

Suchtvereinbarung vom 20.11.1978

Entwicklung - Situation vor 1978

Die Leistungsabgrenzung zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den Trägern der Rentenversicherung bei Alkoholentziehungskuren war über Jahre hinaus ein Problem ständiger Auseinandersetzungen und Verhandlungen zwischen den Trägern der Rentenversicherung, den einzelnen Landesversicherungsanstalten und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen. Unterschiedliche Auffassungen über die Rechtslage führten zu unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Regionen. Oft entschieden Verhandlungsgeschick, Einsicht und Zusammenarbeit der Beteiligten über die Lastenverteilung. Das konnte natürlich bei für alle Bereiche einheitlichen gesetzlichen Vorschriften nicht befriedigen. Der Divergenz in den Auffassungen lagen insbesondere folgende Ursachen zugrunde:

Bei der Abhängigkeit vom Alkohol kann sowohl ein Versicherungsfall der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung vorliegen (vgl. Kapitel 10.1 und 10.2). Dieser Umstand führte dazu, daß sich sowohl die Krankenversicherung als auch die Rentenversicherung an den Kosten stationärer Alkoholentziehungskuren beteiligten. Dann kam das Bundessozialgericht (BSG) in seinen Urteilen vom 18. Juni 1968 - 3 RK 63/66 - USK 6845 und vom 17. Oktober 1969-3 RK80/66,3 RK82/66- USK 6985 (vgl. Kapitel 16.1) zu dem Ergebnis, daß die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet ist, wenn eine ambulante Behandlung der Trunksucht keinen Erfolg hat. Die Träger der Rentenversicherung zogen daraus den Schluß, daß es sich bei der stationären Behandlung der Trunksucht grundsätzlich um Krankenhauspflege handele, und ließen deshalb nahezu übereinstimmend in der Folgezeit die Absprachen mit den Krankenkassen über eine Kostenbeteiligung auslaufen.

Eine neue Diskussion der Rechtsfragen brachte das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7.8.1974 durch die Einfügung des § 184 a RVO in das Recht der GKV in Gang. Diese durch das Gesetz über die Strukturreform im Gesundheitswesen durch § 40 SGB V inzwischen abgelöste Vorschrift hatte folgenden Wortlaut:

"(1) Die Kasse kann Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in Kur- oder Spezialeinrichtungen gewähren, wenn diese erforderlich ist, um eine Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, und wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 1305 Abs. 1, des § 84 Abs. 1 AVG und des § 97 Abs. 1 RKG oder nach dem BVG solche Leistungen nicht gewährt werden können. § 182 Abs. 2 und § 183 Abs. 1 Satz 2 gelten entsprechend."

Von seiten der Krankenversicherung wurde nun mehr die vorrangige Zuständigkeit der Rentenversicherung damit begründet, daß es sich bei der stationären Behandlung Alkoholabhängiger in den dafür geeigneten besonderen Einrichtungen um eine Behandlung in einer "Kur- oder Spezialeinrichtung" handele, für die § 184 a RVO ausdrücklich die subsidiäre Zuständigkeit des Trägers der Krankenversicherung vorsieht. Die Träger der Rentenversicherung dagegen beriefen sich weiterhin auf die Rechtsprechung des BSG, daß die Krankenkassen die stationären Entziehungsmaßnahmen als Krankenhauspflege zu übernehmen hätten und wendeten ein, daß sich auch durch die Einfügung des § 184 a in die RVO insofern nichts geändert habe.

Bei diesen unterschiedlichen Rechtsauffassungen blieb es natürlich nicht aus, daß die Beteiligten eine Klärung der Streitfragen durch die Rechtsprechung anstrebten. So hatte der Dritte Senat des BSG am 15. Februar 1978 in drei Verfahren - 3 RK 26/77, 3 RK 29/77, 3 RK 30/77 - (vgl. Kapitel 16.1) über die Leistungsabgrenzung zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung bei stationären Alkoholentziehungskuren zu entscheiden. Das BSG kam zu dem Ergebnis, "daß Maßnahmen zur Bekämpfung einer krankhaften Trunksucht sich weder ausschließlich dem Bereich der Krankenversicherung noch ausschließlich dem der Rentenversicherung zuordnen lassen". Sie beträfen vielmehr eine Aufgabe, die beiden Versicherungszweigen zugeteilt sei. In den Urteilsbegründungen wird darauf verwiesen, daß die frühere Rechtsprechung des BSG zur Zuständigkeit der Krankenversicherung für die stationären Maßnahmen als Leistung der Krankenhauspflege auf einer anderen Rechtslage beruhe und infolge der Einfügung des § 184 a RVO durch das RehaAnglG die Frage der Leistungsverpflichtung unter Beachtung der nunmehr geltenden Regelung erneut zu überprüfen sei. Zur Differenzierung der stationären Maßnahmen nach § 184 RVO und § 184 a RVO führte das BSG in der Urteilsbegründung folgendes aus:

