

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.103 vom 26. April 2022**

SO Obergericht, 2022-04-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.103](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.103)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.103 du 26 avril 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.103 del 26 aprile 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 26. April 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

### **E. 2**

2.1 Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 Satz 1 IVG). Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG).

#### **E. 2.2**

2.2.1 Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist; dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 IVV). Massgeblich im Sinne dieser Bestimmung sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen: An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung und Kontaktaufnahme (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463; Urteil des Bundesgerichts 9C\_457/2015 vom 21. Oktober 2015 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.2.2 Die Hilflosigkeit gilt gemäss Art. 37 Abs. 2 IVV als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen (lit.

a) oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (lit. b) oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (lit. c).

2.2.3 Leichte Hilflosigkeit liegt laut Art. 37 Abs. 3 IVV vor, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (lit. a) oder einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (lit. b) oder einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf (lit. c) oder wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (lit. d) oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (lit. e).

2.3 Weist eine der erwähnten alltäglichen Lebensverrichtungen mehrere Teilfunktionen auf, genügt es für die Annahme einer Hilflosigkeit, wenn die versicherte Person bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf Fremdhilfe angewiesen ist (BGE 117 V 146 E. 2 S. 148; Urteil des Bundesgerichts 8C\_691/2014 vom 16. Oktober 2015 E. 3.3). Regelmässig ist die Hilfe, wenn die versicherte Person diese täglich oder eventuell (nicht voraussehbar) täglich benötigt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_30/2010 vom 8. April 2010 E. 3 mit Hinweisen). Erheblich ist die Hilfe, wenn die versicherte Person mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustands ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde, oder wenn sie mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung selbst mithilfe von Drittpersonen nicht erfüllen kann, weil sie für sie keinen Sinn hat (Randziffer [Rz.] 8025-8026 des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], anwendbar bis 31. Dezember 2021, Stand: 1. Januar 2021; unverändert übernommen in das neue Kreisschreiben über Hilflosigkeit [KSH], Rz. 2010 ■ 2013, gültig ab 1. Januar 2022, Stand: 1. Januar 2022).

2.4 Die benötigte Hilfe in den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen kann nicht nur in direkter Dritthilfe, sondern auch anhand einer Überwachung bei der Vornahme relevanter Lebensverrichtungen bestehen, indem etwa die Drittperson die versicherte Person auffordert, eine Lebensverrichtung vorzunehmen, welche diese wegen ihres psychischen oder geistigen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (indirekte Dritthilfe; Urteil des Bundesgerichts 9C\_381/2020 vom 15. Februar 2021 E. 5.1.1 mit Hinweisen).

2.5 Gemäss Art. 38 Abs. 1 IVV liegt ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbständig wohnen kann (lit. a), für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist (lit. b) oder ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (lit. c). Zu berücksichtigen ist nur die lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit einer der Situationen nach Art. 38 Abs. 1 IVV erforderlich ist (Art. 38

Abs. 3 Satz 1 IVV). Das Ziel der lebenspraktischen Begleitung besteht darin, den Eintritt der versicherten Person in ein Heim nach Möglichkeit hinauszuschieben oder zu verhindern (vgl. BGE 133 V 450 E. 4.2 S. 457).

2.6 Hilfestellungen Dritter, derer die versicherte Person bei mehreren Lebensverrichtungen bedarf, können grundsätzlich nur einmal berücksichtigt werden. Dies gilt auch bei Überschneidungen im Bedarf an lebenspraktischer Begleitung einerseits und der Hilfsbedürftigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen andererseits. So dürfen Einschränkungen bei der Kontaktpflege, welche den Anspruch auf lebenspraktische Begleitung gerade (auch) auslösen, bei der Beurteilung der Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht nochmals ins Gewicht fallen. Bei der Zuordnung einer Hilfeleistung zu einer bestimmten Lebensverrichtung hat also eine funktional gesamtheitliche Betrachtungsweise Platz zu greifen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_98/2020 vom 8. April 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

3. Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierende Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

4. Hinsichtlich des vorliegend umstrittenen Anspruchs der Beschwerdeführerin auf Hilflosenentschädigung sind im Wesentlichen folgende Akten relevant:

4.1 Laut dem Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 9. April 2020 (IV-Nr. 6 S. 22 ff.) war die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 24. März bis 3. April 2020 hospitalisiert. Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

Hauptdiagnosen

Nebendiagnosen

Die Übernahme sei von der IMC am 24. März 2020 bei Herpes-Enzephalitis sowie stattgehabtem Status epilepticus non-convulsivus erfolgt. Auf der medizinischen Bettenstation habe sich die Beschwerdeführerin weiterhin in reduziertem Allgemeinzustand, hämodynamisch stabil und afebril präsentiert. Klinisch habe sich ein unauffälliger kardiopulmonaler Status mit bekanntem abdominellem Exanthem und

ubiquitärer Druckdolenz bei weichem Abdomen gezeigt. Bei stabilem klinischen Verlauf, rückläufiger Zellzahl und nun negativer PCR im Liquor für HSV sei die Aciclovir-Therapie betreffend die Herpes-Encephalitis am 3. April 2020 sistiert worden. Bei DD strukturell bedingtem Status epilepticus non-convulsivus im Rahmen der Encephalitis sei syndromal von einer akuten symptomatischen Epilepsie auszugehen. Eine längerfristige anfallsunterdrückende Therapie sei daher nicht angezeigt. Im Verlaufs-EEG vom 30. März habe sich ein intermittierender Herdbefund fronto-temporal links gefunden, jedoch ohne epilepsietypische Potenziale. Zusammenfassend finde sich eine elektroenzephalographisch stabile Situation. Eine orientierende kognitive Testung sei aufgrund der Sprachbarriere und dem geringen Bildungsniveau mittels MoCATest nur bedingt möglich gewesen, wobei Defizite in der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis aufgefallen seien. Eine neuropsychologische Verlaufsevaluation sei im Verlauf zu evaluieren. Die Abklärung der akuten Niereninsuffizienz habe bereits auf der IMC erfolgt. Im Urnsediment habe sich eine vorwiegend tubulo-interstitielle Proteinurie (0.5 g/d) gefunden, welche am ehesten medikamentös-toxisch-bedingt (NSAR DD Aciclovir) gewesen sei. Die Werte hätten sich im Verlauf verbessert. Aufgrund des Verdachtes auf eine Herpes zoster Infektion bei Herpes Encephalitis sei die Abklärung einer HIV-Infektion erfolgt. Das Ergebnis sei negativ gewesen. Bei depressiver Symptomatik sei Saroten etabliert worden. Die Beschwerdeführerin sei am 3. April 2020 in verbessertem Allgemeinzustand in die C.\_\_\_\_ entlassen worden.

4.2 Dem definitiven Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2020 (IV-Nr. 6 S. 16 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 3. April bis 21. Mai 2020 hospitalisiert war. Es wurde dargelegt, dass die Beschwerdeführerin während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes klinisch psychologisch begleitet worden sei. Einerseits sei der Fokus in den klinisch psychologischen Gesprächen auf der Exploration des gegenwärtigen psychischen Befindens gelegen. Es bestehe der Verdacht auf affektive Veränderungen sowie Verhaltensänderungen aufgrund des Krankheitsereignisses. In diesem Rahmen habe zu Beginn eine Angstproblematik bestanden, welche sich im Verlauf des Rehaaufenthaltes mit zunehmenden körperlichen Fortschritten und Wiedererlangen von Selbstvertrauen rückläufig entwickelt habe. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich ambulanter Psychotherapie gegenwärtig nicht zugänglich und äussere keine Anliegen zu haben oder Leidensdruck zu verspüren. Sie fühle sich von ihrem sozialen Netzwerk genügend unterstützt. Aufgrund des Krankheitsereignisses und dessen Auswirkungen in neuropsychologischer Hinsicht sei es allenfalls im weiteren Verlauf notwendig, im Alltag unterstützende Strukturen miteinzubeziehen, damit es bei der Beschwerdeführerin und ihrem familiären Netzwerk nicht zu einer Überforderung bezüglich der Alltagsbewältigung komme. Weiter wurde ausgeführt, in einer ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich mittelgradige verbale Gedächtnisdefizite, mittelgradige bis schwere Aufmerksamkeitsdefizite sowie mittelgradige Defizite der exekutiven Funktionen gezeigt. Die verbale und die visuelle Merkspanne lägen an der unteren Grenze zum Normbereich, die visuell-räumlichen Fähigkeiten seien erhalten. Auf Verhaltensebene imponiere eine starke Verlangsamung. So komme es zu Antwortlatenzen und einem tiefen Arbeitstempo. Die kognitive Belastbarkeit sei als stark reduziert wahrgenommen worden. Es komme zudem zu teilweise regressiv anmutendem Verhalten. Auffälligkeiten hätten sich auch in der Sprache gezeigt. So seien insbesondere Wortfindungsstörungen, Wortverwechslungen und ein erhöhter Zeitaufwand beim Lesen aufgetreten, das Sprachverständnis sei zeitweise beeinträchtigt gewesen. Eine weitere Ausdifferenzierung

