

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00227 vom 26. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00227

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00227 du 26 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00227 del 26 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1.1

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 des Bundesgesetz es über den Allgemei nen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen , zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen sind insbesondere zu berücksichtigen: a.

das Alter; b.

der Entwicklungsstand; c.

die Fähigkeiten der versicherten Person; und d.

die zu erwartende Dauer des Erwerbslebens (Abs. 1 bis).

Gemäss Abs. 3 von Art. 8 IVG bestehen die Eingliederungsmassnahmen unter anderem in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit . d).

Die Invalidität (Art. 8 ATSG) kann nach Art.

E. 1.2

hiervor) n icht erfüllt ist oder wenn die prioritäre Leistungspflicht der Unfallversicherung (Art. 65 lit . a ATSG) verbindlich feststeht (vgl. BGE 146 V 129 E. 5.2) . Die Invaliden versiche rung ist für Hilfsmittel, deren Übernahme durch die Invaliden- oder Unfallver sicherung umstritten

(und durch die Krankenversicherung ausge schlossen) ist, zudem

in Ergänzung von Art. 70 Abs. 2 ATSG im Verhältnis zur Unfallversiche rung vorleistungspflichtig (BGE

146 V 129 E. 5.6). 3.2. 3

Soweit die Beschwerde gegn erin davon ausgeht, dass ihre Leistungspflicht nach Ziff. 4.01 ff. Anhang HVI wegen unfallbedingter Gesundheitsbeeinträchtigungen am linken OSG entfällt (Urk. 2 S. 2, Urk. 6 S. 2), ist zudem das Folgende zu beachten.

Die Koordinationsregel in Art.

65 ATSG, wonach Hilfsmittel zunächst zu Lasten der Unfallversicherung (lit . a) und erst in zweiter Linie zu Lasten der Invalidenversicherung (lit . b) gehen,

enthält keine Regelung zu den materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, die sich nach den jeweiligen Einzelgesetzen beurteilen. Es handelt sich vielmehr um eine Prioritätenordnung und zwar um eine relative in dem Sinne, als es bei der Ausrichtung einer Leistung durch den vorrangig leistungspflichtigen Sozialversicherungsträger möglich ist, dass von nachrangig pflichtigen Zweigen ergänzend eine Leistung gewährt wird (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 4.

Aufl. 2020, Rz .

8 zu Art.

65 ATSG).

Für die vorliegend zu beurteilende Konstellation heisst dies, dass der Anspruch auf das in Frage stehende Hilfsmittel in Form von orthopädischen Serienschuhen (Ziff. 4.01 Anhang HVI) von der Invalidenversicherung zu prüfen und die Leistung allenfalls zu erbringen ist, wenn und soweit nicht die Unfallversicherung dafür aufkommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2018 vom 6. Mai 2019 E. 4.2.2).

Der Anspruch auf ein bestimmtes Hilfsmittel gegenüber der Unfallversicherung besteht nur, soweit es durch Unfall oder Berufskrankheit bedingte körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle ausgleicht (Art. 1 Abs.

1 HVUV), während die Invalidenversicherung eine solche Anforderung nicht kennt (BGE 146 V 129 E. 5.6) . 3.2. 4

Die

Generali

hat ihre Leistungspflicht für das beantragte Hilfsmittel orthopädischer Serienschuhe mit Verfügung vom 13. Dezember 2022 verneint (Urk. 7/2). Dieser Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen .

Es wurde dagegen insbesondere weder vom Versicherten noch von der Beschwerdegegnerin Einsprache erhoben

(Urk. 14).

Der Beschwerdegegnerin wurde die Verfügung vom 13. Dezember 2022 zwar gemäss dem darauf vermerkten Verteiler (Urk. 7/2/2) entgegen Art. 49 Abs. 4 ATSG nicht eröffnet . Jedoch ist ihr die Verfügung am 27.

