

VS_GERICHTE S1 25 8 vom 25. Juni 2025

VS Kantonsgericht, 2025-06-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 25 8](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_25_8)

FR: VS_GERICHTE S1 25 8 du 25 juin 2025

IT: VS_GERICHTE S1 25 8 del 25 giugno 2025

Regeste

S1 25 8 URTEIL VOM 25. JUNI 2025 Kantonsgericht Wallis

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin in Sachen X _____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Rechtsanwalt Peter Pfammatter, Brig-Glis gegen AUSGLEICHSKASSE DES KANTONS WALLIS, Beschwerdegegnerin (Vergütung der Kosten von Unterschenkelorthesen) Beschwerde gegen den Entscheid vom 5. Dezember 2024

Erwägungen

E. 1

Im vorliegenden Fall war die Ausgleichskasse des Kantons Wallis für den Erlass der Verfügung vom 26. September und des Entscheids vom 5. Dezember 2024 zuständig. Bei der Beschwerdegegnerin handelt es sich um eine kantonale Ausgleichskasse. Deshalb gelangt Art. 84 AHVG zur Anwendung. In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG entscheidet das Versicherungsgericht am Ort der Ausgleichskasse. Die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts Wallis ist daher für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde gestützt auf Art. 1 Abs. 1 AHVG, Art. 7 Abs. 2 RPfIG, Art. 58 Abs. 2 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung der Beschwerde zuständig. Die Beschwerdeführerin ist durch den Entscheid vom 5. Dezember 2024 berührt (Art. 59 ATSG) und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung. Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

E. 2.2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Vergütung der Kosten von Unterschenkelorthesen hat.

E. 3.1

Die Bestimmungen des ATSG sind auf die Alters- und Hinterlassenenversicherung anwendbar, soweit das AHVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht

(Art. 1 Abs. 1 AHVG). Gemäss Art. 14 ATSG gehören zu den Sachleistungen der Sozialversicherung auch Hilfsmittel. Der Bundesrat bestimmt, unter welchen Voraussetzungen Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, Anspruch auf Hilfsmittel haben (Art. 43quater Abs. 1 AHVG). Er bestimmt, in welchen Fällen Bezügerinnen und Bezüger

- 4 - von Altersrenten Anspruch auf Hilfsmittel für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich haben (Art. 43quater Abs. 2 AHVG). Er bezeichnet die Hilfsmittel, welche die Versicherung abgibt oder an welche sie einen Kostenbeitrag gewährt; er regelt die Abgabe sowie das Verfahren und bestimmt, welche Vorschriften des IVG anwendbar sind (Art. 43quater Abs. 3 AHVG). In Art. 66ter AHVV delegierte der Bundesrat seine Kompetenz zur Regelung der Voraussetzungen für die Abgabe von Hilfsmitteln an Altersrentnerinnen und -rentner, zur Bestimmung der Art der abzugeben- den Hilfsmittel sowie des Abgabeverfahrens an das Eidgenössische Departement des Innern (fortan: EDI). Dieses erliess die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA) mit anhangsweise aufgeführter Hilfsmittelliste.

E. 3.2

Die HVA sieht in Art. 2 vor, dass in der Schweiz wohnhafte Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten der AHV, die für die Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich, für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge auf Hilfsmittel angewiesen sind, Anspruch auf die in der Liste im Anhang aufgeführten Leistungen haben. Die Liste der im Anhang der HVA aufgeführten Hilfsmittel ist abschliessend (Art. 2 Abs. 1 HVA). Beinorthesen werden in dieser Liste gemäss HVA-Anhang nicht erwähnt, dies im Unterschied zur Liste gemäss HVI-Anhang.

