
S 6 KR 62/9

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Heilmittelerbringer Abrechnungsbefugnis Manuelle Therapie Absolvierung einer Weiterbildung sozialgerichtliches Verfahren Feststellungsinteresse Verfassungsmäßigkeit
Leitsätze	Die in den Heilmittelrichtlinien und in Landesverträgen enthaltene Regelung nach der zur Versorgung der Versicherten zugelassene Physiotherapeuten Leistungen der Manuellen Therapie (Zertifikatsposition) zu Lasten der Krankenkassen nur abrechnen dürfen wenn sie eine Weiterbildung in dieser Behandlungstechnik absolviert haben ist rechtmäßig.
Normenkette	SGB V § 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V § 124 Abs 6 SGB V § 125 Abs 2 S 1 HeilMRL SGG § 55 Abs 1 Nr 1 GG Art 12 Abs 1 S 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 62/9
Datum	21.08.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 119/01
Datum	06.11.2003

3. Instanz

Datum	22.07.2004
-------	------------

Die Revision des KlÄxgers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 6. November 2003 wird zur¼ckgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

Der KlÄxger ist seit 1993 als Masseur und Medizinischer Bademeister zur Behandlung von Versicherten der beklagten Krankenkasse zugelassen. Im Juni 1997 erhielt er nach einer Zusatzausbildung die Erlaubnis zur F¼hrung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut. Seit dem 30. Juni 1997 besitzt er die Zulassung zur Abgabe krankengymnastischer Leistungen (Bescheid vom 7. Juli 1997). Er ist Mitglied des Verbandes Physikalische Therapie â Vereinigung f¼r die physiotherapeutischen Berufe (VPT) eV. In der VerpflichtungserklÄrung vom 30. Juni 1997 bestÄtigte er den Erhalt eines Exemplars des vom Deutschen Verband f¼r Physiotherapie â Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) eV und den LandesverbÄnden der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz geschlossenen Rahmenvertrags vom 23. Februar 1983 und verpflichtete sich, die Versicherten der an dem Rahmenvertrag beteiligten Krankenkassen zu behandeln. Er erklÄrte sein EinverstÄndnis, dass seine bisherige Zulassung auf der Grundlage dieses Vertrags weiter bestehe, und erkannte die Bestimmungen des Rahmenvertrags einschlieÃlich seiner Anlagen als verbindlich an.

Ende 1997 beantragte der KlÄxger die zusÄtzliche Zulassung zur Abgabe der krankengymnastischen Leistung "Manuelle Therapie" (MT), weil er im Rahmen seiner Zusatzausbildung zum Physiotherapeuten die in der Ausbildungsordnung vorgeschriebenen Unterrichtseinheiten und praktischen Äbungen im Bereich MT absolviert und die Abschlusspr¼fung bestanden habe, in der auch die MT Pr¼fungsgegenstand sei. Berufsrechtlich sei er zur Erbringung von MT-Leistungen berechtigt, kÄnne also zB Privatpatienten entsprechend behandeln. Daher mÄsse er ebenfalls berechtigt sein, die Leistung MT zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzugeben, auch wenn er die landesvertraglich vorgeschriebene, Äber die Berufsausbildung hinausgehende Weiterbildung im MT-Bereich nicht absolviert habe.

Die Beklagte lehnte â im Gegensatz zu anderen Kassen â den Antrag ab (Bescheid vom 12. Januar 1999, Widerspruchsbescheid vom 30. April 1999): Der KlÄxger dÄrfe diese Leistung nicht zu ihren Lasten erbringen und nach der Positionsnummer 21201 abrechnen, weil er den in der Preisvereinbarung vom 1. Mai 1998 geforderten Nachweis Äber eine abgeschlossene, von den Vertragspartnern anerkannte spezielle Weiterbildung im Bereich MT von mindestens 260 Stunden nicht erbracht habe.

Mit Urteil vom 21. August 2001 hat das Sozialgericht (SG) die angefochtenen

Bescheide aufgehoben und festgestellt, dass der Kläger für die Abgabe der MT als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist. Zur Begründung hat es ausgefurt, die Zulassung als Physiotherapeut beziehe sich auf alle Behandlungstechniken, die Gegenstand der berufsrechtlichen Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut seien. Da die MT Gegenstand der Ausbildung und berufsrechtlichen Prüfung der Physiotherapeuten sei, beziehe sich auch die Zulassung als Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenversicherung auf diese Behandlungstechnik.

