



Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. (EHI)

DIREKTOR AM MAX-PLANCK-INSTITUT  
FÜR SOZIALRECHT UND SOZIALPOLITIK

LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

SoSe 2021

---

## Examinatorium Schwerpunktbereich 10

### Sozialrechtliche Fälle und Materialien

#### *I. Sachverhalte*

1. Spende (Teil 1: Klausur 2019/I; Teil 2: SS 2016)
2. Stationäre Behandlung (Klausur 2016/II)
3. Konservierung (Klausur 2021/I)

#### *II. Hinweise zur Lösung von Fällen*

## Fall 1: Spenden

**I.** Die volljährige Angestellte P ist bei der X-BKK versichert. Sie spendete ihrem an einer chronischen Niereninsuffizienz leidenden Vater V eine Niere. V ist Rentner und bei der Y-AOK krankenversichert. Im Übrigen lagen alle Voraussetzungen für eine zulässige Lebendspende bei P und V vor.

P leidet infolge der Organspende an einem chronischen Ermüdungs- und Erschöpfungs-Syndrom und an einer Niereninsuffizienz.

**Bearbeitervermerk:** Prüfen Sie einen Anspruch der P auf Leistungen sowohl gegen die X-BKK wie gegen die Y-AOK. Beide Kassen sehen nicht ein, dass sie für alle Behandlungen leisten sollen – wobei sie auch darauf hinweisen, dass die Folgebehandlungskosten von einem Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung übernommen werden müssen, was richtig ist. Zudem meinen sie, P habe sich an den Kosten zumindest zu beteiligen, weil sich P die Krankheit durch die Spende selbst vorsätzlich zugezogen hätte.

**II.** P hat auf einer Internetseite einen Hinweis auf eine Magnetresonanztherapie bei Niereninsuffizienz gefunden. Sie schreibt der X-BKK am 1.1., dass sie eine entsprechende Behandlung durch ihren Hausarzt durchführen lassen will. Die Krankenkasse antwortet, sie könne nicht die Durchführung dieser „experimentellen Behandlungsmethode“ gewähren, dies ergebe sich schon daraus, dass sie nicht im EBM enthalten sei und sich – was zutrifft – der GBA hierzu bislang nicht geäußert habe. Auch in der medizinischen Forschung werde die „neue Methode“ als „experimentell“ bezeichnet. P lässt dennoch die Therapie durchführen und verlangt von der X-BKK Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten in Höhe von 2.500 Euro.

**Bearbeitervermerk:** Prüfen Sie in einem umfassenden Rechtsgutachten einen Anspruch der P auf Zahlung gegen die X-BKK.

## Fall 2: Stationäre Behandlung

Die Angestellte Frau F ist bei der X-BKK freiwillig krankenversichert. Sie wird schwanger und gebärt ein Kind (K). Dieses ist allerdings schwerstgeschädigt. Kurz nach der Geburt stürzt F aus ungeklärtem Grund von einem Balkon der Geburtsklinik und verstirbt.

Zehn Tage nach dem Tod der F stellt sich heraus, dass K an einem Bauchaortenaneurysma leidet. Da mit dieser Gefäßerweiterung die Gefahr der inneren Verblutung verbunden ist, wird K in einer von der A-GmbH (A) betriebenen Klinik, einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus, für einen Zeitraum von 14 Tagen behandelt.

A verlangt dafür von der X-BKK die für entsprechende Behandlungen vorgesehene Vergütung. Die X-BKK wendet ein, K sei nicht krankenversichert gewesen, da dessen Vertreter einen neuen freiwilligen Krankenversicherungsschutz erst einen Monat nach dem Tod der F begründet habe.

Zudem habe die A nicht die Voraussetzungen der Leistungserbringung erfüllt. Nach der einschlägigen, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassenen Qualitätsrichtlinie (Q-RL) seien besondere Anforderungen an das Personal zu stellen, die A nicht erfüllt habe. A räumt das zwar ein, meint aber, ein Verstoß gegen die „unverbindliche“ Q-RL sei unbeachtlich, denn es könne nur auf [§ 39 SGB V](#) und den Erfolg der Behandlung ankommen. Wolle man das anders sehen, würde ihr „Grundrecht auf Krankenbehandlung“ verletzt, weil die im SGB V vorgesehene Ermächtigungsgrundlage für Qualitätsrichtlinien zu unbestimmt sei.

