

200 20 745 IV
FUE/SCC/IVE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 25. Januar 2021

Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 28. August 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1972 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 6. März 2020 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Hilfsmitteln in Form von orthopädischen Massschuhen an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1, 2). Die IVB holte Berichte der behandelnden Ärzte sowie eine Stellungnahme von Dr. med. B. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 12. Mai 2020 ein (act. II 31). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 34) verneinte sie mit Verfügung vom 28. August 2020 den Anspruch auf eine orthopädische Schuhversorgung mit der Begründung, die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt (act. II 40).

B.

Am 28. September 2020 erhob die Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragte sinngemäss, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die orthopädische Schuhversorgung durch die Invalidenversicherung zu bewilligen.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2020 schloss die IVB auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des

Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der IVB vom 28. August 2020 (act. II 40). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf ein Hilfsmittel (orthopädische Schuhversorgung); umstritten ist insbesondere, ob die Beschwerdeführerin die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt.

1.3 Mit Blick auf den Kostenvoranschlag für die orthopädischen Massschuhe der C._____ GmbH vom 6. März 2020 von Fr. 6'603.70 (act. II 2/1 f.) liegt der Streitwert unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Ausländische Staatsangehörige sind – vorbehaltlich Art. 9 Abs. 3 IVG – nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei

Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben (Art. 6 Abs. 2 IVG). Abweichende staatsvertragliche Regelungen sind vorbehalten (vgl. Art. 5 Abs. 4 der Bundesverfassung [BV; SR 101]).

2.2 Gemäss Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat. Das IVG beruht somit auf dem Konzept des leistungsspezifischen Invaliditätsfalles (BGE 137 V 417 E. 2.2.3 S. 422, 126 V 461 E. 1 S. 461). Nach der Gerichtspraxis ist dieser Zeitpunkt objektiv aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person festzustellen; zufällige externe Faktoren, wie insbesondere die subjektive Kenntnis des Leistungsansprechers oder der Leistungsansprecherin, sind unerheblich (BGE 112 V 275 E. 1b S. 277; ZAK 1987 S. 46 E. 3a; AHJ 2003 S. 209 E. 2a). Der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts richtet sich insbesondere nicht danach, wann eine Anmeldung eingereicht oder von wann an eine Leistung gefordert wird. Er braucht auch nicht mit jenem Zeitpunkt identisch zu sein, in welchem die versicherte Person erstmals erfährt, dass ihr Gesundheitsschaden einen Leistungsanspruch zu begründen vermag (BGE 118 V 79 E. 3a S. 82).

Ein Gesundheitsschaden kann somit bezüglich verschiedener Leistungsarten der Invalidenversicherung mehrere Invaliditätseintritte auslösen, weshalb der Versicherungsfall im Rahmen jeder gesetzlichen Leistungsnorm autonom bestimmt werden muss (SVR 2007 IV Nr. 7 S. 24 E. 1.1). Dies bedeutet, dass die Ablehnung eines bestimmten Anspruches wegen damaliger fehlender Erfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen später in Betracht fallende andersartige Ansprüche nicht präjudiziert (SVR 2008 IV Nr. 14 S. 42 E. 4).

2.3 Hinsichtlich der Hilfsmittel tritt der Versicherungsfall ein, wenn der Gesundheitsschaden objektiv erstmals ein solches Gerät notwendig macht, wobei dieser Zeitpunkt nicht mit demjenigen der erstmaligen Behandlungsbedürftigkeit des Gesundheitsschadens übereinzustimmen braucht (BGE 108 V 61 E. 2b S. 63; Entscheid des BGer vom 12. Januar 2011, 8C_262/2010, E. 2.2). Jedes einzelne Hilfsmittel, welches sich in Bezug auf

