

S 83 KA 395/10 WA

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
83
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 395/10 WA
Datum
12.10.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 138/11
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/2006, III/2006, IV/2006, I/2007 und II/2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2008 werden aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 28.560,00 EUR zu zahlen. Die Beklagte wird verpflichtet, über den Honoraranspruch der Klägerin für die Quartale II/2006, III/2006, IV/2006, I/2007 und II/2007 im Hinblick auf die Vergütung der Notfallbehandlungen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens tragen die Beklagte zu 2/3 und die Klägerin zu 1/3 mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Leistungen einer Erste-Hilfe-Stelle für die Quartale II/2006 bis II/2007. Die Klägerin ist Trägerin des Klinikums N, das unter der Abrechnungsnummer 7.- ... eine Notfallambulanz/Erste-Hilfe-Stelle betreibt. Die von ihr erbrachten Notfallbehandlungen rechnete die Klägerin in den streitbefangenen Quartalen nach folgenden EBM-Ziffern ab: Quartal EBM 01210 EBM 01215 EBM 01216 EBM 01217 EBM 01218 II/2006 5.780 III/2006 4.238 390 361 172 IV/2006 4.718 377 364 150 I/2007 5.018 484 403 232 II/2007 5.048 460 468 221

In den Honorarbescheiden für die Quartale III/2006 bis II/2007 setzte die Beklagte die angesetzten Positionen jeweils ab und rechnete stattdessen die EBM-Nr. 01218 ab. Sämtliche Leistungen wurden zu dem in § 9 Abs. 1 des jeweils gültigen HVV vereinbarten Punktwert von 4,15 Cent vergütet. Den Honorarbescheiden für die Quartale II/2006 bis II/2007 fügte die Beklagte als Anlagen zu den Rechnungszusammenstellungen jeweils Mitteilung bei, mit denen sie unter Hinweis auf § 18 Abs. 7a BMV-Ä folgende Beträge wegen nicht einbehaltenen Praxisgebühren zurückbehält: Quartal Fallzahl Einbehalt Nichteinzugsquote II/2006 910 6.740,00 EUR 74,07 % III/2006 898 6.630,00 EUR 73,83 % IV/2006 854 6.510,00 EUR 76,23 % I/2007 916 6.690,00 EUR 75,98 % II/2007 1.022 8.090,00 EUR 79,16 % Gegen die Honorarfestsetzungsbescheide für die Quartale II/2006 bis II/2007 legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein, mit denen sie sich gegen den Abzug der nicht einbehaltenen Praxisgebühr wandte, gegen die Benachteiligung der Krankenhäuser durch die Einführung des EBM 2000plus seit dem 01.04.2005 und gegen die Höhe des Punktwertes der Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen. Sämtliche Widersprüche wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.03.2008 zurück. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus: Rechtsgrundlage für die Ausübung des Zurückbehaltungsrechts sei § 18 Abs. 7a BMV-Ä beziehungsweise § 21 Abs. 7a EKV-Ä. Die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen seien auf die Klägerin anwendbar. Die Klägerin habe in mehr als 10 % der Behandlungsfälle die Praxisgebühr nicht eingezogen. Bei der Ausübung des Zurückbehaltungsrechts handele es sich um eine Ermessensentscheidung. Das Ermessen sei fehlerfrei ausgeübt worden. Die Klägerin habe nicht nachgewiesen, die Praxisgebühr grundsätzlich vor der Behandlung zu erheben. Auch in Notfällen sei die Gebühr vor Behandlungsbeginn zu erheben. Es sei nicht erkennbar, dass die Klägerin sich an die gesetzlichen Vorgaben halte, zumal bei wirklich akuter Behandlung die Patienten stationär aufgenommen würden und die Praxisgebühr in diesem Fall entfalle. Aus der fehlenden Patientenbindung in Erste-Hilfe-Stellen resultiere ein erhöhtes Inkassorisiko, weshalb die Erhebung der Praxisgebühr vor der Behandlung unumgänglich sei. Nur in Fällen, in denen eine Behandlung derart unverzüglich erfolgen müsse, dass für die Erhebung der Praxisgebühr kein Raum sei oder der Patient aufgrund seines Gesundheitszustands nicht in der Lage sei, die Zuzahlung vor der Behandlung zu entrichten, könne diese auch nach der Behandlung erhoben werden. Diese Voraussetzungen lägen hier jedoch nicht vor. Im Übrigen sei der Nichteinzug auch schuldhaft erfolgt, weil das Absehen vom Einzug vor der Behandlung nicht gerechtfertigt sei. Die Nichteinzugsquote stelle ein entscheidendes Indiz für den nicht ordnungsgemäßen Einzug dar. Der Begriff des "Erhebens" beinhalte nicht den versuchten Einzug der Zuzahlung, weil die Abrechnung nicht erkennen lasse, ob ein - erfolgloser - Einziehungsversuch erfolgt sei. Die Beklagte habe zu Recht die von der Klägerin erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen nach der EBM-Nr. 01218 vergütet, die unterschiedliche Bewertung der EBM-Nrn. 01210 und 01218 im EBM 2000plus sei sachlich gerechtfertigt. Der Individualbudgetpunktwert sei im Rahmen der Änderung des HVV zum 01.07.2005 von 5,11 Cent auf 4,15 Cent abgesenkt worden, sämtliche Leistungen der Klägerin seien zu diesem Punktwert vergütet worden. Am

11.08.2008 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie sich gegen die Zurückbehaltung der Praxisgebühr und gegen die Absetzung der EBM-Nrn. 01210-01217 wendet und darauf beruhend die Zahlung weiterer Vergütung inklusive Verzugszinsen geltend macht. Mit Beschluss vom 28.07.2009 hat das Gericht auf Antrag der Beteiligten das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Mit Schreiben vom 19.08.2010 hat die Klägerin im Hinblick auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zum 16.12.2009 die teilweise Wiederaufnahme des Verfahrens im Hinblick auf die Vergütung der Notfallbehandlungen beantragt. Die Kammer hat das Verfahren daraufhin von Amts wegen insgesamt wieder aufgenommen, womit sich die Klägerin mit Schreiben vom 11.05.2011 einverstanden erklärt hat. Die Klägerin ist der Ansicht, dass die Regelungen der Bundesmantelverträge über das Zurückbehaltungsrecht betreffend