

200 18 417 AHV
KNB/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. November 2019

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch D. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 8. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1944 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) bezieht eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und seit dem 1. Januar 2011 eine Hilflosenentschädigung leichten Grades (Dossier der Ausgleichskasse des Kantons Bern [AKB bzw. Beschwerdegegnerin], Akten [act. II] 51 S. 2). Mit Verfügung vom 11. November 2013 (act. II 57), bestätigt mit Einspracheentscheid vom 11. März 2014 (act. II 67), lehnte die AKB eine Erhöhung der Hilflosenentschädigung ab. Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 19. Mai 2014 (AHV/2014/283 [act. II 72 S. 2]) ab und auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 30. Juni 2014 (9C_488/2014 [act. II 75]) nicht ein.

Im Rahmen einer Revision im Jahr 2014 beantragte die Versicherte eine höhere Hilflosenentschädigung, was die AKB mit Verfügung vom 7. Mai 2015 (Dossier der AKB, Akten [act. IIA] 83) ablehnte und mit Einspracheentscheid vom 11. September 2015 (act. IIA 92) bestätigte. Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 9. Mai 2016 (AHV/2015/899 [act. IIA 102 S. 2]) ab, welches unangefochten blieb.

B.

Anlässlich einer Revision im Juli 2016 beantragte die Versicherte eine höhere Hilflosenentschädigung und begründete dies mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (act. IIA 104). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 (act. IIA 108) trat die AKB auf das Gesuch nicht ein mangels einer glaubhaft gemachten relevanten Veränderung seit 2015. Dies bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 8. März 2017 (act. IIA 117). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess der Einzelrichter des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern mit Urteil vom 10. August 2017 (AHV/2017/394

[act. IIA 124 S. 2 ff.) gut, hob den angefochtenen Einspracheentscheid der AKB vom 8. März 2017 auf und wies die Sache an die Verwaltung zurück, damit sie auf das Revisionsgesuch eintrete und den Leistungsanspruch materiell prüfe. Es seien Veränderungen des Gesundheitszustandes seit der letzten materiellen Anspruchsprüfung glaubhaft gemacht. Ob die glaubhaft gemachten Veränderungen effektiv anspruchserhöhend seien, sei im Rahmen der materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs zu klären (act. IIA 124 S. 13 E. 3.4).

Im Rahmen der Abklärungen wurden Arztberichte für Hilflosenentschädigung AHV von Dr. med. B._____, Fachärztin für Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 13. September 2017 (act. IIA 131 S. 3 f.) und von Prof. Dr. med. C._____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 22. September 2017 (act. IIA 134) sowie – nach einer Erhebung vom 24. Oktober 2017 – ein Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung für Versicherte der AHV (Abklärungsbericht) vom 11. Januar 2018 (act. IIA 144) eingeholt. Weiter erfolgte eine Beurteilung der medizinischen Situation durch Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD; Bericht vom 10. Januar 2018 [act. IIA 143]). Mit Verfügung vom 18. Januar 2018 lehnte die AKB eine Erhöhung der Hilflosenentschädigung AHV ab und bestätigte den Anspruch auf eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit bei Aufenthalt zu Hause (act. IIA 146). Die hiergegen erhobene Einsprache der Versicherten, vertreten durch die D._____ AG (Eingaben vom 14. Februar 2018 [act. IIA 148] und 16. März 2018 [act. IIA 155], wies die AKB mit Entscheid vom 8. Mai 2018 ab (act. IIA 156).

C.

Am 1. Juni 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch die D._____ AG, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt das Folgende:

1. Der Einspracheentscheid vom 8. Mai 2018 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei die ihr zustehende Hilflosenentschädigung schweren Grades auszurichten.

3. Eventualiter sei der Beschwerdeführerin die ihr zustehende Hilflosenentschädigung mittelschweren Grades auszurichten.
4. Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen den rechtserheblichen Sachverhalt umfassend abzuklären und im Nachgang dazu erneut über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu entscheiden.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolgen –

In der Beschwerdeantwort beantragte die AKB die Abweisung der Beschwerde.

Am 19. Februar, 3. Mai und 3. August 2019 reichte die Beschwerdeführerin verschiedene Berichte nach (Dossier der Beschwerdeführerin, Akten [act. IA] 1-8).

In den Stellungnahmen vom 4. und 11. September 2019 hielten die Parteien an ihren 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [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 vom 23. Mai 1989

über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 8. Mai 2018 (act. IIA 156). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Erhöhung der Hilflosenentschädigung leichten Grades zu Recht verneinte.

