

BL_GERICHTE 720 22 164 / 293 vom 15. Dezember 2022

BL Gerichte, 2022-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_22_164___293

FR: BL_GERICHTE 720 22 164 / 293 du 15 décembre 2022

IT: BL_GERICHTE 720 22 164 / 293 del 15 dicembre 2022

Regeste

Hilflosenentschädigung

Volltext

Basel-Land Kantonsgericht Abteilung Sozialversicherungsrecht 15.12.2022 720 22 164 / 293

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht vom 15. Dezember 2022 (720 22 164 / 293) Invalidenversicherung Der relevante Sachverhalt muss auch in einem Revisionsverfahren umfassend eruiert und namentlich darauf überprüft werden, ob eine wesentliche Veränderung nicht nur der gesundheitlichen Verhältnisse, sondern auch deren Auswirkungen im Alltag eingetreten ist. Die IV-Stelle hat deshalb für die Bemessung der Hilflosigkeit auch bei der Revision einer Hilflosenentschädigung grundsätzlich stets eine Abklärung an Ort und Stelle in die Wege zu leiten. Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Stephan Paukner Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Elisabeth Maier, Advokatin, Hauptstrasse 104, Postfach, 4102 Binningen gegen IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin Betreff Hilflosenentschädigung A. Die 1966 geborene A.____ arbeitete zuletzt bis Ende März 2013 als Reinigungskraft. Am 16. September 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf Schmerzen in den Händen, eine Arthrose in den Daumengrundgelenken und ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) nach einem operativen Eingriff an der rechten Hand zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung (IV) an. Nach Abklärung der medizinischen, erwerblichen und haushaltsspezifischen Verhältnisse sprach die damals zuständige IV-Stelle des Kantons Zug der Versicherten mit Verfügung vom 5. Februar 2016 in Anwendung der gemischten Methode mit einem je 50%-igen Anteil in der Erwerbs- und Haushaltstätigkeit gestützt auf einen ermittelten IV-Grad von 71% mit Wirkung ab 1. März 2015 eine ganze IV-Rente zu. B. Am 21. Juni 2016 stellte die Versicherte ein Gesuch um Hilflosenentschädigung (HE), welches von der inzwischen zuständigen IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) nach Einholung eines entsprechenden Abklärungsberichts vom 3. Oktober 2016 und eines rheumatologischen sowie psychiatrischen Gutachtens bei den Dres. Dr. med. B.____, FMH Rheumatologie, vom 24. April 2017 und Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Januar 2018 verfügungsweise am 22. November 2018 mit der Begründung abgewiesen wurde, dass sie in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen sei. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. C. Anfangs Januar 2019 leitete die IV-Stelle hinsichtlich der Berentung der Versicherten von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein. Im Rahmen dieses Revisionsverfahrens holte sie weitere ärztliche Berichte sowie einen Abklärungsbericht Haushalt ein und hob nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren die bisher ausgerichtete ganze IV-Rente mit Verfügung vom 24. August 2020 per Ende September 2020 mit der Begründung auf, dass die leistungszusprechende Verfügung aus dem Jahr 2016 qualifiziert unrichtig gewesen sei und deshalb wiedererwägungsweise aufgehoben werden müsse. Eine hiergegen erhobene Beschwerde der Versicherten hiess das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 25. November 2021 in Aufhebung der angefochtenen Verfügung gut und stellte fest, dass die Versicherte weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe. Auch dieses Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft. D. Nachdem die Versicherte am 22. Januar 2019 auf dem Revisionsfragebogen angegeben hatte, dass sie beim An-/Auskleiden, Essen, bei der Körperpflege, der Fortbewegung, beim Toilettengang sowie bei der Pflege der gesellschaftlichen Kontakte auf Dritthilfe angewiesen sei, erkundigte sich ihre Hausärztin am 21. April 2020, wie es um den Antrag auf Revision der HE stehe bzw. ob ein neues Gesuch um Ausrichtung einer HE erforderlich sei. Dabei verwies sie auf den Bericht des Spitals D.____ vom 31. März 2020, wonach mit Blick auf den Gesundheitszustand der Versicherten ein Anspruch auf HE bestehen dürfte. Nachdem sie von der IV-Stelle am 23. April 2020 darauf hingewiesen worden war, dass ein solches Gesuch von der versicherten Person selbst zu unterzeichnen sei, folgte am 24. April 2020 ein entsprechendes Schreiben der Versicherten selbst. Die IV-Stelle bestätigte am 5. Mai 2020 dessen Empfang und stellte weitere Abklärungen in Aussicht. E. Mit Stellungnahme vom 11. Mai 2020 hielt der regional-ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) fest, dass der seit der letzten Begutachtung durch Dr. B.____ am 12. März 2020 vorgenommene endoprothetische Gelenkersatz des linken Kniegelenkes nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B.____ ändere und die Voraussetzungen für eine HE nach wie vor nicht erfüllt seien. F. Mit Verfügung vom 9. Mai 2022 wies die IV-Stelle den Anspruch auf eine HE der Versicherten mit der Begründung ab, dass keine wegweisende Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes vorliege. Sie sei weiterhin in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen. G. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Elisabeth Maier, am 8. Juni 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte, es seien ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die gesetzlichen Leistungen auszurichten, eventualiter sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen, subeventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen geltend machen, dass entgegen den Ausführungen in der angefochtenen Verfügung keine Abklärungen zur beantragten HE erfolgt seien, nachdem nach Vorliegen des kantonsgerichtlichen Urteils vom 25. November 2021 die Abklärung einer allfälligen Hilflosigkeit infolge Unnötigkeit abgebrochen worden sei. Soweit ersichtlich liege nicht einmal eine Beurteilung des RAD vor. H. Nachdem der Beschwerdeführerin mit verfahrensleitender Verfügung der Präsidentin des Kantonsgerichts vom 5. Juli 2022 für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt worden war, schloss die IV-Stelle mit Vernehmlassung vom 20. Juli 2022 auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführerin könne zwar beigeplant werden, dass eine erneute Abklärung durch den Abklärungsdienst tatsächlich als unnötig erachtet und abgebrochen worden sei. Dies sei jedoch deshalb erfolgt, weil die Beschwerdeführerin bereits differenziert und fachübergreifend medizinisch abgeklärt worden sei und seit der letzten Beurteilung durch die IV-Stelle keine neuen medizinischen Aspekte vorgelegt worden seien. Die Gesundheitslage präsentiere sich noch immer gleich wie zum Zeitpunkt der letzten Ablehnung der HE im Jahre 2018. Es sei nicht ersichtlich,

