

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
6. Mai 1998

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 13 RJ 29/97 R

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Landesversicherungsanstalt Württemberg,
Adalbert-Stifter-Straße 105, 70437 Stuttgart,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 13. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom
6. Mai 1998 durch den Vorsitzenden Richter Dr. H e n k e , die Richter
Dr. L o y t v e d und Dr. T e r d e n g e sowie die ehrenamtlichen Richter
B a r t s c h und H a n n i g
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten werden das Urteil des Landessozialgerichts Baden-
Württemberg vom 25. Februar 1997 und das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom
18. November 1994 mit Ausnahme der Kostenentscheidungen aufgehoben.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Klage wird abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander auch für das Revisionsverfahren keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für die Entgiftungsbehandlung eines Alkoholkranken.

Der bei der Beklagten rentenversicherte, jedoch nicht gesetzlich krankenversicherte R.S. (Versicherte) war alkoholabhängig und bezog von der Klägerin Sozialhilfeleistungen. Nach einem körperlichen Zusammenbruch fand vom 18. Januar bis 11. Februar 1993 im Psychiatrischen Krankenhaus W. (PLK) eine Entgiftungsbehandlung statt. Auf seinen Antrag vom 5. März 1993 bewilligte die Beklagte dem Versicherten für die Zeit ab 2. April 1993 stationäre Leistungen zur Rehabilitation (Reha) zwecks Entwöhnung in der Fachklinik H. , L. (Bescheid vom 5. April 1993). Die entsprechende Maßnahme wurde von diesem angetreten, jedoch am 7. Juni 1993 abgebrochen. Vor der Entwöhnungsbehandlung hatte vom 24. März bis 2. April 1993 eine erneute stationäre Entgiftungsbehandlung im PLK stattgefunden. Mit Schreiben vom 29. April 1993 machte die Klägerin bei der Beklagten eine Erstattung der von ihr für diese Entgiftungsbehandlung verauslagten Kosten geltend, was diese ablehnte (Schreiben vom 27. Mai 1993). Im Juli 1994 verstarb der Versicherte.

Vor dem Sozialgericht (SG) beanspruchte die Klägerin zunächst einen Erstattungsbetrag in Höhe von 3.064,77 DM, in der mündlichen Verhandlung beschränkte sie ihre Klage dann auf eine Verurteilung der Beklagten zur Erstattung der Kosten für die streitige Entgiftungsbehandlung dem Grunde nach. Diese Klage hatte vor dem SG Erfolg (Urteil vom 18. November 1994). Das Landessozialgericht (LSG) hat die (zugelassene) Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 25. Februar 1997) und seine Entscheidung im wesentlichen auf folgende Erwägungen gestützt:

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs sei § 104 Abs 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). Der Nachrang der Klägerin gegenüber der Beklagten bei der Erbringung medizinischer Leistungen zur Reha folge aus § 2 Abs 2 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG). Daß die einer bereits als Reha-Maßnahme bewilligten Entwöhnung unmittelbar vorausgehende Entgiftung nach den §§ 1236, 1237 der



Reichsversicherungsordnung (RVO) eine medizinische Reha-Maßnahme darstelle, die dem Rentenversicherungsträger nach Maßgabe des Einzelfalles zuzurechnen sei, wenn der Betreffende nicht krankenversichert sei, hätten bereits der 5. und 13. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) entschieden (Hinweis auf BSGE 57, 157, 161 = SozR 2200 § 1236 RVO Nr 45; BSGE 66, 84 = SozR 2200 § 1237 Nr 22; BSGE 68, 167 = SozR 3-2200 § 1237 Nr 1; BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr 3 und § 1237 Nr 2). Der erkennende Senat schließe sich dem an. An dieser Rechtslage habe sich durch die ab 1. Januar 1992 anzuwendenden Vorschriften der §§ 9 ff des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) nichts geändert. Die besonderen Leistungsausschlußgründe des § 13 Abs 2 SGB VI stünden dem nicht entgegen. § 13 SGB VI regle den Leistungsumfang für die Erbringung von Reha-Leistungen und grenze in seinen Absätzen 2 bis 4 die Zuständigkeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger voneinander ab. In den Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Kranken- und Rentenversicherungsträger vom 21. Januar 1993 zur Leistungsabgrenzung nach § 13 Abs 4 SGB VI fehle eine entsprechende Regelung für den Fall der Suchtbehandlung. Dies zeige, daß die Träger der Kranken- und Rentenversicherung hierfür nach der neuen Rechtslage keinen Regelungsbedarf gesehen hätten. Auch sei der Gesetzgeber davon ausgegangen, daß die bisherige Rechtslage weiterhin gelten solle.

