

BL_GERICHTE 720 23 194 / 81 vom 11. April 2024

BL Gerichte, 2024-04-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 23 194 _ 81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_23_194_81)

FR: BL_GERICHTE 720 23 194 / 81 du 11 avril 2024

IT: BL_GERICHTE 720 23 194 / 81 del 11 aprile 2024

Regeste

Medizinische Massnahmen; Die Voraussetzungen gemäss Art. 23bis Abs. 3 IVV für eine stationäre Auslandsbehandlung sind vorliegend nicht erfüllt.

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Laienbeschwerde vom 16. Juni 2023 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für eine stationäre Auslandsbehandlung in der Klinik C. in X. zu übernehmen hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2023 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Später eingereichte ärztliche Berichte sind ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine). 3.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Nach Art. 14 ter Abs. 1 lit. b IVG bestimmt der Bundesrat die Geburtsgebrechen, für welche medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erstellte eine entsprechende Liste (Art. 3 bis Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Die als Geburtsgebrechen anerkannten Leiden, für die ein Anspruch auf Leistungen der IV besteht, sind in der seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden abschliessenden Liste gemäss Anhang zur Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI) aufgeführt. Wie eingangs dargelegt, stellte die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 3. Oktober 2022 fest, dass sie die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 312 übernehmen werde und erteilte Kostengutsprache für medizinischen Massnahmen für den Zeitraum vom 24. August 2022 bis 31. Juli 2027.

Ferner gewährte sie auch Kostengutsprache für Physiotherapie (1x wöchentlich) sowie Kompressionsbandagen. 3.2 Erweist sich die Durchführung einer Eingliederungsmassnahme in der Schweiz als unmöglich, insbesondere weil die erforderlichen Institutionen oder Fachpersonen fehlen, so übernimmt die Versicherung die Kosten einer einfachen und zweckmässigen Durchführung im Ausland (Art. 9 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 23 bis Abs. 1 IVV). Die Versicherung übernimmt die Kosten für die einfache und zweckmässige Durchführung medizinischer Massnahmen, die notfallmässig im Ausland durchgeführt werden (Art. 23 bis Abs. 2 IVV). Wird eine Eingliederungsmassnahme aus anderen beachtlichen Gründen im Ausland durchgeführt, so vergütet die Versicherung die Kosten bis zu dem Umfang, in welchem solche Leistungen in der Schweiz zu erbringen gewesen wären (Art. 23 bis Abs. 3 IVV). 3.3

Rechtsprechungsgemäss sind beachtliche Gründe im Sinne von Art. 23 bis Abs. 3 IVV lediglich solche von erheblichem Gewicht, was prognostisch zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2022, 8C_782/2021, E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 143 V 190 E. 7.2; 110 V 99 E. 2). Andernfalls würde nicht nur Abs. 1 von Art. 23 bis IVV bedeutungslos, sondern auch Art. 9 Abs. 1 IVG unterlaufen, wonach Eingliederungsmassnahmen (nur "ausnahmsweise" im Ausland gewährt werden. So führt beispielsweise bei Vornahme einer komplizierten Operation der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung auf dem betreffenden Gebiet verfügt, für sich allein noch nicht zu einer Anwendung von Art. 23 bis Abs. 3 IVV. Wenn eine besonders seltene Krankheit vorliegt, mit welcher ein in der Schweiz tätiger Spezialist noch kaum konfrontiert wurde und deren Behandlung eine genaue Diagnose erfordert, ist Art. 23 bis Abs. 3 IVV hingegen praxismässig anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2022, 8C_782/2021, E. 5.2; SVR 2007 IV Nr. 12 S. 43, I 120/04 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Beachtliche Gründe können sodann vorliegen, wenn die vorangegangenen, im Inland verfügbaren Therapien erfolglos waren, oder wenn ein durch die nachhaltige Empfehlung der behandelnden Ärzte geschaffenes alleiniges Vertrauen in die neue, im Inland nicht verfügbare Therapieform begründet wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2022, 8C_782/2021, E. 5.2; SVR 2007 IV Nr. 12 S. 43, I 120/04 E. 4.2.1). Gemäss den Urteilen 8C_800/2009 vom 1. Juni 2010 E. 2.2.2 und 601/06 vom 12. März 2008 E. 5.5.3 (mit Hinweisen) ist für die Gewährung einer Auslandsbehandlung vorausgesetzt, dass vorgängig ärztlicherseits eine dringliche Empfehlung vorgelegen haben muss. Ergänzend sei auf das Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) [...] verwiesen. Danach liegen beachtliche Gründe für die Durchführung medizinischer Massnahmen im Ausland insbesondere vor, wenn die Fortsetzung oder der Abschluss einer begonnenen Behandlung durch den gleichen Arzt nur im Ausland möglich ist, spezialisierte Kliniken im Ausland über mehr Erfahrung auf dem Gebiet für seltene und komplizierte Operationen und in der Nachbehandlung verfügen und dadurch das Operationsrisiko nachweislich deutlich vermindert werden kann, oder bei einem längeren Geschäftsoder Sprachaufenthalt im Ausland (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2022, 8C_782/2021, E. 5.2). 4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung –wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen,

objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt rechtsprechungsgemäss nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4, Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.2 Gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a). Dabei schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten will. Demzufolge liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen bei jener Partei, die den Anspruch geltend macht (Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2018, 9C_523/2018, E. 1.2). Diese Beweisregel kommt allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

5.1 Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs sind im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte von Relevanz:

5.2. Mit Bericht zuhanden des Hausarztes des Versicherten vom 24. August 2022 diagnostizierte Dr. med. F., Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (D), ein primäres Lymphödem am rechten Unterschenkel sowie am rechten Vorfuss (fraglich diskret auch links). Beim Patienten bestehe seit Geburt eine Schwellung des rechten Fusses und deutlich diskreter auch auf der linken Seite. Diese sei seither nicht schlimmer geworden. Vor zwei Monaten sei eine Kompression über das Spital G. erfolgt. Die bereits begonnene Kompression sei zur Vermeidung einer Befundzunahme und langfristigen Minimierung einer sekundären Gewebefibrose weiterzuführen. Eine zusätzliche Einweisung in eine häusliche Lymphdrainage sei zu befürworten, wobei der Nutzen dieser Therapie bei den primären Lymphödemen im jungen Kindesalter nicht sicher sei. Ausserdem sei eine regelmässige Hautpflege notwendig, um Traumata zu minimieren, da ein Risiko von Erysipelen bestehe. Diese würden im Kindesalter aber nur selten auftreten. Es gebe im Spital H. eine Spezialprechstunde für primäre Lymphödeme, für die eine Zuweisung im Verlauf zu empfehlen sei.

5.3 Am 24. Oktober 2022 berichtete Prof. Dr. med. I., Fachärztin

für Allgemeine Innere Medizin (D), betreffend eine ambulante Vorstellung des Versicherten. Der Versicherte sei in den Universitätskliniken G. und H. bekannt. Eine Entstauungstherapie und manuelle Lymphdrainagen seien bereits im April 2022 eingeleitet worden. Sie empfahl die Fortführung der manuellen Lymphdrainagen (1-2x wöchentlich). Die Kompressionstherapie sollte in adäquater und adaptierter Form erfolgen, nachdem der Versicherte laufen gelernt habe. Sie habe den Eltern empfohlen, die Methode der lymphologischen Kompressionsbandagierung bei Kleinkindern in der Fachklinik (Klinik C. in X.) zu erlernen. Ebenso könnten während eines kurzen stationären Aufenthalts in der Klinik medizinische Kompressionsstrümpfe für die nachstationäre Zeit angepasst werden.

