

## L 20 KR 112/16

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
20  
1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 7 KR 671/15  
Datum  
28.01.2016  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 20 KR 112/16  
Datum  
26.04.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Leitsätze

1. Hat eine gesetzliche Krankenkasse zur Versorgung ihrer Mitglieder mit Hilfsmitteln einen Vertrag i.S.d. [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer geschlossen, so kann der Versicherte nur die Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner seiner Krankenkasse sind.

2. Die Ausnahmeregelung nach [§ 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) gilt nur für die Fälle von Verträgen i.S.d. [§ 127 Abs. 1 SGB V](#), also für den Fall des Vertragsschlusses nach Ausschreibung, nicht aber den Fall von Verträgen nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#).

I. Auf die Berufung der Beklagten hin, wird das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 28.01.2016 aufgehoben und die Klage gegen die Bescheide vom 07.07.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.09.2015 abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Kostenübernahme für ein Paar orthopädische Schuhe und Ersatzfußbettung.

Die 1963 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Am 29.05.2015 wurde ihr von der Praxisklinik O., B-Stadt, ein Paar orthopädische Schuheinlagen für vorhandene orthopädische Schuhe verordnet.

Mit Schreiben vom 24.06.2015 übersandte die Klägerin der Beklagten einen Kostenvoranschlag des Sanitätshauses B., B-Stadt, über insgesamt 239,54 EUR.

Ebenfalls am 29.05.2015 wurde der Klägerin von der Praxisklinik O. ein Paar orthopädische Hausschuhe nach Maß verordnet. Auch hierfür übersandte die Klägerin einen Kostenvoranschlag des Sanitätshauses B. über insgesamt 1.286,06 EUR.

Mit Bescheiden vom 07.07.2015 lehnte die Beklagte jeweils die Kostenübernahme ab. Der beauftragte Leistungserbringer habe für die beantragte Versorgung keine Abgabeberechtigung. Man bitte die Klägerin, sich an einen zugelassenen Leistungserbringer zu wenden.

Hiergegen erhob die Klägerin mit Schreiben vom 14.07.2015 Widerspruch. Sie beabsichtige nicht, ihren Leistungserbringer zu wechseln. Wenn sie bereits seit vierzig Jahren Kundin sei, habe sie wohl ein berechtigtes Interesse, bei ihrem Leistungsträger zu bleiben. Sie sehe keinen Anlass, bei hervorragender Arbeit über Generationen, zu wechseln.

Mit Schreiben vom 20.07.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass man die Kosten für die Hilfsmittel übernehmen werde. Sie könne alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die mit der Beklagten einen Vertrag geschlossen hätten. Die Firma B., Orthopädietechnik, in B-Stadt sei kein Vertragspartner der AOK Bayern.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.09.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Die Versicherten erhielten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen. Über die Erbringung von Sach- und Dienstleistungen schlossen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) Verträge mit den Leistungserbringern.

Hilfsmittel dürften an Versicherte nur auf der Grundlage von Verträgen nach [§ 127 Abs. 1, 2 und 3 SGB V](#) abgegeben werden. Vertragspartner der Krankenkassen könnten nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen würden ([§ 126 Abs. 1 SGB V](#)).

Die AOK Bayern habe mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik in München bereits seit 01.05.2013 einen Vertrag geschlossen, der eine ausreichende, zweckmäßige, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 31 "Schuhe" durch Meisterbetriebe des Orthopädie-Schuhmacherhandwerks gewährleiste. Dieser Vertrag sei von der von der Klägerin aufgesuchten Firma B. nicht unterschrieben worden. Damit bestehe für die Firma B. keine Berechtigung, für Versicherte der AOK Bayern Leistungen zu erbringen und diese abzurechnen.

