

BGer I_835/2004 vom 22. September 2005

Bundesgericht, 2005-09-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_I_835_2004

FR: TF I_835/2004 du 22 septembre 2005

IT: TF I_835/2004 del 22 settembre 2005

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist einzig noch der Anspruch der Versicherten auf ein Mini-Trampolin.

Da der entsprechende Einspracheentscheid am 27. August 2003 erlassen wurde, kommen die am 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 21. März 2003 und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 21. Mai 2003 (4. IV-Revision) nicht zur Anwendung (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 356 Erw. 1).

E. 2.1

Das kantonale Gericht hat die Bestimmungen über den Anspruch auf medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung bei Vorliegen eines Geburtsgebrechens (Art. 13 Abs. 1 IVG ; vgl. auch Art. 3 Abs. 2 ATSG ; Art. 1 Abs. 1 und 2 sowie Art. 2 Abs. 3 GgV) und auf Hilfsmittel (Art. 21 Abs. 1 IVG) zutreffend dargelegt. Darauf wird verwiesen.

E. 2.2

Zu ergänzen ist, dass nach der Rechtsprechung eine Behandlungsart dann als bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entsprechend (Art. 2 Abs. 3 GgV) gilt, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft 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; Urteil L. vom 14. Februar 2005 Erw. 1.2, I 373/04).

Vorausgesetzt ist in Art. 2 Abs. 3 GgV weiter, dass die medizinischen Massnahmen den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. Der darin enthaltene Verhältnismässigkeitsgrundsatz beschlägt die Relation zwischen den Kosten der medizinischen Massnahme einerseits und dem mit der Eingliederungsmassnahme verfolgten Zweck andererseits. Eine betragsmässige Begrenzung der notwendigen Massnahmen käme mangels einer ausdrücklichen gegenteiligen Bestimmung bloss in Frage, wenn zwischen der Massnahme und dem Eingliederungszweck ein derart krasses Missverhältnis bestände, dass sich die Übernahme der Eingliederungsmassnahme schlechthin nicht verantworten liesse (BGE 115 V 204 Erw. 4e/cc mit Hinweis). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Geburtsgebrehen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung einnehmen. Denn Versicherte können gemäss Art. 8 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung) in Verbindung mit Art. 13 Abs. 1 IVG bis zum vollendeten 20. Altersjahr unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung von Geburtsgebrehen notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines

Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 205 Erw. 4e/cc). Schliesslich hat der Versicherte nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren. Das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als dies im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 124 V 110 Erw. 2a, 122 V 214 Erw. 2c, je mit Hinweisen; erwähntes Urteil L. Erw. 1.3).

Nach ständiger Rechtsprechung kann die Invalidenversicherung die Kosten für ein Behandlungsgerät übernehmen, wenn es einen notwendigen Bestandteil einer medizinischen Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 oder 13 IVG bildet. Dafür ist entscheidend, ob es in engem, unmittelbarem Zusammenhang mit der von der Invalidenversicherung übernommenen medizinischen Vorkehr steht (SVR 1996 IV Nr. 90 S. 269 Erw. 5; erwähntes Urteil L. Erw. 1.4 mit Hinweisen).

E. 2.3

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 Erw. 3b/aa mit Hinweisen).

E. 3.1

Die Versicherte leidet am Geburtsgebrecen nach Ziff. 459 GgV-Anhang. Gemäss Verfügung vom 9. Juli 2003 gewährt ihr die IV-Stelle medizinische Massnahmen nach Art. 13 Abs. 1 IVG .

Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin keinen gemäss Art. 21 IVG oder der entsprechenden Hilfsmittelliste abgestützten Anspruch auf das beantragte Mini-Trampolin hat. Somit ist einzig der Frage nachzugehen, ob ein derartiger Anspruch im Rahmen von Art. 13 IVG besteht.

