

BL_GERICHTE 720 18 76/238 vom 30. August 2018

BL Gerichte, 2018-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_18_76_238

FR: BL_GERICHTE 720 18 76/238 du 30 août 2018

IT: BL_GERICHTE 720 18 76/238 del 30 agosto 2018

Regeste

Hilflosenentschädigung

Erwägungen

E. 1

Auf die form- und fristgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde vom 1. März 2018 ist einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle zu Recht die Hilflosenentschädigung mittleren Grades auf eine leichten Grades reduziert hat. 3.1 Gemäss Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Nach Art. 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist eine Person hilflos, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 IVG). 3.2 Das Gesetz unterscheidet zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG). Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf; wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. a-e IVV). Die Hilflosigkeit gilt gemäss Art. 37 Abs. 2 IVV als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (lit. a); sie in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden Überwachung bedarf (lit. b); oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (lit. c). 3.3 Nach ständiger Gerichtspraxis sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend: An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus) und

Kontaktaufnahme (BGE 133 V 463 E. 7.2, 127 V 97 E. 3c, 121 V 90 E. 3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 1. April 2004, I 815/03, E. 1). Weiter muss die Hilfe Dritter regelmässig und erheblich sein. Der Begriff der Erheblichkeit ist in Relation zu setzen zum zeitlichen Aufwand, den die Hilfsperson hat. Die Hilfe ist mithin insbesondere erheblich, wenn die versicherte Person mindestens die Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung überhaupt nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustandes nicht vornehmen würde (Urteil des EVG vom 18. April 2002, I 660/01, E. 2b/aa mit Hinweisen; Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 8026). Die Hilfe ist regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich benötigt oder eventuell täglich nötig hat (Robert Ettlín , Die Hilflosigkeit als versichertes Risiko in der Sozialversicherung [Hilflosigkeit], Freiburg 1998, S. 150). Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, wird nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 91 E. 3c). In diesem Sinne ist die Hilfe beispielsweise bereits erheblich bei Fortbewegung und Kontaktaufnahme, wenn sich die versicherte Person im oder ausser Haus nicht selbst fortbewegen kann oder wenn sie bei der Kontaktaufnahme Dritthilfe benötigt. Solange durch geeignete Massnahmen bei einzelnen Lebensverrichtungen die Selbstständigkeit erhalten werden kann, liegt diesbezüglich keine Hilflosigkeit vor (Robert Ettlín , Sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit [Selbstversorgungsfähigkeit], in: Haftpflicht und Versicherung [HAVE] 2003, S. 117 und Fn. 8). 3.4 Gemäss Art. 38 Abs. 1 IVV liegt ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann (lit. a), für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist (lit. b) oder ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (lit. c). Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit den in Abs. 1 erwähnten Situationen erforderlich ist. Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen vormundschaftlicher Massnahmen nach Art. 398-419 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 (Art. 38 Abs. 3 IVV). Nach der Rechtsprechung beinhaltet die lebenspraktische Begleitung weder die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege oder Überwachung. Vielmehr stellt sie ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar (BGE 133 V 466 E. 9). Sie ist notwendig, damit der Alltag selbstständig bewältigt werden kann, und liegt vor, wenn die versicherte Person auf Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen oder Anleitung zur Erledigung des Haushalts angewiesen ist. Bei ausserhäuslichen Verrichtungen ist die lebenspraktische Begleitung notwendig, damit die versicherte Person in der Lage ist, das Haus für bestimmte notwendige Verrichtungen und Kontakte (Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Kontakte mit Amtstellen oder Medizinalpersonen, Coiffeurbesuch, etc.) zu verlassen (KSIH Rz. 8050 f.; vgl. BGE 133 V 465 f. E. 8.2.3). Die Frage, ob eine entsprechende Hilfsbedürftigkeit besteht, ist objektiv, nach dem Zustand der

versicherten Person, zu beurteilen (BGE 133 V 461 E. 5 mit Hinweisen). Nicht erforderlich ist sodann, dass die lebenspraktische Begleitung durch fachlich qualifiziertes oder speziell geschultes Betreuungspersonal erbracht wird (KSIH Rz. 8047).

