

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/86 vom 4. Juni 2014**

Sg Versicherungsgericht, 2014-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2013\\_86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_86)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/86 du 4 juin 2014

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/86 del 4 giugno 2014

## **Regeste**

Art. 42sexies IVG. Art. 39e IVV. Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag. Bestimmung des Umfangs des Assistenzbeitrages. Stufensystem. Die Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins setzt die Anwesenheit der versicherten Person zwingend voraus.

Rückweisung zur Abklärung der Einstufung des Hilfebedarfs im Bereich An-/Auskleiden aufgrund des Wechsels von Unterschenkelorthesen beidseits zu einer Unterschenkelorthese rechts und einer Oberschenkelorthese links, sowie zur weiteren Abklärung des Hilfebedarfs in den Teilbereichen Mobilität draussen und Reisen/Ferien. Beim Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung ist nicht auf die konkret ausgeübten Tätigkeiten abzustellen, sondern auf die grundlegenden Fähigkeiten bzw. Einschränkungen einer versicherten Person in den entsprechenden Teilbereich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2014, IV 2013/86).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Beschwerdeführerin hat die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Assistenzbeitrages unbestrittenermassen erfüllt. Strittig und zu prüfen ist hingegen der Umfang des Assistenzbeitrages und dabei insbesondere die Einstufung des Hilfebedarfs der Beschwerdeführerin in den Bereichen An-/Auskleiden sowie gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung. 1.2 Gemäss Art. 42 sexies Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) bildet die für die Hilfeleistungen benötigte Zeit die Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrages. Davon abzuziehen ist die Zeit, die der Hilfflosenentschädigung, den Beiträgen für Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels und dem für Grundpflege ausgerichteten Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen entspricht. Bei einem Aufenthalt in stationären und teilstationären Institutionen wird der für Hilfeleistungen im Rahmen des Assistenzbeitrages anrechenbare Zeitbedarf entsprechend reduziert (Art. 42 sexies Abs. 2 IVG). Unter anderem hinsichtlich der einzelnen Bereiche und der minimalen und maximalen Anzahl Stunden, für die ein Assistenzbeitrag ausgerichtet wird, sowie der Pauschalen für Hilfeleistungen pro Zeiteinheit ist die Regelung auf dem Verordnungsweg vorgesehen (Art. 42 sexies Abs. 4 IVG). 1.3 Gemäss Art. 39c der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) kann in folgenden Bereichen ein Hilfebedarf anerkannt werden: alltägliche Lebensverrichtungen, Haushaltsführung, gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung, Erziehung und Kinderbetreuung, Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, berufliche Aus- und Weiterbildung, Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt, Überwachung während des Tages und Nachtdienst. Die Bestimmung des anerkannten Hilfebedarfs wird in Art. 39e IVV geregelt. Gemäss Art. 39e Abs. 2 lit. a IVV kann pro Monat höchstens ein Bedarf von

