



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. Februar 2013 (720 13 319)

Invalidenversicherung

Anspruch auf Hilfsmittel (Oberschenkelorthesen) mangels Erfüllens der gesetzlichen Zwecke gemäss Art. 21 Abs. 2 IVG abgelehnt

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Thomas Affolter, Birman-Stiftung, Kanonengasse 33, 4410 Liestal, wiederum vertreten durch Sebastian Laubscher, Advokat, Greifengasse 1, Postfach 1644, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff Hilfsmittel

A. Der 1984 geborene A.____ leidet an einer spastischen Tetraparese, einem schweren geistigen Entwicklungsrückstand sowie an congenitalen Spitzfüssen beidseits. Aufgrund dieser Leiden sprach ihm die IV-Stelle Basel-Landschaft diverse Hilfsmittel in Form von Massschuhen,

Unterschenkel-Orthesen und einem Rollstuhl zu. Zudem bezieht er seit 1. Januar 2003 eine ganze Invalidenrente sowie eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades (vgl. Verfügungen vom 1. Dezember 2004 und vom 15. Oktober 2003). Mit Kostenvoranschlag vom 25. April 2013/11. Juli 2013 wurde die Gewährung von Oberschenkelorthesen beantragt. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. Oktober 2013 das Leistungsbegehren ab. Bei den beantragten Hilfsmitteln handle es sich um Kniestretkschienen, die der Kniestreckung und nicht in erster Linie der Fortbewegung dienten. Zudem würden sie lediglich mehrere Stunden täglich und somit nicht dauernd getragen werden.

B. Gegen diese Verfügung erhob der damalige Vormund des Versicherten, vertreten durch Advokat Sebastian Laubscher, am 5. November 2013 Beschwerde ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei dem Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren; unter o/e-Kostenfolge. Die IV-Stelle habe den Sachverhalt weder genügend abgeklärt noch habe sie die Ablehnung ihrer Leistungspflicht nachvollziehbar begründet. Sie habe die Zusammenhänge zwischen den beantragten Orthesen und deren Nutzen für die Fortbewegung nicht sorgfältig geprüft. Beim Versicherten beständen aufgrund der Cerebralparese eine Kontraktur und dadurch ein erhöhtes Sturzrisiko. Erfahrungsgemäss würden Personen in einer solchen Konstellation im sogenannten "Crouch-Gate" (Kauergang) verharren und in der Folge ihre Gehfähigkeit einbüßen. Die Stretkschienen verschafften die für eine vollständige Kniestreckung biomechanisch korrekten Voraussetzungen, so dass der Versicherte wieder besser und sicherer gehen könne. Zur Bestätigung seiner Ausführungen reichte der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 20. November 2013 den Bericht von PD. Dr. med. B.____, FMH Neuroorthopädie, vom 13. November 2013 ein.

C. Mit Verfügung vom 12. November 2013 bewilligte das Kantonsgericht die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung.

D. In der Vernehmlassung vom 9. Dezember 2013 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

E. Am 10. Februar 2014 reichte Advokat Sebastian Laubscher im Namen und Auftrag des Versicherten eine Replik ein. Er erweitere seine Rechtsbegehren dahingehend, dass er beantragte, die IV-Stelle sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu verpflichten, dem Versicherten die Oberschenkelorthesen als Hilfsmittel auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht stellte er den Antrag auf Durchführung einer Parteiverhandlung mit Befragung von PD Dr. B.____. Gemäss dessen Aussagen bestehe beim Versicherten bereits heute ein ausgeprägter Kauergang. Ohne die notwendige Behandlung sei mit dem vollständigen Verlust der Gangfähigkeit zu rechnen. Die günstigste und konservativste Methode sei das Anlegen von Oberschenkelorthesen, die der Verkrümmung entgegenwirkten und die selbstständige Fortbewegung ermöglichen. Andere Therapien seien wesentlich invasiver sowie kostspieliger und würden eine monatelange Rehabilitation nach sich ziehen. Bei Verweigerung der Abgabe von Oberschenkelorthesen sei der Versicherte gezwungen, eine invasivere Methode zu beanspru-

chen, was jedoch gegen das Verhältnismässigkeitsprinzip verstossen würde. Zudem sei die Argumentation der Vorinstanz nicht einleuchtend, wonach die Orthesen der Beinstreckung und deshalb nicht unmittelbar der Fortbewegung dienten. Eine Person könne nur gehen, wenn sie in der Lage sei, die Beine zu beugen und zu strecken. Dies sei mit der Abgabe von orthopädischen Schuhen zu vergleichen. So würden solche Schuhe als Hilfsmittel abgegeben, ohne zu prüfen, ob diese unmittelbar oder nur mittelbar der Fortbewegung förderlich seien.