4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung - wie die Hilflosenentschädigung - wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 2 ATSG). Anlass zur Revision einer Rente oder einer anderen Dauerleistung gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Leistungsanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Leistung nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise die Hilfsbedürftigkeit erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn aus der Veränderung der Intensität und der Auswirkungen eines Leidens eine Verminderung oder Erhöhung des Arbeitsfähigkeitsgrades beziehungsweise der Hilflosigkeit resultiert (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C_261/2009, E. 1.2 und vom 28. August 2003, I 212/03, E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit respektive die Hilflosigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG dar.

4.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Beantwortung der Frage, ob eine erhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten ist, bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung mit einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und einer entsprechenden Beweiswürdigung beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 114 E. 5.4 mit Hinweis).

Vorliegend wurde der Versicherten mit Verfügung vom 27. Januar 2006 mitgeteilt, dass ihr eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades zustehe. Am 26. Januar 2018 erging die vorliegend angefochtene Verfügung, mit welcher der Versicherten nunmehr noch eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen wurde. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine erhebliche Änderung des Sachverhalts eingetreten ist, die eine revisionsweise Herabsetzung der bis anhin ausgerichteten Hilflosenentschädigung rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Januar 2006 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der strittigen Verfügung vom 26. Januar 2018.

5.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, er wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zu beachten ist jedoch, dass der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig ausschliesst, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle bzw. des Sozialversicherungsgerichts ist, für die Zusammentragung des

Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

5.2 Das Gericht hat die 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 also entscheidend, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.3 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. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.4 Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Verwaltung erforderlich. Erstere hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen, wobei bei Unklarheiten über physische und psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen in der Alltagspraxis Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig sind (BGE 130 V 61 f. E. 6.1.1). Damit dem Abklärungsbericht voller Beweiswert zukommt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Als Berichterstatter oder Berichterstatterin wirkt eine qualifizierte Person, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse hat sowie mit

den seitens der Medizin gestellten Diagnosen und den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen vertraut ist. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der lebenspraktischen Begleitung sein. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Genügt der Bericht über die Abklärung vor Ort den einzelnen rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen, greift das Gericht in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (vgl. BGE 130 V 63 E. 6.2, 133 V 468 E. 11.1.1, Urteil des Bundesgerichts vom 13. Januar 2017, 9C_562/2016, E. 4.1).

E. 6

Für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation bzw. für die Bemessung der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin stehen die nachfolgenden Unterlagen zur Verfügung:

E. 6.1

Dr. med. B.____, FMH Kardiologie und Innere Medizin, diagnostizierte mit Arztbericht vom 11. Juni 2003 eine systemische Sklerodermie. Die Versicherte sei aufgrund ihrer Erkrankung voll arbeitsunfähig.

E. 6.2

Gemäss dem am 11. Januar 2006 verfassten Abklärungsbericht der IV-Stelle des Kantons Solothurn sei die Beschwerdeführerin seit Mai 2004 sowohl beim An- und Auskleiden wie auch beim Baden und Duschen auf Dritthilfe angewiesen. Seit Januar 2005 bedürfe die Versicherte zudem beim Essen und seit August 2005 beim Waschen, Verrichten der Notdurft sowie bei der Fortbewegung im Freien der regelmässigen und erheblichen Hilfe.

E. 6.3

Im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle beim behandelnden Arzt, Dr. med. C.____, einen Bericht ein. Dieser diagnostizierte am 21. August 2015 eine Sklerodermie, die bereits seit 1995 bekannt war sowie eine Aortenklappensklerose mit Aorten- und Mitralinsuffizienz. Die Patientin sei seit 1992 vollständig arbeitsunfähig. Es bestehe eine ständige Schmerzsymptomatik und die Feinmotorik sei hochgradig eingeschränkt.

E. 6.4

Dr. med. D.____, FMH Allgemeinmedizin, vom Regionalen ärztlichen Dienst beider Basel (RAD) nahm am 5. Februar 2016 Stellung zum medizinischen Sachverhalt. Eine wesentliche Veränderung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands der Versicherten könne nicht nachvollzogen werden. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands mit resultierender IV-relevanter Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei auch nicht mehr zu erwarten, weshalb weitere Abklärungen nicht mehr notwendig seien.