5.4 Mit Stellungnahme zuhanden der IV-Stelle führte der Hausarzt Dr. med. J. , FMH Kinder- und Jugendmedizin, am 3. Dezember 2022 aus, dass der Versicherte zukünftig von seinen Eltern mit geeignetem Kompressionsmaterial und in geeigneter Technik versorgt werden müsse. Hierfür sei die Anleitung der Eltern notwendig. Ein geeignetes Setting sei dafür in der Schweiz nicht zu finden. Diesbezüglich verfüge die Klinik C. in X. über Expertise, weshalb dort ein circa einwöchiger Aufenthalt im Sinne einer Vorsorge der Progression des Geburtsgebrechens zu empfehlen sei.

5.5 Am 16. Januar 2023 legte die IV-Stelle das Dossier PD Dr. med. K. , Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderendokrinologie und Diabetologie, RAD, vor. Diese kam im Bericht vom 16. Januar 2023 zum Schluss, dass derzeit keine medizinische Indikation für einen stationären Aufenthalt in Deutschland bestehe. Der Versicherte erhalte die aktuell notwendigen Therapien in Basel. Die Lymphdrainage-Therapie erfolge seit September im Spital G. . Auch die Kompressionsbandagen seien bereits bezogen worden, weshalb davon ausgegangen werden müsse, dass diese Therapieform sowie auch die Schulung der Eltern bereits in der Schweiz erfolgt sei.

5.6 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. D. betreffend die in Aussicht gestellte Ablehnung der Kostengutsprache vom 9. März 2023 ein. Darin ersuchte die Behandlerin um Wiedererwägung der Kostenübernahme für einen zwei- bis dreiwöchigen stationären Aufenthalt in der Klinik C. . Die etablierte Methode in der Behandlung eines kongenitalen Lymphödems sei die Komplexe Physikalische Entstauungstherapie (KPE), welche die manuelle Lymphdrainage und eine Kompressionsbehandlung beinhalte, neben Hautpflege und Bewegungstherapie. Da es sich bei einem primären Lymphödem um eine chronisch progressive Erkrankung mit im Verlauf irreversibler Fibrosierung der Haut und Umwandlung in ein Lipödem handle, lohne es sich, bereits im Kindesalter die Entstauungstherapie regelmässig durchzuführen und die Eltern darin zu schulen. Gemäss Guidelines bestünden Erhaltungs- und Intensivphasen. Eine Intensivphase beinhalte zweimal täglich Lymphdrainage und kompliziert anzulegende Kompressionsbandagen. Dies könne nur im stationären Setting erfolgen, um auch die Eltern korrekt zu instruieren. In der Schweiz gebe es keine Möglichkeit für diese Behandlung im Kindesalter, weshalb die Lymphödem-Patienten im Kindesalter die Klinik C. besuchen würden. Für den Langzeitverlauf inkl. Komplikationen sei diese Behandlung essentiell und gehöre für die betroffenen Patienten zum Standard.

5.7 Am 16. März 2023 äusserte sich die RAD-Ärztin PD Dr. K. erneut zur Angelegenheit. Sie gelangte zur Auffassung, dass sich aktuell keine medizinischen Gründe für die Kostenübernahme von medizinischen Massnahmen im Ausland ergeben würden. Eine medizinische Begründung für die intensive Lymphdrainage könne nicht nachvollzogen werden. Auch der Nutzen dieser Therapieform sei im jungen Kindesalter nicht sicher gegeben (wie Dr. F. in ihrem Bericht vom 24. August 2022 festhalte). Unter Berücksichtigung der bereits durchgeführten Therapien und

