

Bundessozialgericht

6 RKa 39/82

Im Namen des Volkes

Verkündet am
21. März 1984

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....,

Kläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

.....,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

.....,

Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche

Verhandlung vom 21. März 1984

für Recht erkannt:



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos

Über 200 Gesetze

Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Die Revision der Beigeladenen gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 23. Juni 1982 wird zurückgewiesen.

Die Beigeladene erstattet dem Kläger die Kosten des Revisionsverfahrens.

G r ü n d e :

I

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Vergütung von kassen-zahnärztlichen Leistungen für eine nicht zu Ende geführte zahnprothetische Behandlung.

Im Behandlungsfall der Patientin E. (E.) erbrachte der Kläger nach den Heil- und Kostenplänen vom 7. April 1978 prothetische Versorgungsmaßnahmen im Ober- und Unterkiefer. Dazu führte er die Präparation der Kiefer aus und versorgte die Patientin mit provisorischen Kronen im Oberkiefer und einer provisorischen Brücke im Unterkiefer. Die Beigeladene erklärte am 3. Mai und am 7. Juni 1978, sie übernehme 80 % der entsprechend dem Vertrag berechneten Beträge. Voraussetzung sei, daß der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert werde. Die zahnprothetische Versorgung der Patientin E. konnte vom Kläger nicht abgeschlossen werden, weil sie ohne Angabe von



-3-

Gründen trotz mehrmaliger Aufforderung nicht mehr in der zahnärztlichen Sprechstunde des Klägers erschien. Daher rechnete der Kläger die bis dahin erbrachten Leistungen in Höhe des Zuschußbetrages von 1.560,19 DM ab. Die Beigeladene beantragte insoweit rechnerische und sachliche Richtigstellung der Abrechnung, weil sie nach der gemeinsamen Auffassung Nr 45 der technischen Kommission Bayerns vom 24. November 1976 nicht leistungspflichtig sei. Diesem Antrag entsprach die Beklagte und belastete das Konto des Klägers mit 1.560,19 DM.

Das Sozialgericht (SG) hat die dagegen gerichtete Klage abgewiesen. Auf die Berufung des Klägers hat das Landessozialgericht (LSG) dieses Urteil und die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, die nach Nr 91c des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (Bema) erbrachte Teilleistung zu honorieren. Im übrigen, nämlich hinsichtlich der vom Kläger darüber hinaus geltend gemachten Honorare für weitere Teilleistungen, hat das LSG die Berufung zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die angefochtenen Bescheide seien nicht schon deshalb aufzuheben, weil die Beklagte vor Inkrafttreten des § 16 Abs 2 Buchst c und des § 16 Abs 3 des Gesamtvertrages vom 1. Juli 1979 gemäß § 1 Abs 3 der Verfahrensordnung nach § 22 Abs 6 des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z) für die Entscheidung nicht zuständig gewesen sei. Dieser Verfahrensmangel sei durch die Rechtsänderung zum 1. Juli 1979 geheilt worden. Nach Bema Nr 93a würden Teilleistungen wie die vom Kläger im Behandlungsfall E. gegenüber der Beklagten geltend gemachten nach Bema Nr 91c mit der jeweils halben Bewertungszahl vergütet,



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

wenn diese Leistungen aus Gründen nicht abgeschlossen werden könnten, die der Zahnarzt nicht zu vertreten habe. Im Hinblick auf die Regelung der Nr 91c Bema könne die gemeinsame Auffassung Nr 45 der technischen Kommission Bayerns nicht gelten, wenn die Versorgung aus anderen Gründen als Tod oder Erkrankung des Patienten nicht abgeschlossen werden könne. Die Auffassung der technischen Kommission Bayerns, nach der Teilleistungen nur vergütet werden könnten, wenn die Eingliederung wegen Tod oder Erkrankung unterblieb, sei aufgrund einer vertraglichen Regelung zustande gekommen, die das Rechtsschicksal von Teilleistungen noch nicht regelte. Der Kläger könne aber nunmehr seinen Anspruch aus der vertraglichen Regelung herleiten. Hinsichtlich der bereits entstandenen Kosten sei die Beigeladene jedenfalls an die Bewilligung des Zuschusses gebunden. Diesen Verwaltungsakt habe sie nicht zurücknehmen können. Die beigefügte Bedingung, der Zuschuß werde nur gewährt, wenn der Zahnersatz innerhalb eines halben Jahres nach der Zusage auch eingegliedert werde, habe nur den Kassenzahnarzt anhalten sollen, die Eingliederung mit der gebotenen Sorgfalt zu betreiben, um unwirtschaftliche Verzögerungen zu vermeiden.