F. In der Duplik vom 2. April 2014 hielt die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 1. April 2014 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Die Oberschenkelorthesen dienten als Prophylaxe einer zunehmenden Beugekontraktur der Kniegelenke. Es sei nicht davon auszugehen, dass eine eigenständige, selbstbestimmte Fortbewegung mit den beantragten Orthesen möglich sei. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Versicherten erachte sie die Durchführung einer Parteiverhandlung als nicht erforderlich. Sollte jedoch eine solche angeordnet werden, so würde sie sich vorbehalten, mit dem zuständigen Arzt des RAD zu erscheinen.

G. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen als Vertreter des Versicherten Advokatin Noëmi Marbot und Advokat Sebastian Laubscher, C.____ als Vertreterin der IV-Stelle, Dr. med. D.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, RAD, sowie als Auskunftspersonen PD Dr. B.____ und Dr. med. E.____, FMH Neurologie, teil. Nachdem PD Dr. B.____ und Dr. E.____ Aufschluss über die gesundheitliche Situation des Versicherten gegeben und auf die medizinisch bedingte Notwendigkeit der Oberschenkelorthesen hingewiesen hatten, hielten die Parteien in ihren Plädoyers im Wesentlichen an ihren Anträgen und Ausführungen fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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, so dass 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 im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 5. November 2013 ist demnach einzutreten.

2.1 In formeller Hinsicht rügt der Versicherte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, weil die IV-Stelle ihrer Begründungspflicht in der nachgefochtenen Verfügung nicht in ausreichendem Mass nachgekommen sei.

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes

Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift (BGE 132 V 370 E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Im Rahmen des persönlichkeitsbezogenen Mitwirkungsrechts wird von den Behörden verlangt, dass sie die Vorbringen der vom Entscheid betroffenen Person auch tatsächlich hört, ernsthaft prüft und in ihrer Entscheidungsfindung angemessen berücksichtigt (BGE 136 I 188 E. 2.2.1 mit Hinweis).

2.3 In Konkretisierung dieses verfassungsrechtlichen Gehörsanspruchs statuiert Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die grundsätzliche Pflicht der Versicherungsträger, ihre Verfügungen zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Zur Frage, welche Begründungsdichte die Verfügung aufweisen muss, äussert sich die genannte Bestimmung nicht. Diesbezüglich ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Begründung so abgefasst sein muss, dass der Betroffene die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. Dies ist nur möglich, wenn sowohl der Betroffene wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. Zu diesem Zweck müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 136 I 188 E. 2.2.1, 124 V 181 E. 1 mit Hinweisen).

2.4 Eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs hat - auf Antrag oder von Amtes wegen - die Aufhebung des angefochtenen Verwaltungsaktes und die Rückweisung der Sache zu neuer Entscheidung unter Wahrung der Verfahrensrechte der betroffenen Partei zur Folge. Davon kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Rechtsmittelinstanz in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht über uneingeschränkte Kognition verfügt und wenn die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 390 E. 5.1 mit Hinweis).

2.5 Die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2013 ist zwar kurz aber genügend begründet. Es geht aus ihr hervor, welche Voraussetzungen für die Gewährung eines Hilfsmittels erfüllt sein müssen und aus welchen Gründen der Versicherte diese nicht erfüllt. Zwar nannte die IV-Stelle keine konkreten medizinischen Berichte, welche ihres Erachtens bei der Würdigung des medizinischen Sachverhaltes ausschlaggebender Beweiswert zukommt. Sie beschränkte sich darauf, pauschal auf "die ärztlichen Unterlagen" zu verweisen. In ihrer im Rahmen dieses Beschwerdeverfahrens eingereichten Vernehmlassung setzte sie sich allerdings ausführlich mit dem medizinischen Sachverhalt auseinander und führte dabei die entsprechenden medizinischen Berichte auf. Mit der Replik hatte der Rechtsvertreter des Versicherten zudem die Gelegenheit, sich dazu zu äussern. Selbst wenn eine Verletzung des rechtlichen Gehörs infolge unzureichender Begründung der angefochtenen Verfügung vorliegen würde, wäre eine solche als geheilt zu betrachten. Denn das Kantonsgericht, welches in IV-Beschwerdeverfahren gemäss § 57 VPO über eine uneingeschränkte Kognition verfügt, räumte dem Rechtsvertreter ein umfassendes Replikrecht zur ausführlichen Vernehmlassung der IV-Stelle ein. Unter diesen Um-