Voraussetzungen im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME) könne eine Kostenübernahme nicht empfohlen werden. Das Dossier sei dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) vorzulegen. 5.8 Mit Stellungnahme vom 20. April 2023 setzte sich das BSV zunächst mit den bis dahin ergangenen medizinischen Beurteilungen sowie den AMWF-Leitlinien ("S2K Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme AWMF Register Nr. 058-001, Mai 2017") auseinander. Hierbei gelangte es zur Auffassung, dass aus der Literatur und den Leitlinien hervorgehe, dass eine professionelle Betreuung durch Fachleute, die in der Behandlung von Lymphödemem bei Kindern und Erwachsenen geschult seien, unabdingbar sei. Patienten mit einem primären Lymphödem würden eine Intensivbehandlung benötigen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie, wobei bei einem mässigen Lymphödem eine alleinige Erhaltungstherapie möglich sei. Der klinischen Beschreibung zufolge scheine das Ödemvolumen mässig zu sein. Aus diesem Grund habe Prof. Dr. I. eine Frequenz von 1-2x wöchentlicher manueller Lymphdrainage empfohlen. Weiter empfehle Prof. Dr. I., dass die Kompressionstherapie erfolgen solle, wenn das Kind Laufen gelernt habe. Zusammenfassend besuche der Versicherte einmal wöchentlich die Physiotherapie zur Lymphdrainage im Spital G. und gemäss RAD-Beurteilung erfolge in diesem Rahmen auch die elterliche Instruktion. Der Versicherte sei von Dr. F. an Dr. D. des Spitals H. verwiesen worden, wobei letztere einen Aufenthalt in der Klinik C. empfehle. Die Dermatologie-Abteilung des Spitals H. habe multidisziplinäre Sprechstunden für Lymphödeme (und lymphatische Malformationen) etabliert und sei 2022 als "Center of Excellence" beim internationalen Lymphatic Education & Research Network anerkannt und stelle somit ein spezialisiertes Zentrum dar. Es sei davon auszugehen, dass für die Behandlung des Versicherten in der Schweiz die Fachkompetenzen nicht fehlen würden, weshalb in Übereinstimmung mit dem RAD die Übernahme der Kosten für eine Behandlung in der Klinik C. nicht zu empfehlen sei. 5.9 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Versicherte weitere Berichte ein. So bekräftigte Dr. D. am 1. Juni 2023, dass die Fachkompetenzen für die Behandlung in der Schweiz nicht fehlen würden und dass die Dermatologie-Abteilung des Spitals H. ein spezialisiertes Zentrum darstelle. Es werde jedoch keine KPE angeboten und die Behandlung ersetze keinen stationären Aufenthalt in einer spezialisierten Klinik. 5.10 Am 5. Juni 2023 hielt Dr. E. im Wesentlichen fest, dass gemäss den AMWF-Leitlinien die KPE die adäquate Therapie sei. Insbesondere sei bei Kindern bei Vorliegen eines Lymphödems eine entsprechend Phase 1 der KPE, bestehend aus Hautpflege, 2x täglicher Lymphdrainage mit entsprechenden manuellen Grifftechniken zur Fibroselockerung, lymphologischer Kompressionsbandagierung sowie spielerischer Bewegungstherapie, medizinisch sinnvoll. Wesentlicher Punkt sei allerdings die Anwesenheit zumindest eines Elternteils, um eine entsprechend optimale Schulung durchführen zu können. Während eines stationären Aufenthalts in einer entsprechend versierten Fachklinik werde der anwesende Elternteil in die Haut- bzw. vor allem Nagelpflege sowie in die Lymphdrainagegriffe und lymphologische Bandagierung gemäss Ausprägung des Ödems eingewiesen. Abhängig vom Grad des Ödems müsse auch eine entsprechende Kompressionsversorgung mit nach Mass gefertigten flachgestrickten Kompressionsstrümpfen durchgeführt und vor allem auch medizinisch kontrolliert werden. Durch diese Massnahmen sei eine optimale Ödemversorgung gewährleistet und es würde so weiteren Komplikationen wie z.B. Erysipele vorgebeugt. Die Klinik C. habe in der Therapie der primären Lymphödeme bei Kleinkindern eine entsprechend hohe Expertise. Dieses Vorgehen sei ambulant in der

