

Bundessozialgericht

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az.: 6 RKa 74/91

Verkündet am
8. April 1992

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte :,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Hannover 1, Berliner Allee 22,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

1. AOK-Landesverband Niedersachsen,
Hannover 81, Kolumbusstraße 2,
2. Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen,
Hannover 1, Hamburger Allee 61,
3. IKK-Landesverband Niedersachsen,
Hannover 61, Anderter Straße 49,
4. Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse,
Hannover 1, Im Haspelfelde 24,
5. Bundesknappschaft,
Bochum, Königsallee 175,
6. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Köln 41, Herbert-Lewin-Straße 3,



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

8. AOK-Bundesverband,
Bonn 2, Kortrijker Straße 1,
9. Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Essen 1, Kronprinzenstraße 6,
10. Bundesverband der Innungskrankenkassen,
Bergisch-Gladbach, Kölner Straße 1-5,
11. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
Kassel 1, Weißensteinstraße 72.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 8. April 1992 durch den Vorsitzenden Richter **F u n k**, die Richter **Dr. E n g e l m a n n** und **S t e e g e** sowie die ehrenamtlichen Richter **Dr. T h ä l e** und **Prof. Dr. S e n n e** für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 25. September 1991 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Der Kläger begehrt eine höhere Vergütung für die von ihm in den Quartalen IV/1987 bis III/1988 im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes (NFD) erbrachten Besuchsleistungen.

Im Zuständigkeitsbereich der Bezirksstelle Hannover der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Niedersachsen besteht ein organisierter NFD, zu dem neben den niedergelassenen Kassen- und Vertragsärzten auch Nichtkassenärzte herangezogen werden. Die von diesen ausgeführten Krankenbesuche werden



entsprechend den vertraglichen Bestimmungen zu Abschnitt B II des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) und der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) ausschließlich nach den Gebührennummern 25 und 27 (früher 28) BMÄ/E-GO vergütet, während für Kassen- und Vertragsärzte das abgestufte Vergütungssystem nach Nrn 25 bis 30 BMÄ/E-GO mit höheren Gebühren insbesondere bei Nacht- und Wochenendbesuchen zur Anwendung kommt.

Der Kläger, der eine Approbation als Arzt und als Zahnarzt besitzt, nahm in den genannten Quartalen als Nichtkassenarzt am NFD im Landkreis Hannover teil. Seine Heranziehung erfolgte auf der Grundlage einer schriftlichen Verpflichtungserklärung, mit der er die für die kassenärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen als für sich verbindlich anerkannte. Für die im Rahmen des NFD erbrachten Besuchsleistungen berechnete der Kläger bestimmungsgemäß die Nrn 25 und 28 BMÄ/E-GO. Einen der Abrechnung für das 4. Quartal 1987 zunächst beigefügten Vorbehalt, der sich auf die Rechtmäßigkeit der Vergütungsregelung bezog, ließ er wieder fallen, nachdem die Beklagte angekündigt hatte, daß sie ihn andernfalls bei der Einteilung zum NFD nicht mehr berücksichtigen könne.

Im Juni 1988 hat der Kläger beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage auf höhere Vergütung erhoben. Während des Prozesses hat er nachträglich Widerspruch gegen die streitigen Honorarabrechnungen eingelegt, den die Beklagte mit Bescheid vom 11. Mai 1989 zurückgewiesen hat. Das SG hat durch Urteil vom 25. September 1991 den Widerspruchsbescheid aufgehoben und unter Abänderung "der zugrundeliegenden Verwaltungsentscheidungen" die Beklagte verurteilt, die vom Kläger in den Quartalen IV/87 bis III/88 im Rahmen des organisierten NFD durchgeführten Besuche nach denselben Gebührensätzen wie bei niedergelassenen Kassen- und Vertragsärzten zu vergüten. Es hat ein Rechtsschutzbedürfnis für die Klage bejaht. Soweit der Kläger die für die kassenärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen als für sich verbindlich anerkannt habe, sei dies unter dem – stillschweigenden – Vorbehalt der Rechtsgültigkeit dieser Vorschriften erfolgt. In der Sache verstießen die für die Besuchstätigkeit von Nichtkassenärzten geltenden Vergütungsbestimmungen gegen höherrangiges Recht. Den Partnern des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) und des



Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV) fehle die Kompetenz zu Eingriffen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Jedenfalls sei die unterschiedliche Honorierung ein und derselben Leistung bei Kassenärzten einerseits und Nichtkassenärzten andererseits mit dem Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs 1 Grundgesetz (GG) nicht vereinbar.