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. 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).

2.1.1 Der Bundesrat kann ergänzende Bestimmungen erlassen (Art. 43^{bis} Abs. 5 AHVG). Er hat von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und in Art. 66^{bis} der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (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 vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sinngemäss anwendbar erklärt. Die Bemessung der Hilflosigkeit zuhanden der Ausgleichskassen obliegt den IV-Stellen.

2.1.2 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 BV) noch gegen das Gesetz (Art. 43^{bis} Abs. 5 AHVG; BGE 133 V 569 E. 5.4 und 5.5 S. 573).

2.2 Zu unterscheiden ist zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit (Art. 42^{ter} Abs. 1 Satz 1 IVG).

2.2.1 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).

2.2.2 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;

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).

2.2.3 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;
- e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 IVV).

2.3 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.

Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, ist nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 88 E. 3c S. 91).

2.4 Die Bestimmungen über die Revision und Neuanschuldung 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 Art. 87 bis 88^{bis} IVV Anwendung.

2.4.1 Für die Bestimmung der massgeblichen Vergleichszeitpunkte gelten die zur Rentenanpassung entwickelten Grundsätze analog (UELI 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).

2.4.2 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 Leistungsbeurteilung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200 betreffend Rente).

2.5 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Nach dem Erlass des Einspracheentscheides verfasste Arztberichte sind nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

3.

3.1 Zu prüfen ist, ob die tatsächlichen Verhältnisse mit Blick auf die Frage der Hilfsbedürftigkeit eine revisionsrelevante, d.h. wesentliche Veränderung erfahren haben. Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt zur Zeit des Einspracheentscheides vom 11. September 2015 (act. IIA 92) – bestätigt mit Urteil vom 9. Mai 2016 (AHV/2015/899) –, mit welchem letztmals eine materielle Anspruchsprüfung stattgefunden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. Mai 2018 (act. IIA 156). Wenn die Beschwerdeführerin somit vorbringt, die Veränderung bestehe „seit Anfang 2015“, betrifft dies einen bereits gerichtlich abschliessend beurteilten Zeitraum und ist ungeeignet, eine seitherige Veränderung zu belegen.

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 11. September 2015 (act. IIA 92) im Wesentlichen auf den Abklärungsbericht vom 24. Februar 2015 (act. II 80 S. 2 ff.) und die Stellungnahmen des RAD (undatiert: act. II 79; vom 7. Juli 2015: act. IIA 88 S. 3 ff.; vom 27. Oktober 2015: act. IIA 96 S. 2 f.), welchen voller Beweiswert zuerkannt wurde (VGE AHV/2015/899, E. 4.1).

3.2.1 Laut Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 24. Februar 2015 bedarf die Beschwerdeführerin einer dauernden Pflege (act. II 80 S. 3 Ziff. 3) und sie ist seit jeher auf regelmässige und erhebliche Hilfe bei der Körperpflege (act. II 80 S. 5 Ziff. 6.4) sowie bei der Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte im Freien (act. II 80 S. 6 Ziff. 6.6) angewiesen.

Anlässlich der Erhebung am 26. Januar 2015 gab die Beschwerdeführerin zudem an, da sie sich kaum mehr beugen könne, benötige sie auch sonst Hilfe beim An- und Auskleiden (act. II 80 S. 4 Ziff. 6.1). Ebenfalls Hilfe benötige sie beim Aufstehen vom Bett und dem Abliegen (act. II 80 S. 5 Ziff. 6.2). Aufgrund der Arthrosen müssten alle Speisen mundgerecht zerkleinert werden (act. II 80 S. 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 S. 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 S. 6 Ziff. 6.6).

3.2.2 Aus medizinischer Sicht führte der RAD aus (undatierte Stellungnahme), 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 S. 4). Eine Verschlechterung sei objektiv gesehen nicht eingetreten (act. II 79 S. 5). In der Stellungnahme vom 7. Juli 2015 hielt der RAD 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 Hygieneverrichtungen nicht selbst verrichten, nicht gehen, nicht aufstehen oder nicht Kontakte pflegen können sollte (act. IIA 88 S. 5). Es 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. IIA 88 S. 6).