inwiefern durch eine erneute Abklärung durch den Abklärungsdienst ein Mehrwert resultieren werde, da der Gesundheitszustand der Versicherten weiterhin gleich eingeschätzt werde. Aus den Akten sei ersichtlich, dass der RAD alle neuen medizinischen Unterlagen gesichtet und in seine Beurteilung habe einfließen lassen. Er sei jedoch immer wieder zum Schluss gelangt, dass die neuen medizinischen Berichte nichts an der Gesamtbeurteilung ändern würden und der Gesundheitszustand gleichgeblieben sei. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien ist soweit notwendig in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Kantonsgericht zieht in Erwägung: 1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 kann gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen bei dem vom Kanton bezeichneten Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ist deshalb gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 örtlich und sachlich zuständig. Auf die form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 8. Juni 2022 ist demnach einzutreten. 1.2 Am 1. Januar 2022 ist die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 466 E. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich lediglich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 9. Mai 2022) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 130 V 138 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b), sind im vorliegenden Fall die Bestimmungen des IVG in der ab 2022 geltenden Fassung anwendbar (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, mit Hinweis). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben und angewendet. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass die am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung hinsichtlich der HE keine Anpassungen erfahren haben. 2.1 Nach 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 HE. Laut 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). 2.2 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).

2.3 Nach ständiger Gerichtspraxis sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend: Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichten 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). 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).

3.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) 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 auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen).

3.2 Für die Bemessung der Hilflosigkeit der versicherten Person ist in der Regel eine Abklärung an Ort und Stelle (Art. 57 Abs. 1 lit. f IVG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVV) erforderlich. Die Ergebnisse der Abklärung werden in einem Abklärungsbericht erfasst, wobei dieser - unter dem Aspekt der Hilflosigkeit - folgenden Anforderungen zu genügen hat: Als Berichterstatte(r)in wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeit hat. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sein. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1, 133 V 450 E. 11.1.1, 130 V 61 E. 6.2).

