

BL_GERICHTE 720 2014 324 / 120 vom 15. Mai 2013

BL Gerichte, 2013-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2014_324_120

FR: BL_GERICHTE 720 2014 324 / 120 du 15 mai 2013

IT: BL_GERICHTE 720 2014 324 / 120 del 15 maggio 2013

Regeste

Hilfsmittel

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 beim zuständigen Gericht form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde der Versicherten vom 14. Oktober 2014 kann somit eingetreten werden.

E. 2

Gemäss § 55 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 10'000.--. Der Streitwert beträgt vorliegend Fr. 690.10 (vgl. Kostenvoranschlag der René Ruepp AG vom 24. Juni 2014). Über die Beschwerde ist demnach präsidial zu entscheiden. 3.1 Nach Art. 8 Abs. 1 erster Satz IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) bedrohte Versicherte grundsätzlich Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG). Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört gemäss Art. 8 Abs. 3 lit. d IVG die Abgabe von Hilfsmitteln. 3.2 Der Anspruch auf Hilfsmittel bezieht sich gemäss Art. 21 Abs. 1 IVG auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedürfen. Versicherte, die infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, haben gemäss Art. 21 Abs. 2 IVG im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf Hilfsmittel. 3.3 In Art. 14 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 hat der Bundesrat die ihm in Art. 21 Abs. 4 IVG übertragene Kompetenz zur Regelung der Voraussetzungen für die Abgabe von Hilfsmitteln dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) überlassen. Dieses hat gestützt auf diese

Subdelegation die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) vom 29. November 1976 mit der im Anhang aufgeführten Hilfsmittelliste erlassen. Gemäss Art. 2 Abs. 1 HVI besteht im Rahmen der im Anhang der HVI aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind. Art. 2 Abs. 2 HVI hält sodann fest, dass Anspruch auf die mit (*) bezeichneten Hilfsmittel nur besteht, soweit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder für die in der zutreffenden Ziffer des Anhangs ausdrücklich genannten Tätigkeit notwendig sind. Ziffer 2 des Anhangs zur HVU regelt die Kategorie der Orthesen. In Anwendung von Ziffer 2.01 Anhang HVI werden Beinorthesen gemäss Tarifvertrag mit dem Schweizerischen Verband der Orthopädie-Techniker vergütet. Ziffer 2.01 Anhang ist nicht mit (*) bezeichnet. 3.4 Gemäss dem Wortlaut von Art. 21 Abs. 2 IVG wird, damit ein Anspruch auf ein Hilfsmittel besteht, ein Bedürfnis vorausgesetzt. Das Hilfsmittel muss demnach für die invalide Person zur Erfüllung des gesetzlich geschützten Zweckes notwendig sein. Diese Notwendigkeit ergibt sich nach der Rechtsprechung nicht schon aus der Invalidität einer versicherten Person. Diese Bedingung ist rechtsprechungsgemäss dann erfüllt, wenn der versicherten Person nicht zugemutet werden kann, ohne den beanspruchten Gegenstand sich fortzubewegen, mit der Umwelt in Kontakt zu bleiben oder für sich zu sorgen, und wenn die versicherte Person willens und fähig ist, mit Hilfe des beanspruchten Gegenstandes einen dieser Zwecke zu erreichen (EVGE 1968 S. 208 E. 3d S. 212). Das Hilfsmittel muss im Einzelfall dazu bestimmt und geeignet sein, der gesundheitlich beeinträchtigten versicherten Person in wesentlichem Umfange zur Erreichung eines der gesetzlich anerkannten Ziele zu verhelfen. Praxisgemäss ist unter einem Hilfsmittel des IVG ein Gegenstand zu verstehen, dessen Gebrauch den Ausfall gewisser Teile oder Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag (BGE 131 V 13 E. 3.3, 115 V 194 E. 2c und 112 V 15 E. 1b). Daraus ist zu schliessen, dass der Gegenstand ohne strukturelle Änderung ablegbar und wieder verwendbar sein muss. Dieses Erfordernis bezieht sich jedoch nicht nur auf den Gegenstand selbst, sondern auch auf den menschlichen Körper und dessen Integrität. Daher stellt ein Gegenstand, der seine Ersatzfunktionen nur erfüllen kann, wenn er zuerst durch einen chirurgischen Eingriff ins Körperinnere gebracht wird und nur auf die gleiche Weise wieder zu ersetzen ist, kein Hilfsmittel im Sinne des Gesetzes dar (BGE 115 V 191, 112 V 11, 101 V 267). 3.5 Laut Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen. Geburtsgebrechen werden in Art. 3 Abs. 2 ATSG definiert als Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen. Nach Art. 13 Abs. 2 IVG bezeichnet der Bundesrat die Gebrechen, für welche medizinische Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist. Gestützt auf diese Bestimmung hat der Bundesrat die Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) vom 9. Dezember 1985 erlassen. Diese führt im Anhang die Liste der anerkannten Geburtsgebrechen auf (Art. 1 Abs. 2 Satz 1 GgV). 3.6 Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Die Massnahmen umfassen laut Art. 14 Abs. 1 IVG die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder

Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien (lit. a) und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (lit. b). Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren; denn das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 124 V 110 E. 2a mit weiteren Hinweisen). Ferner muss der voraussichtliche Erfolg einer Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen (Urteil R. des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 29. Januar 2004, I 19/03, E. 2.2 mit Hinweisen). 3.7 Der Leistungsanspruch bei Geburtsgebrechen gemäss Art. 13 IVG besteht - anders als nach der allgemeinen Bestimmung des Art. 12 IVG - unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Art. 8 Abs. 2 IVG). Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (Urteil J. des Bundesgerichts vom 10. November 2009, 9C_403/2009, E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 4

Abzugrenzen sind die Hilfsmittel von Geräten, die der medizinischen Behandlung dienen, denn bezüglich letzterer richtet sich ein allfälliger Anspruch nicht nach Art. 21 Abs. 2 IVG bzw. nach der HVI, sondern nach Art. 12ff. IVG. Kann ein Gerät sowohl der medizinischen Behandlung als auch einem mit einem Hilfsmittel gemäss Art. 21 Abs. 2 IVG angestrebten Zweck dienen, ist zu prüfen, welcher der beiden Zwecke im konkreten Einzelfall unter Würdigung sämtlicher Umstände im Vordergrund steht. Gemäss Rz. 1006 des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) ist bei Gegenständen, die ihrer Natur nach sowohl den Charakter eines Hilfsmittels als auch denjenigen eines Behandlungsgeräts oder eines anderen Behelfs aufweisen können, zu beachten, dass das Gerät den vom Gesetz genannten Zweck (Fortbewegung Herstellung des Kontakts mit der Umwelt, Selbstsorge) unmittelbar erfüllt.

E. 5

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die IV-Stelle die Kostengutsprache für die Anpassung der Oberschenkelorthesen zu Recht abgelehnt hat.

E. 5.1

Zunächst ist zu prüfen, ob es sich bei den Oberschenkelorthesen um ein Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG handelt. Vorliegend steht ausser Frage, dass die Versicherte an einer schweren zerebralen Bewegungsstörung, welche sich unter anderem auch auf ihre Gehfähigkeit auswirkt, leidet. Aus den Akten ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage ist, zu Gehen und zur Fortbewegung auf den Rollstuhl angewiesen ist. Gemäss den Angaben des C. vom 13. Mai 2013 handle es sich bei den Oberschenkelorthesen um Streckorthesen, welche von der Versicherten nachts und mindestens zwei Stunden tagsüber zu tragen seien. Die vorliegend nicht strittigen Unterschenkelorthesen seien gemäss den behandelnden Ärzten des C. tagsüber sowie zum Gehen zu tragen. Die Beschwerdeführerin ihrerseits führt aus, dass die Oberschenkelorthesen in erster Linie die Beine stützen und eine weitere Kontraktur und Spastizität der Beine verhindern würden. Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass ohne die Streckschienen die Kontraktur stetig zu nehmen werde und sie nicht mehr in

der Lage sein werde, den Transfer in den Rollstuhl stehend zu bewältigen.

