



**Fall-Nr.:** IV 2013/579  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 30.10.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.10.2014**

**Ungenügende Abklärung der Hilfsbedürftigkeit bei chronisch progredient verlaufender Krankheit (Entscheid des Kantonalen Versicherungsgerichts vom 30. Oktober 2014, IV 2013/579).**

Entscheid Versicherungsgericht, 30.10.2014

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie Löhner, a.o.  
Versicherungsrichter Christian Zingg; a.o. Gerichtsschreiberin Eliane Ess

#### **Entscheid vom 30. Oktober 2014**

in Sachen

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Stadelmann, Amriswilerstrasse 50,  
8570 Weinfelden,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen,** Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Hilflosenentschädigung**



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde aufgrund einer schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose (MS) mit Verdacht auf Übergang in eine sekundär chronisch progrediente Form (vgl. IV-act. 45) mit Verfügung vom 4. Juni 2008 rückwirkend ab 1. August 2006 bis 31. Oktober 2006 eine Viertelsrente und ab 1. November 2006 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (IV-act. 77).

A.b Am 6. Juli 2009 beantragte die Versicherte eine Hilflosenentschädigung der IV aufgrund einer seit Januar 2006 bestehenden Hilfsbedürftigkeit in allen sechs Lebensverrichtungen (IV-act. 78 f.). Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, beurteilte am 5. August 2009 die Angaben der Versicherten. Sie würden soweit beurteilbar grösstenteils stimmen, mit gewissen Einschränkungen (IV-act. 84). Am 16. Dezember 2009 fand eine Abklärung an Ort und Stelle statt. Die Abklärungsperson der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle, Vorinstanz oder Beschwerdegegnerin) hielt im Abklärungsbericht vom 14. Januar 2010 unter anderem fest, die Versicherte sei an schlechten Tagen auf die Hilfe des Ehemannes angewiesen, um sich an- und auszukleiden. Mehrheitlich sei sie beim An- und Auskleiden aber nicht auf Dritthilfe angewiesen. Aus motorischer Sicht sei sie nicht mehr in der Lage, die Haushaltarbeiten selbst zu erledigen. Diese würden von ihrem Ehemann erledigt. Hin und wieder erhalte dieser Unterstützung durch die Tochter (IV-act. 93). Der Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. M. Stadelmann, Weinfelden, präziserte mit Schreiben vom 5. Januar 2010 unter anderem, dass die Versicherte während einer MS-Schubphase bzw. an "schlechten" Tagen uneingeschränkt auf die Hilfe Dritter angewiesen sei, währenddem sie an anderen Tagen ihre Verrichtungen ohne Dritthilfe meistern könne. Nur die Fortbewegung im Freien sei auch an "guten" Tagen nur in Begleitung einer Drittperson möglich (IV-act. 104-13 ff.). In einer internen Stellungnahme führte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) an, dass diese Angaben des Rechtsvertreters eindeutig den medizinischen Unterlagen widersprächen, zumal Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, am 13. Juli 2006 die Verdachtsdiagnose einer MS mit einem sekundär chronisch progredienten Verlauf gestellt habe und es gemäss Angaben der Angehörigen zu keinen weiteren Schüben



## St.Galler Gerichte

mehr gekommen sei. Auch der Hausarzt bescheinige seit 2001 keine wesentliche klinische Verschlechterung bei der Versicherten (IV-act. 94). Nach dem Vorbescheidverfahren verfügte die IV-Stelle am 15. Juni 2010 die Abweisung des Gesuchs (IV-act. 98).

A.c Eine dagegen am 17. August 2010 erhobene Beschwerde wurde mit Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 3. Januar 2012 (IV 2010/306) teilweise gutgeheissen. Die Angelegenheit wurde an die IV-Stelle zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen zurückgewiesen. Insbesondere sei ein medizinischer Verlaufsbericht einzuholen, der sich zu der Häufigkeit und dem Ausmass allfälliger Schubphasen sowie zur Stabilität des Krankheitsverlaufs äussere (vgl. IV-act. 123).

