



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. Mai 2016 (710 15 242)

Alters- und Hinterlassenenversicherung

Gutheissung der Beschwerde. Die Angelegenheit wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit diese weitere Abklärungen im Bereich der Körperpflege (Baden/Duschen) vornimmt. Gestützt darauf hat die Beschwerdegegnerin erneut über den Anspruch der Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung der AHV zu entscheiden.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger,
Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

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

gegen

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

Betreff Hilflosenentschädigung

A. Die 1938 geborene A._____ meldete sich am 13. November 2014 (Eingang) 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 das Leistungsbegehren der Versicherten ab. Aufgrund ihrer

Abklärungen hätten sie festgestellt, dass A.____ seit Januar 2011 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 hiergegen erhobene Einsprache wies die Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber mit Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch B.____, am 13. Juli 2015 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 aufzuheben und das Leistungsbegehren auf Hilflosenentschädigung rückwirkend ab 1. April 2011 gutzuheissen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 aufzuheben und das Leistungsbegehren auf Hilflosenentschädigung rückwirkend ab 1. November 2013 gutzuheissen. Subeventualiter sei die Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft/Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber anzuweisen, das Leistungsbegehren auf Hilflosenentschädigung rückwirkend ab 1. Juli 2015 gutzuheissen. In verfahrensmässiger Hinsicht beantragte sie, es sei ihr Einsicht in die Akten der Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft/Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber zu gewähren und es sei ihre Hilflosigkeit im Sinne des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts gutachterlich abzuklären; unter Kostenfolge zu Lasten der Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft/Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass sie in mehr als zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen sei, wegen der permanenten Sturzgefahr dauernder persönlicher Überwachung bedürfe sowie wegen ihrer Immobilität gesellschaftliche Kontakte nur Dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter pflegen könne. Damit liege mindestens eine leichte, wenn nicht sogar eine mittlere Hilflosigkeit vor.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 9. September 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

D. In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Beschwerdeführerin mit Replik vom 26. November 2015 und die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 30. Dezember 2015 an ihren eingangs gestellten Rechtsbegehren fest.

E. Die Beschwerdeführerin beantragte in ihrer Beschwerdebegründung sowie in ihrem Schreiben vom 12. Februar 2016 die Befragung von diversen Personen als Auskunftspersonen. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 18. März 2016 wurde dieser Antrag unter Vorbehalt des Beschlusses durch das Dreiergericht vorerst abgewiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben werden.

Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ist vorliegend somit gegeben. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 13. Juli 2015 ist deshalb einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der AHV hat.

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 Absatz 1 nicht mehr gegeben sind (Art. 43^{bis} Abs. 2 AHVG). Die monatliche Entschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades beträgt 80 Prozent, jene für eine Hilflosigkeit mittleren Grades 50 Prozent und für eine Hilflosigkeit leichten Grades 20 Prozent des Mindestbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 5 (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).

Gemäss 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 Absätze 1, 2 Buchstaben a und b sowie 3 Buchstaben a-d der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sinngemäss anwendbar.

3.2 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 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 der 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 erhebli-

cher 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 Hilfslosigkeit 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.

3.3 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 97 E. 3c, 121 V 90 E. 3; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht] 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 Hilfslosigkeit 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 blosser Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründet grundsätzlich keine Hilfslosigkeit (ZAK 1989 S. 213, 1986 S. 481).

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 Hilfslosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen wie auch bei der Hilfslosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Ärzte-

schaft 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 Berichtstext 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 468 E. 11.1.1, 130 V 63 E. 6.2; Urteil des EVG vom 2. Juni 2004, I 127/04, mit Hinweis auf BGE 129 V 67 E. 2.3.2, BGE 128 V 93; Urteil des EVG vom 4. September 2001, I 175/01).