**Bearbeitervermerk:** Beantworten Sie in einem umfassenden Gutachten die folgenden Fragen:

1. Hatte K einen Anspruch gegen die X-BKK auf die Behandlung?
2. Hat die A einen Vergütungsanspruch für die Behandlung? Auf dessen Höhe und die demokratische Legitimation des GBA ist nicht einzugehen.

## Fall 3: Konservierung

Frau A und Herr B sind beide jeweils 30 Jahre alt und leben in einer langjährigen Beziehung, ohne verheiratet zu sein. A ist als kaufmännische Angestellte bei der X-GmbH tätig. Sie erkrankt im Jahr 2020, in dem sie 50.000 Euro verdient hat, schwer. Deshalb muss sie sich in medizinische Behandlung begeben. Da A und B fürchten, dass A aufgrund der notwendigen keimzellschädigenden Therapie unfruchtbar werden könnte, möchten sie für die Verwirklichung ihres gemeinsamen Kinderwunsches vorsorgen. Deshalb beschließen sie, Samenzellen des B mittels ICSI (Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion) in Eizellen der A einzubringen und durch eine Kryokonservierung – das Einfrieren der imprägnierten Eizellen und die anschließende Lagerung in flüssigem Stickstoff bei  $-196\text{ °C}$  – für eine spätere Verwendung vorzuhalten.

**Bearbeitervermerk:** Beantworten Sie in einem umfassenden Gutachten die folgenden Fragen:

1. Wie verhält sich § 27a SGB V zu § 27 SGB V im Allgemeinen? Gehen Sie dabei darauf ein, welche Funktionen und Fälle die GKV abdecken soll.
2. Mit Gesetz vom Mai 2019 wurde in § 27a SGB V ein Absatz 4 eingefügt. Welche Lücke sollte die Einfügung des § 27a Abs. 4 füllen? Überlegen Sie dabei, unter welchen Umständen eine Kryokonservierung im Rahmen des § 27 SGB V zu gewähren sein kann, und warum § 27a Abs. 4 SGB V über die bisherige Regelung in § 27a SGB V hinausgeht.
3. Hätte A einen Anspruch auf Kryokonservierung nach dem SGB V gehabt? Gegen wen hätte A den Anspruch richten müssen? Wie läge der Fall, wenn A mit B verheiratet, B aber privat krankenversichert gewesen wäre?

## Hinweise zur Lösung von sozialrechtlichen Fällen\*

### *I. Einführender Hinweis*

Im Folgenden sollen einige wichtige Hinweise für die Falllösung in Erinnerung gerufen werden. Dies geschieht in der Überzeugung, dass deren Wiederholung helfen kann, die Lösungstechnik zu verbessern. Vollständigkeit wird dabei nicht angestrebt. Aber es zeigt sich bei der Korrektur von Klausuren, dass auch fortgeschrittene Studierende immer wieder grundlegende, die juristische Arbeitstechnik betreffende Anforderungen nicht beachten – selbst wenn diese ganz einfach einzuhalten wären. Das mag aus Nachlässigkeit geschehen. Oft passiert es aber deshalb, weil zu viel Einzelwissen den Blick verstellt. Gerade in diesen Fällen hilft schon eine grobe „Wegbeschreibung“, um den Überblick zu bewahren.

Die Hinweise gehen über den Stoff des SPB 10 hinaus, sind aber vielleicht doch auch für Studenten des SPB 10 hilfreich und werden deshalb hier ebenfalls abgedruckt.

### *II. Allgemeines*

#### *1. Grundsätze*

Eine gute Klausurlösung zeichnet sich nicht dadurch aus, dass alle im Sachverhalt enthaltenen Probleme bekannt sind und in der Bearbeitung „abgespult“ werden. Entscheidend sind vielmehr: eine klare Herausarbeitung dieser Probleme sowie eine verständliche, in sich geschlossene und methodisch korrekte Begründung der vertretenen Ergebnisse.

