



**Fall-Nr.:** IV 2008/389  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.07.2020  
**Entscheiddatum:** 06.05.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.05.2009**

**Art. 21 Abs. 1 IVG; Art. 2 Abs. 1 HVI. Übernahme der Kosten für Beinorthesen. Diese stellen im konkreten Fall Hilfsmittel und nicht Behandlungsgeräte dar. Obwohl die Beschwerdeführerin auch mit Hilfe der Orthesen keine eigentliche selbstständige Gehfähigkeit erreicht, erleichtern diese die Fortbewegung, die Selbstsorge und auch die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt wesentlich, sodass sie von der IV zu vergüten sind (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Mai 2009, IV 2008/389). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_531/2009.**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Miriam Lendfers

Entscheid vom 6. Mai 2009

in Sachen

G.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o procap, Frobургstrasse 4,

Postfach, 4601 Olten,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Hilfsmittel

Sachverhalt:

A.

A.a G.\_\_\_\_, Jahrgang 1987, leidet an mehreren Geburtsgebrechen und bezieht seit 1. August 2007 eine ganze Invalidenrente und eine Hilflosenentschädigung für Hilflosigkeit schweren Grades (IV-act. 521-523). Die Invalidenversicherung (IV) finanzierte ihr während Jahren notwendige Orthesen. Die A.\_\_\_\_ AG, Orthopädie- und Rehabilitationstechnik, erstellte am 8. August 2007 zuhanden der IV einen Kostenvoranschlag für Knieorthesen über Fr. 7'015.10 (IV-act. 509). Mit Mitteilung vom 15. August 2007 gewährte die IV-Stelle der Versicherten Kostengutsprache für Ober- und Unterschenkelorthesen ab 8. August 2007 bis 8. August 2017 (IV-act. 511).

A.b Am 19. Dezember 2007 reichte die A.\_\_\_\_ AG der IV-Stelle eine Rechnung für Beinorthesen über Fr. 17'787.65 ein (IV-act. 525). Der zuständige Arzt des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt in einer Stellungnahme vom 20. Februar 2008 fest, die Rechnung entspreche nicht der medizinischen Verordnung von Dr. med. B.\_\_\_\_ und sei nicht nachvollziehbar (IV-act. 527). Die A.\_\_\_\_ AG erläuterte mit Schreiben vom 25. März 2008, dass eine umfangreiche Gesamtlösung notwendig gewesen sei (IV-act. 529). Der RAD-Arzt stellte sich am 25. April 2008 auf den Standpunkt, die Orthesen würden Behandlungsgeräte und nicht Hilfsmittel darstellen. Weil die Versicherte bereits im 21. Lebensjahr sei, könnten die Behandlungsgeräte nicht übernommen werden (IV-act. 530).

A.c Mit Vorbescheid vom 7. Mai 2008 und Verfügung vom 30. Juli 2008 verweigerte die IV-Stelle die Kostengutsprache für Ober- und Unterschenkelorthesen ab 1. Oktober 2007, zog die Mitteilung vom 15. August 2007 in Wiedererwägung und erteilte Kostengutsprache für Orthesen ab 8. August 2007 bis 30. September 2007 (act. G 1.1).

B.



B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde der procap, Schweizerischer Invalidenverband, in Vertretung der Versicherten vom 15. September 2008. Beantragt wird die Aufhebung der Verfügung und die Vergütung der Kosten für die Ober- und Unterschenkelorthesen (act. G 1). Mit Beschwerdeergänzung vom 4. Dezember 2008 lässt die Beschwerdeführerin eventualiter die Vornahme weiterer Abklärungen sowie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege beantragen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Unbestritten sei, dass die Beschwerdeführerin auf die Versorgung mit der Orthese in der vorliegenden Form angewiesen sei. Gemäss Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ brauche die Versicherte die Oberschenkelorthesen für die begrenzte Geh- und Stehfähigkeit unabdingbar. Die Physiotherapeutin C.\_\_\_\_ habe am 14. November 2008 mitgeteilt, dass die Orthesen eine Bewegungsfunktion und eine Therapiefunktion hätten. Ohne Orthesen sei die Beschwerdeführerin in ihrer gesamten Gehfähigkeit eingeschränkt, sei sie doch dann überhaupt nicht mehr in der Lage, auch nur eine beschränkte Geh- und Stehfähigkeit auszuüben, und somit ein 100%-iger Pflegefall. Für den Fall, dass das Gericht die Voraussetzungen für die Zusprache des Hilfsmittels aufgrund der Unterlagen als nicht möglich erachte, werde die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur genaueren Abklärung der Restgehfähigkeit beantragt (act. G 8).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2009 die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin könne sich gemäss Abklärungsbericht vom 31. März 2004 nicht mehr fortbewegen. Sie sei in der Wohnung und im Freien auf den Rollstuhl angewiesen. Auch könne sie sich in der Wohnung mittels Begleitung (gemeint wohl: ohne Begleitung) nicht mehr fortbewegen. Sie sei bei sämtlichen Transfers auf Hilfe angewiesen. Die Orthesen seien zwar notwendig, entsprächen aber nicht dem Hilfsmittelbegriff im Sinn des IVG. Als Behandlungsgerät könnten sie ebenfalls nicht von der IV übernommen werden, da dies nur bis zum vollendeten 20. Lebensjahr möglich sei (act. G 10).

