



Spitzenverband

## **Niederschrift**

**über die Fachkonferenz  
Leistungs- und Beziehungsrecht**

**am 17.09.2020 in Berlin  
per Microsoft Teams**



<b>Inhaltsübersicht:</b>	<u>Seite</u>
1. § 55 SGB V – Leistungsanspruch (Zahnersatz); hier: Erhöhung der Festzuschüsse ab 01.10.2020	5
2. § 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, § 45 SGB VII – Voraussetzungen für das Verletztengeld; hier: Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankhäuser (Krankenhauszukunftssetzung – KHZG)	11
3. § 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers, § 112 SGB X – Rückerstattung, § 50 SGB X – Erstattung zu Unrecht erbrachter Leistungen; hier: Erstattungspflicht bei Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung (BSG vom 30.07.2019, B 1 KR15/18 R)	17



- nicht besetzt -



## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.09.2020 in Berlin

#### 1. § 55 SGB V – Leistungsanspruch (Zahnersatz); hier: Erhöhung der Festzuschüsse ab 01.10.2020

#### Sachstand:

Versicherte haben nach den Vorgaben in § 55 Abs. 1 Sätze 2 bis 7 SGB V Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt ist (vgl. § 55 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Gemäß § 87 Abs. 1a SGB V hat der Vertragszahnarzt vor Behandlungsbeginn einen kostenfreien Heil- und Kostenplan (HKP) zu erstellen, der den Befund, die Regelversorgung und die tatsächlich geplante Versorgung beinhaltet. Dieser ist vor Beginn der Behandlung von der Krankenkasse zu prüfen. Bei bestehender Versorgungsnotwendigkeit bewilligt die Krankenkasse die Festzuschüsse gemäß § 55 Abs. 1 oder 2 SGB V entsprechend dem im HKP ausgewiesenen Befund. Nach Abschluss der Behandlung rechnet der Vertragszahnarzt die von der Krankenkasse bewilligten Festzuschüsse mit Ausnahme der Fälle des § 55 Abs. 5 SGB V mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Die Festzuschüsse werden gezahlt, wenn der Zahnersatz in der bewilligten Form innerhalb von 6 Monaten eingegliedert wird (vgl. BMV-Z Stand 01.07.2020, Anlage 2 Nr. 5).

Mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), welches in wesentlichen Teilen am 11.05.2019 in Kraft getreten ist (BGBl. 2019 I Nr. 18 vom 10.05.2019, S. 646 ff.), sollten neben der Verbesserung des Zugangs der Patientinnen und Patienten zur ambulanten ärztlichen Versorgung u. a. die Leistungsansprüche der Versicherten in einzelnen Bereichen der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung erweitert werden, um die Versicherten bei der Aufbringung ihres Eigenanteils zu entlasten. So werden mit Wirkung zum 01.10.2020 die befundorientierten Festzuschüsse auf 60 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung erhöht. In der Praxis



kam die Frage auf, ob die ab 01.10.2020 geltenden Festzuschüsse auch zur Anwendung kommen, wenn der HKP bereits vor dem 01.10.2020 ausgestellt wurde.

Zur Beantwortung dieser Frage wurden zwei Fallkonstellationen erörtert:

1.) Der HKP wurde vor dem 01.10.2020 ausgestellt und bereits von der Krankenkasse bewilligt, jedoch wurde der Zahnersatz noch nicht eingegliedert.

Die Bewilligung des HKP vor dem 01.10.2020 ist nach der bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage, also mit dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Vom-Hundert-Satz zur Ermittlung des Festzuschusses, erfolgt. Es handelt sich bei der Bewilligung um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung, denn sie ermöglicht den Versicherten für die Dauer von sechs Monaten die auf Versorgung mit Zahnersatz gerichtete vertragszahnärztliche Behandlung unter Inanspruchnahme eines Festzuschusses (vgl. BSG-Urteile vom 06.06.1991 – 3 RK 37/89 – juris, Rn. 23 sowie vom 07.05.2013 – B 1 KR 5/12 R – juris, Rn. 21). Soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, ist der Verwaltungsakt gemäß § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Die Vorschrift ermöglicht die Aufhebung von Dauerverwaltungsakten, die zwar zunächst rechtmäßig sind, also der materiellen Rechtslage entsprechen, aber wegen einer nach ihrem Erlass eintretenden Änderung der Sach- oder Rechtslage im Widerspruch zu dem (dann) geltenden Recht stehen (vgl. Hauck/Haines, K § 48 Rz 10 und 11). Deshalb müsse, wenn eine wesentliche Änderung der rechtlichen Verhältnisse im Sinne von § 48 Abs. 1 SGB X in Betracht kommt, allein die materielle Rechtslage zum Zeitpunkt des Erlasses des Verwaltungsaktes und zum Zeitpunkt der angeblich eingetretenen Änderung verglichen werden. Erfasst wird hierbei jede Änderung von Gesetzen im materiellen Sinne (vgl. BSG-Urteile vom 03.10.1989 – 10 RKg 7/89 – juris, Rn. 12; 27.11.1991 – 9a RV 13/90 – juris, Rn. 15; 30.06.1998 – B 2 U 41/97 R – juris, Rn. 19). Der Zeitpunkt der Änderung der rechtlichen Verhältnisse, auf deren Grundlage der HKP ursprünglich bewilligt wurde, ist bezogen auf die hier relevante Fallkonstellation der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Rechtsänderung auf Grundlage des TSVG zum 01.10.2020. Die Erhöhung des Vom-Hundert-Satzes zur Ermittlung des Festzuschusses stellt eine wesentliche Änderung im Sinne des § 48 Abs. 1 SGB X dar. Wesentlich ist gemäß höchstrichterlicher Rechtsprechung eine für die Anspruchsvoraussetzungen der bewilligten Leistungen rechtserhebliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse. Hierzu zählen alle Änderungen, die dazu führen, dass die Behörde unter den nunmehr objektiv vorliegenden Verhältnissen den Verwaltungsakt nicht hätte erlassen dürfen (vgl. BSG-Urteile vom 06.11.1985 – 10 RKg 3/84 – juris, Rn. 11; 21.03.1996 – 11 RAr 101/94 – juris, Rn. 17; 21.10.1999

- B 11 AL 25/99 R - juris, Rn. 22). Darüber hinaus ist jede tatsächliche oder rechtliche Änderung, die sich auf Grund oder Höhe der bewilligten Leistung auswirkt, wesentlich im Sinne des § 48 Abs. 1 SGB X (vgl. BSG-Urteil vom 06.03.2003 - B 11 AL 39/02 R - juris, Rn. 12). Sofern der HKP also vor dem 01.10.2020 bewilligt wurde, die Eingliederung des Zahnersatzes jedoch innerhalb der 6-Monats-Frist aber nach dem 30.09.2020 erfolgt, ist die Erhöhung des Vom-Hundert-Satzes zur Ermittlung des Festzuschusses zum 01.10.2020 als eine wesentliche Änderung in den rechtlichen Verhältnissen im Sinne von § 48 Abs. 1 SGB X anzusehen. In der Konsequenz ist bei entsprechender Beantragung der Versicherten gegenüber der Krankenkasse ab dem 01.10.2020 die Aufhebung des Verwaltungsaktes zu prüfen (vgl. § 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X).

2.) Der HKP wurde vor dem 01.10.2020 ausgestellt, wird der Krankenkasse aber erst ab dem 01.10.2020 zur Genehmigung eingereicht.

Es ist wahrscheinlich, dass Versicherte ihren HKP der Krankenkasse erst ab 01.10.2020 zur Genehmigung einreichen - insbesondere bei entsprechender Beratung durch die Krankenkassen nach § 14 SGB I, ggf. nach vorherigem Hinweis durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten gemäß § 14 SGB I über die ab 01.10.2020 geltenden höheren Festzuschüsse zu informieren. Weiterhin sind die Leistungsträger nach § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält. Gemäß § 37 SGB I gilt § 17 SGB I für alle Sozialleistungsbereiche dieses Gesetzbuchs und somit auch für das SGB V. Die Bewilligung der ab dem 01.10.2020 bei den Krankenkassen eingereichten HKP ist folglich mit dem ab diesem Zeitpunkt geltenden höheren Vom-Hundert-Satz zur Ermittlung des Festzuschusses vorzunehmen.