E. 3.3

Art. 4 HVA bestimmt, dass für in der Schweiz wohnhafte Bezügerinnen und Bezüger von Altersrenten, die bis zum Entstehen des Anspruchs auf eine Altersrente Hilfsmittel oder Ersatzleistungen nach den Artikeln 21 oder 21bis (heute Art. 21ter) IVG erhalten haben, der Anspruch auf diese Leistungen in Art und Umfang bestehen bleibt, solange die massgebenden Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind und soweit die vorliegende Verordnung nichts anderes bestimmt. Im Übrigen gelten die entsprechenden Bestimmungen der Invalidenversicherung sinngemäss. Nach dieser in Art. 4 HVA verankerten Besitzstandsgarantie hat die Alters- und Hinterlassenenversicherung einzig diejenigen Hilfsmittel weiter zu erbringen, welche bereits die Invalidenversicherung zugesprochen hat und die in der Liste der Hilfsmittel nach HVA (im Unterschied zu jener nach der Verordnung des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln in der Invalidenversicherung [HVI]) nicht enthalten sind. Die versicherte Person soll im AHV-Rentenalter mit den gleichen Hilfsmitteln ausgestattet sein, welche sie bereits vorgängig erhalten hat. Sinn und Zweck des Art. 4 HVA ist es, der versicherten Person den früheren Leistungsstatus über das Erreichen des AHV-Rentenalters hinaus zu gewährleisten (Bundesgerichtsurteil 9C_594/2017 vom 7. September 2018 E. 3.1). Dagegen vermittelt die Besitzstandsga-

- 5 - rantie keinen Anspruch auf die Abgabe von Hilfsmittel für einen anderen als den ursprünglichen Eingliederungsbereich (Bundesgerichtsurteil 9C_218/2019 vom 25. Sep-

tember 2019 E. 4.3).

E. 3.4

In der Invalidenversicherung gilt folgende Regelung: Gemäss Art. 2 Abs. 1 HVI besteht im Rahmen der im Anhang aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind. Laut Abs. 2 dieser Bestimmung besteht nur Anspruch auf die in dieser Liste mit (*) bezeichneten Hilfsmittel, soweit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder für die in der zutreffenden Ziffer des Anhangs ausdrücklich genannte Tätigkeit notwendig sind (vgl. auch Art. 21 IVG). In Anwendung von Ziff. 2.01 Anhang HVI werden die Kosten von Beinorthesen gemäss Tarifvertrag mit dem Schweizerischen Verband der Orthopädie-Techniker von der Invalidenversicherung vergütet. Die Ziffer enthält keinen Stern und auch sonst keine Erläuterungen, sodass die gesetzliche Zielrichtung dieser Hilfsmittelkategorie auf die Fortbewegung, die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt und die Selbstsorge gemäss Art. 21 Abs. 2 IVG und Art. 2 Abs. 1 HVI erweitert wird (BGE 131 V 167 E. 4.1.2, 121 V 258 E. 3a; Bundesgerichtsurteil 8C_818/2016 vom 3. August 2017 E. 2.3). Laut Randziffer 2011.1 des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) hat eine steh- bzw. gehunfähige versicherte Person nur dann Anspruch auf eine Orthese, wenn diese einen gesetzlich geschützten Eingliederungszweck (Selbstsorge, selbstständige Fortbewegung, Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt) erfüllt. Gemäss der im Anhang zur HVA enthaltenen Hilfsmittelliste besteht kein Anspruch auf das Hilfsmittel Orthesen. Das Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (KSHA) ergänzt zur Bestandsgarantie, dass Leistungsbegehren von Personen, die Anspruch auf die Besitzstandswahrung haben, nach den Weisungen im KHMI zu behandeln sind (Ziff. 1003).

E. 4.1

Angesichts des Umstandes, dass nur in der Invalidenversicherung und nicht auch in der Alters- und Hinterlassenenversicherung (vgl. E. 3.4) der Anspruch auf Beinorthesen vorgesehen ist, stellt sich allein die Frage, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf die Bestandsgarantie einen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Orthesen hat (Art. 4 HVA in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 HVI).

- 6 - Nach dem oben Dargelegten (E. 3.4) ist für die Abgabe der beantragten Orthesen durch die Invalidenversicherung gemäss Art. 21 IVG i.V.m. Ziff. 2.01 HVI vorausgesetzt, dass das Hilfsmittel für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig ist. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn der versicherten Person nicht zugemutet werden kann, sich ohne den beanspruchten Gegenstand 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 (Bundesgerichtsurteil 9C_365/2021 vom 19. Januar 2022 E. 6.1 mit Hinweisen).