E. 5.2

In Würdigung der ärztlichen Berichte der medizinischen Fachpersonen ist festzustellen, dass die Versicherte an Kontrakturen leidet, d.h. die Streckung der Beine ist eingeschränkt. In Übereinstimmung mit den Fachärzten ist aber die Fähigkeit, die Knie zu strecken, eine biomechanische Voraussetzung für die Gehfunktion. Die Versicherte hatte nie die Veranlagung zu Gehen. Die strittigen Oberschenkelorthesen dienen einerseits der Streckung der Beine und andererseits wirken sie einer Zunahme der Kontrakturen entgegen. Dadurch kann die Fähigkeit der Versicherten, den Transfer in den Rollstuhl stehend zu bewältigen, in einem bestimmten Umfang erhalten werden. Es besteht aber unter den Fachleuten darin Einigkeit, dass die vorliegend strittigen Orthesen nicht während des Gehens zu tragen sind. Das Gericht anerkennt ohne weiteres, dass die Versorgung der Versicherten mit Oberschenkelorthesen aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Für die Beurteilung der Frage, ob die Versicherte Anspruch auf Kostengutsprache für Oberschenkelorthesen hat, ist jedoch nicht ausschlaggebend, ob für das beantragte Hilfsmittel eine medizinische Notwendigkeit besteht, sondern ob mit diesem einen der gesetzlich statuierten Zwecke (Fortbewegung, Kontakt mit der Umwelt oder Selbstsorge) erreicht werden kann. Diese Frage ist zu verneinen. Die fraglichen Oberschenkelorthesen dienen der Streckung der Knie bzw. der Vorbeugung einer weiteren Zunahme der Kontrakturen, wodurch die Fähigkeit der Versicherten den Transfer in den Rollstuhl zu gestalten, erhalten werden kann. Da sie beim Gehen nicht getragen werden, ermöglichen sie der Versicherten aber nicht, sich mit ihnen fortzubewegen. Ihnen kommt daher keine Ersatzfunktion für den Ausfall der Gehfunktion zu. Damit steht fest, dass die Versicherte mit Hilfe der strittigen Orthesen nicht fähig ist, einen der gesetzlichen Zwecke zu erfüllen, was aber nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts unabdingbare Leistungsvoraussetzung für den Anspruch auf ein Hilfsmittel gemäss Art. 21 Abs. 2 IVG ist (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_531/2009 vom 23. Oktober 2009, das in einem ähnlich gelagerten Fall ergangen ist). Es genügt für die Bejahung des Anspruchs auf ein Hilfsmittel nicht, dass es in der Hilfsmittelliste aufgeführt ist. Als weitere Anspruchsvoraussetzung muss es für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontakts mit dem Umfeld oder für die Selbstsorge notwendig sein, was hier nicht der Fall ist. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die strittigen Orthesen dazu verhelfen, den Transfer in den Rollstuhl zu gestalten. Diese Umstände zeigen auf, dass die Oberschenkelorthesen der Behandlung oder Minderung des Leidens des Versicherten und nicht der Fortbewegung dienen. Ein allfällig positiver Einfluss auf die Möglichkeiten der Versicherten zur Bewältigung des Transfers in den Rollstuhl genügt nicht für die Qualifikation als Hilfsmittel im Sinne des Gesetzes. Eine Ausdehnung des Anspruchs auf Sachverhalte, wo mit dem Hilfsmittel eine gewisse Erhöhung der Selbstständigkeit erreicht wird und somit der Ausschluss Schwerstinvaliden vom Anspruch vermieden würde, lehnt die bundesgerichtliche Rechtsprechung ab (vgl. BGer vom 23. Oktober 2009, 8C_531/2009). Vor diesem Hintergrund sind die beantragten Oberschenkelorthesen daher in Würdigung der gesamten Umstände nicht als Hilfsmittel zu qualifizieren.

