

VBE.2025.176 / ss / nl

Art. 3

Urteil vom 8. Januar 2026

Besetzung Oberrichter Roth, Präsident
 Oberrichterin Fischer
 Oberrichter Kathriner
 Gerichtsschreiber Siegenthaler

Beschwerde- **A.**_____

Beschwerde- **SVA Aargau**, IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau

gegnerin

Gegenstand Beschwerdeverfahren betreffend IVG allgemein; Hilfsmittel
 (Verfügung vom 9. April 2025)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Der 1972 geborene Beschwerdeführer meldete sich am 6. August 2001 wegen eines Schleudertraumas bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Nach diversen Abklärungen sprach die Beschwerdegegnerin ihm mit Verfügung vom 4. September 2003 ab 1. September 2001 eine ganze Invalidenrente zu. Mit Verfügung vom 1. Oktober 2013 hob die Beschwerdegegnerin die Rente gestützt auf ein vom Unfallversicherer eingeholtes polydisziplinäres Gutachten nach Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) revisionsweise per Ende November 2013 auf. In den darauffolgenden Jahren (2016, 2017, 2020) beantragte der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin wiederholt erfolglos Leistungen (berufliche Massnahmen / Rente) der IV. Das letzte Rentenbegehren vom 11. Februar 2022 wies die Beschwerdegegnerin nach medizinischen Abklärungen, welche unter anderem eine polydisziplinäre Begutachtung durch die medaffairs AG, Basel, beinhalteten, mit Verfügung vom 9. Dezember 2024 ab. Die dagegen gerichtete Beschwerde wies das hiesige Versicherungsgericht mit Urteil VBE.2024.603 vom 18. August 2025 ab, soweit es darauf eintrat. Dieses Urteil wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_583/2025 vom 20. November 2025 bestätigt.

1.2.

1.2.1.

Bereits im Jahr 2021 hatte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer, nachdem dieser unter Hinweis auf einen epileptischen Anfall und einen in dessen Folge am 31. Mai 2021 erlittenen Sturz entsprechende Leistungen beantragt hatte, erstmals Kostengutsprache für Hilfsmittel (Rollstuhl, Übernahme der Kosten eines Umbaus des Badezimmers) erteilt. Im weiteren Verlauf wurde dem Beschwerdeführer auf jeweiliges Ersuchen hin für zusätzliche Hilfsmittel (orthopädische Spezialschuhe, Fussheber-Orthesen, Rollstuhllrampe, Unterschenkel-Orthese links, klappbarer Haltegriff für das WC) Kostengutsprache erteilt.

1.2.2.

Am 14. Juni 2024 ersuchte die Rehaklinik B._____ die Beschwerdegegnerin im Auftrag des Beschwerdeführers um Kostengutsprache für eine Oberschenkel-Orthese (KAFO [Knee-Ankle-Foot Orthosis]) für dessen linkes Bein. Nach einer ersten Rücksprache der Beschwerdegegnerin mit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung (SAHB) und Mitteilung an die Rehaklinik B._____, dass deren Kostenvoranschlag nicht tarifkonform sei, passte diese den Kostenvoranschlag am 23. Juli 2024 an. Nach erneuter Rücksprache mit der SAHB und Rückfragen an den RAD stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 10. September

2024 die Ablehnung des Gesuchs um Kostengutsprache in Aussicht. Nach dagegen gerichteten Einwänden und ergänzender Begründung des Gesuchs durch die Rehaklinik B._____ traf die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Abklärungen und hielt wiederholt Rücksprache mit dem RAD. Danach entschied sie mit Verfügung vom 9. April 2025 ihrem Vorbescheid entsprechend.

2.

2.1.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 29. April 2025 fristgerecht Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 9. April 2025 und die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten der Oberschenkelorthese.

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 26. Mai 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit Eingabe vom 11. Juni 2025 hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest.

2.4.

Am 12. August 2025 reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen ein.

2.5.

Am 18. September 2025 reichte die Beschwerdegegnerin auf entsprechendes Ersuchen des Gerichts noch das in den Vernehmlassungsbeilagen fehlende orthopädische Teilgutachten der medaffairs AG vom 18. Juli 2024 ein.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1.