dieser Auffälligkeiten sei aufgrund der Fremdsprachigkeit der Beschwerdeführerin erschwert gewesen. Insgesamt seien die Untersuchungsergebnisse als mittelgradige bis schwere neuropsychologische Funktionsstörung zu werten. Die Funktionsfähigkeit sei im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen aktuell als deutlich eingeschränkt beurteilt worden. Die Fähigkeit zum sicheren Führen von Motorfahrzeugen sei nicht gegeben gewesen. Aus Sicht der Klinik sei eine möglichst intensive Nachbetreuung, am ehesten im Rahmen eines Tageszentrums, indiziert gewesen. Die Beschwerdeführerin wolle eine weiterführende Behandlung im Rahmen einer ambulanten Ergotherapie wahrnehmen. Für eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung in der Klinik C.\_\_\_\_ werde die Beschwerdeführerin in drei Monaten direkt aufgeboten. Im Rahmen dieser Untersuchung könne auch zur Fahreignung und Arbeitsfähigkeit erneut Stellung genommen werden. Die Störungseinsicht der Beschwerdeführerin sei nicht vollständig gegeben. Zur Physiotherapie wurde dargelegt, dass die Beschwerdeführerin von Beginn der Reha an recht gut mobil gewesen sei. Die allgemeine Ausdauer sei noch etwas reduziert gewesen, so dass sie für längere Strecken noch einen Rollstuhl benötigt habe. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei Austritt mindestens 30 Minuten gehen und auch ohne Handlauf Treppen habe steigen können. Ambulante Physiotherapie benötige sie momentan nicht. Auch aus ergotherapeutischer Sicht habe die Beschwerdeführerin gute Fortschritte erzielt. Zu Beginn hätten sich bei der Beschwerdeführerin noch starke Gedächtnisstörungen gezeigt, welche sich im Verlauf gebessert hätten. Bei Austritt sei die Beschwerdeführerin in allen Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig gewesen; sie habe eine erhöhte aber immer noch verminderte Sicherheit in Handlungsplanung und Fortschritte im flexiblen Denken aufgewiesen. In Bezug auf die Kognition habe sich das Gedächtnis und das Tempo der Gedankengänge noch stark verlangsamt gezeigt. Die Affektivität habe nicht immer zu Aussagen gepasst ■ extreme Schwankungen seien zu beobachten gewesen. Am 21. Mai 2020 habe die Beschwerdeführerin in die vorbestehenden häuslichen Verhältnisse und in die weitere ambulante Nachsorge entlassen werden können.

4.3 Am 30. Juni 2020 erging der neurologische Sprechstunden- und EEG-Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt Neurologie, Spital B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 6 S. 6 ff.). Er führte aus, im Rahmen der heutigen Konsultation hätten sich im Gespräch residuell vor allem kognitive Störungen in Form von Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie auch Störungen bezüglich der Sprachproduktion ergeben. Weiterhin seien von der Tochter eine verminderte Motivation der Beschwerdeführerin und schnellere Ermüdbarkeit beschrieben worden. Hinweise für poststationär auftretende Bewusstseinsalterationen hätten sich jedoch nicht ergeben. Weiterhin habe ein seit der Encephalitis neu aufgetretener Tinnitus auf dem linken Ohr sowie ein Zittern der rechten Hand erfragt werden können. Im klinischen Untersuchungsbefund habe sich ein feinschlägiger Haltetremor der rechten Hand sowie eine verminderte Sprachproduktion bei ansonsten fehlenden Hinweisen für fokale neurologische Defizite gezeigt. Im heutigen EEG habe ein leichter Herdbefund frontotemporal links ohne Anzeichen für epilepsie-typische Potentiale objektiviert werden können. Während der stationären Anschluss-Rehabilitation in der C.\_\_\_\_ sei zudem noch eine neuropsychologische Beurteilung erfolgt, wobei sich hier mittelgradig bis schwere neuropsychologische Funktionsstörungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit sowie exekutiver Funktionen gezeigt hätten. Zusammenfassend liessen sich insbesondere kognitive residuelle mittelgradig bis schwere Symptome erfassen. Hinweise für neu auftretende epilepsie-typische Ereignisse hätten sich dagegen nicht ergeben. Die Ursache des linksseitigen Tinnitus bleibe offen, wobei sich strukturell keine

relevanten pathologischen Befunde im Bereich des Hirnstamms detektieren liessen. In Anbetracht des stabilen Verlaufes bezüglich Epilepsie-charakteristischer Ereignisse und des heutigen EEGs würde Dr. med. D.\_\_\_\_ einen probatorischen Ausschleichversuch von Levetiracetam anstreben. Darunter würde er dann den Verlauf abwarten, wobei insbesondere auch ein möglicher Einfluss auf Konzentration und Müdigkeit nach Wegfall von Levetiracetam abzuwarten sei. Eine neuropsychologische Verlaufskontrolle sei im August 2020 in der C.\_\_\_\_ bereits geplant. Aufgrund neuropsychologischer Defizite sei bis Ende August 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren (bis zur neuropsychologischen Beurteilung in der C.\_\_\_\_).

Am 12. Oktober 2020 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_ erneut über die neurologische Sprechstunde und Elektrophysiologie (IV-Nr. 18 S. 6 ff.). Er hielt fest, dass zwischenzeitlich seit der letzten Konsultation im Juni 2020 ein erfolgreiches Ausschleichen der antikonvulsiven Medikation mit Levetiracetam (Keppra) habe erfragt werden können. Im Anschluss an das Ausschleichen von Levetiracetam seien über eine Woche hinweg verstärkte migränöse Kopfschmerzen beschrieben worden, wobei die Kopfschmerzfrequenz aktuell auf 4 x pro Monat angegeben worden sei. Ansonsten habe am 21. September 2020 noch ein einmaliges Ereignis mit einem quantitativen Bewusstseinsverlust stattgefunden, wobei die Beschwerdeführerin vorangehend einen Drehschwindel für wenige Sekunden aus stehender Position verspürt habe. Das Ereignis sei notfallmässig auf der Notfallstation im B.\_\_\_\_ beurteilt worden, wobei am ehesten eine Synkope im Rahmen einer orthostatischen Dysregulation in Frage gekommen sei. Sonstige epilepsieverdächtige Ereignisse hätten aktuell nicht erfragt werden können. Im heutigen EEG habe sich ein leichter intermittierender Herdbefund frontotemporal links gezeigt, bei ansonsten fehlenden Hinweisen für epilepsietypische Potenziale. Aufgrund des synkopalen Ereignisses vom 21. September 2020 sei aktuell nochmals ein Schellong-Test erfolgt (damalig auf Notfallstation nur ein Kurz-Schellong-Test durchgeführt), wobei sich auch jetzt keine Hinweise für eine orthostatische Dysregulation oder ein posturales Tachykardiesyndrom ergeben hätten. Dennoch sei in Anbetracht der Semiologie des Ereignisses eine Synkope am wahrscheinlichsten. In Anbetracht der fehlenden Hinweise für epilepsietypische Ereignisse sowie des heutigen EEGs sei der Wiederbeginn von Levetiracetam nicht indiziert. Dr. med. D.\_\_\_\_ legte dar, dass er diesbezüglich nun den weiteren Verlauf abwarten würde. Hinsichtlich der bekannten Migränekopfschmerzen und der oben genannten Kopfschmerzfrequenz habe er mit der Beschwerdeführerin die Option eines Ausbaus der medikamentösen prophylaktischen Therapie besprochen. Die Beurteilung der neuropsychologischen Situation finde nun im November 2020 in der C.\_\_\_\_ statt, wofür die Beschwerdeführerin bereits diverse Termine erhalten habe. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe ihr entsprechend eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 25. November 2020 ausgestellt, wobei die Arbeitsfähigkeit sowie auch die Fahreignung dann aus neuropsychologischer Sicht her beurteilt werden müsse.

4.4 In ihrer Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung vom 5. Juli 2021 (IV-Nr. 24) gab die Beschwerdeführerin an, sie brauche Hilfe bei der Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Zudem benötige sie medizinisch-pflegerische Hilfe in Form von Richten der Medikamente. Diese Hilfe werde von der Spitex geleistet. Auch sei sie auf die persönliche Überwachung angewiesen. Schliesslich brauche die Beschwerdeführerin lebenspraktische Begleitung insofern, als dass sie Hilfe benötige, sobald es draussen etwas zu erledigen gebe (Auto fahren, spazieren, Arzttermine). Der zeitliche Aufwand der

erbrachten Hilfe betrage jeweils den ganzen Tag. Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, [...], bestätigte im Beiblatt vom 9. November 2021 zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung, dass die Angaben der Beschwerdeführerin mit seinen eigenen Feststellungen übereinstimmten (vgl. IV-Nr. 39 S. 1).

