

SO_GERICHTE VSBES.2019.191 vom 30. März 2021

SO Obergericht, 2021-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.191

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.191 du 30 mars 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.191 del 30 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1962 geborene C.____ (nachfolgend: der Versicherte) meldete sich am 29. Juli 2014 unter Hinweis auf somatische und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen («Bandscheibenvorfall / Ischias, Depression resp. Angst») bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug (berufliche Integration / Rente) an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Seit Juni 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin nahm in der Folge verschiedene erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Mit Vorbescheid vom 21. April 2017 (IV-Nr. 35) stellte die Beschwerdegegnerin dem Versicherten rückwirkend ab 1. März 2016 die Zusprache einer bis 31. Dezember 2016 befristeten halben Invalidenrente in Aussicht. 1.2 Am 16./17. Dezember 2017 erlitt der Versicherte eine Aortendissektion und als deren Folge eine Paraplegie und weitere Verletzungen (vgl. IV-Nrn. 41, 51 f.), woraufhin die Beschwerdegegnerin die Rentenberechnung stoppte (vgl. IV-Nr. 53) und weitere medizinische Abklärungen – insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung bei der Begutachtungsstelle D.____ – veranlasste (vgl. IV-Nrn. 77, 95). 1.3 Nach Erstattung des D.____-Gutachtens am 27. Mai 2019 (IV-Nrn. 145.1 – 145.9) und Einholung eines Situationsberichts Haushalt (IV-Nr. 154) stellte die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mit neuem Vorbescheid vom 11. Juli 2019 (IV-Nr. 155) sodann die Zusprache einer halben Rente ab März 2016 und einer ganzen Rente ab März 2018 in Aussicht (siehe auch Rentenverfügung vom 22. Oktober 2020 in IV-Nr. 210). 2. Am 9. November 2018 beantragte der Versicherte zudem die Ausrichtung von Hilflosenentschädigung (IV-Nr. 108) sowie eines Assistenzbeitrages (IV-Nr. 112). Die Beschwerdegegnerin holte zunächst eine Selbstdeklaration des Versicherten ein (vgl. IV-Nr. 121) und gab alsdann entsprechende Abklärungen bei ihrem Abklärungsdienst in Auftrag (vgl. IV-Nrn. 126 f.). Nach Durchführung der Vorbescheidverfahren (vgl. IV-Nrn. 129 f., 138 f., 143 f.) sprach die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mit Verfügung vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 148) ab 1. Januar 2019 einen Assistenzbeitrag zu; mit Verfügung vom 18. Juni 2019 (IV-Nr. 151) bejahte sie den Anspruch auf Hilflosenentschädigung ab 1. Dezember 2018 für eine Hilflosigkeit leichten Grades.

E. 3

3.1 Am 11. Juli 2019 lässt der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Wehrlin, beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) gegen die Verfügung vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 148; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 14 ff.): 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom

E. 6

Juni 2019 betreffend Assistenzbeitrag sei insofern aufzuheben, als dem [Versicherten] darin kein den Betrag von monatlich durchschnittlich CHF 423.30 bzw. jährlich maximal CHF 5'079.60 übersteigender Assistenzbeitrag zugesprochen wird. 2. Der Hilfsbedarf des [Versicherten] sei insofern abzuändern, als er im Bereich Administration auf Stufe 3 (statt Stufe 2) und im Bereich Ernährung mindestens auf Stufe 2 (statt Stufe 1) einzustufen sei. 3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem [Versicherten] ab 1. Januar 2019 einen Assistenzbeitrag gestützt auf den gemäss Ziff. 2 hiervor korrigierten Hilfsbedarf gemäss Abklärungsbericht auszurichten, wobei die Begrenzung auf 60 Stunden aufzuheben und auf den effektiven Hilfsbedarf abzustellen sei. – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

3.2 Auch gegen die Verfügung vom 18. Juni 2019 (IV-Nr. 151; A.S. 21 ff.) lässt der Versicherte am 11. Juli 2019 Beschwerde erheben mit den folgenden Rechtsbegehren (A.S. 29 ff.): 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Juni 2019 betreffend Hilflosenentschädigung sei insofern aufzuheben, als dem [Versicherten] darin keine über eine leichte [Hilflosigkeit] hinausgehende Hilflosenentschädigung zugesprochen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem [Versicherten] ab 1. Dezember 2018 eine Hilflosenentschädigung wegen mittlerer Hilflosigkeit auszurichten. – unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

3.3 In prozessualer Hinsicht lässt der Versicherte die Vereinigung der beiden Verfahren betreffend Assistenzbeitrag und Hilflosenentschädigung beantragen (vgl. separate Zuschrift vom 11. Juli 2019, A.S. 28).

3.4 Mit Eingabe vom 13. August 2019 (A.S. 37 ff.) ersucht der Versicherte zudem um unentgeltliche Rechtspflege, beschränkt auf die Verfahrenskosten. 4. Mit Verfügung vom 3. September 2019 (A.S. 40 f.) wird dem Versicherten ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege, beschränkt auf die Verfahrenskosten, bewilligt. Gleichzeitig werden – nach vorgängiger Einholung einer Stellungnahme der Beschwerdegegnerin (vgl. Einverständniserklärung vom 29. August 2019 im Verfahren VSBES.2019.192) – die Verfahren betreffend Hilflosenentschädigung (VSBES.2019.191) und Assistenzbeitrag (VSBES.2019.192) vereinigt und fortan unter der Verfahrensnummer VSBES.2019.191 weitergeführt. 5. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2019 (A.S. 43 f.) auf Abweisung der Beschwerde. 6. Der Versicherte lässt mit Replik vom 25. November 2019 (A.S. 52) an seinen Anträgen festhalten. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in der Folge auf eine Duplik (vgl. A.S. 54). Der Vertreter des Versicherten reicht am 15. Januar 2020 seine Kostennote ein (A.S. 56 f.).

E. 6.2

6.2.1 Dr. med. H.____, Oberarzt Paraplegiologie im G.____, führte in seinem Bericht vom 10. April 2018 (IV-Nr. 51 S. 2 ff.) aus, der Versicherte habe am 17. Dezember 2017 eine Aortendissektion Typ A erlitten und sei im Spital F.____ notfallmässig operiert worden. Im Rahmen der Aortendissektion sei es zu mehreren schweren Komplikationen gekommen: Im CT-Schädel habe sich ein Infarktareal postzentral rechts gezeigt, der Versicherte habe ein akutes anurisches Nierenversagen erlitten und sei über mehrere Tage hämodialysepflichtig gewesen; zudem habe er mehrere Blutungen im Bereich des Operationsgebietes erlitten und mehrfach reoperiert werden müssen. Postoperativ sei ein Delir aufgetreten, ausserdem ein tachykardes Vorhofflimmern, welches elektrokonvertiert worden sei, und es habe sich eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th2 gezeigt. In der aktuellen neurologischen Untersuchung vom 19. März 2018 habe sich der Befund einer sensomotorisch kompletten Paraplegie sub Th2 (AIS A) mit sensibler Teilinnervation bis L1 und motorischer Teilinnervation bis S1 bestätigt. Weiter bestehe u.a. eine autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung. Die stationäre Rehabilitation dauere bis

