



Im Namen des Volkes

Verkündet am
11. September 2019

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 6 KA 6/18 R**
LSG Berlin-Brandenburg 23.03.2018 - L 24 KA 25/17
SG Potsdam 22.02.2017 - S 1 KA 137/14

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg,
Pappelallee 5, 14469 Potsdam,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

1. IKK classic,
Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden,
2. BAHN-BKK,
Franklinstraße 54, 60486 Frankfurt,
3. HEK - Hanseatische Krankenkasse,
Wandsbeker Zollstraße 86 - 90, 22041 Hamburg,
4. BARMER,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Prozessbevollmächtigte:

5. AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
Brandenburger Straße 72, 14467 Potsdam,

6. Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin,
Ziolkowskistraße 6, 14480 Potsdam,
7. DAK-Gesundheit,
Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg,
8. Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 11. September 2019 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , den Richter R a d e m a c k e r und die Richterin Dr. L o o s e sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. H u t t e r e r und Dr. T h i e r s e für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 23. März 2018 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Leistungen, die im Quartal 4/2011 in der Notfallambulanz des Krankenhauses der Klägerin erbracht worden sind.
- 2 Die Klägerin betreibt die S. Klinik L., an die im streitgegenständlichen Zeitraum eine Notfallambulanz angegliedert war. Die beklagte KÄV setzte das Honorar der Klägerin für das Quartal 4/2011 unter sachlich-rechnerischer Richtigstellung der für 20 Behandlungsfälle abgerechneten Leistungen mit Bescheid vom 26.4.2012 fest. In diesen Fällen waren Patienten im Anschluss an die Behandlung in der Notfallambulanz der Klägerin in einem anderen Krankenhaus stationär behandelt worden. Die Beklagte begründete die Richtigstellung damit, dass die anschließend durchgeführte stationäre Behandlung einem Anspruch auf Vergütung für eine ambulante Behandlung entgegenstehe. Der hiergegen gerichtete Widerspruch der Klägerin blieb ohne Erfolg (*Widerspruchsbescheid vom 2.10.2014*). Mit Bescheid vom 14.7.2016 änderte die Beklagte den Honorarbescheid unter anderem für das streitgegenständliche Quartal 4/2011 im Hinblick auf die rückwirkende Neubewertung von Leistungen der ambulanten Notfallbehandlung (*Beschlüsse des Bewertungsausschusses in der 341., 344. und 354. Sitzung*) zugunsten der Klägerin, ließ aber die og 20 Behandlungsfälle weiterhin unvergütet.

- 3 Das SG hat die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe die beanstandeten 20 Behandlungsfälle im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zu Recht von der Vergütung ausgenommen. Aufgrund der in der Notfallambulanz der Klägerin getroffenen Entscheidung über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung und der unmittelbar folgenden Aufnahme in ein anderes Krankenhaus habe ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vorgelegen.
- 4 Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG die Entscheidung des SG aufgehoben und die Beklagte unter Änderung der angefochtenen Bescheide verpflichtet, die streitbefangenen 20 Behandlungsfälle zu vergüten. Bei den Notfallbehandlungen handle es sich trotz Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit noch nicht um stationäre Behandlungen. Entscheidend sei, dass keine Aufnahme in das von der Klägerin betriebene Krankenhaus stattgefunden habe. Deshalb sei auch kein Fall der Verlegung in ein anderes Krankenhaus gegeben. Die Beklagte könne auch keine Rechte aus dem zwischen den Krankenkassenverbänden und der Landeskrankenhausesellschaft in Brandenburg geschlossenen Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung oder aus der Bundespflegesatzverordnung ableiten.
- 5 Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, dass in den streitbefangenen Behandlungsfällen allein stationäre Leistungen durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus erbracht worden seien und deshalb ein Anspruch zu Lasten der Gesamtvergütung nicht bestehe. Zwar habe es sich um Notfälle gehandelt, doch seien diese nicht dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen. Der vertragsärztliche Sicherstellungsauftrag und damit auch der vertragsärztliche Notdienst umfasse keine Krankenhausbehandlung, sondern stelle allein eine Versorgung außerhalb der Sprechstunden sicher. Aufgrund der festgestellten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit hätte auch ein Vertragsarzt die notwendige ärztliche Behandlung nicht erbringen dürfen, sondern die Versicherten an ein Krankenhaus verweisen müssen. Für sonstige Ärzte, die auf der Grundlage des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V Notfalleistungen erbringen, könne nichts anderes gelten. Eine Zuordnung zum stationären Sektor ergebe sich auch bereits daraus, dass sich die Patienten selbst nicht als vertragsärztliche Notfälle eingestuft hätten.
- 6 Das LSG habe verkannt, dass hier allenfalls Behandlungsfälle des notärztlichen Rettungsdienstes vorgelegen hätten. Der notärztliche Rettungsdienst sei jedoch nach § 75 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V vom Sicherstellungsauftrag der KÄVen ausgenommen. Alle Patientendokumentationen hätten hier schwerwiegende akute Gesundheitsstörungen ausgewiesen. In acht Fällen seien die Patienten mit dem Rettungswagen in die Notfallambulanz gebracht und demnach durch den Notarzt erstversorgt worden. Daher sei die Notfallsituation bei Erreichen der Notfallambulanz bereits beendet gewesen. Aufgrund der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der eingelieferten Patienten scheidet eine ambulante vertragsärztliche Behandlung aus, weil diese nicht ausreichend gewesen wäre und damit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hätte. Entgegen der Auffassung des LSG sei auch das Kriterium der fehlenden Aufnahme in das eigene Krankenhaus kein geeigneter Maßstab für die Differenzierung zwischen stationärer und

ambulanter Versorgung. Darüber hinaus seien die Patienten aber auch in den Krankenhausbetrieb der Klägerin eingegliedert gewesen. Der Inhalt des auf Landesebene geschlossenen Vertrages nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V spreche dafür, dass das Handeln der Klägerin stationärer Natur gewesen sei. Nach § 4 Satz 1 und 2 des Vertrages stelle die Aufnahmeuntersuchung einen Teil der stationären Krankenhausleistung dar und werde bei Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus nicht gesondert vergütet.