B.c Die zuständige Verfahrensleitung des Versicherungsgerichts bewilligte am 28. Januar 2009 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 12).

B.d Die Beschwerdegegnerin lässt am 17. Februar 2009 an ihren Anträgen festhalten und verzichtet im Übrigen auf die Einreichung einer Replik (act. G 13).



Erwägungen:

1.

1.1 Nach Art. 13 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Dies hat er mit dem Erlass von Art. 3 IVV getan, worin festgehalten wird, dass die Liste der Geburtsgebrechen im Sinn von Art. 13 IVG Gegenstand einer besonderen Verordnung bilde. Nach Art. 1 Abs. 1 der Verordnung über die Geburtsgebrechen (GgV) gelten als Geburtsgebrechen im Sinn von Art. 13 IVG Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Der Zeitpunkt, in welchem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich. Der Anspruch beginnt mit der Einleitung von medizinischen Massnahmen (Art. 2 Abs. 1 GgV). Der Anspruch auf Behandlung von Geburtsgebrechen erlischt am Ende des Monats, in dem der Versicherte das 20. Altersjahr zurückgelegt hat, selbst wenn eine vor diesem Zeitpunkt begonnene Massnahme fortgeführt wird (Art. 3 GgV; vgl. auch A6 Rz. 15 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen [KSME]). Diese Bestimmung ist gesetzmässig (BGE 120 V 277; I 184/02 vom 20. Mai 2003, Erw. 3).

1.2 Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin an mehreren Geburtsgebrechen leidet und deshalb medizinische Massnahmen beanspruchen kann. Dieser Anspruch endet indes Ende September 2007, da die Beschwerdeführerin in jenem Monat das 20. Altersjahr vollendete. Daran ändert auch die weiterhin bestehende Behandlungsbedürftigkeit nichts.

2.

2.1 Versicherte Personen haben gemäss Art. 21 Abs. 1 IVG im Rahmen einer vom Bundesrat aufgestellten Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zweck der funktionellen Angewöhnung bedürfen. Ohne Rücksicht auf die



Erwerbsfähigkeit haben Versicherte Anspruch auf Hilfsmittel, wenn sie diese infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge benötigen (Art. 21 Abs. 2 IVG). Der Bundesrat hat seine Verordnungskompetenz im Hilfsmittelbereich an das Eidgenössische Departement des Innern delegiert (Art. 14 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Dieses erliess die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI; SR 831.232.51). Im Rahmen der Liste im Anhang besteht nach Art. 2 Abs. 1 HVI Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind. Gemäss Art. 1 Abs. 2 HVI gelten die Art. 3-9 der Verordnung sinngemäss für die Abgabe von Behandlungsgeräten, die einen notwendigen Bestandteil einer medizinischen Eingliederungsmassnahme im Sinn der Art. 12 und 13 IVG bilden und die nicht in der im Anhang der HVI enthaltenen Liste aufgeführt sind. Bei Gegenständen, die ihrer Natur nach sowohl den Charakter eines Hilfsmittels als auch denjenigen eines Behandlungsgeräts oder eines anderen Behelfs aufweisen können, ist gemäss Rz. 1006 des vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegebenen Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) zu beachten, dass das Gerät den vom Gesetz genannten Zweck (Fortbewegung, Herstellung des Kontakts mit der Umwelt, Selbstsorge) unmittelbar erfüllt. So könne z.B. ein Behelf, der nur nachts verwendet werde, den Hilfsmittelbegriff nicht erfüllen. Die Liste im Anhang der HVI enthält unter anderem Beinorthesen (Ziff. 2.01).

2.2 Dr. B.\_\_\_\_ betonte im Schreiben vom 30. September 2008, die Orthesen seien für die begrenzte Geh- und Stehfähigkeit der Beschwerdeführerin unabdingbar. Ohne die Orthesen seien auch die wenigen Schritte, die die Beschwerdeführerin benötige, um vom Rollstuhl auf einen Sitz oder auf das WC zu kommen, nicht möglich. Das Stehtraining und auch das wenige Gehen seien für die gesamte Situation unentbehrlich, da die Beschwerdeführerin ohne Stehen und Gehen eine ausgeprägte Osteoporose entwickeln werde, die Frakturgefahr dann rasch ansteigen und die Beschwerdeführerin ihre Steh- und Gehfähigkeit und somit auch die Transferfähigkeit ganz verlieren werde (act. G 8.1). Am 27. Juni 2008 hatte Dr. B.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, die Ober- und Unterschenkelorthesen würden regelmässig nachts sowie für Steh- und Gehübungen benützt (IV-act. 541). Im Abklärungsbericht vom 29. April 2004 war



festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin früher ein paar Schritte habe gehen können. Dies sei heute nicht mehr möglich. Sie benötige am Tag wie in der Nacht Windeln (IV-act. 369-1; 369-4). Auch die Physiotherapeutin hatte darauf hingewiesen, dass Wickeln notwendig sei (act. G 8.2).