5. Für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation bzw. für die Bemessung der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin stehen die nachfolgenden Unterlagen zur Verfügung:

5.1 Im Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 20. November 2013 berichteten Dr. med. 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 die folgenden Diagnosen: eine Reposition, Osteosynthese proximales Femur links mittels Cerclage und 10-Loch DCS am 12. Oktober 2013 (1.), einen Verdacht auf ein Rezidiv einer lymphozytären Colitis (2.), eine passagere Hyponatriämie (3.), eine passagere Hypokaliämie (4.), einen Status nach Cataracta Operation beidseits (5.), einen Morbus Parkinson mit dementieller Entwicklung, linksbetontem hypokinetischem rigidem Syndrom mit intermittierendem Tremor und posturaler Instabilität (6.), eine koronare 3-Gefässerkrankung (7.), einen Status nach 3-4 Etagenthrombose links 03/2013 (8.), einen Status nach passageren Armschmerzen links unklarer Genese 07/2013 (9.), drop attacks mit rezidivierenden Stürzen (10.) sowie eine vaskuläre Enzephalopathie und zerebrale Atrophie mit intermittierenden Verwirrheitszuständen (11.).

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

5.3 Am 29. September 2014 berichteten Prof. Dr. med. 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. Als weitere Diagnosen wurden im Wesentlichen die folgenden 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 Anmeldung vom 13. November 2014 gab die Versicherte an, unter diversen Beschwerden zu leiden, zum Beispiel unter 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 und teilweise Begleitung, ausserdem benötige sie einen Stock 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 einnehmen müsse. Die Frage, ob sie persönlich überwacht werden müsse, wurde von der Versicherten verneint. Das Anmeldeformular wurde vom Ehemann der Versicherten ausgefüllt und von beiden Ehegatten unterzeichnet.

Dr. F._____ hielt im Anmeldeformular unter dem Abschnitt „Angaben des behandelnden Arztes“ am 1. November 2014 als Diagnosen rezidivierende Stürze multifaktoriell bei Morbus Parkinson, Demenz, einen Status nach Hirninsult 2005, ein Subduralhämatom 2007, eine koronare Herzkrankheit sowie einen Infarkt 1995 fest. Er gab an, dass sich die Angaben der Versicherten im Anmeldeformular mit den von ihm erhobenen Befunden decken würden.

5.5 Weiter liegt den Akten ein „Abklärungsbericht Hilflosigkeit AHV“ vor, welcher am 19. Januar 2015 von I._____ erstellt wurde. Bei der Abklärung vor Ort seien die Beschwerdeführerin, ihr Ehemann, ihre Haushälterin Frau J._____ sowie Herr I._____ von der IV-Stelle anwesend gewesen. Herr I._____ hielt unter den Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung fest, dass bei der Versicherten gemäss den medizinischen Unterlagen rezidivierende Stürze, Parkinson, Demenz, ein Status nach Hirninsult 2005, ein Subduralhämatom 2007, eine koronare Herzkrankheit sowie ein Infarkt 1995 vorliegen würden. Die Frage, ob die Beschwerdeführerin wegen ihrer Hilflosigkeit und trotz der Verwendung von Hilfsmitteln regelmässig in erheblicher Weise der Hilfe Dritter bedürfe, bejahte Herr I._____ lediglich bei der Lebensverrichtung der Fortbewegung im Freien. Diese Einschränkung bestehe seit Januar 2011. Die Versicherte verlasse das Haus ausschliesslich mit dem Rollator und in Begleitung. Sie leide unter Knie- und Rückenschmerzen. Spaziergänge mit dem Rollator erfolgten verlangsamt bis maximal 200 Meter am Stück. Öffentliche Verkehrsmittel würden nicht genutzt, da die Beschwerdeführerin nicht rasch genug aus diesen ein- und aussteigen könne. Unter dem Bereich Körperpflege, Baden/Duschen führte Herr I._____ aus, dass die Versicherte nicht dusche, sondern bade, da ihr dies lieber sei. Beim Baden müsse die Haushälterin sie beim Ein- und Aussteigen in die/aus der Badewanne stützen. Sie trockne sich anschliessend selbständig ab und könne sich genügend

