S 2 KA 73/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Versorgung – Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte durch originäres Mitglied einer deutschen Krankenkasse als vermeintlicher Grenzgänger – keine Einzelleistungsvergütung zusätzlich zur Gesamtvergütung
Leitsätze	Für Behandlungsfälle, in denen Versicherte dem Vertragsarzt eine Europäische Krankenversicherungskarte vorgelegt haben, tatsächlich aber keine Grenzgänger, sondern originäre Mitglieder der deutschen Krankenkasse waren, hat die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung keine Einzelleistungsvergütung zusätzlich zu der bereits geleisteten Gesamtvergütung zu gewähren.
Normenkette	SGB V § 106a Abs 1; SGB V § 106a Abs 3; SGB V § 106a Abs 5 S 2 F: 2007-03-26; SGB V § 106d F: 2017-01-01; SGB V § 106d Abs 5 S 2; SGB V § 69 Abs 1 S 3; SGB V § 87a Abs 3 S 1 F: 2007-03-26; SGB V § 291 Abs 1 S 2 F: 2015-12-21; SGB V § 291 Abs 1 S 3 F: 2003-11-14; SGB V § 291 Abs 4 S 1 F: 2003-11-14; SGB V § 291 Abs 4 S 1 F: 2015-12-21; SGB V § 291a Abs 1 S 1; SGB V § 291c; EGV 883/2004 Art 17; BMV-Ä § 48; BMV-Ä Anl 4 Anm 1 § 6 Abs 8; BMV-Ä Anl 20 § 2; BMV-Ä Anl 20 § 3 Abs 1 S 2; BMV-Ä Anl 20 § 3 Abs 3; BGB § 823 Abs 2 S 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KA 73/17

Datum	21.08.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KA 42/19
Datum	29.03.2022

3. Instanz

Datum	23.03.2023

Â

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 29.Â MÃ¤rz 2022 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

G r Ã¼ n d e :

I

1
Die klagende KassenÃ¤rztliche Vereinigung (KÃ□V) begehrt von der beklagten Krankenkasse einen Ausgleich des von ihr auf der Grundlage der Verordnung NrÂ 883/2004 desÂ EuropÃ¤ischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (im Folgenden: VO 883/2004) fÃ¼r Sachleistungsaushilfe an VertragsÃ¤rzte ausgekehrten Honorars iH von 230Â 021,32Â Euro.

2
VertragsÃ¤rzte im ZustÃ¤ndigkeitsbereich der KlÃ¤gerin behandelten in den Quartalen 1/2009 bis 2/2016 ua sog GrenzgÃ¤nger, die aufgrund einer ErwerbstÃ¤tigkeit in einem anderen Mitgliedsstaat derÂ EuropÃ¤ischen Union (EU) Â zumeist DÃ¤nemarkÂ Mitglied des dortigen Krankenversicherungs-systems waren, aber ihren Wohnsitz in Deutschland behielten und die Beklagte als aushelfende Krankenkasse gewÃ¤hlt hatten. Diese Patienten legten anlÃ¤sslich der jeweiligen Arztbesuche die ihnen von der Beklagten ausgestellte Krankenversicherungskarte bzw elektronische Gesundheitskarte (im Folgenden: Versicherungskarte) vor, die den Karteninhaber als GrenzgÃ¤nger â□□ sog Status 7 â□□ auswies. Die in Anspruch genommenen VertragsÃ¤rzte rechneten ihre Behandlung als Sachleistungsaushilfe im Wege des Einzelleistungsnachweises ab und wurden von der KlÃ¤gerin entsprechend honoriert. Die KlÃ¤gerin forderte die Beklagte jeweils nach Ablauf von drei Quartalen unter Mitteilung der von den VertragsÃ¤rzten vorgenommenen Behandlungen und gezahlten Honorare zur Erstattung der abgerechneten Einzelleistungen auf. Die Beklagte kam bei Ã□berprÃ¼fung des Versichertenstatus regelmÃ¤Ã□ig zu dem Ergebnis, dass ein geringer Anteil (6 bis 7Â %) tatsÃ¤chlich keine GrenzgÃ¤nger, sondern als originÃ¤re Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert

waren, obgleich sie bei den in Anspruch genommenen Ãrzten dieÂ EuropÃ¤ische Versicherungskarte zur Umsetzung der VO (EG) 883/2004 vorgelegt hatten. Einen Ausgleich fÃ¼r diese BehandlungsfÃ¤lle lehnte die Beklagte ab.

3
Das SG hat die Beklagte zur Zahlung eines Ausgleichs fÃ¼r die BehandlungsfÃ¤lle iH von 230Â 021,32Â Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 21.8.2019). Eine Haftung der Beklagten ergebe sich aus dem Rechtsschein, den sie dadurch gesetzt habe, dass sie die den GrenzgÃ¤ngerstatus ausweisenden Versicherungskarten nicht eingezogen habe, nachdem eine Pflichtmitgliedschaft der Betroffenen in der GKV begrÃ¼ndet worden sei. Aus den einschlÃ¤gigen Regelungen Â insbesondere aus Â§Â 48 AbsÂ 4 Bundesmantelvertrag Ãrzte (BMV-Ã) und Â§Â 21 AbsÂ 3 SatzÂ 1 BMVÃÂ folge, dass der Honoraranspruch des Vertragsarztes auch bei Vorlage einer falschen bzw gefÃ¤lschten Versicherungskarte â soweit gesetzlicher Krankenversicherungsschutz tatsÃ¤chlich nicht bestehe â geschÃ¼tzt sei.Â Dieser allgemeine Rechtsgedanke sei auch auf die hier vorliegende Fallkonstellation anzuwenden.

4
Das LSG hat auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen (Urteil vom 29.3.2022). Ein Anspruch der KlÃ¤gerin auf EinzelleistungsvergÃ¼tung zusÃ¤tzlich zu der bereits geleisteten GesamtvergÃ¼tung bestehe nicht. Nach Erhalt der Mitteilungen der Beklagten, welche BehandlungsfÃ¤lle tatsÃ¤chlich Versicherte der GKV betrafen, hÃ¤tte die KlÃ¤gerin die vertragsÃ¤rztlichen Abrechnungen dahingehend sachlich-rechnerisch richtigstellen mÃ¼ssen, dass die VergÃ¼tung nicht extrabudgetÃ¤r, sondern aus der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung erfolge. Dem stehe nicht entgegen, dass die Beklagte die ihr obliegende Einziehungspflicht nach Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF nicht erfÃ¼llt habe. An die Verletzung der aus Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF folgenden Karteneinziehungspflicht knÃ¼pfe das Gesetz keine Sanktion. Auch die Voraussetzungen einer Rechtsscheinhaftung lÃ¤gen nicht vor. Ein Anspruch der KlÃ¤gerin lasse sich weder auf Â§Â 3 AbsÂ 3 der zwischen der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung (KÃBV) und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vereinbarung zur Anwendung derÂ EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarte vom 1.7.2004 (AnlageÂ 20 BMV-Ã) oder Â§Â 6 AbsÂ 8 der 1.Â ErgÃ¤nzung zu Anlage 4 des BMV-Ã (Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte) bzw Â§Â 19 AbsÂ 7 BMV-Ã stÃ¼tzen. Diese Regelungen betrÃ¤fen nur FÃ¤lle, in denen die eine falsche Versicherungskarte vorlegende Person tatsÃ¤chlich nicht bei der durch die Karte ausgewiesenen Krankenkasse versichert sei bzw solche FÃ¤lle, in denen durch vorangegangene sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung kein rechtmÃ¤Ãiger VergÃ¼tungsanspruch des Vertragsarztes Â wenn auch mÃ¶glicherweise in geringerer HÃ¶heÂ zur Entstehung gelangt sei. Die Vorschriften konstituierten zudem allein eine Haftung der Krankenkasse gegenÃ¼ber dem einzelnen Vertragsarzt, nicht jedoch eine Haftung der Krankenkasse gegenÃ¼ber der KÃV. Auch fehle es an abtretbaren VergÃ¼tungsansprÃ¼chen der VertragsÃ¤rzte gegenÃ¼ber den behandelten Versicherten. Denn fÃ¼r die VergÃ¼tung dieser Patienten habe die Beklagte der KlÃ¤gerin mit befreiender Wirkung Â auch fÃ¼r

