

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00064 vom 29. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00064

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00064 du 29 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00064 del 29 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Juli 2017 für mittelschwere Hilflosigkeit zu ; den Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag verneint e sie (Urk. 7/124 /7).

E. 1.1

Gemäss Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis IVG. Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Praxisgemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend (BGE 127 V 94 E. 3c, 125 V 297 E. 4a): Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme. 1 .2

Für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird die Hilflosenentschädigung gemäss Art. 42 ter Abs. 3 IVG um einen Intensivpflegezuschlag erhöht; dieser Zuschlag wird nicht gewährt bei einem Aufenthalt in einem Heim (Satz 1). Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag 100 Prozent, bei einem solchen von mindestens 6 Stunden pro Tag 70 Prozent und bei einem solchen von mindestens 4 Stunden pro Tag 40 Prozent des Höchstbetrages der Altersrente nach Art. 34 Absätze 3 und 5 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG ; Satz 2 in der seit 1. Januar 2018 in Kraft stehenden Fassung). Der Zuschlag berechnet sich pro Tag (Satz 3). 1 .3

Gemäss Art. 39 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) liegt eine intensive Betreuung im Sinne von Art. 42 ter Abs. 3 IVG bei Minderjährigen vor, wenn diese im Tagesdurchschnitt infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zu zusätzlicher Betreuung von mindestens vier Stunden benötigen (Abs. 1). Anrechenbar als Betreuung ist der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen (Abs. 2). Bedarf eine minderjährige Person infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzlich einer dauernden Überwachung, so kann diese als Betreuung von zwei Stunden angerechnet werden. Eine

besonders intensive behinderungsbedingte Überwachung ist als Betreuung von vier Stunden anrechenbar (Abs. 3).

Im Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) werden die in Art. 39 Abs. 2 und 3 IVV geregelten Tatbestände konkretisiert (Rz 8074 ff. KSIH in der ab 1. Januar 2018 gültigen Fassung). 1. 4

Nach Art. 42 quater Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf einen Assistenzbeitrag: a. denen eine Hilflosenentschädigung der IV nach Artikel 42 Absätze 1-4 aus gerichtet wird; b. die zu Hause leben; und c. die volljährig sind.

Der Bundesrat legt die Voraussetzungen fest, unter denen Personen mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit keinen Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben (Abs. 2). Er legt die Voraussetzungen fest, unter denen Minderjährige Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben (Abs. 3).

In Art. 39a IVV hat der Verordnungsgeber festgelegt, dass minderjährige Versicherte Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben, wenn sie die Voraussetzungen nach Artikel 42 quater Absatz 1 Buchstaben a und b IVG erfüllen und: a. regelmässig die obligatorische Schule in einer Regelklasse besuchen, eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine andere Ausbildung auf Sekundarstufe II absolvieren; b. während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben; oder c. denen ein Intensivpflegezuschlag für einen Pflege- und Überwachungsbedarf nach Artikel 42 ter Absatz 3 IVG von mindestens 6 Stunden pro Tag ausgerichtet wird. 1. 5

Gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV kann die IV-Stelle zur Prüfung eines Leistungsanspruchs unter anderem Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen (vgl. auch Rz 8131 ff. des KSIH). Nach der Rechtsprechung hat ein Abklärungsbericht unter dem Aspekt der Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) oder des Pflegebedarfs folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatlerin oder 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 und der lebenspraktischen Begleitung 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 133 V 450 E. 11.1.1, 130 V 61 E. 6.1 f.). Diese Grundsätze gelten entsprechend auch für die Abklärung der Hilflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung (BGE 133 V 450 E. 11.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_464/2015 vom 14. September 2015 E. 4) sowie unter dem Aspekt des Intensivpflegezuschlags (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_573/2018 vom 8. Januar 2019 E. 3.2). 1.

E. 1.2

Am 17. November 2016 erfolgte die Anmeldung für den Bezug einer Hilflosenentschädigung sowie eines Intensivpflegezuschlags (Urk. 7/25) .

Mit Verfügung vom 1. November 2018 sprach die IV-Stelle dem Versicherten in der Folge eine Entschädigung für leichte Hilflosigkeit vom 1. September 2016 bis am 30. Juni 2017 und ab dem

E. 1.3

Im Rahmen eines von Amtes wegen durchgeführten Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 7/170) erfolgte am 11. Juli 2019 (Urk. 7/171) eine Abklärung vor Ort hinsichtlich Hilflosigkeit und Betreuungsaufwand (Bericht vom 16. August 2019, Urk. 7/190). Mit Vorbescheid vom 21. August 2019 stellte die IV-Stelle ab dem 1. April 2019 die Gewährung einer Entschädigung bei Hilflosigkeit schweren Grades sowie eines Intensivpflegezuschlags aufgrund eines täglichen invaliditäts beding ten Betreuungsaufwands von mehr als vier Stunden in Aussicht (Urk. 7/185). Nach dem d er Vater des Versicherte n

am 17. September 2019 dagegen Einwand hatte erheben (Urk. 7/189 , Urk. 7/95) und diesen am 21. Oktober 2019 ergänzend hatte begründet lassen (Urk.

7/195) , entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 11.

Dezember 2019 im angekündigten Sinne ; der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag sei hinfällig (Urk.

7/204 = Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Vater von X.____ am 27. Januar 2020 Beschwerde mit den Anträgen, dem Versicherten sei rückwirkend ab dem 1. April 2019 statt eines Intensivpflegezuschlags für einen Betreuungsaufwand von mindestens 4 Stunden pro Tag ein solcher für einen Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag, eventualiter für einen Betreuungsaufwand von mindestens

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit , dass der Versicherte weiterhin Unterstützung in den Bereichen An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Essen, Notdurft und Fortbewegung benötige. Ab dem Alter von drei Jahren könne zudem der Bereich der Körperpflege geltend gemacht werden. Im Sinne einer Sonderbeurteilung werde dem Versicherten bereits mit drei Jahren eine schwere Stufe der Hilflosenentschädigung zugesprochen (Urk. 2 S. 2).