Während des Berufungsverfahrens ist das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 24. Juli 2003 [â   B 3 KR 31/02 R \(SozR 4-2500 Â§ 124 Nr 1\)](#) ergangen.

Das LSG hat daraufhin das Urteil des SG aufgehoben, soweit es festgestellt hat, dass der Kläger für die Abgabe der MT als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist, und die Klage insoweit abgewiesen. Ferner hat es den Hilfsantrag des Klägers festzustellen, dass er die allgemeine Abrechnungsbefugnis zur Abgabe der Leistung MT im Rahmen der bereits bestehenden Zulassung besitze, abgewiesen (Urteil vom 6. November 2003). Zur Begründung hat das LSG ausgefurt, der Hauptantrag sei unbegründet, weil das Begehren des Klägers nach Maßgabe des BSG-Urteils vom 24. Juli 2003 nicht zulassungsrechtlich, sondern ausschließlich vertraglich zu beurteilen sei. Die vom SG ausgesprochene Aufhebung der angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 12. Januar 1999 und 30. April 1999 sei nicht mehr Streitgegenstand, weil die Bescheide nach diesem BSG-Urteil formell rechtswidrig seien und die Beklagte sich gegen diesen Teil des SG-Urteils nicht mehr gewandt habe (Beschränkung des Rechtsmittels). Der Hilfsantrag sei unbegründet, weil der Kläger nicht die nach den einschligigen vertraglichen Bestimmungen erforderliche Weiterbildung absolviert habe. Es sei verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber sich darauf beschränke, nur die wesentlichen Gegenstände der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu regeln. Er dürfe insbesondere Qualittssicherungsgesichtspunkte und Preisfestsetzungen auf andere Normsetzer delegieren. Bei der Frage, ob ein Physiotherapeut im Rahmen der ihm erteilten Zulassung berechtigt ist, bestimmte an besondere Qualifikationen gebundene Leistungen (Zertifikatspositionen) abzurechnen, gehe es um Modalitäten und Bedingungen der Leistungserbringung, die in Rahmenverträgen nach [Â§ 125 Abs 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch â   Gesetzliche Krankenversicherung â   \(SGB V\)](#) zu regeln seien. Basis dieser Verträge sei die Festlegung des Leistungsumfangs in den früheren Heil- und Hilfsmittelrichtlinien bzw den jetzigen Heilmittelrichtlinien. Da dort für die Durchführung der MT eine über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehende zusätzliche, abgeschlossene Weiterbildung gefordert werde, sei es nicht zu beanstanden, dass die Preisvereinbarung als Anlage zum Rahmenvertrag für diese Leistung eine entsprechende Weiterbildung fordere. Die Regelung sei somit durch die Ermächtigung des [Â§ 125 Abs 2 SGB V](#) gedeckt und beruhe iS des [Art 12 Grundgesetz \(GG\)](#) auf einer gesetzlichen Grundlage. Sie verstoße auch nicht gegen [Â§ 124 SGB V](#), da sie den durch die Zulassung begründeten Status unberührte lasse.

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde des KlÄggers hat der Senat durch Beschluss vom 4. MÄrz 2004 die Revision gegen das Berufungsurteil vom 6. November 2003 wegen grundsÄtzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen, soweit die Klage auf Feststellung der Abrechnungsbefugnis fÄ¼r die Leistung MT abgewiesen worden ist (Ziffer 2 des Urteilstenors).

Der KlÄgger hat dementsprechend die Revision nur im zugelassenen Umfang eingelegt. Er rÄ¼gt die Verletzung materiellen Rechts ([Ä§ 124, 125 SGB V, Art 12 GG](#)). Er hÄ¼lt zumindest bei Physiotherapeuten, die Ä¼ wie er Ä¼ nach der neuen Ausbildungsordnung ausgebildet worden seien und daher die berufsrechtlich erforderlichen Kenntnisse im Bereich MT schon in der Ausbildung erworben haben, das Erfordernis einer praktisch inhaltsgleichen Weiterbildung im Bereich MT nicht nur fÄ¼r sachlich verfehlt, sondern auch fÄ¼r rechtswidrig.