nicht eingezogene Praxisgebühren auf die Notfallbehandlung im Krankenhaus bereits keine Anwendung fänden, weil Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung grds. nicht teilnähmen und auch nicht Vertragspartner der Bundesmantelverträge seien und folglich auch nicht deren Bindungswirkung unterfielen. Die Klägerin sei auch nicht Mitglied der Beklagten. Deshalb gelte nur die Rahmenempfehlung, die dem BMV-Ä vorgehe. Danach sei sie berechtigt, die Zuzahlung erst nach der Behandlung zu erheben. Auch der BMV-Ä lasse die Möglichkeit der nachträglichen Erhebung zu. Die Besonderheiten der Notfallversorgung ließen eine Einziehung der Praxisgebühr vor der Behandlung nicht zu. Deshalb werde den Patienten jeweils nach der Behandlung eine schriftliche Zahlungsaufforderung überreicht. § 18 Abs. 7a BMV-Ä sei unwirksam, weil die Regelung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 43 b SGB V](#) gedeckt sei. Es handele sich nicht um eine Verfahrensregelung, sondern um eine Sanktion. Ein Zurückbehaltungsrecht ergebe sich auch nicht aus [§ 43b Abs. 2 SGB V](#). Schließlich lägen auch die Voraussetzungen des § 18 Abs. 7a BMV-Ä nicht vor. Dem Wortlaut nach könne nur dann ein schuldhaftes Nichterheben vorliegen, wenn ein Leistungserbringer die Gebühr weder vor noch nach der Behandlung erhebe. Unter Erheben sei die Geltendmachung der Forderung, aber nicht deren Einziehung zu verstehen. Die von ihr – der Klägerin – nach der Notfallbehandlung an die Patienten ausgehändigte schriftliche Zahlungsaufforderung stelle die Erhebung dar. Anders als ein niedergelassener Vertragsarzt könne sie nicht die Behandlung verweigern, wenn der Patient nicht zur Zahlung bereit sei. Die Höhe der Nichtzahlerquote sei kein Indiz für eine Pflichtverletzung. Im Übrigen sei die Berechnung der Nichteinzugsquote fehlerhaft. Nachmeldungen seien von der Beklagten nicht mehr berücksichtigt worden. Bei Berücksichtigung von Nachmeldungen ergäben sich beispielsweise in den Quartalen I/07 und II/07 Quoten von 35 % statt 75,98 % und 28,7 % statt 79,16 %. Die Indizwirkung entfalle schließlich dadurch, dass die Klägerin bewiesen habe, dass sie an der Nichterhebung der Praxisgebühr kein Verschulden treffe, da sie die Praxisgebühr unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen erhebe und ihre Organisation in den Erste-Hilfe-Stellen entsprechend gestaltet habe. Sie (die Klägerin) könne von der Beklagten überdies weitere 304.622,45 EUR nebst Verzugszinsen für die ambulante Notfallbehandlung in den streitbefangenen Quartalen verlangen. Die EBM-Nrn. 01210ff. seien für sie sehr wohl abrechnungsfähig, da diese Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen seien und zudem der EBM 2000plus hinsichtlich der EBM-Nr. 01218 nicht mit [Art. 3 GG](#) vereinbar sei (Verweis auf BSG, Urteil vom 17.09.2008 – [B 6 KA 47/07 R](#)). Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 sei die Abrechenbarkeit der EBM-Nr. 01210 infolge der vorgenannten Entscheidung des BSG auch ausdrücklich geregelt worden. Der Wirksamkeit des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses stehe entgegen der Ansicht der Beklagten nicht die aufschiebende Wirkung der von dem Beigeladenen zu 6) hiergegen vor dem LSG Berlin-Brandenburg erhobenen Klage ([L 24 KA 4/10 KL](#)) entgegen, da sich diese nur gegen den für die Höhe der Vergütung nicht relevanten Teil C des Beschlusses richte und zudem wegen des Doppelcharakters des Beschlusses die aufschiebende Wirkung der Klage nicht das Außenverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten erfasse. Die Voraussetzungen des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses hätten in allen Streitgegenständlichen Abrechnungsfällen vorgelegen. Die zu den üblichen Notfallbehandlungszeiten erbrachten Notfallbehandlungen seien mit einem festen Punktwert von 4,15 Cent gemäß § 9 Abs. 1 HVV zu vergüten. Ein geringerer Punktwert könne sich auch nicht aus der Begrenzung der Vergütung der Erste-Hilfe-Stellen nach § 8 Abs. 4, 3. Sp-Str. HVV ergeben, da nach den Entscheidungen des BSG vom 17.09.2008 (u.a. [B 6 KA 46/07 R](#)) und nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 die Notfallbehandlungen der Erste-Hilfe-Stellen der Krankenhäuser zu demselben festen Punktwert zu vergüten seien, wie die Leistungen im ambulanten ärztlichen Notdienst. Dies sei vorliegend der feste Punktwert von 4,15 Cent. Der Anspruch auf Verzugszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Fälligkeit der ausstehenden Honorare ergebe sich aus [§ 69 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 286, 288 BGB](#). Die Regelungen des BGB über Verzugszinsen seien nach der Rechtsprechung des 1. und des 3. Senats des BSG auf das Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen anwendbar. Die entgegenstehende Rechtsprechung des 6. Senats des BSG und die dem folgende Kommentarliteratur seien überholt. Hinsichtlich der Praxisgebühren hat die Klägerin ursprünglich die Zahlung von 34.930,00 EUR begehrt. In der mündlichen Verhandlung haben die Beteiligten den Rechtsstreit insofern teilweise für erledigt erklärt, als die Klägerin nach Klageerhebung durch Mahnung säumiger Patienten weitere Zahlungen von Praxisgebühren vereinnahmt hat. Die Klägerin beantragt nunmehr, 1. die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale II/2006, III/2006, IV/2006, I/2007 und II/2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.03.2008 aufzuheben, 2. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 28.560,00 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29.12.2007 zu zahlen zu zahlen, 3. