

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/151 vom 23. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_151

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/151 du 23 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/151 del 23 marzo 2021

Regeste

Art. 43 IVG. Hilflosenentschädigung. Funktionelle Defizite mit psychischer Ursache. Übergangsrecht der 4. IV-Revision (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2021, IV 2019/151).

Volltext

Entscheid vom 23. März 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2019/151 Parteien A.____ Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Advokatur Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17, Postfach 223, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Hilflosenentschädigung Sachverhalt A.____ meldete sich anfangs Mai 1997 unter Hinweis auf einen im November 1995 erlittenen Unfall für eine Umschulung und für eine Rente der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Ende Mai 1997 meldete sich der Versicherte zusätzlich für eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung an (IV-act. 17). Er machte geltend, er könne sich die Hosen, die Socken und die Schuhe nicht mehr selber anziehen, er könne nicht selbständig zu Bett gehen und auch nicht selbständig vom Bett aufstehen, er könne sich nicht mehr selber waschen, rasieren und duschen, er könne die Notdurft nicht mehr selbständig verrichten, er sei auf eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe bei der Fortbewegung in der Wohnung und im Freien sowie bei der Pflege von gesellschaftlichen Kontakten angewiesen und er benötige rund um die Uhr eine persönliche Überwachung. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 6. Januar 2000 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 33). Die Sachverständigen hielten fest, der Versicherte habe bei der Arbeit eine schwere Maschine anheben wollen, sei dabei ausgerutscht und mit dem Rücken gegen eine Säule geprallt. Die Maschine sei auf den rechten Fuss gekippt, was zu einer Prellung und zu einer oberflächlichen Schürfung am Mittelfuss geführt habe. Seither bestünden nach Angaben des Versicherten dauernde Schmerzen in der Kreuzregion und im ganzen rechten Bein bis zum Sprunggelenk. Der Versicherte bewege sich nur noch an zwei Unterarmstützen fort. Gestützt auf die klinischen und bildgebenden Befunde seien ein Morbus Sudeck im fortgeschrittenen Stadium mit einem Befall der Weichteile des distalen Oberschenkels, des Kniegelenks und des gesamten Unterschenkels rechts mit einer massiven Invalidisierung sowie ein chronisches lumbo-spondylogenes Syndrom bei massiven degenerativen Veränderungen L5/S1 zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht leide der Versicherte an einer anhaltenden depressiven Störung sowie an einer massiven dissoziativen Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung im Bereich der unteren Extremität. In Anbetracht aller Aspekte sei der Versicherte als vollständig