4.1 Nach Art. 17 Abs. 2 ATSG wird - nebst den in Art. 17 Abs. 1 ATSG geregelten Invalidenrenten - auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Zu den von dieser Bestimmung erfassten "Dauerleistungen" gehört unter anderem auch die HE nach Art. 42 Abs. 1 IVG (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 17 Rz 64). Die Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung einer HE gestützt auf Art. 17 Abs. 2 ATSG setzt somit einen Revisionsgrund voraus. Darunter ist jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, u.a. die Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder die Verwendung neuer Hilfsmittel, zu verstehen, die geeignet ist, den Grad der Hilflosigkeit und damit den Umfang des Anspruchs zu beeinflussen (BGE 137 V 424 E. 3.1 mit Hinweis). Zu beachten ist, dass sich - bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand - auch eine Angewöhnung oder eine Anpassung an die Behinderung auf den Leistungsanspruch auswirken und somit revisionsrechtlich von Bedeutung sein kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

4.2 Bei der Anpassung der Dauerleistungen ausserhalb des Rentenbereichs gelten die zur Rentenanpassung entwickelten Grundsätze analog (Ueli Kieser , a.a.O., Art. 17 Rz 68). Das gesamte Rentenrevisionsrecht ist mit anderen Worten sinngemäss auch auf die HE nach Art. 42 IVG anwendbar (BGE 137 V 424 E. 2.2; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 30-31 N 139). Dies betrifft insbesondere auch die Bestimmung der massgebenden Vergleichszeitpunkte (vgl. E. 5. hiernach). Zudem wird ein Gesuch um Leistungsrevision auch für eine HE materiell nur

geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für ihren Anspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Ist eine anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das erneute Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3).

4.3 Zu beachten ist bei der Prüfung der Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG, dass die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen nicht zu einer materiellen Revision führt. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5. Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung der Hilflosigkeit bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend verneinte die IV-Stelle letztmals mit Verfügung vom 22. November 2018 den Anspruch auf eine HE. Nachdem die Versicherte am 22. Januar 2019 auf dem Revisionsfragebogen angegeben hatte, dass sie beim An-/Auskleiden, Essen, bei der Körperpflege, der Fortbewegung, beim Toilettengang sowie bei der Pflege der gesellschaftlichen Kontakte auf Dritthilfe angewiesen sei (IV-Dok 67, Ziffer 3) und am 24. April 2020 unter Hinweis namentlich auf den Bericht Spitals D. ____ vom 31. März 2020 um den Stand des Verfahrens ersucht hatte, brach die IV-Stelle einen zuvor in die Wege geleiteten Auftrag für eine vertiefte Abklärung vor Ort am 3. Februar 2022 wieder ab, bevor sie den Anspruch auf eine HE mit Verfügung vom 9. Mai 2022 mit der Begründung erneut abwies, dass die Versicherte weiterhin in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen sei. Damit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Zusprache der bis anhin verweigerten HE rechtfertigt, durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung vom 22. November 2018 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2022.

6.1 In der Verfügung vom 22. November 2018, mit der sie den Anspruch auf eine HE abgelehnt hatte, stützte sich die IV-Stelle auf den Abklärungsbericht vom 3. Oktober 2016, auf das von ihr eingeholte Verwaltungsgutachten von Dr. B. ____ vom 24. April 2017, die Stellungnahme der Abklärungsperson vom 7. Juni 2017 sowie auf das Gutachten von Dr. C. ____ vom 25. Januar 2018.

6.1.1 Im Abklärungsbericht vom 3. Oktober 2016 kam die Abklärungsperson zum Schluss, dass die Versicherte aufgrund der Bewegungseinschränkung an ihren Händen keinen Faustschluss machen könne. Es sei ihr daher auch nicht möglich, die Kleidung zu handhaben und anzuziehen. Diese werde vom Ehemann aus dem Schrank genommen und ihr angezogen. Auch die Schuhe würden der Versicherten von ihrem Ehemann angezogen. Bindschuhe könne sie selbst nicht anziehen. Auch das Essen müsse vom Ehemann geschnitten werden, da die Versicherte das ergotherapeutische Besteck selbst nicht halten könne, um das Essen zu schneiden. Die Morgen- und Abendtoilette erfolge mit direkter Unterstützung des Ehemannes. Die Versicherte könne Utensilien wie Kamm und Zahnbürste aufgrund ihrer eingeschränkten Feinmotorik und dem fehlenden Faustschluss nicht mehr handhaben. Auch beim Duschen werde sie vom Ehemann begleitet und unterstützt. Dieser müsse ihr sämtliche Utensilien reichen und sie waschen und einseifen.

