



Fall-Nr.: IV 2015/419
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.12.2019
Entscheiddatum: 14.11.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 14.11.2016

Art. 14 IVG. Art. 21 IVG. Rz. 1002 KHMI. Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln und Behandlungsgeräten. Massgebend ist entgegen der Rz. 1002 KHMI nicht das sachfremde und untaugliche Kriterium der Nutzungsdauer, sondern vielmehr der primäre Einsatzzweck (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. November 2016, IV 2015/419).

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2015/419

Parteien

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand



Hilfsmittel (Handrollstuhl für A.____)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde im Dezember 2005 unter Hinweis auf ein Geburtsgebrechen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1). Laut einem Bericht des Kinderarztes Dr. med. B.____ vom 20. Dezember 2005 litt der Versicherte an einer Hüftgelenksdysplasie rechts (IV-act. 7). Mit einer Verfügung vom 2. Februar 2006 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens (Ziff. 183 Anh. GgV) übernehmen werde (IV-act. 11). Im Mai 2009 ging der IV-Stelle eine zweite Anmeldung zum Leistungsbezug zu (IV-act. 12). Im Juni 2009 berichtete Dr. med. C.____ vom Ostschweizer Kinderspital, im Juni 2008 sei eine Neurofibromatose festgestellt worden (IV-act. 17). Am 21. Juli 2009 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie auch die Kosten für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 481 Anh. GgV übernehmen werde (IV-act. 20).

A.b Am 15. März 2013 teilte Dr. med. D.____ vom Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mit, dass angesichts eines pathologischen Zentrum-Ecken-Winkels und einer Dysplasie hinsichtlich des Acetabulumwinkels aller Wahrscheinlichkeit nach eine Operation durchgeführt werden müsse (IV-act. 45). Im Februar 2014 berichtete Dr. D.____ (IV-act. 60), die Operation werde noch vor der Vollendung des neunten Altersjahres erfolgen müssen. Man zögere sie aber angesichts des schwächtigen Körperbaus des Versicherten noch hinaus. Dieser zeige im Übrigen ein typisches pathologisches Gangbild bei einer bilateralen Cerebralparese. Das Zweibeinhüpfen sei ihm nur unkoordiniert möglich. Auf einem Bein könne er nur fünf-, sechsmal hüpfen. Am 16. Oktober 2014 ersuchte Dr. D.____ um eine Kostengutsprache für einen Rehabilitationsaufenthalt in E.____ (IV-act. 71). Sie führte aus, der Versicherte leide an einer Neurofibromatose, an einer bilateralen, linksbetonten Cerebralparese, an einer beidseitigen Hüftdysplasie, an einer fokalen Epilepsie, an einem Nervus opticus-Gliom und an einem Status nach einer atypischen Pneumonie. Am 13. und 27. November 2014 werde er an der Hüfte operiert (Pfannendachplastik, Beckenbeingips, ggf. Pol-le-



Cœur). Der Eingriff müsse im Abstand von zwei Wochen auf beiden Seiten durchgeführt werden. Insgesamt müsse der Versicherte acht Wochen lang einen Gips tragen, mit dem er nur in Bauch- und Rückenlage liegen könne. Da der Familie die postoperative Versorgung zu Hause nicht möglich sei, sei ein sechs- bis achtwöchiger stationärer Rehabilitationsaufenthalt geplant. Am 24. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit, dass sie die Kosten für den Rehabilitationsaufenthalt vom 13. November 2014 bis zum 9. Januar 2015 übernehmen werde (IV-act. 73).

