

BL_GERICHTE 720 2014 149 / 193 vom 18. Mai 2010

BL Gerichte, 2010-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2014_149___193

FR: BL_GERICHTE 720 2014 149 / 193 du 18 mai 2010

IT: BL_GERICHTE 720 2014 149 / 193 del 18 maggio 2010

Regeste

Hilflosenentschädigung

Erwägungen

E. 1

Die Sachurteilsvoraussetzungen sind vorliegend erfüllt, so dass auf die Beschwerde einzutreten ist. 2.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet in formeller Hinsicht, die IV-Stelle habe es unterlassen, ihr den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens beim Abklärungsdienst eingeholten Bericht vom 18. Dezember 2013 zur Stellungnahme zuzustellen. Damit habe sie das rechtliche Gehör verletzt. Bei diesem Einwand handelt es sich um eine Rüge formeller Natur. Sollte sich diese als begründet erweisen, kann dies zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung führen, ohne dass die Angelegenheit materiell beurteilt würde. Der betreffende Einwand ist deshalb vorab zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2009, 8C_951/2008, E. 3). 2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht der betroffenen Person, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 f. E. 3.1 mit zahlreichen Hinweisen). Der Gehörsanspruch im Vorbescheidverfahren richtet sich nach Art. 57a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 und wird durch Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 konkretisiert. Das rechtliche Gehör in diesem Sinne wurde der Versicherten mit Eröffnung des Vorbescheides gewährt; sie hatte sich am 6. Mai 2013 ausführlich dazu vernehmen lassen können. 2.3 Es ist unbestritten, dass die IV-Stelle der Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2014 den Bericht des Abklärungsdienstes vom 18. Dezember 2013 nicht zur Kenntnis brachte. Damit hat sie das rechtliche Gehör verletzt, wenn auch nicht derart schwerwiegend, dass eine Rückweisung zu nochmaligem Entscheid unter Einhaltung der verfahrensmässigen Anforderungen gerechtfertigt wäre. Die Rechtsprechung lässt eine Heilung einer nicht schwer wiegenden Gehörsverletzung – wovon im vorliegenden Fall auszugehen ist – dort zu, wo die betroffene Person die Möglichkeit hat, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 2. Aufl.,

Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 42 N 9 f.). Die Beschwerdeführerin konnte sich im vorliegenden Verfahren, in welchem das Kantonsgericht sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, zum Abklärungsbericht vom 18. Dezember 2013 äussern, weshalb die Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt erachtet werden kann.

E. 3

Materiell streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung.

E. 3.1

Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Nach Art. 9 ATSG 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. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG).

E. 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 IVG angewiesen ist (lit. c). Gemäss Art. 37 Abs. 1 IVV gilt die Hilflosigkeit als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist.

E. 3.3

Nach ständiger Gerichtspraxis sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend: Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme (BGE 133 V 463 E. 7.2, 127 V 97 E. 3c, 121 V 90 E. 3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] 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 (AHI-Praxis 1996 S. 171 f. E. 3; Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1981 S. 388 f. E. 2a). 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 90 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 Selbständigkeit erhalten werden kann, liegt diesbezüglich keine Hilflosigkeit vor (Robert Ettlin, Sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit [Selbstversorgungsfähigkeit], in: HAVE 2003, S. 117 und Fn. 8).

E. 3.4

Die Hilflosigkeit ist dauernd, wenn sich der die Hilflosigkeit begründende Zustand weitgehend stabilisiert und im Wesentlichen irreversibel ist. Ferner ist die dauerhafte Hilflosigkeit gegeben, wenn sie während eines Jahres ohne Unterbruch bestanden hat und voraussichtlich weiter andauern wird (vgl. BGE 137 V 357 ff. E. 4.1 ff., 105 V 67 E. 2). Das Kriterium der Dauerhaftigkeit betrifft die Stabilität und Irreversibilität der gesundheitlichen Beeinträchtigung (früher noch unter dem nicht wirtschaftlich zu verstehenden Begriff "Invalidität" vgl. BGE 137 V 359 E. 4.3, 133 V 45 f. E. 3.4). Die benötigte Hilfe in den alltäglichen Lebensverrichtungen ist regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich benötigt oder eventuell täglich nötig hat. Als erfüllt ist das Erfordernis der Regelmässigkeit jeweils dann zu betrachten, wenn die Hilfeleistungen für die jeweilige Lebensverrichtung in bestimmten Zeitabständen immer wieder benötigt werden. Dies ist beispielsweise auch zu bejahen bei Anfällen, die zuweilen bloss alle zwei bis drei Tage, jedoch unvermittelt und oft auch täglich oder mehrmals täglich erfolgen (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2014, Rz. 8025; ZAK 1986 S. 490 E. 3c). Die lebenspraktische Begleitung ist regelmässig, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens zwei Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 133 V 461 f. E. 6.2; KSIH Rz. 8053). Damit wird eine minimale durchschnittliche Intensität an lebenspraktischer Begleitung normiert. Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung soll nach der Wertung des Gesetzgebers nicht bereits bei jeder Form und Dauer der Inanspruchnahme lebenspraktischer Begleitung gegeben sein, sondern vielmehr einen bestimmten minimalen Schweregrad der Hilflosigkeit voraussetzen, damit eine entsprechende Entschädigung der Invalidenversicherung gerechtfertigt ist (BGE 133 V 362 E. 6.2).

