



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Oktober 2021 (720 21 108 / 290)

Invalidenversicherung

Hilfsmittel / Med. Massnahmen; Rückweisung zur weiteren Abklärung aufgrund von Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung sowie an den vom Beschwerdeführer beigebrachten ärztlichen Berichten.

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber i.V. Benjamin Appius

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch **B.**_____

gegen

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

_____ Betreff Hilfsmittel / Med. Massnahmen

A. Dem 2015 geborenen A._____ wurden aufgrund der Geburtsgebrechen Ziff. 182 (Pes equinovarus congenitus) und Ziff. 323 (angeborene hämolytische Anämien) diverse Leistungen in Form von medizinischen Massnahmen und Hilfsmittel durch die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) erbracht. Mit Verfügung vom 28. November 2019 stellte die IV-Stelle fest, dass das Geburtsgebrechen Ziff. 182 nicht mehr vorliege, weshalb nunmehr kein Anspruch auf medizinische

Massnahmen bzw. Physiotherapie bestehe. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 26. Oktober 2020 wurde ein Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 182 eingereicht. Nach Rücksprache mit Dr. med. C.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Dr. med. D.____, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie Orthopädie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), und Durchführung des Vorbescheidverfahrens wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. März 2021 die Kostengutsprache für medizinische Massnahmen sowie mit Verfügung vom 8. März 2021 einen Anspruch auf Hilfsmittel in Form von Schuhzurichtungen ab.

B. Gegen diese Verfügungen erhob A.____, vertreten durch seine Mutter B.____, am 18. März 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sinngemäss beantragte er, dass die Verfügungen vom 2. März 2021 und vom 8. März 2021 aufzuheben seien und die IV-Stelle zu verpflichten sei, die Kosten für die medizinischen Massnahmen sowie die beantragte Schuhzurichtung zu übernehmen. Zur Begründung wurde ein Bericht von Dr. med. E.____, FMH Orthopädie und Unfallchirurgie, Oberarzt am Spital X.____, vom 18. März 2021 beigelegt, wonach das Geburtsgebrechen Ziff. 182 weiterhin fortbestehe.

C. Mit Gesuch vom 27. April 2021 beantragte der Beschwerdeführer, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Mit Verfügung vom 26. Mai 2021 gewährte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung für das vorliegende Verfahren.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 31. Mai 2021 schloss die IV-Stelle unter Berufung auf die erneute Bewertung durch Dr. D.____ vom 8. April 2021 und 20. Mai 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen der IV-Stelle beim Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zur Beurteilung der Beschwerde sachlich zuständig ist im Kanton Basel-Landschaft, gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Auf die beim zuständigen Gericht form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 18. März 2021 kann demnach eingetreten werden.

2. Zu prüfen ist, ob die IV-Stelle den Anspruch von A._____ auf Kostengutsprache für medizinische Massnahmen sowie Schuhzurichtungen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 182 zu Recht abgelehnt hat.

3. Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden (Art. 13 Abs. 2 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen [GgV] vom 9. Dezember 1985). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur GgV aufgeführt. Ziffer 182 des Anhangs zur GgV umfasst den sog. Klumpfuss. Es handelt sich bei der Fussfehlstellung in Form des Klumpfusses (*Pes equinovarus congenitus*) um ein zu Lasten der Invalidenversicherung zu behandelndes Geburtsgebrechen (GgV-Anhang Ziff. 182; vgl. BGE 142 V 58 E. 2.1).

4.1 Die medizinischen Massnahmen im Sinne von Art. 13 IVG umfassen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (Art. 14 Abs. 1 IVG). 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).

4.2 In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht sind. Danach haben Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Sowohl bei der Feststellung des Gesundheitszustandes einer versicherten Person als auch bei dessen rechtlicher Beurteilung ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Es ist deren Aufgabe, den Gesundheitszustand zu beurteilen (vgl. BGE 105 V 156 E. 1 *in fine*, 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4, 115 V 133 E. 2, je mit weiteren Hinweisen).