A.c Am 16. Dezember 2014 erfuhr die IV-Stelle anlässlich eines Telefonats mit der Mutter des Versicherten (IV-act. 75), dass dieser bloss einmal, nämlich nur am 13. November 2014, operiert worden sei. Der Spitalaufenthalt habe zwei Wochen gedauert. Der geplante Rehabilitationsaufenthalt habe nicht stattgefunden. Abends werde die Mutter jeweils für rund eine Stunde von der Spitex unterstützt. Der Versicherte werde den Gips noch bis am 29. Dezember 2014 tragen müssen. Die Rehaklinik in E.____ teilte der IV-Stelle am 19. Februar 2015 telefonisch mit, dass der Versicherte am 17. Februar 2015 (recte: 10. Februar 2015; vgl. IV-act. 96–1) operiert worden sei und sich vom 17. Februar 2015 bis zum 14. April 2015 in stationärer Rehabilitation befinden werde (IV-act. 92). Der Sachbearbeiter der IV-Stelle ersetzte daraufhin die Kostengutsprache vom 24. Oktober 2014 für die stationäre Behandlung durch eine identische Kostengutsprache, allerdings mit einem zeitlich verschobenen Behandlungszeitraum. Gleichentags teilte die IV-Stelle der Mutter des Versicherten mit, dass sie die Kosten für die stationäre Behandlung übernehmen werde (IV-act. 93).

A.d Schon am 18. Februar 2015 waren der IV-Stelle medizinische Berichte des Ostschweizer Kinderspitals zugegangen (IV-act. 94 ff.), laut denen der Versicherte an einer postoperativen Flexionskontraktur beider Kniegelenke litt. Nach einer Mobilisation in Narkose war die Mobilisation mittels Klettschiene nicht möglich gewesen. Am 10. Februar 2015 waren dem Versicherten deshalb beidseits Oberschenkelgipse angelegt worden. Es war vorgesehen, im Rahmen der Rehabilitation ein Stehbretttraining und ein freies Stehtraining sowie anschliessend ein Steh- und Lauftraining durchzuführen. Am 12. März 2015 teilte Dr. med. F.____ vom Ostschweizer Kinderspital der IV-Stelle mit (IV-act. 100), dass der Versicherte trotz zwei Physiotherapiesitzungen pro Woche nicht zum Strecken der Kniegelenke habe bewegt werden können. Die Mutter habe ihn nach der Gipsentfernung am 29. Dezember 2014 so gut wie nie dazu bewegen können, sich



aus dem Rollstuhl zu mobilisieren. Durch die nicht ausreichende Nachbehandlung mit Steh- und Streckübungen sei es zu Kniebeugekontrakturen gekommen. Ursächlich seien sicher die familiären und sozialen Verhältnisse sowie die ausgeprägte Durchsetzungskraft des Versicherten gewesen, der sich geweigert habe, seine Knie zu strecken. Einem Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 30. Dezember 2014 liess sich entnehmen (IV-act. 101), dass nach der Gipsentfernung vom 29. Dezember 2014 bei unauffälligen Befunden eine langsam zunehmende Belastung vorgesehen gewesen war. Für die Zeit ab dem 5. Januar 2015 war eine Physiotherapie geplant gewesen. Der Physiotherapeut war gebeten worden, sich um den Muskelaufbau, um die Gangschulung und um die Dehnung der Kniebeuger sowie der Hüftbeugesenen zu kümmern. Gemäss einem Bericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 3. Februar 2015 war es im Rahmen der Physiotherapie (einmal wöchentlich in der Schule und einmal wöchentlich ausserhalb der Schule) nicht gelungen, den Versicherten wieder zum Stehen oder zum Laufen zu bringen. Deshalb hatten die Dres. D.____ und F.____ beschlossen, einen Oberschenkelgips-Tutor anzulegen, um den Versicherten möglichst rasch auf die Beine zu bringen. Die entsprechende Operation war auf den 10. Februar 2015 angesetzt worden. Am 24. März 2015 notierte Dr. med. G.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 103), die Orthopäden des Kinderspitals hätten zwar eine bilaterale Cerebralparese erwähnt, doch fehlten in den übrigen medizinischen Akten entsprechende Hinweise. Es sei auch nie eine Kostengutsprache für das entsprechende Geburtsgebrechen Ziff. 390 Anh. GgV beantragt oder verfügt worden. Aus medizinischer Sicht sei davon auszugehen, dass die ungenügende Mobilisation nach der Gipsentfernung die Ursache für die Kniekontrakturen gewesen sei, wie dies Dr. F.____ überzeugend dargelegt habe. Die Frage, ob es sich dabei noch um eine Folge des Geburtsgebrechens Ziff. 183 Anh. GgV handle, sei juristischer Natur.