A.d Dr. C.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 21. März 2012 auf schriftliche Anfrage hin mit, dass die MS bei der Versicherten bereits 2007 in eine sekundär chronisch progrediente Verlaufsform übergegangen sei. Zwischen April 2008 und Juni 2010 habe sie die Versicherte nicht mehr in ihrer Sprechstunde gesehen. Die letzte schubförmige Verschlechterung sei anfangs Mai 2011 aufgetreten, als die Versicherte während zweier Tage an einer Zunahme der Spastik und Parese der rechten unteren Extremität gelitten habe. Weitere Schübe seien in den letzten 5 Jahren nicht registriert worden; die neurologische Ausfallsymptomatik sei langsam progredient schlechter geworden. Anlässlich der letzten neurologischen Untersuchung am 8. September 2011 habe eine Bein- und rechts betonte Tetraspastik (vorwiegend Paraspastik) mit Parese und Gangstörung bestanden. Seit sie die Versicherte kenne (7. November 2001), benötige diese die Begleitung eines Angehörigen für den Arztbesuch. Die Versicherte sei nur mit Hilfe eines Rollators – eingeschränkt – gehfähig. Die Gehstrecke im Freien betrage keine 100 Meter. Weiter benötige die Versicherte viel Struktur und verbale Unterstützung. Ohne "anregende Massnahmen von aussen" sei die Versicherte äusserst passiv und nicht mehr in der Lage, die Aktivitäten des täglichen Lebens selbst zu erledigen. Ob sich die Situation seit der letzten Konsultation im September 2011 verschlechtert habe, wisse sie nicht (IV-act. 126).

A.e Im Fragebogen betreffend die Revision der Invalidenrente / Hilflosenentschädigung gab die Versicherte am 30. August 2012 an, in den Bereichen An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Körperpflege und Fortbewegung hilfsbedürftig zu sein.



## St.Galler Gerichte

Sie sei auf andauernde Pflege bzw. persönliche Überwachung sowohl tagsüber als auch nachts angewiesen. Weiter benötige sie für die Pflege gesellschaftlicher Kontakte und bei ausserhäuslichen Verrichtungen eine lebenspraktische Begleitung (IV-act. 130).

A.f Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, bei welchem die Versicherte seit Oktober 2009 in Behandlung ist, hielt im Verlaufsbericht vom 11. September 2012 einen stationären Gesundheitszustand seit Behandlungsbeginn fest. Die Versicherte benötige intensive Pflege bei der Alltagshygiene und der Verrichtung der Notdurft. Die Prognose sei aufgrund der zunehmenden Spastizität eher ungünstig, obwohl keine neuen Krankheitsschübe aufgetreten seien (IV-act. 133-1 ff.).

A.g Die zuständige RAD-Ärztin, Dr. E.\_\_\_\_, Ärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2012 fest, dass bei der Versicherten im Zeitraum von Mai 2005 bis Januar 2010 eine einmalige schubartige Verschlechterung im Juli 2007 ärztlich dokumentiert worden sei. Die verschlechterten neurologischen Befunde hätten sich bei der neurologischen Kontrolluntersuchung vom 21. August 2007 durch Dr. C.\_\_\_\_ völlig zurückgebildet. Die nächste schubartige Verschlechterung sei erst wieder im Mai 2011 dokumentiert worden und habe 2 Tage gedauert. Aus versicherungsmedizinischer Sicht ergäben sich auch mit den zusätzlich eingeholten medizinischen Unterlagen keine neuen Gesichtspunkte, die an der fachärztlich gestellten Diagnose einer langsam chronisch progredient verlaufenden MS mit ganz vereinzelt kurzdauernden, schubartigen Verschlechterungen Zweifel aufkommen liessen. Sie teile die Einschätzung der Sachbearbeiterin der IV-Stelle, wonach zwischen 2007 und Januar 2010 keine Krankheitsschübe aufgetreten seien, welche eine bleibende körperliche Beeinträchtigung hervorgerufen hätten. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass während des betreffenden Zeitraumes keine erheblichen und vor allem regelmässigen Hilfestellungen in den massgebenden Lebensverrichtungen notwendig gewesen seien (IV-act. 136).

