

BGer I 348/03 vom 21. November 2003

Bundesgericht, 2003-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_I_348_03

FR: TF I 348/03 du 21 novembre 2003

IT: TF I 348/03 del 21 novembre 2003

Regeste

Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1.1

Das kantonale Gericht hat die Bestimmungen über die Voraussetzungen des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen im Allgemeinen (Art. 8 Abs. 1 IVG) und den Anspruch auf medizinische Massnahmen im Besonderen (Art. 12 Abs. 1 IVG) zutreffend dargelegt. Richtig sind auch die Ausführungen dazu, dass die Invalidenversicherung in der Regel nur solche Vorkehren als medizinische Massnahmen übernimmt, die unmittelbar auf die Beseitigung oder Korrektur stabiler oder wenigstens relativ stabilisierter Defektzustände oder Funktionsausfälle hinzielen und welche die Wesentlichkeit und Beständigkeit (AHI 2000 S. 298 f. Erw. 1b und c mit Hinweisen) des angestrebten Erfolges gemäss Art. 12 voraussehen lassen, nicht jedoch solche Massnahmen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind (BGE 120 V 279 Erw. 3a mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Art. 12 IVG namentlich die gegenseitige Abgrenzung der Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits sowie der Kranken- und Unfallversicherung andererseits bezweckt (BGE 104 V 81 Erw. 1 mit Hinweis).

E. 1.2

Anzufügen bleibt, dass am 1. Januar 2003 das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten ist. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Invalidenversicherungsbereich geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: vom 21. Januar 2002) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Bestimmungen anwendbar.

E. 2

Eine Keratoplastik gilt gemäss konstanter Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nur dann nicht als Behandlung des Leidens an sich, sondern als ein medizinischen Massnahmen nach Art. 12 IVG zugänglicher Eingriff, wenn damit eine narbig veränderte Hornhaut oder eine getrübe Keratokonusspitze ersetzt wird. In diesen Fällen rechtfertigt sich nämlich die Annahme eines stabilen bzw. relativ stabilisierten Defektzustandes, weshalb der Eingriff grundsätzlich eine medizinische Massnahme nach Art. 12 IVG bilden kann (BGE 100 V 97 ; AHI 1997 S. 116 f. Erw. 3b; ZAK 1963 S. 531;

Urteil B. vom 22. Mai 2001, I 651/00; nicht veröffentlichte Urteile Z. vom 18. August 1999 [I 486/98], W. vom 19. August 1997 [I 444/96], R. vom 21. August 1996 [I 172/96], L. vom 21. Mai 1990 [I 18/90] und G. vom 24. August 1988 [I 468/87]).

E. 3

Strittig ist, ob die am 9. Oktober 2001 durchgeführte perforierende Keratoplastik am rechten Auge von der Invalidenversicherung als medizinische Eingliederungsmassnahme zu übernehmen ist.

E. 4.1

Die Vorinstanz gelangte gestützt auf das im Auftrag des Versicherten erstellte Gutachten des Prof. Dr. med. L. _____ vom 27. August 2002 sowie unter Berufung auf das unveröffentlichte Urteil R. vom 21. August 1996 (I 172/96) zum Schluss, es handle sich bei der gittrigen Hornhautdystrophie um ein Krankheitsgeschehen, welches als stabil bzw. annähernd stabil zu bezeichnen sei, weshalb die Invalidenversicherung die Keratoplastik als medizinische Eingliederungsmassnahme zu übernehmen habe, zumal bei dem 57-jährigen Versicherten statistisch mit einer mittleren Aktivitätsdauer von 17,58 Jahren zu rechnen sei und bei einer Beständigkeit des Eingliederungseffekts von zehn bis zwölf Jahren auch die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs erfüllt sei.

