



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Mai 2014 (720 14 5)

Invalidenversicherung

Anspruch auf Hilflosenentschädigung leichten Grads revisionsweise verneint.

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
-----------	--

Parteien	A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Michael Pletscher, Advokatur am Fischmarkt, Fischmarkt 12, 4410 Liestal
----------	---

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff	Hilflosenentschädigung
---------	------------------------

A. Die 1962 geborene A.____ leidet an einer Polymorbidität mit schwerer valvulärer Kardiopathie. In den Jahren 1983 und 1995 musste sie zwei Herzklappenersatzoperationen durchführen lassen. Darüber hinaus wurde ihr 1995 ein Herzschrittmacher eingesetzt. Sie leidet ausserdem unter Herzrhythmusstörungen und Polyarthrosen. Die gebürtige türkische Staatsangehörige ist der deutschen Sprache nicht mächtig und kann weder lesen noch schreiben.

B. Mit Verfügung vom 28. November 1997 wurde der Versicherten auf Gesuch und ärztliche Stellungnahme hin rückwirkend per 1. Dezember 1996 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen, wobei festgehalten wurde, dass sie seit Dezember 1995 bei der Körperpflege und bei der Fortbewegung auf Dritthilfe angewiesen sei. Auf einem am 9. Februar 2002 unterzeichneten Revisionsfragebogen erklärte die Versicherte, bei alltäglichen Verrichtungen nicht auf Dritthilfe angewiesen zu sein. Gleichzeitig erklärte sie, eine Hilfe im Haushalt wäre wünschbar, weil sie körperlich sehr schwach sei. Die Ausrichtung der bisherigen Hilflosenentschädigung wurde in der Folge bestätigt. In einem weiteren Revisionsfragebogen vom 28. August 2007 gab die Versicherte an, weder bei alltäglichen Verrichtungen auf Dritthilfe noch auf andauernde Pflege oder persönliche Überwachung angewiesen zu sein. Überdies wurde angemerkt, dass Hilfe im Haushalt durch Angehörige und Freunde geleistet werde. Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung wurde in der Folge am 24. Oktober 2007 erneut als unverändert bestätigt.

C. Im Revisionsfragebogen vom 13. November 2012 bestätigte die Versicherte erneut, weder bei alltäglichen Verrichtungen auf Dritthilfe noch auf andauernde Pflege oder persönliche Überwachung angewiesen zu sein. Hingegen hielt sie fest, dauernd und regelmässig auf lebenspraktische Begleitung von Drittpersonen angewiesen zu sein. Dabei merkte sie an, dass die Hilfe von Geschwistern geleistet werde. Mit Fragebogen vom 5. Dezember 2012 bestätigte der behandelnde Arzt Dr. B.____, FMH Innere Medizin, die Richtigkeit dieser Angaben, hielt jedoch gleichzeitig fest, dass die Versicherte auf eine Dauerbetreuung durch Familienangehörige beim Krankheitsmanagement und den Krankheitsfolgen angewiesen sei.

D. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) veranlasste in der Folge am 17. Januar 2013 eine Abklärung vor Ort. Der entsprechende Abklärungsbericht erging am 25. Februar 2013. Gestützt darauf erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid betreffend die Aufhebung der Hilflosenentschädigung. Nach Erhebung diverser Einwände durch den Rechtsvertreter der Versicherten holte die IV-Stelle einen ergänzenden Bericht betreffend die Haushaltsabklärung vom 6. Juni 2013 ein.

E. Mit Verfügung vom 5. Dezember 2013 hob die IV-Stelle die Ausrichtung der Hilflosenentschädigung per Ende Januar 2014 auf. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Erik Wassmer, Advokat, substitutionsweise wiederum vertreten durch Michael Pletscher, sinngemäss Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und ersuchte dabei um Fristerstreckung für die Beschwerdebegründung. Nachdem das Kantonsgericht diesen Antrag mit verfahrensleitender Verfügung vom 14. Januar 2014 abgewiesen hatte, reichte der Rechtsvertreter der Versicherten am 27. Januar 2014 seine Beschwerdebegründung ein, wonach die Verfügung der IV-Stelle vom 5. Dezember 2014 aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab Dezember 2013 rückwirkend eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung leichten Grades auszurichten sei. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 29. Januar 2014 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt.

F. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 17. März 2014 auf Abweisung der Beschwerde. Zusammen mit der Einreichung der Honorarnote vom 7. April 2014 liess sich die Beschwerdeführerin zur Vernehmlassung der IV-Stelle vernehmen, wobei sie an ihren bereits beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich festhielt.

Auf die Begründung der verschiedenen Standpunkte der Parteien ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen sind vorliegend allesamt erfüllt, so dass auf die unter Berücksichtigung des Fristenstillstands fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist.

2.1 In formeller Hinsicht rügt die Versicherte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs infolge der Nichterfüllung der Begründungspflicht und der fehlenden Auseinandersetzung mit den im Vorbescheid vorgebrachten Einwänden durch die IV-Stelle. Die Vorinstanz vertritt in ihrer Vernehmlassung demgegenüber den Standpunkt, dass die Begründung der angefochtenen Verfügung zwar knapp ausgefallen sei, die Überlegungen, welche zur Aufhebung der bisher ausgerichteten Hilfslosenentschädigung geführt hätten, jedoch klar ersichtlich seien. Ausserdem sei nach den erhobenen Einwänden eine ergänzende Stellungnahme betreffend die Haushaltsabklärung eingeholt und dem Rechtsvertreter der Versicherten zugestellt worden. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liege daher nicht vor.

2.2 Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügungen sind nach Art. 49 Abs. 3 ATSG mit einer Rechtsmittelfrist zu versehen und zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Urteil des EVG vom 17. Juni 2005, I 3/05, E. 3). Die Begründungspflicht gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG steht im Zusammenhang mit dem in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 statuierten Anspruch auf rechtliches Gehör. Danach muss der von einem Entscheid Betroffene in die Lage versetzt werden, diesen sachgerecht anfechten zu können (vgl. BGE 124 II 149). Die verfügende Behörde muss daher kurz ihre Überlegungen nennen, von denen sie sich leiten liess und auf die sich ihre Entscheidung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 I 102 E. 2b, 124 V 181 E. 1a; LORENZ KNEUBÜHLER, Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Christoph Auer/Markus Müller/Benjamin Schindler [Hrsg.], Zürich/St. Gallen 2008, zu Art. 35, S. 511). Die Behörde darf sich aber nicht damit begnügen, die von der betroffenen Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen; sie hat ihre Überlegungen der betroffenen Person gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den