7 Schließlicly verstoße das Urteil des LSG gegen den durch das BSG hervorgehobenen Subsidiaritätsgrundsatz, nach dem zu sprechstundenüblichen Zeiten kein Notfall iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V angenommen werden könne. Fünf der 20 umstrittenen Behandlungsfälle seien zu sprechstundenüblichen Zeiten versorgt worden.

8 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 23.3.2018 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Potsdam vom 22.2.2017 zurückzuweisen.

9 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

10 Die Beklagte habe bereits keinen Revisionsgrund gemäß § 162 SGG vorgetragen. Soweit die Klägerin eine Verletzung des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V aufgrund einer unzutreffenden Abgrenzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich rüge, sei dem entgegenzuhalten, dass die Vorschrift zu dieser Abgrenzungsfrage keine Aussage treffe.

11 In Übereinstimmung mit der Auffassung des LSG sei der stationäre Versorgungsbereich nicht bereits eröffnet, wenn nach dem Behandlungsplan des behandelnden Arztes zum Zeitpunkt der Vorstellung des Patienten eine stationäre Aufnahme in einem anderen Krankenhaus erfolgen solle. Die in der Notfallambulanz durchgeführten Behandlungen könnten ferner nicht dem Rettungsdienst zugerechnet werden, und auch eine Einweisung durch den Rettungsdienst habe nicht stattgefunden. Eine stationäre Behandlung der Patienten im eigenen Krankenhaus sei ausgeschlossen gewesen, weil die erforderlichen Fachdisziplinen nicht vorgehalten würden. Deshalb sei nur die erforderliche Erstversorgung in der Ambulanz durchgeführt worden.

II

12 Die Revision der Beklagten hat keinen Erfolg.

13 A. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist die Revision der Beklagten zulässig. Indem die Beklagte eine fehlerhafte Anwendung ua des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V durch das LSG rügt, macht sie die Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts iS des § 162 SGG geltend.

- 14 B. Die Revision ist jedoch nicht begründet. Das LSG hat das klageabweisende Urteil zu Recht aufgehoben, den angefochtenen Bescheid der Beklagten vom 26.4.2012 (*idF des Widerspruchsbescheides vom 2.10.2014 und des Änderungsbescheides vom 14.7.2016*) geändert und die Beklagte verpflichtet, die 20 streitbefangenen Behandlungsfälle zu vergüten.
- 15 1. Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, deren Rechtmäßigkeit hier im Streit steht, ist § 106a Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V (*hier noch idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, BGBl I 2190 <aF>; heute § 106d Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V*). Danach stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (*vgl BSG Urteil vom 29.11.2017 - B 6 KA 33/16 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 17 RdNr 19; BSG Urteil vom 2.4.2014 - B 6 KA 20/13 R - SozR 4-2500 § 117 Nr 6 RdNr 13, jeweils mwN*). Gegenstand der Abrechnungsprüfung ist auch die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser erbracht werden, da infolge der Gleichstellung der in Notfällen tätigen Krankenhäuser mit Vertragsärzten die für die Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts insoweit entsprechend gelten (*BSG Urteil vom 12.12.2012 - B 6 KA 3/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 13 RdNr 12; BSG Urteil vom 10.12.2008 - B 6 KA 37/07 R - BSGE 102, 134 = SozR 4-2500 § 295 Nr 2, RdNr 14*).
- 16 2. Die Beklagte war in den 20 streitbefangenen Behandlungsfällen nicht berechtigt, eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorzunehmen. Die Klägerin hat Anspruch darauf, dass die Beklagte die erbrachten Leistungen vergütet.
- 17 a) Das Recht der Versicherten zur freien Arztwahl nach § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V umfasst die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Krankenhäusern in Notfällen (*vgl BSG Urteil vom 28.6.2017 - B 6 KA 12/16 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 19 RdNr 29; grundlegend bereits zur Rechtslage unter Geltung der RVO: BSG Urteil vom 24.10.1961 - 6 RKa 19/60 - BSGE 15, 169, 173 ff = SozR Nr 1 zu § 368d RVO*). Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung ist in ständiger Rechtsprechung geklärt, dass eine solche Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtvertragsärzte der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen ist und dass die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (*BSG Urteil vom 3.4.2019 - B 6 KA 67/17 R - SozR 4 <vorgesehen> RdNr 16; BSG Urteil vom 19.8.1992 - 6 RKa 6/91 - BSGE 71, 117, 118 f = SozR 3-2500 § 120 Nr 2 S 12 f; BSG Urteil vom 24.10.1961 - 6 RKa 19/60 - BSGE 15, 169, 173 ff = SozR Nr 1 zu § 368d RVO*).