"Sofern sich mithin überhaupt eine Differenzierung treffen läßt, kann sie am ehesten danach erfolgen, ob die Maßnahme im wesentlichen unter der aktiven und fortdauernden - in der Regel äußerlich - behandelnden Einwirkung des Arztes auf den Patienten unter Zuhilfenahme der technischen Apparaturen des Krankenhauses und unter ständiger Assistenz, Betreuung und Beobachtung fachlich geschulten Pflegepersonals erfolgt und regelmäßig darauf gerichtet ist, die Krankheit zu bekämpfen und entweder ausschließlich oder doch zumindest in erheblichem Maße den körperlichen Zustand des Patienten zu verbessern. In einem solchen Fall, in dem regelmäßig die pflegerische Tätigkeit der ärztlichen Behandlung untergeordnet ist, wäre die Maßnahme als Krankenhauspflege im Sinne des § 184 RVO anzusehen und dem Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung zuzuordnen. Ist die Maßnahme hingegen - zwar ebenfalls unter ärztlicher Leitung, auch in stationärer Weise und gleichfalls unter Beteiligung besonders ausgebildeten Personals - vorwiegend darauf gerichtet, den Zustand des Patienten durch seelische und geistige Einwirkung und durch Anwendung von Heilmitteln zu beeinflussen, ihm Hilfestellung zur Entwicklung eigener Abwehrkräfte zu geben, hat die Veränderung des körperlichen Zustands des Patienten eine zwar nicht unwesentliche, jedoch mehr begleitende Bedeutung und ist die pflegerische Betreuung des Patienten der ärztlichen Behandlung eher nebengeordnet, so liegt es nahe, die Maßnahme als eine stationäre Behandlung im Sinne des § 184 a RVO anzusehen, die primär in den Zuständigkeitsbereich der Rentenversicherung fällt."

Sodann appellierte das BSG an die soziale Selbstverwaltung der Träger der beiden Zweige der Sozialversicherung, vertragliche Vereinbarungen über eine Kostenbeteiligung zu treffen. Dieser Appell des BSG war nicht vergeblich. Kurze Zeit nachdem der Wortlaut der Urteile des BSG vom 15. Februar 1978 abgesetzt war, trafen die Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem VDR zu Gesprächen über die Leistungsabgrenzung bei Alkoholentziehungskuren zusammen. Sie waren getragen vom beiderseitigen Bemühen, eine bundeseinheitliche Regelung zu finden, die den in den Urteilen des BSG vom 15. Februar 1978 aufgezeigten Grundsätzen Rechnung trägt und beide Seiten im Rahmen des rechtlich Vertretbaren beteiligt. Dabei bestand eine einheitliche Auffassung darüber, die vom BSG in seinen Urteilen vom 15. Februar 1978 angedeutete Lösung, entsprechend den Erfahrungswerten die Kosten der Maßnahmen zwischen den Versicherungsträgern prozentual aufzuteilen, nicht zu wählen. Eine solche ausschließlich auf pragmatischen Erwägungen beruhende Lösung hätte eine Reihe neuer versicherungsrechtlicher Probleme (Höhe der Geldleistung, Anspruchsdauer, Versicherungs- und Beitragspflicht der Rehabilitanden) aufgeworfen. Es wurde deshalb für zweckmäßig gehalten, die Leistungsabgrenzung nach den vom BSG aufgezeigten Grundsätzen über die Differenzierung der Maßnahmen nach § 184 RVO und § 184 a RVO zu regeln.

Das Ergebnis ist die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem VDR geschlossene" Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker" vom 20. November 1978, die den offiziellen Arbeitstitel "Suchtvereinbarung" erhalten hat.

Nachfolgend werden die einzelnen Regelungen der Suchtvereinbarung vorgestellt und kommentiert.

§ 1 Gegenstand

(1) Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung stationärer Maßnahmen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke), wenn Leistungen sowohl der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung in Betracht kommen.

(2) Eine Abhängigkeit im Sinne der Vereinbarung liegt vor, bei

- Unfähigkeit zur Abstinenz oder
- Verlust der Selbstkontrolle oder
- periodischem Auftreten eines dieser beiden Symptome.

(3) Maßnahmen im Sinne dieser Vereinbarung sind stationäre Entwöhnungsbehandlungen und stationäre Entzugs- (Entgiftungs-) Behandlungen.