E. 3.5

Sowohl bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen als auch bei der Hilflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung 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 E. 6.1.1). Dies kann vor allem bei Beeinträchtigungen der geistigen oder psychischen Gesundheit angezeigt sein, da es für die Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (vgl. BGE 133 V 468 E. 11.1.1; vgl. auch: Urteile des Bundesgerichts vom 5. September 2011, 9C_201/2011, E. 2, und vom 13. Juni 2008, 8C_671/2007, E. 3.2.1; jeweils mit weiteren Hinweisen). Damit dem Abklärungsbericht voller Beweiswert zukommt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Als Berichterstellerin 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. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen im Bericht aufzuzeigen sind. 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 (BGE 133 V 468 E. 11.1.1, 130 V 63 E. 6.2).

4.1.1. Die Beschwerdeführerin machte in der Anmeldung zur Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung vom 20. Juli 2011 geltend, dass sie seit Januar 2011 bei der Körperpflege, namentlich bei der Pedicure, der Manicure, beim Baden und Duschen, sowie bei der Fortbewegung im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte auf die Hilfe Dritter angewiesen sei. Zudem benötige sie beim täglichen Verabreichen der Medikamente dauernde medizinischpflegerische Hilfe. Auch für die Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung sei eine Begleitung nötig. Im Beiblatt zum Anmeldeformular vom 8. August 2011 gab die behandelnde Ärztin Dr. med. C., FMH Allgemeine Innere Medizin, an, dass die Angaben der Beschwerdeführerin über die Hilflosigkeit mit ihren medizinischen Feststellungen übereinstimmen würden. Den gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin beurteilte sie als besserungsfähig.

4.1.2. Zur Abklärung der Hilflosigkeit holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht ihres Abklärungsdienstes ein. Die Abklärung wurde am 4. April 2012 in der Organisation B. durchgeführt. Die mit der Abklärung betraute Person führte ein Gespräch mit der Beschwerdeführerin, deren Beiständin und der Bezugsperson der Organisation B.. Aus dem Abklärungsbericht vom 26. April 2012 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin einzig beim Baden und Duschen auf direkte oder indirekte regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen sei. Die Situation habe sich in diesem Bereich in den letzten Monaten verschlechtert. Die Versicherte könne trotz Badewannenbrett und Einstiegshilfe nur an Tagen duschen, an welchen es die Schmerzen zulassen würden, in die Badewanne zu steigen. Dies sei circa einmal die Woche der Fall. An den anderen Tagen müsse sie sich am Lavabo waschen. Die Ganzkörperwäsche erledige sie mehr schlecht als recht. Es wäre Hilfe beim Duschen notwendig. Die Versicherte wehre sich jedoch dagegen. Es würde mit der Vermieterin der Wohnung abgeklärt, ob eine bauliche Massnahme möglich wäre und anstelle der Badewanne eine Dusche montiert werden könnte. Weiter bedürfe die Versicherte beim Richten der Medikamente Hilfe und die Einnahme müsse kontrolliert werden. Zudem ist dem Bericht zu

