

Zur Einordnung der Anschlussrehabilitation („AHB“) im Rahmen der postoperativen Cochlea-Implantat(CI)-Versorgung

Classification of Follow-up Rehabilitation (“AHB”) in the Context of Postoperative Cochlear Implant (CI) Care

Autorinnen/Autoren

T. Stöver¹, T. Deitmer², S. Dazert³, T. K. Hoffmann⁴, S. K. Plontke⁵, H.-J. Welkoborsky⁶, A. Aschendorff⁷, M. Eypasch⁸, T. Zahnert⁹

Institute

- 1 Goethe-Universität Frankfurt, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Universitätsmedizin Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
- 2 Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Bonn
- 3 Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, St. Elisabeth-Hospital, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Bleichstraße 15, 44787 Bochum
- 4 Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Frauensteige 12, 89075 Ulm, t.hoffmann@uniklinik-ulm.de
- 5 Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Universitätsmedizin Halle (Saale), Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle (Saale)
- 6 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Klinikum Nordstadt, Haltenhoffstraße 41, 30167 Hannover
- 7 Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Freiburg, Killianstr. 5, 79106 Freiburg
- 8 Eypasch Nord Rechtsanwälte PartmbB, Büchelstraße 50, 53227 Bonn, www.enp-medizinrecht.de
- 9 Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Schlüsselworte

Cochlea-Implantat, Rehabilitation, AHB, Basistherapie, Folge-therapie, Nachsorge, Qualitätssicherung, Leitlinie

Keywords

Cochlear Implant, Rehabilitation, AHB, Basic Therapy, Follow-up Therapy, Aftercare, Quality Control, Clinical Practice Guideline

Bibliografie

Laryngo-Rhino-Otol 2025; 104: 623–628

DOI 10.1055/a-2697-6025

ISSN 0935-8943

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Timo Stöver

Goethe-Universität Frankfurt, Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Universitätsmedizin Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Tel.: 069 63 01 67 88

Stoever@med.uni-frankfurt.de



English version at: <https://doi.org/10.1055/a-2697-6025>.

ZUSAMMENFASSUNG

Dieses im Auftrag des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) erstellte Positionspapier befasst sich mit der Einordnung der postoperativen Nachbetreuung nach Cochlea-Implantat-Operation („CI-Rehabilitation“). Im September 2024 wurde die „Anschlussrehabilitation (AHB)“ nach Cochlea-Implantat-Versorgung in den Indikationskatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) aufgenommen. Basierend auf der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (017–071) und dem Weißbuch CI-Versorgung wird im Folgenden beurteilt, wie die AHB innerhalb des Gesamtversorgungsprozesses einzuordnen ist. Die AHB wird derzeit nur für Erwachsene angewendet. Aus dieser Analyse wird ersichtlich, dass sich die AHB als ein ergänzender Bestandteil innerhalb der Basis- und Folgetherapie darstellt, diese jedoch nicht ersetzt. Als zwingende Voraussetzung für die AHB gilt die Früh-anpassung des Audioprozessors nach ärztlicher Indikation innerhalb der ersten Tage nach der CI-Implantation. Nur dieses ermöglicht den formal vorgegebenen Beginn einer AHB innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Gleichzeitig wird betont, dass eine alleinige AHB Patienten wichtige Anteile der Folgetherapie vorenthalten würde. Die AHB ist damit als eine strukturierte Ergänzung, nicht aber als die ausschließliche postoperative Versorgungsform für CI-Patienten zu betrachten.

ABSTRACT

This statement, prepared on behalf of the Executive Board of the German Society of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (DGHNO-KHC), addresses the classification of postoperative follow-up care after cochlear implantation ("CI rehabilitation"). In September 2024, "follow-up rehabilitation (AHB)" after cochlear implant surgery was included in the indication catalog of the Deutsche Rentenversicherung (DRV Bund). Based on the guideline of the Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Germany (AWMF) (017–071) and the CI White Paper, the following assessment examines how the AHB is to be integrated within the overall care pathway. At present, the AHB proce-

dures is applied exclusively in adults. The analysis demonstrates that the AHB represents a complementary element within basic therapy and follow-up therapy, but does not replace them. A mandatory prerequisite for AHB is the early fitting of the audio processor, according to medical indication, within the first days after cochlear implantation. This alone ensures that the AHB can begin within the required 14 days after discharge from inpatient treatment. At the same time, it must be emphasized that an AHB as the sole measure would deprive patients of essential components of follow-up therapy. Accordingly, AHB is to be regarded as a structured supplement to established treatment pathways, but not as the exclusive format of postoperative care for CI patients.