- 18 b) Zutreffend geht das LSG davon aus, dass es sich bei den streitbefangenen Behandlungsfällen um Notfälle gehandelt hat. Ein Notfall iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (*BSG Urteil vom 1.2.1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr 2 S 4 = juris RdNr 17; vgl auch BSG Urteil vom 20.4.2016 - B 3 KR 18/15 R - SozR 4-2500 § 132a Nr 9 RdNr 31; BSG Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 9/05 R - juris RdNr 18, jeweils mwN*). Nach den bindenden Feststellungen des LSG bestanden bei den Patienten in den der sachlich-rechnerischen Richtigstellung zugrunde liegenden Behandlungsfällen Symptome, die mindestens eine dringliche Abklärung erforderlich machten (ua Anzeichen eines Schlaganfalls, Krampfanfälle, dauerhaftes Nasenbluten, Verbrennungen, Atembeschwerden bei Herzinsuffizienz, Verdacht einer schweren Psychose oder massive Kopfschmerzen). Das wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen.
- 19 Die Klägerin hat auch keine über die Notfallversorgung hinausgehende Behandlung in der Notfallambulanz vorgenommen, die nicht nach § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V zu vergüten wäre. Die Notfallbehandlung ist allein auf die Erstversorgung ausgerichtet. Behandlungen sind darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben und unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären (*BSG Urteil vom 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 15; zuletzt: BSG Urteil vom 26.6.2019 - B 6 KA 68/17 R - RdNr 23, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen*). Die Klägerin hat allein in diesem Umfang Leistungen erbracht und abgerechnet. Nach den vom LSG getroffenen Feststellungen besteht auch kein Anlass zu Zweifeln, dass die Klägerin die abgerechneten Leistungen in Übereinstimmung mit den Vorgaben aus der Leistungslegende der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) tatsächlich erbracht hat. Auch das hat keiner der Beteiligten in Frage gestellt.
- 20 c) Dem Vergütungsanspruch der Klägerin steht nicht entgegen, dass es sich bei den streitbefangenen Behandlungen um stationäre Krankenhausbehandlungen handeln würde.
- 21 aa) Die Beklagte geht im Grundsatz zutreffend davon aus, dass ein ihr gegenüber bestehender Vergütungsanspruch der Klägerin davon abhängt, dass die abgerechneten Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Ist das nicht der Fall, weil eine stationäre Leistung erbracht worden ist, scheidet ein Vergütungsanspruch gegen die KÄV aus (*BSG Urteil vom 8.9.2004 - B 6 KA 14/03 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 3 S 23 = juris RdNr 17*), sofern - wie hier - nicht die Erbringung belegärztlicher Leistungen in Frage steht. Die Gesamtvergütung, die die KÄV in Anwendung eines Honorarverteilungsmaßstabs an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Einrichtungen zu verteilen hat, dient nach § 85 Abs 1 SGB V allein der vertragsärztlichen Versorgung und damit nicht der (ergänzenden) Finanzierung von Krankenhausleistungen.

- 22 bb) Die Leistungen, die in der von der Klägerin betriebenen Notfallambulanz erbracht worden sind, sind jedoch als ambulante Notfallbehandlungen zu qualifizieren. Ohne jeden Zweifel gilt das bei isolierter Betrachtung der Leistungen, die die Klägerin in ihrer Notfallambulanz erbracht hat. Mit der Behandlung in der Notfallambulanz war ersichtlich noch keine Aufnahme (*zu diesem Kriterium vgl BSG Urteil vom 9.10.2001 - B 1 KR 15/00 R - SozR 3-2200 § 197 Nr 2 S 4 = juris RdNr 16; zur Maßgeblichkeit der Aufnahme für die Abgrenzung einer stationären von einer ambulanten Notfallbehandlung vgl BSG Urteil vom 9.10.2001 - B 1 KR 6/01 R - BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr 25 S 118 = juris RdNr 16*) in das Krankenhaus der Klägerin verbunden. Erst mit der Aufnahme wird der Patient in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert (*vgl BT-Drucks 12/3608 S 82 - zu § 39 SGB V*). Die Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig zB durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und ähnliches dokumentiert (*BSG Urteil vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 13*). Diese äußeren Merkmale einer Aufnahmeentscheidung waren in den streitbefangenen Fällen bezogen auf das von der Klägerin betriebene Krankenhaus nicht gegeben.
- 23 cc) Eine Zuordnung der in der Notfallambulanz der Klägerin erbrachten Leistungen zur stationären Behandlung käme deshalb allein mit Blick auf die stationäre Behandlung in Betracht, die sich an die Notfallbehandlung angeschlossen hat. Bereits mit Urteil vom 19.11.1985 (*6 RKa 38/83 - SozR 5550 § 9 Nr 1*) hat der Senat entschieden, dass Leistungen, die zunächst ambulant ausgeführt worden sind, Teil einer sich unmittelbar daran anschließenden stationären Behandlung sein können mit der Folge, dass ein Anspruch auf Vergütung als vertragsärztliche Leistung ausgeschlossen ist. Als Teil der nachfolgenden stationären Behandlung hat der Senat in diesem Urteil die ambulante Behandlung durch einen ermächtigten (bzw nach damaliger Rechtslage "beteiligten") Krankenhausarzt angesehen, wenn der Versicherte an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen worden ist. Damit übereinstimmend liegt eine einheitliche vollstationäre Behandlung vor, wenn sich nach Durchführung einer ambulant geplanten Operation aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit ergibt, den Patienten über Nacht im Krankenhaus zu beobachten und weiter zu behandeln (*BSG Urteil vom 4.3.2004 - B 3 KR 4/03 R - BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 = juris RdNr 29*). Etwas anderes soll nach einer Entscheidung des 3. Senats vom 27.11.2014 (*B 3 KR 12/13 R - SozR 4-2500 § 129a Nr 1*) für den Fall gelten, dass nach einer sinnvollerweise ambulant begonnenen Chemotherapie, die ein ermächtigter Krankenhausarzt durchführt, unerwartet Komplikationen auftreten und eine Notaufnahme in das Krankenhaus erforderlich machen.
- 24 Der grundsätzliche Ausschluss einer gesonderten Vergütung im System der vertragsärztlichen Versorgung bei einer Behandlung im Krankenhaus findet seine Entsprechung in den Regelungen zur Krankenhausvergütung: Nach § 7 Abs 1 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) werden mit den Entgelten alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen

Krankenhausleistungen vergütet. Für allgemeine Krankenhausleistungen dürfen deshalb - von besonders geregelten Ausnahmen abgesehen (zur Dialyse vgl. BSG Urteil vom 19.4.2016 - B 1 KR 34/15 R - SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 16, 19 ff; BSG Urteil vom 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R - BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr 9, RdNr 14 f, 17; Degener-Hencke in Dietz/Bofinger, KHEntgG, § 2 S 19, Stand August 2012) - keine anderen oder gar zusätzlichen Entgelte gefordert werden. Ebenfalls ausgeschlossen ist nach der Rechtsprechung des Senats (BSG Urteil vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 9) die Erbringung und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen durch einen ermächtigten Krankenhausarzt, wenn das Krankenhaus, in dem der ermächtigte Arzt tätig ist, genau diese Leistungen als nachstationäre Krankenhausbehandlung hätte erbringen können und wenn die als nachstationäre Behandlung erbrachte Krankenhausleistung zudem bereits mit der Fallpauschale gegenüber dem Krankenhaus abgegolten wäre.