voraussichtlich Ende Juli 2018; Hauptziel sei die Wiedererlangung der grösstmöglichen Selbständigkeit, wozu auch die Ausstattung mit den notwendigen Hilfsmitteln sowie das entsprechende Training der Transfers und des Rollstuhlhandlings gehöre. 6.2.2 Gemäss Austrittsbericht von Dr. med. H. ___ vom 13. September 2018 (IV-Nr. 145.8) könne der Versicherte am 14. September 2018 aus dem G. ___ nach Hause (in die baulich angepasste Wohnung) entlassen werden. Im Verlaufe des stationären Aufenthaltes seien mehrere neurologische Kontrollen erfolgt. Betreffend Lähmungsniveau und Komplettheitsgrad habe sich bis zum Austritt keine Veränderung gezeigt. Durch die reduzierte Belastbarkeit im Rahmen der koronaren Herzerkrankung sowie bei restriktiver Ventilationsstörung infolge hoher Lähmung sei der Versicherte schnell erschöpft und benötige mehr Pausen und Erholungsphasen. Dies habe zur Folge, dass er insgesamt langsamer Fortschritte mache und mehr Zeit benötige. Der erhöhte Tonus in den unteren Extremitäten erschwere die ADL (= Activities of Daily Living / Aktivitäten des täglichen Lebens) und Bewegungsübergänge. Ein auftretender Klonus beim Rollstuhlhandling verhindere zum Beispiel das Balancieren über längere Zeit. Die medikamentösen und konservativen Therapiemöglichkeiten seien jedoch bezüglich dem Klonus sehr limitiert. Weiter liege im Rahmen der Paraplegie ein neuropathischer Schmerz unterhalb des Lähmungsniveaus vor, teilweise mit zusätzlichen nozizeptiven Schmerzen im Schulterbereich und in den Armen. Zudem bestehe auch eine spinale Spastik. Der Versicherte habe im Rahmen seines Aufenthaltes im G. ___ regelmässige Termine für psychologische Gespräche wahrgenommen. In der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit mit verlangsamter Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit und leichten bis mittelgradigen exekutiven Dysfunktionen in den Bereichen Handlungsplanung, Flexibilität und Umstellfähigkeit bei anamnestisch zeitlich reduzierter mentaler Belastbarkeit gezeigt. Die kognitiven Leistungen seien bis auf ein teilweise verlangsamtes Tempo durchschnittlich. Die Lern- und Gedächtnisfunktionen seien im Durchschnittsbereich. Visuelle Wahrnehmung, Konstruktion, basale sprachliche und rechnerische Leistungen seien unauffällig. Dennoch sehe man beim Versicherten Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung im Sinne von fehlendem Antrieb, wenig Möglichkeiten zur Gestaltung einer sinnvollen Tagesstruktur sowie auch in der Bewältigung der anfallenden administrativen und finanziellen Belange. Zur beruflichen Integration und zum Sozialen wird im Bericht des G. ___ festgehalten, dass der Versicherte seine Situation differenziert und realistisch einschätze, kooperativ sei und offen gegenüber Einschätzungen von Fachpersonen. Es falle allerdings eine verminderte körperliche und mentale Belastbarkeit, ein limitiertes Erinnerungsvermögen, vermeidendes Verhalten und geringer eigener Antrieb auf, da er viel Anleitung und Support benötige für Tätigkeiten, die der Versicherte aufgrund seines Ausbildungsstandes eigentlich problemlos in der Lage wäre auszuführen. Aufgrund der neuropsychologisch objektivierten verminderten Leistungsfähigkeit erscheine aus fachlicher Sicht eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht als realistisch. Für die Unterstützung in administrativen, finanziellen, versicherungsrechtlichen und organisatorischen Belangen sei eine Vertretungsbeistandschaft auf freiwilliger Basis errichtet worden. Zur Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur sei die Betreuung durch die psychiatrische Spitex empfohlen worden. 6.3 Im Zusammenhang mit dem Gesuch um Ausrichtung eines Assistenzbeitrages führte der Versicherte in der Selbstdeklaration vom 7. November 2018 (IV-Nr. 121 S. 2 ff.) aus, er sitze im Rollstuhl und sei vom Bauchnabel abwärts komplett gelähmt; er brauche Hilfe im Haushalt. Zum Hilfebedarf in den alltäglichen

Lebensverrichtungen (im Umfang der Stufen 0 bis 4) kreuzte er sodann an, dass er Hilfe beim An- und Auskleiden (Stufe 2), bei der Körperpflege (Stufe 3) sowie beim Verrichten der Notdurft (Stufe 4) benötige. Für das Aufstehen / Absitzen / Abliegen und die Fortbewegung in der Wohnung (aus dem Bett, Transfers, lagern etc.) sowie beim Essen und Trinken brauche er keine Hilfe (jeweils Stufe 0). Der Hilfebedarf im Haushalt gestalte sich wie folgt: In den Bereichen Administration (Planung / Organisation des Haushalts / der Assistenz, Korrespondenz, Einzahlungen usw.) und Wohnungspflege benötige er viel Hilfe, könne aber eine kleine Eigenleistung erbringen (jeweils Stufe 3). In den Bereichen Ernährung (Mahlzeiten zubereiten, abwaschen, Küche in Ordnung halten) sowie Einkauf und weitere Besorgungen könne er fast alles selbst erledigen, benötige aber punktuell Hilfe (jeweils Stufe 1). Keine Hilfe brauche er im Bereich Wäsche / Kleiderpflege (Stufe 0). Bezüglich gesellschaftliche Aktivitäten und Freizeitgestaltung deklarierte der Versicherte Hilfebedarf in den Bereichen Hobby / Sport, Tiere / Pflanzen (Stufe 1), Mobilität (Stufe 2) und Ferien / Reisen (Stufe 3). Kein Hilfebedarf (Stufe 0) bestehe im Bereich gesellschaftliche Kontakte (Kommunikation, Kontakte herstellen / pflegen). Ein Hilfebedarf für anderweitige Bereiche (Arbeit, Aus- und Weiterbildung, gemeinnütziges Engagement, Kinderbetreuung) wurde nicht angegeben. Die Notwendigkeit einer dauernden Überwachung tagsüber und / oder einer Nachtassistenz verneinte der Versicherte ebenfalls.

6.4 In der Anmeldung des Versicherten zum Bezug einer Hilflosenentschädigung vom 9. November 2018 (IV-Nr. 108) wird betreffend Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Rehaklinik G.____ verwiesen. In Bezug auf die jeweiligen Lebensverrichtungen wird ausgeführt, dass seit Dezember 2017 Aufstehen nicht mehr möglich sei und Transfers teilweise unter Supervision erfolgten. Auch für die Verrichtung der Notdurft sei der Versicherte seit diesem Zeitpunkt auf Dritthilfe angewiesen («Darmmanagement durch Drittperson; Reinigung durch Drittperson; Urinalkondom kleben teilweise mit Hilfe von Drittperson»). Was die Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte (in der Wohnung / im Freien) anbelange, sei Selbständigkeit nur bei rollstuhlgängiger Umgebung gegeben. In den übrigen alltäglichen Lebensverrichtungen (Ankleiden / Auskleiden; Essen; Körperpflege) brauche der Versicherte keine Hilfe von Dritten. Medizinisch-pflegerische Hilfe werde benötigt für das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe. Der Versicherte bedürfe aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung zudem lebenspraktischer Begleitung und verschiedener Hilfeleistungen, um selbständig wohnen zu können: Er brauche Unterstützung im Haushalt, beim Waschen und Einkaufen durch eine Haushaltshilfe; für Administratives, Finanzen und Versicherungsfragen sei er auf Hilfe durch einen Beistand angewiesen sowie bei der Tagesstrukturierung auf Unterstützung der psychiatrischen Spitex. Für Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung benötige er Begleitung: So würden Behördengänge vom Beistand übernommen. Kontakte ausserhalb der Wohnung in vertrautem Umfeld (z.B. Besuche beim Vater) seien möglich.

