

200 15 899 AHV
SCJ/LUB/OGM/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Mai 2016

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Ausgleichskasse des Kantons Bern
Abteilung Leistungen, Chutzenstrasse 10, 3007 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 11. September 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1944 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezieht rückwirkend seit dem 1. Januar 2011 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV; Akten der Invalidenversicherung [IV; act. II] 50 f.). Nachdem die Versicherte anlässlich einer eingeleiteten Revision im Oktober 2012 sinngemäss eine Erhöhung der Hilflosenentschädigung beantragt hatte (act. II 52 f., 55), verfügte die Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB bzw. Beschwerdegegnerin) am 11. November 2013 die Abweisung des betreffenden Gesuchs (act. II 57). Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II 58/2 ff.) wies sie mit Entscheid vom 11. März 2014 (act. II 67) ab. Mit Urteil vom 19. Mai 2014 (AHV/2014/283; act. II 72) verneinte auch das Verwaltungsgericht des Kantons Bern (act. II 72/2 - 17) den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades. Das Bundesgericht (BGer) trat mit Entscheid vom 30. Juni 2014, 9C_488/2014 (act. II 75), auf die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 73/3 - 5) nicht ein.

B.

Im Rahmen des von Seiten der Versicherten am 3. August 2014 gestellten Gesuchs um Revision der Hilflosenentschädigung (act. II 76) holte die IVB einen medizinischen Bericht von Dr. med. C. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH (act. II 77), ein und erteilte einen weiteren Abklärungsauftrag, wobei die IVB in diesem Zusammenhang den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme aufforderte (act. II 79). Gestützt auf den Abklärungsbericht vom 24. Februar 2015 (act. II 80/2 - 7) wies die AKB das Revisionsgesuch mit Verfügung vom 7. Mai 2015 (act. II 83) ab. Die mit Einsprache der Versicherten eingereichten Arztberichte (act. II 86/2 - 17) legte die IVB dem RAD zur Stellungnahme vor. Nachdem der Versicherten Gelegenheit gegeben wurde sich hierzu zu äussern (act. II 88 - 91), verneinte die AKB mit Einspracheentscheid vom

11. September 2015 (act. II 92) eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands.

C.

Dagegen liess die Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin B. _____, mit Eingabe vom 14. Oktober 2015 Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 11. September 2015 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei die ihr zustehende Hilflosenentschädigung schweren Grades auszurichten.
3. Eventualiter: Die Beschwerdegegnerin habe den rechtserheblichen Sachverhalt umfassend abzuklären und im Nachgang dazu erneut über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu entscheiden.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin, unter Hinweis auf die eingeholte Stellungnahme des RAD vom 27. Oktober 2015 (Beschwerdeantwortbeilage [BAB]; in den Gerichtsakten), die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 16. Dezember 2015 bzw. Duplik vom 28. Januar 2016 hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom

11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 84 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946 [AHVG; SR 831.10]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 11. September 2015 (act. II 92). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Hilflosenentschädigung und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Erhöhung der Hilflosenentschädigung leichten Grades zu Recht verneint hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben Bezüger von Altersrenten oder Ergänzungsleistungen mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die in schwerem, mittlerem oder leichtem Grad hilflos (Art. 9 ATSG) sind (Art. 43^{bis} Abs. 1 AHVG). Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG).

2.2 Für die Bemessung der Hilflosigkeit sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20) 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). Er hat von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und in Art. 66^{bis} Abs. 1 der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 31. Oktober 1947 (AHVV; SR 831.101) für die Bemessung der Hilflosigkeit Art. 37 Abs. 1, Abs. 2 lit. a und b sowie Abs. 3 lit. a - d der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV; SR 831.201) sinngemäss anwendbar erklärt. Soweit der Bundesrat in Art. 66^{bis} Abs. 1 AHVV bei der Bemessung der Hilflosigkeit den Bedarf an lebenspraktischer Begleitung (Art. 37 Abs. 2 lit. c IVV) im Bereich der AHV unberücksichtigt lässt, entspricht diese Regelung dem Willen des Gesetzgebers und verstösst weder gegen das verfassungsmässige Gleichbehandlungsgebot oder das Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 1 und 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) noch gegen das Gesetz (Art. 43^{bis} Abs. 5 AHVG; BGE 133 V 569 E. 5.4 und E. 5.5 S. 573).