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Gesuchs um Kostengutsprache für die Oberschenkel-Orthese für das linke Bein damit, dass die Versorgung mit einer solchen aus medizinischer Sicht nicht indiziert sei (Vernehmlassungsbeilage [VB] 478 S. 1). Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass sein Hausarzt ihm dieses Hilfsmittel verordnet habe, weil es für seine Mobilität, seine Lebensqualität und die Aufrechterhaltung seiner Selbstständigkeit von zentraler Bedeutung sei. Wie ärztlich ausgewiesen sei, stelle es eine notwendige Unterstützung in seinem Alltag dar, ohne die er in der Bewegungs-

freiheit massiv eingeschränkt wäre, weshalb ihm Kostengutsprache dafür zu erteilen sei (Beschwerde; Eingabe vom 11. Juni 2025).

1.2.

Zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers um Übernahme der Kosten einer Oberschenkel-Orthese mit Verfügung vom 9. April 2025 (VB 478) zu Recht abgewiesen hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern, und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Art. 8 Abs. 2 IVG). Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört unter anderem die Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8 Abs. 3 lit. d IVG)

2.2.

Die versicherte Person hat gemäss Art. 21 Abs. 1 Satz 1 IVG 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.

2.3.

Die Befugnis zur Aufstellung der Hilfsmittelliste übertrug der Bundesrat in Art. 14 Abs. 1 IVV an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI), welches die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) samt anhangsweise angefügter Hilfsmittellisten erliess. Laut Art. 2 Abs. 1 HVI besteht im Rahmen der im Anhang aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind. Anspruch auf die in dieser Liste mit (*) bezeichneten Hilfsmittel besteht nur, wenn 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 (Art. 2 Abs. 2 HVI). Es besteht jedoch nur Anspruch auf Hilfsmittel in einfacher, zweckmässiger und wirtschaftlicher Ausführung. Durch eine andere Ausführung bedingte zusätzliche Kosten hat die versicherte Person selbst zu tragen. Nennt die

Liste im Anhang für ein Hilfsmittel keines der Instrumente, die in Art. 21^{quater} IVG vorgesehen sind, so werden die effektiven Kosten vergütet (Abs. 4).

2.4.

Orthesen werden in Ziffer 2 HVI-Anhang geregelt. Diese sieht unter anderem eine Vergütung von Beinorthesen durch die IV vor (Ziff. 2.01). Ziff. 2.01 Anhang ist nicht mit (*) bezeichnet. Das Bundesgericht hat die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Orthese dahingehend präzisiert, dass eine steh- bzw. gehunfähige versicherte Person gemäss Rz. 2011.1 KHMI (Kreisschreiben des BSV vom 1. Januar 2013 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung) Anspruch auf eine Orthese hat, wenn diese einen gesetzlich geschützten Eingliederungszweck (Selbstsorge, selbständige Fortbewegung, Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt) erfüllt (Urteil des Bundesgerichts 8C_531/2009 vom 23. Oktober 2009). Das Bundesgericht führte in E. 4.2 des erwähnten Urteils Folgendes aus: Gemäss dem Wortlaut von Art. 21 Abs. 2 IVG wird, damit ein Anspruch auf ein Hilfsmittel besteht, ein Bedürfnis vorausgesetzt. Das Hilfsmittel muss demnach für die invalide Person zur Erfüllung des gesetzlich geschützten Zweckes notwendig sein. Diese Bedingung ist rechtsprechungsgemäss dann 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.

2.5.

Die Hilfsmittelversorgung unterliegt nach der Rechtsprechung den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 8 IVG. Das Hilfsmittel muss daher im Einzelfall dazu bestimmt und geeignet sein, der gesundheitlich beeinträchtigten versicherten Person in wesentlichem Umfange zur Erreichung eines der gesetzlich anerkannten Ziele zu verhelfen. Versicherte haben in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren, denn das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist; ferner muss der voraussichtliche Erfolg einer Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen (BGE 122 V 212 E. 2c S. 215 mit Hinweisen). Nach dem Verhältnismässigkeitsgrundsatz hat die IV für einen in sachlicher, zeitlicher, wirtschaftlich-finanzieller oder persönlicher Hinsicht unangemessenen Mitteleinsatz ebenso wenig aufzukommen wie für ungeeignete oder nicht notwendige Massnahmen (vgl. MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, N. 25 ff. zu Art. 21-21^{quater} IVG).