4.5 Am 26. Juli 2021 nahm Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 28). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin sei im März 2020 an einer Herpes Encephalitis erkrankt. Das sei eine virale Gehirnentzündung durch Herpes simplex Viren. Typischerweise seien die temporo-frontobasalen Hirnabschnitte von der schweren Entzündung betroffen. Unbehandelt verlaufe die Erkrankung in ca. 70 % der Fälle tödlich. Mit Behandlung betrage die Mortalität 20 %. Mindestens ein Drittel der Betroffenen hätten nach der Behandlung neurologische, neuropsychologische und neuropsychiatrische Residuen. Die Beschwerdeführerin sei in der Akutphase antiviral mit Aciclovir behandelt worden. Nachfolgend sei eine stationäre und dann teilstationäre neurologische Rehabilitation in der C.\_\_\_\_ erfolgt. Ein Jahr nach der akuten Erkrankung bestünden bei der Versicherten mittelschwere bis schwere neurokognitive Funktionsstörungen und eine hirnorganische Wesensveränderung mit Verlust der Alltagsautonomie. Im Vordergrund stünden mittelschwere Gedächtnisstörungen im Sinne einer anterograden Amnesie, das heisse, die Beschwerdeführerin habe Schwierigkeiten, Neues zu lernen, schwere Aufmerksamkeitsstörungen, mittelschwere exekutive Funktionsstörungen und eine Wesensveränderung mit Verlangsamung und Affektlabilität. Motorisch habe sich die Beschwerdeführerin soweit erholt, dass sie ohne Gehhilfe gehfähig sei. Im Bereich der rechten Hand bestehe ein Tremor. Die Beschwerdeführerin mache zwar in der Rehabilitation weiterhin Fortschritte, eine relevante Verbesserung könne aber nicht mehr erwartet werden. Die Arbeitsfähigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dauerhaft aufgehoben.

4.6 Im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2021 (IV-Nr. 39 S. 10 ff.) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 6. August 2020 bis 5. Juli 2021 im [...] betreut worden sei. Weiter wurde dargelegt, dass im Vordergrund der Beschwerden eine mittelschwere neurologische Funktionsstörung, eine Wesensveränderung, Tremor der rechten Hand sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit gestanden seien. Bei Eintritt sei die Beschwerdeführerin freie Fussgängerin mit fixiertem Blick und einer Schutzhaltung gewesen. Sie habe aufgrund von Angstzuständen und Orientierungsschwierigkeiten Begleitung zu den Therapien als auch beim Überqueren von Strassen und im Wald wegen wiederholten Panikattacken gebraucht. Aufgrund einer erheblichen Angst-Symptomatik habe die Beschwerdeführerin im häuslichen Umfeld kaum Kontakt mit Personen ausserhalb der Familie zugelassen. Die Schwerpunkte im [...] seien auf der Reduktion der Angst-Symptomatik durch Angst-Exposition, auf der psychischen Stabilisierung und Erarbeitung hilfreicher Coping-Strategien gelegen, welche die Beschwerdeführerin im Alltag anwenden könnte, um die Alltagsautonomie zu verbessern. Dazu sei an der Verbesserung der Belastbarkeit und Kognition gearbeitet worden. Zu Beginn der Behandlung im Tageszentrum hätten sich phasenweise eine starke Affektlabilität, regressives Verhalten, Grübeln und sorgenvolle Gedanken, eine depressive Stimmungslage bei gleichzeitig teilweise hoffnungsvollen Phasen sowie Zuversicht für Veränderungen gezeigt. Zudem habe die Beschwerdeführerin auch ein grosses Schamgefühl gegenüber der Familie gezeigt, äussere immer wieder, aufgrund der Erkrankung keinen Wert mehr zu

haben, da sie nicht mehr arbeiten könne. Der Therapiefokus sei auf repetitiver Psychoedukation und Erklärung bezüglich kognitiver Defizite und verändertem affektivem Erleben durch einfache basale Erklärungen und Bildern gelegen. Trotz Einschränkung wegen Sprachbarriere habe sie sich offen und motiviert für die Therapie gezeigt. Im Verlauf hätten kontinuierliche Fortschritte erreicht werden können. Die Affektlabilität habe sich leicht gebessert, sowohl in der Ausprägung, als auch an Dauer. Allerdings in nicht vertrauter Umgebung seien nach wie vor Panikattacken mit stark ausgeprägter Angst aufgetreten. Im Rahmen der Psychologie sei an der Stärkung der Selbstwirksamkeit und Verbesserung des Antriebs sowie an der Förderung von Konzentration und Aufmerksamkeit gearbeitet worden mit dem Ziel, die Frustrationstoleranz zu steigern sowie die Krankheitsverarbeitung weiter zu verbessern. In der Neuropsychologie sei an alltagsrelevanten kognitiven Defiziten gearbeitet worden und es sei versucht worden, eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung durchzuführen. Die Belastbarkeit sei stark reduziert gewesen, die Beschwerdeführerin habe bei einfachen Aufgaben eine starke vegetative Symptomatik, Denkblockaden und Konzentrationsstörungen gezeigt. Auf kognitiver Ebene habe sie insgesamt eine leichte Verbesserung der Aufmerksamkeitsspanne erreicht, Bildkarten hätten gelegt und Handlungen verstanden werden können, Alltagsaktivitäten hätten unter Supervision und Anleitung umgesetzt werden können. Im Verlauf habe die Konzentrationsspanne auf Testebene von 10 auf 30 Minuten, je nach Tagesverfassung, gesteigert werden können, gleichzeitig seien auch weniger oft Kopfschmerzen aufgetreten. Auch in der Ergotherapie sei der Fokus auf der Verbesserung der kognitiven Funktionen gelegen, bezogen auf alltagsrelevante Aufgaben. Im Verlauf hätten sich Verbesserungen in der Handlungsplanung auf leichtem Niveau gezeigt, auch in deutscher Sprache. Die Aufmerksamkeitsdauer habe sich auf 35 ■ 40 Minuten verlängert. Durch das Vertrauen in gewohnter Umgebung, wie dies im Verlauf der Behandlung im [...] für die Beschwerdeführerin gewesen sei, hätten sich auf Verhaltensebene kontinuierliche Verbesserungen gezeigt, so dass sie durch die Tagesstruktur und soziale Kontakte mit Mitpatienten profitiert habe. Bei Austritt sei es der Beschwerdeführerin gelungen, in Begleitung Spazieren zu gehen. Sie überquere die Strasse sehr vorsichtig, die Ängste seien noch vorhanden gewesen, hätten aber zum Teil überwunden werden können. Sie benötige nach wie vor für jede für sie schwierige Handlung eine Rückversicherung. Panikattacken seien nur noch selten aufgetreten. Sie sei sehr stolz gewesen, wenn sie diese Situationen habe meistern können. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der durchgemachten Herpes-Encephalitis in den kognitiven Funktionen weiterhin schwer eingeschränkt gewesen, wobei kontinuierliche Verbesserungen auf allen Ebenen im Verlauf zu verzeichnen gewesen seien. Eine weiterführende Behandlung nach Austritt aus dem [...] sei notwendig, um die Alltagsautonomie der Beschwerdeführerin weiter zu verbessern. Eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar.

4.7 Mit Verfügung vom 29. November 2021 (IV-Nr. 40) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2021 eine ganze Invalidenrente zu.

4.8 Mit Abklärungsbericht Hilflösenentschädigung Erwachsene vom 22. Dezember 2021 beantragte die Abklärungsfachfrau G. \_\_\_ das Ausrichten einer Hilflösenentschädigung leichten Grades infolge lebenspraktischer Begleitung rückwirkend per 1. März 2021. Die einjährige Wartezeit sei im März 2020 zu eröffnen. Die Ängste der Beschwerdeführerin schränkten sie am stärksten ein, nur zu Hause in der eigenen Wohnung fühle sie sich sicher. Wenn sie bei der Tochter in [...] sei, möchte sie nach zwei Stunden wieder nach Hause

gehen, weil sie sich gestresst fühle. Stress vertrage sie überhaupt nicht mehr, auch nicht im Haushalt. Wenn sie an einem Tag Therapie habe, könne sie nicht mehr gross andere Aufgaben verrichten. Sie müsse sich dann hinlegen, weil sie erschöpft sei. Die Abklärungen vor Ort hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen sei. Es sei ihr nicht mehr möglich, einen Haushalt ganz alleine zu führen. Zudem könne sie die Wohnung nicht mehr alleine verlassen und müsse bei allen ausserhäuslichen Verrichtungen begleitet werden.