Gegen das Urteil hat die Beklagte mit Zustimmung des Klägers die vom SG zugelassene Sprungrevision eingelegt. Sie rügt – ebenso wie die Beigeladene zu 7), die ihre zunächst eingelegte Revision wieder zurückgenommen hat, – eine Verletzung der vertraglichen Bestimmungen zu Abschnitt B II BMÄ/E-GO sowie des Art 3 Abs 1 GG. Die Differenzierung zwischen Kassenärzten und sonstigen Ärzten bei den Besuchsleistungen rechtfertige sich aus der unterschiedlichen Kostenbelastung. Die niedergelassenen Ärzte hätten nicht nur ihre Praxiskosten zu tragen, sondern müßten in der Regel auch die Mittel für den NFD durch finanzielle Beiträge selbst aufbringen. Hinzu komme, daß sie durch die Wahrnehmung des Dienstes neben der laufenden Praxistätigkeit im allgemeinen stärker belastet würden als andere Ärzte.

Die Beklagte und die Beigeladene zu 7) beantragen,
unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Hannover vom
25. September 1991 die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die vorgetragenen Argumente könnten die unterschiedliche Vergütung nicht rechtfertigen. Praxiskosten spielten für die Tätigkeit im organisierten NFD keine Rolle, da auch die Kassenärzte ihren Dienst von der Einsatzzentrale aus verrichteten. Zur Finanzierung des NFD habe er durch Abführung von Wegepauschalen und Honoraranteilen in gleicher Weise beigetragen wie seine niedergelassenen Kollegen. Auch in der Arbeitsbelastung habe es keine Unterschiede gegeben.

Die Beigeladenen zu 1) bis 6) und 8) bis 11) haben förmliche Anträge nicht gestellt.



II

Die Sprungrevision der Beklagten ist zulässig und begründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf höhere Vergütung der umstrittenen Besuchsleistungen.

Tenor und Gründe des angefochtenen Urteils lassen erkennen, daß das SG in den Honorarabrechnungen der Beklagten Verwaltungsakte gesehen und deshalb eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 4 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) als zutreffende Klageart angenommen hat. Hierfür scheint zu sprechen, daß die Beklagte dem Kläger auf dessen Einwendungen hin einen Widerspruchsbescheid erteilt und damit zumindest formal den Eindruck einer hoheitlichen Regelungsbefugnis erweckt hat. Dies reicht für die Zulässigkeit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage aus.

Allerdings legen die vom SG getroffenen Feststellungen eher die Annahme nahe, daß die Teilnahme am NFD auf vertraglicher Grundlage erfolgt und die Beklagte demzufolge nicht befugt gewesen ist, ihre Rechtsbeziehungen zum Kläger durch Verwaltungsakt zu regeln. Die Einbeziehung von Nichtkassenärzten geschah danach im Bereich der Bezirksstelle Hannover in der Weise, daß die Interessenten eine schriftliche Erklärung abgaben, in der sie sich bereit erklärten, am NFD teilzunehmen, eine Haftpflichtversicherung abzuschließen und die für die kassenärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen als verbindlich anzuerkennen. Auf der Grundlage dieser Verpflichtungserklärung nahm die Beklagte den jeweiligen Arzt in eine Liste auf und teilte ihn zum NFD ein. Kam er seiner dienstplanmäßigen Verpflichtung nicht nach, so konnte er aus der Liste der freiwillig am NFD teilnehmenden Ärzte gestrichen werden. Ein formeller Zulassungs- oder Berechtigungsakt, vergleichbar etwa der Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung, wie er in anderen KÄV-Bezirken praktiziert wurde (vgl dazu das heutige Urteil des Senats in der Sache 6 RKa 24/90), wird in der angefochtenen Entscheidung nicht erwähnt. Der für die Organisation des NFD maßgebenden gemeinsamen Notfalldienstordnung der Landesärztekammer Niedersachsen und der Beklagten vom 4. August 1983, auf die der Senat, wiewohl nicht revisibles Recht, für die Auslegung zurückgreifen kann, da sie vom SG nicht berücksichtigt worden ist (vgl BSGE 62, 131, 133 = SozR 4100 § 141b Nr 40 mwN), kann nicht entnommen werden, daß die Entscheidung über die Heranziehung von Nichtkassenärzten zum NFD zwingend in der Form einer hoheitlichen Regelung, also durch Verwaltungsakt, zu erfolgen hat. Auch allgemeine verwaltungsrechtliche Grundsätze erfordern dies nicht, da weder auf die Heranziehung als solche noch auf eine