Dieser Artikel ist in deutscher und englischer Sprache verfügbar. Die in diesem Artikel verwendeten Bezeichnungen und Begriffe sind nicht geschlechtsspezifisch zu betrachten, sondern sollen ausdrücklich alle Geschlechter einschließen.

1. Einleitung

Die postoperative Versorgung nach Cochlea-Implantation (CI) ist ein komplexer, mehrstufiger Prozess, der entscheidend zum Gesamterfolg der CI-Therapie beiträgt. Neben einer kritischen Indikationsstellung und der chirurgischen Durchführung der Implantation ist damit die strukturierte Nachbehandlung für das Hörergebnis, die Lebensqualität und auch die soziale Teilhabe der mit einem CI versorgten Patienten von zentraler Bedeutung. Diese Nachbehandlung umfasst nach der geltenden AWMF-Leitlinie [1] und dem CI-Weißbuch [2] die Basistherapie, die Folgetherapie und die lebenslange Nachsorge.

Unter dem Begriff einer „Rehabilitation“ werden im Sozialrecht – insbesondere nach dem SGB IX – Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, „Beeinträchtigungen der Gesundheit oder Fähigkeiten zu vermeiden, bereits eingetretene Einschränkungen zu beseitigen, zu mindern oder ihre Folgen auszugleichen, und so die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wiederherzustellen oder zu sichern“. Aufgrund dieser inhaltlichen Definition wurde der Begriff der Rehabilitation bereits in die 2020 überarbeitete AWMF-Leitlinie und in das CI-Weißbuch aufgenommen. Hierunter fielen unterschiedliche Konzepte zur praktischen Umsetzung, wie die ambulante, stationäre, teilstationäre oder blockweise Nachbetreuung von Patienten im Rahmen der Basis- und Folgetherapie. Sowohl die jeweilige Rechtsstellung, die Vertragsgrundlage zur Leistungserbringung, wie auch die damit einhergehende Frage der Zuständigkeit des jeweiligen Kostenträgers ist gegenwärtig aber sehr divers.

Mit der Aufnahme der „CI-Rehabilitation“ in den Katalog der Anschlussrehabilitationen, umgangssprachlich auch „Anschlussheilbehandlung (AHB)“, durch die Deutsche Rentenversicherung (DRV) im September 2024 [3] wurde erstmals eine bundesweit sozialrechtlich einheitlich verankerte Möglichkeit geschaffen, um definierte Anteile der Basis- und Folgetherapie als AHB durchzu-

führen. Für Patienten eröffnet sich damit ein weiterer Weg rechtssicher Maßnahmen der Nachbehandlung nach CI-Operation über ein sozialrechtlich klar definiertes Format in Anspruch nehmen zu können.

Seit der Etablierung der CI-AHB haben sich aber auch Fehlinterpretationen ergeben, denn einige Kostenträger setzen die AHB fälschlicherweise mit einer vollständigen Nachbehandlung gleich, indem sie diese als einen kompletten Ersatz bisheriger Nachbetreuungskonzepte oder auch als alleinige Form der Basis- und Folgetherapie betrachten. Diese Sichtweise widerspricht nicht nur inhaltlich, sondern auch formal klar der geltenden AWMF-Leitlinie 017–071 sowie dem CI-Weißbuch und gefährdet damit die Qualität der CI-Versorgung.

