



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. November 2017 (710 17 120 / 321)

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Anspruch auf Hilflosenentschädigung verneint. In der alltäglichen Lebensverrichtung der Körperpflege lag keine Hilflosigkeit vor.

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin i.V. Anna Studinger

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch B._____

gegen

Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber, Murtenstrasse 137a,
3008 Bern, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Hilflosenentschädigung

A.1 Die 1938 geborene A._____ meldete sich am 13. November 2014 erstmalig bei der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) für den Bezug einer Hilflosenentschädigung der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) an. Mit Verfügung vom 23. Januar 2015 lehnte die Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber (Ausgleichskasse) das Leistungsbegehren ab. Die Abklärungen hätten ergeben, dass A._____ seit Januar 2011 lediglich in einer alltäglichen Lebensverrichtung der Dritthilfe bedürfe. Zusätzlich benötige sie seit November 2014 medizinisch-pflegerische Hilfe. Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung seien damit nicht erfüllt.

Eine dagegen erhobene Einsprache wies die Ausgleichskasse mit Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 ab.

Hiergegen erhob A.____, vertreten durch B.____, am 13. Juli 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht).

Mit Urteil vom 19. Mai 2016 wurde die Beschwerde gutgeheissen und der Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 aufgehoben. Die Angelegenheit wurde an die Vorinstanz zurückgewiesen, um weitere Abklärungen im Bereich der Körperpflege, namentlich dem Baden/Duschen, vorzunehmen und neu über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu verfügen.

A.2 Am 21. Juli 2016 reichte die Beschwerdeführerin ein neues Gesuch ein. Aufgrund dieser Neuanschuldung und aufgrund des Gerichtsentscheids vom 19. Mai 2016 führte die IV-Stelle am 22. September 2016 eine erneute Abklärung durch. In Bezug auf die Hilflosigkeit bezüglich Körperpflege für die Zeit vor dem 1. Mai 2016 ergab sich keine andere Beurteilung. Das diesbezügliche Leistungsbegehren wurde mit Verfügung vom 2. November 2016 abgewiesen. Da sich jedoch der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich deutlich verschlechtert hatte, wurde in der Verfügung festgehalten, dass seit dem 1. Mai 2016 in den Bereichen An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Körperpflege und Verrichten der Notdurft sowie seit dem 1. Januar 2011 in der Fortbewegung eine langandauernde Hilflosigkeit vorläge. Das Wartjahr laufe im Mai 2017 ab. Eine gegen die Verfügung erhobene Einsprache (bezüglich Beurteilung der Hilflosigkeit vor Mai 2016) wies die Ausgleichskasse mit Einspracheentscheid vom 10. März 2017 ab.

B. Hiergegen reichte A.____, vertreten durch B.____, am 21. April 2017 wiederum Beschwerde beim Kantonsgericht ein. Darin beantragte sie, es sei der Einspracheentscheid der Ausgleichskasse vom 10. März 2017 aufzuheben und das Leistungsbegehren auf Hilflosenentschädigung rückwirkend ab 1. April 2011 aufgrund des Vorliegens einer leichten Hilflosigkeit gutzuheissen. Eventualiter sei das Vorliegen einer leichten Hilflosigkeit ab 1. April 2011 abzuklären. Alles unter o/e-Kostenfolge.

Zudem beantragte sie die Befragung von diversen Auskunftspersonen bzw. Zeugen. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 24. Juli 2017 wurde der Antrag der Beschwerdeführerin auf Befragung der Auskunftspersonen bzw. Zeugen unter Vorbehalt des Beschlusses durch das Dreiergericht vorerst abgewiesen.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 6. Juli 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle am 9. Mai 2017 mit "Mitteilung/Beschluss" festhält, dass der Beschwerdeführerin ab August 2017 gar ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung schweren Grades zusteht.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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

2. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdeführerin vor dem gesundheitlichen Ereignis im Mai 2016 in der Lebensverrichtung Körperpflege, genauer im Teilbereich Baden/Duschen, regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen war und daher bereits dazumal Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung AHV leichten Grades gehabt hätte.