E. 6.5

In der Folge führte der Abklärungsdienst der IV-Stelle am 19. Februar 2016 eine Hilflosigkeitsabklärung vor Ort durch. In seinem Bericht hielt er fest, dass die Versicherte weiterhin beim An- und Auskleiden sowie bei der Körperpflege auf Dritthilfe angewiesen sei. Zudem bedürfe die Versicherte weiterhin wie seit November 2003 bei der medizinischen Pflege Hilfe. Ein Anspruch auf lebenspraktische Begleitung sei jedoch zu

verneinen.

E. 6.6

Der Abklärungsdienst nahm am 14. März 2016 Stellung zur der im Einwandverfahren gemachten Kritik. Die im Einwand geschilderte Bedürftigkeit der Hilfe Dritter beim An- und Auskleiden und der Körperpflege sei im Abklärungsbericht berücksichtigt und angerechnet worden, weshalb diese Bereiche nicht weiter eingehend beschrieben werden müssten. Die Versicherte habe im Abklärungsgespräch angegeben, dass sie im Bereich des Haushaltes (Kochen, Wohnungsreinigung etc.) von der Spitex unterstützt werde. Die im Haushalt anfallenden Arbeiten und Aufgaben würden von ihr erkannt und so delegiert, dass die Spitex sich bei den wöchentlichen Besuchen gerade um das Dringendste zuerst kümmern könne. Eine Mithilfe im Haushalt könne aber gemäss den Bestimmungen des Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH), gültig ab 1.1.2015, Stand 1.1.2018, Rz. 8050 ff., nicht angerechnet werden, da die Versicherte weder bei der Tagesstrukturierung noch bei der Organisation der Haushaltes Hilfe benötige. Eine Abweichung zum Abklärungsbericht bestehe aber hinsichtlich der Fortbewegung im Freien. Die Versicherte habe bei der Abklärung vor Ort ausgesagt, sie könne das Haus zu Fuss auch alleine verlassen. Sie gehe auch regelmässig bis zu fünf Stunden am Stück zu Fuss. Diverse Termine wie Arzt oder Coiffeurbesuche in Basel und Umgebung würden alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wahrgenommen. Dies tue sie regelmässig und ohne Begleitung. Einzig während einer akuten Schubphase, welche unregelmässig auftrete, sei sie auf die Begleitung und Hilfe ihres Partners angewiesen. Dann habe sie so starke Schmerzen, dass sie sich nur sehr langsam und mühsam fortbewegen könne, weshalb sie von ihrem Partner im Auto chauffiert werde. Die Schübe träten in unregelmässigen Abständen auf und würden je nach Wetter und gesundheitlicher Verfassung einige Wochen bis zu ein bis zwei Monaten andauern. Im Winter würden diese länger andauern als im Sommer. Da die Hilfe im Bereich der Fortbewegung im Freien nicht regelmässig erfolgen würde, weil die Versicherte in der Lage sei, ausserhalb der Schubphasen sich selbstständig fortzubewegen, sei das Kriterium der Regelmässigkeit gemäss Rz. 8025 KSIH nicht erfüllt. Die Dritthilfe in diesem Bereich könne deshalb nicht anerkannt werden. Insgesamt sei nach Ansicht der Abklärungsperson die Dritthilfe in den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen vor Ort mit der Versicherten gemeinsam detailliert besprochen und gemäss ihrer Aussagen festgehalten worden. Die Dritthilfe sei gemäss den Kriterien des KSIH korrekt bemessen und angerechnet worden. Hiernach sei die Versicherte in zwei Bereichen (An- und Auskleiden sowie Körperpflege) weiterhin auf erhebliche und regelmässige Dritthilfe angewiesen, was eine Hilflosigkeit leichten Grades ergebe. Es werde deshalb am Abklärungsbericht vom 19. Februar 2016 festgehalten.

E. 6.7

Im Rahmen des Einwands der Beschwerdeführerin äusserte sich Dr. C.____ mit Bericht vom 29. Februar 2016 folgendermassen zum medizinischen Sachverhalt: Seine Patientin leide an einer diffusen systemischen Sklerose (ED 1993) mit Sklerodaktylie, Kontrakturen und Rattenbissläsionen und sei deshalb dringend auf die bis dato gewährte Hilflosenentschädigung angewiesen.