25 Die zur Vergütung von Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte ergangene Rechtsprechung des Senats (BSG Urteil vom 19.11.1985 - 6 RKa 38/83 - SozR 5550 § 9 Nr 1; BSG Urteil vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 9) kann im Wesentlichen auf das Verhältnis von ambulanter Notfallbehandlung zur stationären Krankenhausbehandlung übertragen werden: Wenn ein Versicherter im Anschluss an die Behandlung in einer Notfallambulanz wegen derselben Erkrankung in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, das auch die Notfallambulanz betreibt, liegt ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vor. Dabei kann es nicht darauf ankommen, ob die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bereits zu Beginn der Behandlung in der Ambulanz feststand oder erst im Verlauf der Behandlung festgestellt wird. Eine solche Unterscheidung könnte in der Praxis auch nicht zuverlässig getroffen werden. Die Behandlung in einer Notfallambulanz, die auch allein in der Durchführung diagnostischer Maßnahmen zur Klärung der Frage bestehen kann, ob ein Notfall vorliegt (BSG Urteil vom 1.2.1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr 2 = juris RdNr 18), kann nicht sinnvoll von einer Aufnahmeuntersuchung unterschieden werden, in der geklärt wird, ob Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt. Die erforderliche Untersuchung kann nicht in Bestandteile zerlegt werden, die entweder allein der Abklärung der dringenden ambulanten Behandlungsbedürftigkeit oder aber der Abklärung der Frage der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dienen. Insofern unterscheidet sich die Behandlung in einer Notfallambulanz auch von der Fallgestaltung, die der og Entscheidung des 3. Senats des BSG vom 27.11.2014 (B 3 KR 12/13 R - SozR 4-2500 § 129a Nr 1) zugrunde lag, in der die durch einen ermächtigten Arzt ambulant durchgeführte Chemotherapie aufgrund unerwartet aufgetretener Komplikationen abgebrochen wurde, um daran anschließend eine stationäre Krankenhausbehandlung durchzuführen.

26 dd) Entgegen der Auffassung der Beklagten sind die soeben dargestellten Grundsätze zur stationären Weiterbehandlung nicht auf die hier maßgebende Fallgestaltung übertragbar, in der sich eine stationäre Behandlung in einem anderen Krankenhaus anschließt. Eine einheitliche stationäre Behandlung liegt nur vor, wenn der Versicherte in der Notfallambulanz des Krankenhauses behandelt wird, das diesen anschließend stationär aufnimmt.

- 27 (1) Allein der Umstand, dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit bereits zum Zeitpunkt der Behandlung in der Ambulanz der Klägerin vorgelegen haben mag, schließt die Erbringung und Abrechnung einer ambulanten Notfallbehandlung nicht aus. Nach den og Kriterien (*RdNr 22 ff*) wird aus einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlung allein durch die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten keine stationäre Behandlung. Bezogen auf die Behandlung in einer Arztpraxis oder in einer von der KÄV betriebenen Notfallpraxis geht davon auch die Beklagte selbstverständlich aus. So kann zB eine Behandlung bei einem Vertragsarzt, in deren Verlauf Krankenhausbehandlung verordnet wird, zweifellos als vertragsärztliche Leistung vergütet werden. Dasselbe gilt für die Untersuchung und Behandlung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses, wenn diese zu dem Ergebnis führt, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Es widerspricht auch nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, einen Patienten zunächst auf seine Behandlungsbedürftigkeit zu untersuchen und mit ambulanten Mitteln erstzuversorgen. Bereits diese Untersuchung und - soweit erforderlich - Erstversorgung ist zu vergüten (*BSG Urteil vom 1.2.1995 - 6 RKa 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr 2 = juris RdNr 18*). Die Vergütung einer ambulanten Notfallbehandlung kann daher nicht bereits wegen einer bestehenden Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ausgeschlossen werden, wenn die Erkrankung des Versicherten einer sofortigen - zunächst ambulanten - Behandlung bedarf und das Krankenhaus, das die Notfallambulanz betreibt, die erforderliche stationäre Behandlung nicht selbst durchführen kann.
- 28 Die in der Notfallambulanz eines Krankenhauses getroffene Entscheidung, den krankenhausbearbeitungsbedürftigen Patienten nicht in das eigene Krankenhaus aufzunehmen, sondern ihn an ein anderes zur Aufnahme bereites Krankenhaus zu verweisen, das zur Behandlung der entsprechenden Erkrankung besser geeignet ist, widerspricht ebenfalls nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, sondern entspricht diesem; unwirtschaftlich könnte nur die Behandlung in einem dafür nicht geeigneten Krankenhaus sein. Insofern besteht auch kein Anlass zu der Annahme, dass von der Vergütung einer zunächst ambulanten erbrachten Notfallbehandlung Fehlanreize ausgehen könnten. Dagegen spricht auch die Höhe der Vergütung der ambulanten Notfallbehandlung, die - jedenfalls bei alleiniger Betrachtung der hier streitgegenständlichen Ansprüche auf Vergütung als vertragsärztliche Leistungen nach dem EBM-Ä - weit hinter derjenigen zurückbleibt, die das Krankenhaus für die stationäre Behandlung erhalten würde, wenn es den Notfallpatienten selbst aufnehmen würde. Nach Angabe in der Literatur soll die von der KÄV zu zahlende Vergütung im Durchschnitt etwa 32 Euro pro Behandlungsfall betragen (*vgl Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen BT-Drucks 19/3180 S 561, RdNr 934; Pitz/Hartweg, SGB 2019, 395, 397 f, jeweils mwN*). Im vorliegenden Verfahren ist nach der Streitwertfestsetzung des LSG von durchschnittlichen Behandlungskosten in Höhe von ca 39 Euro pro Fall auszugehen.