Unter Berücksichtigung der anrechenbaren Zeitwerte sei ab drei Jahren sodann ein Intensivpflegezuschlag von mehr als vier Stunden bestätigt (Urk. 2 S. 2) .

Vom geltend gemachten zeitlichen Mehraufwand von 10 Stunden und 53 Minuten könnten 5 Stunden und 14 Minuten anerkannt werden . Bei den angerechneten Zeitwerten handle es sich um Durchschnittswerte, die sich auf diverse Erhebungen in Heimen und Krippen sowie

bei Eltern stützen würden. Da kein Tag in der Betreuung eines Kindes über einen längeren Zeitraum nach einem geregelten Zeitschema ablaufe und die Intensität und Art der spielerischen Förderung massnahmen, der Förderung der körperlichen Aktivität sowie einer sinnspendenden Alltagsbeschäftigung, die zu den Aufgaben aller Eltern gehören würden, sehr individuell ausgelebt würden, mache es Sinn, sich auf Durchschnittswerte abzustützen. Zusätzlich zu den anrechenbaren Maximalaufwänden seien in den einzelnen Bereichen in Abweichung von der Norm Zusatzaufwände berücksichtigt worden (Urk. 2 S. 2 f.).

Der Antrag auf einen Assistenzbeitrag sei hinfällig, da nach nochmaliger Prüfung weiterhin kein Intensivpflegezuschlag von

E. 2.2

In der Beschwerdeschrift wurde dagegen geltend gemacht, die im Anhang IV des KSIH festgelegten Maximalwerte für den anrechenbaren Mehraufwand im Rahmen der Prüfung des Anspruchs auf einen Intensivpflegezuschlag seien weder auf Gesetzes- noch Verordnungsebene vorgesehen. Es sei auch äusserst fraglich, ob die Einführung zeitlicher Höchstgrenzen und Pauschalen entgegen dem Wortlaut von Rz 8074 KSIH - statt der Sicherstellung der Rechtsgleichheit zu dienen - nicht vielmehr die Gefahr einer

Ungleichbehandlung beziehungsweise von dem Einzelfall nicht gerecht werdenden Lösungen berge (Urk. 1 S. 5 f.).

Vorliegend sei der Anhang IV des KSIH ohnehin nicht anzuwenden, da dieser der gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung notwendigen Einzelfallbeurteilung nicht gerecht werde. Die im Anhang IV des KSIH angeführten Maximalwerte könnten

der schweren Behinderung des Versicherten in keiner Weise Rechnung tragen (Urk. 1 S. 6 f.). Dies werde auch durch den tatsächlichen Mehraufwand von 10 Stunden und 53 Minuten (verglichen mit dem angerechneten Mehraufwand von 5 Stunden und 14 Minuten) deutlich. Von einer Plafonierung des anrechenbaren Aufwandes sei daher abzusehen und der unbestrittenermassen ausgewiesene Mehraufwand im Sinne einer Einzelfallbeurteilung in vollem Umfang anzurechnen (Urk. 1 S. 11).

Selbst wenn nicht auf den tatsächlichen Aufwand abgestellt werden sollte, wäre der im Abklärungsbogen erfasste Mehraufwand im Bereich Verrichten der Notdurft um 30 Minuten für häufiges Wechseln der Windeln zu erhöhen. Ferner seien die physiotherapeutischen Übungen zu Hause auch an Therapietagen medizinisch notwendig und es müsse bei den Therapiesitzungen zu Hause immer ein Elternteil anwesend sein. Daher seien die Maximalwerte für zwei Therapien täglich anzuerkennen. Aus der korrigierten Berechnung resultiere ein Mehraufwand von 6

Stunden und

E. 2.3

Nicht umstritten ist vorliegend die Erhöhung der bisherigen Entschädigung für eine mittelschwere Hilflosigkeit (Urk. 7/124) auf eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades; diesbezüglich ist die angefochtene Verfügung in Teilrechtskraft erwachsen (vgl. auch

BGE 144 V 354 E. 4.3).

Strittig und zu prüfen ist einzig die Frage des täglichen invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes und damit die Höhe des Intensivpflegezuschlags sowie allenfalls der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag.

Der Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag wurde zuletzt mit Verfügung vom 1. November 2018 verneint (Urk. 7/124). Da der Versicherte am 16. April 2019 drei Jahre alt geworden ist und ab diesem Zeitpunkt für die Berechnung des Intensivpflegezuschlages höhere Zeitwerte anrechenbar sind

(vgl. Anhang IV KSIH), ist ohne Weiteres von einem Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG auszugehen (ZAK 1983 S. 554). Der Anspruch des Versicherten auf einen Intensivpflegezuschlag ab dem 1. April 2019 ist daher in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend und ohne Bindung an die frühere Verfügung zu prüfen (vgl. E.

1.6). 3.