ständen besteht keine Veranlassung (mehr) für eine Aufhebung des angefochtenen Verwaltungsaktes und für eine Rückweisung der Sache zu neuer Verfügung an die IV-Stelle, wie sie der Rechtsvertreter beantragte. Ein solcher Schritt würde letztlich zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, was mit dem Interesse des Versicherten an einer beförderlichen Beurteilung der Sache, welches dem Anspruch auf Erlass einer mit einer ausreichenden Begründung versehenen Verfügung grundsätzlich gleichgestellt ist, nicht zu vereinbaren wäre.

3. In materieller Hinsicht ist der Anspruch des Versicherten auf Gewährung der Oberschenkelorthesen zu prüfen.

3.1 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte gegenüber der IV Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, wenn diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Gemäss Art. 21 Abs. 1 Satz 1 IVG hat die versicherte Person im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, derer sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Jene versicherte Personen, welche infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, haben im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste zudem nach Art. 21 Abs. 2 IVG ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel.

3.2 Die Befugnis zum Erlass ergänzender Vorschriften im Sinne von Art. 21 Abs. 4 IVG hat der Bundesrat in Art. 14 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 an das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) übertragen, welches die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die AHV (HVI) vom 29. November 1976 mit einer im Anhang aufgeführten Hilfsmittelliste erlassen hat. Gemäss deren Art. 2 besteht im Rahmen der im Anhang aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind (Abs. 1). Anspruch auf die 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). 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.

3.3 Nach 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 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 (Urteil des Bundesgerichts vom

23. Oktober 2009, 8C_531/2009, E. 4.2). Praxisgemäss ist unter einem Hilfsmittel im Sinne 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). 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).

4.1 Den medizinischen Unterlagen ist zu entnehmen, dass der Versicherte an einer spastischen Tetraparese, congenitalen Spitzfüssen beidseits und einem schweren geistigen Entwicklungsrückstand leidet. Diese Beeinträchtigungen wirken sich unter anderem auf seine Gehfähigkeit aus. Im Zusammenhang mit dem Gesuch um Kostenübernahme eines Rollstuhls im Jahr 2012 beschrieben die behandelnden Ärzte, dass der Versicherte nur unter schwerster Anstrengung und gestützt von zwei Personen eine Gehstrecke von maximal 500 m (5 Minuten) bewältigen könne. Der Zustand verlaufe progredient. Es komme zur vermehrten Spitzfussbildung und die Gehfähigkeit habe sich in den letzten beiden Jahren deutlich reduziert (vgl. Bericht von Dr. med. F.____, FMH Neuroorthopädie, und PD Dr. B.____ vom 29. März 2012). Im Jahr 2013 berichtete PD Dr. B.____, dass der Versicherte nebst den Unterschenkelorthesen auch Oberschenkelorthesen bzw. Kniestreckschienen benötige, um die früher vorhandenen biomechanischen korrekten Voraussetzungen wiederherzustellen und dadurch trotz seiner Spastik sicherer und besser laufen zu können. Diese Kniestreckschienen sollten täglich mehrere Stunden getragen werden. Aktuell leide der Versicherte an Kontrakturen in den Knien, was zu einem erhöhten Sturzrisiko und einer Gangverschlechterung führe. Erfahrungsgemäss sei zu erwarten, dass er ohne diese Schienen in den Kauergang ver falle und damit die Gehfähigkeit ganz einbüßen würde (vgl. Berichte vom 4. Juli 2013 und vom 13. November 2013). Anlässlich der heutigen Parteiverhandlung wies PD Dr. B.____ darauf hin, dass er beim Versicherten erstmals im Jahr 2013 die Beugekontrakturen in den Knien festgestellt habe, welche die Gehfähigkeit massiv einschränkten. Bei diesem Beschwerdebild ständen drei Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Die erste sei eine operative Kniestreckung, die jedoch kompliziert und aufwändig sei sowie eine lange Rehabilitation erfordere. Die zweite Möglichkeit seien Botoxbehandlungen. Botox entspanne die Muskeln und wirke den Kontrakturen entgegen. Die Behandlungen seien jedoch invasiv und die Wirkung des Botox halte nur für 2 - 3 Monate an. Der Versicherte sei schon mehrmals mit Botox behandelt worden. Die Kontrakturen hätten sich zwar verbessert, seien aber nicht verschwunden. Die einfachste und wirtschaftlichste Therapie sei das Tragen von Kniestreckschienen. Diese Schienen sollten während 1 - 2 Stunden pro Tag angezogen werden. Beim Gehen würden sie jedoch nicht benötigt werden. Durch die Lockerung des Gewebes und der Muskeln werde eine biomechanische Voraussetzung zum Gehen geschaffen. Ohne das Tragen von diesen Streckschienen nähmen die Kontrakturen zu. Dr. E.____, der den Versicherten mit Botox behandelt, bestätigte die Ausführungen von PD Dr. B.____. Ergänzend führte er an, dass mit Botoxbehandlungen versucht werde, das verkürzte Gewebe wieder in den ursprünglichen Zustand zu bringen. Es sei jedoch zu beachten, dass Botox nur bei Muskeln wirke, die noch dehnbar seien. Wenn der Versicherte keine Streckschienen erhalte, würden er seine

