

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
13. November 1996

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 78/95

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
23795 Bad Segeberg, Bismarckallee 1-3,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. AOK Schleswig-Holstein - Die Gesundheitskasse,
24103 Kiel, Gartenstraße 9,
2. IKK-Landesverband Nord,
24113 Kiel, Hamburger Chaussee 90,
3. Betriebskrankenkassen-Landesverband Nord,
20537 Hamburg, Wendenstraße 279,
4. Schleswig-Holsteinische landwirtschaftliche Krankenkasse,
24143 Kiel, Schulstraße 29,
5. AOK-Bundesverband,
53177 Bonn, Kortrijker Str. 1,



6. IKK-Bundesverband,
51429 Bergisch Gladbach, Friedrich-Ebert-Straße,
7. Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
45128 Essen, Kronprinzenstraße 6,
8. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
34131 Kassel, Weißensteinstraße 70-72,
9. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
53721 Siegburg, Frankfurter Straße 84,
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
50931 Köln, Herbert-Lewin-Str. 3,

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. November 1996 durch den Vorsitzenden Richter F u n k , die Richter Dr. E n g e l m a n n und S t e e g e sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. B a u c h und Dr. S e b a l d für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13. Juni 1995 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten deren außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Der Kläger ist als Arzt für Chirurgie niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Bis Ende Februar 1996 war er gleichzeitig Inhaber und ärztlicher Leiter einer chirurgischen Privatklinik, für die ihn die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) als Belegarzt anerkannt hatte.



Die Klinik des Klägers war als Krankenhaus für Akutkranke und zur Ergänzung der allgemeinen Krankenhausversorgung mit insgesamt 37 Betten in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Schleswig-Holstein aufgenommen. Die Einstufung als Plankrankenhaus war unter anderem mit der Auflage verbunden, die pflegerische und ärztliche Versorgung einschließlich des notwendigen Anästhesiedienstes "rund um die Uhr" sicherzustellen und eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft zu gewährleisten. Für die ärztliche Versorgung der Krankenhauspatienten und die Wahrnehmung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes standen neben dem Kläger weitere Ärzte zur Verfügung, die im Angestelltenverhältnis oder auf der Basis von Mitarbeiterverträgen in der Klinik beschäftigt wurden.

Die in seinem Krankenhaus gegenüber Kassenpatienten erbrachten ärztlichen Leistungen rechnete der Kläger über Belegarztscheine mit der Beklagten ab. Die Kosten für die Vorhaltung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes waren bis Ende 1985 im Pflegesatz der Klinik enthalten. Nach der Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zum 1. Januar 1986 wurden sie in den vom Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein für die Klinik genehmigten Pflegesätzen nicht mehr berücksichtigt. Das dagegen angestrebte verwaltungsgerichtliche Verfahren ruht im Hinblick auf die im vorliegenden Rechtsstreit zu erwartende Entscheidung.

Parallel zu dem Verwaltungsstreitverfahren macht der Kläger im Sozialgerichtsprozeß geltend, die Kosten des für die belegärztliche Versorgung von Kassenpatienten erforderlichen Bereitschaftsdienstes seien aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zu erstatten. Nachdem die Beklagte einen entsprechenden Antrag zunächst abgelehnt und das Sozialgericht (SG) die dagegen gerichtete Klage abgewiesen hatte, hat der erkennende Senat auf die Sprungrevision des Klägers für das im Revisionsverfahren noch streitige Quartal I/1987 einen Vergütungsanspruch dem Grunde nach bejaht (Urteil vom 15. Mai 1991 - 6 RKa 26/89 -, veröffentlicht in USK 91188 = ArztuR 1992, Nr 12 S 15). Er hat ausgeführt, der belegärztliche Bereitschaftsdienst sei, soweit er für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen vorgehalten werde, Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung. Daß dem in den einschlägigen Regelungswerken nicht Rechnung getragen und bis 1989 weder im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) noch in den Gesamtverträgen oder im Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten eine Kostenerstattung vorgesehen worden sei, könne nicht zu Lasten des Klägers gehen. Die durch die Änderung des Pflegesatzrechts entstandene Regelungslücke müsse in der Weise geschlossen werden, daß die Aufwendungen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst anteilig in angemessener Höhe erstattet würden. Für die Bestimmung dessen, was als angemessen zu gelten habe, könnten einerseits der auf den Bereitschaftsdienst entfallende Anteil an dem früheren, bis 31. Dezember 1985 maßgeblichen Pflegesatz, andererseits die inzwischen geschaffene vertragliche Vergütungsregelung im Ersatzkassenbereich (Anlage 1 zum Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag <EKV-Ä>; Nr 7200 der Ersatzkassen-Gebührenordnung <E-GO>) Anhaltspunkte liefern. Dem SG, an das die Sache zurückverwiesen wurde, wurde auf-