DritteÂ bereits die morbiditÃ¤tsbedingte GesamtvergÃ¼tung geleistet. Auch die Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruches gemÃ¤Ã Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V iVm Â§Â 823 AbsÂ 2 SatzÂ 1 BGB seien nicht erfÃ¼llt. Ein Schaden wÃ¤re allein dann auf Seiten der VertragsÃ¤rzte eingetreten, wenn deren Honorar die aus der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung zu erzielende VergÃ¼tung fÃ¼r den jeweiligen Behandlungsfall Ã¼bersteige. Nur wenn dieser Differenzbetrag bei der KlÃ¤gerin verbleibe, wÃ¤re dieser ein Schaden entstanden. DafÃ¼r sei jedoch schon nichts vorgetragen.

5
Mit der Revision macht die KlÃ¤gerin eine Verletzung der ArtÂ 17 bis 20 (VO) EG 883/2004 iVm Â§Â 3 AnlageÂ 20 zum BMV-Ã sowie Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ã geltend. Ein Antrag der Beklagten auf sachlich-rechnerische Berichtigung kÃ¶nne nur erfolgreich sein, wenn den Vertragsarzt ein Verschulden treffe, woran es vorliegend mangele. Zwar sei der in Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378) verankerte gesetzgeberische Wille erst zum 1.4.2018 in der AbrechnungsprÃ¼fungsrichtlinie (Â§Â 18 AbsÂ 4 NrÂ 6 und AbsÂ 6 SatzÂ 2) umgesetzt worden, aber bereits in den Quartalen 1/2009 bis 2/2016 sei ein Regress nach dem Willen des Gesetzgebers nur bei einem Verschulden des Vertragsarztes in Betracht gekommen. Den Vorschriften ua des Â§Â 3 AbsÂ 3 Anlage 20 BMV-Ã, Â§Â 6 AbsÂ 8 der 1.Â ErgÃ¤nzung zu AnlageÂ 4 des BMV-Ã sei zudem der Rechtsgedanke gemein, dass der Vertragsarzt in seinem Vertrauen in die Richtigkeit einer vorgelegten, fÃ¼r ihn nicht erkennbar ungÃ¼ltigen bzw falschen Versicherungskarte geschÃ¼tzt sei. Dieser Rechtsgedanke mÃ¼sse auch fÃ¼r die vorliegende Fallkonstellation gelten. Der jeweilige Vertragsarzt habe bei Vorlage der Versicherungskarte jedenfalls nicht erkennen kÃ¶nnen, dass es sich tatsÃ¤chlich um einen originÃ¤r bei der Beklagten versicherten Patienten handele; ihn treffe daher kein Verschulden. Vielmehr habe die Beklagte ihre Karteneinziehungspflicht gemÃ¤Ã Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF verletzt und es dadurch erst ermÃ¶glicht, dass anlÃ¤sslich der vertragsÃ¤rztlichen Behandlung Versicherungskarten mit dem Â nicht mehr zutreffendenÂ Status 7 vorgelegt worden seien. Die nachtrÃ¤gliche Umstellung der betroffenen BehandlungsfÃ¤lle von einer EinzelleistungsvergÃ¼tung in eine VergÃ¼tung aus der morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung wÃ¼rde sich im Ãbrigen zu Lasten aller vertragsÃ¤rztlichen Mitglieder der KlÃ¤gerin auswirken. Dh alle VertragsÃ¤rzte mÃ¼ssten dann fÃ¼r einen Fehler einstehen, der allein in der SphÃ¤re der Beklagten liege, weil diese ihrer Verpflichtung zur Karteneinziehung nicht nachgekommen sei.

6
Die KlÃ¤gerin beantragt,
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 29.3.2022 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 21.8.2019 zurÃ¼ckzuweisen.

7
Die Beklagte beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

8
Sie hÃ¤lt die angefochtene Entscheidung fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig. Das BSG (Hinweis auf Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28) habe bereits entschieden, dass die ambulante Ã¤rztliche Behandlung in Form von Sachleistungsaushilfe fÃ¼r Patienten, die in einem anderen EU-Staat krankenversichert sind, im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung erfolgt und daher der AbrechnungsprÃ¼fung nach Â§Â 106a SGBÂ V aF (jetzt Â§Â 106d SGBÂ V) durch die KÃVen und die Krankenkassen unterliege. Im Hinblick auf die Besonderheit der extrabudgetÃ¤r als EinzelleistungsvergÃ¼tung zu honorierenden Leistungen hÃ¤nge der Berichtigungsanspruch gemÃ¤Ã Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF danachÂ allein davon ab, dass diese Leistungen zu Unrecht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe abgerechnet worden sind. Auch wenn die KlÃ¤gerin keine AnsprÃ¼che mehr gegenÃ¼ber den VertragsÃ¤rzten geltend machen kÃ¶nne, stehe ihr dementsprechend kein weiterer Zahlungsanspruch zu. Es komme auch nicht darauf an, ob den Vertragsarzt ein Verschulden treffe. Zwar ermÃ¤chtige Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 1 und 2 SGBÂ V aF die KÃVen und die LandesverbÃ¤nde der Krankenkassen und Ersatzkassen, gemeinsam und einheitlich den Inhalt und die DurchfÃ¼hrung der PrÃ¼fungen nach den AbsÃ¤tzen 2 bis 4 zu vereinbaren und in den Vereinbarungen auch MaÃnahmen fÃ¼r den Fall des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen. Indes setze diese Regelung schon dem Wortlaut nach das Nichtbestehen einer Leistungspflicht voraus. Ein solcher Fall liege hier aber nicht vor. Vielmehr hÃ¤tten die Patienten als originÃ¤r Versicherte vertragsÃ¤rztliche Leistungen in Anspruch genommen. FÃ¼r diese sei sie Â die BeklagteÂ im Rahmen der budgetierten GesamtvergÃ¼tung leistungspflichtig. Es liege daher schon kein Fall des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkasse iS des Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF (jetzt Â§Â 106d AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V) vor. Auch dass sie mÃ¶glicherweise ihre Karteneinziehungspflicht gemÃ¤Ã Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF verletzt habe, begrÃ¼nde keinen weiteren VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin. HierfÃ¼r fehle es schon an einer Anspruchsgrundlage. Im Ãbrigen sei der KlÃ¤gerin auch kein Schaden entstanden, denn sie Â die BeklagteÂ habe fÃ¼r die erbrachten Ã¤rztlichen Leistungen mit befreiender Wirkung die GesamtvergÃ¼tung bezahlt.