4.9 Mit Einwand vom 10. Februar 2022 (Datum Posteingang) beantragte die Beschwerdeführerin, dass der Anspruch auf eine Hilflösenentschädigung neu geprüft werde (IV-Nr. 46). Sie macht unter anderem geltend, dass sie im Bereich An-/Auskleiden auf dauernde, indirekte Dritthilfe und persönliche Überwachung angewiesen sei. Sie müsse dazu angehalten und kontrolliert werden. Auch komme es vor, dass sie einer Begleitung oder Korrektur bedürfe. Sie wechsele die Kleider nicht von sich aus. Saubere, saison- und situationsgerechte Kleider müssten bereitgelegt werden. Auch bedürfe sie einer Anleitung und Kontrolle betreffend die witterungsgerechte Kleidung. Das Verständnis für die temperaturgerechte Kleidung erfolge durch ihren Ehemann. Je nach Wetter vergesse die Beschwerdeführerin, dass es nötig wäre, eine Jacke anzuziehen. Auch im Bereich der Körperpflege sei sie auf dauernde, indirekte Dritthilfe angewiesen. Sie sei unselbständig und müsse dazu angehalten werden. Sie brauche direkte Anleitung (Zahnpasta, Wahl Duschmittel bzw. Shampoo, Haarpflege, etc.). Sobald die Beschwerdeführerin zum Duschen aufgefordert werde, müssten die Duscutensilien vorher von ihrem Ehemann bereitgelegt werden, ansonsten vergesse die Beschwerdeführerin, sich richtig zu pflegen. Wenn für die Mundhygiene keine Zahnpasta oder Zahnbürste vorhanden sei, vergesse die Beschwerdeführerin diese zu verwenden. Vor ihrem Krankheitsbild habe sich die Beschwerdeführerin die Gesichtshaare selbständig mit Pinzette entfernen können. Heute müsse der Ehemann sie zum Coiffeur bringen. Auch im Bereich der Fortbewegung sei sie auf dauernde Direkthilfe angewiesen. Sie könne sich nicht mehr ohne Begleitung ausser Haus fortbewegen. Es sei keine eigene Kontaktaufnahme mit Dritten möglich, sie verstehe Gesprächsinhalte nicht und brauche direkte Unterstützung in der Beziehungsgestaltung. Die Beschwerdeführerin zeige vor Fremden extreme Zurückhaltung und Ängste. Bei Familienmitgliedern, welche sie nicht oft sehe, würden extreme Gefühlsveränderungen im Sinne von extremer Freude erscheinen, welche von den anderen Familienmitgliedern teils als etwas merkwürdig wahrgenommen würden. In Einkaufsstätten müsse sie immer mit einer Begleitung sein. Es sei für die Beschwerdeführerin jedes Mal eine Reizüberforderung. Die Geräusche und die vielen Menschen führten bei ihr zu Verwirrung. Lange Aufenthalte bei Familienanlässen wie Geburtstagsfeier vom Enkelkind müssten nach einer Stunde abgebrochen werden, weil sie mit der Situation und der Lautstärke nicht zurechtkomme. Sie müsse nach Hause gefahren werden, um sich dort wieder erholen zu können.

4.10 Am 24. Februar 2022 nahm Abklärungsfachfrau G. \_\_\_ zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden der Beschwerdeführerin Stellung (IV-Nr. 48): Gemäss dem Abklärungsgespräch vom 8. Juli 2021 könne sich die Beschwerdeführerin selbständig An- und Ausziehen. Dass sie auf den Wechsel der Kleider aufmerksam gemacht werden müsse, werde im Bereich der lebenspraktischen Begleitung berücksichtigt. Dabei verweist die Abklärungsfachfrau auf das Kreisschreiben über die Hilflösigkeit, Randziffer (Rz.) 2095: Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen, z.B. Fragen zu Gesundheit, Ernährung, Hygiene, administrative Tätigkeiten. Weiter hält sie fest, das

Bereitlegen der Badeutensilien und die Aufforderung zur Körperpflege könne nicht als regelmässige und erhebliche Hilfestellungen berücksichtigt werden. Sodann seien die Einschränkungen im Bereich Fortbewegung und Pflege von gesellschaftlichen Kontakten bereits bei der lebenspraktischen Begleitung berücksichtigt worden. Die Lebensverrichtung dürfe nicht zwei Mal berücksichtigt werden. Am Abklärungsbericht vom 22. Dezember 2021 sei festzuhalten, die notwendigen Hilfestellungen seien korrekt erfasst worden.

5. Die Beschwerdegegnerin anerkennt, dass die Beschwerdeführerin Bedarf nach einer lebenspraktischen Begleitung hat, was in der Beschwerde unbestritten geblieben ist. Für eine Hilfloosenentschädigung mittleren Grades wäre es erforderlich, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen hilflos ist (vgl. E. II.

#### **E. 2.2.2**

hiervor). Dabei dürfen Hilfeleistungen Dritter, die den Anspruch auf lebenspraktische Begleitung (auch) auslösen, nicht bei den einzelnen Lebensverrichtungen nochmals berücksichtigt werden (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die Ergebnisse des Abklärungsberichts vom 22. Dezember 2021 (vgl. E. II. 4.8 hiervor; IV-Nr. 41) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

5.1 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 Berichterstatter 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 der tatbestandsmässigen Erfordernisse 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).

5.2 Zunächst ist im Zusammenhang mit dem Bericht festzuhalten, dass die Abklärung bei der Beschwerdeführerin zu Hause, somit an Ort und Stelle durchgeführt wurde. Anwesend waren die Beschwerdeführerin, ihre Tochter und ihr Ehemann. Die Abklärungsfachfrau hatte Kenntnis von den bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Diagnosen. Insofern erfüllt der Bericht die grundsätzlichen Anforderungen an eine entsprechende Abklärung. Gesamthaft gesehen kommt die Abklärungsfachfrau zum Schluss, es sei aktuell der Bedarf

einer lebenspraktischen Begleitung ausgewiesen.

5.2.1 Bezüglich «Aufstehen, Absitzen und Abliegen», «Essen» und «Verrichten der Notdurft» kommt die Abklärungsfachfrau zum Schluss, dass diese Verrichtungen allesamt selbständig möglich seien, was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird und aufgrund der medizinischen Unterlagen nicht in Frage steht. Unbestritten ist sodann auch, dass die Beschwerdeführerin keiner persönlichen Überwachung bedarf.

5.2.2 Die Beschwerdeführerin macht in der Beschwerde vom 25. Mai 2022 geltend, sie könne ihre Kleider zwar alleine anziehen, bei der Kleiderauswahl benötige sie jedoch Dritthilfe. Sie sei nicht in der Lage, witterungsgerechte Kleider anzuziehen. Es fehle hier am kognitiven Verständnis dafür, temperaturgerechte Kleider auszusuchen. Sie vergesse, eine Jacke anzuziehen. Auch fehle ihr die Aufmerksamkeit, die Kleider zu wechseln, wenn diese schmutzig seien (Beschwerde Ziff. 3.1 S. 5; A.S. 15). Eine Hilflosigkeit im Bereich «Ankleiden/Auskleiden» liegt vor, wenn die versicherte Person ein unentbehrliches Kleidungsstück oder ein Hilfsmittel nicht selber an- oder ausziehen kann. Hilflosigkeit liegt auch vor, wenn sich die versicherte Person zwar selber ankleiden, aufgrund kognitiver Probleme jedoch der Witterung nicht entsprechend kleiden kann oder wenn sie Vor- und Rückseite der Kleidungsstücke verwechselt (Rz. 8014 KSIH, in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; unverändert in Rz. 2026 KSH, in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung). Die Abklärungsfachfrau G.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht fest, dass das Ankleiden, Auskleiden und das Bereitlegen der Kleider selbstständig möglich sei (IV-Nr. 41 S. 4). Nach Auffassung der Abklärungsfachfrau werde der Umstand, dass die Beschwerdeführerin auf den Wechsel der Kleider aufmerksam gemacht werden müsse, im Bereich der lebenspraktischen Begleitung berücksichtigt (vgl. E. II. 4.10 hiervor; IV-Nr. 48). Diesbezüglich ist auch zu berücksichtigen, dass in der Anmeldung vom 5. Juli 2021 zum Bezug einer Hilflosenentschädigung eine regelmässige Dritthilfe im Bereich «Ankleiden / Auskleiden» verneint wurde (vgl. IV-Nr. 24 S. 3). Weiter erklärte die Tochter der Beschwerdeführerin anlässlich des telefonischen Intake-Gesprächs vom 25. August 2020 die Beschwerdeführerin könne sich selbstständig anziehen (vgl. Protokoll Intake-Gespräch, IV-Nr. 13 S. 3). Sodann hat auch Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, [...], im Beiblatt vom 9. November 2021 zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung bestätigt, dass die Angaben der Beschwerdeführerin mit seinen eigenen Feststellungen übereinstimmen (vgl. IV-Nr. 39 S. 1). Es wäre zwar grundsätzlich denkbar, dass sich die geltend gemachten kognitiven Einschränkungen auf den Lebensbereich «An- / Auskleiden» auswirken könnten. In concreto ist den aktenkundigen Berichten aber eine Einschränkung in diesem Bereich nicht zu entnehmen. Dem Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 2. November 2020 (IV-Nr. 16 S. 2 ff.) lässt sich zwar entnehmen, die Beschwerdeführerin sei in den Verrichtungen des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen. Wie sich diese Unterstützung konkret im Alltag bzw. im Bereich «Ankleiden/Auskleiden» gestaltet, lässt der Bericht offen.

