

FAQ: Einheitliches Formular zur Anschlussheilbehandlung bei PKV-Versicherten

1) Wo finde ich das einheitliche Formular zur Beantragung einer Anschlussheilbehandlung (AHB) im Netz?

Das neue Antragsformular ist auf der Webseite des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. unter dem Link [Leistungen der PKV in der stationären Versorgung](#) sowohl als PDF als auch als DOCX-Version veröffentlicht. Sollte sich das Formular nicht automatisch öffnen, kann die Verwendung eines anderen Internetbrowsers helfen.

2) Ab welchem Zeitpunkt soll das Formular zur Beantragung einer Anschlussheilbehandlung für privatversicherte Patienten verwendet werden?

Das Formular ist ab sofort verwendbar. Eine Übergangsfrist existiert nicht. Bisherige Anträge werden weiterhin berücksichtigt.

3) Sind die Sozialdienste im Krankenhaus verpflichtet, bei der Beantragung einer AHB das neue einheitliche Formular für die PKV-Unternehmen zu verwenden? Können auch andere Antragsformulare (beispielsweise der GKV) verwendet werden?

Dieses Formular dient dazu, den Prozess der Einleitung einer AHB im Interesse der Patienten sowie der Sozialdienste und Sachbearbeiter zu beschleunigen und effizienter zu gestalten. Die Verwendung des Formulars ist sinnvoll, da dieses lediglich Informationen abfragt, die die privaten Krankenversicherungsunternehmen für die Antragsbearbeitung benötigen. Das einheitliche Antragsformular ist dabei bewusst auf die dringend erforderlichen Informationen beschränkt. Welche Informationen zur Antragsbearbeitung zwingend erforderlich sind, haben die 42 Mitgliedunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. ([Die Mitglieder des PKV-Verbandes](#)) konsentiert und im Antragsformular umgesetzt.

Eine rechtliche Verpflichtung, das neue einheitliche AHB-Antragsformular zu verwenden, besteht nicht.

4) An wen muss das Antragsformular gesendet werden, an den PKV-Verband oder das private Krankenversicherungsunternehmen?

Zuständig für die Bearbeitung des Antrags ist das private Krankenversicherungsunternehmen, bei dem der Patient privat krankenversichert ist.

5) Auf welchem Wege kann das einheitliche AHB-Formular dem privaten Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden?

Das neue Antragsformular kann grundsätzlich digital (per Mail/Fax) an das private Krankenversicherungsunternehmen übermittelt werden. Welche digitale Übertragungsform vom jeweiligen Unternehmen bevorzugt wird, kann variieren.

6) Ersetzt das neue einheitliche AHB-Antragsformular den DRV G0260 und G0250 oder muss es zusätzlich mit eingereicht werden?

Für Anträge gegenüber den privaten Krankenversicherungsunternehmen werden diese Anträge durch den PKV-Antrag ersetzt.

7) Wird ein ärztlicher Befund für den Antrag benötigt? Wenn ja, kann die Vorlage des ärztlichen Befundes der GKV verwendet werden?

Ein ärztlicher Befund ist grundsätzlich zur Bearbeitung nicht erforderlich (klassische Indikationen z.B. Hüft-/Knie-TEP, Herzinfarkt). Selbstverständlich können entsprechende Befunde ärztlicherseits beigefügt werden.

8) Ist es korrekt, dass der AHB-Antrag nicht mehr gesondert durch einen Arzt unterschrieben werden muss?

Da die medizinischen Angaben i.d.R. ärztlicherseits erfolgen, kann dies individuell gehandhabt werden. Auf Seite 2 bietet das Feld „Sonstige Hinweise“ die Möglichkeit, eine ärztliche Unterschrift sowie Stempel zu vermerken.

9) Wann muss die dem Antragsformular beigefügte Schweigepflichtentbindungserklärung für die DRV vom Patienten ausgefüllt werden?

Die Schweigepflichtentbindungserklärung für die DRV hat den Zweck, dass die Zuständigkeit für die Kostentragung der AHB-Maßnahme direkt zwischen dem privaten Krankenversicherungsunternehmen und der Deutschen Rentenversicherung geklärt werden können. Hierdurch werden Umwege und damit Verzögerungen im Antragsprozess vermieden. Die zusätzliche Schweigepflichtentbindung ist nur dann heranzuziehen, wenn ein Anspruch bei einem Rentenversicherer fraglich ist.

