

## B 6 KA 14/22 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
1. Instanz  
SG Kiel (SHS)  
Aktenzeichen  
S 2 KA 73/17  
Datum  
21.08.2019  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 42/19  
Datum  
29.03.2022  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 14/22 R  
Datum  
23.03.2023  
Kategorie  
Urteil  
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.

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.

G r ü n d e :

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 <EG> 883/2004) für Sachleistungsaushilfe an Vertragsärzte ausgekehrten Honorars iH von 230 021,32 Euro.

2  
Vertragsärzte im Zuständigkeitsbereich der Klägerin behandelten in den Quartalen 1/2009 bis 2/2016 ua 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 BMVÄ 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 Krankenversichertenkarte) 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, [BGBI 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 aus des § 3 Abs 3 Anlage 20 BMV-Ä, § 6 Abs 8 der 1. Ergänzung 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 ungültigen bzw falschen Versicherungskarte geschützt 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 handele; 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 eintreten, 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 KÄVen und die Krankenkassen unterliege. Im Hinblick auf die Besonderheit der extrabudgetär als Einzelleistungsvergütung zu honorierenden Leistungen hänge der Berichtigungsanspruch gemäß [§ 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 Ansprüche 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 ermächtige [§ 106a Abs 5 Satz 1](#) und 2 SGB V aF die KÄVen 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 Karteneinziehungspflicht gemäß [§ 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 gemäß [§ 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 [6 RKA 7/94 BSGE 76, 113, 114 = SozR 3-5545 § 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 § 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 <EG> 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 gemäß 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 <EG> 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 leistungrechtlicher 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 § 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 § 3 der Anlage 20 zum BMV-Ä erfolgt die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen zu Lasten der vom Patienten gewählten Krankenkasse mit den Preisen, die in der KÄV gelten, deren Mitglied der Vertragsarzt ist (§ 3 Abs 1). Dabei erfolgt die Abrechnung nach den Regelungen des Ersatzverfahrens nach Anhang 1 der Anlage 4a zum BMV-Ä (§ 3 Abs 2 Satz 1) als Einzelleistungsvergütung außerhalb der Gesamtvergütung. Das bedeutet, dass die Krankenkasse 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 KÄV zu leisten hat, die ihrerseits die Vergütung an den Vertragsarzt oder sonstigen Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung auszahlt (BSG Urteil vom 26.5.2021 [B 6 KA 10/20 R](#) SozR 42500 § 106a Nr 28 RdNr 28 mwN). In dieser Weise ist die Klägerin gegenüber den Vertragsärzten verfahren.

14

C. Ein Anspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten auf zusätzliche Vergütung der streitigen Behandlungsfälle, die von den behandelnden Vertragsärzten im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind, besteht nach diesen Regelungen jedoch nicht. Tatsächlich handelt es sich nach den für den Senat bindenden Feststellungen des LSG gegen die keine Verfahrensfragen vorgebracht wurden ([§ 163 SGG](#)) bei den ärztlich behandelten Personen um solche, die zum Behandlungszeitpunkt nicht mehr den Status von sog Grenzgängern innehatten, sondern tatsächlich in der GKV versichert waren. Die Beklagte war nach [§ 106a Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) aF (hier noch in der Fassung des GMG vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#); heute [§ 106d Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)) auch berechtigt zu prüfen, ob die Behandlungsfälle tatsächlich Grenzgänger betrafen und damit zu Recht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind (dazu 1). Da die behandelten Patienten tatsächlich Versicherte der Beklagten waren, ist die Behandlung dieser Versicherten mit der von der Beklagten entrichteten Gesamtvergütung abgegolten (dazu 2). Der Umstand, dass der behandelnde Vertragsarzt durch Vorlage der entsprechenden Versicherungskarten annehmen durfte, dass es sich bei den Patienten um Grenzgänger handelt, ändert hieran nichts (dazu 3). Auch Schadensersatzansprüche nach § 48 BMV-Ä oder in entsprechender Anwendung gemäß [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 823 Abs 2 Satz 1 BGB](#) kommen nicht in Betracht (dazu 4).