entnehmen, dass die Versicherte das Mittagessen täglich in der Organisation B. einnehme, was auch eine Isolation verhindere. Vor, nach und während des Essens würden Termine und die Tagesabläufe, Alltagsprobleme, Korrespondenzen und Fragen zur Gesundheit und Hygiene besprochen. Ausserdem würde die Versicherte wöchentlich in ihrer Wohnung besucht und dabei auch die anfallenden Hausarbeiten besprochen. Sie müsse zwei bis drei Mal pro Woche zur Therapie oder zum Arzt. Auch für den wöchentlichen Grosseinkauf benötige sie Hilfe. Die Frage, ob die Versicherte wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung dauernd und regelmässig auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen sei, wurde mit „ja“ und mit „nein“ beantwortet. Insgesamt sei die Versicherte während rund acht Stunden pro Woche auf Begleitung von Betreuungspersonen der Organisation B. angewiesen. Der Aufwand übersteige aber bei weitem das Ausmass, bei welchem noch von einem selbstständigen Wohnen gesprochen werden könne. Die Versicherte lebe in einer von der Organisation B. gemieteten Wohnung zur Untermiete. Zudem seien ein Begleitvertrag abgeschlossen und im Jahr 2011 über 400 Begleitstunden abgerechnet worden. Dem beigelegten Begleitvertrag vom 7./9. November 2009 ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnexternate regelmässig begleitet werden. Die Begleitung würde individuell vereinbart. Nichteinhaltung könne zur sofortigen Rückplatzierung ins Stammhaus führen. Die Versicherte sei verpflichtet, täglich ihre Medikamente in der Organisation B. zu beziehen und das Mittagessen einzunehmen. Das Taschengeld werde wöchentlich bezogen. Der Grundbedarf betrage monatlich Fr. 1'587.50. Von diesem Betrag würden Fr. 237.50 in Reserve genommen. Mit den verbleibenden Fr. 1'350.-- würde zusammen mit der Bezugsperson ein monatliches Budget erstellt. Die Versicherte erkläre sich mit den Vorschriften über die Haustierhaltung einverstanden. Bei Nichteinhaltung der Vereinbarungen müsse der Hund ins Tierheim. 4.2.1. Im Antrag auf Hilflosenentschädigung vom 10. Dezember 2012 machte die Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Am 11. Dezember 2012 bestätigte Dr. C. – unter Verweis auf zwei Hospitalisationen im Kantonsspital X. vom 8. bis 27. Juni 2012 und vom 2. bis 10. Juli 2012 (Berichte vom 29. Juni 2012 und 12. Juli 2012) sowie einem stationären Aufenthalt in der Klinik Y. vom 10. Juli bis 30. August 2012 (Bericht vom 26. Juli 2012) –, dass es bei der Versicherten in den letzten Monaten zu einer psychischen und somatischen Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei. Die Versicherte leide unter verstärkten lumboradikulären Schmerzen und es sei wiederholt zu depressiven Symptomen mit Angstzuständen gekommen. Aus diesem Grund sei die Versicherte in den letzten Monaten auf eine intensive Betreuung durch das Personal der Organisation B. angewiesen gewesen. So seien regelmässig mindestens einmal wöchentlich Kriseninterventionen erforderlich gewesen. Weiter sei die Versicherte auf Begleitung beim Einkaufen und bei Arztbesuchen sowie auf Hilfe bei der Pflege sozialer Kontakte angewiesen gewesen. Einmal täglich erfolge die Einnahme einer Mahlzeit in der Organisation B. . Auch bei der Erledigung der finanziellen Verpflichtungen sei die Versicherte auf Hilfe angewiesen. 4.2.2. Am 12. März 2013 hielt Dr. med. D. , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, fest, dass sich die im Bericht von Dr. C. vom 11. Dezember 2012 beschriebene Unterstützungsbedürftigkeit über weite Strecken mit den Angaben im Abklärungsbericht vom 26. April 2012 decken würde. Zwar seien eine vorübergehende somatische Verschlechterung und psychische Krisen aufgetreten, während derer die Versicherte vermehrt Hilfe benötigt habe. Hinreichende Hinweise auf eine anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes würden aber nicht vorliegen. Ob die Versicherte nunmehr auch