Das Sozialrecht besteht aus einer Vielzahl von Normen; kein Aufgabensteller kann erwarten, dass alle diese Normen mitsamt ihren Anwendungsschwierigkeiten „gelernt“ worden sind. Vielmehr kommt es darauf an, den Überblick zu bewahren, die systematischen Zusammenhänge zu erkennen, die einschlägigen Normen zu finden und den Versuch zu unternehmen, den Sachverhalt der rechtsdogmatischen Methodik entsprechend unter diese Normen zu subsumieren.

Gerade bei der Anwendung unbekannter Rechtsvorschriften zeigt sich, ob ausreichende Grundlagenkenntnisse vorhanden sind. Schon deshalb sollten sich die Studierenden nicht vor Unbekanntem fürchten, sondern vielmehr versuchen, neue Fallgestaltungen und Rechtsvorschriften auf typische Problemkonstellationen und Argumentationsmuster zurückzuführen.

#### *2. Aufgabenstellung und Gliederung*

In jeder Fallbearbeitung sind Schwerpunkte zu setzen. Das erfordert zuweilen auch etwas Mut. Unproblematisches soll kurz behandelt werden. Bei den Problemschwerpunkten ist hingegen eine nähere Auseinandersetzung und Erörterung erforderlich.

Dieser einfache Grundsatz kann dazu führen, dass von bekannten Prüfungsschemata abgewichen und den Besonderheiten des zu lösenden Falls auch durch eine angemessene Gliede-

---

\* Die folgenden Hinweise stellen eine gekürzte und aktualisierte Fassung der Hinweise aus dem Fallbuch *Becker/Seewald, Fälle zum Sozialrecht*, 2004, S. 1 ff., dar.

nung Rechnung getragen wird. Die Schemata behalten ihren Sinn vor allem als Merkposten für Einzelaspekte, die auf ihre Relevanz hin kurz geprüft werden sollten.

### *3. Zur Bearbeitung*

Am Anfang jeder Lösung steht die aufmerksame Lektüre von Sachverhalt und Bearbeitervermerk. So einfach das klingt und so oft es in der Ausbildung wiederholt wird: viele und vor allem schwerwiegende Fehler lassen sich damit vermeiden:

- Die Fragestellung steuert die Lösung; zu beantworten ist nur, wonach gefragt worden ist. Der Bearbeitervermerk wird zudem vielfach Hinweise auf einschlägige Rechtsnormen enthalten oder bestimmte Aspekte einer Lösung ausschließen.
- Mit welchen Problemen sich die Bearbeiter auseinandersetzen sollen, ist dem Sachverhalt zu entnehmen. Manchmal werden diese nur angedeutet, oft aber auch näher umschrieben. Wichtig ist insofern, alle im Sachverhalt enthaltenen Argumente aufzugreifen und sich mit dem Vorbringen der Beteiligten argumentativ auseinanderzusetzen, wobei die mitgeteilten Fakten als richtig, die eventuell geäußerten Rechtsansichten aber als überprüfungsbedürftig zu behandeln sind.
- In der Regel sind alle aufgeworfenen Rechtsfragen zu behandeln, was in vielen Bearbeitervermerken oft sicherheitshalber klargestellt wird. Dann kommt es nicht darauf an, ob nach der vertretenen Ansicht des/der Bearbeiters/-in eine Frage überhaupt ergebnisrelevant ist. Hintergrund dafür ist auch der Umstand, dass in vielen Fällen mehrere Lösungen vertretbar sind und deshalb auch als richtig bewertet werden können.

Bei der Lösung der verschiedenen Probleme kann, dem bereits Gesagten entsprechend, das Unproblematische im Indikativ (sog. Urteilsstil) festgestellt werden. Die rechtlichen Probleme bedürfen aber einer näheren Auseinandersetzung. Hier kommt der berühmte Gutachtenstil ins Spiel, der nichts anderes bedeutet, als zunächst das Problem als offen und zu lösend zu benennen (woraus sich die häufige Verwendung des Konjunktivs erklärt: „könnte, wenn“, „wäre“ o.ä.).

