



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 30. April 2020 (710 19 319 / 81)**

---

**Alters- und Hinterlassenenversicherung**

**Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung schweren Grades. In einem Abklärungsbericht sind auch die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, und allenfalls divergierende Meinungen sind im Bericht aufzuzeigen. Rückweisung an die Vorinstanz zur ergänzenden Abklärung vor Ort durch eine mit der Angelegenheit bisher nicht betraute Abklärungsperson.**

\_\_\_\_\_  
Besetzung                      Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Susanne Afheldt,  
Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Stephan  
Paukner

\_\_\_\_\_  
Parteien                      **A.**\_\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch **B.**\_\_\_\_\_

gegen

**Ausgleichskasse Arbeitgeber Basel**, Viaduktstrasse 42, Postfach,  
4002 Basel, Beschwerdegegnerin

\_\_\_\_\_  
Betreff                      Hilflosenentschädigung

A.            Die 1925 geborene A.\_\_\_\_\_ hat sich im März 2012 für eine Hilflosenentschädigung (HE) der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) angemeldet. Gestützt auf die in der Folge getätigten Abklärungen wurde ihr infolge einer hochgradigen Seheinschränkung mit Verfügung vom

27. April 2012 ab 1. März 2011 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades zugesprochen. Am 25. April 2016 wurde im Rahmen eines ersten Revisionsverfahrens die Ausrichtung einer HE leichten Grades bestätigt.

B. Im April 2018 erfolgte ein zweites Revisionsverfahren. Gestützt auf erneute Abklärungen vor Ort am 12. Juli 2018 wurde der Versicherten mit Verfügung vom 2. August 2018 mitgeteilt, dass die Voraussetzungen für eine Erhöhung der HE nicht erfüllt seien. Nach einer hiergegen am 21. August 2018 erhobenen Einsprache wurde ihr Anspruch noch einmal überprüft. Auf der Basis erneuter Abklärungen im November 2018 wurde die Erhöhung auf eine HE mittelschweren Grades mit Verfügung vom 12. November 2018 schliesslich gutgeheissen. Dabei wurde anerkannt, dass die Versicherte in vier alltäglichen Lebensverrichtungen der regelmässigen und erheblichen Dritthilfe bedürfe. Die Notwendigkeit dauernder Überwachung wurde hingegen verneint.

C. Unter Hinweis auf monatlich gut 150 Betreuungsstunden sowie auf einen Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_, FMH Angiologie und Innere Medizin, vom 16. August 2018 ersuchte der Sohn der Versicherten am 11. Dezember 2018 um eine weitere Erhöhung der HE schweren Grades, da sich die Situation erneut verschlechtert habe. Gestützt insbesondere auf einen Abklärungsbericht vom 4. Februar 2019 lehnte die zuständige Ausgleichskasse Arbeitgeber Basel (Kasse) dieses Erhöhungsgesuch mit Verfügung vom 8. Februar 2019 mit der Begründung ab, dass eine erhebliche und regelmässige Dritthilfe weiterhin lediglich in den vier alltäglichen Lebensverrichtungen An- und Auskleiden, Essen, Körperpflege sowie Fortbewegung bzw. Pflege der gesellschaftlichen Kontakte geleistet werden müsse.

D. Gegen diese Verfügung erhob der Sohn der Versicherten am 4. März 2019 Einsprache und wies darauf hin, dass die Dritthilfe in einem höheren Ausmass zu leisten sei als angenommen. Am 7. Juli 2019 reichte er ein weiteres Gesuch um Neubeurteilung der HE ein. Mit Entscheid vom 3. September 2019 wies die Kasse die Einsprache vom 4. März 2019 ab.

E. Hiergegen erhob der Sohn der Versicherten am 18. September 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Mit verbesserter Beschwerdebegründung vom 25. Oktober 2019 beantragte er die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und die Ausrichtung einer schweren HE für seine Mutter. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass seine Mutter gemäss den Arztberichten ihrer behandelnden Ärzte auch in den Bereichen Aufstehen/Absitzen sowie beim Gang zur Toilette Hilfe benötige. Dr. D.\_\_\_\_, Augenärztin FMH, habe ausgeführt, dass das Augenleiden nicht der alleinige Grund dafür sei, dass diese beiden Bereiche nicht ohne Dritthilfe zu bewältigen seien. Seine Mutter sei derart geschwächt, dass sie seit über einem Jahr in allen Lebenslagen betreut und überwacht werden müsse. Ihre Selbständigkeit in der eigenen Wohnung sei sehr gering. Sie könne nur dank einer umfassenden Hilfe in ihren eigenen vier Wänden wohnen. Er zweifle an einer rechtsgenügenden Abklärung, da sich diese auf ein Telefonat mit seiner Mutter beschränkt habe, im Übrigen jedoch von der Familie nie jemand befragt worden sei.