3.3 Für den Zeitraum zwischen Erlass des Einspracheentscheids vom 11. September 2015 (act. IIA 92) und des hier angefochtenen Einspracheentscheids vom 8. Mai 2018 (act. IIA 156) präsentiert sich die medizinische Aktenlage – soweit die Frage Hilfsbedürftigkeit betreffend – im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Der Neurochirurg Prof. Dr. med. C. _____ führte im Bericht vom 31. August 2016 aus, neu beständen Hemispasmus-Beschwerden in der linken Gesichtshälfte. Beklagt würden zudem Gefühlsstörungen mit Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten. Weiter bestehe ein dumpfes Druckgefühl im Bereich der unteren LWS mit Einstrahlung in die Beine, welche teilweise völlig gefühllos würden (act. IIA 109 S. 2).

3.3.2 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 4. Oktober 2016 diagnostizierten die Ärzte einen periorbital betonten hemifazialen Spasmus links (Erstdiagnose im Juni 2016). Es werde eine Therapie mit Botox-Injektionen durchgeführt (act. IIA 111 S. 11).

3.3.3 Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 13. Oktober 2016 fest, seit Juni 2016 sei als neue Störung ein Hemispasmus facialis hinzugetreten, der die Lebensqualität erheblich einschränke (act. IIA 111 S. 13).

3.3.4 Die Hausärztin Dr. med. B. _____ führte im Bericht vom 19. Oktober 2016 an, seit dem letzten Bericht im September 2015 habe sich die chronische Problematik von neurologischer/neurochirurgischer Seite weiter verschlechtert. Aus internistischer Sicht sei zudem eine zunehmende kardiopulmonale Leistungslimitierung bei Kardiopathie und Lungenemphysem aufgetreten mit vermehrter körperlicher Belastungsintoleranz/Dyspnoe. Ebenso habe sich die multifaktorielle Gangunsicherheit weiter verschlechtert, so dass die Patientin auch über kurze Strecken Begleitung und Hilfsmittel brauche. Ebenfalls hätten die Probleme durch Polyneuropathie und Polyarthrose der oberen Extremitäten zugenommen, mit Schwierigkeiten insbesondere der Feinmotorik, wodurch eine weitere Limitierung der Selbständigkeit im Alltag gegeben sei. Zudem mache die Polymorbidität der Patientin zunehmend auch psychisch Probleme, sodass auch tagsüber eine Strukturierung durch das Umfeld nötig sei, da sie sich sonst vollständig vernachlässigen würde. Das Zustandsbild sei insgesamt weiter verschlechtert, die Betreuungsbedürftigkeit und Abhängigkeit von Drittpersonen habe sich weiterhin verstärkt (act. IIA 111 S. 19 f.).

3.3.5 Im Bericht vom 19. Juli 2017 führten die Ärzte des Spitals F. _____ aus, die Patientin gebe eine zunehmende Gangstörung an; im MRI habe eine akute, zerebrale Ischämie im Kopf ausgeschlossen werden können, es habe sich allerdings insgesamt eine deutliche Zunahme einer vaskulären Leukenzephalopathie gegenüber dem MRI im Vorjahr gezeigt. Als weiter zur Gangstörung beitragende Faktoren bestünden eine klinisch progrediente Polyneuropathie der Beine, eine PAVK und eine Visusminderung. Eine Parkinsonsymptomatik sei bei ausgeprägter Haltungsinstabilität nicht auszuschliessen (act. IIA 131 S. 8).

3.3.6 Im ärztlichen Attest vom 4. September 2017 führte Prof. Dr. med. C._____ an, die Patientin präsentiere sich in einem polymorbiden geschwächten Zustand und müsse aufgrund der diversen Probleme als hilflos eingestuft werden. Sie könne den Alltag nur mit Unterstützung von diverser Seite überstehen (act. IIA 130 S. 3).

3.3.7 Die Hausärztin Dr. med. B._____ führte im Bericht vom 13. September 2017 aus, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (act. IIA 131 S. 3). Insbesondere lägen neurologisch neue Diagnosen vor und ein Visusverlust mit vermehrter Einschränkung sowie eine psychische Verschlechterung (Selbstvernachlässigung [act. IIA 131 S. 4]).