A.h Im Vorbescheid vom 23. November 2012 wurde der Versicherten eine Ablehnung des Antrags auf Hilflosenentschädigung in Aussicht gestellt (IV-act. 138). Mit Einwand vom 11. Januar 2013 stellte der Rechtsvertreter den Antrag, der Versicherten sei eine Hilflosenentschädigung für mittelschwere bzw. zumindest leichte Hilflosigkeit



zuzusprechen bzw. es seien weitere Abklärungen vorzunehmen. Zur Begründung verwies er auf die bisherigen Eingaben. Im Übrigen sei der Auftrag des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, die Angelegenheit medizinisch abzuklären, nicht genügend erfüllt bzw. die eingeholten medizinischen Berichte seien falsch interpretiert worden. Einzig aufgrund des Hinweises, dass im vorliegenden Fall von einer chronisch progredienten MS und eher weniger von einem schubartigen Verlauf der Krankheit auszugehen sei, könne keinesfalls einfach der Schluss gezogen werden, die Versicherte sei nicht auf Hilfe angewiesen. Im Weiteren umfasse der massgebende Zeitraum nicht nur Mai 2005 bis Januar 2010. Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ (richtig: Dr. C.\_\_\_\_) umfasse nur den Zeitraum bis 8. September 2011. Selbstverständlich sei die Hilfsbedürftigkeit der Versicherten auch für den jetzigen Zeitpunkt zu klären, da aufgrund der chronisch progredienten Verlaufsform eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands und somit eine Erhöhung der Hilfsbedürftigkeit der Versicherten offensichtlich sei (IV-act. 142).

A.i In der Folge holte die IV-Stelle beim Hausarzt, Dr. D.\_\_\_\_, weitere medizinische Informationen ein. Dieser beantwortete in seinem Bericht vom 24. Mai 2013 konkrete Fragen zu den Lebensverrichtungen (IV-act. 147). Auch der Rechtsvertreter beantwortete der IV-Stelle verschiedene Fragen mit Schreiben vom 16. September 2013 (IV-act. 151).

A.j Am 18. Oktober 2013 verfügte die IV-Stelle erneut die Abweisung des Gesuchs um Hilflosenentschädigung. Nach Rückweisung durch das Versicherungsgericht seien weitere medizinische Unterlagen bei den behandelnden Ärzten eingeholt worden, in denen bestätigt worden sei, dass die Versicherte an einer langsam chronisch progredient verlaufenden MS mit ganz vereinzelt kurzdauernden, schubartigen Verschlechterungen (August 2007/Mai 2011) leide. Es könne davon ausgegangen werden, dass von Mai 2005 bis Januar 2010 keine regelmässige und erhebliche Hilfsbedürftigkeit bestanden habe. Im Weiteren habe sich gemäss den angefragten Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitszustand der Versicherten seit 2010 nicht weiter erheblich verschlechtert. Es seien ihr – verlangsamt – diverse Tätigkeiten selbstständig möglich (Socken anziehen, vom Bett oder Stuhl aufstehen, Fortbewegung inkl. Treppen überwinden). Im Haushalt seien ihr körperlich nicht anstrengende Tätigkeiten, wie Gemüse rüsten, Arbeitsflächen/Badezimmer auf Sitzhöhe wischen oder abstauben und



Wäsche aussortieren und zusammenlegen, zumutbar. Eine Verlangsamung der Versicherten begründe keinen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Im Weiteren deckten sich die Angaben der Versicherten, dass diese dauernd angeleitet werden müsse, nicht mit denjenigen bei der Abklärung vor Ort bzw. mit den Angaben von Dr. D.\_\_\_\_. Es bestehe kein Anspruch auf die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung im Rahmen der Alltagsverrichtungen oder der lebenspraktischen Begleitung (IV-act. 153).