gegeben zu prüfen, ob und inwieweit der finanzielle Aufwand für den ärztlichen Bereitschaftsdienst dadurch abgegolten werde, daß der Kläger für Leistungen der von ihm beschäftigten Ärzte jeweils eine gesonderte Vergütung nach Maßgabe der Vertragsgebührenordnungen erhalte.

Auf der Basis der Nr 7200 E-GO und entsprechender gesamtvertraglicher Vereinbarungen mit den Primärkassen vergütete die Beklagte dem Kläger seit dem 3. Quartal 1989 als Kostenersatz für das Vorhalten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in seiner Klinik einen Betrag von 5,00 DM je Kassenpatient und Pflege-tag. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat sie sich bereit erklärt, diese Regelung auch für die Quartale I/1987 bis II/1989 rückwirkend anzuwenden. Der Kläger hat das Teilanerkennntnis angenommen, an der Klage aber gleichwohl festgehalten, weil der angesetzte Betrag nur einen Bruchteil seiner tatsächlich angefallenen Kosten decke.

Das SG hat das zurückverwiesene Verfahren betreffend das Quartal I/1987 mit dem später bei ihm anhängig gewordenen Verfahren betreffend das Quartal I/1990 verbunden und die Klagen abgewiesen (Urteil vom 22. September 1993). Die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen (Urteil vom 13. Juni 1995). Es hat sich der Auffassung des SG angeschlossen, daß die von der Beklagten in Anlehnung an die Regelung der Nr 7200 E-GO angesetzte Kostenpauschale von 5,00 DM pro Patient und Tag den vom Bundessozialgericht (BSG) im Urteil vom 15. Mai 1991 vorgegebenen Kriterien gerecht werde und eine angemessene Vergütung gewährleiste. Der von der Beklagten anerkannte Teil der Klageforderung sei entgegen der Ansicht des Klägers nicht zu verzinsen. Die Verzinsung von Geldforderungen sei in § 44 Abs 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) für den gesamten Bereich des Sozialrechts abschließend geregelt, so daß für eine analoge Anwendung der §§ 286, 288 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) auch bei Honorarforderungen im Kassenarztrecht kein Raum sei.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision macht der Kläger geltend, die Vorinstanzen hätten sich nicht an die rechtliche Beurteilung in dem zurückweisenden Urteil des BSG vom 15. Mai 1991 gehalten. Anstatt zu ermitteln, wie hoch der auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst entfallende Kostenanteil an dem früheren, bis 31. Dezember 1985 maßgeblichen Pflegesatz gewesen sei, um so eine realistische, am Kostendeckungsprinzip orientierte Beurteilungsgrundlage zu erhalten, hätten sie die in der Nr 7200 E-GO vorgesehene, völlig unzureichende Kostenpauschale zugrunde gelegt. Dieses Vorgehen verstoße gegen die Vorgaben des früheren § 368g Abs 6 Satz 2 Reichsversicherungsordnung (RVO), wonach auf eine leistungsfähige belegärztliche Versorgung hinzuwirken und sicherzustellen sei, daß bei der Vergütung die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit berücksichtigt werden und die Vergütung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Betrag steht, der bei der Krankenhauspflege aus dem Pflegesatz für die ärztliche Behandlung berechnet werden würde. Im Urteil vom 15. Mai 1991 sei dem SG aufgegeben