F. Die Kasse schloss mit Vernehmlassung vom 15. November 2019 auf Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen aus, dass aufgrund der eingeholten Berichte und der

telefonisch eingeholten Aussage der Versicherten keine Einschränkungen in den Bereichen des Absitzens/Aufstehens sowie bei der Verrichtung der Notdurft erstellt seien. Die Voraussetzungen für eine schwere Hilflosigkeit seien deshalb nicht erfüllt. Unter Hinweis auf einen Abklärungsbericht vom 16. Juli 2018 machte sie geltend, dass eine erneute Abklärung vor Ort nicht mehr nötig gewesen sei, weil die Abklärungsperson bereits von der früheren Abklärung genügend Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse besessen habe.

G. Mit Replik vom 17. Dezember 2019 wies der Sohn der Versicherten darauf hin, dass er jeweils die Medikamente für seine Mutter besorge. Seine Mutter sei seit anderthalb Jahren nicht mehr in der Lage, die Wohnung alleine zu verlassen. Auf ihre Aussage, wonach sie bejaht habe, selbständig zu sein, könne nicht abgestellt werden, da sie dies nicht korrekt bestätigt habe und sich besser habe darstellen wollen. Sie habe anfangs des Jahres 2018 aus dem Leben scheiden wollen. Glücklicherweise habe sie davon aber abgehalten werden können.

H. Mit Duplik vom 16. Januar 2020 hielt die Kasse unter Hinweis auf ihre Vernehmlassung an ihrem Abweisungsantrag fest. Die für die Abklärung zuständige IV-Stelle habe den Sachverhalt eingehend abgeklärt.

I. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 22. Januar 2020 wurde die Angelegenheit dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen sind allesamt erfüllt, sodass auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist.

2.1 Gemäss Art. 43<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) vom 20. Dezember 1946 haben Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die in schwerem oder mittlerem oder leichtem Grad hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine HE. Der Anspruch auf eine HE entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Voraussetzungen erfüllt sind und die Hilflosigkeit schweren, mittleren oder leichten Grades ununterbrochen während mindestens eines Jahres bestanden hat. Er erlischt am Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht mehr gegeben sind (Art. 43<sup>bis</sup> Abs. 2 AHVG). Die monatliche Entschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades beträgt 80 %, jene für eine Hilflosigkeit mittleren Grades 50 % und für eine Hilflosigkeit leichten Grades 20 % des Mindestbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 5 AHVG (Art. 43<sup>bis</sup> Abs. 3 AHVG). Für die Bemessung der Hilflosigkeit sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 sinngemäss anwendbar. Die Bemessung der Hilflosigkeit zuhanden der Ausgleichskassen obliegt den IV-Stellen. Der Bundesrat kann ergänzende Vorschriften erlassen (Art. 43<sup>bis</sup> Abs. 5 AHVG).

2.2 Laut Art. 66<sup>bis</sup> Abs. 1 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) vom 31. Oktober 1947 ist für die Bemessung der Hilflosigkeit Art. 37 Abs. 1, 2 lit. a, b

sowie Abs. 3 lit. a - d der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sinngemäss anwendbar.

3.1 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 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. a - e IVV). Die Hilflosigkeit gilt gemäss Art. 37 Abs. 2 IVV als *mittelschwer*, wenn die versicherte Person trotz Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (lit. a); sie in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden Überwachung bedarf (lit. b); oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (lit. c). Schliesslich gilt die Hilflosigkeit als *schwer*, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies entweder der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.

3.2 Nach ständiger Rechtsprechung 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 94 E. 3c, 121 V 88 E. 3; Urteil des EVG vom 1. April 2004, I 815/03, E. 1). Weiter muss die Hilfe Dritter regelmässig und erheblich sein. Die Hilfe ist regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich benötigt oder eventuell täglich nötig hat (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], in der ab 1. Januar 2015 geltenden Fassung, Stand 1. Januar 2018, Rz. 8025). 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 (AHI-Praxis 1996 S. 171 f. E. 3; ZAK 1981 S. 388 f. E. 2a; KSIH Rz. 8026). Von der direkten Dritthilfe bei der Ausführung der alltäglichen Lebensverrichtungen ist die indirekte Dritthilfe zu unterscheiden. Indirekte Hilfe ist gegeben, wenn die versicherte Person die alltäglichen Lebensverrichtungen zwar funktionsmässig selber ausführen kann, dies aber nicht, nur unvollständig oder zu Unzeiten tun würde, wenn sie sich selbst überlassen wäre. Die indirekte Dritthilfe setzt voraus, dass die Drittperson regelmässig anwesend ist und die versicherte Person insbesondere bei der Ausführung der in Frage stehenden Verrichtungen persönlich überwacht, sie zum Handeln anhält oder von schädi-

genden Handlungen abhält und ihr nach Bedarf hilft. Eine blossе Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründet hingegen grundsätzlich keine Hilflosigkeit (ZAK 1989 S. 213, 1986 S. 481).

