



Im Namen des Volkes

Verkündet am
24. Juli 2003

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 31/02 R

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 24. Juli 2003 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e , die Richter Prof. Dr. U d s c h i n g und S c h r i e v e r sowie den ehrenamtlichen Richter K o c h und die ehrenamtliche Richterin S e t z für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 15. August 2002 und des Sozialgerichts Mainz vom 21. August 2001 geändert.

Der Bescheid der Beklagten vom 8. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2000 wird aufgehoben. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Die weitergehende Revision wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Hälfte der außergerichtlichen Kosten des Klägers in allen Rechtszügen zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Es ist streitig, ob der Kläger zur Erbringung der krankengymnastischen Leistung "propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation" (PNF) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen bzw zuzulassen ist.

Der Kläger ist seit 1984 als Masseur und Medizinischer Bademeister zur Behandlung von Versicherten der beklagten Krankenkasse zugelassen. Im Juni 1997 erhielt er nach einer Zusatzausbildung die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut. Seit dem 15. Juli 1997 besitzt er die Zulassung zur Abgabe krankengymnastischer Leistungen (Bescheid vom 24. Juli 1997). Er ist Mitglied des Deutschen Verbandes für Physiotherapie - Zentralverband der Krankengymnasten (ZVK) eV. In der Verpflichtungserklärung vom 15. Juli 1997 bestätigte er den Erhalt eines Exemplars des vom ZVK und den Landesverbänden der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz geschlossenen Rahmenvertrags vom 23. Februar 1983 und verpflichtete sich, die Versicherten der an dem Rahmenvertrag beteiligten Versicherungsträger zu behandeln. Er erklärte sein Einverständnis, dass seine bisherige Zulassung auf der Grundlage dieses Vertrags weiter bestehe, und erkannte die Bestimmungen des Rahmenvertrags einschließlich seiner Anlagen als verbindlich an.

Im Mai 1999 beantragte der Kläger die "Erweiterung der Zulassung" zur Abgabe krankengymnastischer Leistungen nach PNF. An dem Fort- und Weiterbildungsseminar für komplexe funktionelle Physiotherapie in N. hatte er 1995/1996 zwei Mal in jeweils 28 Unterrichtsstunden an einer PNF-Weiterbildung teilgenommen. Im Rahmen der Anschlussausbildung zum Physiotherapeuten hatte er zudem in der Zeit vom 27. Juli 1996 bis zum 30. Mai 1997 in 80 Stunden Unterricht zum Thema PNF erhalten.

Die Beklagte lehnte - im Gegensatz zu anderen Kassen - den Antrag ab (Bescheid vom 8. Dezember 1999; Widerspruchsbescheid vom 10. Februar 2000). Die Voraussetzungen für die "Erweiterung der Zulassung" auf PNF-Leistungen seien nicht erfüllt. Ab 1. Januar 1996 sei Voraussetzung für die Erteilung einer Zulassung zur Abrechnung der Zertifikatsposition PNF, dass der Antragsteller vor der Teilnahme an der Weiterbildung eine abgeschlossene Berufsausbildung als Physiotherapeut/Krankengymnast und anschließend zwei Jahre Berufserfahrung in diesem Bereich nachweisen könne. Die Weiterbildung umfasse mindestens 120 Unterrichtseinheiten, ende mit einer Abschlussprüfung und müsse in einer anerkannten Weiterbildungsstätte absolviert worden sein. Auch während der bis

Mitte 1997 geltenden Übergangsregelung seien nur Weiterbildungen anerkannt worden, die im Kurssystem entsprechend der internationalen PNF-Association durchgeführt und mit einer Abschlussprüfung abgeschlossen worden seien. Beides könne der Kläger nicht nachweisen.