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die von ihr in den Quartalen II/2006 bis II/2007 erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen a. für das Quartal II/2006 51.729,75 nebst Verzugszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.12.2006, b. für das Quartal III/2006 56.531,30 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.04.2007, c. für das Quartal IV/2006 62.071,55 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.07.2007, d. für das Quartal I/2007 66.715,40 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22.09.2007, e. für das Quartal II/2007 67.574,45 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29.12.2007 zu zahlen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, die Honorierung der im Krankenhaus der Klägerin erbrachten ambulanten Notfallbehandlungen in den Quartalen II/2006, III/2006, IV/2006, I/2007 und II/2007 aufgrund des von der Klägerin vorgelegten Zahlenmaterials binnen eines Monats entsprechend den Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses im Beschluss vom 16.12.2009 neu zu bescheiden. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie verweist hinsichtlich des geltend gemachten Zurückbehaltungsrechts betreffend die Praxisgebühr auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ob die Klägerin ihrer Verpflichtung zur Einziehung der Praxisgebühr ordnungsgemäß nachgekommen sei, müsse im Schlichtungsverfahren geklärt werden. Bis zu dessen Abschluss müsse die Beklagte an der Ausübung des Zurückbehaltungsrechts festhalten. Betreffend die Bewertung der Leistungen der Erste-Hilfe-Stelle stehe einer Nachvergütung auf Grundlage des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 die aufschiebende Wirkung der dagegen seitens des Beigeladenen zu 6) erhobenen Klage entgegen. Der Suspensiveffekt der Klage beziehe sich auf den gesamten Beschluss und gelte auch im Verhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten. Der geltend gemachte Nachvergütungsanspruch sei auch der Höhe nach nicht nachvollziehbar. Zum einen habe die Klägerin trotz Aufforderung seitens der Beklagten die Leistungszeiten der abgerechneten Notfallvergütungen nicht vollständig mitgeteilt bzw. stünden die diesbezüglichen Angaben der Klägerin teilweise im Widerspruch zur Abrechnung, so dass nicht überprüft werden könne, ob die Voraussetzungen für eine Höherbewertung unter Zugrundelegung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 in allen Fällen gegeben sei. Zudem sei eine Neuberechnung des Auszahlungspunktwertes erforderlich, die erst möglich sei, wenn die Leistungszeiten und damit die nachzuvergütenden Punktzahlen aller Erste-Hilfe-Stellen Berlins bekannt seien. Der geltend gemachte Zinsanspruch bestehe nach ständiger

Rechtsprechung des BSG nicht, weil die Vergütung durch Honorarfestsetzungsbescheid festgesetzt werde und auch erst mit diesem fällig werde. Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf die beigezogenen Gerichtsakten des LSG Berlin-Brandenburg zu den Verfahren L 24 KA .../10 KL und L 24 KA./10 KL Bezug genommen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig aber nur in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. A. Die Klage ist hinsichtlich der (Haupt-)Klageanträge zu 1), 2) und 3) als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#) zulässig (vgl. auch BSG, Urteil vom 07.02.2007 – [B 6 KA 6/06 R](#), juris Rdnr. 13) und auch hinsichtlich des zum Klageantrag zu 3. erhobenen Hilfsantrages als Antrag auf Erlass eines Grund-/Bescheidungsurteils (vgl. dazu noch unter C.II.). B. Die angefochtenen Bescheide sind zunächst rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten, soweit die Beklagte für die streitbefangenen Quartale II/2006 bis II/2007 Honorare in Höhe von insgesamt 34.930,00 EUR im Hinblick auf nicht einbehaltene Praxisgebühren zurückbehalten hat. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Auszahlung der zurückbehaltenen Honorare abzüglich der zwischenzeitlich noch eingezogenen Praxisgebühren in der in dem Klageantrag zu 2. geltend gemachten Höhe (dazu unter I.) mit Ausnahme der ebenfalls geltend gemachten Zinsen (dazu unter II.). I. Rechtsgrundlage für die von der Beklagten vorgenommene Zurückbehaltung von Honorar ist [§ 18 Abs. 7a Satz 1 BMV-Ä](#) bzw. [§ 21 Abs. 7a Satz 1 EKV](#). Die im Wesentlichen gleich formulierten Vorschriften lauten: Ergibt sich aus der Abrechnung, dass ein Leistungserbringer in einem Quartal in 10 von Hundert oder einem höheren Anteil der Behandlungsfälle, in denen die Zuzahlung nach [§ 28 Abs. 4 SGB V](#) zu erheben ist, die Zuzahlung nicht erhoben hat, kann die Kassenärztliche Vereinigung die Differenz zwischen einzubehaltender und einbehaltener Zuzahlung zurückbehalten. In den Fällen, in denen die Kassenärztliche Vereinigung von dem Zurückbehaltungsrecht nach Satz 1 Gebrauch macht, informiert die Kassenärztliche Vereinigung die betroffenen Landesverbände der Krankenkassen (EKV: Landesvertretungen der Ersatzkassenverbände). Gleichzeitig leitet die Kassenärztliche Vereinigung in Abstimmung mit der zuständigen Krankenkasse (EKV: Ersatzkasse) ein Verfahren nach [§ 49 \(EKV: § 45\)](#) ein. Diese Rechtsgrundlage findet eine hinreichende Ermächtigung im Gesetz und entfaltet auch umfassend Gültigkeit. Ihr Tatbestand ist erfüllt, allerdings hat die Beklagte das ihr bei der Ausübung des Zurückbehaltungsrechts zustehende Ermessen fehlerhaft ausgeübt, da sie unter anderem den Zweck des Zurückbehaltungsrechts, der ausschließlich in der Sicherung eines Schadensersatzanspruchs der Krankenkassen gegenüber dem als Einzugsstelle fungierenden Vertragsarzt (bzw. hier: Krankenhausträger) zu sehen ist, bei der Entscheidung über die Ausübung des Zurückbehaltungsrechts nicht berücksichtigt hat. Die Kammer gibt insofern ihre frühere entgegenstehende Rechtsprechung (u.a. Urteil vom 13.05.2009 – [S 83 KA 304/06](#)) auf und folgt der Rechtsprechung des LSG Berlin-Brandenburg (Urteile vom 17.11.2010 – [L 7 KA 56/09](#), 57/09, 58/09, 59/09, 64/09 und 90/09, zitiert nach juris; Revision jeweils anhängig beim BSG unter [B 6 KA 7/11 R](#) bis [B 6 KA 12/11 R](#)). Zur Begründung wird insofern zur Vermeidung bloßer Wiederholungen vollumfänglich auf die genannten Urteile des LSG Berlin-Brandenburg verwiesen. II. Unbegründet und damit abzuweisen war der Klageantrag zu 2) dagegen, soweit mit diesem auch Zinsen geltend gemacht wurden. Der Klägerin steht weder ein Anspruch Verzugszinsen noch auf Prozesszinsen zu. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG haben Vertragsärzte keinen Anspruch auf Verzinsung rückständiger Honorarzahllungen (zuletzt BSG, Beschluss vom 11.03.2009 – [B 6 KA 31/08 B](#), juris Rdnr. 26 m.w.N.; ferner Engelhard, in Hauck/Noftz, SGB V, § 85 Rdnr. 300a). Ein derartiger Anspruch steht einem Arzt (und damit auch einem Krankenhaus im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung) nicht zu, weil seine Honoraransprüche nicht zu den Geldleistungen i.S.d. [§ 44 Abs. 1 SGB I](#) gehören und die Verzinsungsvorschriften des BGB auf öffentlich-rechtliche Verträge des Sozialrechts keine Anwendung finden (BSG, a.a.O.). Dem kann die Klägerin nicht mit Erfolg die jüngere Rechtsprechung des 1. und des 3. Senats des BSG entgegenhalten wonach auf Vergütungsansprüche von Leistungserbringern gegen Krankenkassen grundsätzlich nach [§ 69 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 286, 288 BGB](#) Verzugszinsen zu zahlen sind (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 03.03.2009 – [B 1 KR 7/08 R](#), juris Rdnr. 22; Urteil vom 19.04.2007 – [B 3 KR 10/06 R](#), juris). Insofern verkennt die Klägerin die Besonderheiten des vertragsarztrechtlichen Vergütungssystems (vgl. auch BSG, Urteil vom 19.04.2007 – [B 3 KR 10/06 R](#), juris Rdnr. 12). Insbesondere stehen sich die Vertragsärzte bzw. – wie hier – Krankenhäuser und die KÄVen anders als im sonstigen Leistungserbringerrecht die Leistungserbringer und die Krankenkassen nicht im Gleichordnungsverhältnis gegenüber, sondern im Über-/Unterordnungsverhältnis. Die KÄVen setzen dementsprechend die Honorare durch Verwaltungsakt (Honorarfestsetzungsbescheid) fest. Bei dem Honoraranspruch handelt es sich zudem nicht um einen synallagmatischen Vergütungsanspruch, sondern um einen Anspruch auf Teilhabe an der Gesamtvergütung (vgl. [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 4 SGB V; BSG, st. Rspr. des BSG, z.B. Urteil vom 23.03.2011 – [B 6 KA 6/10 R](#), juris Rdnr. 13). Der geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich für den Zeitpunkt ab Rechtshängigkeit der Klage auch nicht aus [§ 291 BGB](#). Auch diese Regelung ist auf den vertragsarztrechtlichen Honoraranspruch nicht entsprechend anwendbar (BSG, Urteil vom 13.11.1996 – [6 RKA 78/95](#); Engelhard, a.a.O.). Die Entscheidung des BSG vom 28.09.2005 ([B 6 KA 71/04 R](#)) betrifft ausdrücklich nur den Streit der Gesamtvertragspartner um die Zahlung der Gesamtvergütung und ist auf den Honoraranspruch des einzelnen Arztes nicht übertragbar. C. Der Klägerin steht auch der mit dem Klageantrag zu 3. geltend gemachte weitere Vergütungsanspruch – mit Ausnahme des Zinsanspruchs – dem Grunde nach zu (dazu unter I.). Über die Höhe des Anspruchs konnte das Gericht nicht abschließend entscheiden. Insofern war die Beklagte unter Zurückweisung der Leistungsklage im Übrigen entsprechend dem Hilfsantrag im Sinne eines Grund-/Bescheidungsurteils zur Neubescheidung des Honoraranspruchs der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten (dazu unter II.). I. Die Beklagte hat die von der Klägerin im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung erbrachten Leistungen in den Quartalen II/2006 bis II/2007 zu Unrecht nur nach der EBM-Nr. 01218 in der im streitgegenständlichen Zeitraum geltenden Fassung des EBM 2000plus vergütet. Der Vergütung sind vielmehr nach Teil B Ziff. 1 und 2 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 die EBM-Nrn. 01210 bzw. 01215 bis 01217 zu Grunde zu legen, soweit die Voraussetzungen dieser Regelungen vorliegen, d.h. insbesondere, soweit die Notfallbehandlung samstags, sonntags und feiertags sowie montags bis freitags jeweils in der Zeit von 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr durchgeführt wurde. Das BSG hat mit Urteilen vom 17.09.2008 ([B 6 KA 46/07 R](#) und [B 6 KA 47/07 R](#)) entschieden, dass die punktzahlmäßige Bewertung des Ordinationskomplexes für Notfallbehandlungen im Krankenhaus mit nur 200 Punkten nach der EBM-Nr. 01218 des EBM 2000plus in Verbindung mit dem Ausschluss der Krankenhäuser von der Berechnungsfähigkeit der EBM-Nr. 01210 wegen Verstoßes gegen den allgemeinen Gleichheitssatz gem. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) mit höherrangigem Recht nicht in Einklang steht. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat daraufhin mit Beschluss vom 16.12.2009 in seiner 17. Sitzung (abrufbar unter <http://daris.kbv.de>) die Vergütung von Notfallleistungen im Krankenhaus dahingehend neu geregelt, dass die Vergütung der während der Zeiten des organisierten Notfalldienstes erbrachten Notfalleleistungen grundsätzlich nach der EBM-Nr. 01210 bzw. den EBM-Nrn. 01215-01217 erfolgt. In Beschlussteil A wurde dies für den Zeitraum vom 01.04.2005 bis zum 30.06.2005 geregelt und in Beschlussteil B für die Zeit vom 01.07.2005 bis zum 31.12.2007. Beschlussteil C enthält eine ergänzende Regelung zur Finanzierung unter Einbeziehung der Krankenkassen. Danach steht der Klägerin für die Quartale II/2006 bis II/2007 ein weiterer Vergütungsanspruch unter Zugrundelegung der EBM-Nrn. 01210 sowie 01215-01217 in der seinerzeit geltenden Fassung zu, soweit die übrigen in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aufgeführten Voraussetzungen vorliegen, d.h. insbesondere soweit die Notfallbehandlungen jeweils in den dort aufgeführten Zeiträumen (montags bis