3.3 Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, wird nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; erforderlich ist bloss, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. 2014, S. 498 N. 26 zu den Art. 42-42ter IVG). In diesem Sinne ist die Hilfe beispielsweise bereits erheblich bei der Fortbewegung und der 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 Selbständigkeit erhalten werden kann, liegt diesbezüglich allerdings noch keine Hilflosigkeit vor (ROBERT ETTLIN, Sozialversicherungs- rechtliche Aspekte bei Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit [Selbstversorgungsfähigkeit], in: HAVE 2003, S. 117 und Fn. 8). Beachtlich ist weiter, dass die Hilfestellungen Dritter, derer eine versicherte Person bei mehreren Lebensverrichtungen bedarf, rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nur einmal berücksichtigt werden können. Bei der Zuordnung einer Hilfeleistung zu einer bestimmten Lebensverrichtung hat daher eine funktional gesamtheitliche Betrachtungsweise Platz zu greifen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2010, 9C\_839/2009, E. 3.3 mit Hinweis auf SVR 2004 AHV Nr. 19, H 150/03, E. 5.3.2; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., S. 499 N. 27 zu den Art. 42-42ter IVG).

3.4 Ob eine bestimmte Hilfestellung notwendig ist, ist objektiv und nach dem Zustand der versicherten Person zu beurteilen. Dabei ist es unerheblich, ob diese allein, in der Familie oder sonst wie in einer der heutzutage verbreiteten Wohnformen lebt. Massgebend ist einzig, ob die versicherte Person, wäre sie auf sich allein gestellt, erhebliche Dritthilfe benötigen würde. Demgegenüber ist die tatsächlich erbrachte Mithilfe von Familienmitgliedern eine Frage der Schadenminderungspflicht, die erst in einem zweiten Schritt zu prüfen ist. Eine solche Hilfe geht zwar weiter als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung; den Familienangehörigen darf jedoch keine unverhältnismässige Belastung entstehen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2010, 9C\_410/2009, E. 5.1 und 5.5).

4. Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit hinsichtlich der alltäglichen Lebensverrichtungen ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Verwaltung erforderlich. Erstere 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, wobei bei Unklarheiten über physische und psychische Störungen oder deren Auswirkungen in der Alltagspraxis Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig sind (BGE 130 V 61 E. 6.1.1). Damit dem Abklärungsbericht voller Beweiswert zukommt, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Bei der Berichterstattung hat eine qualifizierte Person mitzuwirken, die

Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnisse besitzt und die mit den seitens der Medizin gestellten Diagnosen und den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen vertraut ist. Der Berichtstext muss plausibel und bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen detailliert begründet sein. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen im Bericht aufzuzeigen sind. Genügt der Bericht über die Abklärung vor Ort den einzelnen rechtsprechungsgemässen Beweisanforderungen, greift das Gericht in das Ermessen der Abklärungsperson praxismässig nur dann ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (BGE 133 V 450 E. 11.1.1, 130 V 61 E. 6.2; Urteil des EVG vom 2. Juni 2004, I 127/04, mit Hinweis auf BGE 129 V 67 E. 2.3.2 [nicht veröffentlichte Erwägung], BGE 128 V 93; Urteil des EVG vom 4. September 2001, I 175/01).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 wird – neben Rentenleistungen (Art. 17 Abs. 1 ATSG) – auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung entweder 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 – HE anwendbar (UELI KIESER, ATSG- Kommentar, Zürich Basel Genf 2009, Art. 17 N 40). Anlass zur Revision einer HE gibt somit jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Grad der Hilflosigkeit und damit die Höhe der HE zu beeinflussen. Dabei kommt eine Revision nicht bloss bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch bei wesentlichen Veränderungen anderer Faktoren in Frage (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Wesentlich ist eine solche Veränderung des massgebenden Sachverhalts dann, wenn sie eine Auswirkung auf den Leistungsanspruch bewirkt, wobei die Änderung des Anspruchs nicht bloss geringfügig sein darf (KIESER, a.a.O., Art. 17 N 43). Kein Revisionsgrund stellt hingegen 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 in den wesentlichen Verhältnissen eingetreten ist, setzt stets einen Vergleich zweier Sachverhalte voraus. In zeitlicher Hinsicht sind dafür der Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungsverfügung und derjenige des nachfolgenden Anpassungsentscheides massgeblich. Ist in der Zwischenzeit bereits einmal eine Überprüfung des Anspruchs erfolgt, und wurde die ursprüngliche Verfügung dabei 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 stets die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung darstellt, welche auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs mit einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und einer entsprechenden Beweismässigkeit beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4 mit Verweis auf BGE 130 V 77 E. 3.2.3).