E. 4.2

Dagegen wendet das Beschwerde führende BSV ein, gemäss Bericht des Dr. med. H. _____ vom 28. November 2001 sei insbesondere eine Hornhautdekomensation erschwerend hinzugekommen, ausgelöst durch die gittrige Dystrophie mit rezidivierenden Hornhauterosionen, weshalb unter Berücksichtigung des von der Vorinstanz angeführten unveröffentlichten Urteils von einer Behandlung des Leidens an sich auszugehen sei. Nicht nur wegen des labilen Charakters des Leidens, sondern auch weil die Hornhauttransplantation keinen dauerhaften Eingliederungserfolg gewährleiste, gehöre die Keratoplastik hier in den Bereich der Krankenpflegeversicherung.

E. 5

Vorweg ist mit Blick auf das von der Vorinstanz als einschlägig herangezogene unveröffentlichte Urteil R. vom 21. August 1996 (I 172/96) festzuhalten, dass dem vom Eidgenössischen Versicherungsgericht damals zu beurteilenden Sachverhalt einzig eine gittrige Hornhautdystrophie zu Grunde lag. Gemäss Grehn (Augenheilkunde, 27. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York 1998, S. 138) sind Hornhautdystrophien "hereditäre Störungen des Hornhautstoffwechsels, die mit Hornhauttrübungen unterschiedlicher Verteilung und Dichte einhergehen und dadurch die Sehschärfe herabsetzen. Sie können vom Hornhautepithel, vom Hornhautstroma und vom Hornhautendothel ausgehen. Am häufigsten sind die Trübungen im Hornhautstroma gelegen." Nach Pschyrembel (Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., Berlin/New York 2002, S. 726) sind als Erscheinungsformen die epitheliale (z.B. als rezidivierende Hornhauterosion), die stromale (z.B. gitterartige) und die endotheliale Hornhautdystrophie zu unterscheiden. Im vorliegenden Fall steht fest, dass Dr. med. H. _____ in seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 31. Oktober 2001 neben der beidseitigen gittrigen Hornhautdystrophie zusätzlich eine beidseitige beginnende Katarakt sowie rezidivierende Hornhauterosionen am rechten Auge diagnostizierte. Als "Indikation zum Eingriff" (Keratoplastik vom 9. Oktober 2001) bezeichnete er die "rezidivierende Hornhauterosion mit starker Hornhautvernarbung zentral bei gitteriger Hornhautdystrophie". Wie bereits erwähnt (Erw. 4.2 hievore) ergänzte er seine Angaben

durch die Präzisierung in seinem Bericht vom 28. November 2001 dahingehend, dass insbesondere eine Hornhautdekompensation erschwerend hinzugekommen sei, ausgelöst durch die gitterige Dystrophie mit rezidivierenden Hornhauterosionen. An diesen Umständen zeigt sich, dass der vorliegende Fall nicht mit demjenigen gemäss unveröffentlichtem Urteil R. vom 21. August 1996 (I 172/96) zu vergleichen ist, da im eben genannten Fall nur eine gittrige Hornhautdystrophie, jedoch keine erschwerenden Nebenerscheinungen wie insbesondere die rezidivierenden Hornhauterosionen zu berücksichtigen waren.

E. 6

Zu prüfen ist sodann, ob die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs in Bezug auf die strittige medizinische Vorkehr unter den gegebenen Bedingungen zu bejahen ist.