Die Versicherte könne ihre Hände nicht mehr adäquat einsetzen. Das Abtrocknen erfolge ebenfalls mit Hilfe des Ehemannes, da sie auch hier ihre Hände nicht einsetzen könne. Die Kleidung werde vom Ehemann nach dem Toilettengang gerichtet. Die Versicherte könne diese nicht festhalten. Seit Februar 2014 bedürfte sie somit in den Bereichen des An-/Auskleidens, beim Essen, bei der Körperpflege und bei der Verrichtung ihrer Notdurft der regelmässigen und erheblichen Hilfe. Die Versicherte könne sich zu Fuss im Wohnquartier jedoch fortbewegen. Sie berichte, in den Beinen und Füessen keine Beschwerden zu haben. Spaziergänge fänden meist gemeinsam mit ihrem Ehemann statt. Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel sei der Versicherten somit zumutbar. Auch geistig sei sie nicht eingeschränkt. Beim Bandagieren ihrer Arme bedürfe sie jedoch der dauernden medizinischen Hilfe durch den Ehemann und ihren Sohn. Ein Bedarf an persönlicher Überwachung bestehe nicht. Auch benötige sie keine Dritthilfe im Sinne einer lebenspraktischen Begleitung. Die Versicherte habe berichtet, ihre beiden Hände überhaupt nicht mehr einsetzen zu können. Der Faustschluss und die Bewegung einzelner Finger zum Daumen hin sei demonstrativ nicht mehr möglich gewesen. Die medizinischen Unterlagen würden allerdings kaum Angaben zur Zumutbarkeit und zur Einschränkung der Versicherten in den Bereichen der alltäglichen Lebensverrichtung liefern. Der Abklärungsbericht sollte daher dem RAD zur Gegenbeurteilung vorgelegt werden (IV-Dok 20).

6.1.2 Auf entsprechende Veranlassung des RAD (IV-Dok 22) diagnostizierte Dr. B.____ in seinem in der Folge in Auftrag gegebenen Gutachten vom 24. April 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CRPS der dominanten rechten Hand und bezeichnete die Versicherte aufgrund des nicht mehr möglichen Einsatzes dieser Hand als einarmig. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob er eine deutliche Rhizarthrose links, eine beginnende STT-Arthrose links, ein zervikal betontes Panvertebralsyndrom mit zervikospondylogener Ausstrahlung beidseits, OSG-Schmerzen links, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas per magna. Dr. B.____ erachtete die Versicherte in einer angepassten leichten Tätigkeit (Einsatz der linken oberen Extremität nur im körperlich leichten Bereich, kein Heben, Stossen oder Ziehen über 10kg; seitens OSG-Schmerzen kein dauerndes Stehen oder Gehen, sondern vorwiegende sitzende Tätigkeit) als zu 100% arbeitsfähig. Eine vollständige Unbrauchbarkeit der linken Hand sei aufgrund der organisch nachgewiesenen Pathologie nicht nachvollziehbar. Das Ausmass der an der linken Hand diagnostizierten Rhiz- und SST-Arthrose sei ungeeignet, eine völlige Immobilisierung zu begründen (IV-Dok 28, S. 27, 32).

6.1.3 Mit Blick auf dieses Gutachten wurde der ursprüngliche Abklärungsbericht vom 3. Oktober 2016 von der Abklärungsperson am 7. Juni 2017 dahingehend korrigiert, dass die Versicherte nach Analyse der medizinischen Unterlagen in keiner alltäglichen Lebensverrichtung auf Dritthilfe angewiesen sei. Eine Funktionseinschränkung namentlich der linken Hand, wie sie im Abklärungsbericht vom 3. Oktober 2016 noch beschrieben worden sei, könne gemäss den aktuell vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht erklärt werden. Die Mobilität und Einsatzfähigkeit der linken Hand sei der Versicherten somit zumutbar. Deshalb könne auch die dazumal im Abklärungsbericht vom 3. Oktober 2016 festgehaltene Dritthilfe nicht angerechnet werden (IV-Dok 32).

6.1.4 Auf Veranlassung des RAD wurde die Versicherte in der Folge psychiatrisch begutachtet. In seinem Gutachten vom 25. Januar 2018 erhob Dr. C.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Schmerzverarbeitungsstörung und attestierte der Versicherten aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit von 100% in jeglicher Tätigkeit (IV-Dok 53).

6.2 Im Rahmen der auf Gesuch hin eingeleiteten revisionsweisen

Überprüfung des Leistungsanspruchs erfolgte keine erneute Abklärung vor Ort vor. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des aktuellen Ausmasses der Hilflosigkeit der Versicherten im Wesentlichen einzig auf die Beurteilung ihres RAD vom 11. Mai 2020, wonach der seit der letzten Begutachtung durch Dr. B. ____ am 12. März 2020 vorgenommene endoprothetische Gelenkersatz des linken Kniegelenkes (TP) an der langfristigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B. ____ nichts ändere. Gemessen an den objektiven Befunden seien die Bedingungen für eine HE selbst leichten Grades nach wie vor nicht erfüllt. An den bisherigen RAD-Beurteilungen des RAD könne festgehalten werden (IV-Dok 101).