5.2.1 Streitgegenstand im vorliegenden Fall bildet deshalb die Frage, ob seit der letztmals auf einer umfassenden materiellen Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen beruhenden Erhöhung auf eine HE mittelschweren Grades gemäss Verfügung vom 12. November 2018 und der darauf beruhenden Abklärung vom 6. November 2018 (IV-Dok 39) eine wesentliche Änderung in den massgebenden Verhältnissen eingetreten ist, die mittlerweile einen Anspruch auf eine HE schweren Grades gibt. Auszugehen ist dabei von folgenden Tatsachen: Gestützt auf die ursprüngliche

Abklärung vom 6. November 2018 (IV-Dok 39) und die in der Folge ergangene Zusprache einer HE mittelschweren Grades ist zunächst erstellt, dass die Versicherte in den vier alltäglichen Lebensverrichtungen An/Ausziehen, Essen, Körperpflege sowie Fortbewegung auf eine regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen ist. Diese Lebensverrichtungen wurden von der Abklärungsperson wiederholt anerkannt (zuletzt: IV-Dok 56, Ziffer 4). Dass sich in diesen Bereichen zwischenzeitlich eine Änderung ergeben hätte, ist weder ersichtlich noch dargetan. Sodann ist die Beschwerdeführerin bereits seit längerer Zeit auch pflegebedürftig. So ist sie seit Januar 2014 auf die Hilfe beim Richten der Medikamente sowie in zunehmenden Masse auch auf Hilfe beim An- und Ausziehen ihrer Kompressionsstrümpfe angewiesen (IV-Dok 56, Ziffer 4.2). Es ist deshalb auch erstellt, dass sie seit längerem der dauernden medizinisch pflegerischen Hilfe bedarf, wie sie gemäss gefestigter Praxis des Bundesgerichts (BGE 107 V 136) alternativ für eine HE schweren Grades vorausgesetzt ist (IV-Dok 39; bereits so auch IV-Dok 28, Ziffer 4.2).

5.2.2 Mit Blick auf die für eine HE schweren Grades erforderliche Voraussetzung, wonach nebst der Hilflosigkeit in allen sechs alltäglichen Lebensverrichtungen zusätzlich entweder eine dauernde Pflege *oder* eine persönliche Überwachung der versicherten Person gegeben sein muss (Artikel 37 Absatz 1 IVV), lässt sich mithin bereits an dieser Stelle festhalten, dass sich die von der Beschwerdegegnerin ursprünglich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. September 2019 (a.a.O., S. 5) thematisierte und in den Rechtsschriften der beiden Parteien anschliessend erneut aufgeworfene Frage einer persönlichen Überwachung der Versicherten für eine allfällige Erhöhung der HE als irrelevant erweist. Nachdem die Versicherte in den vier alltäglichen Lebensverrichtungen An/Ausziehen, Essen, Körperpflege sowie Fortbewegung bereits auf eine regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen ist, bleibt für die strittige Frage des Anspruchs auf eine HE schweren Grades mithin einzig noch zu prüfen, ob sie auch in den beiden alltäglichen Lebensverrichtungen des Aufstehens / Absitzens / Abliegens sowie bei der Verrichtung ihrer Notdurft einer solchen Hilfe bedarf.

6.1 Für die Beantwortung dieser Frage hat sich die Kasse im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen auf den von ihr eingeholten Abklärungsbericht vom 4. Februar 2019 abgestützt (IV-Dok 56). Dieser Bericht beruht auf den telefonisch eingeholten Auskünften der Versicherten einerseits und ihrer behandelnden Ärzte andererseits. Im Detail geht daraus hervor, dass das Telefongespräch mit der Versicherten vom 30. Januar 2019 in adäquater Art und Weise habe geführt werden können. Die Versicherte habe mitgeteilt, dass sie in den Bereichen des Aufstehens / Absitzens / Abliegens sowie der Notdurft selbständig sei. Wäre dies nicht der Fall, so müsse sie wohl in ein Altersheim gehen. Sie habe allerdings nicht verstanden, weshalb gerade diese beiden Bereiche derart wichtig seien, zumal sie aufgrund der massiven Seheinschränkung ein sehr grosses Leiden habe, welches sich letztlich in allen Bereichen auswirke. Am Schluss des Gesprächs habe sich die Versicherte entschuldigt, dass sie etwas überempfindlich reagiert habe. Am 28. Januar 2019 sei ausserdem der Hausarzt der Versicherten kontaktiert worden. Die letzte Konsultation der Versicherten habe demnach am 22. März 2018 stattgefunden. Die Versicherte sei stets alleine in die Praxis gekommen, um unter anderem auch ihre Medikamente abzuholen. Es sei ihm als Hausarzt keine gesundheitliche Verschlechterung bekannt, aufgrund welcher die Versicherte beim Aufstehen / Abliegen oder beim Ordnen ihrer Kleider im Zusammenhang mit