3.

In der angefochtenen Verfügung vom 9. April 2025 (VB 478) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihrer RAD-Ärzte Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 6. September 2024 (VB 403) und Dr. med. D._____, ebenfalls Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 9. September 2024 (VB 406) sowie vom 28. Februar (VB 467) und 8. April 2025 (VB 476).

3.1.

In seiner Stellungnahme vom 6. September 2024 hatte Dr. med. C._____ den Beweiswert des polydisziplinären medaffairs-Gutachtens (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie, Psychiatrie) vom 12. August 2024 (VB 396) zu beurteilen. Er erachtete dieses als beweiskräftig, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden könne (VB 403 S. 3). Hinsichtlich der beantragten Hilfsmittel hielt er fest, dass der Empfehlung der Rehaklinik B._____ vom 27. Mai 2024 bzw. der Verordnung des Hausarztes des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2024 über die Nachrüstung des vorhandenen Rollstuhles mit einem Elektro-Hilfsantrieb oder der Anfertigung einer Oberschenkel-Orthese nach Mass (beide erwähnten Berichte beziehen sich lediglich auf den Elektro-Hilfsantrieb [vgl. dazu VBE.2023.178], bzgl. letzterem vgl. das Gesuch der Rehaklinik B._____ vom 6. Juni 2024 [VB 386] bzw. deren korrigiertes Gesuch vom 23. Juli 2024 [VB 394]) "in Kenntnis der Vor- und des aktuellen [medaffairs-]Gutachtens" nicht zugestimmt werden könne. Ohne jedwedes organisches Korrelat oder bei Fehlen selbst ultrastruktureller Pathologien trage bereits der Gebrauch eines Rollators bei gesicherter Aggravation ("persistierendes funktionelles Hemisyndrom links") zur weiteren Festigung der Krankheitsüberzeugung und Förderung des Krankheitsgewinnes bei. Mit Blick auf am 3. Juli 2024 annoncierte "motorische Ausfälle li Bein" dürfe auf den Bericht aus der ENMG-Sprechstunde am Spital E._____ vom 10. Januar 2023 hingewiesen werden, gemäss welchem sich klinisch und apparativ, soweit beurteilbar, kein Hinweis auf eine relevante zervikale Myelopathie oder Radikulopathie als Mitursache der sensomotorischen Hemisymptomatik und Armschmerzen links ergebe (VB 403 S. 4).

3.2.

Die RAD-Ärztin Dr. med. D._____ wies in ihrer Stellungnahme zur Frage der Indikation der beantragten Hilfsmittel vom 9. September 2024 auf verschiedene medizinische Berichte hin, wobei sie insbesondere hervorhob, dass der Beschwerdeführer mittlerweile ein hochgradiges sensomotorisches Hemisyndrom links präsentiere, welches weiterhin neurologisch nicht zugeordnet werden könne. Die Frage nach der Indikation der beantragten Hilfsmittel verneinte Dr. med. D._____ schliesslich und begründete dies – übereinstimmend mit der entsprechenden Beurteilung von

Dr. med. C. _____ – damit, dass mangels eines organischen Korrelats bzw. angesichts des Fehlens struktureller Pathologien schon der Gebrauch eines Rollators durch den Beschwerdeführer bei gesicherter Aggravation ("persistierendes funktionelles Hemisyndrom links") zur weiteren Festigung der Krankheitsüberzeugung und Förderung des Krankheitsgewinns beitrüge (VB 406 S. 2).

3.3.

Nachdem der Beschwerdeführer gegen den Vorbescheid vom 10. September 2024 (VB 408), mit welchem ihm die Verweigerung der Übernahme der Kosten der Orthese in Aussicht gestellt worden war, Einwände erhoben (VB 422; vgl. 426 und 433) und die Beschwerdegegnerin nochmals medizinische Abklärungen getätigt hatte (vgl. etwa VB 430; 432; 434), nahm Dr. med. D. _____ am 28. Februar 2025 und 8. April 2025 erneut Stellung und hielt fest, dass die neuen medizinischen Berichte keinen Anlass zu einer anderen Einschätzung gäben (VB 467 S. 1; 476 S. 3). In der Stellungnahme vom 8. April 2025 ergänzte sie zudem, dass dem Gutachten weiterhin zu entnehmen sei, dass die linke obere Extremität keine wesentliche Hypotrophie der Muskulatur zeige und die entsprechende Messung für Linkshänder normale Werte ergeben habe. Aus diesem Grund sei "u.a. orthopädisch die Hemisymptomatik in keiner Weise nachvollziehbar". Es sei daher am Vorbescheid vom 10. September 2024 festzuhalten (VB 476 S. 2).