6.5 Am 5. Februar 2019 fand im Beisein des Versicherten und seiner Beistandin, E.____, eine Abklärung vor Ort statt. Im Abklärungsbericht vom 6. Februar 2019 (IV-Nr. 127 S. 2 ff.) hielt Abklärungsfachmann I.____ fest, der Versicherte habe am 17. Dezember 2017 eine Aortendissektion Typ A mit sensomotorischer Paraplegie sub rechts Th2 links Th3 erlitten. Bis am 25. Januar 2018 habe er sich im Spital F.____ befunden mit anschliessendem Rehabilitationsaufenthalt bis 14. September 2018 in der Rehaklinik G.____. Unterstützung durch eine psychiatrische Spitex werde zurzeit nicht gewährt. Für kurze Zeit (fünf Einsätze im Oktober 2018) sei eine entsprechende Anbieterin (J.____ GmbH) im Einsatz gewesen. Gemäss Aussagen des

Versicherten sowie seiner Beistandin wäre eine psychiatrische Spitex im 14-täglichen Rhythmus jedoch hilfreich. Der Versicherte schildere, dass ihm für alltägliche Angelegenheiten und eine Tagesstruktur manchmal der Antrieb fehle, dabei auch Angst und ein damit verbundenes Ausweichverhalten mitspiele und er sich nicht immer allem stellen möge. Es habe auch mit der jeweiligen Tagesverfassung zu tun, der Intensität der Schmerzen und wie gut er die Nacht zuvor habe schlafen können. Die Hälfte der Nächte schlafe er sehr schlecht oder spät (manchmal erst um vier Uhr morgens) ein. Seit dem Austritt aus der Rehaklinik G.____ per 14. September 2018 erhalte der Versicherte jeweils morgens und abends Unterstützung durch die Spitex; dabei gehe es vorwiegend um die Verrichtung der Notdurft, aber auch medizinisch-pflegerische Hilfe (u.a. Stützstrümpfe). Der Versicherte lebe seit September 2018 in einer Wohnung in [...]. Zur Hilflosigkeit in den einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen lässt sich dem Abklärungsbericht entnehmen, dass sich der Versicherte – jeweils sitzend im Bett – selbständig an- und auskleiden und auch die Kleider selber bereitlegen könne. Auch beim Aufstehen, Absitzen und Abliegen benötige er keine Dritthilfe; es seien ein Elektrobett und ein Rutschbrett vorhanden. Essen (Nahrung zerkleinern und zum Mund führen) erfolge ebenfalls selbständig. Hinsichtlich Körperpflege sei beim Baden / Duschen seit Dezember 2017 regelmässige und erhebliche Hilfe erforderlich. So dusche der Versicherte (jeden zweiten Tag) aus Sicherheitsgründen nur unter Anwesenheit der Spitex und erhalte dabei je nach Bedarf auch Handreichungen. Das Badezimmer sei behinderungsgerecht angepasst worden. Auch beim Verrichten der Notdurft benötige er Dritthilfe in Form eines Darmmanagements durch die Spitex (jeden zweiten Tag). Es bestehe teilweise eine Stuhlinkontinenz. Der Versicherte benütze ein Urinalkondom, welches er selber entleeren könne. Was die Fortbewegung anbelange, könne er sich mit Hilfe des Rollstuhls in der Wohnung selbständig fortbewegen. Im Freien und für die Pflege gesellschaftlicher Kontakte sei er jedoch auf Hilfe angewiesen: Zwar sei eine selbständige Fortbewegung mit dem Handrollstuhl und Swiss Trac, auch mit dem öffentlichen Verkehr, möglich, jedoch bedürfe der Versicherte dazu weiterhin der regelmässigen Hilfe bei architektonischen Barrieren. Die Notwendigkeit einer dauernden und regelmässigen lebenspraktischen Begleitung infolge der gesundheitlichen Beeinträchtigung verneint der Abklärungsfachmann. Der Versicherte habe im Oktober 2018 für fünf Einsätze die Unterstützung der J.____ GmbH (Psychiatriespitem) in Anspruch genommen, welche zwischenzeitlich aber nicht mehr erfolge. Er erhalte aktuell keine Hilfe bei der Tagesstrukturierung sowie Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen, jedoch werde dies als wünschenswert erachtet. Bezüglich der Haushaltsführung könne der Versicherte beispielsweise nach dem Kochen selber abwaschen (Geschirrspülmaschine vorhanden) und aufräumen. Auch sonstige Aufräumarbeiten auf Sitzhöhe seien möglich. Hingegen benötige er Hilfe bei der Wohnungsreinigung, welche alle vierzehn Tage jeweils für eine Stunde durch eine Haushaltshilfe erfolge. Die Wäsche erledige der Versicherte selbstständig; eine Waschmaschine sei in der Wohnung vorhanden. Zusätzlich erhalte er bei Bedarf von seinem zwischenzeitlich 80-jährigen Vater Hilfeleistungen (z.B. Abfallsack rausstellen usw.). Der Versicherte sei in der Lage, die notwendige Dritthilfe selber zu mobilisieren, entsprechende Anweisungen zu erteilen und somit mit Hilfe Dritter die ihm nicht möglichen Haushaltsarbeiten zu erledigen. Administrative Tätigkeiten, finanzielle Angelegenheiten sowie das Ausfüllen von Formularen und Kontakte zu Behörden würden mit Hilfe von Frau E.____, Vertretungsbeistandschaft mit Vermögensverwaltung, erledigt und regelmässig mit ihr besprochen. Der Versicherte habe monatlich einen Betrag von CHF 500.00, welchen er

selber verwalte. Zusammenfassend liege keine lebenspraktische Begleitung seit drei Monaten von mindestens zwei Stunden pro Woche vor. Eine lebenspraktische Begleitung sei auch nicht notwendig, damit der Versicherte in der Lage sei, das Haus für bestimmte notwendige Verrichtungen und Kontakte zu verlassen. Er besorge seine Einkäufe selbständig im nahe gelegenen Einkaufszentrum ([...]) und nehme dabei einen Rucksack zur Hilfe. Die Hilfeleistungen bei funktionalen Einschränkungen seien im Bereich der Fortbewegung anzurechnen. Schliesslich sei eine lebenspraktische Begleitung auch nicht notwendig, um der Gefahr einer sozialen Isolation und damit einhergehender Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorzubeugen. Im Rahmen der Grundpflege benötige der Versicherte tagsüber Hilfe durch die Spitex für die Medikamentenabgabe/-kontrolle, das An- und Ausziehen der Stützstrümpfe sowie teilweise beim Kleben des Urinalkondoms. Bedarf für eine persönliche Überwachung liege nicht vor. Als Hilfsmittel seien ein Rollstuhl plus Swiss Trac, ein Elektrobett, ein Dusch- und Toilettenstuhl sowie ein Rutschbrett vorhanden. Die Hilflosigkeit könne durch weitere Hilfsmittel nicht vermindert werden. Zusammenfassend hätten die Abklärungen vor Ort ergeben, dass der Versicherte seit 17. Dezember 2017 in drei alltäglichen Lebensverrichtungen (Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung / Pflege gesellschaftlicher Kontakte) auf regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen sei und der medizinischen-pflegerischen Hilfe bedürfe. Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung liege nicht vor, da einerseits keine lebenspraktische Begleitung von mindestens zwei Stunden ausgewiesen sei und andererseits das Weglassen der regelmässigen Haushaltshilfe nicht dazu führen würde, dass der Versicherte nicht mehr in der Lage wäre, selbständig zu wohnen und in ein Heim eingewiesen werden müsste. Auch benötige er keine ständige Begleitung für Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung und sei nicht auf die Anwesenheit einer Drittperson angewiesen, um eine Isolation zu verhindern. Somit liege seit 17. Dezember 2017 eine Hilflosigkeit leichten Grades vor. Nach Ablauf des gesetzlichen Wartjahres bestehe ab 1. Dezember 2018 ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades. 6.6 Gestützt auf den Abklärungsbericht vom 6. Februar 2019 (vgl. E. II. 6.5 hievore) nahm Abklärungsfachmann I. ___ die Berechnung des Assistenzbeitrages vor (IV-Nr. 128) und ermittelte anhand des standardisierten Abklärungsinstruments FAKT2 einen anerkannten Hilfebedarf von monatlich 74.02 Stunden, der sich aus dem Hilfebedarf für alltägliche Lebensverrichtungen (41.06 Std./Monat), den Haushalt (23.83 Std./Monat) und die gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung (9.13 Std./Monat) zusammensetzt. Aufgrund der ermittelten individuellen monatlichen Höchstgrenze erfolgte sodann eine Kürzung um 14.02 Stunden auf 60 Stunden. Nach Anrechnung bzw. Abzug der (in Stunden umgerechneten) Hilflosenentschädigung (14.28 Std./Monat) sowie der von der Krankenversicherung übernommenen Grundpflege (32.97 Std./Monat) resultierte ein Assistenzbedarf von 12.75 Stunden pro Monat, was schliesslich zu einem Assistenzbeitrag von monatlich CHF 423.30 oder jährlich CHF 5'079.60 führte. In der detaillierten Einstufung (IV-Nr. 128 S. 7 ff.) wird zum «Aufstehen / Absitzen / Abliegen / Fortbewegen zu Hause» festgehalten, der Versicherte könne nicht stehen, aber selber transferieren. Bei Bedarf nehme er ein Rutschbrett zur Hilfe. Mit Hilfe des Handrollstuhls könne er sich in der Wohnung selbständig fortbewegen (insgesamt Stufe 1). Für den Teilbereich Administration wurde insgesamt die Stufe 2 festgelegt. Den Teilbereich Ernährung hat der Abklärungsfachmann gestützt auf die Abklärung vor Ort in Stufe 1 eingereiht (Näheres dazu in E. II. 8.4.1 und 8.5.1 hienach). 6.7 Am 30. April 2019 nahm