Die ärztlichen Stellungnahmen bilden eine wichtige Grundlage für die Beurteilung, ob und allenfalls welche Leistungen einer versicherten Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zustehen. Das Gericht hat die ihm vorliegenden medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). Stützt sich ein Entscheid im Wesentlichen auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen, und wurden durch die versicherungsinterne Fachperson keine eigenen Untersuchungen durchgeführt, handelt es sich weder um ein medizinisches Gutachten nach Art. 44 ATSG noch um Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. In diesen Fällen werden nicht selber medizinische Befunde erhoben, sondern die vorhandenen Befunde werden von einem praktischen Arzt mit fachärztlicher Spezialisierung gewürdigt. Ihre Funktion besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Es handelt sich dabei mithin um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV (vgl. BGE 142 V 58, E. 5.1; vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts vom 24. Juli 2012, 8C_724/2011, E. 5.3.3 und vom 4. Juni 2009, 8C_756/2008, E. 4.4). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, im Wesentlichen gestützt auf solche versicherungsinternen Berichte zu entscheiden. In diesen Fällen sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen ist (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 *in fine*; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2017, 8C_839/2016, E. 3.2). Die Stellungnahmen haben den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht zu genügen und die Arztperson hat über die notwendigen fachlichen Qualifikationen zu verfügen. Bezüglich dieser materiellen und formellen Anforderungen sind sie im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (vgl. BGE

137 V 210 E. 1.2.1; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, E. 4.3.1).

4.5 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab; vorliegend also auf den 2. bzw. 8. März 2021. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (vgl. BGE 143 V 409 E. 2.1, 134 V 392 E. 6, 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in einem engen Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 12. Juni 2007, 9C_101/2007, E. 3.1 und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1). Medizinische Berichte und Gutachten, die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorgebracht werden und in einem engen Sachzusammenhang mit dem streitigen Leistungsanspruch stehen, sind daher zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand zur Zeit des Verfügungserlasses zulassen (vgl. Urteile des Bundesverwaltungsgerichts vom 26. April 2016, C-2263/2014, E. 2.1 und vom 16. November 2015, C-3733/2014, E. 2.2).

5. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen zahlreiche ärztliche Unterlagen vor, welche vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Nachfolgend werden die für den vorliegenden Fall entscheiderelevanten Berichte aufgeführt.

5.1 Am 23. März 2017 berichtete das Spital X.____, dass ein Status nach Klumpfüsse beidseitig sowie ein Status nach Ponseti-Therapie ohne Tenotomie vorliege. Der Explorand setze die Füsse flach auf und habe ein relativ breitbasiges, jedoch flüssiges Gangbild. Er habe sehr schöne weiche Füsse mit einer Dorsalextension von 30 Grad und einer Aussenrotation von 45 Grad. Die Füsse seien weiterhin sehr schön korrigiert, wobei kein Hinweis auf ein Rezidiv bestehe. Hinsichtlich des Laufens bedürfe er keiner physiotherapeutischen Unterstützung.

5.2 Oberarzt Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital X.____, beschrieb im Bericht vom 3. Januar 2019, teilweise falle die Tendenz zum Zehenspitzenengang auf, jedoch sei der Fersenballengang gut möglich. Der Versicherte habe leichte Knicksenkfüsse beidseitig mit abgeflachtem Fusslängsgewölbe und verbreiterte laterale Fersenfettpolster. Im Zehenspitzenengang sei eine komplette Aufrichtung des Fusslängsgewölbes möglich. Es bestünde eine Dorsalextension beidseitig von 20 Grad und eine Aussenrotation von 60 Grad, mithin liege kein Hinweis auf ein Rezidiv vor. Die Nachtschienen könnten nun weggelassen werden.

5.3 Im Bericht vom 9. Mai 2019 führte Dr. F.____ aus, dass der Versicherte im Zweibeinstand eine annähernd normale Fussform aufweise, eine leicht vermehrte Fussabflachung habe, im Zehenspitzenengang eine komplette Aufrichtung möglich sei, die Fussaussenränder gerade seien und kein Hinweis auf ein Klumpfussrezidiv bestehe. Während der Untersuchung sei er überwiegend auf Zehenspitzen gegangen. Die Kombination von Zehenspitzenengang und Klumpfuss erhöhe et-

was das Risiko auf ein Rezidiv. Deshalb sei Physiotherapie im Rahmen der allgemeinen Förderung angebracht, wobei auch die Achillessehnenlänge gefördert werde. Ansonsten seien keine besonderen Massnahmen notwendig.