waschen. 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. Das Baden erfolge aufgrund persönlicher Vorlieben. Die geleistete Dritthilfe beim Ein- und Aussteigen erfolge nicht im nötigen erheblichen Rahmen. Die Versicherte sei körperlich in der Lage, sich selbständig zu duschen und genügend zu waschen. Unter dem Bereich der Fortbewegung bemerkte Herr I._____ hinsichtlich der Pflege gesellschaftlicher Kontakte, dass die Beschwerdeführerin selbständig TV und Radio konsumiere und regelmässig lese. Schreiben könne sie nur noch stark eingeschränkt und unleserlich. Gesellschaftliche Kontakte könnten mit dem Telefon gepflegt werden. Die Versicherte sei geistig nicht eingeschränkt und könne Kontakte selbständig pflegen. Körperlich bedingt könne sie nur kurz an Anlässen teilnehmen. Diese Einschränkung sei unter dem Punkt der Fortbewegung berücksichtigt worden. Geistig sei die Beschwerdeführerin gemäss eigener Aussage nicht eingeschränkt. Bejaht wurde des Weiteren die Frage, ob die Versicherte der dauernden medizinisch pflegerischen Hilfe bedürfe. Die Haushälterin ziehe ihr die Beinschiene an, dies seit November 2014.

5.6 In ihrer leistungsablehnenden Verfügung vom 23. Januar 2015 stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Abklärungsbericht vom 19. Januar 2015. Nachdem die Versicherte dagegen Einsprache erhoben hatte, nahm Herr I._____ am 18. März 2015 Stellung dazu. Er führte aus, im Anmeldeformular sei eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe in den Bereichen Körperpflege (Baden/Duschen) und Fortbewegung (im Freien und Pflege gesellschaftlicher Kontakte) angegeben worden. Die geltend gemachte Dritthilfe in den Bereichen des Haushaltes (Reinigung der Toilette) könne gemäss KSIH Rz. 8010 nicht für die Bemessung der Hilflosigkeit angerechnet werden. Vor Ort habe die Versicherte angegeben, sich morgens ohne Dritthilfe an- und ausziehen zu können. Die geltend gemachte Dritthilfe bei den Stützstrümpfen werde unter dem Bereich der medizinisch-pflegerischen Dritthilfe angerechnet. Dies gelte auch für das Eincremen der Beine, das Anziehen der Beinschiene sowie die Einnahme und Kontrolle der Medikation (wobei die Beschwerdeführerin vor Ort angegeben habe, die Medikamente selbständig einnehmen zu können). Des Weiteren sei es der Versicherten gemäss KSIH Rz. 8085 zumutbar, ohne Dritthilfe zu duschen. Dies hätte für die Körperpflege keinen Einfluss. Dabei könnte sie sich auf einem Duschstuhl sitzend selbständig einseifen und anschliessend abduschen. Im Abklärungsgespräch habe sie ihm mitgeteilt, dass sie sich selber abtrocknen könne. Die Versicherte sei im Bereich der Notdurft ebenfalls auf keine erhebliche und/oder regelmässige Dritthilfe im Sinne des KSIH Rz. 8021 angewiesen. Sie habe angegeben, selbständig die Toilette aufsuchen und sich intim reinigen zu können. Eine Dritthilfe sei im Anmeldeformular auch klar verneint worden. Eine allfällige Unterstützung bei Durchfall erfolge nicht im anrechenbaren regelmässigen Umfang gemäss KSIH Rz. 8025 (täglich) und könne daher auch nicht angerechnet werden. Die permanente Sturzgefahr und dadurch benötigte Begleitung an Anlässe und Termine (Arzt etc.) sei im Bereich der Fortbewegung im Freien angerechnet worden. Gesellschaftliche Kontakte würden von der Beschwerdeführerin weiterhin ohne Dritthilfe gepflegt. Dies sei ihr altersentsprechend im familiären Rahmen mit Einsatz diverser Hilfsmittel (Telefon, TV, Radio) möglich. Auch schaue sie regelmässig TV und könne sich so über das Geschehen in ihrem Umfeld informieren. Eine dauernde persönliche Überwachung sei auf dem Anmeldeformular verneint worden. Es habe weder aus den medizinischen Unterlagen noch vor Ort eine Eigen- oder Fremdgefährdung festgestellt werden können, welche eine dauernde und persönliche Überwa-