Abklärungsfachmann I.____ zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden des Versicherten, wonach eine Hilflosigkeit im Bereich Aufstehen / Absitzen / Abliegen fälschlicherweise verneint worden sei, Stellung (IV-Nr. 143 S. 2): Laut Rz. 8015 KSIH gelte ab 1. Januar 2018 die Weisung, dass keine Hilflosigkeit vorliege, wenn die versicherte Person die Transfers selbstständig machen könne. Die Abklärungen vor Ort vom 5. Februar 2019 hätten ergeben, dass der Versicherte sämtliche Transfers selbstständig durchführen könne. Das von ihm angeführte Urteil (BGE 117 V 146) stamme aus dem Jahr 1991, die neuen Weisungen des Kreisschreibens KSIH seien per 1. Januar 2018 gültig. Aufgrund der Weisungsbindung könne die alltägliche Lebensverrichtung Aufstehen / Absitzen / Abliegen (bzw. eine entsprechende Hilflosigkeit) nicht mehr bejaht werden. 6.8 Zu den Einwänden betreffend Assistenzbeitrag führte der Abklärungsfachmann in einer weiteren Stellungnahme ebenfalls vom 30. April 2019 (IV-Nr. 144 S. 2 f.) aus, entgegen der Auffassung des Versicherten, er benötige bei der Administration bei den meisten Verrichtungen (= Stufe 3) Begleitung, sei er in der Lage, bei der Planung / Organisation inkl. Einsatzplanung (verbal direkt und per Telefon) bezüglich Assistenzpersonen mitzuhelfen und selber Anweisungen zu erteilen. Entsprechend sei der Versicherte in mehreren Verrichtungen (= Stufe 2) selbstständig und nicht auf direkte Hilfe angewiesen. Hingegen müssten die administrativen Angelegenheiten durch die Beiständin erledigt werden. Bezüglich der Ernährung sei bei der Selbstdeklaration vom 7. November 2018, welche der Versicherte unterschrieben habe, die Stufe 1 festgelegt worden, was auch aus Sicht des Abklärungsdienstes den Tatsachen entspreche. Zusammenfassend werde an der Einstufung gemäss Berichterstattung vom 6. Februar 2019 (FAKT) bezüglich Assistenzbeitrag festgehalten. Weiter sei zu erwähnen, dass auch die geforderte Korrektur der Stufen am zugesprochenen Assistenzbeitrag nichts änderte. Die individuelle Höchstgrenze, die nicht überschritten werden könne, liege im Falle des Versicherten bei 60 Stunden pro Monat. Insgesamt seien 74.02 Stunden pro Monat erhoben worden, was aufgrund der Höchstgrenze letztlich zu einer Reduktion um 14.02 Stunden pro Monat geführt habe.

E. 6.9

6.9.1 Im Rahmen der Rentenprüfung wurde der Versicherte ausserdem allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und neuropsychologisch begutachtet (vgl. E. I. 1 hievor). Im polydisziplinären D.____-Gutachten vom 27. Mai 2019 (IV-Nrn. 145.1 – 145.9) wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 145.1 S. 6): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Sensomotorische Paraplegie sub Th3 (AIS A) - bei Aortendissektion Typ A am 17. Dezember 2017 - mit autonomer Dysregulation der Blasen-, Darm- und Sexualfunktionen und intermittierendem Schwankschwindel 2. Status nach akutem Hirninfarkt postzentral rechts am 17. Dezember 2017 - im Rahmen der Aortendissektion - leichtgradige neurokognitive Leistungseinschränkung (Aufmerksamkeit, Konzentration) 3. Neuropathisches Schmerzsyndrom - im Rahmen der Diagnose 1 4. Persönlichkeit mit ausgeprägt ängstlich-vermeidenden und abhängigen, differentialdiagnostisch zudem narzisstischen Zügen - am ehesten im Sinne einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6, DD F61.0) 5. Anamnestisch rezidivierende depressive Störung - derzeit bei suffizientem Medikamentenspiegel remittiert (ICD-10 F33.4) 6. Lumbospondylogenes Syndrom bei (ICD-10 M54.86) - Status nach Foraminotomie und Diskektomie LWK 3/4 rechts bei radikulärem Syndrom L3 am 2. März 2015 - Status nach Revisionsoperation bei Spondylodiszitis LWK 3/4 am 10. Juli 2015, F.____ - Status nach Implantatentfernung L3/L4 und Dekompression L2/L3 am 27. März

2017 - Facettengelenksarthrose LWK 4/5 beidseits

E. 6.9.4

hievor) plausibel erscheint. Zwar gab der Versicherte mit Anmeldung vom

E. 7

7.1 Da der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag in seiner Höhe (und an sich auch in seinem – hier aber unbestrittenen – Bestand; vgl. E. II. 3.1 f. hievor) von demjenigen auf eine Hilflosenentschädigung abhängig ist, gilt es zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mit Verfügung vom 18. Juni 2019 (IV-Nr. 151; A.S. 21 ff.) zu Recht eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zugesprochen hat. Bei der Beurteilung des Ausmasses der Hilflosigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die Ergebnisse des Abklärungsberichts vom 6. Februar 2019 sowie die ergänzende Stellungnahme vom 30. April 2019. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherte (seit dem 17. Dezember 2017) in drei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässiger und erheblicher Dritthilfe sowie einer dauernden medizinisch-pflegerischen Hilfe bedarf. Nachfolgend ist der Beweiswert der Beurteilung des Abklärungsfachmanns zu prüfen.

7.2 Der Grad der Hilflosigkeit wird vorzugsweise durch eine Abklärung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 IVV) ermittelt. Der Bericht über eine derartige Abklärung ist grundsätzlich geeignet, den entsprechenden Beweis zu erbringen, wenn er den folgenden Anforderungen gerecht wird: Als Berichtersteller wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten 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 schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden Pflege und der persönlichen Überwachung (Art. 37 IVV) und der lebenspraktischen Begleitung (Art. 38 IVV) 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 S. 546 f.; 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468).