dem Stuhlgang generell nicht mehr selbständig sei. Gemäss der telefonischen Aussage schliesslich von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 29. Januar 2019 habe die behandelnde Angiologin die Versicherte letztmals im August 2018 gesehen, als sie in Begleitung ihres Sohnes wegen ihrer Beine in die Praxis gekommen sei. Es sei augenfällig gewesen, dass sie aufgrund ihrer starken Visuseinschränkung behindert gewesen sei. Sie sei gangunsicher gewesen und habe geführt werden müssen (IV-Dok 57). Dr. C.\_\_\_\_\_ habe aus medizinischen Gründen nicht bestätigen können, dass die Versicherte beim Aufstehen / Absitzen / Abliegen oder im Bereich ihrer Notdurft auf Dritthilfe angewiesen sei. Aus Sicht des RAD bestünden keine Einwände an dieser Beurteilung. Letztlich sei es entscheidend, was die betroffene Person noch könne. Hierüber habe die Versicherte ausreichend Auskunft erteilt. Unter Ziffer 4.1.2 ist diesem Bericht zu entnehmen, dass die Versicherte morgens selbst aus dem Bett aufstehe und abends selbst ins Bett gehe. Auch sei es ihr möglich, von einem Stuhl aufzustehen und sich selbst in einen Stuhl zu setzen. Diese Prozesse gingen für sie zwar nicht mehr gut, aber eine regelmässige Dritthilfe habe bisher nicht geleistet werden müssen. Unter Ziffer 4.1.6 ist diesem Bericht schliesslich zu entnehmen, dass die Versicherte ihre Kleider selbst ordnen könne. Dank eines Closomats könne sie sich auch selbst reinigen. Die Einlagen, welche sie verwende, könne sie selber wechseln. Eine Inkontinenz bestünde keine.

6.2 Gemäss dem Mailschreiben des Sohns der Versicherten vom 31. Januar 2019 (IV-Dok 55) sei seine nicht mehr belastbare, betreuungs- und pflegebedürftige, bald 94-jährige Mutter nach dem Telefonat mit der Abklärungsperson vom 30. Januar 2019 sehr verwirrt, irritiert und aufgebracht gewesen. Sie habe nicht verstanden, weshalb man überhaupt mit ihr telefoniert habe. Er verlange, alle Fragen an ihn zu richten.

6.3 Einem internen Mail der Abklärungsperson vom 21. Januar 2019 (IV-Dok 58) ist zu entnehmen, dass der RAD im vorliegenden «Sonderfall» bereits im Jahr 2012 Stellung bezogen habe. Man habe hier einen speziellen Fall, welcher eigentlich klar sei. Der Sohn der Versicherten wolle jedoch eine HE schweren Grads erwirken und könne möglicherweise vor Gericht gehen. Nachdem mit den beiden behandelnden Ärzten sowie auch mit der Versicherten telefoniert worden sei, werde empfohlen, den Bericht noch vom RAD prüfen zu lassen, um sicher zu gehen, dass nichts übersehen worden sei.

6.4 Dem Schreiben des Sohnes der Versicherten zu Händen der Geschäftsleitung der SVA Basel-Landschaft vom 30. April 2019 (IV-Dok 64, S. 2 f.) kann entnommen werden, dass die Versicherte in allen Bereichen schwer hilfsbedürftig sei, was insbesondere die Arztzeugnisse von Dezember 2018 bestätigen würden. Er verweise noch einmal auf die Arztzeugnisse der Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_. Bereits im Dezember 2018 sowie am 4. März 2019 habe er die für ihn stichhaltigen Gründe bezüglich einer Erhöhung der HE dargelegt. Seit Juni 2018 sei seine Mutter massiv schwächer geworden.

6.5 Gemäss Abklärungsauftrag vom 3. Juni 2019 (IV-Dok 66) habe der Sohn der Versicherten erneut eine Einsprache gegen die Verfügung vom 8. Februar 2019 erhoben, mit welcher nach einem Anhörungsgespräch im März 2019, welches leider nicht protokolliert sei, die Erhöhung der HE abgewiesen worden sei. Ergänzend sei er aufgefordert worden, Hinweise zu liefern, welche Hinweise geben könnten, weshalb seine Mutter Anspruch auf eine HE schweren Grades haben

sollte. Dieser Aufforderung sei er jedoch bis heute nicht nachgekommen. Um eine neue Abklärung durch den Abklärungsdienst komme man nun kaum herum.

6.6 Gemäss Telefonnotiz vom 13. August 2019 (IV-Dok 71) habe Dr. D.\_\_\_\_\_ bekräftigt, dass die Versicherte unter einer starken Visuseinschränkung sowie unter einem Glaukom leide. Konfrontiert mit der telefonisch eingeholten Aussage der Versicherten vom 30. Januar 2019, wonach diese bestätigt habe, selber aufstehen / abliegen / absitzen zu können sowie auch im Bereich der Notdurft auf keine regelmässige Dritthilfe angewiesen zu sein, habe Dr. D.\_\_\_\_\_ gemeint, dass die Versicherte in ihrer eigenen Wohnungsumgebung die Selbständigkeit noch habe. Sobald sie sich aber in einer anderen Wohnumgebung befinde, sei sie auf Dritthilfe angewiesen, da sie den Weg ins Bett und zur Toilette weder sehe noch finde.