bei der Erledigung der finanziellen Verpflichtungen auf Hilfe angewiesen sei, müsse abgeklärt werden. 4.2.3 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens holte die IV-Stelle einen weiteren Bericht ihres Abklärungsdienstes ein. Die Abklärung wurde am 17. Dezember 2013 telefonisch mit der Betreuerin der Versicherten durchgeführt. Gemäss Bericht vom 18. Dezember 2013 ist die Versicherte in keiner allgemeinen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf Hilfe Dritter angewiesen. Nach der zwischenzeitlich durchgeführten Operation hätten sich Gefühl und Kraft in den Händen erheblich verbessert. Die Versicherte könne sich heute selbstständig an- und ausziehen. Ebenso wechsle sie die Kleider selbstständig und unaufgefordert. Auch beim Essen, der Körperpflege und bei der Verrichtung der Notdurft bestünde keine Hilfsbedürftigkeit. Mittels Haltegriffen und einem Hocker könne die Versicherte selbstständig in die Badewanne steigen, duschen und die Haare waschen. Sie sei selbstständig mit dem Rollator unterwegs und pflege regelmässig Kontakt mit den Bewohnern der Organisation B., Nachbarn und Verwandten. Die Versicherte benötige weiterhin Hilfe beim Richten der Medikamente. Sie verbringe täglich mehrere Stunden alleine in der Wohnung. Es bestünde keine Eigen- oder Fremdgefährdung. Insgesamt betrage der Aufwand für die Betreuung der Versicherten durch die Betreuungsperson der Organisation B. circa 40 Stunden pro Monat. Dieser Aufwand übersteige bei weitem das Ausmass, bei welchem noch von einem selbstständigen Wohnen gesprochen werden könne. 5.1. Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2014 vollumfänglich auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. D. vom 12. März 2013 und die Abklärungsberichte vom 26. April 2012 und 18. Dezember 2013. Sie ging in der Folge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht dauernd verschlechtert habe und sich die im Bericht von Dr. C. vom 11. Dezember 2012 beschriebene Unterstützungsbedürftigkeit über weite Strecken mit den Angaben im Abklärungsbericht vom 26. April 2012 decken würde. Ausserdem ging sie davon aus, dass der Aufenthalt in der Organisation B. resp. in einer Aussenwohnung desselben als Wohnform mit Heimstatus zu qualifizieren sei, weshalb ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung entfalle. Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass der erste Abklärungsbericht vom 26. April 2012 nicht in allen Teilen nachvollziehbar sei und derjenige vom 18. Dezember 2013 nicht vollständig ausgefüllt sei; zudem beruhe dieser Bericht weder auf einer Abklärung vor Ort noch sei er in ihrem Beisein durchgeführt worden. Folglich seien beide Berichte nicht beweistauglich. Ihre Wohnung werde zwar von der Organisation B. angemietet. Sie befinde sich aber in einer Liegenschaft, die ansonsten nicht im Einflussbereich der Organisation B. sei. Durch diese Wohnform werde ein Heimeintritt verhindert. 5.2. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin erfüllen die Abklärungsberichte vom 26. April 2012 und 18. Dezember 2013 alle von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen (vgl. E. 3.5 hiervor). Unklarheiten über physische und psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen in der Alltagspraxis, die weitere Abklärungen erfordern würden, sind keine ersichtlich. Weiter ist mit der IV-Stelle zu Recht davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten nach der Abklärung vor Ort am 4. April 2012 nicht andauernd verschlechtert hatte und sich die im Bericht von Dr. C. vom 11. Dezember 2012 beschriebene Unterstützungsbedürftigkeit über weite Strecken mit den Angaben im Abklärungsbericht vom 26. April 2012 deckt. Auch wenn der Bericht vom 18. Dezember 2013 nicht auf einer (erneuten) Abklärung vor Ort, sondern stattdessen auf einer telefonischen Unterredung mit der Betreuerin der Beschwerdeführerin beruht, besteht mit Blick auf die bisherigen Abklärungen und vorliegenden Akten kein Anlass, an den Angaben im Abklärungsbericht

