

wortung, Überwachung und Begleitung der Wiederaufnahme der Tätigkeit, so dass die stufenweise Wiedereingliederung durchaus als Heilbehandlung angesehen werden kann. Dies wird bisher aber nicht praktiziert, so dass die Verweigerung der stufenweisen Wiedereingliederung zumindest hinsichtlich des Krankengeldes folgenlos bleibt.

IV. Schadensminderung in der Krankenversicherung

Die bereits besprochenen Vorschriften erfassen nicht alle Möglichkeiten, die eine finanzielle Entlastung der Krankenversicherung bewirken können. Der Funktion des Krankengeldes als Ersatz kurzfristigen Erwerbsausfalls widerspricht es, wenn Leistungen bei bereits bestehender Erwerbsminderung erbracht werden. § 51 SGB V verweist die Betroffenen daher an die gesetzliche Rentenversicherung.

Eine weitere Entlastung der Krankenversicherung wäre mit der sparsamen Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung und von Heil- und Hilfsmitteln zu erreichen. Zu untersuchen ist, ob der Krankenversicherung Wege offen stehen, den Berechtigten zu einer sparsamen Inanspruchnahme dieser Leistungen anzuhelfen.

1. § 51 SGB V – Aufforderung zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder zum Antrag auf Altersrente

Gemäß § 51 Abs. 1 S. 1 SGB V ist die Krankenkasse berechtigt, den Versicherten aufzufordern, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen und hierfür eine Frist von 10 Wochen zu setzen. Hat der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, kann die Krankenkasse gemäß § 52 Abs. 1 S. 2 SGB V auch zur Beantragung einer Rente wegen Erwerbsminderung auffordern. In beiden Fällen steht die Berechtigung zur Aufforderung unter der Voraussetzung, dass der Versicherte Anspruch auf Krankengeld hat und nach einem ärztlichen Gutachten die Erwerbsfähigkeit des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist. Soweit die Voraussetzungen für den Bezug einer Regelaltersrente mit dem 65. Lebensjahr erfüllt sind, kann nach § 51 Abs. 2 SGB V zur Beantragung dieser Altersrente aufgefordert werden.

a) Zweck der Regelung

aa) Wirkung des Antrages

Im Falle einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe, § 10 Abs. 1 SGB VI.¹⁴⁶ Im Falle einer erfolgreichen Rehabilitation wird die zum Anspruch auf Krankengeld führende Arbeitsunfähigkeit beseitigt, so dass auch der Anspruch auf Krankengeld entfällt. Stellt der Träger der Rentenversicherung fest, dass Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich nicht erfolgreich sein werden oder hat die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme zu keiner Abwendung der Gefährdung oder keiner Besserung der Erwerbsfähigkeit geführt, gilt der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gemäß § 116 Abs. 2 SGB VI als Antrag auf Rente. Wird aufgrund dieses Antrages eine Rente wegen Erwerbsminderung nach §§ 43, 240 SGB VI gezahlt, wirkt sich dies auf den Krankengeldanspruch aus. Im Falle einer Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 43 Abs. 2 SGB VI entfällt der Krankengeldanspruch ab Rentenbeginn gemäß § 50 Abs. 1 Nr. 1 SGB V. Wird Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach §§ 43 Abs. 1, 240 SGB VI geleistet, wird diese gemäß § 50 Abs. 2 Nr. 1 SGB V auf das Krankengeld angerechnet und dieses damit vermindert. Die Bewilligung einer Rente entlastet die Krankenkasse ganz oder teilweise von der Zahlung des Krankengeldes.

Gleiches gilt hinsichtlich des Verhältnisses von Krankengeld zur Altersrente: Der Bezug einer Vollrente wegen Alters schließt den Anspruch auf Krankengeld gemäß § 50 Abs. 1 Nr. 1 SGB V aus.

bb) Zweck von § 51 SGB V

Aus dieser Entlastungsfunktion leitet sich der Zweck des § 51 SGB V ab.¹⁴⁷ Die Krankenkasse soll davor geschützt werden, dass arbeitsunfähige Versicherte Krankengeld in Anspruch nehmen, obwohl die Arbeitsunfähigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen behoben werden könnte oder neben der Arbeitsunfähigkeit auch Erwerbsminderung vorliegt, so dass Rentenleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zustehen. Ein solcher Schutz ist notwendig, da das Krankengeld aus dem letzten versicherten Einkommen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit berechnet wird¹⁴⁸ und somit im Regelfall höher ist als die Rente, die aus allen während der

146 Ausnahme: Beruht die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auf den Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, werden durch die Rentenversicherung keine Teilhabeleistungen erbracht, § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI. In diesem Fall dürfte aber auch kein Krankengeld gezahlt werden, weil der Anspruch auf Verletztengeld aus der Unfallversicherung vorrangig ist, § 11 Abs. 4 SGB V.

