

ANLAGE 2 ZUR MEDIENINFORMATION VOM 3. MÄRZ 2017

Dresden, den 3. März 2017

Auswahl interessanter Entscheidungen des Sozialgerichts Dresden

- Fachgebiet Rentenversicherung (R)

Schauspieler benötigt zahnfarbene Vollverblendung einer Brücke im Unterkieferbereich

Schauspieler müssen sich nicht zwingend auf eine kassenärztliche metallische Zahnbrücke verweisen lassen. Die besonderen Anforderungen des Schauspielerberufs können eine Vollverblendung der Brücke erfordern, auch wenn Backenzähne betroffen sind.

Der 52-jährige Kläger ist als Theater- und Fernsehschauspieler in verschiedenen befristeten Beschäftigungsverhältnissen tätig gewesen. Im Bereich des rechten Unterkiefers ließ er sich eine Brücke des 5. bis 7. Zahnes anfertigen. Die Krankenkasse erstattete nur die Kosten für eine metallische Konstruktion. Der Kläger begehrte von der Rentenversicherung die Zahlung weiterer 1.450 € für eine zahnfarbene Vollverblendung.

Das Sozialgericht verurteilte die Rentenversicherung zur begehrten Zahlung. Zahnersatz ist zwar keine in der Rehabilitation typische Leistung, er kann aber bei der Rehabilitation in der Rentenversicherung notwendig werden, wenn durch ihn die Fähigkeit, einem Erwerb nachzugehen, verbessert wird. So war es hier. Seine beruflichen Vermittlungschancen bleiben erhalten bzw. werden erhöht. Die durch den Zahnersatz erzielte Verbesserung ist nicht nur allgemeiner Art, sondern hängt mit der besonderen Tätigkeit als Schauspieler zusammen. Der Kläger spielt in befristeten Arbeitsverhältnissen sowohl in historischen Rollen wie auch in solchen, für die eine Kontinuität im Aussehen maßgeblich ist.

Zu diesem Ergebnis kam das Sozialgericht nach Anhörung eines Sachverständigen. Dieser führte insbesondere aus, dass bei Teilverblendungen im Unterkiefer die metallisch verblendeten Kaufflächen relativ gut sichtbar blieben.

Gerichtsbescheid vom 2. Januar 2017 – S 2 R 927/13 (nicht rechtskräftig)

- Fachgebiet Unfallversicherung (U)

Sozialgericht Dresden erkennt bei Profifußballer Meniskusschaden als Berufskrankheit an

Die Erkrankung des Innenmeniskus kann bei einem Profifußballer als Berufskrankheit anerkannt werden.

Der 32 Jahre alte Kläger aus Dresden spielt seit dem siebten Lebensjahr Fußball. Von 2003 bis 2014 war er als Profifußballer bei verschiedenen Vereinen der Bundesliga und der 2. Bundesliga im Einsatz. 2006 erlitt er einen Meniskusriss. Bei der Berufsgenossenschaft beantragte er 2015, eine Erkrankung des Innenmeniskus des linken Kniegelenks als Berufskrankheit anzuerkennen. Die Berufsgenossenschaft lehnte die Anerkennung einer Berufskrankheit ab. Die Trainings- und Wettkampfzeiten seien insgesamt während der Profizeit zu gering gewesen.

Die 5. Kammer des Sozialgerichts Dresden hat der Klage stattgegeben. Hier liegt die Berufskrankheit 2102 vor ("Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten"). Nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand bestehen bei Berufssportlern - insbesondere Fußballern - erhebliche Belastungen des Meniskus. Dies kann bei mehrjähriger Tätigkeit zu einer Anerkennung der Berufskrankheit führen. Nicht zwingend erforderlich ist, dass mindestens 1.600 Stunden im Jahr an kniebelastender Tätigkeit angefallen sind. Der medizinische Sachverständige hatte bei dem Kläger für die gesamte Tätigkeit als Berufsfußballer über 5.700 Stunden die Kniegelenke überdurchschnittlich belastende Tätigkeit errechnet. Damit war der 2006 eingetretene Meniskusschaden durch die berufliche Tätigkeit (mit-)verursacht.

Dem Kläger ist somit die Möglichkeit eröffnet, von der Berufsgenossenschaft medizinische Rehabilitation und finanzielle Entschädigung zu verlangen.

Gerichtsbescheid vom 10. Februar 2017 - S 5 U 233/16 (nicht rechtskräftig)

- Fachgebiet Grundsicherung für Arbeitssuchende – „Hartz IV“ (AS)

Jobcenter muss außergewöhnliche Fahrtkosten zu Therapie erstatten

Für außergewöhnlich hohe Fahrtkosten zu einer regelmäßigen ambulanten Psychotherapie muss das Jobcenter aufkommen.

Die 42 Jahre alte Klägerin ist seit 2013 verwitwet. Sie lebt alleinerziehend mit ihrem inzwischen 14 Jahre alten Sohn zusammen und bezieht Arbeitslosengeld II ("Hartz IV"). Beide unterzogen sich nach dem Tod des Ehemann-

nes/Vaters einer ambulanten Psychotherapie. Hierzu mussten sie von ihrem Wohnort im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge in die Praxis des Therapeuten fahren. Die Klägerin fuhr zweimal wöchentlich in eine Praxis in Dresden. Ihren Sohn begleitete sie zudem einmal wöchentlich zu dessen Therapeuten. Die Klägerin und ihr Sohn besitzen Monatskarten, die jedoch die Fahrt nach Dresden nicht abdecken. Von April bis September 2014 entstanden der Klägerin zusätzliche Fahrtkosten zu den Therapien in Höhe von knapp 190 €. Weitere zusätzliche 36 € fielen für die Fahrkarten ihres Sohnes an. Das Jobcenter lehnte eine Erstattung ab.