E. 3.2

Im Gutachten des Prof. Dr. med. C. _____ und der Frau Dr. med. D. _____ vom 9. September 2004, auf das sich die Vorinstanz stützt, wurde ausgeführt, die Physiotherapie habe bei cystischer Fibrose (nachfolgend CF) zum Ziel, in den Bronchien das zähe, dickflüssige Bronchialsekret, das wegen der Grundkrankheit bestehe, mechanisch von der Bronchialoberfläche abzulösen und damit eine mechanische Bronchialtoilette durchzuführen. Da das dickflüssige, zähe Bronchialsekret bei CF-Patienten nicht wie bei gesunden Menschen automatisch und unbemerkt gefördert werde und damit zur Reinigung des Bronchialbaumes diene, komme es zu einer durch dickflüssigen Schleim bedingten Verstopfung kleinster und mittelgrosser Bronchien. Dadurch entstehe eine entsprechende Minderbelüftung zuerst kleiner und dann grösserer Lungenareale mit den Folgen der

Beeinträchtigung der Sauerstoffaufnahme und Kohlendioxid-Abgabe, entsprechend häufiger Infektion durch Besiedlung des Schleims mit Bakterien, Viren und Pilzen sowie einer chronischen Bronchialentzündung. Der Herausbeförderung des zähen bronchialen Sekrets komme eine übergeordnete Bedeutung zur Verhinderung von Bronchialverlegung, -entzündung und in der Folge einer Narbenentwicklung zu. Die Physiotherapie, Inhalationstherapie und Bekämpfung der Infektion spielten in der Behandlung der Lungenaffektion bei CF eine zentrale Rolle. Alle physiotherapeutischen Interventionen, die dazu führten, dass die Sekretförderung angestossen und damit mechanisch erfolgen könne, seien integraler Bestandteil des heutigen modernen CF-Therapiekonzeptes. Die begleitende Inhalation mit Sekret verflüssigenden Medikamenten müsse durch mechanische physiotherapeutische Intervention unterstützt werden. Alle Möglichkeiten der Vibration und mechanisch beeinflussenden Sekretförderung sollten daher eingesetzt werden, wie z.B. Förderung der Bewegung, Schwimmen, Laufen, Rennen, Velofahren etc. Die als wirksam eingestufte Erschütterung mittels Trampolinspringens und Dehnungsübungen auf dem grossen Physiotherapie-Ball sei eine der zu kombinierenden Möglichkeiten der täglichen Physiotherapie. Sie garantiere den Eltern eine kontrollierte zusätzliche Betätigung und damit eine therapeutisch nötige und wirksame Eigentherapie, die losgelöst von einer Physiotherapeutin gemacht werden könne und müsse. Es handle sich um eine notwendige und zweckmässige Behandlung. Die Frage nach dem wissenschaftlich erwiesenen erheblichen Nutzen könne nicht mit einem bestimmten Ja beantwortet werden, weil Studien bei Kindern über die Anwendung eines einzelnen physiotherapeutischen Gerätes bei der CF-Therapie weder sinnvoll noch beweisend noch machbar seien. Die Mobilisation von bronchialem Sekret mit Hilfsmitteln könne immer nur in einem Gesamtkonzept mit Physiotherapie (eben Trampolinspringen als eine Möglichkeit), Inhalationstherapie und medikamentöser Therapie geprüft werden. Die medizinische Literatur zeige eindeutig, dass die Lungenfunktion bei physisch aktiven Patienten konserviert werden könne, es ihnen im Endeffekt besser gehe, weniger Hospitalisationskosten anfielen und das Überleben verlängert werde. Eine anerkannte Studie der Cochrane Database Syst. Rev, 2002; (2): CD002768 von J. Bradley und F. Moran habe 16 internationale Studien untersucht, von denen 6 strikte wissenschaftliche Kriterien gemäss so genanntem randomisiertem und kontrolliertem Studiendesign-trial (RCT) zur Frage "Physical training for cystic fibrosis", erfüllt hätten. Die Autoren seien zum Schluss gekommen, dass die Rückschlüsse über die Wirksamkeit eines physischen Trainings auf Grund der Studien mit wenig Patienten, kurzer Beobachtungsdauer und inkompletter Darstellung des Erfolges limitiert seien. Sie hätten aber dargelegt, dass physisches Training bereits den meisten CF-Patienten als Behandlung angeboten werde und kein Grund bestehe, davon abzuraten. Weitere Untersuchungen seien notwendig, um den Nutzen des physischen Trainings in der Behandlung von CF-Patienten zu beurteilen. Weiter führten die Gutachter aus, diese Untersuchungen hätten die höchsten Kriterien der evidence based medicine erfüllt und sehr rigoroser Auswahl unterlegen. Dass physikalische Betätigung die Expektoration von zähem Lungensekret fördere, sei wissenschaftlich klar belegt (Dr. Baldwin et al., Effect of addition of exercise to physiotherapy on sputum expectoration and lung function in adults with cystic fibrosis; Respir. Med. 1994; 88: 49-53). Auf Grund der mehr als 25-jährigen Erfahrung des Gutachters in der CF-Behandlung könne mit "personal evidence" und guten Gewissens gesagt werden, dass jede Intervention, die regelmässig die physikalische Sekretlösung fördere, von klinischem Nutzen sei. Signifikante Kurz- und Langzeitwirkungen seien für Hilfsmittel wie PEP-Atmung, Flutter und das früher verwendete Beklopfen des Thorax