2.3 Die Hilflosigkeit gilt 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 der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 IVV).

Die Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a) in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b) in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 2 IVV).

Nach der Rechtsprechung ist im Rahmen von lit. a dieser Bestimmung Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen vorausgesetzt (BGE 121 V 88 E. 3b S. 90).

Die Hilflosigkeit gilt als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln

- a) in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b) einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;
- c) einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwändigen Pflege bedarf;
- d) wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (Art. 37 Abs. 3 IVV).

Nach der herrschenden Praxis (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen relevant:

- Ankleiden, Auskleiden;
- Aufstehen, Absitzen, Abliegen;
- Essen;
- Körperpflege;
- Verrichtung der Notdurft;
- Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Die benötigte Hilfe kann praxisgemäss nicht nur in direkter Dritthilfe, sondern auch bloss in Form einer Überwachung der versicherten Person bei Vornahme der relevanten Lebensverrichtungen bestehen, indem etwa die Drittperson sie auffordert, eine Lebensverrichtung vorzunehmen, die sie wegen ihres psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (sog. indirekte Dritthilfe; BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463).

2.4 Die Bestimmungen über die Revision und Neu anmeldung bei der Hilflosenentschädigung der IV sind im Bereich der AHV sinngemäss anwendbar (Art. 66^{bis} Abs. 2 AHVV). Gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG wird – nebst der Rente – auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Ändert sich der Grad der Hilflosigkeit in erheblicher Weise, so finden die Artikel 87 bis 88^{bis} IVV Anwendung.

Für die Bestimmung der massgeblichen Vergleichszeitpunkte gelten die zur Rentenanpassung entwickelten Grundsätze analog (JELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 17 N. 68). Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungsverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Hilflosenentschädigung zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2).

Die Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung einer Hilflosenentschädigung gestützt auf Art. 17 Abs. 2 ATSG setzt einen Revisionsgrund voraus. Darunter ist jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, u.a. Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder Verwendung neuer Hilfsmittel, zu verstehen, die geeignet ist, den Grad der Hilflosigkeit und damit den Umfang des Anspruchs zu beeinflussen (BGE 137 V 424 E. 3.1 S. 428). Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Anspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200 betreffend Rente).

2.5 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.5.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kennt-

nis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.5.2 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

3.

3.1 Zu prüfen ist vorab, ob die tatsächlichen Verhältnisse eine revisionsrechtlich relevante Veränderung erfahren haben. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt zur Zeit des Einspracheentscheides vom 11. März 2014 (act. II 67), mit welchem letztmals eine materielle Anspruchsprüfung stattgefunden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheides vom 11. September 2015 (act. II 92; vgl. E. 2.4 hiavor).

3.2 Der rechtsbeständige Einspracheentscheid vom 11. März 2014 (act. II 67) stützte sich im Wesentlichen auf den Abklärungsbericht vom 31. Oktober 2013 (act. II 56/2 ff.) – welchem mit VGE AHV/2014/283, E. 4.3 voller Beweiswert zuerkannt worden ist – sowie die im Rahmen des Einspracheverfahrens eingeholte Stellungnahme des Abklärungsdienstes (act. II 66/2 ff.).

