



Examinatorium Schwerpunktbereich 5

Fälle und Materialien zum Sozialrecht

I. Sachverhalte

1. Verunfallte Geschäftsführerin
2. Missglückte Operation
3. Sportlich
4. Stationäre Behandlung und Mithilfe

II. Hinweise zur Lösung von Fällen

Fall 1: Verunfallte Geschäftsführerin

A war seit 2001 als kaufmännische Angestellte bei der H-Hoch- und Tiefbau-AG beschäftigt. Nach Wechsel der Arbeitsstelle war sie seit dem 1.1.2016 alleinige Geschäftsführerin der T-Tiefbau-GmbH (T-GmbH). An deren Stammkapital sind sie und zwei andere Gesellschafter zu je einem Drittel beteiligt. Laut Geschäftsführervertrag oblag der A die verantwortliche Leitung des gesamten Geschäftsbetriebs. Sie war allein vertretungsberechtigt und an bestimmte Arbeitszeiten nicht gebunden, jedoch verpflichtet, jederzeit zur Verfügung zu stehen, wenn und soweit es das Wohl der Gesellschaft erforderte. Außerdem war sie verpflichtet, die von der Gesellschafterversammlung erteilten Anweisungen auszuführen. A hatte Anspruch auf eine feste monatliche Vergütung von 3.000 Euro zuzüglich Weihnachtsgratifikation in Höhe einer Monatsvergütung.

Als A am 1.9.2019 in ihrem Büro eine Akte vom Boden aufhebt, die sie für die Kalkulation einer neu zu bauenden Straße benötigt, verspürt sie plötzlich einen starken Kopfschmerz. Sie wird in ein Krankenhaus eingeliefert, wo eine Gehirnblutung festgestellt wird. Grund dafür ist eine schwerwiegende Gefäßmissbildung, die auch ohne größere körperliche Belastung jederzeit zu einer Blutung führen konnte. Für A sind die Folgen gravierend, denn sie ist nicht mehr in der Lage, ihre Beinmuskeln zu steuern und deshalb dauerhaft zur Fortbewegung auf einen Rollstuhl angewiesen.

A ist seit November 2019 Teilnehmerin an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme der Rentenversicherung und erhält von dieser Übergangsgeld, bezieht aber von der T-GmbH schon seit dem Unfall kein Gehalt mehr. Sie verlangt im Dezember 2019 von der für die T-GmbH zuständigen Bau-BG X die Anschaffung eines Rollstuhls. Die BG erbringt die Leistung im Wert von 2.000 Euro. Im März 2019 verlangt sie aber von der Betriebskrankenkasse (X-BKK), bei der A seit Anfang 2008 Mitglied war, die Erstattung der Kosten. Sie sei nämlich für die Leistung gar nicht zuständig gewesen; das habe sich zwar erst spät, aber durch die zwischenzeitlich erfolgten medizinischen Untersuchungen eindeutig herausgestellt. Den Anspruch lehnt die X-BKK ab: Sie könne schon deshalb nicht zahlungspflichtig sein, weil A gar nicht versichert sei, zumindest habe ihre Mitgliedschaft wegen der fehlenden Erwerbstätigkeit geendet.

Am 1.6.2020 endet der Anspruch der A auf Übergangsgeld. A ist infolge des Unfalls auf den Rollstuhl angewiesen. Sie kann auch ihre Armmuskeln nur noch eingeschränkt steuern, insbesondere ist sie nicht mehr in der Lage, die Finger ihrer rechten Hand kontrolliert zu bewegen. Nach Aussage ihrer behandelnden Ärzte ist sie voraussichtlich dauerhaft nicht in der Lage, mehr als 4 Stunden täglich zu arbeiten. A weiß in der Folge nicht, wovon sie in Zukunft ihren Lebensunterhalt bestreiten soll. Sie fragt sich, ob ihr trotz ihres Alters von erst 53 Jahren möglicherweise ein Anspruch auf Leistungen aus der Rentenversicherung zusteht.

