

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 1 RK 20/95

.....,

Klägerin, Revisionsklägerin und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

AOK Die Gesundheitskasse für Hamburg,
Hamburg, Pappelallee 22-26,

Beklagte, Revisionsbeklagte und
Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 23. April 1996 durch den Präsidenten v o n W u l f f e n,
die Richter K u m m e r und Dr. D r e h e r sowie die ehrenamtlichen Richter L e i n g ä r t n e r und B a r t s c h für Recht erkannt:

Die Revisionen der Klägerin und der Beklagten gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 27. Juni 1995 werden zurückgewiesen.



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



Die Beklagte hat der Klägerin ein Siebtel der außergerichtlichen Kosten auch des Revisionsverfahrens zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darum, ob die Beklagte die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt zu tragen hat.

Die Klägerin ist Mitglied der beklagten Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK). Sie befindet sich wegen einer Alkoholerkrankung seit Anfang 1982 im Psychiatrischen Krankenhaus R . Im Rahmen einer Vereinbarung mit der Stadt Hamburg als Sozialhilfeträger (sog Kostenteilungsabkommen - KTA) trug die Beklagte die Krankenhauskosten, ohne die Notwendigkeit von Krankenhauspflege iS der gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen. Im Anschluß an die Kündigung des KTA wurde im Oktober 1991 festgelegt, den Krankenhausaufenthalt der Klägerin nur noch bis zum 30. Juni 1991 nach dem KTA abzurechnen. Davon erhielt der Mitvormund (jetzt: Mitbetreuer) der Klägerin durch den Krankenhausträger am 29. November 1991 Kenntnis. Die von der Beklagten nicht übernommenen Kosten stellte der Krankenhausträger der Klägerin in Rechnung.

Mit Bescheid vom 24. März 1992 lehnte die Beklagte ihre Leistungspflicht über den 30. Juni 1991 hinaus ab. Während des Klageverfahrens holten die Beteiligten das Widerspruchsverfahren nach (Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 1993). Das Sozialgericht (SG) hat die auf Kostentragung und Erstattung bereits gezahlter Beträge gerichtete Anfechtungs- und Leistungsklage mit Urteil vom 8. Februar 1994 abgewiesen.

Auf die Berufung der Klägerin hat das Landessozialgericht (LSG) die Vorentscheidungen abgeändert und die Beklagte zur Kostenerstattung hinsichtlich des Krankenhausaufenthalts vom 1. Juli bis 29. November 1991 verurteilt; die darüber hinausgehende Berufung hat es zurückgewiesen (Urteil vom 27. Juni 1995). Zur Begründung hat es ua ausgeführt: Über den 30. Juni 1991 hinaus habe mangels Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit kein Anspruch auf Krankenhauspflege bestanden. Trotzdem sei die Beklagte aus dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes verpflichtet gewesen, die einmal übernommene Krankenhauspflege bis zur Benachrichtigung des Versicherten bzw seines gesetzlichen Vertreters weiterzugewähren. Die zeitliche Beschränkung der Kostenzusage gegenüber dem Krankenhausträger habe gegenüber dem Versicherten keine Bedeutung. Darüber hinaus könne die Klage keinen Erfolg haben, denn ein Bescheid über die Bewilligung von Krankenhauspflege sei nicht erforderlich und auch tatsächlich nicht ergangen.

Beide Beteiligten haben Revision eingelegt.