entscheidswesentlichen Einwänden auseinanderzusetzen oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie bestimmte Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 182 E. 2b; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 16. August 2004, U 101/04, E. 2.4). Die Begründung muss nicht zwingend in der Verfügung selbst enthalten sein; die Rechtsprechung hat als genügende Begründung auch den Verweis auf separate Schriftstücke, auf frühere Entscheide oder klare Angaben der Entscheidungsgründe in früheren Schreiben an die Verfügungsadressatinnen oder -adressaten anerkannt (BGE 123 V 31 E. 2c und d). Die Verletzung der Begründungspflicht führt unabhängig davon, ob die fraglichen verfahrensrechtlichen Mängel einen Einfluss auf das Ergebnis haben, grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides. Praxisgemäss kann eine derartige Gehörsverletzung im Rechtsmittelverfahren jedoch geheilt werden, wenn das rechtliche Gehör nachträglich gewährt wurde, die Rechtsmittelinstanz über freie Kognition in Rechts- und Sachverhaltsfragen verfügt, mithin eine Ermessensüberprüfung möglich ist, und dem Betroffenen die gleichen Mitwirkungsrechte wie vor erster Instanz zustehen (vgl. dazu BGE 127 V 437 E. 3d/aa sowie 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen). Darüber hinaus ist im Sinne der Heilung eines allfälligen Mangels - selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörsanspruches - von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre (vgl. BGE 133 I 201 E. 2.2, 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

2.3 Sowohl im Vorbescheid vom 22. März 2013 als auch in der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2013 wird die Leistungseinstellung mit den Abklärungen der IV-Stelle vor Ort begründet, wonach die Versicherte weder regelmässige Dritthilfe in den massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen noch lebenspraktische Begleitung benötige. Zudem nimmt die angefochtene Verfügung explizit Bezug auf die aktuelle Revision von Amtes wegen und auf den entsprechenden Revisionsfragebogen vom 13. November 2012. Diese Bezugnahme zeigt rechtsgenügend auf, inwiefern sich die für eine Ausrichtung der Hilflosenentschädigung massgebenden Verhältnisse seit dem für die Revision massgebenden Referenzzeitpunkt der ursprünglichen Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung im November 1997 geändert haben sollen. Den Erläuterungen in der angefochtenen Verfügung zufolge war es der Versicherten bzw. ihrem Rechtsvertreter somit ohne Weiteres möglich zu erkennen, welche tatsächlichen und rechtlichen Überlegungen der IV-Stelle zur Aufhebung der Hilflosenentschädigung geführt haben. Zumal sich die Verwaltung bei der Begründung ihrer Verfügung auf die wesentlichen Gesichtspunkte beschränken darf, kann jedenfalls nicht vom Fehlen eines wesentlichen Aspekts in der Begründung gesprochen werden, da die für die Ausrichtung der strittigen Hilflosenentschädigung massgebenden Parameter in grundsätzlicher Hinsicht bezeichnet worden sind. Es kann demnach auch nicht davon gesprochen werden, dass die Betroffene nicht in der Lage gewesen wäre, die betreffende Verfügung sachgerecht anfechten zu lassen, indem sie gezwungen gewesen wäre, mehrere Eventualbegründungen vorzubringen (vgl. KGE SV vom 22. Juni 2008 i.S. N., in BLKGE 2008 III Nr. 51 S. 306 ff., E. 4.3 f.). Es tritt hinzu, dass die Versicherte ihre Einwände und Argumente im Rahmen der vorliegenden Beschwerde umfassend dargestellt hat, und das Kantonsgericht die Streitsache mit voller Kognition überprüft. Soweit in der Vorgehensweise der IV-Stelle eine Verletzung des rechtlichen Gehörs läge, würde diese im vorlie-

genden Verfahren demnach ohnehin geheilt. Von einer Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz aus formellen Gründen ist daher abzusehen, zumal eine Rückweisung der Angelegenheit zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die letztlich auch mit dem Interesse der Versicherten an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre.

3. In materieller Hinsicht strittig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Hilflosenentschädigung leichten Grades unter Berücksichtigung der Revisionsbestimmungen zu Recht per Ende Januar 2014 aufgehoben hat.

3.1 Nach Art. 17 Abs. 2 ATSG wird – neben Rentenleistungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG) – auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Diese Regelung ist auch auf die – eine Dauerleistung darstellende – Hilflosenentschädigung anwendbar (KIESER, a.a.O., Art. 17 N 40). Anlass zur Revision einer Hilflosenentschädigung gibt somit jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Grad der Hilflosigkeit und damit die Höhe der Hilflosenentschädigung zu beeinflussen. Insbesondere kommt eine Revision nicht bloss bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch bei einer wesentlichen Veränderung anderer Faktoren, in Frage (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Wesentlich ist die Sachverhaltsänderung dann, wenn sie eine Auswirkung auf den Leistungsanspruch zeigt, wobei die Änderung des Anspruchs nicht bloss geringfügig sein darf (KIESER, a.a.O., Art. 17 N 43). Kein Revisionsgrund stellt indessen die bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts dar (BGE 112 V 372 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2008, 8C_379/2007, E. 2). Die Beantwortung der Frage, ob eine massgebende Änderung eingetreten ist, setzt einen Vergleich zweier Sachverhalte voraus. In zeitlicher Hinsicht sind dafür der Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungsverfügung und derjenige des Anpassungsentscheides massgeblich. Ist zwischenzeitlich eine Überprüfung des Anspruchs erfolgt und wurde die bisherige Verfügung dabei aber lediglich bestätigt, kommt einem solchen Entscheid keine Bedeutung zu (KIESER, a.a.O., Art. 17 N 44 in Verbindung mit N 22). Hintergrund bildet der Umstand, dass der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung darstellt, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4 mit Verweis auf BGE 130 V 77 E. 3.2.3).

3.2 Der Versicherten wurde ursprünglich mit Verfügung vom 28. November 1997 rückwirkend ab 1. Dezember 1996 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen. Nachdem ihr sowohl am 3. September 2002 als auch am 24. Oktober 2007 mitgeteilt worden war, dass die revisionsweise Überprüfung des IV-Grads keine leistungsbeeinflussende Änderung ergeben habe, wurde der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades für die Zukunft jeweils ohne erneute Abklärung der massgebenden Verhältnisse vor Ort bestätigt. Erst gestützt auf die Abklärungsergebnisse vor Ort am 17. Januar 2013 nahm die IV-Stelle in der Folge eine integrale Neubeurteilung der Anspruchsberechtigung vor und hob anschliessend mit

Verfügung vom 5. Dezember 2013 die bisher ausgerichtete Hilflosenentschädigung revisionsweise auf. Wie die Beschwerdeführerin daher richtig festgehalten hat (vgl. Stellungnahme vom 7. April 2014, S. 3 a. E.), beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Hilflosenentschädigung per Ende Januar 2014 rechtfertigen, demnach durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung im November 1997 (erstmalige Zusprache einer Hilflosenentschädigung leichten Grades) bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der am 5. Dezember 2013 verfügten Aufhebung der Hilflosenentschädigung.