E. 6.8

Dr. D.____ hielt daraufhin mit Bericht vom 23. März 2016 aus medizinischer Sicht fest, dass der tatsächliche Hilfebedarf am besten anhand einer fachgerechten Abklärung vor Ort

durch eine hierfür versierte Fachperson festgestellt werden könne; dies vor allem anhand der Angaben der versicherten Person über die notwendigen, tatsächlich geleisteten Hilfeleistungen, unter Erfassung der Wohnverhältnisse und unter Beachten der gesetzlichen und juristischen Vorgaben. Es sei grundsätzlich festzustellen, dass zur Beurteilung einer allfälligen Hilflosenentschädigung in erster Linie nicht die medizinischen Befunde ausschlaggebend seien, sondern die verbliebene Funktionalität, und wie es die betroffene Person gelernt habe, mit ihren Beschwerden und der verbliebenen Funktionalität umzugehen. In der Regel würden behinderte Personen bei einem im wesentlich unveränderten Gesundheitszustand lernen, mit ihrer Behinderung besser umzugehen. Daraus resultiere eine verbesserte Selbstständigkeit. Der notwendige Hilfebedarf einer versicherten Person könne durch einen behandelnden Arzt (der meist nur wenige Kenntnisse von den versicherungsrechtlichen Vorgaben habe) in der Regel nur grob eingeschätzt werden. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen seien zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der resultierenden Hilflosigkeit ausreichend (zusammen mit den vor Ort festgestellten Verhältnissen und den Angaben der Versicherten). Eine zusätzliche Abklärung sei deshalb nach Ansicht von Dr. D.____ nicht notwendig bzw. weiterführend. Zusammenfassend bestünden hinsichtlich der Abklärung der Hilflosigkeit der Versicherten vom 19. Februar 2016 und der Stellungnahme vom 14. März 2016 aus medizinischer Sicht keine wesentlichen Einwände.

E. 6.9

Am 17. Juli 2016 nahm der behandelnde Arzt, Dr. C.____, erneut Stellung zum Gesundheitszustand der Versicherten. Bei seiner Patientin sei seit 20 Jahren eine systemische Sklerodermie bekannt. Die Krankheit sei progredient. Es bestehe bei der Patientin ein Raynaud-Syndrom mit Rattenbissläsionen, multiplen digitalen Ulzera an den Händen und Füßen. Vor kurzem seien die Zehen II und III linksseitig amputiert worden (Wundkontrolle 15. Juli 2016). Seine Patientin bedürfe beim An- und Ausziehen Hilfe. Weiter bestünden aufgrund von Kontrakturen rezidivierende Schmerzen. Beim Aufstehen, Absetzen und Liegen bedürfe die Versicherte immer wieder Hilfestellungen, da ihr Körper leicht versteife und sie dadurch das Gleichgewicht verliere. Die Handgelenke seien beidseits versteift, so dass sie nur mit Spezialbesteck essen könne. Das Zerkleinern von Fleisch sei ihr nicht möglich, da ihr einerseits die Kraft fehle und andererseits durch die versteiften Fingergelenke keine Koordination gegeben sei. Die Versicherte müsse dreimal täglich flüssige Ergänzungsnahrung zu sich nehmen, um den täglichen Nahrungsbedarf abzudecken. Bei der Körperpflege bedürfe sie ebenfalls Hilfe, da die Waschutensilien von einer Pflegeperson bereitgestellt werden müssten. Ebenso sollten ihre Hände keinen direkten Wasserkontakt haben. Zudem sei der Versicherten eine längere Gehstrecke bzw. das Gehen und Stehen in einem zeitlichen Umfang von über fünf Stunden mit Sicherheit nicht möglich.

E. 6.10

Dr. D.____ befand am 31. August 2016, dass durch die am 30. Juni 2016 durchgeführte Operation am linken Fuss keine wesentliche bzw. längerfristige zusätzliche Auswirkung auf die Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit nachvollzogen werden könne. Hinsichtlich der Stellungnahme von Dr. C.____ vom 17. Juli 2016 zur Hilfsbedürftigkeit könne bezüglich der möglichen Gehstrecke kein Widerspruch zur Abklärung vom 19. Februar 2016 nachvollzogen werden. Auch die Augenproblematik am rechten Auge führe zu keiner wesentlichen zusätzlichen Auswirkung auf die Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit.