5.2.3 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, auch bei der Körperpflege benötige sie direkte und indirekte Hilfe. Sie sei in diesem Bereich sehr unselbständig und nehme die Körperpflege nicht von sich aus wahr. Sie müsse angehalten, angeleitet und kontrolliert werden. So benötige sie beispielsweise direkte Anleitung bei der Wahl des Duschmittels bzw. Shampoos und bei der Haarpflege. Sie müsse zum Duschen aufgefordert und es müssten ihr die notwendigen Dinge bereitgelegt werden. Sie müsse teilweise begleitet und zudem kontrolliert werden. Auch beim Zähneputzen benötige die Beschwerdeführerin

Dritthilfe. So müsse die Zahnbürste vorbereitet und es müsse Zahnpasta aufgetragen werden (Beschwerde Ziff. 3.2 S.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 4**

Viraler Atemweginfekt · Klinik: Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Rhinorrhoe, Husten seit 13. März 2020 · Diagnostik (...)

### **E. 5**

f.; A.S. 15 f.). Im Bereich der Körperpflege liegt Hilflosigkeit vor, wenn die versicherte Person eine täglich notwendige Verrichtung im Rahmen der Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen) nicht selber ausführen kann. Keine Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person Hilfe beim Frisieren oder bei Nagellackieren braucht (Rz. 8020 KSIH, in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; unverändert in Rz. 2043 f. KSH, in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung). Die Abklärungsfachfrau G.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht fest, dass die Körperpflege selbstständig möglich sei (IV-Nr. 41 S. 5). In ihrer Stellungnahme zum Einwand der Beschwerdeführerin führte sie sodann aus, das Bereitlegen der Badeutensilien und die Aufforderung zur Körperpflege könne nicht als regelmässige und erhebliche Hilfestellung berücksichtigt werden (vgl. E. II. 4.10 hiervor; IV-Nr. 48). Bei dieser Art von Hilfestellungen handelt es sich insbesondere nach Massgabe der Rz. 8050 ■ 8052 KSIH (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) bzw. Rz. 2094 ■ 2098 KSH (in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung) um klare Bestandteile des Instituts der lebenspraktischen Begleitung gemäss Art. 38 IVV. So fallen gemäss den genannten Randziffern des KSIH bzw. KSH namentlich die Hilfe beim Einhalten von fixen Mahlzeiten, die Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen im Sinne von Anleitungen und Aufforderungen sowie die Hilfe beim Verlassen des Hauses für bestimmte notwendige Verrichtungen und Kontakte unter die lebenspraktische Begleitung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_771/2019 vom 21. September 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Einschränkung in diesem Bereich wurde denn auch in der Anmeldung zur Hilflosenentschädigung vom 5. Juli 2021 nicht geltend gemacht bzw. der Bedarf einer solchen wurde verneint (IV-Nr. 24). Wie erwähnt, hat Dr. med. E.\_\_\_\_ im Beiblatt vom 9. November 2021 zum Anmeldeformular für eine Hilflosenentschädigung bestätigt, dass die Angaben der Beschwerdeführerin mit seinen eigenen Feststellungen übereinstimmen (vgl. IV-Nr. 39 S. 1). Schliesslich habe die Tochter der Beschwerdeführerin anlässlich des telefonischen Intake-Gesprächs erwähnt, dass die Beschwerdeführerin die Körperpflege selbstständig vornehmen könne (vgl. IV-Nr. 13 S. 3). Auch lässt sich den aktenkundigen medizinischen Berichten keine konkrete Einschränkung in diesem Bereich entnehmen. Dass die Beschwerdeführerin sodann beim Duschen begleitet werden müsse und bei der Zahnpflege der direkten Dritthilfe bedürfe, wird erstmals in der Beschwerde vom 25. Mai 2022 (A.S. 11 ff.) geltend gemacht. Es ist vom Sachverhalt auszugehen, wie er anlässlich der Abklärung der Hilflosigkeit geschildert worden ist, handelt es sich doch um die erste direkt von der Beschwerdeführerin stammende Darstellung und damit um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist, als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a;

Urteile des Bundesgerichts 8C\_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2 und 8C\_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3).

5.2.4 Ferner rügt die Beschwerdeführerin, dass die Beschwerdegegnerin eine Hilfe bei der Fortbewegung ausser Haus anerkenne, diese aber bei der lebenspraktischen Begleitung berücksichtige. Die Beschwerdeführerin brauche Hilfe bei der eigentlichen Kommunikation, da sie aufgrund der Hirnverletzung die Gesprächsinhalte nicht verstehe. Ihr Verhalten sei auffällig und es müsse immer wieder vermittelt und erklärt werden. Diese Aspekte der Pflege gesellschaftlicher Kontakte würden bei der lebenspraktischen Begleitung nicht erfasst, sondern stellten eine direkte Hilfe bei der Lebensverrichtung Fortbewegung bzw. Pflege gesellschaftlicher Kontakte dar (Beschwerde Ziff. 3.3 S. 6 f.; A.S. 16 f.). Hilflosigkeit im Bereich Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte ist gegeben, wenn sich die versicherte Person auch mit einem Hilfsmittel nicht mehr allein im oder ausser Haus fortbewegen oder wenn sie keine gesellschaftlichen Kontakte pflegen kann (Rz. 8022 KSIH, in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; unverändert in Rz. 2054 KSH, in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung). Wie bereits dargelegt, können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung Hilfestellungen Dritter, derer die versicherte Person bei mehreren Lebensverrichtungen bedarf, grundsätzlich nur einmal berücksichtigt werden. Was Einschränkungen bei der Kontaktpflege im Besonderen betrifft, welche den Anspruch auf lebenspraktische Begleitung gerade auch auslösen, dürfen diese bei der Beurteilung der Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht nochmals ins Gewicht fallen (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Wie den Ausführungen der Abklärungsfachfrau zu entnehmen ist, nimmt die Beschwerdeführerin ausserhäusliche Aktivitäten nur noch in Begleitung einer Drittperson wahr und dies wurde bereits durch die lebenspraktische Begleitung berücksichtigt. Diese Hilfestellungen betreffen in der Hauptsache gesellschaftliche Kontakte, wie sie der Alltag mit sich bringt. Sie gehören damit (auch) zum Regelungsstatbestand der alltäglichen Lebensverrichtung «Fortbewegung» und dürfen nur einmal ■ d.h. entweder als Hilfe bei der Teilfunktion der alltäglichen Lebensverrichtung oder als lebenspraktische Begleitung ■ berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_639/2015 vom 14. Juni 2016 E. 4.2). Es ist ferner darauf hinzuweisen, dass es bei der ■ in den einzelnen Lebensverrichtungen funktional nicht eingeschränkten ■ Beschwerdeführerin in der Hauptsache darum geht, Hilfe bei der Bewältigung von Alltagssituationen zu erhalten. Sie braucht geordnete Tagesstrukturen und eine feste Bezugsperson. Bei dieser Art von Hilfestellungen handelt es sich nach Massgabe der Rz. 8050-8052 KSIH (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) bzw. Rz. 2094 ■ 2098 KSH (in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung) um klare Bestandteile des Instituts der lebenspraktischen Begleitung gemäss Art. 38 IVV (vgl. hierzu E. II. 5.2.3 hiervor).

5.3 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass der Abklärungsbericht vom 22. Dezember 2021 von einer qualifizierten Abklärungsperson in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Gegebenheiten, der medizinischen Einschränkungen sowie der Angaben der Beschwerdeführerin und der hilfeleistenden Familienmitglieder erstattet wurde. Die Einschätzungen der Abklärungsfachfrau werden nachvollziehbar begründet und überzeugen auch mit Blick auf die medizinischen Befunde und Beurteilungen. Vor diesem Hintergrund ist gestützt auf den beweiskräftigen Abklärungsbericht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in keiner der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Die Abklärungsfachfrau bejaht, dass die Beschwerdeführerin Bedarf nach einer lebenspraktischen Begleitung hat. Die

Beschwerdeführerin hat demnach einen Anspruch auf eine Hilfslosenentschädigung leichten Grades. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 26. April 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **E. 6**

6.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

6.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

### **Rechtsmittel**

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht 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

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

## **E. 7**

Gamma GT-Erhöpfung unklarer Genese und Dynamik · (...)

## **E. 8**

V. a. Depression · Therapie: Saroten seit 1. April 2020 Nebendiagnosen

## **E. 9**

St. n. transienter Sehstörung im linken Gesichtsfeld am 30. Januar 2017 · (...)

## **E. 10**

Migräne ohne Aura · (...)

## **E. 11**

Kleines zerebelläres Kavernom rechts · Kernspintomographisch seit 2006 unverändert · 18. März 2020 MRT Schädel: Unveränderte Demarkation des bekannten Kavernoms im rechten Cerebellum

## **E. 12**

Degenerative mediale Meniskusläsion Knie links · (...)

