
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

Ä

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 29. März 2022 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe :

I

1

Die klagende Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) begehrt von der beklagten Krankenkasse einen Ausgleich des von ihr auf der Grundlage der Verordnung Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (im Folgenden: VO 883/2004) für Sachleistungsaushilfe an Vertragsärzte ausgekehrten Honorars in Höhe von 230.021,32 Euro.

2

Vertragsärzte im Zuständigkeitsbereich der Klägerin behandelten in den Quartalen 1/2009 bis 2/2016 u.a. sog. Grenzgänger, die aufgrund einer Erwerbstätigkeit in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) – zumeist Dänemark – Mitglied des dortigen Krankenversicherungssystems waren, aber ihren Wohnsitz in Deutschland behielten und die Beklagte als aushelfende Krankenkasse gewählt hatten. Diese Patienten legten anlässlich der jeweiligen Arztbesuche die ihnen von der Beklagten ausgestellte Krankenversicherungskarte bzw. elektronische Gesundheitskarte (im Folgenden: Versicherungskarte) vor, die den Karteninhaber als Grenzgänger – sog. Status 7 – auswies. Die in Anspruch genommenen Vertragsärzte rechneten ihre Behandlung als Sachleistungsaushilfe im Wege des Einzelleistungsnachweises ab und wurden von der Klägerin entsprechend honoriert. Die Klägerin forderte die Beklagte jeweils nach Ablauf von drei Quartalen unter Mitteilung der von den Vertragsärzten vorgenommenen Behandlungen und gezahlten Honorare zur Erstattung der abgerechneten Einzelleistungen auf. Die Beklagte kam bei Überprüfung des Versichertenstatus regelmäßig zu dem Ergebnis, dass ein geringer Anteil (6 bis 7 %) tatsächlich keine Grenzgänger, sondern als originäre Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert

waren, obgleich sie bei den in Anspruch genommenen Ärzten die Europäische Versicherungskarte zur Umsetzung der VO (EG) 883/2004 vorgelegt hatten. Einen Ausgleich für diese Behandlungsfälle lehnte die Beklagte ab.

3

Das SG hat die Beklagte zur Zahlung eines Ausgleichs für die Behandlungsfälle iH von 230.021,32 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 Grenzgängerstatus ausweisenden Versicherungskarten nicht eingezogen habe, nachdem eine Pflichtmitgliedschaft der Betroffenen in der GKV begründet worden sei. Aus den einschlägigen Regelungen – insbesondere aus § 48 Abs 4 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) und § 21 Abs 3 Satz 1 BMV-Ä – folge, dass der Honoraranspruch des Vertragsarztes auch bei Vorlage einer falschen bzw. gefälschten Versicherungskarte – soweit gesetzlicher Krankenversicherungsschutz tatsächlich nicht bestehe – geschützt sei. 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 Klägerin auf Einzelleistungsvergütung zusätzlich zu der bereits geleisteten Gesamtvergütung bestehe nicht. Nach Erhalt der Mitteilungen der Beklagten, welche Behandlungsfälle tatsächlich Versicherte der GKV betrafen, hätte die Klägerin die vertragsärztlichen Abrechnungen dahingehend sachlich-rechnerisch richtigstellen müssen, dass die Vergütung nicht extrabudgetär, sondern aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolge. Dem stehe nicht entgegen, dass die Beklagte die ihr obliegende Einziehungspflicht nach [§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF nicht erfüllt habe. An die Verletzung der aus [§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF folgenden Karteneinziehungspflicht knüpfe das Gesetz keine Sanktion. Auch die Voraussetzungen einer Rechtsscheinhaftung lägen nicht vor. Ein Anspruch der Klägerin lasse sich weder auf § 3 Abs 3 der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) und dem GKV-Spitzenverband geschlossenen Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte vom 1.7.2004 (Anlage 20 BMV-Ä) oder § 6 Abs 8 der 1. Ergänzung zu Anlage 4 des BMV-Ä (Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversicherungskarte) bzw. § 19 Abs 7 BMV-Ä stützen. Diese Regelungen beträfen nur Fälle, in denen die eine falsche Versicherungskarte vorlegende Person tatsächlich nicht bei der durch die Karte ausgewiesenen Krankenkasse versichert sei bzw. solche Fälle, in denen durch vorangegangene sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung kein rechtmäßiger Vergütungsanspruch des Vertragsarztes – wenn auch möglicherweise in geringerer Höhe – zur Entstehung gelangt sei. Die Vorschriften konstituierten zudem allein eine Haftung der Krankenkasse gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt, nicht jedoch eine Haftung der Krankenkasse gegenüber der KÄV. Auch fehle es an abtretbaren Vergütungsansprüchen der Vertragsärzte gegenüber den behandelten Versicherten. Denn für die Vergütung dieser Patienten habe die Beklagte der Klägerin mit befreiender Wirkung – auch für

Dritte bereits die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung geleistet. Auch die Voraussetzungen eines Schadensersatzanspruches gemäß [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 823 Abs 2 Satz 1 BGB](#) seien nicht erfüllt. Ein Schaden wäre allein dann auf Seiten der Vertragsärzte eingetreten, wenn deren Honorar die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu erzielende Vergütung für den jeweiligen Behandlungsfall übersteige. Nur wenn dieser Differenzbetrag bei der Klägerin verbleibe, wäre dieser ein Schaden entstanden. Dafür sei jedoch schon nichts vorgetragen.