3.1 Gemäss Art. 43^{bis} 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 Hilflosenentschädigung. Dem Bezug einer Altersrente ist der Rentenvorbezug gleichgestellt (Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG). Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung 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^{bis} 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^{bis} 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^{bis} Abs. 5 AHVG).

3.2 Laut Art. 66^{bis} 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.

3.3 Nach Art. 46 Abs. 1 AHVG erlischt der Anspruch auf Nachzahlung einer Hilflosenentschädigung mit dem Ablauf von fünf Jahren seit Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war. Macht eine versicherte Person den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mehr als zwölf Monate nach dessen Entstehen geltend, so wird die Entschädigung gemäss Art. 46 Abs. 2 AHVG prinzipiell nur für die zwölf der Geltendmachung vorangehenden Monate ausgerichtet. Diese grundsätzliche Beschränkung der Nachzahlung bei verspäteter Anmeldung auf zwölf Monate beruht im Wesentlichen auf der Überlegung, dass es oft schwierig ist, das Vorhandensein und den Umfang einer Hilflosigkeit oder den Grad der Invalidität in einem weit zurückliegenden Zeitpunkt zu bestimmen. Ungeachtet dieser Beweisschwierigkeiten lässt Art. 46 Abs. 2 AHVG jedoch einen weitergehenden Nachzahlungsanspruch dann zu, wenn die

versicherte Person den anspruchsbegründenden Sachverhalt nicht kennen konnte und die Anmeldung innert zwölf Monaten seit dessen Kenntnis vornimmt. Unter dem anspruchsbegründenden Sachverhalt ist der körperliche, geistige oder psychische Gesundheitsschaden zu verstehen, der eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Hilfs- oder Überwachungsbedürftigkeit bei alltäglichen Lebensverrichtungen zur Folge hat. Mit der Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts ist nicht das subjektive Einsichtsvermögen der versicherten Person gemeint, sondern es geht nach dem Wortlaut von Art. 48 Abs. 2 lit. a IVG vielmehr darum, ob der anspruchsbegründende Sachverhalt objektiv feststellbar ist oder nicht (BGE 120 V 89 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2013, 9C_336/2012, E. 4.2). Dabei kommt es allein auf die Kenntnis des anspruchsbegründenden Sachverhalts, also auf die Kenntnis des entsprechenden Gesundheitszustandes und nicht etwa darauf an, ob sich daraus ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung ableiten lässt (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG]; heute: Bundesgericht) vom 20. August 2002, I 199/02, E. 2.2). Dass ein objektiv gegebener anspruchsbegründender Sachverhalt nicht erkennbar gewesen ist oder dass die versicherte Person trotz entsprechender Kenntnis krankheitsbedingt daran gehindert wurde, sich anzumelden oder jemanden mit der Anmeldung zu betrauen, wird von der Rechtsprechung nur sehr zurückhaltend angenommen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2013, 9C_336/2012, E. 4.2).

3.4 Im vorliegenden Fall traf die erste Anmeldung auf Hilflosenentschädigung im November 2014 bei der IV-Stelle ein. Ein allfälliger Anspruch würde folglich frühestens ab November 2013 bestehen und nicht wie in der Beschwerde gefordert ab April 2011.

3.5 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 der dauernden Pflege oder persönlichen Überwachung bedarf.

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

3.7 Ob eine Hilfe notwendig ist, ist objektiv, nach dem Zustand der versicherten Person, zu beurteilen. Dabei ist unerheblich, ob die versicherte Person allein, in der Familie oder sonst wie in einer der heutzutage verbreiteten Wohnformen lebt. Massgebend ist allein, 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, jedoch darf den Familienangehörigen keine unverhältnismässige Belastung entstehen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2010, 9C_410/2009, E. 5.1 und 5.5).