4.1 Gemäss Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Nach Art. 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist eine Person hilflos, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 IVG).

4.2 Das Gesetz unterscheidet zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG). Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf; wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. a - e IVV).

4.3 Nach ständiger Gerichtspraxis sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend: Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme (BGE 133 V 463 E. 7.2, 127 V 97 E. 3c, 121 V 90 E. 3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 1. April 2004, I 815/03, E. 1). Weiter muss die Hilfe Dritter regelmässig und erheblich sein. Der Begriff der Erheblichkeit ist in Relation zu setzen zum zeitlichen Aufwand, den die Hilfsperson hat. Die Hilfe ist mithin insbesondere erheblich, wenn die versicherte Person mindestens die Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung überhaupt nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustandes nicht vornehmen würde (Urteil des EVG vom 18. April 2002, I 660/01, E. 2b/aa mit Hinweisen; Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2012, Rz. 8026). Die Hilfe ist regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich benötigt oder eventuell täglich nötig hat (KSIH Rz. 8025; ROBERT ETTLIN, Die Hilflosigkeit als versichertes Risiko in der Sozialversicherung [Hilflosigkeit], Freiburg 1998, S. 150). Bei Lebens-

verrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, wird nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 91 E. 3c). In diesem Sinne ist die Hilfe beispielsweise bereits erheblich bei Fortbewegung und Kontaktaufnahme, wenn sich die versicherte Person im oder ausser Haus nicht selbst fortbewegen kann oder wenn sie bei der Kontaktaufnahme Dritthilfe benötigt. Solange durch geeignete Massnahmen bei einzelnen Lebensverrichtungen die Selbstständigkeit erhalten werden kann, liegt diesbezüglich keine Hilflosigkeit vor (ROBERT ETTLIN, Sozialversicherungsrechtliche Aspekte bei Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit [Selbstversorgungsfähigkeit], in: Haftpflicht und Versicherung [HAVE] 2003, S. 117 und Fn. 8).

4.4 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 selbstständig 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 diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit den in Abs. 1 erwähnten Situationen erforderlich ist. Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen vormundschaftlicher Massnahmen nach Art. 398 bis 419 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907 (Art. 38 Abs. 3 IVV). Nach der Rechtsprechung beinhaltet die lebenspraktische Begleitung weder die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege oder Überwachung. Vielmehr stellt sie ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar (BGE 133 V 466 E. 9). Sie ist notwendig, damit der Alltag selbstständig bewältigt werden kann, und liegt vor, wenn die versicherte Person auf Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen oder Anleitung zur Erledigung des Haushalts angewiesen ist. Bei ausserhäuslichen Verrichtungen ist die lebenspraktische Begleitung notwendig, damit die versicherte Person in der Lage ist, das Haus für bestimmte notwendige Verrichtungen und Kontakte (Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Kontakte mit Arbeitsstellen oder Medizinalpersonen, Coiffeurbesuch, etc.) zu verlassen (KSIH Rz. 8050 f.; vgl. BGE 133 V 465 f. E. 8.2.3). Die Frage, ob eine entsprechende Hilfsbedürftigkeit besteht, ist objektiv, nach dem Zustand der versicherten Person, zu beurteilen (BGE 133 V 461 E. 5 mit Hinweisen). Nicht erforderlich ist, dass die lebenspraktische Begleitung durch fachlich qualifiziertes oder speziell geschultes Betreuungspersonal erbracht wird (KSIH Rz. 8047).

4.5 Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich. Der Arzt hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen (BGE 130 V 61 f. E. 6.1.1 mit Hinweis). Einem Abklärungsbericht an Ort und Stelle kommt - ausgehend von den in BGE 128 V 93 f. E. 4 entwickelten Voraussetzungen und unter Berücksichtigung der in AHI 2000 S. 319 f. E. 2b dargelegten Grundsätze zur Zusammenarbeit zwischen dem Arzt einerseits und der Verwaltung sowie dem Gericht anderer-

seits - voller Beweiswert zu, wenn er folgenden Anforderungen genügt: Als Berichterstatte(r)in bzw. als Berichterstatte(r) 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 oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der die Pflege leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen konkret in Frage stehenden alltäglichen Lebensverrichtungen sowie der tatbestandsmässigen Erfordernisse der dauernden persönlichen Überwachung und der Pflege ausfallen. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Trifft all dies zu, besitzt der Abklärungsbericht volle Beweiskraft. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der abklärenden 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 130 V 62 f. E. 6.2).

5.1 Vorab ergibt sich gestützt auf die vorliegenden Akten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitraum (vgl. oben, Erwägung 3.2 hievor) in medizinischer Hinsicht kaum verbessert hat. So ist dem Fragebogen vom 13. November 2012 zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand der Versicherten gleich geblieben sei (vgl. IV-Dok Nr. 23, S. 1). Diese Einschätzung deckt sich im Wesentlichen auch mit den medizinischen Akten. Aus dem von Dr. B._____ am 5. Dezember 2012 unterzeichneten Revisionsformular (vgl. IV-Dok Nr. 25) gehen weitestgehend dieselben Diagnosen hervor, wie sie bereits anlässlich der Abklärung der Hilflosigkeit am 22. Oktober 1997 erhoben worden waren (vgl. IV-Dok Nr. 27.2 S. 4). Einziger Unterschied auf diagnostischer Ebene bildet der Umstand, dass die noch in den Jahren 1997 und 2002 diagnostizierte Grand-Mal-Epilepsie (vgl. Arztberichte vom 13. August 1997 und 20. August 2002, IV-Dok Nr. 27.5 und 2) vom behandelnden Hausarzt offensichtlich weder im aktuellen Revisionsfragebogen vom 5. Dezember 2012 (vgl. IV-Dok Nr. 25) noch in dessen ergänzendem Kurzbericht vom 11. April 2013 (vgl. IV-Dok Nr. 30) erwähnt worden ist (vgl. ebenso wenig bereits Bericht des Kantonsspitals Liestal vom 5. Juni 2002, IV-Dok Nr. 2, S. 4 f.). Zumal weder den Einwänden der Versicherten im Vorbescheidverfahren noch ihren Eingaben im vorliegenden Beschwerdeverfahren entnommen werden kann, dass sie weiterhin auch an Epilepsie-Anfällen leiden würde, muss davon ausgegangen werden, dass darin immerhin eine gewisse Verbesserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse erkannt werden kann.