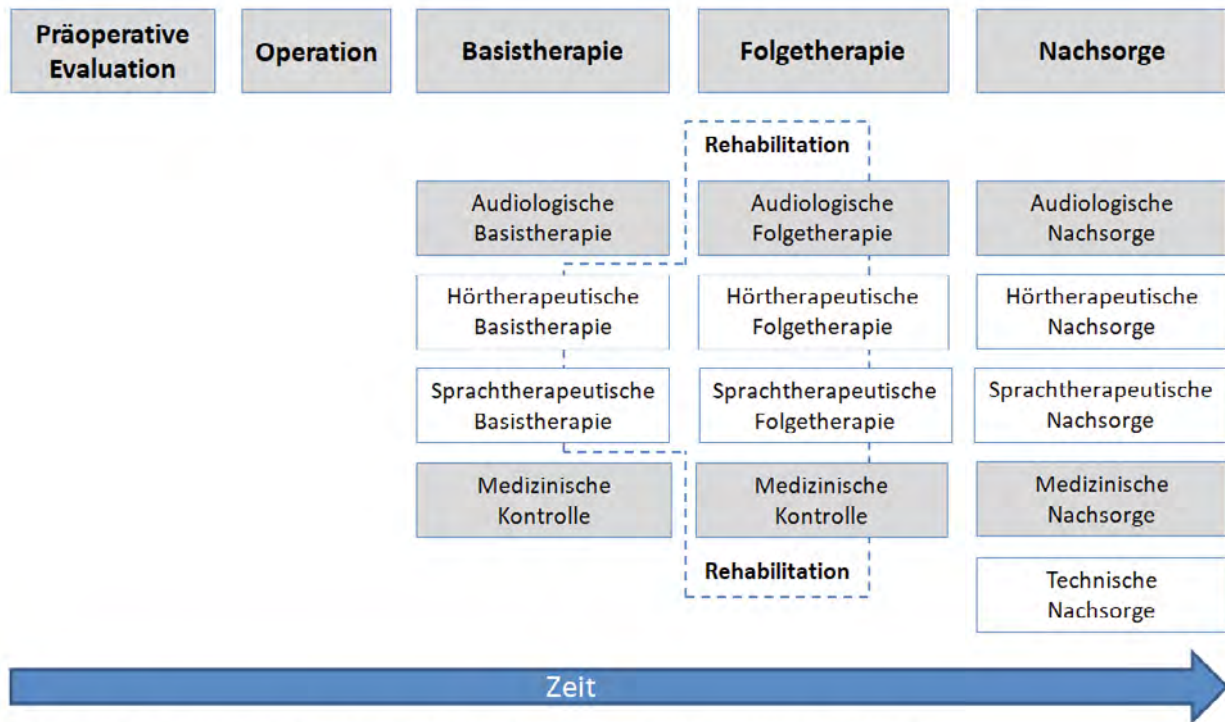
Ziel dieses im Auftrag des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC) erarbeiteten Positionspapiers ist es daher, die Rolle der AHB innerhalb des CI-Versorgungsprozesses und der geltenden AWMF-Leitlinie sowie des CI-Weißbuchs [1, 2] korrekt einzuordnen. Darüber hinaus sollen Begriffe terminologisch geklärt, wissenschaftliche Evidenz hierzu berücksichtigt und Empfehlungen für eine klare Abgrenzung zur Sicherstellung einer leitlinien-gerechten Versorgung und Ergebnisqualität formuliert werden.

2. Der postoperative CI-Versorgungsprozess

Die AWMF-Leitlinie 017–071 und das Weißbuch CI-Versorgung der DGHNO-KHC definieren die postoperative Versorgung in drei Phasen:

- **Basistherapie:** Beginn unmittelbar nach der Operation (wenige Tage bis zu 6 Wochen); enthält Aktivierung und Optimierung des Audioprozessors (Erstanpassung), initiale audiologische Testungen, erste hör- und sprachtherapeutische Maßnahmen sowie ärztliche Kontrollen.
- **Folgetherapie:** Setzt direkt an die Basistherapie an, beinhaltet weitere umfassende Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant, stationär, teilstationär, blockweise), z. B. intensive Hör- und Sprachtherapie, audiologische Maßnahmen (z. B. Prozessor-Feinanpassungen), ärztliche und technische Kontrollen. Diese Phase kann, je nach individuellen Voraussetzungen und Ergeb-

Prozessbeschreibung CI-Versorgung



- Grau hinterlegt: Nicht delegierbare Prozessanteile der CI-Versorgung einer CI-versorgenden Einrichtung
- Weiß hinterlegt: Potentiell delegierbare Prozessanteile der CI-Versorgung einer CI-versorgenden Einrichtung (mit Kooperationsvereinbarung)