3.3.8 Im Bericht vom 22. September 2017 hielt Prof. Dr. med. C._____ fest, die Patientin sei in der HWS-Beweglichkeit deutlich eingeschränkt, Seitwärtswenden löse direkt im Bereich der HWS und der angrenzenden Muskulatur Schmerzen aus; ein streng radikuläres Syndrom liege nicht vor. Im MRI finde sich im T2-Bild Zeichen der Myelopathie. Eine operative Sanierung sei zu überlegen (act. IIA 134 S. 1). Bezüglich der LWS führte er aus, es sei eine obere Anschlusssegmentdegeneration L1/2 bekannt mit schwerer Osteochondrose direkt oberhalb der langstreckigen Stabilisation L2-S1; die hochlumbalen Schmerzen seien prominent, die HWS-Problematik stehe demgegenüber aber im Vordergrund (act. IIA 134 S. 2). Zur Augenproblematik hielt er fest, die Patientin sehe zunehmend schlechter, vor allem auf der linken Seite; es sei eine operative Behandlung geplant (act. IIA 134 S. 2). Im Spital F._____ sei der Verdacht auf ein Parkinsonsyndrom geäussert worden. Geplant sei eine Therapie zur Überprüfung der Diagnose (act. IIA 134 S. 2). Zur Frage, inwiefern die gestellten Diagnosen sich konkret auf die Lebensverrichtungen auswirkten, hielt er fest, die Patientin brauche Hilfe beim An-/Auskleiden, beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen, beim Feinschneiden der Nahrung, beim Waschen, Duschen und Haare waschen und beim Reinigen nach dem Toilettengang; für die Fortbewegung (auch in der Wohnung) benötige sie Stöcke und den Rollator (act. IIA 134 S. 1).

3.3.9 Im Bericht vom 10. Januar 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ fest, es sei keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten; die beschriebenen Veränderungen beträfen

einerseits Befunde in der Bildgebung, die jedoch ohne direkte Auswirkung auf das klinische Bild seien und sich auch nicht direkt auf die alltäglichen Lebensverrichtungen auswirkten. Für die Beschwerdeführerin selbst stünden die Rückenschmerzen im Vordergrund; die Schmerzsymptomatik bestehe seit Jahren in unterschiedlicher Ausprägung. Laut der Abklärungsperson sei die Beschwerdeführerin während der Erhebung in der Lage gewesen, etwa 90 Minuten ohne erkennbare Schmerzen und ohne die Notwendigkeit eines zwischenzeitlichen Lagewechsels, auf dem Sofa zu sitzen; dies spreche dafür, dass die Beschwerdeführerin in gewisser Weise an ihre Schmerzen adaptiert sei. Es bestehe weiter eine ausgeprägte Gang- und Standunsicherheit; die Abklärungen zu den Stürzen hätten ergeben, dass als Ursache für die bestehende Symptomatik am ehesten ein multifaktorielles Geschehen mit seit Jahren bestehender Polyneuropathie, den bekannten Wirbelsäulenveränderungen und einer Leukenzephalopathie (im Sinne von zerebralen Durchblutungsstörungen) anzusehen sei. Die Möglichkeit eines beginnenden Parkinson-Syndroms sei in diesem Zusammenhang ebenfalls diskutiert worden, wobei diese Diagnose noch nicht gesichert sei; hier müsse der weitere Verlauf abgewartet werden. Aus der neurologischen Untersuchung lasse sich keine wesentliche Verschlechterung im Vergleich zu den Vorbefunden ableiten. In diesem Zusammenhang sei auch die Miktion und Defäkation als unauffällig angegeben worden. Diese Aussage stehe im Widerspruch zu den Angaben der Beschwerdeführerin, die Einlagen müssten mehrmals täglich gewechselt werden. Der neu aufgetretene Spasmus hemifacialis beeinträchtige die Beschwerdeführerin nicht zusätzlich in den alltäglichen Lebensverrichtungen. Bezüglich der hochgradigen Visusverminderung sei zwar die Indikation für eine Augenoperation links gestellt worden, diese sei jedoch nicht wie geplant durchgeführt worden (act. IIA 143 S. 6). Die Beschwerdeführerin sei weiterhin bezüglich der Körperpflege und der Fortbewegung regelmässig und in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen (act. IIA 143 S. 7).

3.3.10 Im Bericht vom 14. Februar 2018 diagnostizierte Prof. Dr. med. C. _____ eine schwere erosive Osteochondrose C5/6 mit Knickbildung-Kyphosebildung, einen Verdacht auf cervicale Myelopathie, Verdacht auf Mikro- bis Makroinstabilität C3/4 und C4/5. Er empfahl eine ventrale Diskektomie der stark entzündlich veränderten Zone C5/6 (act. IIA 149 S. 1).