5

Mit der Revision macht die Klägerin eine Verletzung der Art 17 bis 20 (VO) EG 883/2004 iVm § 3 Anlage 20 zum BMV-Ä sowie Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ä geltend. Ein Antrag der Beklagten auf sachlich-rechnerische Berichtigung könne nur erfolgreich sein, wenn den Vertragsarzt ein Verschulden treffe, woran es vorliegend mangle. Zwar sei der in [§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB 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 Abrechnungsprüfungsrichtlinie (§ 18 Abs 4 Nr 6 und Abs 6 Satz 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 § 3 Abs 3 Anlage 20 BMV-Ä, § 6 Abs 8 der 1. Ergänz. zu Anlage 4 des BMV-Ä sei zudem der Rechtsgedanke gemein, dass der Vertragsarzt in seinem Vertrauen in die Richtigkeit einer vorgelegten, für ihn nicht erkennbar unrichtigen bzw falschen Versicherungskarte geschädigt sei. Dieser Rechtsgedanke müsse auch für die vorliegende Fallkonstellation gelten. Der jeweilige Vertragsarzt habe bei Vorlage der Versicherungskarte jedenfalls nicht erkennen können, dass es sich tatsächlich um einen originär bei der Beklagten versicherten Patienten handle; ihn treffe daher kein Verschulden. Vielmehr habe die Beklagte ihre Karteneinziehungspflicht gemäß [§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF verletzt und es dadurch erst ermöglicht, dass anlässlich der vertragsärztlichen Behandlung Versicherungskarten mit dem nicht mehr zutreffenden Status 7 vorgelegt worden seien. Die nachträgliche Umstellung der betroffenen Behandlungsfälle von einer Einzelleistungsvergütung in eine Vergütung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung würde sich im übrigen zu Lasten aller vertragsärztlichen Mitglieder der Klägerin auswirken. Dh alle Vertragsärzte müssten dann für einen Fehler einstehen, der allein in der Sphäre der Beklagten liege, weil diese ihrer Verpflichtung zur Karteneinziehung nicht nachgekommen sei.

6

Die Klägerin 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 zurückzuweisen.

7

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für rechtmäßig. Das BSG (Hinweis auf Urteil vom 26.5.2021 – [B  6  KA 10/20  R ](#) SozR 4-2500 –   106a Nr  28) habe bereits entschieden, dass die ambulante ärztliche Behandlung in Form von Sachleistungsaushilfe für Patienten, die in einem anderen EU-Staat krankenversichert sind, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt und daher der Abrechnungsprüfung nach [   106a SGB  V](#) aF (jetzt [   106d SGB  V](#)) durch die K ven und die Krankenkassen unterliege. Im Hinblick auf die Besonderheit der extrabudgetär als Einzelleistungsvergütung zu honorierenden Leistungen hänge der Berichtigungsanspruch gem   [   106a Abs  3 Satz  1 Nr  1 SGB  V](#) aF danach  allein davon ab, dass diese Leistungen zu Unrecht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe abgerechnet worden sind. Auch wenn die Klägerin keine Anspr che mehr gegenüber den Vertragsärzten geltend machen könne, stehe ihr dementsprechend kein weiterer Zahlungsanspruch zu. Es komme auch nicht darauf an, ob den Vertragsarzt ein Verschulden treffe. Zwar ermächtigt [   106a Abs  5 Satz  1](#) und 2 SGB  V aF die K ven und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, gemeinsam und einheitlich den Inhalt und die Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 zu vereinbaren und in den Vereinbarungen auch Maßnahmen für 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 hätten die Patienten als originär Versicherte vertragsärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Für diese sei sie   die Beklagte  im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung leistungspflichtig. Es liege daher schon kein Fall des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkasse iS des [   106a Abs  5 Satz  2 SGB  V](#) aF (jetzt [   106d Abs  5 Satz  2 SGB  V](#)) vor. Auch dass sie möglicherweise ihre Karteneinzahlungspflicht gem   [   291 Abs  4 Satz  1 SGB  V](#) aF verletzt habe, begründe keinen weiteren Vergütungsanspruch der Klägerin. Hierfür fehle es schon an einer Anspruchsgrundlage. Im übrigen sei der Klägerin auch kein Schaden entstanden, denn sie   die Beklagte  habe für die erbrachten ärztlichen Leistungen mit befreiender Wirkung die Gesamtvergütung bezahlt.

II

9

Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet ([   170 Abs  1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Für die Behandlungsfälle, in denen Versicherte dem behandelnden Vertragsarzt eine  Europäische Krankenversicherungskarte vorgelegt haben, tatsächlich aber keine Grenzgänger, sondern originäre Mitglieder der Beklagten waren, hat die Beklagte der Klägerin keine Einzelleistungsvergütung zusätzlich zu der bereits geleisteten Gesamtvergütung zu gewähren.

10

A. Die Klägerin verfolgt ihr Klagebegehren zutreffend mit der allgemeinen Leistungsklage gem. [§ 54 Abs 5 SGG](#), da sich die KÄV und die Krankenkasse bei Durchführung des Abrechnungsverkehrs im Gleichordnungsverhältnis gegenüberstehen (vgl. BSG Urteil vom 10.5.1995 [Ä 6 RKa 7/94](#) [BSGE 76, 113](#), 114 = [SozR 3-5545 Ä 19 Nr 1](#) S. 2). Die Klägerin ist hinsichtlich des geltend gemachten Zahlungsanspruchs auch aktiv legitimiert, da sie im Falle der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 Gläubigerin der von der Krankenkasse zusätzlich zur Gesamtvergütung zu entrichtenden Einzelleistungsvergütung ist (vgl. BSG Urteil vom 26.5.2021 [B 6 KA 10/20 R](#) SozR 4-2500 [Ä 106a Nr 28 RdNr 28](#)).

11

B. Dem Erstattungsbegehren der klagenden KÄV liegen Behandlungsfälle zugrunde, die von den behandelnden Vertragsärzten gegenüber der Klägerin im Wege der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet wurden.