4. Sowohl bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen wie auch bei der Hilflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung 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 und/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: Als Berichterstatterin wirkt eine qualifizierte Person, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse hat sowie mit den seitens der Medizin gestellten Diagnosen und den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen vertraut ist. Der Be-

richtstext muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der lebenspraktischen Begleitung 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 die Abklärung tätigen Person nur 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. Dem Kantonsgericht standen anlässlich der Urteilsberatung vom 19. Mai 2016 für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation bzw. für die Bemessung der Hilflosigkeit unter anderem die nachfolgenden Unterlagen zur Verfügung:

5.1 Im Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 20. November 2013 berichteten D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, und E.____, Assistenzärztin, über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der muskuloskelettalen Rehabilitation vom 21. Oktober 2013 bis 9. November 2013. Sie stellten folgende Diagnosen: eine Reposition, Osteosynthese proximales Femur links mittels Cerclage und 10-Loch DCS am 12. Oktober 2013, einen Verdacht auf ein Rezidiv einer lymphozytären Colitis, eine passagere Hyponatriämie, eine passagere Hypokaliämie, einen Status nach Cataracta Operation beidseits, einen Morbus Parkinson mit dementieller Entwicklung, linksbetontem hypokinetischem rigidem Syndrom mit intermittierendem Tremor und posturaler Instabilität, eine koronare 3-Gefässerkrankung, einen Status nach 3-4 Etagenthrombose links 03/2013, einen Status nach passageren Armschmerzen links unklarer Genese 07/2013, drop attacks mit rezidivierenden Stürzen, sowie eine vaskuläre Enzephalopathie und zerebrale Atrophie mit intermittierenden Verwirrheitszuständen.

5.2 Mit ärztlichem Zeugnis vom 13. August 2014 hielt F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass die Beschwerdeführerin wegen starker Inkontinenz Tena Einlagen/Pants benötige.

5.3 Am 29. September 2014 berichteten G.____, FMH Chirurgie, und H.____, Assistenzarzt, von der Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Spital C.____ vom 26. bis 27. September 2014. Die Versicherte sei notfallmässig ins Spital eingetreten, da sie eine contusio capitis mit einem Hämatom rechts occipital aufgrund eines Sturzes unter Alkoholeinfluss (2,2 Promille) erlitten habe. Weiter wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen festgehalten: rezidivierende Stürze multifaktorieller Aetiologie bei: Morbus Parkinson, Demenz, Status nach hämorrhagischem Hirninsult mit Fazialisparese links 2005, Status nach Subduralhämatom rechts frontoparietal 2007, orthostatischer Dysregulation, schwerer Atherosklerose, eine koronare 3-Gefässerkrankung, ein Status nach 3-4 Etagenphlebothrombose sowie ein Status nach lymphozytärer Colitis 04/2013 und 08/2012.

5.4 In ihrer erstmaligen Anmeldung vom 13. November 2014 hatte die Versicherte angegeben unter diversen Beschwerden zu leiden, unter anderem an Inkontinenz, Rückenbeschwerden sowie Beschwerden am linken Knie. Die Frage, ob sie bei den alltäglichen Verrichtungen auf Dritthilfe angewiesen sei, bejahte sie im Bereich Baden/Duschen (sie benötige Hilfe beim Ein- und Aussteigen in die/aus der Badewanne), im Bereich Fortbewegung im Freien (sie brauche einen Rollator, teilweise Begleitung, einen Gehstock und könne nur kurze Strecken gehen; sie mache ganz kleine Schritte und habe einen unsicheren Gang, auch mit dem Stock) sowie im Bereich Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Des Weiteren gab die Beschwerdeführerin an, nicht in der Lage zu sein, den Haushalt zu führen, weswegen sie seit April 2011 eine Haushälterin habe. Ausserdem benötige sie tagsüber dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe, weil sie diverse Medikamente einnehme, bedürfe jedoch keiner persönlichen Überwachung. Das Anmeldeformular ist vom Ehemann der Versicherten ausgefüllt und von beiden Ehegatten unterzeichnet worden. Im selben Formular unter "Angaben des behandelnden Arztes" hielt F. _____ am 1. November 2014 folgende Diagnosen fest: rezidivierende Stürze multifaktoriell bei Morbus Parkinson, Demenz, einen Status nach Hirninsult 2005, ein Subduralhämatom 2007, eine koronare Herzkrankheit sowie einen Infarkt 1995. Zudem gab er an, dass sich die Angaben der Versicherten im Anmeldeformular mit seinen erhobenen Befunden decken würden.

