

200 24 403 IV
SCI/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. September 2024

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
gesetzlich vertreten durch ihre Mutter B. _____
vertreten durch Rechtsanwältin C. _____, D. _____

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 30. April 2024



Sachverhalt:

A.

Die am TT. MM. 2009 mit einer Trisomie 21 (Down-Syndrom) geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde im September 2009 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV [act. II] 2, 6/2 Ziff. 1.1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische Abklärungen und gewährte mit formlosen Mitteilungen vom 1. und 2. März 2010 (act. II 19, 22), 26. April 2010 (act. II 33), 28. und 29. Juni 2010 (act. II 47, 50), 1. Juni 2012 (act. II 73) und 24. März 2022 (act. II 281) medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit den Geburtsgebrechen Ziff. 395, 313, 419, 282, 495, 497, 499, 390 und 489 gemäss Anhang der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21 [in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2021, abgelöst durch die Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern {EDI} vom 3. November 2021 über Geburtsgebrechen {GgV-EDI; SR 831.232.211}, in Kraft seit 1. Januar 2022]).

Des Weiteren sprach die IVB der Versicherten ab dem 1. Januar 2010 eine Hilflosenentschädigung für Minderjährige bei leichter Hilflosigkeit (Verfügung vom 7. Juni 2010 [act. II 40]) bzw. ab dem 1. November 2012 bei mittlerer Hilflosigkeit (Verfügung vom 13. März 2013 [act. II 87]) zu. Im Rahmen einer Revision von Amtes wegen bestätigte die IVB nach telefonisch erfolgter Abklärung durch den Abklärungsdienst (act. II 259) mit Mitteilung vom 20. Dezember 2021 (act. II 260) den Anspruch auf die bisher ausgerichtete Hilflosenentschädigung.

Mit E-Mail vom 30. Oktober 2023 (act. II 309) ersuchte die Mutter der Versicherten um Revision der Hilflosenentschädigung sowie um Zusprache eines Intensivpflegezuschlags, woraufhin der Abklärungsdienst erneut eine telefonische Abklärung vornahm (Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung/Intensivpflegezuschlag für minderjährige Versicherte [Abklärungsbericht] vom 13. Februar 2024 [act. II 323]). Mit Vorbescheid vom 13. Februar 2024 (act. II 324) stellte die IVB in Aussicht, den Anspruch auf eine höhere Hilflosenentschädigung zu verneinen. Nach dagegen erhobenen Einwän-

den (act. II 325, 331) und einer diesbezüglichen Stellungnahme durch den Abklärungsdienst (act. II 335) wies die IVB mit Verfügung vom 30. April 2024 (act. II 336) das Gesuch um Erhöhung der Hilflosenentschädigung ab; gleichzeitig verneinte sie einen Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, gesetzlich vertreten durch ihre Mutter B._____, diese vertreten durch Rechtsanwältin C._____, D._____, mit Eingabe vom 3. Juni 2024 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30.04.2024 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine Hilflosenentschädigung schweren Grades seit wann rechtens auszurichten.
3. Der Beschwerdeführerin sei ein Intensivpflegezuschlag seit wann rechtens auszurichten.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin hob darauf die angefochtene Verfügung vom 30. April 2024 (act. II 336) unter Hinweis auf zusätzlichen Abklärungsbedarf mit Verfügung vom 1. Juli 2024 (act. II 346) wiedererwägungsweise auf und beantragte mit Beschwerdeantwort vom gleichen Tag, das Verfahren sei als gegenstandslos vom Protokoll abzuschreiben.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Juli 2024 stellte der Instruktionsrichter fest, dass die Beschwerdeführerin die direkte Leistungszusprache und nicht die weitere Abklärung beantragt habe, womit grundsätzlich keine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vorliege, sondern einzig ein Antrag der Beschwerdegegnerin auf Gutheissung der Beschwerde im Sinne ihrer neuen Verfügung. Er forderte die Beschwerdeführerin auf, innert angesetzter Frist mitzuteilen, ob sie der Beschwerdegegnerin insoweit folge, als diese die Sache zu weiteren Abklärungen zurückzunehmen gedenke; diesfalls würde

das Verfahren gemäss derzeitiger unpräjudizieller erster Prüfung der formellen Sachlage zufolge Wiedererwägung abgeschrieben. Ohne die entsprechende Zustimmung der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren liege keine massgebliche Wiederwägungsverfügung vor, sondern stelle die als Verfügung bezeichnete Eingabe allein einen Antrag dar und werde die Sache vom Gericht materiell umfassend zu prüfen sein.