Maßgeblich für die Höhe des Leistungsanspruches ist in den vorgenannten Sachverhalten im Ergebnis das Eingliederungsdatum des Zahnersatzes.

In diesem Zusammenhang wurden zusätzlich folgende Fragen erörtert:

3.) Der HKP wurde vor dem 01.10.2020 bewilligt, die Eingliederung erfolgte nach dem 30.09.2020 und der oder die Versicherte beantragt gegenüber der Krankenkasse erst nach der Eingliederung die erhöhten Festzuschüsse.

Gemäß § 48 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB X soll der Verwaltungsakt aufgehoben werden, soweit die Änderung der Verhältnisse zugunsten des Betroffenen erfolgt. Hiervon ist bei einer Erhöhung des

Leistungsanspruchs auszugehen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung soll der Verwaltungsakt im Regelfall nach § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB X auch mit Wirkung für die Vergangenheit aufgehoben werden. Die Krankenkassen sollen nach der Rechtsprechung nur in Ausnahmefällen berechtigt bzw. verpflichtet sein, nach eigenem Ermessen von der rückwirkenden Aufhebung abzuweichen, also etwa auf die Aufhebung ganz oder teilweise zu verzichten. Wann ein Ausnahmefall vorliegt, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu beurteilen (vgl. BSG-Urteil vom 24.03.1983 – 10 RKg 17/82 – juris, Rn. 10). Ein Ausnahmefall ist jedoch in dieser Konstellation nicht erkennbar (vgl. auch BSG-Urteil vom 07.05.2013 – B 1 KR 5/12 R – juris, Rn. 21), so dass in diesem Fall der erhöhte Leistungsanspruch für die Vergangenheit im Rahmen einer Nacherstattung zu gewähren ist.

4.) Sind die vorgenannten Grundsätze zur maßgeblichen Berücksichtigung der Verhältnisse zum Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes auf jeden Sachverhalt der Erhöhung der Festzuschüsse anzuwenden?

Die Höhe des Leistungsanspruches nach § 55 SGB V (Festzuschuss) ergibt sich aus der Kombination der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Absatz 2 Satz 5 und 6 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Vergütungen für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen der Regelversorgungen) und des gesetzlich festgelegten Vom-Hundert-Satzes in § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Mit der durch das TSVG erfolgten Rechtsänderung in Bezug auf den Vom-Hundert-Satz wird das Ziel verfolgt, Versicherte bei der Aufbringung ihres Eigenanteils zu entlasten. Eine entsprechende Übergangsregelung für zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelung laufende Fälle der Zahnersatzversorgung sieht das TSVG nicht vor. Vor diesem Hintergrund wird unter Berücksichtigung der gesetzlichen Zielsetzung und der dargestellten verwaltungsrechtlichen Grundsätze eine Anwendung der Rechtsänderung auf Fälle, in denen die Zahnersatzversorgung am 01.10.2020 noch nicht durch Eingliederung des Zahnersatzes abgeschlossen ist, entsprechend den unter Ziffern 1 bis 3 dargestellten Ausführungen als gesetzgeberisch intendiert angesehen.

In Abgrenzung zu der vorgenannten Fallgestaltung der durch Gesetzesänderung unmittelbar festgesetzten Erhöhung des Zuschussesanspruches des Versicherten ist für Zuschusserhöhungen, die regelmäßig abgeleitet von einer Veränderung der Höhe der Vergütungen für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen unter Anwendung des gesetzlichen Vom-Hundert-Satzes nach § 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V entstehen, zur Beurteilung des maßgeblichen Leistungsanspruches des Versicherten ausschließlich auf das Datum der Erstellung des Heil- und Kostenplanes abzustellen. Dies folgt aus Ziffer 6.2.2 der Anlage 1 BMV-Z, wonach für die Abrechnung des Vertragszahnarztes bei

der Neufestsetzung der Gebühren die geänderten Gebührensätze bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen für alle vom Tag des Inkrafttretens an ausgestellten Heil- und Kostenpläne gelten. Diese für die Vergütung der zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen maßgebliche Anknüpfung an den Tag der Ausstellung des Heil- und Kostenplanes muss in Fallgestaltungen der regelmäßigen jährlichen Veränderung der Höhe der Vergütung auch für die Bestimmung des Leistungsanspruches des Versicherten maßgeblich bleiben, da der Leistungsanspruch des Versicherten nach der Gesetzessystematik von den für die zahnärztliche Vergütung maßgeblichen Beträgen der jeweiligen Regelversorgung als Vom-Hundert-Satz abzuleiten ist, sich demnach also auf dieselbe Basis beziehen muss.

5.) Ist der Verwaltungsakt ggf. auch in Bezug auf die neue Bonusregelung ab 01.10.2020 anzupassen?

Neben der Erhöhung der befundorientierten Festzuschüsse auf 60 Prozent der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgesetzten Beträge für die zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen für die jeweilige Regelversorgung wird auch die Bonusregelung ab 01.10.2020 versichertenfreundlicher ausgestaltet. In begründeten Ausnahmefällen bleibt ein einmaliges Versäumen einer Vorsorgeuntersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und 2 SGB V folgenlos und wirkt sich auf die Erhöhung der Festzuschüsse nicht aus. Erfolgt die Eingliederung des Zahnersatzes nach dem 30.09.2020, ist auf Antrag des Versicherten eine Aufhebung des Verwaltungsaktes gemäß der unter Fallkonstellation 1 dargestellten Grundsätze auch unter dem Aspekt der ab 01.10.2020 geltenden Rechtslage zu prüfen, wonach ein einmaliges Versäumen der Zahnvorsorgeuntersuchung in begründeten Ausnahmefällen gemäß § 55 Abs. 1 Satz 6 SGB V nicht zum Verlust des Bonus führt.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass es sich bei der Bewilligung eines Heil- und Kostenplanes nach höchstrichterlicher Rechtsprechung insoweit um einen Verwaltungsakt mit Dauerwirkung handelt, als sie den Versicherten für die Dauer von sechs Monaten die auf Versorgung mit Zahnersatz gerichtete vertragszahnärztliche Behandlung unter Inanspruchnahme eines Festzuschusses ermöglicht. Erfolgte die Bewilligung bereits vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelung zur Erhöhung



des Leistungsanspruches am 01.10.2020 und wird der Zahnersatz nach dem 30.09.2020, jedoch innerhalb der für die Eingliederung geltenden 6-Monats-Frist eingegliedert, liegt für die Zeit ab 01.10.2020 eine wesentliche Änderung der dem Verwaltungsakt zugrundeliegenden Rechtsverhältnisse im Sinne von § 48 Abs. 1 SGB X vor, so dass dieser auf Antrag des Versicherten der neuen Rechtslage anzupassen ist.

Wird der Heil- und Kostenplan zwar vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung zum 01.10.2020 ausgestellt, aber erst ab diesem Zeitpunkt zur Genehmigung bei der Krankenkasse eingereicht, sind die ab 01.10.2020 geltenden erhöhten Festzuschüsse bei der Genehmigung zu berücksichtigen.

Die Aussage zu § 55 SGB V im Gemeinsamen Rundschreiben zu leistungsrechtlichen Vorschriften des TSVG vom 18./19.06.2019 unter Punkt 5 (Übergangsfälle), wonach die erhöhten Festzuschüsse nur für nach dem 30.09.2020 ausgestellten Heil- und Kostenpläne gelten, wird durch dieses Besprechungsergebnis ersetzt. Von einer Aktualisierung des Gemeinsamen Rundschreibens zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des TSVG wird abgesehen.

Darüber hinaus besteht Einvernehmen darüber, dass bei einer – erst nach der Eingliederung des vor dem 01.10.2020 bewilligten und nach dem 30.09.2020 eingegliederten Zahnersatzes – nachträglichen Beantragung der Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Anpassung der Zuschusshöhe eine Nacherstattung vorzunehmen ist.

Beantragen Versicherte in den vorgenannten Fallgestaltungen eine Anpassung des Verwaltungsaktes an die ab 01.10.2020 geltende neue Rechtslage, sind bei der Prüfung auch die in diesem Zusammenhang erhöhten Boni zu berücksichtigen sowie die Neuregelung, dass ein einmaliges Versäumnis der Zahnvorsorgeuntersuchung nach § 55 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 und 2 SGB V in begründeten Ausnahmefällen gemäß § 55 Abs. 1 Satz 6 SGB V nicht zum Verlust des Bonus führt.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.09.2020 in Berlin

2. § 45 SGB V – Krankengeld bei Erkrankung des Kindes,  
§ 45 SGB VII – Voraussetzungen für das Verletztengeld;  
hier: Entwurfs eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhaus-  
zukunfts-gesetz – KHZG)

#### Sachstand:

Versicherte haben gemäß § 45 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes (Kinderkrankengeld).