6.7 Dem ergänzenden Abklärungsbericht vom 13. August 2019 zufolge (IV-Dok 70) habe Dr. D.\_\_\_\_\_ präzisiert, dass das Augenleiden nicht der alleinige Grund sein könne, weshalb die Versicherte in den fraglichen zwei Bereichen regelmässige Dritthilfe benötige. Dr. D.\_\_\_\_\_ meine, dass die Versicherte in den Bereichen Aufstehen / Absitzen / Abliegen und beim Verrichten der Notdurft in der eigenen Wohnung durchaus selbständig sein könne. In einer anderen Wohnumgebung aber sei es sehr wahrscheinlich, dass die Versicherte beim Gang zur Toilette oder zum Bett auf Dritthilfe angewiesen sei. Da die Versicherte noch immer in der eigenen Wohnung lebe und zudem die regelmässige Dritthilfe im Bereich der Fortbewegung bereits seit Januar 2013 als erfüllt betrachtet worden sei, behalte die Aussage der Versicherten vom 30. Januar 2019 nach wie vor ihre Gültigkeit. Es gäbe keine neuen Erkenntnisse oder Fakten, dass die Versicherte in den beiden fraglichen Lebensbereichen auf eine regelmässige Dritthilfe angewiesen sei.

6.8 Den Akten ist sodann ein durch den Sohn der Versicherten unterzeichnetes Formular für die Revision der HE vom 23. Dezember 2018 zu entnehmen, wonach die Versicherte in allen Lebensverrichtungen auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen sei (IV-Dok 50, S. 2 ff.). Diesem Revisionsformular sind zwei Arztberichte der Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ beigelegt. Dem Arztbericht behandelnden Augenärztin Dr. D.\_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2018 kann im Wesentlichen entnommen werden, dass die Versicherte in allen täglichen Lebenslagen weiterhin sehr viel Hilfe benötige (IV-Dok 50, S. 1). Im Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2018 wurde bestätigt, dass die Versicherte aufgrund eines massiv eingeschränkten Visus sowie ihrer Gebrechlichkeit bei fortgeschrittenem Alter dauerhaft Hilfe bei der Körperpflege, beim Abliegen sowie Aufstehen aus dem Bett, bei den Haushaltarbeiten und beim An- und Auskleiden benötige. Auch beim Toilettengang benötige sie nun konstante Hilfe.

6.9 Dem vorangehenden Abklärungsbericht vom 16. Juli 2018 ist im Zusammenhang mit den strittigen Lebensverrichtungen unter Ziffer 4.2.1 schliesslich zu entnehmen, dass die Versicherte in der Regel selbst ins Bett gehe. Es gelinge ihr meistens, die Beine hochzunehmen und sich im Bett zu positionieren. Gelegentlich erhalte sie Hilfe durch eine Schwiegertochter, welche im gleichen Wohnhaus lebe. Eine regelmässige Hilfe müsse in diesem Bereich aber nicht geleistet werden. Aus Ziffer 4.1.3 dieses Berichts geht ausserdem hervor, dass die Versicherte seit Januar 2016 beim Zerkleinern ihrer Nahrung unter anderem wegen ihrer fehlenden Körperkraft

stark eingeschränkt sei und ihr die Nahrung deshalb regelmässig durch ihren Sohn zerkleinert werde (IV-Dok 28).

7.1 Bei der Abweisung des Anspruchs auf eine HE schweren Grades hat sich die Kasse im Wesentlichen auf den ergänzenden Abklärungsbericht des Abklärungsdienstes vom 4. Februar 2019 abgestützt, der seinerseits auf drei Telefonaten mit der Versicherten und ihren behandelnden Ärzten beruht. Diese Abklärungsbemühungen genügen vorliegend nicht. Es ist daran zu erinnern, dass bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit eine qualifizierte Person bei der Berichterstattung mitzuwirken hat, die nicht nur Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnisse besitzt, sondern auch mit den medizinisch bedingten Beeinträchtigungen der Betroffenen vertraut ist (oben, E. 4). Wie dem Abklärungsbericht vom 4. Februar 2019 im Grundsatz deshalb richtig zu entnehmen ist, ist mit Blick auf die strittigen Lebensverrichtungen letztlich massgebend, was die betroffene Person noch kann. Indem sich der Abklärungsdienst bei seinen Abklärungen im Ergebnis aber auf die drei erwähnten Telefonate beschränkt hat, verbleibt diese zentrale Frage just ungeklärt. Wenn die Kasse unter Hinweis auf den alten Abklärungsbericht noch vom 16. Juli 2018 geltend macht, dass eine erneute Abklärung vor Ort nicht mehr nötig gewesen sei, weil die Abklärungsperson bereits von der früheren Abklärung genügend Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse besessen habe, greift ihre Sichtweise jedenfalls deutlich zu kurz. So ist es notorisch, dass ältere Personen ihre Kraft und Fertigkeiten im Alltag gerade auch in den eigenen vier Wänden innert kurzer Zeit einbüssen oder gar gänzlich verlieren können. Bereits dem Abklärungsbericht vom 16. Juli 2018 kann entnommen werden, dass die Versicherte lediglich in der Regel selbst ins Bett gehen könne und es ihr nur meist gelinge, ihre Beine hochzunehmen und sich im Bett selbst zu positionieren. Auch wenn dazumal beim Abliegen noch keine regelmässige Hilfe geleistet werden musste, ist mit Blick auf das fortgeschrittene Alter der Versicherten mit Jahrgang 1925 zu vermuten, dass sich ihre Verfassung in diesem Zusammenhang mittlerweile verschlechtert hat. Angesichts ihrer seit Jahren aktenkundigen Altersschwäche wäre der Abklärungsdienst deshalb gehalten gewesen, die Verhältnisse vor Ort zu überprüfen (ebenso KSHI, Rz. 1058 und 1060). Dies gilt nicht zuletzt auch deshalb, weil die Versicherte offenbar schon im Januar 2016 derart schwach war, dass ihre Nahrung zerkleinert werden musste (IV-Dok 28, Ziffer 4.1.3). Seit der letzten Abklärung vor Ort im Sommer 2018 sind bis hin zum angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. März 2019 weitere 1 ¾ Jahre verstrichen, innert welchen die vorbestehende Altersschwäche zugenommen haben dürfte.