5.4 Mit Verlaufsbericht vom 11. November 2020 stellten Oberarzt Dr. E.____ und Dr. med. G.____, Spital X.____, folgende Diagnosen fest: habitueller Zehenspitzzgang, Klumpfüsse beidseitig (Geburtsgebreehen Ziff. 182) mit Verkürzung des Musculus triceps surae beidseitig und Status nach Ponseti-Therapie ohne Tenotomie, kombinierte Entwicklungsverzögerung (Sprachentwicklungsverzögerung, kognitive Entwicklungsverzögerung, fein- und grobmotorische Entwicklungsverzögerung), Status nach hämolytischer Anämie unklarer Ätiologie, persistierendes Foramen ovale, kleine Bronchialarterie ohne hämodynamische Relevanz sowie Status nach physiologischer peripherer Pulmonalstenose. Die dynamische Untersuchung habe sich als schwierig gestaltet, da der Explorand den Anforderungen nicht Folge leisten können. Er gehe kontinuierlich auf den Zehenspitzen, obwohl die Mutter angegeben habe, dass dies zu Hause nur intermittierend der Fall sei. Beide Füsse würden eine gute Konfiguration mit geradem Fussaussenrand, nicht übermässig akzentuiertem Fusslängsgewölbe und sehr guter subtalarer Abduktion zeigen. Die Dorsalextension im oberen Sprunggelenk beidseitig sei knapp bei 90 Grad Knieflexion bei ca. 0 - 5 Grad mit weichem Widerstand. Somit würden eine generalisierte Verkürzung des Musculus triceps surae beidseitig, gerade Beinachsen, ausgeglichene Beinlängen, freie Beweglichkeit in Hüft- und Kniegelenken bestehen. Zwar bestehe bis auf die Verkürzung des Musculus triceps surae beidseitig eine sehr gute Konfiguration beider Füsse, allerdings gehe der Junge meistens auf Zehenspitzen, was sich ungünstig auf die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs bei Klumpfuß auswirke. Deshalb werde zur Rezidivprophylaxe nach Klumpfuß beidseitig orthopädische Schuhzurichtungen mit einer Pyramide unter dem Vorfuss empfohlen. Des Weiteren solle in der Winterzeit ausprobiert werden, mit stabilen knöchelübergreifenden Schuhen das Zehenspitzengehen zu vermeiden. Insgesamt solle die Physiotherapie fortgeführt werden.

5.5 Mit Aktennotiz vom 14. Januar 2021 hielt die IV-Stelle fest, dass gemäss Rücksprache mit der RAD-Ärztin Dr. C.____ vom 13. Januar 2021 keine Verlängerung der Kostengutsprache für das Geburtsgebreehen Ziff. 182 erfolgen könne. Die Anpassung der Schuhe sei eine rezidive Prophylaxe. Der habituelle Zehenspitzzgang und die Entwicklungsverzögerung stünden nicht im Zusammenhang mit dem Geburtsgebreehen.

5.6 Der Aktennotiz der IV-Stelle vom 21. Januar 2021 ist zu entnehmen, dass gemäss Rücksprache mit RAD-Arzt Dr. D.____ kein Grund für eine Hilfsmittelversorgung bestehe. Eine orthopädische Schuhzurichtung aufgrund des Klumpfüsses könne klar ausgeschlossen werden. Rezidiv prophylaktische Behandlungen würden nicht zu Lasten der Invalidenversicherung gehen. Weiter habe sich der Zehenspitzzgang seit 2017 aufgrund einer falschen Gangart entwickelt. Dieser liege vermutlich in der Entwicklungsverzögerung begründet. Die Schuhzurichtung sei nicht notwendig, vielmehr könne die Problematik mit einer funktionellen Behandlung (z.B. Physiotherapie) therapiert werden oder es würde ein Konfektionsschuh ausreichen, weil der Fuss normal aussehe. Damit handle es sich um einen Zustand, der verbessert werden könne, weshalb empfohlen werde, die Leistung abzulehnen.

5.7 Zusammen mit der Beschwerde reichte die Mutter ein Schreiben von Oberarzt Dr. E.____, Spital X.____, vom 18. März 2021 ein. Darin führte dieser aus, dass die Klumpfüsse nicht geheilt seien. Der Klumpfuss sei eine genetisch determinierte Erkrankung und beziehe sich nicht auf eine Fussfehlstellung, sondern auf eine generalisierte Hypoplasie der Unterschenkelmuskulatur, Fibrosierung der Sehnen und Bänder sowie des Kapselapparates. Deshalb sei der Klumpfuss eine Diagnose, welche bis zum Lebensende bestehen bleibe. Nicht jeder Klumpfuss rezidiviere. Die Behandlung müsse allerdings gerade im Laufe des Wachstumsalters darauf abzielen, ein Rezidiv zu vermeiden, damit aufwändige Operationen nicht mehr nötig seien. Weiter sei die Begleiterkrankung des habituellen Zehenspitzenengangs bereits unter physiotherapeutischer Behandlung. Dabei verbessere sich die Situation nicht, sondern werde eher schlimmer. Es bestehe eine strukturelle Verkürzung der Wadenmuskulatur, welche durch den Klumpfuss mitbedingt sein könne. Eine Verkürzung trete aber auch im Rahmen des Zehenspitzenengangs ein. Somit sei nicht klar, ob diese eine Folge des Klumpfusses oder des Zehenspitzenengangs sei. Jedoch könne eine strukturelle Verkürzung der Achillessehne im Sinne eines Spitzfusses zu einem Rezidiv des Klumpfusses führen. Deshalb sei die ausgedehntere Behandlung des habituellen Zehenspitzenengangs empfohlen, um ein Rezidiv des Klumpfusses zu vermeiden. Läge die Diagnose der Klumpfüsse beidseitig nicht vor, wären diese Überlegungen so nicht erforderlich – der Klumpfuss sei *conditio sine qua non*.