► **Abb. 1** Darstellung des Versorgungsprozesses mit einem Cochlea-Implantat [(Quelle: AWMF-Leitlinie Cochlea-Implantat-Versorgung, Zugriff am 12.09.2025 unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/017-071>) [1] und (Quelle: Weißbuch Cochlea-Implantat-Versorgung in Deutschland, Zugriff am 12.09.2025 unter: <https://cdn.hno.org/media/2021/ci-weissbuch-20-inkl-anlagen-datenblocke-und-zeitpunkte-datenerhebung-mit-logo-05-05-21.pdf>) [2]]. Die Darstellung umfasst die zeitlichen Phasen der Versorgung (Präoperative Evaluation, Operation, Basistherapie, Folgetherapie, Nachsorge), die inhaltlichen Anteile (z. B. audiologische Therapie oder Hör- und Sprachtherapie) sowie durch die CI-versorgende Einrichtung delegierbare (weiße Felder) und nicht-delegierbare Anteile (graue Felder). Teile der Basis- und Folgetherapie können als Rehabilitationsmaßnahme erfolgen (gestrichelte Linie). Die Rehabilitation ersetzt nicht die Basis- oder Folgetherapie. Vielmehr setzt eine Rehabilitationsmaßnahme (oder „Anschlussrehabilitation, AHB“) die vorherige Basistherapie (Anpassungsphase des Prozessors oder Frühanpassung bei der AHB) und die Fortführung der Folgetherapie nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme voraus. Die Rehabilitationsmaßnahme (auch AHB) ergänzt damit bestehende Basis- und Folgetherapiekonzepte, ersetzt sie aber keinesfalls. [rerif]

nissen, mehrere Monate bis zu Jahren andauern. Dies gilt für Erwachsene, aber besonders für Kinder, deren Hör- und Sprachentwicklung oft erst zum Zeitpunkt der CI-Versorgung beginnt („Habilitation“ statt „Rehabilitation“).

- **Nachsorge:** Lebenslange Betreuung mit technischen Kontrollen, audiologischen Kontrollen, medizinischer Überwachung, Evaluierung der Hör- und Kommunikationsleistung und psychosozialer Teilhabe. In Abhängigkeit vom erzielten Ergebnis kann ein erneuter Therapiebedarf festgestellt werden, sodass eine wiederholte Folgetherapie initiiert wird.

Der Begriff der „**Rehabilitation**“ ist bereits im postoperativen Ablaufprozess der geltenden CI-Leitlinie und des CI-Weißbuchs integriert. Er umfasst Teile der Basis- und Folgetherapie, ohne diese vollumfänglich abzudecken, und wird graphisch damit als „gestrichelte Linie“ innerhalb der Basis- und Folgetherapie gekennzeichnet.

net ► **Abb. 1**). Diese Darstellung macht bereits deutlich, dass eine Rehabilitation nur einen Teil der Basis- und Folgetherapie darstellt. Nach dem Ende der Folgetherapie schließt sich eine lebenslange Nachsorge an.

3. Begriffliche Definitionen einer Rehabilitation

Im Kontext der CI-Versorgung wurde die postoperative Phase in der AWMF-Leitlinie primär über die Begriffe Basistherapie und Folgetherapie beschrieben. Diese werden gefolgt von der lebenslangen Nachsorge. Während die Basistherapie das Ziel hat, das CI-System in Betrieb zu nehmen (Erstanpassungsphase), liegt das Ziel der Folgetherapie in einer „optimalen Nutzung“ des CI für den jeweiligen Patienten. Die AWMF-Leitlinie 017-071 (2020) beschreibt diese Phasen inhaltlich und zeitlich im Detail [1].

Der Begriff der „Rehabilitation“ wird in unterschiedlicher Weise verwendet, da dieser sowohl im medizinischen als auch im sozialrechtlichen Gebrauch unterschiedlich definiert und verankert ist. In der medizinischen Praxis steht er allgemein für Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Verbesserung von Funktionen nach Erkrankung oder medizinischen Eingriffen. Im Sozialrecht dient der Begriff zur Abgrenzung leistungsrechtlicher Zuständigkeiten (SGB V, VI und IX). Damit ist er häufig mit formalen Anforderungen an die Indikation, den Zeitpunkt der Durchführung, Umfang und strukturelle Rahmenbedingungen verknüpft.