Bezüglich ihres Gesundheitszustands gab die Beschwerdeführerin während der Abklärung vom 15. Juli 2013 an, dass durch die Rückenoperation die Ausstrahlungsschmerzen in die Beine zurückgegangen, die Schwäche und die Gefühlsstörungen jedoch geblieben seien. Durch die Versteifung sei sie zudem in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und die unterste Schraube beim Steissbein bereite ihr Schmerzen beim Sitzen. Trotz Arthrose könne sie die Finger noch gut bewegen, habe durch das Gehen an den Stöcken aber vermehrt Schmerzen in den Händen. In der Wohnung gehe sie daher zum Teil mit Hilfe der Nordic Walking Stöcke oder sie halte sich an Möbelstücken fest (act. II 56/2 Ziff. 1). Da es ihr nicht möglich sei die Tabletten zu teilen, würden die Medikamente durch ihre Cousine vorbereitet. Die Einnahme sei ihr selbständig möglich. Sie trage noch keine Stützstrümpfe, jedoch würden ihr während drei Stunden am Nachmittag die Beine eingebunden (act. II 56/4 Ziff. 3). Mit Ausnahme der Socken und Strumpfhosen bereite ihr das Bereitlegen sowie das An- und Ausziehen von Kleidern keine Probleme (act. II 56/5 Ziff. 6.1). Auch könne sie – wenn nur mühsam und mit mehr Zeit – selber vom Bett aufstehen. Das selbständige Absitzen sowie Erheben von einem Stuhl sei ebenfalls möglich (act. II 56/5 Ziff. 6.2). Beim Essen sei sie insoweit eingeschränkt, als es ihr einerseits nicht mehr möglich sei, Brot mit einem Messer zu bestreichen und andererseits teilweise das Fleisch geschnitten werden müsse (act. II 56/5 Ziff. 6.3). Im Bereich der Körperpflege sei die Beschwerdeführerin wie bis anhin beim Waschen sowie Baden bzw. Duschen auf die Hilfe Dritter angewiesen (act. II 56/6 Ziff. 6.4). Weiterhin eingeschränkt sei sie in der Fortbewegung im Freien. Eine längere Gehstrecke zurückzulegen sei der Beschwerdeführerin nicht möglich. Sie könne jedoch mit Hilfe des Handlaufs Treppenstufen überwinden (act. II 56/6 Ziff. 6.6). Nach dem Stuhlgang könne sie sich selber reinigen und die Kleider ordnen. Sie müsse nicht regelmässig Einlagen tragen, verliere beim Husten oder Niesen

manchmal etwas Urin (act. II 56/6 Ziff. 6.5). Die Beschwerdeführerin sei weiterhin in zwei von sechs alltäglichen Lebensverrichtungen auf eine regelmässige und erhebliche Dritthilfe angewiesen (act. II 66/2).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass des Einspracheentscheids vom 11. März 2014 (act. II 67) und des hier angefochtenen Einspracheentscheids vom 11. September 2015 (act. II 92) präsentiert sich die Aktenlage – soweit die Frage der Hilfsbedürftigkeit betreffend – im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Arztbericht vom 27. Oktober 2014 (act. II 77/2 f.) eine umfassende kardiovaskuläre Erkrankung und eine progrediente Gangverschlechterung multifaktoriell. Sie stufte den Gesundheitszustand als sich seit mindestens zwei Jahren verschlechternd ein (act. II 77/2).

3.3.2 Aus dem Abklärungsbericht vom 24. Februar 2015 (act. II 80/2 ff.) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin Mühe habe mit dem Zerteilen der Tabletten, weshalb diese durch ihre Cousine bereitgestellt würden. Auch das Anziehen der Stützstrümpfe werde von dieser übernommen (act. II 80/3 Ziff. 3). Da sie sich kaum mehr beugen könne, benötige sie auch sonst Hilfe beim An- und Auskleiden (act. II 80/4 Ziff. 6.1). Ebenfalls Hilfe benötige sie beim Aufstehen vom Bett und dem Abliegen (act. II 80/5 Ziff. 6.2). Aufgrund der Arthrosen müssten alle Speisen mundgerecht zerkleinert werden (act. II 80/5 Ziff. 6.3). Mühe habe sie auch mit der Reinigung nach dem Toilettengang. Dabei werde sie von ihrer Cousine unterstützt, welche auch das Ordnen der Kleider und Wechseln der Einlagen übernehme (act. II 80/5 Ziff. 6.5). Für die Fortbewegung innerhalb der Wohnung halte sie sich an den Wänden und Möbeln fest, ausserhalb sei sie auf Stöcke und beim Treppensteigen auf Begleitung angewiesen. Längere Strecken könne sie nicht mehr bewältigen (act. II 80/6 Ziff. 6.6).