5.8 Mit Bericht vom 8. April 2021 nahm der RAD-Arzt Dr. D.____ Stellung dazu. Es hätten sich in der orthopädischen Kontrolle des Spital X.____ vom 23. März 2017 sehr schöne weiche Füsse, aber keine Hinweise auf ein Rezidiv, Spitzfuss oder eine verkürzte Achillessehne gezeigt. Folgerichtig sei von einem Status nach Klumpfüssen beidseitig gesprochen worden. Auch die Kontrolle des Spital X.____ vom 3. Januar 2019 habe keine Hinweise auf ein Rezidiv der Klumpfüsse gezeigt. Damit sei die Klumpfussbehandlung nach der Ponseti-Therapie erfolgreich abgeschlossen worden. Der vermehrte Zehenspitzengang sei in der kombinierten Entwicklungsverzögerung begründet. Dr. D.____ führte aus, wenn sich der Befund des habituellen Zehenspitzenengangs unter der Therapie verschlechtere, müsse über die Technik und die Durchführung der Physiotherapie nachgedacht werden. Gegebenenfalls müssten auch Aspekte der Neurophysiologie berücksichtigt werden. Weiter würden sich keine Hinweise finden lassen, dass sich die Wadenmuskulatur aufgrund der Klumpfüsse verkürzt habe. Schliesslich sei die Achillessehne nicht verkürzt. Hierzu hätte sich in der Untersuchung des Spital X.____ ein harter Endanschlag bei maximaler Dorsalextension finden lassen müssen.

5.9 Am 20. Mai 2021 nahm Dr. D.____ ein weiteres Mal Stellung zur Beschwerde des Versicherten vom 18. März 2021, wobei er im Wesentlichen seine Ausführungen vom 8. April 2021 wiederholte. In Bezug auf die Kostengutsprache für Schuhzurichtungen führte er aus, dass keine Argumente für eine Verlängerung der Kostengutsprache des Geburtsgebrechens Ziff. 182 bestünden, weshalb auch eine Kostengutsprache für Schuhzurichtungen entfalle, die sich auf dieses Krankheitsbild bezögen. Schliesslich habe die orthopädische Schuhzurichtung mit einer Pyramide unter dem Vorfuss eher einen experimentellen Charakter, wobei versucht werde, einen schmerzhaften Druckpunkt unter den Fussballen zu platzieren, um zu verhindern, dass überhaupt auf Zehenspitzen gegangen werde. Dieser Therapieansatz müsste zuerst im Rahmen einer kontrollierten Physiotherapie auf ihre Alltagstauglichkeit/Akzeptanz überprüft werden.

6.1 Die IV-Stelle lehnte den Anspruch auf medizinische Massnahmen sowie Schuhzurichtung im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 182 gestützt auf die Rücksprache mit den Dres. C.____ und D.____ ab. Diese begründeten ihre Schlussfolgerungen auf der Basis der ihnen vorliegenden Aktenlage. Eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch den RAD hat weder vor noch nach Einreichung des Gesuchs um Kostengutsprache stattgefunden. Nach den in Erwägung 4.4 dargelegten Prinzipien sind in diesen Fällen strenge Anforderungen an den versicherungsinternen Bericht zu stellen, sodass auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit genügen, um von der Einschätzung der RAD-Ärzte abzuweichen.

6.2 Die Frage, ob der Beschwerdeführer weiterhin am Geburtsgebrechen der Klumpfüsse leidet und dazu ein unmittelbarer Zusammenhang zum habituellen Zehenspitzenengang besteht, lässt sich anhand der vorliegenden medizinischen Berichte nicht zuverlässig klären. Es handelt sich um einen veritablen Expertenstreit, bei welchem die Meinungen weit auseinandergehen und weder auf die eine noch auf die andere vorbehaltlos abgestellt werden kann.