Gehfähigkeit ganz einbüßen. Zudem bestände das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, wenn der Versicherte nicht gehen könne.

4.2 Der RAD-Arzt Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 1. April 2014 fest, dass die beantragten Oberschenkelorthesen als Kniestreckschienen überwiegend die Kriterien eines Behandlungsgerätes und nicht eines Hilfsmittels erfüllten. Zur Begründung brachte er vor, dass beim Versicherten aufgrund seiner Beeinträchtigungen eine zunehmende Tendenz zu einer deutlich eingeschränkten Mobilität bestehe. So habe PD Dr. B.____ im Zusammenhang mit der Kostengutsprache für einen Rollstuhl (vgl. Bericht vom 29. März 2012) geltend gemacht, dass der Versicherte unter schwerster Anstrengung und nur durch Unterstützung zweier Personen maximal ca. 500 m gehen könne, weshalb eine Rollstuhlversorgung unumgänglich sei. Des Weiteren sei zu beachten, dass die beantragten Orthesen als Kniestreckschienen beschrieben und nur stundenweise täglich getragen würden. Aufgrund der Begründung von PD Dr. B.____ für eine Rollstuhlversorgung und der Beschreibung der Oberschenkelorthesen seien diese im Kontext mit den Befunden (fixierte Spitzfussstellung, Kniebeugekontrakturen von 30° bzw. 40° sowie schlaffer Muskeltonus) als Behandlungsgeräte und nicht als Hilfsmittel zu betrachten. Das Ziel der Schienen sei die Prophylaxe einer zunehmenden Beugekontraktur der Kniegelenke. Eine eigenständige, selbstbestimmte Fortbewegung allein aufgrund der Oberschenkelorthesen sei nicht möglich. An der Parteiverhandlung erklärte Dr. D.____, dass die Unterschenkelorthesen im Gegensatz zu den Oberschenkelorthesen deshalb ein Hilfsmittel darstellten, weil sie zum Ausgleich der Spitzfüsse dienten und dadurch zum Gehen benötigt würden. Die Oberschenkelorthesen streckten das Knie, was eine Voraussetzung für das Gehen sei. Da sie jedoch nicht beim Gehen getragen würden, erfüllten sie den Zweck des Fortbewegens nicht.