E. 6.1

Dauernd im Sinne von Art. 12 Abs. 1 IVG ist der von einer medizinischen Eingliederungsmassnahme zu erwartende Eingliederungserfolg, wenn die konkrete Aktivitätserwartung gegenüber dem statistischen Durchschnitt nicht wesentlich herabgesetzt ist. Diesbezüglich kann derzeit auf die Angaben in der 5. Auflage der Barwerttafeln Stauffer/Schaetzle (Zürich 2001) abgestellt werden, welche auf den tatsächlichen Erfahrungen der Invalidenversicherung beruhen (BGE 101 V 50 Erw. 3b mit Hinweisen; AHI 2000 S. 298 Erw. 1c). Dadurch, dass praxisgemäss die Aktivitätserwartung nicht wesentlich vom statistischen Durchschnitt abweichen darf, soll namentlich bei kurz vor dem AHV-Rentenalter stehenden Versicherten verhindert werden, dass einer an sich erfolgreichen medizinischen Massnahme bereits dann Dauerhaftigkeit im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne zuerkannt wird, wenn es sich im Grunde genommen lediglich um eine stabilisierende Vorkehr für die kurze Dauer bis zur Erreichung des AHV-Rentenalters handelt. Lediglich bei jüngeren Versicherten wäre es unbillig und wirklichkeitsfremd, die erforderliche Dauerhaftigkeit des prognostischen Eingliederungserfolgs eng an die Aktivitätsperiode, mit welcher die versicherte Person nach der statistischen Wahrscheinlichkeit rechnen kann, binden zu wollen. Denn es geht nicht an, einer medizinischen Massnahme die vom Gesetz verlangte Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs nur deshalb abzusprechen, weil die statistische Aktivitätserwartung weit über die Zeitspanne hinausgeht, für die sich aus medizinischer Sicht selbst bei günstigen Voraussetzungen ein Dauererfolg überhaupt prognostizieren lässt. Bei jüngeren Versicherten ist daher im Gegensatz zu relativ kurz vor dem Rentenalter stehenden Personen der Eingliederungserfolg dann voraussichtlich dauernd, wenn er wahrscheinlich während eines bedeutenden Teils der Aktivitätserwartung erhalten bleiben wird (nicht veröffentlichtes Urteil W. vom 19. August 1997 [I 444/96] mit Hinweisen). Die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs ist dann in Frage gestellt, wenn erhebliche krankhafte Nebenfunde vorliegen, die ihrerseits geeignet sind, die Aktivitätserwartung des Versicherten trotz der Operationen gegenüber dem statistischen Durchschnitt wesentlich herabzusetzen. Diesfalls vermögen die medizinischen Vorkehren bezüglich Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit für sich allein den Eingliederungserfolg nicht zu gewährleisten. Ob der Eingliederungserfolg dauerhaft und wesentlich sein wird, muss medizinisch-prognostisch beurteilt werden. Dafür ist der medizinische Sachverhalt vor den fraglichen Operationen in seiner Gesamtheit massgebend (BGE 101 V 48 , 97 Erw. 2b, 103 Erw. 3; 98 V 34 Erw. 2 mit Hinweisen; AHI 2000 S. 299 Erw. 2b mit Hinweisen).

E. 6.2.1

Mit Vernehmlassung vom 1. Juni 2003 reicht der Versicherte eine Stellungnahme des Prof. Dr. med. L. _____ vom 28. Mai 2003 ein, womit sich Letzterer zur Verwaltungsgerichtsbeschwerde des BSV äussert. Er bestätigt darin, dass Erosionen der Hornhaut als Nebenerscheinungen bei der gittrigen Hornhautdystrophie auftreten könnten und dieser Vorgang der von Zeit zu Zeit aufbrechenden Narben tatsächlich nie zu einem Ende komme. Im Vergleich zum Keratokonus sei bei der gittrigen Hornhautdystrophie nach einer Keratoplastik mit einem erhöhten Risiko der Wiedereintrübung zu rechnen. In seinem Gutachten vom 27. August 2002 führte er dazu aus, es sei tatsächlich so, dass sich in einer gesunden Hornhaut nach Implantation in einen Empfänger mit einer gittrigen Hornhauterkrankung Trübungen entwickeln könnten, weil das Transplantat derselben genetisch bedingten Stoffwechsellaage unterliege. Die Frage sei, wie lange der Rehabilitationseffekt nach einer Keratoplastik bei dieser Krankheit anhalte. Gestützt auf die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Studie und seine eigenen Erfahrungen gelangte Prof. Dr. med. L. _____ zur Einschätzung, in Bezug auf die Beständigkeit des Eingliederungserfolgs sei hinsichtlich des Erhalts der Lesefähigkeit und der Erlaubnis, ein Motorfahrzeug zu lenken, von einer Dauer "von 5-10 Jahren oder mehr" auszugehen.