3.1

PD Dr. med. A.____, Chefarzt am Rehabilitationszentrum des Spitals B.____, stellte in seinem Bericht vom 4. April 2019 die folgenden Diagnosen: - spastisch-dystone

cerebrale Bewegungsstörung (GMFCS-Level V, MACS-Level V) mit/bei: - BNS-Epilepsie - ausgeprägter Polymikrogyrie - globalem Entwicklungsrückstand - Status nach Ureterabgangsstenose links und laparoskopischer Pyeloplastik am 27. Januar 2017 - Status nach Herniotomie beidseits am 16. Mai 2016

PD Dr. A.____ hielt fest, seit der letzten Kontrolle am 5. November 2019 (richtig wohl: 2018) sei der Verlauf stabil gewesen. Die Epilepsie sei stabil beziehungsweise sei der Versicherte sogar anfallsfrei, so dass allenfalls im Verlauf die Medikamente gesenkt werden könnten. Der Versicherte habe weiterhin Fortschritte gezeigt, so dass sich die Eltern überlegen würden, nun ein Standing einzuführen. Weitere Episoden mit Dystonie (Überkreuzen der Beine, Überstrecken der Arme und Hände in Fauststellung), die vor allem durch Emotionen ausgelöst würden, seien aufgetreten (Urk. 7/165/3).

Am 25. September 2019 ergänzte PD Dr. A.____, der Versicherte leide weiterhin an der ausgeprägten Form der spastisch-dystonen Bewegungsstörung. Aus medizinischer Sicht sei es wichtig, diese spastischen Zustände mittels täglichen Dehnungs- und Entspannungsübungen durch eine Betreuungsperson zu lockern, unabhängig davon, ob bereits eine anderweitige Therapie durchgeführt worden sei. Die Spannungszustände würden den Schlaf deutlich beeinträchtigen, weshalb diese Redressionsübungen als pflegerische Massnahmen auch an Tagen durchgeführt werden müssten, an welchen anderweitige Therapien, insbesondere Physiotherapie, durchgeführt würden. Sie seien als Ergänzung zum bewegungsfördernden Programm, welches von der Physiotherapie durchgeführt werde, wichtig, dies auch im Hinblick darauf, Deformitäten möglichst zu vermeiden oder zu mindest zu minimieren beziehungsweise zeitlich in ein höheres Alter zu verzögern. Ein vermehrter Pflegebedarf ergebe sich durch die notwendige zweimal tägliche Abgabe der Medikamente. Erfolge die Abgabe zu rasch, könne es aufgrund der Schluckschwierigkeiten im Rahmen des Grundleidens zu Aspirationen und zur Herausgabe der Medikation kommen. Generell sei die vorsichtige und portionierte Ernährung aus den eben genannten Gründen wichtig. Es bestehe Untergewicht, weshalb auf eine zureichende Zufuhr von Kalorien geachtet werden müsse. Die Mahlzeiten würden bei Kindern mit starken Bewegungsstörungen generell deutlich länger dauern und es müsse auf

eine ruhige Umgebung sowie auf eine Durchführung in einer guten Positionierung des Patienten geachtet werden. Ein vermehrter Betreuungs- und Pflegeaufwand ergebe sich zudem aus der Notwendigkeit, das im September 2019 abgegebene Kommunikationsgerät im Alltag einzusetzen (Urk. 7/193/1). 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. April 2019 eine spastische

Cerebralparese sowie eine Epilepsie (Urk. 7/169/1), wobei unter Medikation Anfallsfreiheit bestehe. Er

führte aus, der Versicherte könne weder frei sitzen, noch stehen oder sich fortbewegen. Die Spastizität behindere auch alle Gesten und gezielten Bewegungen (Urk. 7/169/2, vgl. auch Berichte vom 20. März 2019, Urk. 7/159 160). 3.3

Am

E. 6

Stunden bestätigt sei (Urk. 2 S. 3).

E. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG (in der hier anwendbaren, bis 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung; Art. 83 ATSG) kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt und vorliegend auf Fr. 900.-- festgesetzt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist die von der Beschwerdegegnerin an den Beschwerdeführer zu leistende Entschädigung ermessensweise auf Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Obwohl dem Begehren des Versicherten nur teilweise entsprochen wurde, hat sein «Überklagen» den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst. Von einer Kürzung der Prozessentschädigung ist daher abzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Dezember 2019 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Versicherte ab 1. April 2019 Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag für einen Betreuungsaufwand von mindestens sechs Stunden

sowie auf einen Assistenzbeitrag hat, sofern bezüglich letzterem die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

2 .

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3 .

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Vater des Versicherten eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Z. ___ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Engesser

E. 10

Minuten, wodurch der Anspruch auf eine Intensivpflege zu schlagen für einen Mehraufwand von über 6 Stunden ausgewiesen sei (Urk. 1 S. 12

f.). Da gestützt auf die vorhergehenden Ausführungen die Voraussetzungen für einen Assistenzbeitrag ebenfalls erfüllt seien, sei rückwirkend ab April 2019 ein Assistenzbeitrag zu gewähren (Urk. 1 S. 13).

E. 11

Juli 2019 fand eine Abklärung beim Versicherten

zu Hause statt. Nebst der Abklärungsperson waren die ganze Familie des Versicherten sowie eine Drittperson der Pro Infirmis anwesend. Dem Abklärungsbericht vom 16. August 2019 ist zu entnehmen, dass zurzeit keine manifesten Anfallsleiden zu verzeichnen seien, weshalb auch das Medikament Sabril abgesetzt worden sei. Es könne durchaus sein, dass sich diese Absetzung ungünstig auf die Dystonien auswirke. Die Eltern würden eine Zunahme der Spastizität beobachten, wobei die Gabe von Gabapentin angedacht sei, um den Muskeltonus wieder etwas zu reduzieren. Die Eltern würden den Versicherten seit Absetzung des Medikamentes als wacher, zugewandter in der visuellen Kontaktaufnahme und auch seine Wünsche bestimmter einfordernd erleben (Urk. 7/190/1). Wenn der zeitliche Aufwand der Eltern aufgerechnet werde, resultiere ohne Berücksichtigung der Überwachung und des Bereichs der Körperpflege ein Intensivpflegezuschlag bei einem Mehraufwand von knapp 12 Stunden. Demgegenüber stehe die Berechnung der effektiven Zeit von 5 Stunden und

E. 14

Minuten. Internen Rücksprachen entsprechend seien im vorliegenden Bericht sämtliche Zeitwerte individuell berücksichtigt worden und der maximale Aufwand aufgrund der Dystonien in den Lebensverrichtungen ebenfalls bestätigt worden (Urk. 7/190/7). 4.