Dezember 2022 zusammen mit der Anmeldung des Beschwerdeführers zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung noch vor Ende Dezember 2022, mithin innert der Rechtsmittelfrist zugegangen (vgl. Aktenverzeichnis « Dok - Eing .-Datum» zu Urk.

7/1-6, Eingangsvermerk auf Urk. 7/4 S. 1 sowie Schreiben der IV-Stelle vom 29. Dezember 2022, Urk. 7/8) . Sie hätte somit die Möglichkeit zur Anfechtung des Entscheides des Unfallversicherers gehabt, zumal ein schutzwürdiges Interesse beziehungsweise eine Anfechtungslegitimation ihrerseits zufolge der koordinationsrechtlichen Bestimmung von Art.

65 ATSG in dem Sinne bestand, dass die Verneinung der Leistungspflicht der Unfallversicherung r s unmittelbar jene de r IV-S t elle begründe n kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2018 vom 6. Mai 2019 E. 3. 1 f. und E. 4.2.2).

Der Beschwerdegegnerin durfte a us der mangelhaften Eröffnung kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 ATSG) . Di e Einsprachefrist für sie begann daher am Folgetag des Eingangs der Verfügung, mithin am 28. Dezember 2022, und endete unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember 2022 bis 2.

Januar 2023 ungenutzt am 1. Februar 2023 (Art. 51 i.V. mit Art. 38 ATSG ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_751/2018 vom 6. Mai 2019 E. 4.2.4).

Verzichtet ein Versicherungsträger auf die Einreichung eines Rechtsmittels, hat er den betreffenden Entscheid gegen sich gelten zu lassen (vgl. BGE 126 V 294 ; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. A., Rz . 114 zu Art. 49 ATSG). Da die prioritäre L eistungspflicht der Unfallversicherung nach dem Gesagten (Art. 65 lit . a ATSG) nicht verbindlich feststeht , sondern

vielmehr ausgeschlossen ist, kommt die koordinationsrechtlich nachfolgende

Leistungspflicht der Invalidenversicherung zum Tragen (Art.

65 lit .

b ATSG). Die Beschwerdegegnerin kann ihre Leistungs pflicht mit anderen Worten entgegen ihrer Argumentation (Urk. 2, Urk. 6) nicht mit der Begründung verneinen, das beantragte Hilfsmittel sei unfallbedingt und

es gleiche allein körperliche Schädigungen oder Funktions ausfälle aus , die durch den Unfall vom 6. Juli 2019 bedingt seien (Art. 1 Abs. 1 HVUV) . 3.2.5

Nach dem Gesagten bleibt f ür die Prüfung der Frage, ob die Unfallversicherung für das beantragte Hilfsmittel leistungspflichtig ist respektive gewesen wäre und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin insoweit ausgeschlossen sei , - auch vorfrageweise - kein Raum. Die definitive Leistungspflicht der Invalidenver siche rung kann mithin nur noch verneint werden, wenn eine der spezifisch invaliden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt ist, was im Folgenden zu prüfen bleibt. Dabei sind entsprechend dem Charakter der Invalidenversicherung als einer finalen Versicherung

der gesamte Gesundheits zustand zu berücksich tigen und nicht nur unfallfremde Beeinträchtigungen (vgl. Urteil des Bundes gerichts I 815/02

vom 1 8. Mai 2004 E. 5.2). 3.3 3.3.1

Nach vorliegender medizinische r Aktenlage besteht unter den Ärzten grund sätzlich Einigkeit darin , dass aufgrund der Sprunggelenksbeschwerden am linken Fussgelenk eine orthopädiotechnische Versorgung indiziert ist .