6.3. An medizinischen Akten liegen seit Erlass der ursprünglich leistungsablehnenden Verfügung der IV-Stelle vom 22. November 2018 weitere Unterlagen von Relevanz vor.

6.3.1 Gemäss Bericht des Spitals E. ____ vom 13. Februar 2019 würden sich die beschriebenen sensiblen Defizite im Bereich der oberen Extremitäten nicht auf ein radikuläres oder peripheres Ausfallssyndrom zurückführen lassen. Ein CRPS sei möglich. Der szintigraphische Befund sei aber nicht wegweisend, sondern spreche eher für degenerative Veränderungen (IV-Dok 75).

6.3.2 Gemäss Bericht des Spitals D. ____ vom 31. März 2020 bestehe bei der Versicherten eine primäre Gonarthrose im linken Knie, welche eine Totalprothese erforderlich gemacht habe. Weiter seien ein chronisches komplexes Schmerzsyndrom in den oberen Extremitäten, vorwiegend der Hände und Unterarme unklarer Ätiologie seit dem Jahr 2014, eine Adipositas Grad III, eine arterielle Hypertonie, eine Hyperurikämie, ein Reflux, degenerative Veränderungen der HWS und LWS sowie ein chronisches zervikobrachialgiformes Schmerzsyndrom zu diagnostizieren. Die Beweglichkeit der Hände sei in allen Ebenen eingeschränkt gewesen, ein Faustschluss sei nicht möglich. Ein MRI der Hände vom 27. März 2019 habe weder Synovitiden noch eine Tenosynovitis, sondern eine unauffällige Darstellung der Weichteile ergeben. Eine neurologische Abklärung im Januar 2019 habe keine pathologischen Befunde gezeigt. Die Abklärung der sozialen Situation habe ergeben, dass der Ehemann durch die Betreuung seiner Frau stark beansprucht sei. Es sei der Eindruck entstanden, dass ein Anspruch auf eine HE bestehen dürfte (IV-Dok 103).

6.3.3 Gemäss Bericht der Klinik F. ____ vom 14. September 2020 bestehe eine aktuelle Exazerbation des chronischen anhaltenden Schmerzsyndroms in den Händen und Armen. Die Beschwerden seien ein objektiver Befund im Rahmen des chronischen Verlaufs des CRPS. Die aktuellen Fingernagelveränderungen blieben ohne klare Genese. Ansonsten bestünden bei fehlenden Entzündungszeichen in den Gelenken keine Hinweise auf entzündlich-rheumatologische Erkrankungen. Dennoch könne die CRPS nicht ausgeschlossen werden. Ein Schwerpunkt liege in den zunehmenden Beschwerden im rechten Kniegelenk im Sinne belastungsabhängiger Schmerzen bei bekannter Gonarthrose rechts, differentialdiagnostisch bei Überbelastung nach Knie-TP links. Auch hier bestünden jedoch keine Hinweise auf entzündliche Veränderungen oder auf Zeichen einer Arthritis. Ein weiterer Schwerpunkt liege aktuell in den Mobilitätsschwierigkeiten durch den Funktionsverlust beider Hände an zwei Unterarmgehstöcken. Zusätzlich sei bei deutlich psychischer Dekompensation und grossem Leidensdruck dringend eine psychiatrische Beurteilung indiziert. Die Patientin sei vollständig arbeitsunfähig (IV-Dok 109, S. 16 ff.).

6.3.4 Gemäss Bericht der G. ____ vom 22. September 2020 hätten sich weder objektivierbare Ausfälle noch Hinweise auf ein CRPS im Bereich der oberen Extremitäten finden lassen. In der umfangreichen Elektroneurographie vom 21. September 2020 hätten sich auch keine Hinweise auf eine periphere neurogene Läsion bei beidseits sehr guten motorischen und sensiblen Amplituden gezeigt. Die Beschwerden der Patienten seien aus neurologischer Sicht nicht zu erklären.

