



# Behinderung und Recht

Nummer 2/04 Juni 2004

---

1. Welche zahnärztliche Behandlungen hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen?
2. IV: Rechtsprechung zu Hilfsmitteln und medizinischen Massnahmen

Verfasser: Georges Pestalozzi-Seger (1. - 2.)

# Welche zahnärztliche Behandlungen hat die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen?

Seit dem Inkrafttreten des KVG am 1.1.1996 übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung unter gewissen im Gesetz und der Verordnung abschliessend formulierten Bedingungen die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung. Mit der damaligen Revision konnte eine wichtige Lücke im Netz der sozialen Sicherheit geschlossen werden. Allerdings haben die neuen Normen auch zu einer Reihe von Auslegungs- und Abgrenzungsfragen geführt, welche die Gerichte immer wieder beschäftigen und auch zu etlichen Anfragen bei unserem Rechtsdienst führen. Wir fassen deshalb im Folgenden die gesetzlichen Grundsätze kurz zusammen und weisen auf eine Reihe von Urteilen zu dieser Thematik hin.

## Die leistungspflichtigen zahnärztlichen Behandlungen

Gesetz und Verordnung verpflichten die Krankenversicherer, die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung in folgenden 5 Fällen zu übernehmen:

- wenn ein unfallbedingter Schaden des Kausystems vorliegt und die betroffene Person für diesen Schaden nicht nach dem UVG versichert ist (Art. 31 Abs. 2 KVG);
- wenn die Behandlung durch ein Geburtsgebrechen bedingt ist und die IV für die Behandlung nicht aufzukommen hat, weil die betroffene Person die Versicherungsklausel des IVG nicht erfüllt oder das 20. Altersjahr bereits erreicht hat (Art. 27 KVG; Art. 19a KLV);
- wenn die Behandlung durch eine schwere, nicht vermeidbare Krankheit des Kausystems bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 KVG; Art. 17 KLV);
- wenn die Behandlung durch eine schwere Allgemeinerkrankung oder ihre Folgen bedingt ist (Art. 31 Abs. 1 KVG; Art. 18 KLV);
- wenn die Behandlung zur Unterstützung und Sicherstellung gewisser ärztlicher Behandlungen notwendig ist (Art. 31 Abs. 1 KVG; Art. 19 KLV).

## Abschliessender Leistungskatalog

Währenddem bei der ersten Kategorie (unfallbedingte Behandlungen) auf eine weitere Präzisierung im Rahmen der Verordnung verzichtet worden ist, hat das Eidg. Departement des Innern bei den übrigen 4 Kategorien im Rahmen der KLV im Einzelnen definiert, welche Geburtsgebrechen, Krankheiten des Kausystems und schwere Allgemeinerkrankungen Anlass zu einer Übernahme von Kosten zahnärztlicher Behandlungen geben können resp. welche zahnärztliche Behandlungen zur Unterstützung und Sicherstellung einer ärztlichen Behandlung kassenpflichtig sind. Diese Liste ist als abschliessender Katalog zu verstehen, wie das Eidg. Versicherungsgericht in mehreren Entscheiden immer wieder festgestellt hat: Ist eine Krankheit nicht darin aufgeführt, so besteht keine Leistungspflicht. Das EVG hat deshalb z.B. die Leistungspflicht der Krankenversicherer bei einer Schädigung des Zahnschmelzes als Folge einer „Hiatusgleithernie mit Refluxösophagitis“ (124 V 185) sowie im Falle einer chronischen Zahnfleischentzündung als Folge einer Zuckerkrankheit (124 V 347) verneint. Ebenfalls verneint hat es die Leistungspflicht im Falle einer Amalgamsanierung (125 V 278).