Die Beigeladene hat Revision eingelegt und macht geltend, das Urteil des LSG beruhe auf einer Verletzung des rechtlichen Gehörs. Noch während der mündlichen Verhandlung sei das LSG von der Gültigkeit des Beschlusses der technischen Kommission Bayerns ausgegangen. Die Vergütung von Teilleistungen sei entgegen der Annahme des LSG bereits seit 1975 geregelt. Im Bema sei nur bestimmt, welche Vergütung zugrunde zu legen sei, wenn ein Anspruch



-5-

bestehe. Das Bestehen des Anspruchs und sein Umfang ergebe sich hingegen aus der Zusage auf dem Heil- und Kostenplan. Diese Zusage setze aber die Eingliederung in sechs Monaten voraus. Mit der gemeinsamen Auffassung Nr 45 der technischen Kommission Bayerns hätten die bayerischen Krankenkassen auf die erneute Vorlage des Heil- und Kostenplans verzichtet, wenn ein Zahnersatz wegen Tod oder Krankheit nicht eingegliedert werde.

Die Beigeladene beantragt,
das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts
vom 23. Juni 1982 aufzuheben und die Berufung
gegen das Urteil des Sozialgerichts München
vom 23. April 1981 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision des Beigeladenen zurückzuweisen.

II

Die Revision der durch Beschluß des SG gemäß § 75 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beigeladenen Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) ist zulässig.

Die Revision ist nicht begründet. Mit Recht hat das LSG die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die nach Nr 91c Bema erbrachte Teilleistung zu honorieren.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Die Vorinstanzen haben angenommen, die Beklagte sei für die Honorarberichtigung nicht zuständig gewesen, dieser Verfahrensmangel sei aber dadurch geheilt worden, daß seit dem 1. Juli 1979 ihre Zuständigkeit gegeben sei. Ob diese Ansicht zutrifft, läßt der Senat dahingestellt, denn die Rechtswidrigkeit der angefochtenen Bescheide ergibt sich schon aus anderen Gründen und die Bescheide sind jedenfalls nicht nichtig.

Nichtigkeit eines Verwaltungsakts ist insbesondere gegeben, wenn die Behörde für seinen Erlass unter keinem denkbaren rechtlichen Gesichtspunkt zuständig und damit absolut unzuständig oder wenn der Verwaltungsakt mit einem schweren Mangel behaftet ist, der einem aufmerksamen und verständigen Staatsbürger ohne weiteres erkennbar gewesen wäre (BSG SozR 2200 § 1286 Reichsversicherungsordnung -RVO- Nr 2 mwN; vgl auch § 40 Abs 1 SGB X; § 44 Abs 1 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 25. Mai 1976 -BGBI I 1253). An einem derartigen Mangel leiden die angefochtenen Bescheide nicht. Die Beklagte ist grundsätzlich für die - im vorliegenden Fall zu treffende - Entscheidung darüber zuständig, ob eine Leistung abrechnungsfähig ist. Nach § 19 BMV-Z obliegt es der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV), die vom Kassenzahnarzt eingereichten Honorarforderungen gebührenordnungsmäßig zu prüfen und gegebenenfalls zu berichtigen. Die Streichung nicht abrechnungsfähiger Leistungen ist in § 1 Abs 2 der Verfahrensordnung gemäß § 22 Abs 6 BMV-Z den Abrechnungsstellen übertragen worden, so daß sie darüber auch durch Verwaltungsakt entscheiden können. Sonstige Mängel haben sie unter Mitwirkung des Kassenzahnarztes zu beheben (§ 1 Abs 2 Satz 2 der Verfahrensordnung).



Nur soweit über die Berichtigung von Honorarforderungen keine Einigung erzielt werden kann, entscheidet nach der Bestimmung des § 1 Abs 3 der Verfahrensordnung der Prüfungsausschuß. Gegen die absolute Unzuständigkeit der Beklagten im vorliegenden Fall spricht schon, daß die Anwendung des Absatzes 3 bei Streit über die Abrechnungsfähigkeit fraglich ist; möglicherweise gilt Absatz 3 nur bei sonstigen Mängeln im Sinn des Absatzes 2 Satz 2. Da die KZV und die Landesverbände der Krankenkassen Änderungen und Ergänzungen der Verfahrensordnung vereinbaren können (§ 22 Abs 6 BMV-Z), ist der Zuständigkeitsmangel auch nicht ohne weiteres ersichtlich. Der verständige und aufmerksame Staatsbürger könnte dem Berichtigungsbescheid schließlich nicht ansehen, ob die Einigung gemäß § 1 Abs 3 der Verfahrensordnung fehlte. Die Fehler der angefochtenen Bescheide wären nur mit Hilfe von Aufklärungsmitteln erkennbar (vgl Schroeder-Printzen Kommentar zum SGB X § 40 Anm 4).

Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig, weil darin zu Unrecht die Vergütung für Teilleistungen nach Nr 91c Bema abgelehnt wird. Auf Vergütung dieser streitigen Leistungen hat der Kläger einen Anspruch gegen die Beklagte. Die Verpflichtung der Beklagten ergibt sich aus dem Zusammenhang der Vorschriften über die kassenzahnärztliche Versorgung.

Nach § 368f Abs 1 RVO verteilt die KZV die Gesamtvergütung unter die Kassenzahnärzte. Der Senat hat aber entschieden, daß die Prothetik-Vergütung zwar Teil des Gesamtvertrages ist, die Leistungen des Zahnersatzes aber nicht mit der Gesamtvergütung ab-



gegolten werden; die Bestimmung des § 368f Abs 1 Satz 1 RVO erfasse nur die Leistungen, die die Krankenkassen als Sachleistungen schulden; dazu gehöre die Versorgung mit Zahnersatz nicht (BSGE 37, 74, 77). Nach dieser Entscheidung des Senats haben die Partner des Bundesmantelvertrages den BMV-Z mit Wirkung vom 1. Januar 1975 geändert und die Versorgung mit Zahnersatz nunmehr in dem Vertrag geregelt (vgl Siebeck, Beziehungen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen 1975 S 55, 141f). Gemäß § 26 Abs 1 BMV-Z wird die für die kassenzahnärztliche Versorgung zu entrichtende Vergütung an die KZV gezahlt; der Krankenkasse obliegt die Zahlungsverpflichtung für Zahnersatz und Zahnkronen jedoch nur insoweit, als sie Zuschüsse gewährt oder die gesamten Kosten übernommen hat. Die Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung für den Versicherten und gegenüber dem Kassenzahnarzt an die KZV. Durch Satz 1 Halbs 2 dieser Bestimmung wird in Verbindung mit Halbs 1 und Satz 2 klargestellt, daß der Zahlungsweg beim Zahnersatz wie bei der übrigen kassenzahnärztlichen Versorgung verläuft. Bereits nach dem Alsbacher Abkommen vom 14. Juni 1949 war der Zahlungsweg auf dem Gebiet des Zahnersatzes dahin geregelt, daß die Krankenkasse die in Rechnung gestellten Beträge mit befreiender Wirkung an die zuständige Abrechnungsstelle der KZV zahlte und diese das Honorar an die Kassenzahnärzte verteilte (Siebeck aaO S 45). Der Bestimmung des § 26 BMV-Z ist ebenfalls zu entnehmen, daß die KZV die ihr von den Kassen gezahlten Zuschüsse für Zahnersatz an die Kassenzahnärzte weiterzuleiten haben.

Die Bestimmung des § 26 Abs 1 BMV-Z entspricht hinsichtlich der



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Leistungen des Zahnersatzes den Vorschriften der RVO; diese enthalten die Grundlage für die Regelung eines unmittelbaren Anspruchs der KZV gegen die Krankenkasse auf Gewährung des Zuschusses. Nach § 182 Abs 1 Ziff 1 Buchst d RVO idF des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes vom 27. Juni 1977 -KVKG- (BGBl I 1069) gewähren die Krankenkassen als Krankenhilfe Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz und Zahnkronen. Die Höhe der Zuschüsse bestimmt die Satzung; die Zuschüsse dürfen 80 % der Kosten nicht übersteigen; die Krankenkasse kann in besonderen Härtefällen den vom Versicherten zu zahlenden Restbetrag ganz oder teilweise übernehmen (§ 182c RVO). Schon im Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 2. November 1943 (AN 485) war geregelt, daß die Krankenkasse zu den Kosten für Zahnersatz, Zahnkronen und Stiftzähnen Zuschüsse gewähren oder die gesamten Kosten übernehmen konnte. Der 3. und der 6. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) haben dazu entschieden, die Zuschüsse seien Leistungen eigener Art mit teilweiser oder völliger Kostenerstattung an den Versicherten (BSGE 25, 116, 119; 35, 105, 107).