## **E. 13**

Substituierte Hashimoto-Thyreoiditis ED 2004 Die Übernahme sei von der IMC am 24. März 2020 bei Herpes-Enzephalitis sowie stattgehabtem Status epilepticus non-convulsivus erfolgt. Auf der medizinischen Bettenstation habe sich die Beschwerdeführerin weiterhin in reduziertem Allgemeinzustand, hämodynamisch stabil und afebril präsentiert. Klinisch habe sich ein unauffälliger kardiopulmonaler Status mit bekanntem abdominellem Exanthem und ubiquitärer Druckdolenz bei weichem Abdomen gezeigt. Bei stabilem klinischen Verlauf, rückläufiger Zellzahl und nun negativer PCR im Liquor für HSV sei die Aciclovir-Therapie betreffend die Herpes-Encephalitis am 3. April 2020 sistiert worden. Bei DD strukturell bedingtem Status epilepticus non-convulsivus im Rahmen der Encephalitis sei syndromal von einer akuten symptomatischen Epilepsie auszugehen. Eine längerfristige anfallsunterdrückende Therapie sei daher nicht angezeigt. Im Verlaufs-EEG vom 30. März habe sich ein intermittierender Herdbefund fronto-temporal links gefunden, jedoch ohne epilepsietypische Potenziale. Zusammenfassend finde sich eine elektroenzephalographisch stabile Situation. Eine orientierende kognitive Testung sei aufgrund der Sprachbarriere und dem geringen Bildungsniveau mittels MoCATest nur bedingt möglich gewesen, wobei Defizite in der Aufmerksamkeit und dem Gedächtnis aufgefallen seien. Eine neuropsychologische Verlaufsevaluation sei im Verlauf zu evaluieren. Die Abklärung der akuten Niereninsuffizienz habe bereits auf der IMC erfolgt. Im Urinsediment habe sich eine vorwiegend tubulo-interstitielle Proteinurie (0.5 g/d) gefunden, welche am ehesten medikamentös-toxisch-bedingt (NSAR DD Aciclovir) gewesen sei. Die Werte hätten sich im Verlauf verbessert. Aufgrund des Verdachtes auf eine Herpes zoster Infektion bei Herpes Encephalitis sei die Abklärung einer HIV-Infektion erfolgt. Das Ergebnis sei negativ gewesen. Bei depressiver Symptomatik sei Saroten etabliert worden. Die Beschwerdeführerin sei am 3. April 2020 in verbessertem Allgemeinzustand in die C.\_\_\_\_ entlassen worden. 4.2 Dem definitiven Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2020 (IV-Nr. 6 S. 16 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 3. April bis 21. Mai 2020 hospitalisiert war. Es wurde dargelegt, dass die Beschwerdeführerin während des stationären Rehabilitationsaufenthaltes klinisch psychologisch begleitet worden sei. Einerseits sei der Fokus in den klinisch psychologischen Gesprächen auf der Exploration des gegenwärtigen psychischen Befindens gelegen. Es bestehe der Verdacht auf affektive Veränderungen sowie Verhaltensänderungen aufgrund des Krankheitsereignisses. In diesem Rahmen habe zu Beginn eine Angstproblematik bestanden, welche sich im Verlauf des Rehaaufenthaltes mit zunehmenden körperlichen Fortschritten und Wiedererlangen von Selbstvertrauen rückläufig entwickelt habe. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich ambulanter Psychotherapie gegenwärtig nicht zugänglich und äussere keine Anliegen zu haben oder Leidensdruck zu verspüren. Sie fühle sich von ihrem sozialen Netzwerk genügend unterstützt. Aufgrund des Krankheitsereignisses und dessen Auswirkungen in neuropsychologischer Hinsicht sei es allenfalls im weiteren Verlauf notwendig, im Alltag unterstützende Strukturen miteinzubeziehen, damit es bei der Beschwerdeführerin und ihrem familiären Netzwerk nicht zu einer Überforderung bezüglich der Alltagsbewältigung komme. Weiter wurde ausgeführt, in einer ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich mittelgradige verbale Gedächtnisdefizite, mittelgradige bis schwere Aufmerksamkeitsdefizite sowie mittelgradige Defizite der exekutiven Funktionen gezeigt. Die verbale und die visuelle Merkspanne lägen an der unteren Grenze zum Normbereich, die visuell-räumlichen Fähigkeiten seien erhalten. Auf Verhaltensebene imponiere eine starke Verlangsamung. So komme es zu Antwortlatenzen und einem tiefen

Arbeitstempo. Die kognitive Belastbarkeit sei als stark reduziert wahrgenommen worden. Es komme zudem zu teilweise regressiv anmutendem Verhalten. Auffälligkeiten hätten sich auch in der Sprache gezeigt. So seien insbesondere Wortfindungsstörungen, Wortverwechslungen und ein erhöhter Zeitaufwand beim Lesen aufgetreten, das Sprachverständnis sei zeitweise beeinträchtigt gewesen. Eine weitere Ausdifferenzierung dieser Auffälligkeiten sei aufgrund der Fremdsprachigkeit der Beschwerdeführerin erschwert gewesen. Insgesamt seien die Untersuchungsergebnisse als mittelgradige bis schwere neuropsychologische Funktionsstörung zu werten. Die Funktionsfähigkeit sei im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen aktuell als deutlich eingeschränkt beurteilt worden. Die Fähigkeit zum sicheren Führen von Motorfahrzeugen sei nicht gegeben gewesen. Aus Sicht der Klinik sei eine möglichst intensive Nachbetreuung, am ehesten im Rahmen eines Tageszentrums, indiziert gewesen. Die Beschwerdeführerin wolle eine weiterführende Behandlung im Rahmen einer ambulanten Ergotherapie wahrnehmen. Für eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung in der Klinik C.\_\_\_\_ werde die Beschwerdeführerin in drei Monaten direkt aufgeboten. Im Rahmen dieser Untersuchung könne auch zur Fahreignung und Arbeitsfähigkeit erneut Stellung genommen werden. Die Störungseinsicht der Beschwerdeführerin sei nicht vollständig gegeben. Zur Physiotherapie wurde dargelegt, dass die Beschwerdeführerin von Beginn der Reha an recht gut mobil gewesen sei. Die allgemeine Ausdauer sei noch etwas reduziert gewesen, so dass sie für längere Strecken noch einen Rollstuhl benötigt habe. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei Austritt mindestens 30 Minuten gehen und auch ohne Handlauf Treppen steigen können. Ambulante Physiotherapie benötige sie momentan nicht. Auch aus ergotherapeutischer Sicht habe die Beschwerdeführerin gute Fortschritte erzielt. Zu Beginn hätten sich bei der Beschwerdeführerin noch starke Gedächtnisstörungen gezeigt, welche sich im Verlauf gebessert hätten. Bei Austritt sei die Beschwerdeführerin in allen Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig gewesen; sie habe eine erhöhte aber immer noch verminderte Sicherheit in Handlungsplanung und Fortschritte im flexiblen Denken aufgewiesen. In Bezug auf die Kognition habe sich das Gedächtnis und das Tempo der Gedankengänge noch stark verlangsamt gezeigt. Die Affektivität habe nicht immer zu Aussagen gepasst – extreme Schwankungen seien zu beobachten gewesen. Am 21. Mai 2020 habe die Beschwerdeführerin in die vorbestehenden häuslichen Verhältnisse und in die weitere ambulante Nachsorge entlassen werden können.

4.3 Am 30. Juni 2020 erging der neurologische Sprechstunden- und EEG-Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt Neurologie, Spital B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 6 S. 6 ff.). Er führte aus, im Rahmen der heutigen Konsultation hätten sich im Gespräch residuell vor allem kognitive Störungen in Form von Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie auch Störungen bezüglich der Sprachproduktion ergeben. Weiterhin seien von der Tochter eine verminderte Motivation der Beschwerdeführerin und schnellere Ermüdbarkeit beschrieben worden. Hinweise für poststationär auftretende Bewusstseinsalterationen hätten sich jedoch nicht ergeben. Weiterhin habe ein seit der Encephalitis neu aufgetretener Tinnitus auf dem linken Ohr sowie ein Zittern der rechten Hand erfragt werden können. Im klinischen Untersuchungsbefund habe sich ein feinschlägiger Haltetremor der rechten Hand sowie eine verminderte Sprachproduktion bei ansonsten fehlenden Hinweisen für fokale neurologische Defizite gezeigt. Im heutigen EEG habe ein leichter Herdbefund frontotemporal links ohne Anzeichen für epilepsie-typische Potentiale objektiviert werden können. Während der stationären Anschluss-Rehabilitation in der C.\_\_\_\_ sei zudem noch eine neuropsychologische Beurteilung erfolgt, wobei sich hier mittelgradig bis schwere