5.2.1 Eine Revision gestützt auf Art. 17 ATSG kommt jedoch nicht bloss bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch bei einer wesentlichen Veränderung anderer Faktoren in Frage (vgl. oben, Erwägung 3.1 hievor). Zu berücksichtigen sind daher auch die tatsächlichen Verhältnisse. Diesbezüglich stützte sich die IV-Stelle in ihrer ursprünglichen Verfügung vom 28. November 1997 bei der Prüfung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung auf die Angaben ihrer Abklärungsperson vor Ort, welche unter Ziffer 5 des Anmelde- und Fragebogens für eine Hilflosenentschädigung am 7. Oktober 1997 festgehalten hatte,

dass die Versicherte für zwei alltägliche Lebensverrichtungen Hilfe benötige (vgl. IV-Dok Nr. 27.2 S. 8). Den weiteren Angaben ist zu entnehmen, dass die Versicherte einerseits bei den alltäglichen Lebensverrichtungen der Körperpflege (Baden/Duschen) wegen Anfallgefahr, Atembeschwerden und Schwindel mit Sturzgefahr sowie andererseits bei der Fortbewegung im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte in erheblicher Weise auf Dritthilfe angewiesen sei. Die Versicherte sei nicht stark belastbar und leide an Schwindelgefühlen und Atemnot. Die gesellschaftlichen Kontakte würden bedingt durch Angst und dem Risiko von Epilepsieanfällen alle in Begleitung erfolgen. Die Hilfe werde von einer türkischen Bekannten und von den Nachbarn geleistet. Das An- und Auskleiden bedürfe keiner Dritthilfe, sei aber nur knapp möglich (vgl. IV-Dok Nr. 27.2, S. 6). Diese Angaben wurden sowohl von der Versicherten als auch vom Abklärungsdienst der IV-Stelle unterzeichnet.

5.2.2 Bezüglich der nunmehr umstrittenen Aufhebung der Hilflosenentschädigung beruft sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf den Bericht ihres Abklärungsdienstes zur Hilflosigkeit vom 25. Februar 2013 (vgl. IV-Dok Nr. 28). Daraus geht hervor, dass die Beschwerdeführerin keine Dritthilfe im Lebensbereich "An- und Auskleiden" benötige. Wegen der erfolgten Hüftoperation und der dadurch eingeschränkten Beweglichkeit benötige sie dafür zwar mehr Zeit, könne sich in der Regel jedoch inklusive der Schuhe selbst an- und auskleiden. Die Versicherte leide an Lähmungserscheinungen an der linken Körperseite, weshalb das Handling beim Zerkleinern der Nahrung etwas mühsam sei. Dritthilfe hierfür benötige sie aber nicht. Ebenfalls könne sie die Nahrung selbst zum Mund führen. In Bezug auf die Körperpflege könne sich die Versicherte selbst waschen. Das Kämmen sei praktisch nur noch mit der rechten Hand möglich, könne in der Regel aber noch selbständig wahrgenommen werden. In Bezug auf das Baden und Duschen könne sich die Versicherte, wenn der Kreislauf und der Blutdruck in Ordnung seien, in der Badewanne selbst duschen. Dies sei aber nicht immer der Fall, so dass sie ein- bis zweimal pro Monat jemanden um Hilfe bitten oder warten müsse, bis die Schwester vorbeikomme und ihr beim Duschen helfe. Die Fortbewegung in der eigenen Wohnung sei ohne Einschränkungen selbst möglich. Auch könne sie selbständig nach draussen gehen und Spaziergänge unternehmen. Diese könnten auch über 30 Minuten dauern, wenn sie zwischendurch die Gelegenheit habe, infolge ihrer Atembeschwerden kleinere Pausen einzulegen. Für längere Distanzen benutze sie den öffentlichen Verkehr. Auch gehe sie selbständig ins nahe gelegene Einkaufszentrum einkaufen. In Bezug auf die Pflege gesellschaftlicher Kontakte habe sie einige Freundinnen sowie sieben, in der Nähe wohnende Geschwister, mit welchen sie Kontakte pflege. Allerdings könne sie weder lesen noch schreiben und sei der deutschen Sprache nicht mächtig. Eine Isolation bestehe dennoch nicht, obwohl eine gewisse Gefährdung latent vorhanden sei. Telefonieren sei in der Muttersprache möglich. Die Informationen über das Tagesgeschehen entnehme sie dem Fernsehen. Sie bedürfe insofern einer dauernden medizinisch-pflegerischen Hilfe, als ihr die Nachbarin regelmässig die Medikamente in einer Wochenbox zusammenstelle. Dies könne die Versicherte nicht zuverlässig vornehmen. Die Einnahme müsse aber nicht kontrolliert werden. Hinsichtlich jener Hilfeleistungen, welche das selbständige Wohnen ermöglichen würden, werde die Versicherte in Bezug auf die Terminplanung von ihrer Schwester unterstützt, da sie ohne Tagesstruktur lebe und auch sehr viel vergesse. Die Schwester schreibe sich die Termine für die Versicherte auf und kontaktiere diese jeweils einen Tag vor den bevorstehenden Terminen. Aufgrund der sprachlichen Problematik sei dieser Auf-

wand jedoch IV-fremd und könne daher nicht berücksichtigt werden. Bei der Bewältigung von Alltagssituationen werde die Versicherte von der ganzen Verwandtschaft verschiedentlich unterstützt. Dies betreffe im Umfang von rund 20 Minuten pro Woche jeweils das Ordnen der Finanzen und die finanzielle Planung, das Übersetzen und Erklären von Briefen und die Beantwortung derselben sowie den Kontakt mit Behörden. Die Versicherte erkenne die Notwendigkeit und die Details, um den Haushalt zu organisieren. Körperlich sei sie aber oft nicht in der Lage, die Arbeiten selbst zu erledigen. Wenn sie entsprechende Hilfe benötige, bitte sie in ihrer Verwandtschaft oder im Freundeskreis um Unterstützung. Das Waschen von Kleidern sei ihr selbstständig möglich, das Glätten sei ihr körperlich jedoch zu anspruchsvoll. Hin und wieder koche sie sich selbst etwas, jedoch komme es immer wieder vor, dass sie Resten von ihren Verwandten erhalte. Bei spezielleren Arztuntersuchungen müsse jemand von der Familie als Übersetzer dabei sein, da die Versicherte kein Deutsch spreche. Kleinere Untersuchungen, beispielsweise beim Hausarzt, könne sie selbst wahrnehmen. Das Total der erbrachten lebenspraktischen Begleitung belaufe sich somit auf eine Stunde pro Woche. Massgeblich für die Unterstützungsbedürftigkeit im Bereich der lebenspraktischen Begleitung sei die Unkenntnis der deutschen Sprache. Dieser Umstand aber sei nicht leistungsrelevant.