Die Beklagte rügt eine Verletzung des § 39 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Der Anspruch auf Übernahme von Krankenhauskosten könne nicht mit dem Vertrauensschutz des Versicherten begründet werden. Im Unterschied zu den vom LSG herangezogenen Rechtsprechungsfällen habe bei der Klägerin keine Krankenhauspflegebedürftigkeit vorgelegen, die nunmehr weggefallen sei. Vielmehr sei die Krankenhauspflegebedürftigkeit wegen des KTA vor dem jetzt fraglichen Zeitraum niemals geprüft worden. Das Vertrauen in das Vorliegen von Krankenhauspflegebedürftigkeit sei durch die tatsächliche Leistungsgewährung deshalb nicht begründet. Eine Leistungsbewilligung liege nicht vor, denn die Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus könne nicht als solche aufgefaßt werden. Das Krankenhaus sei über den Wegfall des KTA unterrichtet gewesen. Wenn es die Mitteilung an die Patienten pflichtwidrig unterlassen habe, könne daraus kein Anspruch gegen die Krankenkasse abgeleitet werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des LSG vom 27. Juni 1995 abzuändern und die Berufung in vollem Umfang sowie die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision der Beklagten zurückzuweisen, ferner das Urteil des LSG vom 27. Juni 1995 abzuändern, das Urteil des SG vom 8. Februar 1994 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide zu verurteilen, die Kosten für die Behandlung im Krankenhaus R auch über den 29. November 1991 hinaus zu tragen.

Die Klägerin rügt eine Verletzung der §§ 45, 24 des Zehnten Buchs Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren (SGB X). Die Gewährung von Krankenhauspflege habe auf einer Bewilligungsentscheidung durch schlüssiges Verhalten beruht, von dem sie, die Klägerin, dadurch erfahren habe, daß ihr vom Krankenhaus keine Kosten in Rechnung gestellt worden seien. Daran sei die Beklagte bis zur formalen Aufhebung gebunden. Selbst wenn eine solche unterstellt werde, sei die Beklagte ihrer Anhörungspflicht nicht nachgekommen. Denn auch im Widerspruchsbescheid seien die entscheidungserheblichen Tatsachen, die zur Annahme eines Pflegefalls geführt hätten, nicht mitgeteilt.

II

Die Revisionen der Beklagten und der Klägerin sind unbegründet.



Die Klage ist auf Gewährung von Krankenhauspflege bzw auf Kostenerstattung gerichtet und als Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs 4 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig. Die Klägerin behauptet einen Anspruch aus einem bindenden Bewilligungsbescheid. Wenn der diesen Anspruch verneinende angefochtene Bescheid als Aufhebungsbescheid auszulegen wäre, könnte er allerdings nur mit der Anfechtungsklage anzugreifen sein (vgl BSGE 59, 227, 228f = SozR 4100 § 134 Nr 29 S 78f mwN). Der Klägerin muß es aber erlaubt sein, diese (ihr ungünstige) Auslegung gerichtlich überprüfen zu lassen und diejenige Klageart zu wählen, die auch bei einer ihr günstigen Auslegung die Rechtsverfolgung nicht an verfahrensrechtlichen Hürden scheitern läßt (im Ergebnis ebenso: BSGE 63, 107, 108 = SozR 1300 § 47 Nr 2 S 2f; vgl auch BSG vom 18. Januar 1996 - 1 RK 22/95, zur Veröffentlichung bestimmt, mwN).

Das LSG hat im Ergebnis zutreffend entschieden, daß - im Verhältnis zur Klägerin - die Beklagte für die vom 1. Juli bis 29. November 1991 entstandenen Krankenhauspflegekosten aufzukommen hat. Ob das auch im Verhältnis zum Krankenhausträger gilt, hat der Senat hier nicht zu entscheiden. Auch kommt es insoweit nicht darauf an, ob die in § 39 Abs 1 SGB V genannten Voraussetzungen für die Gewährung von Krankenhausbehandlung erfüllt sind. Jedenfalls hat der Leistungserbringer (das Krankenhaus) das in § 39 Abs 1 SGB V enthaltene Rahmenrecht zu Gunsten der Klägerin konkretisiert und den daraus entstehenden Anspruch zu Lasten der Beklagten erfüllt, so daß diese auf Grund des Sachleistungsprinzips verpflichtet ist, die Klägerin von den dadurch entstandenen Aufwendungen freizustellen.