12

Art 17 bis 20 VO (EG) 883/2004 normieren die Koordinierung von Sachleistungen für Auslandskrankenbehandlungen (sog. Sachleistungsaushilfe) innerhalb der Europäischen Union (EU). Das Prinzip der Sachleistungsaushilfe trägt dem Umstand Rechnung, dass ein Sachleistungsexport des zuständigen Trägers bei Leistungen für Krankheit mit einem hohen bürokratischen und logistischen Aufwand verbunden wäre und häufig zu spät käme (Schreiber in Schreiber/Wunder/Dern, VO Nr 883/2004, 2012, Art 17 RdNr 7). Nach Art 17 VO (EG) 883/2004 erhalten Versicherte oder ihre Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, Sachleistungen nach dem Recht des Wohnmitgliedstaates. Bei der Sachleistungsaushilfe werden die Leistungen jeweils für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht; die Erstattung zwischen dem zuständigen Träger und dem aushelfenden Träger erfolgt gem. Art 35 VO (EG) 883/2004 iVm Art 62 ff VO (EG) Nr 987/2009 (Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.9.2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der VO Nr 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit).

13

Nach den maßgeblichen Vorgaben der VO (EG) 883/2004 werden die Leistungsberechtigten vollständig in das Leistungssystem des aushelfenden Trägers – hier der Beklagten – integriert und stehen den Versicherten in leistungsrechtlicher Hinsicht gleich. Die ambulante ärztliche Behandlung der Patienten erfolgt in Deutschland im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung iS der [§ 72](#) ff SGB V (BSG Urteil vom 26.5.2021 [B 6 KA 10/20 R](#) SozR 4-2500 [Ä 106a Nr 28 RdNr 19 mwN](#)). Nach [§ 1 Abs 1](#) der Anlage 20 zum BMV-Ä hat ein im Ausland Versicherter bei Vorlage einer Europäischen Krankenversicherungskarte oder einer provisorischen Ersatzbescheinigung bei einem Vertragsarzt Anspruch auf die – unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Dauer des Aufenthalts – medizinisch notwendige

Behandlung. Nach Â§Â 3 der Anlage 20 zum BMV-Ä¶ erfolgt die Abrechnung und VergÄ¶tung der erbrachten Leistungen zu Lasten der vom Patienten gewÄ¶hlten Krankenkasse mit den Preisen, die in der KÄ¶V 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-Ä¶ (Â§Â 3 AbsÂ 2 SatzÂ 1) als EinzelleistungsvergÄ¶tung auÄ¶erhalb der GesamtvergÄ¶tung. Das bedeutet, dass die Krankenkasse nach Abrechnung des Behandlungsfalls die VergÄ¶tung fÄ¶r die erbrachten Leistungen â¶¶ jedenfalls soweit es um die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im Inland geht â¶¶ vollstÄ¶ndig und zusÄ¶tzlich zur bereits geleisteten GesamtvergÄ¶tung an die KÄ¶V zu leisten hat, die ihrerseits die VergÄ¶tung an den Vertragsarzt oder sonstigen Teilnehmer an der vertragsÄ¶rztlichen Versorgung auszahlt (BSG Urteil vom 26.5.2021 Â [BÄ 6Ä KA 10/20Ä RÄ](#) SozR 42500 Â§Â 106a NrÄ 28 RdNrÄ 28 mwN). In dieser Weise ist die KlÄ¶gerin gegenÄ¶ber den VertragsÄ¶rzten verfahren.

14

C. Ein Anspruch der KlÄ¶gerin gegenÄ¶ber der Beklagten auf zusÄ¶tzliche VergÄ¶tung der streitigen BehandlungsfÄ¶lle, die von den behandelnden VertragsÄ¶rzten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind, besteht nach diesen Regelungen jedoch nicht. TatsÄ¶chlich handelt es sich nach den fÄ¶r den Senat bindenden Feststellungen des LSG Â gegen die keine VerfahrensrÄ¶gen vorgebracht wurden ([Â§Â 163 SGG](#))Â bei den Ä¶rztlich behandelten Personen um solche, die zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr den Status von sog GrenzgÄ¶ngern innehatten, sondern tatsÄ¶chlich in der GKV versichert waren. Die Beklagte war nach [Â§Â 106a AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÄ 1 SGBÄ V](#) aF (hier noch in der Fassung des GMG vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#); heute [Â§Â 106d AbsÂ 3 SatzÂ 1 NrÄ 1 SGBÄ V](#)) auch berechtigt zu prÄ¶fen, ob die BehandlungsfÄ¶lle tatsÄ¶chlich GrenzgÄ¶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 tatsÄ¶chlich Versicherte der Beklagten waren, ist die Behandlung dieser Versicherten mit der von der Beklagten entrichteten GesamtvergÄ¶tung abgegolten (dazu 2). Der Umstand, dass der behandelnde Vertragsarzt durch Vorlage der entsprechenden Versicherungskarten annehmen durfte, dass es sich bei den Patienten um GrenzgÄ¶nger handelt, Ä¶ndert hieran nichts (dazu 3). Auch SchadensersatzansprÄ¶che nach Â§Â 48 BMV-Ä¶ oder in entsprechender Anwendung gemÄ¶Ä¶ [Â§Â 69 AbsÂ 1 SatzÂ 3 SGBÄ V](#) iVm [Â§Â 823 AbsÂ 2 SatzÂ 1 BGB](#) kommen nicht in Betracht (dazuÂ 4).

15

1. Ambulante Ä¶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 SGBÄ V aF (heute jeweils [Â§Â 106d SGBÄ V](#)) erfasst (BSG Urteil vom 26.5.2021 Â [BÄ 6Ä KA 10/20Ä RÄ](#) SozR 4-2500 Â§Â 106a NrÄ 28 RdNrÄ 14).