E. 4.2

In casu präsentiert sich die medizinische Situation wie folgt: Eine Erstversorgung mit Unterschenkelorthesen erfolgte im April 1961 (S. 18). Am 13. April 2000 liess der behandelnde Hausarzt gegenüber dem Krankenversicherer mitteilen, die Patientin könne sich praktisch nur noch im Rollstuhl fortbewegen. Es hätten sich in den letzten Jahren

zunehmend Gangstörungen und «eine Unmöglichkeit sich stehend fortzubewegen» eingestellt (S. 657). Am 31. Juli 2001 notierte der Arzt im Antragsformular für die Rollstuhlversorgung, die Patientin sei kaum (einige Schritte) gehfähig (S. 708). Die Versicherte schrieb am 10. Oktober 2001, sie könne inzwischen gar nicht mehr laufen (S. 720 f.). Gegenüber dem Sachbearbeiter der IV-Stelle ergänzte sie am 20. November 2001, die Orthesen würden zum Aufstehen und für die Transfers (Rollstuhl – Bett oder WC) benötigt. Hingegen könne sie mittels der Orthesen keinen Schritt laufen (S. 724). Gemäss ihren Angaben im April 2003 hatte sich ihr Gesundheitszustand noch verschlimmert. Infolge eines Unfalls könne sie nicht mehr gehen (S. 749). Die Hilfsmittelberatung meldete am 14. Januar 2004, die Versicherte könne ohne Orthesen nicht aufstehen oder den Alltag bewältigen (S. 773). Im Verlaufsbericht vom März 2005 legte der behandelnde Hausarzt dar, die gesundheitliche Situation der Patientin habe sich stark verschlechtert. Die Gehfähigkeit sei «nun vollends aufgehoben. Die Patientin kann nicht mehr schmerzfrei stehen und ist vollständig auf den Rollstuhl angewiesen» (S. 793). Dies bestätigte die Versicherte am 8. Juni 2005 (S. 818) und präziserte am 3. Mai 2008, in «Tat und Wahrheit kann ich seit 7 Jahren nicht mehr laufen!!!» (S. 993). Der Arzt ergänzte am 20. Mai 2008, die Patientin könne auch kaum mehr stehen (S. 997). Im Rahmen der im Jahr 2012 durchgeführten Revision legte die Versicherte dar, sie sei zu 100% im Rollstuhl und gehunfähig (S. 1138). Dies bestätigte der behandelnde Hausarzt im August 2012 (S. 1148), wobei er ergänzte, die Versicherte könne kaum mehr stehen und überhaupt nicht mehr laufen. Ihr seien daher Stehen und Laufen untersagt worden (S. 1153). Gegenüber der