7.2 Für eine solche notorische Entwicklung sprechen nicht nur die Angaben des Sohns der Versicherten, wonach seine Mutter mittlerweile in allen Bereichen schwer hilfsbedürftig sei (IV-Dok 64, S. 2), sondern in erster Linie die Bestätigung von Dr. C. \_\_\_\_\_ im Arztbericht vom 21. Dezember 2018. Die Versicherte war demnach bereits Ende des Jahres 2018 beim Abliegen und beim Aufstehen aus dem Bett sowie beim Toilettengang dauerhaft auf Hilfe angewiesen (oben, E. 6.8). Diesem Bericht widerspricht allerdings die im Abklärungsbericht vom 4. Februar 2019 wiedergegebene Aussage der behandelnden Angiologin vom 29. Januar 2019, wonach gerade nicht bestätigt worden sei, dass die Versicherte beim Aufstehen und beim Abliegen oder bei der Verrichtung ihrer Notdurft auf Dritthilfe angewiesen sei. Just aber auch diesen Widerspruch vor Ort klären, wäre Aufgabe des Abklärungsdienstes gewesen. Stattdessen hat sich die Abklärungsperson darauf beschränkt, im Nachgang zur Einsprache des Sohnes der Versicherten am 13.

August 2019 ein weiteres Telefonat mit der Augenärztin der Versicherten zu führen, welche allenfalls aus augenärztlicher Warte, keinesfalls aber ganzheitlich eine Einschätzung abzugeben in der Lage war.