5.5 Der erste Abklärungsbericht vom 19. Januar 2015 hielt unter anderem fest, dass die Versicherte nicht dusche, sondern bade, da ihr dies lieber sei. Somit erfolge das Baden aufgrund persönlicher Vorliebe. Beim Baden müsse sie beim Ein- und Aussteigen in die und aus der Badewanne gestützt werden. Sie könne sich genügend waschen und trockne sich anschliessend selbständig ab. Die geleistete Dritthilfe beim Ein- und Aussteigen erfolge nicht im nötigen erheblichen Rahmen. Mit Hilfe einer Stehdusche und eines Sitzbrettes oder einer ähnlichen Sitzgelegenheit wäre es der Versicherten zumutbar, sich ohne erhebliche und regelmässige Dritthilfe selbständig zu duschen und genügend zu waschen. Die Versicherte sei dazu körperlich in der Lage.

6. Das Kantonsgericht kam mit Urteil vom 16. Mai 2016 zum Schluss, dass erneut abzuklären sei, ob die Beschwerdeführerin im Bereich der Körperpflege, namentlich beim Baden/Duschen, auf Dritthilfe angewiesen sei. Die Beschwerdegegnerin habe sich in ihrem Entscheid auf den Bericht der abzuklärenden Person gestützt. Diese wiederum habe sich in ihren Berichten im Wesentlichen auf die Aussagen der Versicherten, welche angab, selbständig duschen zu können, verlassen. Die Abklärungsperson habe wiederholt darauf hingewiesen, dass die Versicherte geistig nicht eingeschränkt sei und auf ihre Aussagen abgestellt werden könne. Dabei habe sie verkannt, dass die Beschwerdeführerin gemäss den medizinischen Akten an Morbus Parkinson mit dementieller Entwicklung bzw. an Demenz sowie Verwirrheitszuständen leide. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Abklärungsperson davon ausgehe, dass die Versicherte geistig nicht beeinträchtigt sei. Insofern bleibe fraglich, ob die Abklärungsperson im vorliegenden Fall – wie es die Rechtsprechung für einen voll beweiskräftigen Abklärungsbericht fordert – mit den seitens der Medizin gestellten Diagnosen bzw. insbesondere den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen vertraut war. Unter diesen Umständen sei es notwendig, dass die Beschwerdegegnerin im Bereich der Körperpflege, namentlich beim Baden/Duschen, anhand eines neuen Berichtes abklären lasse, inwiefern die Versicherte auf regelmässige und

erhebliche Dritthilfe angewiesen sei. Die Beschwerde sei insofern gutzuheissen, als die Angelegenheit in diesem Punkt zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werde.