Bearbeitervermerk: Beantworten Sie in einem umfassenden Gutachten unter Eingehen auf alle aufgeworfenen Rechtsfragen und auf die von den Beteiligten vorgebrachten Argumente folgende Fragen:

1. Hat die Bau-BG gegen die X-BKK einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für den Rollstuhl?
2. Hat A einen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB VI? Soweit ein Anspruch besteht, ist die konkrete Höhe der Leistungen nicht zu berechnen.

Fall 2: Missglückte Operation

A war, nach neunjähriger Tätigkeit in Australien ohne Weiterversicherung, seit Februar 2018 als kaufmännischer Angestellter bei der X-GmbH in München beschäftigt und bei der AOK kranken- und pflegeversichert. Im November 2018 wurde er befördert und sein 12mal jährlich ausgezahltes Monatsgehalt von 5000 auf 5300 Euro erhöht. Obwohl A der AOK gegenüber keinerlei Erklärung abgab, führte die X-GmbH ab Januar 2019 keine Krankenversicherungsbeiträge für den A mehr ab.

A muss sich im September 2019 einer Operation unterziehen. Folge ist eine spastische Halbseitenlähmung rechts mit einer allgemeinen Gehunsicherheit. A erhält Krankengeld und bedarf seit dem 1.10.2019 der Unterstützung beim Waschen, Ankleiden der Bewegung im Wohnbereich morgens, mittags und abends. Sein Hausarzt verordnet A Bewegungsübungen einmal täglich, die zu Hause als Krankenpflege auszuführen seien, um die Folgen der Bettlägerigkeit auszugleichen, ohne die Lähmungserscheinungen zu bekämpfen. A vereinbart daraufhin Anfang Oktober vertraglich mit einem Pflegedienst, dass dieser die Übungen mit ihm ausführt, aber nur nach Maßgabe der Erforderlichkeit. Zugleich beantragt er die weitere Leistungserbringung durch die AOK. Diese weigert sich Mitte Oktober. Es bestehe kein Anspruch, weil erstens der A keine Beiträge gezahlt habe; zweitens habe eine Bewegungsübung mit einer Krankenbehandlung nichts zu tun.

A verlangt im Januar 2020 von der AOK die Zahlung der im Oktober, November und Dezember für die Bewegungsübungen angefallenen Kosten in Höhe von 1.500 Euro und die Gewährung der übrigen Pflegeleistungen. Die AOK lehnt die Zahlung ab. Sie weist zusätzlich darauf hin, A sei eine eigene vertragliche Verpflichtung eingegangen, die ihre Leistungspflicht in jedem Fall ausschließe. Auch die übrigen Leistungen der häuslichen Pflege übernehme sie erst ab Februar 2020, weil vorher die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt seien. Zudem fordert sie A auf, seine Krankenversicherungsbeiträge für 2019 zu zahlen. A fühlt sich von der AOK schlecht behandelt. Er überlegt, ob er die Zahlung mit dem Argument verweigern dürfe, dass er die Krankenversicherung gekündigt hätte, wenn er von der AOK rechtzeitig auf diese Möglichkeit hingewiesen worden wäre. Das müsse er jetzt noch nachholen können.

Bearbeitervermerk: Beantworten Sie in einem umfassenden Gutachten unter Eingehen auf alle aufgeworfenen Rechtsfragen, auf die von den Beteiligten vorgebrachten Argumente und den unten abgedruckten Hinweis folgende Fragen:

1. Hat A einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Bewegungsübungen gegen die AOK nach dem SGB V?
2. Hat A einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung? Dabei ist nicht auf die Höhe, sondern nur auf die Voraussetzungen und die allgemeinen Grundzüge der Bemessung einzugehen.
3. Kann die AOK die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge verlangen, und könnte A seinerseits seine Krankenversicherung rückwirkend beenden?