4.

4.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4.3.

Beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteile des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

5.

Im – beweiskräftigen (vgl. E. 5.2 des mit Urteil des Bundesgerichts 8C_583/2025 vom 20. November 2025 bestätigten Urteils des Versicherungsgerichts VBE.2024.603 vom 18. August 2025, mit welchem die vom Beschwerdeführer gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 9. Dezember 2024 betreffend Abweisung des Rentenbegehrens erhobene Beschwerde abgewiesen worden war) – polydisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie) Gutachten der medaffairs AG, Basel, vom 9. August 2024 (VB 396), auf das sich die beiden RAD-Ärzte im Wesentlichen stützten, wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (VB 396.2 S. 6):

- "1. Chronifiziertes cervicobrachiales Schmerzsyndrom linksbetont (ICD 10 M54.82) mit/bei:
 - Status nach mehreren Unfällen [...]
2. Lumboradikuläres Reizsyndrom L4 rechts bei intraforaminaler Nervenwurzelkompression L4 rechts (ICD 10 M54.86)
3. Rezidivierende depressive Episode, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
4. Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 Z.73.1)"

Die Gutachter hielten fest, der Beschwerdeführer zeige seit gut 25 Jahren ein progredientes schweres Krankheitsbild im Bereich des Bewegungsapparates und des Nervensystems, ohne dass bisher eine eindeutige organisch-strukturell begründete Diagnose habe gestellt werden können, die auch nur annäherungsweise das Ausmass der beklagten Beschwerden erklären könnte. Das aktuelle Leiden habe 1999 mit mehreren "bagatellär anmutenden" Unfällen im Auto und auf der Arbeit begonnen, die aber offenbar beim Beschwerdeführer den Eindruck einer schweren körperlichen Schädigung hervorgerufen hätten, worauf er sich auch aktuell in den anamnestischen Angaben wiederholt bezogen habe. Der gesamte Krankheits- und Unfallverlauf sei seit 1999 sehr unübersichtlich und durch zahlreiche, vor allem diagnostische Massnahmen mit diversen vorwiegend radiologischen

Untersuchungen gekennzeichnet. Dennoch sei es in diesen abgelaufenen rund 25 Jahren nicht gelungen, die multiplen und progredienten Beschwerden mit einer klaren somatischen oder psychiatrischen Diagnose hinreichend zu erklären. Erhebliche Inkonsistenzen sowohl bei den Beschwerden als auch bei den Befunden hätten auch weiterhin in den verschiedenen aktuell durchgeführten polydisziplinären Untersuchungen festgestellt werden können. Aus neuropsychologischer Sicht liessen sich etwa aufgrund der nicht validen Resultate keine Aussagen zu Diagnosen und zur Arbeitsfähigkeit machen (VB 396.2 S. 4). Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien seit Jahrzehnten weder konsistent noch plausibel und dementsprechend auch die Untersuchungsergebnisse weder valide noch nachvollziehbar. Es fänden sich Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation und Simulation. Die Beschwerdeschilderung sei seit Jahrzehnten auffallend diffus, bunt und widersprüchlich, und zu relevanten Aspekten der Anamnese würden beispielsweise im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung kaum Details angegeben. Auch hinsichtlich der Frage nach der Gleichmässigkeit der Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen, also in Beruf und Alltag, seien die anamnestischen Angaben in Bezug auf das Aktivitätsniveau im Privatleben nur teilweise verwertbar. Was den Leidensdruck anbelange, würden sich ebenfalls Diskrepanzen und Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers, etwa bezüglich der eingenommenen Medikamente, ergeben, habe die Blutspiegel-Messung doch eine ganz offensichtlich ungenügende Compliance gezeigt (VB 396.2 S. 5).