## Zum Begriff der zahnärztlichen Behandlung

In zwei neueren Urteilen hat sich das EVG auch zur Frage geäussert, wie die „zahnärztliche“ von der „ärztlichen“ Behandlung abzugrenzen ist: Als zahnärztliche Behandlungen sind nach Auffassung des Gerichts alle therapeutischen Vorkehren am Kausystem (Zähne, Zahnhalteapparat sowie Organbereiche, die ein künstliches Gebiss aufzunehmen haben) zu verstehen; ein weiteres gewichtiges Kriterium sei jedoch auch die therapeutische Zielsetzung, die sich danach bestimme, welcher Körperteil oder welche Funktion unmittelbar therapiert werden solle: Diene die therapeutische Vorkehr in erster Linie der Verbesserung der Bissverhältnisse, so sei sie als „zahnärztliche“ Behandlung einzustufen, sonst aber als ärztliche Behandlung.

Gestützt auf diese Grundsätze hat das EVG befunden, dass die Entfernung einer tumorähnlichen Veränderung aus der im Wangenbereich der Mundhöhle gelegenen Schleimhaut als ärztliche Behandlung zu qualifizieren ist, und zwar selbst dann, wenn sie durch einen Zahnarzt vorgenommen wird (Urteil vom 28.3.2002; 128 V 135); und auch das Anbringen einer Aufbiss-Schiene durch einen Zahnarzt, die nicht zur Verbesserung der Funktion der Zähne bei der Zerkleinerung der Nahrung, sondern zur Entlastung arthrotischer Kiefergelenke führen soll, hat das EVG als ärztliche Behandlung qualifiziert (Urteil vom 22.4.2002; 128 V 143): In diesem Fall hat das EVG der therapeutischen Funktion grösseres Gewicht beigemessen als der Tatsache, dass die Aufbiss-Schiene am Kausystem montiert werden musste.

In den beiden genannten Fällen sind somit die für „zahnärztliche“ Behandlungen massgebenden Bestimmungen (Art. 31 KVG, Art. 17-19a KLV) gar nicht anwendbar gewesen, sondern die generellen Grundsätze über die ärztlichen Behandlungen. Das EVG hat in diesem Zusammenhang auch klargestellt, dass Zahnärzte und Zahnärztinnen für ärztliche Behandlungen in der Mundhöhle, die nicht zahnärztliche Vorkehren im engeren Sinn sind und die trotzdem fast ausschliesslich von Zahnärzten und Zahnärztinnen vorgenommen werden, als Leistungserbringer anerkannt sind. In beiden Fällen wurde deshalb die Krankenkasse verpflichtet, die Kosten der Behandlungen zu vergüten.

## Zahnärztliche Behandlung von Geburtsgebrechen

In einem Urteil vom 19.12.2002 (129 V 80) hat sich das EVG neulich mit der Frage befasst, ob die Bestimmung von Art. 19a KLV über eine genügende gesetzliche Grundlage verfügt. Dieser Artikel nennt insgesamt 53 Geburtsgebrechen, bei denen die Kosten einer zahnärztlichen Behandlung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung zu übernehmen ist. Ausgelöst wurde die Grundsatzfrage dadurch, dass die Krankenkasse Concordia die Kostenübernahme für eine Behandlung einer „Prognathia inferior congenita“ (angeborene Fehlstellung des Unterkiefers) bei einer über 30-jährigen Person verweigert und das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen diesen Entscheid überraschenderweise gestützt hatte.

Das EVG hat festgestellt, dass die gesetzliche Abstützung der Verordnungsbestimmung von Art. 19a KLV in der Tat etwas unklar ist; wohl schaffe Art. 27 KVG die Grundlage dafür, dass Geburtsgebrechen hinsichtlich der Leistungspflicht den Krankheiten gleichzusetzen seien, dieser Artikel allein erlaube jedoch nicht, die Leistungspflicht auf Fälle auszudehnen, die in Art. 31 Abs. 1 KVG nicht aufgeführt seien.

Das EVG hat dabei die Frage offen gelassen, ob wirklich alle im Art. 19a KLV aufgeführten Geburtsgebrechen die Kriterien von Art. 31 Abs. 1 KVG erfüllen. Im Falle einer „Prognathia inferior congenita“ hat es jedoch das Vorliegen einer „schweren nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems“ (Art. 31 Abs. 1a KVG) mit aller Klarheit bejaht. Da es im Gegensatz zur Concordia auch die Kriterien der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit bezüglich der vorgesehenen Behandlung (Oberkieferimplantation mit distalen Ausgleichsimplantaten) als erfüllt betrachtete, verpflichtete es die Krankenkasse zur Übernahme der Kosten.