Im ärztlichen Attest vom 16. Februar 2018 hielt er fest, der Gesundheitszustand der Patientin sei seit Herbst 2015 kontinuierlich schlechter geworden. Aktuell benötige sie rund um die Uhr eine Betreuung (act. IIA 155 S. 12).

3.3.11 Im Bericht vom 15. Februar 2018 – nachgereicht im Beschwerdeverfahren – des Spitals F._____, wurden eine Stand- und Gangunsicherheit bei afferentem Defizit bisher unklarer Ätiologie, DD Status nach Operation einer lumbalen Spinalkanalstenose (Spondylodese L2-S1), eine ausgeprägte progrediente Leukenzephalopathie, eine zervikale Spinalkanalstenose, milde zusätzliche extrapyramidalmotorische Symptome und ein periorbital betonter hemifazialer Spasmus links (ES 06/2016) diagnostiziert (act. IA 8).

3.3.12 In der Stellungnahme vom 26. Februar 2018 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ fest, der Neurochirurg beschreibe die bereits bekannten Veränderungen, insbesondere im Segment C5/6; sie seien in der Gesamtbeurteilung gewürdigt worden, ansonsten würden keine neuen Gesichtspunkte vorgetragen (act. IIA 153 S. 2).

3.3.13 Im Arzzeugnis vom 8. März 2018 hielt die Hausärztin Dr. med. B._____ fest, im Verlauf lasse sich aufgrund der Polymorbidität eine starke Verschlechterung der Selbstständigkeit und Zunahme der Hilfsbedürftigkeit der Patientin erkennen (act. IA 9).

3.3.14 Im Bericht vom 14. März 2018 – nachgereicht im Beschwerdeverfahren – äusserte sich Dr. med. H._____, Fachärztin für Anästhesiologie, Institut für Anästhesiologie, Spital I._____ AG, zum erhöhten Anästhesierisiko bei einer allfälligen Operation der Halswirbelsäule (act. IA 5).

3.3.15 Nach einem MR der HWS legte Dr. med. J._____, Facharzt für Radiologie, Spital I._____ AG, in der Beurteilung vom 3. Juli 2018 – nachgereicht im Beschwerdeverfahren – dar, es bestehe eine multisegmentale Degeneration der HWS ohne Befundänderung gegenüber Mai 2017, mit Ausnahme des Myelons; in der heutigen Bildgebung sei keine Myelopathie nachweisbar (act. IA 6).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stellt auf den Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 11. Januar 2018 ab (act. IIA 144), wonach die Be-

schwerdeführerin tagsüber einer dauernden Pflege bedarf; die Cousine lege ihr die Medikamente bereit und verabreiche ihr zweimal täglich Augentropfen für beide Augen. Die Stützstrümpfe trage sie nicht regelmässig, mal würden ihr die Beine eingebunden, mal trage sie nichts (act. IIA 144 S. 5 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin sei nicht auf eine dauernde persönliche Überwachung angewiesen (act. IIA 144 S. 5 Ziff. 4). Bezüglich „An-/Auskleiden“ gab die Beschwerdeführerin an, sie habe in den Händen und Armen keine Kraft mehr und vom Rücken her könne sie sich kaum mehr bücken, deshalb sei ihr das An- sowie Auskleiden nicht ohne Hilfe möglich. Sie benötige in diesem Bereich Hilfe seit 2013, sicher seit 2015. Die Schlupfschuhe könne sie selber anlegen. Dagegen sei ihr das Anziehen der Turnschuhe nicht selber möglich. Die Kleider könne sie nicht selber aus dem Kleiderschrank bereitlegen; sie könne aber gut sagen, was sie anziehen möchte (act. IIA 144 S. 6 Ziff. 6.1). Zur Lebensverrichtung „Aufstehen/Absitzen/Abliegen“ äusserte sich die Beschwerdeführerin, dass sie Hilfe beim Aufstehen vom Bett, beim ins Bett gehen (Beine ins Bett heben) und beim Setzen und Erheben auf/von einem Stuhl Hilfe benötige, dies seit langer Zeit, sicher seit anfangs 2015 (act. IIA 144 S. 6 Ziff. 6.2). Bei der Lebensverrichtung „Essen“ gab die Beschwerdeführerin an, es müssten ihr alle Speisen mundgerecht zerkleinert werden. Das Toastbrot müsse ihr halbiert und mit Butter und Konfitüre bestrichen werden. Sie brauche hierbei Hilfe, weil sie in den Händen Schmerzen habe. Die Cousine ergänzte, dass die Beschwerdeführerin auch mit der Koordination Schwierigkeiten habe. Das geschnittene Essen könne sie mit Messer und Gabel essen. Die Beschwerdeführerin trinke tendenziell zu wenig, sie müsse immer zum Trinken ermahnt werden (act. IIA 144 S. 7 Ziff. 6.3). Im Bereich der „Körperpflege“ sei die Beschwerdeführerin beim Waschen und Baden/Duschen auf erhebliche und regelmässige Hilfe angewiesen (act. IIA 144 S. 7 Ziff. 6.4). Beim „Verrichten der Notdurft“ gab die Beschwerdeführerin an, sie brauche Hilfe bei der Reinigung. Sie trage Einlagen, die ihr ihre Cousine drei bis viermal täglich wechseln müsse. Die Beschwerdeführerin könne die Kleider nicht ohne Hilfe ordnen; die Arme machten ihr hierbei Schwierigkeiten. Sie brauche schon lange, sicher seit 2 ½ Jahren hier Hilfe (act. IIA 144 S. 7 Ziff. 6.5). Bei der „Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ sei sie seit jeher auf erhebliche und regelmässige Hilfe angewiesen. Sie könne mit den Krückstöcken gehen; wegen Herzproblemen und der fehlen-