II

9
Die zulÃ¤ssige Revision der KlÃ¤gerin ist unbegrÃ¼ndet (Â§Â 170 AbsÂ 1 SGG). Zu Recht hat das LSG auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. FÃ¼r die BehandlungsfÃ¤lle, in denen Versicherte dem behandelnden Vertragsarzt eineÂ EuropÃ¤ische Krankenversicherungskarte vorgelegt haben, tatsÃ¤chlich aber keine GrenzgÃ¤nger, sondern originÃ¤re Mitglieder der Beklagten waren, hat die Beklagte der KlÃ¤gerin keine EinzelleistungsvergÃ¼tung zusÃ¤tzlich zu der bereits geleisteten GesamtvergÃ¼tung zu gewÃ¤hren.

10
A. Die KlÃ¤gerin verfolgt ihr Klagebegehren zutreffend mit der allgemeinen Leistungsklage gemÃ¤Ã Â§Â 54 AbsÂ 5 SGG, da sich die KÃV und die Krankenkasse bei DurchfÃ¼hrung des Abrechnungsverkehrs im GleichordnungsverhÃ¤ltnis gegenÃ¼berstehen (vgl BSG Urteil vom 10.5.1995 Â 6Â RKa 7/94Â BSGE 76, 113, 114 = SozR 3-5545 Â§Â 19 NrÂ 1 SÂ 2). Die KlÃ¤gerin ist hinsichtlich des geltend gemachten Zahlungsanspruchs auch aktiv legitimiert, da sie im Falle der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 GlÃ¤ubigerin der von der Krankenkasse zusÃ¤tzlich zur GesamtvergÃ¼tung zu entrichtenden EinzelleistungsvergÃ¼tung ist (vgl BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 28).

11
B. Dem Erstattungsbegehren der klagenden KÃV liegen BehandlungsfÃ¤lle zugrunde, die von den behandelnden VertragsÃ¤rzten gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin im Wege der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet wurden.

12
ArtÂ 17 bis 20 VO (EG) 883/2004 normieren die Koordinierung von Sachleistungen fÃ¼r Auslandskrankenbehandlungen (sog Sachleistungsaushilfe) innerhalb derÂ EuropÃ¤ischen Union (EU). Das Prinzip der Sachleistungsaushilfe trÃ¤gt dem Umstand Rechnung, dass ein Sachleistungsexport des zustÃ¤ndigen TrÃ¤gers bei Leistungen fÃ¼r Krankheit mit einem hohen bÃ¼rokratischen und logistischen Aufwand verbunden wÃ¤re und hÃ¤ufig zu spÃ¤t kÃ¤me (Schreiber in Schreiber/Wunder/Dern, VO NrÂ 883/2004, 2012, ArtÂ 17 RdNrÂ 7). Nach ArtÂ 17 VO (EG) 883/2004 erhalten Versicherte oder ihre FamilienangehÃ¶rigen, die in einem anderen als dem zustÃ¤ndigen Mitgliedstaat wohnen, Sachleistungen nach dem Recht des Wohnmitgliedstaates. Bei der Sachleistungsaushilfe werden die Leistungen jeweils fÃ¼r Rechnung des zustÃ¤ndigen TrÃ¤gers erbracht; die Erstattung zwischen dem zustÃ¤ndigen TrÃ¤ger und dem aushelfenden TrÃ¤ger erfolgt gemÃ¤Ã ArtÂ 35 VO (EG) 883/2004 iVm ArtÂ 62Â ff VO (EG) NrÂ 987/2009 (Verordnung desÂ EuropÃ¤ischen Parlaments und des Rates vom 16.9.2009 zur Festlegung der ModalitÃ¤ten fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der VO NrÂ 883/2004 Ã¼ber die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit).

13
Nach den maÃgeblichen Vorgaben der VO (EG) 883/2004 werden die Leistungsberechtigten vollstÃ¤ndig in das Leistungssystem des aushelfenden TrÃ¤gers â hier der Beklagten â integriert und stehen den Versicherten in leistungsrechtlicher Hinsicht gleich. Die ambulante Ã¤rztliche Behandlung der Patienten erfolgt in Deutschland im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung iS der Â§Â§Â 72Â ff SGBÂ V (BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 19 mwN). Nach Â§Â 1 AbsÂ 1 der Anlage 20 zum BMV-Ã hat ein im Ausland Versicherter bei Vorlage einer EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarte oder einer provisorischen Ersatzbescheinigung bei einem Vertragsarzt Anspruch auf die Â unter BerÃ¼cksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des AufenthaltsÂ medizinisch notwendige

Behandlung. Nach Â§Â 3 der Anlage 20 zum BMV-Ã erfolgt die Abrechnung und VergÃ¼tung der erbrachten Leistungen zu Lasten der vom Patienten gewÃ¤hlten Krankenkasse mit den Preisen, die in der KÃV gelten, deren Mitglied der Vertragsarzt ist (Â§Â 3 AbsÂ 1). Dabei erfolgt die Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ã (Â§Â 3 AbsÂ 2 SatzÂ 1) als EinzelleistungsvergÃ¼tung auÃerhalb der GesamtvergÃ¼tung. Das bedeutet, dass die Krankenkasse nach Abrechnung des Behandlungsfalls die VergÃ¼tung fÃ¼r die erbrachten Leistungen â jedenfalls soweit es um die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im Inland geht â vollstÃ¤ndig und zusÃ¤tzlich zur bereits geleisteten GesamtvergÃ¼tung an die KÃV zu leisten hat, die ihrerseits die VergÃ¼tung an den Vertragsarzt oder sonstigen Teilnehmer an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung auszahlt (BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 42500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 28 mwN). In dieser Weise ist die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber den VertragsÃ¤rzten verfahren.

14
C. Ein Anspruch der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten auf zusÃ¤tzliche VergÃ¼tung der streitigen BehandlungsfÃ¤lle, die von den behandelnden VertragsÃ¤rzten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind, besteht nach diesen Regelungen jedoch nicht. TatsÃ¤chlich handelt es sich nach den fÃ¼r den Senat bindenden Feststellungen des LSG Â gegen die keine VerfahrensrÃ¼gen vorgebracht wurden (Â§Â 163 SGG)Â bei den Ã¤rztlich behandelten Personen um solche, die zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr den Status von sog GrenzgÃ¤ngern innehatten, sondern tatsÃ¤chlich in der GKV versichert waren. Die Beklagte war nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF (hier noch in der Fassung des GMG vom 14.11.2003, BGBl I 2190; heute Â§Â 106d AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V) auch berechtigt zu prÃ¼fen, ob die BehandlungsfÃ¤lle tatsÃ¤chlich GrenzgÃ¤nger betrafen und damit zu Recht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind (dazu 1). Da die behandelten Patienten tatsÃ¤chlich Versicherte der Beklagten waren, ist die Behandlung dieser Versicherten mit der von der Beklagten entrichteten GesamtvergÃ¼tung abgegolten (dazu 2). Der Umstand, dass der behandelnde Vertragsarzt durch Vorlage der entsprechenden Versicherungskarten annehmen durfte, dass es sich bei den Patienten um GrenzgÃ¤nger handelt, Ã¤ndert hieran nichts (dazu 3). Auch SchadensersatzansprÃ¼che nach Â§Â 48 BMV-Ã oder in entsprechender Anwendung gemÃ¤Ã Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V iVm Â§Â 823 AbsÂ 2 SatzÂ 1 BGB kommen nicht in Betracht (dazuÂ 4).