(heute obsoleter Methode) nachgewiesen worden. Da PEP und Flutter wegen Kooperation, Koordination und Konstanz erst bei älteren Kindern erfolgreich eingesetzt werden könnten, werde das Mini-Trampolin zunehmend von der professionellen Physiotherapie verwendet. Es sei nicht ein Training, sondern eine physiotherapeutische Intervention, die als Teil eines ganzen Therapiekonzeptes nötig sei und täglich angewendet werden müsse. Empfohlen werde mindestens zweimal pro Tag eine Trampolin-Therapieeinheit von mindestens einer halben Stunde unter elterlicher oder professioneller Kontrolle. Jeder, der mit Kindern therapeutisch arbeite, wisse, dass wiederkehrende Dinge ohne grosse Attraktivität (z.B. Zähneputzen bei gesunden Kindern) nicht ohne Druck betrieben würden. Es müssten verschiedene Therapien im Wechsel angewendet werden, um die so genannte Compliance, d.h. das Mitmachen, aufrecht zu erhalten. Natürlich könnte man mit einem 9-jährigen Kind jeden Tag Treppensteigen und Jogging-Übungen machen. Bewegung und spielerische Mobilisationsübungen (Sprossenwand, Schwimmen, Seilspringen etc.) seien auch notwendig und würden empfohlen. Aber die Machbarkeit und damit die Compliance solcher Übungen sei erfahrungsgemäss schlecht. Durch die klare medizinische Verordnung eines physikalischen Therapiegeräts werde den Eltern und Patienten die Notwendigkeit der täglichen Therapieeinheit vorgeschrieben. Die CF sei eine angeborene und unbehandelt zum frühen Tod führende genetische Erkrankung. Es bestehe die Verpflichtung, den Patienten und Kostenträgern die modernen, nötigen und wirksamen Therapien zu empfehlen. Deshalb sei das Trampolin verordnet worden.

E. 3.3

Die IV-Stelle macht geltend, es sei unbestritten, dass physische Aktivität die Herausbeförderung des zähen bronchialen Sekrets fördere. Ihr ärztlicher Dienst bestreite auch nicht die Zweckmässigkeit des Trampolins. Die Notwendigkeit könne jedoch nicht bejaht werden. Würde sie anerkannt, so drohe die Gefahr, dass zu viele Gegenstände, die durchaus zweckmässig seien, von der Invalidenversicherung übernommen werden müssten. Eine derartige Ausdehnung des Begriffs der Notwendigkeit könne nicht hingenommen werden. Die Notwendigkeit sei klar von der Zweckmässigkeit zu trennen. Die Expertise sei nicht nachvollziehbar. Einerseits werde von einer mangelnden Compliance ausgegangen bei der Verordnung von täglichem Treppensteigen, Seilspringen, Laufen Radfahren usw. Andererseits solle bei einer täglichen Therapie von zweimal 30 Minuten auf dem Trampolin die Compliance über einen längeren Zeitraum gegeben sein. Weshalb gerade wegen dem Trampolin die Notwendigkeit der täglichen Therapieeinheit demonstriert werde und eine erhöhte Compliance bestehe, sei nicht schlüssig dargelegt. Ein solches Gerät möge - trotz fehlender Wissenschaftlichkeit - im Rahmen eines Gesamtkonzeptes durchaus zweckmässig sein, könne aber ohne weiteres durch andere alternative physische Betätigungen (Schwimmen, Laufen, Gehen, Velofahren, Treppensteigen, Seilspringen, Sackhüpfen etc.) ersetzt werden. Die Wirksamkeit der Behandlung impliziere nicht zwangsweise die Notwendigkeit.