Ebenso wenig lasse sich aktuell ein Hinweis auf ein CRPS finden (IV-Dok 112). 6.3.5 Gemäss Beurteilung des RAD vom 29. September 2020 lasse sich der klinisch präsentierte Funktionsverlust nunmehr beider Hände neurologisch nicht begründen. Auch die fachübergreifenden Abklärungen in rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht hätten bisher keine objektiven Befunde ergeben. Gemessen an den objektiven neurologischen Befunden sei im Vergleich zur Beurteilung im Gutachten von Dr. B.____ keine Abweichung ersichtlich. Die subjektiv zunehmende Knieschmerzproblematik rechts werde rein deskriptiv erhoben. Konkrete Entzündungszeichen seien hingegen nicht festgestellt worden. Eine eingeschränkte Belastbarkeit der unteren Extremitäten sei bereits wegen der damaligen Sprunggelenksproblematik auch links berücksichtigt worden. Ergänzende Begutachtungen drängten sich nicht auf (IV-Dok 111). 6.3.6 Dem Bericht der Klinik F.____ vom 8. Januar 2021 zufolge bestehe aktuell kein Verdacht auf eine Gicht (IV-Dok 131, S. 5 ff.). 6.3.7 Gemäss Bericht der Klinik F.____ vom 9. Januar 2021 sei unter anderem gestützt auf das MRI der HWS vom 11. Dezember 2020 ein Bandscheibenvorfall auf Höhe HWK 5/6 rechtsbetont mit Myelonkompression zu diagnostizieren. Aus neurochirurgischer Sicht bestehe eine Operationsindikation (IV-Dok 131, S. 2 ff.). 6.3.8 Gemäss Bericht des Spitals H.____ vom 3. März 2021 zeige die klinisch-neurologische Untersuchung neben der Zervikobrachialgie eine myofasziale Schmerzsymptomatik an allen Extremitäten. Die Elektrodiagnostik habe allerdings weder neurogene Schädigungen der oberen Extremitäten noch Hinweise für eine schwere Polyneuropathie gezeigt. Die motorisch evozierten Potenziale hätten normale Latenzen zu den oberen und unteren Extremitäten ohne Hinweise für eine zervikale Myelopathie ergeben. Aus neurologischer Sicht sei aufgrund der Multimorbidität der Patientin von einer operativen Behandlung dringend abzuraten (IV-Dok 131, S. 10 ff.). 6.3.9 Dem Schreiben der Hausärztin der Versicherten vom 22. März 2021 zufolge seien aufgrund des sich zunehmend verschlechternden Zustands weitere Untersuchungen durchgeführt worden (IV-Dok 131, S. 1). 6.3.10 Gemäss Beurteilung des RAD vom 26. März 2021 sei an den bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen festzuhalten, da eine wegweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten trotz fortdauernder Beschwerdepräsentation nicht ausgewiesen sei (IV-Dok 134). 6.3.11 Gemäss Bestätigung der behandelnden Hausärztin der Versicherten vom 7. Juni 2022 sei die Versicherte im Alltag bei der Haushaltführung, der Begleitung zu Arztterminen, bei der Körperpflege und beim Toilettengang auf Hilfe angewiesen. Die Schmerzsymptomatik und ihre Gangschwierigkeiten würden seit Jahren kontinuierlich zunehmen (Beilage 4 zur Beschwerdebegründung). 7.1 Berücksichtigt man die seit Erlass der ursprünglich leistungsablehnenden Verfügung vom 22. November 2018 ergangenen medizinischen Unterlagen, so ist entgegen der von der IV-Stelle vertretenen Auffassung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse, die für die Beurteilung der Hilflosigkeit massgebend sind, nachträglich nicht massgebend verschlechtert haben. Insbesondere vermag es nicht zu überzeugen, wenn die IV-Stelle ihre ablehnende Verfügung 9. Mai 2022 ohne eine erneute Erhebung der vor Ort massgebenden Verhältnisse damit begründet, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen sei. Eine HE ist dem Gesagten zufolge (oben, Erwägung 4.2) nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu revidieren, sondern auch dann, wenn sich die Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes auf ihre Hilfsbedürftigkeit allenfalls erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Ausserdem liegt eine revisionsrechtlich massgebende Veränderung der