arbeitsunfähig für jede Art von Tätigkeit zu qualifizieren. Mit einer Verfügung vom 5. Juni 2000 sprach die IV-Stelle dem Versicherten rückwirkend ab dem 1. November 1996 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent zu (IV-act. 53). Die Anmeldung des Versicherten zum Bezug einer Hilflosenentschädigung musste versehentlich untergegangen sein; die IV-Stelle tätigte diesbezüglich keinerlei Abklärungen. Im Oktober 2016 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-act. 151). Er machte geltend, er könne sich nicht selbständig an- und auskleiden, er könne nicht selbständig abliegen, er könne sich nicht selbständig baden oder duschen, er könne die Notdurft nicht selbständig verrichten, er könne sich nur mit der Hilfe seiner Ehefrau über längere Strecken fortbewegen, er könne sich nicht selbständig am gesellschaftlichen Leben beteiligen, er benötige tagsüber und nachts eine dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe und er sei rund um die Uhr auf eine persönliche Überwachung angewiesen. Zudem benötige er eine lebenspraktische Begleitung. Der Internist Dr. med. B. ___ gab im Januar 2017 an (IV-act. 163), die Angaben des Versicherten über dessen Hilflosigkeit stimmten mit den ärztlichen Feststellungen überein. Ob zur Verhinderung einer Isolation von der Aussenwelt eine regelmässige Anwesenheit einer Drittperson erforderlich sei, bleibe allerdings dahingestellt, denn der Versicherte erscheine jedenfalls immer ohne eine Begleitung in der Arztpraxis. Am 18. Mai 2017 befragte eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle die Schwiegertochter des Versicherten telefonisch zur geltend gemachten Hilflosigkeit (IV-act. 166). Die Schwiegertochter gab an, der Versicherte werde mit zunehmendem Alter schwächer und die Schmerzen nähmen zu. Da die ganze Familie in der gleichen Liegenschaft wohne, könne jemand einspringen, falls die Ehefrau krankheitsbedingt ausfallen sollte. Der Versicherte sei auf eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe beim An- und Auskleiden der Kleidungsstücke für die unteren Extremitäten, beim Aufstehen, bei der Körperpflege und bei der Fortbewegung ausser Haus sowie auf eine medizinisch-pflegerische Hilfe im Zusammenhang mit dem Diabetes angewiesen. Am 3. Juli 2017 zeigte der Rechtsanwalt lic. iur. HSG Baumann die Vertretung des Versicherten gegenüber der IV-Stelle betreffend eine allfällige Hilflosenentschädigung an (IV-act. 173). Er hatte bereits als Rechtsvertreter des Versicherten betreffend ein Begehren um Ergänzungsleistungen am 12. Juni 2017 eine Einsprache gegen eine abweisende Verfügung vom 22. Mai 2017 erhoben (IV-act. 169). Die EL-Durchführungsstelle hatte der Ehefrau ein hypothetisches Erwerbseinkommen angerechnet und der Rechtsvertreter hatte in der Einsprache geltend gemacht, die Ehefrau werde durch die Betreuungspflicht gegenüber ihrem hilflosen Ehemann an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit gehindert (vgl. auch IV-act. 176). Am 22. August 2017 notierte Dr. med. C. ___ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 181), objektiv leide der Versicherte nur an einer erheblichen Muskelatrophie am rechten Bein. Er benutze Gehstöcke und suche mit diesen selbständig und meist ohne Begleitung die Hausarztpraxis auf. Der Hausarzt habe in einem Telefonat vom 21. August 2017 das Vorliegen von kognitiven Einschränkungen oder einer schwerwiegenden depressiven Symptomatik verneint und angegeben, dass der Versicherte seine Medikamente problemlos selbständig einnehmen könne und dass er auch in den alltäglichen Lebensverrichtungen weitgehend selbständig sei. Aus RAD-medizinischer Sicht sei eine Hilfsbedürftigkeit mittleren Grades nicht ausgewiesen. Mit einem Vorbescheid vom 13. September 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 183), dass sie die Abweisung des Begehrens um eine Hilflosenentschädigung vorsehe. Zur Begründung führte sie an, die Angaben des Versicherten zur Art und zum Umfang der Dritthilfe seien nicht plausibel. Aus