Nach § 2 Abs 1 und 2 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die in den §§ 11 bis 68 SGB V genannten Leistungen in der Regel als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung. Die Krankenkasse gewährt die Leistungen nicht selbst, sondern bedient sich besonderer Leistungserbringer (vgl §§ 69 bis 139 SGB V). Welchen Inhalt der vom Gesetz zugesagte "Behandlungsanspruch" im einzelnen Leistungsfall tatsächlich hat, wird weder vom Gesetz noch von der Krankenkasse vorgegeben, sondern richtet sich nach den medizinischen Bedürfnissen des Erkrankten, über die der Behandler nach den Kriterien des § 70 SGB V zu entscheiden hat. Insofern geben die gesetzlichen Vorschriften dem Versicherten lediglich ein "Rahmenrecht". Der Anspruch auf Behandlung ist eines bestimmten Tuns oder Unterlassens entsteht in aller Regel erst im Laufe der Behandlung dadurch, daß der Leistungserbringer die nächsten Behandlungsschritte festlegt; nachträgliche Einwendungen gegen ihre Leistungspflicht kann die Krankenkasse - außer im Fall des Mißbrauchs durch den Versicherten - nur im Verhältnis zum Leistungserbringer geltend machen (zum Ganzen vgl BSGE 73, 271, 278ff = SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 16ff).

Für die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, die nach § 108 SGB V durch zugelassene Krankenhäuser zu erbringen ist, gilt grundsätzlich nichts anderes (aA



Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand: Mai 1995, § 39 SGB V RdNr 302, der dabei aber nur auf die Krankenhausaufnahme abstellt). Ebenso wenig wie die Maßnahmen der ambulanten sind diejenigen der stationären Behandlung im Gesetz näher konkretisiert. Die Krankenhausbehandlung wird - in der Regel - vom zugelassenen Vertragsarzt verordnet und vom zugelassenen Krankenhaus auf ihre Notwendigkeit überprüft (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Soweit der Versicherte bei der Einweisung darauf hingewiesen wird, daß die Entscheidung über die Leistungspflicht der Krankenkasse vorbehalten bleibt, mag fraglich sein, ob bereits durch die Einweisung ein Leistungsanspruch entsteht (verneinend BSG vom 11. Oktober 1988 - 3/8 RK 20/87 - USK 88157 unter Berufung auf § 20 Abs 4 des damals geltenden Bundesmantelvertrags-Ärzte <BMVÄ>; seit Oktober 1990 fehlt eine entsprechende Vertragsbestimmung, vgl zunächst § 22, jetzt § 26 BMV-Ä). Hinsichtlich der Einzelheiten der Behandlung ist die Krankenkasse jedoch im Verhältnis zum Versicherten grundsätzlich an die Entscheidungen des Krankenhauses gebunden; das gilt auch für die Dauer des stationären Aufenthalts, wenn der Versicherte die (weitere) Leistung als eine solche der Krankenkasse in Anspruch nimmt (vgl BSGE 70, 20, 23 = SozR 3-2500 § 39 Nr 1 S 4). Muß dem Versicherten nicht ausnahmsweise das fehlende Rahmenrecht bekannt sein (beispielsweise im Falle arglistiger Leistungerschleichung), können Einwendungen der Krankenkasse gegen die Fortsetzung der Behandlung den durch die bereits erbrachte Leistung konkretisierten und gleichzeitig erfüllten Anspruch des Versicherten nicht in Frage stellen. Künftige durch Konkretisierung seitens des Krankenhauses entstehende (Sach-)Leistungsansprüche kann die Krankenkasse nur dadurch verhindern, daß sie ihre Einwendungen dem Versicherten vor der Leistungserbringung mitteilt oder mitteilen läßt. Solange die Krankenkasse schweigt, werden die dem Versicherten erbrachten Leistungen grundsätzlich als von ihr erbracht angesehen; ob sie oder der Krankenträger letztlich dafür einzustehen hat, ist in deren Verhältnis zueinander (vgl BSGE 70, 20 = SozR 3-2500 § 39 Nr 1), nicht aber im Verhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse zu entscheiden (zur rechtsähnlichen Eintrittspflicht der Krankenkasse beim Verlust von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vgl BSGE 52, 254, 259f = SozR 2200 § 216 Nr 5 S 12f).

