

Anschlussrehabilitation (AHB)

Die Anschlussrehabilitation (AHB) ist eine ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Reha. Die Besonderheit dieser Leistung besteht darin, dass sie nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht kommt und sich unmittelbar (spätestens 2 Wochen nach der Entlassung) an eine stationäre Krankenhausbehandlung anschließt.

AHB-Voraussetzungen

Das Krankenhaus stellt fest, ob die AHB erforderlich ist. Der Sozialdienst des Krankenhauses hilft Ihnen, den Antrag zu stellen.

Für die AHB gibt es zwei Wege, die davon abhängig sind, bei welchem Rentenversicherungsträger Sie versichert sind:

1. Sie werden **direkt** in eine Reha-Einrichtung verlegt, ohne dass die Entscheidung des Kostenträgers (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) abgewartet werden muss.
2. Ist eine direkte Verlegung nicht möglich, werden Sie **schnellstmöglich** in eine Reha-Einrichtung verlegt, nachdem der Kostenträger (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) kurzfristig über den Antrag entschieden hat.

Weiterhin müssen bei der Antragstellung bestimmte versicherungsrechtliche Bedingungen vorliegen. "6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren" ist die am häufigsten erfüllte Voraussetzung.

Bei Ihnen darf auch kein sogenannter Ausschlussgrund vorliegen (z.B. dass Sie Beamter auf Lebenszeit sind - dann können Sie AHB-Leistungen nicht über die Deutsche Rentenversicherung, aber möglicherweise über Ihre Krankenversicherung beantragen).

Die Prüfung der Voraussetzungen erfolgt durch den **zuständigen Rentenversicherungsträger**.

[**mehr zu Voraussetzungen und Ausschlussgründen**](#)

Ambulant oder stationär?

Anschlussrehabilitationen können **sowohl stationär als auch ganztägig ambulant** durchgeführt werden und dauern in der Regel 3 Wochen. Sie können verkürzt oder verlängert werden.

Die AHB beinhaltet Diagnostik, Aufklärung und Information zu der jeweiligen Erkrankung und den beeinträchtigten Funktionen. Es werden Therapieziele gemeinsam zwischen Rehabilitationsteam und Patient entwickelt. Bewältigungsstrategien werden erlernt, um auch beruflichen Problemlagen zu begegnen.

Kosten und finanzielle Absicherung

Ihr zuständiger Rentenversicherungsträger trägt die Kosten für Reise, Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Betreuung, therapeutische Leistungen und medizinische Anwendungen. An diesen Kosten müssen Sie sich beteiligen, sofern Sie eine **stationäre Leistung** in Anspruch nehmen - und zwar **höchstens mit 10 Euro pro Tag für längstens 14 Tage im Kalenderjahr**. Wenn Sie in einem Jahr bereits mehrere Krankenhausaufenthalte oder Anschlussrehabilitationen in Anspruch genommen haben, werden alle Tage der Zuzahlung berücksichtigt und gegenseitig angerechnet.

Die Zuzahlung ist von der jeweiligen Einkommenssituation abhängig. Viele Patienten können sich ganz oder teilweise vom Rentenversicherungsträger davon befreien lassen.

Als Arbeitnehmer haben Sie für die Zeit der Rehabilitationsleistung regelmäßig einen **Anspruch auf Fortzahlung Ihres Gehalts**, der im Allgemeinen 6 Wochen beträgt. Ist der Anspruch wegen gleichartiger Vorerkrankung ganz oder teilweise verbraucht, so können Sie vom Rentenversicherungsträger **Übergangsgeld** für die Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten. Dazu müssen Sie unmittelbar vor dem Beginn der Leistungen oder einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkünfte erzielt und Rentenversicherungsbeiträge gezahlt haben.

Kontakt

Kostenloses Servicetelefon

0800 1000 4800

MO - DO 08:00 - 19:00, FR 08:00 - 15:30

Mein Kundenportal

Nachricht schreiben

Beratung

Alle Kontaktmöglichkeiten

Zum Thema

Übergangsgeld

Haushaltshilfe

Sozialversicherung während der Reha

Persönliches Budget

Voraussetzungen und Ausschlussgründe

Passende Formulare

Formularpaket Anschlussrehabilitation (AHB)

Über den Warenkorb bestellbar.