30 Stunden pro alltägliche Lebensverrichtung, die bei der Festsetzung der Hilflosenentschädigung mittleren Grades festgehalten wurde, für Assistenz bei alltäglichen Lebensverrichtungen, Haushaltsführung, gesellschaftlicher Teilhabe und Freizeitgestaltung berücksichtigt werden. 1.4 Gestützt auf diese Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) das Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB) erlassen. In Bezug auf das KSAB gilt, was allgemein für Verwaltungsweisungen, Kreisschreiben und dergleichen zu beachten ist: Es handelt sich dabei nicht um Rechtsnormen; sie sind für das Gericht nicht verbindlich. Allerdings berücksichtigt das Gericht die Lösung gemäss Verwaltungsweisung, wenn sie eine überzeugende Interpretation des Gesetzes durch die Aufsichtsbehörde zum Zweck der rechtsgleichen Anwendung des Gesetzes darstellt (vgl. BGE 122 V 249 E. 3d mit zahlreichen Hinweisen). Im KSAB werden Unterteilungen der in Art. 39c IVV genannten Bereiche in Teilbereiche (KSAB, Rz 4002), dieser Teilbereiche in verschiedene Tätigkeiten (KSAB, Rz 4003) und jeder Tätigkeit in verschiedene Verrichtungen/Teilhandlungen (KSAB, Rz 4004) vorgenommen. Sodann sieht das KSAB ein Stufensystem für die einzelnen Bereiche bzw. Teilbereiche vor. Gemäss diesem System ist der Hilfebedarf jedes (Teil-)Bereichs in fünf Stufen eingeteilt (KSAB, Rz 4009). Jede Stufe umfasst Zeitwerte entsprechend des Hilfebedarfs (von Stufe 0 = kein Bedarf, volle Selbstständigkeit bis Stufe 4 = umfassender Bedarf, keinerlei Selbstständigkeit). Die Stufe 0 ist anwendbar, wenn die versicherte Person selbstständig ist (allenfalls mit Hilfe von Hilfsmitteln) und keine Hilfe braucht (KSAB, Rz 4010). Die Stufe 1 ist anwendbar, wenn es sich nur um eine geringe oder sporadische, aber regelmässige Hilfe handelt. In dieser Stufe kann die versicherte Person fast alles selber erledigen und benötigt nur punktuell Hilfe, z.B. bei der Pediküre oder beim Einschenken und Schöpfen (KSAB, Rz 4011). Die Stufe 2 ist anwendbar, wenn bei mehreren Teilhandlungen Hilfe geleistet werden muss, aber noch eine wesentliche Eigenleistung möglich ist. In der Stufe 2 kann die versicherte Person einen Teil der Verrichtungen selbstständig übernehmen, andernteils ist eine direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig. Als Beispiel wird u.a. eine Person beschrieben, welche sich den Oberkörper selbst waschen und abtrocknen kann, für den Unterkörper jedoch Hilfe benötigt (KSAB, Rz 4012). Stufe 3 ist anwendbar, wenn der versicherten Person nur eine kleine Mithilfe bei der Teilhandlung oder eine bescheidene Eigenleistung, welche die Ausführung erleichtert, möglich ist. In dieser Stufe braucht die versicherte Person demnach Hilfe bei den meisten Verrichtungen und kann nur eine geringe Eigenleistung vollbringen, z.B. wenn eine Person beim Anziehen nur stehen kann. Sie benötigt in grossem Umfang direkte Hilfe oder häufige Überwachung (KSAB, Rz 4013). Schliesslich ist Stufe 4 anwendbar, wenn nicht einmal eine bescheidene Mithilfe bei einer Teilhandlung oder eine Erleichterung bei der Ausführung der Tätigkeit möglich ist. In der Stufe 4 ist die versicherte Person auf umfassende und ständige Hilfe bei allen Verrichtungen angewiesen, sie kann gar nichts selbstständig tun (KSAB, Rz 4014). 1.5 Um eine rechtsgleiche Anwendung zu gewährleisten, wurde mit der Einführung des Assistenzbeitrages ein standardisiertes Abklärungsinstrument, der sogenannte FAKT, erarbeitet. Mit diesem Instrument wird der Hilfebedarf einer versicherten Person in der Praxis ermittelt (KSAB, Rz 4005). Bei jeder Stufe, welche von der Abklärungsperson zu bestimmen ist, ist ein Minutenwert für jede Tätigkeit eines (Teil-)Bereichs hinterlegt. Die Summe der Minutenwerte ergibt dann die Stufe des entsprechenden (Teil-)Bereichs (KASB, Rz 4015). Die Bestimmung der Anzahl der anrechenbaren Minuten wird demnach weder durch die Abklärungsperson noch durch die IV-Stelle vorgenommen, sondern ist vielmehr bereits im vom BSV entwickelten FAKT

enthalten. Als geeignete und in der Regel genügende Grundlage für den FAKT dient der Bericht zur Abklärung an Ort und Stelle. Die darin festgehaltenen Bemerkungen und Einstufungen müssen aber zusätzlich im FAKT eingegeben werden. Der FAKT ist ein Abklärungsinstrument, das gleichzeitig als Abklärungsbericht gelten kann, den Assistenzbeitrag berechnet und die wichtigen Informationen für die Verfügung zusammenfasst (KSAB, Rz 6019). 1.6 Betreffend den Beweiswert des Berichts zur Abklärung an Ort und Stelle sind folgende Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass als Berichtsperson eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Die Abklärungsperson hat grundsätzlich einen Augenschein der Tätigkeiten vorzunehmen, für welche die pflegebedürftige Person einen Hilfebedarf geltend macht. Weiter sind die Angaben allfälliger Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Hilfeleistungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn eine klar feststellbare Fehleinschätzung oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht.