4.1

4.1.1

Die Beschwerdegegnerin berechnete den invaliditätsbedingten Mehraufwand gestützt auf die in Anhang IV KSIH festgesetzten Maximalwerte, unter Anrechnung von ebenfalls vorgesehenen Zuschlägen, unter anderem für Spastizität oder Schluckprobleme bei der Einnahme der Mahlzeiten (Urk. 2 S. 2, vgl. Urk. 7/190). Der Vater des Versicherten brachte dagegen einerseits vor, die Festlegung von Maximalwerten schränke den Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag in einem über Gesetz und Verordnung hinausgehenden Masse ein und sei daher unzulässig. Andererseits seien die festgelegten Maximalwerte vorliegend nicht anzuwenden, da diese den Anforderungen an eine Einzelfallbeurteilung der schweren Behinderung des Versicherten nicht gerecht würden

(Urk. 1 S. 6 f.). 4.1.2

Gemäss Randziffer 8070 ff. KSIH ist im Rahmen der anrechenbaren Betreuung bei der Behandlungs- und Grundpflege der zeitliche Mehraufwand für die Betreuung gegenüber gleichaltrigen nichtbehinderten Minderjährigen zu berücksichtigen, der durch Massnahmen der Behandlungspflege (d.h. medizinische Massnahmen, sofern nicht durch medizinische Hilfspersonen erbracht), und beziehungsweise oder der Grundpflege verursacht wird. Zur Sicherstellung der Rechtsgleichheit bei der Anspruchsbemessung wurden zum anrechenbaren Mehraufwand zeitliche Höchstgrenzen festgelegt. Anhang IV zum KSIH nennt diese Höchstgrenzen sowie die für die Betreuung nicht behinderter Minderjähriger notwendige Zeit (vgl. Rz

8074 KSIH).

Dem IV-Rundschreiben Nr. 379 vom 5. Dezember 2018, das für neue Anträge auf Intensivpflegezuschlag am 1. Dezember 2019 in Kraft trat und per 1. Januar 2020 in das KSIH integriert wurde, ist zu entnehmen, dass die Situation der versicherten Person in den allermeisten Fällen innerhalb der Limiten korrekt abgebildet werden

könne. Die Auswahl der verschiedenen Zusatzaufwände ermögliche es, die Besonderheiten der jeweiligen Situation zu berücksichtigen. Es gebe jedoch Ausnahmen, in welchen der Hilfebedarf aus medizinischen Gründen nachweislich höher sei, als die festgesetzten Höchstansätze. Diese Ausnahmen seien hauptsächlich im Bereich der Behandlungspflege zu finden. Allfälliger zusätzlicher Bedarf könne in einem solchen Fall unter « weitere Massnahmen » berücksichtigt werden. Grundsätzlich sei von den Höchstansätzen allerdings nur abzuweichen, wenn der Hilfebedarf aus medizinischen Gründen notwendig und nachweislich höher sei (z.B. wegen der Notwendigkeit vermehrter Interventionen). Im Zweifelsfalle sei der regionale ärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin

(RAD) beizuziehen. 4.1.3

Bei einem Kreisschreiben handelt es sich um eine von der Aufsichtsbehörde für richtig befundene Auslegung von Gesetz und Verordnung. Die Weisung ist ihrer Natur nach keine

Rechtsnorm, sondern eine im Interesse der gleichmässigen Gesetzesanwendung abgegebene Meinungsäusserung der sachlich zuständigen Aufsichtsbehörde. Solche Verwaltungsweisungen sind wohl für die Durchfüh rungsorgane, nicht aber für die Gerichtsinstanzen verbindlich (BGE 118 V 206 E).

4c, vgl. auch 123 II 16 E. 7, 119 V 255 E. 3a mit Hinweisen). Das Gericht soll sie bei seiner Entscheidung mitberücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall an gepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestim mungen zulassen. Es weicht andererseits insoweit von den Weisungen ab, als sie mit den anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen nicht vereinbar sind (BGE 123 V 70 E. 4a mit Hinweisen).

4.1.4

Wenngleich dem Vater des Versicherten dahinge hend beizupflichten ist, dass sich aus Gesetz und Verordnung keine Pauschalen beziehungsweise zeitliche Höchst grenzen für die Anrechnung des Mehraufwandes ergeben, kann daraus jedoch nicht geschlossen werden, dass die in Anhang IV des KSIH festgelegten Maxi malwerte von v ornherein eine unzulässige Einschränkung des Anspruchs auf einen Intensivpflegezuschlag darstellen . Durch die in Anhang IV festgelegten Maximalwerte erfolgt zwar eine gewisse Pauschalisierung sowohl des Hilfebe darfs von nichtbehinderten als auch von behinderten Kindern ;

dies ist in Anbe tracht des Zweckes der Kreisschreiben, eine gleichmässige Gesetzesanwendung sicherzustellen ,

jedoch nicht grundsätzlich zu beanstanden . Es ist zu berück sichtigen, dass es für die Hilfe leistende Person schwierig ist , den jeweils be nötigten Zeitaufwand zuverlässig einzuschätzen. Deshalb ist es notwendig, den Hilfebedarf zusätzlich anhand eines standardisierten Abklärungsinstruments zu ermitteln. Dieses Vorgehen ermöglicht, die allenfalls von persönlichen bzw. sub jektiv gefärbten Einschätzungen der Hilfe leistenden Personen anhand von wissenschaftlich evaluierten und praxiserprobten Minutenwerten gleichsam einer Plausibilitätskontrolle zu unterziehen. Würde stets unbesehen einer Gegenprü fung auf die Angaben der Hilfe leistenden Personen abgestellt, könnte dies je nach Wahrnehmung der Beteiligten bei ähnlich gelagerten Beschwerdebil dern und vergleichbaren funktionellen Einschränkungen zu unterschiedlichen Ergeb nissen und damit zu einer nicht zu rechtfertigenden Ungleichbehandlung von Versicherten führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2016 vom 26. August 2016 E.