15

1. Ambulante ärztliche Behandlungen, die - wie hier - als Leistungen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet worden sind, sind vom Antragsrecht der Krankenkassen nach [§ 106a Abs 3](#) und 4 iVm Abs 2 SGB V aF (heute jeweils [§ 106d SGB V](#)) erfasst (BSG Urteil vom 26.5.2021 [B 6 KA 10/20 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 28 RdNr 14).

16

a) Nach [§ 106a Abs 1 SGB V](#) aF (heute [§ 106d Abs 1 SGB V](#)) prüfen die KÄV und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität 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 die der KÄV 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 KÄVen unverzüglich 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 Sachleistungsaushilfe 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 iS 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 KÄV 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 KÄV zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KÄV. Maßgebend für die Höhe der Gesamtvergütung ist gemäß [§ 87a Abs 3 Satz 2 SGB V](#) neben dem Punktwert, der gemäß [§ 87a Abs 2 Satz 1 SGB V](#) auf der Grundlage des Orientierungswertes ermittelt wird der mit der Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundene Behandlungsbedarf, der zwischen den Partnern der Gesamtverträge zu vereinbaren ist. Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige KÄV mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder der KÄV einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen ([§ 85 Abs 1 SGB V](#)). Die Gesamtvergütung wird nach [§ 87b Abs 1 SGB V](#) von der KÄV 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 Verteilungsmaßstabes verteilt. Handelt es sich dagegen um einen - hier nicht einschlägigen - Fall der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004, erfolgt die Abrechnung im Ersatzverfahren (§ 3 Abs 2 Satz 1 der Anlage 20 zum BMV-Ä) 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 KÄV 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 Grenzgängern 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 unverzügliche Unterrichtung der KÄV 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](#) übertragenen Aufgaben nicht nur ein bloßes Antragsrecht der Art zu, dass sie von der KÄV 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 SGB V](#) aF obliegende Prüfung ist Ausdruck ihrer gleichberechtigten Mitwirkung an der Kontrolle des Abrechnungsverhaltens der Vertragsärzte (BSG Urteil vom 23.3.2016 [B 6 KA 8/15 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 23). Die Krankenkasse ist nach [§ 106a Abs 3 Satz 2 SGB V](#) allein verpflichtet, die KÄV von dem Ergebnis der von ihr durchgeführten Prüfung zu "unterrichten"; diese Unterrichtung hat die KÄV sodann von sich aus - also "von Amts wegen" - zum Anlass zu nehmen, die gebotenen Maßnahmen zu ergreifen (BSG Urteil vom 23.3.2016 [B 6 KA 8/15 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 24).

20

Die KÄV ist an das mitgeteilte Ergebnis der von der Krankenkasse durchgeführten Prüfung hinsichtlich des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht gebunden (BSG Urteil vom 23.3.2016 [B 6 KA 8/15 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 24). In der vorliegenden Konstellation hängt der streitige Anspruch auch nicht davon ab, ob die Klägerin gegenüber den einzelnen Vertragsärzten sachlich-rechnerische Richtigstellungen vorgenommen hat oder etwa im Hinblick auf geltende Ausschlussfristen oder sonstige Vertrauensschutzgründe (zur grundsätzlichen Prüfungskompetenz der KÄV auch im Rahmen von [§ 106a Abs 3 SGB V](#) vgl BSG Urteil vom 23.3.2016 [B 6 KA 8/15 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 27) möglicherweise keine Berichtigungen mehr vornehmen kann. Bereits in seiner Entscheidung vom 26.5.2021 ([B 6 KA 10/20 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 28 RdNr 36) hat der Senat ausgeführt, dass im Hinblick auf die Besonderheit der extrabudgetär als Einzelleistungsvergütung zu honorierenden Leistungen, die im Rahmen der Sachleistungsaushilfe nach der VO (EG) 883/2004 erbracht werden, der Berichtigungsanspruch der Krankenkasse allein davon abhängt, dass die Leistungen zu Unrecht im Rahmen der Sachleistungsaushilfe abgerechnet worden sind. Steht das fest, lässt sich ein Rückzahlungsanspruch der Krankenkasse gegen die KÄV beziffern, dessen Durchsetzung nicht von der Bestandskraft eines von der Beklagten gegenüber den einzelnen Vertragsärzten zu erlassenden Berichtigungsbescheides abhängt. Für die vorliegende Konstellation gilt nichts anderes. Die hier betroffene Entscheidung im rein dualen Rechtsverhältnis zwischen Krankenkasse und KÄV präjudiziert nicht die Entscheidung im Rechtsverhältnis zwischen der klagenden KÄV und den Ärzten, die die Leistungen nach der VO (EG) 883/2004 abgerechnet haben (vgl bereits zur Einzelleistungsvergütung nach Nr 01770 EBM-Ä: BSG Urteil vom 11.2.2015 [B 6 KA 15/14 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 13; BSG Urteil vom 26.5.2021 [B 6 KA](#)