Hinweis: *Jahresarbeitsentgeltgrenzen nach § 6 Abs. 6 SGB V i.V.m. [SV-RechengrößenVO](#) in Euro:*

2016	56250,00 jährlich	4687,50 monatlich
2017	57600,00 jährlich	4800,00 monatlich
2018	59400,00 jährlich	4950,00 monatlich
2019	60750,00 jährlich	5062,50 monatlich
2020	62550,00 jährlich	5212,50 monatlich

Fall 3: Sportlich

Teil 1: Anna Alt, die bei der X-GmbH angestellt und seit 2015 bei der X-BKK krankenversichert ist, lebt mit ihrem 16jährigen Sohn Bertolt in einem Haushalt in Würzburg. Bertolt ist querschnittsgelähmt und besitzt einen Aktivrollstuhl, mit dem er auch am Sportunterricht in dem Gymnasium, das er besucht, teilnehmen kann.

Bertolt wollte sich ab Juni 2019 in einem Rollstuhlsportverein betätigen. Er hatte deshalb im Mai 2019 bei der X-BKK die Gewährung eines Sportrollstuhls beantragt. Die X-BKK lehnte dies ab. Der Sportrollstuhl sei weder für die Fortbewegung noch für den Schulbesuch unbedingt erforderlich. Auch habe Bertolt keinen wirksamen Antrag stellen können.

Daraufhin mietete Anna Alt für Bertolt Anfang Juni den Sportrollstuhl. Die dafür angemessene Miete betrug 100 Euro im Monat. Mitte Oktober 2019 beantragte sie bei der X-BKK für Bertolt die Übernahme der angefallenen Kosten für die Miete in Höhe von 500 Euro.

Ende Oktober erlitt Bertolt einen Unfall und verstarb. Er hinterließ ein Testament, in dem er seine Großmutter zur Alleinerbin eingesetzt hatte. Anna Alt wendete sich Mitte November erneut an die X-BKK, die noch nicht geantwortet hatte, und verlangte die Erstattung der 500 Euro. Die X-BKK wandte ein, selbst wenn Bertolt einen Anspruch auf Kostenerstattung gehabt haben sollte, sei dieser nun erloschen. Ein Übergang auf Anna Alt hätte auch nach den Regeln der Sonderrechtsnachfolge des SGB I mangels einer laufenden Zahlungsverpflichtung nicht stattgefunden. Anna Alt ist der Meinung, das sei schon deshalb anders, weil es um den Schutz desjenigen gehen müsse, der im Fall der Nichtzahlung von Sozialleistungen wirtschaftlich für eine Bedarfsdeckung aufkomme.

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

1. Hatte Bertolt einen Anspruch gegen die X-BKK auf die Gewährung des Sportrollstuhls?
2. Angenommen, der Anspruch des Bertolt hätte bestanden, wäre dann Anna Alt zur Nachfolge berufen gewesen?

Hinweis: Das von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen bleibt außer Betracht.

Teil 2: Um die Stimmung in der Belegschaft zu verbessern, beschloss die X-GmbH Anfang 2020, ihren Mitarbeitern eine dreitägige Fortbildungsveranstaltung in den deutschen Alpen anzubieten. Auf dem Programm standen vormittags jeweils für vier Stunden Schulungen zu einem neuen Softwareprogramm. Für nachmittags hieß es im Programm: „Skifahren oder zur freien Verfügung“. An der im Februar 2020 abgehaltenen Veranstaltung nahm auch die Alt teil. An deren Abreisetag befuhr sie zusammen mit dem Arbeitskollegen Jung gegen 15 Uhr eine mittel schwere Abfahrtspiste, auf der der Jung an einer von oben schwer einsehbaren Stelle stürzte, weil Alt ihn zu einem Wettrennen provoziert hatte. Da Jung auf der viel befahrenen Piste nicht alleine aufstehen konnte, kam ihm Alt zur Hilfe. Bei dem Versuch, Jung zum Schutz vor nachfolgenden Skifahrern auf die Seite zu ziehen, stieß ein weiterer Skifahrer, der nicht mehr bremsen konnte, mit der Alt zusammen. Alt hatte Glück im Unglück: Sie wurde nur leicht am Bein verletzt, aber ihre teure Skijacke so beschädigt, dass sie nicht mehr zu reparieren war.