16

a) Nach [Â§Â 106a AbsÂ 1 SGBÄ V](#) aF (heute [Â§Â 106d AbsÂ 1 SGBÄ V](#)) prÄ¶fen die KÄ¶V und die Krankenkassen die RechtmÄ¶Ä¶igkeit und PlausibilitÄ¶t der

Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Abrechnungsprüfung nach [§ 106a Abs 3 SGB V](#) aF (heute [§ 106d Abs 3 SGB V](#)) ist mit Wirkung ab dem 1.1.2004 als eigenständige Aufgabe der Krankenkasse neben der Kassenärztlichen Vereinigung nach [§ 106a Abs 2 SGB V](#) aF (heute [§ 106d Abs 2 SGB V](#)) obliegende Abrechnungsprüfung getreten. Gemäß [§ 106a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) aF prüfen die Krankenkassen die Abrechnungen der Vertragsärzte (jetzt: „der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen“), insbesondere hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht (Nr 1), der Plausibilität von Art und Umfang der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose (Nr 2) sowie der Plausibilität der Zahl der vom Versicherten in Anspruch genommenen Ärzte (Nr 3); gemäß [§ 106a Abs 3 Satz 2 SGB V](#) aF haben sie die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Durchführung der Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten. Durch [§ 106a Abs 3 SGB V](#) aF werden die Krankenkassen in die Prüfung der Abrechnungen einbezogen und ihnen eine eigenständige Überprüfungsspflicht auferlegt. Bei den streitigen Behandlungsfällen, bei denen die Behandlung der Patienten im Rahmen der Sachleistungshilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden ist, handelt es sich um solche der vertragsärztlichen Versorgung. Diese unterfallen daher grundsätzlich der Abrechnungsprüfung nach [§ 106a SGB V](#) aF (BSG Urteil vom 26.5.2021 – [B 6 KA 10/20 R](#) – SozR 4-2500 – [§ 106a Nr 28 RdNr 17](#) ff.).

17

b) Nach der Rechtsprechung des Senats ist auch geklärt, dass die von den Krankenkassen vorzunehmende Prüfung gemäß [§ 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) aF die Frage einschließt, ob der behandelnde Vertragsarzt den Kostenträger zutreffend angegeben hat (BSG Urteil vom 23.3.2016 – [B 6 KA 8/15 R](#) – SozR 4-2500 – [§ 106a Nr 15 RdNr 17](#); BSG Urteil vom 26.5.2021 – [B 6 KA 10/20 R](#) – SozR 4-2500 – [§ 106a Nr 28 RdNr 26](#)). In Bezug auf das Bestehen der Leistungspflicht ist von [§ 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) aF ist zu prüfen, ob der Versicherte, für 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 Zuständigkeit eines anderen Leistungsträgers mithin auch die Frage, ob der behandelnde Vertragsarzt den zutreffenden Kostenträger angegeben hat (BSG Urteil vom 23.3.2016 – [B 6 KA 8/15 R](#) – SozR 42500 – [§ 106a Nr 15 RdNr 17](#)).

18

c) Der Hintergrund für die Prüfung der Abrechnung besteht in dieser Konstellation in der Verhinderung einer Doppelzahlung: Beruht die Leistungspflicht der Beklagten – wie hier – auf einem Versicherungsverhältnis mit dem Patienten, erfolgt die Abrechnung der Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung über die Kassenärztlichen Vereinigung grundsätzlich zu Lasten der Gesamtvergütung. Gemäß [§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Partner der Gesamtverträge bis zum 31.10. gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten

Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der K V. Maßgebend für die Höhe der Gesamtvergütung ist gem  [   87a Abs  3 Satz  2 SGB  V](#)   neben dem Punktwert, der gem  [   87a Abs  2 Satz  1 SGB  V](#) auf der Grundlage des Orientierungswertes ermittelt wird   der mit der Zahl und Morbidit tsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf, der zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu vereinbaren ist. Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige K V mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der K V einschlie lich der mitversicherten Familienangehörigen ([   85 Abs  1 SGB  V](#)). Die Gesamtvergütung wird nach [   87b Abs  1 SGB  V](#) von der K V an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, unter Anwendung des im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten Verteilungsma stabes verteilt. Handelt es sich dagegen um einen    hier nicht einschlie igen    Fall der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004, erfolgt die Abrechnung im Ersatzverfahren (   3 Abs  2 Satz  1 der Anlage 20 zum BMV-  ) als Einzelleistungsvergütung außerhalb der Gesamtvergütung. Die Krankenkasse hat nach Abrechnung des Behandlungsfalls die Vergütung für die erbrachten Leistungen   jedenfalls soweit es um die Behandlung von Versicherten mit Wohnsitz im Inland geht   vollständig und zusätzlich zur bereits geleisteten Gesamtvergütung an die K V zu leisten, die ihrerseits die Vergütung an den Vertragsarzt auszahlt (dazu bereits RdNr  13).

