

BGer I 395/02 vom 31. Oktober 2002

Bundesgericht, 2002-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_I_395_02

FR: TF I 395/02 du 31 octobre 2002

IT: TF I 395/02 del 31 ottobre 2002

Regeste

Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (vgl. Art. 8 Abs. 1 IVG). Denn das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist. Ferner muss der voraussichtliche Erfolg einer Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen (BGE 124 V 110 Erw. 2a, 122 V 214 Erw. 2c, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Der Anspruch gemäss Art. 13 IVG auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen bei bis zu 20jährigen Versicherten besteht - anders als nach der allgemeinen Bestimmung des Art. 12 IVG - unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 205 Erw. 4e/cc). Art. 13 IVG nimmt mit der weitgehenden Privilegierung seiner Anwendungsfälle eine besondere Stellung im System der Invalidenversicherung ein, die sich nur historisch, mit der beim Inkrafttreten des IVG (1. Januar 1960) fehlenden obligatorischen Krankenversicherung, erklären lässt. Demgegenüber erstreckt sich seit 1. Januar 1996 die Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG auch auf die Behandlung von Geburtsgebrechen, wenn auch nur subsidiär (Art. 27 KVG ; BGE 126 V 103) und auf der Grundlage des Kostenvergütungsprinzips (Art. 24 KVG). Im Hinblick auf die mit der Geburtsgebrechensbehandlung als Naturalleistung (u.a. Haftung für das Eingliederungsrisiko nach Art. 11 IVG) verbundene Vorzugsstellung kommt dem invalidenversicherungsrechtlichen Begriff des Geburtsgebrechens nach wie vor eine besondere Bedeutung zu. Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit gebieten aufgrund dieser Sonderstellung eine strikte Abgrenzung des Anwendungsbereiches dieser Bestimmung (BGE 122 V 119 Erw. 3a/cc, 115 V 205 Erw. 4e/cc).

E. 1.3

Zu beachten ist, dass im Rahmen von Art. 13 IVG die Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit des erwerblichen Eingliederungserfolges - im Gegensatz zu Art. 12 IVG - unerheblich ist (Art. 8 Abs. 2 IVG ; BGE 115 V 206 Erw. 5). Zu prüfen ist dagegen, ob die Voraussetzungen des Art. 2 Abs. 3 GgV und die von der Rechtsprechung aufgrund des Verhältnismässigkeitsprinzips dazu entwickelten Kriterien erfüllt sind (Erw. 1.1 hievor).

E. 2

Streitig ist, ob der 1992 geborene, an congenitaler Taubheit leidende Beschwerdegegner ein zweites CI beanspruchen kann. Seine Eltern machen im Wesentlichen geltend, dieses Gerät sei notwendig für den Fall, dass das erste eine technische Panne habe.

E. 2.1

Die Vorinstanz erwog, die medizinische Beurteilung der Vor- und Nachteile einer Zweitversorgung mache deutlich, dass die Massnahme den Erfordernissen der Einfachheit und Zweckmässigkeit Rechnung trage. Eine Begrenzung der Übernahme auf nur ein CI käme mangels einer ausdrücklichen gegenteiligen gesetzlichen Bestimmung nur in Frage, wenn zwischen der Massnahme und dem Eingliederungszweck ein derart krasses Missverhältnis bestünde, dass sich die Übernahme schlechthin nicht verantworten liesse. Dies sei angesichts der Aktenlage und des Charakters der auf die Behandlung eines Geburtsgebrechens gerichteten medizinischen Massnahme nicht der Fall. Die besonderen Verhältnisse beim Versicherten geböten eine differenzierte Betrachtungsweise und somit die Zusprechung der angebotenen Leistung, selbst wenn die beidseitige Versorgung noch nicht dem allgemeinen Standard entspreche.

E. 2.2

Das BSV macht im Wesentlichen geltend, die bilaterale Versorgung werde heute erst vereinzelt vorgenommen und habe noch experimentellen Charakter. Ob die beidseitige Versorgung mit den heute üblichen Systemen zu einer wesentlichen Hörverbesserung führe, müsse noch nachgewiesen werden. Nur die einseitige Vorkehr könne als einfache und zweckmässige Massnahme gelten. Im Übrigen vertrete auch die Kommission für Audiologie und Expertenwesen der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie den Standpunkt, die Finanzierung eines beidseitigen CI sei zur Zeit nicht Aufgabe der Sozialversicherung.