147 Höfler, in: KassKomm, § 51 SGB V, Rn. 2.

148 § 47 SGB V: 70 v.H. des versicherten Bruttoeinkommen, max. 90 v.H. des Nettoeinkommens.

Versicherungsdauer erzielten Entgelten berechnet wird und darüber hinaus ein wesentlich geringeres Sicherungsniveau bietet. Darüber hinaus begründet der Bezug von Krankengeld in der Regel Versicherungspflicht in der GRV¹⁴⁹, so dass durch die Beitragszahlung eine Erhöhung des Rentenanspruchs bewirkt werden kann. Versicherte werden es also vorziehen, möglichst die Höchstbezugsdauer des Krankengeldes von 78 Wochen gemäß § 48 SGB V auszuschöpfen, ehe ein Anspruch auf Rente aus der GRV geltend gemacht wird.¹⁵⁰

b) Voraussetzungen der Aufforderung

aa) Anspruch auf Krankengeld

Die Krankenkasse kann den Berechtigten nur dann auffordern, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe zu stellen, wenn ein Anspruch auf Krankengeld nach § 44 SGB V besteht. Dies setzt voraus, dass entweder Arbeitsunfähigkeit vorliegt oder der Versicherte auf Kosten der Krankenkasse stationär behandelt wird. Ruht der Anspruch auf Krankengeld wegen des Vorrangs anderer Ansprüche nach § 49 Abs. 1 SGB V, z.B. der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber nach § 3 EFZG oder der Fortzahlung des Arbeitslosengeldes nach § 126 SGB III, ist § 51 SGB V ebenfalls anwendbar.

bb) Erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit

Nicht jegliche Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit durch Krankheitsfolgen berechtigt die Krankenkasse bereits, den Versicherten aufzufordern, Teilhabeleistungen zu beantragen. Die Gefährdung oder bereits eingetretene Minderung der Erwerbsfähigkeit muss erheblich sein, ein gewisses Gewicht haben.¹⁵¹ Von einer erheblichen Minderung der Erwerbsfähigkeit ist auszugehen, wenn die Krankheit Funktionsausfälle verursacht, die sich nicht nur unwesentlich auf das Leistungsvermögen des Versicherten auswirken und voraussichtlich auch längere Zeit andauern werden.¹⁵² Die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist erheblich, wenn eine Minderung derselben nach den bereits ausgeführten Kriterien in absehbarer Zeit zu erwarten ist, sofern

149 § 3 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI.

150 Auf diese Interessenlage weist auch *Noftz*, in: Hauck, § 51 SGB VI, Rn. 32 hin.

151 BSG 28, 18, 20; BSG SozR 2200, § 1236 Nr. 31; *Hennies*, Krankengeld, Rehabilitation, Rente – Verlagerung von Leistungspflichten der Krankenkassen, MedSach 1995, S. 95, 96; *Schmidt*, in: Peters, Handbuch Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 18.

152 *Schmidt*, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 18; ähnlich auch *Höfler*, in: KassKomm, § 51 SGB V, Rn. 6, der auf die Voraussetzungen des § 10 Abs. 11 SGB VI verweist.

keine rehabilitativen Maßnahmen getroffen werden.¹⁵³ Eine nur mögliche Minderung der Erwerbsfähigkeit in ferner Zukunft reicht nicht.

Fraglich ist, ob die erhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit an die Voraussetzungen der Rente wegen Erwerbsminderung angelehnt werden kann. Dafür würde sprechen, dass die Gewährung von Teilhabeleistungen durch die Rentenversicherung an die Voraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung anknüpft.¹⁵⁴ Dann würde eine erhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit erst dann vorliegen, wenn das Leistungsvermögen so weit eingeschränkt wäre, dass Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von mindestens sechs Stunden nicht mehr möglich sind.¹⁵⁵ Sofern der Versicherte unter den Anwendungsbereich des § 240 SGB VI fällt, wäre es auch ausreichend, wenn der Versicherte die letzte Tätigkeit oder eine zumutbare Verweisungstätigkeit nicht mehr mindestens sechs Stunden täglich ausüben kann.

cc) Ärztliches Gutachten

Die Krankenkasse muss die erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund eines ärztlichen Gutachtens feststellen. Als ärztliches Gutachten gilt nicht jegliche ärztliche Stellungnahme zum Gesundheitszustand des Versicherten, sondern nur eine, die unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte, der Befunde und Diagnosen eine Beurteilung des Leistungsvermögens des Versicherten enthält.¹⁵⁶ Welcher Arzt dieses Gutachten erstellt, ist für die Entscheidung der Krankenkasse ohne Belang. In der Regel werden diese Gutachten aber von den Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen¹⁵⁷ erstellt.

c) Verfahren

aa) Ermessensentscheidung

Liegen die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V vor, kann die Krankenkasse ihren Versicherten unter Setzung einer Frist von 10 Wochen auffor-

153 Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 18; ähnlich auch Höfler, in: KassKomm, § 51 SGB V, Rn. 6.