- 7 - Schmerztherapeutin hatte die Versicherte vorgängig den Wunsch geäussert, weiterhin selbstständig Auto fahren zu können, den Transfer vom Rollstuhl auf ein Bett oder einen Stuhl weiter zu verbessern und eventuell sogar einige Schritte wieder an Stöcken laufen zu können. Aufgrund der intensivierten Physiotherapie war es ihr gelungen, den Rumpf zu stabilisieren und die Steh- und Transferfähigkeit zu erhalten (S. 1163). Im Rahmen der Selbstdeklaration hinsichtlich des Assistenzbeitrages vom August 2017 bekräftigte die Versicherte, nicht stehen und laufen zu können (S. 1283). Die Abklärungsperson der IV-Stelle notierte am 23. Januar 2018 nach einer Besprechung vor Ort, die Versicherte könne aufgrund eines Eingriffes am Rücken bei den Transfers nicht stehen und sich im Rollstuhl nicht ganz aufrichten. Sie habe sehr grosse Angst vor Stürzen (S. 1392, 1394). Haushaltsarbeiten würden nur noch sitzend und auf Tischhöhe ausgeführt. Gemäss der ärztlichen Verordnung zur Abgabe eines Rollstuhles von Dr. A _____, Facharzt für Neuroorthopädie, vom 24. Januar 2019 war keine Gehdistanz mehr möglich. Die Rumpf- und Beckenmobilität waren stark eingeschränkt. Hinsichtlich der unteren Extremitäten war die Kraft aufgehoben und der Tonus stark vermindert oder erhöht (S. 1545 f.). Im selben Jahr bekräftigte die Versicherte im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erneut, sie könne seit einem Eingriff überhaupt nicht mehr stehen (S. 1582). Dr. A _____ notierte am 3. Juni 2019, der Gesundheitszustand der Patientin habe sich leider nicht gebessert. Die Patientin sitze mehr als 12 Stunden pro Tag im Rollstuhl, der eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermögliche (S. 1592). Konkret schilderte die Versicherte am 20. Januar 2021 die Sachlage. Da sie seit Jahren überhaupt nicht mehr stehen könne, falle sie immer wieder zurück auf den WC-Ring (S. 1730). Am 28. März 2023 schrieb sie, der Gesundheitszustand habe sich von Jahr zu Jahr verschlechtert. Inzwischen könne sie kaum mehr stehen; Gehen sei seit 20 Jahren «kein Thema» mehr (S. 1863). Stehfähig sei sie nur mit Festhalten und für einen kurzen Augenblick (S. 1865). Dies bestätigte der behandelnde Hausarzt im April 2023 (S. 1868). Der Facharzt für Neuroorthopädie hielt im März 2023

eine Gehdistanz für unmöglich und bejahte eine Stehfähigkeit nur mit Unterstützung einer Hilfsperson (S. 1885). Am 31. August 2023 wurde eine weitere Abklärung vor Ort durchgeführt. In den entsprechenden Berichten vom 1. September 2023 wurde festgehalten, die Situation habe sich weiter verschlechtert. Die Kraft in den Armen habe stark abgenommen. Die Versicherte könne nur mit Festhalten und nur für einen kurzen Augenblick stehen. Sie sei sturzgefährdet (S. 1952). Die Versicherte sei im Haus mit dem elektrischen Rollstuhl selbstständig (S. 1922). Bei den Transfers könne sie nicht stehen (S. 1924). Sie könne aber Auto fahren. Der Facharzt für Neuroorthopädie teilte im Oktober 2023 den Behinderungsgrad

- 8 - der Kategorie IV zu, wonach eine selbstständige Fortbewegung nicht mehr möglich sei (S. 2048). Auch gegenüber der Hilfsmittelberatung hatte sich die Versicherte dahingehend geäußert, ein selbstständiges Stehen und Gehen sei nicht mehr möglich (vgl. Bericht vom 3. September 2024, S. 2110). Mit Schreiben vom 11. September 2024 ersuchte die IV-Stelle den behandelnden Hausarzt um Beantwortung der Frage, ob die Versicherte mithilfe der Unterschenkelorthesen eine gewisse Selbstständigkeit erreiche oder ob die Stehfähigkeit nur für eine kurze Zeit gegeben sei (S. 2117). Am 13. September 2024 legte der Arzt dar, mit den Orthesen erreiche die Versicherte eine gewisse Selbstständigkeit, indem sie stehfähig und weniger auf Hilfspersonen angewiesen sei. Sie könne aber nur kurze Zeit stehen, z.B. Transfer (S. 2120).