worden, die Angemessenheit der Vergütung für den Bereitschaftsdienst unter Berücksichtigung der Tatsache zu prüfen, daß bis zur Änderung der BPfIV ein Rechtsanspruch auf Vergütung über den Pflegesatz bestanden habe. Das bedeute, daß die durch die Rechtsänderung aufgetretene Regelungslücke so geschlossen werden müsse, daß ein Mißverhältnis zu der zuvor innegehabten Position nicht entstehe. Durch die Entscheidung des LSG werde das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) verletzt; denn während den sog Anstaltskrankenhäusern die Kosten für die Vorhaltung des ärztlichen Dienstes in voller Höhe erstattet würden, erhalte er für das von ihm geführte Belegkrankenhaus ohne sachlichen Grund nur eine Teilkostenerstattung, die gerade ein Siebtel bis ein Zehntel der tatsächlichen Kosten decke. Aus alledem folge, daß ihm die Aufwendungen für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst in der tatsächlichen, von ihm nachgewiesenen Höhe zu erstatten seien. Zu Unrecht habe das Berufungsgericht auch den geltend gemachten Zinsanspruch verneint. Es gehe dabei nicht um die Verzinsung einer Sozialleistung, sondern um einen Schadenersatzanspruch wegen Zahlungsverzugs, der den allgemeinen Regeln des BGB unterliege.

Der Kläger beantragt,

die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13. Juni 1995 und des Sozialgerichts Kiel vom 22. September 1993 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihrer Bescheide vom 15. Juli 1987 (Widerspruchsbescheid vom 21. Oktober 1987) und vom 16. Juli 1990 (Widerspruchsbescheid vom 14. November 1990) zu verurteilen, ihm für das 1. Quartal 1987 weitere 61.610,00 DM nebst 4 % Zinsen seit 1. April 1987 abzüglich des von der Beklagten für dieses Quartal bereits gezahlten Betrages sowie für das 1. Quartal 1990 weitere 27.000,00 DM nebst 4 % Zinsen seit 1. April 1990 zu zahlen.

Die Beklagte und die zu 10) beigeladene Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) beantragen,

die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil im Ergebnis und in der Begründung für zutreffend.

Die übrigen Beteiligten haben im Revisionsverfahren keine Anträge gestellt.

II

Die Revision ist zulässig, aber nicht begründet.



Nachdem die Beklagte aufgrund des zuvor in derselben Sache ergangenen Senatsurteils vom 15. Mai 1991 einen Anspruch des Klägers auf Erstattung der auf Kassenpatienten entfallenden anteiligen Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes dem Grunde nach anerkannt hat, ist im jetzigen Revisionsverfahren nur noch über die Höhe dieses Anspruchs zu befinden. Dabei muß, was die rechtliche Beurteilung anbelangt, zwischen den streitbefangenen Quartalen I/1987 und I/1990 unterschieden werden. Denn zum einen hat sich zwischen 1987 und 1990 das maßgebliche Recht geändert und zum anderen ist hinsichtlich des Quartals I/1987 das zurückverweisende Urteil vom 15. Mai 1991 zu beachten, dessen tragende Rechtsaussagen für das weitere Verfahren - auch für die erneute Entscheidung des BSG selbst (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl, § 170 RdNr 12) - gemäß § 170 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bindend sind. Im Ergebnis steht dem Kläger indessen weder für das Quartal I/1987 noch für das Quartal I/1990 eine höhere Vergütung zu.