medizinischer Sicht liege keine relevante Hilflosigkeit vor. Der Versicherte könne seine Selbständigkeit mit verschiedenen Hilfsmitteln erhöhen. Dagegen liess der Versicherte am 16. Oktober 2017 einwenden (IV-act. 187), seine Angaben seien sehr wohl plausibel. Die Akten belegten den Bedarf nach einer erheblichen und regelmässigen Dritthilfe bei fast allen alltäglichen Lebensverrichtungen. Hilfsmittel würden daran nichts ändern. Am 14. November 2017 liess er ergänzend ausführen (IV-act. 188), sowohl die Angaben im Anmeldeformular als auch die Ausführungen der Schwiegertochter bei der telefonischen Abklärung seien absolut glaubwürdig. Der Hausarzt Dr. B.____ habe die Angaben ebenfalls als zutreffend bestätigt. Am 12. Juli 2018 wurde der Versicherte von einer Sachbearbeiterin der IV-Stelle in Anwesenheit der Ehefrau, der Schwiegertochter, des Rechtsvertreters und der RAD-Ärztin Dr. C.____ persönlich zu seinem Hilfebedarf befragt. Die Sachbearbeiterin hielt in ihrem Abklärungsbericht fest (IV-act. 214–7 ff.), der Versicherte habe angegeben, dass er seit etwa drei Monaten an einem vermehrten Schwindel und an Kopfschmerzen leide, weshalb sein Hilfebedarf zugenommen habe und was auch der Grund dafür sei, dass er das Bett kaum noch verlassen habe. Der Versicherte habe aber auf keine objektivierbaren Einschränkungen hingewiesen, die das Anwenden von Kompensationsstrategien beim An- und Auskleiden sowie beim Anbringen und Ausziehen der Fussheberorthese verunmöglichen würden. Während der Abklärung habe der Versicherte demonstriert, dass er sich – wenn auch verlangsamt – von einem regulären Stuhl erheben und alleine aufstehen könne. Beim Abliegen auf die Untersuchungs-liege habe er sich hingelegt. Die Ehefrau habe seine Beine auf die Liege gehievt. Der Versicherte habe angegeben, dass er dazu wegen der Verletzung am Bein und wegen der Schmerzen im Rücken nicht mehr in der Lage sei. Die Schwiegertochter habe bemerkt, dass ein Elektropflegebett die Hilfsbedürftigkeit des Versicherten massgebend verringern würde. Der vom Versicherten im Zusammenhang mit dem Essen und Trinken angegebene Hilfebedarf entspreche nicht einem Bedarf nach einer erheblichen und regelmässigen Dritthilfe, denn der Versicherte benötige nur eine Hilfe beim Zerkleinern von zähen, groben Speisen. Mangels objektiver Einschränkungen in den oberen Extremitäten sei nicht einzusehen, weshalb der Versicherte nicht in der Lage sein sollte, sich die Hände und das Gesicht selbständig zu waschen, sich selbständig zu rasieren und sich selbständig die Haare zu kämmen. In Bezug auf die Körperwäsche lägen keine objektiven Einschränkungen vor, die das Anwenden von Kompensationsstrategien und Hilfsmitteln verunmöglichen würden, weshalb auch diesbezüglich kein relevanter Hilfebedarf ausgewiesen sei. Die Angabe des Versicherten, dass er nach dem Verrichten der Notdurft bei der Reinigung und beim Ordnen der Kleidung auf die Hilfe seiner Ehefrau angewiesen sei, könne nicht mit objektiven Einschränkungen begründet werden. Im Rahmen der Abklärung habe der Versicherte zwar verlangsamt, aber sicher mithilfe von Gehstöcken eine Strecke von 50 Metern zurückgelegt. Ein geeigneter Rollator würde dem Versicherten die Fortbewegung zusätzlich erleichtern. Kognitive Einschränkungen, die die Pflege von gesellschaftlichen Kontakten erschweren würden, lägen nicht vor. Zur Organisation und Strukturierung des Alltags, zur Bewältigung von Alltagssituationen und zu ausserhäuslichen Verrichtungen sei der Versicherte in kognitiver Hinsicht durchaus in der Lage. Eine Isolation oder gar Verwahrlosung bestehe nicht. Die Reinigungsarbeiten, die Wäsche und das Kochen würden seit jeher von der Ehefrau besorgt. Der Versicherte wäre aber durchaus in der Lage, einen wesentlichen Teil dieser Arbeiten sitzend oder stehend (nicht gehend) zu verrichten. Die RAD-Ärztin Dr. C.____ führte aus (IV-act. 214–13 f.), der Versicherte habe eine längere Gehstrecke verlangsamt, aber sicher an zwei Unterarmgehstöcken zurücklegen können. Das Absitzen und das Aufstehen vom Stuhl sei