7.1 Daraufhin fand am 22. September 2016 die zweite Abklärung durch die IV-Stelle statt. Anwesend waren die Versicherte, ihr Ehemann, die aktuelle und die ehemalige Haushälterin sowie zwei Mitarbeiter der IV-Stelle. Der gesundheitliche Zustand der Versicherten hat sich zwischenzeitlich offensichtlich stark verschlechtert. Neben den bereits bei der erstmaligen Abklärung vorhandenen Erkrankungen und Beschwerden (vgl. E. 5.5 hiervoor) kam insbesondere noch eine symptomatische Epilepsie mit neu aufgetretener Aphasie und zweimaligen tonisch-klonischen Anfällen am 16. Mai 2016 hinzu. Bei den epileptischen Anfällen, ausgelöst durch eine Epiduralblutung, zog sich die Versicherte diverse Frakturen zu. Die Abklärung ergab, dass die Versicherte ab Mai 2016 in fünf von sechs Lebensverrichtungen auf Dritthilfe angewiesen sei und deshalb ab Mai 2017 – nach dem vorausgesetzten Wartejahr – eine dreiviertel Hilflosenentschädigung erhalte. Für den vorliegenden Fall sind die Abklärungsergebnisse in Bezug auf die Lebensverrichtung Körperpflege, namentlich das Baden/Duschen vor Mai 2016 von Relevanz. Die Abklärungspersonen stellten erneut fest, dass der Versicherten bis zu den epileptischen Anfällen im Mai 2016 nur beim Ein- und Aussteigen in und aus der Badewanne geholfen werden müssen. Der gesamte "Badeakt" inklusive dem Abtrocknen und dem Anziehen des Bademantels sei nach der Aussage des Ehemannes und der ehemaligen Haushälterin jeweils ohne Dritthilfe erfolgt. Die Haare würden seit Jahrzehnten wöchentlich durch den Coiffeur gewaschen. Gemäss Aussage des Ehemannes habe die Versicherte das Baden bevorzugt.

7.2 In der Folge erliess die IV-Stelle am 2. November 2016 gestützt auf die zweite Abklärung eine Verfügung, welche sie mit Einspracheentscheid vom 10. März 2017 bestätigte. Sie verneinte im Bereich der Körperpflege (Situation vor den epileptischen Anfällen im Mai 2016) aufgrund des bevorzugten Badens eine regelmässige Dritthilfe. Neben dem Baden bestehe auch die Möglichkeit zu duschen. Zur Dusche führe eine kleine, für die Versicherte überwindbare Schwelle. In der Dusche selber seien Haltegriffe angebracht und es befinde sich ein aufklappbarer Duschstuhl darin. Trotz der vorhandenen behindertengerechten Dusche sei diese von der Versicherten nicht genutzt worden, weshalb die Dritthilfe beim Baden gemäss KSIH 8085 nicht berücksichtigt werden könne. Bis zum gesundheitlichen Ereignis im Mai 2016 habe der Versicherten nur beim Ein- und Aussteigen in und aus der Badewanne geholfen werden müssen. Der gesamte "Badeakt" (vgl. E. 7.1 hiervoor) sei nach Aussage des Ehemannes und der Haushälterin ohne Dritthilfe erfolgt.

8.1 Die Beschwerdeführerin bringt in der Einsprache vom 5. Dezember 2016 und in der Beschwerde vom 21. April 2017 vor, dass sich ihr Gesundheitszustand seit Oktober 2013 nach einem erneuten Sturz massiv verschlechtert und die Hilfsbedürftigkeit stark zugenommen habe. Als Folge der Krankheiten und Stürze sei sie stark gehbehindert und sturzgefährdet, benötige für kurze Strecken einen Rollator und sei im Haus auf einen Treppenlift angewiesen. Im Weiteren müsse sie viermal täglich zu ganz bestimmten Zeiten Medikamente einnehmen. Auf behördliche Anordnung habe sie den Fahrausweis vor einigen Jahren abgegeben. Das Kurzzeitgedächtnis sei stark beeinträchtigt. Daher sei sie nicht mehr in der Lage ihre Fähigkeiten realis-