19

2.  Die Beklagte hat entsprechend der ihr eingeräumten Prüfungszuständigkeit nach [   106a Abs  3 Satz  1 Nr  1 SGB  V](#) aF die von der Klägerin zur Erstattung angemeldeten Behandlungsfälle hinsichtlich ihrer Leistungspflicht und der Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers, hier eines zuständigen Trägers nach der VO (EG) 883/2004, geprüft. Anhand ihres Versichertenverzeichnisses ist sie zu dem Ergebnis gelangt, dass es sich bei einem Teil der gemeldeten Fälle um Patienten handelt, die trotz Vorlage der  Europäischen Krankenversicherungskarte bei dem behandelnden Arzt nicht mehr den Status von sog Grenz ngern innehatten, sondern tatsächlich bei ihr originär versichert waren. Sie hat festgestellt, dass die mit der Abrechnung als Fall der Sachleistungsaushilfe vorausgesetzte (finanzielle) Zuständigkeit eines anderen Trägers in den hier noch streitigen Behandlungsfällen nicht besteht. Ferner hat sie die Klägerin über das Ergebnis ihrer Prüfung informiert und zugleich die Zahlung der extrabudgetären Vergütung für diese Behandlungsfälle abgelehnt. Dies genügt den Vorgaben des [   106a Abs  3 Satz  2 SGB  V](#) aF, der die unver gliche Unterrichtung der K V über die Durchführungen der Prüfung und deren Ergebnisse fordert. Den Krankenkassen steht im Rahmen der ihnen nach [   106a Abs  3 Satz  1 Nr  1 SGB  V](#)  bertragenen Aufgaben nicht nur ein bloßes Antragsrecht der Art zu, dass sie von der K V verlangen können, eine Abrechnungsprüfung durchzuführen. Vielmehr führen sie die ihnen durch [   106a Abs  3 Satz  1 Nr  1 SGB  V](#) aF übertragenen Prüfungen in eigener Zuständigkeit durch. Die den Krankenkassen nach [   106a Abs  3 Satz  1 Nr  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 KÃ¶V von dem Ergebnis der von ihr durchgefÃ¼hrten PrÃ¼fung zu â  unterrichtenâ  ; diese Unterrichtung hat die KÃ¶V sodann von sich aus â   also â  von Amts wegenâ   â   zum Anlass zu nehmen, die gebotenen MaÃ nahmen 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 KÃ¶V 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 KIÃ¶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 KÃ¶V 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 KÃ¶V 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 KÃ¶V prÃ¤judiziert nicht die Entscheidung im RechtsverhÃ¶ltnis zwischen der klagenden KÃ¶V und den Ã¶rzten, 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 ihre Ã uropÃ ische Krankenversicherungskarte vorgelegt haben, so dass dieser annehmen durfte, dass es sich um GrenzÃ¶nger handele, hat nicht zur Folge, dass die Beklagte der KIÃ¶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 ausgestellten Europäischen Krankenversicherungskarten vor (dazu b). Eine andere Beurteilung folgt auch nicht aus dem Rechtsgedanken des [Â§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF (dazu c). Die bundesmantelvertraglich vereinbarten Regelungen sind auch nicht im Wege der Rechtsfortbildung über die Annahme einer Rechtsscheinhaftung zu korrigieren (dazu d).

22

a) Gemäß [Â§ 291 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) aF (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) mWv 1.1.2004) bzw. [Â§ 291 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) aF (idF des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015, [BGBl I 2408](#) mWv 29.12.2015; heute: [Â§ 291a Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) dient die Krankenversicherungskarte bzw seit 1.1.2015 die elektronische Gesundheitskarte (vgl. [Â§ 19 Satz 1 und 2 BMV-Ä iVm Â§ 4 Satz 2](#) der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KÄBV 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 vertragsärztlichen Versorgung (Versicherungsnachweis) sowie der Abrechnung mit den Leistungserbringern (vgl. zur Nachweisfunktion der elektronischen Gesundheitskarte auch BSG Urteil vom 18.11.2014 [Â B 1 KR 35/13 R](#) [BSGE 117, 224](#) = SozR 4-2500 [Â§ 291a Nr 1, RdNr 14](#)). Gemäß [Â§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) bzw idF des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015, [BGBl I 2408](#); heute [Â§ 291c Abs 1 SGB V](#)) ist die Krankenkasse bei Beendigung des Versicherungsschutzes oder bei einem Krankenkassenwechsel verpflichtet, die Krankenversicherungskarte bzw elektronische Gesundheitskarte einzuziehen oder zu sperren. Da mit der Beendigung des Versicherungsschutzes wie bereits das LSG zutreffend ausgeführt hat die Beendigung des bisherigen Versicherungsschutzes gemeint ist, ist auch die von der aushelfenden Krankenkasse ausgegebene Krankenversicherungskarte einzuziehen bzw zu sperren, sobald der Berechtigte originär bei dieser Krankenkasse versichert ist und deshalb eine neue, diesen Versichertenstatus ausweisende, Versicherungskarte (sog Status 1) erhält. Ob die Beklagte hier in jedem Einzelfall die Möglichkeit hatte, die Europäische Krankenversicherungskarte unmittelbar nach dem Ende der Versicherung im Europäischen Ausland und damit so rechtzeitig einzuziehen bzw zu sperren, dass ein Fehlgebrauch sicher auszuschließen war, kann jedoch dahingestellt bleiben. Jedenfalls hätte ein Verstoß gegen die gesetzliche Vorgabe keinen Zahlungsanspruch der Beklagten zur Folge. An die Verletzung der Einziehungspflicht nach [Â§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF knüpft das Gesetz keine Sanktionsfolge.

23

b) Auch die hier im maßgebenden Zeitraum bestehenden bundesmantelvertraglichen Regelungen stützen den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch nicht. Gemäß [Â§ 3 Abs 3](#) der Anlage 20 BMV-Ä erhält

der Arzt für die Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten  urop  ischen Krankenversicherungskarte bzw eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten sonstigen Berechtigungsnachweises sowie aufgrund falscher Angaben des ausländischen Versicherten erfolgte, gegen Abtretung seines Vergütungsanspruchs an die aushelfende deutsche Krankenkasse eine Vergütung nach     3 Abs   1 Satz   2 der Anlage 20 EBM-  , es sei denn, der Vertragsarzt hätte einen offensichtlichen Missbrauch erkennen können. Weitgehend inhaltsgleich regelt     6 Abs   8 der 1. Ergänzung zur Anlage 4 des BMV-   (Vereinbarung zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversicherungskarte), dass für 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 Vergütungsanspruches haftet, es sei denn, dass der Vertragsarzt einen offensichtlichen Missbrauch hätte erkennen können.     6 Abs   8 der 1.   Ergänzung zu Anlage 4 des BMV-   gilt ab dem 1.1.2015 aufgrund der Ablösung der Krankenversicherungskarte durch die elektronische Gesundheitskarte allerdings lediglich noch für die sonstigen Kostenträger (vgl Zusammenführung der Anlagen des Bundesmantelvertrages-Ärzte und des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen, Artikel 1 A., D   2015 A 45).