Der KlÄgger beantragt, das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 6. November 2003 bezÄ¼glich der Ziffer 2 des Urteilstenors zu Ä¼ndern und festzustellen, dass er die Abrechnungsbefugnis fÄ¼r die Leistung "Manuelle Therapie" nach Positionsnummer 21201 der Preisvereinbarung im Rahmen der bestehenden Zulassung besitzt.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurÄ¼ckzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

II

Die Revision des KlÄggers ist unbegrÄ¼ndet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, MT-Behandlungen des KlÄggers kÄ¼nftig abzurechnen.

Streitgegenstand des Revisionsverfahrens ist nur noch der Anspruch des KlÄggers auf Feststellung, die krankengymnastische Leistung MT gegenÄ¼ber der Beklagten abrechnen zu dÄ¼rfen (Abrechnungsbefugnis). Der erst- und zweitinstanzlich im Vordergrund stehende Anspruch auf Feststellung, dass die dem KlÄgger gemÄ¼ß [Ä§ 124 SGB V](#) erteilte Zulassung zur Abgabe physiotherapeutischer bzw krankengymnastischer Leistungen die Berechtigung umfasst, MT-Behandlungen als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der Beklagten zu erbringen, bzw die Verurteilung der Beklagten, ihm ggf eine entsprechende Zulassungserweiterung zu erteilen, ist hingegen nicht Streitgegenstand des Revisionsverfahrens, nachdem der Senat durch Urteil vom 24. Juli 2003 Ä¼ [B 3 KR 31/02 R](#) Ä¼ ([SozR 4-2500 Ä§ 124 Nr 1](#)) geklÄ¼rt hat, dass es sich insoweit nicht um eine (durch Verwaltungsakt zu regelnde) zulassungsrechtliche Frage, sondern um eine (vertraglich zu regelnde) Frage der Abrechnungsbefugnis handelt.

Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Insbesondere kann dem Feststellungsbegehren des KlÄggers nicht das nach [Ä§ 55](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erforderliche Feststellungsinteresse abgesprochen werden. Zwar kann die Feststellung des Bestehens eines RechtsverhÄ¼ltnisses ([Ä§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#)), zu dem das Bestehen einer vertraglichen Abrechnungsbefugnis fÄ¼r eine bestimmte

Zertifikatsposition gehört, mangels "berechtigten Interesses an der alsbaldigen Feststellung" grundsätzlich nicht verlangt werden, wenn der Kläger seine Rechte durch eine Leistungsklage verfolgen kann oder hätte verfolgen können, innerhalb der das Gericht zu dem streitigen Rechtsverhältnis ohnehin eine Entscheidung zu treffen hätte. Es muss vermieden werden, dass Gerichte noch einmal in Anspruch genommen werden müssen, weil sich der Beklagte einem nur feststellenden Urteil nicht beugt und es deshalb eines weiteren Titels mit vollstreckbarem Inhalt bedarf (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl 2002, § 55 RdNr 19, 19a, 19b mit Rechtsprechungsnachweisen).

Bei Feststellungsklagen gegen juristische Personen des öffentlichen Rechts, zu denen auch die Krankenkassen gehören, kann jedoch angenommen werden, dass solche Beklagte auf Grund ihrer Bindung an Gesetz und Recht die Kläger auch ohne Leistungsurteil mit Vollstreckungsdruck befriedigen werden ([BSGE 10, 21](#), 24; [12, 44](#), 46; [36, 71](#), 72; [36, 111](#), 115). Zudem kann dem Kläger hier nicht zugemutet werden, erst einen Versicherten der Beklagten mit einer MT-Behandlung zu versorgen, also in Vorleistung zu treten und das Vergütungsrisiko auf sich zu nehmen, um anschließend eine Leistungsklage zu erheben.

Rechtsgrundlage des Begehrens, MT-Leistungen zu Lasten der Beklagten erbringen und abrechnen zu dürfen, ist [§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) iVm dem am 1. Mai 1983 in Kraft getretenen Rahmenvertrag zwischen dem Deutschen Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) eV – Landesverband Rheinland-Pfalz eV und den Verbänden der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz vom 23. Februar 1983 sowie den Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 17. Juni 1992 (gültig bis 30. Juni 2001), den ab 1. Juli 2001 geltenden Heilmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001 (gültig bis 30. Juni 2004) bzw den ab 1. Juli 2004 geltenden Heilmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 1. Dezember 2003/16. März 2004. Nach [§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung. Basis der Verträge ist die Festlegung des Leistungsumfangs im Bereich der Heilmittel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (bis Ende 2003 durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6](#) iVm Abs 6 SGB V, der in Richtlinien gemäß [§ 92 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sowie über die Einführung neuer Heilmittel ([§ 138 SGB V](#)) entscheidet und dabei in besonderer Weise den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung Rechnung zu tragen hat ([§ 12 Abs 1 Satz 2](#), [§ 70](#), [§ 135a](#), [§ 138 SGB V](#)).