E. 6.2.2

Zutreffend verwies die Vorinstanz darauf, dass der 57-jährige Versicherte auf Grund der massgeblichen (Erw. 4.1 hievor) Angaben in der 5. Auflage der Barwerttafeln Stauffer/Schaetzle (Zürich 2001) statistisch noch mit einer mittleren Aktivitätsdauer von 17,58 Jahren zu rechnen habe. Damit die Keratoplastik im vorliegenden Fall als medizinische Massnahme, welche von der Invalidenversicherung zu übernehmen wäre, qualifiziert werden könnte, müsste sich der Erfolg des Eingriffs in Anbetracht des Alters des Versicherten während eines wesentlichen Teils dieser Zeitspanne günstig auf seine Leistungsfähigkeit auswirken. Bei einer gittrigen Hornhautdystrophie ist die perforierende Keratoplastik, wie sie beim Versicherten am 9. Oktober 2001 durchgeführt wurde, wegen des Risikos der Wiedereintrübung mit einer unsicheren Prognose behaftet (Küchle/Busse, Taschenbuch der Augenheilkunde, 3. Aufl., Bern/Stuttgart/Toronto 1991, S. 198). Geht man von einer medizinisch wissenschaftlich belegten Kontinuität der Eingliederungswirksamkeit einer perforierenden Keratoplastik bei gittriger Hornhautdystrophie von fünf bis zehn Jahren aus und berücksichtigt man, dass der Versicherte als Nebenerscheinung zusätzlich unter rezidivierenden Hornhauterosionen litt, ist mit einem im Vergleich zum statistischen Durchschnitt erhöhten Risiko der Wiedereintrübung und einer entsprechend verkürzten Beständigkeit des Eingliederungseffekts zu rechnen. Bei einem voraussichtlich maximal eher nur für die Dauer von fünf als zehn Jahren zu erwartenden Eingliederungserfolg ist gemessen an der statistisch noch verbleibenden mittleren Aktivitätsdauer von 17,58 Jahren nicht von einer während eines wesentlichen Teils dieser Aktivitätsdauer anhaltenden Verbesserung der Leistungsfähigkeit auszugehen, weshalb die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolgs nicht erfüllt und die perforierende Keratoplastik vom 9. Oktober 2001 nicht als medizinische Eingliederungsmassnahme durch die Invalidenversicherung zu übernehmen ist.

E. 6.3

Prof. Dr. med. L. _____ legte in seinem Gutachten vom 27. August 2002 in Bezug auf die Situation des Versicherten dar, bei der gittrigen Hornhautdystrophie müssten die

Hornhauttrübungen und Narben mit dem präoperativen Abfallen des Sehvermögens auf Werte, welche einer Erblindung entsprächen (Visus von 0,05 auf dem rechten Auge), als "annähernd stabiler Zustand" bezeichnet werden, welcher keiner Leidensbehandlung mehr zugänglich sei, sondern nur noch durch die Wiedereingliederungsmassnahme einer perforierenden Keratoplastik habe verbessert werden können. Es ist darauf zu verweisen, dass es sich beim Begriff des labilen pathologischen Geschehens wie auch demjenigen des (relativ) stabilen Defektzustandes im hier gegebenen Zusammenhang (Art. 12 Abs. 1 IVG) um Rechtsbegriffe handelt, die nicht vom Arzt auszulegen sind und daher auch nicht strikte mit der medizinischen Sicht übereinstimmen müssen (AHI 1997 S. 117 Erw. 3c). Auch wenn der vor Durchführung des Eingriffs erreichte Zustand bei einem Restvisus von 5 % als stabiles oder zumindest relativ stabilisiertes Leiden zu bezeichnen wäre, was nach dem Gesagten offen bleiben kann, sind nur solche Vorkehren als medizinische Eingliederungsmassnahmen zu übernehmen, welche prognostisch einen dauerhaften Eingliederungserfolg (Erw. 6.1 hievor) versprechen. Wie bereits dargelegt (Erw. 6.2.2 hievor) ist diese Voraussetzung für die Übernahme der Vorkehr als medizinische Eingliederungsmassnahme hier nicht erfüllt. Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.