3.3.3 Der undatierten Stellungnahme (act. II 79) der RAD-Ärztin Dr. med. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, ist zu entnehmen, dass sich objektiv gesehen – entgegen dem subjektiven Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin – allenfalls degenerative Veränderungen etwas akzentuiert hätten, eine wesentliche Verschlechterung

des Gesundheitszustands sei in all den Jahren jedoch nicht eingetreten (act. II 79/2). Versteift worden seien die Lendenwirbel L2 - S1. Diese Wirbel hätten vorne bereits knöcherne Überbrückungen gezeigt. Abgesehen davon, dass beim Bücken die Lendenwirbelsäule (LWS) nur ganz minimal zur Beweglichkeit beitrage, sei die Beweglichkeit der LWS bei der Beschwerdeführerin wegen der degenerativen Veränderungen schon vor der Operation praktisch aufgehoben gewesen. Ein Bücken sei aber trotzdem gut möglich, da dies vor allem in den Hüften, unterstützt von der Brustwirbelsäule erfolge. Die Angabe, dass die unterste Schraube am Steissbein störe, sei falsch, weil sich diese im Lendenwirbel S1 und daher nicht im Steissbein befinde (act. II 79/3). Aus den Angaben der Dr. med. C._____ gehe hervor, dass weiterhin jene beiden Bereiche der alltäglichen Selbstversorgung beschränkt seien, welche schon zuvor bekannt gewesen seien. Dafür dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin massiv verschlechtert habe – wie sie anlässlich der Abklärung angegeben habe –, gebe es keine objektiven Anhaltspunkte. Die Osteosynthese sei stabil und verursache keine deutliche Einschränkung in der Fähigkeit sich zu bücken. Die verminderte Muskelfunktion sei bei der Schonhaltung der Beschwerdeführerin zu erwarten. Aufgrund der Arthrose in den Händen sei nachvollziehbar, dass sie die benötigten Stützstrümpfe nicht selbständig anziehen könne. Ansonsten begründeten die objektivierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht, dass die Beschwerdeführerin Hilfe zum An- und Auskleiden, zum Aufstehen, Abliegen, Sitzen oder zum Toilettengang benötige (act. II 79/4). Eine Verschlechterung sei objektiv gesehen nicht eingetreten. Verändert habe sich einzig die auch objektiv nachvollziehbare Hilfe zum Anziehen von Stützstrümpfen (act. II 79/5).

3.3.4 Mit Bericht des Spitals E._____ vom 12. Mai 2015 (act. II 86/15) wurden die klinischen Angaben einer unklaren Situation bezüglich Koronararterien (RCA), eine leichte Einschränkung der Ejektionsfraktion und ein am 8. März 2015 starker Retrosternalschmerz nachts mit Ausstrahlung gegen den rechten Halsbereich gemacht. Das Lungenparenchym habe ein Granulom in der Lingula sowie einen Nachweis eines paraseptalen Lungenemphysems gezeigt. Eine tumorsuspekte Läsion sei nicht ersichtlich. Im Rahmen der Angiografie habe sich im Verlaufe der RCA keine signifikante Stenose gezeigt. Der linke Hauptstamm erscheine

unauffällig. Es liege eine anatomisch bedingte leichtgradige Abgangsstenose der rechten RCA vor.

3.3.5 Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, hielt im Bericht vom 3. Juni 2015 (act. II 86/14) fest, es liege eine demyelinisierende periphere Polyneuropathie vor. Die starke Muskelschwäche und die Gleichgewichtsstörungen seien durch das chronische lumbospondylogene, vormals radikuläre Syndrom mit Status nach mehrsegmentaler Spondylodese L2 - S1 wie auch durch die Kachexie und Sarkopenie bedingt. Insgesamt benötige sie Tag und Nacht Unterstützung durch eine Drittperson sowohl zur einfachen Körperpflege wie auch für alle Tätigkeiten. Die Hilflosigkeit erscheine ihr – ohne dass sie die Beschwerdeführerin zu Hause genau habe beobachten können – eher mittelgradig als leicht zu sein.