7.3 Zunächst ist im Zusammenhang mit dem Bericht vom 6. Februar 2019 festzuhalten, dass die Abklärung am 5. Februar 2019 beim Versicherten zu Hause durchgeführt wurde. Anwesend waren C. ___ und seine Beiständin E. ___ sowie I. ___ als Abklärungsfachmann der Beschwerdegegnerin. Der Berichtersteller hatte somit Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse. Aufgrund der Akten waren ihm auch die Diagnosen bekannt. Dazu kommt, dass die Abklärungsperson über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt. Der Abklärungsfachmann berücksichtigte die Angaben des Versicherten während der Abklärung sowie im Anmeldeformular vom 9. November 2018 (IV-Nr. 108; vgl. E. II. 6.4 hievor) und liess auch die Angaben der Beiständin in die Berichterstattung einfließen, äusserte sich zu den divergierenden Meinungen und setzte

sich damit auseinander. Sein Bericht ist ausführlich, begründet und die Feststellungen und Einschätzungen des Abklärungsfachmanns lassen sich auch anhand der medizinischen Beurteilungen in den Akten, namentlich im polydisziplinären Gutachten vom 27. Mai 2019, nachvollziehen (vgl. E. II. 7.4 hienach). Der Bericht bildet damit eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage. Klar feststellbare Fehleinschätzungen, die einen richterlichen Eingriff ins Ermessen der Abklärungsperson rechtfertigen würden, liegen hier nicht vor. Dazu kommt, dass der fachlich kompetente Abklärungsfachmann näher am konkreten Sachverhalt ist als das Versicherungsgericht. Damit erfüllt der Abklärungsbericht vom 6. Februar 2019 die nach Gesetz und Rechtsprechung (vgl. E. II. 7.2 hievor) geforderten Voraussetzungen. 7.4 Unbestrittenermassen war der Versicherte seit dem 17. Dezember 2017 (Aortendissektion) bis zu seinem Tod in (zumindest) drei von sechs alltäglichen Lebensverrichtungen bzw. bei der «Körperpflege», beim «Verrichten der Notdurft» sowie bei der «Fortbewegung und Kontaktaufnahme» auf regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen, was auch mit Blick auf die medizinische Befundlage und fachärztliche Einschätzung der funktionellen Auswirkungen (permanente Rollstuhlpflichtigkeit bei kompletter sensomotorischer Paraplegie mit einhergehender Blasen- und Darmfunktionsstörung sowie ausgeprägter Paraspastik; vgl. E. II. 6.2 und 6.9.1 ff. hievor) sowie die Schilderungen des Versicherten während der Begutachtung (vgl. E. II.

E. 7.6

7.6.1 In BGE 117 V 146 hat das Bundesgericht zur Hilflosigkeit in der alltäglichen Lebensverrichtung «Aufstehen / Absitzen / Abliegen» im Falle eines Paraplegikers Folgendes erwogen: «Dass ein Paraplegiker in der Regel absitzen und abliegen kann, steht fest und wird auch vom Beschwerdeführer nicht in Abrede gestellt. Mit Bezug auf die Teilfunktion Aufstehen ist vorab festzuhalten, dass darunter nicht nur das Sicherheben verstanden werden kann. Denn das Aufstehen ist in den seltensten Fällen Selbstzweck; vielmehr steht man in der Regel auf, um anschliessend etwas in stehender Position zu tun: mit jemandem sprechen, einen Gegenstand zu sich nehmen, eine Tür oder ein Fenster öffnen usw. Es ist nun nicht zu übersehen, dass die Bewältigung dieser Funktion für einen Paraplegiker, auch wenn er an sich noch aufstehen könnte, wesentlich ihren Sinn verloren hat, weil er damit nichts erreichen kann: Da die Muskeln im Bereich der gelähmten Körperpartie völlig fehlen, ist der Paraplegiker, einmal aufgestanden, nicht in der Lage, sich Dritten oder Gegenständen zuzuwenden, sondern er ist damit beschäftigt, sich mit den Händen im Gleichgewicht zu halten. Er kann zwar vielleicht noch aufstehen, aber sicher nicht mehr aufrecht stehen. Die Teilfunktion Aufstehen ist für ihn daher nutzlos. Nach der Rechtsprechung ist die Hilfsbedürftigkeit auch dann zu bejahen, wenn ein Versicherter eine Lebensverrichtung nur noch auf eine nicht übliche Art und Weise ausführen kann [...]. Es besteht kein Anlass, in rechtlicher Hinsicht danach zu unterscheiden, ob ein Versicherter eine Teilfunktion als solche nicht mehr bzw. nur noch auf unübliche Weise wahrnehmen oder ob er sie zwar noch ausüben kann, von ihr jedoch keinen Nutzen mehr hat. Vielmehr ist die Hilfsbedürftigkeit auch dann zu bejahen, wenn eine Teilfunktion zwar noch möglich, für den Versicherten jedoch ihres Sinnes entleert ist. Im vorliegenden Fall ist daher eine erhebliche Hilfsbedürftigkeit in der Teilfunktion Aufstehen und damit bei der Lebensverrichtung Aufstehen, Absitzen, Abliegen gegeben. [...]» (BGE 117 V 146 E. 3b S. 151). 7.6.2 Nach Rz. 8015 KSIH (in der ab Januar 2018 gültigen Fassung) liegt in Bezug auf die alltägliche Lebensverrichtung «Aufstehen / Absitzen / Abliegen» eine Hilflosigkeit vor, wenn die versicherte Person ohne Hilfe Dritter nicht aufstehen, absitzen oder abliegen kann. Kann aber die versicherte Person die Transfers selbständig machen, liegt (so der

Wortlaut dieser Randziffer) keine Hilflosigkeit vor. In Rz. 8025 f. KSIH wird ausgeführt, was unter regelmässiger und erheblicher Hilfe von Drittpersonen zu verstehen ist. So ist die Hilfe gemäss Rz. 8025 KSIH regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich benötigt oder eventuell täglich nötig hat. Erheblich ist die Hilfe nach Rz. 8026 KSIH (vgl. auch E. II. 2.4 hievor), wenn die versicherte Person mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung (a.) nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde; oder (b.) selbst mit Hilfe von Drittpersonen nicht erfüllen kann, weil sie für sie keinen Sinn hat (Hinweis auf BGE 117 V 146).

7.6.3 Verwaltungsweisungen richten sich grundsätzlich nur an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Indes berücksichtigt das Gericht die Kreisschreiben insbesondere dann und weicht nicht ohne triftigen Grund davon ab, wenn sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen und eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben enthalten. Dadurch trägt es dem Bestreben der Verwaltung Rechnung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten. Auf dem Wege von Verwaltungsweisungen dürfen keine über Gesetz und Verordnung hinausgehenden Einschränkungen eines materiellen Rechtsanspruchs eingeführt werden (BGE 142 V 442 E. 5.2 S. 445 f. mit Hinweisen). Die IV-Stellen sind berechtigt, von einer mit Bundesrecht und Rechtsprechung nicht zu vereinbarenden Weisung abzuweichen (Meyer / Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Rz. 3 zu Art. 64 – 64a IVG, mit Hinweis auf BGE 129 V 200 E. 3 S. 204 ff.).