5.3 Die Beschwerdeführerin lässt in genereller Hinsicht zunächst vorbringen, dem aktuellen Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013 komme keine Beweiskraft zu, da er die hierfür rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien nicht erfülle. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Der fragliche Abklärungsbericht erfüllt alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Voraussetzungen (vgl. oben, Erwägung 4.5 hievor). Unklarheiten über physische oder psychische Störungen gehen angesichts der erhobenen, unbestrittenen medizinischen Verhältnisse aus dem Abklärungsbericht keine hervor. Der Abklärungsbericht gibt die Angaben der die Pflege leistenden Personen detailliert wieder; allenfalls divergierende Aussagen oder Meinungen der Versicherten bzw. der als Übersetzerin fungierenden Schwester der Versicherten sind dabei keine ersichtlich. Entgegen des vorgebrachten Einwands bestehen insbesondere auch keine Anhaltspunkte für Übersetzungsprobleme anlässlich der vorgenommenen Erhebung vor Ort. Weder ist aufgrund der medizinischen Akten ersichtlich, dass die Versicherte wegen ihrer psychischen Verfassung nicht in der Lage gewesen wäre, die ihr gestellten Fragen zu verstehen oder zu beantworten, noch geht daraus hervor, dass die Übersetzung fehlerhaft gewesen wäre, da die jeweiligen Antworten sich den dazugehörigen Fragen zwanglos zuordnen lassen. Der Umstand, dass gerade die eigene Schwester als Übersetzerin fungiert hat, dürfte im Gegenteil zum Vorteil der Versicherten ausgefallen sein. Diese kennt die persönliche und gesundheitliche Lage der Beschwerdeführerin selbst am besten. Da die Abklärungsperson mangels türkischer Sprachkenntnisse ihrerseits auf die Antworten der Schwester der Versicherten angewiesen war, kann eine entsprechende Unzulänglichkeit bei der Beantwortung der gestellten Fragen mithin geradezu ausgeschlossen werden. Jedenfalls bestehen keinerlei Hinweise, dass die Hilfsbedürftigkeit bedingt durch sprachliche Defizite der Versicherten nicht vollständig erfasst worden ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass deren Schwester, welche notabene seit Jahren für die Übersetzungsbelange der Versicherten unter anderem auch bei medizinischen Fragen zur Verfügung steht, die für die Hilfsbedürftigkeit massgebenden Umstände vollständig wiedergegeben hat. Schliesslich ist der Berichtstext plausibel ausgefallen; er gibt einen umfassenden Eindruck über die im Alltag der Versicherten bestehenden, gesundheitlichen Probleme und de-

ren Bewältigung. Eigentliche Widersprüche sind entgegen der vorgebrachten Argumentation der Beschwerdeführerin keine auszumachen; insbesondere ist es auch nicht widersprüchlich, wenn die Abklärungsperson aufgrund ihrer Nähe zum konkreten Sachverhalt diverse Felder betreffend einzelne Teilkomponenten der Hilfsbedürftigkeit im Abklärungsbericht letztlich mit „Nein“ angekreuzt hat, obschon die Versicherte diese lediglich in der Regel zu bewältigen in der Lage ist. Schon rein sachlogisch kann diesbezüglich nicht von einem erheblichen Widerspruch ausgegangen werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass gerade in der ermessensweisen Einschätzung und Abwägung der konkreten Einzelumstände – mithin auch bei deren zeitlichen Wertung – die Stärke eines aussagekräftigen Abklärungsberichts liegt. Mangels offensichtlicher Fehleinschätzungen stellt der Abklärungsbericht damit eine insgesamt zuverlässige Entscheidungsgrundlage dar, weshalb ihm grundsätzlich volle Beweiskraft zukommt.

5.4.1 Die Beschwerdeführerin lässt rügen, die IV-Stelle verkenne ihre Hilflosigkeit im Lebensbereich des An- und Auskleidens. Zum einen belege der Abklärungsbericht, dass sich die Versicherte lediglich in der Regel selbst an- und auskleiden könne. Ausserdem sei sie in ihrer Beweglichkeit sehr eingeschränkt und könne die täglich zu wechselnden Stützstrümpfe selbst deshalb weder selbst an- noch ausziehen. Dieser Umstand sei weder im Abklärungsbericht noch im darauf fussenden Entscheid der Vorinstanz berücksichtigt worden.

Auch wenn eine entsprechende Hilflosigkeit bereits dann vorliegt, wenn die versicherte Person ein einzelnes, unentbehrliches Kleidungsstück oder eine Prothese, worunter letztlich auch medizinisch benötigte Stützstrümpfe fallen, nicht selbst an- oder ausziehen kann, vermag eine blossе Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme dieser Lebensverrichtung (noch) keine Hilflosigkeit begründen (vgl. ZAK 1898 S. 213; Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSHI], Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, gültig ab 1. Januar 2013, Rz. 8013). Obschon die Anstrengung beim An- und Ausziehen von Stützstrümpfen entgegen der Auffassung der IV-Stelle nicht mit jener von Schuhen vergleichbar ist, muss davon ausgegangen werden, dass die erst nunmehr behauptete Hilflosigkeit im Rahmen der Abklärung vor Ort unerwähnt und deshalb unbewiesen geblieben ist. Es ist jedenfalls nicht ersichtlich, weshalb weder die Versicherte noch deren Schwester, welche nicht nur über die alltäglichen Probleme der Versicherten informiert, sondern damit auch hin- und wieder unmittelbar konfrontiert sein dürfte, diesen nunmehr nachträglich lediglich behaupteten Umstand auf Nachfrage hin nicht bereits zuvor anlässlich der Haushaltsabklärung explizit erwähnt haben. Es bestehen keine Hinweise, dass die Versicherte mit der Verrichtung von Stützstrümpfen Probleme bekundet. Die Beschwerdeführerin hat ausserdem zu keiner Zeit ausgeführt, wer diese angeblich notwendige Hilfe leistet. Unter diesen Umständen aber geht es nicht an, einen grundsätzlich beweiskräftigen Abklärungsbericht unter Hinweis auf in den Akten bisher völlig unerwähnt gebliebene, neue Behauptungen in Frage zu stellen. Nicht anders ist hinsichtlich der übrigen für die An- und Auskleide notwendigen Teilverrichtungen zu entscheiden. Zum einen erweist es sich als nachvollziehbar, dass sich die Versicherte infolge ihrer Bewegungseinschränkung – wenn auch verlangsamt – in der Regel selbst an- und ausziehen kann. Entgegen der replicando dargelegten Umstände, wonach im Bereich der Schuhe der Ausnahmefall die Regel sei, ist die Versicherte in der Lage, ihre Schuhe mehrheitlich selbst anzuziehen (vgl. ebenso zunächst noch Beschwerdebeurteilung vom 27. Januar 2014, Ziffer 25). Damit aber kann aus-

geschlossen werden, dass die Versicherte hierfür täglich eine Hilfestellung benötigen würde, wie dies für eine regelmässige Hilfestellung aber vorausgesetzt wäre (vgl. KSHI Rz. 8025). Dies gilt umso mehr, weil weder der Hausarzt eine entsprechende Hilflosigkeit in diesem Bereich erwähnt (vgl. Kurzbericht vom 11. April 2013, IV-Dok Nr. 30), noch die Versicherte selbst eine entsprechende Hilfsbedürftigkeit auf dem Revisionsfragebogen vom 13. November 2012 deklarieren liess (vgl. IV-Dok Nr. 23, S. 2). Entgegen der in der Beschwerdebeurteilung vorgebrachten Auffassung ist somit davon auszugehen, dass es der Versicherten – wie bereits anlässlich der erstmaligen Anmeldung und Abklärung ihrer Hilflosigkeit im Jahre 1997 – weiterhin, wenn auch allenfalls nur erschwert, möglich ist, sich grundsätzlich ohne fremde Hilfe an- und abzu ziehen (vgl. IV-Dok Nr. 27.2, S. 6).

