbayern: Schäfflerstr. 5 93309 Kelheim, Tel:09441/ 704 649, Fax: 09441/ 704 4650

Oberbayern: Friedrichs-Engel-Bogen 6, 81735 München, Tel: 089/ 6300 218, Fax: 089/ 63003-393

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

Deutsche Rentenversicherung Bund - Kostenträger:

zwischen dem Zeitpunkt der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus oder Beendigung der Strahlentherapie und der Aufnahme in die Rehaklinik dürfen beim DRV Bund maximal fünf Wochen liegen. Sollte die Aufnahme nicht möglich sein, muss eine AGM eingeleitet werden, (Fristüberschreitungen sind nicht möglich).

Deutsche Rentenversicherung Bayern - Kostenträger:

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

Ausnahme: die Reha- Fähigkeit ist wegen Strahlendermatitis oder bei interkurrenten Erkrankungen noch nicht gegeben. Auch die nicht interkurrente Erkrankung ist ein Grund, dass der Patient nicht unverzüglich verlegt werden kann. Der Kostenträger soll bei Verschiebungen informiert werden. Seit 2013 kann eine AHB mit einer Unterbrechung eines ½ Jahres durchgeführt werden. Es muss aber eine ärztliche Bestätigung vorliegen.

Privatkassen - Kostenträger:

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

Ausnahme: der behandelnde Arzt hält diese Frist für zu kurz, z.B. nach einer Strahlentherapie, oder bei interkurrenten und nicht interkurrenten Erkrankungen.

Krankenkassen - Kostenträger:

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, zum Beispiel nach Strahlentherapie und bei interkurrenten und nicht interkurrenten Erkrankungen.