Die körperlichen und beruflichen Ressourcen des Beschwerdeführers seien aktuell sicher eingeschränkt; dieser habe keine berufliche Ausbildung absolviert und wahrscheinlich seit vielen Jahren nicht mehr ausserhäuslich gearbeitet. Subjektiv zeige er ein sehr somatisch geprägtes Krankheitsverständnis und fühle sich vollständig arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten. Diese Einschätzung könne zurzeit aus polydisziplinärer versicherungsmedizinischer Sicht weder begründet noch nachvollzogen werden. Die Kooperationsbereitschaft müsse zudem als ungenügend eingestuft werden (VB 396.2 S. 8). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die Beschwerden an der oberen und unteren Wirbelsäule mit bereits erfolgter Operation an der HWS im September 2016 würden eine weitere körperlich schwere Tätigkeit, wie sie der Beschwerdeführer über Jahre hinweg ausgeübt habe, in Zukunft verunmöglichen. Für eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit in überwiegend sitzender Position mit der Möglichkeit zum Positionswechsel, ohne Überkopfarbeiten und ohne Besteigen von Treppen und Leitern sowie ohne grosse Anforderungen an die Konzentration (vgl. dazu VB 396.7 S. 21) bestünden aber aktuell keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Diesbezüglich sei seit der Durchführung der HWS-Operation vom 20. September 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (VB 396.2 S. 7 ff.).

6.

6.1.

6.1.1.

Die in Art. 8 Abs. 1 IVG erwähnte "Geeignetheit" einer Eingliederungsmassnahme (vgl. E. 2.1. hiervor) – wie etwa eines Hilfsmittels – umfasst sowohl eine objektive wie auch eine subjektive Komponente. Während die subjektive Komponente die Frage stellt, ob die versicherte Person die (objektiv geeignete) Massnahme (angesichts ihrer Fähigkeiten) nutzen kann, stellt sich hinsichtlich der objektiven Komponente bereits vorweg die Frage, ob die Massnahme an sich überhaupt grundsätzlich (objektiv) geeignet ist, ihren Zweck (die Wiederherstellung, den Erhalt oder die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) zu erfüllen (vgl. MEYER/ REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Auflage 2022, N. 18 zu Art. 8 IVG). Auch die in der HVI vorausgesetzte Zweckmässigkeit (vgl. E. 2.3. hiervor), womit die Eingliederung durch das Hilfsmittel lediglich soweit sichergestellt werden soll, als dieses im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist und zudem der voraussichtliche Erfolg der Eingliederungsmassnahme in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten steht (Art. 8 Abs. 1 IVG; BGE 134 V 105 E. 3 S. 107 f. mit Hinweisen), setzt eine objektive Geeignetheit der Massnahme bzw. des Hilfsmittels voraus, die Eingliederung zu fördern.

6.1.2.

Die Voraussetzung der objektiven Geeignetheit eines Hilfsmittels ist in der Regel erfüllt, wenn mit dem entsprechenden Hilfsmittel einem objektivierbaren, körperlich bedingten Leiden begegnet bzw. eine in einem objektivierbaren, körperlich bedingten Leiden begründete Einschränkung ausgeglichen werden kann, was auch ein Blick auf die im Anhang der HVI aufgelisteten Hilfsmittel (nebst Orthesen bspw. Prothesen, orthopädisches Schuhwerk, Brillen, Rollstühle, Gehhilfen) zeigt.

6.2.

6.2.1.

Die RAD-Ärzte Dres. med. C. _____ und D. _____ stellten in ihren Stellungnahmen vom 6. und 9. September 2024 (E. 3.1. f. hiervor) – gestützt auf die medizinischen Akten, insbesondere das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten der medaffairs AG vom 9. August 2024 (vgl. E. 5 hiervor) – fest, dass weder bezüglich des als hochgradig beschriebenen sensomotorischen Hemisyndroms links noch bezüglich der damit zusammenhängenden motorischen Ausfälle des linken Beines oder der geklagten Armschmerzen links ein objektivierbares pathologisches Korrelat bestehe. Dies ist vor dem Hintergrund der medizinischen Berichte, auf die sie sich stützten, ohne Weiteres nachvollziehbar. So stellte etwa der orthopädische Gutachter der medaffairs AG im entsprechenden Teilgutachten vom 18. Juli 2024 fest, eine orthopädische fassbare Pathologie, welche die linksseitige Plegie hinreichend erklären würde, lasse sich anhand der vorliegenden