Nach der bisherigen Rechtslage handele es sich bei der Entgiftung eines Suchtkranken, die als Vorbereitungsmaßnahme der sich unmittelbar anschließenden Entwöhnungsbehandlung vorausgehe, nicht um eine Akutbehandlung, da sie akute Behandlungsbedürftigkeit nicht voraussetze und daher nicht hauptsächlich darauf gerichtet sei, die Gesundheit wiederherzustellen, und überdies nicht ausschließlich in Krankenhäusern erfolgen müsse. Sie diene vorrangig dazu, den Suchtkranken auf die bereits als Reha-Maßnahme bewilligte Entwöhnungsbehandlung vorzubereiten. Dies sei auch bei dem Versicherten der Fall gewesen, weil eine Akutbehandlung nach einem körperlichen Zusammenbruch mit Prädelir bereits vom 18. Januar bis 11. Februar 1993 im PLK stattgefunden habe. Bei der hier streitigen Entgiftungsbehandlung vom 24. März bis 2. April 1993 habe hingegen gerade keine akute Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen, insbesondere da im Verlauf dieser Behandlung Begleiterscheinungen, wie Entzugsdeliri, nicht aufgetreten seien. Damit sei es unter dem Aspekt der Nahtlosigkeit der im Rahmen der Reha insgesamt erforderlichen Maßnahmen weiterhin geboten, die der Entwöhnung vorausgehende Stabilisierungsmaßnahme ebenfalls als Reha-Maßnahme anzusehen, weil es bei dem Versicherten durch Zusammenwirken von Entgiftung und Entwöhnung nur darum gegangen sei, seine Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen. Somit sei unter diesen Umständen die Entgiftungsmaßnahme auch nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung iS von § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI durchgeführt worden. Daß die Entwöhnungsbehandlung durch den Abbruch der Maßnahme rückblickend gescheitert sei, sei unschädlich, da es auf die Prognose im Zeitpunkt der Bewilligung bzw Durchführung der Maßnahme ankomme.



Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung von § 104 Abs 1 Satz 1 SGB X iVm § 13 Abs 2 SGB VI und § 31 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I). Dazu trägt sie im wesentlichen vor: Zu Unrecht habe das LSG einen Erstattungsanspruch der Klägerin gemäß § 104 Abs 1 Satz 1 SGB X bejaht. Die Entgiftung sei bei Alkoholsucht eine medizinische Leistung in einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit, denn es könnten in einer solchen Entgiftungsphase schwerwiegende medizinische Komplikationen - wie zB Entzugsdeliri, Krampfanfälle, Leberversagen, Halluzinationen und Kreislaufzusammenbrüche - auftreten, die intensive ärztliche und pflegerische Betreuung notwendig machten (Hinweis auf BSGE 66, 87, 93 = SozR 2200 § 1237 Nr 23; BSG SozR 3-2200 § 1236 Nr 3). Eine optimale Versorgung könne in aller Regel nur in einem Krankenhaus gewährleistet werden. Erst nach Überwindung der akuten körperlichen Entgiftungs- und Entzugserscheinungen könne mit der eigentlichen Reha-Maßnahme begonnen werden. Selbst wenn die Entgiftung Voraussetzung für die spätere Entwöhnungsmaßnahme sei, werde dadurch ihr Charakter als Akutbehandlung nicht in Frage gestellt. Die Beurteilung des LSG sei auch deshalb fehlerhaft, weil eine akute Behandlungsbedürftigkeit im nachhinein wegen Nichtauftretens von Begleiterscheinungen verneint worden sei.