## **E. 2**

Vorliegend stützen sich die Angaben des Abklärungsverantwortlichen im FAKT auf die Abklärung vor Ort vom 20. August 2012. Grundsätzlich stellt eine Abklärung vor Ort eine genügende Grundlage für den FAKT dar. Aus dem entsprechenden Abklärungsbericht vom 20. August 2012 geht jedoch hervor, dass die Beschwerdeführerin bei der Abklärung offenbar gar nicht anwesend gewesen ist, weil sie zu dieser Zeit die Schule besucht hat (vgl. IV-act. 84-1). Der Abklärungsverantwortliche hat daher lediglich die Angaben der Mutter der Versicherten wiedergegeben und nicht seine persönlichen Beobachtungen oder die Angaben der versicherten Person selbst. Grundsätzlich ist im Rahmen der Abklärung vor Ort ein Augenschein der in Bezug auf den Hilfebedarf zu beurteilenden Tätigkeiten vorzunehmen. Daher ist die Anwesenheit der versicherten Person bei dieser Abklärung zwingend vorausgesetzt (vgl. auch KSAB, Rz 6015). Da vorliegend bereits zwei Jahre zuvor, am 19. Juli 2010, eine Abklärung vor Ort stattgefunden hat, bei der die Beschwerdeführerin anwesend gewesen ist, kann der Abklärungsbericht vom 20. August 2012 dennoch – wenn auch mit vermindertem Beweiswert – als Beweisgrundlage für die Einstufung des Hilfebedarfs im Hinblick auf die Berechnung des Assistenzbeitrages mittels dem FAKT herangezogen werden.

## **E. 3**

3.1 Umstritten ist der Hilfebedarf der Beschwerdeführerin bei der alltäglichen Lebensverrichtung An-/Auskleiden. Zunächst stellt sich diesbezüglich die Frage nach den tatsächlichen Verhältnissen im Zeitpunkt der Abklärung vor Ort am 20. August 2012. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, dass sich der Hilfebedarf ab September 2012 erhöht habe, da sie ab diesem Zeitpunkt neu eine Oberschenkelorthese links trage, währenddem sie zuvor nur mit Unterschenkelorthesen versorgt gewesen sei. Demgegenüber