A.e Im Rahmen der stationären Rehabilitation wurde dem Versicherten am 8. April 2015 ein Handrollstuhl verordnet (IV-act. 117–3). Die zuständige Ärztin gab an, nach einer Hüftoperation, bei Kniekontrakturen und aufgrund einer „genetischen Erkrankung“ benötige der Versicherte den Rollstuhl zur Förderung der Selbständigkeit, zur Verbesserung der Mobilität und zur Integration in den Beruf, in der Schule beziehungsweise privat. Das SAHB Hilfsmittelzentrum orientierte die IV-Stelle am 14. April 2015 darüber, dass es dem Versicherten einen Kinderrollstuhl als Hilfsmittel abgegeben hatte (IV-act. 117–1). Es wies darauf hin, dass der Rollstuhl benötigt werde,



weil der Versicherte sein rechtes Bein gar nicht und sein linkes Bein nur wenig belasten könne (IV-act. 116). Ein Sachbearbeiter der IV-Stelle notierte am 21. April 2015 (IV-act. 124), er gehe davon aus, dass der Versicherte den Rollstuhl weit weniger lang als ein Jahr benötigen werde. Der Rehabilitationsaufenthalt diene ja gerade der Wiederherstellung der Gehfähigkeit. Diese sei auf eine Komplikation nach der Gipsentfernung am 29. Dezember 2014 zurückzuführen, weshalb auch die Kostengutsprache für die stationäre Behandlung zwischenzeitlich von der IV-Stelle verweigert worden sei.

A.f Am 22. April 2015 forderte die IV-Stelle das Rehabilitationszentrum auf, diverse Fragen zur Gehfähigkeit, zur stationären Behandlung und zur Verordnung für die Abgabe eines Rollstuhls zu beantworten (IV-act. 125). Das Rehabilitationszentrum teilte am 11. Mai 2015 mit (IV-act. 137), der am 10. Februar 2015 angebrachte Oberschenkel-Redressionsgips habe linksseitig die Streckung des Beins gefördert, rechtsseitig aber keinen Erfolg gezeitigt. Das klinische Bild sei auffällig, denn rechts seien keine Muskeleigenreflexe auslösbar. Diesbezüglich seien bildgebende Abklärungen nach der Entfernung des Osteosynthesematerials geplant. Die Prognose hinsichtlich der Wiedererlangung der Gehfähigkeit hänge vom Ergebnis dieser Abklärungen ab. Allenfalls werde dann auch eine weitere stationäre Rehabilitation stattfinden. Schon am 7. Mai 2015 hatten die Ärzte des Ostschweizer Kinderspitals die Drähte aus dem Becken des Versicherten entfernt (IV-act. 157). Am 13. Juli 2015 teilten sie der IV-Stelle mit (IV-act. 162), dass aktuell noch keine Prognose hinsichtlich der Wiedererlangung der Gehfähigkeit möglich sei. Nach wie vor liege eine Kniekontraktur rechts vor, die es dem Versicherten verunmögliche, den rechten Fuss zu belasten. Natürlich bestehe die starke Hoffnung, dass der Rollstuhl nur vorübergehend eingesetzt werden müsse. Die Kniekontraktur rechts zeige aber kein normales Streckdefizit. Es scheine sich dabei vielmehr um ein strukturelles Problem zu handeln, das mit der Neurofibromatose im Zusammenhang stehe. Eine neurologische, neurosonographische und elektrophysiologische Abklärung habe keine neuen Erkenntnisse zur Ursache der Kniekontraktur geliefert. Die Abklärungsergebnisse seien aufgrund der Gesamtbehinderung nicht aussagekräftig gewesen. Die Komplikation sei jedenfalls absolut untypisch. Mit einem Vorbescheid vom 3. August 2015 teilte die IV-Stelle den Eltern des Versicherten mit (IV-act. 164), dass sie die Abweisung des Gesuchs um die Abgabe eines Handrollstuhls vorsehe. Zur Begründung führte sie aus, der Handrollstuhl