ihm selbständig möglich gewesen. Kognitive Einschränkungen hätten nicht festgestellt werden können. In der kursorischen Untersuchung sei eine erhebliche Muskelatrophie des rechten Beins aufgefallen. Die Beweglichkeit der oberen Extremitäten sei nicht eingeschränkt gewesen. Das Aufstehen, das Absitzen und das Abliegen sei dem Versicherten grundsätzlich möglich gewesen. Manuelle Tätigkeiten seien dem Versicherten allerdings nur im Sitzen zumutbar. Durch das permanente Umsorgen sei eine körperliche Dekonditionierung eingetreten. Vorbehältlich weiterer neurologischer Erkenntnisse seien die am ehesten orthostatisch bedingten Schwindelattacken „ebenfalls hier einzuordnen“. Angesichts des massiven Analgetikakonsums bestehe der Verdacht auf medikamenteninduzierte Kopfschmerzen. Der Versicherte machte in einer Stellungnahme vom 26. November 2018 zum Abklärungsbericht geltend (IV-act. 214–15 f.), das selbständige An- und Auskleiden sei ihm im unteren Körperbereich nicht möglich, auch im oberen Körperbereich sei er meistens auf eine Dritthilfe angewiesen. Auch beim Aufstehen benötige er Hilfe. Teilweise müsse er hochgezogen werden. Aufgrund von Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Schwindelzuständen bei „einer Art epileptischer Anfälle“ könne er die Mahlzeiten nur noch im Liegen zu sich nehmen, wobei er auf Hilfe angewiesen sei. Oft leide er an einem Taubeitsgefühl in den Händen, weshalb ihm beim Essen geholfen werden müsse. Die selbständige Körperpflege wäre eine Qual für den Versicherten, da er durch das Gehen auf den Krücken während mehr als 20 Jahren die Kraft in seinen Armen verbraucht habe. Ein Rollator wäre kein geeignetes Hilfsmittel, da der Versicherte am Rollator auch sein verletztes Bein belasten müsste. Er könne seinen Tag nicht selbständig strukturieren, er sei mit Alltagssituationen überfordert, er könne bei der Wohnungspflege nicht mithelfen, er könne nicht waschen und bügeln und er sei wegen der ständigen Sturzgefahr auf eine permanente Überwachung angewiesen. Die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hatte in einem Bericht vom 4. September 2018 betreffend eine „Schwindelsprechstunde“ am 14. August 2018 festgehalten (IV-act. 209), der Versicherte leide an einem unspezifischen Schwindel. Im neurologischen Untersuchungsbefund habe kein Hinweis für das Vorliegen einer zentralen oder peripher vestibulären Genese festgestellt werden können. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine weiteren therapeutischen Implikationen. Mit einem jenen vom 13. September 2017 „ersetzenden“ Vorbescheid vom 6. März 2019 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie nach wie vor die Abweisung seines Begehrens um eine Hilfenentschädigung vorsehe (IV-act. 221). Dagegen liess der Versicherte am 4. April 2019 (IV-act. 225) und am 3. Mai 2019 (IV-act. 227) einwenden, der behandelnde Hausarzt Dr. B.____ habe die Angaben des Versicherten explizit als zutreffend bezeichnet. In seiner Stellungnahme zum Abklärungsbericht habe der Versicherte die Ausführungen von Dr. C.____ „klar widerlegt und nachvollziehbar entkräftet“. Sollte die IV-Stelle trotzdem immer noch nicht von der Hilflosigkeit des Versicherten überzeugt sein, werde sie weitere medizinische Abklärungen tätigen müssen. Mit einer Verfügung vom 10. Mai 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 228). Am 5. Juni 2019 liess der Versicherte (nachfolgend: der Beschwerdeführer) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Mai 2019 erheben (act. G 1). Sein Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer Entschädigung bei einer Hilflosigkeit schweren Grades „ab wann rechtens“, eventualiter die Zusprache einer Entschädigung bei einer Hilflosigkeit mittleren Grades „ab wann rechtens“ und subeventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zu weiteren medizinischen Abklärungen. Zur Begründung führte er aus, die übereinstimmenden Angaben des Beschwerdeführers und der