gesundheitlichen Verhältnisse auch bei einer gleich gebliebenen Diagnose vor, sofern und soweit aus einer Veränderung der Intensität und der Auswirkungen des daraus resultierenden Leidens eine Erhöhung (oder Verminderung) der Hilflosigkeit resultiert (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C_261/2009, E. 1.2). Aus der von der Beschwerdegegnerin behaupteten fehlenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten alleine kann mithin nicht ohne Weiteres auf eine fehlende Veränderung ihrer Hilflosigkeit geschlossen werden. 7.2 Die vorliegenden Akten lassen einen solchen Schluss denn auch nicht zu. Entgegen den im Zeitpunkt des Urteils des Kantonsgerichts vom 25. November 2021 massgebenden medizinischen Verhältnissen trifft es zwar zu, dass das dazumal im Zentrum stehende CRPS mittlerweile ausgeschlossen werden konnte. Für das seitens der Beschwerdeweiterhin weiterhin beklagte chronisch-anhaltende Schmerzsyndrom an Händen und Armen lassen sich in neurologischer Hinsicht keine objektiven Befunde eruieren, welche die entsprechenden Beschwerden erklären würden (oben, Erwägungen 6.3.4 und 6.3.8). Insofern ist der IV-Stelle beizupflichten, dass sich eine Verschlechterung der medizinischen Verhältnisse und mit ihnen namentlich ein versicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden in Bezug auf den klinisch präsentierten Funktionsverlust der Hände im Vergleich zur medizinischen Situation im Zeitpunkt der ursprünglichen Ablehnung einer HE auch weiterhin nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen lässt. Damit aber ist noch nichts darüber gesagt, wie es sich hinsichtlich der im Zeitpunkt der ursprünglichen Ablehnung im November 2018 noch nicht näher untersuchten gesundheitlichen Beeinträchtigungen übriger Natur und ihrer allfälligen Auswirkungen auf eine mögliche Hilflosigkeit der Versicherten verhält. Namentlich fehlt es im vorliegenden Fall an einer umfassenden medizinischen Beurteilung der Frage der Hilflosigkeit unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Verhältnisse, wie sie sich seit der Verfügung der IV-Stelle vom 22. November 2018 präsentieren. Die IV-Stelle referenziert im Wesentlichen auf die Beurteilung ihres RAD vom 11. Mai 2020 (oben, Erwägung 6.2). Diese Stellungnahme bezieht sich indes lediglich auf den am 12. März 2020 erfolgten endoprothetischen Gelenkersatz des linken Kniegelenks der Versicherten. Eine darüberhinausgehende medizinische Beurteilung liegt insbesondere mit Blick auf den im Bericht der Klinik F.____ vom 9. Januar 2021 neu erhobenen Bandscheibenvorfall aber nicht vor. Zumal in diesem Bericht eine operative Intervention als dringlich bezeichnet wird, kann in Übereinstimmung mit den neuerlichen Berichten der Hausärztin der Versicherten nicht abschliessend gesagt werden, die Auswirkungen der gesundheitlichen Verhältnisse hätten sich im Alltag mittlerweile nicht massgebend verschlechtert. Dies gilt namentlich in Anbetracht der nunmehr explizit statuierten Multimorbidität der Versicherten (oben, Erwägung 6.3.8). Ob und allenfalls in welchem Umfang diese im Zeitpunkt der erstmaligen Leistungsablehnung im November 2018 noch nicht erhobenen Umstände sich auf die Hilflosigkeit der Versicherten auswirken, lässt sich jedenfalls nicht alleine auf der Basis der durch Dr. B.____ im Frühjahr 2017 erhobenen Verhältnissen beurteilen. 7.3 Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet die Verwaltung in jedem Verfahren, den massgebenden Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären. Die Beschränkung des Revisionsverfahrens auf einzelne Sachverhaltselemente rechtfertigt keine herabgesetzte Sachverhaltsabklärung. Der relevante Sachverhalt muss daher auch in einem Revisionsverfahren umfassend eruiert und namentlich darauf überprüft werden, ob eine wesentliche Veränderung nicht nur der gesundheitlichen Verhältnisse, sondern auch deren Auswirkungen im Alltag eingetreten ist (oben, Erwägung 4.2). Dabei ist bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung einer allfälligen Hilflosigkeit eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt

und Verwaltung erforderlich. Im Revisionsverfahren gilt die Untersuchungspflicht mithin genau gleich wie in einem Verfahren, das den gesamten anspruchsbegründenden Sachverhalt beschlägt. Die IV-Stelle hat deshalb für die Bemessung der Hilflosigkeit auch bei der Revision einer HE grundsätzlich stets eine Abklärung an Ort und Stelle in die Wege zu leiten. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass die IV-Stelle auf eine solche Abklärung vor Ort verzichtet (Kreisschreiben über die Hilflosigkeit KSH, Stand Mai 2022, Rz 8011). Diesfalls muss aber ausgeschlossen werden können, dass sich die Auswirkungen eines allenfalls gleich gebliebenen Gesundheitszustands auf die Hilfsbedürftigkeit nicht erheblich verändert haben, bzw. aus einer allfälligen Veränderung der Intensität und der Auswirkungen eines Leidens keine Erhöhung der Hilflosigkeit resultiert. Wenn die IV-Stelle im vorliegenden Fall gestützt auf die noch im August 2017 durch Dr. B.____ gutachterlich erhobenen Verhältnisse nunmehr den Schluss zieht, dass in versicherungsrechtlicher Hinsicht weiterhin kein relevanter Gesundheitsschaden vorliege, greift ihre Betrachtungsweise in diesem Zusammenhang zu kurz. Namentlich kann ihr nicht gefolgt werden, soweit sie die Auffassung vertritt, der RAD habe stets alle neuen medizinischen Unterlagen gesichtet und in seine Beurteilung einfließen lassen. Insbesondere der in den Akten explizit neu gelistete Hinweis auf eine Multimorbidität der Versicherten (oben, Erwägung 6.3.8) sowie die als weiterer Schwerpunkt der aktuellen Beschwerdesituation dokumentierten Mobilitätsschwierigkeiten (vgl. oben, Erwägung 6.3.11) der mittlerweile an zwei Unterarmgehstöcken gehenden Versicherten finden mit Blick auf die anlässlich der gutachterlichen Exploration durch Dr. B.____ im April 2017 noch erhobenen Mobilitätsverhältnisse (a.a.O., Ziffer 3.2.1) in den Beurteilungen des RAD keinen Niederschlag. Die Beurteilungen des RAD beziehen sich auf die im Zusammenhang mit der damals noch strittigen Rentenfrage sodann im Wesentlichen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten und nicht auf die nunmehr im Zentrum stehenden Auswirkungen ihres Gesundheitszustands auf Einschränkungen bei der Verrichtung im Alltag, wie sie für die Frage einer allfälligen Hilflosigkeit massgebend sind. Zumal im ursprünglichen Abklärungsbericht Haushalt noch aus dem Jahr 2016 letztlich einzig die geklagten Beschwerden an den Händen thematisiert worden waren, liegt damit gerade keine Situation vor, bei welcher auf eine erneute Abklärung der Verhältnisse vor Ort hat verzichtet werden dürfen, wie dies ausnahmsweise in Fällen einer vorbestehenden und schweren Hilflosigkeit aufgrund einer chronischen Erkrankung zulässig sein mag (KSH, Rz 8011). Auf eine erneute Abklärung der für das Vorliegen einer allfälligen Hilflosigkeit massgebenden Umstände vor Ort hat unter diesen Umständen nicht verzichtet werden dürfen. 7.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass der von der Beschwerdegegnerin im Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 2 ATSG ermittelte Sachverhalt nicht ausreicht, um das Ausmass der Hilflosigkeit der Versicherten bzw. deren allfällige Veränderung seit Erlass der letzten leistungsablehnenden Verfügung vom 22. November 2018 zu beurteilen. Aufgrund der geschilderten Unklarheiten ist deshalb keine abschliessende Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin möglich. Es wird vielmehr durch eine Abklärung vor Ort und allenfalls ergänzende medizinische Erhebungen korrekt abzuklären sein, wie sich das Leiden der Versicherten im Alltag aktuell auswirkt und in welchem Ausmass die Versicherte deswegen in ihren Lebensverrichtungen auf eine allfällige Hilfe Dritter angewiesen ist. Die Ergebnisse dieser von einer Abklärungsperson vorzunehmenden Abklärungen werden anschliessend gegebenenfalls aus ärztlicher Sicht erneut zu würdigen sein, wobei diesbezüglich eine Unterscheidung zwischen invaliditätsfremden Aspekten und behinderungsbedingten Einschränkungen vorzunehmen

sein wird. Die Angelegenheit ist zu diesem Zwecke an die IV-Stelle zurückzuweisen. Im Ergebnis ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 22. Juli 2022 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist.

8.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 sowie 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Da die IV-Stelle unterliegende Partei ist, sind ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen.

8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Versicherten deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Ihre Rechtsvertreterin hat in ihrer Honorarnote vom 9. August 2022 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von fünf Stunden und 35 Minuten geltend, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 53.70, weshalb der Versicherten zum in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- eine Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren in der Höhe von Fr. 1'471.30 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen ist.

9.1 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. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei 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. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

9.2 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. 9.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wiedergutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 645 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2 - 4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2014, 8C_692/2014, E. 2). Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 9. Mai 2022 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle BL zurückgewiesen wird. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.— werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'471.30 (inkl. Auslagen und 7.7% MwSt) auszurichten.

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