vom 13. Dezember 2015 zu zweifeln. Zunächst gibt der aktuelle Abklärungsbericht vom 18. Dezember 2013 die Angaben der Betreuerin der Beschwerdeführerin detailliert wieder. Da diese mit der persönlichen und gesundheitlichen Lage der Beschwerdeführerin bestens vertraut ist, kann davon ausgegangen werden, dass sie die für die Hilfsbedürftigkeit massgebenden Umstände wahrheitsgetreu vollständig wiedergab. Schliesslich ist der Berichtstext plausibel ausgefallen; er gibt einen umfassenden Eindruck über die im Alltag der Versicherten bestehenden, gesundheitlichen Probleme und deren Bewältigung. Eigentliche Widersprüche, die die Beweistauglichkeit des Berichts in Frage stellen könnten, sind entgegen der vorgebrachten Argumentation der Beschwerdeführerin keine auszumachen. Soweit sie geltend macht, bei der Körperpflege eingeschränkt zu sein, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie die Hilflosigkeit für diese Lebensverrichtung nicht hinreichend substantiierte und weder im Verwaltungsverfahren noch im Verfahren vor Kantonsgericht entsprechende aussagekräftige ärztliche Unterlagen einreichte, die eine benötigte erhebliche Hilfe Dritter hinreichend nachweisen würden. Mangels offensichtlicher Fehleinschätzungen stellen die Abklärungsberichte vom 26. April 2012 und 18. Dezember 2013 zuverlässige Entscheidungsgrundlagen dar, weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt. Folglich ist davon auszugehen, dass die Versicherte im Zeitpunkt der Abklärung vom 17. Dezember 2013 in keiner alltäglichen Lebensverrichtung auf Dritthilfe angewiesen ist. 5.3 Nach Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV ist die Hilflosigkeit zu bejahen, wenn die versicherte Person einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf (vgl. E. 3.2 hiervor). Praxisgemäss bezieht sich das Erfordernis der Pflege nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Es handelt sich vielmehr um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, die infolge des physischen oder psychischen Zustandes der versicherten Person notwendig ist (BGE 106 V 158). Eine Pflege kann aus verschiedenen Gründen aufwändig sein. Sie ist es nach einem quantitativen Kriterium, wenn sie einen grossen Zeitaufwand erfordert oder besonders hohe Kosten verursacht. In qualitativer Hinsicht kann sie es sein, wenn die pflegerischen Verrichtungen unter erschwerenden Umständen zu erfolgen haben, so etwa, weil sich die Pflege besonders mühsam gestaltet oder die Hilfeleistung zu aussergewöhnlicher Zeit zu erbringen ist. Im Rahmen von Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV ist ein qualifiziertes Mass an Betreuung, nämlich eine besonders aufwändige Pflege verlangt. Die in den Abklärungsberichten vom 26. April 2012 und 13. Dezember 2013 einzig angeführte Abgabe von Medikamenten erfüllt den Tatbestand von Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV offensichtlich nicht. Er wird denn auch zu Recht nicht geltend gemacht. 5.4.1 Die Beschwerdeführerin ist sodann der Ansicht, dass sie auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sei. Dies wird von der IV-Stelle im Grundsatz zwar nicht bestritten. Sie beruft sich aber auf Art. 38 Abs. 1 IVV, wonach ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung nur vorliegt, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt. 5.4.2 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 Heims lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbständig 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 bis 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). Ziel der lebenspraktischen Begleitung ist es zu verhindern, dass Personen schwer verwahrlosen und/oder in ein Heim oder eine Klinik eingewiesen werden müssen (KSIH, Rz. 8040), bzw. den Eintritt in eine stationäre Einrichtung nach Möglichkeit hinauszuschieben (BGE 133 V 461 E. 5). Sie ist notwendig, damit der Alltag selbständig 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). Für einen Anspruch auf lebenspraktische Begleitung ist nicht vorausgesetzt, dass die versicherte Person alleine wohnt. Abgesehen davon, dass sie ausserhalb eines Heims wohnen muss (Art. 38 Abs. 1 IVV), ist unerheblich, in welcher Umgebung sich die versicherte Person aufhält und ob sie auf die Hilfe des Ehegatten, der Kinder oder Eltern zählen kann. 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).

5.4.3.1 Zu prüfen ist, ob die Versicherte im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG und Art. 38 Abs. 1 IVV in einem Heim lebt. Da die Heimdefinition gemäss Art. 35 ter IVV am 1. Januar 2015 und damit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2014 in Kraft getreten ist und das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 E. 1b), hat die Prüfung der streitigen Frage, ob vorliegend ein Heimstatus zu bejahen ist, nach den Kriterien gemäss KSIH zu erfolgen. Zwar richten sich Verwaltungsweisungen, zu welchen auch das KSIH zählt, an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (vgl. BGE 133 V 257 ff. E. 3.2 mit Hinweisen).

5.4.3.2 Nach dem KSIH gilt als Heim jede kollektive Wohnform, die zur Betreuung und/oder Pflege, nicht jedoch zur Heilbehandlung, dient (KSIH, Rz 8005). Eine Wohngemeinschaft mit Heimstatus liegt dann vor, wenn die Wohngemeinschaft unter der Verantwortung eines Trägers mit einer Leitung sowie allfällig angestelltem Personal handelt und den Bewohnerinnen und Bewohner nicht nur Wohnraum zur Miete zur Verfügung gestellt wird, sondern gegen Entgelt darüber hinaus ein weitergehendes Leistungsangebot wie Verpflegung, Beratung, Betreuung, Pflege, Beschäftigung oder Integration – also solche Dienstleistungen, die in ihrer Art und ihrem Ausmass bei einem Aufenthalt in der eigenen Wohnung eben nicht zur Verfügung stehen bzw. für deren