2.3 Die Orthesen werden gemäss diesen Angaben nicht nur für die Nachtlagerung der Beschwerdeführerin verwendet, sondern dienen dem täglichen Training. Beinorthesen sind in der Liste im Anhang zur HVI genannt. Den Orthesen der Beschwerdeführerin ist Hilfsmittelcharakter zuzubilligen. Auch als Hilfsmittel können sie jedoch nur dann von der Beschwerdegegnerin übernommen werden, wenn sie die Anforderungen von Art. 21 Abs. 2 IVG bzw. Art. 2 Abs. 1 HVI erfüllen, also zur Fortbewegung, zur Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind.

2.4 Aus den zitierten Akten ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin mit den Orthesen weder eine eigentliche Selbstsorge, noch eine selbstständige Fortbewegung, noch im engeren Sinn die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt direkt gewährleistet werden. Mit der 1. IV-Revision vom 5. Oktober 1967 wurde der Hilfsmittelanspruch auf Personen ausgedehnt, die das Hilfsmittel nicht für die Eingliederung ins Erwerbsleben benötigen. Gemäss der Botschaft des Bundesrats vom 6. April 1967 zur 1. IV-Revision hatte die ursprüngliche Fassung des IVG zur Konsequenz, dass praktisch nur Schwerstinvaliden vom Hilfsmittelbezug ausgeschlossen waren. Für solche Versicherte würden jedoch Behelfe, die der Förderung der Selbstständigkeit und des Kontakts mit der Umwelt dienen, eine sehr wertvolle Hilfe darstellen. Der Bundesrat schloss sich der Expertenkommission an, die den Hilfsmittelbezug auch diesen Versicherten nicht vorenthalten wollte. Eine gewisse Zurückhaltung sei hinsichtlich der Art der abzugebenden Hilfsmittel empfohlen. Es solle vermieden werden, dass die IV wegen geringfügiger Aufwendungen in Anspruch genommen werde. Mit der Expertenkommission empfehle man daher, die Abgabe von Hilfsmitteln, die nicht der Eingliederung ins Erwerbsleben, der Schulung oder der Ausbildung dienen, zu beschränken auf kostspielige Geräte zur Ermöglichung der Fortbewegung, der Selbstsorge und zur Herstellung des Kontakts mit der Umwelt (BBI 1967 I 676 f.). Diese Ausführungen verdeutlichen, dass es nicht der Wille des Gesetzgebers war, ein Hilfsmittel nur dann zu vergüten, wenn die versicherte Person damit in den genannten drei Bereichen (Fortbewegung, Herstellung des Kontakts mit der Umwelt, Selbstsorge)



selbstständig würde. Vielmehr wollte man explizit auch Schwerstinvalide nicht grundsätzlich vom Hilfsmittelanspruch ausnehmen. Es hat zu genügen, wenn durch das Hilfsmittel eine gewisse Erhöhung der Selbstständigkeit erreicht wird. Die Orthesen beeinflussen die Selbstständigkeit der Beschwerdeführerin insofern positiv, als dass sie selbst stehen kann, womit die pflegerischen Massnahmen (Waschen, Wickeln, Anziehen) wesentlich erleichtert werden. Durch die Ermöglichung des Stehens wird auch die Fortbewegung positiv beeinflusst, müsste die Beschwerdeführerin doch sonst zum Beispiel zum Transport vom Bett in den Rollstuhl gehoben werden. Fortbewegung und Selbstsorge werden durch die Orthesen also jedenfalls erheblich begünstigt. Dasselbe hat indirekt auch für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt zu gelten. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei noch stärker eingeschränkter Transferfähigkeit noch seltener transportiert würde und ihr Bett wohl kaum mehr verlassen könnte.

3.

3.1 Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Hilfsmittel in Form der Orthesen ausgewiesen. Die A.\_\_\_\_ AG hat die hohen Kosten, die für die Orthesen insgesamt angefallen sind, ausführlich begründet (IV-act. 529; vgl. auch IV-act. 543). Im Beschwerdeverfahren rügt die Beschwerdegegnerin nicht mehr, die Kosten seien zu hoch. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Orthesen die Anforderungen der Einfachheit und Zweckmässigkeit gemäss Art. 2 Abs. 4 HVI erfüllen. Die Beschwerde ist folglich unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung gutzuheissen.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Das bereits bewilligte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) wird damit gegenstandslos.



3.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. Juli 2008 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf die Vergütung der Kosten für ihre Beinorthesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- zu bezahlen.