hat die Beschwerdegegnerin vorgebracht, dass die Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der Abklärung Oberschenkelorthesen beidseits getragen habe und sie ab September 2012 nur noch links eine Oberschenkelorthese tragen müsse. 3.2 Das Ostschweizer Kinderspital hat am 28. September 2011 eine Verordnung für die Versorgung der Beschwerdeführerin mit Oberschenkelorthesen beidseits an die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG gesandt (vgl. IV-act. 45-2). Am 29. Februar 2012 hat der behandelnde Arzt des Ostschweizer Kinderspitals zu dieser Verordnung ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin zurzeit nur mit Unterschenkelorthesen versorgt sei. Diese dienten dazu, eine Fehlstellung der Füße zu verhindern. Damit die Beschwerdeführerin stehen und gehen könne, seien jedoch Oberschenkelorthesen beidseits erforderlich. Zunächst stehe eine Operation der Unterschenkel an, um die Füße und Knie auszurichten. Die Orthesenversorgung werde dann nach dem Eingriff direkt gebraucht (vgl. IV-act. 54-3). Aufgrund der Verordnung hat die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG am 13. Februar 2012 einen Kostenvoranschlag zu Händen der Familie der Beschwerdeführerin erarbeitet (vgl. IV-act. 2). Der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle hat am 28. April 2012 festgehalten, dass die beantragten Oberschenkelorthesen als Hilfsmittel für die aufrechte Fortbewegung der Beschwerdeführerin bei bestehender Paraparese erforderlich seien. Demgegenüber dienten die bisher benötigten Unterschenkelorthesen der Vorbeugung von Kontrakturen und Fehlstellungen (vgl. IV-act. 61). Mit einer Mitteilung vom 16. Mai 2012 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Kosten für die Oberschenkelorthesen beidseits zu (vgl. IV-act. 66). Wie aus dem Verlaufsbericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 25. Mai 2012 hervorgeht, hatte die Operation der schenkel am 24. April 2012 stattgefunden. Dabei waren externe Fixateure angebracht worden, welche laut der behandelnden Ärztin für mindestens 3 Monate zu tragen waren. Diese hat zudem festgehalten, dass postoperativ eine neue Unterschenkelorthese rechts mit Kondylenfassung sowie eine Oberschenkelorthese links angefertigt werden müssten. Ein erneuter Antrag auf Kostenzusprache an die IV-Stelle sei von ihrer Seite aufgrund des weiter komplexen Handlungsbedarfs noch nicht gestellt worden (vgl. IV-act. 75-3). Aus diesen Ausführungen ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin bis zur Operation am 24. April 2012 noch keine Oberschenkelorthesen erhalten hat. In Abweichung von der zunächst gestellten Verordnung seitens des Ostschweizer Kinderspitals sind postoperativ keine Oberschenkelorthesen beidseits mehr angezeigt gewesen, sondern eine neue Unterschenkelorthese rechts (die Beschwerdeführerin war bereits mit Unterschenkelorthesen beidseits versorgt) sowie eine (erstmalige) Oberschenkelorthese links. Da die Beschwerdeführerin während der Zeit, in der die externen Fixateure noch angebracht gewesen sind, keine Orthesen hat tragen können, ist eine praktische Versorgung der Beschwerdeführerin mit einer Oberschenkelorthese erst ab ca. Anfang August 2012 notwendig geworden. Aus diesem Grund hat das Ostschweizer Kinderspital auch erst am 14. August 2012 die entsprechende neue Verordnung an die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG geschickt (vgl. IV-act. 102-2). Der Abklärungsverantwortliche der Beschwerdegegnerin hat im FAKT vom 20. August 2012 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin Unterschenkelorthesen beidseits trage (vgl. IV-act. 99-3). Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin ist nicht davon auszugehen, dass der Abklärungsverantwortliche sich in der Terminologie geirrt hat und die Beschwerdeführerin im Abklärungszeitpunkt im Besitz von Oberschenkelorthesen beidseits gewesen ist. Dies ergibt sich auch klar aus der Rechnung der Orthopädie D.\_\_\_\_ AG vom 20. September 2012. Die Rechnung beinhaltet die Kosten für eine Unterschenkelorthese rechts sowie für eine Oberschenkelorthese links.

Als Erstlieferdatum der beiden Hilfsmittel ist der 11. September 2012 angegeben worden, was bedeutet, dass die Beschwerdeführerin erst ab diesem Zeitpunkt im Besitz der beiden Orthesen bzw. erstmals im Besitz einer Oberschenkelorthese gewesen sein kann (vgl. IV-act. 102-1, 102-3). Zur Oberschenkelorthese hat die Orthopädie D. \_\_\_ AG in der Rechnung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nach der Operation nur noch auf der linken Seite eine Oberschenkelorthese und rechts eine Unterschenkelorthese benötige. Dieser Hinweis bezieht sich auf die von der Beschwerdegegnerin erteilte Kostengutsprache für Oberschenkelorthesen beidseits vom 16. Mai 2012. Da der Kostenaufwand für eine Unterschenkelorthese geringer ist als für eine Oberschenkelorthese, liegt der Rechnungsbetrag vom 20. September 2012 weit unter den veranschlagten und von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Kosten für zwei Oberschenkelorthesen. Aus diesem Grund hat für die Orthopädie D. \_\_\_ AG keine Veranlassung bestanden, eine erneute Kostengutsprache bei der Beschwerdegegnerin einzuholen. Die Kosten der am 11. September 2012 gelieferten Orthesen sind der Beschwerdegegnerin somit gestützt auf deren Kostengutsprache vom 16. Mai 2012 in Rechnung gestellt worden. Wären – entsprechend der Ansicht der Beschwerdegegnerin – zuvor bereits zwei Oberschenkelorthesen abgegeben worden, so hätte die Orthopädie D. \_\_\_ AG auch diese Orthesen bei der Beschwerdegegnerin in Rechnung gestellt, was jedoch nicht der Fall gewesen ist. Zusammengefasst ist die Beschwerdeführerin somit bis zum 11. September 2012 und damit auch im Zeitpunkt der Abklärung am 20. August 2012 lediglich im Besitz von Unterschenkelorthesen beidseits gewesen. Dies ist somit auch vom Abklärungsverantwortlichen im FAKT korrekt festgehalten worden. In diesem Punkt ist der Sachverhalt als erstellt zu betrachten.