Die Beschwerdeführerin stimmte mit Eingabe vom 11. Juli 2024 dem (sinn gemässen) Antrag der Beschwerdegegnerin auf Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen nicht zu, sondern hielt vollumfänglich an den bisherigen Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 ATSG 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. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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 die Verfügung vom 30. April 2024 (act. II 336). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung bei schwerer Hilflosigkeit sowie auf einen Intensivpflegezuschlag.

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 Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 Satz 1 IVG). 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). Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG). Massgebend für die Höhe der Hilflosenentschädigung ist das Ausmass der persönlichen Hilflosigkeit (Art. 42^{ter} Abs. 1 Satz 1 IVG).

2.2

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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

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; oder
- c. 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 (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).

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 in Art. 37 IVV verwendeten Begriffe "Pflegerische" und "Überwachung" beziehen sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Es handelt sich vielmehr um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, welche infolge des physischen oder psychischen Zustandes der versicherten Person notwendig ist. "Dauernd" hat dabei nicht die Bedeu-

tung von "rund um die Uhr", sondern ist als Gegensatz zu "vorübergehend" zu verstehen (BGE 107 V 136 E. 1b S. 139; SVR 2022 IV Nr. 18 S. 57 E. 3.2.2.2).

Unter dem Begriff der "Pflege" ist zum Beispiel die Notwendigkeit zu verstehen, täglich Medikamente zu verabreichen oder eine Bandage anzulegen. Die Pflege kann aus verschiedenen Gründen aufwendig sein: Sie ist es nach einem quantitativen Kriterium, wenn sie einen grossen Zeitaufwand erfordert oder besonders hohe Kosten verursacht. In qualitativer Hinsicht kann sie es sein, wenn die pflegerischen Verrichtungen unter erschwerenden Umständen zu erfolgen haben, so etwa, weil sich die Pflege besonders mühsam gestaltet oder die Hilfeleistung zu aussergewöhnlicher Zeit (z.B. jeweils gegen Mitternacht) zu erbringen ist (BGE 107 V 136 E. 1b S. 139; SVR 2017 IV Nr. 43 S. 129 E. 2.2.2; ZAK 1990 S. 46 E. 2c).

2.5 Die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird um einen Intensivpflegezuschlag erhöht; dieser Zuschlag wird nicht gewährt bei einem Aufenthalt in einem Heim. Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens acht Stunden pro Tag 100 %, bei einem solchen von mindestens sechs Stunden pro Tag 70 % und bei einem solchen von mindestens vier Stunden pro Tag 40 % des Höchstbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 3 und 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10). Der Zuschlag berechnet sich pro Tag. Der Bundesrat regelt im Übrigen die Einzelheiten (Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG).

2.6 Eine intensive Betreuung im Sinne von Art. 42^{ter} Abs. 3 IVG liegt bei Minderjährigen vor, wenn diese im Tagesdurchschnitt infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzliche Betreuung von mindestens vier Stunden benötigen (Art. 39 Abs. 1 IVV). Anrechenbar als Betreuung ist der Mehrbedarf an Behandlungs- und Grundpflege im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters. Nicht anrechenbar ist der Zeitaufwand für ärztlich verordnete medizinische Massnahmen, welche durch medizinische Hilfspersonen vorgenommen werden, sowie für pädagogisch-therapeutische Massnahmen (Art. 39 Abs. 2 IVV). Bedarf eine minderjährige Person infolge Beeinträchtigung der Gesundheit zusätzlich einer dau-

ernden Überwachung, so kann diese als Betreuung von zwei Stunden angerechnet werden. Eine besonders intensive behinderungsbedingte Überwachung ist als Betreuung von vier Stunden anrechenbar (Art. 39 Abs. 3 IVV).

2.7 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. Bei der Anpassung der Dauerleistungen ausserhalb des Rentenbereichs gelten die zur Rentenanpassung entwickelten Grundsätze analog (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 17 N. 87).

2.7.1 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 Dauerleistung 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 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

Die weitere Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision, sofern dabei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde, bedarf gemäss Art. 74^{ter} lit. f IVV keiner Verfügung. Die blosser Mitteilung eines solchen Revisionsergebnisses ist, wenn keine Verfügung verlangt wurde (Art. 74^{quater} Abs. 1 IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.2, 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1).