freitags 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr sowie samstags, sonn- und feiertags ganztägig) durchgeführt wurden (zur Zulässigkeit der Differenzierung nach den Behandlungszeiten vgl. BSG, Urteil vom 17.9.2008 – [B 6 KA 46/07 R](#), juris Rdnr. 30). Dem Anspruch steht entgegen der Ansicht der Beklagten und der Beigeladenen zu 7) nicht die nach [§ 86a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) eingetretene aufschiebende Wirkung der seitens des Beigeladenen zu 6) gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vor dem LSG Berlin-Brandenburg erhobenen Klage ([L 24 KA 4/10 KL](#)) entgegen. Zwar dürfte mit der Beklagten und den Beigeladenen zu 6) und zu 7) davon auszugehen sein, dass die aufschiebende Wirkung der Klage einer der Trägerorganisationen gegen einen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses auch dessen normative Wirkung gegenüber Dritten (insbesondere gegenüber den Gesamtvertragspartnern und den Ärzten) suspendiert (in diesem Sinne auch LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 15.07.2009 – [L 7 B 74/08 KA ER](#), juris Rdnr. 26, betreffend einen von dem Bundesschiedsamt festgesetzten Vertrag). Die aufschiebende Wirkung ist Ausprägung des Grundsatzes der Garantie des effizienten Rechtsschutzes ([Art 19 Abs. 4 GG](#)) und damit ein fundamentaler Grundsatz des öffentlich-rechtlichen Verfahrens. Wesentliches Ziel des Grundsatzes ist zu verhindern, dass vollendete Tatsachen geschaffen werden. Der in [Art 19 Abs. 4 GG](#) garantierte Rechtsschutz würde illusorisch, wenn die Verwaltung irreparable Maßnahmen durchführen könnte, bevor die Gerichte deren Rechtmäßigkeit geprüft haben (Keller, in Meyer-Ladewig, u.a., SGG, 9. Aufl., § 86a Rdnr. 4, unter Hinweis u.a. auf [BVerfGE 35, 263](#), 274). Unabhängig davon, ob die aufschiebende Wirkung die Wirksamkeit des Verwaltungsaktes (sog. Theorie von der Wirksamkeitshemmung) oder lediglich dessen Vollziehbarkeit hemmt (sog. Vollziehbarkeitstheorie, h.M., vgl. zum Streitstand Keller, a.a.O., Rdnr. 5), bedeutet aufschiebende Wirkung jedenfalls, dass keine Maßnahmen zur Durchsetzung oder Vollstreckung des Verwaltungsaktes eingeleitet oder durchgeführt werden dürfen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind einzustellen. Es tritt ein vorläufiger Schwebezustand ein, der bis zur Klärung der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes durch Abschluss des (Verwaltungs- oder Gerichts-) Verfahrens den "status quo ante" beibehält. Bei gestaltenden Verwaltungsakten hat die aufschiebende Wirkung die Bedeutung, dass während des Schwebezustands keine Folgerungen aus dem angefochtenen Verwaltungsakt gezogen werden dürfen (BSG, Urteil vom 23.09.1997 – [2 RU 44/96](#) = [NZS 1998, 300](#)). Hätte der Doppelcharakter der Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses (vgl. dazu BSG, Urteil vom 11.09.2002 – [B 6 KA 34/01 R](#), juris Rdnr. 19) zur Folge, dass durch die aufschiebende Wirkung der Klage einer Trägerorganisation nur die Wirkung im Innenverhältnis zwischen den Trägerorganisationen und dem Erweiterten Bewertungsausschuss suspendiert wäre, würde – worauf der Beigeladene zu 6) zutreffend hinweist – der Suspensiveffekt faktisch leerlaufen, da die Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses naturgemäß grundsätzlich nicht das Verhältnis der Trägerorganisationen regeln, sondern das Verhältnis der von der Normativwirkung Betroffenen (insbesondere der Ärzte, KÄVen und Krankenkassen). Dass die KÄVen die Honorarbescheide unter dem Vorbehalt der Wirksamkeit der normativen Grundlagen, u.a. der Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses, erlassen können (vgl. dazu Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, § 21 Rdnr. 76), ändert daran nichts, zumal sie dazu (vorbehaltlich einer Ermessensreduzierung auf null) nicht verpflichtet sind und sich z.B. die Krankenkassen nicht dagegen zur Wehr setzen könnten, wenn die KÄVen solche Vorbehalte nicht aufnehmen und dann z.B. Honorare, die sich nachträglich als zu Unrecht gezahlt herausstellen, nicht mehr zurückerfordern können. Letztlich kann die Frage, ob die Klage einer Trägerorganisation gegen einen Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses auch dessen Normativwirkung suspendiert, jedoch vorliegend dahinstehen. Die von dem Beigeladenen zu 6) gegen den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 erhobene Klage in dem Verfahren [L 24 KA 4/10 KL](#) vor dem LSG Berlin-Brandenburg richtet sich nämlich ausweislich der von der Kammer zum vorliegenden Verfahren beigezogenen Gerichtsakten dieses Verfahrens ausschließlich gegen Teil C des Beschlusses und nicht gegen die hier maßgeblichen Regelungen in Teil B des Beschlusses. Zwar hat der Beigeladene zu 6) die Klage zunächst nur "insbesondere" gegen Teil C des Beschlusses gerichtet. Im Rahmen der Klagebegründung hat er jedoch ausdrücklich klargestellt, dass sich die Klage ausschließlich gegen Teil C des Beschlusses richtet und dass die Teile A und B nicht angegriffen werden. In der Klagebegründung (Bl. 24 der Akten [L 24 KA 4/10 KL](#)) heißt es insofern wörtlich: "Die Klage richtet sich gegen die unter Teil (C) des Beschlusses getroffene "ergänzende Regelung zur Finanzierung". An der Beschränkung hält der Beigeladene zu 6) auch nach der in der Klageerwidernung seitens der Beigeladenen zu 7) geltend gemachten Unteilbarkeit des Beschlusses fest. In dem Schriftsatz vom 23.08.2010 (Bl. 74 der Akten [L 24 KA 4/10 KL](#)) heißt es: "In der Klagebegründung vom 8. Februar 2010 hat der Kläger klargestellt, dass er die in den Beschlussteilen A und B aufgeführten Regelungen nicht beanstandet wissen will und sie inhaltlich mitträgt." Auch die in dem ursprünglichen Verfahren [L 24 KA 8/10 KL](#) (zwischenzeitlich verbunden zum Verfahren [L 24 KA 4/10 KL](#)) streitbefangene Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit betrifft ausdrücklich nur Teil C des Beschlusses. Auf die von der Beigeladenen zu 7) problematisierte Teilbarkeit des Beschlusses kommt es insofern nicht an. Hierbei handelt es sich nämlich nicht um eine Frage der Zulässigkeit, sondern der Begründetheit der Klage (eingehend dazu BSG, Urteil vom 13.11.1985 – [6 RKA 15/84](#), juris Rdnrn. 