Dass die Firma B. bereits mehrmals orthopädische Schuhe für die Klägerin gefertigt habe und ein Vertrauensverhältnis bestehe, sei nicht geeignet, eine Kostenübernahme durch die Beklagte zu rechtfertigen. Hilfsmittel dürften nur auf Grundlage von Verträgen abgegeben werden. Dieser Tatbestand treffe auf die Firma B. seit dem 01.05.2013 nicht mehr zu. Eine Weitergeltung des bis zum 30.04.2013 geltenden Rahmenvertrages sei nicht mehr möglich. Es sei daher auch nicht zulässig, Aufträge von Versicherten anzunehmen, die die notwendigen Hilfsmittel durch Vorlage einer ärztlichen Verordnung als Sachleistung beanspruchen wollten. Auch Privatliquidationen seien in diesen Fällen unzulässig.

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 28.10.2015 erhob die Klägerin hiergegen Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG).

Zwar könnten gemäß [§ 33 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) die Versicherten alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner der Kasse seien und die nach [§ 127 Abs. 1](#) über die Versorgung mit der Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hätten. Dies sei jedoch nicht zwingend, da [§ 33 Abs. 6 S. 3 SGB V](#) vorsehe, dass abweichend von dieser Bestimmung der Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen könne, wenn ein berechtigtes Interesse daran bestehe. Dies sei im vorliegenden Fall gegeben. Die Klägerin sei bei der Firma B. seit über 40 Jahren Kundin. Die Firma B. habe bereits mehrere orthopädische Hilfsmittel für die Klägerin gefertigt. Sämtliche Leisten u.a. seien bei der Firma B. noch vorhanden. Es möge sein, dass die Firma B. derzeit noch kein Vertragsverhältnis mit der Beklagten habe. Hier seien jedoch Verhandlungen im Raum.

Darüber hinaus habe die Beklagte gegenüber der Firma B. mit Schreiben vom 27.02.2015 bestätigt, dass auf Grund der vorgelegten Präqualifikationsurkunde die Firma B. als Leistungserbringer von Hilfsmitteln zur ordnungsgemäßen und fachgerechten Ausübung ihres Berufes befähigt und räumlich sowie sachlich angemessen ausgestattet sei.

Mit Urteil vom 28.01.2016 hat das SG die Beklagte unter Abänderung des Bescheides der Beklagten vom 07.07.2015 in Form des Widerspruchsbescheides vom 24.09.2015 verpflichtet, die Kosten für ein Paar orthopädische Hausschuhe sowie ein Paar Ersatzfußbettungen in Höhe von insgesamt 1.526,60 EUR zu übernehmen, die auf Wunsch der Klägerin von der Firma B. Orthopädie-Schuhtechnik, B-Straße, B-Stadt zu fertigen seien.

Zur Begründung hat das SG im Wesentlichen ausgeführt:

" ... Die Klägerin hat Anspruch auf Versorgung mit den ihr verordneten orthopädischen Hilfsmitteln durch den Leistungserbringer ihrer Wahl.

Die Versicherten können gem. [§ 33 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach [§ 127 Abs. 1](#) über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt gem. [S. 2](#) die Versorgung durch einen Vertragspartner, den den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte gem. [§ 33 Abs. 6 S. 3 SGB V](#) ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

Unstreitig ist die von der Klägerin präferierte Firma "B. Orthopädie-Schuhtechnik" in B-Stadt kein Vertragspartner der Beklagten. Seitens der Beteiligten wurde auf Nachfrage der Vorsitzenden in der mündlichen Verhandlung verneint, dass - trotz der vorliegenden Präqualifizierung - mittlerweile ein Beitritt zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppen 08 "Einlagen" und 31 "Schuhe" durch Meisterbetriebe des Orthopädietechnikerhandwerks mit der Landesinnung Bayern für Orthopädietechnik und der Beklagten vom 01.05.2013 stattgefunden hat.

Grundsätzlich ist die Firma B. daher nicht berechtigt, Versorgungen zulasten der Beklagten durchzuführen.