Im Klageverfahren hat der Kläger vorgetragen, die Zulassung vom 24. Juli 1997 als Physiotherapeut beziehe sich auf alle Leistungen der physikalischen Therapie iS des § 124 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Da die berufsrechtlichen Entscheidungen Tatbestandswirkung für die Kassenzulassung hätten, habe ein Physiotherapeut einen Anspruch auf Zulassung als Leistungserbringer der GKV in dem Umfang, in dem ihm die berufsrechtliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Physiotherapeut erteilt worden sei. Gegenstand dieser Erlaubnis seien alle Behandlungstechniken, in denen der Betroffene im Rahmen seiner Ausbildung unterrichtet worden sei und über die er die berufsrechtlich vorgeschriebene Prüfung absolviert habe. Das SGB V enthalte für die nichtärztlichen Leistungserbringer keine Regelungen, die die Zulassung zur Abgabe bestimmter Leistungen an über die berufsrechtliche Erlaubnis hinausgehende Weiterbildungsvoraussetzungen knüpfen bzw zu einer solchen Regelung ermächtigen. Die Frage, ob er bestimmte Leistungen wie die PNF zu Lasten der GKV erbringen könne, sei keine Frage des Vergütungssystems (Abrechnungsbefugnis), sondern der Zulassung. Der Bescheid vom 24. Juli 1997 schließe auch keine Maßnahmen der physikalischen Therapie von der erteilten Zulassung aus. Es sei daher unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide festzustellen, dass er zur Abgabe der PNF als Leistung der GKV zugelassen sei, hilfsweise sei die Beklagte zu verurteilen, die erteilte Zulassung entsprechend zu erweitern.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage nach Maßgabe des Hauptantrages stattgegeben und unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide festgestellt, dass der Kläger für die Abgabe der PNF als Leistung der GKV zugelassen sei (Urteil vom 21. August 2001). Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten dieses Urteil geändert und die Klage abgewiesen (Urteil vom 15. August 2002). Es vertritt die Auffassung, der Klageanspruch betreffe nicht die Reichweite der erteilten Zulassung bzw die Erweiterung dieser Zulassung auf einen weiteren Heilmittelbereich nach § 124 Abs 2 Satz 2 SGB V, wovon die Beklagte in den angefochtenen Bescheiden noch ausgegangen sei, sondern die Frage der Erteilung einer zusätzlichen Abrechnungsbefugnis innerhalb der umfassend erteilten Zulassung des Klägers als Physiotherapeut. Da es keinen eigenen Beruf "Krankengymnast/Physiotherapeut für den Bereich PNF" gebe, der eine gesonderte abgeschlossene Berufsausbildung erfordere und zur Führung einer dementsprechenden Berufsbezeichnung berechtige, sei hier nicht über eine Erweiterung der Zulassung iS von § 124 Abs 2 Satz 2 SGB V zu entscheiden.

Gegenstand des Rechtsstreits sei vielmehr die Frage, ob der Kläger zu Lasten der Beklagten berechtigt sei, die Position 20704 der Preisvereinbarung (krankengymnastische

Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife, Anlage B zur Vereinbarung vom 5. März 2002, Anlage 5 zum Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983) abzurechnen. Hierbei handele es sich um Modalitäten und Bedingungen der Leistungserbringung, die in Rahmenverträgen nach § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V geregelt werden könnten. Die danach geforderten Voraussetzungen für die Abrechnung von PNF-Leistungen seien nicht erfüllt, weil der Kläger zwar insgesamt sogar mehr als 120 Unterrichtsstunden zum Thema PNF absolviert habe, dieser Unterricht aber nicht in Form einer Weiterbildung nach vorheriger zweijähriger Berufspraxis als Physiotherapeut stattgefunden habe. Außerdem könne der Kläger nicht die Ablegung der erforderlichen Abschlussprüfung nach 120 Unterrichtsstunden nachweisen. Daher komme ihm auch nicht die für Masseur und Medizinische Bademeister geltende Übergangsregelung aus der Zeit bis Mitte 1997 zugute. Ein Verstoß gegen höherrangiges Recht sei nicht zu erkennen.

Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung der §§ 124, 125 SGB V. Die Auffassung des LSG, es gehe hier um eine besondere Abrechnungsbefugnis innerhalb der erteilten Zulassung, sei unrichtig; die Prüfung seines Begehrens unter diesem Aspekt habe zudem den durch die angefochtenen Bescheide und den Klageantrag vorgegebenen Streitgegenstand verfälscht. Der Kläger hält an seiner Auffassung fest, es gehe allein um eine zulassungsrechtliche Frage, die nach § 124 SGB V zu beurteilen sei. Die ihm erteilte Zulassung umfasse auch die Berechtigung zur Abgabe von PNF-Leistungen. Die Einführung weiterer persönlicher und fachlicher Voraussetzungen für die Abrechnung der Position 20704 sei rechtswidrig, soweit diese - wie hier - das von den Verbänden zu respektierende Berufsrecht berühren und sich als Erweiterung der in § 124 SGB V abschließend geregelten Zulassungsvoraussetzungen darstellen. Daher sei das zutreffende erstinstanzliche Urteil wieder herzustellen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 15. August 2002 zu ändern und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG Mainz vom 21. August 2001 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

II

Die Revision des Klägers ist begründet, soweit sie die Anfechtungsklage betrifft. Der Bescheid der Beklagten vom 8. Dezember 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Februar 2000 ist mangels einseitiger Regelungsbefugnis der Beklagten rechtswidrig und war deshalb aufzuheben. Die Abrechnung von PNF-Leistungen zu Lasten der GKV bezieht sich nicht auf den Zulassungsstatus des Klägers, sondern auf die vertragliche Ebene. Deshalb konnte andererseits auch der ausdrücklich auf die erteilte Zulassung abhebenden Feststellungsklage des Klägers nicht stattgegeben werden.

Rechtsgrundlage des Begehrens, PNF-Leistungen zu Lasten der Beklagten erbringen und abrechnen zu dürfen, ist entgegen der Ansicht des Klägers nicht § 124 SGB V. Das Begehren ist vielmehr zu beurteilen nach § 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 vom 17. Juni 1992 (gültig bis 30. Juni 2001) bzw den ab 1. Juli 2001 geltenden Heilmittelrichtlinien vom 6. Februar 2001.

Das LSG hat dies zutreffend erkannt. Entgegen den Formulierungen in den angefochtenen Bescheiden, in denen von "Zulassungserweiterung" bzw "Zulassung" zur Abgabe der Leistung PNF die Rede ist und entgegen den Auffassungen des Klägers und des SG geht es nicht um eine Frage der Zulassung des Klägers iS von § 124 SGB V, sondern - nur - um die Frage der leistungsspezifischen Abrechnungsbefugnis innerhalb der schon bestehenden Zulassung. Diese Befugnis wurde fehlerhaft als "Zulassungserweiterung" bezeichnet, obwohl es nicht - wie zB bei der Ausweitung einer Zulassung auf einen weiteren Heilmittelbereich (§ 124 Abs 2 Satz 2 SGB V) oder eine zusätzliche Betriebsstätte (BSGE 77, 108 = SozR 3-2500 § 126 Nr 1) - um eine weitere Zulassung geht. Die Zulassung nach § 124 SGB V verleiht das Recht, als Leistungserbringer in einem bestimmten Bereich (zB Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie) Versicherte der die Zulassung aussprechenden Krankenkassen auf Kosten dieser Kassen zu behandeln (Abs 5 Satz 2). Die Zulassung verleiht also einen besonderen Status, besagt aber nichts darüber, ob und unter welchen Voraussetzungen berufsrechtlich erlaubte Leistungen auch zu Lasten der GKV erbracht und abgerechnet werden dürfen.