So sehr dieses Urteil im konkreten Fall zu befriedigen vermag, so hinterlässt es doch eine grosse Unsicherheit im Bereich der zahnärztlichen Behandlung von Geburtsgebrechen. Wenn der Gesetzgeber nicht eine klarere Grundlage schafft, so muss entweder das EDI den Art. 19a KLV einer einlässlichen Prüfung unterziehen und die Ergebnisse nachvollziehbar kommunizieren oder es wird zwangsläufig im einen oder anderen Fall noch zu weiteren gerichtlichen Klärungen kommen.

## Zur Frage der Wirtschaftlichkeit

Die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Behandlung gibt bei den häufig kostspieligen zahnärztlichen Behandlungen immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen, die bis vor das EVG getragen werden: Eine 24-jährige Frau aus dem Kanton Wallis hatte beispielsweise ihre Krankenkasse um Übernahme der durch eine „juvenile progressive Parodontitis“, notwendig gewordenen Behandlung ersucht. Sowohl die Mutuelle Valaisanne wie auch das Versicherungsgericht des Kantons Wallis lehnten die Behandlung ab. Das EVG gelangte zum Ergebnis, dass in diesem Fall zwar die grundsätzliche Basis für eine Kostenübernahme gegeben war (die „juvenile progressive Parodontitis“ ist als schwere nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems in Art. 17 Buchst. b KLV explizit aufgeführt), dass aber die vorgeschlagene Behandlung mit Einsatz von Implantaten gegenüber der vom Vertrauenszahnarzt der Krankenkasse vorgeschlagenen und ebenfalls zweckmässigen Versorgung mit abnehmbaren Prothesen keine wirtschaftliche Behandlung darstelle. Das EVG bejahte zwar gewisse Vorteile bei einem Einsatz von Implantaten in ästhetischer Hinsicht und bezüglich des Komforts und räumte gar eventuelle Vorteile bezüglich der Kaufunktion ein, betrachtete diese jedoch als zu wenig gewichtig, um die deutlich höheren Kosten zu rechtfertigen (Urteil vom 25.1.2002; 128 V 54).

Aus diesem Urteil muss der Schluss gezogen werden, dass bei kostspieligen Behandlungen die Notwendigkeit einer bestimmten Vorgehensweise vom behandelnden Zahnarzt überzeugend begründet und im Streitfall (gestützt auf die Fachliteratur) klar dargelegt werden muss, weshalb eine allfällige billigere Variante nicht als zweckmässig betrachtet werden kann. Rein ästhetische Kriterien dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen.

## Zahnschäden als Folge einer Chemotherapie

Es kommt immer wieder vor, dass nach einer Chemotherapie eines Tumors grössere Zahnbehandlungen nötig werden, weil die Chemotherapie zu einer Parodontose geführt hat. Die Kostenübernahme bei derartigen Behandlungen ist lange Zeit von den Krankenversicherern verweigert worden mit der Begründung, es bestehe keine gesetzliche Grundlage hierfür. In einem klärenden Urteil hat das EVG nun aber fest-

gehalten, dass in Art. 17 Buchst. b Ziff. 3 sehr wohl eine Grundlage besteht, werden doch in dieser Bestimmung „Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontopathien)“ als Folge „irreversibler Nebenwirkungen von Medikamenten“ als kassenpflichtig bezeichnet (Urteil vom 28.9.2001; 127 V 339).

Trotz dieses klärenden Urteils kommt es im Zusammenhang mit der genannten Bestimmung immer wieder zu Auseinandersetzungen, weil im Einzelfall sehr oft strittig ist, ob die Parodontose wirklich Folge der Chemotherapie ist. Es empfiehlt sich deshalb unbedingt, vor Beginn sowie nach Abschluss der Chemotherapie beim Zahnarzt einen Zahn- und Parodontalstatus vornehmen zu lassen, damit die Kausalität einwandfrei nachgewiesen werden kann.