[10/20 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 28 RdNr 36).

21

3. Auch der Umstand, dass die Patienten dem behandelnden Vertragsarzt ihre Europäische Krankenversicherungskarte vorgelegt haben, so dass dieser annehmen durfte, dass es sich um Grenzgänger handele, hat nicht zur Folge, dass die Beklagte der Klägerin Einzelleistungsvergütung zusätzlich zur bereits geleisteten Gesamtvergütung zu zahlen hat. Weder folgt ein solcher Anspruch daraus, dass die Beklagte die ihr obliegende Karteneinzugs- bzw. -sperrungspflicht nach [§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB 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 [§ 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 [§ 291 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) aF (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBI I 2190](#) mWv 1.1.2004) bzw. [§ 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, [BGBI I 2408](#) mWv 29.12.2015; heute: [§ 291a Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) dient die Krankenversicherungskarte bzw. seit 1.1.2015 die elektronische Gesundheitskarte (vgl. § 19 Satz 1 und 2 BMV-Ä iVm § 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 <Anlage 4a BMV-Ä>) 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 [B 1 KR 35/13 R BSGE 117, 224](#) = SozR 4-2500 § 291a Nr 1, RdNr 14). Gemäß [§ 291 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) aF (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBI I 2190](#) bzw. idF des Gesetzes für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21.12.2015, [BGBI I 2408](#); heute [§ 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 "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 [§ 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 § 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 Europäischen 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-Ä, 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-Ä (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-Ä 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., DÄ 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 geschützt, 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 [§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) mit befreiender Wirkung ([§ 85 Abs 1 SGB V](#)) für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Klägerin (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, § 85 RdNr 3; Freudenberg in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020, § 87a RdNr 72; zur

befreienden Wirkung der Gesamtvergütung vgl auch BSG Urteil vom 27.6.2012 - [B 6 KA 28/11 R - BSGE 111, 114](#) = SozR 4-2500 § 87 Nr 26, RdNr 62, 63). Hier hat die Krankenkasse die Gesamtvergütung (vgl [§ 87a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes - GKV-WSG - vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) - nach den Feststellungen des LSG unter Einbeziehung der zunächst fälschlich als Grenzgänger behandelten Versicherten - bereits an die Klägerin entrichtet, so dass kein Grund dafür ersichtlich ist, dass die Krankenkasse die Behandlung dieser Versicherten gegenüber der Klägerin zusätzlich vergüten sollte.