E. 6.11

Der Abklärungsdienst der IV-Stelle fasste aufgrund der neuerlichen Kritik der Versicherten mit Bericht vom 9. November 2016 die Ergebnisse der Abklärung zusammen. Er hielt dabei fest, dass die nachträglich im Bereich der Verrichtung der Notdurft geltend gemachte Mühe bei der Intimreinigung und der Verlangsamung keine Dritthilfe im Sinne des KSIH rechtfertige. Zudem sei der Versicherten im Rahmen der Schadenminderungspflicht nach Rz. 3089 KSIH der Einsatz einer WC-Dusche (Closomat) zumutbar. Die von der Rechtsvertreterin verlangte Stellungnahme durch die behandelnden Ärzte (vgl. Bericht von Dr. D.____ vom 23. März 2016) sei bereits erfolgt. In dieser sei die Selbstständigkeit der Versicherten in diesem Bereich festgestellt worden. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die von der Rechtsvertreterin geltend gemachten Argumente zu keiner Änderung der Beurteilung der vor Ort festgestellten Hilflosigkeit führe. Die nachträglich geltend gemachte Diskrepanz zwischen den Aussagen der Versicherten am Abklärungsgespräch und im Rahmen des Einwands könne nicht nachvollzogen werden.

E. 6.12

Am 25. Oktober 2017 hielt der Abklärungsdienst in seinem Bericht fest, dass nach eingehender Analyse der medizinischen Unterlagen keine leistungsrelevante Veränderung der Hilflosigkeit festgestellt werden könne. Die Anfrage bei den direkt involvierten und unterstützenden Personen (Acasa, Spitex), welche die Versicherte im Anschluss an den stationären Aufenthalt im Kantonsspital Y.____ vom 17. Juni 2016 bis 18. Juni 2016 betreut hatten, hätte eine vorübergehende, zweiwöchige Verschlechterung ergeben. Anschliessend sei die Ausgangslage im Sinne der Hilflosenentschädigung dieselbe wie vor dem stationären Aufenthalt gewesen. Im Ergebnis könne keine Veränderung der gesundheitlichen Situation nachvollzogen werden. Die Versicherte sei in zwei Bereichen der alltäglichen Lebensverrichtung auf Dritthilfe angewiesen, was einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades rechtfertige.

E. 6.13

Dr. D.____ äusserte sich am 8. Dezember 2017 nochmals abschliessend zur Problematik der Hilflosigkeit der Versicherten. Es sei zwar unbenommen, dass die Versicherte unter einer schweren systemischen Erkrankung leide, was sich wesentlich auf ihre Funktionalität und ihren Alltag auswirke. Jedoch sei - wie bereits am 23. März 2016 - grundsätzlich festzustellen, dass zur Beurteilung einer allfälligen Hilflosenentschädigung in erster Linie nicht die medizinischen Befunde ausschlaggebend seien, sondern die verbliebene Funktionalität, und wie die betroffene Person gelernt habe, mit ihren Beschwerden und der verbliebenen Funktionalität umzugehen. In der Regel würden behinderte Personen bei einem im wesentlich unveränderten Gesundheitszustand lernen, mit ihrer Behinderung besser umzugehen, mit resultierender verbesserter Selbstständigkeit. Der notwendige Hilfebedarf einer versicherten Person könne durch einen behandelnden Arzt (der meist nur wenige Kenntnisse von den versicherungsrechtlichen Vorgaben habe) in der Regel nur grob eingeschätzt werden. Deshalb sei erneut festzustellen, dass gegen die Abklärung der Hilflosigkeit der Versicherten vom 19. Februar 2016 und gegen die Stellungnahme vom 14. März 2016 aus medizinischer Sicht keine wesentlichen Einwände bestünden. 7.1 Streitig ist, ob sich der Gesundheitszustand und - damit einhergehend - der Grad der Hilflosigkeit der Versicherten seit Januar 2006 tatsächlich in einer anspruchserheblichen Weise verbessert hat. Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Bereich An- und Auskleiden sowie Körperpflege regelmässig und in erheblichem Masse