Dann muss schrittweise das vertretene Ergebnis begründet werden. Kernaufgabe ist dabei die Subsumtion: Es ist vor allem zu prüfen, ob der Sachverhalt die Tatbestandsmerkmale einer konkret benannten Vorschrift erfüllt. Das setzt in der Regel die Auslegung dieser Tatbestandsmerkmale nach den bekannten Auslegungskriterien voraus (① Wortlautinterpretation, ② genetisch/historische Interpretation, ③ systematische Interpretation, ④ teleologische Interpretation), wobei die Bearbeiter zum 2. Kriterium in der Regel wenig sagen können. Dann ist darzulegen, warum der Sachverhalt die so ausgelegten Merkmale erfüllt oder nicht. Schließlich sind die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen zu klären.

## *III. Die sozialrechtliche Falllösung*

### *1. Vorbemerkung*

Zumeist wird in sozialrechtlichen Fällen die Frage gestellt, ob jemand einen Anspruch, d.h. ein subjektives Recht, auf Sozialleistungen hat. Zu deren Beantwortung genügt es gemäß den vorangestellten allgemeinen Grundsätzen, die einschlägige Rechtsnorm zu finden und deren

Voraussetzungen zu prüfen. Die meisten Sozialrechtsnormen sind, was die Verleihung der subjektiven Rechtsposition angeht, eindeutig formuliert. In den Fällen, in denen der Verwaltung ein Entscheidungsspielraum verbleibt, sie Ermessen auszuüben hat (erkennbar an den Formulierungen „kann“, „darf“ u.ä.), bedarf es für die Annahme des subjektiven Rechts keiner ausführlichen Prüfung. Anders als im allgemeinen Verwaltungsrecht, wo die sog. Schutznormtheorie heranzuziehen ist, existiert eine gesetzliche Klarstellung: [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB I](#).

Regelmäßig wird es für eine Klausurlösung genügen, die Ansprüche dem Grunde nach zu prüfen. Keine Rolle spielt hingegen die genaue Berechnung der Höhe einzelner Leistungen, weil von den Bearbeitern juristische Kenntnisse erwartet werden, nicht aber die Bewältigung fehlerfreier Rechenvorgänge. Höchstens kann es einmal darauf ankommen, die für eine Rechnung relevanten Posten oder Aspekte zu nennen.

## 2. Prüfung sozialrechtlicher Ansprüche

### a) Grundsätze

Anzusetzen ist bei der Prüfung (wie auch sonst im Verwaltungsrecht) bei der Nennung (einer) der möglichen Rechtsgrundlage(n) eines Anspruchs. Es ist aber nicht falsch, auf die explizite Nennung zunächst zu verzichten und sie später nachzuholen.

Auch im Übrigen kann dann, wie bei anderen verwaltungsrechtlichen Ansprüchen, in vergleichbaren Schritten geprüft werden, also mit einer Unterscheidung von formellen (Zuständigkeit, Verfahren, Form) und materiellen Voraussetzungen.

Die Höhe von Leistungsansprüchen ist in der Regel nicht zu berechnen, denkbar ist aber, dass Berechnungsschritte oder -grundsätze erwähnt werden sollen.

### b) Sozialversicherung

Wie sich aus einer systematischen Einteilung der verschiedenen Sozialleistungstypen ergibt, setzen Ansprüche aus der Sozialversicherung eine Vorsorge voraus, d.h. es muss ein Versicherungsverhältnis bestehen oder zumindest bestanden haben.

Für die meisten Zweige der Sozialversicherung empfiehlt sich, daran anknüpfend die Prüfung grundsätzlich dreistufig aufzubauen:

#### I. Persönliche Voraussetzungen

##### 1. Einbeziehung in den geschützten Personenkreis

Bestehen einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung

##### 2. Mitgliedschaft

Gesondert zu prüfen in der Kranken- und Pflegeversicherung; aber nicht in der Arbeitslosen-, Unfall- und Rentenversicherung.

#### II. Eintreten des Versicherungsfalls

d.h. Realisierung des Risikos, vor dessen Folgen die Sozialversicherung schützt: also z.B. Prüfung des Vorliegens einer Krankheit, eines Arbeitsunfalls oder einer Erwerbsminderung

#### III. Leistungsvoraussetzungen

##### 1. Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

etwa Versicherungszeit und Antrag in der Pflegeversicherung.