Der Anspruch, der in dieser Weise durch den Leistungserbringer begründet wird, ist entgegen der Auffassung der Beklagten kein Anspruch aus der Verletzung von Mitteilungspflichten (sozialrechtlicher Herstellungsanspruch) oder aus dem Vertrauen auf die Fortsetzung einer einmal gewährten Leistung (etwa nach dem Rechtsgedanken des § 50 Abs 2 iVm §§ 45, 48 SGB X; so möglicherweise aber Estelmann/Eicher, DOK 1992, 134, 144). Vielmehr ist der Krankenkasse die Sach- oder Dienstleistung deshalb zuzurechnen, weil der zugelassene Leistungserbringer im Rahmen des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt ist, mit Wirkung für die Krankenkasse die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu treffen und damit konkludent über den konkreten Leistungsanspruch zu entscheiden. Überschreitet er dabei die gesetzlich



gezogenen Grenzen, kann sich die Krankenkasse ebensowenig ihrer Leistungspflicht entziehen, wie wenn ihre Bediensteten rechtswidrig Ansprüche zuerkennen oder durch fehlerhaftes Verhalten Schäden verursachen (im Zivilrecht vgl §§ 31, 89; §§ 169 bis 173; § 278 BGB). Soweit die Leistungsvoraussetzungen im konkreten Fall nicht vorliegen, kann sich die Krankenkasse auf die mögliche Pflichtverletzung des Leistungserbringers nur diesem gegenüber berufen, es sei denn, der Versicherte konnte das Fehlen der Leistungsvoraussetzungen erkennen. Der Schutz des gutgläubigen Leistungsempfängers ist nicht auf die Beziehung zur Krankenkasse beschränkt: Auch der Krankenhausträger wird auf das Innenverhältnis zur Krankenkasse verwiesen, wenn er Leistungen erbringt, von denen der Versicherte annehmen darf, daß sie nach Maßgabe der entsprechenden Rahmenverträge mit der Krankenkasse abgerechnet werden (OLG Köln NJW 1990, 1537 unter Berufung auf BGHZ 89, 250, 261f).

Im Ergebnis folgt der Senat damit weitgehend der bereits vom LSG zitierten Entscheidung des Reichsversicherungsamts (RVA in AN 1942, 31, 33). Die materiell-rechtliche Auffassung des Senats unterscheidet sich von derjenigen des RVA nur insoweit, als der Versicherte den Einwand der Gewährung als Kassenleistung nicht nur der Forderung des Krankenhausträgers entgegenhalten, sondern mit dieser Begründung auch die entsprechende Freistellung von der Krankenkasse beanspruchen kann. Eine derartige Freistellung ist in der vom Senat für zulässig angesehenen und von der Klägerin auch erhobenen Leistungsklage enthalten, insbesondere wenn diese auf Kostenerstattung gerichtet ist.

Das LSG hat festgestellt, daß der Klägerin seit 1982 Krankenhausbehandlung gewährt wurde und daß ihr Mitvormund mit dem Wirkungskreis "Vermögensangelegenheiten" erst am 29. November 1991 die Mitteilung erhalten hat, für die Krankenhausbehandlung liege seit 1. Juli 1991 kein Rechtsgrund mehr vor. Bis zur Mitteilung muß die Fortsetzung der stationären Behandlung durch das Krankenhaus daher als Sachleistung der Beklagten aufgefaßt werden, von deren Kosten die Beklagte die Klägerin freizustellen hat (dafür auch Noftz in Hauck/Haines, Sozialgesetzbuch, Stand: Mai 1995, § 39 SGB V RdNr 147; Höfler in Kasseler Komm, Stand: April 1995, § 39 SGB V RdNr 36). Auf eine eventuelle frühere Kenntnis der entmündigten Klägerin kommt es nicht an (vgl §§ 1896, 1897 iVm § 1797 Abs 2, § 166 Abs 1 BGB). Anhaltspunkte für eine bösgläubige Inanspruchnahme liegen nicht vor und sind von der Beklagten nicht behauptet. Daher ist die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Auch die Revision der Klägerin ist unbegründet, denn das LSG hat zu Recht entschieden, daß ihr Ansprüche gegen die Beklagte über den 29. November 1991 hinaus nicht zustehen. Bedenken gegen die Zulässigkeit der Revision bestehen nicht. Zwar erfaßt die Begründung des LSG für die Zulassung der Revision nur die Revision der Beklagten; wenn jedoch im Urteilstenor die Revision unbeschränkt zugelassen wird, kann aus der



