

**Vereinbarung  
zum Verfahren bei Zuständigkeitswechsel  
während einer Entwöhnungsbehandlung**

zwischen

**der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin  
dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen, Kassel**  
(nachfolgend Rentenversicherungsträger genannt)

und

**dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen  
dem IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach  
der See-Krankenkasse, Hamburg  
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel  
der Knappschaft, Bochum  
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg  
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**  
(nachfolgend Krankenkasse genannt)

vom 1. September 2006

---

## **§ 1**

### **Gegenstand**

Die Vereinbarung regelt das Verfahren und den Erstattungsanspruch bei einem Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung, welche voraussichtlich länger als 8 Wochen andauert.

## **§ 2**

### **Zuständigkeit**

Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist bei Erfüllung der jeweiligen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zuständig

- a) der Rentenversicherungsträger<sup>1</sup>, wenn zu erwarten ist, dass durch die Leistung
- die erheblich gefährdete oder bereits geminderte Erwerbsfähigkeit des chronisch kranken oder behinderten Menschen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann
  - oder
  - bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit des chronisch kranken oder behinderten Menschen deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.
- b) die Krankenkasse, wenn die Voraussetzungen zur Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger nicht erfüllt sind, die Leistung aber erforderlich ist, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern.

---

<sup>1</sup> einschließlich der Träger der Alterssicherung der Landwirte

### **§ 3**

#### **Zwischenbericht**

Wenn sich während der Entwöhnungsbehandlung die Erwerbsprognose ändert, teilt die Rehabilitationseinrichtung dies dem zuständigen Rehabilitationsträger durch einen Bericht in Form des vorläufigen ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes mit.

### **§ 4**

#### **Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger**

(1) Teilt die Rehabilitationseinrichtung durch einen Bericht nach § 3 mit, dass keine positive Erwerbsprognose im Sinne von § 2 Buchstabe a) mehr besteht, überprüft der Rentenversicherungsträger – ggf. nach Einholung weiterer Gutachten – seine Leistungszuständigkeit. Hält er die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherung weiter für gegeben, führt er die Leistung fort. Sind die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben, übergibt er den Antrag mit allen Gutachten umgehend an die zuständige Krankenkasse und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend. Der Rentenversicherungsträger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag gem. § 116 SGB VI.

(2) Die Krankenkasse entscheidet innerhalb von zwei Wochen, ob die Voraussetzungen des § 11 SGB V i.V.m. § 40 SGB V erfüllt sind, und unterrichtet innerhalb dieser Frist den Rentenversicherungsträger über ihre Entscheidung.

(3) Teilt die Krankenkasse mit, dass die Voraussetzungen des § 11 SGB V i.V.m. § 40 SGB V nicht erfüllt sind, beendet der Rentenversicherungsträger die Leistung.

## **§ 5**

### **Verfahren in den Fällen der Einleitung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkasse**

(1) Teilt die Rehabilitationseinrichtung durch einen Bericht nach § 3 mit, dass eine positive Erwerbsprognose im Sinne von § 2 Buchstabe a) besteht, überprüft die Krankenkasse – ggf. nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes – ihre Leistungszuständigkeit. Hält sie die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der Rentenversicherung für gegeben, übergibt sie den Antrag mit allen Gutachten umgehend an den zuständigen Rentenversicherungsträger und macht einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ab dem Datum des Zwischenberichtes geltend.

(2) Der Rentenversicherungsträger entscheidet innerhalb von zwei Wochen darüber, ob die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI erfüllt sind und teilt dieses der Krankenkasse mit.

(3) Liegen die Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI nicht vor, entscheidet die Krankenkasse darüber, ob die Leistung zur medizinischen Rehabilitation unter den Voraussetzungen des § 11 SGB V i.V.m. § 40 SGB V weitergeführt werden kann. Der Rentenversicherungsträger entscheidet ggf. über die Umdeutung des Rehabilitationsantrages in einen Rentenantrag gem. § 116 SGB VI.

## **§ 6**

### **Verfahren**

Die im Rahmen der Landesarbeitsgemeinschaften zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker getroffenen Verfahrensvereinbarungen bleiben unberührt.

**§ 7**  
**Datenschutz**

Bei der Dokumentation und Übergabe medizinischer Unterlagen und weiterer Sozialdaten sind die gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz der Sozialdaten zu beachten.

**§ 8**  
**In-Kraft-Treten und Kündigung**

(1) Die Vereinbarung tritt am 1. September 2006 in Kraft. Sie gilt für alle nach dem 31. August 2006 eintretenden Fälle von Zuständigkeitswechsel während einer Entwöhnungsbehandlung.

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