Hinweis: Ein Antrag ist, unbeschadet der allgemeinen Bestimmung in [§ 19 SGB IV](#), nur dann Leistungsvoraussetzung, wenn sich dies aus den einschlägigen Normen ergibt.

2. Besondere Leistungsvoraussetzungen  
= einzelne Voraussetzungen des jeweiligen Leistungsanspruchs.

In der Rentenversicherung ist die vorstehend vorgestellte dreistufige Prüfung wenig sinnvoll. Denn dort kommt es nicht auf eine aktuell bestehende Versicherung, sondern das Zurücklegen versicherungsrechtlicher (anwartschaftsbegründender) Zeiten an. Dafür wiederum ist die Versicherteneigenschaft (und zum Teil auch die Abführung der Beiträge) eine wesentliche Voraussetzung. Ähnliches gilt für Ansprüche aus der Arbeitslosenversicherung.

Deshalb kann ausgehend von der einschlägigen Anspruchsgrundlage in einem ersten Schritt mit dem Vorliegen des Versicherungsfalls begonnen und in einem zweiten Schritt mit der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen fortgesetzt werden, wobei die Versicherung als Voraussetzung der Erfüllung versicherungsrechtlich notwendiger Zeiten bei den materiellen Leistungsvoraussetzungen zu prüfen ist.

### *c) Insbesondere: Unfallversicherung*

Im Unfallversicherungsrecht erweist sich die Unterscheidung von persönlichen Voraussetzungen und Eintritt des Versicherungsfalls dort als schwer durchführbar und nicht unbedingt erforderlich, wo nur bestimmte Tätigkeiten geschützt werden (etwa bei Hilfeleistungen, ehrenamtlichen oder arbeitnehmerähnlichen Tätigkeiten).

Das führt zu einer für die Fallprüfung sehr bedeutsamen Eigenart des Unfallversicherungsrechts. Denn in diesem Zweig der Sozialversicherung wird nur dann geleistet, wenn ein Schaden (Gesundheitsschaden oder Tod) durch bestimmte Ursachen herbeigeführt worden ist: Im Mittelpunkt steht häufig die Frage der Zurechnung der unfallverursachenden Handlung zu einer versicherten Tätigkeit. Daran schließt sich eine deliktsrechtsähnliche (aus dem Schadensersatzrecht bekannte) Prüfung an.

Dementsprechend sind bereits auf Tatbestandsseite immer mehrere Prüfungsschritte erforderlich. So müssen folgende äußere Umstände vorliegen:

- (1) versicherte Tätigkeit;
- (2) unfallbringende Verrichtung;
- (3) Unfallgeschehen, d.h. ein kurzzeitig wirkendes äußeres Ereignis;
- (4) Gesundheitsschaden oder Tod (Schaden).

Diese Umstände müssen in einer bestimmten Beziehung zueinander stehen:

- (5) Zurechnung der unfallbringenden Verrichtung (2) zur versicherten Tätigkeit (1) (sog. sachlicher Zusammenhang, volle Nachweislast des Versicherten);
- (6) Kausalität zwischen unfallbringender Verrichtung (2) und Unfallereignis (3), sog. Unfallkausalität nach der neueren Rspr. des BSG (es gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung);
- (7) Kausalität zwischen Unfallereignis (3) und Gesundheitsschaden (4), haftungsbegründende Kausalität nach der sog. Theorie der wesentlichen Bedingung, wobei eine hinreichende Wahrscheinlichkeit genügt.
- (8) Nicht mehr zum Versicherungsfall, sondern nur zum Schadensumfang gehört die Kausalität zwischen Schadensereignis (3) und den weiteren Schadensfolgen (haftungsausfüllende Kausalität, Theorie der wesentlichen Bedingung nach dem Maßstab hinreichender Wahrscheinlichkeit).



Bei der Lösung unfallversicherungsrechtlicher Fälle wird oft auch das Haftungsprivileg zugunsten des Arbeitgebers, der Kollegen und u.U. anderer Personen nach [§§ 104 ff. SGB VII](#) eine Rolle spielen.