17ff.). Der Beigeladene zu 6) hat den Streitgegenstand des Verfahrens [L 24 KA 4/10 KL](#) ausdrücklich auf Teil C des Beschlusses beschränkt, so dass Teile A und B nicht streitbefangen sind und ihre Wirkung folglich auch nicht durch die Klage suspendiert ist. Ob der Beschluss tatsächlich teilbar ist oder ob der begehrten isolierten Aufhebung von Teil C möglicherweise der normgeberische Gestaltungsspielraum des Erweiterten Bewertungsausschusses entgegensteht, ist allein eine Frage der Begründetheit der Klage (vgl. BSG, a.a.O., juris Rdnrn. 18, 31). Etwas anderes könnte allenfalls dann gelten, wenn in einem Verwaltungsakt eine Belastung und eine Begünstigung derart miteinander verknüpft wären, dass zwischen beiden ein untrennbarer Zusammenhang besteht (sog. Verwaltungsakt mit Doppelwirkung, vgl. Schoch, in Schoch/Schmidt-Aßmann/Pietzner, Verwaltungsgerichtsordnung, 20. EL 2010, § 80 Rdnr. 40). Dies ist jedoch vorliegend nicht der Fall, da den Krankenhäusern durch Teile A und B des Beschlusses ausschließlich eine Begünstigung gewährt wird und die Finanzierungsregelung in Teil C gar nicht das Verhältnis Krankenhäuser/KÄVen betrifft, sondern das Verhältnis KÄVen/Krankenkassen. Eine getrennte Vollziehung des Beschlusses ist daher ohne weiteres möglich. Dass der Beigeladene zu 6) in dem Verfahren vor dem LSG Berlin-Brandenburg evtl. noch die Möglichkeit hat, die Klage dahingehend zu erweitern, dass er (ggf. hilfsweise wie in dem der Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 15.12.2010 zu Grunde liegenden Verfahren [L 7 KA 62/09 KL](#), juris) die Aufhebung des gesamten Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses beantragt, ist insofern unerheblich, da es für die Entscheidung in dem vorliegenden Verfahren allein auf den Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor der erkennenden Kammer ankommt und zumindest derzeit sich die Klage in dem Verfahren [L 24 KA 4/10 KL](#) ausschließlich gegen Beschlussteil C richtet. Insofern könnte eine eventuelle (hilfsweise) Einbeziehung der Beschlussteile A und B in das Verfahren [L 24 KA 4/10 KL](#) allenfalls im Rahmen des sich an das vorliegende Verfahren ggf. anschließenden Berufungsverfahrens oder im Rahmen einer Vollstreckungsgegenklage Bedeutung erlangen. Da nach der mündlichen Verhandlung eintretenden Änderungen der Sach- und Rechtslage von der Rechtskraft des vorliegenden Urteils nicht erfasst werden, dürfte es der Beklagten zudem ohne weiteres möglich sein, die Bewilligung der tenorierten Nachvergütung unter den Vorbehalt zu stellen, dass der Beschlussteil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 nicht durch gerichtliche Entscheidung für unwirksam erklärt bzw. aufgehoben wird (vgl. Wenner, a.a.O.). II. Über die Höhe des der Klägerin danach zustehenden weiteren Vergütungsanspruchs konnte die Kammer nicht abschließend entscheiden, weshalb der Hauptklageantrag zu 3. abzuweisen war. Aus den von der Klägerin zur Substantiierung der Klageforderung gemachten Angaben lässt sich zunächst nicht entnehmen, ob die Voraussetzungen nach Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 in jedem Einzelfall vorlagen. Insbesondere hat die Klägerin trotz Aufforderung durch das Gericht nicht substantiiert dargelegt, dass die den geltend gemachten Vergütungsforderungen zu Grunde liegenden

Notfallbehandlungen jeweils in den in dem Beschluss geregelten Zeiträumen (Mo-Fr jeweils 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und Feiertagen ganztägig) durchgeführt wurden. Hierzu konnte die Klägerbevollmächtigte auch in der mündlichen Verhandlung keine verbindliche Auskunft geben. Ausweislich der Ausführungen der Beklagten in dem Schriftsatz vom 30.09.2011 hatte diese die Klägerin im Hinblick auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 zur Angabe der Leistungszeiten aufgefordert. Aus den diesbezüglichen Angaben der Klägerin ergaben sich jedoch Unstimmigkeiten, die bislang nicht aufgeklärt werden konnten. Insbesondere stimmte die Gesamtzahl der in der nachgereichten Aufstellung angegebenen Behandlungsfälle nicht mit der Gesamtzahl der ursprünglich abgerechneten Fälle überein, weshalb auch der Beklagten insofern eine abschließende Prüfung noch nicht möglich war. Diese Unstimmigkeiten hat die Klägerin bis zur mündlichen Verhandlung nicht ausräumen können. Überdies hat die Beklagte nachvollziehbar dargelegt, dass mangels vollständiger Angaben zu den Leistungszeiten auch der übrigen Erste-Hilfe-Stellen der Krankenhäuser der Punktwert der Leistungen noch nicht abschließend berechnet werden konnte. Gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2, 3. Sp.