B.

B.a Gegen diese Verfügung vom 18. Oktober 2013 richtet sich die vom Rechtsvertreter der Versicherten erhobene Beschwerde vom 19. November 2013. Er beantragt, die Verfügung vom 18. Oktober 2013 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine Entschädigung für mittelschwere, eventuell leichte Hilflosigkeit rückwirkend ab Mai 2005 zuzusprechen, unter den gesetzlichen Kosten- und Entschädigungsfolgen. Die Vorinstanz habe bei Dr. C.\_\_\_\_ einen ergänzenden Bericht eingeholt, welcher inzwischen jedoch mehr als eineinhalb Jahre alt sei. Im Weiteren habe die Beschwerdegegnerin eher "pro forma" einige weitere Abklärungen vorgenommen. So seien beim Hausarzt der Beschwerdeführerin ein Bericht eingeholt und der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Rechtsvertreter einige Fragen gestellt worden. Aus all jenen Berichten ergäbe sich, dass die Beschwerdeführerin unmöglich ohne fremde Hilfe selbstständig wohnen könnte. Ihr Ehemann habe ein 50%-Arbeitspensum inne und verzichte einzig wegen der regelmässigen Hilfestellungen zugunsten seiner Ehefrau auf ein höheres Arbeitspensum. Es sei offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin einen Bedarf an lebenspraktischer Begleitung aufweise, da diese für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf die Begleitung einer Drittperson infolge einer Beeinträchtigung der Gesundheit dringend angewiesen sei. Da dieser Bedarf mindestens schon seit 2005 bestehe, sei der Anspruch rückwirkend ab Mai 2005 gegeben. Darüber hinaus sei die Beschwerdeführerin in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen. Dies gelte insbesondere beim An- und Auskleiden (vor allem beim Anziehen der Socken), beim Essen (Zerkleinern der Nahrung) und auch bei der Körperpflege (Duschen). Auch bei der Fortbewegung (im oder ausser Haus) sei die Beschwerdeführerin trotz Rollator schwer eingeschränkt. Somit sei der



## St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin eine Entschädigung für mittelschwere Hilflosigkeit zuzusprechen. Folge man den Argumenten der Vorinstanz, dass die alltäglichen Lebensverrichtungen verlangsamt möglich seien und diesbezüglich keine Einschränkung vorliege, müsste der Beschwerdeführerin zumindest eine Entschädigung für leichte Hilflosigkeit zugesprochen werden, da sie offensichtlich dauernder lebenspraktischer Begleitung bedürfe (act. G 1).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verweist sie auf die angefochtene Verfügung vom 18. Oktober 2013 sowie auf die Stellungnahme der Fachabteilung der IV-Stelle vom 30. Januar 2014 und weist unter anderem darauf hin, dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht ihres Hausarztes, Dr. D.\_\_\_\_, vom 19. Februar 2011 (vgl. IV-act. 118) mit ihrem Schicksal hadere und sie sich an den Anspruch auf Zuneigung und pflegerische Leistungen des Ehemannes gewöhnt habe. Dies spreche dafür, dass es ihr möglich sei, selbst mehr zu tun. Dem Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2010 (vgl. IV-act. 133-8) sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin zur Erhaltung der Ausdauer ein tägliches Gehtraining im Freien mittels Rollator empfohlen worden sei. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei entsprechendem Training eben gerade nicht für sämtliche Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung angewiesen wäre. Die Beschwerdeführerin könne auch alleine wohnen, wenn sie die entsprechenden Hilfsdienste wie Spitex aufbieten würde (act. G 4).