auf Dritthilfe angewiesen ist. Auf diese Punkte ist daher im Folgenden nicht weiter einzugehen. Hingegen ist insbesondere fraglich, ob die Versicherte in den anderen alltäglichen Lebensverrichtungen (Verrichten der Notdurft, Fortbewegung und Essen) auf Dritthilfe angewiesen ist. 7.2 In ihrer leistungsreduzierenden Verfügung vom 26. Januar 2018 stützte sich die IV-Stelle auf den Abklärungsbericht vom 19. Februar 2016. Die Beschwerdegegnerin ist der Ansicht, dass dieser alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Voraussetzungen erfülle. Die Abklärungen seien von einer qualifizierten Person vorgenommen, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner diagnostizierten Beeinträchtigungen sich ergebenden Einschränkungen und Hilfsbedürftigkeiten gehabt habe. Rückfragen an die behandelnden Ärzte seien vorgenommen worden, wobei der RAD keine Unklarheiten über physische Störungen angesichts der erhobenen, medizinischen Verhältnisse aus dem Abklärungsbericht vom 19. Februar 2016 habe feststellen können. Insgesamt ist die Beschwerdegegnerin der Meinung, dass der Abklärungsbericht alle Angaben der die Pflege leistenden Personen wiedergebe. Der Berichtstext sei ferner plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie der tatbestandsmässigen Erfordernisse der dauernden Überwachung und Pflege. Schliesslich stehe er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben. Ihm komme daher voller Beweiswert zu, selbst wenn dieser aus dem Jahr 2016 stammt. 7.3. Vorab ergibt sich gestützt auf die vorliegenden Akten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitraum (vgl. oben, E. 5.1 hievon) in medizinischer Hinsicht kaum verbessert bzw. deren Hilflosigkeit sich kaum vermindert hat. Entgegen der Sichtweise der IV-Stelle kann dem Abklärungsbericht vom 19. Februar 2016, auf den sich die Verfügung zur Senkung der Hilflosenentschädigung stützt, vorliegend kein ausschlaggebender Beweiskraft beigemessen werden, denn er erweist sich in einzelnen Punkten als unvollständig bzw. nicht überzeugend. So werden zwar die Namen der behandelnden Ärzte sowie die Diagnosen und die von der Beschwerdeführerin eingenommenen Medikamente im Bericht aufgeführt. Es bleibt jedoch - wie die Beschwerdeführerin zu Recht behauptet - unklar, ob der Abklärungsperson die ärztlichen Berichte und Einschätzungen vorlagen bzw. ob diese davon Kenntnis hatte, wie dies von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangt wird (siehe die Hinweise zur Rechtsprechung in E. 5.1), da im ganzen Bericht keine entsprechenden Bezüge darauf genommen werden. So beschränkt sich der Abklärungsbericht vom 19. Februar 2016 hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der früheren Abklärung vom 10. Januar 2006 auf die Schlussbemerkung, dass die damals festgehaltene Dritthilfe aufgrund der Abklärung vor Ort und den Aussagen der versicherten Person nicht nachvollzogen werden könne. Die Abklärungsperson geht in ihrem Bericht jedoch in keinsten Weise darauf ein, inwiefern die damals anerkannten Einschränkungen nicht mehr bzw. nicht mehr in demselben Umfang bestehen sollen. 7.4 Weiter sind die Ausführungen im Abklärungsbericht zu den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht nachvollziehbar und teilweise widersprüchlich. So wird auf der einen Seite eine Hilfsbedürftigkeit im Bereich An- und Auskleiden mit der Begründung, dass die versicherte Person in der Handgelenksbewegung eingeschränkt sei, bejaht. Sie könne Reissverschlüsse und Knöpfe weder selbstständig schliessen bzw. zuknöpfen noch diese halten und fixieren. Auf der anderen Seite wird aber - dieser Beurteilung widersprechend - bezüglich des Verrichtens der Notdurft vermerkt, dass die Beschwerdeführerin ihre Kleidung selbstständig richte sowie einfache, locker sitzende Kleidung selbstständig zuknöpfen, weshalb in diesem Bereich keine Dritthilfe erforderlich sei.