5.4.2 Nicht anders verhält es sich im Zusammenhang mit der Lebensverrichtung des Essens. Die in der Beschwerde vorgebrachten Behauptungen finden im massgebenden Abklärungsbericht keine Stütze. Unbestritten ist, dass die Versicherte aufgrund ihrer linksseitigen Lähmungserscheinungen etwas Mühe insbesondere beim Zerkleinern der Nahrung hat. Eine starke Beeinträchtigung ist hingegen nicht ersichtlich. Es bestehen keine Anhaltspunkte, wonach die Versicherte ohne Hilfe Dritter keine normal zubereitete Nahrung zu sich nehmen könnte, weil sie ihre Speisen alltäglich und wiederkehrend nicht zerkleinern oder nur püriert essen könnte (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2011, 8C_728/2010, E. 2). Eine Dritthilfe, welche insbesondere das Erfordernis der Regelmässigkeit erfüllen würde, geht aus dem Abklärungsbericht gerade nicht hervor. Daran ist festzuhalten.

5.4.3 Im Weiteren lässt die Beschwerdeführerin rügen, die IV-Stelle verkenne ihre Hilflosigkeit im Lebensbereich der Körperpflege. Zum einen könne sie sich infolge ihrer Lähmungserscheinungen nur in der Regel kämmen. Andererseits sei das Duschen ohne Gefahr nur dann möglich, wenn sich der Blutdruck im Normbereich befinde. Dieser bewege sich mehrmals pro Woche in einem Bereich, der das selbständige Duschen ohne Gefahr vor Stürzen verunmögliche.

Dem Abklärungsbericht ist zu entnehmen, dass das Kämmen praktisch nur noch mit der rechten Hand möglich ist. Auch wenn die Versicherte an linksseitigen Lähmungserscheinungen leidet, erweist es sich trotz dieser Beschwerden als nachvollziehbar, dass das Kämmen folglich rechtsseitig und damit auch regelmässig selbständig wahrgenommen werden kann. Damit kann auf das soeben Gesagte verwiesen werden (vgl. oben, Erwägung 5.4.2 hievor). Eine Dritthilfe, welche insbesondere das Erfordernis der Regelmässigkeit erfüllen würde, ist in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich. Zu Recht anerkennt die IV-Stelle sodann, dass die Versicherte zum Duschen nur dann in der Lage ist, wenn Kreislauf und Blutdruck in Ordnung sind. Da dies aber nicht immer der Fall sei, müsse sie ein bis zweimal im Monat jemanden um Hilfe bitten oder warten, bis ihre Schwester vorbeikomme und ihr dabei helfe (vgl. Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013). Der Beschwerdeführerin ist darin beizupflichten, dass eine derartige, indirekte Dritthilfe bereits dann leistungsrelevant ist, wenn die versicherte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen funktionsmässig zwar selber vornehmen kann, bei diesen Verrichtungen jedoch persönlich wegen einer sturzbedingten Verletzungsgefahr überwacht werden muss. Dabei genügt es, wenn die versicherte Person die Hilfe bereits eventuell täglich nötig hat. Dies ist

wiederum dann gegeben, wenn die fraglichen Blutdruck- oder Kreislaufkrisen zuweilen zwar nur alle zwei bis drei Tage, jedoch unvermittelt und oft auch täglich oder täglich mehrmals erfolgen (ZAK 1986 S. 484). Genau diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall jedoch nicht erfüllt. Zum einen weisen lediglich ein- bis zweimal monatlich auftretende Blutdruckabfälle keine genügend hohe Abfolge der geklagten Krisen auf. Zum anderen geht aus den vor Ort erhobenen Aussagen der Versicherten hervor, dass diese eine allfällige Schwäche offensichtlich gut einzuschätzen in der Lage ist, andernfalls sie nicht in der Lage wäre, mit dem Duschen vorerst zuzuwarten und zunächst ihre Schwester anzurufen. Damit aber kann weder davon gesprochen werden, die Blutdruckkrisen würden unvermittelt oder oftmals täglich oder täglich gar mehrmals erfolgen. Jedenfalls kann gestützt auf die von der Abklärungsperson bestätigten Angaben der Versicherten (vgl. Stellungnahme zum Abklärungsbericht vom 6. Juni 2013, IV-Dok Nr. 37) gerade nicht davon ausgegangen werden, dass sich ihr Blutdruck mehrmals pro Woche in einem Bereich bewegen würde, der ihr das selbständige Duschen jeweils verunmöglichen würde. Gegenteilige Anhaltspunkte in Bezug auf den Kreislauf sowie den Blutdruck der Beschwerdeführerin befinden sich keine in den Akten und sind damit als letztlich unbewiesene Behauptungen zu qualifizieren. Ein allfälliger Hilfsbedarf ist vielmehr voraussehbar und tritt gerade nicht derart unvermittelt ein, dass damit eine Verletzungsgefahr einhergehen würde. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass der Hausarzt der Versicherten eine gegenteilige Auffassung vertreten hat (vgl. Kurzbericht vom 11. April 2013, IV-Dok Nr. 30). Dieser hat die von der Versicherten in diesem Bereich abschlägig beantwortete Hilfsbedürftigkeit (vgl. Revisionsfragebogen vom 13. November 2012, IV-Dok Nr. 23, S. 2) ursprünglich zunächst vielmehr als zutreffend bestätigt (vgl. ärztlicher Fragebogen vom 5. Dezember 2012, IV-Dok Nr. 25). Zumal die Versicherte den ärztlichen Diagnosen zufolge (vgl. oben, Erwägung 5.1 hiervor) aktuell offensichtlich keine epileptischen Anfällen mehr hat, kann jedenfalls nicht von einer unkalkulierbaren Sturzgefahr beim Duschen gesprochen werden. Eine entsprechende Hilflosigkeit im Bereich der Körperpflege muss mittlerweile demnach verneint werden.