2.7.2 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Leistungsanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Leis-

tungsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verneinung eines Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung bei schwerer Hilflosigkeit sowie auf einen Intensivpflegezuschlag. Diesbezüglich massgebender Vergleichszeitpunkt ist die Mitteilung vom 20. Dezember 2021 (act. II 260), mit welcher der bis dahin bestehende Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bei mittlerer Hilflosigkeit bestätigt wurde.

In medizinischer Hinsicht ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin unter diversen Geburtsgebrechen leidet (vgl. dazu Sachverhalt lit. A. hiervor). Hervorzuheben sind diesbezüglich insbesondere die Trisomie 21 (Down-Syndrom; Ziff. 489 GgV-EDI Anhang) und die angeborene infantile Zerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch; Ziff. 390 GgV-EDI Anhang). In dem der Mitteilung vom 20. Dezember 2021 (act. II 260) zu Grunde liegenden Abklärungsbericht vom 16. Dezember 2021 (act. II 259) wurde eine Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen Ankleiden/Auskleiden, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft und Fortbewegung/Kontaktaufnahme bejaht (act. II 259/2 ff. Ziff. 2.1.1, 2.1.3 - 2.1.6); verneint wurde eine Hilflosigkeit beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen. Diesbezüglich wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei mobil. Sie könne selber aufstehen, abliegen und sitzen (act. II 259/3 Ziff. 2.1.2). Des Weiteren wurde der Bedarf an dauernder Hilfe im Rahmen der Behandlungspflege bejaht (act. II 259/5 Ziff. 2.2) und die dauernde Überwachungsbedürftigkeit verneint (act. II 259/6 Ziff. 2.3.3). Hinsichtlich der Intensivpflege wurde ein täglicher Mehraufwand von insgesamt drei Stunden und einer Minute anerkannt (act. II 259/6 Ziff. 2.4).

3.2 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes sowie der Hilfsbedürftigkeit seit Erlass der Mitteilung vom 20. Dezember 2021 (act. II 260) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

3.2.1 In der Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2022 (act. II 279) wurde zur Zahnfehlstellung (Verdacht auf Geburtsgebrehen Ziff. 210 GgV-EDI Anhang [Prognathia inferior congenita]) festgehalten, gemäss Telefonat mit Dr. med. dent. E. _____ habe bislang kein Fernröntgen durchgeführt werden können. Aufgrund der klinischen Untersuchung könne aber davon ausgegangen werden, dass die (erforderlichen) Winkelwerte erfüllt seien (vgl. dazu auch act. II 274 f.).

3.2.2 In der fachtechnischen Beurteilung vom 7. Juli 2022 (act. II 285/3 ff.) schlug die F. _____ die Versorgung mit einem Kinderrollstuhl für die begleitete Mobilität im Aussenbereich vor. Gemäss Mitteilung der Mutter sei es teilweise schwierig, die Versicherte zum Gehen zu motivieren. Sie setze sich dann auf den Boden und verharre dort. In solchen Situationen sei es sehr schwierig, das Mädchen dazu zu bringen, aufzustehen, um weiter zu gehen; dies auch in Berücksichtigung ihrer Grösse und ihres Gewichts. Es sei nachvollziehbar, dass die Versicherte aufgrund ihrer Behinderung vielfach auf einen Rollstuhl angewiesen sei.

3.2.3 Im Bericht vom 30. November 2022 (act. II 289) führte Dr. med. G. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, aus, die Patientin habe aufgrund der okulomotorischen Apraxie und der Cerebralparese viele Probleme in der Verrichtung der alltäglichen Handlungen. Zur Förderung der Selbständigkeit im Alltag und zur Teilnahme bzw. Förderung der sozialen Integration und Kommunikation sei aus medizinischer Sicht eine Ergotherapie indiziert.

3.2.4 Aus dem von der Logopädin der Schule H. _____ mitunterzeichneten Gesuch um Abklärung eines Hilfsmittels (elektronische Kommunikationshilfe) vom 6. März 2023 (act. II 297) geht hervor, dass die Beschwerdeführerin nur wenig sprechen könne und kaum Möglichkeiten habe, sich zu verständigen. Sie könne ihre Wünsche und Ideen nicht mitteilen, insofern sei ihre Kommunikation massiv eingeschränkt. Sie sei auf ihre Mitmenschen angewiesen, damit diese ihre elementaren Bedürfnisse und Wünsche/Interessen wahrnehmen und erraten könnten. Dies gelinge ausschliesslich bei engen Familienangehörigen.