So befand der behandelnde Arzt med. pract . Z.____

überknöchelhohe ortho pä dische Serienschuhe mit Seitenverstärkung und Einlage nach Mass mit medialer Stützung als angezeigt; eine Versorgung mit Schuheinlagen oder Spezialschuhen für Einlagen erachtete er dagegen als unzureichend (Urk. 7/11/2-3). Der Vertrauensarzt Dr. C.____

hielt die Versorgung mit einem Pufferabsatz zumindest aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht als ausreichend; dabei schloss er die Notwendigkeit der aktuellen orthopädiotechnischen Versorgung mit knöchel übergreifendem orthopädischem Serienschuh mit Abrollhilfe und Fussbettung nach Mass nicht aus, sah diese aber als in der unfallfremden beidseitigen Fuss deformität mit Knick-Plattfuss begründet (Urk. 7/6/3).

Auch der RAD-Arzt Dr.

B.____

anerkannte grundsätzlich die Notwendigkeit einer orthopädischen Schuhversorgung (Urk. 7/22/2). 3.3.2

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 2, Urk. 6) kann indes auf die Ausführungen des RAD-Arztes dazu , der bei seiner Einschätzung weitgehend nach unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden differenzierte,

nicht abschliessend abgestellt werden . Denn zum einen

erklärte er, die

Gelenkstabilisierung könne durch einen Spezialschuh für Stabilisation erfolgen und die verordnete Fussbettung entspreche funktionell einer Einlagenversorgung (Urk. 7/12/2) sowie die Abrollhilfe könne durch Schuhzurichtung gelöst werden und erfordere keine Serienschuhversorgung (Urk. 7/22/2). Zum anderen erklärte er, die unfallfremde Fussdeformation mit Knick-Senk-Füssen könne mit orthopädischen Einlagen behandelt werden (Urk. 7/22/2). Dabei ging er jedoch nicht auf die gegenteilige Ansicht des Vertrauensarztes Dr. C.____ (Urk. 7/6/3) ein, der die verordnete Versorgung mit orthopädischen Serienschuhen mit Abrollhilfe und Fussbettung nach Mass - wenn auch mit einer unzureichenden Begründung –

ausschliesslich in dieser Fussdeformation begründet sah. Es kann mangels weiterer fachkundiger Erläuterung dazu daher nicht beurteilt werden, welche der ärztlichen Einschätzungen zutrifft , zumal sich dies auch aus dem Bericht von med. pract . Z.____ nicht erschliesst, der lediglich eine OSG-Arthrose zur Begründung ohne Bezug zu den spezifischen Beschwerden für seine Verordnung anführte (Urk. 7/11/2). Ferner liegen die von Dr. C.____ erwähnten Fotos der Fussorthopädie vom 2. März 2022 (Urk. 7/6/3) nicht in den Akten . Sie waren somit auch dem RAD-Arzt nicht bekannt. Diese Fotos , gegebenenfalls mit der vollständigen zusätzlichen Dokumentation, welche der Unfallversicherung vorlag, werden von der Beschwerdegegnerin in Ergänzung der Akten einzuholen sein .

Zudem erklärte der RAD-Arzt, die Sprunggelenksbeschwerden, die durch eine Bewegungseinschränkung auch für die Probleme beim Abrollen verantwortlich seien , seien unfall bedingt; ob die Problematik durch Zurichtung von Stabil schuhen oder funktionsadäquate orthopädische Serienschuhe gelöst werde, hänge vom Geschick des orthopädischen Schumachers ab und sei keine medizinische Frage (Urk. 7/22/2). Weder der RAD-Arzt noch die Beschwerdegegnerin (Urk. 2) gingen

indes näher auf den vom Beschwerdeführer zum Vergleich mit der Einsprache eingereichten insgesamt teureren zweiten Kostenvorschlag der Fuss-Orthopädie A.____ AG vom 1. März 2023 ein , mit welchem ein Spezial schuh für Stabilisation für Fr. 451.90 und eine Zurichtung mit Dämpfungen, Abrollhilfen, Stabilisierungen und orthopädischer

Fussbettung für Fr. 889.60 veranschlagt wurde (Urk. 7 /19).