Der Kläger hat vor seiner Zulassung durch Erklärung vom 30. Juni 1997 die damals bestehenden Verträge ([§ 125 SGB V](#)), ua den Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983 zwischen dem Landesverband Rheinland-Pfalz des ZVK und den

Landesverbänden der Krankenkassen, als verbindlich anerkannt, obwohl er Mitglied eines anderen Berufsverbandes ist (VPT); dieser hatte aber keinen entsprechenden Rahmenvertrag abgeschlossen. Auf diesen Rahmenvertrag und seine Zusätze stützt sich der Kläger im Rahmen der Leistungserbringung für die Versicherten der Beklagten bis heute. Die Frage der Bindungswirkung solcher Verträge (einschließlich etwaiger späterer Änderungen) gegenüber Nichtmitgliedern ist deshalb im vorliegenden Fall nicht zu erörtern (vgl. dazu Jousen, SGB 2004, 334, 341). Der Kläger macht auch nicht geltend, er habe sich diesen Verträgen notgedrungen "unterwerfen" müssen, um eine Zulassung zu erhalten; er ficht die Wirksamkeit der Verträge nicht etwa wegen widerrechtlicher Drohung nach den [§§ 58 Abs 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), 123 Abs 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) an.

In den Rahmenverträgen nach [§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) dürfen Zulassungsbedingungen nicht vereinbart werden (BSG [SozR 3-2500 § 124 Nr 1](#)). Hier geht es, wie vom LSG zutreffend ausgeführt, um die Erbringung von besonders qualifizierten Leistungen aus dem Heilmittelbereich Physiotherapie und nicht um die Zulassung für einen eigenständigen Heilmittelbereich. Es gibt nicht anders wie es etwa im vertragsärztlichen Bereich für besondere Fachgebiete vorgesehen ist (vgl. [§ 18 Abs 1 Satz 2](#) Zulassungsverordnung für Ärzte) eine Zulassung für eine besondere Fachrichtung "Krankengymnast/Physiotherapeut für den Bereich MT", die eine eigene abgeschlossene Berufsausbildung erfordert und nach Abschluss der Ausbildung zur Führung einer solchen Berufsbezeichnung berechtigt. In den Grenzen von [Art 12 Abs 1 GG](#) steht es dem Gesetzgeber frei, in welcher Form er Regelungen über die Voraussetzungen für die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung trifft. Er muss nur die wesentlichen Gegenstände selbst regeln; insbesondere Qualitätssicherungsanforderungen und Preisfestsetzungen darf er auf andere Normsetzer delegieren.

Bei der Frage, ob ein Physiotherapeut im Rahmen der ihm erteilten Zulassung berechtigt ist, die als Position 21201 der Preisvereinbarung erfasste MT (Anlage B zur Vereinbarung vom 3. März 1998, Anlage 5 zum Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983) abzurechnen, handelt es sich um Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung, die in Richtlinien und in Rahmenverträgen nach [§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) geregelt werden dürfen (BSG [SozR 3-2500 § 125 Nr 6](#)).

Nach Position 35.2.4 der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien vom 17. Juni 1992 in ihrer im Zeitpunkt der Antragstellung (Ende 1997) bestehenden Fassung bzw. Position 17.A.2.7 der Heilmittelrichtlinien vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001 (idF des Beschlusses vom 26. Februar 2002) sowie der Heilmittelrichtlinien vom 1. Dezember 2003/16. März 2004 gehört zu den Maßnahmen der physikalischen Therapie die MT als Einzeltherapie zur Behandlung reversibler Funktionseinschränkungen der Gelenke und ihrer Muskulaturen, reflektorischen Fixierung durch gezielte (impulslose) Mobilisation oder durch Anwendung von Weichteiltechniken. Die MT ist nach der Leistungsbeschreibung zur Position 21201 (vgl. Anlage A zur Vereinbarung vom 3. März 1998; Anlage 4 Ziffer 5 zum Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983) eine komplexe Behandlung von Bewegungsstörungen der Funktionseinheit Gelenk-