3.3.6 Die RAD-Ärztin hält in der Stellungnahme vom 7. Juli 2015 (act. II 88/3 - 6) fest, eine sensible Polyneuropathie stelle keine Ursache für eine Hilflosigkeit dar. Es gebe keinen Grund, weshalb sich eine Person mit Sensibilitätsstörungen nicht anziehen, nicht selber essen, die Hygienevorrichtungen nicht selbst verrichten, nicht gehen, nicht aufstehen oder nicht Kontakte pflegen können sollte (act. II 88/5). Auch die von Dr. med. F._____, beschriebene „allgemeine Schwäche“ vermöge die Angaben der Abklärungen vor Ort nicht zu entkräften. Gemäss dem Arztbericht des Spitals E._____ (vgl. E. 3.3.4 hiervoor) liege zudem keine signifikante Koronarstenose und damit auch keine relevante koronare Herzerkrankung vor. Eine „kardiopulmonal Limitierung“ könne daraus keineswegs abgeleitet werden. Dass die Muskelschwäche organischen Ursprungs sei und nicht Folge einer Selbstlimitierung, könne nicht belegt werden (act. II 88/6).

3.3.7 Im vorliegenden Gerichtsverfahren reichte die Beschwerdeführerin die ärztliche Stellungnahme des Dr. med. G._____ vom 18. September 2015 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 7) ein. Darin bestätigte er seine früher gestellten Diagnosen einer symmetrischen sensiblen demyelinisierenden Polyneuropathie sowie eines lumboradikulären chronischen Schmerzsyndroms. Bereits im Jahr 2014 sei die eigene Versorgungsfähigkeit in allen Lebensbereichen derart eingeschränkt gewesen, dass eine umfassende Dritthilfe nötig gewesen sei. In der Verlaufsbeurteilung und

letzten Vorstellung im August 2015 habe sich das Bild noch verschlechtert. Neben den Beschwerden der Polyneuropathie mit brennenden Schmerzen sei vor allem die Rückensituation mit permanenten Schmerzen in der LWS und dem Steissbein und Abstrahlung in die Beine schlechter geworden. Deshalb bestehe auch weiterhin ein täglicher Hilfebedarf in allen Lebenslagen.

3.3.8 Im Arztbericht vom 29. September 2015 (act. I 5) – welcher ebenfalls während des vorliegenden Gerichtsverfahrens eingereicht wurde – stellte Dr. med. H. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, im Wesentlichen die Diagnosen eines Verdachts auf ein Iliosakralgelenk-Syndrom (ISG-Syndrom) rechts, eines Status nach dorsaler Instrumentation der LWS L2 – S1 sowie einer mässiggradigen Stenose C4/5 foraminal rechts mit chronisch rezidivierendem cervicobrachialem Schmerzsyndrom (S. 1). Die Patientin klagt über Gesässschmerzen rechts bei hochgradigem Verdacht auf ein ISG-Syndrom. Radiologisch zeigten sich auch deutliche degenerative Veränderungen des ISG. Von Seiten des Rückens bestünden keine Probleme bei kompletter Konsolidation und korrekter Implantatlage. Die progrediente Schwäche in den Beinen mit Gefühlsstörungen sei im Rahmen der Polyneuropathie zu sehen (S. 2).

3.3.9 Dr. med. F. _____ nannte im Bericht vom 30. September 2015 (act. I 6) keine neuen Diagnosen und führte aus, die Beschwerdeführerin zeige eine zunehmende Verschlechterung ihrer Selbständigkeit und Mobilität. Sie sei täglich auf Unterstützung durch Drittpersonen angewiesen. Aus medizinischer Sicht bestehe eine Multimorbidität mit im Vordergrund stehender lumbaler und cervicaler Schmerzproblematik, einer bestätigten peripheren Neuropathie mit auch motorischen Ausfällen. Die Handfunktion sei durch die schwere Fingerpolyarthrose und Rhizarthrose eingeschränkt (S. 1).

3.3.10 Dr. med. D. _____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2015 (BAB; in den Gerichtsakten) fest, gemäss einer durch das Spital E. _____ am 14. August 2015 (act. I 4) durchgeführten Computertomographie (CT) bestünden überall Fazettengelenksarthrosen. Dies könne ein Anzeichen dafür sein, dass die Gelenke allmählich versteiften, da sie nicht mehr bewegt würden, was in diesem Fall bei einer Spondylodese ohne

Relevanz sei. ISG-Störungen seien oft funktionelle Veränderungen, welche nur für eine kürzere Zeit Beschwerden machen würden. Da im CT keine erhebliche Veränderung am ISG zu sehen sei, sei nicht mit einer relevanten und dauerhaften Störung von dieser Seite zu rechnen (S. 2).