Damit bleibt insgesamt fraglich, ob ein Spezialschuh für Stabilisation mit zusätzlicher Zurichtung und Einlagenversorgung entsprechend dem Kostenvoranschlag vom 1. März 2023 (Urk. 7/19) in medizinischer Hinsicht unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden den verordneten orthopädischen Serienschuh gemäss dem Kostenvoranschlag vom 23.

Dezember 2022 (Urk. 7/5) zu ersetzen vermag respektive ob die Versorgung nach Ziff.

E. 1.2.1

Gemäss Art. 21 IVG hat die versicherte Person im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf (Abs. 1). Versicherte, die infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, haben im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel (Abs. 2). Die Versicherung gibt die Hilfsmittel zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung ab. Ersetzt ein Hilfsmittel Gegenstände, die der Versicherte auch ohne Invalidität anschaffen müsste, so hat er sich an den Kosten zu beteiligen (Abs. 3). Der Bundesrat kann vorsehen, dass der Versicherte ein leihweise abgegebenes Hilfsmittel nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen weiterverwenden darf (Abs. 4).

E. 1.2.2

Die

Befugnis zur Aufstellung der Hilfsmittelliste und zum Erlass ergänzender Vorschriften im Sinne von Art. 21 Abs. 4 IVG hat der Bundesrat in Art. 14 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen, welches die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) mit anhangsweise aufgeführter Hilfsmittelliste erlassen hat. Laut Art. 2 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 (Abs. 1). 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_365/2021 vom 19. Januar 2022 E. 6.1 mit Hinweisen). Anspruch auf die in der Hilfsmittelliste mit * bezeichneten Hilfsmittel besteht nur, 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 (Abs. 2; BGE 122 V 212 E. 2a ; Urteil des Bundesgerichts 9C_647/2018 vom 1. Februar 2019 E. 3.3).

E. 1.2.3

Unter Ziff.

E. 1.4

Im Kapitel « Koordinationsregeln » bestimmt Art.

65 ATSG, dass andere Sachleistungen (als Heilbehandlung; vgl. Art. 64 ATSG; BGE 146 V 129 E. 2.2), namentlich Hilfsmittel oder Eingliederungsmassnahmen, nach den Bestimmungen des jeweiligen Einzelgesetzes und in nachstehender Reihenfolge zu Lasten (a) der Militär- oder der Unfallversicherung, (b) der Invalidenversicherung oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung, (c) der Krankenversicherung gehen.

E. 1.5

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte, zu denen auch die Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (RAD) gehören (Urteil des Bundesgerichts 9C_647/2020 vom 26. August 2021 E. 2.2 mit Hinweisen), kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee mit Hinweis). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger (Urteile des Bundesgerichts 8C_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 3.3 und 8C_596/2022 vom 11. Januar 2023 E. 2.3). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens erledigt werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_630/2022 vom 3. Mai 2023 E. 3.2.1).

Auch r eine 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 1. Mai 2023 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 29. März 2023 sei aufzuheben und es seien ihm orthopädische Serienschuhe als Hilfsmittel zuzusprechen; eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu veranlassen, den Sachverhalt rechtsgenüglich abzuklären (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 12. Juni 2023 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 9 S. 3). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 19. Juli 2023 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 12), wovon der Beschwerdeführer am 26. Juli 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 13).

Auf telefonische Anfrage hin bestätigte der Unfallversicherer

Generali dem Gericht am 14. Februar 2024, dass gegen die Verfügung vom 13. Dezember 2022 (Urk. 7/2) keine Einsprache erhoben worden und der Fall bei der Generali abgeschlossen sei (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung bezüglich des Kostenvoranschlag es der Fuss-Orthopädie A.____ AG vom 23.