3.3 Es ist nun zu prüfen, ob sich der Hilfebedarf beim An-/Auskleiden durch den Umstand erhöht hat, dass die Beschwerdeführerin ab September 2012 neu eine Oberschenkelorthese links getragen hat. Die Rechtsvertreterin hat ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, die Orthesen selbstständig anzulegen und sie dafür mehrmals täglich Hilfe benötige. Aufgrund der Breite und Steifheit der Orthesen sei es ihr nicht möglich, die Hosen selbstständig über die Orthesen zu ziehen und die Schuhe selber anzuziehen. Die Ermittlung des Hilfebedarfs beim An-/Auskleiden zum Zeitpunkt der Abklärung im August 2012 hat die Rechtsvertreterin nicht beanstandet (vgl. act. G 1).

3.4 Gemäss FAKT beinhaltet der Bereich An-/Auskleiden drei Teilbereiche, nämlich das Zusammenstellen der Kleider/Wäschewechsel (Wahl der geeigneten Kleidung, Herausnehmen und Bereitlegen), das An-/Auskleiden (Ankleiden am Morgen, Auskleiden am Abend, An-/Auskleiden für Aktivitäten ausser Haus, das An-/Auskleiden im Zusammenhang mit der Notdurft wird dort berücksichtigt) sowie das An-/Ablegen von Hilfsmitteln wie z.B. Orthesen (vgl. IV-act. 97 f., KSAB Rz 4015). Der Abklärungsverantwortliche hat den Hilfebedarf der Beschwerdeführerin im Teilbereich Zusammenstellen der Kleider bei der Stufe 1 festgesetzt (vgl. IV-act. 98-1). Dies ist aufgrund der angefügten Begründung, wonach die Beschwerdeführerin in diesem Teilbereich nur geringer Hilfe bedarf (z.B. Reichen von einzelnen Kleidungsstücken, Anleitung und Kontrolle), nachvollziehbar. Bei den Teilbereichen An-/Auskleiden und An-/Ablegen von Hilfsmitteln hat der Abklärungsverantwortliche die Stufe 2 des Hilfebedarfs angenommen. Er hat festgehalten, dass die Beschwerdeführerin einen Teil der Kleider, namentlich die Oberbekleidung, selbstständig an-/ausziehen könne. Betreffend die Unterschenkelorthesen sei die Beschwerdeführerin in der Lage, diese fast selbstständig auszuziehen. Beim Anziehen könne sie eingeschränkt mithelfen (IV-act. 98-2).