3.3.11 Mit Bericht des Spitals E. _____ vom 23. November 2015 (act. IA 2) – welcher mit Replik vom 16. Dezember 2015 eingereicht wurde – wurde bei der Beschwerdeführerin eine Nachbarschaftssegmentpathologie im Sinne einer breitbasigen Diskusprotrusion auf Höhe des Lendenwirbelkörpers 1/2 ohne neurogene Affektion dokumentiert.

3.4 In Anbetracht der Einschätzungen der RAD-Ärztin erscheint es fraglich, ob überhaupt eine anspruchsbegründende Änderung der Hilflosigkeit eingetreten ist (vgl. E. 2.4 hiervor), zumal gemäss ihr eine Verschlechterung des Gesundheitszustands objektiv gesehen nicht eingetreten sei und eher eine Selbstlimitierung vorliege (act. II 79/4 f.). Ob im massgebenden Vergleichszeitraum eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, kann hier letztlich offen gelassen werden. Auch wenn gestützt auf die von der Beschwerdeführerin eingereichten ärztlichen Unterlagen, soweit diese in zeitlicher Hinsicht überhaupt berücksichtigt werden können (vgl. BGE 131 V 9 E. 1 S. 11), eine Verschlechterung des vorbestehenden Gesundheitszustandes im Sinne eines Revisionsgrundes angenommen würde und deshalb der Anspruch auf Hilflosenentschädigung in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig geprüft werden könnte (vgl. E. 2.4 hiervor), ist die Beschwerde, wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. 4 hiernach), abzuweisen.

4. Beim Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 11. September 2015 (act. II 92) stützte sich die Beschwerdegegnerin massgeblich auf den Abklärungsbericht der IVB vom 24. Februar 2015 (act. II 80/2 ff.) sowie die Stellungnahmen des RAD (act. II 79, 88/3 - 6).

4.1 Der Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 24. Februar 2015 (act. II 80/2 ff.) erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert eines solchen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Er wurde gestützt auf den Hausbesuch vom 26. Januar 2015 sowie einem persönlichen Gespräch mit der Beschwerdeführerin durch eine Abklärungs-

fachperson verfasst, berücksichtigt sowohl deren Angaben als auch die medizinische Situation und ist diesbezüglich nachvollziehbar begründet und überzeugt. Aufgrund der zum Teil divergierenden Angaben der Beschwerdeführerin sowie der Einschätzung der Abklärungsperson und weiteren eingereichten Arztberichten (act II 86/14 f.) wurde der RAD zu Stellungnahmen aufgefordert. Auch diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5.1 hiervor) und überzeugen. Sie wurden in Kenntnis der Vorakten, nach Auseinandersetzung mit jenen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. In der Darlegung der medizinischen Situation sind sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit der Stellungnahmen noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilungen sprechen. Folglich kommt sowohl dem Abklärungsbericht wie auch den Stellungnahmen voller Beweiswert zu. Auch das im Beschwerdeverfahren ins Recht gelegte Schreiben des Dr. med. G. _____ vom 18. September 2015 (act. I 7) ist nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Beweiskraft der Stellungnahmen der RAD-Ärztin zu begründen. Bereits im Schreiben vom 17. März 2014 (act. II 69/10) stellte er fest, die eigene Versorgungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei im Alltag in allen Bereichen tags und nachts derart eingeschränkt, dass sie eine umfassende Hilfe durch eine Mitbewohnerin und die Spitex an sieben Tagen pro Woche benötige. Aus der pauschal dargelegten Verschlechterung lässt sich nicht herleiten, welches funktionelle Leistungsvermögen die Beschwerdeführerin bezüglich der einzelnen Teilbereiche der massgebenden alltäglichen Lebensverrichtungen aufweist und inwiefern eine Verschlechterung gegenüber den früheren Angaben überhaupt möglich wäre. Wie im Bericht vom 15. Oktober 2012 (act. II 52) stellte Dr. med. F. _____ am 30. September 2015 (act. I 6) erneut die Diagnosen einer Fingerpolyarthrose und einer Rhizarthrose. Auch sie nennt nicht, welches funktionelle Leistungsvermögen die Beschwerdeführerin aufgrund der eingeschränkten Handfunktion noch aufweist. Die pauschale Aussage, die Beschwerdeführerin zeige eine zunehmende Verschlechterung ihrer Selbständigkeit und Mobilität und benötige zunehmend Hilfe und Unterstützung, ist zu wenig spezifisch.