Die rechtliche Situation ist dadurch gekennzeichnet, daß erstmals im Jahr 1989 und zunächst nur für den Ersatzkassenbereich eine vertragliche Regelung über die Erstattung von Kosten des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes getroffen worden ist. Unter der Geltung der am 31. Dezember 1985 außer Kraft getretenen BPflV vom 25. April 1973 (BGBl I S 333) war streitig gewesen, ob die Sicherstellung eines Bereitschaftsdienstes für die Belegpatienten überhaupt zu den "Leistungen des Belegarztes" oder nicht vielmehr zu den allgemeinen Aufgaben des Krankenhauses gehört und damit kostenmäßig über den sog kleinen Pflegesatz abzugelten ist (vgl dazu einerseits Urteil des VG Schleswig-Holstein vom 11. Oktober 1983 in MedR 1985, 134 mit Anmerkung Narr, andererseits Urteil des OVG Lüneburg vom 30. August 1985 in MedR 1986, 211 mit Anmerkung Hess und sodann Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 12. März 1987 - 3 C 14.86 - in Buchholz 451.74 § 17 KHG Nr 11). Durch die Regelung in § 2 Abs 3 Satz 2 Nr 2 der ab 1. Januar 1986 geltenden BPflV vom 21. August 1985 (BGBl I S 1666) ist diese Frage im zuerst genannten Sinne entschieden worden. Der Verordnungsgeber ging in der amtlichen Begründung zu dieser Vorschrift davon aus, daß die Aufwendungen für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst, soweit dieser für sozialversicherte Patienten vorgehalten wird, über die vertragsärztliche Gesamtvergütung abzugelten sind und das Nähere in den Verträgen über die kassenärztliche Versorgung zu regeln ist (BR-Drucks 224/85, S 51 ff). Entsprechende Vereinbarungen sind gleichwohl zunächst nicht getroffen worden, weil die Auffassung bestand, daß es sich um bloße Vorhaltekosten, vergleichbar den allgemeinen Praxiskosten des niedergelassenen Arztes, handele, die mit der Vergütung für die vom Belegarzt erbrachten ärztlichen Leistungen abgegolten seien. Erst nachdem der Gesetzgeber des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) in § 121 Abs 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausdrücklich klargestellt hatte, daß die belegärztliche Vergütung auch ein leistungsgerechtes Entgelt für den ärztlichen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten zu umfassen hat, sind die Vertragspartner tätig geworden. In die E-GO ist mit Wirkung ab 1. Juli 1989 im Kapitel U (Pauschalerstattungen) die Gebührenposition 7200



eingefügt worden, die für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst einen Kostenersatz von 5,00 DM (heute: 6,00 DM) je Patient und Pflegetag vorsieht. Entsprechende Regelungen sind in der Folgezeit auch für den Primärkassenbereich getroffen worden; sie gelten dort allerdings nicht bundeseinheitlich, sondern sind Bestandteil der jeweiligen regionalen Honorarverträge. Ob in dem streitigen Quartal I/1990 im Bezirk der KÄV Schleswig-Holstein bereits eine einschlägige gesamtvertragliche Vereinbarung bestanden hat, ist vom LSG nicht festgestellt worden und aus den Akten nicht zu ersehen. Letztlich kommt es darauf jedoch nicht an, weil die Beklagte auch für die Primärkassenpatienten die - ggf erst später vereinbarte - Kostenpauschale gezahlt hat.

Nachdem somit im 1. Quartal 1990 für die Honorierung des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes zumindest im Ersatzkassenbereich bereits eine normative Grundlage in Gestalt der Gebührennummer 7200 E-GO bestanden hat, ist der Anspruch auf höhere Vergütung insoweit an den Kriterien zu messen, die der Senat für die gerichtliche Überprüfung von Bestimmungen der vertragsärztlichen Gebührenordnungen entwickelt hat. Ausgehend von dem Grundsatz, daß das Gesetz kein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf ein bestimmtes, als angemessen bewertetes Honorar für die einzelne Leistung oder die ärztliche Tätigkeit als Ganzes begründet, ist es den Gerichten danach grundsätzlich verwehrt, eine im EBM oder in ergänzenden vertraglichen Bestimmungen vorgenommene Leistungsbewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht (dazu zuletzt: Urteil vom 7. Februar 1996 -6 RKa 6/95 - = SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1). Inwieweit diese Rechtsprechung auf reine Kostenerstattungsregelungen zu übertragen ist, bei denen es nicht um die Bewertung einer ärztlichen Leistung, sondern um die Bemessung des Erstattungsbetrages für tatsächlich entstandene Aufwendungen geht, ist allerdings bisher nicht entschieden worden, bedarf aber auch im vorliegenden Fall keiner Klärung, weil keine Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die in der Nr 7200 E-GO angesetzte Pauschale von 5,00 DM pro Patient und Tag die Kosten für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst iS des § 121 Abs 3 Satz 3 Nr 1 SGB V nicht abdeckt.