7.5 Zu beachten ist im Weiteren der Bericht des behandelnden Arztes Dr. C.____ vom 17. Juli 2016, der Zweifel an den Feststellungen des Abklärungsberichts zu den Bereichen Fortbewegung im Freien und Essen hervorruft. Hinsichtlich des Bereichs Essen wird nicht näher dargelegt, inwiefern die feinmotorischen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin, welche beim An- und Auskleiden als unzureichend angesehen werden, bei den Tätigkeiten während des Essens, wie z.B. dem Zerkleinern von Fleisch oder dem Streichen eines Butterbrotes gegeben sein sollen. Bezüglich dieser Frage steht die Einschätzung im Abklärungsbericht in Widerspruch zur ärztlichen Beurteilung von Dr. C.____, der festhält, dass die Beschwerdeführerin nur mit Spezialbesteck essen könne und dass es ihr aufgrund der fehlenden Kraft sowie der versteiften Finger nicht möglich sei, Fleisch zu zerkleinern. Ebenso steht die Ausführung der Abklärungsperson zum Bereich Fortbewegung im Freien, wonach die Beschwerdeführerin ausgesagt habe, dass sie ausserhalb des Hauses bis zu maximal fünf Stunden am Tag gehen könne, in Widerspruch zur Einschätzung von Dr. C.____, welcher der Ansicht ist, dass der Versicherten eine längere Gehstrecke bzw. Gehen und Stehen in einem zeitlichen Umfang von über fünf Stunden mit Sicherheit nicht möglich sei. Hinsichtlich dieser Frage ist sodann auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach bei Bestehen von Diskrepanzen zwischen der ärztlichen Fremdeinschätzung und den Eigenangaben der Versicherten, wie vorliegend zur Frage der Fortbewegung im Freien, der ärztlichen Einschätzung entscheidendes bzw. höheres Gewicht zukommt und auf diese abzustellen sei (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2015, 8C_464/2015, E. 5.2; Urteil des Sozialversicherungsgerichts Zürich vom 15. November 2017, IV.2017.01038, E. 5.2). Schliesslich widerspricht die Beurteilung von Dr. D.____ vom 5. Februar 2016, wonach keine wesentliche IV-relevante Veränderung respektive Verbesserung des Gesundheitszustands nachvollzogen werden könne, den Ergebnissen des bestrittenen Abklärungsberichts. Insgesamt lassen auch der von Dr. C.____ genannte progrediente Krankheitsverlauf der Versicherten und der inzwischen eingetretene verschlechterte Gesundheitszustand (z.B. der Amputation zweier Zehen) an den Ergebnissen des Abklärungsberichts zweifeln. Die Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin kann folglich aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.3 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden. Die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2018 ist aus diesem Grund aufzuheben und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. 8.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.). 8.2 Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung des Anspruchs der Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung vorgenommen hat (vgl. E. 7.5 hiervor) und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese hat den Gesundheitszustand und die Hilflosigkeit der Versicherten

gutachterlich neu abzuklären. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen medizinischen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Anspruch der Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung neu zu befinden haben. 8.3 Aus dem Gesagten folgt, dass die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2018 aufzuheben und die Beschwerde der Versicherten vom 1. März 2018 insofern gutzuheissen ist, als die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen im Bereich der Fortbewegung, Essen und Verrichten der Notdurft vornimmt. Weiter ist abzuklären, ob die Versicherte auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Gestützt auf die Abklärungen wird die Vorinstanz darauf neu über den Leistungsanspruch der Versicherten verfügen. Sie wird dabei eine andere Abklärungsperson einzusetzen haben. 9.1 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 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. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Beim Entscheid über die Verlegung der Prozesskosten ist somit grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. In casu ist die Beschwerdeführerin mit ihren Rechtsbegehren teilweise durchgedrungen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. 9.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Beschwerdeführerin als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 4. Juni 2018 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 10.1 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 96.80. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung von Fr. 2'823.70.- (10.1 Stunden à Fr. 250.- und Auslagen von Fr. 96.80 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 10.1 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 wieder gutzumachenden 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 einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen

Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. 10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid 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 : ://:

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