E. 5.3

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Bundesrat mit dem Erlass des Art. 21 Abs. 2 IVG den Kreis der Anspruchsberechtigten zwar auf versicherte Personen ausdehnen wollte, welche Hilfsmittel nicht - wie in Art. 21 Abs. 1 IVG vorgesehen - nur zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder einer Betätigung im Aufgabenbereich benötigen. Er

übte jedoch eine gewisse Zurückhaltung bei der Abgabe der Hilfsmittel, indem er den Anspruch auf die in Art. 21 Abs. 2 IVG genannten Zwecke beschränkte (vgl. BBl 1967 I 653, S. 676 f.). Es besteht deshalb kein Anlass, die in Art. 21 Abs. 2 IVG statuierten gesetzlichen Zwecke auf den vorliegenden Sachverhalt auszuweiten.

E. 5.4

Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass der Versicherte keinen Anspruch auf die Kostenübernahme der beantragten Oberschenkelorthesen im Sinne von Art. 21 Abs. 2 IVG hat.

E. 6

Bei Verneinung eines Anspruchs auf ein Hilfsmittel ist grundsätzlich zu prüfen, ob der fragliche Behelf als Behandlungsgerät im Rahmen medizinischer Massnahmen nach Art. 12 oder 13 IVG zulasten der Invalidenversicherung geht (vgl. Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Zürich/Basel/Genf 2014, S. 230). Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sie die Orthese schon seit Sommer 2013 habe und es lediglich um eine Anpassung der Orthesen aufgrund von Druckstellen gehe. Mit Kostengutsprache vom 15. Mai 2013 wurden die Kosten für Oberschenkelorthesen von der IV-Stelle übernommen. Zum Zeitpunkt der Kostenübernahme der Oberschenkelorthesen hatte die im November 1993 geborene Beschwerdeführerin das zwanzigste Altersjahr noch nicht vollendet. Die Kostengutsprache datiert vom 15. Mai 2013 und wurde bis 30. November 2013 – jenem Monat, in welchem die Versicherte das zwanzigste Altersjahr vollendet hatte – befristet. Die Kostengutsprache vom 15. Mai 2013 bezieht sich ausdrücklich auf die Verfügung vom 14. Oktober 2004, in welcher der Anspruch auf medizinische Massnahmen bejaht wird und die Übernahme der Kosten für das Geburtsgebrechen Nr. 390 verfügt wird. Gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (vgl. E. 3.5 hiervor). Mit Erlöschen des Anspruchs auf medizinische Massnahmen endet auch der Anspruch auf Behandlungsgeräte und in der Folge der Anspruch auf die Anpassung der Behandlungsgeräte. Die Übernahme der Kosten unter dem Titel der medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 oder 13 IVG fällt somit vorliegend nicht in Betracht, weil ein solcher Anspruch auf versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr beschränkt ist. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen. 7.1 Gemäss 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. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist allerdings mit Verfügung vom 25. November 2014 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse gehen. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. 7.2 Die Versicherte wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des

Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t :

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.
3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Rechtsmittelbelehrung: Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit schriftlicher Eröffnung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten nach Art. 82 ff. des Bundesgerichtsgesetzes (BGG) vom 17. Juni 2005 eingereicht werden. Diese Frist kann nicht verlängert werden (Art. 47 Abs. 1 BGG). Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, einzureichen. Sie ist in einer Amtssprache abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten (Art. 42 Abs. 1 BGG). In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Akt Recht verletzt (Art. 42 Abs. 2 BGG). Die Urkunden, auf die sich die Beschwerde führende Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat. Ebenfalls beizulegen ist der angefochtene Entscheid (Art. 42 Abs. 3 BGG).

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