den Kraft in den Beinen könne sie aber nicht mehr weit gehen. Den Rollator brauche sie draussen nicht mehr, weil sie damit fast gestürzt sei. Sie gehe kaum mehr aus dem Haus. Das Treppensteigen sei ihr erschwert möglich; sie müsse sich am Geländer hochziehen, die Cousine sei zur Sicherheit hinter ihr (act. IIA 144 S. 8 Ziff. 6.6).

3.5 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.6 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 Kenntnis 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.7 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).

Diese Rechtsprechung ist auf Abklärungsberichte für Ansprüche auf Hilflosenentschädigung analog anwendbar. Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Leistung ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

3.8 Der Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 11. Januar 2018, welcher sich auf die Erhebung vom 24. Oktober 2017 stützt (act. IIA 144), erfüllt die von der Rechtsprechung an den Beweiswert eines solchen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.7 hiavor). Es werden sowohl die Angaben der Beschwerdeführerin als auch die medizinische Situation überzeugend dargelegt. Insbesondere berücksichtigte die Abklärungsperson die Entwicklung der Hilfestellung mit Blick auf den Gesundheitszustand – nach Stellungnahme der RAD-Ärztin – im Vergleich zum früheren Abklärungsbericht vom 24. Februar 2015 (act. II 80). Die Stellungnahmen der RAD-Ärztin erfolgten, nachdem die Beschwerdeführerin und die bei ihr wohnende Cousine anlässlich der Erhebung bei allen Lebensverrichtungen angegeben hatten, dass die Beschwerdeführerin Hilfe benötige (act. IIA 144 S. 6 ff.).

Auch die Stellungnahmen der RAD-Ärztin vom 10. Januar (act. IIA 143) und 26. Februar 2018 (act. IIA 153) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.6 hiavor). Es liegen keine Anhaltspunkte vor, die gegen die Zuverlässigkeit der medizinischen Beurteilung sprächen: Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ hat sich mit Blick auf die eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte überzeugend mit den einzelnen Beschwerden (Rückenschmerzen, Gang- und Standunsicherheit, Spasmus hemifacialis, zunehmende Sehschwäche) auseinandergesetzt. Sie gibt nachvoll-

ziehbar an, dass sich der Gesundheitszustand zwar verändert hat – z.B. sind neu ein Spasmus hemifacialis und eine zunehmende Sehschwäche aufgetreten –, dass sich die gesundheitlichen Veränderungen, welche behandelt würden bzw. behandelbar seien, jedoch nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen insoweit auswirkten, als dass die Beschwerdeführerin nunmehr in weiteren als den bisherigen bzw. sogar in allen Bereichen – wie von ihr und der Cousine angegeben – auf erhebliche und regelmässige Hilfe angewiesen wäre (act. IIA 143 S. 6).