chung rechtfertige. Abschliessend führte Herr I.____ aus, dass die Situation vor Ort gemeinsam mit der Versicherten, ihrem Ehemann und der Pflegerin besprochen worden sei. Eine anrechenbare, erhebliche und regelmässige Dritthilfe sei in einem Bereich der alltäglichen Lebensverrichtungen notwendig (Fortbewegung im Freien). Sämtliche weitere, von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Dritthilfe erfolge nicht im erheblichen und regelmässigen Ausmass oder berühre Bereiche, welche nicht die alltäglichen Lebensverrichtungen betreffen würden. Die Situation vor Ort habe der in der Anmeldung vom 13. November 2014 wiedergegebenen nötigen Dritthilfe entsprochen. Das Gespräch sei adäquat, klar und ohne Anzeichen auf eine eingeschränkte Situation der Gesprächspartner verlaufen. Der schriftlichen Anmeldung und Aussage vor Ort sei somit eine hohe Verbindlichkeit zu attestieren (Aussage der ersten Stunde).

5.7 Im Rahmen des Einspracheverfahrens berichtete Herr I.____ am 12. Mai 2015 von seiner ergänzenden telefonischen Abklärung mit der Versicherten. Diese habe ihm mitgeteilt, dass sie aufgrund einer Urininkontinenz täglich Einlagen benötige. Die Einlagen würden von ihr selbstständig und regelmässig gewechselt. Eine Dritthilfe im Bereich der Notdurft sei nicht nötig. Sie reinige sich selbstständig nach dem Toilettengang intim und werde auch nicht auf die Toilette begleitet. Herr I.____ führte weiter aus, das Telefongespräch sei adäquat verlaufen und die Beschwerdeführerin habe objektiv Auskunft geben können. Geistige Einschränkungen seien gemäss den vorhandenen medizinischen Akten nicht dokumentiert. Die Aussage der Versicherten sei somit verbindlich. Als Fazit schloss Herr I.____, eine eventuelle Dritthilfe in Ausnahmesituationen wie Durchfall erfülle in diesem Falle nicht das erforderliche Kriterium der Regelmässigkeit nach KSIH Rz. 8025. Die Beschwerdeführerin sei somit im Bereich der Notdurft nicht auf erhebliche und/oder regelmässige Dritthilfe angewiesen.

6.1 Die Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber stütze sich im Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 weiterhin auf den Abklärungsbericht vom 19. Januar 2015 und ging demzufolge davon aus, dass die Versicherte seit Januar 2011 in einer alltäglichen Lebensverrichtung (Fortbewegung im Freien) der Dritthilfe bedürfe. Zusätzlich benötige sie seit November 2014 medizinisch-pflegerische Hilfe. Die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung seien damit nicht erfüllt.

6.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich in ihrer Beschwerde vom 13. Juli 2015 auf den Standpunkt, die Beweistauglichkeit des Telefonates vom 12. Mai 2015 müsse – sofern das Telefonat überhaupt stattgefunden habe – aufgrund ihrer neurologischen Erkrankung und ihres psychischen Zustandes ernsthaft in Frage gestellt werden. Bereits bei der Befragung vor Ort sei sie mit Suggestivfragen dazu gebracht worden, ihre Hilfs- und Überwachungsbedürftigkeit zu verneinen. Weiter ziehe sie es nicht aus persönlichen Gründen vor, zu baden statt zu duschen. Sie könne weder selbstständig duschen noch baden und sei somit bei der täglichen Körperpflege auf jeden Fall auf Hilfe angewiesen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sie seit 1. April 2011 (Einstellung der Haushälterin und Pflegerin); eventualiter spätestens ab 1. November 2013 (Fraktur des Oberschenkels); subeventualiter allerspätstens ab 1. Juli 2015 (ihr Allgemeinzustand habe sich kontinuierlich verschlechtert) in mehr als zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen sei (körperliche Grundpflege, An- und Auskleiden, Medikamenteneinnahme), wegen der permanenten

Sturzgefahr dauernder persönlicher Überwachung bedürfe sowie wegen ihrer Immobilität gesellschaftliche Kontakte nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter pflegen könne. Es liege somit mindestens eine leichte, wenn nicht sogar eine mittlere Hilflosigkeit vor.