Der Anspruch auf Kinderkrankengeld besteht in jedem Kalenderjahr für jedes Kind längstens für 10 Arbeitstage je Versicherten, für alleinerziehende Versicherte längstens für 20 Arbeitstage (§ 45 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Gemäß § 45 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist der Anspruch für Versicherte auf 25 Arbeitstage und für alleinerziehende Versicherte auf 50 Arbeitstage je Kalenderjahr begrenzt.

Im Falle der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes im Sinne des § 45 Abs. 4 SGB VII gilt u.a. in Bezug auf die Anspruchsdauer der § 45 SGB V entsprechend.

Der Entwurf eines Gesetzes für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunfts-gesetz – KHZG, BT-Drs. 19/22126 vom 08.09.2020) sieht in Artikel 3 u.a. vor, dass § 45 SGB V um einen neuen Absatz 2a ergänzt wird, wonach der Anspruch auf Kinderkrankengeld abweichend von § 45 Abs. 2 SGB V für das Kalenderjahr 2020 für jedes Kind längstens für 15 Arbeitstage und für alleinerziehende Versicherte längstens für 30 Arbeitstage besteht. Der Anspruch soll für Versicherte für nicht mehr als 35 Arbeitstage, für alleinerziehende Versicherte für nicht mehr als 70 Arbeitstage bestehen. Die Regelung soll am Tag nach der Verkündung des Gesetzes in Kraft treten und soll zum 01.01.2021 wieder aufgehoben werden.



Um eine einheitliche Umsetzung der geplanten gesetzlichen Änderung zu gewährleisten, war es angezeigt, im Kreise der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht folgende Punkte zu beraten:

### **1. Rückwirkende Gewährung des verlängerten Anspruchs**

Die neue gesetzliche Regelung, wonach sich der Anspruch auf Kinderkrankengeld für das Kalenderjahr 2020 erhöht, soll ab dem Tag nach Verkündung des Gesetzes in Kraft treten. Fraglich war in diesem Zusammenhang, ob die verlängerte Anspruchsdauer nur bei Erkrankungen des Kindes ab dem Tag des Inkrafttretens des KHZG oder bereits für entsprechende Zeiträume vor Inkrafttreten des Gesetzes zu gewähren ist.

### **2. Übertragung des Anspruchs zwischen den Elternteilen**

Sind im Falle einer Erkrankung des Kindes beide Elternteile berufstätig und kommt sonst niemand als für die Pflege geeignete Person in Betracht, können grundsätzlich die Eltern entscheiden, wer von ihnen die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes übernimmt (vgl. BAG vom 20.06.1979 – 5 AZR 361/78). Infolgedessen wünschen Versicherte gelegentlich, ihren Anspruch auf Kinderkrankengeld nach § 45 Abs. 1 SGB V auf den jeweils anderen Elternteil des Kindes zu übertragen. Damit wird der Leistungsanspruch für beide Elternteile auf einen Versicherten konzentriert. Im Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des gemeinsamen Rundschreibens vom 06./07.12.2017 in der Fassung vom 18./19.06.2019 zum Krankengeld bei Erkrankung des Kindes gemäß § 45 SGB V und zum Kinderverletztengeld gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII (GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld) empfiehlt der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene im Interesse einer familienorientierten Handhabung des § 45 SGB V, die Verständigung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu akzeptieren, einen Elternteil, dessen Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes und auf Freistellung von der Arbeit bereits erschöpft ist, gleichwohl nochmals freizustellen, sofern der andere Elternteil, dessen Anspruch noch nicht erschöpft ist, die Betreuung des erkrankten Kindes nicht übernehmen kann. Entsprechende Fälle sind nach den Ausführungen des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld einheitlich abzuwickeln.

Es galt zu klären, wie mit Anträgen auf Übertragung von Anspruchstagen umgegangen werden soll, insbesondere für zurückliegende Fälle im Kalenderjahr 2020 oder zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des KHZG laufende Fälle.

### **3. Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB V II**

Gemäß § 45 Abs. 4 SGB VII besteht im Fall der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines durch einen Versicherungsfall verletzten Kindes ein Anspruch auf Kinderverletztengeld. § 45 SGB V gilt bis auf die in § 45 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Satz 2 SGB VII beschriebenen Ausnahmen. Damit sind die Vorgaben zur Anspruchsdauer des § 45 Abs. 2 SGB V auch beim Kinderverletztengeld anzuwenden.

Fraglich war, ob damit die geplante Ausweitung des Anspruchszeitraums im Sinne des § 45 Abs. 2a SGB V (neu) ebenfalls für das Kinderverletztengeld gilt.

#### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten unter der Voraussetzung, dass die zu § 45 SGB V geplante Änderung durch das Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) in dieser Form in Kraft tritt, einheitlich die Auffassung:

#### **1. Rückwirkende Gewährung des verlängerten Anspruchs**

§ 45 Abs. 2 SGB V gibt die Höchstdauer für das Kinderkrankengeld je Kalenderjahr vor. Durch die geplante Einführung des § 45 Abs. 2a SGB V mit dem KHZG soll der Zeitraum des Anspruchs auf Kinderkrankengeld für das Kalenderjahr 2020 verlängert werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung soll damit der häufigeren Inanspruchnahme des Kinderkrankengeldes aufgrund der andauernden SARS-CoV-2-Pandemie Rechnung getragen werden. Der gesetzlichen Intention folgend ist daher der längere Anspruchszeitraum auch für Zeiträume der Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege des Kindes, die vor dem Inkrafttreten des KHZG im Jahr 2020 liegen, zu gewähren. Damit wird eine Gleichbehandlung mit Versicherten erreicht, die erst ab bzw. nach Inkrafttreten des KHZG aufgrund der durch die Erkrankung des Kindes notwendigen Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege ihrer Arbeit fernbleiben müssen.

Für zurückliegende Zeiträume getroffene Entscheidungen zu Anträgen auf Zahlung von Kinderkrankengeld sind durch die Krankenkassen nicht von Amts wegen aufzugreifen, insbesondere, da nicht immer davon ausgegangen werden kann, dass den Krankenkassen entsprechende ärztliche Zeugnisse (Muster 21) und/oder Anträge auf Kinderkrankengeld ab Erreichen der Höchstst-

spruchsdauer nach § 45 Abs. 2 SGB V vorliegen. Eine Neufeststellung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld für Zeiten vor Inkrafttreten des KHZG ist daher nur auf Antrag des Versicherten vorzunehmen.

## **2. Übertragung des Anspruchs zwischen den Elternteilen**

Das im Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld beschriebene Vorgehen sollte aus Sicht der Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer auch bei Anträgen auf Übertragung der verlängerten Anspruchstage auf Kinderkrankengeld von den Krankenkassen umgesetzt werden.

Aufgrund der geplanten kurzen zeitlichen Gültigkeitsdauer des § 45 Abs. 2a SGB V verständigen sich die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer darauf, den Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld nicht anzupassen.

Um eine einheitliche Praxis sicherzustellen, wird folgendes Vorgehen empfohlen:

### 1. Vor Inkrafttreten des KHZG im Kalenderjahr 2020 vollständig abgewickelte Übertragungsfälle

Diese Fälle sollten nicht mehr aufgegriffen werden, außer Versicherte beantragen eine Überprüfung und/oder ggf. Nachzahlung von Kinderkrankengeld.

### 2. Vor Inkrafttreten des KHZG beantragte Übertragungsfälle

Entsprechende Anträge sollen anhand der bestehenden Vorgaben des Abschnittes 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld abgewickelt werden. Dies gilt sowohl in Fällen, in denen die Krankenkasse des anspruchübertragenden Elternteils der auszahlenden Krankenkasse den Grundanspruch und die Dauer des Anspruchs auf Kinderkrankengeld noch nicht bestätigt hat und nur der Antrag auf Übertragung vor Inkrafttreten des KHZG bei der auszahlenden Krankenkasse eingegangen ist als auch in Fällen, in denen der auszahlenden Krankenkasse die Bestätigung der anderen Krankenkasse bereits vorliegt, der Antrag ggf. bereits bewilligt wurde, aber das Kinderkrankengeld noch nicht ausgezahlt oder der Erstattungsbetrag der anderen Krankenkasse noch nicht geleistet wurde.