Organisation die Betroffenen in der eigenen Wohnung selber verantwortlich wären. Auch eine besondere Atmosphäre im Sinne des familiären Wohnens, Respektieren der Individualität der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner sowie grösstmögliche Autonomie innerhalb und ausserhalb der Wohngemeinschaft ändern nichts daran, dass eine solche Wohngemeinschaft als Heim zu betrachten ist. Massgebend ist, dass ein für Heime typisches Spektrum an Leistungen erbracht wird, die in der eigenen Wohnung oder in einer eigentlichen Wohngemeinschaft nicht (dauernd) gewährleistet sind. Ein Heim liegt demnach vor, wenn eine Struktur vorgegeben ist (z.B.: Heimleitung, angestelltes Personal, etc.), die versicherte Person nicht verantwortlich für den Tagesablauf ist, eine Abhängigkeit und/oder ein Unterordnungsverhältnis besteht. Demgegenüber zeichnen sich Wohngemeinschaften ohne Heimstatus durch ihre Selbstorganisation und Eigenverantwortung aus. Im Sinne der Selbstorganisation liegt die Entscheidungsbefugnis für alle Aspekte der Organisation, Verwaltung und der Wohngemeinschaft in der Eigenverantwortung der betroffenen Bewohnerinnen und Bewohner. Diese regeln, wann und von wem Pflege sowie Betreuung bereitgestellt wird, wie Pflege und Betreuung strukturiert sein sollen. Sie regeln die Nachfolge ausscheidender Personen und damit, mit wem die Wohnung geteilt wird, wer diese sauber hält, etc. Wird die Wohnung durch eine Trägerschaft zur Verfügung gestellt, welche die Verantwortung für den Betrieb der Wohngemeinschaft übernimmt, liegt keine Selbstorganisation vor. Diesfalls kann nicht mehr von einer selbstständigen und unabhängigen Gruppe ausgegangen werden, die in allen das Zusammenleben betreffenden Fragen eigenverantwortlich entscheidet und autonom über ihre Betreuung und die damit zusammenhängenden Fragen bestimmt. Kein Heim liegt u.a. vor, wenn die versicherte Person ihr benötigtes Leistungspaket bezüglich Pflege und Betreuung (Grundpflege und Behandlungspflege jedoch nicht Überwachung) selbst einkaufen kann; dies ist dann der Fall, wenn sie beispielsweise das leistungserbringende Personal selbst anstellen und entlassen kann, die Selbstverantwortung und Selbstverwaltung der behinderten Bewohnerinnen und Bewohner soweit wie möglich gewährleistet ist, die versicherte Person die Wohnverhältnisse selbst wählen (Wohnungsmiete oder Hauskauf, sowie Einrichten) und gestalten kann (KSIH, Rz. 8005 ff.).

5.4.4 Im Rahmen der amtlichen Erkundigung durch das Kantonsgericht hielt die Leitung der Organisation B. am 11. Februar 2015 fest, dass die Organisation B. als Teil des VSP-Wohnverbundes oberes Baselbiet den Nutzerinnen und Nutzern der Wohnexternate I oberes Baselbiet als Anlaufstelle in Krisensituationen und nach Bedarf zur Medikamentenabgabe diene. Es könne vereinbart werden, dass ein Teil der Mahlzeiten in der betriebseigenen Kantine eingenommen werden. Es sei jedoch keine der Dienstleistungen zwingend in der Organisation B. zu beziehen. Mit der Versicherten sei der Bezug gewisser Dienstleistungen individuell vereinbart worden. Die Wohnbegleitung orientiere sich nach einem Konzept und werde den Bedürfnissen der Versicherten angepasst. So werde sie durchschnittlich einmal die Woche in ihrer Wohnung besucht. Den Nacht-Pikettdienst habe sie bisher kaum beansprucht. Das Team der Wohnexternate stehe regelmässig in telefonischem und persönlichem Kontakt mit der Versicherten; für einzelne Leistungen habe die Versicherte die Spitex der Gemeinde Z. engagiert. Die Einnahme der Mahlzeiten im Stammhaus sei nicht Bestandteil des Betreuungskonzepts der Wohnexternate. Die Versicherte könne eigenverantwortlich und selbstbestimmt entscheiden, wo und wann sie ihre Mahlzeiten einnehmen möchte. Verrechnet würden nur die tatsächlich eingenommenen Mahlzeiten. Das Betriebskonzept für die Leistung der Wohnbegleitung für Externe gelte für alle Leistungsbezüger. Der Bedarf werde regelmässig besprochen und in der Regel mündlich