15
1. Ambulante Ã¤rztliche Behandlungen, die â wie hier â als Leistungen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind, sind vom Antragsrecht der Krankenkassen nach Â§Â 106a AbsÂ 3 und 4 iVm AbsÂ 2 SGBÂ V aF (heute jeweils Â§Â 106d SGBÂ V) erfasst (BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 14).

16
a) Nach Â§Â 106a AbsÂ 1 SGBÂ V aF (heute Â§Â 106d AbsÂ 1 SGBÂ V) prÃ¼fen die KÃV und die Krankenkassen die RechtmÃ¤Ãigkeit und PlausibilitÃ¤t der

Abrechnungen in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung. Die AbrechnungsprÃ¼fung nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SGBÂ V aF (heute Â§Â 106d AbsÂ 3 SGBÂ V) ist mit Wirkung ab dem 1.1.2004 als eigenstÃ¤ndige Aufgabe der Krankenkasse neben die der KÃ□V nach Â§Â 106a AbsÂ 2 SGBÂ V aF (heute Â§Â 106d AbsÂ 2 SGBÂ V) obliegende AbrechnungsprÃ¼fung getreten. GemÃ¤Ã□ Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 SGBÂ V aF prÃ¼fen die Krankenkassen die Abrechnungen der VertragsÃ¤rzte (jetzt: â□□der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ã□rzte und Einrichtungenâ□□), insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht (NrÂ 1), der PlausibilitÃ¤t von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose (NrÂ 2) sowie der PlausibilitÃ¤t der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Ã□rzte (NrÂ 3); gemÃ¤Ã□ Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 2 SGBÂ V aF haben sie die KÃ□Ven unverzÃ¼glich Ã¼ber die DurchfÃ¼hrung der PrÃ¼fungen und deren Ergebnisse zu unterrichten. Durch Â§Â 106a AbsÂ 3 SGBÂ V aF werden die Krankenkassen in die PrÃ¼fung der Abrechnungen einbezogen und ihnen eine eigenstÃ¤ndige Ã□berprÃ¼fungspflicht auferlegt. Bei den streitigen BehandlungsfÃ¤llen, bei denen die Behandlung der Patienten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden ist, handelt es sich um solche der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung. Diese unterfallen daher grundsÃ¤tzlich der AbrechnungsprÃ¼fung nach Â§Â 106a SGBÂ V aF (BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 17Â ff). Â

17
b) Nach der Rechtsprechung des Senats ist auch geklÃ¤rt, dass die von den Krankenkassen vorzunehmende PrÃ¼fung gemÃ¤Ã□ Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF die Frage einschlieÃ□t, ob der behandelnde Vertragsarzt den KostentrÃ¤ger zutreffend angegeben hat (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 17; BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 26). In Bezug auf das Bestehen der Leistungspflicht iS von Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF ist zu prÃ¼fen, ob der Versicherte, fÃ¼r den die Leistungen zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden, gegen diese dem Grunde und dem Umfang nach einen Anspruch hatte. Dies beinhaltet die Feststellung der Leistungspflicht aufgrund des Versichertenstatus und im Hinblick auf die ZustÃ¤ndigkeit eines anderen LeistungstrÃ¤gers mithin auch die Frage, ob der behandelnde Vertragsarzt den zutreffenden KostentrÃ¤ger angegeben hat (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 42500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 17).

18
c) Der Hintergrund fÃ¼r die PrÃ¼fung der Abrechnung besteht in dieser Konstellation in der Verhinderung einer Doppelzahlung: Beruht die Leistungspflicht der Beklagten Â wie hierÂ auf einem VersicherungsverhÃ¤ltnis mit dem Patienten, erfolgt die Abrechnung der Behandlung im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung Ã¼ber die KÃ□V grundsÃ¤tzlich zu Lasten der GesamtvergÃ¼tung. GemÃ¤Ã□ Â§Â 87a AbsÂ 3 SatzÂ 1 SGBÂ V vereinbaren die Partner der GesamtvertrÃ¤ge bis zum 31.10. gemeinsam und einheitlich fÃ¼r das Folgejahr mit Wirkung fÃ¼r die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KÃ□V zu zahlenden morbiditÃ¤tsbedingten

GesamtvergÃ¼tungen fÃ¼r die gesamte vertragsÃ¤rztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KÃ□V. MaÃ□gebend fÃ¼r die HÃ¶he der GesamtvergÃ¼tung ist gemÃ¤Ã□ Â§Â 87a AbsÂ 3 SatzÂ 2 SGBÂ V Â neben dem Punktwert, der gemÃ¤Ã□ Â§Â 87a AbsÂ 2 SatzÂ 1 SGBÂ V auf der Grundlage des Orientierungswertes ermittelt wirdÂ der mit der Zahl und MorbiditÃ¤tsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf, der zwischen den Partnern der GesamtvertrÃ¤ge zu vereinbaren ist. Die Krankenkasse entrichtet nach MaÃ□gabe der GesamtvertrÃ¤ge an die jeweilige KÃ□V mit befreiender Wirkung eine GesamtvergÃ¼tung fÃ¼r die gesamte vertragsÃ¤rztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KÃ□V einschlieÃ□lich der mitversicherten FamilienangehÃ¶rigen (Â§Â 85 AbsÂ 1 SGBÂ V). Die GesamtvergÃ¼tung wird nach Â§Â 87b AbsÂ 1 SGBÂ V von der KÃ□V an die Ã□rzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermÃ¤chtigten Einrichtungen, die an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmen, unter Anwendung des im Benehmen mit den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten VerteilungsmaÃ□stabes verteilt. Handelt es sich dagegen um einen â□□ hier nicht einschlÃ¤gigen â□□ Fall der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004, erfolgt die Abrechnung im Ersatzverfahren (Â§Â 3 AbsÂ 2 SatzÂ 1 der Anlage 20 zum BMV-Ã□) als EinzelleistungsvergÃ¼tung auÃ□erhalb der GesamtvergÃ¼tung. Die Krankenkasse hat nach Abrechnung des Behandlungsfalls die VergÃ¼tung fÃ¼r die erbrachten Leistungen Â jedenfalls soweit es um die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im Inland gehtÂ vollstÃ¤ndig und zusÃ¤tzlich zur bereits geleisteten GesamtvergÃ¼tung an die KÃ□V zu leisten, die ihrerseits die VergÃ¼tung an den Vertragsarzt auszahlt (dazu bereits RdNrÂ 13).