## Nur unvermeidbare Erkrankungen des Kausystems lösen Leistungspflicht aus

In einem weiteren Urteil aus dem Jahr 2002 (Urteil vom 29.1.2002; 128 V 59) hat sich das EVG mit der Frage der Vermeidbarkeit von Zahnschäden befasst. Eine Versicherte, die an einer Speicheldrüsenerkrankung litt, musste sich an verschiedenen Zähnen einer Kariesbehandlung unterziehen. Die Krankenkasse lehnte die Kostenübernahme ab, obschon zahnärztliche Behandlungen, die durch eine Speicheldrüsenerkrankung verursacht werden, gemäss Art. 18 Buchst. d KLV zu den Pflichtleistungen gehören; zur Begründung führte sie an, es seien nur die Kosten unvermeidbarer Zahnerkrankungen zu übernehmen; bei genügender Mundhygiene wäre der Schaden zu vermeiden gewesen.

Das EVG hat den Entscheid der Kasse aufgehoben und diese zur Einholung eines Gutachtens verpflichtet. Das Gericht hat zwar bestätigt, dass ein Krankenversicherer nicht nur in den Fällen von Art. 17 KLV, sondern auch in jenen von Art. 18 KLV zahnärztliche Behandlungen nur zu finanzieren hat, wenn die Erkrankung des Kausystems nicht vermeidbar gewesen ist. Unvermeidbar ist die Erkrankung nach Auffassung des Gerichts dann, wenn sie trotz Befolgung der nach dem jeweiligen Wissensstand der Zahnheilkunde genügenden Mundhygiene eingetreten ist; eine Person, die auf Grund ihrer Konstitution und durchgemachter Krankheiten eine erhöhte Anfälligkeit für Zahnerkrankungen aufweise, sei zu einer entsprechend intensiven Mundhygiene und regelmässigen zahnärztlichen Kontrollen verpflichtet, wobei diese in einem vernünftigen und zumutbaren Rahmen bleiben müssten.

## Erkrankungen des Kausystems als Folge einer schweren psychischen Krankheit

Immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen gibt schliesslich Art. 18 Buchst. c Ziff. 7 KLV: Danach sind zahnärztliche Behandlungen, die durch „eine schwere psychische Erkrankung mit konsekutiver schwerer Beeinträchtigung der Kaufunktion“ bedingt sind, im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu übernehmen.

Bereits im Jahr 1998 hatte das EVG die Leistungspflicht im Falle einer Person bejaht, die an Bulimie und Anorexia nervosa litt und bei welcher der Zufluss an Magensäure erhebliche Zahnschäden verursacht hatte (Urteil vom 19.10.1998; 124 V 351). In einem neueren Urteil hat das EVG im gleichen Sinn bei einer Person entschieden, die

sich wegen einer schweren Depression intensiv medikamentös behandeln lassen musste: Diese Medikamente haben zu einer Xerostomie (Mundtrockenheit) geführt, welche wiederum trotz regelmässiger Fluoridierung und guter Mundhygiene an sämtlichen Zähnen eine schwere Karies verursacht hat (Urteil vom 27.2.2002; 128 V 66).

Verneint hat das EVG demgegenüber die Leistungspflicht der Krankenversicherung in einem anderen Fall, bei dem der Zahnarzt die Notwendigkeit einer Gebissanierung auf die wegen einer schweren Depression unterbliebenen Mundhygiene zurückgeführt hatte (Urteil vom 27.2.2002; 128 V 70): Das Gericht hat zwar anerkannt, dass Fälle denkbar seien, bei denen eine schwere psychische Krankheit eine genügende Mundhygiene verunmögliche, weil die versicherte Person zur Einsicht in die Notwendigkeit der Mundhygiene nicht fähig sei. Im betreffenden Fall hat es hierfür allerdings keine genügenden Anhaltspunkte gefunden; wenn die Durchführung der Mundhygiene wegen der psychischen Krankheit lediglich erschwert sei, genüge dies für die Annahme einer Leistungspflicht des Krankenversicherers nicht. Das Beispiel zeigt, wie die Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Leistungspflicht bei zahnärztlichen Behandlungen immer wieder zu subtilen Grenzziehungen greifen muss.