### 3. Ab Inkrafttreten des KHZG beantragte Übertragungsfälle

Ab Inkrafttreten des KHZG eingehende Anträge auf Übertragung des Anspruchs auf Kinderkrankengeld des anderen Elternteils sollten erst nach Ausschöpfung des eigenen erweiterten Höchstanspruchs als Übertragungsfälle gemäß Abschnitt 5.3.5 „Übertragung des Anspruchs“ des GR zum Kinderkrankengeld und Kinderverletztengeld abgewickelt werden.

### **3. Kinderverletztengeld nach § 45 Abs. 4 SGB VII**

Ein Anspruch auf Kinderverletztengeld besteht für die Dauer nach § 45 Abs. 2 SGB V. Insofern scheint es anhand der Gesetzessystematik notwendig, die mit der geplanten Einführung des § 45 Abs. 2a SGB V verlängerte Anspruchsdauer des Kinderkrankengeldes für das Kalenderjahr 2020 auch für den Anspruch auf Kinderverletztengeld anzuwenden.

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, mit dem Ziel einer einheitlichen Rechtsauffassung den Spitzenverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) über den Gesetzentwurf zum KHZG zu informieren und zu klären, ob die DGUV die Ansicht vertritt, dass sich durch die mit dem KHZG geplante gesetzliche Änderung der Anspruch auf Kinderverletztengeld ebenfalls verlängert und ob in diesem Fall aus Sicht der DGUV Kinderverletztengeld auch für Zeiträume vor Inkrafttreten des KHZG zu gewähren ist (siehe Ziffer 1).

#### Anmerkung:

Im Nachgang der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht ist der GKV-Spitzenverband zur Klärung an die DGUV herangetreten.

Die DGUV teilte mit, dass die Verlängerung des Anspruchszeitraums wegen des Verweises in § 45 Abs. 4 SGB VII auf den § 45 SGB V auch für das Kinderverletztengeld gilt. Die DGUV teilt zudem die unter Ziffer 1 des Besprechungsergebnisses dargestellte Rechtsauffassung in Bezug auf das Kinderverletztengeld.

In diesem Zusammenhang informierte die DGUV, dass in Fällen, in denen die Anspruchsvoraussetzungen für das Kinderverletztengeld nicht mehr erfüllt sind, weil die Höchstanspruchsdauer ausgeschöpft ist, gleichwohl aber eine Betreuung des unfallverletzten Kindes weiterhin erforderlich ist, die DGUV ihren Mitgliedern empfiehlt, eine ergänzende Leistung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII für Eltern unfallverletzter Kinder zu zahlen (DGUV-Rundschreiben 0007/2016 vom 11.01.2016). Diese ergänzende Leistung soll in Höhe des (bisherigen) Anspruchs auf Kinderverletztengeldes gezahlt werden und ist zeitlich nicht beschränkt.

Stellen Versicherte bei der Krankenkasse einen Antrag auf Kinderverletztengeld und wurde die Höchstanspruchsdauer nach § 45 Abs. 2 SGB V bereits durch vorhergehende Zeiträume erreicht, sollten die Krankenkassen Kontakt mit der zuständigen Unfallkasse aufnehmen, damit ausgeschlossen werden kann, dass für die beantragten Zeiten bereits durch die Unfallkasse über die Höchstanspruchsdauer hinaus eine ergänzende Leistung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII gezahlt wurde.

## Niederschrift

### über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 17.09.2020 in Berlin

3.     **§ 105 SGB X – Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers,  
§ 112 SGB X – Rückerstattung;  
hier: Erstattungspflicht bei Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung; BSG vom 30.07.2019, B 1 KR 15/18 R**

#### Sachstand:

§ 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X regelt, dass wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen des § 102 Abs. 1 SGB X vorliegen, der zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig ist, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Der Erstattungsanspruch setzt unter anderem voraus, dass ein unzuständiger Leistungsträger in der Annahme seiner Leistungszuständigkeit Sozialleistungen an den Leistungsberechtigten nicht nur vorläufig erbracht hat.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) hatte am 30.07.2019 in einem Verfahren (B 1 KR 15/18 R) darüber zu entscheiden, ob die erst nach einem Krankenkassenwechsel zuständige gegenüber der vorherigen Krankenkasse einen Anspruch auf Erstattung des aus der Gesamtvergütung gezahlten zahnärztlichen Honorars zu ihren Lasten hat, da der Versicherte die ihm zur Verfügung gestellte Krankenversichertenkarte [neu: elektronische Gesundheitskarte] als Anspruchsnachweis bereits vor dem Wechsel eingesetzt und konservierend-chirurgische Zahnarztleistungen in Anspruch genommen hat (vgl. Anlage 1).

Das BSG hatte diesbezüglich darüber hinaus geprüft, ob die Voraussetzungen für einen öffentlich-rechtlichen oder für einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X aus Sicht der gewählten Krankenkasse vorliegen und ob es sich bei der zum Verfahren beigeladenen Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) um einen Sozialleistungsberechtigten und bei der gezahlten Gesamtvergütung zudem um eine Sozialleistung handelt. Diese Thematik war bereits in der Vergangenheit häufig Gegenstand von zahlreichen Sozialgerichtsverfahren und wurde zuletzt in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 06.12.2016 unter TOP 6 ohne Ergebnis beraten.





In diesem Zusammenhang ergaben sich bei der Durchsetzung von Erstattungsansprüchen für vertragszahnärztliche Leistungen im Rahmen der Gesamtvergütung gemäß § 105 SGB X weitere Fragen, die sich darüber hinaus mit dem Umgang zu Unrecht erfolgter Erstattungen durch die Krankenkassen nach § 112 SGB X und der analogen Anwendung des BSG-Urteils für die an die Kasernenärztlichen Vereinigungen (KÄV) gezahlte Gesamtvergütung für vertragsärztliche Behandlung beschäftigen.

## **1. Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X bei vertragszahnärztlicher und vertragsärztlicher Behandlung**

### **1.1 Sozialleistungsberechtigte**

Der Anspruch des unzuständigen Leistungsträgers nach § 105 SGB X setzt u. a. voraus, dass dieser anstelle des eigentlich zuständigen Sozialleistungsträgers Sozialleistungen zugunsten des Sozialleistungsberechtigten zu Unrecht erbracht hat. Bei den Sozialleistungsberechtigten handelt es sich um natürliche oder juristische Personen, die Sozialleistungen gemäß § 11 SGB I in Anspruch nehmen können, also in der Regel Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse.

Nach Auffassung des BSG seien Sozialleistungsberechtigte Träger der sozialen Rechte, die Sozialleistungen zum Gegenstand haben. Den KZÄVen obliege der gesetzliche Auftrag, die vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen, somit seien diese keine Sozialleistungsberechtigten im Sinne des § 105 SGB X (vgl. BSG vom 30.07.2019, B 1 KR 15/18 R, Rn. 11 – 13). Der Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X finde daher keine Anwendung.

### **1.2 Sozialleistungen**

Eine weitere Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X ist gegeben, wenn ein unzuständiger Leistungsträger zu Unrecht Sozialleistungen erbracht hat. Gemäß § 11 Satz 1 SGB I sind Gegenstand des sozialen Rechte die in diesem Gesetzbuch vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen).

Nach Aussage des BSG seien dies Leistungen, die der Verwirklichung eines der in §§ 3 bis 10 SGB I genannten sozialen Rechte dienen, im SGB geregelt seien und dem Sozialleistungsberechtigten zugutekommen, dass bei ihm eine vorteilhafte Rechtsposition begründet werde. Die Krankenkasse erbringe auch Versicherten keine Sozialleistung, indem sie die Gesamtvergütung zahlt. Sie leiste damit die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten. Bei

der gezahlten Gesamtvergütung handele es sich nicht um eine Sozialleistung, sodass der Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X auch in diesem Zusammenhang keine Anwendung finde (vgl. BSG a. a. O., Rn. 11–13).