Aus diesen Entscheidungen ist nicht zu folgern, daß die RVO nur eine Geldleistung an den Versicherten regelt. Ein Zahlungsanspruch des Versicherten könnte allerdings nicht durch § 26 BMV-Z der KZV zugesprochen und durch Leistungen der Kasse an die KZV erfüllt werden. Zu einer solchen Überleitung eines Anspruchs des Versicherten auf den Zahnarzt oder die KZV bedürfte es einer gesetzlichen Regelung. Den Vorschriften der RVO ist statt dessen ein originärer Anspruch der KZV zu entnehmen. Dies ergibt sich aus dem System der kassenzahnärztlichen Versorgung. Nach § 368



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Abs 2 RVO idF des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (BGBl I 1881) umfaßt die kassenzahnärztliche Versorgung die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Die KZV hat nach § 368n Abs 1 RVO die den Krankenkassen obliegende kassenärztliche Versorgung in dem in § 368 Abs 2 RVO bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenzahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Wenn aber der gesetzliche Auftrag der KZV dahin geht, daß sie die Versorgung mit Zahnersatz sicherstellen und den Kassen gegenüber gewährleisten muß, dann muß ihr auch der von den Kassen für den Zahnersatz zu gewährende Zuschuß zustehen. Grundlage für den Anspruch des Kassenzahnarztes gegen die KZV auf Vergütung entsprechend dem Zuschuß ist dann der BMV-Z.

Der Anspruch des Klägers auf Vergütung der einzelnen Leistungen des Zahnersatzes hängt nicht vom Abschluß der Gesamtbehandlung ab. Wie der Senat entschieden hat, besteht eine solche Abhängigkeit nicht hinsichtlich des Anspruchs der KZV gegen die Ersatzkassen (BSG SozR 2200 § 182c RVO Nr 5). Auch der Kassenzahnarzt kann die Vergütung von Teilleistungen dem Grund nach verlangen, wenn der Abbruch der Behandlung nicht darauf beruht, daß er selbst seine Pflichten als Kassenzahnarzt verletzt hat. Für eine Pflichtverletzung des Klägers besteht nach den Feststellungen des LSG kein Anhaltspunkt.

Der Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Vergütung der



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

streitigen Teilleistungen ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Beigeladene den Zuschuß von der Eingliederung des Zahnersatzes innerhalb von sechs Monaten abhängig gemacht hat. Nach § 26 Abs 1 Satz 1 Halbs 2 BMV-Z obliegt der Krankenkasse die Zahlungsverpflichtung für Zahnersatz und Zahnkronen allerdings nur insoweit, als sie Zuschüsse gewährt oder die gesamten Kosten übernommen hat. Die Bestimmung besagt aber nicht, daß die Verpflichtung der Kasse gegenüber der KZV und damit möglicherweise mittelbar auch deren Verpflichtung gegenüber dem Kassenzahnarzt durch die Zusage des Zuschusses im Einzelfall begründet wird und in dieser Zusage beliebig eingeschränkt werden könnte. Die Krankenkasse ist nach § 182 Abs 1 Ziff 1 Buchst d RVO zur Gewährung von Zuschüssen für Zahnersatz und Zahnkronen dem Grunde nach verpflichtet. Nach § 182d RVO wird die Höhe des Zuschusses durch die Satzung bestimmt. Die einzelne Kasse bestimmt nach diesen Vorschriften nur die Höhe ihrer Leistung. Dagegen ist die Abrechnungsfähigkeit, um die es im vorliegenden Fall geht, im Bema geregelt. Der Vermerk der Krankenkasse auf dem Heil- und Kostenplan, sie gewähre den Zuschuß unter der Voraussetzung, daß der Zahnersatz innerhalb von sechs Monaten in der vorgesehenen Weise eingegliedert werde, kann allenfalls Bedeutung für solche Fälle erlangen, in denen die Behandlung über sechs Monate hinweg andauert; er kann unter Umständen den Zahnarzt zwingen, solche Fälle anzuzeigen und die Verzögerung zu begründen. In erster Linie will der Vermerk aber die Zahnärzte in die Pflicht nehmen und unwirtschaftliche Verzögerungen verhindern (BSG SozR 2200 § 182c RVO Nr 5).