6.3 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nahm Herr I._____ am 25. August 2015 erneut Stellung zu den Einwänden der Versicherten. Er führte aus, das Gespräch vor Ort habe in einem sehr freundlichen und angenehmen Klima im Wohnzimmer der Versicherten stattgefunden. Alle anwesenden Personen hätten aktiv daran teilgenommen und sich jederzeit zu den Aussagen der Beschwerdeführerin äussern können. Die Unterstellung von Suggestivfragen müsse klar verworfen werden. Die Abklärungsperson verfolge einzig das Ziel, die Situation vor Ort wahrheitsgetreu und realistisch zu erfassen und in einem dazu definierten Bericht schriftlich wiederzugeben. Eine Suggestion der Versicherten mit Aussagen und Fragen wäre in jedem Fall kontraproduktiv und deshalb in der Praxis unzulässig. Wie bereits im Abklärungsbericht vom 19. Januar 2015 festgehalten, könne die Assistenzhilfe seitens der Betreuerin beim Ein- und Aussteigen in die/aus der Badewanne nicht als erhebliche Dritthilfe im Sinne des KSIH Rz. 8026 anerkannt werden. Die Beschwerdeführerin müsse nicht zwingend gestützt werden. Die Assistenz und Anwesenheit erfolge präventiv, da die Versicherte eventuell stürzen könnte, da sie stets bade und daher tief sitzen müsse. Gemäss Aussagen der Versicherten wäre sie in der Lage, sich in der Dusche selbständig abzuduschen und anschliessend abzutrocknen. Eine regelmässige und/oder erhebliche Dritthilfe beim Duschen könne somit klar verneint werden. Die aktuelle Situation erfülle die Kriterien im Bereich der Körperpflege nach KSIH Rz. 8020 nicht, weshalb die Dritthilfe hierbei nicht angerechnet werden dürfe. Die Situation vor Ort in Kombination mit den Angaben von Dr. F._____ vom 1. November 2014 würde zeigen, dass die Beschwerdeführerin sehr wohl in der Lage sei, die Situation adäquat und wahrheitsgetreu wiederzugeben. Sie habe im erneuten Telefongespräch am 12. Mai 2015 das Telefon adäquat abnehmen und sich auf Anhieb an die Abklärungsperson erinnern können.

6.4 Die Beschwerdegegnerin vertrat in ihrer Vernehmlassung vom 9. September 2015 die Auffassung, die Abklärung vor Ort sowie die telefonische Abklärung entsprächen im Wesentlichen den Angaben der Anmeldung und des Hausarztes. Im Gegensatz zu diesen in sich stimmigen Vorakten sei in der Einsprache erstmals Bedarf an Dritthilfe in Bereichen angegeben worden, in welchen dieser zuvor immer negiert worden sei. Zudem stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme von Herrn I._____ vom 25. August 2015 und führte ergänzend aus, wäre die Befragung tatsächlich in der in der Beschwerde dargelegten Weise durchgeführt worden, wäre zu erwarten gewesen, dass sich die Versicherte oder eine der anderen anwesenden Personen zeitnah über diese Vorgehensweise beschwert hätte. Weiter vermöge der Bedarf an Einlagen als solches keine Hilflosigkeit zu begründen. Aus den eingeholten medizinischen Unterlagen ergäben sich schliesslich keine neuen Hinweise auf eine Hilflosigkeit. Im Gegenteil werde darin die Darstellung des Abklärungsdienstes bezüglich des Zustandes der Beschwerdeführerin bestätigt („Bei Eintritt sahen wir eine 75jährige Patientin in unauffälligem Allgemeinzustand, bewusstseinsklar, psychisch unauffällig“).

7.1 Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Bereich Fortbewegung regelmässig und in erheblichem Masse der Dritthilfe bedarf. Ebenfalls einig sind sich die Parteien darüber, dass die Versicherte in verschiedenster Hinsicht dauernde Pflege (medizinisch-pflegerische Hilfe) benötigt. Auf diese Punkte ist daher im Folgenden nicht weiter einzugehen. Streitig ist hingegen insbesondere, ob die Versicherte in den beiden alltäglichen Lebensverrichtungen des Verrichtens der Notdurft sowie der Körperpflege auf Dritthilfe angewiesen ist. Weiter ist umstritten, ob die Beschwerdeführerin der dauernden persönlichen Überwachung bedarf.