Nach § 85 SGB V entrichten die Krankenkassen nach Maßgabe der Gesamtverträge (§ 83 SGB V) eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragszahnärztliche Versorgung an die jeweilige kassenzahnärztliche Vereinigung. Die Gesamtvergütung – Höhe wird im Gesamtvertrag vereinbart – ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen. Zur Gesamtvergütung gehören grds. alle zahnärztlichen Leistungen. Nicht dazu zählen insbesondere Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, die somit weiterhin als Sozialleistungen gemäß § 105 SGB X erstattungsfähig wären.

### **1.3 Analogie zur vertragsärztlichen Behandlung**

Die Aussagen in den Abschnitten 1.1 und 1.2 dürften auch auf den vertragsärztlichen Bereich übertragbar sein, da die Rechtsgrundlagen in weiten Teilen identisch sind.

So stellt das BSG in Rn. 13 des in Rede stehenden Urteils als normative Begründung dafür, warum die KZÄVen keine Sozialleistungsberechtigten sind, auf ihren Sicherstellungsauftrag aus §§ 75 Abs. 1 i. V. m. 72 Abs. 1 Satz 2 SGB V ab. Erstere Norm beschreibt dabei den Sicherstellungsauftrag der KÄVen, während erst letztere die entsprechende Anwendung der Norm auch im vertragszahnärztlichen Bereich anordnet. Ebenso ist die Argumentation des BSG, die Krankenkasse erbringe durch Zahlung der Gesamtvergütung keine Sozialleistung, auf den vertragsärztlichen Bereich übertragbar.

Die in diesem Zusammenhang mit befreiender Wirkung entrichtete Gesamtvergütung steht für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung und besteht aus den beiden Bestandteilen der (budgetierten) morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Die extrabudgetäre Vergütung umfasst darüber hinaus neue Leistungen, die z.B. durch G-BA-Beschluss in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen und neu im EBM abgebildet worden sind, bzw. besonders förderungswürdige Leistungen. Folglich dürften diese aufgeführten Leistungen der vertragsärztlichen Behandlung nicht als Sozialleistungen zu definieren und damit die Anwendung von § 105 SGB X ausgeschlossen sein.

## 2. Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist nicht gesetzlich normiert, aber nach allgemeiner Ansicht gewohnheitsrechtlich anerkannt. Zu Unrecht erfolgte öffentlich-rechtliche Vermögensverschiebungen sollen mit ihm rückgängig gemacht werden, aber nur dann, wenn keine anderen spezialgesetzlichen Anspruchsgrundlagen existieren.

Nach Feststellung des BSG vom 30.07.2019 könne auf das Erstattungsbegehren der gewählten gegen die vorherige Krankenkasse allein der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zur Anwendung gelangen. Die Anwendung setze allerdings voraus, dass die gewählte Krankenkasse im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbrachte oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen erfolgten. Da diese mit der Zahlung der Gesamtvergütung an die KZÄV keine Leistung gegenüber der vorherigen Krankenkasse erbracht habe, sondern ihre eigene sich aus § 85 SGB V i. V. m. dem Gesamtvertrag (vgl. § 83 SGB V) ergebende Verpflichtung erfüllte habe, sind die Voraussetzungen nicht erfüllt (vgl. BSG a. a. O., Rn 14 -15). Zudem sei auch der Durch- oder Rückgriff auf die vorherige Krankenkasse im Sinne einer bereicherungsrechtlichen Nichtleistungskondition ausgeschlossen, da die Wertungszusammenhänge der GKV der Anwendbarkeit zivilrechtlich entwickelter Nichtleistungskonditionen (vgl. § 812 BGB) entgegenstehen (vgl. BSG, a. a. O., Rn 16).

Auch die Ausführungen zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch dürften auf den vertragsärztlichen Bereich übertragbar sein. Zentrales Argument in der Urteilsbegründung ist, dass die in den Rechtsverhältnissen zwischen den Krankenkassen und den KZÄV und dem Vertragszahnarzt rechtsgrundlos erbrachten Zahlungen nur in den jeweiligen Leistungsbeziehungen rückabzuwickeln seien. Das BSG lehnt hier einen Durch-/Rückgriff der einen Krankenkasse auf die andere ausdrücklich unter Verweis auf die „Wertungszusammenhänge der GKV“ ab (vgl. BSG a. a. O., Rn. 16). Wie die vom BSG an dieser Stelle für seine Argumentation herangezogenen Normen (insbesondere §§ 75 Abs. 1 und 85 SGB V) zeigen, handelt es sich dabei um Vorgaben, die gleichermaßen für den vertragsärztlichen und den vertragszahnärztlichen Bereich gelten. Dies wird zudem durch die Formulierung des BSG verdeutlicht, Krankenkassen schlossen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen Verträge mit den K(Z)ÄVen, um das Angebot an zugelassenen Leistungserbringern zu garantieren, die den Anspruch auf vertragszahnärztliche Behandlung erfüllen.

## 3. Rückerstattung nach § 112 SGB X

Das BSG-Urteil vom 30.07.2019 entfaltet zunächst einmal nur zwischen den Parteien des entschiedenen Rechtsstreits unmittelbare Bindungswirkung. Es ist jedoch zu erwarten, dass sich zukünftige Rechtsprechungen in vergleichbar gelagerten Rechtsstreiten an den Feststellungen des

BSG orientieren werden; allerdings bedeutungslos ist das Urteil für bereits rechtskräftig abgeschlossene Verfahren. Vor dem Hintergrund der BSG-Entscheidung erscheint daher eine Rückforderung bereits erstatteter Leistungen nicht ausgeschlossen.

Nach § 112 SGB X sind die gezahlten Beträge zurückzuerstatten, soweit eine Erstattung zu Unrecht erfolgt ist. Den ergänzenden Anmerkungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 6. Dezember 1983 zum Gemeinsamen Rundschreiben vom 10./11.03.1983 (vgl. Anlage 2) ist hierzu insbesondere zu entnehmen, dass der Rückerstattungsanspruch nicht der Ausschlussfrist nach § 111 SGB X unterliegt, die Bagatellgrenze gemäß § 110 Satz 2 SGB X in diesem Zusammenhang bedeutungslos ist und die Verjährung nach § 113 SGB X noch nicht eingetreten sein darf. Rückerstattungsansprüche verjähren in 4 Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Erstattung zu Unrecht erfolgt ist (vgl. § 113 Abs. 1 Satz 2 SGB X).

Es stellte sich daher auch die Frage, ob aufgrund des BSG-Urteils eine Rückerstattung von in den letzten vier Jahren gezahlten Beträgen erfolgen soll oder ein gegenseitiger Rückerstattungsverzicht sinnvoll ist, um den damit verbundenen Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten und wie mit bereits angemeldeten Erstattungsansprüchen umzugehen ist.

### **Besprechungsergebnis:**

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer erkennen das BSG-Urteil vom 30.07.2019, B 1 KR 15/18 R an und vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass dieses sowohl in Bezug auf die durch die Gesamtvergütung abgegoltenen vertragszahnärztlichen als vertragsärztlichen Leistungen bei Erstattungsansprüchen der Krankenkassen untereinander Anwendung findet.

Somit sind die über die Gesamtvergütung nach § 85 SGB V abgegoltenen vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen bei unzuständiger Leistungserbringung von den Krankenkassen weder über einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X noch über einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zu erstatten.

Zudem besteht Einvernehmen aller Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer darüber, auf die Rückabwicklung bereits erfolgter Erstattungen von vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Leistungen gegenseitig zu verzichten.

Angemeldete und noch nicht realisierte Erstattungsansprüche gemäß § 105 SGB X in diesem Zusammenhang sind hinfällig und werden nicht weiterverfolgt.

Ob und inwieweit insbesondere Zahnersatzleistungen einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen weiterhin erstattungsfähig nach § 105 SGB X sind, ist Gegenstand weiterer Beratungen in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht.