erforderlichen Qualität so nicht abbildbar. 5.11. Nachdem die RAD-Ärztin PD Dr. K. mit Beurteilung vom 5. Juli 2023 zahlreiche Rückfragen an die Behandler als medizinisch notwendig und sinnvoll erachtet hatte, hielt Dr. E. am 11. Juli 2023 fest, dass sich anlässlich der ambulanten Untersuchung von Prof. Dr. I. am 21. Oktober 2022 ein unterschenkelbetontes Beinlymphödem mit bombierten Fussrücken und tiefen Hautfalteneinziehungen im Bereich der Zehengrundgelenke gezeigt habe. Es sei eine möglichst frühzeitige Behandlung mit Schulung der Eltern erforderlich, um Gewebsveränderungen zu verhindern und Nagelwachstumsstörungen mit der Gefahr einer Nagelbettinfektion zu vermeiden. 5.12. Dr. J. äusserte sich am 12. Juli 2023 dahingehend, dass es sich beim primären Lymphödem um eine chronische Krankheit handle, die über die Lebensjahre stetig progredient verlaufe. Innerhalb von wenigen Monaten seien keine massiven Veränderungen zu erwarten. In den ersten Lebensjahren sei keine Bewegungseinschränkung zu erwarten. Eine frühe Behandlung helfe, dies zu minimieren im späteren Leben. Er habe dem Versicherten im Mai Zehenkappen verschrieben, da er aus den bisherigen Kompressionsbandagen herausgewachsen sei. 5.13 Gemäss Auskunft der "Leitung Therapien Spital G. " vom 13. Juli 2023 finde im Rahmen der Physiotherapie eine dauernde Schulung der Eltern statt. Die Schulung stelle ein grosser Anteil an der Therapie dar. Ein Elternteil sei bei jeder Therapiesitzung dabei. Dies sei ein dauernder Prozess. Die Behandlung und die Bandagierung würden dauernd dem Entwicklungsstand des Versicherten angepasst. Das vorhandene Krankheitsbild würden sie nicht oft haben. Die Physiotherapie sei vernetzt mit anderen Zentren, auch mit der Klinik C. , welche auf dem Gebiet renommiert sei. 5.14 Mit RAD-Beurteilung vom 26. Juli 2023 kam PD Dr. K. zum Schluss, dass sich aus den vorstehend zitierten Berichten keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben würden. Aus den eingereichten Stellungnahmen sowie nach telefonischer Rücksprache mit dem Spital G. sei ersichtlich, dass derzeit regelmässig Lymphdrainagen und Bandagierungen erfolgen würden. Eine elterliche Instruktion werde regelmässig und dauerhaft im Spital G. durchgeführt. Gemäss Beurteilung von Dr. J. bestünden keine klinischen Beschwerden, keine Bewegungseinschränkungen und keine Zunahme der Ödeme. Das Dossier sei erneut dem BSV vorzulegen. 5.15 Im Rahmen seiner Stellungnahme vom 17. August 2023 würdigte das BSV die neu vorliegenden medizinischen Berichte. Hierbei kam es zum Schluss, dass es mit dem RAD keine neuen medizinischen Erkenntnisse sehen würde, die eine Zusprache medizinischer Massnahmen im Ausland begründen könnten. Es würden sich keine eindeutigen Hinweise darauf ergeben, dass eine stationäre Behandlung in der Klinik C. in Deutschland notwendig wäre. Die erforderliche Schulung der Eltern erfolge bereits seitens des SPITAL G. , sodass der von Dr. E. erwähnte Einbezug der Eltern bereits gewährleistet sei. Prof. Dr. L. erwähne keine Notwendigkeit einer intensiven stationären komplexen physikalischen Entstauungstherapie. Dr. D. äussere sich zwar zur Möglichkeit solcher Therapien in der Schweiz, nehme aber nicht Stellung dazu, ob diese beim Versicherten notwendig sei. Des Weiteren sei, wie im Rahmen der ersten Stellungnahme angegeben, bei mässigen Lymphödemvolumen eine alleinige Erhaltungstherapie möglich. In Ermangelung spezifischer Studien seien die therapeutischen Ansätze nicht einheitlich und Krankenhausaufenthalte seien selten notwendig. 5.16 Im Bericht der Klinik C. vom 2. Oktober 2023 betreffend die Behandlung mittels der KPE (stationärer Aufenthalt vom 19. Juli 2023 bis 27. Juli 2023) wurde zum Ödembefund festgehalten, dass der rechte Unterschenkel eine weich bindegewebige Volumenvermehrung aufweise mit mässiger Dekonturierung des Sprunggelenks und weich bindegewebigem Ödempolster des