7.2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin dauernd persönlich überwacht werden muss. Der Begriff der dauernden persönlichen Überwachung bezieht sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Hilfeleistungen, die bereits als direkte oder indirekte Hilfe in einem Bereich der alltäglichen Lebensverrichtung Berücksichtigung gefunden haben, können bei der Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit nicht nochmals ins Gewicht fallen. Vielmehr ist darunter eine medizinische und pflegerische Hilfeleistung zu verstehen, welche infolge des physischen und/oder psychischen Gesundheitszustandes der versicherten Person notwendig ist. Um als anspruchrelevant zu gelten, muss die persönliche Überwachung ein gewisses Mass an Intensität aufweisen. Eine Überwachungsbedürftigkeit darf angenommen werden, wenn die versicherte Person ohne Überwachung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sich selbst oder Dritte gefährden würde (KSIH Rz. 8035). Im Anmeldeformular hat die Beschwerdeführerin die Frage, ob sie persönlich überwacht werden müsse, verneint. Im Rahmen des Einspracheverfahrens sowie des Beschwerdeverfahrens brachte die Versicherte dann erstmals vor, aufgrund der permanenten Sturzgefahr einer dauernden Überwachung zu bedürfen. Dem ist entgegenzuhalten, dass diese Aussage nicht mit der Aktenlage in Übereinstimmung gebracht werden kann. Denn sie wird weder durch Dr. F.____ noch durch die Abklärungsperson noch durch sonstige (medizinische) Verfahrensakten bestätigt. Ausserdem erscheint es nicht nachvollziehbar, wieso die Beschwerdeführerin dies nicht bereits im Anmeldeformular geltend gemacht hat. An dieser Stelle ist anzumerken, dass das Anmeldeformular nicht von der Versicherten selbst, sondern von ihrem Ehemann ausgefüllt wurde. Allfällige geistige bzw. psychische Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin können dementsprechend keine Rechtfertigung dafür sein, dass diese Frage nicht schon damals bejaht worden ist. Ferner ist festzuhalten, dass, wenn die Versicherte beim Duschen/Baden oder bei der Fortbewegung im Freien aufgrund sturzbedingter Verletzungsgefahr gestützt werden muss, diese Hilfeleistungen in diesen Bereichen berücksichtigt werden und daher gemäss obgenannter Regelung nicht nochmals bei der Beurteilung der Überwachungsbedürftigkeit eine Rolle spielen dürfen. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin die Notwendigkeit einer dauernden persönlichen Überwachung zu Recht verneint.

7.2.2 Des Weiteren ist zu prüfen, ob die Versicherte im Bereich des Verrichtens der Notdurft auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person für die Körperreinigung bzw. das Überprüfen der Reinlichkeit, für das Ordnen der Kleider oder für das Absitzen bzw. Wiederaufstehen der Hilfe Dritter bedarf (BGE 121 V 88 E. 6). Hilflosigkeit ist ferner bei einer unüblichen Art der Verrichtung der Notdurft gegeben (beispielsweise Topf ans Bett bringen und entleeren, Urinflasche reichen, mit dem Urinal ausrüsten, regelmässige Hilfe