De zember 2022 (Urk. 7/5) gestützt auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. B.____ (Urk. 7/12/2, Urk. 7/22/2 ; vgl. E. 3.1) auf den Standpunkt, die orthopädische Schuhversorgung sei aufgrund der posttraumatischen Arthrose am OSG

und nicht aus unfallfremden Gründen erforderlich. Es sei daher die Unfallversicherung für die Kostenübernahme des orthopädischen Serienschuhs zuständig. Es werde empfohlen, bei der Unfallversicherung erneut ein Gesuch um Kostenübernahme für die Spezialschuhe für Stabilisation einzureichen. Bei einem ablehnenden Entscheid könne der IV-Stelle ein Kostenvoranschlag zur Prüfung der Kosten übernahme zugestellt werden.

Unfallfremd sei die Indikation für Schuheinlagen wegen leichter Knick-Senk-Füsse . Diese Fussdeformität wäre invalidenversicherungsrechtlich relevant , sie verursache

nach Angaben des Beschwerdeführers indes keine Beschwerden und könne mit orthopädischen Einlagen behandelt werden . Die Invalidenversicherung könne die Kosten für Schuheinlagen aber nicht übernehmen , da diese in der Liste der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln nicht aufgeführt seien und keiner der Hilfsmittelkategorien zugeordnet werden

könnten . Schuheinlagen gälten

als Behandlungsgeräte , welche nur im Zusammenhang mit einer von der Invalidenversicherung zugesprochenen erforderlichen medizinischen Eingliederungsmassnahme für Versicherte bis zur Vollendung des 20. Altersjahres (Art. 13 IVG) und des 25. Altersjahres (Art. 12 IVG) in Frage kämen. Daher könne die Invalidenversicherung auch die Kosten für die Schuheinlagen nicht übernehmen (Urk. 2 S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin

ergänzend aus, bei Hilfsmitteln gelte die Invalidität erst als eingetreten, wenn der Gesundheitszustand objektiv erstmals die Versorgung notwendig mache und ein Eingliederungsziel gemäss Art. 21 IVG erfüllt sei, wie der Rz . 1002 des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) zu entnehmen sei. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers bestünden im Bereich der Knick-Senk-Füsse aber keine Beschwerden, weshalb kein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Auch sei gemäss Aktenlage kein Eingliederungsziel nach Art. 21 IVG tangiert

(Urk.

E. 2.2

Der

Beschwerdeführer bringt dagegen vor, es bestünden aufgrund der Einschätzungen des behandelnden Arztes med. pract .

Z.____ vom 13.

Januar 2023 und der Stellungnahme des Vertrauensarztes der Generali , Dr.

med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 23.

Mai 2022 , wonach orthopädische Serienschuhe indiziert seien, erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung de s RAD-Arzt es vom 2 2. März 202 3. Dr.

C.____ habe klar festgehalten, dass die orthopädietechnische Versorgung einen orthopädischen Serienschuh, knöchelübergreifend mit Abrollhilfe und Fussbettung nach Mass umfasse. Zum gleichen Schluss sei med. pract . Z.____ gekommen, der festgehalten habe, dass ein orthopädischer Serienschuh angezeigt sei, und zur Begründung erklärt habe, dass er, der Beschwerdeführer, unter einer Entwicklung einer posttraumatischen OSG-Arthrose nach einer Bimalleolar fraktur und operativer Versorgung vom Juli 2021 leide. Es sei auffallend, dass der RAD-Arzt von seiner eigenen Ansicht (in der Stellungnahme vom 2. Februar 2023), dass lediglich eine Versorgung mit Spezialschuhen angemessen sei und orthopädische Serienschuhe nicht angezeigt seien, im später en Verlauf doch nicht ganz überzeugt gewesen sei. So habe er in der Stellungnahme vom 2 2. März 2023 festgehalten, dass es vom Geschick des orthopädischen Schuhmachers ab hänge, ob die Problematik durch Schuhzurichtung von S tabil s chuhen oder durch funktionsadäquate orthopädische Serienschuhe gelöst werde . Zudem stehe der RAD-Überzeugung, dass Spezialschuhe aufgrund von Unfallfolgen erforderlich seien, die Einschätzung des beratenden Arztes der Generali entgegen, der fest gehalten habe, dass sich die orthopädische Versorgung primär auf die Fussdeformität richte und somit nicht unfallkausal sei. Schliesslich könne sich die Beschwerdegegnerin ihrer Leistungspflicht nicht mit dem Argument entziehen, dass die orthopädische Versorgung unfallkausal sei und demzufolge die Unfall versicherung leistungspflichtig sei. Denn die IV-Stelle habe im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2 9. März 2023 im Klaren darüber sein müssen, dass die Verfügung der Generali vom 1 3. Dezember 2022 in Rechtskraft erwachsen sei