24

Indes erfassen die Vorschriften nach ihrer Konzeption nur solche Fälle, in denen     anders als hier     dem behandelnden Arzt eine Krankenversicherungskarte vorgelegt wird, obwohl tatsächlich kein Versicherungsschutz bei der durch die Karte ausgewiesenen Krankenversicherung besteht. Nur in einem solchen Fall hat die Krankenkasse ungeachtet des fehlenden Versicherungsschutzes die Vergütung zu leisten. Im Gegenzug geht der Vergütungsanspruch des Arztes gegen den Patienten auf die Krankenkasse über. Unabhängig von einem Fehlverhalten der Krankenkasse ist der Vertragsarzt nach diesen Regelungen also bei unberechtigter oder missbräuchlicher Benutzung einer Krankenversicherungskarte in der Weise gesch  tzt, dass er seinen Honoraranspruch behält. Die Krankenkasse haftet für den Vergütungsanspruch bei Benutzung einer falschen Krankenversicherungskarte nur dann nicht, wenn der Vertragsarzt einen offensichtlichen Missbrauch hätte erkennen können (vgl BSG Urteil vom 12.11.2003    [B   3   KR 1/03   R  ](#) [SozR 4-2500     112 Nr   2](#) RdNr   24).

25

In den hier zu beurteilenden Fällen hat allerdings tatsächlich 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 Vergütung des Vertragsarztes bzw Haftung der Krankenkasse nur Zug um Zug gegen die Abtretung des Vergütungsanspruches des Vertragsarztes gegen den behandelten Patienten an die Krankenkasse vorsehen. Eine Haftung ohne gleichzeitige Abtretung des Vergütungsanspruches kommt nicht in Betracht. Vorliegend fehlt es bereits an abtretbaren Vergütungsansprüchen der Vertragsärzte gegen die behandelten Patienten, weil diese gesetzlich versichert

waren. Die Zahlung der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch die Beklagte erfolgt vielmehr gemäß [Â§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) mit befreiender Wirkung ([Â§ 85 Abs 1 SGB V](#)) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KIÄgerin (vgl bereits RdNr 18). Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen im Regelfall weder gegenüber den Krankenkassen noch gegenüber deren Versicherten unmittelbare Vergütungsansprüche geltend machen (vgl Loose in Hauck/Noftz, SGB V, Stand September 2022, Â§ 85 RdNr 3; Freudenberg in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, Â§ 87a RdNr 72; zur befreienden Wirkung der Gesamtvergütung vgl auch BSG Urteil vom 27.6.2012 â€‹ [B 6 KA 28/11 R](#) â€‹ [BSGE 111, 114](#) = SozR 4-2500 Â§ 87 Nr 26, RdNr 62, 63). Hier hat die Krankenkasse die Gesamtvergütung (vgl [Â§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes â€‹ GKV-WSG â€‹ vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) â€‹ nach den Feststellungen des LSG unter Einbeziehung der zunächst fälschlich als Grenzgänger behandelten Versicherten â€‹ bereits an die KIÄgerin entrichtet, so dass kein Grund dafür ersichtlich ist, dass die Krankenkasse die Behandlung dieser Versicherten gegenüber der KIÄgerin zusätzlich vergüten sollte.

26

c) Es kommt entgegen der Auffassung der KIÄgerin auch nicht darauf an, ob den Vertragsarzt ein Verschulden trifft, er also hätte erkennen können, dass der Patient fehlerhaft die Europäische Krankenversicherungskarte vorgelegt hat, obwohl er zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung bei der Beklagten gesetzlich versichert war. Zwar regelt die in diesem Zusammenhang von der KIÄgerin zur Stützung ihrer Auffassung in Bezug genommenen Vorschrift des [Â§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF (in der bis 31.12.2016 geltenden Fassung des GKV-WSG vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#); heute: [Â§ 106d Abs 5 Satz 2 SGB V](#)), dass die KÄV und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen in den Vereinbarungen zu Inhalt und Durchführung der Prüfungen nach den Absätzen 2 bis 4 ua auch Maßnahmen für den Fall des Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkassen, soweit dies dem Leistungserbringer bekannt sein musste, vorzusehen haben. Die KIÄgerin schließt hieraus, dass ein Berichtigungsantrag einer Krankenkasse nach [Â§ 106a SGB V](#) nur erfolgreich sein könne, wenn den Vertragsarzt ein Verschulden treffe; denn [Â§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF sehe die Normierung von Regresspflichten in den Prüfungsvereinbarungen ausdrücklich nur für Fälle vor, in denen und soweit dem Leistungserbringer die fehlende Leistungspflicht bekannt sein musste.