Nach Ansicht der Kammer besteht im vorliegenden Ausnahmefall jedoch ein berechtigtes Interesse der Klägerin, dennoch von der Firma B. Orthopädie-Schuhtechnik versorgt zu werden.

Die Klägerin ist bereits seit 40 Jahren Kundin der Firma, welche bis zum Jahr 2013 auch die Leistungen mit der Beklagten abrechnen konnte. Bei der Firma befinden sich des Weiteren die zur Anfertigung der verordneten Hilfsmittel notwendigen Leisten, so dass die Versorgung der Klägerin nicht nur schneller erfolgen kann, sondern für die Beklagte auch mit geringeren Kosten verbunden ist.

Darüber hinaus ist auch die fachliche Eignung i.S.d. [§ 126 Abs. 1 S.2 SGB V](#) der Firma nachgewiesen, da die Firma B. Orthopädie-Schuhtechnik präqualifiziert ist.

Die Krankenkassen sind nämlich per Gesetz verpflichtet sicherzustellen, dass die zur Versorgung mit Hilfsmitteln herangezogenen Sanitätshäuser, Apotheken, Hörgeräteakustiker o. ä. zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und funktionsgerechten Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel in der Lage sind ([§ 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Nur solche Leistungserbringer können überhaupt Vertragspartner der Krankenkassen sein. Um aber den Aufwand der jeweiligen Überprüfung des Leistungserbringers sowohl für die Krankenkassen als auch für die Leistungserbringer zu vermeiden, wurde durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) die Möglichkeit geschaffen, unabhängige zentrale Stellen mit der Eignungsprüfung von Leistungserbringern im Bereich der medizinischen Hilfsmittel zu beauftragen. Dies sind die

Präqualifizierungsstellen. Die Krankenkassen haben dann von der Eignung eines Leistungserbringers in der Hilfsmittel-versorgung auszugehen, wenn eine Bestätigung einer Präqualifizierungsstelle vorliegt ([§ 126 Abs. 1a SGB V](#)). Dies ist vorliegend der Fall.

Die Kammer geht vorliegend folglich davon aus, dass es der Klägerin nicht zuzumuten ist, für die hier streitgegenständliche Versorgung einen anderen Leistungserbringer mit erheblichem Mehraufwand für sie aufzusuchen, wenn zu erwarten ist, dass die Firma B. aufgrund ihrer fachlichen Eignung wieder zukünftig Versorgungen zulasten der Beklagten durchführen kann ..."