4.2 Es ist unbestritten und geht aus den Akten sowie den Rechtschriften der Parteien klar hervor, dass die Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensverrichtungen „Körperpflege“ sowie „Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ auf regelmässige und erhebliche Hilfe Dritter angewiesen ist. Weiter ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin tagsüber der dauernden Pflege bedarf (act. II 80/3, 5 f. Ziff. 3, 6.4, 6.6). Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob sie für die Lebensverrichtungen „An-/Auskleiden“, „Aufstehen/Absitzen/Abliegen“, „Essen“ und „Verrichten der Notdurft“ auf Dritthilfe angewiesen ist und ob sie der „dauernden persönlichen Überwachung“ bedarf.

4.2.1 Was die „dauernde persönliche Überwachung“ anbelangt, so macht die Beschwerdeführerin geltend, pro Nacht zwei- bis viermal aufstehen zu müssen, um die Notdurft zu verrichten und dabei jeweils auf Hilfe einer Drittperson angewiesen zu sein. Auch Dr. med. F. _____ bestätigte im Bericht vom 30. September 2015 (act. I 6), sie wäre ohne engmaschige Betreuung von Drittpersonen nicht mehr fähig, selbständig zu wohnen und die alltäglichen Aktivitäten zu verrichten (vgl. Beschwerde S. 15 Ziff. 6).

Die Beschwerdeführerin verkennt, dass nächtliche Hilfe, um aufstehen zu können, in den Bereich „Aufstehen/Absitzen/Abliegen“ respektive „Verrichten der Notdurft“ fällt (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. März 2016, Rz. 8035). Eine medizinische und pflegerische Hilfeleistung erscheint nicht notwendig. Die Abklärungsperson hielt denn auch fest, die Beschwerdeführerin sei kognitiv noch sehr fit und könne Situationen gut einschätzen (act. II 80/4 Ziff. 4). Im Übrigen macht sie auch nicht geltend, dauernd auf die persönliche Überwachung angewiesen zu sein, sondern lediglich, nachts nicht selbständig aufstehen zu können.

4.2.2 Hinsichtlich „An-/Auskleiden“ führte die RAD-Ärztin aus, die Angabe der Beschwerdeführerin, wonach sie die Stützstrümpfe aufgrund der Fingerarthrose nicht selbständig anziehen könne, sei nachvollziehbar (act. II 79/4). Hilfsmittel, die der medizinischen Behandlung dienen – wozu auch Stützstrümpfe gehören –, fallen jedoch nicht unter die Lebensverrichtung „An-/Auskleiden“, sondern sind bei der Pflege zu berücksichtigen (KSIH Rz. 8014.1). In diesem Bereich ist unbestritten, dass die Beschwer-

deführerin regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (vgl. E. 4.2 hiervor). Für das „An-/Auskleiden“ der übrigen Kleider begründen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine Dritthilfe. Ein Bücken sollte der Beschwerdeführerin gut möglich sein (act. II 79/3 f.). Bereits in der Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 12. Februar 2014 (act. II 66/2 ff.) wurde ausführlich dargestellt, mit welchen Hilfsmitteln es der Beschwerdeführerin trotz der Beschwerden möglich sein sollte, diese Lebensverrichtung weiterhin selbständig ausführen zu können.