Begrifflich hiervon abzugrenzen ist die im Einzelfall verwendete Bezeichnung der „medizinischen Rehabilitation“ im Sinne von § 40 SGB V und § 42 SGB IX. CI-versorgende Einrichtungen (CIVE) setzen die postoperative Nachbetreuung über unterschiedliche Konzepte um. Einige Einrichtungen haben sogenannte „CI-Reha-Verträge“ mit Kostenträgern auf Grundlage des § 111 sowie § 111c SGB V abgeschlossen. Hierbei werden für die Versicherten der jeweiligen Krankenkassen bzw. Mitgliedskassen der Landesverbände medizinische Leistungen zur Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und 2 SGB V erbracht. Diese können, je nach Vertragskondition, unterschiedliche Leistungen der Basis- und Folgetherapie sowie teilweise auch der Nachsorge über einen Zeitraum von bis zu 2 Jahren nach der CI-Operation umfassen. Für Kinder kommen aufgrund der langen Hör- und Sprachentwicklung deutlich längere Zeiträume zur Anwendung.

Im Gegensatz hierzu bezeichnet eine Rehabilitation für die Rentenversicherungen aber auch ein zentrales Instrument, um primär die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen – damit diese möglichst lange im Arbeitsleben verbleiben können und nicht frühzeitig eine Erwerbsminderungsrente in Anspruch nehmen müssen. Diese Form der Rehabilitation ist streng reglementiert und sehr klar in Bezug auf den Antragsprozess, die Leistungsempfänger und die Leistungserbringer definiert.

4. Die Anschlussrehabilitation (AHB) und deren Voraussetzungen

Mit Aufnahme der CI-Versorgung in den AHB-Indikationskatalog im Jahr 2024 wurde eine formalrechtliche Möglichkeit geschaffen, Anteile der Basis- und Folgetherapie als zeitlich begrenzte Rehabilitationsmaßnahme nach der Definition der Rentenversicherungen durchzuführen [3]. Wesentliche Voraussetzungen sind die Durchführung einer „Frühanpassung“ des Audioprozessors, d. h. Beginn der Basistherapie in den ersten Tagen nach der Operation. Nur hierdurch wird ermöglicht, dass diese Rehabilitationsmaßnahme (AHB) auch innerhalb von 14 Tagen nach Klinikentlassung beginnen kann. Dies ist eine wesentliche formale Voraussetzung zur Durchführung einer AHB.

Weiterhin ist eine AHB als eine stationäre oder ganztägig ambulante Maßnahme durchzuführen. Dabei ist hervorzuheben, dass die AHB nicht die gesamte postoperative Versorgung ersetzt, sondern lediglich die Durchführung bestimmter Inhalte der Basis- und Folgetherapie zu einem früheren Zeitpunkt verortet. Während Patienten nach einer CI-Operation in vielen Fällen bislang oft erst nach Monaten oder gar Jahren eine Zusage zur stationären

Rehabilitation erhielten, erlaubt die CI-AHB jetzt einen Beginn dieser Maßnahme innerhalb von 2 Wochen nach der Operation. Damit ändert die AHB nicht den Inhalt, sondern lediglich den Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation über den rechtlichen Rahmen der Anschlussrehabilitation. Dies gilt vor allem für Patienten aus CI-versorgenden Einrichtungen, deren hör- und sprachtherapeutischer Anteil der Basis- und Folgetherapie (leitliniengerecht) in Zusammenarbeit mit kooperierenden Reha-Einrichtungen umgesetzt wurde. Die AHB ist damit kein neues Versorgungsmodul, sondern lediglich eine Option zur zeitlich vorgezogenen Umsetzung bekannter therapeutischer Inhalte.

5. Wissenschaftliche Evidenz zur Frühanpassung

Ein zentrales Kriterium für die Durchführung einer AHB nach Cochlea-Implantation ist die sogenannte Frühanpassung, also die zeitlich vorgezogene Erstaktivierung des Audioprozessors innerhalb weniger Tage nach dem operativen Eingriff. Bislang erfolgte dies regelhaft nach ca. 4–6 Wochen. Die Frühanpassung bildet die medizinisch-technische Grundlage für die Einhaltung der zentralen AHB-Zeitvorgabe (Rehabilitationsbeginn innerhalb von 14 Tagen nach Klinikentlassung) gemäß den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung.

Die prinzipielle Machbarkeit und Sicherheit einer solchen Frühanpassung wurde bereits 2018 beschrieben [4]. In der Arbeit wird belegt, dass eine frühzeitige CI-Aktivierung – innerhalb weniger Tage nach Operation – bei sorgfältiger Indikationsstellung und unter bestimmten chirurgischen Voraussetzungen (z. B. minimal-invasive Zugänge, geringe postoperative Schwellung) in der Regel ohne negative Auswirkungen auf den Heilungsverlauf oder das funktionelle Ergebnis durchgeführt werden kann.