die invaliditätsmässigen Voraussetzungen von den übrigen Hilfsmitteln unterscheidet, bildet eine eigenständige Leistungskategorie, welche einen eigenen Versicherungsfall begründet (BVR 1992 S. 473 ff.; ZAK 1992 S. 359 ff.).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist ... Staatsangehörige, reiste am TT. MM.JJJJ in die Schweiz ein, hat Wohnsitz in der Schweiz und eine Aufenthaltsbewilligung Sie ist Hausfrau (act. II 22, 23) und seit dem 24. März 2017 mit einem schweizerischen Staatsangehörigen verheiratet (act. II 1, 3), weshalb ihre eigenen AHV/IV-Beiträge als bezahlt gelten, wenn der Ehegatte Beiträge von mindestens der doppelten Höhe des Mindestbeitrages bezahlt hat (Art. 2 IVG i.V.m. 3 Abs. 3 lit. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10]), was hier offenkundig der Fall ist (act. II 28). Zwischen ... und der Schweiz besteht kein Sozialversicherungsabkommen (vgl. Liste der Sozialversicherungsabkommen; [www.bsv.admin.ch]; Stand 1. Januar 2020). Damit ist die Beschwerdeführerin nur anspruchsberechtigt, wenn sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet hat (vgl. E. 2.1 hiervor). Umstritten ist hier der Eintritt der Invalidität, wobei diese bei Hilfsmitteln in dem Moment eintritt, in dem die gesundheitliche Beeinträchtigung objektiv betrachtet einen entsprechenden Behelf erstmals notwendig macht (E. 2.3 hiervor; vgl. auch SILVIA BUCHER, Eingliederungsrecht in der Invalidenversicherung, 2011, S. 196 Rz. 332; THOMAS ACKERMANN, Versicherungsmässige Voraussetzungen des Leistungsanspruchs in der Invalidenversicherung, in KIESER/LENDFERS, Sozialversicherungsrechtstagung 2011, S. 24; BGE 111 V 117 E. 2b S. 123). Die Rechtsprechung, wonach die Invalidität in dem Zeitpunkt eintritt, da das Leiden objektiv behandlungs- und kontrollbedürftig ist (BGE 111 V 117), gilt auch für Geburtsgebrechen (MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., 2014, Art. 13 N. 14).

3.2 Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen.

3.2.1 Im Bericht vom 18. April 2018 führte Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Patientin sei am 13.03.2018 mittels einer Keilexzision an der Grosszehe links operiert worden. Postoperativ sei drei Tage der Schnürring für die Blutleere akzidentell belassen worden. Der Zeh sei noch residuell geschwollen, aber ausgezeichnet rekapillarisiert. Es bestehe eine explizite Druckdolenz vor allem distal über dem Nagel an einer Nekrosestelle. Grundsätzlich sei diese kleine Nekrosestelle aber reizlos. Er empfehle weiteres Abwarten. Die Beschwerden sollten von selbst regredient sein, die Schwellung der Grosszehe werde sicher lange vorhanden sein, diese sei aber grundsätzlich problemlos (act. II 18/25).

3.2.2 Im Bericht vom 23. Oktober 2019 hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Ambulatorium Orthopädie F._____, zu den Befunden fest, die Grosszehe werde massiv nach dorsal und etwas nach medial gezogen, sie könne praktisch nicht mehr gestreckt werden durch das atypische und unphysiologische Gangbild. Es bestehe eine massivste Hyperpathie; im Bereich des Grossenzehenballens und der Zehe selbst dürfe die Haut nicht berührt werden. Lateral bestünden kaum Beschwerden (act. II 18/20).