#### *d) Mehrere Sozialversicherungszweige*

Vielfach wird im Bearbeitungsvermerk allgemein nach sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen gefragt werden, womit in einem Fall u.U. verschiedene Sozialleistungszweige in die Prüfung einzubeziehen sind. Grundsätzlich gilt, dass sich Ansprüche aus verschiedenen Versicherungszweigen nicht gegenseitig ausschließen, es besteht also – anders als im Verhältnis zwischen Sozialversicherung und Sozialhilfe – keine sog. Systemsubsidarität. In der Regel wird es sich empfehlen, mit der Prüfung der kurzfristigen Ansprüche zu beginnen, also etwa solche aus der Krankenversicherung vor jenen aus der Rentenversicherung.

Allerdings existieren wichtige Ausnahmen von dem vorstehenden Grundsatz.

- Zunächst ist natürlich immer zu beachten, dass sich aus den tatbestandlichen Voraussetzungen bereits Abgrenzungen zwischen den Sozialversicherungszweigen ergeben können: So erfüllen etwa Hilfsmittel in der Kranken- und in der Pflegeversicherung unterschiedliche Funktionen. Überschneidungen, auch funktioneller Art, sind damit nicht ausgeschlossen; hier sind zumeist besondere Kollisionsnormen vorgesehen.
- Andere Vorschriften regeln im Falle des Zusammentreffens verschiedener Leistungen, dass eine Anrechnung zu erfolgen hat oder ordnen unter bestimmten Voraussetzungen das Ruhen des Leistungsanspruchs an. Wichtig ist [§ 11 Abs. 5 SGB V](#): Danach besteht auf Leistungen aus der Krankenversicherung kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit i.S. der Unfallversicherung zu erbringen sind; zwischen Kranken- und Unfallversicherung besteht also eine Abgrenzung der Zuständigkeiten.

### *3. Ausgleich zwischen mehreren Beteiligten*

#### *a) Erstattungsansprüche*

Während [§ 50 SGB X](#) Erstattungsansprüche im zweiseitigen Verhältnis betrifft, regeln die [§§ 102 – 105 SGB X](#) Ansprüche im dreiseitigen Verhältnis. Diese Ansprüche, die einen Rückgriff auf den allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ausschließen, sollen dafür sorgen, dass letztendlich der zur Leistung verpflichtete Träger für die Gewährung von Sozialleistungen aufkommt: Der Bürger darf das Geleistete behalten (vgl. die Erfüllungsfiktion in [§ 107 SGB X](#)), die Träger haben unter sich die Erstattung auszumachen.

Dabei sind verschiedene Konstellationen voneinander zu unterscheiden: vorläufige Leistungserbringung: [§ 102 SGB X](#); nachträglicher Wegfall der Leistungsverpflichtung: [§ 103 SGB X](#); Nachrangigkeit der Leistungsverpflichtung: [§ 104 SGB X](#); Unzuständigkeit des leistenden Trägers: [§ 105 SGB X](#). [§ 102 SGB X](#) ist an sich ein Aufwendungsersatzanspruch und unterscheidet sich insofern von den [§§ 103 – 105 SGB X](#), als hier der zahlende Träger nicht nur versehentlich leistet; daraus ergeben sich Besonderheiten für die Rechtsfolgen (vgl. [§ 102 Abs. 2 SGB X](#) einerseits und [§§ 103 Abs. 2](#), [104 Abs. 3](#), [105 Abs. 2 SGB X](#) andererseits für den Umfang des Anspruchs sowie [§ 114 SGB X](#) für den Rechtsweg).

Erstattungsansprüche sind deshalb bei Aufgabenstellern beliebt, weil sie dazu führen, dass zwei Sozialleistungsansprüche geprüft werden müssen: Der Anspruch gegenüber dem Träger, der tatsächlich geleistet hat, und der Anspruch gegenüber dem Träger, der letztendlich leisten soll. Grob gesprochen ergibt sich daraus folgender Prüfungsaufbau:

- (1) Suche der Rechtsgrundlage durch Prüfung der abgrenzenden Tatbestandsmerkmale (z.B. Nachrangigkeit bei [§ 103 SGB X](#));
- (2) Anspruch gegen den leistenden Träger;
- (3) Anspruch gegen den verpflichteten Träger;
- (4) Höhe des Anspruchs (soweit nicht schon geprüft einschließlich zeitlicher und sachlicher Übereinstimmung).