29 (2) Die Untersuchung und Behandlung in der Notfallambulanz kann auch nicht mit der Begründung als Bestandteil einer stationären Behandlung angesehen werden, dass die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Patienten bereits bei der Untersuchung in der Notfallambulanz der Klägerin und nicht erst in dem Krankenhaus festgestellt worden ist, das die Patienten anschließend stationär aufgenommen hat.

30 Die aufnehmenden Krankenhäuser waren an die Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch die Klägerin nicht gebunden. Nach § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V hat das aufnehmende Krankenhaus die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung vielmehr in eigener Verantwortung und damit erneut zu prüfen (vgl. BSG <Großer Senat> Beschluss vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 29; BSG Urteil vom 17.9.2013 - B 1 KR 21/12 R - BSGE 114, 199 = SozR 4-2500 § 115a Nr 4, RdNr 25; BSG Urteil vom 19.6.2018 - B 1 KR 26/17 R - BSGE 126, 79 = SozR 4-2500 § 39 Nr 30, RdNr 20, jeweils mwN). Dass bereits in der Notfallambulanz der Klägerin von einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ausgegangen worden ist, ist für das aufnehmende Krankenhaus insofern ohne Bedeutung. Auch das spricht dagegen, dass die Behandlung in der Notfallambulanz eines Krankenhauses allein infolge der bereits dort angenommenen Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu einem Bestandteil der nachfolgenden stationären Leistung werden könnte. Dies gilt umso mehr, als das Krankenhaus der Klägerin die für die stationäre Behandlung erforderlichen Fachdisziplinen - wie zB Neurologie bei Verdacht auf Schlaganfall - nicht vorhielt, sodass nicht ohne Weiteres unterstellt werden kann, dass das notwendige Fachwissen vorhanden war, um abschließend feststellen zu können, ob die Versicherten stationär zu behandeln waren. Erst recht konnte in der Notfallambulanz der Klägerin keine Aufnahmeentscheidung mit Wirkung für ein anderes Krankenhaus getroffen werden. Darin liegt der entscheidende Unterschied zu einer Aufnahme in das eigene Krankenhaus, über die in der Notfallambulanz verbindlich entschieden werden kann. Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass Ärzte der Notfallambulanz der Klägerin Kontakt mit dem für die stationäre Behandlung in Aussicht genommenen Krankenhaus aufgenommen haben, um ua die dort bestehenden Behandlungsmöglichkeiten abzuklären, und dass sich das andere Krankenhaus im Ergebnis entschieden hat, die zuvor in der Notfallambulanz der Klägerin behandelten Patienten aufzunehmen, wird die ambulante Notfallbehandlung hier nicht zum Bestandteil der nachfolgenden stationären Behandlung.

31 (3) Ferner kann dem "Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" für das Land Brandenburg gemäß § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V nicht entnommen werden, dass eine ambulante Notfallvergütung neben dem sich anschließenden stationären Behandlungsfall ausgeschlossen ist. Soweit das LSG zur Begründung darauf verweist, dass es der Beklagten "verwehrt" sei, "sich auf den zwischen den Krankenkassenverbänden in Brandenburg und der Landeskrankengesellschaft Brandenburg abgeschlossenen Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung zu berufen", ist das zumindest missverständlich. Zu Recht macht die Beklagte geltend, dass die durch den Landesvertrag gestalteten Strukturen auch unabhängig von einer unmittelbaren Schutzwirkung des Vertrages zugunsten der Beklagten

Einfluss darauf haben können, ob eine Leistung als ambulante Behandlung anzusehen und zu vergüten oder aber einer im Zusammenhang damit durchgeführten Krankenhausbehandlung zuzuordnen ist.

- 32 Aus den von der Beklagten in Bezug genommenen Regelungen des Vertrages kann jedoch ersichtlich nicht gefolgert werden, dass die in der Notfallambulanz eines Krankenhauses durchgeführte Behandlung Bestandteil der nachfolgend in einem anderen Krankenhaus durchgeführten stationären Behandlung wäre. Zum Inhalt des Vertrages hat das LSG keine Feststellungen getroffen, sodass der Senat nicht gehindert ist, dessen Bestimmungen selbst anzuwenden und auszulegen (*vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 162 RdNr 7b mwN*). Mit den Verträgen nach § 112 Abs 2 SGB V soll sichergestellt werden, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen (*BSG Beschluss vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 31*). Fragen der vertragsärztlichen Versorgung und deren Vergütung können in diesen zweiseitigen Verträgen, an denen die KÄVen nicht beteiligt sind, nicht wirksam geregelt werden. Damit übereinstimmend enthält der von der Beklagten in Bezug genommene § 4 des Vertrages Regelungen zur Vergütung einer Aufnahmeuntersuchung nach den für die Krankenhausbehandlung geltenden Bestimmungen: Nach § 4 Satz 2 und 3 des Vertrages ist die Aufnahmeuntersuchung Bestandteil der Krankenhausbehandlung und der vereinbarten Entgelte. Ergibt die Aufnahmeuntersuchung, dass keine Krankenhausbehandlung oder eine solche erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich ist oder aus medizinischen Gründen in einem anderen Krankenhaus erfolgt, ist eine Abrechnung dafür unzulässig. Vorliegend geht es weder um die Vergütung einer Aufnahmeuntersuchung noch um die Vergütung als Krankenhausleistung.
- 33 (4) Zu Recht geht das LSG davon aus, dass auch die Bundesmantelverträge keine Bestimmungen enthalten, die der Vergütung der in der Notfallambulanz der Klägerin erbrachten Leistungen entgegenstehen. Die Feststellung Nr 221 der Arbeitsgemeinschaft nach § 19 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV-Ä) zu § 9 Ziff 1 des Vertrages (*DÄ 1977, 2976*) schloss den Anspruch auf Vergütung für ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen eines ermächtigten bzw beteiligten Krankenhausarztes aus, "wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses genommen wird". Die Leistung war dann einheitlich der stationären Versorgung zuzuordnen (*BSG Urteil vom 19.11.1985 - 6 RKa 38/83 - SozR 5550 § 9 Nr 1*). Dabei ist der Senat davon ausgegangen, dass die Feststellung Nr 221 der Arbeitsgemeinschaft nach § 19 EKV-Ä im Einklang mit dem geltenden Recht stand. Die Beschränkung dieses ausdrücklichen Vergütungsausschlusses auf Fallgestaltungen, in denen der Versicherte in dasselbe Krankenhaus aufgenommen wird, spricht gegen die von der Beklagten für richtig gehaltene Gleichstellung mit der anschließenden stationären Behandlung in einem anderen Krankenhaus.
- 34 Der Normtext des EKV-Ä und des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der hier maßgebenden Fassung des Jahres 2011 enthält keine entsprechende Regelung zum Ausschluss einer