E. 4.1

Umstritten ist als Erstes die Frage der Wissenschaftlichkeit der Mini-Trampolin-Therapie. In der Expertise vom 9. September 2004 konnte sie nicht bestimmt beantwortet werden. Dies führten die Gutachter darauf zurück, dass Studien bei Kindern über die Anwendung eines einzelnen physiotherapeutischen Gerätes bei der CF-Therapie weder sinnvoll noch machbar seien. Gemäss der Expertise ist jedoch wissenschaftlich klar belegt, dass physikalische Betätigung die Expektoration von zähem Lungensekret fördert. Das

Mini-Trampolin werde zunehmend von der professionellen Physiotherapie eingesetzt, da PEP-Atmung und Flutter wegen Kooperation, Koordination und Konstanz erst bei älteren Kindern erfolgreich eingesetzt werden könnten. Schliesslich befürwortet Prof. Dr. med. C. _____ sowohl als Arzt wie auch als Wissenschaftler die Abgabe des Mini-Trampolins an die Versicherte, da es ein modernes, nötiges und wirksames Therapiegerät sei. In Würdigung dieser Umstände lässt sich die Wissenschaftlichkeit entgegen der IV-Stelle nicht verneinen (vgl. auch Urteil W. vom 2. August 2004 Erw. 4.4, I 721/03).

E. 4.2

Gemäss der Expertise ist die Benützung des Mini-Trampolins zu Hause eine einfache und zweckmässige Massnahme. Die Versicherte ist in der Lage, die Trampolin-Therapie unter elterlicher Aufsicht wie gefordert mindestens zweimal täglich durchzuführen. Im Weiteren steht auf Grund des Gutachtens fest, dass das regelmässige Trampolin-Springen massgeblich zur Prophylaxe sowie Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen beiträgt. Die Häufigkeit von Sitzungen beim Physiotherapeuten und ärztlichen Konsultationen kann damit reduziert werden, was zu einer entsprechenden Kostensenkung führt. Die relativ geringen Anschaffungskosten von Fr. 353.40 stehen daher in einem vernünftigen Verhältnis zum Eingliederungserfolg. Somit ist erstellt, dass die häusliche Trampolin-Therapie in einem engen Zusammenhang mit den ärztlich verordneten Massnahmen steht und als notwendiger Bestandteil derselben erscheint (vgl. auch Urteil L. vom 14. Februar 2005 Erw. 2.2, I 373/04).

Soweit die IV-Stelle geltend macht, der Versicherten stünden andere physische Betätigungen offen, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Gegenüber Therapiemöglichkeiten wie Schwimmen, Laufen, Rennen und Velofahren hat das Trampolinspringen den Vorteil, dass es zu Hause und damit wetterunabhängig ausgeübt werden kann, was eine regelmässige Therapie ermöglicht. Den Gutachtern ist zudem beizupflichten, dass die Bereitschaft zu regelmässigem Treppensteigen, Seilspringen sowie Jogging- und Sprossenwandturnen bei Kindern im Alter der Versicherten erfahrungsgemäss schlecht ist.

Nach dem Gesagten hat die Versicherte Anspruch auf Abgabe des Mini-Trampolins.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

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