3.2.3 Im Austrittsbericht vom 9. März 2020 – nach einer stationären Abklärung und Behandlung vom 13. Januar bis 11. Februar 2020 – führten die Ärzte des Spitals G._____ aus, es bestehe eine chronische Schmerzstörung mit Fuss- und Unterschenkelschmerzen links aufgrund eines CRPS 1 des linken Fusses und- Unterschenkels mit chronisch neuropathischem Schmerz. Als Auslöser des CRPS und der neuropathischen Schmerzen finde sich eine kochersche Keilexzision medial und lateral an der Grosszehe links im März 2018. Hierbei sei die Blutsperre akzidentell für drei Tage belassen worden. Seitdem bestünden sehr starke Schmerzen mit Schwellung, Hitzegefühl, Schwitzen, vermindertem Nagelwachstum, Myoklonien in der Grosszehe, verminderter Beweglichkeit, versteiftem OSG und Allodynie der Grosszehe und des Unterschenkels: Es bestehe ein Status nach multiplen Infiltrationen und Nervenblockaden über sechs Monate ohne deutliche Verbesserung der Symptomatik (act. II 13/2). Durch die Kollegen des

sei ein Konzil erfolgt zur Empfehlung eines orthopädischen Schuhs/Strumpfes zur Entlastung des linken Fusses (act. II 13/3).

3.2.4 Im Aktenbericht vom 12. Mai 2020 diagnostizierte die RAD-Ärztin Dr. med. B. _____ das Folgende (act. II 31 3 f.):

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen mit/bei:
 - Fuss- und Unterschenkschmerzen links
 - postoperatives complex regional pain syndrome (CRPS) 1 (mit im Januar 2020 Ausschluss eines Infektes) linker Fuss und Unterschenkel mit chronisch neuropathischen Schmerzen, Budapest Kriterien erfüllt
 - Schwellung, Hitzegefühl, Schwitzen, vermindertem Nagelwachstum, Myoklonien der Grosszehe links, verminderter Beweglichkeit, versteiftem OSG sowie Allodynie der Grosszehe und des Unterschenkels, Haut- und Muskeldystrophie und Atrophie
 - Wundheilungsstörung im Bereich der dorsalen Grosszehe
 - wechselnde Hyperalgesie und Hypästhesieareale Unterschenkel und Fuss rechts
 - Schlafstörung
 - Zeichen der zentralen Sensibilisierung: Positive Klammeralgometrie, Schmerzausbreitung, erhöhte Reizbarkeit, Phono- und Photophobie
 - Risikofaktoren Chronifizierung: erhebliche pain- und actionprone Anamnese
 - Bildgebung: SPECT/CT 16. Januar 2020: Szintigraphisch kein Bild eines CRPS. A.e. belastungsbedingte DD ggf. beginnend degenerative sehr geringe Steigerungen des Knochenstoffwechsels links im unteren Sprunggelenk, im Calcaneus angrenzend an das Os cuboideum sowie im Bereich des Interphalangealgelenks D1. Bei hier nur sehr flauen Mehranreicherungen auch in der Blutpoolphase und in der Perfusion kann eine zusätzliche sehr geringe aktivierte Komponente vorliegen. Szintigraphisch kein Nachweis infektiöser Veränderungen.
 - Interventionen: März 2018 kochersche Keilexzision medial und lateral an der Grosszehe links mit akzidenteller Belassung der Blutsperrung für drei Tage
 - Zustand nach 18x Infiltrationen und Nervenblockaden über ca. sechs Monate, zuletzt September 2019 in der Schmerzprechstunde Spitalzentrum I. _____
 - Kopfschmerzen: häufige Spannungskopfschmerzen mit Analgetikaabusus
2. Oberflächliche Ulzeration Digitus 1 Fuss links i.R. Diagnose 1
 - Konzil Dermatologie G. _____ vom 24. Januar 2020: Die Ulzeration ist sekundär durch die stattgehabte Infiltration sowie die Grunderkrankung erklärbar
 - Intensive Wundversorgung stationär erfolgt und weiterführend ambulant
3. Anamnestisch rezidivierende Gastritiden und Reflux bei Verdacht auf somatoforme Störung des oberen Magen-Darm-Traktes, DD atypische Anorexie
 - Januar 2020 stabiles Gewicht von 46 kg bei 163 cm Körpergrösse BMI 17,3 kg/m²
 - fragliche Nahrungsmittelunverträglichkeiten
4. Vaginalinfekt mit E.coli (ESBL) Januar 2020
 - Abstrich vom 17. Januar 2020: E.coli (ESBL)
 - Therapie: Fluomizin vom 18. bis 24. Januar 2020, Gynoflor vom 25. bis 31. Januar 2020 vaginal
5. Zustand nach chronisch venöser Insuffizienz im klinischen Stadium C3EAP links, rechts geringe Besenreiservarikose
 - duplexsonographisch (10. Januar 2018) rechts suffizientes tiefes und oberflächliches Beinvenensystem, links Crosse- und proximale Stammin-