19
2.Â Die Beklagte hat entsprechend der ihr eingerÃ¤umten PrÃ¼fungszustÃ¤ndigkeit nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF die von der KlÃ¤gerin zur Erstattung angemeldeten BehandlungsfÃ¤lle hinsichtlich ihrer Leistungspflicht und der ZustÃ¤ndigkeit eines anderen KostentrÃ¤gers, hier eines zustÃ¤ndigen TrÃ¤gers nach der VO (EG) 883/2004, geprÃ¼ft. Anhand ihres Versichertenverzeichnisses ist sie zu dem Ergebnis gelangt, dass es sich bei einem Teil der gemeldeten FÃ¤lle um Patienten handelt, die trotz Vorlage derÂ EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarte bei dem behandelnden Arzt nicht mehr den Status von sog GrenzgÃ¤ngern innehatten, sondern tatsÃ¤chlich bei ihr originÃ¤r versichert waren. Sie hat festgestellt, dass die mit der Abrechnung als Fall der Sachleistungsaushilfe vorausgesetzte (finanzielle) ZustÃ¤ndigkeit eines anderen TrÃ¤gers in den hier noch streitigen BehandlungsfÃ¤llen nicht besteht. Ferner hat sie die KlÃ¤gerin Ã¼ber das Ergebnis ihrer PrÃ¼fung informiert und zugleich die Zahlung der extrabudgetÃ¤ren VergÃ¼tung fÃ¼r diese BehandlungsfÃ¤lle abgelehnt. Dies genÃ¼gt den Vorgaben des Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 2 SGBÂ V aF, der die unverzÃ¼gliche Unterrichtung der KÃ□V Ã¼ber die DurchfÃ¼hrungen der PrÃ¼fung und deren Ergebnisse fordert. Den Krankenkassen steht im Rahmen der ihnen nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V Ã¼bertragenen Aufgaben nicht nur ein bloÃ□es Antragsrecht der Art zu, dass sie von der KÃ□V verlangen kÃ¶nnen, eine AbrechnungsprÃ¼fung durchzufÃ¼hren. Vielmehr fÃ¼hren sie die ihnen durch Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF Ã¼bertragenen PrÃ¼fungen in eigener ZustÃ¤ndigkeit durch. Die den Krankenkassen nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1

SGBÂ V aF obliegende PrÃ¼fung ist Ausdruck ihrer gleichberechtigten Mitwirkung an der Kontrolle des Abrechnungsverhaltens der VertragsÃ¤rzte (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 23). Die Krankenkasse ist nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 2 SGBÂ V allein verpflichtet, die KÃV von dem Ergebnis der von ihr durchgefÃ¼hrten PrÃ¼fung zu â unterrichtenâ; diese Unterrichtung hat die KÃV sodann von sich aus â also â von Amts wegenâ â zum Anlass zu nehmen, die gebotenen MaÃnahmen zu ergreifen (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 24).

20
Die KÃV ist an das mitgeteilte Ergebnis der von der Krankenkasse durchgefÃ¼hrten PrÃ¼fung hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht gebunden (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 24). In der vorliegenden Konstellation hÃ¤ngt der streitige Anspruch auch nicht davon ab, ob die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber den einzelnen VertragsÃ¤rzten sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorgenommen hat oder Â etwa im Hinblick auf geltende Ausschlussfristen oder sonstige VertrauensschutzgrÃ¼nde (zur grundsÃ¤tzlichen PrÃ¼fungskompetenz der KÃV auch im Rahmen von Â§Â 106a AbsÂ 3 SGBÂ V vgl BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 27)Â mÃ¶glicherweise keine Berichtigungen mehr vornehmen kann. Bereits in seiner Entscheidung vom 26.5.2021 (BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 36) hat der Senat ausgefÃ¼hrt, dass im Hinblick auf die Besonderheit der extrabudgetÃ¤r als EinzelleistungsvergÃ¼tung zu honorierenden Leistungen, die im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 erbracht werden, der Berichtigungsanspruch der Krankenkasse allein davon abhÃ¤ngt, dass die Leistungen zu Unrecht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe abgerechnet worden sind. Steht das fest, lÃ¤sst sich ein RÃ¼ckzahlungsanspruch der Krankenkasse gegen die KÃV beziffern, dessen Durchsetzung nicht von der Bestandskraft eines von der Beklagten gegenÃ¼ber den einzelnen VertragsÃ¤rzten zu erlassenden Berichtigungsbescheides abhÃ¤ngt. FÃ¼r die vorliegende Konstellation gilt nichts anderes. Die hier betroffene Entscheidung im rein dualen RechtsverhÃ¤ltnis zwischen Krankenkasse und KÃV prÃ¤judiziert nicht die Entscheidung im RechtsverhÃ¤ltnis zwischen der klagenden KÃV und den Ãrzten, die die Leistungen nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet haben (vgl bereits zur EinzelleistungsvergÃ¼tung nach NrÂ 01770 EBM-Ã: BSG Urteil vom 11.2.2015 Â BÂ 6Â KA 15/14Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 13 RdNrÂ 13; BSG Urteil vom 26.5.2021 Â BÂ 6Â KA 10/20Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 28 RdNrÂ 36).

21
3. Auch der Umstand, dass die Patienten dem behandelnden Vertragsarzt ihreÂ EuropÃ¤ische Krankenversicherungskarte vorgelegt haben, so dass dieser annehmen durfte, dass es sich um GrenzgÃ¤nger handele, hat nicht zur Folge, dass die Beklagte der KlÃ¤gerin EinzelleistungsvergÃ¼tung zusÃ¤tzlich zur bereits geleisteten GesamtvergÃ¼tung zu zahlen hat. Weder folgt ein solcher Anspruch daraus, dass die Beklagte die ihr obliegende Karteneinzugs- bzw -sperrungspflicht nach Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF verletzt hat (dazu a), noch liegen die

Haftungsvoraussetzungen der bundesmantelvertraglichen Vorschriften zu vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestelltenÂ EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarten vor (dazu b). Eine andere Beurteilung folgt auch nicht aus dem Rechtsgedanken des Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF (dazu c). Die bundesmantelvertraglich vereinbarten Regelungen sind auch nicht im Wege der Rechtsfortbildung Ã¼ber die Annahme einer Rechtsscheinhaftung zu korrigieren (dazu d).