Vergütung im Hinblick auf eine nachfolgende stationäre Behandlung; § 33 Abs 1 EKV-Ä und § 41 Abs 1 BMV-Ä sind in Teilen vergleichbar mit der Feststellung Nr 221 der Arbeitsgemeinschaft nach § 19 EKV-Ä, beziehen sich jedoch allein auf die belegärztliche Behandlung. Insbesondere haben die Bundesmantelvertragspartner keine Regelung getroffen, die den Anspruch auf Vergütung für die ambulante Behandlung durch einen ermächtigten Krankenhausarzt oder auch durch eine Krankenhausambulanz ausschließt, wenn der Versicherte an demselben Tag nicht in demselben, sondern in einem anderen Krankenhaus behandelt wird.

- 35 (5) Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Unterscheidung zwischen Fallgestaltungen, in denen der Versicherte in das Krankenhaus aufgenommen wird, das die Notfallambulanz betreibt, von solchen, in denen sich an die Behandlung in der Notfallambulanz eine stationäre Behandlung in einem anderen Krankenhaus anschließt, soweit ersichtlich auch der allgemeinen Praxis - jedenfalls bis zur Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg vom 12.3.2010 (*L 24 KA 1017/05; ablehnend bereits Haag, KH 2010, 1081; vgl auch Reuther, MedR 2019, 254*) - entsprach. Die Beklagte hat dargelegt, dass sie erst als Reaktion auf jene Entscheidung aus dem Jahr 2010 - an der dieses LSG nun ausdrücklich nicht mehr festhält - systematisch erfasst, ob nach der Behandlung in einer Notfallambulanz eine stationäre Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchgeführt wird. Ob andere KÄVen ähnlich verfahren sind, ist nicht bekannt. Die Ausführungen zur gegenwärtigen Finanzierung der Notfallversorgung im Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (*BT-Drucks 19/3180 S 559, RdNr 928*) sprechen eher dagegen. Danach wird die Behandlung in der Notaufnahme mit der Vergütung des stationären Aufenthaltes abgedeckt, wenn "der Patient am selben Tag im selben Krankenhaus stationär aufgenommen" wird.
- 36 (6) Ob die Aufnahme in einem anderen Krankenhaus ausnahmsweise der Aufnahme in dem Krankenhaus, das die Notfallambulanz betreibt, gleichgestellt werden kann, sofern sich Hinweise auf eine missbräuchliche Gestaltung ergeben, kann dahingestellt bleiben. In Betracht zu ziehen wäre dies etwa, wenn die stationäre Aufnahme auffällig oft in einem anderen Krankenhaus desselben Trägers erfolgt (*vgl dazu die dem Urteil des LSG Berlin-Brandenburg vom 12.3.2010 - L 24 KA 1017/05 - KRS 10.018 zugrunde liegende Fallgestaltung*) und wenn für die Aufnahme gerade in dieses Krankenhaus nicht in erster Linie medizinische Gesichtspunkte ausschlaggebend waren. Dafür gibt es hier aber keine Anhaltspunkte.
- 37 ee) Dem Vergütungsanspruch der Klägerin kann auch nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, dass das Honorar für die ambulante Behandlung in der Notfallambulanz nicht angefallen wäre, wenn sich die Patienten jeweils unmittelbar in die Notfallaufnahme eines Krankenhauses begeben hätten, das in der Lage gewesen wäre, die erforderliche stationäre Behandlung durchzuführen. Die Vergütung der Klägerin unterscheidet sich insofern nicht von derjenigen, die angefallen wäre, wenn die Patienten in einer Notdienstpraxis behandelt worden wären, die die Beklagte in Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags eingerichtet hätte. Dass die in einer solchen Notdienstpraxis durchgeführte ambulante Behandlung auch dann zu vergüten ist, wenn dort

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit festgestellt wird, wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Es gibt keinen sachlichen Grund dafür, die Notfallambulanz eines Krankenhauses in einer solchen Konstellation gegenüber der von der KÄV eingerichteten Notdienstpraxis zu benachteiligen und die durchgeführte ambulante Behandlung letztlich unvergütet zu lassen. Die Beteiligung der Notfallambulanz eines Krankenhauses an der Vergütung, die ein anderes Krankenhaus für die anschließende stationäre Behandlung desselben Patienten erhält, ist rechtlich nicht vorgesehen. Die Regelung in § 1 Abs 1 Satz 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV), die für den Fall der Verlegung in ein anderes Krankenhaus den Anspruch auf eine - nach Maßgabe von § 1 Abs 1 Satz 3 Halbsatz 1, § 3 FPV zu mindernde - Fallpauschale für beide beteiligten Krankenhäuser vorsieht (*vgl dazu BSG Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KR 10/08 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 14*), greift in der vorliegenden Konstellation, in der im ersten Krankenhaus keine Krankenhausbehandlung, sondern lediglich eine ambulante Notfallbehandlung stattgefunden hat, nicht ein.