154 Vgl. dazu den Wortlaut des § 10 SGB VI, der für die persönlichen Voraussetzungen für Teilhabeleistungen zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung auf das Vorliegen einer Erwerbsminderung verweist.

155 § 43 Abs. 1 S. 2 SGB VI – teilweise Erwerbsminderung.

156 BSG SozR3-220, § 183 Nr. 2; Marschner, in: v. Maydell (Hrsg.), GK-SGB V, § 51, Rn. 4; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 22; Nofzt, in: Hauck, § 51 SGB V, Rn. 15.

157 §§ 275 ff. SGB V.

wendig ist.¹⁶² Der Anspruch auf Krankengeld lebt wieder auf, wenn der Antrag später gestellt wird und wird ab dem Tag der Antragstellung erneut erbracht.¹⁶³

dd) Einschränkung der Dispositionsbefugnis des Versicherten bei Antragstellung nach Aufforderung

Zur Sicherung der Interessen der Krankenkasse enden die Verpflichtungen des Versicherten nicht mit der geforderten Antragstellung. Unter normalen Umständen steht es dem Versicherten frei, den einmal gestellten Antrag zurückzunehmen, der Geltung des Antrags auf Teilhabeleistungen als Rentenanspruch zu widersprechen oder im Falle eines Altersrentenanspruchs den Rentenbeginn zu verschieben. All dies würde aber die Bezugsdauer des Krankengeldes verlängern und damit dem durch § 51 SGB V verfolgten Zweck einer Risikoabgrenzung zwischen GKV und GRV zuwider laufen. Daher entfaltet die Aufforderung nach § 51 SGB V auch Wirkungen über die eigentliche Antragstellung hinaus. Durch die Aufforderung ist der Versicherte in seiner Dispositionsbefugnis hinsichtlich des gestellten Antrages eingeschränkt, d.h. ohne Zustimmung der Krankenkasse kann der Antrag nicht zurückgenommen oder geändert werden.¹⁶⁴ Trifft der Versicherte entsprechende Dispositionen ohne Zustimmung der Krankenkasse, entfällt ebenfalls der Anspruch auf Krankengeld. Allerdings muss die Krankenkasse auf die Einschränkung des Dispositionsrechts hinweisen.¹⁶⁵

d) Auswirkung der Verletzung von Mitwirkungspflichten nach §§ 60 – 62 SGB I

Fraglich ist, ob und wie sich eine Verzögerung des von der Krankenkasse initiierten Antragsverfahrens auswirkt. Wie bereits geschildert, kann der Versicherte verschiedene Interessen daran haben, die Bezugsdauer des Krankengeldes möglichst weit auszudehnen, bevor Rente gewährt wird. Will er nach einer Aufforderung gemäß § 51 SGB V den Wegfall des Krankengeldes vermeiden, muss er zunächst den von der Krankenkasse geforderten Antrag stellen. Allerdings hat er es in der Hand, durch Nichtangabe von Tatsachen, Nichtvorlage von Unterlagen oder Nichterscheinen bei einer notwendigen Untersuchung das Verfahren beim Rehabilitationsträger, in der

162 Höfler, in: KassKomm, § 51 SGB V, Rn. 10; Schmidt, in: Peters, Handbuch zur Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 48.

163 Schmidt, in: Peters, Handbuch zur Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 51; Nofitz, in: Hauck, § 51 SGB V, Rn. 62.

164 BSGE 52, 26 = SozR 2200 § 1248 Nr. 33; das gilt auch, wenn der Versicherte bereits ohne Aufforderung einen Antrag gestellt hat und die Krankenkasse nun nachträglich auf Grundlage von § 51 SGB V das Dispositionsrecht einschränkt, BSGE 76, S. 216, 218.

165 BSGE 76, S. 218, 223 f.; Schmidt, in: Peters, Handbuch zur Krankenversicherung, § 51 SGB V, Rn. 47; Nofitz, in: Hauck, § 51 SGB V, Rn. 34.

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 Beteiligten des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsverhältnisses gleichermaßen. Das SGB V enthält aber nur