(Urk. 1 S. 10 ff. , Urk. 9 S. 2 f.).

E. 2.3

Es ist unstrittig und ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer bei einem Unfall am 6.

Juli 2019 eine bimalleolare Luxationsfraktur am linken oberen Sprunggelenk (OSG) erlitt (Urk. 3/3, Urk. 7/6/2, Urk . 7/11/1) , die operativ im Juli 2019 mittels Osteosynthese versorgt wurde (Urk. 3/3), und dass Beschwerden am linken OSG

persistierten (Urk.

7/11) . Fest steht auch, dass der zuständige Unfallversicherer, die Generali , seine Leistungspflicht für die gesundheitlichen Folgen des Unfalls vom 6.

Juli 2019 grundsätzlich anerkannt hat , eine Kostenvergütung für ortho pädische Serienschuhe mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs

der Fussdeformität zum Unfall vom 6. Juli 2019 indes rechtskräftig abgelehnt hat (Urk. 7/2 , Urk. 14).

S trittig und zu prüfen ist , ob die Beschwerdegegnerin (Urk. 2) zu Recht das Gesuch des Beschwerdeführers um Vergütung der Kosten für orthopädische Serienschuhe , welche sich nach Ziff. 4.1 Anhang HVI richtet,

abgewiesen hat.

3. 3.1

In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen.

Gemäss der ärztlichen Verordnung der Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfall chirurgie des Stadtpitals Y.____ vom 11. Februar 2022 wurde vom leitenden Arzt med. pract . Z.____ aufgrund der Diagnose einer posttraumatischen OSG-Arthrose links das Hilfsmittel eines orthopädischen überknöchelhohen Serienschuh s mit Bettung nach Mass verordnet (Urk. 7/1).

Im «Arztbericht Schuhversorgung» des Stadtpitals Y.____ vom 13. Januar 2023 führte med. pract . Z.____ aus, es bestehe eine beginnende posttraumatische Arthrose mit/bei bimelleolärer OSG-Luxationsfraktur vom 6. Juli 2019, Fixateur externe gelenksüberschreitend vom 9. Juli 2019 und Osteosynthese des mediale n

Malleolus , der distale n Fibula und des Tubercule de Tillaux Chaput vom 16. Juli 2021. Die gesundheitliche Beeinträchtigung sei auf einen Unfall zurück zuführen. Denn nach der am 6. Juli 2019 erlittenen bimelleoläre n OSG-Luxationsfraktur und der Versorgung mittels Osteosynthese habe sich im Verlauf eine posttraumatische Arthrose entwickelt. Es sei ein orthopädischer Serienschuh angezeigt. Er habe dem Beschwerdeführer daher als konservative Massnahme zu einem über knöchelhohen orthopädischen Serienschuh mit Seitenverstärkung und Einlage nach Mass mit medialer Stützung geraten. Diese Schuhversorgung müsse voraus sichtlich lebenslang getragen werden. Gewöhnliche Konfektionsschuhe seien ungenügend, ebenso eine Versorgung mit Schuheinlagen oder Spezialschuhen für Einlagen sowie Schuheinlagen (Urk. 7/11).