Diese Ergebnisse wurden in einer prospektiven Langzeitstudie [5] weiter bestätigt, in dem eine große Patientengruppe mit frühzeitiger Prozessoraktivierung hinsichtlich Langzeiteffekten auf Sprachverstehen, Audiometrie und Komplikationsrate untersucht wurde. Auch nach einem Jahr zeigte sich, bei vergleichbaren Ergebnissen im Sprachverstehen, kein Nachteil der Frühanpassung gegenüber einer konventionellen Aktivierung vier bis sechs Wochen nach der Implantation. Vielmehr konnten Vorteile in Bezug auf die subjektive Bewertung einer frühen Therapieeinleitung dokumentiert werden.

Diese Erkenntnisse bildeten die Grundlage für ein Pilotprojekt zur strukturierten CI-Frührehabilitation zur Machbarkeit eines AHB-ähnlichen Versorgungsmodells bei Patienten mit frühzeitiger Prozessoraktivierung. Dabei konnten über 90 % der Teilnehmenden innerhalb des formalen AHB-Zeitfensters eine stationäre Rehabilitation antreten und einen vergleichbaren Rehabilitationsnutzen erzielen [6]. Damit wurde nicht nur die Evidenz zur Frühanpassung, sondern auch deren Bedeutung für die systematische CI-Versorgung bestätigt. Die Untersuchung zeigte, dass die AHB durch die Frühanpassung ermöglicht wird – sie setzt sie voraus, ersetzt aber nicht die anschließende individuelle Folgetherapie, die gemäß Leitlinie weiterhin erforderlich bleibt.

Zu betonen ist weiterhin, dass die zugrunde liegenden Untersuchungen ausschließlich an Erwachsenen durchgeführt wurden, sodass derzeit keinerlei Aussagen zur Anwendbarkeit der AHB bei

Kindern möglich sind. Hieraus folgt, dass eine frühe und zeitlich befristete AHB derzeit nur bei Erwachsenen zur Anwendung kommen kann.

6. Fehlinterpretationen und aktuelle Missverständnisse bei Kostenträgern

Seit der Aufnahme der CI-Rehabilitation in den AHB-Katalog der Deutschen Rentenversicherung im Jahr 2024 häufen sich Berichte aus CI-versorgenden Kliniken und Reha-Einrichtungen über eine problematische Auslegung der AHB durch einige Kostenträger. Es wird hier wiederholt berichtet, dass Leistungen der ambulanten, stationären, teilstationären oder blockweisen CI-Folgetherapie mit dem Verweis auf die Möglichkeit einer AHB abgelehnt oder eingeschränkt werden. Dies betrifft sowohl Krankenkassen als auch Rentenversicherungsträger. Ebenso wird, selbst bei bereits bestehenden Versorgungsverträgen mit Krankenkassen, von diesen teilweise auf die Rentenversicherung als vermeintlich zuständigen Kostenträger verwiesen.

Die Fehlannahme dieser Praxis lautet: Wenn eine AHB nach CI-Versorgung formal möglich sei, dann sei diese auch anzuwenden und zudem vollständig im Sinne der rehabilitativen Versorgung. Diese Gleichsetzung von AHB und CI-Folgetherapie stellt jedoch eine fachlich nicht haltbare Verkürzung dar, die sowohl den Empfehlungen der AWMF-Leitlinie und des CI-Weißbuchs als auch der Versorgungsrealität widerspricht.

Die AHB ist laut Definition der Deutschen Rentenversicherung (DRV) eine strukturierte, zeitlich befristete Maßnahme, deren Besonderheit darin besteht, dass sie – sofern deren Voraussetzungen, wie die Frühanpassung erfüllt sind – unmittelbar oder in einem engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang an eine stationäre Krankenhausbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung beginnen kann. Ihr Umfang ist jedoch zeitlich befristet: In der Regel handelt es sich um drei bis fünf Wochen stationären Aufenthalt mit einem klar umrissenen Therapieplan. In dieser Zeit können zentrale Maßnahmen der CI-Rehabilitation initiiert werden, insbesondere in Bezug auf das Hör- und Sprachtraining sowie die psychosoziale Stabilisierung. Was in der AHB jedoch nicht vollständig abgebildet werden kann, ist die individuell erforderliche längerfristige, audiologische, medizinische sowie hör- und sprachtherapeutische Nachbetreuung des Patienten bis zur Nachsorge – also die Folgetherapie im eigentlichen Sinne der Leitlinie.