Erstens herrschen unterschiedliche Auffassungen über das Vorliegen der Klumpfüsse. Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die Einschätzung des RAD, wonach keine Klumpfüsse mehr vorliegen würden. So sei den Akten zu entnehmen, dass das Spital X.____ im Bericht vom 23. März 2017 von einem Status nach Klumpfüssen beidseitig ausging und in den beiden späteren Berichten vom 3. Januar 2019 sowie vom 9. Mai 2019 keinen Hinweis auf ein Rezidiv erblickte. Indessen revidierte das Spital X.____ mit Verlaufsbericht vom 11. November 2020 ihre Einschätzung, indem erneut Klumpfüsse diagnostiziert wurden. Dazu hielt Dr. E.____ im Schreiben vom 18. März 2021 an dieser Diagnose fest und führte ausdrücklich aus, dass die Klumpfüsse nicht geheilt seien. Dennoch ist auch seine Begründung nur allgemein und summarisch gehalten und legt nicht hinreichend nachvollziehbar dar, inwiefern beim Beschwerdeführer Klumpfüsse vorliegen. Demnach stehen sich diagnostisch die fachärztliche Aktenbeurteilung des RAD und die Einschätzung des Spital X.____ – wiedergegeben durch Dr. E.____ – gegenüber. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass der RAD sich vollumfänglich auf die älteren Berichte des Spital X.____ abstützt, während er den neueren keine Bedeutung zumisst. Eine diesbezügliche Begründung ist vorliegend jedoch nicht ersichtlich. Zweitens besteht Unklarheit über den Zusammenhang zwischen den Klumpfüssen und dem habituellen Zehenspitzenengang. In den von einer verwaltungsinernen Sachbearbeiterin verfassten Aktennotizen habe die RAD-Ärztin Dr. C.____ diesen verneint und RAD-Arzt Dr. D.____ habe den Grund für den Zehenspitzenengang in der Entwicklungsverzögerung vermutet. In der Stellungnahme vom 8. April 2021 geht Dr. D.____ davon aus, dass der vermehrte Zehenspitzenengang in der kombinierten Entwicklungsverzögerung begründet sei. Dr. E.____ vermag jedoch geringe Zweifel an dieser Einschätzung zu wecken, indem er einen diesbezüglichen Zusammenhang nicht ausschliesst. So bezeichnet er den habituellen Zehenspitzenengang als Begleiterkrankung. Auch führt er aus, die Verkürzung der Wadenmuskulatur könne durch den Klumpfuss mitbedingt sein, diese könne auch ein Rezidiv des Klumpfusses verursachen, weshalb der Klumpfuss *conditio sine qua non* für seine Überlegungen sei. Da bereits diese Zweifel genügen, um die Beweistauglichkeit einer internen Aktenbeurteilung ausser Kraft zu setzen, fehlt vorliegend eine rechtsgenügende Grundlage für die Beantwortung der vorliegenden Fragen. Schliesslich fällt auf, dass sich die Verfügungen vom 2. und 8. März 2021 lediglich auf

die eher kurz gehaltenen verwaltungsinternen Aktennotizen vom 14. und 21. Januar 2021 abstützten. Dabei ist fraglich, ob die Aktennotiz, welche die Einschätzung von Dr. C.____ wiedergibt, den bundesgerichtlichen formellen Anforderungen hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts genügt (vgl. E. 4.3 hiervor). Da bereits aus den genannten Gründen die hier entscheidenden geringen Zweifel an der Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit der RAD-Beurteilungen vorliegen, kann diese Frage offen bleiben.

6.3 Da Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung von Dres. C.____ und D.____ bestehen, kann nach dem oben Gesagten bei diesem Beweisergebnis nicht darauf abgestellt werden. So wie sich die Aktenlage präsentiert, kann keine verlässliche Aussage zu den entscheidenden Fragen gemacht werden, ob die Klumpfüsse geheilt sind und ob der habituelle Zehenspitzenengang in unmittelbarem Zusammenhang mit der Diagnose der Klumpfüsse steht. Die Angelegenheit ist daher zu weiteren Abklärungen und Neuverfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

6.4 Zusammenfassend ist die Beschwerde demnach in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtenen Verfügungen aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

7. Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind 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. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen). Beim vorliegenden Prozessausgang sind deshalb die Verfahrenskosten der IV-Stelle zu auferlegen. Eine Parteientschädigung wird dem nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer nicht ausgerichtet.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und

damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einer Rückweisungsentscheidung an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um eine Endentscheidung, sondern um eine Zwischenentscheidung im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für eine Rückweisungsentscheidung, mit der eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (vgl. BGE 133 V 477 E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um eine Zwischenentscheidung im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde vom 18. März 2021 wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtenen Verfügungen vom 2. und 8. März 2021 aufgehoben werden und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>