26

c) Es kommt entgegen der Auffassung der Klägerin 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 Klägerin zur Stützung ihrer Auffassung in Bezug genommenen Vorschrift des [§ 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: [§ 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 Klägerin schließt hieraus, dass ein Berichtigungsantrag einer Krankenkasse nach [§ 106a SGB V](#) nur erfolgreich sein könne, wenn den Vertragsarzt ein Verschulden treffe; denn [§ 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 "Nichtbestehens einer Leistungspflicht der Krankenkasse" iS des [§ 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 - bzw den danach zu treffenden Regelungen in den Prüfvereinbarungen - 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. [§ 106a Abs 5 Satz 2 SGB V](#) aF schützt hingegen nicht das Vertrauen des Arztes auf einen bestimmten "Abrechnungstatus" 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 § 3 Abs 3 Anlage 20 BMV-Ä, § 6 Abs 8 der 1. Ergänzung 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 - SozR 3-2500 § 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 Spätaussiedlern erbracht und über einen Berechtigungsschein nach dem Bundesvertriebenengesetz abgerechnet haben, nicht zurückfordern kann, wenn die Spätaussiedler 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 KÄV 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 Schadensersatzanspruch nach § 48 BMV-Ä findet auf diese Konstellation keine Anwendung, weil die Fallgruppe "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" strengeren 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 [B 6 KA 8/15 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 39).

33

b) Ein Schadensersatzanspruch nach [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 823 Abs 2 Satz 1 BGB](#) scheidet ebenfalls aus. Nach [§ 69 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den [§§ 90 bis 94 SGB V](#) grundsätzlich abschließend durch das Vierte Kapitel des SGB V sowie [§§ 63, 64 SGB V](#) geregelt (BSG Urteil vom 25.9.2001 [B 3 KR 3/01 R](#) [BSGE 89, 24](#), 32 f = [SozR 3-2500 § 69 Nr 1](#) S 9 f; BSG Urteil vom 21.3.2018 [B 6 KA 44/16 R](#) SozR 4-2500 § 73b Nr 2 RdNr 37 mwN). Zwar ist nach [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) eine entsprechende Heranziehung von Vorschriften des BGB nicht völlig ausgeschlossen (BSG Urteil vom 21.3.2018 [aaO](#) RdNr 37; zur ausnahmsweisen entsprechenden Heranziehung des [§ 823 BGB](#) vgl BSG Urteil vom 17.12.2009 [B 3 KR 13/08 R](#) [BSGE 105, 157](#) = SozR 4-2500 § 129 Nr 5, RdNr 39). Die Anwendung des Bereicherungsrechts, der Geschäftsführung ohne Auftrag oder des Schadensersatzrechts scheidet jedoch aus, wenn die Vorschriften des öffentlichen Rechts eine erschöpfende Regelung enthalten, die einen Rückgriff auf solche Ansprüche nicht erlaubt (vgl BSG Urteil vom 26.1.2000 [B 6 KA 59/98 R](#) juris RdNr 25; BSG Urteil vom 11.9.2018 [B 1 KR 7/18 R](#) [BSGE 126, 277](#) = SozR 4-7610 § 812 Nr 8, RdNr 11; BSG Urteil vom 18.11.2014 [B 1 KR 12/14 R](#) SozR 4-2500 § 264 Nr 6 RdNr 24; BSG Urteil vom 3.11.1999 [B 3 KR 4/99 R](#) [BSGE 85, 110](#), 114 = [SozR 3-2500 § 60 Nr 4](#) S 24; BGH Urteil vom 26.11.1998 [III ZR 223/97](#) [BGHZ 140, 102](#), 109 = [NJW 1999, 858](#), 860). So liegt der Fall hier. Der Gesetzgeber hat mit der Normierung des [§ 106a Abs 5](#) und 6 SGB V aF ein Regelungsgefüge statuiert, das im Rahmen seines Anwendungsbereiches Ausschließlichkeit beansprucht (vgl BSG Urteil vom 23.3.2016 [B 6 KA 8/15 R](#) SozR 4-2500 § 106a Nr 15 RdNr 39). Sowohl aufgrund dieser Regelungen als auch der bundesmantelvertraglichen Vorschriften des [§ 3 Abs 3 Anlage 20 BMVÄ](#) bzw [§ 6 Abs 8](#) der 1. Ergänzung zu Anlage 4 des BMV-Ä ist im vorliegenden Fall von einer erschöpfenden Regelung auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts auszugehen, die keinen Raum für einen Schadensersatzanspruch unter entsprechender Heranziehung der Vorschriften des BGB lässt.

34

D. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Danach trägt die Klägerin die Kosten des von ihr ohne Erfolg geführten Rechtsmittels.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-07-10