B.c In der Replik vom 16. Juni 2014 hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an seinen Anträgen fest. Es sei zu rügen, dass der letzte Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. März 2012, wonach eine sekundär chronisch progrediente bzw. eine sich kontinuierlich verschlechternde MS vorliege, inzwischen bereits wieder mehr als 2 Jahre alt sei. Er beantrage deshalb, bei Dr. C.\_\_\_\_ einen aktuellen Bericht über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin einzuholen. Die Vorinstanz folgere aus dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ zudem eine blosser Verlangsamung der Versicherten, was jedoch nur zum Teil zutrefte. Abgesehen davon sei Dr. D.\_\_\_\_ der Hausarzt der Beschwerdeführerin und verfüge nicht über spezifische Kenntnisse ihrer Krankheit. Im Weiteren habe die Vorinstanz keinen neuen Hausbesuch angeordnet, sondern



entgegen der Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ pauschal ausgeführt, dass keine Verschlechterung stattgefunden habe (act. G 12).

B.d Mit Schreiben vom 23. Juni 2014 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (act. G 14).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Nach Art. 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist eine Person hilflos, wenn sie wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. 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. Eine Hilflosigkeit gilt als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (Art. 37 Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), 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 lit. b IVV) oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 37 Abs. 2 lit. c IVV). Es liegt eine leichte Hilflosigkeit vor, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. a IVV), einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 3 lit. b IVV), einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf (Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV), wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher



Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (Art. 37 Abs. 3 lit. d IVV) oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. e IVV). Als hilflos gilt ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 IVG). Die versicherte Person bedarf einer lebenspraktischen Begleitung, wenn sie volljährig ist, ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann (Art. 38 Abs. 1 lit. a IVV), für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist (Art. 38 Abs. 1 lit. b IVV) oder ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren (Art. 38 Abs. 1 lit. c IVV).

1.2 Die Praxis kennt die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen: An- und Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, Essen, Körperpflege, Notdurftverrichtung, Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien, einschliesslich die Pflege gesellschaftlicher Kontakte; vgl. Rz 8010 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] in der sowohl ab 1. Januar 2011 als auch ab 1. Januar 2014 gültigen Fassung). 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 91 E. 3c). Eine blossе Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründet keine Hilflosigkeit (vgl. ZAK 1989 S. 215 E. 2b; 1986 S. 483 E. 2a und b).

1.3 Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich. Der Arzt hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 130 V 61, E. 6.1.1). Bei der Mehrzahl der Gesuche um Hilflosenentschädigung genügt es zur Abklärung der medizinischen Situation, die von Seiten der versicherten Person angegebenen Einschränkungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen vom behandelnden Arzt auf ihre Plausibilität prüfen zu lassen (Entscheid des Versicherungsgerichts vom 8. September 2010, IV 2010/16, E. 2.2).



2.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin an einer mittelschweren, eventualiter an einer leichten Hilflosigkeit leidet. Insbesondere stellt sich die Frage, ob sie bei den alltäglichen Lebensverrichtungen wie Körperpflege und Fortbewegung auf regelmässige, erhebliche Dritthilfe beziehungsweise dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