bestimmte Gestaltung des Beteiligungsverhältnisses ein Rechtsanspruch besteht. Bei dieser Sachlage spricht die vom SG festgestellte Verfahrensweise dafür, daß Grundlage der Tätigkeit des Klägers als Notfallarzt nicht ein einseitiger Rechtsakt der Beklagten, sondern eine vertragliche Vereinbarung gewesen ist. Wird eine solche öffentlich-rechtliche Vereinbarung unterstellt, in welcher der Kläger sich zur Teilnahme am NFD im Wege selbständiger Nebentätigkeit verpflichtet hat, so kann er mit seinem Begehren schon deshalb nicht durchdringen, weil er die mit der Beklagten vereinbarte Vergütung erhalten hat und für einen Anspruch über das vertraglich Geschuldete hinaus keine Grundlage besteht.

Für eine eindeutige Beurteilung in dem vorgenannten Sinne reichen freilich die vom SG getroffenen Feststellungen nicht aus. Da auch die im angefochtenen Urteil in Bezug genommenen Verwaltungsakten, die erst mit der Honorarabrechnung für das 4. Quartal 1987 beginnen, keinen endgültigen Aufschluß über die Natur der zwischen dem Kläger und der Beklagten bestehenden Rechtsbeziehungen geben, bleibt die genaue Rechtsgrundlage für das Klagebegehren ungeklärt. Von einer Zurückverweisung der Sache zur Nachholung der erforderlichen Feststellungen hat der Senat gleichwohl abgesehen, da der Klage auch bei einer Einbeziehung in den NFD kraft hoheitlichen Zulassungsakts kein Erfolg beschieden sein könnte. Die Beklagte war gehalten, die vom Kläger im Rahmen des organisierten NFD erbrachten Besuchsleistungen unter Beachtung der von den Partnern des BMV-Ä bzw des EKV vereinbarten ergänzenden vertraglichen Bestimmungen zu Abschnitt B II BMÄ/E-GO zu vergüten. Diese Bestimmung lautete in dem hier maßgeblichen Zeitraum wie folgt:

Besuche im Rahmen des organisierten Notfalldienstes sind bei Tage nach Nr 25 und bei Nacht – bestellt und ausgeführt zwischen 20.00 und 8.00 Uhr – nach Nr 28 zu berechnen, wenn der Notfalldienst nicht von einem niedergelassenen Kassenarzt (Vertragsarzt) oder dessen persönlichem Vertreter wahrgenommen wird.

Die vertragliche Ergänzung ist rechtmäßig. Ihrer Rechtsnatur nach handelt es sich um den Bestandteil eines öffentlich-rechtlichen Vertrages iS des § 53 Abs 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), da durch ihn ein Rechtsverhältnis auf dem Gebiet des – öffentlich-rechtlichen – Kassenarztrechts, zu dem auch die Vergütung von Notfallbehandlungen durch Nichtkassenärzte zählt (BSG SozR 2200 § 368g Nr 5 S 6), gestaltet wird. Die Berechtigung der Vertragspartner zum Abschluß einer derartigen Vereinbarung ergab sich nach dem damals geltenden Recht aus § 368g Abs 3 iVm Abs 4 Reichsversicherungsordnung



(RVO alte Fassung <aF>; vgl jetzt: § 82 Abs 1 Satz 1, § 87 Abs 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch <SGB V>). Danach vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge in Mantelverträgen (Bundesmantelverträgen). Als deren Bestandteil vereinbaren die Vertragspartner durch die Bewertungsausschüsse einen EBM für ärztliche Leistungen (§ 368g Abs 4 Satz 1 RVO aF; jetzt: § 87 Abs 1 Satz 1, Abs 3 SGB V). Der EBM ist Grundlage sowohl des BMÄ als auch der E-GO. Die streitige vertragliche Bestimmung ergänzt die Regelungen des BMÄ bzw der E-GO. Bedenken gegen die Befugnis der Partner des BMV-Ä, vertragliche Ergänzungen des BMÄ zu vereinbaren, die die Vergütung von Nichtkassenärzten zum Inhalt haben, bestehen nicht. Hierdurch wird die Kompetenz des Bewertungsausschusses zur Bewertung kassenärztlicher Leistungen nicht berührt.