3.2.5 In der fachtechnischen Beurteilung vom 9. Mai 2023 (act. II 302) der F._____ führte die zuständige Beraterin aus, die Beschwerdeführerin sei permanent schwer sprech- und schreibbehindert. Sie sei zur Kommunikation auf ein Hilfsmittel angewiesen und intellektuell und motorisch in der Lage, ein Kommunikationsgerät zu bedienen.

3.2.6 Dr. med. I._____, Facharzt für Ophthalmologie, gab im Bericht vom 5. Juli 2023 (act. II 306) an, zwischenzeitlich sei vom Low-Vision-Spezialist das Sistieren der Okklusionstherapie befürwortet worden, da mit 13 Jahren und tiefer Amblyopie links kein grösserer Visusanstieg links mehr zu erwarten sei. Die Einschränkungen durch die Okklusionstherapie würden die Patientin zu stark belasten. Stattdessen würden vielfältige Bewegungserfahrungen, die Förderung von Gleichgewicht und Reaktionsfähigkeit empfohlen. Der Augenstatus rechts sei unauffällig und es könne ein bei Trisomie 21 guter Visus von 0.64 Cardiff nachgewiesen werden. Links sitze die Kontaktlinse gut und könne einen stabilisierenden Effekt bezüglich des Schielens trotz tiefer Amblyopie ausüben.

3.2.7 Der Schularzt Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte am 8. November 2023 (act. II 312) Antrag auf Kostensprache für Physiotherapie im Rahmen des Down-Syndroms mit komplizierten zusätzlichen Problemen bezüglich Sehen, Sprache, Bewegung und Ernährung.

3.2.8 Am 7. Dezember 2023 (act. II 314/2 f.) berichtete K._____, Dipl. Physiotherapeutin, betreffend Hippotherapie über eine positive körperliche Entwicklung in den letzten zwei Jahren. Die Patientin habe deutlich mehr Tonus im Rumpf und könne eine lange Runde korrekt sitzen. Das Gleichgewicht habe sich deutlich verbessert, Kunststücke gelängen gut. Die Sprache habe sich im letzten Jahr verändert, man verstehe deutlich mehr Worte. Das ängstliche Verhalten in gewissen Situationen (... , ..., etc.) sei nur noch sehr selten.

3.2.9 Im Bericht der L._____ AG vom 23. November 2023 (act. II 319) wurde festgehalten, die Patientin sei immer eher klein für ein Mädchen mit Trisomie 21 gewesen, aber in den letzten Jahren sei die Differenz zu einer Durchschnittsgrösse grösser geworden. Mittels Östrogen-

rapie sei die Pubertät induziert worden. Seither sei sie besser gewachsen und das Gewicht pro Grösse habe zugenommen. Die Körperproportionen seien normal und die Armspannweite sei gleich gross wie die Grösse im Stehen. Dies spreche gegen eine Beeinträchtigung der Körpergrösse durch die zerebrale Parese. Somit sei ein Wachstumshormonmangel sehr unwahrscheinlich. Sehr wahrscheinlich werde die Pubertät sich spontan weiterentwickeln und es werde keine weitere Östrogentherapie benötigt.

3.2.10 Im Abklärungsbericht vom 13. Februar 2024 (act. II 323) wurde – wie auch in demjenigen vom 16. Dezember 2021 (act. II 259) – eine Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen Ankleiden/Auskleiden, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft und Fortbewegung/Kontaktaufnahme bejaht (act. II 323/2 ff. Ziff. 2.1.1, 2.1.3 - 2.1.6) und eine Hilflosigkeit beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen verneint. Diesbezüglich wurde ausgeführt, es liege gegenüber dem letzten Abklärungsbericht eine unveränderte Situation vor (act. II 323/3 Ziff. 2.1.2). Wie zuvor wurde der Bedarf an dauernder Hilfe im Rahmen der Behandlungspflege bejaht (act. II 323/5 Ziff. 2.2) und eine dauernde Überwachungsbedürftigkeit verneint (act. II 323/6 Ziff. 2.3.3). Für die Intensivpflege wurde ein täglicher Mehraufwand von insgesamt 3 Stunden und 14 Minuten anerkannt (act. II 323/6 Ziff. 2.4), was einer Zunahme von 13 Minuten gegenüber der Situation im Jahr 2021 entspricht (act. II 259/6 Ziff. 2.4). Diese ist massgeblich auf einen erhöhten Mehraufwand beim Essen zurückzuführen (act. II 259/3, 323/3 jeweils Ziff. 2.1.3).