- suffizienz der V. saphena parva mit insuffizienten medialen und lateralen Astvarizen
 - Zustand nach endovenöser Lasertherapie der V. saphena parva und Mini-phlebektomie von Astvarizen am linken Unterschenkel vom 29. Januar 2018
 - duplexsonographisch (17. Januar 2019) links ab Crosse bis distal komplett resorbierte V. saphena parva ohne Zeichen einer frühen Rekanalisation und komplett entfernte Astvarizen ohne Rezidiv. Keine postthrombotischen Veränderungen
6. Anamnestisch Coxarthropathie rechts
- Status nach Implantation einer Hüft-TP rechts 10. September 2018

Die RAD-Ärztin führte in der Beurteilung aus, im Vordergrund stehe eine chronische Schmerzstörung bei generalisierter Schmerzverarbeitungsstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, aufgetreten nach koehlerscher Keilexcision medial und lateral an der Grosszehe linker Fuss am 13. März 2018 mit akzidentellem Belassen der Blutsperre über drei Tage. Bezüglich Fussdeformität könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen das Folgende gesagt werden: Am 18. April 2018 sei der Nachweis eines antalgischen Ganges auf Fussaussenkante erfolgt, was nach dem genannten Eingriff plausibel erscheine (Schmerzen i.R. der Wundheilung seien gemäss orthopädischen Angaben über ca. sechs bis acht Wochen zu erwarten), sowie einer Fussdeformität mit Krallenzehen, am 23. Oktober 2019 könne die Grosszehe nicht mehr nach plantar flektiert werden, werde massiv dorsalflektiert, praktisch nicht mehr streckbar durch unphysiologisches und atypisches Gangbild, oberes Sprunggelenk (OSG) und Rückfuss seien normal beweglich, am 13. Januar 2020 sei das OSG stark eingeschränkt beweglich. D.h. zusammengefasst habe sich aufgrund der vorliegenden Unterlagen die massive Hyperextension der Grosszehe links und im Verlaufe eingeschränkte Beweglichkeit des Fusses im OSG erst einige Zeit nach dem Beginn des aktuellen Leidens ausgebildet. Bezüglich allfälliger vorbestehender Pathologien, welche bereits vor Einreise in die Schweiz bestanden hätten, könne nach interner Besprechung mit dem RAD-Orthopäden Dr. med. H. _____ das Folgende gesagt werden: Die Fotos vom 9. April 2020 belegten, dass die Patientin eine Fussfehlstatik in Form eines Senk-Spreizfusses beidseits mit kompensatorischer Krallenzehenbildung Dig. II-V beidseits sowie eine Teilsyndaktylie Dig. IV-V links aufweise (letztere ohne Krankheitswert). Sie sei sicher bereits mit dieser genannten Fussfehlstellung in die Schweiz eingereist. Diese Fussfehlstatik werde, wenn sie symptomatisch sei, mit orthopädischen Schuheinlagen behandelt und stelle keine Indikation für orthopädische Massschuhe dar (act. II 31/4).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Der Aktenbericht der RAD-Ärztin erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Berichts. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf Kenntnis der Vorakten und damit den eingehenden Abklärungen der behandelnden Ärzte. Basierend darauf hat die RAD-Ärztin die zu stellenden Diagnosen, die medizinischen Befunde und daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar und einleuchtend dargestellt. Insbesondere sind auch die Ausführungen zur Frage, wann die Fussfehlstellung symptomatisch wurde und die Beschwerdeführerin objektiv betrachtet auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel angewiesen war, schlüssig und leuchten ein (act. II 31/4 f.; vgl. E. 3.3 hiervor). Die Beurteilung ist in sich widerspruchsfrei und es bestehen keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Ausführungen der RAD-Ärztin, welche zwar keine orthopädische Fachärztin ist, die sich jedoch beim RAD-Orthopäden rückversicherte. Es liegt ein lückenloser Befund vor und es geht um einen feststehenden medizinischen Sachverhalt, weshalb eine direkte ärztliche Befassung mit der Beschwerdeführerin in den Hintergrund rückt (E. 3.3