E. 3

Nach der Rechtsprechung handelt es sich beim CI um eine nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigte Vorkehr, die sowohl im Rahmen von Art. 12 IVG (BGE 115 V 191) als auch von Art. 13 IVG (BGE 115 V 202) als medizinische Eingliederungsmassnahme zugesprochen werden kann (vgl. dazu auch Rz 671/871.4 des vom BSV herausgegebenen Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], gültig ab 1. November 2000; Rz 671/871.4; zur fehlenden Verbindlichkeit von Verwaltungsweisungen für den Richter: BGE 127 V 61 Erw. 3a mit Hinweisen). Dabei wird das CI auch bei Geburts- und Frühertaubten übernommen, ohne dass es sich dabei um besonders ausgewählte Versicherte handeln muss, wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in Präzisierung seiner Rechtsprechung (BGE 115 V 198 oben Erw. 4e/bb und 207 Erw. 6a) in BGE 122 V 379 Erw. 2b/bb festgehalten hat. Nicht entschieden hat das Gericht bisher, ob auch die (im

KSME im Übrigen nicht erwähnte) beidseitige Versorgung als medizinische Eingliederungsmassnahme zugesprochen werden kann.

E. 4

Zu prüfen ist, ob die beidseitige Versorgung mit einem CI bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entspricht, ob die Massnahme zweckmässig und indiziert ist und ob sie den therapeutischen Erfolg in einfacher Weise anstrebt.

E. 4.1

Nach der Rechtsprechung gilt eine Behandlungsart dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend, wenn sie von Forschern und Praktikern auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie (BGE 115 V 195 Erw. 4b mit Hinweisen). In ihrem Bericht vom 28. September 2000 weisen die Ärzte des Spitals X._____ auf die Erfahrungen der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Würzburg hin, wo bisher über 70 Personen, davon 30 Kinder, erfolgreich mit einem zweiten CI versorgt worden seien. Das BSV äussert sich nicht ausdrücklich zur Wissenschaftlichkeit, weist aber darauf hin, die beidseitige Versorgung habe noch experimentellen Charakter, in welche Richtung im Übrigen auch die Stellungnahme der Kommission für Audiologie und Expertenwesen der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie geht. Im Weiteren macht das Bundesamt geltend, es könne kaum behauptet werden, die 35'000 Personen weltweit, denen bis zum Jahr 2001 ein CI implantiert worden sei, seien unterversorgt. Auch wenn es zutrifft, dass die beidseitige Versorgung (noch) nicht zum Standard gehört (die von der Konferenz der Cochlea-Implantat-Kliniken der Schweiz CICH ausgearbeiteten Richtlinien für CI-Versorgung und Nachbetreuung vom 23. Oktober 1998 erwähnen sie nicht) und es in der Schweiz Ende 2001 nur insgesamt 19 Personen mit zwei CI gab, handelt es sich bei dieser um eine nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigte Massnahme. Entscheidend ist, dass sich das CI von einer experimentellen Therapieform zu einem anerkannten und routinemässigen Verfahren zur Behandlung der cochleär bedingten Taubheit oder Resthörigkeit, die sich mit Hörgeräten nur ungenügend versorgen lässt, entwickelt hat und heute eine sehr differenzierte und ausgereifte Heilmassnahme zur Rehabilitation bestimmter tauber Patienten darstellt. Namentlich besteht Einigkeit darin, dass die Implantation von zwei CI die kommunikativen Fähigkeiten eines gehörlosen Kindes hinsichtlich Sprachverständnis und Sprachverständlichkeit erheblich zu verbessern vermag. Für die beidseitige Versorgung steht indessen nicht so sehr diese Frage im Vordergrund, sondern vielmehr - wie auch bei der einseitigen (BGE 115 V 191 und 202) -, ob aufgrund der konkreten Verhältnisse im Einzelfall die Massnahme indiziert und zweckmässig ist und den therapeutischen Erfolg, d.h. die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit durch erhöhten akustischen Kontakt mit der Umwelt, in einfacher Weise anstrebt.

E. 4.2

Indikation und Zweckmässigkeit der Massnahme (welche im Rahmen von Art. 13 IVG nach gleichen Grundsätzen wie bei Art. 12 IVG zu beurteilen ist: BGE 115 V 205 Erw. 4e/bb, 197 Erw. 4e/bb) lassen sich aufgrund des Berichtes der HNO-Klinik (Stimm- und Sprachabteilung) des Spitals X._____ vom 28. September 2000, eines der fünf schweizerischen CI-Zentren, sowie der übrigen medizinischen Unterlagen bejahen. Darin