3.5 Es ist nicht davon auszugehen, dass sich mit dem Tragen der Oberschenkelorthese links ein

erhöhter Hilfebedarf im ersten Teilbereich (Zusammenstellen der Kleider) ergeben hat. Hingegen könnte dadurch in den Teilbereichen An-/Auskleiden und An-/ Ablegen von Hilfsmitteln ein Mehraufwand entstanden sein. Während eine Unterschenkelorthesen vom Knie bis zum Fuss führt, beginnt eine Oberschenkelorthese oberhalb des Knies und führt hinunter zum Fuss (vgl. IV-act. 127). Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Allgemeine Medizin FMH, hat am 5. Februar 2013 bescheinigt, dass die Beschwerdeführerin mehrmals täglich Hilfe beim Anlegen der Ober- und Unterschenkelorthesen benötige (vgl. act. G 1.3). Zudem hat die Physiotherapeutin am 6. Februar 2013 festgehalten, dass das Anziehen von normalen Hosen (vor allem am linken Bein mit der Oberschenkelorthese) tagtäglich eine Herausforderung sei. Die Beine seien mit Orthesen breiter als normal. Zudem seien die Orthesen steif, was es der Beschwerdeführerin verunmögliche, die Beine ohne Hilfe in die Hosen zu bringen und die Schuhe anzuziehen (vgl. IV-act. 119). Aufgrund dieser Angaben ist anzunehmen, dass sich durch das Tragen der Oberschenkelorthese links tatsächlich ein Mehraufwand ergeben hat. Dies führt aber nicht ohne Weiteres dazu, dass eine höhere Stufe des Hilfebedarfs erfüllt ist. Bezüglich des Teilbereichs An-/ Auskleiden ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor die Oberbekleidung selbstständig an- und ausziehen kann. Damit ist ihr trotz des Mehraufwands für den Unterkörper aufgrund der Oberschenkelorthese noch immer eine Eigenleistung in diesem Bereich möglich. Ob sich der Mehraufwand aufgrund der Oberschenkelorthesen derart auswirkt, dass eine höhere Einstufung des Hilfebedarfs im Teilbereich An-/Auskleiden angenommen werden muss, kann nur mit einer weiteren Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins beurteilt werden. Betreffend den Teilbereich An-/ Ablegen von Hilfsmitteln benötigt die Beschwerdeführerin insbesondere beim Anlegen der Orthesen Hilfe. Gemäss Angaben im FAKT ist der Beschwerdeführerin das Ablegen der Unterschenkelorthesen fast selbstständig möglich gewesen (vgl. IV-act. 99-3). Ob sie auch die Oberschenkelorthese selbstständig ablegen kann, geht aus den Akten nicht hervor. Es ist jedenfalls anzunehmen, dass das An- und Ablegen der Oberschenkelorthese im Vergleich zur Unterschenkelorthese aufwändiger ist. Ob es sich deshalb rechtfertigt, im Teilbereich An-/Ablegen von Hilfsmitteln einen Hilfebedarf der Stufe 3 anzunehmen, ist ebenfalls im Rahmen der weiteren Abklärung vor Ort zu beurteilen. 3.6 Somit ist der Hilfebedarf der Beschwerdeführerin im Bereich An-/Auskleiden wegen des seit September 2012 bestehenden Mehraufwands aufgrund der Oberschenkelorthese links mit einer Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin erneut zu ermitteln. Die Angelegenheit ist der Beschwerdegegnerin demnach zur Durchführung dieser Abklärung zurückzuweisen. 3.7 Weiter umstritten ist die Einstufung des Hilfebedarfs im Bereich gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung. Dieser gliedert sich in die Teilbereiche Hobbies/Sport, gesellschaftliche Kontakte, Mobilität draussen sowie Reisen/Ferien (vgl. IV-act. 98-24 ff.). Der Abklärungsverantwortliche hat gemäss FAKT in allen Teilbereichen (bis auf gesellschaftliche Kontakte) einen Hilfebedarf der Stufe 2 angenommen. Im Teilbereich gesellschaftliche Kontakte hat er bei der Beschwerdeführerin keinen Bedarf an Hilfe festgestellt. Insgesamt hat sich im FAKT ein Hilfebedarf von 20 Minuten pro Tag bzw. 2 Stunden und 20 Minuten pro Woche ergeben (vgl. IV-act. 98-26). Der Fachbereich der Beschwerdegegnerin hat in einer Stellungnahme vom 2. April 2013 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei der Freizeitgestaltung (Schwimm- Tanz-, und Gitarrenunterricht) tatsächlich einen Aufwand von 1 Stunde und 40 Minuten pro Woche habe. Damit sei die Stufe 3 des Hilfebedarfs, welcher einen täglichen Aufwand von 35 bis 59 Minuten bzw. 4