5.4.4 Den Abklärungen des Aussendienstes der IV-Stelle sowie den Angaben zur Hilflosigkeit im Anmeldeformular und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung vom 7. Oktober 1997 zufolge war die Versicherte ursprünglich sowohl im Freien als auch bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte bei der Fortbewegung noch in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen gewesen (vgl. IV-Dok Nr. 27.2 S. 6; ebenso Verfügung der IV-Stelle vom 28. November 1997, S. 2). Eine solche Hilfsbedürftigkeit geht aus den aktuellen Unterlagen indes keine mehr hervor. Bereits in den Revisionsfragebögen vom 9. August 2002 und 29. August 2007 hatte die Versicherte angegeben, bei der alltäglichen Lebensverrichtung der Fortbewegung nicht mehr auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen zu sein (vgl. IV-Dok Nr. 1 und 15). Daran hat sie auch anlässlich der aktuellen Revision festgehalten (vgl. Revisionsfragebogen vom 13. November 2012, IV-Dok Nr. 23, S. 2). Ebenso wenig ergibt sich eine entsprechende Hilfsbedürftigkeit aus den aktuellen Angaben ihres Hausarztes (vgl. Kurzbericht vom 11. April 2013, IV-Dok Nr. 30). Bereits den Einwänden der Versicherten war zu entnehmen, dass sie mehrmals pro Woche ihre Schwestern mit dem öffentlichen Verkehr besuche (vgl. Einwand vom 6. Mai 2013, IV-Dok Nr. 34, S. 3, a. E.). Diese Angaben decken sich mit den Erhebungen im Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013, wonach sie selbständig nach draussen gehen und Spaziergänge absolvieren könne. Mit dem öffentlichen Verkehr fahre sie ins nahe gelegene Einkaufszentrum

einkaufen und sie pflegt gesellschaftliche Kontakte mit ihren Freundinnen sowie mit den in der Nähe wohnenden Schwestern (vgl. a.a.O., IV-Dok Nr. 28, ad Ziffer 4.1.6; ebenso Beschwerdebegründung vom 27. Januar 2014, Ziffer 33). Eine Hilflosigkeit im Bereich gesellschaftlicher Kontakte ist mittlerweile offensichtlich zu verneinen.

5.4.5 Umstritten ist im Weiteren, ob die Beschwerdeführer dauernder medizinischer bzw. pflegerischer Hilfeleistung oder einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf. Sie lässt in diesem Zusammenhang vorbringen, dass eine – wenn aktuell auch noch nicht alltägliche Überwachung absolut notwendig sei, weil die starken Medikamente falsch eingenommen und falsch dosiert lebensgefährlich wirken. Gleiches gelte im Zusammenhang mit einer infolge der Blutdruckabfälle latent vorhandenen Sturzgefahr. Aufgrund der schlechten psychischen Verfassung würden ausserdem die Ausflüge zu ihren Schwestern und ins Einkaufszentrum zu einer immer grösseren Gefahr verkommen.

Was zunächst die medizinische oder pflegerische Hilfeleistung in Form des Bereitstellens der einzunehmenden Medikation betrifft, kann der Argumentation der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. Die entsprechende Hilfeleistung muss zwar seit Januar 2012 beständig und mithin dauerhaft erbracht werden; sie bezieht sich den aktenkundigen Abklärungen vor Ort jedoch gerade nicht auf die Medikamenteneinnahme, sondern beschränkt sich auf deren Bereitstellung in einer Wochenbox, welche von der Nachbarin vorgenommen wird (vgl. Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013, IV-Dok Nr. 28, Ziffer 4.2). Dass die Versicherte nicht oder nur unter latenter Verwechslungsgefahr in der Lage wäre, die entsprechend zur Einnahme bereitgestellten Medikamente einzunehmen, ist jedoch weder behauptet noch erstellt. Den Erhebungen vor Ort zufolge muss die Einnahme gerade nicht kontrolliert werden. Nichts anderes geht – im Widerspruch zu den übrigen Ausführungen in der Beschwerdebegründung – aus den dargelegten Umständen der Beschwerdeführerin selbst hervor (vgl. Beschwerdebegründung vom 27. Januar 2014, Ziffer 9, S. 5). Auf Grund der medizinischen Unterlagen jedenfalls ist nicht anzunehmen, dass sich die Beschwerdeführerin in einem derart verwirrten Geisteszustand befinden würde, dass es ihr nicht mehr möglich wäre, die tägliche Medikamenteneinnahme selbst sicherzustellen. Die Hilfestellung der Nachbarin erreicht kein Ausmass, dass von einer Erfüllung der in Art. 36 Abs. 2 lit. b IVV genannten Voraussetzungen gesprochen werden könnte. Hinsichtlich der infolge von Blutdruckabfällen latenten Sturzgefahr kann sodann auf das soeben Dargelegte verwiesen werden. Aus den vorhandenen Akten geht keine solche Problematik im Verlaufe des Tages hervor (vgl. oben, Erwägung 5.4.3). Nichts anderes gilt in Bezug auf die in diesem Zusammenhang vorgebrachte Argumentation, die Versicherte sei beim Anziehen der Stützstrümpfe auf tägliche Hilfe angewiesen (vgl. oben, Erwägung 5.4.1).

Angesichts des Umstands, dass die Versicherte offensichtlich noch in der Lage ist, ausserhäusliche Verrichtungen wie Einkäufe und Besuche bei Medizinalpersonen selbständig wahrzunehmen sowie ausserhäusliche Kontakte ohne Dritthilfe zu pflegen (vgl. Beschwerdebegründung vom 27. Januar 2014, Ziffer 33), kann schliesslich auch kein Bedarf für eine persönliche und insbesondere dauernde Überwachung angenommen werden. Anhand der vorhandenen Unterlagen bestehen jedenfalls keine Anhaltspunkte, dass eine Fortbewegung in der Öffentlichkeit

nicht mehr zu verantworten wäre. Die konkreten Umstände lassen demnach keine Annahme einer persönlichen Überwachungsbedürftigkeit im Sinne von Art. 36 Abs. 2 lit. b IVV zu.

5.4.6 Zu prüfen verbleibt, ob die Beschwerdeführerin auf dauernd lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ziel der lebenspraktischen Begleitung ist es zu verhindern, dass die versicherte Person schwer verwahrlost oder in ein Heim oder eine Klinik eingewiesen werden muss. Die Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung dient dazu, dass die betroffene Person den Alltag selbständig bewältigen kann. Sie liegt vor, wenn sie auf Hilfe bei der Tagesstrukturierung, bei der Bewältigung von Alltagssituationen (z.B. nachbarschaftliche Probleme, Fragen der Gesundheit, Ernährung und Hygiene, einfache administrative Tätigkeiten, etc.) und bei der Anleitung zur Erledigung des Haushalts sowie dessen Überwachung oder Kontrolle angewiesen ist. Die lebenspraktische Begleitung ist dann als notwendig zu bezeichnen, wenn mit ihr der Gefahr vorgebeugt wird, dass sich die versicherte Person dauernd von sozialen Kontakten isoliert und sich dadurch ihr Gesundheitszustand erheblich verschlechtert. Die rein hypothetische Gefahr einer Isolation von der Aussenwelt genügt hierbei nicht; die Isolation und die damit verbundene Verschlechterung des Gesundheitszustandes müssen sich bei der versicherten Person vielmehr bereits manifestiert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2007, 9C_543/2007, E. 5.2.2). Die lebenspraktische Begleitung ist regelmässig, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens 2 Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 133 V 474, E. 5.2).