Die streitige vertragliche Ergänzung hat nicht nur obligatorischen Charakter, sondern normative Wirkung. Sie bindet nicht allein die jeweiligen Vertragspartner. Sie ist vielmehr auch für Dritte, hier den Kläger als einen in das kassenärztliche (und vertragsärztliche) Versorgungssystem einbezogenen Nichtkassenarzt, unmittelbar verbindlich. Es handelt sich insoweit um einen Normsetzungsvertrag (dazu mwN: I. Ebsen, VSSR 1990, S 57, 65), aufgrund dessen der Anspruch des Klägers auf Vergütung seiner im organisierten NFD erbrachten Besuchsleistungen unmittelbar geregelt wird. Die genannte Ergänzung erweist sich, bezogen auf das zwischen den Vertragspartnern bestehende Rechtsverhältnis, weder als nichtig gemäß § 58 SGB X noch als rechtswidrig. Wegen ihres normativen Charakters bedurfte es – anders als bei rein obligatorischen Verträgen – zu ihrer Wirksamkeit auch nicht der schriftlichen Zustimmung der Dritten (§ 57 Abs 1 SGB X), in deren Rechte sie eingreifen könnte.

Die vertragliche Ergänzung ist insbesondere nicht verfassungswidrig. Die in ihr getroffene Vergütungsregelung, die aufgrund eines Gesetzes (§ 368g Abs 3 iVm Abs 4 RVO aF) erfolgte, stellt sich als zulässige Berufsausübungsregelung iS des Art 12 Abs 1 GG dar.

Entgegen der Auffassung des SG liegt auch eine Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art 3 Abs 1 GG), nach dem alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, nicht vor. Eine Regelung verstößt erst dann gegen den Gleichheitssatz, wenn sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonstwie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung nicht



finden läßt, die Bestimmung also als willkürlich bezeichnet werden muß (BVerfGE 1, 14, 52; 61, 138, 147). Demzufolge liegt ein Verstoß gegen dieses Grundrecht vor allem vor, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen könnten (vgl zB BVerfGE 55, 72, 88 ff; 82, 126, 146, mwN). Welche Sachverhaltselemente so wichtig sind, daß ihre Verschiedenheit eine Ungleichbehandlung rechtfertigt, entscheidet regelmäßig der Normgeber selbst. Er kann grundsätzlich die Sachverhalte auswählen, an die er dieselbe Rechtsfolge knüpfen will. Sein Spielraum endet erst dort, wo die gleiche oder ungleiche Behandlung der geregelten Sachverhalte evidentermaßen nicht mehr mit einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten sachgerechten Betrachtungsweise vereinbar ist (BVerfGE 71, 39, 58; 71, 255, 271).

Bei der vom Kläger beanstandeten niedrigeren Festsetzung der Vergütung allein für die von Nichtkassenärzten im Rahmen des organisierten NFD erbrachten Besuchsleistungen fehlt es schon in wesentlicher Hinsicht an der Vergleichbarkeit der geregelten Sachverhalte. In der vertraglichen Ergänzung des BMÄ und der E-GO wird für die Anwendung von Gebührenpositionen, die sich auf Besuchsleistungen beziehen, danach unterschieden, ob die Leistungen von einem Kassenarzt oder einem Nichtkassenarzt erbracht worden sind. Dieses Sachverhaltselement ist von so maßgeblicher Bedeutung, daß es bezüglich der Vergütung der Besuchsleistungen eine differenzierende Bewertung zuläßt. Das ergibt sich aus folgendem:

Der – grundsätzlich zur Teilnahme am ärztlichen NFD verpflichtete – Kassenarzt hat Anspruch auf Vergütung seiner insoweit erbrachten Leistungen unter Zugrundelegung des EBM als Bestandteil des BMV-Ä. Der EBM regelt neben anderem das wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis der Leistungen zueinander (§ 368g Abs 4 Satz 2 RVO aF, § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V), wobei auch durch den EBM die angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen (§ 368g Abs 1 letzter Halbsatz RVO aF, § 72 Abs 2 letzter Halbsatz SGB V) sicherzustellen ist. In die Bewertungen des EBM fließen neben der Vergütung des zeitlichen Aufwandes des Arztes, dem Wert seiner persönlichen Dienstleistung also, alle Kosten mit ein, die bei einem als Kassenarzt tätigen Arzt durch das Führen einer Kassenarztpraxis bei generalisierender Betrachtung anfallen (vgl