hiervor). Mithin kann auf den beweiskräftigen Aktenbericht abgestellt werden.

Es ist somit erstellt, dass die Beschwerdeführerin bereits am 1. Dezember 2016 mit einer Fussfehlstatik in Form eines Senk-Spreizfusses mit kompensatorischer Krallenzehenbildung Dig. II-V beidseits sowie einer Teilsyndaktylie Dig. IV-V links in die Schweiz einreiste. Dies wird von ihr auch anerkannt („Mein linker Fuss hatte bereits vor der Einreise in die Schweiz Fehlstellungen“). Ebenso überzeugt die Aussage der RAD-Ärztin, dass diese Fehlstatik erst mit orthopädischen Schuheinlagen dann behandelt wird, wenn sie symptomatisch wird (act. II 31/5), was weder vor der Einreise in die Schweiz noch unmittelbar danach der Fall war. Den Berichten der behandelnden Ärzte ist vielmehr zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 13. März 2018 mittels einer Keilexzision an der Grosszehe links operiert wurde, wobei postoperativ während drei Tagen der Schnurring für die Blutleere akzidentell belassen wurde. Dr. med. D. _____ stellte am 18. April 2018 fest, die Grosszehe sei noch residuell geschwollen, aber ausgezeichnet rekapillarisiert; die Beschwerden sollten von selbst regredient sein, die Schwellung der Grosszehe werde sicher noch lange vorhanden sein, dies sei aber grundsätzlich problemlos (act. II 18/25). Im Bericht vom 20. November 2019 diagnostizierten die Ärzte des Spitalzentrums I. _____ u.a. neuropathische Schmerzen nach peripherer Nervenverletzung am linken Fuss und invalidisierende Schmerzen/Hyperpathien einer Grosszehe links bei Zustand nach kocherscher Keilexzision im März 2018 mit accidenteller Belassung der Blutsperre für drei Tage (act. II 18/17); ein CRPS wurde weitgehend ausgeschlossen, jedoch eine Schmerzverarbeitungsstörung komplexer Genese erwähnt (act. II 18/18). Im Bericht vom 9. März 2020 gingen die Ärzte der Universitätsklinik für Neurologie, G. _____, dann von einem postoperativen CRPS 1 linker Fuss und Unterschenkel mit chronisch neuropathischen Schmerzen aus (act. II 13/1) und empfahlen nach einem Konsil mit den Ärzten des einen orthopädischen Schuh/Strumpf zur Entlastung des linken Fusses (act. II 13/3). Überzeugend ist mit Blick auf diese Berichte die Beurteilung der RAD-Ärztin, wonach der Nachweis eines antalgischen Ganges auf der Fussaussenkante (erstmalig) am 18. April 2018 erfolgt sei, dies jedoch im Zusammenhang mit plausiblen Schmerzen im Rahmen der Wundheilung, welche normalerweise