Georges Pestalozzi-Seger

## IV: Rechtsprechung zu Hilfsmitteln und medizinischen Massnahmen

### Hörgeräte: Gelten die Kostenlimiten des Tarifvertrags in jedem Fall?

Wir haben bereits in einer früheren Nummer von „Behinderung und Recht“ (1/01) über ein Urteil der Rekurskommission des Kantons Thurgau berichtet, welches die IV verpflichtet hatte, die vollen Kosten eines Hörgeräts zu übernehmen, obschon diese die Kostenlimiten des geltenden Tarifvertrags überschritten: Nach Ansicht des damals beigezogenen Experten war eine zweckmässige Versorgung mit Geräten innerhalb der geltenden Kostenlimiten nicht möglich. Andere kantonale Gerichte haben in der Zwischenzeit ähnlich entschieden, doch sind diese Urteile häufig vom Bundesamt für Sozialversicherung an das EVG weitergezogen worden. Nun hat das EVG in einem ausführlichen Urteil vom 9.1.2004 (I 281/02) eine gewisse Klarheit geschaffen. Wir fassen dieses kurz zusammen:

Zu beurteilen war der Fall eines 12-jährigen Mädchens mit angeborener mittel- bis hochgradiger Innenohrschwerhörigkeit beidseits. Trotz seiner erheblichen Hörbehinderung besuchte dieses die Regelschule. Ermöglicht hat dies in erster Linie eine optimale Versorgung einerseits mit einem vollautomatischen Hörgerät, andererseits mit einer FM-Anlage. Die IV hatte die Kosten der FM-Anlage übernommen, beim Hörgerät jedoch nur einen Beitrag in der Höhe der Kostenlimite gemäss Tarifvertrag (Indikationsstufe 3) geleistet und den restlichen Betrag von etwas über 1000 Franken den Eltern auferlegt.

Nachdem in diesem Fall ein Experte überzeugend dargelegt hatte, dass das Eingliederungsziel (erfolgreicher Besuch der Regelschule) mit den innerhalb der tarifvertraglichen Kostenlimiten verfügbaren Geräten nicht auf zweckmässige Art und Weise hätte erreicht werden können, hat das EVG die IV verpflichtet, die vollen Kosten der Hörgeräte zu übernehmen; dies weil tarifvertragliche Höchstlimiten genauso wie in Weisungen festgelegte Preislimiten den gesetzlichen Anspruch auf eine zweckmässige Versorgung mit Hilfsmitteln nicht einschränken dürfen.

Das Urteil bedeutet nun aber keineswegs, dass der Hörgeräte-Tarif generell ausgedient hätte. Nach Ansicht des EVG handelt es sich beim geltenden Vertrag sowohl bezüglich des Indikationenstufensystems wie auch bezüglich der Tarifierung um das Ergebnis einer jahrelangen interdisziplinären Zusammenarbeit. Es ist deshalb nach Ansicht des Gerichts im Sinne einer Vermutung davon auszugehen, dass in der Regel eine diesen tarifvertraglichen Ansätzen entsprechende Leistungszuerkennung den invaliditätsbedingten Eingliederungsbedürfnissen Rechnung trägt; allerdings kann die versicherte Person im Einzelfall die Vermutung umstürzen und den konkreten Nachweis erbringen, dass innerhalb der Tariflimiten ausnahmsweise keine zweckmässige Versorgung möglich ist. Für diesen Nachweis bedarf es immer einer schlüssigen spezialärztlichen und/oder fachaudiologischen Beurteilung.