Fussrückens. Das Stemmer'sche Hautfaltenzeichen sei positiv. Es bestehe nur eine mässige Nageldysplasie. Unter der hier durchgeführten Therapie sei das Lymphödem innerhalb des kurzen stationären Aufenthalts im Bereich des Vorfusses etwas rückläufig und die Gewebekonsistenz etwas weicher. Als weitere Massnahmen wurde die Fortsetzung der Kompressionstherapie in Form des Tragens von Kompressionsstrümpfen der Klasse 1 plus Zehenkappen der Klasse 1 sowie nächtliche Bandagen durch die Mutter und die Fortsetzung der manuellen Lymphdrainagen 1-2x wöchentlich beim Fachtherapeuten, sowie an den übrigen Tagen durch die Mutter, empfohlen. 5.17 Mit Stellungnahme vom 2. November 2023 bekräftigte Dr. D. , dass sie in ihrer Lymphödem-Sprechstunde knapp 40 Kinder mit primärem Lymphödem aus der gesamten Schweiz betreuen würde. Viele seien in der Klinik C. zu einer Intensivbehandlung gewesen. Aus Erfahrung sei das Setting ideal für eine Intensivbehandlung, die am Anfang der Kompressionsbehandlung stehe. Zudem erfolge die Schulung der Eltern in einem etablierten und hochprofessionellen Umfeld. Für eine ideale Behandlung sei ein solcher Aufenthalt notwendig. Was den Schweregrad des Ödems anbelange, so liege es bei einem mässigen Ödem im Ermessen des Arztes bzw. der Ärztin, eine Intensivbehandlung zu verordnen oder nicht. Auch ihre Kolleginnen aus Frankreich würden bei einem mässigen Ödem regelmässig eine Intensivbehandlung durchführen. Eine alleinige Erhaltungstherapie sei möglich, aber nicht ideal. 5.18 Am 22. November 2023 äusserte sich PD Dr. K. zu den Vorbringen in der Replik und den neu eingereichten Berichten. Hierbei gelangte sie zur Auffassung, dass beim Versicherten ein leichtes bis mildes Ödem im Bereich des Fussrückens bestehe, welches seit dem zweiten Lebensmonat regelmässig und durchgehend in der Schweiz durch Lymphdrainage, Kompressionsbandagen und Schulung der Eltern therapiert werde. In dem mit der Replik beigebrachten Bericht betreffend den stationären Aufenthalt in der Klinik C. werde eine leichte bis moderate Form des Ödems festgehalten. Als Folgetherapie würden Kompressionsbandagen der Klasse 1 verordnet. Diese seien in 4 Klassen unterteilt, wobei die Klasse 1 die Bandage mit dem leichtesten Kompressionsdruck von 18-21 mmHG sei, was medizinisch nur bei einer leichten Form von Ödemen verordnet werde. Bei einem Lymphödem Grad II müssten gemäss einem medizinischen Artikel von Prof. Dr. I. aus dem Jahr 2017 zusätzlich zur reinen Umfangs- bzw. Volumenvermehrung der betroffenen Extremität auch eine krankhafte, chronischentzündliche Veränderung des Interstitiums selbst auftreten. Als Folge der chronischen Lymphostase komme es zu sogenannten lymphostatischen Fibrosen. Diese würden zu Verhärtungen der Haut und des Untergewebes führen. Im klinischen Untersuchungsbefund der Klinik C. würden diese klinischen Kriterien für die Diagnose eines Ödems Stadium II nicht erhoben. Es werde keine Fibrose und keine Veränderung der Haut beschrieben. Auch deshalb könne aus versicherungsmedizinischer Sicht davon ausgegangen werden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine leichte bis milde Form des Ödems vorliege. Aus medizinischer Sicht bestünden derzeit keine beachtlichen Gründe, die für die Durchführung von medizinischen Massnahmen im Ausland sprechen würden. An der Ablehnung der Kostenübernahme könne festgehalten werden (vgl. hierzu ausführlich RAD-Bericht vom 22. November 2023). 6.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2023 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts bzw. der Ablehnung des Leistungsanspruchs in erster Linie auf die vorstehend zitierten RAD-Beurteilungen vom 16. Januar 2023 und 16. März 2023 sowie die Stellungnahme des BSV vom 20. April 2023. Auf dieser Grundlage gelangte sie zur Auffassung, dass die Anspruchsvoraussetzungen für eine stationäre Intensivbehandlung in der Klinik C. in X. nicht erfüllt seien. 6.2. Diese