Die Betreuung des Patienten nach Abschluss der formalen Rehabilitation (bzw. AHB) ist Bestandteil der Folgetherapie und entspricht somit eindeutig dem Versorgungspfad der AWMF-Leitlinie und des CI-Weißbuchs. In diesen ist explizit festgehalten, dass auf die Rehabilitation (bzw. AHB) weitere therapeutische Maßnahmen der Folgetherapie folgen müssen. Das Ende der AHB stellt also gerade nicht den Übergang in die Nachsorge dar, sondern die Fortführung der Folgetherapie nach individueller ärztlich-audiologischer Einschätzung.

Die aktuelle Fehlinterpretation einiger Kostenträger hat sogar zur Folge, dass Anträge auf stationäre oder ambulante Folgetherapie, individuelle Hörtherapie oder technische Nachbetreuung nach einer AHB abgelehnt wurden. Dies führt zu Versorgungslücken und einer faktischen Schlechterstellung der Betroffenen gegenüber

Patienten, die vor Einführung der AHB eine weiterführende Folgetherapie erhalten haben. Im Sinne der Gleichbehandlung und evidenzbasierten Versorgung ist daher eine Korrektur dieser Fehlinterpretation durch die Kostenträger dringend erforderlich.

7. Einordnung und Bewertung der AHB im Versorgungspfad

Die AHB, als neue Option innerhalb der Nachbetreuung nach CI-Operation, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Sie bietet Patienten die Möglichkeit, frühzeitig und rechtssicher eine strukturierte, stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch zu nehmen. Voraussetzung ist eine erfolgreiche Frühanpassung, die an der CI-versorgenden Einrichtung (CIVE) durchgeführt werden muss. Die AHB stellt somit eine sozialmedizinisch verankerte Teilmaßnahme im Versorgungsverlauf dar. Ihre Rolle muss jedoch korrekt im Versorgungspfad eingeordnet werden. Die Indikation zu einer AHB ist zudem individuell zu stellen, sodass absehbar eine AHB nicht für jeden Patienten anwendbar sein wird (z. B. nicht bei postoperativer Wundschwellung oder Schmerzen).

Gemäß der AWMF-Leitlinie 017–071 und der Darstellung im Weißbuch CI-Versorgung ist eine Rehabilitation – also auch eine AHB – inhaltlich nicht als eigenständige oder abschließende Maßnahme definiert, sondern als Bestandteil der Basis- und Folgetherapie [1, 2]. Das Ende der zeitlich definierten Rehabilitationsmaßnahme (z. B. AHB) stellt damit nicht das Ende der Folgetherapie dar und darf nicht als automatischer Beginn der Nachsorge fehlgedeutet werden (► **Abb. 1**). Auch ist die AHB selbst in ihrer Dauer begrenzt und berücksichtigt nicht alle Bedürfnisse von CI-Patienten – insbesondere nicht bei komplexen Verläufen oder besonderen sprachlichen bzw. sozialen Herausforderungen.

Ein weiterer relevanter Punkt betrifft die strukturelle Verfügbarkeit der AHB: Derzeit existieren in Deutschland nur sehr wenige Reha-Kliniken mit expliziter Zulassung zur Durchführung einer AHB im Bereich der CI-Versorgung. Eine flächendeckende Versorgung von jährlich etwa 5000 CI-Patienten allein über das AHB-Verfahren ist deshalb in der Realität derzeit nicht umsetzbar. Dies unterstreicht die Bedeutung anderer etablierter Versorgungsformen, wie der ambulanten, stationären, teilstationären oder blockweisen Basis- und Folgetherapie.