Bildgebung nicht "festmachen"; diesbezüglich sei auf die neurologische Beurteilung zu verweisen (S. 116 des medaffairs-Gutachtens). Der neurologische medaffairs-Gutachter hatte in seinem Teilgutachten vom 23. Mai 2024 ausgeführt, aus neurologischer Sicht bestünden keine Hinweise auf eine organisch-strukturelle Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems als Ursache der Ausfallsymptomatik. Die im Vordergrund stehende sensomotorische Hemisymptomatik links werde somit aus neurologischer Sicht weiterhin als funktionell eingestuft und entspreche daher nicht einer neurologischen Diagnose im engeren Sinne. Aus neurologischer Sicht bestünden daher aktuell keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (VB 396.5 S. 13). Diese Beurteilung bzw. die Klassifizierung der Hemiparese als nicht-organischer, sondern funktioneller Natur deckt sich nicht nur mit diversen bereits vor der neurologischen Begutachtung im Mai 2024 (vgl. VB 396.5 S. 1) von den behandelnden Fachärzten abgegebenen Einschätzungen (vgl. etwa Bericht des Spitals E._____, Neurologie, vom 10. Januar 2023 in VB 364 S. 40 ff., insb. S. 42 f.), sondern wurde später etwa auch von den behandelnden Neurologen des Spitals F._____ in deren Bericht vom 10. Januar 2025 (VB 461 S. 114 f.) oder im Bericht bezüglich der Sprechstunde für funktionelle neurologische Störungen im Spital G._____ vom 25. April 2025 (VB 485 S. 7 ff.) bestätigt.

6.2.2.

Mangels eines der sensomotorischen Hemisymptomatik zu Grunde liegenden objektivierbaren organischen Schadens kann die beantragte Oberschenkelorthese, welche bezweckt, eine körperlich bedingte Einschränkung zu beheben bzw. zu reduzieren (vgl. E. 6.1.2. hiavor), objektiv nicht geeignet sein, die fragliche (funktionell bedingte [vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_583/2025 vom 20. November 2025 E. 4.2.2]) Einschränkung des Beschwerdeführers zu mindern. Eine entsprechende Hilfsmittelversorgung zu Lasten der IV fällt daher ausser Betracht. Die dahingehenden Feststellungen der RAD-Ärzte Dres. med. C._____ und D._____ (vgl. E. 3 hiavor) sind ohne Weiteres nachvollziehbar. Insbesondere erscheint – auch angesichts der gutachterlich festgestellten erheblichen Inkonsistenzen und ausgeprägten subjektiven Krankheitsfixierung des Beschwerdeführers (vgl. E. 5 hiavor sowie etwa VB 396.2 S. 5 und 8) – deren sinngemässer Schluss überzeugend, dass eine Versorgung mit einer Orthese gar kontraindiziert sei, zumal mangels eines organischen Korrelats bzw. angesichts des Fehlens struktureller Pathologien schon der Gebrauch eines Rollators durch den Beschwerdeführer bei gesicherter Aggravation ("persistierendes funktionelles Hemisyndrom links") zur weiteren Festigung der Krankheitsüberzeugung und Förderung des Krankheitsgewinns beitrüge. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht auf deren Beurteilungen abgestellt.

6.3.

Zusammenfassend rechtfertigt sich vorliegend angesichts der rein funktionellen Natur des mit keinem objektivierbaren organischen Korrelat erklär-
baren Hemisyndroms links keine Versorgung mit einer Oberschenkelor-
these durch die IV. Die angefochtene Verfügung vom 9. April 2025
(VB 478) ist damit nicht zu beanstanden.

7.

7.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten
werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im
Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende
Verfahren betragen diese Fr. 400.00. Sie sind gemäss dem Verfahrensaus-
gang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

7.3.

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61
lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozi-
alversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf
Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 400.00 werden dem Beschwerdeführer auf-
erlegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim
Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung
mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom sieb-
ten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli
bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 8. Januar 2026

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

2. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Siegenthaler