Nach § 124 Abs 1 SGB V dürfen Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Beschäftigungstherapie, an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Zuzulassen ist gemäß § 124 Abs 2 Satz 1 SGB V, wer die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt (Nr 1), eine berufspraktische Erfahrungszeit

von mindestens zwei Jahren nachweist, die innerhalb von zehn Jahren vor Beantragung der Zulassung in unselbstständiger Tätigkeit und in geeigneten Einrichtungen abgeleistet worden sein muss (Nr 2), über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserfüllung gewährleistet (Nr 3), und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt (Nr 4). Durch die vorherige Anerkennung der Rahmenverträge, die ua Abrechnungsbedingungen und Preise regeln, werden diese nicht Inhalt der Zulassung, sondern die Anerkennung bleibt nur Zulassungsvoraussetzung. Vom Wegfall dieser Vereinbarungen wird die Zulassung als solche auch nicht berührt. § 124 SGB V setzt für jeden Heilmittelbereich entsprechend den jeweiligen berufsrechtlichen Anforderungen, den berufspraktischen Erfahrungen und der jeweils erforderlichen sachlichen Ausstattung der Betriebsstätte eine eigenständige Zulassung voraus. Dabei haben die berufsrechtlichen Entscheidungen der zuständigen Behörden nach dem jeweiligen Berufsgesetz Tatbestandswirkung für die Zulassungsgremien (BSG SozR 3-2500 § 124 Nr 4).

Im Rahmen der physikalischen Therapie können nach dem Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz <MPHG>) vom 26. Mai 1994 (BGBl I 1084) Masseure und Medizinische Bademeister sowie Physiotherapeuten zur Erbringung von Leistungen an Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen werden. Der Kläger ist bereits seit 1984 zur Leistungserbringung als Masseur und Medizinischer Bademeister zugelassen. Im Juli 1997 erfolgte eine Erweiterung der Zulassung für den Bereich Physiotherapie gemäß § 124 Abs 2 Satz 2 und 3 SGB V, nachdem der Kläger die entsprechende Zusatzausbildung absolviert hatte und ihm die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Physiotherapeut" gemäß § 2 MPHG erteilt worden war.

In den Rahmenverträgen nach § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V dürfen weitergehende 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 - wie etwa im vertragsärztlichen Bereich - (vgl § 18 Abs 1 Satz 2 Zulassungsverordnung für Ärzte) eine Zulassung für eine besondere Fachrichtung "Krankengymnast/Physiotherapeut für den Bereich PNF", der eine eigene abgeschlossene Berufsausbildung erfordert und nach Abschluss der Ausbildung zur Führung einer solchen Berufsbezeichnung berechtigt. Im Rahmen seines Ermessens 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 Qualitätssicherungsgesichtspunkte und Preisfestsetzungen darf er auf andere Normensetzer delegieren. Daher ist materiell nicht über eine Zulassung iS von § 124 SGB V zu entscheiden, weil der Gesetzgeber sich hier auf das nach seinem Ermessen Wesentliche beschränkt hat; dagegen bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken.

Bei der Frage, ob ein Physiotherapeut im Rahmen der ihm erteilten Zulassung berechtigt ist, die Position 20704 der Preisvereinbarung (krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, erworben nach Abschluss der Hirnreife, Anlage B zur Vereinbarung vom 5. März 2002, Anlage 5 zum Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983) abzurechnen, handelt es sich um Modalitäten und Bedingungen der Leistungserbringung, die in Rahmenverträgen nach § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V zu regeln sind (BSG SozR 3-2500 § 125 Nr 6). Nach dieser Vorschrift schließen die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen 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 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, § 138 SGB V).

Nach Position 35.2.3 der Heil- und Hilfsmittelrichtlinien vom 17. Juni 1992 bzw Position 17.2.6 der Heilmittelrichtlinien vom 6. Februar 2001 gehört zu den Maßnahmen der physikalischen Therapie die Krankengymnastik nach PNF zur Behandlung von nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, zur Förderung und Erleichterung des Bewegungsablaufs durch Einsatz komplexer Bewegungsmuster, Bahnung von Innervation und Bewegungsabläufen und Förderung oder Hemmung von Reflexen. Da diese Positionen 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 Satz 3 und 4 der Heilmittelrichtlinien vom 6. Februar 2001 spezieller Qualifikationen, die über die im Rahmen der Berufsausbildung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten hinausgehen.