In der Stellungnahme vom 18. April 2024 (act. II 335) hielt der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin an den Ausführungen im Abklärungsbericht vom 13. Februar 2024 (act. II 323) fest bzw. führte er aus, geringfügige Anpassungen hinsichtlich des Mehraufwandes für die Intensivpflege in zeitlicher Hinsicht würden mangels Überschreitens der erforderlichen Schwelle von vier Stunden täglich nicht dazu führen, dass ein Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag bejaht werden könnte.

3.3 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 erge-

benden 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; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2). Diese Rechtsprechung ist auf Abklärungsberichte für Ansprüche auf Hilflosenentschädigung, Intensivpflegezuschlag, Hilfsmittel oder Assistenzbeitrag 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).

3.4 In der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2024 (act. II 336) stützte sich die Beschwerdegegnerin für die Verneinung einer höheren Hilflosenentschädigung sowie eines Anspruchs auf einen Intensivpflegezuschlag auf den Abklärungsbericht vom 13. Februar 2024 (act. II 323) sowie die Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 18. April 2024 (act. II 335).

Der Abklärungsbericht vom 13. Februar 2024 (act. II 323) basiert auf einem Telefonat mit der Mutter der Beschwerdeführerin vom 5. Februar 2024; auf eine Abklärung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 IVV) verzichtete die zuständige Abklärungsfachperson. Dies ist gemäss Rz. 3042 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]) zulässig, wenn die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person sowie die Auswirkungen des Gesundheitszustandes bereits genügend bekannt und aktenmässig belegt sind. Diese Voraussetzung ist hier nicht erfüllt: Im zu beurteilenden Fall werden die Abklärungen dadurch erschwert, dass multiple Geburtsgebrechen mit mannigfaltigen Auswirkungen auf das funktionelle Leistungs-

vermögen bestehen und die medizinische Aktenlage nur ein unvollständiges Bild in Bezug darauf zu zeichnen vermag, mit welchen spezifischen Herausforderungen sich die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Gesundheitszustandes im Alltag konfrontiert sieht. Insbesondere lassen sich gestützt auf die Aktenlage allein keine exakten Rückschlüsse auf den aktuellsten Gesundheits- und Entwicklungszustand sowie den quantitativen und inhaltlichen Umfang der Intensivpflege ziehen. Die regelmässig erfolgten Anfragen beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. zuletzt act. II 184, 191, 200, 210, 265, 293, 318) waren jeweils spezifisch auf einzelne Sachleistungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Geburtsgebrechen gerichtet und bilden ebenfalls keine genügende medizinische Grundlage für die notwendige gesamtheitliche Beurteilung. Bei dieser Ausgangslage hätten aus dem persönlichen Eindruck im Rahmen einer Abklärung an Ort und Stelle wertvolle zusätzliche Informationen gewonnen werden können. Weil zudem die letzte Erhebung am Domizil der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2018 und durch eine andere Abklärungsfachperson erfolgt war (act. II 203), erscheint im vorliegenden Fall zweifelhaft, dass sich die für die aktuellste Beurteilung verantwortlich zeichnende Abklärungsfachperson sich über den Betreuungs- bzw. Überwachungsbedarf im Rahmen der Beurteilung des Anspruchs auf Intensivpflegezuschlag sowie den Hilfebedarf bei den alltäglichen Lebensverrichtungen anhand der früheren Abklärungsberichte (act. II 55, 76, 84, 114, 150, 203, 259) und des Telefonats ein vollständiges Bild verschaffen konnte. Auch die im Verlauf des vorliegenden Verfahrens eingereichten Unterlagen (Bericht der Klinik M. _____, vom 23. Mai 2024 [Akten der Beschwerdeführerin {act. I} 5; Bericht von Dr. med. N. _____, Praktischer Arzt und Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, vom 26. Mai 2024 [act. I 4]; Bericht von Dr. med. G. _____ vom 27. Mai 2024 [act. I 3] und Bericht der Schule H. _____ vom 3. Juni 2024 [act. I 7]) vermögen an der unklaren Sachlage nichts zu ändern, da auch diese keine Gesamtsicht erlauben und ihnen überdies ein gewisser advokatorischer Charakter inhärent ist.