Die 3. Kammer des Sozialgerichts Dresden hat der Klage teilweise stattgegeben. Im Regelbedarf bei Erwachsenen für das Jahr 2014 waren 24,62 € monatlich für "Verkehr" vorgesehen. Mit dem Kauf ihrer Monatskarte für 80 € hatte die Klägerin diesen Betrag bereits deutlich überschritten. Für die zusätzlichen Kosten von über 30 € monatlich konnte sie nicht mehr selbst aufkommen. Die Krankenkasse erstattet die Fahrtkosten nicht. Ihren damals 12 Jahre alten Sohn musste sie auch bei der Fahrt mit mehrmaligem Umsteigen begleiten. Damit lag ein unabweisbarer, laufender, nicht nur einmaliger Bedarf im Sinne von § 21 Abs. 6 SGB II vor. Anders verhält es sich bezüglich der Fahrkarten des Sohnes der Klägerin. Die gut 6 € zusätzlicher Fahrtkosten monatlich konnten noch aus seinem Regelbedarf gedeckt werden.

In der Rechtsprechung hat sich noch keine einheitliche Linie zur Anwendung von § 21 Abs. 6 SGB II herausgebildet. Die Vorschrift geht zurück auf eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2010. Zur Gewährleistung des Grundrechts auf ein menschenwürdiges Existenzminimum musste der Gesetzgeber für einen über den typischen Bedarf hinausgehenden unabweisbaren, laufenden, nicht nur einmaligen, besonderen Bedarf einen zusätzlichen Leistungsanspruch einräumen.

Urteil vom 12. Dezember 2016 - S 3 AS 5728/14 (nicht rechtskräftig)

- Fachgebiet Krankenversicherung (KR)

a) Die Krankenkasse darf Kosten für eine künstliche Befruchtung im europäischen Ausland nur bei Einhaltung der Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes erstatten

Der Kläger begehrt von der beklagten Krankenkasse die Kostenerstattung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die er und seine Ehefrau in Tschechien haben durchführen lassen.

Nachdem die tschechische Klinik die Einhaltung der in Deutschland für die künstliche Befruchtung geltenden Rechtsvorschriften, insbesondere des Embryonenschutzgesetzes, nicht bestätigte, lehnte die Krankenkasse die Kostener-

stattung ab. Voraussetzung für eine Kostenerstattung sei, dass die in Deutschland geltenden Rechtsvorschriften auch im EU-Ausland beachtet würden.

Die 25. Kammer des Sozialgerichts wies die gegen die ablehnende Entscheidung erhobene Klage ab. Zwar können Versicherte auf der Grundlage der Vorschrift des § 13 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch von der Krankenkasse grundsätzlich Erstattung für Leistungen in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union verlangen. Voraussetzung hierfür ist jedoch die Einhaltung der in Deutschland geltenden Vorschriften. Im Fall der künstlichen Befruchtung sind insbesondere die Vorschriften des Embryonenschutzgesetzes einzuhalten. Hiervon war wegen der fehlenden Bestätigung der tschechischen Kinderwunschlinik nicht auszugehen.

Auch die Regelungen der Europäischen Union begrenzen den Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im europäischen Ausland auf dasjenige, was im Inland verlangt werden könnte.

Gerichtsbescheid vom 31. August 2016 - S 25 KR 236/14 (nicht rechtskräftig)

b) Die Krankenkasse darf einem Querschnittsgelähmten die Trinkmenge nicht vorschreiben

Der gesetzlichen Krankenkasse steht es nicht zu, bei der Gewährung von Kathetern und Bettbeuteln das individuelle Trinkbedürfnis zu reglementieren.

Der 39 Jahre alte Kläger verlor bei einem Motorradunfall eine Niere und ist seitdem querschnittsgelähmt. Zur Blasenentleerung muss er sich selbst katheterisieren. Er gibt an, täglich ca. 3 ½ l zu trinken. Das hält seine Krankenversicherung für "unphysiologisch" und nicht medizinisch notwendig. Sie bewilligte die Anzahl Katheter und Bettbeutel, die bei einer täglichen Trinkmenge von 2 ½ l erforderlich sind.

Der Kläger verlangt die Versorgung mit weiteren Kathetern und Bettbeuteln. Er verweist auf sein erhöhtes individuelles Trinkbedürfnis.

Die 47. Kammer des Sozialgerichts Dresden gab der Klage nach Einholung von medizinischen Unterlagen überwiegend statt. Die Menschenwürde verbietet es, hinsichtlich des individuellen Trinkbedürfnisses von Durchschnittswerten auszugehen. Der erhöhte Katheter- und Bettbeutelverbrauch beruht zudem auf dem persönlichen Sicherheitsbedürfnis des Klägers. Auch diesbezüglich ist die Krankenversicherung nicht berechtigt, den Kläger zu reglementieren. Das Sozialgericht verurteilte die Krankenkasse zur Versorgung des Klägers mit 8 statt der bewilligten 6 Katheter und Bettbeutel pro Tag.

Urteil vom 9. Oktober 2015 - S 47 KR 105/13 (nicht rechtskräftig)