

Regel bei der Rentenversicherung, zu verzögern. Der Rehabilitationsträger hat dann zwar die Möglichkeit, nach den §§ 60 – 62, 66 SGB I die Mitwirkung des Versicherten einzufordern und bei Verweigerung die beantragten Leistungen zu versagen. Dies allein würde aber dem Zweck des § 51 SGB V nicht dienlich sein, weil der Anspruch auf Krankengeld dann nicht berührt würde.

Deshalb muss die Aufforderung zur Antragstellung notwendigerweise auch die Verpflichtung des Versicherten zur zügigen Mitwirkung am Antragsverfahren beinhalten. Die vom Versicherten verursachte Verzögerung des Verfahrens steht der Nichtbeantragung der Leistung gleich, so dass der Anspruch auf Krankengeld entfällt, bis die erforderliche Mitwirkung nachgeholt wird und der Rehabilitationsträger das Verfahren fortsetzen kann.

e) Leistungen zur Teilhabe ohne erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit

Liegt keine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 51 Abs. 1 SGB V vor, kann die Krankenkasse selbst Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Krankenbehandlung erbringen. Hierfür sind §§ 63, 66 SGB I anwendbar, so dass im Falle einer Weigerung des Versicherten der Anspruch auf Krankengeld entzogen werden kann.

2. Schadensminderung bei Inanspruchnahme von Sachleistungen der Krankenversicherung

Nach §§ 2 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 S. 1 SGB V müssen die Leistungen der Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt gemäß § 2 Abs. 1 S. 1 SGB V zwar für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, erlangt bei den Sachleistungen bei Krankheit besondere Bedeutung. Denn im Gegensatz zur Leistung des Krankengeldes ist die Inanspruchnahme der Sachleistungen nicht an eine vorherige Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen durch den jeweils zuständigen Träger gekoppelt. Zur Inanspruchnahme der Leistungen reicht die Vorlage der persönlichen Krankenversicherungskarte beim jeweiligen Leistungserbringer aus. Dieser entscheidet, ob und welche vom Leistungsumfang der Krankenversicherung gedeckten Leistungen zustehen. Damit haben die Träger der Krankenversicherung keinen Einfluss auf den Umfang der Inanspruchnahme der Leistungen, insbesondere nicht darauf, ob nicht notwendige Behandlungen beansprucht werden.

§ 12 Abs. 1 S. 2 SGB V legt fest, dass nicht notwendige oder unwirtschaftliche Leistungen von den Versicherten nicht beansprucht werden können und von den Leistungserbringern nicht bewirkt und von der Krankenversicherung nicht bewilligt werden dürfen. Es richtet sich somit an alle drei Beteiligte des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsverhältnisses gleichermaßen. Das SGB V enthält aber nur

Regelungen zum Wirtschaftlichkeitsgebot im Hinblick auf die Leistungserbringer¹⁶⁶ und auf die Krankenkassen¹⁶⁷. Für den Versicherten, der dem Wirtschaftlichkeitsgebot ebenso unterworfen ist, sieht das SGB V keine Regelungen für den Fall einer überflüssigen oder unwirtschaftlichen Inanspruchnahme vor. Die Krankenkassen haben damit keine Möglichkeit, den Versicherten von einer unnötigen Inanspruchnahme von Leistungen durch Mehrfachuntersuchungen bei verschiedenen Ärzten („Arzt-Hopping“) oder mehrfache Medikamentenverordnung abzuhalten.

V. Schadensminderung bei den Erwerbsminderungsrenten der gesetzlichen Rentenversicherung

1. Prognose über die Dauer der verminderten Erwerbsfähigkeit

§ 43 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 2 SGB VI legt fest, dass teilweise bzw. volle Erwerbsminderung nur vorliegen, wenn der Versicherte auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, in einem bestimmten zeitlichen Umfang erwerbstätig zu sein. Im SGB VI findet sich zwar keine Bestimmung, wie die Voraussetzung „auf nicht absehbare Zeit“ zu verstehen ist. Einen Anhaltspunkt bietet jedoch § 101 Abs. 1 SGB VI, wonach befristete Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nicht vor Beginn des siebten Kalendermonats nach Eintritt der Erwerbsminderung geleistet werden. Daraus lässt sich im Umkehrschluss ableiten, dass die Erwerbsminderung mindestens für sechs Monate vorliegen muss, um einen Rentenanspruch zu begründen.¹⁶⁸ Beantragt der Versicherte also die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung, muss nicht nur über das aktuelle Vorliegen der Erwerbsminderung entschieden sondern auch beurteilt werden, ob die Erwerbsminderung mindestens sechs Monate anhalten wird.

Eine ähnliche Prognose ist auch bei der Entscheidung erforderlich, ob die zustehende Rente befristet oder unbefristet zu leisten ist. Nach § 102 Abs. 2 S. 1 SGB VI werden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf Zeit, also befristet geleistet. Eine unbefristete Bewilligung ist nach § 102 Abs. 2 S. 4 SGB VI nur dann möglich, wenn die Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit unwahrscheinlich ist.

Für die in beiden Fällen anzustellende Prognose ist es von Bedeutung, ob die der Minderung der Erwerbsfähigkeit zugrunde liegende Krankheit durch eine ärztliche

166 Hier insbesondere die vertragsärztliche Versorgung, die einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung unterworfen ist, vgl. § 106 SGB V. Zur Bedeutung der Wirtschaftlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung *Neugebauer*, Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 145 ff.

167 Haftung des Vorstandes nach § 112 Abs. 3 SGB V, wenn entgegen der gesetzlichen Vorschriften Leistungen erbracht wurden.

168 BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 16; BSG SozR 3-2600, § 43 Nr. 13; *Kamprad*, in: Hauck, SGB VI, § 43, Rn. 30; *Schmitt*, in: Wannagat, SGB VI, § 44 (alt), Rn. 20; *Niesel*, in: KassKomm, § 43 SGB VI, Rn. 25.