könne nicht als Hilfsmittel abgegeben werden, da nicht nachgewiesen sei, dass er diesen langfristig (über ein Jahr) benötigen werde, weshalb es sich nicht um ein Hilfsmittel handeln könne. Auch als Behandlungsgerät könne er nicht von der Invalidenversicherung bezahlt werden, da die aktuellen Einschränkungen der Gehfähigkeit ihre Ursache nicht im Geburtsgebrechen hätten, sondern die Folge der Operation vom 10. Februar 2015 seien.

A.g Schon am 23. Juli 2015 hatte Dr. D.____ gegen einen Vorbescheid betreffend die Verweigerung der Kostengutsprache für die stationäre Rehabilitationsbehandlung eingewandt (IV-act. 166), die Kniekontrakturen seien nicht als Folge der Operation vom 10. Februar 2015, die bereits deren Behandlung gedient habe, sondern vielmehr als eine unerwartete Folge der Operation vom 13. November 2014 aufgetreten, die eine Behandlung eines anerkannten Geburtsgebrechens gewesen sei. Nach dem Tragen eines Beckengipses während sechs Wochen sei das Auftreten von Kniekontrakturen eine übliche Nebenwirkung. In aller Regel würden diese Kontrakturen aber rasch wieder verschwinden. Der Verlauf im Falle des Versicherten sei ungewöhnlich, hänge mit einer Nervenschädigung zusammen und dürfte deshalb auch einen Zusammenhang mit einem der anerkannten Geburtsgebrechens aufweisen. Am 10. August 2015 wandten die Eltern des Versicherten ein, ihr Sohn werde den Rollstuhl voraussichtlich noch längere Zeit benötigen. Die zuständige obligatorische Krankenpflegeversicherung machte am 2. September 2015 geltend (IV-act. 183), die IV-Stelle habe die Kosten für den Rollstuhl als Behandlungsgerät zu übernehmen, weil die Einschränkungen der Gehfähigkeit im Zuge einer operativen Behandlung eines Geburtsgebrechens aufgetreten seien. Mit einer Verfügung vom 19. November 2015 wies die IV-Stelle das Begehren um die Abgabe eines Handrollstuhls ab (IV-act. 223). Zur Begründung führte sie aus, dass der Versicherte gemäss einem Verlaufsbericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 1. Oktober 2015 nun – mit einem Oberschenkelgips rechts – wieder gehfähig sei (vgl. IV-act. 198–2 f.). Der beantragte Rollstuhl könne folglich nicht als Hilfsmittel abgegeben werden. Die Kniegelenkskontrakturen seien nicht eine Folge des Geburtsgebrechens, sondern eine Folge der Operation vom 13. November 2014. Der Rollstuhl diene daher der Behandlung eines Leidens, für das die Invalidenversicherung keine Leistungspflicht treffe.

B.