22
a) GemÃ¤Ã Â§Â 291 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V aF (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGBl I 2190 mWv 1.1.2004) bzw Â§Â 291 AbsÂ 1 SatzÂ 2 SGBÂ V aF (idF des Gesetzes fÃ¼r sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Ãnderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015, BGBl I 2408 mWv 29.12.2015; heute: Â§Â 291a AbsÂ 1 SatzÂ 1 SGBÂ V) dient die Krankenversicherungskarte bzw seit 1.1.2015 die elektronische Gesundheitskarte (vgl Â§Â 19 SatzÂ 1 und 2 BMV-Ã iVm Â§Â 4 SatzÂ 2 der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KÃBV geschlossenen Vereinbarung zum Inhalt und zur Anwendung der elektronischen Gesundheitskarte, Stand: 1.1.2015) als Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern (vgl zur Nachweisfunktion der elektronischen Gesundheitskarte auch BSG Urteil vom 18.11.2014 Â BÂ 1Â KR 35/13Â RÂ BSGE 117, 224 = SozR 4-2500 Â§Â 291a NrÂ 1, RdNrÂ 14). GemÃ¤Ã Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGBl I 2190 bzw idF des Gesetzes fÃ¼r sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Ãnderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015, BGBl I 2408; heute Â§Â 291c AbsÂ 1 SGBÂ V) ist die Krankenkasse bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel verpflichtet, die Krankenversicherungskarte bzw elektronische Gesundheitskarte einzuziehen oder zu sperren. Da mit â Beendigung des Versicherungsschutzesâ Â wie bereits das LSG zutreffend ausgefÃ¼hrt hatÂ die Beendigung des bisherigen Versicherungsschutzes gemeint ist, ist auch die von der aushelfenden Krankenkasse ausgegebene Krankenversicherungskarte einzuziehen bzw zu sperren, sobald der Berechtigte originÃ¤r bei dieser Krankenkasse versichert ist und deshalb eine neue, diesen Versichertenstatus ausweisende, Versicherungskarte (sog Status 1) erhÃ¤lt. Ob die Beklagte hier in jedem Einzelfall die MÃ¶glichkeit hatte, die EuropÃ¤ische Krankenversicherungskarte unmittelbar nach dem Ende der Versicherung im EuropÃ¤ischen Ausland und damit so rechtzeitig einzuziehen bzw zu sperren, dass ein Fehlgebrauch sicher auszuschlieÃen war, kann jedoch dahingestellt bleiben. Jedenfalls hÃ¤tte ein VerstoÃ gegen die gesetzliche Vorgabe keinen Zahlungsanspruch der Beklagten zur Folge. An die Verletzung der Einziehungspflicht nach Â§Â 291 AbsÂ 4 SatzÂ 1 SGBÂ V aF knÃ¼pft das Gesetz keine Sanktionsfolge.

23
b) Auch die hier im maÃgebenden Zeitraum bestehenden bundesmantelvertraglichen Regelungen stÃ¼tzen den von der KlÃ¤gerin geltend gemachten Anspruch nicht. GemÃ¤Ã Â§Â 3 AbsÂ 3 der Anlage 20 BMV-Ã erhÃ¤lt

der Arzt fÃ¼r die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestelltenÂ EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarte bzw eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des auslÃ¤ndischen Versicherten erfolgte, gegen Abtretung seines VergÃ¼tungsanspruchs an die aushelfende deutsche Krankenkasse eine VergÃ¼tung nach Â§Â 3 AbsÂ 1 SatzÂ 2 der Anlage 20 EBM-Ã, es sei denn, der Vertragsarzt hÃ¤tte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen kÃ¶nnen. Weitgehend inhaltsgleich regelt Â§Â 6 AbsÂ 8 der 1. ErgÃ¤nzung zur Anlage 4 des BMV-Ã (Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte), dass fÃ¼r Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversicherungskarte bzw eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Abrechnungsscheins erfolgte, die Krankenkasse dem Arzt gegen Abtretung seines VergÃ¼tungsanspruches haftet, es sei denn, dass der Vertragsarzt einen offensichtlichen Missbrauch hÃ¤tte erkennen kÃ¶nnen. Â§Â 6 AbsÂ 8 der 1.Â ErgÃ¤nzung zu Anlage 4 des BMV-Ã gilt ab dem 1.1.2015 aufgrund der AblÃ¶sung der Krankenversicherungskarte durch die elektronische Gesundheitskarte allerdings lediglich noch fÃ¼r die sonstigen KostentrÃ¤ger (vgl ZusammenfÃ¼hrung der Anlagen des Bundesmantelvertrages-Ãrzte und des Bundesmantelvertrages Ãrzte/Ersatzkassen, Artikel 1 A., DÃ 2015 A 45).

24
Indes erfassen die Vorschriften nach ihrer Konzeption nur solche FÃ¤lle, in denen â anders als hier â dem behandelnden Arzt eine Krankenversicherungskarte vorgelegt wird, obwohl tatsÃ¤chlich kein Versicherungsschutz bei der durch die Karte ausgewiesenen Krankenversicherung besteht. Nur in einem solchen Fall hat die Krankenkasse ungeachtet des fehlenden Versicherungsschutzes die VergÃ¼tung zu leisten. Im Gegenzug geht der VergÃ¼tungsanspruch des Arztes gegen den Patienten auf die Krankenkasse Ã¼ber. UnabhÃ¤ngig von einem Fehlverhalten der Krankenkasse ist der Vertragsarzt nach diesen Regelungen also bei unberechtigter oder missbrÃ¤uchlicher Benutzung einer Krankenversicherungskarte in der Weise geschÃ¼tzt, dass er seinen Honoraranspruch behÃ¤lt. Die Krankenkasse haftet fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch bei Benutzung einer falschen Krankenversicherungskarte nur dann nicht, wenn der Vertragsarzt einen offensichtlichen Missbrauch hÃ¤tte erkennen kÃ¶nnen (vgl BSG Urteil vom 12.11.2003 Â BÂ 3Â KR 1/03Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 112 NrÂ 2 RdNrÂ 24).

25
In den hier zu beurteilenden FÃ¤llen hat allerdings tatsÃ¤chlich Versicherungsschutz der Patienten bei der beklagten Krankenkasse bestanden. Diese Konstellation wird von den genannten bundesmantelvertraglichen Regelungen nicht erfasst. Dies ergibt sich bereits daraus, dass diese Regelungen eine VergÃ¼tung des Vertragsarztes bzw Haftung der Krankenkasse nur Zug um Zug gegen die Abtretung des VergÃ¼tungsanspruches des Vertragsarztes gegen den behandelten Patienten an die Krankenkasse vorsehen. Eine Haftung ohne gleichzeitige Abtretung des VergÃ¼tungsanspruches kommt nicht in Betracht. Vorliegend fehlt es bereits an abtretbaren VergÃ¼tungsansprÃ¼chen der VertragsÃ¤rzte gegen die behandelten Patienten, weil diese gesetzlich versichert

waren. Die Zahlung der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten morbiditÃ¤tsbedingten GesamtvergÃ¼tung durch die Beklagte erfolgt vielmehr gemÃ¤Ã Â§Â 87a AbsÂ 3 SatzÂ 1 SGBÂ V mit befreiender Wirkung (Â§Â 85 AbsÂ 1 SGBÂ V) fÃ¼r die gesamte vertragsÃ¤rztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KlÃ¤gerin (vgl bereits RdNrÂ 18). Die an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzte dÃ¼rfen im Regelfall weder gegenÃ¼ber den Krankenkassen noch gegenÃ¼ber deren Versicherten unmittelbare VergÃ¼tungsansprÃ¼che geltend machen (vgl Loose in Hauck/Noftz, SGBÂ V, Stand September 2022, Â§Â 85 RdNrÂ 3; Freudenberg in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGBÂ V, 4. Aufl 2020, Â§Â 87a RdNrÂ 72; zur befreienden Wirkung der GesamtvergÃ¼tung vgl auch BSG Urteil vom 27.6.2012 â B 6 KA 28/11 R â BSGE 111, 114 = SozR 4-2500 Â§Â 87 NrÂ 26, RdNrÂ 62, 63). Hier hat die Krankenkasse die GesamtvergÃ¼tung (vgl Â§Â 87a AbsÂ 3 SatzÂ 1 SGBÂ V idF des GKV-WettbewerbsstÃ¤rkungsgesetzes â GKV-WSG â vom 26.3.2007, BGBl I 378) â nach den Feststellungen des LSG unter Einbeziehung der zunÃ¤chst fÃ¤lschlich als GrenzgÃ¤nger behandelten Versicherten â bereits an die KlÃ¤gerin entrichtet, so dass kein Grund dafÃ¼r ersichtlich ist, dass die Krankenkasse die Behandlung dieser Versicherten gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin zusÃ¤tzlich vergÃ¼ten sollte.