Muskeln-Nerv mit Hilfe von translatorischen Gelenkmobilisationen, der Dehnung verkürzter muskulärer Strukturen und der Kräftigung ihrer abgeschwächten Antagonisten. Gleichzeitig wird der Patient in speziellen Gelenk- und Muskelübungen geschult wie zB der Automobilisation, der Autostabilisation und der Eigendehnung von Muskeln, um die therapeutischen Techniken zu unterstützen und nach Wiederherstellung der physiologischen Gelenkfunktionen diese zu erhalten. Da diese Leistungen in den Richtlinien jeweils mit einem "Stern" besonders gekennzeichnet sind, bedürfen sie nach Position 33 Satz 4 und 5 der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien vom 17. Juni 1992 bzw Position 17.A Satz 3 und 4 der Heilmittelrichtlinien vom 16. Oktober 2000/6. Februar 2001 und vom 1. Dezember 2003/16. März 2004 spezieller Qualifikationen, die â wie dort ausdrücklich hervorgehoben ist â "über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen". Es handelt sich bei den Regelungen des Bundesausschusses über die Notwendigkeit einer über die Berufsausbildung zum Physiotherapeuten hinausgehenden Weiterbildung um fachkundige Einschätzungen eines Expertengremiums, die im Rahmen seiner Normsetzungsbefugnis liegen und deshalb verbindlich sind (vgl [BSGE 81, 54 = SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 4](#)).

Der â schon vorher bestehende â Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983 regelt in Â§ 4 Nr 4 ebenfalls, dass es zur Abrechnung von besonderen Behandlungsmethoden (sog Zertifikationspositionen), zB die krankengymnastische Behandlung nach den Methoden BOBATH und VOJTA, eines besonderen Befähigungsnachweises bedarf. In der Leistungsbeschreibung (Anlage A zur Vereinbarung vom 3. März 1998, Anlage 4 Ziffer 5 zum Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983) ist bei der Position 21201 vorgeschrieben, dass für die Erbringung der MT der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer von den Vertragspartnern anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 260 Stunden erforderlich ist. In der Preisvereinbarung ist demgemäß bei der Position 21201 vermerkt: "Diese Position kann nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation des Behandlers (Nachweis über einen abgeschlossenen, von den Vertragspartnern anerkannten speziellen Weiterbildungslehrgang von mindestens 260 Stunden) nachgewiesen und die Erweiterung der Leistungsberechtigung für MT von den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt wurde". Die danach erforderliche Weiterbildung ist eine den Vorgaben der Heilmittelrichtlinien entsprechende vertragliche Regelung über die in [Â§ 125 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) genannten "Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln" einschließlich "der Preise und deren Abrechnung", der sich der KIÄrger mit seiner Verpflichtungserklärung vom 30. Juni 1997 unterworfen hat. Die vom KIÄrger gewünschte Gleichstellung seiner Berufsausbildung im MT-Bereich mit der geforderten Weiterbildung scheidet damit aus. Die Frage, ob auch das Erfordernis einer Weiterbildung von 260 Stunden Dauer rechtmäßig ist, obwohl die Heilmittelrichtlinien zur Dauer der Weiterbildung keine Aussage enthalten und dieser Umfang der Weiterbildung schon vorgeschrieben war, als die MT noch kein notwendiger Bestandteil der Ausbildung zum Physiotherapeuten war (bis 1994), kann an dieser Stelle offen bleiben, weil der KIÄrger überhaupt keine Weiterbildung im MT-Bereich absolviert hat. Auch wenn die Regelung über die "Erteilung der Erweiterung der Leistungsberechtigung" wegen Gesetzesverstosses nichtig ist (BSG [SozR 4-2500 Â§ 124 Nr 1](#)), bleibt davon

die Anforderung an den Nachweis der fachlichen Qualifikation unberührt.

Die dargestellten Regelungen sind rechtmäßig und stellen keine verfassungswidrige Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit ([Art 12 GG](#)) des Klägers dar.