-Str. des in den Jahren 2006 und 2007 jeweils gültigen Honorarverteilungsvertrages werden die Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen nicht mit einem festen Punktwert vergütet, sondern aus einem Honorarfonds(-topf), dem die mitgliederbereinigten und um die vertraglich vereinbarte prozentuale Veränderung der pauschalierten Gesamtvergütung dynamisierte Geldmenge zu Grunde gelegt wird, die im entsprechenden Abrechnungsquartal des Vorjahres zur Verfügung gestanden hat, wobei eine Kappung des Punktwertes in Höhe des Individualbudget(ziel)punktwertes von 4,15 Cent erfolgt. Insofern folgt daraus, dass die bisher vergüteten Punktmengen zum Punktwert von 4,15 Cent vergütet wurden (offenbar weil der Honorartopf der Erste-Hilfe-Stellen nicht ausgeschöpft wurde) nicht auch, dass auch die auf Grund des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 nachzuvergütenden Punktmengen zum Punktwert von 4,15 Cent zu vergüten sind. Sofern im Rahmen der Nachvergütungen der nach der o.g. Regelung zu berechnende Honorartopf für eine Vergütung aller Notfallbehandlungen zum Punktwert von 4,15 Cent nicht ausreichend ist, verringert sich der Punktwert aller Leistungen entsprechend. Daher scheitert die Möglichkeit der Bezifferung des Nachvergütungsanspruchs der Klägerin auch daran, dass mangels Kenntnis der insgesamt nachzuvergütenden Punktmengen aller Erste-Hilfe-Stellen auch der Punktwert der Leistungen derzeit nicht berechenbar ist. Die Anwendung der Regelung in § 8 Abs. 4 Satz 2, 3. Sp.-Str. HVV betreffend die Bildung eines Honorarfonds bezüglich der Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen steht entgegen der von den Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung geäußerten Bedenken auch nicht im Widerspruch zur Rechtsprechung des BSG. Die Bildung von Honorartöpfen unter Anknüpfung an frühere Abrechnungsquartale ist vom BSG seit langem grundsätzlich anerkannt (vgl. die Nachweise bei BSG, Beschluss vom 20.10.2004 - [B 6 KA 13/04 B](#), bei juris Rdnr. 8). Auch Höherbewertungen im EBM-Ä (wie vorliegend in dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009) verpflichten grundsätzlich nicht dazu, im HVM Korrekturen bei den Honorarkontingenten vorzunehmen (BSG, Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#); ferner BSG, Beschluss vom 20.10.2004 - [B 6 KA 13/04 B](#)). Allerdings geht mit der Bildung von Honorarkontingenten eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Normgeber des HVM einher. Diese Reaktionspflicht bei der Honorarverteilung kann eingreifen, wenn sich bei einer Arztgruppe ein honorarmindernder wirkender dauerhafter Punktwertabfall von mehr als 15 % unter das sonstige Durchschnittsniveau ergibt, von dem Punktwertverfall ein wesentlicher Leistungsbereich betroffen ist, die dem Punktwertverfall zugrunde liegende Mengenausweitung nicht von der Arztgruppe selbst zu verantworten ist und die Honorarrückgänge in dem wesentlichen Leistungsbereich nicht durch andere Effekte kompensiert werden (BSG, Urteil vom 29.08.2007, [B 6 KA 43/06 R](#), bei juris Rdnr. 20). Ob danach vorliegend eine Reaktionspflicht der Gesamtvertragspartner im Hinblick auf den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 besteht, kann derzeit nicht beurteilt werden, sondern erst dann, wenn der sich unter Berücksichtigung sämtlicher Nachvergütungen ergebende Punktwert der Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen abschließend feststeht. Entgegen der von den Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vertretenen Ansicht ergibt sich weder aus den Entscheidungen des BSG vom 17.09.2008 noch aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009, dass die Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen zwingend zu dem in § 9 Abs. 1 HVV geregelten Zielpunktwert von 4,15 Cent zu vergüten sind. Der von der Klägerbevollmächtigten in diesem Rahmen zitierten Entscheidung des BSG vom 17.09.2008 ([B 6 KA 46/07 R](#)) lag ein HVV einer anderen KÄV zu Grunde, wonach die Leistungen im organisierten Notfalldienst mit einem festen garantierten Punktwert von 4,6 Cent vergütet wurden und die Leistungen der Erste-Hilfe-Stellen der Krankenhäuser nur mit einem festen Punktwert von 3,3 Cent bzw. 4,0 Cent. Die darin liegende ungerechtfertigte Ungleichbehandlung konnte nach Ansicht des BSG wegen des hinsichtlich des organisierten Notfalldienstes geltenden Rückwirkungsverbots nur dadurch ausgeräumt werden, dass den Erste-Hilfe-Stellen ebenfalls ein fester Punktwert von 4,6 Cent (abzüglich eines 10%-igen Investitionskostenabschlages) gewährt wird (BSG, a.a.O., juris Rdnr. 30). Eine solche Ungleichbehandlung liegt nach dem hier maßgeblichen HVV der Jahre 2006 und 2007 im Bereich der Beklagten nicht vor. Die Klägerin erkennt insofern, dass ebenso wie für die Erste-Hilfe-Stellen weder für den ärztlichen Bereitschaftsdienst noch die sonstigen Notfallbehandlungen der niedergelassenen Ärzte ein fester Punktwert von 4,15 Cent gewährt wurde. Zum einen handelt es sich bei dem Punktwert von 4,15 Cent nach § 9 Abs. 1 HVV lediglich um den Zielpunktwert, mit dem die Leistungen innerhalb des Individualbudgets nach Korrektur über die so genannte Fachgruppenquote gemäß § 9 Abs. 4 HVV vergütet wurden. Zudem wurden die Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst in dem streitgegenständlichen Zeitraum weder im Rahmen des Individualbudgets noch mit einem festen Punktwert vergütet, sondern gemäß § 8a Abs. 1 HVV und § 8b Abs. 1 HVV ebenfalls aus einem gesonderten Honorartopf, der aus der Vergütungsmenge gebildet wurde, die im Jahr 2002 durchschnittlich je Quartal für diese Leistungen zur Verfügung gestanden hat. Insofern ergibt sich auch aus der unterschiedlichen Art und Weise der Bildung des Honorarfonds der Erste-Hilfe-Stellen einerseits (in Anknüpfung an das Vorjahresquartal) und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes andererseits (in Anknüpfung an 2002) keine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung der Erste-Hilfe-Stellen, zumal dem Gericht aus anderen Verfahren bekannt ist, dass die Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst z.B. im Quartal II/2006 nur mit Punktwerten zwischen 2 und 3 Cent vergütet wurden. Eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung der Erste-Hilfe-Stellen der Krankenhäuser vermag die Kammer insofern nicht zu erkennen und die Folgerung eines festen Punktwertes (von 4,6 Cent) im Urteil des BSG (a.a.O.) resultierte allein aus dem nach dem dortigen HVV im organisierten Notfalldienst in dieser Höhe garantierten Punktwert. Auch dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 lässt sich keine zwingende Vorgabe eines festen Punktwertes entnehmen. In der von der Klägerbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung insofern in Bezug genommenen Regelung in Teil C Ziff. 2, 1. Sp.