neuropsychologische Funktionsstörungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit sowie exekutiver Funktionen gezeigt hätten. Zusammenfassend liessen sich insbesondere kognitive residuelle mittelgradig bis schwere Symptome erfassen. Hinweise für neu auftretende epilepsie-typische Ereignisse hätten sich dagegen nicht ergeben. Die Ursache des linksseitigen Tinnitus bleibe offen, wobei sich strukturell keine relevanten pathologischen Befunde im Bereich des Hirnstamms detektieren liessen. In Anbetracht des stabilen Verlaufes bezüglich Epilepsie-charakteristischer Ereignisse und des heutigen EEGs würde Dr. med. D.\_\_\_\_ einen probatorischen Ausschleichversuch von Levetiracetam anstreben. Darunter würde er dann den Verlauf abwarten, wobei insbesondere auch ein möglicher Einfluss auf Konzentration und Müdigkeit nach Wegfall von Levetiracetam abzuwarten sei. Eine neuropsychologische Verlaufskontrolle sei im August 2020 in der C.\_\_\_\_ bereits geplant. Aufgrund neuropsychologischer Defizite sei bis Ende August 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren (bis zur neuropsychologischen Beurteilung in der C.\_\_\_\_). Am 12. Oktober 2020 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_ erneut über die neurologische Sprechstunde und Elektrophysiologie (IV-Nr. 18 S. 6 ff.). Er hielt fest, dass zwischenzeitlich seit der letzten Konsultation im Juni 2020 ein erfolgreiches Ausschleichen der antikonvulsiven Medikation mit Levetiracetam (Keppra) habe erfragt werden können. Im Anschluss an das Ausschleichen von Levetiracetam seien über eine Woche hinweg verstärkte migränöse Kopfschmerzen beschrieben worden, wobei die Kopfschmerzfrequenz aktuell auf 4 x pro Monat angegeben worden sei. Ansonsten habe am 21. September 2020 noch ein einmaliges Ereignis mit einem quantitativen Bewusstseinsverlust stattgefunden, wobei die Beschwerdeführerin vorangehend einen Drehschwindel für wenige Sekunden aus stehender Position verspürt habe. Das Ereignis sei notfallmässig auf der Notfallstation im B.\_\_\_\_ beurteilt worden, wobei am ehesten eine Synkope im Rahmen einer orthostatischen Dysregulation in Frage gekommen sei. Sonstige epilepsieverdächtige Ereignisse hätten aktuell nicht erfragt werden können. Im heutigen EEG habe sich ein leichter intermittierender Herdbefund frontotemporal links gezeigt, bei ansonsten fehlenden Hinweisen für epilepsietypische Potenziale. Aufgrund des synkopalen Ereignisses vom 21. September 2020 sei aktuell nochmals ein Schellong-Test erfolgt (damalig auf Notfallstation nur ein Kurz-Schellong-Test durchgeführt), wobei sich auch jetzt keine Hinweise für eine orthostatische Dysregulation oder ein posturales Tachykardiesyndrom ergeben hätten. Dennoch sei in Anbetracht der Semiologie des Ereignisses eine Synkope am wahrscheinlichsten. In Anbetracht der fehlenden Hinweise für epilepsietypische Ereignisse sowie des heutigen EEGs sei der Wiederbeginn von Levetiracetam nicht indiziert. Dr. med. D.\_\_\_\_ legte dar, dass er diesbezüglich nun den weiteren Verlauf abwarten würde. Hinsichtlich der bekannten Migränekopfschmerzen und der oben genannten Kopfschmerzfrequenz habe er mit der Beschwerdeführerin die Option eines Ausbaus der medikamentösen prophylaktischen Therapie besprochen. Die Beurteilung der neuropsychologischen Situation finde nun im November 2020 in der C.\_\_\_\_ statt, wofür die Beschwerdeführerin bereits diverse Termine erhalten habe. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe ihr entsprechend eine Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 25. November 2020 ausgestellt, wobei die Arbeitsfähigkeit sowie auch die Fahreignung dann aus neuropsychologischer Sicht her beurteilt werden müsse. 4.4 In ihrer Anmeldung für eine Hilflosenentschädigung vom 5. Juli 2021 (IV-Nr. 24) gab die Beschwerdeführerin an, sie brauche Hilfe bei der Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Zudem benötige sie medizinisch-pflegerische Hilfe in Form von Richten der Medikamente. Diese Hilfe werde von der Spitex geleistet. Auch sei sie auf die persönliche Überwachung angewiesen.

Schliesslich brauche die Beschwerdeführerin lebenspraktische Begleitung insofern, als dass sie Hilfe benötige, sobald es draussen etwas zu erledigen gebe (Auto fahren, spazieren, Arzttermine). Der zeitliche Aufwand der erbrachten Hilfe betrage jeweils den ganzen Tag. Dr. med. E. \_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, [...], bestätigte im Beiblatt vom 9. November 2021 zum Anmeldeformular für eine Hilflösenentschädigung, dass die Angaben der Beschwerdeführerin mit seinen eigenen Feststellungen übereinstimmen (vgl. IV-Nr. 39 S. 1). 4.5 Am 26. Juli 2021 nahm Dr. med. F. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 28). Sie führte aus, die Beschwerdeführerin sei im März 2020 an einer Herpes Encephalitis erkrankt. Das sei eine virale Gehirnentzündung durch Herpes simplex Viren. Typischerweise seien die temporo-frontobasalen Hirnabschnitte von der schweren Entzündung betroffen. Unbehandelt verlaufe die Erkrankung in ca. 70 % der Fälle tödlich. Mit Behandlung betrage die Mortalität 20 %. Mindestens ein Drittel der Betroffenen hätten nach der Behandlung neurologische, neuropsychologische und neuropsychiatrische Residuen. Die Beschwerdeführerin sei in der Akutphase antiviral mit Aciclovir behandelt worden. Nachfolgend sei eine stationäre und dann teilstationäre neurologische Rehabilitation in der C. \_\_\_\_ erfolgt. Ein Jahr nach der akuten Erkrankung bestünden bei der Versicherten mittelschwere bis schwere neurokognitive Funktionsstörungen und eine hirnorganische Wesensveränderung mit Verlust der Alltagsautonomie. Im Vordergrund stünden mittelschwere Gedächtnisstörungen im Sinne einer anterograden Amnesie, das heisse, die Beschwerdeführerin habe Schwierigkeiten, Neues zu lernen, schwere Aufmerksamkeitsstörungen, mittelschwere exekutive Funktionsstörungen und eine Wesensveränderung mit Verlangsamung und Affektlabilität. Motorisch habe sich die Beschwerdeführerin soweit erholt, dass sie ohne Gehhilfe gehfähig sei. Im Bereich der rechten Hand bestehe ein Tremor. Die Beschwerdeführerin mache zwar in der Rehabilitation weiterhin Fortschritte, eine relevante Verbesserung könne aber nicht mehr erwartet werden. Die Arbeitsfähigkeit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dauerhaft aufgehoben. 4.6 Im Bericht der Klinik C. \_\_\_\_ vom

## **E. 14**

Juli 2021 (IV-Nr. 39 S. 10 ff.) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 6. August 2020 bis 5. Juli 2021 im [...] betreut worden sei. Weiter wurde dargelegt, dass im Vordergrund der Beschwerden eine mittelschwere neurologische Funktionsstörung, eine Wesensveränderung, Tremor der rechten Hand sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit gestanden seien. Bei Eintritt sei die Beschwerdeführerin freie Fussgängerin mit fixiertem Blick und einer Schutzhaltung gewesen. Sie habe aufgrund von Angstzuständen und Orientierungsschwierigkeiten Begleitung zu den Therapien als auch beim Überqueren von Strassen und im Wald wegen wiederholten Panikattacken gebraucht. Aufgrund einer erheblichen Angst-Symptomatik habe die Beschwerdeführerin im häuslichen Umfeld kaum Kontakt mit Personen ausserhalb der Familie zugelassen. Die Schwerpunkte im [...] seien auf der Reduktion der Angst-Symptomatik durch Angst-Exposition, auf der psychischen Stabilisierung und Erarbeitung hilfreicher Coping-Strategien gelegen, welche die Beschwerdeführerin im Alltag anwenden könnte, um die Alltagsautonomie zu verbessern. Dazu sei an der Verbesserung der Belastbarkeit und Kognition gearbeitet worden. Zu Beginn der Behandlung im Tageszentrum hätten sich phasenweise eine starke Affektlabilität, regressives Verhalten, Grübeln und sorgenvolle Gedanken, eine depressive Stimmungslage bei gleichzeitig teilweise hoffnungsvollen Phasen sowie Zuversicht für Veränderungen gezeigt. Zudem habe die Beschwerdeführerin