Gegen das der Beklagten am 08.02.2016 zugestellte Urteil hat die Beklagte mit einem am 07.03.2016 beim Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingegangenen Schreiben Berufung eingelegt. Im Wesentlichen hat sie vorgetragen, nach [§ 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) könne die Klägerin nur Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner der Beklagten seien. Dies sei bei der Firma B. nicht der Fall. [§ 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) sei nicht anzuwenden. Das Recht, einen anderen Leistungserbringer zu wählen, bestehe nicht in den Fällen, in denen ein Vertrag nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) mit einer Beitrittsoption nach [§ 127 Abs. 2a SGB V](#) mit einer Vielzahl von geeigneten Vertragspartnern abgeschlossen worden sei. Vielmehr sei der Wortlaut von [§ 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) ausschließlich auf die Versorgungen beschränkt, bei denen Krankenkassen Verträge im Wege der Ausschreibung nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) geschlossen hätten. Denn nur dort sei nach [§ 33 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) der Versicherte auf einen bestimmten Vertragspartner festgelegt. Nur von dieser Festlegung auf einen bestimmten Vertragspartner mache [§ 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) eine Ausnahme. Eine weitergehende Anwendung von [§ 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) auf Verträge nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) sei nicht gesetzeskonform (unter Berufung auf LSG Hamburg vom 18.06.2014, [L 1 KR 83/13](#)). In Fällen der Beitrittsverträge nach [§ 127 Abs. 2 und Abs. 2a SGB V](#) habe der Versicherte bereits die Wahl zwischen mehreren Leistungserbringern. Damit sei den Interessen der Versicherten nach einer Wahlmöglichkeit Genüge getan. Gründe dafür, dass eine Wahl zwischen verschiedenen Leistungserbringern unzumutbar sei und deshalb die Versorgung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig wäre, seien nicht ersichtlich. Aus Wirtschaftlichkeitserwägungen, die zwischen gleichermaßen geeigneten und vertraglich mit der Beklagten verbundenen Leistungserbringern eine Rolle spielen können, komme es nicht an, da die Leistungserbringung durch den gewählten Orthopädieschuhtechniker bereits ausgeschlossen sei. Nachdem der Bevollmächtigte der Klägerin darauf hingewiesen hat, die Klägerin benötige dringend orthopädische Schuhe, hat die Beklagte mit der Klägerin Kontakt aufgenommen. Im Ergebnis habe die Klägerin bekundet, dass sie nicht bereit sei, zu einem Leistungserbringer zu gehen, der mit der Beklagten einen Versorgungsvertrag abgeschlossen habe. Sie bestehe auf der Versorgung bei dem von ihr gewählten Leistungserbringer, der allerdings keinen Versorgungsvertrag zu den allgemein üblichen Bedingungen abschließen wolle. In der Region B-Stadt seien sieben Schuhmachermeister durch Beitritt zu einem Vertrag nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) Vertragspartner der Beklagten geworden. Sie seien in gleicher Weise qualifiziert wie der von der Klägerin bevorzugte Orthopädieschuhtechniker.

Im Hinblick auf [§ 198 SGG](#) hat die Beklagte mit Ausführungsbescheiden vom 23.01.2017 aufgrund des Urteils des SG vom 28.01.2016 die Kosten des beantragten Hilfsmittels in Höhe von 1.286,06 EUR (orthopädische Hausschuhe) und eines Paares Ersatzfußbettungen in Höhe von 239,54 EUR übernommen. Die Bescheide enthielten jeweils den Hinweis darauf, dass die Kosten des Hilfsmittels aufgrund des Ausführungsbescheides unter dem Vorbehalt bezahlt würden, dass bei einer anderslautenden Entscheidung durch das LSG die Kosten in voller Höhe zurückgefordert würden.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 28.01.2016 aufzuheben und die Klage gegen die Bescheide der Beklagten vom 07.07.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.09.2015 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 28.01.2016 zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz -SGG](#)) ist zulässig, insbesondere der Beschwerdewert gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von 750,00 EUR ist erreicht.

Zwar beträgt der Beschwerdewert hinsichtlich der Ersatzfußbettungen lediglich 239,54 EUR, so dass insoweit der Beschwerdewert nicht erreicht wäre. Allerdings richtet sich der Beschwerdewert gemäß [§ 202 SGG](#) nach den [§§ 3 bis 9 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#). Gemäß [§ 5 ZPO](#) werden mehrere in einer Klage geltend gemachte Ansprüche zusammengerechnet. Mit der Klage im Klageverfahren [S 7 KR 671/15](#) wurden zwei Ansprüche verfolgt, nämlich hinsichtlich der Ersatzfußbettungen in Höhe von 239,54 EUR und hinsichtlich der orthopädischen Schuhe in Höhe von 1.286,06 EUR. Darüber hat das SG in seinem Urteil vom 28.01.2016 auch entschieden. Die Beklagte wendet sich gegen beide Verpflichtungen, so dass der Beschwerdewert insgesamt erreicht ist.

Die Berufung der Beklagten ist begründet, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Versorgung mit orthopädischen Schuhen und Ersatzfußbettungen durch die Firma B ...