tisch einzuschätzen und neige dazu sich zu überschätzen bzw. ihre Krankheit zu verdrängen. Unter anderem bringt die Beschwerdeführerin weiter vor, dass die erneute Abklärung vor Ort am 22. September 2016 die Situation noch einmal nicht sachgerecht wiedergeben habe. Sie könne nicht duschen, da sie aufgrund ihres unsicheren Gangs und ihrer Verwirrtheit trotz den behindertengerechten baulichen Massnahmen nicht ohne Hilfe in die Dusche gelangen und sich dort alleine waschen könne. Eine Hilfestellung könne in der Dusche nicht erbracht werden, weshalb das Baden die einzige Möglichkeit darstelle, um eine vernünftige Körperpflege und -hygiene zu erreichen. Weiter monierte die Beschwerdeführerin, dass auf die anderen Bereiche, wie beispielweise das An- und Auskleiden, die Medikamenteneinnahme und die Inkontinenz, anlässlich der nochmaligen Abklärung vor Ort im September 2016 erneut nicht eingegangen worden sei. Sie fordere eine objektive Abklärung der Hilflosigkeit durch eine unabhängige Person oder Instanz. Bei der Abklärung sei übersehen worden, dass die behindertengerechte Dusche erst im April 2014 installiert worden sei, daher stütze sich die Verfügung sowie der Einspracheentscheid auf eine falsche Sachverhaltsermittlung und Beweiswürdigung. Da bis zum April 2014 keine behindertengerechte Dusche vorhanden gewesen sei, habe die Versicherte nicht selbstständig duschen können. Auch nach dem Umbau sei ihr dies aufgrund der Sturzgefahr und der schlechten körperlichen Verfassung nicht möglich gewesen. Wegen des chronischen Durchfalls müsse sie täglich – manchmal sogar mehrmals – gründlich gesäubert werden. Deshalb sei sie von der "Pflegerin" (Haushälterin) weiterhin täglich gebadet worden, da die Hilfestellung beim Baden einfacher sei als beim Duschen. Da es ihr objektiv unmöglich gewesen sei alleine zu duschen, sei unerheblich was ihr Ehemann darüber gesagt habe. Trotz Haltegriffen und Duschstuhl könne sie aufgrund der krankheitsbedingten Gehunsicherheit, Sturzgefahr und weil sie vom Duschstuhl nicht mehr ohne fremde Hilfe aufstehen könne, nicht ohne Hilfe duschen.

8.2 Die IV-Stelle als abklärende Behörde nahm zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin am 6. Juli 2017 Stellung. Sie führte nochmals aus, dass vor wenigen Jahren die Dusche der Versicherten behindertengerecht umgebaut worden sei. Mit den Haltegriffen, dem Klappsitz und dem Entfernen der Duschschaale wäre es der Beschwerdeführerin vor dem Ereignis im Mai 2016 möglich gewesen die kleine Schwelle zu überwinden und sich selbstständig zu duschen. Zumal bis dato der gesamte "Badeakt" nach der Aussage des Ehemannes und der damaligen Betreuerin ohne Dritthilfe von statten gegangen sei und die Versicherte gemäss ihrem Ehemann das Baden gegenüber dem Duschen bevorzugt habe. Auch aus den, wie von der Beschwerdeführerin beantragten, eingeholten medizinischen Unterlagen haben sich keine neuen Hinweise auf eine Hilflosigkeit in diesem Teilbereich für den relevanten Zeitraum ergeben.

9.1 Mit Urteil des Kantonsgerichts vom 19. Mai 2016 (vgl. E. 6 hiavor) wurde der Ausgleichskasse angetragen bezüglich der Körperpflege, namentlich dem Baden/Duschen, nochmals abzuklären inwiefern die Versicherte auf regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen sei. Die Rüge der Beschwerdeführerin, dass sich die Abklärung – bzgl. der Periode vor Mai 2016 – nur auf die Körperpflege beschränkt habe, anstatt dass nochmalig auf die anderen Lebensverrichtungen eingegangen worden wäre, kann angesichts der vom Kantonsgericht gemachten Vorgaben kein Gehör geschenkt werden. Strittig und zu prüfen ist lediglich, ob vor Mai 2016 im Bereich der Körperpflege, genauer beim Baden/Duschen, eine Hilflosigkeit vorlag.