Schwiegertochter seien vom Hausarzt Dr. B.____ als zutreffend bezeichnet und auch von einer Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin als überzeugend qualifiziert worden. Weder der Abklärungsbericht vom 12. Juli 2018 noch die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. C.____ würden Zweifel an der Zuverlässigkeit dieser Angaben wecken. Der Beschwerdeführer habe die Behauptungen „klar widerlegt und nachvollziehbar entkräftigt“. Er habe aufgezeigt, dass und weshalb er in allen sechs alltäglichen Lebensverrichtungen in erheblicher Weise auf regelmässige Hilfe Dritter angewiesen sei und überdies eine dauernde Überwachung benötige. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6. September 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, Dr. B.____ habe keinerlei Begründung für seine Bestätigung der Angaben des Beschwerdeführers geliefert und später habe er im Rahmen eines Telefonats gegenüber der RAD-Ärztin angegeben, dass der Beschwerdeführer im Alltag weitgehend selbständig sei. Nach einer eigenen Untersuchung habe die RAD-Ärztin Dr. C.____ festgehalten, dass weder Einschränkungen in Bezug auf die Funktionalität der oberen Extremitäten noch kognitive Beeinträchtigungen objektivierbar seien. Daraus habe sie die überzeugende Schlussfolgerung gezogen, dass der Beschwerdeführer im Alltag nicht auf eine erhebliche und regelmässige Dritthilfe angewiesen sei. Die Vorbringen in der Beschwerde weckten keine Zweifel an der Überzeugungskraft des Abklärungsberichtes. Der Beschwerdeführer liess am 8. Juni 2020 an seinen Anträgen festhalten (act. G 21). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 23). Erwägungen Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 10. Mai 2019 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses scheint die Prüfung des im Oktober 2016 gestellten Begehrens um eine Hilflosenentschädigung zum Inhalt gehabt zu haben. Der Beschwerdeführer hat sich allerdings im Oktober 2016 nicht zum ersten Mal zum Bezug einer Hilflosenentschädigung angemeldet. Bereits Ende Mai 1997 hatte er mittels des dafür vorgesehenen Anmeldeformulars die Zusprache einer Hilflosenentschädigung beantragt. Jene erste Anmeldung war von der Beschwerdegegnerin aber aus unerfindlichen Gründen nicht geprüft worden; dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin auch nie über einen allfälligen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ab dem durch die Anmeldung vom Mai 1997 definierten massgebenden Zeitpunkt (Art. 48 Abs. 1 IVG) verfügt. Das bedeutet, dass die Anmeldung des Beschwerdeführers zum Bezug einer Hilflosenentschädigung von Ende Mai 1997 im Oktober 2016 immer noch hängig gewesen ist, denn das entsprechende Verwaltungsverfahren kann nicht (definitiv) im Sand verlaufen sein, die Anmeldewirkung kann nicht untergegangen sein und der Umstand, dass der Beschwerdeführer sich weder nach dem Stand des Verfahrens erkundigt noch in die Behandlung des Begehrens insistiert hat, kann nicht als ein konkludenter Rückzug der Anmeldung von 1997 interpretiert werden. Das Bundesgericht hat bereits vor 30 Jahren im BGE 116 V 273 festgehalten, dass eine Anmeldewirkung nicht untergehen kann und dass von einem konkludenten Rückzug einer Anmeldung – wenn überhaupt – nur ausgegangen werden kann, wenn klare Anhaltspunkte vorliegen, die einen eindeutigen Schluss auf den Rückzugswillen zulassen, was nach der bundesgerichtlichen Auffassung (vgl. BGE 116 V 273) nicht der Fall ist, wenn ein Versicherter nach der Anmeldung zum Leistungsbezug nichts unternimmt, obwohl die Verwaltung jahrelang untätig bleibt. Diese Auffassung hat das Bundesgericht im BGE 121 V 195 explizit bekräftigt. Als sich der Beschwerdeführer im Oktober 2016 erneut zum Bezug einer Hilflosenentschädigung angemeldet hat, hat die Beschwerdegegnerin folglich kein neues Verfahren eröffnen können, da nicht gleichzeitig

zwei voneinander unabhängige Verwaltungsverfahren betreffend ein und denselben Gegenstand rechtshängig sein können. Die zweite „Anmeldung“ vom Oktober 2016 kann deshalb nur als eine Erneuerung der noch hängigen Anmeldung vom Mai 1997 interpretiert werden. Das mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossene Verwaltungsverfahren hätte deshalb die Prüfung der Anmeldung zum Bezug einer Hilflosenentschädigung von Ende Mai 1997 zum Inhalt haben müssen, weshalb im Beschwerdeverfahren zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer in der Zeit ab Mai 1997 respektive ab dem gemäss dem Art. 48 IVG massgebenden Zeitpunkt (in der Regel frühestens ein Jahr vor der Anmeldung) einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung gehabt hat. Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung setzt gemäss dem Art. 42 Abs. 1 IVG eine Hilflosigkeit im Sinne des Art. 9 ATSG voraus, wobei gemäss den Art. 37 f. IVV massgebend ist, ob die versicherte Person bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf eine erhebliche und regelmässige Dritthilfe angewiesen ist, ob sie eine dauernde persönliche Überwachung oder eine ständige und besonders aufwendige Pflege benötigt oder ob sie auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Der Anspruch auf eine Entschädigung bei einer Hilflosigkeit leichten Grades setzt gemäss dem Art. 37 Abs. 3 IVV mindestens einen erheblichen Dritthilfebedarf bei zwei alltäglichen Lebensverrichtungen (lit. a), eine dauernde persönliche Überwachung (lit. b), eine durch das Gebrechen bedingte ständige und besonders aufwendige Pflege (lit. c), einen „Spezialfall“ im Sinne der lit. d oder eine Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung (lit. e) voraus. Die Beschwerdegegnerin hat sich bei der Sachverhaltsabklärung darauf beschränkt, den aktuellen Hilfebedarf zu ermitteln, weil sie wohl übersehen hat, dass sie nicht eine Anmeldung aus dem Jahr 2016, sondern eine solche aus dem Jahr 1997 zu prüfen hatte. Bezüglich des massgebenden Hilfebedarfs des Beschwerdeführers erweist sich der Sachverhalt deshalb als für die Jahre 1997–2016 insgesamt ungenügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung ist folglich in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen, weshalb sie als rechtswidrig aufzuheben ist. Die Sache ist zur Sachverhaltsermittlung für die Zeit bis zurück in das Jahr 1997 respektive – mit Blick auf den Art. 48 Abs. 1 IVG – bis zurück in das Jahr 1996 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dabei wird die Beschwerdegegnerin zu beachten haben, dass nicht direkt von den somatischen oder psychischen Diagnosen auf die Hilflosigkeit respektive auf den relevanten Hilfebedarf des Beschwerdeführers geschlossen werden darf. Eine relevante Hilflosigkeit muss mit entsprechenden objektiven klinischen Befunden, also mit objektiv ausgewiesenen funktionellen Defiziten begründet sein. Angesichts des weit in die Vergangenheit reichenden massgebenden Zeitraums könnte sich im Zuge der Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens möglicherweise die Frage nach einer allfälligen objektiven Beweislosigkeit stellen. Eine solche liegt allerdings nur vor, wenn der Sachverhalt auch bei einer Ausschöpfung aller Möglichkeiten objektiv nicht mehr ermittelt werden kann. In Bezug auf einen allfälligen Bedarf nach einer lebenspraktischen Begleitung ist auf die Praxis des Versicherungsgerichtes hinzuweisen (vgl. etwa den Entscheid IV 2013/412 vom 16. April 2014, E. 2.2, mit Hinweisen), laut der ein Bedarf nach einer lebenspraktischen Begleitung vorliegt, wenn eine versicherte Person nicht fähig ist, den Haushalt alleine zu besorgen. Massgebend ist dabei, wie der klare Wortlaut des Art. 38 Abs. 1 lit. a IVV („... nicht selbständig wohnen kann“) belegt, die Fähigkeit der versicherten Person, den Haushalt allein zu besorgen. Ob im konkreten Einzelfall eine Drittperson da ist, welche die versicherte Person effektiv lebenspraktisch begleitet bzw. dieser den Haushalt besorgt, ist somit irrelevant. Da die lebenspraktische Begleitung als Voraussetzung für einen Anspruch