Die Rechtsprechung des BSG zu den Rechtsgrundlagen der RVO könne - entgegen der Auffassung des LSG - nicht mehr herangezogen werden, da durch § 13 Abs 2 SGB VI eine Einschränkung der Leistungspflicht des Rentenversicherungsträgers hinsichtlich medizinischer Reha-Leistungen insoweit erfolgt sei, als danach solche in einer Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr zu erbringen seien. Die Kranken- und Rentenversicherungsträger seien sich einig, daß stationäre, ärztlich überwachte Entgiftungsmaßnahmen Akutbehandlungen seien, für welche die Krankenversicherung zuständig sei. Eine Leistungserbringung durch den Reha-Träger verstoße deshalb sowohl gegen § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI als auch gegen § 31 SGB I. Wenn für den Suchtkranken kein Krankenversicherungsschutz bestehe, müsse der zuständige Sozialhilfeträger die Kosten der Entgiftungsbehandlung tragen. Darüber hinaus schließe § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI Leistungen zur Reha anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung aus. Dazu zählten stationär durchgeführte Entgiftungen, selbst wenn sich im Einzelfall nachträglich herausstelle, daß eine intensive ärztliche Versorgung ausnahmsweise nicht notwendig gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 25. Februar 1997 und das Urteil des SG Konstanz vom 18. November 1994 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision der Beklagten zurückzuweisen.



Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend. Darüber hinaus trägt sie vor: Die Beklagte habe nicht überzeugend darlegen können, warum die langjährige Rechtsprechung des BSG keine Anwendung mehr finden solle. Der Gesetzgeber habe im Rahmen der Gesetzesbegründung zum SGB VI nämlich ausdrücklich betont, daß die Neuregelung entsprechend der bisherigen Rechtslage erfolgt sei.

II

Die Revision der Beklagten ist zulässig und begründet.

Dahinstehen kann, ob etwaige Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten von den Vorinstanzen hätten notwendig beigeladen werden müssen (§ 75 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>); denn eine unterbliebene notwendige Beiladung zieht keine Zurückverweisung nach sich und ist auch nicht gemäß § 168 Satz 2 SGG nachzuholen, wenn die Klage aus der Sicht des Revisionsgerichts in jedem Fall abgewiesen werden muß (BSGE 66, 144, 145 f = SozR 3-5795 § 6 Nr 1 im Anschluß an BVerwG 74, 19, 21 ff; 80, 228, 230).

In der Sache steht der Klägerin entgegen der Auffassung der Vorinstanzen kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in der Zeit vom 24. März bis 2. April 1993 durchgeführte Entgiftungsbehandlung des verstorbenen Versicherten gegen die Beklagte zu.

Als Rechtsgrundlage für einen Erstattungsanspruch kommt allein § 104 Abs 1 SGB X in Betracht. Danach gilt: Hat ein nachrangig verpflichteter Leistungsträger Sozialleistungen erbracht, ohne daß die Voraussetzungen von § 103 Abs 1 SGB X vorliegen, ist der Leistungsträger erstattungspflichtig, gegen den der Berechtigte vorrangig einen Anspruch hat oder hatte, soweit der Leistungsträger nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat (Satz 1). Nachrangig verpflichtet ist ein Leistungsträger, soweit dieser bei rechtzeitiger Erfüllung der Leistungspflicht eines anderen Leistungsträgers selbst nicht zur Leistung verpflichtet wäre (Satz 2). Erläuternd heißt es in § 104 Abs 1 Satz 3 SGB X zum Nachrangverhältnis, daß ein Erstattungsanspruch nicht besteht, soweit der nachrangige Leistungsträger seine Leistungen auch bei Leistung des vorrangig verpflichteten Leistungsträgers hätte erbringen müssen. § 104 SGB X geht also von nebeneinander bestehenden Leistungspflichten (mindestens) zweier Leistungsträger aus, wobei die Verpflichtung eines dieser Leistungsträger wegen System- oder Einzelanspruchssubsidarität der Leistungspflicht des anderen nachgeht (BSGE 59, 119, 123 = SozR 1300 § 104 Nr 7; BSGE 70, 186, 194 = SozR 3-1200 § 53 Nr 4; BSGE 74, 36, 38 = SozR 3-1300 § 104 Nr 8). Ob sämtliche Tatbestandsmerkmale des § 104 Abs 1 SGB X - zu denen als ungeschriebene Voraussetzungen ua Rechtmäßigkeit der erbrachten Leistungen, Vergleichbarkeit der Leistungspflichten und sog zeitliche Konkurrenz gehören (vgl etwa BSGE 74, 36, 39 = SozR 3-1300 § 104 Nr 8) - hier er-