bis 7 Stunden pro Woche voraussetze, eindeutig nicht erfüllt (vgl. IV-act. 124). Der Ansicht der Rechtsvertreterin, wonach der tatsächliche notwendige Zeitaufwand für die Einstufung des Hilfebedarfs nicht massgebend sein könne, ist zuzustimmen. In Rz 4032 des KSAB wird zum Bereich gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung ausdrücklich festgehalten, dass für eine standardisierte Erfassung nicht auf die konkrete ausgeübte Tätigkeit, sondern auf grundlegende Fähigkeiten bzw. Einschränkungen abzustützen sei. Beim Teilbereich gesellschaftliche Kontakte werde z.B. nicht gefragt, wie oft bzw. welche gesellschaftlichen Kontakte stattfänden, sondern es werde erfasst, ob die versicherte Person Hilfe bei der Überwindung architektonischer Barrieren oder bei der Kommunikation etc. brauche und welches Ausmass diese Hilfe umfasse, d.h. ob sie beispielsweise gelegentlich oder immer erfolgen müsse. Dementsprechend kann es auch keine Rolle spielen, wie oft und welchen Beschäftigungen die Beschwerdeführerin in der Freizeit nachgeht.

Entscheidend ist vielmehr das Ausmass des Hilfebedarfs bei den einzelnen Teilhandlungen.

3.7.1 Zum Teilbereich Hobbies/Sport hat der Abklärungsverantwortliche im FAKT festgehalten, die Beschwerdeführerin könne Aktivitäten, welche keiner grösseren körperlichen Anstrengung bedürften (z.B. malen, basteln, fotografieren, Bilder am Computer bearbeiten) selbstständig ausüben. Für andere Tätigkeiten benötige sie Hilfe insbesondere in Form von Handreichungen, Anleitungen und Kontrolle (vgl. IV-act. 98-24).

Aufgrund dieser Angaben ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin im Teilbereich Hobbies/Sport noch eine wesentliche Eigenleistung möglich ist, womit die Einordnung des Hilfebedarfs in der Stufe 2 als gerechtfertigt erscheint.

3.7.2 Der Teilbereich gesellschaftliche Kontakte beinhaltet das verbale und nonverbale Kommunizieren, die Kontaktpflege sowie die Teilnahme am Gesellschaftsleben. Die Beschwerdeführerin ist laut dem Abklärungsverantwortlichen in der Lage, ohne Einschränkungen Gespräche zu führen und diesen zu folgen (vgl. IV-act. 29-25). Sie besucht als gute Schülerin die Regelschule im Nachbarsdorf (vgl. IV-act. 83). Aus den Angaben zum Teilbereich Hobbies/Sport geht ausserdem hervor, dass sie in der Freizeit gerne das Internet und (andere) Medien nutzt, was noch zusätzliche Kommunikationswege eröffnet (vgl. IV-act. 98-24). Ein Hilfebedarf im Teilbereich gesellschaftliche Kontakte besteht bei der Beschwerdeführerin somit nicht.

3.7.3 Als weiterer Teilbereich ist die Mobilität draussen zu beurteilen. Der Abklärungsverantwortliche hat ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bei architektonischen Barrieren (z.B. Treppen, unebene Strasse) Hilfe brauche, ansonsten könne sie sich mit dem elektrischen Rollstuhl selbstständig fortbewegen. Die Mobilität sei aufgrund des gestörten Gleichgewichts erschwert. Die Beschwerdeführerin könne bekannte Wege selbstständig zurücklegen, habe jedoch immer wieder Schwierigkeiten bei ungewohnten Situationen oder neuen Orten. Es bestehe ein Hilfebedarf bei der Benutzung des öffentlichen Verkehrs (z.B. beim Aufstehen, bei der richtigen Haltestelle aussteigen), weshalb meistens ein Transportdienst beansprucht werde. Die Beschwerdeführerin brauche überdies beim Ein-/Aussteigen ins Auto Hilfe (vgl. IV-act. 98-26). Gemäss Rz 4005 KSAB ist bei der Festlegung des Hilfebedarfs nicht nur die direkte Hilfe, sondern auch die indirekte Hilfe in Form von Anleitung, Kontrolle oder Überwachung bei der Ausführung von Tätigkeiten zu berücksichtigen (vgl. KSAB Rz 4005). Der Abklärungsverantwortliche hat angegeben, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, architektonische Barrieren selbstständig zu überwinden und sich in ungewohnten Situationen oder an neuen Orten zu Recht zu finden. Daher ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin draussen meistens auf die unmittelbare Begleitung einer Drittperson angewiesen ist, zumal architektonische Barrieren oder