auf eine Hilflosenentschädigung erst mit der vierten IVG-Revision per 1. Januar 2004 eingeführt worden ist, wird sich im Zuge des Verwaltungsverfahrens allenfalls die Frage stellen, ob der Beschwerdeführer allenfalls auch für die Zeit vor dem 1. Januar 2004 einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben kann. Das IVG und die IVV enthalten keine Übergangsbestimmungen, die es erlauben würden, diese Frage zu beantworten. Die Aufsichtsbehörde der Beschwerdegegnerin, das Bundesamt für Sozialversicherungen, hat aber im IV-Rundschreiben Nr. 185 vom 7. November 2003 in Ausfüllung einer echten Lücke im Übergangsrecht der 4. IV-Revision festgehalten, dass bei einer Zusprache einer Hilflosenentschädigung nach dem 1. Januar 2004, die auch einen Zeitraum vor dem 1. Januar 2004 betrifft, für die Zeit bis zum 31. Dezember 2003 das alte und erst für die Zeit ab dem 1. Januar 2004 das neue Recht anwendbar sei (S. 3). Damit wird dem Gleichbehandlungsgrundsatz Rechnung getragen, denn ansonsten würde der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für die Zeit vor dem 1. Januar 2004 nur davon abhängen, dass die entsprechende Verfügung erst nach dem 31. Dezember 2003 ergehen würde. Das bedeutet, dass der Beschwerdeführer erst frühestens ab dem 1. Januar 2004 einen Anspruch auf eine Entschädigung bei einer Hilflosigkeit leichten Grades haben kann. Die Verfügung vom 10. Mai 2019 ist folglich aufzuheben und die Sache ist zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieser Verfahrensausgang gilt praxisgemäss als ein vollständiges Obsiegen des Beschwerdeführers. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der erforderliche Vertretungsaufwand ist als deutlich unterdurchschnittlich zu qualifizieren, weil der Umfang der massgebenden Akten gering gewesen ist, womit der Aufwand für das Aktenstudium deshalb deutlich tiefer als bei einem durchschnittlich aufwendigen IV-Rentenfall gewesen ist. Die Parteientschädigung ist auf 2'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Die Verfügung vom 10. Mai 2019 wird aufgehoben und die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; dem Beschwerdeführer wird der von ihm geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit 2'500 Franken zu entschädigen.

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