unvollständigen Begründung nicht auf eine nur teilweise Zulassung geschlossen werden (vgl. BSG vom 15. November 1995 - 6 RKa 58/94, zur Veröffentlichung bestimmt; Meyer-Ladewig, SGG 5. Aufl., § 160 RdNr 28).

Auf Grund der Benachrichtigung des Mitvormunds der Klägerin am 29. November 1991 ist es der Klägerin verwehrt, sich für die Folgezeit darauf zu berufen, sie habe die Krankenhausbehandlung als Sachleistung erhalten. Denn ab diesem Zeitpunkt mußte sie damit rechnen, daß das Krankenhaus nicht (mehr) zur Leistungserbringung auf Kosten der Beklagten befugt war (vgl. nochmals den Rechtsgedanken der §§ 169, 170, 173 BGB). Für die Zeit nach dem 29. November 1991 hängt der Anspruch der Klägerin davon ab, ob ihr unter materiell-rechtlichen oder verwaltungsverfahrenrechtlichen Gesichtspunkten ein Rahmenrecht auf Krankenhausbehandlung zusteht, das sie (in der Vergangenheit) durch selbstbeschaffte Leistungen konkretisiert hat, deren Kosten sie infolgedessen von der Beklagten erstattet verlangen kann. Das ist jedoch nicht der Fall.

Die Voraussetzungen des § 39 Abs 1 SGB V liegen nicht vor. Hierzu hat das LSG unangegriffen festgestellt, daß die medizinische Versorgung mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses nicht notwendig ist (sog Pflegefall); die dabei zugrunde gelegten rechtlichen Abgrenzungsmerkmale entsprechen der einschlägigen Rechtsprechung. Da auch die Klägerin keine andere Rechtsauffassung vertritt und sich lediglich auf die Bindungswirkung einer früheren Bewilligung beruft, bedarf es dazu keiner weiteren Ausführungen.

Auf eine bindende Bewilligung von Krankenhausbehandlung kann sich die Klägerin zur Begründung des für die Zeit nach dem 29. November 1991 geltend gemachten Anspruchs ebenfalls nicht berufen. Ausdrückliche Erklärungen der Beklagten hat das LSG nicht festgestellt. Auch aus den Umständen kann auf eine Bewilligung nicht geschlossen werden. Die Konkretisierung von Ansprüchen auf Grund des Sachleistungsprinzips durch das Krankenhaus kann schon deshalb nicht als verwaltungsverfahrenrechtliche Entscheidung angesehen werden, weil der Leistungserbringer hierfür nicht zuständig ist und weil diese Festlegung nicht über den jeweiligen Behandlungsbedarf hinaus in die Zukunft reicht.