7.7 Wie sich den vorstehenden Ausführungen (vgl. E. II. 7.6.1 hievor) entnehmen lässt, beschränkt sich die Teilfunktion «Aufstehen» nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht bloss auf ein (rein physisch / technisch) mögliches Aufstehen bzw. Sicherheben, sondern es handelt sich um eine zweckgerichtete Funktion (man erhebt sich, um in stehender Position etwas Bestimmtes zu tun). Kann mit Aufstehen jedoch nichts mehr erreicht werden, wie dies bei einem Paraplegiker der Fall ist, wird die Funktion für die betroffene Person nutzlos. Selbst wenn sich der Versicherte vorliegend also vielleicht noch aus eigener Kraft aufrichten konnte, wären ihm weder Stehen noch die damit bezweckte anschliessende Handlung möglich (vgl. E. II. 7.5 hievor). Die Teilfunktion «Aufstehen» wurde damit für den Versicherten mit Eintritt der Paraplegie ihres Sinnes entleert, was nach dem zitierten Leitentscheid des Bundesgerichts zur Bejahung einer Hilfsbedürftigkeit führt. Diese Praxis des Bundesgerichts hat denn auch in Rz. 8026 KSIH Eingang in das Kreisschreiben gefunden, wo – unter Verweis auf BGE 117 V 146 – ausgeführt wird, eine erhebliche Hilfe sei auch dann gegeben, wenn zumindest eine Teilfunktion einer Lebensverrichtung für die versicherte Person keinen Sinn mehr habe (vgl. E. II. 7.6.2 hievor). Dass der Versicherte bei der Anmeldung für einen Assistenzbeitrag einen Hilfsbedarf beim Aufstehen / Absitzen / Abliegen und Fortbewegen in der Wohnung verneint habe (vgl. Beschwerdeantwort, A.S. 43; siehe auch E. II. 5.1 und 6.3 hievor), vermag daran nichts zu ändern. Wie soeben dargelegt geht es nicht darum, ob ein Paraplegiker zum Aufstehen an sich Hilfe benötigt oder nicht, sondern darum, dass diese (über das reine Sicherheben hinausgehende) Funktion für ihn nutzlos geworden ist. Für die von der Beschwerdegegnerin – unter Hinweis auf Rz. 8015 KSIH – vertretene Auffassung, wonach der Versicherte bezüglich der Lebensverrichtung «Aufstehen / Absitzen / Abliegen» dennoch nicht als hilflos anzusehen sei, weil er die Transfers selbständig ausführen könne, bleibt vor diesem Hintergrund ebenfalls kein Raum, zumal

eine solche Handhabung im Widerspruch zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung (und auch zum Kreisschreiben selbst; vgl. die vorstehenden Ausführungen zu Rz. 8026 KSIH) stünde. Soweit mit Rz. 8015 KSIH tatsächlich eine von BGE 117 V 146 abweichende bzw. nicht damit zu vereinbarende Weisung beabsichtigt ist, handelte es sich demnach gerade nicht um eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben; vielmehr läge in diesem Fall für das Versicherungsgericht aufgrund der anderslautenden Rechtsprechung des Bundesgerichts ein triftiger Grund für ein Abweichen von Rz. 8015 KSIH vor (vgl. E. II. 7.6.3 hievor).

7.8 Im Ergebnis ist festzuhalten, dass beim Versicherten auch eine erhebliche Hilfsbedürftigkeit in der Teilfunktion «Aufstehen» und somit bei der Lebensverrichtung «Aufstehen / Absitzen / Abliegen» vorlag. Die Hilflosigkeit des Versicherten bestand folglich in vier (statt drei) von sechs – und somit in den meisten – alltäglichen Lebensverrichtungen, weshalb nach Ablauf des Wartjahres ab 1. Dezember 2018 (Art. 42 Abs. 4 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; vgl. BGE 137 V 351 E. 4 f. S. 356 ff. und BGE 144 V 361 E. 6.2.9 S. 367) bis zum Ende des Monats, in dem der Versicherte verstorben ist (Art. 35 Abs. 2 Satz 2 IVV), vorliegend bis zum 31. Januar 2020 (vgl. E. I. 7.1 hievor), ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit mittleren Grades besteht (vgl. E. II. 2.2.2 hievor). Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Juni 2019 ist damit gutzuheissen. Ob ausserdem eine lebenspraktische Begleitung (vgl. E. II. 2.5 hievor) notwendig war – wie dies der Versicherte bei der Anmeldung (vgl. E. II. 6.4 hievor) und während der Abklärung vor Ort (vgl. E. II. 6.5 hievor) noch geltend gemacht hatte –, hat bei dieser Sachlage keinen Einfluss mehr auf den Grad der Hilflosigkeit (vgl. E. II. 2.2.2 hievor) und wurde beschwerdeweise denn auch nicht mehr vorgebracht (vgl. E. II. 5.2 hievor). Der Vollständigkeit halber sei jedoch festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin eine lebenspraktische Begleitung gestützt auf die ausführliche und schlüssige Begründung im Abklärungsbericht (vgl. E. II. 6.5 hievor) zu Recht verneint hat.

8. Im Nachfolgenden ist zu prüfen, wie es sich mit der Höhe des mit Verfügung vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 148; A.S. 1 ff.) zugesprochenen Assistenzbeitrages verhält.

8.1 Wie in der Beschwerde zutreffend ausgeführt wird (vgl. E. II. 5.2 hievor), resultiert in diesem Zusammenhang bereits aus dem zu korrigierenden Grad der Hilflosigkeit (vgl. E. II. 7.8 hievor) eine Erhöhung des Assistenzbeitrages bzw. des Hilfebedarfs, indem die monatliche Höchstgrenze von (hier) 60 Stunden bei leichter Hilflosigkeit (20 Stunden x drei alltägliche Lebensverrichtungen; vgl. Art. 39e Abs. 2 lit. a Ziff. 1 IVV) aufgrund der mittleren Hilflosigkeit anzuheben ist auf 120 Stunden (30 Stunden x vier alltägliche Lebensverrichtungen; vgl. Art. 39e Abs. 2 lit. a Ziff. 2 IVV). Die Beschwerde ist in diesem Punkt gutzuheissen.

8.2 Gemäss den weiteren Vorbringen in der Beschwerde sei ausserdem der Hilfebedarf des Versicherten in den (Teil-)Bereichen Administration und Ernährung zu tief angesetzt worden (vgl. E. II. 5.2 hievor). Wie unter vorstehender E. II. 7.3 dargelegt, liegt mit dem Bericht des Abklärungsfachmanns vom 6. Februar 2019 eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage vor. Gestützt darauf wurde auch der Assistenzbeitrag des Versicherten berechnet, wobei der Abklärungsfachmann die Höhe des anerkannten Hilfebedarfs anhand des standardisierten Abklärungsinstruments FAKT2 ermittelte (vgl. E. II. 6.6 hievor). Auch diesbezüglich gilt, dass das Gericht in das Ermessen der die Abklärung tätigen und näher am konkreten Sachverhalt stehenden Person nur eingreift, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (vgl. E. II. 7.2 hievor).

8.3 8.3.1 Gestützt auf die unter E. II. 3 genannten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen hat das BSV das Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB) erlassen (zur Berücksichtigung solcher Verwaltungsweisungen durch das Sozialversicherungsgericht siehe E. II.