**Anlage**

# BUNDESSOZIALGERICHT



**Im Namen des Volkes**

Verkündet am  
30.07.2019

## **Urteil**

**in dem Rechtsstreit**

BSG Az.: **B 1 KR 15/18 R**

Bayerisches LSG 27.02.2018 - L 5 KR 224/14

SG München 09.04.2014 - S 2 KR 10/11

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,  
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

IKK classic,  
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns,  
Fallstraße 34, 81369 München.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 30. Juli 2019 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. H a u c k , den Richter Dr. E s t e l m a n n und die Richterin J u s t sowie den ehrenamtlichen Richter L e i t e und die ehrenamtliche Richterin R u d o l p h für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27. Februar 2018 aufgehoben. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. April 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin und die Beigeladene tragen die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen als Gesamtschuldner.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 117,64 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Erstattung eines Gesamtvergütungsanteils für zahnärztliche Behandlung.
- 2 Der bei der Rechtsvorgängerin der beklagten Krankenkasse (KK) versichert gewesene M (Versicherter) kündigte seine Mitgliedschaft mit dem Ziel, zur klagenden KK zu wechseln, in deren Bezirk er seinen Wohnsitz hatte (*Schreiben vom 10.12.2009*). Die Klägerin stellte dem Versicherten eine Krankenversichertenkarte zur Verfügung (*29.1.2010*). Gegen deren Vorlage erbrachte ihm Vertragszahnarzt F konservierend-chirurgische Leistungen (*ua am 16.4.2010*). Der Mitgliedschaftswechsel des Versicherten zur Klägerin erfolgte am 1.5.2010. Klägerin und Beklagte zahlten an die beigelegene KZÄV jeweils die vereinbarte Gesamtvergütung für das Quartal II/2010. Die Beigeladene zahlte F 117,64 Euro Honorar aus der Gesamtvergütung für die Behandlung des Versicherten am 16.4.2010. Die Klägerin forderte - erfolglos - die Erstattung dieses Betrags von der Beklagten, weil der Versicherte am Behandlungstag noch nicht ihr Mitglied gewesen sei. Das SG hat die Klage abgewiesen (*Urteil vom 9.4.2014*). Das LSG hat auf die Berufung der Klägerin das Urteil des SG aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 117,64 Euro zu erstatten. Der Anspruch ergebe sich aus § 105 Abs 1 SGB X. Die Ausgabe der Krankenversichertenkarte begründe keine Zuständigkeit der Klägerin (*Urteil vom 27.2.2018*).
- 3 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 105 Abs 1 S 1 SGB X, § 85 SGB V und § 242 BGB. § 105 SGB X sei mangels Erbringung einer Sozialleistung nicht anwendbar. Die gezahlte Vergütung sei keine Leistung an den Versicherten.
- 4 Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 27. Februar 2018 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 9. April 2014 zurückzuweisen.
- 5 Die Klägerin beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält das LSG-Urteil für zutreffend.

- 7 Die Beigeladene beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

## II

- 9 Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet (§ 170 Abs 2 S 1 SGG). Das LSG-Urteil ist aufzuheben und die Berufung der klagenden KK gegen das SG-Urteil zurückzuweisen. Zu Unrecht hat das LSG die Beklagte zur Erstattung verurteilt. Der Klägerin steht der zulässig mittels der (echten) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) verfolgte Anspruch auf Rückzahlung von 117,64 Euro gegen die Beklagte nicht zu (*dazu 1.*). Der erkennende Senat kann die beigeladene KZÄV nicht nach § 75 Abs 5 SGG zur Zahlung verurteilen (*dazu 2.*).
- 10 1. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Erstattungsanspruch. Als Anspruchsgrundlage kommt allein der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch in Betracht. Der Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X findet keine Anwendung (*dazu a*). Die Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs liegen nicht vor (*dazu b*).
- 11 a) Allein der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch findet auf das Erstattungsbegehren der Klägerin gegen die Beklagte Anwendung, nicht hingegen § 105 SGB X. Alle Erstattungsansprüche iS der §§ 102 ff SGB X setzen voraus, dass anstelle des letztlich verpflichteten Leistungsträgers ein anderer Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat (*vgl BSGE 123, 10 = SozR 4-1300 § 107 Nr 7, RdNr 16 mwN*). § 105 SGB X erfordert hierbei, dass ein unzuständiger Sozialleistungsträger Sozialleistungen zugunsten des Sozialleistungsberechtigten anstelle des zuständigen oder zuständig gewesenen Sozialleistungsträgers erbracht hat. Daran fehlt es. Weder handelt es sich bei der von der Klägerin an die Beigeladene gezahlten Gesamtvergütung um eine Sozialleistung noch ist die Beigeladene ein Sozialleistungsberechtigter.
- 12 Sozialleistungsberechtigte sind Träger der sozialen Rechte, die Sozialleistungen zum Gegenstand haben. Die Regelung des § 11 S 1 SGB I definiert den Begriff der Sozialleistung für alle Sozialleistungsbereiche verbindlich (*vgl § 37 S 1 SGB I*). Gegenstand der sozialen Rechte sind danach die im SGB vorgesehenen Dienst-, Sach- und Geldleistungen (Sozialleistungen). Sozialleistungen sind solche Leistungen, die der Verwirklichung eines der in §§ 3 bis 10 SGB I genannten sozialen Rechte dienen, im SGB geregelt sind und die dem Träger der sozialen Rechte dadurch zugutekommen, dass bei ihm eine vorteilhafte Rechtsposition begründet wird (*vgl BSGE 123, 10 = SozR 4-1300 § 107 Nr 7, RdNr 17*).
- 13 Die KZÄVen sind keine Sozialleistungsberechtigten im dargelegten Rechtssinne. Sie haben den gesetzlichen Auftrag, die vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen (§ 75 Abs 1 iVm



§ 72 Abs 1 S 2 SGB V). Die KK erbringt auch Versicherten keine Sozialleistung iS der §§ 102 ff SGB X, indem sie die Gesamtvergütung zahlt (*stRspr vgl BSGE 61, 19, 21 = SozR 2200 § 368f Nr 11 S 30; BSGE 66, 1, 2 = SozR 2200 § 368f Nr 16 S 67; BSGE 69, 158, 162 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1 S 5*). Sie leistet damit ungeachtet der näheren Ausgestaltung der Gesamtvergütung der KZÄV, damit diese über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, um ihren gesetzlichen Auftrag wahrnehmen zu können, die Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten.

- 14 b) Die Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung von 117,64 Euro sind nicht erfüllt. Er setzt voraus, dass der Gläubiger - hier die Klägerin - im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbrachte oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen erfolgten. Die Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs. Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (*vgl zum Ganzen BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 11 mwN*).
- 15 Die Voraussetzungen einer Leistungskondition sind nicht erfüllt. Die Klägerin erbrachte mit der Zahlung der Gesamtvergütung an die Beigeladene keine Leistung gegenüber der Beklagten, sondern erfüllte ihre eigene, sich aus § 85 SGB V iVm dem Gesamtvertrag (*vgl § 83 SGB V*) ergebende Verpflichtung.
- 16 Ein Durch- oder Rückgriff auf die Beklagte iS einer bereicherungsrechtlichen Nichtleistungskondition (Aufwendungs- oder Rückgriffskondition) ist ausgeschlossen. Der Anwendbarkeit zivilrechtlich entwickelter Nichtleistungskonditionen stehen die Wertungszusammenhänge der GKV entgegen. Die KKn stellen als die für die GKV zuständigen Sozialleistungsträger (*§ 21 Abs 2 SGB I*) ihren Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen des GKV-Leistungskatalogs als Sach- und Dienstleistungen grundsätzlich durch Leistungserbringer zur Verfügung (*vgl § 2 Abs 2, §§ 69 ff SGB V*). Hierzu zählt auch die ambulante zahnärztliche Behandlung, die die KKn ihren Versicherten schulden (*§ 27 Abs 1 S 2 Nr 2 iVm § 28 SGB V*). Die KKn stellen dazu - wie im Fall des Versicherten am 16.4.2010 - den Versicherten die benötigte Behandlung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (*§ 12 SGB V*) grundsätzlich als Naturalleistung in der Weise zur Verfügung (*§ 2 Abs 1 S 1, § 13 Abs 1 SGB V*), dass sich die Versicherten frei einen zugelassenen Leistungserbringer, etwa einen Vertragszahnarzt auswählen können, der sie behandelt (*§ 76 Abs 1 S 1 SGB V*). Um das Angebot an zugelassenen Leistungserbringern zu garantieren, die den Anspruch der Versicherten auf vertragszahnärztliche Behandlung erfüllen, schließen die KKn über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen Verträge mit den K(Z)ÄVen (*§ 2 Abs 2 S 3 SGB V*). Sie stellen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher (*§ 75*