An diesem Ergebnis ändert nichts, dass der Neurochirurg Prof. Dr. med. C._____ angab, die Beschwerdeführerin müsse rund um die Uhr betreut werden (vgl. act. IIA 155 S. 12). Denn diese pauschale Einschätzung ist vollkommen unspezifisch, weshalb sich daraus nicht herleiten lässt, welches funktionelle Leistungsvermögen die Beschwerdeführerin in den Teilfunktionen der alltäglichen Lebensverrichtungen aufweist (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 8010). Auch die Hausärztin Dr. med. B._____ äusserte sich bloss pauschal und nicht konkret zu den einzelnen Auswirkungen mit Blick auf die alltäglichen Lebensverrichtungen; vielmehr erwähnte sie im Bericht vom 13. September 2017 einzig, es lägen ein verschlechterter Gesundheitszustand, eine zunehmende Einschränkung der Mobilität, Antriebslosigkeit, motivationale Probleme für alle Aktivitäten, inklusiv Essen und Körperpflege, vor (act. IIA 131 S. 3). Ebenso ist ihr Bericht vom 8. März 2018 (act. IA 9) nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Beweiskraft des Abklärungsberichts Hilflosenentschädigung bzw. der Stellungnahme der RAD-Ärztin zu begründen: Dr. med. B._____ gibt an, die Beschwerdeführerin sei im Alltag auch bei einfachen Tätigkeiten auf Unterstützung von Drittpersonen angewiesen, ohne dies im einzelnen auszuführen oder medizinisch zu begründen; sie verweist lediglich auf die Polymorbidität der Beschwerdeführerin. Die weiteren im Beschwerdeverfahren nachgereichten Berichte (act. IA 1-9) sind lediglich insoweit zu berücksichtigen, als dass sie Rückschlüsse zum medizinischen Gesundheitszustand bis zum massgebenden Einspracheentscheid vom 8. Mai 2018 (act. IIA 156) bieten; sie müssten zudem eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes belegen, die sich mehr als drei Monate auswirkt (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt

(Stellungnahme vom 4. September 2019 S. 2 [Gerichtsakten]), sind den Berichten keine neuen Gesichtspunkte zu entnehmen: Weder dem Bericht der Anästhesiologin Dr. med. H. _____ vom 14. März 2018, worin ein höheres Anästhesierisiko bei einer allfälligen Operation der Halswirbelsäule erwähnt wird (vgl. act. IA 5), lässt sich die Hilflosigkeit betreffend etwas zu Gunsten der Beschwerdeführerin entnehmen noch verweist der Bericht des Spitals F. _____ vom 15. Februar 2018 auf eine Verschlechterung der Gang- und Standunsicherheit hin; es wird nichts erwähnt, was der RAD-Ärztin nicht bereits bekannt gewesen wäre (vgl. act. IIA 143 S. 6). Der Befundbericht der HWS vom 3. Juli 2018 datiert sodann einerseits nach dem massgebenden Einspracheentscheid vom 8. Mai 2018 (act. IIA 156), andererseits wird darauf hingewiesen, dass keine Befundänderung gegenüber Mai 2017 vorliege (act. IA 6). Dem nachgereichten (undatierten) Thorax-Foto kommt betreffend Hilflosigkeit ohnehin kein Beweiswert zu. Aus medizinischer Sicht liegen somit keine Anhaltspunkte für eine klare Fehleinschätzung und damit für ein Eingreifen ins Ermessen der Abklärungsperson vor (E. 3.7 hiavor).

3.9 Es ist zu Recht unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensverrichtungen „Körperpflege“ sowie „Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ auf regelmässige und erhebliche Hilfe Dritter angewiesen ist (act. IIA 144 S. 7 f., Ziff. 6.4 und 6.6). Weiter ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin tagsüber der dauernden Pflege bedarf (act. IIA 144 S. 5 Ziff. 3). Umstritten ist demgegenüber, 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.

3.9.1 Bei der „dauernden persönlichen Überwachung“ gab die Beschwerdeführerin an, es könne in der Nacht vorkommen, dass sie aufstehe und stürze. Es wird nicht angegeben, aus welchen Gründen sie nachts aufstehe. Der Begriff der dauernden persönlichen Überwachung bezieht sich jedenfalls nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen (z.B. Aufstehen, Abliegen, Verrichten der Notdurft). Vielmehr ist darunter eine Hilfeleistung zu verstehen, welche infolge des physischen, psychischen und/oder geistigen Gesundheitszustandes der versicherten Person notwendig ist (vgl.