3.1.2.3 mit Hinweis ,

zur Ermittlung des Assistenzbedarfs anhand des ebenfalls standardisierten Abklärungsinstruments FAKT).

Der vom Vater des Ver sicherten thematisierten - und auch im von ihm zitierten Urteil des Verwal tungs gerichts des Kantons Zug von 25. Oktober 2018 erkannten (vgl. Urk. 3/3 E. 7.1) - Gefahr der Ungleichbehandlung , beziehungsweise dem Einzelfall nicht gerecht werdender Lösungen wird dabei durch die Anwendung von Zuschlägen für Zu satzaufwände und insbesondere der im IV-Rundschreiben Nr. 379 zusätzlich vor gesehenen Anrechnung von aus medizinischen Gründen notwendigem nach weis lich höherem

Hilfsbedarf angemessen Rechnung getragen. Anhang IV des KSIH verstösst damit nicht gegen Sinn und Zweck der Regelung des Intensiv pflege zuschlages und es besteht kein Anlass , diesem von v ornherein die Anwen dung zu versagen (vgl. auch Urteil des Bun

desgerichts 9C_75/2020 vom 9. Februar 2021 E. 6.4).

Zum vom Vater des Versicherten weiter vorgebrachten Einwand, die Maxi mal werte würden den schweren Behinderungen des Sohnes in keiner Weise gerecht werden, so dass von einer Plafonierung des anrechenbaren Aufwandes abzusehen sei (Urk. 1 S. 7), ist sodann festzuhalten, dass zwar vorliegend - wie auch von der Beschwerdegegnerin anerkannt - von einer gravierenden Behinderung auszu gehen ist, jedoch nicht ersichtlich ist, inwiefern das Ausmass der Behinderung des Versicherten derart von den in Anhang IV erfassten Fällen abweichen soll, dass davon ausgegangen werden müsste, dass der festgelegte Maximalwert zu züglich den vorgesehenen Zuschlägen dem Versicherten in allen Teilbereichen nicht gerecht werden kann. Dies auch vor dem Hintergrund, dass der Intensivzuschlag im Allgemeinen einzig in Fällen ausgerichtet wird, in denen behinderungsbedingt eine intensive Betreuung notwendig ist, mithin von vornherein nur Personen mit Behinderungen einer gewissen Schwere Anspruch auf einen solchen haben. Es ist somit in den einzelnen Teilbereichen der Hilflosigkeit je separat zu prüfen, ob aus medizinischen Gründen eine Abweichung von in Anwendung von Anhang IV KSIH angerechneten Mehraufwand erforderlich ist. 4.2

Der Abklärungsbericht, auf den die Beschwerdegegnerin ihre Verfügung stützt, wurde von D.____ vom Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin, und damit von einer qualifizierten Fachperson verfasst, was seitens des Versicherten

nicht bestritten wird. Die Fachperson war beim

Versicherten

vor Ort und hatte für ihren Bericht somit Kenntnisse der örtlichen und räumlichen Verhältnisse. Die Fachspezialistin umschreibt am Anfang ihres Berichts auch die medizinische Situation des Versicherten zutreffend, woraus zu schliessen ist, dass sie Kenntnis der von den Medizinern gestellten Diagnosen und der sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen und Hilflosigkeiten hatte. Der Bericht ist plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie der Erfordernisse der dauernden Pflege. Er steht in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben und zeigt auch die Differenzen zu den Angaben der Eltern auf. Das Gericht greift daher in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Zu prüfen ist, ob solche Fehleinschätzungen gegeben sind. 4.3 4.3 .1

Im Bereich An- und Auskleiden hielt die Abklärungsperson fest, dem Versicherten sei eine Mithilfe bis heute nicht möglich. Wollte man ihn umkleiden, reagiere er mit Dystonien. Die Überstreckungen müssten daher bei jedem Umkleiden gelöst werden, was einen erhöhten Zeitbedarf der Verrichtung bewirke. Sein Mund schluss sei teilweise nicht vollständig, weshalb er vermehrten Speichelfluss habe und der Speichellatz untertags oft gewechselt werden müsse. Er habe eine robuste unkomplizierte Haut und benötige keine Spezialwäsche. Angerechnet wurden der Maxi mal Aufwand für Kinder bis sechs Jahren von 25 Minuten, zuzüglich 10 Minuten für hochgradige Spastizität und 15 Minuten für vermehrte Kleiderwechsel. Nach Abzug der altersentsprechenden Hilfe

von 15 Minuten kamen 35 Minuten in diesem Bereich zur Anrechnung (Urk. 7/190/2).

Der Vater des Versicherten gab an, das Umziehen dauere

morgens und abends je 15 Minuten , ferner werde er tagsüber ein bis zweimal umgezogen, was durch schnittlich insgesamt 30 Minuten dauere. Zudem müsse der Speichellatz sechsmal täglich gewechselt, was jeweils eine Minute in Anspruch nehme. Insgesamt sei daher abzüglich der altersentsprechenden Hilfe ein Aufwand von 51 Minuten anzurechnen (Urk. 1 S. 9).