Solche Ausnahmefälle eines gesteigerten Eingliederungsbedürfnisses können sich sowohl aus der Schwere und Komplexität der Hörschädigung selbst (z.B. hochgradige Innenohrschwerhörigkeit, extreme Hoch- oder Tieftonschwerhörigkeit, Resthörigkeit) wie auch aufgrund der Eingliederungssituation (Kinder im schulischen Umfeld; Berufsleute, die einen Beruf mit besonderen akustischen Anforderungen ausüben oder die in einer komplexen und wechselnden Geräuschkulisse arbeiten) ergeben. Trotz dieses höchstrichterlichen Grundsatzentscheids wird es auch in Zukunft hin und wieder zu Auseinandersetzungen über die Frage kommen, ob eine zweckmässige Versorgung mit Hörgeräten innerhalb der geltenden Tariflimiten möglich ist oder nicht. Besonders heikel sind in diesem Zusammenhang die Fälle erheblicher Hochtonschwerhörigkeit, welche nach dem geltenden Tarifvertrag oft nur zu einer Einstufung in der Indikationsstufe 1 führen. Im Falle eines Fremdsprachenlehrers, der geltend gemacht hatte, er könne mit den Geräten der Indikationsstufe 1 seine Schüler und Schülerinnen zu wenig präzise verstehen, um sie in der Aussprache korrigieren zu können, weshalb er ein digitales Gerät mit vollautomatischer Lautstärkeregelung benötige, hat z.B. das EVG vor kurzem ein ausnahmsweises Abrücken von den tarifvertraglichen Preislimiten verweigert und den besonderen akustischen Anforderungen des Berufs in keiner Weise Rechnung getragen (Urteil vom 17.5.2004; I 258/03).

## Cochlea-Implantat: Zahlt die IV auch eine beidseitige Versorgung?

Hat die IV bloss eine einseitige Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (CI) zu übernehmen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für die Kostenübernahme grundsätzlich erfüllt sind, oder muss sie eine beidseitige Versorgung finanzieren?

In einem Urteil vom 31.10.2002 (I 395/02) hat das EVG entschieden, dass die beidseitige Versorgung mit einem CI bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft entspricht und z.B. die kommunikativen Fähigkeiten eines gehörlosen Kindes hinsichtlich Sprachverständnis und Sprachverständlichkeit erheblich zu verbessern vermag. Es müsse aber in jedem Einzelfall überprüft werden, ob Indikation und Zweckmässigkeit der Massnahme gegeben seien sowie (im Falle einer Leistung auf-

grund von Art. 12 IVG) die Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit im Hinblick auf die berufliche Eingliederung.

In einem neueren Urteil vom 21.7.2003 (I 513/02) hat das EVG diese Voraussetzungen allesamt bejaht: In diesem etwas speziellen Fall ging es um ein Kind mit beidseitiger an Gehörlosigkeit grenzender Schwerhörigkeit, welches vorerst mit Hörgeräten versorgt worden war. Im Alter von 10 Jahren erhielt dieses Kind eine einseitige CI-Versorgung. Wegen eines Defekts musste das CI bereits nach einem halben Jahr ersetzt werden. Es zeigte sich dabei, dass das CI aus einer Serie stammte, bei der häufig Ausfälle auftraten, weshalb in Anbetracht der erheblichen Gefahr eines weiteren Ausfalls nun auch noch vorsorglich eine Versorgung auf der anderen Seite vorgenommen wurde. Die IV lehnte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, es bestehe keine drohende Invalidität und die IV könne keine rein vorsorgliche Massnahme finanzieren. Das EVG betrachtete die Versorgung mit einem zweiten CI-Implantat jedoch aufgrund der konkreten Verhältnisse als indiziert und zweckmässig; insbesondere im Hinblick auf den vom betreffenden Kind geplanten Übertritt von einer Sonderschule an die Kantonsschule sei eine beidseitige Versorgung angezeigt, weil hier der Unterricht nicht auf die Bedürfnisse Hörbehinderter ausgerichtet sei; hinzu komme, dass das Kind bei einem Defekt des CI während rund eines halben Jahres ohne Versorgung bleiben würde; weil es nicht einfach auf lautlose Kommunikation umstellen könne, wäre seine schulische Entwicklung durch einen solchen Ausfall massiv gefährdet.