Gemäß [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) in der hier geltenden Fassung ab 23.07.2015 bis 31.12.2016 haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Die Erforderlichkeit der Versorgung der Klägerin mit orthopädischen Hausschuhen und Ersatzfußbettungen ist im vorliegenden Fall unstrittig, Verordnungen liegen vor.

Streitig ist im vorliegenden Fall lediglich, durch welchen Leistungserbringer die Versorgung erfolgt. Gemäß [§ 33 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) können die Versicherten alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkassen sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner,

der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

Für die Frage, welche Leistungserbringer die Krankenkassen auswählen, ist [§ 127 SGB V](#) maßgeblich.

Gemäß [§ 127 SGB V](#) in der vom 01.01.2012 bis 10.04.2017 hier maßgeblichen Fassung können gemäß [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften im Wege der Ausschreibung Verträge mit Leistungserbringern oder zu diesem Zweck gebildeten Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen. Daneben besteht gemäß [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) die Möglichkeit, soweit Ausschreibungen nach Abs. 1 nicht durchgeführt werden, Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung zu schließen. Gemäß [§ 127 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) trifft die Krankenkasse eine Vereinbarung im Einzelfall mit einem Leistungserbringer, soweit für ein erforderliches Hilfsmittel keine Verträge der Krankenkasse nach Abs. 1 oder 2 mit Leistungserbringern bestehen. Gemäß [§ 127 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) gilt in den Fällen des [§ 33 Abs. 1 Satz 5 und Abs. 6 S. 3 SGB V](#) gilt § 127 Abs.3 Satz 1 entsprechend.

Im vorliegenden Falle hat sich die Beklagte für einen Vertragsschluss im Sinne des [§ 127 Abs. 2 SGB V](#) entschieden, und zwar mit der Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik in München ab 01.05.2013.

Im Zusammenspiel des [§ 127 SGB V](#) i.V.m. [§ 33 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) bedeutet dies, dass die Klägerin einen Anspruch auf Versorgung mit den orthopädischen Schuhen und den Ersatzfußbettungen hat und sie hierfür alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen kann, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse, also der Beklagten sind.

Umgekehrt heißt dies aber auch, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Versorgung mit den orthopädischen Hilfsmitteln gerade durch die Firma B. hat, da diese nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist.

Entgegen der Ansicht des SG ist [§ 33 Abs. 6 S. 3 SGB V](#), also ein Wahlrecht bezüglich eines anderen Leistungserbringers nicht anwendbar. Für den Senat ergibt sich dies bereits aus dem Wortlaut der Norm. [§ 33 Abs. 6 S. 2 SGB V](#) regelt, dass die Versorgung durch einen Vertragspartner, der der Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist, erfolgt, wenn die Krankenkasse Verträge nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen haben. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht.

Satz 2 bezieht sich lediglich auf Verträge nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) (also nach Ausschreibungen), eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Satz 3 lässt eine Abweichung von Satz 2 zu. Da Satz 2 aber nicht anwendbar ist, ist Satz 3 ebenfalls nicht anwendbar. Ebenso LSG Hamburg vom 18.06.2014, [L 1 KR 83/13](#): Die Ausnahmeregelung nach [§ 33 Abs. 6 Satz 3 SGB V](#) gelte nur für die Fälle des [§ 127 Abs. 1 SGB V](#), also für den Fall des Vertragsschlusses nach Ausschreibung, nicht aber den Fall der Verträge nach [§ 127 Abs. 2 SGB V](#). Denn hier habe der Versicherte im Unterschied zu der Wahl der Versorgung nach Ausschreibung "eine weitgehend umfassende Wahlfreiheit unter den vertraglich erfassen Leistungserbringern". Ein Bedürfnis für eine Ausnahme vom Grundsatz, dass die Leistung nur von einem Vertragspartner der Krankenkasse erbracht werden kann, besteht daher nicht und ist deshalb im Gesetz auch nicht vorgesehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, liegen nicht vor.

Eine grundsätzliche Bedeutung ist nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-04-23