Der Vertrauensarzt der Generali ,

Dr. C.____ ,

hatte in seiner «Aktenbeurteilung UVG» vom 23. Mai 2022 erklärt , es liege ein Status nach osteosynthetisch versorgter bimelleolärer Luxationsfraktur mit vorderem knöchernem Syndesmosenausriss links (Tubercule de Tillaux Chaput Fragment) vor. Die Verletzungen würden ausschliesslich das OSG im Sinne einer Aussen- und Innenknöchelfraktur sowie die vordere Syndesmose im Sinne eines knöchernen Ausrisses betreffen. Die knöchernen Läsionen sei e n zwischenzeitlich vollständig abgeheilt.

Die aktuelle orthopädiotechnische Versorgung umfasse einen

orthopädischen Serienschuh, knöchelübergreifend mit Abrollhilfe und Fussbettung nach Mass. Auf den beige fügten Fotos der Fuss-Orthopädie (A.____ AG) vom 2. März 2022 sei ein beidseitiger Knick-Plattfuss zu erkennen, der rechts ausgeprägter zu sein scheine als auf der Gegenseite. Die beidseitige Fussdeformation sei ohne Zweifel nicht auf das Unfallereignis, sondern auf eine unfallfremde (erworbene) Veränderung der Füsse zurückzuführen. Die orthopädiotechnische Versorgung richte sich primär auf die obgenannte Fu s sdeformität und sei somit nicht unfallkausal. Die Versorgung mit einem Pufferabsatz (weicher Absatz) wäre hingegen aus unfall versicherung s rechtlicher Sicht zu akzeptieren (Urk. 7/6/3).

Der RAD-Arzt Dr. B. ____

hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Februar 2023 fest, eine leichte Knick-Senkfußstellung könne mit orthopädischen Schuheinlagen kompensiert werden. Die ärztliche Verordnung sei aufgrund einer posttraumatischen Arthrose im OSG zur Gelenkstabilisierung erfolgt. Diese könne durch einen Spezialschuh für Stabilisation erfolgen. Die verordnete Fußbettung entspreche funktionell einer Einlageversorgung. Aus (invaliden-)versicherungsmedizinischer Sicht wäre eine Versorgung mit Spezialschuhen für die Stabilisation und mit orthopädischen Schuheinlagen angemessen. Die Spezialschuhe seien aufgrund der Unfallfolgen erforderlich. Die Indikation für Schuheinlagen sei unfallfremd

(Urk. 7/12/2).

In seiner Stellungnahme vom 22. März 2023 führte der RAD-Arzt weiter aus, die neben der Stabilisierung im OSG geltend gemachte Abrollfunktion könne durch orthopädische Schuhzurichtung gelöst werden und erfordere keine Serienschuhversorgung. Der Vorwurf einer Ferndiagnose sei nicht gerechtfertigt, weil die Diagnosen der Behandler nicht in Frage gestellt würden. Die Notwendigkeit einer orthopädischen Schuhversorgung werde aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht bestritten.

Im Vordergrund stünden Sprunggelenksbeschwerden, die durch eine Bewegungseinschränkung auch für die Probleme beim Abrollen verantwortlich seien.

Diese Beschwerden seien unfallbedingt. Ob die Problematik durch Schuhzurichtung von Stabilschuhen oder durch funktionsadäquate orthopädische Serienschuhe gelöst werde, hänge vom Geschick des orthopädischen Schuhmachers ab und sei keine medizinische Frage. Invalidenversicherungsrechtlich relevant wären die leichten Knick-Senk-Füße, welche nach Angaben des Beschwerdeführers keine Beschwerden verursachen würden. Diese Fußdeformität könne mit orthopädischen Einlagen behandelt werden. Es bleibe die Feststellung, dass die orthopädische Schuhversorgung aufgrund der posttraumatischen Arthrose und nicht aus unfallfremden Gründen erforderlich sei (Urk. 7/22/2). 3.2 3.2.1

Nach vorliegender medizinischer Aktenlage stehen sich gegenteilige Aktenbeurteilungen der jeweiligen versicherungsinternen Ärzte zweier Versicherungsträger, zum einen für den Unfallversicherer

Generali

jene des Vertrauensarztes Dr.