10) Auf dem neuen AHB-Formular kann weder die Beihilfestelle noch die dazugehörige Personalnummer eingetragen werden – ist das so korrekt?

Die Felder der Patientendaten können selbstverständlich auch für anderweitige/ ergänzende Daten (z.B. Personalnummer Beihilfe) genutzt werden.

11) Bezieht sich die auf Seite 3 des Antrags vorgesehene Unterschrift des Patienten auch auf die Seiten 1-2, sodass der Patient hierdurch die Richtigkeit seiner Angaben bestätigt?

Ja.

12) Muss im neuen AHB-Antragsformular keine Telefonnummer des Versicherten eingetragen werden?

Nein. Eingängige Kundendaten werden in der Regel bereits bei Aufnahme hinterlegt.

13) Kann der neue einheitliche AHB-Antrag in unser KIS-System integriert werden?

Ob der Antrag in das klinikinterne KIS-System integriert werden kann, ist durch die Klinikverwaltung zu klären. Die technischen Voraussetzungen sind mit dem jeweiligen Systemanbieter abzuklären.

14) Gern würde ich den Antrag in unser KIS-System einbinden. Hierfür benötigen wir das Formular jedoch als Word-Datei. Gibt es die Möglichkeit, das AHB-Antragsformular als Word-Version zu erhalten?

Eine Word-Version des Antrags ist ebenfalls auf der Webseite des Verbands der Privaten Krankenversicherung e.V. unter dem Link [Leistungen der PKV in der stationären Versorgung](#) abrufbar.

15) Wird trotz der Umstellung der GKV-Antragsformulare auf den Singer-Index trotzdem die im Formular vorgesehene Übersendung des Barthel-Index-Formulars bei geriatrischen und neurologischen Patienten erforderlich sein?

Aufgrund der aktuellen Umstellung der GKV-Antragsformulare von der Abfrage des Barthel-Index zur Darstellung des Singer-Patientenprofils, prüfen die privaten Krankenversicherungsunternehmen derzeit eine entsprechende Umsetzung in ihrem einheitlichen AHB-Antragsformular. Unter dem Link [Leistungen der PKV in der stationären Versorgung](#) finden Sie die jeweils aktuelle Version des Antragsformulars.

16) Wird der verkürzte Antrag auch von den Beihilfestellen akzeptiert?

Dies ist mit den jeweiligen Beihilfestellen zu klären.

17) Gilt der neue Antrag explizit für die Beantragung einer AHB oder muss dieser zukünftig auch für aus dem Krankenhaus beantragte Reha Maßnahmen eingereicht werden?

Dieses Formular gilt ausschließlich für AHB-Erstanträge gegenüber der PKV.

18) Für welche Phasenwechsel ist der neue Antrag vorgesehen?

Ein Phasenwechsel muss immer angezeigt werden. Das Formular kann für alle Phasen als Erstantrag genutzt werden. Ein Phasenwechsel im Akuthaus (vor Verlegung in die Rehaklinik) bedingt einen neuen Erstantrag.

19) Kann das private Krankenversicherungsunternehmen den Sozialdienst über die Antragsentscheidung informieren?

Soweit der Versicherte die „*Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten zum Antrag auf eine Anschlussheilbehandlung (AHB) und Schweigepflichtentbindungserklärung*“ (Seite 3 des Antrags) unterzeichnet hat, kann das private Krankenversicherungsunternehmen den Sozialdienst des oben genannten Krankenhauses über die Leistungsentscheidung zum Antrag informieren.

20) Wie wird der Sozialdienst über die Zuständigkeit der DRV informiert?

Soweit sich im Rahmen der Prüfung die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung für die Kostentragung der AHB-Maßnahme ergibt, ist diese für die weitere Kommunikation zuständig. Soweit der Kunde der Datenübermittlung an den Sozialdienst zugestimmt hat (Seite 3 des Antragsformulars), kann das private Krankenversicherungsunternehmen die Korrespondenz mit der DRV dem Sozialdienst per Fax zuleiten. Erforderlich ist dann allerdings ein neuer Antrag bei der DRV, der durch den Sozialdienst mit dem Patienten/der Patientin zu stellen ist.