38 d) Der Vergütungsanspruch besteht auch für die Behandlungsfälle, in denen Versicherte mit dem Rettungswagen zur Notfallambulanz der Klägerin transportiert worden sind. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht einer Abrechnung über die Gesamtvergütung nicht entgegen, dass diese Notfälle allein dem Rettungsdienst zuzuordnen wären. Richtig ist, dass der Sicherstellungsauftrag der KÄV seit der Änderung des § 75 Abs 1 Satz 2 SGB V durch Art 1 Nr 25 des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23.6.1997 (*BGBI I 1520*) nicht mehr die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes umfasst, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt (*seit der Änderungen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz <GKV-VSG> vom 16.7.2015, BGBI I 1211, insoweit inhaltlich übereinstimmend § 75 Abs 1b Satz 1 SGB V*). Die Rechtsprechung des Senats zum früheren Rechtszustand, nach der die ärztlichen Leistungen im Rettungsdienst generell Bestandteil des kassen- bzw vertragsärztlichen Vergütungssystems waren, soweit keine Sonderregelungen bestanden, ist damit obsolet geworden (*BSG Urteil vom 5.2.2003 - B 6 KA 11/02 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 1 RdNr 12, 18*). Daraus folgt, dass ein Vergütungsanspruch für ärztliche Leistungen im organisierten Rettungsdienst seitdem nur noch auf landesrechtliche Vorschriften gestützt werden kann (*vgl BSG Urteil vom 5.2.2003 - B 6 KA 11/02 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 1 RdNr 17 ff*).

39 aa) Entgegen der Auffassung der Beklagten waren die in der Notfallambulanz der Klägerin erbrachten Leistungen jedoch auch in den Fällen, in denen Patienten mit dem Rettungswagen in die Notfallambulanz transportiert worden sind, nicht als Leistungen des Rettungsdienstes zu qualifizieren. Der Einsatz im organisierten Rettungsdienst und speziell im Notarztwagen dient in erster Linie der Notfallversorgung des Patienten und umfasst typischerweise dessen Erstversorgung nach einem Notfallereignis. Dazu gehört auch die Klärung, wo der Patient weiter zu behandeln ist, wie er den Ort der Weiterbehandlung erreicht und ggf die Begleitung des Patienten dorthin, typischerweise also in ein Krankenhaus. Die Aufgaben eines Notarztes im Rettungswagen sind entsprechend eingeschränkt (*BSG Urteil vom 5.2.2003 - B 6 KA 11/02 R - SozR 4-2500*

§ 75 Nr 1 RdNr 13) und jedenfalls mit der Übernahme des Patienten durch die Notfallambulanz des Krankenhauses abgeschlossen. Daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass mit der Beendigung des Rettungstransports kein Notfall iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V mehr vorgelegen haben kann.

40 Dem kann die Beklagte nicht mit Erfolg entgegenhalten, dass die notärztliche Versorgung nach § 3 Abs 3 Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz (BbgRettG) Aufgabe der Notfallrettung sei. Das LSG hat zum entsprechenden Landesrecht auch hier keine Feststellungen getroffen, sodass der Senat nicht gehindert ist, die Bestimmungen des BbgRettG anzuwenden und auszulegen (*vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 162 RdNr 7b mwN*). Die genannte Vorschrift kann ersichtlich nur dahin verstanden werden, dass der Rettungsdienst auch die im Zusammenhang mit der Notfallrettung erforderliche notärztliche Versorgung umfasst, nicht jedoch in dem Sinne, dass jede notärztliche Versorgung - etwa in der Notfallambulanz eines Krankenhauses - ausschließlich Bestandteil des Rettungsdienstes wäre und damit keine vertragsärztliche Versorgung. Das ergibt sich auch aus § 3 Abs 2 BbgRettG, der - inhaltlich übereinstimmend mit in anderen Bundesländern geltenden Rettungsdienstgesetzen (*vgl zB Art 2 Abs 2 Bayerisches Rettungsdienstgesetz, § 1 Abs 1 Rettungsdienstgesetz Baden-Württemberg, § 2 Abs 2 Satz 1 und 2 Rettungsdienstgesetz Berlin*) - bestimmt, dass die Notfallrettung unverzügliche lebenserhaltende Maßnahmen einleiten und weitere schwere gesundheitliche Schäden bei Notfallpatienten verhindern soll. Sie soll ihre Transportfähigkeit herstellen und Notfallpatienten mit einem Rettungsfahrzeug unter fachgerechter Betreuung "in eine für die weitere Versorgung geeignete Gesundheitseinrichtung" befördern. Dieser Auftrag ist mit der Beendigung des Rettungstransports und der Übergabe des Patienten in die Notfallambulanz eines Krankenhauses abgeschlossen. Damit übereinstimmend verpflichtet § 12 Abs 1 BbgRettG die Krankenhäuser "entsprechend ihrem Versorgungsauftrag" zur ortsnahen Notfallversorgung. Die Vorschrift geht also davon aus, dass die Krankenhäuser Leistungen der Notfallversorgung im Rahmen ihres Versorgungsauftrags und damit nicht als Leistungen des (*gemäß § 133 SGB V landesrechtlich geprägten*) Rettungsdienstes erbringen. Damit kann ausgeschlossen werden, dass die Notfallambulanz der Klägerin bei der ambulanten Behandlung von Patienten, die mit Rettungswagen eingeliefert worden waren, Aufgaben des Rettungsdienstes wahrgenommen hat.