St.Galler Gerichte

B.a Gegen diese Verfügung erhob die Krankenpflegeversicherung (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) am 10. Dezember 2015 eine Beschwerde (act. G 1). Sie stellte den Antrag, die Verfügung vom 19. November 2015 sei aufzuheben und die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen IV-Leistungen zu erbringen. Zur Begründung führte sie aus, die Beschwerdegegnerin habe die Kosten für den Rollstuhl im Sinne eines Behandlungsgerätes zu übernehmen, weil die Einschränkungen der Gehfähigkeit des Versicherten im Zuge einer operativen Behandlung eines Geburtsgebrechens aufgetreten seien, deren Kosten die Beschwerdegegnerin getragen habe. Werde die früher erhobene Beschwerde betreffend die Kosten für die stationäre Rehabilitation (IV 2015/262) gutgeheissen, werde die Beschwerdegegnerin wohl auch die Kosten für den Rollstuhl bezahlen müssen. Es liege folglich nahe, dieses Verfahren bis zum Abschluss des Verfahrens IV 2015/262 zu sistieren. Im Übrigen seien die Voraussetzungen für die Abgabe eines Rollstuhls als Hilfsmittel erfüllt.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 14. Januar 2016 die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Zur Begründung führte sie aus, ein Handrollstuhl, der nicht voraussichtlich für mindestens ein Jahr benötigt werde, gelte gemäss dem einschlägigen Kreisschreiben als ein Behandlungsgerät und könne folglich nicht als Hilfsmittel abgegeben werden. Als Behandlungsgerät diene der Rollstuhl einer Behandlung, deren Kosten die Beschwerdeführerin zu tragen habe. Diesbezüglich sei auf die Beschwerdeantwort im Verfahren IV 2015/262 zu verweisen.

B.c Die Verfahrensleitung des Versicherungsgerichtes teilte den Parteien am 18. Januar 2016 mit, dass das Gericht die Vereinigung der beiden Verfahren IV 2015/262 und IV 2015/419 beabsichtige (act. G 4).

B.d Die Beschwerdeführerin hielt am 8. Februar 2016 an ihren Anträgen fest und verzichtete im Übrigen auf eine Replik (act. G 5).

B.e Der Versicherte liess sich nicht vernehmen (vgl. act. G 7).

Erwägungen

1.



Auch wenn der Gegenstand dieses Verfahrens einen gewissen Zusammenhang mit dem Verfahren IV 2015/262 aufweist, in dem es um die Frage nach der Leistungspflicht für die stationäre Rehabilitation geht, ist eine Vereinigung der beiden Verfahren nicht angezeigt. Der im vorliegenden Verfahren massgebende Sachverhalt entspricht nämlich nur teilweise dem für das Verfahren IV 2015/262 relevanten Sachverhalt und es stellen sich, weil es um verschiedene Leistungen geht, ganz andere Rechtsfragen. Dies rechtfertigt es, getrennt über die beiden Beschwerden zu urteilen.

2.

2.1 Der Leistungskatalog der Invalidenversicherung beinhaltet unter anderem Hilfsmittel (Art. 21 IVG) und medizinische Massnahmen (Art. 12 ff. IVG). Als Hilfsmittel gelten jene Gegenstände, die eine versicherte Person für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, für die Aus- und Weiterbildung oder zum Zweck der funktionellen Angewöhnung (Art. 21 Abs. 1 IVG) oder aber für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge (Art. 21 Abs. 2 IVG) benötigt. Die medizinischen Massnahmen umfassen in erster Linie die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen durchgeführt wird (Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG), und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14 Abs. 1 lit. b IVG). Auch die der Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände zählen aber zur medizinischen Behandlung (vgl. Art. 25 Abs. 2 lit. b KVG), denn eine Behandlung, deren Erfolg massgebend von einem Behandlungsgegenstand abhängt, kann nur zweckmässig sein, wenn jener Gegenstand abgegeben wird. Im Einzelfall kann fraglich sein, ob ein Leistungsbegehren auf die Abgabe eines Hilfsmittels oder auf die Abgabe eines Behandlungsgerätes im Zusammenhang mit einer medizinischen Massnahme abzielt. Die Aufsichtsbehörde der Beschwerdegegnerin hat diese im Einzelfall mitunter schwierige Abgrenzungsfrage mit einer für jedermann einfach anzuwendenden Regel lösen wollen, indem sie in ihrem Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) die voraussichtliche Verwendungsdauer als massgebend bezeichnet hat: Müsse davon ausgegangen werden, dass ein Gegenstand für mindestens ein Jahr verwendet werde, handle es sich um ein Hilfsmittel; bei einer voraussichtlichen Verwendungsdauer von weniger als einem Jahr handle es sich um ein