8. Schlussfolgerungen

Die AHB ist eine wertvolle Ergänzung des CI-Versorgungsprozesses – insbesondere für jene Patienten, bei denen eine frühe, strukturierte Rehabilitation sinnvoll und realisierbar ist. Sie ist jedoch keine Pflichtmaßnahme und darf keinesfalls als vollständiger Ersatz für die etablierten Konzepte der Basis- und Folgetherapie, wie Reha-Verträge mit Krankenkassen (z. B. Versorgungsvertrag nach § 111 sowie § 111c SGB i. V. m. V § 40 Abs. 1 und 2 SGB V), verstanden werden. Darüber hinaus muss die individuelle Eignung eines Patienten für das AHB-Verfahren abschließend durch die CI-versorgende Einrichtung (CIVE), unter Berücksichtigung medizinischer und audiologischer Aspekte sowie des Patientenwunsches, festgestellt werden.

Die AWMF-Leitlinie 017–071 sowie das Weißbuch CI-Versorgung legen eindeutig fest, dass auf eine zeitlich begrenzte Rehabilitationsmaßnahme (z. B. AHB) weitere therapeutische Schritte der Folgetherapie folgen müssen. Eine ausschließliche AHB-Versorgung ohne anschließende, individuelle Nachbetreuung widerspricht dieser Empfehlung und gefährdet die Qualität der CI-Versorgung.

9. Zusammenfassung

- Die AHB ist als eine frühe und zeitlich befristete Rehabilitationsmaßnahme nur für Erwachsene untersucht worden und damit derzeit nur für Erwachsene anwendbar.
- Die AHB kann nur nach individueller Indikationsstellung durch die CI-versorgende Einrichtung (CIVE) zur Anwendung kommen; nicht alle Patienten sind für eine AHB geeignet.
- Die AHB ist ein ergänzendes, aber nicht verpflichtendes Versorgungsmodell innerhalb der Basis- und Folgetherapie.
- Die Durchführung einer AHB setzt die medizinisch indizierte und organisatorisch mögliche Frühanpassung voraus.
- Auch nach einer AHB besteht gemäß CI-Leitlinie und CI-Weißbuch ein Anspruch und eine medizinische Notwendigkeit auf eine weiterführende Folgetherapie.
- Eine ausschließliche AHB-Versorgung würde bedeuten, dass Patienten relevante Anteile der Folgetherapie vorenthalten werden – dies wäre eine Verschlechterung gegenüber bisherigen Versorgungsmodellen.
- Die etablierten Versorgungswege, wie ambulante, stationäre, teilstationäre oder blockweise Therapien, bleiben unverzichtbar und müssen vollumfänglich erhalten bleiben.
- Eine flächendeckende Versorgung allein über eine AHB ist derzeit kapazitiv nicht möglich – bestehende Therapieeinrichtungen benötigen deshalb auch weiterhin eine gesicherte Finanzierung und einen rechtssicheren Handlungsrahmen.
- Leistungsträger und Selbstverwaltung sind aufgefordert, die AHB korrekt einzuordnen und sie nicht fälschlicherweise mit einer vollständigen CI-Basis- oder Folgetherapie gleichzusetzen.

Anmerkung

Für die sprachliche Endbearbeitung dieser Stellungnahme wurde unterstützend ein KI-System (ChatGPTplus, OpenAI) verwendet. Die fachliche Verantwortung für Inhalt, Struktur und Aussagekraft liegt vollständig bei den Autoren.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] AWMF S2k-Leitlinie Cochlea-Implantat-Versorgung. Registernummer 017–071. Version 2020. Zugriff am 12.09.2025 unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/017-071>
- [2] Weißbuch Cochlea-Implantat-Versorgung in Deutschland. 2. Auflage. DGHNO-KHC, 2021. Zugriff am 12.09.2025 unter: <https://cdn.hno.org/media/2021/ci-weissbuch-20-inkl-anlagen-datenblocke-und-zeitpunkte-datenerhebung-mit-logo-05-05-21.pdf>
- [3] Zugriff am 07.08.2025 unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/ahb_indikationskatalog.html
- [4] Günther S, Baumann U, Stöver T. Early Fitting in Cochlear Implantation: Benefits and Limits. *Otol Neurotol* 2018; 39 (4): e250–e256
- [5] Bruschke S, Baumann U, Stöver T. Long-Term Follow-Up of Early Cochlear Implant Device Activation. *Audiol Neurotol* 2021; 26 (5): 327–337
- [6] Bruschke S, Zeh R, Baumann U et al. Die Aufnahme einer Rehabilitationsmaßnahme in den Katalog der Anschlussrehabilitation. *Laryngo-Rhino-Otol* 2025; 104: 304–310