füllt sind, kann offenbleiben; denn das Erstattungsbegehren der an sich gemäß § 2 Abs 1 BSHG nachrangig leistungspflichtigen Klägerin scheitert jedenfalls daran, daß dem verstorbenen Versicherten gegen die Beklagte kein (vorrangiger) Anspruch auf Entgiftungsbehandlung zustand.

Die Prüfung eines solchen Anspruchs hat bei den §§ 9 ff SGB VI iVm den Bestimmungen des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) anzu- setzen. Gegen die Anwendbarkeit des RehaAnglG, das in den maßgebenden Vorschriften bereits zum 1. Oktober 1974 in Kraft getreten ist (§ 45 Abs 1 RehaAnglG), ergeben sich von vornherein keine Bedenken. Die Vorschriften des SGB VI finden Anwendung, weil der Antrag auf Leistungen zur Reha (vgl § 115 Abs 1 Satz 1 SGB VI) vom Versicherten im März 1993 gestellt wurde (vgl §§ 300, 301 SGB VI).

Nach § 9 Abs 1 Satz 1 SGB VI, der selbst nicht Anspruchsgrundlage ist, erbringt die Rentenversicherung medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Reha, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seeli- schen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzei- tiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauer- haft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Gemäß § 9 Abs 2 Satz 1 SGB VI können die Leistungen nach Abs 1 erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind. Die persönlichen Voraussetzungen werden vom Gesetzgeber in § 10 SGB VI, die versi- cherungsrechtlichen in § 11 SGB VI konkretisiert. Darüber hinaus werden medizinische Leistungen zur Reha gemäß § 12 SGB VI bei Vorliegen bestimmter Tatbestände nicht er- bracht. Ob diese teils positiv, teils negativ formulierten Anspruchsvoraussetzungen im vorliegenden Fall verwirklicht sind, kann offenbleiben. Denn für die umstrittene Entgif- tungsbehandlung bestand schon aus anderen Gründen keine Leistungspflicht der Be- klagten.

Allerdings kann eine ärztlich indizierte stationäre Entgiftungsbehandlung ihrer Art nach zu den in § 9 Abs 1 SGB VI angesprochenen medizinischen Leistungen zur Reha gehören. Diese umfassen gemäß § 15 Abs 1 SGB VI insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Lei- stungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden, einschließlich der Anleitung der Versicherten, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewe- gungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,