27

Es kann dahinstehen, ob ein solcher Umkehrschluss zulässig ist. Denn ein Fall des â€‹Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkasseâ€‹ iS des [Â§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF liegt hier schon nicht vor. Vielmehr haben die Patienten als originäre Versicherte Leistungen in Anspruch genommen. Für diese ist die Beklagte auch leistungspflichtig und zwar im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung. Erfasst von dieser Regelung â€‹ bzw den danach zu treffenden Regelungen in den Prüfvereinbarungen â€‹ sind nur Fälle, in denen der

Vertragsarzt aufgrund der Vorlage einer falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversicherungskarte an sich keinen Vergütungsanspruch 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§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF schließt hingegen nicht das Vertrauen des Arztes auf einen bestimmten Abrechnungsstatus des Patienten. Dementsprechend sehen auch die bundesmantelvertraglichen Regelungen (RdNr 23) in den Fällen des Einsatzes einer falschen oder zu Unrecht ausgestellten Europäischen Krankenversicherungskarte, den der Arzt nicht erkennen konnte, einen Vergütungsanspruch gegen die aushelfende Krankenkasse dann vor, wenn der Arzt seinen Vergütungsanspruch an die aushelfende Krankenkasse abtritt. Hier fehlt es jedoch wie bereits ausgeführt an einem solchen abtretbaren Vergütungsanspruch der Vertragsärzte gegen die behandelten Patienten, weil diese gesetzlich versichert waren (vgl RdNr 25).

28

d) Entgegen der Auffassung des SG besteht auch kein Bedürfnis 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 Fällen der missbräuchlichen Nutzung von Krankenversicherungskarten sind von den Partnern der Gesamtverträge keineswegs übersehen, sondern vertraglich geregelt worden. Die einschlägigen Regelungen (vgl Â§ 3 Abs 3 Anlage 20 BMV-Ä, Â§ 6 Abs 8 der 1. ErgÄnderung zu Anlage 4 des BMV-Ä) sehen ein Entstehen der Krankenkasse gerade nur für die Fälle 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 anders als hier kein Versicherungsschutz bei der durch die Karte ausgewiesenen Krankenversicherung bestand und in denen die behandelten Patienten nicht bereits bei der Ermittlung der Höhe der durch die Krankenkasse entrichteten Gesamtvergütung berücksichtigt worden sind (vgl oben RdNr 25).

30

bb) Auch aus dem Urteil des Senats vom 27.6.2001 ([B 6 KA 50/00 R](#) â [SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 40](#)), welches das SG zur Stützung einer Rechtsscheinhaftung herangezogen hat, folgt kein anderes Ergebnis. In dieser Entscheidung ist der Senat zu dem Ergebnis gelangt, dass eine Krankenkasse Vergütungen, die sie im Auftrag des Bundes für Leistungen von Vertragsärzten gezahlt hat, die diese bei sog Spärtaussiedlern erbracht und über einen Berechtigungsschein nach dem Bundesvertriebenengesetz abgerechnet haben, nicht zurückfordern kann, wenn die Spärtaussiedler später rückwirkend Mitglieder der Krankenkasse werden. Der Senat hat in diesem Zusammenhang ausgeführt, dass der Status, in dem ein Berechtigter eine ärztliche Behandlung entgegengenommen hat (Versicherter

einer Krankenkasse, Inhaber eines Berechtigungsscheines, Heilfürsorgeberechtigter, Privatpatient), einer Rückabwicklung nicht zugänglich ist und auch nicht rückwirkend entfallen kann (BSG aaO S. 325). Der Versicherungsstatus der Patienten im vorliegenden Fall ist jedoch im Gegensatz zu dem Versichertenstatus der Spätaussiedler nicht rückwirkend begründet worden. Vielmehr stand fest, dass es sich um über die Beklagte in der gesetzlichen GKV versicherte Personen gehandelt hat, was lediglich durch die Weiternutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte nicht nach außen gegenüber dem Vertragsarzt erkennbar ausgewiesen wurde. Eine Rechtsscheinhaftung lässt sich hierauf nicht gründen. Zudem verhielt es sich in dem vom Senat am 27.6.2001 entschiedenen Fall gerade so, dass die Krankenkasse für die rückwirkend bei ihr versicherten Spätaussiedler zunächst mangels deren Versicherteneigenschaft keine Gesamtvergütung an die Kasse entrichtet hatte. Dagegen hat hier die Beklagte die Gesamtvergütung nach den Feststellungen des LSG unter Einbeziehung der zunächst fälschlich als Grenzgänger behandelten Versicherten bereits an die Klägerin entrichtet.

31

4. Schadensersatzansprüche der Klägerin nach § 48 BMV-Ä oder in entsprechender Anwendung von [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 823 Abs. 2 Satz 1 BGB](#) kommen nicht in Betracht.

32

a) Ein Schadenersatzanspruch nach § 48 BMV-Ä findet auf diese Konstellation keine Anwendung, weil die Fallgruppe der Angabe eines unzutreffenden Kostenträgers nach Inkrafttreten des [§ 106a Abs. 3 SGB V](#) aF der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zugeordnet worden ist. Die Anwendung von § 48 BMV-Ä ist daneben ausgeschlossen. Nach [§ 106a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) aF haben die Krankenkassen im Rahmen der ihnen obliegenden Abrechnungsprüfung die Abrechnungen hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht zu prüfen (BSG Urteil vom 23.3.2016 – [B 6 KA 8/15 R](#) – SozR 4-2500 § 106a Nr. 15 RdNr. 40). Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge sind nicht berechtigt, eine der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach [§ 106a SGB V](#) aF unterfallende Konstellation im Wege der vertraglichen Vereinbarung dem Bereich des sonstigen Schadens zuzuordnen, weil zum einen der Anspruch auf Ersatz eines sonstigen Schadens strenger Anforderungen unterliegt als eine sachlich-rechnerische Richtigstellung (BSG Urteil vom 23.3.2016 – [B 6 KA 8/15 R](#) – SozR 4-2500 § 106a Nr. 15 RdNr. 39), insbesondere verschuldensabhängig ist (stRspr des BSG, vgl. zB BSG Urteil vom 29.6.2011 – [B 6 KA 16/10 R](#) – SozR 4-2500 § 106 Nr. 31 RdNr. 34 – 35). Zum anderen hat der Gesetzgeber mit der Normierung des [§ 106a SGB V](#) aF und dessen Ergänzung durch untergesetzliche Normen auf der Grundlage von [§ 106a Abs. 5](#) und 6 SGB V aF ein Regelungsgefüge statuiert, das im Rahmen seines Anwendungsbereiches Ausschließlichkeit beansprucht und für konkurrierende bundesmantelvertragliche Vorschriften grundsätzlich keinen Raum lässt. Dem Bereich der sachlich-rechnerischen Richtigstellung unterfallende Regelungsgegenstände können daher keinen anderen – allein auf vertraglicher Grundlage bestehenden – Prüfungsarten