Auch die Tatsache, daß die Beklagte gegenüber dem Krankenhausträger Kostenzusagen erteilt hat, von deren Befristung die Klägerin (bzw. ihr Vormund) nichts wußte, kann eine Verpflichtung aus bindender Bewilligung nicht begründen. Die bereits dargelegten Umstände der Leistungserbringung im Rahmen des Sachleistungsprinzips schließen verwaltungsverfahrenrechtliche Festlegungen in einer Regelung des Einzelfalls mit unmittelbarer Rechtswirkung (§ 31 Abs 1 Satz 1 SGB X) weitgehend aus. Ebenso wie für die ambulante Behandlung ist für die Gewährung von stationärer Pflege der Erlass eines Verwaltungsakts nicht vorausgesetzt (BSGE 63, 107, 108 = SozR 1300 § 47 Nr 2 S 3 mwN; vgl. auch BSGE 70, 20, 23 = SozR 3-2500 § 39 Nr 1 S 4). Ausnahmen, wie bei



Kuren zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V oder bestimmten zahnärztlichen Behandlungen nach den §§ 29, 30 SGB V, sind hier nicht einschlägig (zum Zahnersatz vgl BSG SozR 2200 § 182 Nr 115). Anders als bei diesen Ausnahmen oder insbesondere bei Geldleistungsansprüchen, die nach Betrag und Fälligkeit bereits im voraus so konkretisiert werden können, daß bestimmte Handlungspflichten entstehen, entzieht sich das Rahmenrecht auf medizinische Behandlung derartigen verwaltungsverfahrenrechtlichen Festlegungen. Eine dennoch (sozusagen "abstrakt") erklärte Leistungszusage kann nach der Rechtsprechung jederzeit, und zwar unabhängig von einer rechtlichen oder tatsächlichen Änderung, widerrufen werden (BSGE 63, 107 = SozR 1300 § 47 Nr 2); umgekehrt gilt eine Leistungsablehnung gegenüber dem Versicherten durch eine spätere Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus nicht als aufgehoben (BSG SozR 2200 § 184 Nr 30). Das alles spricht dagegen, allein schon die dem Krankenhausträger gegenüber erklärte Kostenzusage als konkludente Leistungsbewilligung gegenüber dem Versicherten zu behandeln.

Die im Schrifttum teilweise vertretene Gegenmeinung (Zipperer in Gesetzliche Krankenversicherung GKV-Komm, Stand: Juli 1995, § 39 RdNr 59; Hanisch, SGB 1984, 101, 104; mit gewissen Vorbehalten auch Höfler in Kasseler Komm § 39 SGB V RdNr 42; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 39 SGB V RdNr 9) beachtet nur ungenügend die sich aus der neueren Rechtsprechung (BSGE 73, 273 = SozR 3-2500 § 13 Nr 4) ergebende besondere Funktion der Kostenzusage im Zusammenhang mit der Erbringung von Sachleistungen. Damit wird nämlich im Verhältnis zum Krankenhaus nur klargestellt, daß die Krankenkasse - bis zu einem eventuell genannten Termin - Bedenken gegen das Rahmenrecht und dessen Konkretisierung durch das Krankenhaus nicht erheben wird (noch enger, nämlich iS einer Beweislastumkehr mit beachtlichen Gründen Estelmann/Eicher, DOK 1992, 134, 141f). Ein solcher ausdrücklicher Einwendungsverzicht stellt jedoch keine Bewilligungsentscheidung dar. Denn die dem Krankenhaus damit überlassene Konkretisierung des Rahmenrechts schließt dessen Ablehnung mit ein: Kommen die Krankenhausärzte zum Ergebnis, daß der Versicherte bereits vor Ablauf der in der Kostenzusage genannten Frist entlassen werden kann, weil die stationäre Behandlung nicht mehr erforderlich ist, würde es dem System der Anspruchskonkretisierung durch den Leistungserbringer widersprechen, wenn sich der Versicherte demgegenüber auf eine weitergehende Kostenzusage berufen könnte.

Mangels einer bindenden Leistungsbewilligung kommt es nicht darauf an, ob und wann die Beklagte eine Aufhebungsentscheidung (in der Form des Widerrufs) getroffen hat und ob sie dabei der Anhörungspflicht nach § 24 Abs 1 SGB X nachgekommen ist.

Da das LSG den geltend gemachten Anspruch zu Recht verneint hat, ist auch die Revision der Klägerin zurückzuweisen.



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](#)