7.3 Wie es sich mit den telefonischen Auskünften der behandelnden Ärzte verhält, kann letztlich ohnehin dahin gestellt bleiben. Hintergrund bildet der Umstand, dass die Dres. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ die Versicherte Ende März 2018 bzw. im August 2018 und damit noch vor der Einreichung des erneuten Revisionsgesuchs vom 23. Dezember 2018 letztmals gesehen haben. Deren Aussagen bilden deshalb keine verlässliche Grundlage, um die hier massgebende Frage nach einer wesentlichen Veränderung der massgebenden Verhältnisse schlüssig zu beantworten. Dies hätte auch der Abklärungsdienst erkennen müssen. Genau so wenig überzeugen kann die ausschliesslich telefonisch mit der Versicherten selbst erfolgte Abklärung vom 30. Januar 2019. Auch hier ist notorisch, dass eine betagte Person, die gemäss eigenen Aussagen nicht in ein Alters- oder Pflegeheim ziehen will, sich selbst wohl eher besser darstellt, als es die tatsächlichen Verhältnisse vermuten lassen. Es tritt hinzu, dass nicht restlos klar wird, unter welchen Umständen dieses Telefonat erfolgt ist. Die Abklärungsperson hält zwar fest, dass das Telefon in einer adäquaten Art und Weise habe erfolgen können (oben, E. 6.1). An gleicher Stelle erwähnt der Abklärungsbericht aber auch, dass die Versicherte offenbar empfindlich reagiert habe und nicht verstanden habe, weshalb gerade die hier noch strittigen zwei Lebensverrichtungen zu klären waren. Gegen eine verlässliche Abklärung auf telefonischer Basis spricht ausserdem das Schreiben des Sohns tags darauf (oben, E. 6.2), wonach seine Mutter durch das Telefon sehr verwirrt und irritiert worden sei. Zumal den Akten kein detailliertes Protokoll über das Telefongespräch mit der Versicherten vom 30. Januar 2019 entnommen werden kann, ist schliesslich festzustellen, dass ihre im Abklärungsbericht vom 4. Februar 2019 wiedergegebenen Antworten und damit wohl auch die Fragestellungen der Abklärungsperson nur sehr allgemein gehalten und oberflächlich ausgefallen sein dürften. Die Frage nach allenfalls veränderten Verhältnissen im Zusammenhang mit den hier fraglichen Lebensverrichtungen (oben, E. 3.3 und 5.2.2) auf einer derart unzuverlässigen Grundlage beurteilen zu wollen, geht nicht an. Ein Blick in die Akten der Vorinstanz lässt in diesem Zusammenhang eher den Eindruck aufkommen, dass die Abklärungsperson voreingenommen war und gar nicht erst eine erneute Abklärung vor Ort vornehmen wollte. Hierfür sprechen die interne Notiz der Abklärungsperson vom 21. Januar 2019 (IV-Dok 58) und der Abklärungsauftrag vom 3. Juni 2019 (IV-Dok 66): Daraus geht hervor, dass der Fall eigentlich klar sei, eine erneute Abklärung indessen kaum vermieden werden könne. Entgegen der von der Abklärungsperson vertretenen Auffassung trifft es sodann gerade nicht zu, dass der Sohn der Versicherten keine Hinweise geliefert hätte, weshalb seine Mutter allenfalls Anspruch auf eine HE schweren Grades haben könnte. Zutreffend ist vielmehr, dass er im Schreiben vom 30. April 2019 (IV-Dok 64, S. 2) wiederholt dargelegt hatte, weshalb die Versicherte mittlerweile in allen massgebenden Lebensbereichen hilfsbedürftig sei. Diesen bereits zusammen mit dem Revisionsgesuch vom 23. Dezember 2018 mit zwei Berichten der behandelnden Ärzte (oben, E. 6.8) untermauerten Standpunkt vor Ort zu überprüfen und den Sachverhalt damit letztlich schlüssig zu erheben, wäre mit Blick auf die in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierte Abklärung des Sachverhalts von Amtes wegen die Aufgabe des Abklärungsdienstes gewesen.

7.4 Auch ist in Erinnerung zu rufen, dass in einem Abklärungsbericht auch die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen und allenfalls divergierende Meinungen im Bericht aufzuzeigen sind (oben, E. 4). Auch dieses Erfordernis erfüllen die vorinstanzlichen Abklärungsbemühungen nicht: Schon seit der vorangehenden Abklärung vom 16. Juli 2018 war aktenkundig, dass die Versicherte durch Angehörige unterstützt und gepflegt wird. Zumal auch der Sohn der Versicherten bereits mit Gesuch vom 11. Dezember 2018 (IV-Dok 45) dargelegt hatte, rund 150 Stunden pro Monat für die Betreuung seiner Mutter aufzuwenden, ist deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb die Abklärungsperson darauf verzichtet hat, eine detaillierte Befragung der betreuenden Familienmitglieder bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen vor Ort vorzunehmen (KSIH Rz. 1058, 1060).

7.5 Zusammenfassend besteht ein Defizit bei der Ermittlung des Sachverhalts. Dieses steht einer abschliessenden Beurteilung der hier massgebenden Streitfrage entgegen, weil es die Beschwerdegegnerin unterlassen hat, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht rechtsgenügende Abklärungen in Form einer vollständigen und unvoreingenommenen Abklärung vor Ort einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. März 2019 ist somit aufzuheben, und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Rechtsprechungsgemäss kann das Sozialversicherungsgericht nicht frei entscheiden, ob es eine Streitsache an die Verwaltung zurückweist. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Ein solches Vorgehen ist im vorliegenden Fall jedoch nicht angezeigt. Die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung vielmehr an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird unter Einbezug des Umfelds der Versicherten noch einmal vor Ort durch eine mit der Angelegenheit bisher nicht betraute Abklärungsperson detailliert zu erheben haben, ob und allenfalls seit wann die Versicherte auch in den Lebensverrichtungen des Aufstehens / Absitzen / Abliens und bei der Verrichtung ihrer Notdurft einer regelmässigen und erheblichen Hilfe bedarf. Gestützt auf die Ergebnisse dieser ergänzenden Abklärungen wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch der Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind für das vorliegende Verfahren deshalb keine Kosten zu erheben.

8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Darunter sind allerdings nur jene Kosten zu verstehen, die einer Beschwerde führenden versicherten Person im gerichtlichen Verfahren für den Beizug einer Rechtsanwältin bzw. eines Rechtsanwalts entstanden sind. Vorliegend hat die Beschwerdeführerin zwar obsiegt. Da sie sich nicht anwaltlich hat vertreten lassen, entfällt ein Anspruch auf Ersatz von Parteikosten im Sinne der genannten Bestimmung.

9. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gut zu machenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG), oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. September 2019 aufgehoben und die Angelegenheit wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Ausgleichskasse Arbeitgeber Basel zurückgewiesen.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.