Soweit der Kläger den finanziellen Aufwand für die Vorhaltung eines ärztlichen Bereitschaftsdienstes in der Weise beziffert, daß er die gesamten Personalkosten für die in seiner Klinik beschäftigten Ärzte abzüglich der gemäß § 121 Abs 3 Satz 3 Nr 2 SGB V für konkrete ärztliche Leistungen während des Bereitschaftsdienstes erhaltenen Vergütungen in Rechnung stellt, verkennt er die Bedeutung der gesetzlichen Regelung und den Begriff des "Bereitschaftsdienstes" für Belegpatienten.

Bei der dargestellten Berechnungsweise bleibt außer Betracht, daß nicht die gesamte Tätigkeit der im Krankenhaus des Klägers angestellten Ärzte als Bereitschaftsdienst im Sinne des Gesetzes zu qualifizieren ist. Nach der in der Anlage 1 zur E-GO unter Nr 8 Buchst a enthaltenen Definition wird ärztlicher Bereitschaftsdienst wahrgenommen, "wenn



sich der bereitschaftsdiensthabende Arzt auf Anordnung des Krankenhauses oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der Belegabteilung rechtzeitig tätig zu werden" (vgl jetzt: § 39 Abs 6 Satz 1 BMV-Ä; § 31 Abs 6 Satz 1 EKV-Ä). Nur soweit die angestellten Ärzte in diesem sachlich und zeitlich begrenzten Rahmen eingesetzt werden, sind die dem Belegarzt daraus erwachsenden Kosten zu ersetzen. Die Tatsache, daß der Kläger neben seiner ambulanten Praxis, die nach den Belegarztgrundsätzen vom 8. August 1959 (DÄBl 1959, 1247) und den einschlägigen Bestimmungen der Bundesmantelverträge (§ 39 Abs 2 BMV-Ä; § 31 Abs 2 EKV-Ä) den Schwerpunkt seiner Gesamttätigkeit als Vertragsarzt bilden soll, ein Belegkrankenhaus geführt hat, das mit 37 Betten den üblichen Umfang einer Belegabteilung um das Doppelte überschritt, und daß er deswegen ärztliche Mitarbeiter beschäftigen mußte, die ihn im stationären Bereich entlasteten, führt nicht dazu, daß auch die insoweit entstehenden Kosten nach § 121 Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V zu vergüten sind.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die Klinik des Klägers, auch wenn sie als reines Belegkrankenhaus geführt wurde, nach den mit der Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Schleswig-Holstein verbundenen Auflagen auch Aufgaben der allgemeinen Krankenhausversorgung wahrzunehmen und zu diesem Zweck die pflegerische und ärztliche Versorgung einschließlich des notwendigen Anästhesiedienstes rund um die Uhr sicherzustellen und eine Tag- und Nachtaufnahmebereitschaft zu gewährleisten hatte. Die hierdurch zusätzlich entstehenden Kosten sind ebenfalls nicht aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu bestreiten. Daß der auf den reinen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten entfallende Aufwand mit den vertraglich vereinbarten Entgelten nicht ausreichend abgegolten würde, ist nicht ersichtlich. Auch die Revision trägt dazu nichts Konkretes vor. Ein Indiz für die Angemessenheit des Pauschbetrages von 5,00 bzw inzwischen 6,00 DM pro Patient und Pflage-tag kann darin gesehen werden, daß in der von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für die privatärztliche Abrechnung eine Gebühr in vergleichbarer Größenordnung festgelegt worden ist (Zuschlag zur Visitengebühr mit einem nicht steigerungsfähigen Gebührensatz von derzeit 6,60 DM; Nr 4c GOÄ).