Behandlungsgerät (Rz. 1002 KHMI). Die Interpretation der Art. 12 f. und des Art. 21 IVG zeigt, dass es sich bei der Nutzungsdauer um ein untaugliches Abgrenzungskriterium handelt. Nicht die (voraussichtliche) Dauer, sondern nur der Zweck des Einsatzes kann bestimmen, ob es sich bei einem Gegenstand um ein Hilfsmittel oder um ein Behandlungsgerät handelt. Im Einzelfall ist also nicht massgebend, wie lange dieser Gegenstand voraussichtlich genutzt werden wird. Vielmehr ist nach der Zwecksetzung zu fragen. Wird der Gegenstand primär benötigt, um eine medizinische Behandlungsmassnahme überhaupt erst zu ermöglichen oder um eine solche wesentlich zu begünstigen, handelt es sich um ein Behandlungsgerät. Ersetzt der Gegenstand dagegen primär eine behinderungsbedingt ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktion, handelt es sich um ein Hilfsmittel.

2.2 Vorliegend hat die Behandlung nach der Entfernung des Beckengipses am 29. Dezember 2014 auf die Wiedererlangung der Gehfähigkeit des Beschwerdeführers abgezielt. Das Behandlungskonzept hat eine Physiotherapie, die Anbringung von weiteren Gipsverbänden und eine stationäre Rehabilitation umfasst. All diese Massnahmen haben bezweckt, den Beschwerdeführer dazu zu bringen, auf den eigenen Beinen zu stehen und zu gehen. Für diese Behandlung ist ein Handrollstuhl offensichtlich nicht notwendig gewesen. Im Gegenteil hat es der Rollstuhl dem Beschwerdeführer ja gerade erlaubt, seine fehlende Steh- und Gehfähigkeit zu kompensieren, das heisst sich relativ frei fortzubewegen, ohne erst wieder zu lernen, auf den eigenen Beinen zu stehen und selbständig zu gehen. Der Rollstuhl hat also offensichtlich nicht der Behandlung gedient. In der ärztlichen Verordnung vom 8. April 2015 (vgl. IV-act. 117–3) sind die Förderung der Selbständigkeit, die Verbesserung der Mobilität und die Integration („Beruf/Schule/privat“) – also alles typische Zwecksetzungen eines Hilfsmittels – als Versorgungsziele angegeben worden. Im Übrigen dürfte das – untaugliche – Kriterium der „Langzeitbehandlung“ (mindestens ein Jahr) erfüllt gewesen sein, denn der Versicherte hatte den Rollstuhl bereits seit Ende 2014/Anfang 2015 benutzt und am 19. November 2015 hat nicht davon ausgegangen werden können, dass der Versicherte den Rollstuhl nicht bis in das Jahr 2016 hinein benötigen werde. Zusammenfassend kann es sich beim Rollstuhl also nicht um ein Behandlungsgerät gehandelt haben; ein Zusammenhang zur medizinischen Behandlung ist nicht ersichtlich. Der beantragte Rollstuhl muss vielmehr als ein Hilfsmittel im Sinne des Art. 21 Abs. 2 IVG qualifiziert werden. Der Mitteilung der SAHB



St.Galler Gerichte

vom 14. April 2015 (IV-act. 117) kann entnommen werden, dass auch die übrigen Voraussetzungen zur Abgabe des Rollstuhls als Hilfsmittel erfüllt gewesen sind (vgl. Art. 2 Abs. 4 HVI und Ziff. 9.01 Anh. HVI). Die angefochtene Verfügung erweist sich folglich als rechtswidrig. Sie ist in Gutheissung der Beschwerde durch den Entscheid zu ersetzen, die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Versicherten einen geeigneten Rollstuhl als Hilfsmittel abzugeben.

3.

Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die Beschwerdeführerin hat als eine mit dem Vollzug gesetzlicher Aufgaben betraute Behörde und innerhalb ihres Aufgabenbereichs Beschwerde führende Partei keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 19. November 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Versicherten einen geeigneten Handrollstuhl abzugeben.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.