9.2 Dazu ist zu klären, ob es der Beschwerdeführerin zumutbar gewesen wäre, sich in der behindertengerecht umgebauten Dusche ohne Dritthilfe zu waschen. Die IV-Stelle hat diese Frage in einer zweiten Abklärung vor Ort geklärt. Die Abklärungspersonen stellen nicht mehr wie bei der vorherigen kritisierten Abklärung auf die Aussage der Versicherten selbst ab, sondern verlassen sich auf die Aussage des Ehemannes und der damaligen Betreuerin. Diese gaben an, dass der gesamte "Badeakt" (inkl. dem Abtrocknen und Anziehen des Bademantels) ohne Hilfe erfolgt sei und lediglich beim Ein- und Aussteigen in und aus der Badewanne habe geholfen werden müssen. Sie bestätigen die Angaben, die im Rahmen der ersten Anmeldung im November 2014 von der Beschwerdeführerin gemacht und vom behandelnden Arzt bestätigt worden waren. Aufgrund dieser objektivierten Aussagen von zwei Drittpersonen kann geschlossen werden, dass der Versicherten zum damaligen Zeitpunkt das Duschen trotz den bestehenden Beschwerden zumutbar gewesen ist. Zumal es neben Haltegriffen und Duschsitzen noch die Möglichkeit gegeben hätte, die Dusche und den Bereich davor mit einer rutschfesten Gummimatte auszukleiden und auf diese Weise die Stürze vorzubeugen und die Selbstständigkeit in dieser Lebensverrichtung aufrecht zu erhalten.

Hinsichtlich des Badens/Duschens gibt die Beschwerdeführerin an, dass bei der Abklärung übersehen worden sei, dass die Dusche erst im April 2014 behindertengerecht umgebaut worden sei und es ihr schon daher gar nicht möglich gewesen sei, sich selbstständig zu duschen. An dieser Stelle ist die Beschwerdeführerin auf die ihr in diesem Zusammenhang obliegende Schadenminderungspflicht hinzuweisen, wonach die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare vorzukehren hat, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mildern. Kann die Selbstständigkeit zumutbarerweise erhalten bleiben, liegt mit anderen Worten keine Hilflosigkeit vor (vgl. SVR 2004 AHV Nr. 19 S. 61 f. E. 1.3 mit Hinweisen). Folgerichtig muss im vorliegenden Fall der Aussage der Beschwerdeführerin entgegengehalten werden, dass es ihr unter dem Aspekt der Schadenminderungspflicht zumutbar gewesen wäre, die Dusche früher behindertengerecht umbauen zu lassen.

Gemäss der Beschwerdeführerin liege ein offensichtlicher Interessenkonflikt der IV-Stelle als "Vertreter" der Ausgleichskasse vor, daher könne von ihr keine unabhängige Abklärung erwartet werden, weshalb die Abklärungen und Berichte vor dem Gericht unerheblich seien. Laut Art. 43^{bis} Abs. 5 Satz 2 AHVG obliegt es der IV-Stelle zuhanden der Ausgleichskasse die Hilflosigkeit zu bemessen. Überdies hat sie als Abklärungsorgan über den Anspruch zu entscheiden und den Entscheid an die zuständige Ausgleichskasse weiterzuleiten (vgl. ROBERT ETTLIN, Die Hilflosigkeit als versichertes Risiko in der Sozialversicherung, Freiburg 1998, S. 289). Darum ist am Vorgehen der Ausgleichskasse nichts zu beanstanden.

10. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Entscheid der Ausgleichskasse, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar gewesen wäre zu duschen statt mit Unterstützung zu baden, rechtmässig ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

11. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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