E. 4.3

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 wird. Sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Versicherte zeigten über Jahre auf konstante Weise nachvollziehbar und schlüssig auf, dass die Orthesen für die begrenzte Stehfähigkeit der Beschwerdeführerin unabdingbar sind, jedoch keine Gehfähigkeit herstellen. Zwar mag es zutreffen, dass die Orthesen zu Beginn der Erkrankung (auch) einige wenige Schritte ermöglichten, jedoch kommt das urteilende Gericht zum Schluss, dass die beantragten Hilfsmittel die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren lediglich noch befähigen, während kurzer Zeit (unter Halten) zu stehen, so insbesondere zum Transfer zwischen Rollstuhl und Bett bzw. Duschstuhl bzw. Autositz. Die Orthesen beeinflussen die Selbstständigkeit der Beschwerdeführerin insofern positiv, als dass sie kurz stehen kann, womit das Hilfsmittel im Rahmen dieser Transfers die Fortbewegung im Rollstuhl ermöglicht oder erleichtert. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung genügt dies zur Anspruchs begründung der Kostenübernahme indessen nicht (Bundesgerichtsurteil 9C_365/2021 vom 19. Januar 2022 E. 6.4 und 6.5), da die beantragten Hilfsmittel die Beschwerdeführerin nicht in die Lage versetzen, einen der gesetzlichen Zwecke zu erreichen. Vor diesem Hintergrund ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Kostengutsprache nicht ausgewiesen. Anders hatte das Bundesgericht in einem Fall entschieden, der dem vorliegenden aber nicht ähnlich ist. Dem Bundesgerichtsurteil vom 26. September 1984 (publiziert in ZAK 1985 S. 168 ff.) lag der Fall eines Versicherten zugrunde, den die Orthesen befähigten, den Weg von der Dusche zum Schwimmbassin selbstständig zurückzulegen. Da die Beschwerdeführerin indessen auch mit den Orthesen nicht gehen kann und insbesondere

- 9 - auch kurze Strecken nicht ohne fremde Hilfe zu überwinden vermag, ergibt sich aus diesem Urteil nichts zu ihren Gunsten. Dies trifft auch auf die Anrufung des hinterlegten Arztberichtes des Neuroorthopäden vom 24. Januar 2025 zu. Darin macht der behandelnde

Facharzt, nachdem er jahrelang die Gehfähigkeit der Versicherten konsequent verneint hatte, plötzlich eine Gehfähigkeit der Versicherten von «mehrere(n) Meter» geltend. Diese Darlegung erweist sich nicht nur als widersprüchlich, sondern auch als unglaubwürdig, zumal unstrittig ist, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Laufe der Jahre massiv verschlechtert hat. Im Übrigen begründet er die Abgabe des Hilfsmittels damit, dass die Orthesen der Versicherten beim Gehen die nicht vorhandene Sicherheit geben, womit seiner Ansicht nach die Beinorthesen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Stabilität und nicht der Gehfähigkeit dienen. Hinsichtlich des Einwands, die Orthesen ermöglichten (erst) selbstständiges Autofahren, kann der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht zugestimmt werden. Der behandelnde Facharzt führte aus, die Versicherte könne sich eigenständig vom Rollstuhl in ihr umgebautes Fahrzeug gehend bewegen. Die Versicherte ergänzte hinsichtlich des Transfers, für die Gehstöcke habe es im Auto keinen Platz, weshalb sie auf die Unterschenkelorthesen angewiesen sei, um das Auto zu benutzen. Abgesehen davon, dass eine ärztliche Verordnung für Gehstöcke aktenmässig nirgends ausgewiesen ist, kann festgehalten werden, dass die Versicherte seit Jahren einen Rollstuhl mit integriertem Sitzhöhenlift fährt (S. 1099 und 1972; vgl. dazu Mitteilung betreffend die Kostengutsprache S. 2068) und die Orthesen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich der Stabilität während des Transfers dienen. Ferner geht aus den Akten hervor, dass das Fahrzeug der Versicherten mehrfach umgebaut wurde, wobei gemäss Schreiben der Hilfsmittelberatung die Versicherte im Rollstuhl sitzend mitfahren könne (S. 1903). Es ist mithin der Versicherten möglich, über den Beifahrersitz mit dem Rollstuhl ins Auto zu steigen. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2023 bestätigte die Beratungsstelle, dass die Versicherte mit dem Elektrorollstuhl (wie bisher) ins Auto fahren könne (S. 1995). Anstelle des Transfers im Auto auf einen verstellbaren 6-Wegsitz sei nun vorgesehen, dass die Versicherte mit dem Elektrorollstuhl bis ans Lenkrad fahren und diesen als Fahrersitz nutzen könne. Da das Transferieren zunehmend schwierig werde, unterstütze sie diese Vorgehensweise. Im Rahmen des Autoumbaus wurden die entsprechenden Elemente vorgesehen (S. 1996 f.) und die bereinigte Offerte wurde als einfach und zweckmässig bezeichnet, wobei es zur entsprechenden Kostengutsprache kam (S. 2045 f.). Dies entspricht auch der Ansicht der Ärzte, die der Versicherten aufgrund der Sturzgefahr jegliches Gehen (auch kleine Schritte) untersagten. Damit trägt die Versicherte ihrer eigenen Sicherheit Rechnung, die es auch bezüglich des Schadenminderungsgebots zu wahren gilt. Unbehelflich ist schliesslich der Einwand der Beschwerdeführerin, der behandelnde Arzt sei gar nicht zu ihrer Gehfähigkeit befragt worden. Diesbezüglich ist auf die Fragestellung im Schreiben vom 11. September 2024 hinzuweisen, wonach beim entsprechenden Arzt explizit nach dem Erreichen der Selbstständigkeit gefragt wurde. Im Übrigen hatte sich der Arzt gemäss den hinterlegten Akten, die der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zur Einsicht zur Verfügung standen, hinsichtlich der Gehfähigkeit mehrfach geäussert.