KSIH, Rz. 8035). Es besteht zwar eine bekannte Gang- und Standunsicherheit aufgrund eines multifaktoriellen Geschehens (act. IIA 143 S. 6); es liegen – wie oben erwähnt – jedoch für den massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor) keine Hinweise für eine wesentliche Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, die sich auf den Bedarf an dauernder persönlichen Überwachung auch nachts auswirkte. Daran ändert die Angabe der Beschwerdeführerin, sie wohne mit ihrer Cousine nunmehr in der gleichen Wohnung und diese schlafe wegen der Stürze der Beschwerdeführerin im gleichen Schlafzimmer (act. IIA 144 S. 3), nichts. Es wird nicht vorgebracht, die Beschwerdeführerin sei dauernd auf persönliche Überwachung angewiesen, sondern (indirekt) dass sie nachts nicht alleine aufstehen könne.

3.9.2 Bezüglich der Lebensverrichtung „An-/Auskleiden“ begründen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen – entgegen der Angaben der Beschwerdeführerin – keine Dritthilfe. Die Abklärungsperson hat – zu Recht – dargelegt, dass sich die gemachten Angaben über die Hilfestellung gegenüber dem Abklärungsbericht vom 24. Februar 2015 nicht verändert haben (act. II 80 S. 4 Ziff. 6.1, act. IIA 144 S. 6 Ziff. 6.1).

3.9.3 Beim „Aufstehen/Absitzen/Abliegen“ gibt die Beschwerdeführerin weiterhin an, dass sie nicht ohne Hilfe aufstehen oder ins Bett gehen könne (es müssten die Beine ins Bett gehoben werden). Dies brachte sie bereits anlässlich der Abklärung im Januar 2015 vor (act. II 80 S. 5 Ziff. 6.2). Seither ist keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, der nunmehr diesbezüglich eine regelmässige und erhebliche Hilfe begründete; letzteres gilt auch für die (neue) Angabe, sie könne sich ohne Hilfe nicht auf einen Stuhl setzen oder sich erheben.

3.9.4 Beim „Essen“ sei die Beschwerdeführerin auf Hilfe angewiesen, da sie in den Händen Schmerzen habe, müsste die Cousine alle Speisen mundgerecht zerkleinern. 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). Im Bericht des Spitals F._____ vom 19. Juli 2017 (act. IIA 133 S. 3) wurde zwar in der klinischen

Untersuchung ein leichter Haltetremor beider Hände, eine Bradykinese (verlangsamte Bewegungen) beider Hände deutlich rechtsbetont ohne Amplitudendekrement, eine generelle Schwäche in der Einzelkraftprüfung proximal betont und fraglich z.T. kooperationsbedingt bei Nacken- und Rückenschmerzen beschrieben (act. IIA 113 S. 5). Es sind jedoch keine Anhaltspunkte vorhanden, dass sich die medizinische Situation seit der letzten Haushaltsabklärung im Januar 2015 bezüglich der Situation der Hände so wesentlich verschlechtert hätte, dass die Beschwerdeführerin deshalb auf eine regelmässige und erhebliche Hilfe (auch nicht beim Schneiden des weichen Toastbrots und beim Bestreichen mit Butter und Marmelade) angewiesen wäre.

3.9.5 Die Angaben beim „Verrichten der Notdurft“ anlässlich der Erhebung vom Oktober 2017 (act. IIA 144 S. 2, 7 Ziff. 6.5) stimmen weiterhin mit denjenigen von Januar 2015 überein. Die Abklärungsperson hat diesbezüglich zu Recht festgehalten, dass sich die Situation seit dem Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 24. Februar 2015 unverändert präsentiert. Auch ist keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, die sich auf diese Lebensverrichtung auswirkte (vgl. act. IIA 143 S. 6 f.).

3.10 Nach dem Dargelegten ist hinsichtlich der Hilflosigkeit keine wesentliche Veränderung überwiegend wahrscheinlich erstellt. Es besteht weiterhin ein Bedarf nach dauernder Pflege tagsüber; ferner ist die Beschwerdeführerin auf regelmässige und erhebliche Hilfe in zwei alltäglichen Lebensverrichtungen (Körperpflege, Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte) angewiesen. Damit hat sie nach wie vor einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung bei leichter Hilflosigkeit (vgl. E. 2.2.3 hiervor).

Der angefochtene Einspracheentscheid der AKB vom 8. Mai 2018 (act. IIA 156) ist korrekt und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 AHVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 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):
 - D. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - Ausgleichskasse des Kantons Bern, Abteilung Leistungen
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.