26
c) Es kommt entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin auch nicht darauf an, ob den Vertragsarzt ein Verschulden trifft, er also hÃ¤tte erkennen kÃ¶nnen, dass der Patient fehlerhaft dieÂ EuropÃ¤ische Krankenversicherungskarte vorgelegt hat, obwohl er zum Zeitpunkt der Ã¤rztlichen Behandlung bei der Beklagten gesetzlich versichert war. Zwar regelt die in diesem Zusammenhang von der KlÃ¤gerin zur StÃ¼tzung ihrer Auffassung in Bezug genommenen Vorschrift des Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378; heute: Â§Â 106d AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V), dass die KÃV und die LandesverbÃ¤nde der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Vereinbarungen zu Inhalt und DurchfÃ¼hrung der PrÃ¼fungen nach den AbsÃ¤tzen 2 bis 4 ua auch MaÃnahmen fÃ¼r den Fall des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen haben. Die KlÃ¤gerin schlieÃt hieraus, dass ein Berichtigungsantrag einer Krankenkasse nach Â§Â 106a SGBÂ V nur erfolgreich sein kÃ¶nne, wenn den Vertragsarzt ein Verschulden treffe; denn Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF sehe die Normierung von Regresspflichten in den PrÃ¼fungsvereinbarungen ausdrÃ¼cklich nur fÃ¼r FÃ¤lle vor, in denen und soweit dem Leistungserbringer die fehlende Leistungspflicht bekannt sein musste.

27
Es kann dahinstehen, ob ein solcher Umkehrschluss zulÃ¤ssig ist. Denn ein Fall des âNichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkasseâ iS des Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF liegt hier schon nicht vor. Vielmehr haben die Patienten als originÃ¤re Versicherte Leistungen in Anspruch genommen. FÃ¼r diese ist die Beklagte auch leistungspflichtig und zwar im Rahmen der budgetierten GesamtvergÃ¼tung. Erfasst von dieser Regelung â bzw den danach zu treffenden Regelungen in den PrÃ¼fvereinbarungen â sind nur FÃ¤lle, in denen der

Vertragsarzt aufgrund der Vorlage einer falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversicherungskarte an sich keinen VergÃ¼tungsanspruch gegen die auf der Karte benannte Krankenkasse hat. Gleichwohl soll der Arzt das Risiko des Einsatzes einer falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversicherungskarte nicht tragen, wenn er nicht erkennen konnte, dass eine Leistungspflicht der Krankenkasse nicht bestand. Â§Â 106a AbsÂ 5 SatzÂ 2 SGBÂ V aF schÃ¼tzt hingegen nicht das Vertrauen des Arztes auf einen bestimmten â□□Abrechnungsstatusâ□□ des Patienten. Dementsprechend sehen auch die bundesmantelvertraglichen Regelungen (RdNrÂ 23) in den FÃ¤llen des Einsatzes einer falschen oder zu Unrecht ausgestelltenÂ EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarte, den der Arzt nicht erkennen konnte, einen VergÃ¼tungsanspruch gegen die aushelfende Krankenkasse dann vor, wenn der Arzt seinen VergÃ¼tungsanspruch an die aushelfende Krankenkasse abtritt. Hier fehlt es jedoch â□□ wie bereits ausgefÃ¼hrt â□□ an einem solchen abtretbaren VergÃ¼tungsanspruch der VertragsÃ¤rzte gegen die behandelten Patienten, weil diese gesetzlich versichert waren (vgl RdNrÂ 25).

28
d) Entgegen der Auffassung des SG besteht auch kein BedÃ¼rfnis in Fallkonstellationen wie der vorliegenden, in denen kein vertraglich geregelter Haftungstatbestand eingreift, im Wege der Rechtsfortbildung in Gestalt einer Rechtsscheinhaftung korrigierend einzugreifen.

29
aa) Fragen der Haftung auch in FÃ¤llen der missbrÃ¤uchlichen Nutzung von Krankenversicherungskarten sind von den Partnern der GesamtvertrÃ¤ge keineswegs Ã¼bersehen, sondern vertraglich geregelt worden. Die einschlÃ¤gigen Regelungen (vgl Â§Â 3 AbsÂ 3 AnlageÂ 20 BMV-Ã□, Â§Â 6 AbsÂ 8 der 1.Â ErgÃ¤nzung zu Anlage 4 des BMV-Ã□) sehen ein Einstehen der Krankenkasse gerade nur fÃ¼r die FÃ¤lle vor, in denen Behandlungen aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversicherungskarte bzw eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Abrechnungsscheins erfolgten und in denen Â anders als hierÂ kein Versicherungsschutz bei der durch die Karte ausgewiesenen Krankenversicherung bestand und in denen die behandelten Patienten nicht bereits bei der Ermittlung der HÃ¶he der durch die Krankenkasse entrichteten GesamtvergÃ¼tung berÃ¼cksichtigt worden sind (vgl oben RdNrÂ 25).

30
bb) Auch aus dem Urteil des Senats vom 27.6.2001 (B 6 KA 50/00 R â□□ SozR 3-2500 Â§Â 85 NrÂ 40), welches das SG zur StÃ¼tzung einer Rechtsscheinhaftung herangezogen hat, folgt kein anderes Ergebnis. In dieser Entscheidung ist der Senat zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Krankenkasse VergÃ¼tungen, die sie im Auftrag des Bundes fÃ¼r Leistungen von VertragsÃ¤rzten gezahlt hat, die diese bei sog SpÃ¤taussiedlern erbracht und Ã¼ber einen Berechtigungsschein nach dem Bundesvertriebenengesetz abgerechnet haben, nicht zurÃ¼ckfordern kann, wenn die SpÃ¤taussiedler spÃ¤ter rÃ¼ckwirkend Mitglieder der Krankenkasse werden. Der Senat hat in diesem Zusammenhang ausgefÃ¼hrt, dass der Status, in dem ein Berechtigter eine Ã¤rztliche Behandlung entgegengenommen hat (Versicherter

einer Krankenkasse, Inhaber eines Berechtigungsscheines, HeilfÃ¼rsorgeberechtigter, Privatpatient), einer RÃ¼ckabwicklung nicht zugÃ¤nglich ist und auch nicht rÃ¼ckwirkend entfallen kann (BSG aaO SÂ 325). Der Versicherungsstatus der Patienten im vorliegenden Fall ist jedoch im Gegensatz zu dem Versichertenstatus der SpÃ¤taussiedler nicht rÃ¼ckwirkend begrÃ¼ndet worden. Vielmehr stand fest, dass es sich um Ã¼ber die Beklagte in der gesetzlichen GKV versicherte Personen gehandelt hat, was lediglich durch die Weiternutzung der EuropÃ¤ischen Krankenversicherungskarte nicht nach auÃen Â gegenÃ¼ber dem VertragsarztÂ erkennbar ausgewiesen wurde. Eine Rechtsscheinhaftung lÃ¤sst sich hierauf nicht grÃ¼nden. Zudem verhielt es sich in dem vom Senat am 27.6.2001 entschiedenen Fall gerade so, dass die Krankenkasse fÃ¼r die rÃ¼ckwirkend bei ihr versicherten SpÃ¤taussiedler zunÃ¤chst Â mangels deren VersicherteneigenschaftÂ keine GesamtvergÃ¼tung an die KÃV entrichtet hatte. Dagegen hat hier die Beklagte die GesamtvergÃ¼tung Â nach den Feststellungen des LSG unter Einbeziehung der zunÃ¤chst fÃ¤lschlich als GrenzgÃ¤nger behandelten VersichertenÂ bereits an die KlÃ¤gerin entrichtet.