*Abs 1 iVm § 72 Abs 1 S 2 SGB V*). Die KKn entrichten im Gegenzug eine Gesamtvergütung (§ 85 SGB V), die die KZÄVen an die Vertragszahnärzte verteilen (§ 85 Abs 4 S 1 SGB V *idF des GKV-Gesundheitsreformgesetz <GKVRefG2000> vom 22.12.1999, BGBl I 2626, mWv 1.1.2000; zur näheren Ausgestaltung der Gesamtvergütung der KZÄVen vgl § 85 Abs 4 ff SGB V*). Der Anspruch des Vertragszahnarztes auf angemessene Teilhabe an der Gesamtvergütung, also auf Honorarverteilung, besteht unabhängig vom Leistungsanspruch des Versicherten gegen seine KK allein im Verhältnis zur KZÄV (*vgl BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 11 S 51; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 9 RdNr 32; BSGE 105, 224 = SozR 4-2500 § 85 Nr 52, RdNr 33; BSG Beschluss vom 27.6.2012 - B 6 KA 65/11 B - Juris RdNr 11 = ZMGR 2012, 435 f; Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, § 85 RdNr 15 ff mwN, Stand Einzelkommentierung Oktober 2016*). Die den Rechtsverhältnissen zwischen KK und KZÄV einerseits und KZÄV und Vertragszahnarzt andererseits zugrunde liegenden Vorschriften des Vertragszahnarztrechts mit ihren spezifischen Interessenbewertungen regeln abschließend die jeweiligen Leistungsbeziehungen (*zum vorrangigen bzw erschöpfenden Charakter der Regelungen über die Leistungsbeziehungen in der GKV vgl auch BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr 9, RdNr 21; BSG SozR 4-7610 § 812 Nr 8 RdNr 26, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*). Spiegelbildlich dazu sind die in diesen Rechtsverhältnissen rechtsgrundlos erbrachten Zahlungen nur in den jeweiligen Leistungsbeziehungen unter Beachtung der Wertungen des Vertragszahnarztrechts rückabzuwickeln. Diese Leistungsbeziehungen werden nicht durch Leistungsbeziehungen im Rechtsverhältnis zwischen KK und Versicherten verdrängt oder überlagert.

- 17 2. Der erkennende Senat darf auch die Beigeladene nicht zur Zahlung von 117,64 Euro verurteilen. Auf sie findet die Regelung des § 75 Abs 5 SGG (*idF des Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 10.12.2014, BGBl I 2187, mWv 19.12.2014*) weder unmittelbar (*dazu a*) noch analog (*dazu b*) Anwendung.
- 18 a) Nach § 75 Abs 5 SGG kann ein Versicherungsträger, ein Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, ein Träger der Sozialhilfe, ein Träger der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts ein Land nach Beiladung verurteilt werden. Die Beigeladene unterfällt keiner der genannten Trägerkategorien. Sie ist insbesondere kein "Versicherungsträger". Der Trägerbegriff ist nach Maßgabe des materiellen Rechts auszulegen. Denn § 75 Abs 5 SGG gibt nach seinem Sinn und Zweck den Gerichten aus prozessökonomischen Gründen die Befugnis, anstelle des nicht passiv legitimierten (nicht zuständigen) beklagten Trägers den in Wahrheit leistungspflichtigen Träger nach Beiladung zu verurteilen, um einen neuen Rechtsstreit und die Gefahr sich widersprechender Entscheidungen zu vermeiden (*vgl BSGE 106, 268 = SozR 4-4200 § 16 Nr 5, RdNr 12 mwN; Röhl in Zeihe/Hauck, SGG, Stand Oktober 2018, § 75 Anm 56a; Ulmer in Hennig, SGG, Stand März 2019, § 75 SGG RdNr 44*). § 29 Abs 1 SGB IV definiert "Versicherungsträger" als "Träger der Sozialversicherung", unter die er "rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung" fasst. Träger der Sozialversicherung sind die für die genannten Versicherungszweige zuständigen Leistungsträger (§§ 12 S 1 iVm 18 ff SGB I), dh diejenigen sozialen

Versicherungsträger, die dem Versicherten gegenüber zuständig für die Erbringung der Leistung sind (vgl. Köster in Kreikebohm, SGB IV, 3. Aufl 2018, § 29 RdNr 5; Schneider-Danwitz in jurisPK-SGB IV, 3. Aufl 2016, § 29 RdNr 12 ff). Für die GKV sind dies die KKn (§ 4 Abs 2 SGB V, § 21 Abs 2 SGB I), nicht die Beigeladene.

- 19 b) § 75 Abs 5 SGG ist auf KÄVen und KZÄVen nicht analog anwendbar. Eine Analogie setzt das Bestehen einer unbewussten planwidrigen Regelungslücke voraus (vgl. zB BSG SozR 4-2500 § 17 Nr 3 RdNr 22; BSG SozR 4-7610 § 204 Nr 2 RdNr 22). Hieran fehlt es. Der Gesetzgeber hat bewusst die KÄVen und KZÄVen nicht in die Vorschrift aufgenommen (vgl. Röhl in Zeihe/Hauck, SGG, Stand Oktober 2018, § 75 Anm 17a Doppelbuchst aa); aA LSG Niedersachsen Beschluss vom 24.10.1996 - L 5 Ka 51/96 eR - Breith 1997, 381, 383 f).
- 20 Der Gesetzgeber hat den Wortlaut des § 75 Abs 2 und 5 SGG seit Bestehen der Regelung (SGG vom 3.9.1953, BGBl I 1239) nur um Sozialleistungsträger zur Berücksichtigung von Änderungen des materiellen Rechts erweitert (vgl. Art 1 Nr 30 Buchst b und d Sechstes Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes <6. SGGÄndG> vom 17.8.2001, BGBl I 2144, mWv 2.1.2002; Art 9 Gesetz zur Fortentwicklung der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 20.7.2006, BGBl I 1706, mWv 1.8.2006; Art 2 Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 10.12.2014, BGBl I 2187, mWv 19.12.2014; Art 20 Abs 2 Nr 4 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen <Bundesteilhabegesetz - BTHG> vom 23.12.2016, BGBl I 3234, mWv 1.1.2020). Hingegen hat er keine Änderung im Recht der GKV zum Anlass genommen, die KÄVen und die KZÄVen mit in die Vorschrift aufzunehmen. Nach Inkrafttreten des SGG hat der Gesetzgeber bereits mit dem "Gesetz über Änderungen von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und zur Ergänzung des Sozialgerichtsgesetzes" (Gesetz über Kassenarztrecht <GKAR> vom 17.8.1955, BGBl I 513, mWv 20.8.1955) mit Art 2 GKAR das SGG ergänzt, ohne § 75 Abs 5 SGG im Lichte der mit dem GKAR bestimmten Regelungen der §§ 368 ff RVO - insbesondere zur Errichtung der KÄV und KZÄV, zur Gesamtvergütung, zum kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag und zur kollektivvertraglichen Ausgestaltung mittels Gesamtverträgen - zu ändern. Dies hat er auch nicht mit Überführung der Regelungen der RVO in die §§ 75 ff SGB V (Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen" <GRG> vom 20.12.1989, BGBl I 2477, 2501, mWv 1.1.1989) und anlässlich der Folgeänderungen des SGB V unternommen. Dementsprechend hat die Rspr des BSG eine Regelungslücke lediglich hinsichtlich unbewusst nicht einbezogener Träger im Wege der Analogie gefüllt (vgl. BSGE 24, 103 = SozR Nr 30 zu § 75 SGG und Röhl in Zeihe/Hauck, SGG, Stand Oktober 2018, § 75 Anm 17a Doppelbuchst dd; dagegen nicht bei rechtswegübergreifenden Sachen, vgl. BSG SozR 4-2500 § 60 Nr 1 RdNr 15; s. ferner LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 12.12.2011 - L 20 AY 4/11 - Juris RdNr 51).
- 21 Auch das Gebot, effektiven Rechtsschutz zu gewähren (vgl. Art 19 Abs 4 GG), zwingt nicht dazu, die Regelung des § 75 Abs 5 SGG teleologisch zu erweitern (vgl. zu einem solchen Fall

zB BSGE 114, 36 = SozR 4-2500 § 130a Nr 9, RdNr 16, 18 ff - Lauer-Taxe). Die Nichtberücksichtigung von KÄVen und KZÄVen verletzt den Justizgewährleistungsanspruch weder der GKV-Versicherten noch sonstiger Beteiligter (§ 69 SGG), auch nicht denjenigen der KKn.