Die Aufstellung spezieller Qualifikationsvoraussetzungen für bestimmte, besondere Erfahrungen und Kenntnisse der Leistungserbringer erfordernde Behandlungsformen und -methoden in den Heilmittelrichtlinien ist Ausdruck des Gebots zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung. Dass der Bundesausschuss solche speziellen, durch Weiterbildungskurse zu erwerbende Qualifikationsvoraussetzungen auch im Bereich der MT für fachlich geboten hält, obgleich die MT seit 1994 auch zur normalen Berufsausbildung von Physiotherapeuten gehört und bei für das Fach "krankengymnastische Behandlungstechniken" insgesamt vorgesehenen 500 Stunden für 16 verschiedene Techniken in der Regel 100 Stunden umfasst (vgl. Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Lehrkräfte an Physiotherapie-Schulen und des ZVK), ist unter dem Aspekt der Qualitätssicherung nicht zu beanstanden. Mit 100 Stunden können nur Grundzüge dieser Behandlungstechnik vermittelt werden, die für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung im Bereich MT nach übereinstimmender Einschätzung der Expertengremien und Berufsverbände erfahrungsgemäß nicht ausreichen (vgl. Schreiben des IFK vom 15. Februar 2000 und des ZVK vom 8. Februar 2000). Dem lässt sich nicht mit Erfolg entgegenhalten, dass im Rahmen der Weiterbildung derselbe Lehrstoff vermittelt werde wie während der Ausbildung. Es leuchtet unmittelbar ein, dass mit einem erhöhten Zeitaufwand eine Vertiefung der vorhandenen Grundkenntnisse erreicht werden kann, die zu einer Verbesserung der Behandlung der Versicherten führt. Das Erfordernis der Weiterbildung im MT-Bereich zwecks Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung stellt daher eine durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigte, zumutbare, auf der Ebene der Berufsausbildung angesiedelte Einschränkung der Berufsfreiheit ([Art 12 GG](#)) dar. Es werden keine Qualifikationsanforderungen in einem Umfang gestellt, dass dadurch die berufsrechtliche Zulassung als Physiotherapeut entwertet würde. Der Kläger kann uneingeschränkt Privatversicherte, aber auch in großem Umfang gesetzlich Krankenversicherte mit krankengymnastischen Leistungen versorgen.

Der Kläger kann auch nicht mit Erfolg geltend machen, es gehe hier um eine Frage der Fortbildung, zu der das Gesetz eine abschließende Regelung enthalte, so dass zusätzliche Anforderungen durch nachgeordnete Normsetzung nicht gestellt werden dürften. Von der in [Â§ 124 Abs 6](#) und [Â§ 125 Abs 2 SGB V](#) nunmehr ab 1. Januar 2004 in das Gesetz aufgenommenen allgemeinen Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung in ihrem Beruf, die ebenfalls der Qualitätssicherung dient, wird die Berechtigung, die Abrechnung von Zertifikationspositionen von speziellen Weiterbildungsnachweisen abhängig zu machen, nicht berührt. Insbesondere ist dadurch nicht die Rechtsgrundlage für derartige Abrechnungsbestimmungen entfallen. Ein Verstoß gegen die allgemeine Fortbildungsverpflichtung führt, wie [Â§ 125 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) zeigt, zu Vergütungsabschlüssen. Die Teilnahme an der allgemeinen Fortbildung sichert

also nur die mit der Zulassung und den Weiterbildungskursen bereits erworbenen Rechtspositionen und Abrechnungsbefugnisse, führt aber nicht zu neuen Abrechnungsbefugnissen, wie sie mit der Absolvierung von Weiterbildungsmaßnahmen in Spezialbereichen verbunden sein können.

Mit der Entscheidung, dass die Krankenkassen bestimmte Leistungen (Zertifikatspositionen), die ein zugelassener Heilmittelerbringer rein berufsrechtlich erbringen darf, nur bei Nachweis einer qualifizierten Weiterbildung vergüten müssen, befindet sich der Senat sowohl in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des 6. Senats (BSG [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr 16](#)) als auch mit derjenigen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Berufsausübungsfreiheit der Vertragsärzte. Das BVerfG hat zum vergleichbaren Fall eines Vertragsarztes, dem die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von kernspintomographischen Leistungen mangels Erfüllung in der Kernspin-Vereinbarung vorgeschriebener Qualifikationsvoraussetzungen ([Â§ 135 Abs 2 SGB V](#)) versagt worden war, eine Verletzung von [Art 12 GG](#) verneint, weil die damit bewirkte Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls, nämlich der gebotenen Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung, gerechtfertigt ist (Beschluss vom 16. Juli 2004 - [1 BvR 1127/01](#) -).

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in seiner bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung (vgl. [Â§ 197a SGG](#) iVm Art 17 Abs 1 Satz 2 des 6. SGG-ÄndG).

Erstellt am: 08.12.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024