3.5 Nach dem Dargelegten erweist sich der Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt und es bleibt nach derzeitiger Aktenlage damit auch unklar, ob sich der invaliditätsbedingte Betreuungsaufwand bzw. Hilfebedarf im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (vgl. E. 3.1 hiavor) revisions-

relevant verändert hat. Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort damit zu Recht sinngemäss (vgl. Sachverhalt lit. B. hiervor) die Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen beantragt. In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 30. April 2024 (act. II 336) aufzuheben und die Sache ist an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) das Erforderliche nachholt. Dabei wird sie zunächst die echtzeitlichen Unterlagen der behandelnden Ärzte und die Lern-, Behandlungs- und Entwicklungsberichte der Schule H. _____ seit dem Referenzzeitpunkt zu erheben und diese dem RAD zu einer gesamtheitlichen Beurteilung der Ressourcen und Defizite zu unterbreiten haben. Auf der Basis der medizinischen Beurteilung des RAD wie der Angaben hinsichtlich Ressourcen und Defizite aus den echtzeitlichen Berichten der Schule wird danach der Abklärungsdienst die notwendigen Erhebungen vor Ort vorzunehmen und anschliessend den entsprechenden Bericht zu erstellen haben. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den strittigen Anspruch neu zu verfügen haben.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Wie im Rahmen des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61), gilt es auch unter dem Gesichtspunkt der Verfahrenskosten bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht. Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird

(SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1). Dementsprechend hat die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

An der vollumfänglichen Kostenauflegung zu Lasten der Beschwerdegegnerin ändert nichts, dass die Sache bei Zustimmung der Beschwerdeführerin zum – sinngemässen – Antrag der Beschwerdegegnerin auf Rückweisung der Sache an sie zu weiteren Abklärungen im vereinfachten Verfahren hätte erledigt und der gerichtliche Aufwand damit hätte minimiert werden können. Dies insbesondere mit Blick darauf, dass die Rückweisung vorliegend mit einer weitergehenden Abklärungspflicht verbunden ist, als die Beschwerdegegnerin dies vorgesehen hätte (direkte Abklärung vor Ort; vgl. Wiedererwägungsverfügung vom 1. Juli 2024; Schreiben der Beschwerdeführerin vom 11. Juli 2024 [act. I 12]). Es besteht damit keine Veranlassung, die Verfahrenskosten zwischen den Parteien aufzuteilen.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Gemäss der Praxis des Verwaltungsgerichts wird der Parteikostenersatz bei gemeinnützig tätigen Rechtsberatungsstellen im Sinne von BGE 135 I 1 sowie Rechtsschutzversicherungen, Gewerkschaften und Berufsverbänden aufgrund eines allgemeingültigen pauschalisierten Stundenansatzes festgesetzt, welcher im konkreten Fall mit dem gebotenen Aufwand multipliziert wird. Der Stundenansatz wird je nach fachlicher Qualifikation der Vertretung festgelegt, wobei als fachlich qualifizierte Vertretung diejenige durch Juristinnen und Juristen sowie durch eidgenössisch diplomierte Sozialversicherungsexpertinnen und -experten gilt (vgl. Rundschreiben vom 16. Dezember 2009, abrufbar unter www.justice.be.ch). Im Falle der Vertretung durch eine gemeinnützig tätige Rechtsberatungsstelle im Sinne der Rechtsprechung (BGE 135 I 1 E. 7.4.1 S. 4) wird der Stundenan-

satz bei einer – wie hier – fachlich qualifizierten Vertretung auf Fr. 130.-- festgelegt.

Die Parteienschädigung ist gestützt auf die angemessene Kostennote von Rechtsanwältin C._____ von D._____ vom 11. Juli 2024 auf Fr. 2'473.35 (Honorar von Fr. 2'288.-- [17.6 Stunden à Fr. 130.--] und Mehrwertsteuer [MWST] von Fr. 185.35 [8.1 % von Fr. 2'288.--]) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der obsiegenden (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61) Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. April 2024 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'473.35 (inkl. MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin C._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - 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.