-Str. des Beschlusses heißt es lediglich: "Wurde die Finanzierung des Leistungsbedarfs für die Notfalleleistungen im Krankenhaus von budgetär auf extrabudgetär umgestellt, empfiehlt der Erweiterte Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern, die ggf. vorhandene Punktwertdifferenz zwischen der Vergütung von durch Vertragsärzte und durch Krankenhäuser erbrachten Notfalleleistungen durch die Krankenkassen rückwirkend zu finanzieren." Wie bereits erwähnt ist für den Bereich der KÄV Berlin auf Grund der jeweils existierenden Honorartöpfe bereits eine vorhandene Punktwertdifferenz nicht ersichtlich und auch im Übrigen lässt sich der Regelung an keiner Stelle entnehmen, dass die Notfalleleistungen der Krankenhäuser zwingend zu einem festen Punktwert zu vergüten sind und dass z.B. die Bildung von Honorarfonds nicht möglich sein soll. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Vergütung der Notfalleleistungen der Erste-Hilfe-Stellen im Rahmen des nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 Satz 2, 3. Sp.-Str. HVV zu bildenden Honorarfonds auch unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich ergangenen Rechtsprechung des BSG und des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses keinen rechtlichen Bedenken unterliegt, dass jedoch im Rahmen der Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Vertragspartner des HVV eine Anpassung des

Honorarfonds erforderlich werden kann, wenn es infolge der allen Erste-Hilfe-Stellen zu gewährenden Nachvergütungen zu einem dauerhaften Punktwertabfall kommt. Die Beklagte war daher im Sinne eines Bescheidungs(grund)urteils zur Neubescheidung des Vergütungsanspruchs der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verpflichten. Der Erlass eines solchen Bescheidungs(grund)urteils im Rahmen gebundener Zahlungsansprüche ist auch nach der Änderung des [§ 131 SGG](#) zum 01.04.2008 zulässig (eingehend dazu BSG, Urteil vom 10.12.2008 – [B 6 KA 45/07 R](#), juris Rdnrn. 28ff.). Ist eine Leistung sowohl dem Grunde nach als auch in der Höhe streitig, kann das Grundurteil um Bescheidungsvorgaben zur Leistungshöhe ergänzt werden (BSG, a.a.O.). Die Voraussetzungen zum Erlass eines Grundurteils gemäß [§ 130 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) sind vorliegend gegeben. Die Klägerin hat wegen der Höherbewertung der Notfallvergütungen durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 dem Grunde nach Anspruch auf höhere Vergütung dieser Leistungen, wobei sich die genaue Höhe der Nachvergütungen durch das Gericht nicht ermitteln lässt. Im Rahmen der Neubescheidung hat die Beklagte die bereits erwähnten Vorgaben zu beachten, d.h. sie hat die Punktzahlen der von der Klägerin abgerechneten Leistungen unter Berücksichtigung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 neu zu ermitteln, wobei die aufschiebende Wirkung der ausschließlich gegen Teil C dieses Beschlusses gerichteten Klage des Beigeladenen zu 6) der Anwendung des Beschlusses nicht entgegengehalten werden kann. Der Punktwert ist unter Berücksichtigung der Regelungen in § 8 Abs. 4 Satz 2, 3. Sp.-Str. des Honorarverteilungsvertrages 2006 bzw. 2007 zu berechnen, wobei aus der Höherbewertung der Leistungen ggf. eine Reaktionspflicht der Vertragspartner des HVV im Hinblick auf die Anpassung des Honorartopfes für die Erste-Hilfe-Stellen resultieren kann. Der sich aus der Neuberechnung ergebende Nachvergütungsanspruch der Klägerin ist seitens der Beklagten nicht zu verzinsen. Der Klägerin steht weder ein Anspruch auf Verzugszinsen noch auf Prozesszinsen zu (siehe oben B.II.). Für die im Hilfsantrag zu 3. beantragte Aufnahme einer Frist, binnen derer die Neubescheidung durch die Beklagte zu erfolgen hat, besteht (insbesondere in [§ 131 Abs. 2 und 3 SGG](#)) keine rechtliche Grundlage. Sollte die Beklagte die Neubescheidung schuldhaft verzögern, bleibt der Klägerin der Weg über [§ 201 SGG](#). D. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#) und 3, [155 Abs. 1](#), [162 Abs. 3 VwGO](#) und entspricht dem Verhältnis des jeweiligen Obsiegens/Unterliegens. Zunächst steht nicht fest, dass der Klägerin ein Nachvergütungsanspruch in der mit dem Klageantrag konkret bezifferten Höhe zusteht, da insofern weitere Ermittlungen seitens der Beklagten insbesondere zu den Leistungszeiten und im Hinblick auf den Punktwert erforderlich sind (siehe oben). Die Klägerin ist zudem mit dem Zinsantrag unterlegen. Der geltend gemachte Verzugszinsanspruch von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf den von der Klägerin bezifferten Nachvergütungsanspruch beläuft sich zwischenzeitlich auf mehr als 100.000,00 EUR. Das diesbezügliche Unterliegen war auch bei der Kostenentscheidung zu berücksichtigen, da die Klägerin nicht nur zu einem geringen Teil unterlegen ist (vgl. [§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#)). Darauf, dass die Zinsforderung (wegen [§ 43 Abs. 1 GKG](#)) keine gesonderten Kosten verursacht hat, kommt es im Rahmen des [§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#) – anders als bei [§ 92 Abs. 2 ZPO](#) – grundsätzlich nicht an (Olbertz, in Schoch/Schmidt-Aßmann/Pietzner, VwGO, 20. EL 2010, § 155 Rdnr. 9).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-04-16