Der erhöhte Zeitaufwand für das Lösen der Überstreckung en wurde angerechnet, darüber hinaus sind keine medizinischen Gründe für einen erhöhten Aufwand ersichtlich, solche wurden auch von den Eltern nicht geltend gemacht. Wieso es erforderlich ist, den Versicherten tagsüber umzukleiden , wurde sodann – abge sehen vom mehrmaligen Wechsel des Speichellatzes, für den die Eltern insgesamt 6 Minuten angaben

- nicht dargelegt, die Anrechnung des Maximalwertes von

E. 15

Minuten für die altersentsprechende Hilfe abgezogen. Ins gesamt wurden 140 Minuten für den Bereich Essen angerechnet (Urk. 7/190/3) .

Der Vater machte hingegen geltend, d er Versicherte sei untergewichtig, weshalb auf eine zureichende Zufuhr von Kalorien geachtet werden müsse. Da im Rahmen des Grundleidens Schluckschwierigkeiten bestünden, sei eine vorsichtige und portionierte Ernährung wichtig, um Aspirationen oder die Herausgabe insbeson dere der Medikamente möglichst zu vermeiden. Zugleich müsse auf eine gute Positionierung und eine ruhige Umgebung geachtet werden. Aufgrund der star ken Bewegungsstörungen dauere die Eingabe von Essen und Medikamenten länger als bei einem gesunden Kind (Urk. 1 S. 8) . Es sei auf die von den Eltern ange gebene Dauer von 180 Minuten abzustellen (Urk. 1 S. 9) .

Dem von den Eltern vorgebracht en und von

PD Dr.

A. ____

bestätigte n

(Urk.

7/193/1) Aspekt, dass die Eingabe des Essens deutlich länger dauere als bei einem gesunden Kind, wurde durch die Berücksichtigung des Maximalwertes von 75 Minuten für ein dreijähriges Kind bereits angemessen Rechnung getragen, beträgt doch der altersentsprechende Aufwand für ein gesundes Kind lediglich 15

Minuten. Durch die Vo rnahme der entsprechenden Zuschläge wurden sodann die Schluckschwierigkeiten des Versicherten durch die Abklärungsperson ebenso berücksichtigt, wie die Notwendigkeit von Zwischenmahlzeiten und den mehr als fünf Mahlzeiten pro Tag . Dafür, dass die angerechneten Maximalwerte offen sichtlich unangemessen wären, sind keine Anhaltspunkte ersichtlich , es besteht mithin kein Anlass , davon abzuweichen .

Allerdings ergibt sich aus Anhang IV des KSIH, dass entweder die familienübliche Präsenz am Tisch oder der Zeitaufwand für ein nicht behindertes Kind abzuziehen ist, nicht jedoch beides. Die Beschwerdegegnerin hat indes im Widerspruch dazu zusätzlich zum altersentsprechenden Aufwand von 15 Minuten eine Präsenzzeit von 20 Minuten für die Zwischenmahlzeiten abgezogen. Diese 20 Minuten sind somit im Bereich Essen zu den von

der Beschwerdegegnerin anerkannten 140

Minuten hinzuzurechnen, woraus sich insgesamt ein anrechenbarer Aufwand von 160 Minuten ergibt. 4.3 .4

Aus dem Abklärungsbericht ergibt sich ferner, dass Hilfestellungen bei der Körperpflege bis sechs Jahre grundsätzlich als altersentsprechend zu werten seien. Der Versicherte sei als schwerstbehindertes Kind zu beurteilen, das aufgrund der Dystonien für das Bad nicht in eine Badeliege gelegt werden könne. Es seien daher zwei Personen für das Bad notwendig. Auf Nachfrage bei der Betreuungsperson der Spitex habe diese angegeben, das Kind werde äusserst selten gebadet, nur wenn dies wirklich sein müsse. Sie bestätigte ferner, dass zwei Personen notwendig seien. Der Bereich der Körperpflege sei für die Bemessung der Hilflosenentschädigung ausnahmsweise früher anzurechnen, wodurch der ausserordentliche Aufwand berücksichtigt werde. Aufgrund des Alters des Versicherten seien hingegen keine Zeitwerte anzurechnen (Urk. 7/190/4).

Der Vater des Versicherten macht dagegen geltend, es seien morgens und abends je 10 Minuten zuzüglich 10 Minuten für die Zahnpflege sowie jeden zweiten Tag 20 Minuten für das Baden, bei dem aufgrund des Überstreckens des Versicherten zwei Personen notwendig seien, zur Pflege des

Versicherten erforderlich. Abzüglich der altersentsprechenden Hilfe von 30 Minuten, seien 10 Minuten anzurechnen (Urk. 1 S. 9).

Hierzu ist festzuhalten, dass gemäss Anhang IV KSIH im Bereich der Körperpflege bis 6 Jahre ein Maximalwert von 30 Minuten zu berücksichtigen

ist, wobei die altersentsprechende Hilfe ebenfalls 30 Minuten beträgt, weshalb

in diesem Bereich grundsätzlich kein zusätzlicher Aufwand anrechenbar ist. Zwar sind gemäss den Feststellungen der Abklärungsperson für das Baden des dreijährigen Versicherten

bereits aktuell zwei Personen nötig, da er nicht in die Badeliege gelegt werden kann, der Zusatz für den Beizug einer weiteren Hilfsperson kann jedoch weisungsgemäss erst ab einem Alter von vier Jahren angerechnet werden. Es ist kein triftiger Grund dafür ersichtlich, weshalb von dieser Regel abzuweichen wäre, insbesondere da der Versicherte gemäss Auskunft der Spitex nur äusserst selten gebadet wird, weshalb ein Aufwand von 20 Minuten alle zwei Tage nicht anzuerkennen ist. Die Abklärungsperson hat somit korrekt keinen zusätzlichen Zeitaufwand für den Bereich der Körperpflege angerechnet. 4.3 .5