Aus den vor Ort schlüssig erhobenen Abklärungen geht hervor, dass die Versicherte ohne Tagesstruktur lebt und dabei auch sehr viel vergisst. In Bezug auf administrative Belange wie das Ordnen finanzieller Angelegenheiten, das Übersetzen, Erklären und Beantworten von Briefen sowie den behördlichen Kontakt beläuft sich die von der Verwandtschaft geleistete Hilfe auf rund eine Stunde pro Woche (vgl. Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013, IV-Dok Nr. 28, S. 6). Diese Hilfestellung erfüllt damit die für den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung vorausgesetzte Regelmässigkeit gerade nicht, zumal auch nicht ersichtlich ist, dass administrative Belange unbesehen der gesundheitlichen Verfassung der Versicherten grundsätzlich einen Aufwand von mehr als einer Stunde pro Woche bedingen würden. Nichts anderes gilt für die Unterstützung der Versicherten in Bezug auf die Einhaltung von Terminen und speziellen ärztlichen Untersuchungen. Der diesbezügliche Mehraufwand ist auf den Analphabetismus der Versicherten und deren Unkenntnis der deutschen Sprache zurückzuführen (vgl. so letztlich auch Beschwerdebegründung vom 27. Januar 2014, Ziffer 32 a. E.). Wie die IV-Stelle und vor ihr bereits der Abklärungsdienst vor Ort zu Recht festgehalten haben, steht diese sprachbedingte Limitierung jedoch nicht im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Einschränkungen und muss daher als nicht versicherungsrelevant bezeichnet werden (vgl. Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 6. Juni 2013, IV-Dok Nr. 37; ebenso in Bezug auf den Anspruch auf eine IV-Rente bereits Mitteilung Beschluss vom 17. Oktober 1984, S. 2 ad Begründung, IV-Dok Nr. 27.1). Entgegen der in der Beschwerde vorgebrachten Argumentation kann auch nicht davon gesprochen werden, die Versicherte wäre bei der Organisation ihres Haushalts auf fremde Hilfe angewiesen. Die Beschwerdeführerin ist vielmehr in der Lage, die Notwendigkeit und die Details der Haushaltspflege selbst zu erkennen. Soweit die geltend gemachte Hilfe länger als zwei Stunden pro Woche ausfällt, muss sie mithin als nicht notwendig im Sinne des Gesetzes

bezeichnet werden. Insgesamt geht aus den vorliegenden Unterlagen ausserdem hervor, dass die Versicherte in der Lage ist, ihren Alltag weitgehend selbst zu bewältigen. Eine eigentliche Gefahr, wegen ihrer gesundheitlichen Beschwerden zu verwahrlosen, liegt deshalb nicht vor (vgl. ebenso letztlich Beschwerdebegründung vom 27. Januar 2014, Ziffer 33). Dies gilt insbesondere auch für den Teilbereich der gesellschaftlichen Kontakte. Die Beschwerdeführerin pflegt anerkanntermassen weiterhin einen mehr oder minder regen Kontakt zu Freundinnen und Verwandten (vgl. Einwand vom 6. Mai 2013, IV-Dok Nr. 34, S. 3 a. E.; ebenso Abklärungsbericht vom 25. Februar 2013, IV-Dok Nr. 28, Ziffer 4.1.6 a. E.; Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 6. Juni 2013, IV-Dok Nr. 37). Gegenteilige Anhaltspunkte sind über die unbelegt gebliebenen Behauptungen in der Beschwerde weder ersichtlich noch dargetan.

5.5 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse betreffend die Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin seit der Zusprechung einer leichten Hilflosenentschädigung am 28. November 1997 in anspruchsrelevanter Weise verändert haben. Entgegen der damals noch erhobenen Abklärungsergebnisse ist die Versicherte mittlerweile weder bei der Körperpflege noch bei ihrer Fortbewegung auf eine anspruchsbegründende Hilfe Dritter angewiesen. Ebenso wenig erfüllt sie aktuell allfällig weitere Anspruchsvoraussetzungen. Die IV-Stelle hat den Anspruch auf eine Entschädigung wegen Hilflosigkeit somit zu Recht verneint. Die seit Dezember 1996 ausgerichtete Hilflosenentschädigung leichten Grades ist demnach revisionsweise gemäss Art. 88bis Abs. 2 IVV ab dem ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2013 folgenden Monats, mithin ab 1. Februar 2014, aufzuheben. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterlegene Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten zu überbinden sind. Der Versicherten ist allerdings mit Verfügung vom 29. Januar 2014 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

6.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 29. Januar 2014 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Honorar beträgt bei unentgeltlicher Verbeiständung für den bis Ende 2013 erbrachten Aufwand von Anwältinnen und Anwälten Fr. 180.— pro Stunde (§ 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 [TO], in der bis 31. Dezember 2013 gültig gewesenen Fassung) und für den ab 1. Januar 2014 erbrachten Aufwand Fr. 200.— pro Stunde (§ 3 Abs. 2 TO, in der seit 1. Januar 2014 geltenden

Fassung). Für Volontärinnen und Volontäre beträgt das Honorar praxisgemäss jeweils Fr. 120.— (vgl. § 3 Abs. 3 TO). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 7. April 2014 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 22 Stunden und 15 Minuten geltend gemacht, wovon 19 Stunden und 30 Minuten auf die Bemühungen des Substituten entfallen. Dessen Aufwand erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen allerdings als zu hoch. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bereits dessen Gesuch vom 6. Januar 2014 diverse Ausführungen zur Sache selbst enthalten hat, welche in der Beschwerde vom 27. Januar 2014 teilweise wiederholt worden sind. Im Quervergleich mit ähnlich gelagerten Fällen sind die zu entgeltenden Bemühungen des Substituten deshalb angemessen um vier Stunden und 30 Minuten zu kürzen und damit auf 15 Stunden festzusetzen. Die durch Advokat Erik Wassmer geltend gemachten Aufwendungen sind antragsgemäss zu entgelten; davon wurde eine Stunde im Jahr 2013 erbracht, eine Stunde und 45 Minuten seiner Bemühungen entfallen demgegenüber auf das Jahr 2014. Als angemessen zu bezeichnen sind die Auslagen in Höhe von insgesamt Fr. 89.60. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'613.15 (15 Stunden à Fr. 120.-- + eine Stunde à Fr. 180.— + eine Stunde und 45 Minuten Stunden à Fr. 200.— + Auslagen von Fr. 89.60 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'613.15 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>