vereinbart. Die Versicherte sei nicht verpflichtet, die Dienstleistungen der Organisation B. zu beziehen; sie könne auch auf das Dienstleistungsangebot verzichten resp. externe Dienst- und Betreuungsleistungen nutzen. Die aktuell beanspruchten Betreuungsleistungen würden nicht von der Organisation B., sondern von den Wohnexternaten I oberes Baselbiet erbracht. Die Versicherte gestalte ihren Tagesablauf grundsätzlich selbst. Wenn sie die Mahlzeiten in der betriebseigenen Kantine einnehmen möchte, sei sie – wie jeder andere Gast auch – an Zeitfenster gebunden. Ansonsten würden die Termine mit der Wohnbegleitung vorgängig und individuell vereinbart. Weiter würden die Randzeiten (Morgen und Abend und allenfalls die Wochenenden) keinem vorgegebenen Ablauf folgen. Die Versicherte gestalte die Randzeiten und die Wochenenden selber. Schliesslich entrichte die Versicherte keine pauschale Entschädigung für Pflege- und Betreuungsleistungen. Vielmehr würden die effektiv beanspruchten Begleitstunden abgerechnet. Zusätzliche Dienstleistungen wie beispielsweise die Mahlzeiten oder die Wohnungsmiete würden separat in Rechnung gestellt.

5.4.5 Die Gesamtwürdigung der vorliegenden Unterlagen ergibt, dass die Wohnform der Versicherten als Heim im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG und Art. 38 Abs. 1 IVV zu qualifizieren ist. Zunächst ist die Organisation B. eine vom Kanton Basel-Landschaft nach dem Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG) vom 6. Oktober 2006 anerkannte Einrichtung (vgl. Bedarfsplanung 2014 bis 2016 der Leistungsangebote der Institutionen für Erwachsene mit Behinderung in den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt). Die Wohnung der Beschwerdeführerin gehört zu den Wohnexternaten I oberes Baselbiet, die in der Liste als „andere Institution und Leistungen“ aufgenommen sind. Die Wohnung der Versicherten befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Organisation B.. Sie wurde an die Versicherte untervermietet. Nach dem anwendbaren Betriebskonzept der Wohnexternate I oberes Baselbiet stehen die Wohnungen in der Regel den ehemaligen Nutzerinnen und Nutzern der Organisation B. I und II zur Verfügung. Gefordert werden minimale Wohnkompetenzen und die Bereitschaft, sich an Abmachungen in Bezug auf die Medikamentenabgabe und die Verwaltung des Geldes zu halten. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden betreut, wobei die Betreuung in der Regel zwei Besuche pro Woche in der Wohnung beinhaltet. Die Erreichbarkeit des Personals ist rund um die Uhr sichergestellt. Angeboten werden täglicher Kontakt, Medikamentenabgabe, Mithilfe bei der Geldverwaltung, Anleitung und Mithilfe bei der Reinigung der Wohnung um beim Einkaufen, Begleitung in Krisen in enger Zusammenarbeit mit Ämtern und Behörden, Unterstützung bei der Arbeitssuche oder der Möglichkeit einer adäquaten Beschäftigung, Unterstützung bei der Suche nach einer nächsten Wohnform, Erhalten von noch vorhandenen Kontakten, Erhaltung und Förderung sozialer Kompetenzen, Erarbeiten von Perspektiven in der Lebensgestaltung, Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle innerhalb der Gruppe, Animation zur sinnvollen Freizeitgestaltung und persönlichen Bindung, Teilnahme am Angebot der Organisation B. I und II und Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung. Es besteht freie Wahl von Arzt und Therapie. Gemäss Anhang 1 zur Leistungsvereinbarung beinhaltet die Wohnbegleitung für Externe die Begleitung beim individuellen Wohnen in der eigenen Wohnung inkl. Wohntraining, Kooperation und Coaching mit den individuell beteiligten Personen durch Bezugspersonen, eine Anlaufstelle im Stammhaus, die Unterstützung in der Suche und Gewinnung eines externen Angebots zur Tagesstruktur.

5.4.6 Auch wenn die Versicherte alleine in ihrer eigenen Wohnung lebt und ihren Alltag grösstenteils selbstständig bewältigt, kann mit Blick auf die Betreuungsintensität und das Betreuungsangebot nicht von einem selbstständigen Wohnen