Im Bereich Verrichten der Notdurft hielt die Abklärungsperson fest, der Versicherte könne ohne Einschränkung spontan Wasserlösungen, es seien keine regelmässigen Harnwegsinfekte zu verzeichnen. Zur Stuhlregulation werde Macrugol verabreicht, unterstützend benötige er etwa zehnmal pro Monat ein Zäpfli, in der Not auch ein Minicyliss. Der Zeitwert beim Wickeln sei aufgrund der Dystonien weiterhin erhöht, die Hilfsmittel müssten jedoch beim Wickeln nicht immer an- und ausgezogen werden. Anrechenbar seien 30 Minuten für das Wickeln, 10 Minuten für das Lösen der Spasmen sowie 2 Minuten für die Anwendung der Zäpfli

beziehungsweise Minicyliss. Abzüglich der altersentsprechenden Hilfe von 10

Minuten seien 32 Minuten an zusätzlichem Aufwand anzurechnen (Urk.

7/190/4).

Gemäss den Angaben der Eltern des Versicherten sei der Windelwechsel wegen der Spastik deutlich erschwert, der Aufwand betrage daher viermal pro Tag 15 Minuten und zweimal pro Tag 10 Minuten. Inklusiv dem auch von der Abklärungsperson angerechneten Aufwand für Zäpfli / Miniclyss von 2 Minuten und abzüglich 10 Minuten für den altersentsprechenden Aufwand sei der Zusatzaufwand auf 72 Minuten zu bemessen (Urk. 1 S. 10). Auch wenn vorliegend von den Angaben im Anhang IV KSIH ausgegangen werde, sei bei häufigem Windelwechsel (ab 6 Mal pro Tag) nach Vollendung des dritten Altersjahres ein Zusatzaufwand von fünf Minuten pro Mal anzurechnen. Da im Abklärungsbogen sechs Windelwechsel aufgeführt seien, seien sechs Mal 5 Minuten, insgesamt 30 Minuten an zusätzlichem Aufwand anzurechnen (Urk. 1 S. 12).

Entgegen dem Vorbringen des Vaters des Versicherten ist ein Zusatzaufwand für häufigen Windelwechsel nicht für die in die Festlegung des Maximalwerts einbezogenen sechs Windelwechsel anzurechnen, sondern lediglich für die darüber hinaus gehenden Wechsel. Da die Windeln des Versicherten sechs Mal täglich gewechselt werden müssen, ist dieser Zuschlag somit nicht zu gewähren. Der erhöhte Zeitaufwand für das Lösen der Spasmen wurde angerechnet, darüber hinaus sind keine medizinischen Gründe für einen erhöhten zeitlichen Aufwand ersichtlich, die ein Abweichen vom Maximalwert begründen würden. Die Anrechnung von 32 Minuten in diesem Bereich ist somit korrekt erfolgt. 4.3 .6

Die Abklärungsperson hielt zum Bereich Behandlungspflege fest, es finde zwei Mal täglich eine Eingewöhnungszeit für die Orthesen statt, wobei dem Versicherten die Strümpfe aus- und wieder angezogen und der Fuss in eine entspannte Position gebracht werden müssten. Anrechenbar seien zweimal 5 Minuten für das An- und Ausziehen der Orthesen. Das Stehbrett werde im Moment von der Physiotherapeutin ausgeführt, weshalb keine Zeit dafür anzurechnen sei. Die Physiotherapie finde zweimal wöchentlich in der Schule (richtig wohl: Kita) und einmal am Domizil statt, die Eltern würden angeben, jeweils an der Therapie Sitzung zu Hause mit dabei zu sein, um den aktuellen Fokus der Therapie mitzubekommen, damit sie die Übungen an den therapiefreien Tagen gut ausführen könnten. Seien zwei Personen beim Versicherten,

könne die Therapie effektiver und bei meist guter Laune des Kindes durchgeführt werden. Dies sei daher anrechenbar. Die Eltern würden ferner angeben, täglich zweimal 30 Minuten mit dem Versicherten physiotherapeutische Übungen zu vollziehen, zudem würden gleichzeitig mit dem Tragen der Orthesen Übungen auf dem Gymnastikball durchgeführt, wann immer möglich ebenfalls zweimal 30 Minuten pro Tag. Aufgrund der Dystonie seien die Schluckabläufe reduziert, weshalb die Logopädieübungen bei jedem Essen durchgeführt werden müssten. Anrechenbar seien zwei Therapien pro Tag mit dem Maximalwert pro Therapie an therapiefreien Tagen, mithin zwei Mal 30 Minuten an vier Tagen, was durchschnittlich 34 Minuten pro Tag ergebe. Zusätzlich dazu sei das Medikament Ospolot zu mörsern, in eine Spritze auf zu ziehen und langsam zu verabreichen, weshalb zweimal 10 Minuten an Aufwand anzurechnen seien. Die Verabreichung der anderen Medikamente sei nicht anrechenbar. Insgesamt entstehe so durch die Behandlungspflege ein Mehraufwand von 54 Minuten pro Tag (Urk. 7/190/5).

Der Vater des Versicherten macht e dagegen geltend, die zweimalige Medikamenteneingabe pro Tag dauere 20 Minuten. Täglich würden zweimal pro Tag je 30 Minuten lang Physiotherapieübungen ohne Orthesen und zweimal 30 Minuten mit Orthesen durch

die Eltern durchgeführt. Diese Übungen müssten auch an Tagen durchgeführt werden, an denen bereits Therapien, insbesondere Physiotherapie, stattgefunden hätten. Einmal pro Woche sei ein Elternteil bei der Physiotherapiesitzung zu Hause anwesend, um den aktuellen Therapiefokus mitzubekommen und zur Kontrolle der Übungsdurchführung durch die Eltern. Zusätzlich würden bei jedem Essen Logopädieübungen zur oralen Stimulation, Kopfhaltungskontrolle und Stimulierung durch Löffelführung durchgeführt, aufgrund der Dystonie reduzierten Schluckabläufe durchgeführt. Insgesamt seien für die Übungen 128.5

Minuten anzurechnen. Dazu kämen 10 Minuten für das zweimalige An- und Ausziehen der Orthesen. Insgesamt seien für den Bereich der Behandlungspflege 158.5 Minuten anzurechnen (Urk. 1 S. 7 und 10).