2.2 Nachdem die Beschwerdeführerin am 17. August 2010 mit ihrer ersten Beschwerde betreffend ein Gesuch um Hilflosenentschädigung an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen gelangte, wurde die Angelegenheit an die IV-Stelle zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen zurückgewiesen. Insbesondere sollten die Häufigkeit und das Ausmass allfälliger Schubphasen geklärt werden, da die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben nur während einer Schubphase bzw. an "schlechten" Tagen auf die Hilfe Dritter angewiesen sei (IV-act. 104-13 ff.). Im daraufhin von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 21. März 2012 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass die letzte schubförmige Verschlechterung anfangs Mai 2011 aufgetreten sei. Damals habe die Beschwerdeführerin während zweier Tage an einer Zunahme der Spastik und Parese der rechten unteren Extremität gelitten. Weitere eindeutige Schübe seien in den letzten 5 Jahren von ihr nicht registriert worden. Auf die Frage, was für Einschränkungen durch die Schübe hervorgerufen worden seien, antwortete Dr. C.\_\_\_\_, die neurologische Ausfallssymptomatik werde durch die sekundär chronisch progrediente Verlaufsform der MS langsam progredient schlechter. Anlässlich der letzten neurologischen Untersuchung am 8. September 2011 habe eine Bein- und rechts betonte Tetraspastik (vorwiegend Paraspastik) mit Parese und Gangstörung bestanden. Die Beschwerdeführerin sei nur mit Hilfe eines Rollators eingeschränkt gehfähig (keine 100 Meter im Freien) und in allen Aktivitäten des Alltags massiv verlangsamt. Sie benötige viel Struktur und verbale Unterstützung. Ob sich die Situation seit dieser letzten Untersuchung am 8. September 2011 (weiter) verschlechtert habe, wisse sie nicht (IV-act. 126). In der Folge gelangte die RAD-Ärztin in ihrer Aktenbeurteilung vom 21. November 2012 zum Schluss, aufgrund lediglich zwei dokumentierter schubartiger Verschlechterungen in der Vergangenheit (Juli 2007 in H.\_\_\_\_ und Mai 2011), die beide vorübergehender Natur gewesen seien, könne nach wie vor von einer langsam



progredient verlaufenden MS ausgegangen werden. Die RAD-Ärztin bestätigte sodann die Einschätzung der IV-Stelle, wonach in der Vergangenheit keine Krankheitsschübe aufgetreten seien, die zu bleibenden körperlichen Beeinträchtigungen geführt hätten, womit keine erheblichen und vor allem keine regelmässigen Hilfestellungen in den massgebenden Lebensverrichtungen notwendig gewesen seien (IV-act. 136). Diese Betrachtungsweise findet ihre Bestätigung im Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2010, wo die Beschwerdeführerin vom 17. Juni bis 14. Juli 2010 zur stationären Neurorehabilitation hospitalisiert war (IV-act. 133-8). Gemäss Austrittsbericht hätten die mit der Rehabilitation verfolgten Ziele erreicht werden können. So sei die Beschwerdeführerin in der Selbstversorgung selbstständig. Insbesondere könne sie - zwar verlangsamt - bimanuelle Tätigkeiten verrichten, wie Geschirr abwaschen, den Tisch decken und mit Besteck essen. Der Beschwerdeführerin sei sowohl drinnen wie draussen ein ganztägiges und selbstständiges Gehen am Rollator möglich, ebenso das Treppensteigen bis zu einem Stockwerk im Nachstellschritt (mit Halt am Geländer). Zur Erhaltung der Ausdauer werde ihr zu Hause ein tägliches Gehtraining draussen mit dem Rollator empfohlen. Auch dieser Bericht belegt, dass in der Vergangenheit keine Hilflosigkeit ausgewiesen ist, die nicht mittels Hilfsmitteln (wie Rollator) hätte behoben werden können. Bis zur letzten dokumentierten neurologischen Untersuchung vom 8. September 2011 ist dem Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. März 2012 keine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit deren Austritt aus der Klinik G.\_\_\_\_ zu entnehmen (IV-act. 126). Mithin ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin jedenfalls bis zur letzten neurologischen Untersuchung vom 8. September 2011 mit Hilfsmitteln bzw. medizinischen Massnahmen in ihren Lebensverrichtungen selbstständig war und aus gesundheitlichen Gründen keine lebenspraktische Begleitung benötigte. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin wegen fehlender Deutschkenntnisse stets auf Begleitung bei Arztbesuchen etc. angewiesen sei, wie dem Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ an den Hausarzt vom 3. Juni 2010 zu entnehmen ist (IV-act. 133-7), begründet keine IV-rechtliche Hilflosigkeit. Mithin ist bis zum 8. September 2011 keine Hilflosigkeit ausgewiesen.