§ 368f Abs 3 Satz 2 RVO aF, wonach bei der Veränderung der Gesamtvergütungen ua die zu erwartende Entwicklung der Praxiskosten, der für kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit und Art und Umfang der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen sind; s nunmehr § 85 Abs 3 SGB V). Gemeint ist der erforderliche Sach- und Personalaufwand einer Praxis, der mit dem Begriff Praxisvorhaltekosten umschrieben wird (vgl Allgemeine Bestimmungen BMÄ und E-GO, A 2; zu diesem Gesichtspunkt s bereits Urteil des Senats vom 27. Oktober 1987 - 6 RKa 60/86 - SozR 2200 § 368d Nr 6 S 16). Wegen der notwendigen Generalisierung und Pauschalisierung der Vergütungsregelung ist es für den Vergütungsanspruch des Kassenarztes ohne Belang, ob bei der einzelnen erbrachten Leistung überhaupt Praxisvorhaltekosten entstanden sind und/oder ob die im Einzelfall anfallenden Kosten höher oder niedriger sind, als ihr durch den EBM bestimmtes Punkteverhältnis es besagt. MaW, sofern der Kassenarzt im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung Leistungen erbringt, erwächst sein Vergütungsanspruch auf der Grundlage des EBM, der bei der Bewertung der Leistungen die generell anfallenden Praxisvorhaltekosten mitzuberechnen hat. Entsprechendes gilt für die vertragsärztliche Tätigkeit. Hinzu tritt ein weiterer Gesichtspunkt. Der Kassen- und Vertragsarzt übt diesen Beruf in aller Regel hauptberuflich und ausschließlich aus. Er bildet die Haupterwerbsquelle des Kassen- und Vertragsarztes. Die Vergütung aus Behandlungen von Privatpatienten ist im Vergleich hierzu zu vernachlässigen. Auch diesem Umstand haben die Bewertungen der Leistungen im EBM Rechnung zu tragen.

Anders stellt sich demgegenüber die Situation des - nicht niedergelassenen - Nichtkassenarztes dar, der regelmäßig auf freiwilliger Basis und im Wege der Nebentätigkeit am organisierten NFD teilnimmt. Anlaß und Maßstab seiner Vergütung ist ausschließlich die persönliche Dienstleistung, die er erbringt. Praxisvorhaltekosten oder diesen vergleichbare Kosten fallen bei ihm dagegen nicht an. Bei der Festsetzung seiner Vergütung konnten die Vertragspartner der vertraglichen Ergänzung auch berücksichtigen, daß das Honorar für die NFD-Leistung nicht integraler Bestandteil der "angemessenen" Vergütung eines Kassen- bzw Vertragsarztes ist, sondern sich als zusätzliches Erwerbseinkommen für eine auf freiwilliger Grundlage und nebenberuflich ausgeübte ärztliche Tätigkeit darstellt.

Schon im Hinblick auf die aufgezeigten, in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht bestehenden Unterschiede zwischen der Situation des am NFD teilnehmenden Kassenarztes einerseits und der eines nicht niedergelassenen Nichtkassenarztes



andererseits ist eine unterschiedliche Vergütung der von Kassen- und Nichtkassenärzten im Rahmen des NFD erbrachten Leistungen sachlich gerechtfertigt (vgl. hierzu schon das Urteil des Senats vom 27. Oktober 1987 – SozR 2200 § 368d Nr 6). Ob diese Gesichtspunkte auch eine im Verhältnis zu Kassenärzten niedrigere Vergütung von niedergelassenen Nichtkassenärzten tragen würden, mag zweifelhaft sein, war aber hier nicht zu entscheiden.

Anhaltspunkte dafür, daß die Vertragspartner des BMÄ und der E-GO die Vergütung von Besuchsleistungen, die von nicht niedergelassenen Nichtkassenärzten im Rahmen des organisierten NFD erbracht werden, mißbräuchlich so niedrig festgesetzt haben, daß sie sich nicht als angemessenes Entgelt für die erbrachte persönliche Dienstleistung darstellt, sind angesichts der vom Kläger aus seiner Nebentätigkeit in den Quartalen IV/1987 bis III/1988 erzielten Honorare nicht ersichtlich.

Da die aufgezeigten Erwägungen für sich allein schon die Differenzierung in der vertraglichen Ergänzung zu Abschnitt B II "Besuche" des BMÄ und der E-GO rechtfertigen, kann der Senat dahinstehen lassen, inwieweit die weiteren von der Beklagten angeführten Gesichtspunkte die Differenzierung ebenfalls zu begründen vermögen.

Nach allem war auf die Revision der Beklagten das Urteil des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)