Der Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983 regelt in § 4 Nr 4, 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 5. März 2002, Anlage 4 zum Rahmenvertrag vom 23. Februar 1983) ist bei der Position 20704 vorgeschrieben, dass für die Erbringung dieser Leistung der Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer von den Vertragspartnern anerkannten Weiterbildung von mindestens 120 Stunden erforderlich ist. In der Preisvereinbarung ist demgemäß bei der Position 20704 vermerkt: "Diese Leistung kann nur abgerechnet werden, wenn die fachliche Qualifikation des Behandlers entsprechend den bezüglich der Zulassungserweiterun-

gen für besondere Maßnahmen der physikalischen Therapie jeweils geltenden gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen nachgewiesen ist und die Abrechnungsbefugnis für die Leistungsposition 20704 von den Landesverbänden der Krankenkassen erteilt wurde."

Der so umrissene vertragliche Bereich (§ 125 SGB V), in dessen Rahmen die Frage der Abrechnungsbefugnis des Klägers zu beurteilen ist, schließt im Gegensatz zum Bereich der Zulassung (§ 124 Abs 2 Satz 1 SGB V) und Zulassungserweiterung (§ 124 Abs 2 Satz 2 SGB V), die jeweils durch Verwaltungsakt der Krankenkassen bzw Kassenverbände zu erteilen ist, ein hoheitliches Handeln der Kassen aus. Es ist ein ausschließlich vertraglichen Regelungen vorbehaltener Bereich. Daran hat sich durch die Änderung des § 69 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I 2626) nichts geändert, mit dem die bis Ende 1999 als privatrechtlich eingestuft (BSG SozR 3-2500 § 125 Nr 6) Rahmenverträge nach § 125 Abs 2 Satz 1 SGB V zum 1. Januar 2000 öffentlich-rechtlichen Charakter bekommen haben. In diesem vertraglichen Bereich ist es den Krankenkassen verwehrt, einseitig hoheitlich vorzugehen. Es fehlt insoweit an der nach § 31 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) erforderlichen Ermächtigung der Krankenkasse (vgl Engelmann in von Wulffen, SGB X, 4. Aufl 2001, § 31 RdNr 5, 6). Nach § 53 Abs 1 Satz 2 SGB X hat eine Behörde zwar das Recht, an Stelle eines Verwaltungsakts einen öffentlich-rechtlichen Vertrag abzuschließen; dieses Recht besteht aber nicht auch umgekehrt. Die Beklagte hätte deshalb nicht durch Verwaltungsakt, sondern nur durch ein ablehnendes Schreiben auf das Begehren des Klägers reagieren dürfen. Die angefochtenen Bescheide sind wegen angemaßter Hoheitsbefugnis rechtswidrig und waren bereits aus diesem Grunde aufzuheben.

Auf der anderen Seite konnte aus diesen Gründen aber auch nicht dem Feststellungsbegehren des Klägers stattgegeben werden, wie es das SG getan hat. Die vom SG entsprechend dem Hauptantrag getroffene Feststellung, dass der Kläger für die Abgabe der PNF als Leistung der GKV zugelassen sei, verkennt ebenso wie der erstinstanzliche Hilfsantrag, dass der Kläger insoweit zuzulassen sei, die Bedeutung der Statusentscheidung nach § 124 SGB V. Es geht - wie ausgeführt - nicht um die Frage der Zulassung oder Zulassungserweiterung, sondern nur um die Frage der Abrechnungsbefugnis für eine bestimmte Leistung innerhalb der erteilten Zulassung. Die begehrte Feststellung kann in dieser ausdrücklich gewählten Fassung nicht getroffen werden, weil sie der materiellen Rechtslage widerspricht. Die Klage war insoweit abzuweisen.

Auf die Frage, ob der Kläger eine Abrechnungsbefugnis für PNF besitzt, war bei dem gestellten Antrag, dessen Zweckmäßigkeit in der mündlichen Verhandlung erörtert worden ist, nicht mehr einzugehen.

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