Alt verlangt von der nach [§ 128 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII](#) zuständigen Landesunfallkasse (LUK) Ersatz für die Jacke und Heilbehandlung für das verletzte Bein. Die LUK wendet ein,

Alt habe ihre Gefährdung selbst provoziert, zudem sei die für die X-GmbH zuständige Berufsgenossenschaft (BG) vorrangig zur Zahlung verpflichtet, weil Alt bei einer betrieblichen Gemeinschaftsveranstaltung einem Arbeitskollegen zu Hilfe gekommen sei.

Bearbeitervermerk: Prüfen Sie unter Eingehen auf alle vorgebrachten Argumente, ob Alt einen Anspruch gegen die LUK und / oder die BG auf Leistungen hat.

Fall 4: Stationäre Behandlung und Mithilfe

Teil 1: Die Angestellte 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 folgende Frage: Hatte K einen Anspruch gegen die X-BKK auf die Behandlung?

Teil 2: B, ebenfalls Stuckateurmeisterin mit eigener Firma, bat A um Mithilfe an einem Bauvorhaben, weil B die von ihr übernommenen Auftragsarbeiten mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitarbeitern nicht bewältigen konnte. A sollte bei der Durchführung von Außenputzarbeiten am 2.2.2020 aushelfen. Dafür sollte er eine Vergütung von 55,00 € pro Stunde erhalten.

A begab sich am 2.2. mit seinem PKW zur Baustelle. Er arbeitete ohne Mittagspause bis in den Nachmittag hinein, fuhr dann um 16 Uhr zu seinem nur 1 km entfernten Haus, um dort ein verspätetes Mittagessen einzunehmen, und machte sich um 16:45 wieder auf den Weg zur Baustelle. Kurz nach der Abfahrt stellte A ein Schleifgeräusch fest. Er hielt an, bockte, um nach der Ursache zu suchen, den PKW mit einem Wagenheber hoch und ging zur Inspektion mit dem Kopf unter das Auto, weil er glaubte, dort habe sich ein Ast verklemmt. Durch ein Abrutschen des Wagenhebers senkte sich das Auto, A wurde eingeklemmt und erlitt eine Schädelbasisfraktur. Er wurde noch am 2.2. in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung gebracht.

A verlangt von der für B zuständigen BauBG Verletztengeld. Die BG wendet ein, A sei auf der Baustelle der B selbständig tätig geworden. Er habe mit seinem eigenen Werkzeug gearbeitet, und B könne ihm schon fachlich keine Vorgaben machen. Zudem sei A nachmittags privat unterwegs gewesen: Er sei am 2.2. mehr als einmal zur Baustelle gefahren. Außerdem sei die Wiederherstellung der Betriebsfähigkeit seines Autos eine unversicherte Vorbereitungshandlung, der PKW kein Arbeitsgerät, A hätte auch zu Fuß gehen können.

Bearbeitervermerk: Prüfen Sie in einem Rechtsgutachten, ob A einen Anspruch auf Verletztengeld gegen die BG hat.

Hinweise zur Lösung von Fällen¹

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 Studenten 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.

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

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

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 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 vom/n Bearbeiter/in vertretenen Ansicht 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 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 offenes und zu lösendes 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 kei-

ner 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 in vergleichbaren Schritten geprüft werden wie bei anderen verwaltungsrechtlichen Ansprüchen, 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 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. Systems subsidiarität. 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 und [§ 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 er 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](#))