auch ein grosses Schamgefühl gegenüber der Familie gezeigt, äussere immer wieder, aufgrund der Erkrankung keinen Wert mehr zu haben, da sie nicht mehr arbeiten könne. Der Therapiefokus sei auf repetitiver Psychoedukation und Erklärung bezüglich kognitiver Defizite und verändertem affektivem Erleben durch einfache basale Erklärungen und Bildern gelegen. Trotz Einschränkung wegen Sprachbarriere habe sie sich offen und motiviert für die Therapie gezeigt. Im Verlauf hätten kontinuierliche Fortschritte erreicht werden können. Die Affektibilität habe sich leicht gebessert, sowohl in der Ausprägung, als auch an Dauer. Allerdings in nicht vertrauter Umgebung seien nach wie vor Panikattacken mit stark ausgeprägter Angst aufgetreten. Im Rahmen der Psychologie sei an der Stärkung der Selbstwirksamkeit und Verbesserung des Antriebs sowie an der Förderung von Konzentration und Aufmerksamkeit gearbeitet worden mit dem Ziel, die Frustrationstoleranz zu steigern sowie die Krankheitsverarbeitung weiter zu verbessern. In der Neuropsychologie sei an alltagsrelevanten kognitiven Defiziten gearbeitet worden und es sei versucht worden, eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung durchzuführen. Die Belastbarkeit sei stark reduziert gewesen, die Beschwerdeführerin habe bei einfachen Aufgaben eine starke vegetative Symptomatik, Denkblockaden und Konzentrationsstörungen gezeigt. Auf kognitiver Ebene habe sie insgesamt eine leichte Verbesserung der Aufmerksamkeitsspanne erreicht, Bildkarten hätten gelegt und Handlungen verstanden werden können, Alltagsaktivitäten hätten unter Supervision und Anleitung umgesetzt werden können. Im Verlauf habe die Konzentrationsspanne auf Testebene von 10 auf 30 Minuten, je nach Tagesverfassung, gesteigert werden können, gleichzeitig seien auch weniger oft Kopfschmerzen aufgetreten. Auch in der Ergotherapie sei der Fokus auf der Verbesserung der kognitiven Funktionen gelegen, bezogen auf alltagsrelevante Aufgaben. Im Verlauf hätten sich Verbesserungen in der Handlungsplanung auf leichtem Niveau gezeigt, auch in deutscher Sprache. Die Aufmerksamkeitsdauer habe sich auf 35 – 40 Minuten verlängert. Durch das Vertrauen in gewohnter Umgebung, wie dies im Verlauf der Behandlung im [...] für die Beschwerdeführerin gewesen sei, hätten sich auf Verhaltensebene kontinuierliche Verbesserungen gezeigt, so dass sie durch die Tagesstruktur und soziale Kontakte mit Mitpatienten profitiert habe. Bei Austritt sei es der Beschwerdeführerin gelungen, in Begleitung Spazieren zu gehen. Sie überquere die Strasse sehr vorsichtig, die Ängste seien noch vorhanden gewesen, hätten aber zum Teil überwunden werden können. Sie benötige nach wie vor für jede für sie schwierige Handlung eine Rückversicherung. Panikattacken seien nur noch selten aufgetreten. Sie sei sehr stolz gewesen, wenn sie diese Situationen habe meistern können. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund der durchgemachten Herpes-Encephalitis in den kognitiven Funktionen weiterhin schwer eingeschränkt gewesen, wobei kontinuierliche Verbesserungen auf allen Ebenen im Verlauf zu verzeichnen gewesen seien. Eine weiterführende Behandlung nach Austritt aus dem [...] sei notwendig, um die Alltagsautonomie der Beschwerdeführerin weiter zu verbessern. Eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. 4.7 Mit Verfügung vom 29. November 2021 (IV-Nr. 40) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. März 2021 eine ganze Invalidenrente zu. 4.8 Mit Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung Erwachsene vom 22. Dezember 2021 beantragte die Abklärungsfachfrau G.\_\_\_\_ das Ausrichten einer Hilflosenentschädigung leichten Grades infolge lebenspraktischer Begleitung rückwirkend per 1. März 2021. Die einjährige Wartezeit sei im März 2020 zu eröffnen. Die Ängste der Beschwerdeführerin schränkten sie am stärksten ein, nur zu Hause in der eigenen Wohnung fühle sie sich sicher. Wenn sie bei

der Tochter in [...] sei, möchte sie nach zwei Stunden wieder nach Hause gehen, weil sie sich gestresst fühle. Stress vertrage sie überhaupt nicht mehr, auch nicht im Haushalt. Wenn sie an einem Tag Therapie habe, könne sie nicht mehr gross andere Aufgaben verrichten. Sie müsse sich dann hinlegen, weil sie erschöpft sei. Die Abklärungen vor Ort hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen sei. Es sei ihr nicht mehr möglich, einen Haushalt ganz alleine zu führen. Zudem könne sie die Wohnung nicht mehr alleine verlassen und müsse bei allen ausserhäuslichen Verrichtungen begleitet werden.

4.9 Mit Einwand vom 10. Februar 2022 (Datum Posteingang) beantragte die Beschwerdeführerin, dass der Anspruch auf eine Hilfslosenentschädigung neu geprüft werde (IV-Nr. 46). Sie macht unter anderem geltend, dass sie im Bereich An-/Auskleiden auf dauernde, indirekte Dritthilfe und persönliche Überwachung angewiesen sei. Sie müsse dazu angehalten und kontrolliert werden. Auch komme es vor, dass sie einer Begleitung oder Korrektur bedürfe. Sie wechsele die Kleider nicht von sich aus. Saubere, saison- und situationsgerechte Kleider müssten bereitgelegt werden. Auch bedürfe sie einer Anleitung und Kontrolle betreffend die witterungsgerechte Kleidung. Das Verständnis für die temperaturgerechte Kleidung erfolge durch ihren Ehemann. Je nach Wetter vergesse die Beschwerdeführerin, dass es nötig wäre, eine Jacke anzuziehen. Auch im Bereich der Körperpflege sei sie auf dauernde, indirekte Dritthilfe angewiesen. Sie sei unselbständig und müsse dazu angehalten werden. Sie brauche direkte Anleitung (Zahnpasta, Wahl Duschmittel bzw. Shampoo, Haarpflege, etc.). Sobald die Beschwerdeführerin zum Duschen aufgefordert werde, müssten die Duscutensilien vorher von ihrem Ehemann bereitgelegt werden, ansonsten vergesse die Beschwerdeführerin, sich richtig zu pflegen. Wenn für die Mundhygiene keine Zahnpasta oder Zahnbürste vorhanden sei, vergesse die Beschwerdeführerin diese zu verwenden. Vor ihrem Krankheitsbild habe sich die Beschwerdeführerin die Gesichtshaare selbständig mit Pinzette entfernen können. Heute müsse der Ehemann sie zum Coiffeur bringen. Auch im Bereich der Fortbewegung sei sie auf dauernde Direkthilfe angewiesen. Sie könne sich nicht mehr ohne Begleitung ausser Haus fortbewegen. Es sei keine eigene Kontaktaufnahme mit Dritten möglich, sie verstehe Gesprächsinhalte nicht und brauche direkte Unterstützung in der Beziehungsgestaltung. Die Beschwerdeführerin zeige vor Fremden extreme Zurückhaltung und Ängste. Bei Familienmitgliedern, welche sie nicht oft sehe, würden extreme Gefühlsveränderungen im Sinne von extremer Freude erscheinen, welche von den anderen Familienmitgliedern teils als etwas merkwürdig wahrgenommen würden. In Einkaufsstätten müsse sie immer mit einer Begleitung sein. Es sei für die Beschwerdeführerin jedes Mal eine Reizüberforderung. Die Geräusche und die vielen Menschen führten bei ihr zu Verwirrung. Lange Aufenthalte bei Familienanlässen wie Geburtstagsfeier vom Enkelkind müssten nach einer Stunde abgebrochen werden, weil sie mit der Situation und der Lautstärke nicht zurechtkomme. Sie müsse nach Hause gefahren werden, um sich dort wieder erholen zu können.

4.10 Am 24. Februar 2022 nahm Abklärungsfachfrau G. \_\_\_ zu den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden der Beschwerdeführerin Stellung (IV-Nr. 48): Gemäss dem Abklärungsgespräch vom 8. Juli 2021 könne sich die Beschwerdeführerin selbständig An- und Ausziehen. Dass sie auf den Wechsel der Kleider aufmerksam gemacht werden müsse, werde im Bereich der lebenspraktischen Begleitung berücksichtigt. Dabei verweist die Abklärungsfachfrau auf das Kreisschreiben über die Hilflosigkeit, Randziffer (Rz.) 2095: Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen, z.B. Fragen zu Gesundheit, Ernährung, Hygiene, administrative Tätigkeiten. Weiter hält sie fest, das Bereitlegen der Badeutensilien und die Aufforderung

zur Körperpflege könne nicht als regelmässige und erhebliche Hilfestellungen berücksichtigt werden. Sodann seien die Einschränkungen im Bereich Fortbewegung und Pflege von gesellschaftlichen Kontakten bereits bei der lebenspraktischen Begleitung berücksichtigt worden. Die Lebensverrichtung dürfe nicht zwei Mal berücksichtigt werden. Am Abklärungsbericht vom 22. Dezember 2021 sei festzuhalten, die notwendigen Hilfestellungen seien korrekt erfasst worden. 5. Die Beschwerdegegnerin anerkennt, dass die Beschwerdeführerin Bedarf nach einer lebenspraktischen Begleitung hat, was in der Beschwerde unbestritten geblieben ist. Für eine Hilflorenentschädigung mittleren Grades wäre es erforderlich, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen hilflos ist (vgl. E. II.

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