beim Urinieren usw.) (KSIH, Rz. 8021 1/14). Im Anmeldeformular verneinte die Beschwerdeführerin die Frage, ob sie bei der Notdurft auf regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen sei. Auch in der Einsprache brachte sie nicht vor, beim Verrichten der Notdurft erhebliche Dritthilfe zu benötigen. Ausgeführt wurde hingegen im Wesentlichen, dass die Versicherte an Inkontinenz und starkem Durchfall leide und deswegen tagsüber und nachts Windeln tragen müsse. Die Inkontinenz und der Durchfall führten dazu, dass das Bett, das Badezimmer, die Toilette sowie weitere Räumlichkeiten regelmässig verschmutzt seien und gründlich gereinigt werden müssten. Dies könne von der Beschwerdeführerin nicht mehr oder nur unzureichend selber ausgeführt werden. Damit wird aber nicht geltend gemacht, dass die Versicherte beim Verrichten der Notdurft an und für sich auf Dritthilfe angewiesen sei, sondern bei den Reinigungsarbeiten, die aufgrund der Inkontinenz sowie des Durchfalls entstehen. Auf dieses Vorbringen wird nachfolgend unter der E. 7.2.4 näher einzugehen sein. Die Beschwerdeschrift setzte sich sodann nicht weiter mit dem Bereich des Verrichtens der Notdurft auseinander. In der Replik brachte die Beschwerdeführerin erstmals vor, dass ihre Windeln von der Haushälterin und der Vertreterin gewechselt und entsorgt werden müssten. Sie selbst sei nicht in der Lage, dies zu erledigen, da sie die Windeln nicht richtig zuklebe und diese dadurch undicht seien. Ab und zu ziehe sie die Windeln selber aus, diese lasse sie dann stundelang irgendwo offen herumliegen, da sie aufgrund ihrer Demenz- und Parkinsonerkrankung vergesse, diese zu entsorgen. In der Zusammenfassung der Anträge wurde eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe im Bereich des Verrichtens der Notdurft jedoch weiterhin nicht geltend gemacht. Anlässlich der telefonischen Abklärung (vgl. E. 5.7 hiervor) gab die Versicherte an, im Bereich der Notdurft keine Hilfe zu benötigen. Wie nachfolgend noch aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 7.2.3), kann auf die Aussagen der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer geistigen Verfassung nicht vollumfänglich abgestellt werden. Im Bereich des Verrichtens der Notdurft stimmen ihre telefonisch getätigten Angaben jedoch weitestgehend mit der Aktenlage überein. Eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe wurde im Anmeldeformular noch klar verneint. Im Einspracheverfahren wurden sodann insbesondere die mit dem Verrichten der Notdurft zusammenhängenden Reinigungsarbeiten vorgebracht. Des Weiteren enthielt die Beschwerdeschrift keine Ausführungen oder Anträge in Bezug auf den Bereich des Verrichtens der Notdurft. In der Replik führte die Beschwerdeführerin erstmals aus, dass die Windeln von ihrer Haushälterin und ihrer Vertreterin gewechselt und entsorgt werden müssten. Vor diesem Hintergrund stellen die Ausführungen in der Replik lediglich Parteibehauptungen dar und vermögen angesichts des späten Vorbringens nicht zu überzeugen. Unter diesen Umständen ist eine Dritthilfe im Bereich des Verrichtens der Notdurft zu verneinen.

7.2.3 Schliesslich ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Bereich der Körperpflege, namentlich beim Baden/Duschen auf Dritthilfe angewiesen ist. Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person eine täglich notwendige Verrichtung im Rahmen der Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen) nicht selber ausführen kann (KSIH, Rz. 8020). In ihrer Anmeldung bejahte die Versicherte die Frage, ob sie im Bereich Körperpflege auf Dritthilfe angewiesen sei. Sie vermerkte, dass sie beim Ein- und Aussteigen in die/aus der Badewanne Hilfe benötige. In ihrer Beschwerde führte sie aus, dass sie es nicht aus persönlichen Gründen vorziehe, zu baden statt zu duschen. Sie könne weder selbständig duschen noch baden und sei somit bei der täglichen Körperpflege auf jeden Fall auf Hilfe angewiesen. Aufgrund der medizi-