ausgegangen werden. Der Versicherten wird nicht nur Wohnraum zur Miete zur Verfügung gestellt, sondern darüber hinaus gegen Entgelt ein weitergehendes Leistungsangebot wie Verpflegung, Beratung, Betreuung, Pflege, Beschäftigung oder Integration. Die Wohnbegleitung orientiert sich vorliegend nach einem Konzept und wird den Bedürfnissen der Versicherten angepasst und der Bezug von Dienstleistungen individuell vereinbart. Das Team der Wohnexternate steht regelmässig in telefonischem und persönlichem Kontakt mit der Versicherten und die Erreichbarkeit des Personals ist rund um die Uhr sichergestellt. Auch wenn der Versicherten grösstmögliche Autonomie innerhalb und ausserhalb der Wohngemeinschaft gewährt wird und sie nicht gehalten ist, alle angebotenen Dienstleistungen der Organisation B. resp. vom Wohnexternat I oberes Baselbiet zu beziehen, sondern – mit Einschränkungen (vgl. die Verpflichtungen der Versicherten gemäss Begleitvertrag vom 7./9. November 2009; E. 4.1.2 hiervor) – weitgehend eigenverantwortlich und selbstbestimmt entscheiden kann, bei wem sie welche Dienstleistungen beziehen und ihren Tagesablauf gestalten will, ändert dies nichts daran, dass sie in das Betreuungsangebot der Wohnexternate eingebettet ist und vom angestellten Personal engmaschig betreut und beraten wird. So kann sie unkompliziert und nach Bedarf auf Dienstleistungen zurückgreifen, die in ihrer Art und ihrem Ausmass bei einem Aufenthalt in der eigenen Wohnung eben nicht zur Verfügung stehen bzw. für deren Organisation die Versicherte in der eigenen Wohnung selber verantwortlich wäre. Weiter bedarf die Versicherte täglich Hilfe und Kontrolle beim Richten und der Einnahme der Medikamente. Zudem nimmt die Versicherte das Mittagessen täglich in der Organisation B. ein, wobei vor, nach und während des Essens Termine und die Tagesabläufe, Alltagsprobleme, Korrespondenzen und Fragen zur Gesundheit und Hygiene besprochen werden. Auch die anfallenden Hausarbeiten werden besprochen. Die Versicherte wird zudem zwei bis drei Mal die Woche zur Therapie zum Arzt begleitet und ist für den wöchentlichen Grosseinkauf auf Hilfe angewiesen. Insgesamt beträgt der Betreuungsaufwand gemäss Abklärungsbericht vom 18. Dezember 2013 circa 40 Stunden pro Monat. Bei diesem Aufwand ist eine gewisse Abhängigkeit der Versicherten vom Betreuungspersonal der Wohnexternate zu bejahen. Bei diesem Betreuungsangebot und dem ausgewiesenen Betreuungsaufwand kann daher nicht mehr von einem selbstständigen Wohnen gesprochen werden. Selbst wenn die Versicherte allein in einer Wohnung lebt, ist diese Wohnform mit dem Begriff des Heims im Sinne von Art. 38 Abs. 1 IVV gleichzusetzen. Demnach besteht auch unter dem Titel der lebenspraktischen Begleitung kein Anspruch auf Hilfslosenentschädigung.

E. 6

Nach dem Gesagten erweist sich der anspruchsverneinende Entscheid als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.1 Es bleibt der Entscheid über die Verfahrenskosten. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Entsprechend dem Ausgang dieses Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Da ihr mit Verfügung vom 26. Mai 2014 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- zu Lasten der Gerichtskasse. 7.2.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat nur die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Nach der

Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt es sich indessen, bei einer Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Verwaltung mit anschliessender Heilung der Gehörsverletzung im gerichtlichen Verfahren, diesem Umstand durch Zusprache einer Parteientschädigung Rechnung zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2008, 9C_127/2007, und vom 8. November 2006, I 718/05, E. 5.2). Es ist deshalb aufgrund der in Erwägung 2 hiervoor festgestellten Verletzung des rechtlichen Gehörs angebracht – trotz Unterliegen der Versicherten – die IV-Stelle zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal sechs Stunden zu bezahlen, wobei ein Stundenansatz von Fr. 250.-- zur Anwendung kommt. Die Rechtsvertreterin der Versicherten weist in ihrer Honorarnote vom 26. Mai 2015 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 15,833 Stunden und Auslagen von Fr. 290.50 aus. Zu beachten ist, dass vorprozessualer Aufwand (Positionen vom 28. März 2014: 30 Minuten und Auslagen von Fr. 7.--) praxismässig nicht berücksichtigt werden kann. Folglich bleibt ein Aufwand von 15,333 Stunden und Auslagen von Fr. 283.50 zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin wird nach dem Gesagten für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'739.80 (6 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 110.95 [39,13% von Fr. 283.50] zuzüglich 8% MwSt) zu Lasten der IV-Stelle zugesprochen. 7.2.2 Im Übrigen werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen. Da der Beschwerdeführerin ebenfalls mit Verfügung vom 26. Mai 2014 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt wurde, ist diese für den verbleibenden Aufwand aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Damit ist der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'202.30 (9.333 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 172.55 zuzüglich 8% MwSt) aus der Gerichtskasse auszurichten. 7.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'739.80 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4. Im Übrigen werden die ausserordentlichen Kosten wettgeschlagen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'202.30 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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