31
4. SchadensersatzansprÃ¼che der KlÃ¤gerin nach Â§Â 48 BMV-Ã oder in entsprechender Anwendung von Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V iVm Â§Â 823 AbsÂ 2 SatzÂ 1 BGB kommen nicht in Betracht.

32
a) Ein Schadenersatzanspruch nach Â§Â 48 BMV-Ã findet auf diese Konstellation keine Anwendung, weil die Fallgruppe â Angabe eines unzutreffenden KostentrÃ¤gersâ nach Inkrafttreten des Â§Â 106a AbsÂ 3 SGBÂ V aF der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zugeordnet worden ist. Die Anwendung von Â§Â 48 BMV-Ã ist daneben ausgeschlossen. Nach Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V aF haben die Krankenkassen im Rahmen der ihnen obliegenden AbrechnungsprÃ¼fung die Abrechnungen hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht zu prÃ¼fen (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 40). Die Vertragspartner der BundesmantelvertrÃ¤ge sind nicht berechtigt, eine der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach Â§Â 106a SGBÂ V aF unterfallende Konstellation im Wege der vertraglichen Vereinbarung dem Bereich des â sonstigen Schadensâ zuzuordnen, weil zum einen der Anspruch auf Ersatz eines â sonstigen Schadensâ strengeren Anforderungen unterliegt als eine sachlich-rechnerische Richtigstellung (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 39), insbesondere verschuldensabhÃ¤ngig ist (stRspr des BSG, vgl zB BSG Urteil vom 29.6.2011 Â BÂ 6Â KA 16/10Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106 NrÂ 31 RdNrÂ 34 â 35). Zum anderen hat der Gesetzgeber mit der Normierung des Â§Â 106a SGBÂ V aF und dessen ErgÃ¤nzung durch untergesetzliche Normen auf der Grundlage von Â§Â 106a AbsÂ 5 und 6 SGBÂ V aF ein RegelungsgefÃ¼ge statuiert, das im Rahmen seines Anwendungsbereiches AusschlieÃlichkeit beansprucht und fÃ¼r konkurrierende bundesmantelvertragliche Vorschriften grundsÃ¤tzlich keinen Raum lÃ¤sst. Dem Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung unterfallende RegelungsgegenstÃ¤nde kÃ¶nnen daher keinen anderen Â allein auf vertraglicher Grundlage bestehendenÂ PrÃ¼fungsarten

zugewiesen werden (BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 39).

33
b) Ein Schadensersatzanspruch nach Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V iVm Â§Â 823 AbsÂ 2 SatzÂ 1 BGB scheidet ebenfalls aus. Nach Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 1 SGBÂ V werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer VerbÃ¤nde zu Ãrzten, ZahnÃ¤rzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren VerbÃ¤nden einschlieÃlich der BeschlÃ¼sse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der LandesausschÃ¼sse nach den Â§Â§Â 90 bis 94 SGBÂ V grundsÃ¤tzlich abschlieÃend durch das Vierte Kapitel des SGBÂ V sowie Â§Â§Â 63, 64 SGBÂ V geregelt (BSG Urteil vom 25.9.2001 Â BÂ 3Â KR 3/01Â RÂ BSGE 89, 24, 32Â f = SozR 3-2500 Â§Â 69 NrÂ 1 SÂ 9Â f; BSG Urteil vom 21.3.2018 Â BÂ 6Â KA 44/16Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 73b NrÂ 2 RdNrÂ 37 mwN). Zwar ist nach Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÂ V eine entsprechende Heranziehung von Vorschriften des BGB nicht vÃ¶llig ausgeschlossen (BSG Urteil vom 21.3.2018 aaO RdNrÂ 37; zur ausnahmsweisen entsprechenden Heranziehung des Â§Â 823 BGB vgl BSG Urteil vom 17.12.2009 Â BÂ 3Â KR 13/08Â RÂ BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 Â§Â 129 NrÂ 5, RdNrÂ 39). Die Anwendung des Bereicherungsrechts, der GeschÃ¤ftsfÃ¼hrung ohne Auftrag oder des Schadensersatzrechts scheidet jedoch aus, wenn die Vorschriften des Ã¶ffentlichen Rechts eine erschÃ¶pfende Regelung enthalten, die einen RÃ¼ckgriff auf solche AnsprÃ¼che nicht erlaubt (vgl BSG Urteil vom 26.1.2000 Â BÂ 6Â KA 59/98Â RÂ juris RdNrÂ 25; BSG Urteil vom 11.9.2018 Â BÂ 1Â KR 7/18Â RÂ Â BSGE 126, 277 = SozR 4-7610 Â§Â 812 NrÂ 8, RdNrÂ 11; BSG Urteil vom 18.11.2014 Â BÂ 1Â KR 12/14Â RÂ SozR 4-2500 Â§Â 264 NrÂ 6 RdNrÂ 24; BSG Urteil vom 3.11.1999 Â BÂ 3Â KR 4/99Â RÂ BSGE 85, 110, 114 = SozR 3-2500 Â§Â 60 NrÂ 4 SÂ 24; BGH Urteil vom 26.11.1998 Â IIIÂ ZR 223/97Â BGHZ 140, 102, 109 = NJW 1999, 858, 860). So liegt der Fall hier. Der Gesetzgeber hat mit der Normierung des Â§Â 106a AbsÂ 5 und 6 SGBÂ V aF ein RegelungsgefÃ¼ge statuiert, das im Rahmen seines Anwendungsbereichs AusschlieÃlichkeit beansprucht (vgl BSG Urteil vom 23.3.2016 Â BÂ 6Â KA 8/15Â R Â SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÂ 15 RdNrÂ 39). Sowohl aufgrund dieser Regelungen als auch der bundesmantelvertraglichen Vorschriften des Â§Â 3 AbsÂ 3 Anlage 20 BMVÃ bzw Â§Â 6 AbsÂ 8 der 1.Â ErgÃ¤nzung zu AnlageÂ 4 des BMV-Ã ist im vorliegenden Fall von einer erschÃ¶pfenden Regelung auf dem Gebiet des Ã¶ffentlichen Rechts auszugehen, die keinen Raum fÃ¼r einen Schadensersatzanspruch unter entsprechender Heranziehung der Vorschriften des BGB lÃ¤sst. Â

34
D. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 Teilsatz 3 SGG iVm Â§Â 154 AbsÂ 2 VwGO. Danach trÃ¤gt die KlÃ¤gerin die Kosten des von ihr ohne Erfolg gefÃ¼hrten Rechtsmittels.

Â

Erstellt am: 10.07.2023

Zuletzt verändert am: 21.12.2024