Es ist nicht zu beanstanden, daß die Vorinstanzen es als sachgerecht angesehen haben, die für Quartale ab III/1989 vertraglich vereinbarte Kostenpauschale auch für das noch streitige, zurückliegende Quartal I/1987 als leistungsgerechtes Entgelt für die Vorhaltung des belegärztlichen Bereitschaftsdienstes zugrunde zu legen. Diese Entscheidung steht entgegen der Auffassung des Klägers nicht im Widerspruch zu der rechtlichen Beurteilung des Senats im Urteil vom 15. Mai 1991. Die tragende Rechtsaussage in dem zurückverweisenden Urteil ging dahin, daß die Beklagte verpflichtet sei, die infolge der Änderung der BPfIV entstandene Regelungslücke im kassenärztlichen Gebührenrecht in der Weise zu schließen, daß die Aufwendungen für den belegärztlichen Bereitschaftsdienst "unter dem Gesichtspunkt der leistungsfähigen belegärztlichen Versorgung (§ 368g Abs 6 Satz 2



RVO) angemessen" erstattet werden. Im Anschluß daran hat der Senat darauf hingewiesen, daß sich Anhaltspunkte für das "zutreffende" Entgelt einerseits aus der Höhe des auf den belegärztlichen Bereitschaftsdienst entfallenden Anteils am bisherigen Pflegesatz, andererseits aus der zwischenzeitlich in Kraft getretenen vertraglichen Regelung im Ersatzkassenbereich ergeben könnten. Die Auffassung der Revision, damit sei dem LSG zwingend vorgegeben worden, zweigleisig vorzugehen und beide genannten Gesichtspunkte nebeneinander zu berücksichtigen, findet in der zitierten Formulierung keine Stütze. Aber auch wenn der fragliche Hinweis im Sinne eines "sowohl als auch" gemeint gewesen sein sollte, hätte das Berufungsgericht mit der einseitigen Anlehnung an die Gebührenregelung der Nr 7200 E-GO seine Verpflichtung aus § 170 Abs 5 SGG nicht verletzt. Denn die dort für den Fall der Zurückverweisung vorgeschriebene Bindung an die rechtliche Beurteilung des BSG beschränkt sich auf die der Aufhebung zugrunde liegenden Rechtsausführungen und erstreckt sich nicht auf bloße Hinweise zum weiteren Verfahren (BSGE 31, 74, 75 = SozR Nr 13 zu § 170 SGG).

Das angefochtene Urteil hält der rechtlichen Nachprüfung auch insoweit stand, als es einen Anspruch des Klägers auf Verzinsung des Nachzahlungsbetrages für das Quartal I/1987 verneint hat. Zutreffend geht das LSG davon aus, daß ein Zinsanspruch nicht aus § 44 Abs 1 SGB I hergeleitet werden kann. Wie der Senat bereits entschieden hat, regelt diese Vorschrift nur die Verzinsung von Sozialleistungen iS des § 11 SGB I, zu denen Honoraransprüche der Kassen- und Vertragsärzte nicht gehören (Urteil vom 20. Dezember 1983 in BSGE 56, 116 = SozR 1200 § 44 Nr 10). Auf die §§ 286 Abs 1, 288, 291 BGB kann der Anspruch nicht gestützt werden, weil die Regelungen des BGB über Verzugs- und Prozeßzinsen auf öffentlich-rechtliche Forderungen aus dem Bereich des Sozialrechts nicht entsprechend anwendbar sind. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG regelt das Sozialgesetzbuch die Verzinsung von Geldforderungen für seinen Anwendungsbereich abschließend. Ein Zinsanspruch besteht deshalb nur, soweit er im Einzelfall im SGB selbst oder in einer spezialgesetzlichen Regelung ausdrücklich vorgesehen ist (vgl BSG SozR 1300 § 61 Nr 1 mit zahlreichen Rechtsprechungsnachweisen; zur Abgrenzung von privatrechtlichen Ansprüchen: BSG SozR 3-2500 § 124 Nr 3). Eine solche Regelung existiert für kassenärztliche (vertragsärztliche) Honorarforderungen nicht, so daß offenbleiben kann, zu welchem Zeitpunkt der konkrete Honoraranspruch des Klägers fällig geworden ist (zu diesem Gesichtspunkt vgl Urteil des Senats vom 20. Dezember 1983 in BSGE 56, 116, 118 ff = SozR 1200 § 44 Nr 10 S 34 ff).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.