wird ausgeführt, dass sich durch Stimulation des Hörnervs im Kindesalter mit einem CI eine Hörfähigkeit ausbilden könne, die auf das Niveau einer mittleren Schwerhörigkeit komme. Diese neurobiologische Entwicklung des Grosshirns gehe im Laufe der Adoleszenz verloren und lasse sich nicht mehr aktivieren. Da ein nicht stimulierter Hörnerv degeneriere und nicht mehr brauchbar sei, müsse ein CI möglichst früh eingesetzt werden. Im Weiteren bedeute die beidseitige Versorgung mit Hörgeräten generell einen erheblichen Gewinn in der Situation "Hören im Lärm" und entwickelten beidseitig CI-Implantierte ein gewisses "Richtungshören". Die Fähigkeit des Grosshirns, Informationen von beiden (mittels CI) künstlich stimulierten Hörschnecken zu integrieren, sei nur im Kindesalter bis zur Pubertät gegeben. Ein zweites CI stelle zudem einen wichtigen Sicherheitsfaktor dar. Im Falle des Versicherten ist bereits die traditionelle Hörgeräteversorgung beidseits erfolgt, und zwar kurz vor Vollendung des 2. Lebensjahres (im August 1994). Zwar hat diese nicht viel gebracht, doch immerhin den Hörnerv am noch nicht mit einem CI versorgten Ohr mit Reizen (aus dem Hörgerät) stimuliert, was - im Sinne einer Vorwirkung - jedenfalls besser war, als wenn vor dem 10. Altersjahr nichts getan worden wäre. Da beide Ohren nahezu gleich schlechte Hörwerte aufwiesen und mit den herkömmlichen Hörgeräten gleich versorgt und stimuliert worden sind, wären beide Ohren ungefähr gleich gut für das erste CI in Frage gekommen, was die gute Prognose für das zweite CI bestätigt. Erfüllt ist vorliegend auch die Voraussetzung, wonach eine derart hochgradige Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit vorliegen muss, dass eine konventionelle Versorgung nicht in Frage kommt (BGE 115 V 197 Erw. 4e/bb). Das Gleiche gilt für das Erfordernis, dass der Hörnerv und das zentrale Hörsystem auf elektrische Reize reagieren und subjektive Hörempfindungen auslösen können (BGE 115 V 198 Erw. 4e/bb). Schliesslich darf aufgrund der Tatsache, dass der Versicherte bereits ein CI hat, davon ausgegangen werden, dass der notwendige Intelligenzgrad und die Motivation vorhanden sind (BGE 115 V 198 Erw. 4e/bb). Nur unter solch günstigen Voraussetzungen kommt eine beidseitige Versorgung überhaupt in Frage.

E. 4.3

Zu prüfen ist schliesslich, ob die Massnahme den therapeutischen Erfolg in einfacher Weise anstrebt, d.h. verhältnismässig ist. Eine betragsmässige Begrenzung der Massnahme käme mangels einer ausdrücklichen gegenteiligen Bestimmung nur in Frage, wenn zwischen der Vorkehr und dem Eingliederungszweck ein derart krasses Missverhältnis bestünde, dass sich die Übernahme der Massnahme schlechthin nicht verantworten liesse (BGE 115 V 198 Erw. 4e/cc; vgl. auch BGE 107 V 87 Erw. 2; SVR 2002 IV Nr. 16 S. 51 Erw. 7b). Zu beachten ist im Zusammenhang mit der Frage nach der Verhältnismässigkeit der Massnahme, dass die Geburtsgebrechen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung einnehmen (vgl. Erw. 1.2 hievor), indem der Eingliederungszweck in der Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung besteht und noch nicht 20jährige Versicherte unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen können (Art. 8 Abs. 2 IVG). Aus den Akten (namentlich dem Bericht des Spitals X. _____ vom 31. Juli 1997) ergibt sich, dass mit dem CI - anders als mit den herkömmlichen Hörgeräten - beim Versicherten ein sehr guter Erfolg erzielt werden konnte. Es stellt sich die Frage, ob aus dem zweiten CI soviel "Mehrgewinn" gezogen werden kann, dass auch unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit die beidseitige Versorgung vertretbar ist. Wegen der Möglichkeit zum Raum- und Stereohören (der Versicherte kann die sprechende Person sofort oder zumindest

schneller lokalisieren und sich auf diese konzentrieren, was in zahlreichen Alltagssituationen von Vorteil ist) sowie wegen des Sicherheitsaspekts im Falle einer Panne eines Gerätes (allfällige technische Defekte des einen Gerätes werden durch das andere aufgefangen) ist die Frage zu bejahen. Es verhält sich sogar so, dass bei Versicherten, bei welchen die Implantation in den ersten Lebensjahren vorgenommen werden kann, in welchem Zeitraum Hörbahnreifung und Sprachentwicklung stattfinden, - bei gegebener Indikation - nur die beidseitige Versorgung mit einem CI genügend ist, weil die Chancen der (den Eingliederungszweck von Art. 13 IVG erfüllenden) kommunikativen Rehabilitation bei zwei CI bedeutend günstiger sind.

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