3. Belastungserprobung und Arbeitstherapie,
4. Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel.

Die Aufzählung dieser Leistungsarten ist - wie schon die in den einschlägigen Vorläuferbestimmungen (vgl. § 14 des Angestelltenversicherungsgesetzes, § 1237 RVO und § 36 des Reichsknappschaftsgesetzes) - kein abgeschlossener Katalog, sondern, wie aus dem Wort "insbesondere" hervorgeht, eine lediglich beispielhafte Auflistung von typischerweise in Betracht kommenden medizinischen Leistungen zur Reha. Es handelt sich um einen "offenen" Tatbestand, dessen Weite nicht zuletzt durch § 10 RehaAnglG umrissen wird (BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr 2 mwN), der davon spricht, daß die medizinischen Leistungen zur Reha "alle Hilfen" umfassen sollen, die erforderlich sind, um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Hiernach wird auch die stationäre Entgiftungsbehandlung eines Alkoholkranken, die einer stationären Entwöhnungsbehandlung vorausgeht, im Grundsatz ebenso wie diese vom Begriff der medizinischen Leistungen zur Reha iS von § 15 Abs 1 und 2 SGB VI erfaßt. Denn insoweit reicht es aus, daß es sich um eine ärztliche Behandlungsmaßnahme handelt. Diesbezüglich ergibt sich kein Unterschied zur früheren höchststrichterlichen Rechtsprechung, die dabei auch auf den funktionellen medizinischen Zusammenhang abgestellt hat, der zwischen Entgiftung und Entwöhnung in Bezug auf das Reha-Ziel anzunehmen ist (BSGE 66, 87 = SozR 2200 § 1237 Nr 23; BSGE 68, 167 = SozR 3-2200 § 1237 Nr 1; BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr 2).

Gleichwohl war hier eine Leistungserbringung durch die Beklagte ausgeschlossen. Dies folgt aus § 13 Abs 2 SGB VI, der im Kontext mit den übrigen Absätzen dieses Paragraphen zu lesen ist.

Während in § 13 Abs 1 SGB VI der allgemeine Grundsatz normiert ist, daß der Träger der Rentenversicherung im Einzelfall unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Reha sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt, heißt es in Abs 2 des § 13 SGB VI: Der Träger der Rentenversicherung erbringt nicht

1. medizinische Leistungen zur Reha in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit, es sei denn, die Behandlungsbedürftigkeit tritt während der medizinischen Leistungen zur Reha ein,
2. medizinische Leistungen zur Reha anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung,



3. medizinische Leistungen zur Reha, die dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entsprechen.

In Abs 3 des § 13 SGB VI findet sich darüber hinaus geregelt: Der Träger der Rentenversicherung erbringt nach Abs 2 Nr 1 im Benehmen mit dem Träger der Krankenversicherung für diesen Krankenbehandlung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Satz 1). Er kann von dem Träger der Krankenversicherung Erstattung der hierauf entfallenden Aufwendungen verlangen (Satz 2). Nach § 13 Abs 4 SGB VI schließlich vereinbaren die Träger der Rentenversicherung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich im Benehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Näheres zur Durchführung von Abs 2 Nrn 1 und 2.

Diesen ab 1. Januar 1992 anzuwendenden Bestimmungen läßt sich entgegen der Ansicht der Vorinstanzen nicht entnehmen, daß sie nur eine Abgrenzung der Leistungszuständigkeit der Rentenversicherungsträger gegenüber derjenigen der Krankenversicherungsträger betreffen. Vielmehr stellt § 13 Abs 2 SGB VI eine allgemeine, dh umfassende Ausschlußklausel dar, die sich auch auf das Verhältnis zu den Trägern der Sozialhilfe bezieht.

Für eine derartige Auslegung spricht zunächst der weit gefaßte Wortlaut des § 13 Abs 2 SGB VI, der - anders als die Absätze 3 und 4 dieser Vorschrift - keine ausdrücklichen Hinweise auf die gesetzliche Krankenversicherung enthält. Ebenso wenig erlauben die Bezugnahmen auf Abs 2 Nrn 1 und 2 in den Absätzen 3 und 4 den zwingenden Schluß, auch Abs 2 regle nur das Verhältnis zu den Krankenversicherungsträgern. Abgesehen davon, daß bei einer derartigen Betrachtungsweise § 13 Abs 2 Nr 3 SGB VI unberücksichtigt bliebe, erscheint es gesetzessystematisch durchaus als stimmig, wenn einer allgemeinen Ausschlußklausel weitere Vorschriften zu bestimmten, praktisch bedeutsamen Anwendungsmodalitäten - hier betreffend die Krankenversicherung - beigelegt werden. Hätte der Gesetzgeber in § 13 Abs 2 SGB VI ausschließlich das Verhältnis zwischen Renten- und Krankenversicherungsträgern regeln wollen, so hätte es nahe gelegen, dort - wie in den Absätzen 3 und 4 des § 13 SGB VI - eine allein auf das Verhältnis zu den Trägern der Krankenversicherung bezogene Regelungsabsicht zum Ausdruck zu bringen. Das ist indes nicht geschehen.