E. 4.4

Angesichts dieser Überlegungen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Vergütung der beantragten Hilfsmittel nicht ausgewiesen. Zusammenfassend liefern die Akten auch eine hinreichende Beweisgrundlage für die Beurteilung der Frage, ob die Orthesen eine eigentliche Selbstsorge, eine selbstständige Fortbewegung oder eine Herstellung des Kontakts mit der Umwelt direkt gewährleisten. Weitere Beweismassnahmen (wie die beantragte Einholung eines weiteren ärztlichen Berichts beim Fachorthopäden) vermögen

am Ergebnis nichts zu ändern. Auf die Abnahme weiterer Beweise kann nämlich verzichtet werden, wenn man nach den von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem Ergebnis nichts mehr ändern (antizipierte Beweiswürdigung). Darin liegt weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs. In antizipierter Beweiswürdigung wird daher von der Einholung eines weiteren Arztberichtes abgesehen (BGE 145 I 167 E. 4.1, 144 II 427 E. 3.1.3, 141 I 60 E. 3.3).

E. 5

Die Beschwerdeführerin beruft sich weiter auf den Grundsatz von Treu und Glauben.

E. 5.1

Der in Art. 9 BV verankerte Grundsatz von Treu und Glauben statuiert ein Verbot widersprüchlichen Verhaltens und verleiht einer Person Anspruch auf Schutz des berechtigten Vertrauens in behördliche Zusicherungen oder sonstiges, bestimmte Erwartungen begründendes Verhalten der Behörden. Der Anspruch auf Behandlung nach Treu und Glauben umfasst einerseits den Vertrauensschutz und andererseits das Verbot des Rechtsmissbrauchs.

- 11 -

E. 5.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin handle gegen diesen Grundsatz, wenn ihr nach über 60 Jahren der Anspruch auf eine Kostengutsprache für Beinorthesen verweigert werde. Diesbezüglich gilt es vorweg darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin bis anhin nie eine Kostengutsprache erliess und diesbezüglich auch keine Erwartungen aufkommen liess. Sodann verkennt die Beschwerdeführerin, dass der Gesetzgeber mit dem Erreichen des Referenzalters eine Neuprüfung des Hilfsmittelanspruches durch die AHV-Organen festlegte und die HVA in ihrer abschliessenden Liste explizit keinen Hinweis auf Orthesen enthält, womit ein rechtsmissbräuchliches Handeln entfällt.

E. 6

Nach dem Dargelegten hat die Vorinstanz, die Kostengutsprache für die Orthesen zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7.1

Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG; das Spezialgesetz sieht keine Kostenerhebung vor).

E. 7.2

Da die Beschwerdeführerin unterliegt, entfällt eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Den im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen darf in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden (BGE 123 V 309 E. 10 mit Hinweisen; KIESER, ATSG Kommentar, 4. A., 2020, N. 213 zu Art. 61 ATSG; Art. 91 Abs. 3 VVRG).

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden weder Kosten erhoben noch Parteienschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 25. Juni 2025

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