§ 2 Entwöhnungsbehandlungen

(1) Stationäre Entwöhnungsbehandlung wird gewährt, wenn

- der Abhängigkeitskranke voraussichtlich auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert werden kann,
- die Abhängigkeit ambulant nicht erfolgreich behandelt werden kann,
- der Abhängigkeitskranke motiviert und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen,
- eine Entzugsbehandlung (§ 3) nicht erforderlich ist oder bereits durchgeführt ist.

(2) Für die Entwöhnungsbehandlung kommen nur Einrichtungen in Betracht, die die Voraussetzungen der Anlage 1 erfüllen. Über das Verfahren bei der Auswahl der Einrichtungen sollen die zuständigen Rentenversicherungsträger und Krankenkassenverbände Absprachen treffen.

(3) Art, Ort und Dauer der Entwöhnungsbehandlung bestimmt der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung der Schwere der Krankheit und der persönlichen Verhältnisse des Abhängigkeitskranken. Bei der Bestimmung der Einrichtung sollen die im Sozialbericht enthaltenen Anregungen sowie die Wünsche des Abhängigkeitskranken angemessen berücksichtigt werden.

§ 3 Entzugsbehandlung

(1) Stationäre Entzugsbehandlung wird gewährt, wenn sie für die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung erforderlich ist. Sie kommt in Betracht bei toxisch bedingten Versagenszuständen im somatischen und/oder psychischen Bereich, z.B. bei

- drohenden komatösen Zuständen (Leberversagen u.a.),
- Delirgefahr,

- psychiatrischen Komplikationen (Depressionen, Suizidgefahr, akuten metalkoholischen Psychosen usw.).

Die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung ist von einem Arzt festzustellen.

(2) Der nahtlose Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung ist anzustreben.

§ 4 Zuständigkeit

(1) Für die Gewährung der Entwöhnungsbehandlung (§ 2) zuständig ist

1. der Rentenversicherungsträger, wenn

- die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die medizinischen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO, 13 AVG, 35 RKG (vgl. auch § 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 1) erfüllt sind,

2. der Krankenversicherungsträger, wenn

- die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 1236 RVO, 13 AVG, 35 RKG nicht erfüllt sind oder

- wegen einer anderen Krankheit Erwerbsunfähigkeit vorliegt oder droht und eine wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht zu erwarten ist.

(2) Für die Gewährung der Entzugsbehandlung (§ 3) zuständig ist

1. grundsätzlich der Krankenversicherungsträger,

2. der Rentenversicherungsträger, wenn nach Beginn einer von ihm eingeleiteten Entwöhnungsbehandlung die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung festgestellt wird und diese in derselben Einrichtung durchgeführt werden kann.

§ 5 Verfahren

(1) Der Antrag auf stationäre Maßnahmen ist unter Verwendung des Vordrucks der Rentenversicherung zu stellen.

Dem Antrag sind beizufügen:

- ein Gutachten des Vertrauensärztlichen Dienstes oder des Gutachterdienstes der Rentenversicherung über die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Prognose (§ 2 Abs. 1) auf Vordruck,

- Sozialbericht auf Vordruck nach dem Muster der Anlage 2.

(2) Ist der Antrag bei einem Krankenversicherungsträger gestellt worden und hält dieser den Rentenversicherungsträger für zuständig (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1), leitet er die Antragsunterlagen umgehend an den Rentenversicherungsträger weiter.

(3) Der Rentenversicherungsträger entscheidet unverzüglich über den Antrag und leitet ggf. die Entwöhnungsbehandlung ein. Er informiert den Krankenversicherungsträger über seine Entscheidung. Ist vor der Entwöhnungsbehandlung eine Entzugsbehandlung erforderlich, leitet der Krankenversicherungsträger diese ein, nachdem er sich mit dem Rentenversicherungsträger über Beginn und Dauer der Entzugsbehandlung abgestimmt hat.

(4) Ist in Ausnahmefällen aus zwingenden medizinischen Gründen die sofortige Einleitung einer Entzugsbehandlung erforderlich, so kann der Krankenversicherungsträger eine im unmittelbaren zeitlichen Anschluß daran erforderliche Entwöhnungsbehandlung im Einvernehmen mit dem Rentenversicherungsträger unter vorläufiger Kostenzusage einleiten. Die sich aus § 4 Abs. 1 ergebende Leistungszuständigkeit wird in diesem Fall nachträglich festgestellt.

(5) Im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften können besondere Absprachen über das Verfahren getroffen werden.

§ 6 Inkrafttreten

(1) Die Vereinbarung tritt am 1.1.1979 in Kraft. Sie gilt für alle Fälle, in denen der Antrag (§ 5 Abs. 1) nach dem 31.12.1978 gestellt worden ist.

(2) Die Vereinbarung kann mit dreimonatiger Frist zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.