ungewohnte Situationen an jedem Ort – selbst auf ihr bekannten Wegen – auftreten können. Zudem ist der Beschwerdeführerin auch die Benutzung des öffentlichen Verkehrs nicht selbstständig möglich. Vor diesem Hintergrund erscheint es widersprüchlich, wenn der Abklärungsverantwortliche gleichzeitig angibt, dass die Beschwerdeführerin sich mit dem elektrischen Rollstuhl draussen selbstständig fortbewegen und ihr bekannte Wege selbstständig zurücklegen könne. Soweit die Beschwerdeführerin die Begleitung einer Drittperson, welche ihr im Bedarfsfall bei architektonischen Barrieren oder ungewohnten Situationen Hilfestellung geben kann, benötigt, ist sie in ihrer Mobilität draussen nicht als selbstständig zu betrachten. Aus diesem Grund ist auch die Einschätzung des Abklärungsverantwortlichen, wonach im Teilbereich Mobilität draussen lediglich ein Hilfebedarf der Stufe 2 vorliege, nicht nachvollziehbar, zumal er auch betreffend diesen Teilbereich keinen Augenschein vorgenommen und sich ausschliesslich auf die Angaben der Mutter gestützt hat. Zur Beurteilung und Einstufung des Hilfebedarfs im Teilbereich Mobilität draussen erweist sich der Sachverhalt demnach als ungenügend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin wird diesbezüglich eine ergänzende Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins durchzuführen haben.

3.7.4 Zum Teilbereich Reisen/Ferien hat der Abklärungsverantwortliche angegeben, die Beschwerdeführerin benötige in ungewohnter Umgebung mehr Hilfe bei den allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen. Auch die Mobilität sei erschwert. Die i der standardisierten Festlegung des Hilfebedarfs nicht reduzierend zu berücksichtigen. Hingegen ist in diesem Teilbereich das jugendliche Alter der Beschwerdeführerin ein den Hilfebedarf reduzierender Faktor, da auch nicht behinderte Gleichaltrige kaum alleine Reisen unternehmen. Die Einstufung des Hilfebedarfs im Teilbereich Reise/Ferien kann erst nach Durchführung der noch erforderlichen Abklärungen in den Bereichen An-/Auskleiden und Mobilität draussen erfolgen, da es sich dabei um Tätigkeiten handelt, die auch beim Reisen und bei Ferienaufenthalten verrichtet werden müssen.

3.8 Zusammengefasst ist der Hilfebedarf der Beschwerdeführerin in den Teilbereichen An-/Auskleiden, An-/Ablegen von Hilfsmitteln, Mobilität draussen sowie Reisen/Ferien von der Beschwerdegegnerin ergänzend abzuklären und daraufhin neu einzustufen. Die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2013 ist folglich aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat den Assistenzbeitrag nach Durchführung der noch erforderlichen Abklärungen mittels des FAKT neu zu berechnen und anschliessend neu über den Anspruch der Beschwerdeführerin zu verfügen.

#### **E. 4**

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2013 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der

Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat am 4. Juni 2014 eine Honorarnote eingereicht, mit welcher sie einen Zeitaufwand von 7,5 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 30.-- geltend macht (vgl. act. G 14). Unter Berücksichtigung des im Kanton St. Gallen üblichen Stundenansatzes von Fr. 250.-- ergibt sich vorliegend ein Aufwand von Fr. 1'905.-- (7,5 Stunden à Fr. 250.-- + Fr. 30.-- Barauslagen). Zuzüglich der Mehrwertsteuer von 8% (Fr. 152.40) beträgt die Parteientschädigung der Beschwerdeführerin Fr. 2'057.40. Die Beschwerdegegnerin hat somit der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'057.40 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 21. Januar 2013 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr in Höhe von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'057.40 zu bezahlen.

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