vorinstanzliche Beweiswürdigung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beurteilungen von PD Dr. K. erfüllen sämtliche Voraussetzungen, die das Bundesgericht an eine beweistaugliche Beurteilungsgrundlage stellt (vgl. E. 4.1 hiervor).

6.3.1. Aktenkundig ist, dass die medizinische Behandlung des vorliegenden Geburtsgebrechens in der Schweiz ohne weiteres möglich ist. Unbestrittenermassen sind hierzu sowohl Behandlungsstellen als auch Fachpersonen vorhanden. In diesem Sinne wurde sowohl von fachärztlicher Seite als auch seitens des BSV bestätigt, dass die Fachkompetenzen für die Behandlung in der Schweiz nicht fehlen würden und namentlich die Dermatologie-Abteilung des Spitals H. ein spezialisiertes Zentrum darstelle (vgl. E. 5.8 und 5.9 hiervor). Ferner steht ausser Frage, dass eine entsprechende Behandlung in der Schweiz regelmässig stattfindet. Den Akten zufolge werden eine Entstauungstherapie sowie manuelle Lymphdrainagen seit April 2022 im Spital G. durchgeführt. Zudem bestätigte die "Leitung Therapien" des Spitals G. am 13. Juli 2023, dass die Schulung der Eltern im Rahmen der Physiotherapie ein dauernder Prozess sei und die Bandagierung dem Entwicklungsstand des Versicherten angepasst werde (vgl. E. 5.13 hiervor). Es liegen auch keine Hinweise dafür vor, dass eine Behandlung in der Schweiz unmöglich oder nicht ausführbar gewesen wäre, was denn auch nicht geltend gemacht wird.