C. ____ (Urk. 7/6/3) und zum anderen für die Invalidenversicherung

jene des RAD-Arzt es

Dr.

B. ____ (Urk. 7/12/2, Urk. 7/22/2), gegenüber, aufgrund welcher die beiden Versicherungsträger ihre Leistungspflicht für das beantragte Hilfsmittel eines orthopädischer Serienschuhe

abgewiesen haben (Urk. 2, Urk. 7/2). Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist daher zunächst unter dem koordinationsrechtlichen Aspekt zu klären. 3.2.2

Der Anspruch auf das beantragte Hilfsmittel orthopädischer Serienschuhe richtet sich in der Unfallversicherung nach den Bestimmungen von Art.

E. 4

Anhang HVI sind die

Hilfsmittel «Schuhwerk und orthopädische Schuheinlagen» aufgeführt, welche nach dem Tarifvertrag mit dem Schweizerischen Verband Fuss & Schuh (SSOMV) vergütet werden.

Gemäss Ziff.

E. 4.0

1 bis Ziff. 4.03

Anhang HVUV

auch orthopädische Mass-Schuhe, kostspielige orthopädische Änderungen an Serienschuhen und Schuheinlagen. Hilfsmittel gleichen körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle aus (Art.

E. 4.01

Anhang HVI wegen einer möglichen Versorgung nach Ziff.

E. 4.02

, Ziff. 4.03 und

Ziff.

E. 4.03

) und für den in Invaliditätsbedingten Mehrverbrauch von Konfektionsschuhen vor (Ziff.

E. 4.04

Anhang HVI ausgeschlossen ist. Hierzu wird die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen vorzunehmen haben. 3.3. 3

Entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort (Urk. 6 S. 2) kann bei gegebener Aktenlage auch nicht bereits abschliessend ausgeschlossen werden, dass keines der Eingliederungsziele nach Art. 21 IVG respektive Art. 2 Abs.

1 HVI (vgl. Kreisschreiben über Invalidenversicherung [KHMI], gültig ab 1. Januar 2013, Stand 1. Januar 2024, Ziff. 4; Urteil des Bundesgerichts 9C_365/2021 vom 19. Januar 2022 E. 6.1) mit dem Hilfsmittel erfüllt wird. Bezüglich des angestrebten Eingliederungsziels bedarf es - sobald die erforderliche Schuhversorgung feststeht - (weitere r) fachärztliche r

Aussagen, namentlich

zur Notwendigkeit bezüglich Fortbewegung und Eingliederungswirksamkeit des Hilfsmittels.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt. Insbesondere sind zufolge der Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_630/2022 vom 3. Mai 2023 E. 3.2.1 mit Hinweisen). 3.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass über den strittigen Hilfsmittelanspruch des Beschwerdeführers auf orthopädische Serienschuhe nicht ohne zusätzliche medizinische Abklärungen entschieden werden kann. Die angefochtene Verfügung vom 29. März 2023 (Urk. 2) ist daher aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung des Sachverhalts im Sinne der Erwägungen sowie zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 4.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Parteientschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 2'000.-- festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. März 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Hilfsmittelanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jonas Steiner unter Beilage einer Kopie von Urk.

E. 6

S. 2).

E. 11

Abs. 2 UVG).

Das hier fragliche Hilfsmittel fällt somit als Leistung sowohl der Unfall- als auch der Invalidenversicherung in Betracht, da es in Ziff. 4 Anhang HVUV

und in Ziff. 4

Anhang HVI

(vgl. oben E. 1.2.3) aufgeführt ist.

Die

definitive

Leistungspflicht der Invalidenversicherung für das beantragte Hilfsmittel kann bei dieser Ausgangslage nur verneint

werden, wenn eine der versicherungs zweigspezifischen Vorgaben (vgl. E.

E. 14

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
FehrHartmann

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