zugewiesen werden (BSG Urteil vom 23.3.2016 [Ä BÄ 6Ä KA 8/15Ä RÄ](#) SozR 4-2500 Ä§Ä 106a NrÄ 15 RdNrÄ 39).

33

b) Ein Schadensersatzanspruch nach [Ä§Ä 69 AbsÄ 1 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) iVm [Ä§Ä 823 AbsÄ 2 SatzÄ 1 BGB](#) scheidet ebenfalls aus. Nach [Ä§Ä 69 AbsÄ 1 SatzÄ 1 SGBÄ V](#) werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer VerbÄnde zu Ärzten, ZahnÄrzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren VerbÄnden einschlieÄlich der BeschlÄsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der LandesausschÄsse nach den [Ä§ÄÄ 90 bis 94 SGBÄ V](#) grundsÄtzlich abschlieÄend durch das Vierte Kapitel des SGBÄ V sowie [Ä§ÄÄ 63, 64 SGBÄ V](#) geregelt (BSG Urteil vom 25.9.2001 [Ä BÄ 3Ä KR 3/01Ä RÄ](#) BSGE 89, 24, 32Ä f = [SozR 3-2500 Ä§Ä 69 NrÄ 1](#) SÄ 9Ä f; BSG Urteil vom 21.3.2018 [Ä BÄ 6Ä KA 44/16Ä RÄ](#) SozR 4-2500 Ä§Ä 73b NrÄ 2 RdNrÄ 37 mwN). Zwar ist nach [Ä§Ä 69 AbsÄ 1 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) eine entsprechende Heranziehung von Vorschriften des BGB nicht vÄllig ausgeschlossen (BSG Urteil vom 21.3.2018 aaO RdNrÄ 37; zur ausnahmsweisen entsprechenden Heranziehung des [Ä§Ä 823 BGB](#) vgl BSG Urteil vom 17.12.2009 [Ä BÄ 3Ä KR 13/08Ä RÄ](#) BSGE 105, 157 = SozR 4-2500 Ä§Ä 129 NrÄ 5, RdNrÄ 39). Die Anwendung des Bereicherungsrechts, der GeschÄftsfehrlung ohne Auftrag oder des Schadensersatzrechts scheidet jedoch aus, wenn die Vorschriften des Äffentlichen Rechts eine erschÄpfende Regelung enthalten, die einen RÄckgriff auf solche AnsprÄche nicht erlaubt (vgl BSG Urteil vom 26.1.2000 [Ä BÄ 6Ä KA 59/98Ä RÄ](#) juris RdNrÄ 25; BSG Urteil vom 11.9.2018 [Ä BÄ 1Ä KR 7/18Ä RÄ](#) [Ä BSGE 126, 277](#) = SozR 4-7610 Ä§Ä 812 NrÄ 8, RdNrÄ 11; BSG Urteil vom 18.11.2014 [Ä BÄ 1Ä KR 12/14Ä RÄ](#) SozR 4-2500 Ä§Ä 264 NrÄ 6 RdNrÄ 24; BSG Urteil vom 3.11.1999 [Ä BÄ 3Ä KR 4/99Ä RÄ](#) BSGE 85, 110, 114 = [SozR 3-2500 Ä§Ä 60 NrÄ 4](#) SÄ 24; BGH Urteil vom 26.11.1998 [Ä IIIÄ ZR 223/97Ä](#) BGHZ 140, 102, 109 = [NJW 1999, 858](#), 860). So liegt der Fall hier. Der Gesetzgeber hat mit der Normierung des [Ä§Ä 106a AbsÄ 5](#) und 6 SGBÄ V aF ein RegelungsgefÄge statuiert, das im Rahmen seines Anwendungsbereichs AusschlieÄlichkeit beansprucht (vgl BSG Urteil vom 23.3.2016 [Ä BÄ 6Ä KA 8/15Ä RÄ](#) SozR 4-2500 Ä§Ä 106a NrÄ 15 RdNrÄ 39). Sowohl aufgrund dieser Regelungen als auch der bundesmantelvertraglichen Vorschriften des Ä§Ä 3 AbsÄ 3 Anlage 20 BMVÄ bzw Ä§Ä 6 AbsÄ 8 der 1.Ä ErgÄnzung zu AnlageÄ 4 des BMV-Ä ist im vorliegenden Fall von einer erschÄpfenden Regelung auf dem Gebiet des Äffentlichen Rechts auszugehen, die keinen Raum fÄr einen Schadensersatzanspruch unter entsprechender Heranziehung der Vorschriften des BGB lÄsst. Ä

34

D. Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä§Ä 197a AbsÄ 1 SatzÄ 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [Ä§Ä 154 AbsÄ 2 VwGO](#). Danach trÄgt die KlÄgerin die Kosten des von ihr ohne Erfolg gefÄhrten Rechtsmittels.

Ä

Erstellt am: 10.07.2023

Zuletzt verändert am: 21.12.2024