6.3.2. In der Beschwerdeschrift wird vielmehr vorgebracht, dass darüber hinaus ein stationärer Aufenthalt in der Klinik C. und die dort angewandte Methode der KPE notwendig sei. Hierzu beruft sich der Beschwerdeführer unter anderem auf die Berichte von Dr. D. vom 1. Juni 2023 und Dr. E. vom 5. Juni 2023. Wie aus dem medizinischen Sachverhalt erhellt, wird die sog. KPE zweifellos ausschliesslich in der Klinik C. angeboten. Hierbei steht vorliegend die Bestandteil dieser Methode bildende stationäre Intensivbehandlung im Vordergrund, welche auch eine umfassende Instruktion zumindest eines Elternteils umfasst. In seinem Bericht vom 5. Juni 2023 äusserte sich Dr. E. zwar sehr ausführlich zu den einzelnen Komponenten dieser Behandlungsmethode und wies darauf hin, dass dadurch eine optimale Ödemversorgung gewährleistet sei (vgl. E. 5.10 hiervor). Weder aus diesen sehr allgemein gehaltenen Ausführungen von Dr. E. noch aus weiteren Berichten lässt sich im vorliegenden Fall aber auf eine medizinische Notwendigkeit einer stationären Intensivtherapie in der besagten Klinik schliessen. Hierbei fällt insbesondere ins Gewicht, dass Dr. D. im Bericht vom 2. November 2023 selbst darauf hinwies, dass eine stationäre Intensivbehandlung bei einem mässigen Ödem im Ermessen der behandelnden Ärztin liege. Gleiches muss demnach erst recht für den Fall gelten, wenn mit der IV-Stelle bzw. ihrem RAD von einem leichten Ödem auszugehen wäre. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ergibt sich diese Notwendigkeit im vorliegenden Fall auch nicht aus den von ihm in der Replik zitierten AMWF-Leitlinien. In diesem Kontext macht er insbesondere geltend, dass bei einem Stadium II des Lymphödems eine Intensivtherapie zwingend vorgesehen sei. Zwar trifft es zu, dass die AMWF-Leitlinien für das Stadium II des Lymphödems unter anderem eine intensivere Behandlung beschreiben. Eingangs wird zur Dosierung der KPE ausgeführt, dass die Frequenz und Intensität der Komponenten der KPE vom klinischen Befund und vom Stadium des Lymphödems bestimmt seien, wobei eine scharfe Trennung der Stadien der Lymphödeme schwierig sei (vgl. "S2K Leitlinie Diagnostik und Therapie der Lymphödeme AWMF Register Nr. 058-001, Mai 2017", S. 41 f.). Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass die RAD-Ärztin PD Dr. K. unter Zuhandnahme einschlägiger Literatur schlüssig darlegte, dass aufgrund des dokumentierten Befunds der Behandler die klinischen Kriterien eines Ödems Stadium II vorliegend gerade nicht erfüllt sind (vgl. E. 5.18 hiervor). Die Feststellungen der RAD-Ärztin stehen im Einklang mit der medizinischen Aktenlage. Ferner wies auch das

BSV darauf hin, dass bei einem mässigen Lymphödenvolumen eine alleinige Erhaltungstherapie möglich sei und hob gleichzeitig hervor, dass die therapeutischen Ansätze in Ermangelung spezifischer Studien nicht einheitlich seien (vgl. E. 5.15 hiavor). Massgebend bleiben jedoch stets die konkreten Umstände im Einzelfall. Ausschlaggebend ist hierbei, dass keine medizinische Indikation für eine stationäre Intensivbehandlung erkennbar ist. Vielmehr äussern sich die involvierten medizinischen Fachpersonen im Ergebnis jeweils dahingehend, dass es sich bei der stationären Intensivtherapie um die bestmögliche Behandlungsform handelt. So spricht beispielsweise auch Dr. D. von einer "idealen Behandlung". Auch wenn nachvollziehbare Motive zum Entscheid der Eltern des Versicherten, die optimalste Behandlungsform im Ausland durchführen zu lassen, vorliegen mögen, ist in Erinnerung zu rufen, dass die Invalidenversicherung nicht für die bestmögliche Versorgung aufzukommen hat, sondern nur für das, was im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist. Sofern auch wiederholt die Bedeutung der Instruktion eines Elternteils im Rahmen eines stationären Aufenthalts hervorgehoben wird, ist darauf hinzuweisen, dass die Einführung in die Pflege- und Therapiemassnahmen nach wie vor ein wesentlicher Bestandteil der durchgeführten Behandlung in der Schweiz bildet (vgl. E. 5.13 und E. 6.3.1 hiavor). Hinweise darauf, dass die Massnahmen in der Schweiz erfolglos geblieben wären, finden sich ebenfalls nicht, zumal auch der Hausarzt des Versicherten keine klinischen Beschwerden und Bewegungseinschränkungen feststellen konnte.

E. 7

Nach dem Gesagten sind die Voraussetzungen nach Art. 23 bis Abs. 3 IVV nicht erfüllt, womit die Beschwerdegegnerin die Kosten für eine stationäre Intensivbehandlung in der Klinik C. in X. zu Recht abgelehnt hat. Die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2023 ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

Laut Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen sind. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.

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