2.3 Zu prüfen ist hingegen, ob bei der Beschwerdeführerin seither bis zum 18. Oktober 2013 (Datum der angefochtenen Verfügung) eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin holte nach der Rückweisung der Sache durch das Versicherungsgericht des Kantons



## St.Galler Gerichte

St. Gallen zusätzliche medizinische Unterlagen ein. Diese beschränkten sich einerseits auf einen Bericht des Hausarztes vom 24. Mai 2013 sowie andererseits auf einen Bericht der behandelnden Neurologin, welchem wie erwähnt zu entnehmen ist, dass die letzte neurologische Untersuchung am 8. September 2011 stattgefunden hatte (IV-act. 147; 126-1). Die Beschwerdeführerin bemängelt zu Recht, dass sich die Beschwerdegegnerin damit auf eine fachärztliche Beurteilung abstützte, die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bereits älter als eineinhalb Jahre war (act. G 1). Dazu kommt, dass Dr. C.\_\_\_\_ eine (weitere) Verschlechterung des Gesundheitszustands seit ihrer Untersuchung vom 8. September 2011 gerade nicht ausschliesst. Des Weiteren ist kaum nachvollziehbar, dass von der Beschwerdegegnerin keine (weitere) Abklärung vor Ort durchgeführt wurde. Ihr ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin an einer MS mit sekundär chronisch progredientem Verlauf leidet bzw. mit einer langsamen Verschlechterung der neurologischen Ausfallssymptomatik gerechnet werden muss. Im Arztbericht vom 24. Mai 2013 führt Dr. D.\_\_\_\_ aus, er vermute, dass die Beschwerdeführerin nicht selbstständig in die Badewanne steigen könne und die Sturzgefahr wegen der eingeschränkten reflexartigen "Kontrollmotorik" bei rutschiger Unterlage in der Dusche erheblich sei. Bezüglich der Fortbewegung im Freien erachte er für die Beschwerdeführerin eine flache Gehstrecke von bis zu 200 Metern ohne Zeitdruck als zumutbar (IV-act. 147-2). Diese Ausführungen zeigen auf, dass seit der letzten neurologischen Untersuchung vom 8. September 2011 durch Dr. C.\_\_\_\_ mit umschriebener Progredienz (IV-act. 126) möglicherweise eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Es erscheint daher erforderlich, den Verlauf ergänzend abzuklären.

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung stützt sich ab 9. September 2011 bis 18. Oktober 2013 (Datum Verfügungserlass) auf eine unvollständige Abklärung des massgebenden Sachverhalts. Infolgedessen erweist sie sich durch die Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes als rechtswidrig. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung aufzuheben und die Sache für die Zeit ab 9. September 2011 zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, die neu zu entscheiden haben wird. Die Beschwerdegegnerin hat die Hilfsbedürftigkeit (erneut) vor Ort abzuklären. Im Weiteren hat sie ihren Abklärungsbericht bezüglich einer allfälligen



Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mittels einer aktuellen neurologischen Untersuchung zu vervollständigen, in dessen Rahmen allfällige Zusatzinformationen bei der behandelnden Physiotherapeutin (IV-act. 93-1) eingeholt werden können.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Praxisgemäss erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend - die Beschwerdeführerin beantragte rückwirkend ab Mai 2005 eine Hilflosenentschädigung, während gemäss Ausgang dieses Verfahrens eine Hilflosenentschädigung frühestens ab September 2012 (nach Ablauf des Wartejahres, vgl. BGE 137 V 351) überhaupt zur Diskussion steht - ist sie je zur Hälfte den Parteien aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zur Hälfte zurückzuerstatten.

3.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Kostennote verzichtet. Wird berücksichtigt, dass es im vorliegenden Fall um ein Folgeverfahren mit entsprechend geringerem Aufwand geht, rechtfertigt es sich, von einer Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) auszugehen. Entsprechend dem Verfahrensausgang ist der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 18. Oktober 2013 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur weiteren Abklärung des



Sachverhalts ab 9. September 2011 und neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Parteien je zur Hälfte, die Beschwerdeführerin unter Anrechnung des von ihr bezahlten Kostenvorschusses von Fr. 600.--. Der Restbetrag von Fr. 300.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.