se sechs bis acht Wochen dauere (vgl. act. II 31/4). Die Beschwerden entwickelten sich jedoch solchermassen, dass die Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2019 die Grosszehe dann nicht mehr nach plantar habe flektieren können, die Grosszehe massiv dorsalflektiert worden, praktisch nicht mehr streckbar sei durch ein unphysiologisches und atypisches Gangbild sowie am 13. Januar 2020 das OSG nunmehr stark eingeschränkt beweglich gewesen sei. Damit ist die Einschätzung der RAD-Ärztin, die massive Hyperextension der Grosszehe links und im Verlaufe die eingeschränkte Beweglichkeit des Fusses im OSG hätten sich erst einige Zeit nach dem Beginn des aktuellen Leidens ausgebildet (act. II 31/4), nachvollziehbar und schlüssig. Die Beschwerden entwickelten sich nachdem die kochersche Keilexzision am linken Grosszehen – entgegen dem normalen Verlauf – nicht gut verheilte und es mehrmals zu einer Wundinfektion gekommen ist (vgl. act. II 15/2 Ziff. 2.1).

Mithin ist gestützt auf die schlüssige Beurteilung der RAD-Ärztin davon auszugehen, dass die Notwendigkeit eines Behelfs zu jenem Zeitpunkt gegeben ist, in dem die Fussfehlstatik symptomatisch wird. Auch wenn die Fussfehlstellung bereits vor Einreise in die Schweiz am 1. Dezember 2016 bestanden hat, hat die RAD-Ärztin – entgegen der Meinung der Beschwerdegegnerin – in ihrer Beurteilung nicht postuliert, diese sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem 1. Dezember 2016 symptomatisch geworden. Solches ist weder aufgrund der Akten erkennbar noch gibt die Beschwerdeführerin zu erkennen, sie sei vor ihrer Einreise in die Schweiz durch die Fehlstatik behindert worden (Beschwerde S. 1; vgl. auch act. II 41). Vielmehr bildete sich die Symptomatik, welche mit orthopädischen Schuheinlagen zu behandeln ist, erst einige Zeit nach dem Beginn des Leidens aus, d.h. auch nicht unmittelbar nach der kocherscher Keilexcision medial und lateral an der Grosszehe linker Fuss am 13. März 2018 mit akzidentellem Belassen der Blutsperre über drei Tage. Im Übrigen stelle laut RAD die Fussfehlstatik, selbst wenn sie symptomatisch sei und Schuheinlagen nötig mache, alleine noch keine Indikation für orthopädische Massschuhe dar (act. II 31/4). Die Empfehlung durch das des Spitals G. _____ zur Entlastung des linken Fusses erfolgte denn auch erst aufgrund der weiteren Beschwerdeentwicklung (act. II 13/3).

3.5 Nach dem Dargelegten ist die Fussfehlstatik nicht bereits vor der Einreise der Beschwerdeführerin in die Schweiz am 1. Dezember 2016 symptomatisch gewesen bzw. nicht innerhalb eines Jahres nach der Einreise symptomatisch geworden. Von weiteren Beweismassnahmen sind diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Die Beschwerdegegnerin hat die versicherungsmässigen Voraussetzungen somit zu Unrecht verneint. Über die weiteren Anspruchsvoraussetzungen hat sie bei dieser Ausgangslage nicht befunden, womit die Sache zur Prüfung der übrigen Anspruchsvoraussetzungen an die Verwaltung zurückzuweisen ist.

3.6 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. August 2020 (act. II 40) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die weiteren Anspruchsvoraussetzungen prüfe und über den Anspruch neu verfüge.

4.

4.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die nicht vertretene Beschwerdeführerin hat trotz ihres Obsiegens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da die Interessenwahrung keinen Arbeitsaufwand erforderte, der den Rahmen dessen überschreitet, was der einzelne üblicher- und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung

der persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (vgl. BGE 127 V 205 E. 4b S. 207; SVR 2019 KV Nr. 7 S. 51 E. 9.2.1).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 28. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie über den Anspruch auf orthopädische Schuhversorgung neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.