- 22 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3, Abs 2 S 1 SGG iVm § 154 Abs 1, Abs 3 Teils 1, § 159 S 2, § 161 Abs 1 VwGO. Die Klägerin und die Beigeladene, die einen Antrag gestellt hat, tragen danach als Unterliegende die Kosten. Die Pflicht trifft sie als Gesamtschuldner.
- 23 Besteht der kostenpflichtige Teil - wie hier - aus mehreren Personen, so gilt § 100 ZPO entsprechend (vgl § 159 S 1 VwGO). Kann das streitige Rechtsverhältnis dem kostenpflichtigen Teil gegenüber nur einheitlich entschieden werden, so können die Kosten den mehreren Personen als Gesamtschuldern auferlegt werden (vgl § 159 S 2 VwGO). Ob das streitige Rechtsverhältnis dem kostenpflichtigen Teil gegenüber nur einheitlich entschieden werden kann, richtet sich nach der konkreten Prozesslage (vgl entsprechend zum Normenkontrollantrag mehrerer Miteigentümer gegen einen Bebauungsplan im selben Verfahren BVerwG Beschluss vom 17.10.2000 - 4 BN 48/00 - Buchholz 310 § 159 VwGO Nr 1). Hierfür genügt es in Verfahren nach dem SGG, dass gegenüber Kläger und Beigeladenem einheitlich über eine Verurteilung nach § 75 Abs 5 SGG zu entscheiden ist. Kläger und Beigeladener, der einen Prozessantrag gestellt hat, können nach Wortlaut, Regelungssystem und Regelungszweck ein "kostenpflichtiger Teil" sein. Die Gesetzesmaterialien lassen ein solches Verständnis zu, auch wenn der Gesetzgeber einen ausdrücklichen Anwendungsbefehl nicht übernommen hat (vgl Entwurf der BReg einer VwGO, BT-Drucks III/55 S 20 zu § 151 Abs 3 S 2 und S 47 f zu § 155; Bericht des Rechtsausschusses BT-Drucks III/1094 S 14 zu § 151; zum Ganzen Hauck in Zeihe/Hauck, SGG, Stand Oktober 2018, Nach § 197a, § 159 VwGO Anm 8 mwN; im Ergebnis ebenso Koehler, VwGO, 1960, § 159 Anm III S 1176; Neumann/Schaks in Sodan/Ziekow, VwGO, 5. Aufl 2018, § 159 RdNr 4, 21; Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 197a RdNr 22b abweichend von der Voraufll; Schunck/De Clerk, VwGO, 3. Aufl 1977, § 159 RdNr 6; aA Schenke/Hug in Kopp/Schenke, VwGO, 25. Aufl 2019, § 159 RdNr 5, auch eine Analogie ablehnend; Olbertz in Schoch/Schneider/Bier, VwGO, Stand September 2018, § 159 RdNr 17; Redeker/von Oertzen, VwGO, 16. Aufl 2014, § 159 RdNr 6; Rennert in Eyermann, VwGO, 15. Aufl 2019, § 159 RdNr 6, aber den Bericht des Rechtsausschusses nicht einbeziehend). Der erkennende Senat berücksichtigt bei seiner Ermessensentscheidung insbesondere die Mitwirkung der Beigeladenen im Revisionsverfahren, die sich mit ihrem Sachantrag dem Klagebegehren angeschlossen hat.
- 24 Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

## Verwaltungsverfahren

---

**Titel:** Verwaltungsverfahren

**Herausgeber:** [keine Angabe]

**Abschnitt:** VV SGB X § 102-114

Erstattungsansprüche der Leistungsträger  
untereinander -> Erstattungsanspruch

### Rückerstattung

auch: Ausschlussfrist

#### § 112 SGB X :

Soweit eine Erstattung zu Unrecht erfolgt ist, sind die gezahlten Beträge zurückzuerstatten.

#### **Gemeinsames Rundschreiben vom 10./11. 3. 1983, Anm. zu § 112 SGB X Abs. 2 bis 5:**

(2) Der Rückerstattungsanspruch kann darauf beruhen, dass entweder kein Erstattungsanspruch bestanden hat oder dass der Leistungsträger einen zu hohen Erstattungsbetrag gezahlt hat.

(3) Zu § 105 [ Unzuständiger Leistungsträger ] ist der Anspruch aus § 112 SGB X wie folgt abzugrenzen:

(4) Bei § 105 SGB X hat der Leistungsträger unter Verkenning seiner Zuständigkeit eine Sozialleistung gegenüber dem Leistungsempfänger erbracht und verlangt nunmehr Erstattung von dem an sich zuständigen Leistungsträger. Bei dem Rückerstattungsanspruch nach § 112 SGB X ist er dem Erstattungsbegehren eines anderen Leistungsträgers nachgekommen, obwohl die Voraussetzungen für einen Erstattungsanspruch nicht vorlagen. Der Rückerstattungsanspruch besteht in der Höhe, in der der vermeintlich Erstattungspflichtige gegenüber dem anderen Leistungsträger geleistet hat. Der Rückerstattungsanspruch besteht auch gegenüber dem Sozialhilfeträger. Dieser kann sich nicht auf den Nachrang der Sozialhilfe berufen.

(5) Der Rückerstattungsanspruch unterliegt nicht der Ausschlussfrist des § 111 SGB X. . .

Auch die Bagatellgrenze des § 110 Satz 2 SGB X ist in diesem Zusammenhang bedeutungslos.

Ist ein Erstattungsanspruch irrtümlich befriedigt worden (z. B. von einem Unfallversicherungsträger), obwohl der erstattungsberechtigte Leistungsträger (z. B. eine Krankenkasse) seinen Anspruch nicht innerhalb, sondern außerhalb der Frist des § 111 Satz 1 oder Satz 2 SGB X angemeldet hatte, liegt ebenfalls ein Rückerstattungsanspruch nach § 112 SGB X vor (hier: des Unfallversicherungsträgers), der zu erfüllen ist, sofern noch keine Verjährung nach § 113 SGB X eingetreten ist.

#### **BSG vom 22. 4. 1986 – 8 RK 44/85 – (USK 86128):**

Ist ein Erstattungsanspruch innerhalb der neu eingeführten Ausschlussfrist des § 111 SGB X geltend gemacht und erfüllt worden, so hat der erstattungspflichtige Kostenträger diesen Anspruch nicht zu Unrecht erfüllt; ein Rückerstattungsanspruch nach § 112 SGB X kann nicht darauf gegründet werden, die Ausschlussfrist des § 111 SGB X sei bereits vor der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs abgelaufen gewesen.

**BSG vom 1. 4. 1993 – 1 RK 10/92 – (USK 9387):**

Fällt auf Grund der Zubilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente der Krankengeldanspruch weg und stellt sich nachträglich heraus, dass die Rentenzubilligung fehlerhaft war, ist der Erstattungsanspruch der Krankenkassen nach § 103 SGB X gleichwohl rechtmäßig; eine Rückerstattung kommt daher selbst dann nicht in Betracht, wenn der Rentenversicherungsträger die irrtümlich zugebilligte Erwerbsunfähigkeitsrente rückwirkend in eine Berufsunfähigkeitsrente umwandelt.

**BSG vom 14. 4. 2011 – B 8 SO 23/09 R –:**

. . . Nach § 112 SGB X (in der Normfassung des Gesetzes zur Einführung des Euro im Sozial- und Arbeitsrecht sowie zur Änderung anderer Vorschriften – 4. Euro-Einführungsgesetz vom 21. 12. 2000 – BGBl I S. 1983) sind gezahlte Beträge zurückzuerstatten, soweit eine Erstattung zu Unrecht erfolgt ist. Von § 112 SGB X werden nicht nur die Erstattungsansprüche nach §§ 102 ff. SGB X, sondern auch sonstige, diesen vergleichbare, in den besonderen Teilen des SGB, . . . geregelte Erstattungsansprüche zwischen Leistungsträgern erfasst . . .

**BSG vom 16. 2. 2012 – B 9 VG 1/10 R – (USK 2012-007):**

Der Rückerstattungsanspruch einer Versorgungsverwaltung wegen irrtümlich überwiesener oder fehlerhaft berechneter Pauschbeträge im Sinne des §§ 19 , 20 BVG gegenüber einer Krankenkasse kann nicht aus § 112 SGB X hergeleitet werden.

---