### Staroperation: Einseitige oder beidseitige Versorgung?

Um die Frage, ob die IV aufgrund von Art. 12 IVG nur eine einseitige oder eine beidseitige Operation zu übernehmen hat, geht es auch immer wieder beim grauen Star. In einer Vielzahl von Urteilen hat das EVG festgehalten, dass im Normalfall nur die Operation an einem Auge von der IV zu übernehmen sei; denn die medizinischen Massnahmen nach Art. 12 IVG würden nur im Hinblick auf die dauernde und wesentliche Verbesserung resp. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit gewährt; wenn eine Person wieder mit einem Auge sehen könne, sei ihre Erwerbsfähigkeit kaum je beeinträchtigt, da auch Einäugige nach einer gewissen Anpassungszeit in der Lage seien, räumlich zu sehen; nur in wenigen Berufen bedürfe es der Fähigkeit zum Binokularsehen.

In einem Entscheid vom 24. Juli 2003 (I 29/02) hatte das EVG zu beurteilen, ob ein Zahnarzt auf Binokularsehen angewiesen ist. Währenddem das kantonale Gericht dies als selbstverständlich betrachtet hatte, bestritt das BSV eine solche Notwendigkeit. Das EVG gelangte zum Schluss, dass diese Frage in jedem Fall durch einen Spezialarzt beantwortet werden müsse; als erstes habe die IV die verschiedenen konkreten Tätigkeiten der versicherten Person im ausgeübten Beruf zu ermitteln, dann müsse der Facharzt Stellung nehmen, ob in der visuell anspruchsvollsten dieser Tätigkeiten ein Binokularsehen notwendig sei. Weil eine solche fachärztliche Stellungnahme in den Akten fehlte, wies das EVG die Sache zu ergänzender Abklärung zurück.

Die Praxis zum grauen Star zeigt sehr deutlich, wie absurd das Konstrukt von Art. 12 IVG ist. Das EVG selber anerkennt ohne weiteres, dass es bei einem beidseitigen Katarakt durchaus medizinisch sinnvoll ist, die beiden sich eintrübenden Linsen zu entfernen. Versicherungsmässig hat dann aber im Normalfall die IV die Kataraktope-



ration am einen Auge zu übernehmen, währenddem die Krankenkasse jene am anderen Auge finanziert. Anders verhält es sich nur bei minderjährigen Versicherten mit einer Linsentrübung als Folge eines Geburtsgebrechens (GgV 419): Hier übernimmt die IV aufgrund von Art. 13 IVG die Operationen an beiden Augen.

**Grauer Star: Wie lange hat die IV die Kosten einer Starbrille zu übernehmen?**

Brillen sind gemäss Ziff. 7.01 des Anhangs zur Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die IV (HVI) von der IV zu übernehmen, sofern sie eine wesentliche Ergänzung einer von der IV finanzierten medizinischen Massnahme darstellen, wobei es keine Rolle spielt, ob es sich um eine Massnahme nach Art. 12 oder Art. 13 IVG handelt. Praxisgemäss bildet die Hilfsmittelversorgung mit einer Starbrille im Nachgang zu einer Staroperation eine solche wesentliche Ergänzung der medizinischen Eingliederungsmassnahme.

In einem Fall, den das EVG neulich zu beurteilen hatte, war die Frage strittig, wie lange die IV bei einem Kind, welches sich als Folge eines Geburtsgebrechens einer Staroperation an beiden Augen unterzogen hatte, die Kosten solcher Starbrillen zu übernehmen habe. Währendem die IV sowie das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich die Meinung vertreten hatten, mit Erreichen des 20. Altersjahres entfalle die Leistungspflicht der IV (weil medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG bis zum 20. Altersjahr beschränkt seien), war das EVG anderer Meinung. Es hielt in seinem Entscheid vom 9.5.2003 (I 137/03) fest, dass die für Staroperierte notwendigen optischen Behelfe im Rahmen der Hilfsmittelversorgung so lange abzugeben sind, als dadurch in Ergänzung der Operation das konkrete Eingliederungsziel erreicht bzw. sichergestellt werden kann; auch wenn die Operation im Rahmen einer Geburtsgebrechensbehandlung erfolgt ist, besteht der Hilfsmittelanspruch über das 20. Altersjahr hinaus.

Georges Pestalozzi-Seger