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus der § 13 SGB VI betreffenden Begründung zum Entwurf des Rentenreformgesetzes 1992 (RRG 1992). Allerdings heißt es darin ua: "Absatz 2 Nr. 1 schließt entsprechend der bisherigen Rechtslage für die Dauer der akuten Phase einer Erkrankung medizinische Leistungen zur Rehabilitation aus. Die Beurteilung, wann die Akutbehandlung endet, ob und in welchem Umfang bestimmte Therapieformen vor allem bei psychisch Kranken der Akutbehandlung zuzurechnen sind, insbesondere wenn sie auf die Behebung der psychischen Fehlhaltung und auf die Stabilisierung der Persönlichkeit ausgerichtet sind, ist jedoch häufig schwierig. Deshalb sieht Ab-



satz 4 vor, daß die beteiligten Leistungsträger hierüber eine Vereinbarung treffen" (BT-Drucks 11/4124 S 155 = BR-Drucks 120/98 S 155). Diese Ausführungen lassen jedoch nicht hinreichend klar erkennen, daß damit der gesamte Regelungsgehalt des § 13 Abs 2 SGB VI erfaßt werden sollte. Es mag wohl sein, daß eine Abgrenzung der Verantwortungsbereiche von Renten- und Krankenversicherung im Vordergrund der gesetzgeberischen Beratungen gestanden hat, eine entsprechende Beschränkung der Regelung des § 13 Abs 2 SGB VI muß damit aber nicht beabsichtigt gewesen sein.

Auch die Darlegungen in den Gesetzesmotiven, daß § 13 Abs 2 Nr 1 "entsprechend der bisherigen Rechtslage für die Dauer der akuten Phase einer Erkrankung medizinische Leistungen zur Reha" ausschließe und daß es dem Rentenversicherungsträger "in Anlehnung an das bisherige Recht" möglich sein solle, "während der von ihm erbrachten medizinischen Leistungen zur Reha anstelle des Krankenversicherungsträgers Krankenbehandlung und Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft zu übernehmen, wenn die Reha voraussichtlich erfolgreich weitergeführt werden kann" (BT-Drucks 11/4124 S 155), rechtfertigten nicht die Annahme, § 13 Abs 2 SGB VI beschränke sich ausschließlich auf das Verhältnis der Rentenversicherungsträger zu den Krankenversicherungsträgern und lasse bei fehlendem Krankenversicherungsschutz eine Leistungspflicht der Rentenversicherungsträger in der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit zu. Insbesondere kann mit den Hinweisen auf das bisherige Recht nicht das Urteil des BSG vom 16. November 1989 - 5 RJ 3/89 - (BSGE 66, 87 = SozR 2200 § 1237 Nr 23) gemeint gewesen sein. Dieses ist den Beteiligten nämlich nachweislich erst im Januar 1990 zugestellt worden. Demgegenüber datiert der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zum RRG 1992 vom 10. März 1989 (BR-Drucks 120/89). Mit Formulierungen wie "entsprechend der bisherigen Rechtslage" bzw "in Anlehnung an das bisherige Recht" kann sich der Gesetzgeber mithin nur auf die Rechtspraxis in der Zeit vor der Entscheidung des BSG vom 16. November 1989 (aaO) bezogen haben. Danach aber sahen sich die Rentenversicherungsträger für die Durchführung von Entgiftungsbehandlungen allgemein nicht als zuständig an (vgl dazu Vömel, DRV 1990, 662; ders, DRV 1991, 429).