41 bb) Zuzugestehen ist der Beklagten, dass es nicht sinnvoll ist, einen Patienten mit dem Rettungswagen in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu transportieren, welches die mutmaßlich erforderliche stationäre Behandlung nicht erbringen kann oder darf. Eine solche "Fehlsteuerung" kann aber insbesondere in den Fällen nicht immer vermieden werden, in denen entweder die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit als solche oder aber die Art der erforderlichen Behandlung erst in der Notfallambulanz des Krankenhauses erkannt wird. Allein aus dem Umstand, dass ein Transport im Rettungswagen durchgeführt wird, kann jedenfalls noch nicht auf die Behandlungsbedürftigkeit in einem Krankenhaus geschlossen werden (*zum erheblichen Anteil von Fehlinanspruchnahmen des Rettungsdienstes vgl zB Pitz/Hartweg, SGB 2019, 395,*

398 f). Zwar hat die Beklagte die Auffassung vertreten, dass die insoweit erforderlichen diagnostischen Maßnahmen hier bereits im Rettungswagen durchgeführt worden seien oder jedenfalls hätten durchgeführt werden können. Ob das in einzelnen Fällen, auf die sich die sachlich-rechnerische Richtigstellung bezieht, zutrifft, kann auf der Grundlage der Feststellungen im Urteil des LSG nicht abschließend beurteilt werden. Es bedarf gleichwohl keiner Zurückverweisung an das LSG zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts, weil es darauf im Ergebnis nicht ankommt. Selbst wenn die Behandlung in der Notfallambulanz der Klägerin in einzelnen Fällen durch eine verbesserte Koordination des Rettungsdienstes hätte vermieden werden können, wird dadurch die Vergütung für eine tatsächlich durchgeführte ambulante Notfallbehandlung, die unter den gegebenen Umständen erforderlich geworden ist, nicht ausgeschlossen. Weder dem Vergütungsanspruch eines Krankenhauses, das eine erforderliche ambulante Notfallbehandlung durchführt, noch dem Behandlungsanspruch eines Patienten, der in der konkreten Situation auf die medizinische Hilfe angewiesen ist, kann entgegengehalten werden, dass die Notfallbehandlung hätte vermieden werden können, wenn effektivere Strukturen im Bereich des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung existieren würden.

42 Die Erkenntnis, dass eine bessere Koordination von Rettungsdienst und vertragsärztlichem Notdienst erforderlich ist, hat inzwischen auch Eingang in die maßgebenden gesetzlichen Bestimmungen gefunden: Nach § 75 Abs 1b Satz 6 SGB V (*idF des GKV-VSG vom 16.7.2015, BGBl I 1211*) sollen die KÄVen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Zudem sollen die KÄVen den Notdienst nach § 75 Abs 1b Satz 2 (*idF des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015, BGBl I 2229*) auch durch Kooperation und organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen und hierzu entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Nach § 75 Abs 1a Satz 2 SGB V (*idF des Terminservice- und Versorgungsgesetzes vom 6.5.2019, BGBl I 646*) können die von den KÄVen einzurichtenden Terminservicestellen mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren.

43 cc) Allerdings kann ein Vergütungsanspruch für eine ambulante Notfallbehandlung nach Auffassung des Senats im Einzelfall ausgeschlossen sein, wenn ein Patient die Notfallambulanz mit dem Rettungswagen so schwer erkrankt oder verletzt erreicht, dass eine von der medizinischen Versorgung im Rettungsdienst zu unterscheidende ambulante Behandlung von vornherein nicht in Betracht kommt und der Rettungstransport fortgesetzt werden muss, weil der Patient ohne jeden vernünftigen Zweifel sofort und unmittelbar in einem anderen Krankenhaus behandelt werden muss. In einem solchen Fall kann die Behandlung bis zur Einlieferung in das aufnehmende Krankenhaus insgesamt dem Rettungstransport zuzuordnen sein. Für das Vorliegen solcher Fallgestaltungen gibt es hier jedoch nach den im Urteil des LSG getroffenen Feststellungen keine Anhaltspunkte. Danach sind die Patienten in der Notfallambulanz der Klägerin behandelt worden. Ausschließlich für diese Behandlungen, nicht aber für etwaige Behandlungen im Rahmen des Rettungstransportes, macht die Klägerin einen Vergütungsanspruch geltend. Allein der Umstand, dass erstversorgende Maßnahmen in einem Rettungswagen durchgeführt

werden, schließt den Anspruch auf Vergütung für die nachfolgende Behandlung in einer Notfallambulanz nicht aus.

44 e) Einem Vergütungsanspruch der Klägerin steht schließlich nicht entgegen, dass ein Teil der streitgegenständlichen Behandlungen zu sprechstundenüblichen Zeiten durchgeführt wurde. Zwar weist die Beklagte zutreffend darauf hin, dass nach der Rechtsprechung des Senats die faktische Eröffnung eines zweiten Versorgungsweges durch die Behandlung in Notfallambulanzen von Krankenhäusern mit dem gesetzlich vorgegebenen Vorrang der Vertragsärzte im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht vereinbar ist. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen "Notfall" iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V dar (*BSG Urteil vom 2.7.2014 - B 6 KA 30/13 R - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 13*). Andererseits hat der Senat aber auch klargestellt, dass das berechtigte Anliegen, eine Inanspruchnahme der Notfallambulanzen von Krankenhäusern zu den üblichen Sprechstundenzeiten nach Möglichkeit zu vermeiden, nicht dadurch erreicht werden kann, dass einem Versicherten, der eine Notfallsituation annimmt und der deshalb die Notfallambulanz eines Krankenhauses zu Sprechstundenzeiten aufsucht, die Behandlung ohne Weiteres verweigert wird (*BSG Urteil vom 26.6.2019 - B 6 KA 68/17 R - juris RdNr 22, zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen*). Vielmehr muss sich der Krankenhausarzt zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft. Bereits eine orientierende Befragung und Untersuchung ist eine ärztliche Tätigkeit, die einen Vergütungsanspruch nach sich zieht (*BSG Urteil vom 1.2.1995 - 6 RKA 9/94 - SozR 3-2500 § 76 Nr 2 S 5 = juris RdNr 18*). Dass die Klägerin hier in Notfällen tätig geworden ist, steht außer Frage, und dies ist auch von der Beklagten ausdrücklich nicht in Zweifel gezogen worden. Sie hat nicht geltend gemacht, dass eine Notfallbehandlung nicht erforderlich gewesen wäre, sondern dass diese im Hinblick auf die bestehende stationäre Behandlungsbedürftigkeit von vornherein nicht als ambulante Behandlung zu qualifizieren sei. Das trifft indes aus den og Gründen nicht zu.

45 C. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Danach hat die Beklagte die Kosten des von ihr ohne Erfolg eingelegten Rechtsmittels zu tragen.