E. 7.6.3

hievor). Darin werden Unterteilungen der in Art. 39c IVV genannten Bereiche in Teilbereiche (Rz. 4002 KSAB), dieser Teilbereiche in verschiedene Tätigkeiten (Rz. 4003 KSAB) und jeder Tätigkeit in verschiedene Verrichtungen / Teilhandlungen (Rz. 4004 KSAB) vorgenommen. 8.3.2 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 (Rz. 4009 KSAB). Jede Stufe umfasst Zeitwerte entsprechend des Hilfebedarfs (von Stufe 0 = kein Bedarf, volle Selbstständigkeit bis Stufe 4 = umfassender Bedarf, keinerlei Selbstständigkeit). Stufe 0 ist anwendbar, wenn die versicherte Person selbstständig ist (allenfalls mit Hilfe von Hilfsmitteln) und keine Hilfe braucht (Rz. 4010 KSAB). Stufe 1 ist anwendbar, wenn es sich um eine geringe oder sporadische – aber im Sinne des Assistenzbeitrags regelmässige – Hilfe handelt. Unter dieser Stufe ist somit direkte oder indirekte Hilfe zu berücksichtigen, deren Ausmass bescheiden ist bzw. nur ab und zu anfällt, wie z.B. das Zerkleinern von sehr harten Esswaren. Hier kann auch Hilfe erfasst werden, die bei der Hilflosigkeit mangels Regelmässigkeit nicht berücksichtigt werden kann oder die für die Festlegung der Hilflosigkeit nicht relevant ist. In dieser Stufe kann die versicherte Person fast alles selber erledigen und benötigt nur punktuell direkte oder indirekte Hilfe (Rz. 4011 KSAB). Stufe 2 ist anwendbar, wenn bei mehreren (= einige, ein paar, verschiedene) Teilhandlungen Hilfe geleistet werden muss, aber noch eine wesentliche Eigenleistung möglich ist, z.B. wenn eine Person kleine / kalte Mahlzeiten vorbereiten kann, beim Rüsten und Kochen aber Hilfe benötigt. In der Stufe 2 kann die versicherte Person einen Teil der Verrichtungen selbstständig übernehmen, andernteils ist eine direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle (dazwischen erledigt die versicherte Person Teilhandlungen selbstständig) nötig (Rz. 4012 KSAB). 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, sodass die Assistenzperson anleiten und meistens die Teilhandlungen unmittelbar begleiten muss (Rz. 4013 KSAB). Stufe 4 ist anwendbar, wenn keine bescheidene Mithilfe der versicherten Person bei einer Teilhandlung oder Erleichterung bei der Ausführung der Tätigkeit möglich ist. In der Stufe 4 ist die versicherte Person auf umfassende und ständige Hilfe bei allem angewiesen, sie kann gar nichts selbstständig tun, braucht umfassende direkte Hilfe oder ständige Anleitung und Überwachung bei allen Verrichtungen (Rz. 4014 KSAB).

8.4 8.4.1 Innerhalb des Bereichs Haushaltsführung (Art. 39c lit. b IVV) wird der Teilbereich Administration aufgeteilt in zwei Tätigkeiten (vgl. IV-Nr. 128 S. 9): Zu «Planung / Organisation des Helfernetzes / der Assistenz» hat der Abklärungsfachmann festgehalten, dem Versicherten sei die Mithilfe bei der Planung / Organisation, inkl. Einsatzplanung, möglich (verbal direkt und per Telefon); er könne auch Anweisungen erteilen. Die administrativen Angelegenheiten müssten durch die Beiständin erledigt werden. Hinsichtlich «anderer Verwaltungsarbeiten» benötige der Versicherte Hilfe, er möge sich nicht allem stellen (Angst, Antriebsschwierigkeiten, Ausweichverhalten – je nach Verfassung). Entsprechend würden die meisten Angelegenheiten gemeinsam mit der Beiständin besprochen und durch diese erledigt. Die Einstufung für beide dieser Tätigkeiten legte Abklärungsfachmann I. ___ auf Stufe 2 fest, was insgesamt für den Teilbereich Administration zu dieser Einstufung (Stufe 2) führte

(vgl. auch E. II. 6.6 hievor). 8.4.2 Die Beiständin des Versicherten, E.____, nahm zu dieser Einschätzung des Abklärungsfachmanns mit E-Mail vom 7. März 2019 (Beschwerdebeilage 3) dahingehend Stellung, dass Herr C.____ schon bei Bedarf eine Assistenzperson kontaktieren könne. Aber der Einsatzplan (inkl. Überblick über die noch zur Verfügung stehenden Stunden) dürfte ihn überfordern, bzw. das werde sie für ihn erledigen. Auch öffne der Versicherte die Post nicht. Sie mache dies aktuell mit ihm (monatlich). Die Idee sei aber, dass dies die Assistenzperson machen würde (wöchentlich). Stufe 3 sei daher für den Teilbereich Administration eher angebracht (so auch die Vorbringen in der Beschwerde, A.S. 17 f.; vgl. E. II. 5.2 hievor). 8.4.3 Diese Ausführungen bestätigen somit weitgehend den durch den Abklärungsfachmann erhobenen Sachverhalt, wonach dem Versicherten immerhin eine Mithilfe bei der Planung und Organisation möglich war und er gewisse Teilhandlungen übernehmen konnte, andererseits aber in administrativen Belangen rasch überfordert und auf Unterstützung durch die Beiständin angewiesen war, wobei offenbar auch ein Ausweichverhalten vorhanden war (Post nicht öffnen, sich nicht allem stellen wollen). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass aus fachärztlicher Sicht (trotz der vermuteten Persönlichkeitsstörung, jedoch bei remittierter depressiver Störung) keine psychiatrisch bedingte Einschränkung in der Haushaltsführung und lediglich eine leichtgradige neurokognitive Leistungseinschränkung (betreffend Aufmerksamkeit und Konzentration) erhoben werden konnten (vgl. E. II. 6.9.1 und 6.9.3 hievor); im Rahmen des Assistenzbeitrages kann jedoch nur ein gesundheitlich bzw. behinderungsbedingter Hilfebedarf entschädigt werden. Soweit die Beiständin eine Überforderung bezüglich Erstellen und Kontrolle der Einsatzplanung vermutet, ergibt dies an sich kein Widerspruch zu den Ausführungen des Abklärungsfachmanns, der ebenfalls lediglich von einer Mithilfe und nicht von einer selbständigen Ausführung dieser Teilhandlung spricht. Im Zusammenhang mit der vorliegend errichteten Beistandschaft (vgl. den Entscheid der zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde sowie die entsprechende Ernennungsurkunde in IV-Nrn. 109 f.) kommt ausserdem Folgendes zum Tragen: Hat die versicherte Person (wie hier) einen administrativen Beistand, welcher im Rahmen des Erwachsenenschutzrechtes für seine Arbeit entschädigt wird, wird der Hilfebedarf beim Teilbereich Administration um dessen Umfang reduziert (Rz. 4029 KSAB). 8.4.4 Nach dem Gesagten vermögen weder die Stellungnahme der Beiständin noch die gestützt darauf erfolgten Ausführungen in der Beschwerde die durch den Abklärungsfachmann vorgenommene Einreihung in Frage zu stellen. Vielmehr bleibt es bei der Feststellung, dass der Versicherte noch einen Teil der Verrichtungen selbstständig übernehmen konnte, andernteils aber eine direkte Hilfe oder stete Anleitung bzw. Kontrolle brauchte (vgl. auch die Stellungnahme des Abklärungsfachmanns vom 30. April 2019; E. II. 6.8 hievor). Die Einreihung des Teilbereichs Administration in Stufe 2 erweist sich – auch vor dem Hintergrund der in Abzug zu bringenden Arbeit der Beiständin – als nachvollziehbar; jedenfalls liegt keine klar feststellbare Fehleinschätzung vor, welche durch das Gericht zu korrigieren wäre. Die Beschwerde erweist sich in diesem Punkt als unbegründet. 8.5 8.5.1 Der Teilbereich Ernährung ist ebenfalls in zwei Tätigkeiten unterteilt (vgl. IV-Nr. 128 S. 9). Zum Zubereiten der täglichen Mahlzeiten lässt sich dem Einstufungsblatt Folgendes entnehmen: «Herr C.____ kochte gerne, heute eher selten, da die Küche für ihn trotz Umbau nicht ideal eingerichtet ist, benötigt entsprechend Handreichungen und isst oft auswärts.» Dies ergebe Stufe 1 für die Tätigkeit «tägliche Mahlzeiten zubereiten». Was das in Ordnung halten der Küche (zweite Tätigkeit des Teilbereichs Ernährung) anbelange, sei Stufe 2 angemessen: Der Versicherte brauche Hilfe