Schließlich gebieten Sinn und Zweck des § 13 Abs 2 SGB VI die vom erkennenden Senat vertretene Auslegung des § 13 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGB VI. Wenn nämlich der Begriff der medizinischen Leistungen zur Reha iS des § 15 Abs 1 SGB VI, wie oben dargelegt, weit auszulegen ist, bedarf es zur Eingrenzung der Reha-Aufgaben des Rentenversicherungsträgers einer (wortlautgetreu) weiten Auslegung auch der Ausschußtatbestände des § 13 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGB VI. Andernfalls würde der Rentenversicherungsträger zum subsidiären Krankenversicherungsträger, was mit dem gegliederten Sozialleistungssystem und der gesetzlichen Zuordnung bestimmter Aufgabenbereiche zu bestimmten Leistungsträgern kaum zu vereinbaren wäre (vgl Vömel, DRV 1991, 429, 431; allg dazu auch Krasney, Sucht aktuell, Heft 4/1996, 24, 26 f).



Findet danach die Ausschlußklausel des § 13 Abs 2 SGB VI im vorliegenden Fall Anwendung, so liegen nach den berufsgerichtlichen Tatsachenfeststellungen auch deren Voraussetzungen vor. Ob die hier durchgeführte Entgiftungsbehandlung den Begriff der "erforderlichen Krankenhausbehandlung" iS des § 13 Abs 2 Nr 2 SGB VI erfüllt, kann offenbleiben; denn nach Auffassung des Senats sind jedenfalls die Tatbestandsmerkmale des § 13 Abs 2 Nr 1 SGB VI gegeben. Der Versicherte litt während der Dauer der Entgiftungsbehandlung (24. März bis 2. April 1993) unter einer "behandlungsbedürftigen Krankheit", die nicht während der Dauer medizinischer Leistungen zur Reha eingetreten war, und befand sich dabei in einer "Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit".

Daß der Versicherte im genannten Zeitraum behandlungsbedürftig krank war, kann keinen Zweifeln unterliegen. Sein Gesundheitszustand wich, was letztlich ausschlaggebend ist (vgl etwa BSGE 35, 10, 12 = SozR Nr 52 zu § 182 RVO; Kasseler Komm/Höfler, § 27 SGB V, RdNr 19; jeweils mwN), aufgrund der Alkoholintoxikation von dem eines gesunden Menschen in so beträchtlichem Maße ab, daß es zu seiner Wiederherstellung ärztlicher Betreuung bedurfte. Auch das LSG geht konkludent vom Vorliegen einer "behandlungsbedürftigen Krankheit" aus; denn es hat seine Entscheidung nicht auf dieses Merkmal, sondern auf das Fehlen einer "Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit" gestützt. Daß die behandlungsbedürftige Krankheit des Versicherten nicht während der Dauer medizinischer Leistungen zur Reha eingetreten ist, liegt offen zutage.

Entgegen der Auffassung des LSG erfolgte die Entgiftung aber auch in einer "Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit". Was hierunter genau zu verstehen ist, braucht der Senat nicht abschließend zu definieren. Akut ist jedenfalls ein (regelmäßig plötzlich auftretender, schnell und heftig verlaufender) Zustand, der - im Gegensatz zu einem chronischen Krankheitsgeschehen (vgl Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Aufl 1998, unter "akut") - durch (intensive) ärztliche Bemühungen relativ kurzfristig behoben oder wesentlich gebessert werden kann. Darum handelt es sich hier. Denn eine bestehende Suchtmittelintoxikation ist unter ärztlicher Überwachung - wie der vorliegende Fall zeigt - grundsätzlich innerhalb weniger Tage oder Wochen zu beseitigen, um den Betroffenen auf die anstehende Entwöhnungsbehandlung vorzubereiten.

Ob sich während der Entgiftungsbehandlung Entzugsdeliri und sonstige krankhafte Begleiterscheinungen einstellen, ist, anders als das LSG meint, unerheblich. Maßgebend ist, daß mit der Entgiftungsbehandlung Komplikationen - zB Entzugsdeliri, Krampfanfälle, Lebersversagen, Halluzinationen und Kreislaufzusammenbrüche - einhergehen "können", die, sofern sie auftreten, ärztlicher Betreuung bedürfen.