#### *b) Anspruchsübergänge*

Ebenfalls beliebte Prüfungsgegenstände sind Sachverhalte, in denen Ansprüche übergehen. Auch hier sind nämlich mehrere Ansprüche zu untersuchen. Die wichtigsten Bestimmungen in diesem Zusammenhang sind:

- [§ 115 SGB X](#), der Ansprüche gegen den Arbeitgeber auf Arbeitsentgelt betrifft (relevant etwa, wenn Krankengeld gezahlt worden ist, obwohl ein Entgeltfortzahlungsanspruch bestand, vgl. [§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)); der Übergang setzt voraus, dass Sozialleistungen tatsächlich erbracht worden sind;
- [§ 116 SGB X](#) für andere Ansprüche, insbesondere deliktische Ansprüche, wobei der Übergang bereits erfolgt, wenn nur ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht; zu beachten sind hier die Sonderbestimmungen in den [Abs. 2 – 7](#) (insbesondere: absolutes Quotenvorrecht bei Begrenzung, [Abs. 2](#); Mitverschulden, [Abs. 3](#); Befriedigungsvorrecht des Geschädigten bei Unterdeckung, [Abs. 4](#); Privilegierung der Familienangehörigen, [Abs. 6](#)).

[§ 116 SGB X](#) findet keine Anwendung im Falle von Haftungsbeschränkungen nach [§§ 104](#) und [105 SGB VII](#). In diesen Fällen kann sich aber der Träger der Unfallversicherung wegen seiner Aufwendungen an den Schädiger halten, wenn dieser den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt hat: [§ 110 SGB VII](#) sieht insofern einen Regressanspruch vor.

#### *4. Haftung von Behörden*

Handeln Sozialversicherungsträger rechtswidrig und verletzen dadurch Rechte von Bürgern, sind staatshaftungsrechtliche Ansprüche zu prüfen. Bei schuldhaftem Handeln kommt insbesondere eine Amtshaftung nach [Art. 34 GG](#) i.V.m. [§ 839 BGB](#) in Betracht. Es gelten insofern die bekannten Voraussetzungen aus dem allgemeinen Verwaltungsrecht.

Eine sozialrechtliche Besonderheit ist der Herstellungsanspruch. Wie er dogmatisch zu begründen ist, ist nicht abschließend geklärt. Zum Teil wird angenommen, es handle sich um eine Weiterentwicklung des Folgenbeseitigungsanspruchs, zum Teil wird er als Haftungsfolge aus der Verletzung eines Rechts im Rahmen eines Rechtsverhältnisses gesehen, zum Teil aber (zu) allgemein aus dem Grundsatz von Treu und Glauben abgeleitet. Wenig überzeugend ist eine Herleitung aus den Vorschriften über die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand. Anerkannt ist jedenfalls, dass der Herstellungsanspruch im Hinblick auf die ständige Rechtsprechung des BSG mittlerweile eine gewohnheitsrechtliche Grundlage besitzt. In einer Klausur

ist das kurz anzusprechen und die eigene Lösung ebenfalls nur kurz zu begründen. Dann sind die Anspruchsvoraussetzungen zu prüfen:

1. Konkret bestehende Pflicht des Trägers gegenüber dem Anspruchsteller
2. Rechtswidriges Handeln der Behörde
3. Fehldisposition des Bürgers i.S. einer unterlassenen Handlung
4. Schaden (Verletzung eines sozialen Rechts)
5. Kausalität zwischen Pflichtverletzung, unterlassenem Handeln und Schaden (Theorie der wesentlichen Bedingung)
6. Rechtsfolge: Wiederherstellung
7. Ggf.: Verjährung prüfen (BSG: 4 Jahre, [§ 44 Abs. 4 SGB X](#))