Gemäss Randziffer 8077.2 KSIH kann die Zeit, die zuhause für entsprechende Übungen oder zur Unterstützung einer Therapie aufgewendet wird, beim Intensivpflegezuschlag nur an Tagen, an denen keine Therapie stattfindet, berücksichtigt werden. Vorliegend ist dem Schreiben von PD Dr. A. ___ vom 25. September 2019 indes zu entnehmen, dass es aus medizinischer Sicht wichtig sei, die spastischen Zustände mittels täglichen Dehnungs- und Entspannungsübungen durch eine Betreuungsperson zu lockern, unabhängig davon, ob bereits eine anderweitige Therapie durchgeführt worden sei (Urk. 7/193/1). Es ist somit ausgewiesen, dass aus medizinischen Gründen ein höherer Aufwand notwendig ist, als dies im KSIH vorgesehen ist; es ist daher die Zeit für die physiotherapeutischen Übungen auch an denjenigen Tagen anzurechnen,

an denen eine solche Behandlung stattfindet. Hingegen besteht kein Anlass, von der Pauschale von 30 Minuten pro Tag und Therapie abzuweichen, da PD Dr. A. ___ sich nicht zur Dauer der durchzuführenden Übungen äusserte und insbesondere nicht erwähnte, diese seien aus medizinischen Gründen mehrmals täglich und während längerer Zeit durchzuführen (vgl. Urk. 7/193/1). Ein darüber hinaus gehender Aufwand ist auch für die Anwesenheit der Eltern während der Physiotherapie zu Hause nicht anrechenbar. Für die durch die Eltern durchgeführten physiotherapeutischen Übungen ist somit ein täglicher Aufwand von 60 Minuten anzurechnen.

Was den Zeitaufwand für die Gabe der Medikamente betrifft, ist Anhang IV des KSIH zu entnehmen, dass bei erheblichem Aufwand - zum Beispiel, wenn die Medikamente gemörsert, verdünnt, aufgezogen und mit einer Spritze anschliessend mühevoll in den Mund abgegeben werden müssen - 5 Minuten pro Medikament anzurechnen sind. Dies ist beim Versicherten

für das Medikament Ospolot der Fall, die Abklärungsperson hat somit korrekt zwei Mal 5 Minuten Zusatz aufwand eingerechnet. In Anbetracht der Tatsache,

dass der vom Vater des Versicherten

geschilderte Aufwand für die Gabe des Medikamentes exakt dem im Anhang IV beschriebenen Beispiel entspricht, erscheint ein darüber hinaus gehender Aufwand für die Medikamentengabe nicht ausgewiesen, zumal grundsätzlich für die orale Gabe von Medikamenten bis zu einem Alter von 15 Jahren kein zusätzlicher Aufwand anzurechnen ist. Unter Berücksichtigung des zusätzlich anzurechnenden Aufwandes für die physiotherapeutischen Übungen zu Hause ergibt sich im Bereich Behandlungspflege somit ein anrechenbarer Aufwand von insgesamt 80 Minuten. 4.3.7

Für die Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen sind sodann unbestrittener massen 13 Minuten anzurechnen (Urk. 1 S. 11, Urk. 7/190/5) . Auch der Abzug von einer Minute für die Leistung der Spitex blieb unbeanstandet (Urk. 7/190/6). 4.3 .8

Zusammenfassend ergibt sich folgende Berechnung:

Bei der Grundpflege ist von einem anrechenbaren Aufwand von 35 Minuten für den Bereich Ankleiden, Auskleiden, von 41 Minuten für den Bereich Aufstehen, Absitzen, Abliegen, von 160 Minuten für den Bereich Essen, von 0 Minuten für den Bereich Körperpflege sowie von 32 Minuten für die Verrichtung der Notdurft auszugehen ; zusätzlich zu beachten sind ein Aufwand von

80 Minuten im Bereich der Behandlungspflege sowie von 13 Minuten für Arztbesuche ; abzüglich 1 Minute für die durch die Spitex erbrachten Leistungen (Urk. 7/190/6) ergibt dies einen anrechenbaren Aufwand von 360 Minuten, mithin von 6 Stunden. Somit hat der Versicherte gestützt auf Art. 42 ter Abs. 3 IV G ab 1. April 2019 Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag für einen behinderungsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens 6 Stunden pro Tag . Die Beschwerde ist daher insofern teilweise gutzu heissen , als anstelle des dem Versicherten in der Verfügung vom 11. Dezember 2019 zugesprochenen Intensivpflegezuschlag es für einen Aufwand von mindestens 4 Stunden pro Tag ein solcher für einen Aufwand von mindestens 6

Stunden pro Tag zuzusprechen ist . 5.

Hat der Versicherte

nach dem Gesagten Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag für einen invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens sechs Stunden, steht ihm grundsätzlich auch ein Assistenzbeitrag (vgl. vorstehend E. 1. 4) zu (BGE 145 V 278 E. 6) , sofern

in diesem Zusammenhang die von der Beschwerdegegnerin noch zu prüfenden weiteren Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind .

Die Beschwerde ist somit auch in Bezug auf den Assistenzbeitrag gutzu heissen . 6.

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