Dieses Ergebnis deckt sich mit der sog Sucht-Vereinbarung vom 20. November 1978 (abgedruckt ua in BKK 1979, 58 f), die, soweit ersichtlich, weiterhin gilt. Darin haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungs-



träger auch im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG (BSGE 46, 41 = SozR 2200 § 184a Nr 1) zur Leistungsabgrenzung zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei der Reha Abhängigkeitskranker ua vereinbart, daß der nahtlose Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung anzustreben ist (§ 3 Abs 2 der Vereinbarung) und daß für die Gewährung der Entzugsbehandlung (§ 3 Abs 1 der Vereinbarung) grundsätzlich der Krankenversicherungsträger (§ 4 Abs 2 der Vereinbarung) und für die Gewährung der Entwöhnungsbehandlung (§ 2 der Vereinbarung) der Rentenversicherungsträger zuständig ist (§ 4 Abs 1 der Vereinbarung). Wenn aber die Entzugsbehandlung bei Bestehen einer gesetzlichen Krankenversicherung sinngemäß als eine nicht von den Rentenversicherungsträgern zu erbringende "Akutbehandlung" angesehen wird, erscheint eine solche Betrachtungsweise bei Anwendung des § 13 Abs 2 SGB VI auch in den Fällen angebracht, in denen ein Krankenversicherungsschutz fehlt (vgl dazu allg BSG SozR Nr 7 zu § 1237 RVO).

Eine derartige Auslegung und Anwendung des § 13 Abs 2 SGB VI läßt keine Gesetzeslücke erkennen, die der Ausfüllung bedürfte. Von einer "planwidrigen Unvollständigkeit" des Gesetzes (BGHZ 65, 300, 302; BGH NJW 1988, 2109, 2110) kann nicht die Rede sein. Wenn der Rentenversicherungsträger bei Fallgestaltungen der vorliegenden Art keine medizinischen Leistungen zur Reha erbringen soll, entspricht dies dem deutlich erkennbaren Willen des Gesetzgebers. Besteht für den alkoholkranken Versicherten kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz, so greift bei bestehender Bedürftigkeit nach Maßgabe des BSHG eine Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers ein. Damit ist sichergestellt, daß eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung nicht an den Kosten für die notwendigerweise vorgeschaltete Entgiftung scheitern muß. Daß dabei trotz des funktionellen Zusammenhangs zwischen Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung zwei verschiedene Leistungsträger tätig werden, stellt keine gravierende Beeinträchtigung der Reha dar, entspricht diese Aufgabenverteilung doch der Situation im Verhältnis zwischen Renten- und Krankenversicherungsträgern.

Der Senat verkennt nicht, daß zwischen den Sozialhilfeträgern und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger keine Vereinbarung existiert, die der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger getroffenen Sucht-Vereinbarung vergleichbar wäre. Um so deutlicher ist darauf hinzuweisen, daß alle Leistungsträger auch ohne eine solche Vereinbarung von Rechts wegen verpflichtet sind, bei der Erfüllung der ihnen nach dem Sozialgesetzbuch obliegenden Aufgaben eng zusammenzuarbeiten (§ 86 SGB X). Dort, wo es um den nahtlosen Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung geht, ist dieser Verpflichtung im Interesse des Betroffenen von seiten beider beteiligten Leistungsträger in besonderer Weise Rechnung zu tragen. Dabei gehört es gemäß § 5 RehaAnglG zu den einem Reha-Träger obliegenden Aufgaben, durch rechtzeitige Planung und Festlegung von Rückmeldungen sicherzustellen, daß die Reha bei Vorliegen der Anspruchs-



voraussetzungen lückenlos bis zur vollständige Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt wird (vgl BSG SozR 3-2200 § 1237 Nr 4).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)