4.3 In Würdigung der ärztlichen Berichte und der heutigen Aussagen der medizinischen Fachpersonen ist festzustellen, dass der Versicherte an Beugekontrakturen in den Knien beidseits leidet, d.h. die Streckung der Knie ist eingeschränkt. In Übereinstimmung mit den Fachärzten ist aber die Fähigkeit, die Knie zu strecken, eine biomechanische Voraussetzung für die Gehfunktion. Weiter ist anzunehmen, dass diese Kontrakturen im Laufe der Zeit soweit zunehmen, bis der Versicherte seine Gehfähigkeit eingebüsst hat. Die strittigen Oberschenkelorthesen dienen einerseits der Streckung der Knie und andererseits wirken sie einer Zunahme der Beugekontrakturen entgegen. Dadurch kann die Gehfähigkeit des Versicherten in einem bestimmten Umfang erhalten werden. Dazu kommt, dass mit einer Erhaltung der Gehfunktion das bestehende hohe Risiko, an Osteoporose zu erkranken, vermindert werden kann. Ohne Tragen der Oberschenkelorthesen ist davon auszugehen, dass die Knie operativ gestreckt werden müssen, was zweifellos kostspieliger und aufwändiger ist als die Versorgung mit Kniestreckschienen. Es besteht aber unter den Fachleuten auch darin Einigkeit, dass die Orthesen nicht während des Gehens zu tragen sind. Das Gericht anerkennt ohne weiteres, dass die Versorgung des Versicherten mit Oberschenkelorthesen aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Für die Beurteilung der Frage, ob der 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 Beugekontrakturen, wodurch die Gehfähigkeit des Versicherten erhalten werden kann. Da sie beim Gehen nicht getragen werden, ermöglichen sie ihm aber nicht, sich mit ihnen fortzubewegen. Ihnen kommt daher keine Ersatzfunktion für den Ausfall der Gehfunktion zu. Damit steht fest, dass der 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. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Versicherten genügt es für die Bejahung des Anspruchs auf ein Hilfsmittel nicht allein, 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, eine Voraussetzung für die Gehfunktion, nämlich die Kniestreckung, wiederzuerlangen und die behandelnden Ärzte dadurch die Erhaltung gegebenenfalls sogar eine Verbesserung der Gehfähigkeit für eine gewisse Strecke prognostizieren. Diese Umstände zeigen auf, dass die Oberschenkelorthesen der Behandlung oder Minderung des Leidens des Versicherten und nicht der Fortbewegung dienen.

4.4 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. BBI 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.

5. 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. Bei Verneinung eines Anspruchs auf ein Hilfsmittel ist grundsätzlich zu prüfen, ob dieses 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 Übernahme der Kosten unter dem Titel der medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 oder 13 IVG fällt jedoch vorliegend nicht in Betracht, weil ein solcher Anspruch auf versicherte Personen bis zum vollendeten 20. Altersjahr beschränkt ist. Der Versicherte mit Jahrgang 1984 hatte im Zeitpunkt seines Gesuchs im Jahr 2013 das 20. Altersjahr bereits seit einigen Jahren überschritten. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

6.1 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 Verfah-

renskosten 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 der Versicherte unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm zu überbinden sind. Dem Versicherten ist nun allerdings mit Verfügung vom 12. November 2013 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da dem Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Honorar für Anwältinnen und Anwälte beträgt bei unentgeltlicher Verbeiständung für den bis Ende 2013 erbrachten Aufwand Fr. 180.-- pro Stunde (§ 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 [TO], in der bis 31. Dezember 2013 gültig gewesenen Fassung) und für den ab 1. Januar 2014 erbrachten Aufwand Fr. 200.-- pro Stunde (§ 3 Abs. 2 TO, in der seit 1. Januar 2014 geltenden Fassung). Der Rechtsvertreter des Versicherten machte in seiner Honorarnote vom 8. Juli 2014 für das Jahr 2013 einen Zeitaufwand von 8 Stunden und für das Jahr 2014 einen solchen von 10,17 Stunden geltend, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Unter Hinzurechnung von 5 Stunden für die Parteiverhandlung resultiert ein Aufwand ab dem Jahr 2014 von insgesamt 15,17 Stunden. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen in Höhe von Fr. 178.50. Dem Rechtsvertreter ist demzufolge ein Honorar in der Höhe von Fr. 5'024.70 (8 Stunden à Fr. 180.-- und 15,17 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 178.50 sowie 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

6.3 Der 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 **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 5'024.70 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.