nischen Aktenlage ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin in den vergangenen Jahren bereits einige Male gestürzt ist. Lediglich in Bezug auf den einen Sturz im Jahre 2014 geht aus den Akten hervor, dass die Versicherte unter Alkoholeinfluss gestürzt ist. Gemäss der Diagnose der Ärzte des Spitals C._____ leidet sie ausserdem unter sogenannten „drop attacks“ mit rezidivierenden Stürzen. Als „drop attack“, deutsch "Sturzattacke", bezeichnet man ein plötzliches Sturzereignis bei ungetrübter Bewusstseinslage in Folge eines Tonusverlustes der unteren Extremitäten. Des Weiteren wurde bei der Beschwerdeführerin ein Morbus Parkinson mit unter anderem linksbetontem hypokinetischen rigiden Syndrom mit intermittierendem Tremor (Zittern) und posturaler Instabilität (Haltungsinstabilität) diagnostiziert. Insofern erstaunt die Aussage der Beschwerdegegnerin, dass die Beschwerdeführerin beim Baden/Duschen nicht zwingend gestützt werden müsse. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrem Entscheid auf den Abklärungsbericht von Herrn I._____. Dieser wiederum stützte sich in seinen Berichten im Wesentlichen auf die Aussagen der Beschwerdeführerin, welche angab, selbständig duschen zu können. Die Abklärungsperson wies in ihren verschiedenen Berichten und Stellungnahmen wiederholt darauf hin, dass die Versicherte geistig nicht eingeschränkt sei und dass auf ihre Aussagen abgestellt werden könne (vgl. E. 5.5 und 5.7 hiervor). Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss der medizinischen Aktenlage an Morbus Parkinson mit dementieller Entwicklung bzw. an Demenz sowie Verwirrheitszuständen leidet (vgl. E. 5.1 und 5.3 hiervor). Herr I._____ hielt auf der ersten Seite seines Berichts vom 19. Januar 2015 unter den Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung unter anderem fest, dass bei der Beschwerdeführerin rezidivierende Stürze, Parkinson und Demenz vorliegen würden. Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, dass er an anderen Stellen desselben Berichtes, in seinen ergänzenden Stellungnahmen dazu sowie in seinem Bericht über die telefonische Abklärung festhält, dass die Versicherte geistig nicht beeinträchtigt sei. Insofern bleibt fraglich, ob Herr I._____ im vorliegenden Fall – wie es die Rechtsprechung für einen voll beweiskräftigen Abklärungsbericht fordert (vgl. E. 4 hiervor) – mit den seitens der Medizin gestellten Diagnosen bzw. insbesondere den sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen vertraut war. Unter diesen Umständen ist es notwendig, dass die Beschwerdegegnerin im Bereich der Körperpflege, namentlich des Badens/Duschens, anhand eines neuen Berichtes abklären lässt, inwiefern die Versicherte auf regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen ist. Daraus folgt, dass die Beschwerde insofern gutzuheissen ist, als die Angelegenheit in diesem Punkt zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

7.2.4 Schliesslich ist der Vollständigkeit halber festzuhalten, dass die Haushaltsführung nicht zu den alltäglichen Lebensverrichtungen gehört (KSIH, Rz. 8012). Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Anmeldung angegeben, nicht in der Lage zu sein, den Haushalt zu führen, weshalb sie seit April 2011 eine Haushälterin habe. Ausserdem hat sie vorgebracht, dass sie die Reinigung der infolge Inkontinenz und Durchfall verschmutzten Räumlichkeiten nicht oder nur unzureichend selber ausführen könne (vgl. E. 7.2.2 hiervor). Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch festzustellen, dass dies aufgrund vorgenannter Bestimmung vorliegend nicht im Rahmen der Einschränkungen in den alltäglichen Lebensverrichtungen berücksichtigt werden kann. Des Weiteren sind Hilfsmittel, die der medizinischen Behandlung dienen (beispielsweise die von der Beschwerdeführerin benötigten Kompressionsstrümpfe oder die orthopädische Beinschiene) nicht unter der Verrichtung Ankleiden/Auskleiden, sondern bei der Pflege zu berücksichtigen.

Die dauernde Pflege bzw. die medizinische oder pflegerische Hilfeleistung beinhaltet zum Beispiel auch das tägliche Verabreichen von Medikamenten oder das Anlegen einer Bandage (BGE 107 V 136) (KSIH Rz. 8032). Beim An-/Auskleiden dürfen nur Hilfsmittel berücksichtigt werden, die zur Aufrechterhaltung einer alltäglichen Lebensverrichtung dienen (zum Beispiel Orthese oder Prothese für das Gehen) (KSIH, Rz. 8014.1).

7.3 Aus dem Gesagten folgt, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 aufzuheben und die Beschwerde der Versicherten vom 13. Juli 2015 insofern gutzuheissen ist, als die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese im Sinne der Erwägungen (vgl. insbesondere E. 7.2.3 hiervor) weitere Abklärungen im Bereich der Körperpflege (Baden/Duschen) vornehme und gestützt darauf über den Leistungsanspruch der Versicherten neu verfüge.

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

9.1 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 gutzumachenden 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.

9.2 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 **erkannt** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Juni 2015 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber zurückgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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