Die Abrechnungsfähigkeit der streitigen Teilleistung nach den Heil- und Kostenplänen vom 7. April 1978 als Grundlage für den Vergütungsanspruch des Klägers ergibt sich aus der Regelung der Nr 93a Bema. Gemäß § 368g Abs 4 Satz 2 RVO idF des KVKG bestimmt der Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen. Die einheitlichen Bewertungsmaßstäbe waren gemäß Art 2 § 9 KVKG erstmalig bis zum 1. Juli 1978 aufzustellen. Für die kassenzahnärztliche Versorgung war aber schon vorher ein Bewertungsmaßstab vereinbart worden, in dem auch bereits mit Wirkung vom 1. Januar 1975 als Teil 5 Gebühren für Kronen, Brücken und herausnehmbare Prothesen geregelt waren. Seither ist in Nr 93a Bema die Abrechnungsfähigkeit von Teilleistungen nach den Nrn 91 und 92 bei nicht vollendeten Leistungen bestimmt (Liebold/Fehre Bema-Z Kommentar 21. Erg.Lfg. Januar 1975 S III/341).

Diese Bestimmung der Abrechnungsfähigkeit im Bema schlägt auf den Honoraranspruch des Klägers durch. Soweit es um die Abrechnungsfähigkeit geht, ist eine Teilverbindlichkeit des Bema auch für die Verteilung der Zahlungen der Kassen an die Kassenzahnärzte anzunehmen. Für den Rechtszustand nach dem KVKG ergibt sich dies aus § 368g Abs 4 Satz 2 RVO idF des KVKG, wonach der Bewertungsmaßstab den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen bestimmt (Matzke/Schirmer BKK 1978, 273, 280). Diese Wirkung hat der Bema bereits im Frühjahr 1978 und trotz der Regelung des § 26 Abs 3 Satz 2 BMV-Z auch bei Leistungen des Zahnersatzes entfaltet (Liebold Der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte Kommentar 12. und 13. Erg.Lfg. Januar 1975, Januar 1977 § 26 Anm 3 und 4). Nach



§ 26 Abs 3 Satz 1 BMV-Z idF der 5. Änderungsvereinbarung vom 13. Dezember 1974 (ZM 1975, 93) erfolgt die Bewertung und Abrechnung der dort in Buchst a bis d genannten Leistungen nach dem als Anlage A zum BMV-Z vereinbarten Bewertungsmaßstab. Hinsichtlich der in Buchst a bis d genannten Leistungen ist dieser Bewertungsmaßstab auch Grundlage für die Verteilung der Gesamtvergütung (Satz 2). Damit werden allerdings nach dem Wortlaut die Leistungen des Zahnersatzes und der Zahnkronen gemäß Satz 1 Buchst e nicht erfaßt. Die Leistungen des Zahnersatzes und der Zahnkronen sollten aber insoweit nicht grundsätzlich anders behandelt werden als die übrigen Leistungen. Vielmehr betrifft die Herausnahme der Leistungen nach Absatz 3 Buchst e aus der Bestimmung des Satzes 2 nur die Abwicklung, die allerdings anders geregelt sein muß als bei den Leistungen nach § 26 Abs 3 Satz 1 Buchst a bis d BMV-Z. Grundsätzlich ist auch hinsichtlich der Leistungen des Zahnersatzes und der Zahnkronen der Bema Grundlage für die Verteilung der von der Krankenkasse an die KZV zu zahlenden Vergütung (Liebold aaO § 26 Anm 4).

Die Beigeladene wendet gegen den Anspruch des Klägers auf der Grundlage der Nr 93a Bema zu Unrecht ein, dem Anspruch stehe die gemeinsame Auffassung Nr 45 der technischen Kommission Bayerns entgegen. Selbst wenn es sich dabei - wie die Beigeladene meint - um eine vertragliche Regelung handelt, konnte die Beklagte mit den Landesverbänden der Krankenkassen jedenfalls durch eine solche Regelung keinen auf der RVO und dem Bema beruhenden Anspruch des Klägers ausschließen. Der Bema ist Bestandteil des BMV-Z und bestimmt daher gemäß § 368g Abs 4 RVO den Inhalt der Gesamtver-



träge. Deren Partner sind nicht befugt, sich über den Bema hinwegzusetzen.

Bei dieser Rechtslage ist die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs unerheblich. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Auslegung der gemeinsamen Auffassung Nr 45 durch das LSG zutrifft oder die Einwendungen dagegen gerechtfertigt sind. Wie auch die gemeinsame Auffassung der technischen Kommission Bayerns zu verstehen ist, sie kann jedenfalls einen auf der RVO und dem Bema gestützten Anspruch nicht wirksam ausschließen.

Die Revision ist aus allen diesen Gründen mit der Kostenfolge gemäß § 193 SGG zurückzuweisen.



JLaw – Gesetze und Urteile

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)