4.2.3 Die Beschwerdeführerin gibt an, beim „Aufstehen/Absitzen/Ab-liegen“ auf regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen zu sein. Die von ihr beschriebene Schwäche in den Beinen (vgl. Beschwerde S. 13 f. Ziff. 5.3) ist gemäss der RAD-Ärztin Folge des mangelnden Trainings und kann jederzeit verbessert werden (act. II 79/4); eine sensible Polyneuropathie ist ebenfalls nicht geeignet, eine derartige Einschränkung herbeizuführen (act. II 88/5 f.). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin noch immer auf die mit Abklärungsbericht vom 31. Oktober 2013 (act. II 56/5 Ziff. 6.2) empfohlene Betterhöhung verzichtet. Aus dem Arztbericht des Dr. med. H._____ geht ebenfalls nicht hervor, inwiefern die Beschwerdeführerin nicht mehr sitzen könnte (act. I 5). Zudem bemerkte die RAD-Ärztin, im CT seien keine erheblichen Veränderungen am ISG zu sehen, weshalb nicht mit einer relevanten und dauerhaften Störung von dieser Seite zu rechnen sei (BAB S. 2; in den Gerichtsakten). Medizinisch ist nicht objektivierbar, dass die Beschwerdeführerin nicht selbständig, wenn auch mit dem Hilfsmittel eines Pflegebettes, abliegen und wieder aufstehen können sollte (act. II 79/5).

4.2.4 Beim „Essen“ besteht gemäss den Ausführungen von Dr. med. D._____ aus medizinischer Sicht keine Behinderung. Allein beim Schneiden von zähem Fleisch könne sie durch die Fingerarthrose etwas behindert sein. Weichere Nahrungsmittel seien auch mit Arthrose gut zu zerkleinern und es sei nicht nachvollziehbar, dass alles mundgerecht durch Dritte geschnitten werden müsse (act. II 79/5; vgl. Beschwerde S. 14 Ziff. 5.4). Keine Hilflosigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nur beim Zerschneiden harter Speisen auf direkte Dritthilfe angewiesen ist, da solche Speisen nicht täglich gegessen werden und deswegen keine regelmässige

und erhebliche Dritthilfe nötig ist (vgl. Entscheid des BGer vom 8. April 2010, 8C_30/2010, E. 6.2).

4.2.5 Auch bei der „Verrichten der Notdurft“ ist die Beschwerdeführerin in keinem der Teilbereiche (vgl. KSIH Rz. 8010) eingeschränkt. Während der Abklärung vom 26. Januar 2015 gab sie zusätzlich an, beim Ordnen der Kleider auf Hilfe angewiesen zu sein. Auch das Wechseln der Einlagen müsste von einer Drittperson übernommen werden (act. II 80/5 Ziff. 6.5). Die RAD-Ärztin hält dem überzeugend entgegen, dass die Hilflosigkeit aus medizinischer Sicht in diesem Bereich nicht nachvollziehbar sei (act. II 79/5). Die Osteosynthese sei stabil und verursache keine deutliche Einschränkung in der Fähigkeit sich zu bücken (act. II 79/4). Zudem sei nicht zu erwarten, dass die Veränderung am ISG zu einer relevanten und dauerhaften Störung führen werde (AB 3/2).

4.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf den beweiskräftigen Abklärungsbericht vom 24. Februar 2015 (act. II 80/2 ff.) sowie die Stellungnahmen des RAD (act. II 79, 88/3 – 6, BAB; in den Gerichtsakten) – nebst dem Bedarf nach einer dauernden Pflege – weiterhin in lediglich zwei alltäglichen Lebensverrichtungen (Körperpflege, Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte) auf regelmässige und erhebliche Hilfe angewiesen ist. Selbst wenn zugunsten der Beschwerdeführerin von einer zusätzlichen Hilflosigkeit im Bereich des An- und Auskleidens ausgegangen würde, läge nicht mindestens bei vier alltäglichen Lebensverrichtungen eine Hilfsbedürftigkeit vor, womit die Anspruchsvoraussetzungen für eine Hilflosigkeit mittleren Grades nicht erfüllt sind (vgl. E. 2.3 hiervor).

4.4 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. September 2015 (act. II 92) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde vom 14. Oktober 2015 erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 AHVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 AHVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Ausgleichskasse des Kantons Bern, Abteilung Leistungen
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.