beim Abwasch grosser / schwerer Sachen (Topf, Bratpfanne, Ofenblech) und bei Reinigungsarbeiten (Putzen des Kühlschranks etc.). Die Geschirrspülmaschine benutze er selbständig, inkl. Ein- und Ausräumen. Insgesamt reichte Abklärungsfachmann I.____ den Teilbereich Ernährung in Stufe 1 ein (vgl. auch E. II. 6.6 hievor). 8.5.2 Beiständin E.____ hielt dazu fest, es stimme grundsätzlich, dass der Versicherte gern koche, bzw. so sei es vor dem Eintritt der Behinderung gewesen. Herr C.____ habe aber auch erwähnt, dass er dies seit dem Einzug in die Wohnung nur einmal getan habe, da es mit seiner Einschränkung kaum möglich sei. Die Idee sei, dass er vermehrt (mit Hilfe der Assistenzperson) zu Hause kochen könne. Aktuell esse er mehrheitlich auswärts, was sein Budget sehr belaste (siehe E-Mail der Beiständin vom 7. März 2019; Beschwerdebeilage 3). Der Versicherte benötige demnach umfangreiche Hilfe beim Kochen, womit sich die Einreihung in Stufe 1 als klare Fehleinstufung erweise. Stattdessen sei mindestens von Stufe 2 auszugehen (Beschwerde, A.S. 18; vgl. E. II. 5.2 hievor). 8.5.3 Die Angaben des Abklärungsfachmanns aus der Abklärung vor Ort und die Ausführungen des Versicherten bzw. seiner Beiständin stimmen damit im Wesentlichen überein: Der Versicherte kochte grundsätzlich gern; seit Eintritt der Paraplegie bzw. Einzug in die neue Wohnung hatte er dies jedoch kaum mehr («eher selten», «nur einmal») getan. Gemäss den weiteren übereinstimmenden Aussagen und Erhebungen vor Ort lag dies daran, dass die Küche trotz Umbaus nicht ausreichend an die Behinderung des Versicherten angepasst war, weshalb er offenbar relativ häufig auswärts essen ging. Auch gegenüber den D.____-Gutachtern hatte sich der Versicherte dahingehend geäussert, dass er zuhause nur kalt esse und nicht koche; zwei- bis dreimal pro Woche gehe er mit dem Vater und dem Bruder auswärts essen (vgl. E. II. 6.9.4 hievor). Für das Kochen, so auch die Feststellung des Abklärungsfachmanns, benötigte der Versicherte entsprechende Handreichungen. Dabei war nach den glaubhaften Angaben des Versicherten und seiner Beiständin grundsätzlich ein regelmässiges Kochen (mit einer Assistenzperson) angedacht. 8.5.4 Vor diesem Hintergrund kann in Bezug auf das Zubereiten von Mahlzeiten nicht von einer lediglich geringen oder sporadischen Hilfe – also einer Hilfe, deren Ausmass bescheiden ist oder die nur ab und zu anfällt (wie z.B. das Zerkleinern von sehr harten Esswaren) – gesprochen werden. Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Versicherte beim Kochen zwar noch eine wesentliche Eigenleistung erbringen und gewisse Teilhandlungen selbständig ausführen konnte, er jedoch bei mehreren bzw. verschiedenen Teilhandlungen auf Hilfe angewiesen war. Mit Blick auf das Stufensystem gemäss KSAB (vgl. E. II. 8.3.2 hievor) entspricht dies einem Hilfebedarf nach Stufe 2, welche gemäss den im Kreisschreiben angeführten Beispielen gerade auch im (mit dem Versicherten vergleichbaren Fall) angezeigt ist, in dem eine Person kleine / kalte Mahlzeiten vorbereiten kann, beim Rüsten und Kochen aber Hilfe benötigt. Die Einreihung in Stufe 1 stellt nach dem Gesagten hingegen eine klare Fehleinschätzung bzw. Fehleinstufung dar, welche durch das Gericht zu korrigieren ist. Entgegen der Stellungnahme des Abklärungsfachmanns vom 30. April 2019 (E. II. 6.8 hievor) vermag daran auch nichts zu ändern, dass der Versicherte in der Selbstdeklaration offenbar noch davon ausgegangen war, dass Stufe 1 bezüglich Ernährung ausreichend sei (vgl. E. II. 6.3 hievor), präsentierte sich die Situation des Versicherten bei der Abklärung vor Ort, wie vorstehend dargelegt (und auch vom Abklärungsfachmann selbst dokumentiert), gerade anders. Unter Berücksichtigung der zweiten unbestrittenermassen ebenfalls in Stufe 2 eingereichten Tätigkeit («Küche in Ordnung halten») resultiert somit für den Teilbereich Ernährung insgesamt die Stufe 2. Die Beschwerde ist in diesem Punkt ebenfalls gutzuheissen. 8.6 Zusammenfassend ist die Beschwerde gegen die Verfügung

vom 6. Juni 2019 (IV-Nr. 148; A.S. 1 ff.) teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie über den Anspruch des Versicherten auf einen Assistenzbeitrag unter Berücksichtigung einer monatlichen Höchstgrenze von 120 Stunden (vgl. E. II. 8.1 hievor) und der korrigierten Einstufung des Teilbereichs Ernährung (vgl. E. II. 8.5.4 hievor) sowie unter Anrechnung einer Hilflosigkeit mittleren Grades (vgl. E. II. 7.8 hievor) neu entscheide. Im Übrigen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Juni 2019 abzuweisen.

E. 9

9.1 Obsiegt die versicherte Person, so hat sie gemäss Art. 61 lit. g ATSG für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Bei teilweisem Obsiegen, wie dies vorliegend der Fall ist, ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier zu ■ wenn auch nur in einem eher geringen Umfang. Der Prozessaufwand wäre aber dennoch kleiner ausgefallen, wenn der Versicherte bzw. die Beschwerdeführer bezüglich der Verfügung vom 6. Juni 2019 keine höhere Einstufung des Teilbereichs Administration gefordert hätten. Es erscheint daher vorliegend angemessen, den Beschwerdeführern eine um einen Sechstel reduzierte Parteientschädigung auszurichten, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

9.2 Rechtsanwalt Wehrlin macht in seiner Kostennote vom 15. Januar 2020 (A.S. 57) einen Zeitaufwand von 17.42 Stunden geltend, was in Anbetracht der erfolgten Verfahrensvereinigung, des doppelten Schriftenwechsels und der weiteren Umstände des Einzelfalls grundsätzlich als angemessen erscheint. Was den geltend gemachten Stundenansatz von CHF 270.00 anbelangt, ist gemäss § 160 Abs. 2 des kantonalen Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) bei anwaltlicher Vertretung für den Stundenansatz zwar ein Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 möglich. Praxisgemäss gewährt das Versicherungsgericht aber einen Ansatz von mehr als CHF 260.00 nur in aussergewöhnlichen Fällen. Ein solcher liegt hier weder in rechtlicher noch sachverhaltlicher Hinsicht vor. Damit erscheint ein Stundenansatz von CHF 260.00 als angemessen. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von CHF 260.00, der Auslagen von CHF 57.00 sowie der Mehrwertsteuer von 7.7 % ergibt sich somit eine (um einen Sechstel [vgl. E. II. 9.1 hievor]) reduzierte Parteientschädigung von CHF 4'116.10.

10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des Verfahrens sind die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu fünf Sechsteln, entsprechend CHF 500.00, der Beschwerdegegnerin und zu einem Sechstel, entsprechend CHF 100.00, den Beschwerdeführern aufzuerlegen.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kanninnert 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiteneingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

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