



**Fall-Nr.:** IV 2013/86  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.06.2020  
**Entscheiddatum:** 04.06.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.06.2014**

**Art. 42sexies IVG. Art. 39e IVV. Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag. Bestimmung des Umfangs des Assistenzbeitrages. Stufensystem. Die Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins setzt die Anwesenheit der versicherten Person zwingend voraus. Rückweisung zur Abklärung der Einstufung des Hilfebedarfs im Bereich An-/Auskleiden aufgrund des Wechsels von Unterschenkelorthesen beidseits zu einer Unterschenkelorthese rechts und einer Oberschenkelorthese links, sowie zur weiteren Abklärung des Hilfebedarfs in den Teilbereichen Mobilität draussen und Reisen/Ferien. Beim Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung ist nicht auf die konkret ausgeübten Tätigkeiten abzustellen, sondern auf die grundlegenden Fähigkeiten bzw. Einschränkungen einer versicherten Person in den entsprechenden Teilbereich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2014, IV 2013/86).**

Entscheid Versicherungsgericht, 04.06.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 4. Juni 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch den Rechtsdienst Integration Handicap,  
Rechtsanwältin lic.iur. Petra Kern, Bürglistrasse 11, 8002 Zürich,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin**,

betreffend

### **IV-Leistungen (Assistenzbeitrag)**

#### **Sachverhalt:**

A.

A.a A.\_\_\_\_ Jahrgang 20\_\_\_\_, litt bei der Geburt an einer lumbosakralen Lipomyelomeningocele sowie einer Diastematomyelie und Dysraphie ca. BWK 8 bis ca. LWK 1. Weiter wurden ein Lähmungsniveau ca. L5 rechts und L3 links nach Ferrari und Voss, eine neurogene Blasen- und Darmentleerungsstörung, eine Paraparese des rechten Beines, ein Aussendrehfehler beider Unterschenkel sowie eine Spitzfuss-Konfiguration beidseits diagnostiziert (IV-act. 54-1). Die IV-Stelle sprach der Versicherten am 16. August 2010 eine mittelgradige Hilflosenentschädigung für Minderjährige mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2009 (Anerkennung des Flüchtlingsstatus) bis zum 31. Dezember 2013 (Revision) zu. Sie erklärte, die Versicherte sei derzeit bei sämtlichen massgebenden Lebensverrichtungen ausser dem Bereich Essen auf regelmässige Dritthilfe angewiesen (IV-act. 37).

A.b Am 2. April 2012 wurde die Versicherte von ihren Eltern zum Bezug eines Assistenzbeitrages der Invalidenversicherung angemeldet (vgl. IV-act. 56). Im Fragebogen zum Assistenzbeitrag gaben die Eltern am 30. April 2012 an, dass die Versicherte aufgrund ihrer Behinderung im Rollstuhl sitze und in den meisten Bereichen auf viel Pflege und Hilfe angewiesen sei. Bei den alltäglichen Lebensverrichtungen An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Fortbewegung in der Wohnung sowie



## St.Galler Gerichte

der Körperpflege benötige sie viel Hilfe, könne aber eine kleine Eigenleistung erbringen (Stufe 3 des Hilfebedarfs). In den Bereichen Essen/Trinken und Notdurftverrichtung sei sie bei mehreren Teilhandlungen auf Hilfe angewiesen, erledige aber einen wesentlichen Teil selber (Stufe 2). Bei der Ausübung von Hobbies benötige sie viel Hilfe, namentlich müsse ihr das Musikinstrument (Gitarre) getragen werden (Stufe 3). Bei gesellschaftlichen Kontakten sei immer eine Begleitung nötig (Stufe 3). Bei der Mobilität sei die Versicherte auf umfassende direkte Hilfe angewiesen (Stufe 4). Eine Nachtassistenz sei erforderlich, da ab und zu die

Windeln gewechselt werden müssten (IV-act. 62).

A.c Gemäss einem Verlaufsbericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 25. Mai 2012 waren bei der Versicherten am 9. Februar 2012 eine operative Pfannendachplastik nach Baker links mit einer Valgisations- und Derotationsosteotomie des proximalen Femurs links sowie eine Epiphysiodese distaler Femur rechts durchgeführt worden. Die behandelnde Orthopädin hielt fest, dass aufgrund der hochgradigen Aussenrotation der Unterschenkel, welche zu einem Wegknicken der Füsse geführt habe, am 24. April 2012 auch noch eine Derotationsosteotomie beider Unterschenkel durchgeführt worden sei. Die Versicherte befinde sich nun in der Rehabilitationsphase. Das Tragen der externen Fixateure sei für mindestens 3 Monate geplant. Postoperativ müsse rechts eine neue Unterschenkelorthese und links eine Oberschenkelorthese angefertigt werden. Aktuell sei die Versicherte nur mit dem Rollstuhl zu mobilisieren. Eine Gehfähigkeit für kurze Strecken sei jedoch postoperativ zu erreichen (IV-act. 75).

A.d Im Rahmen der Prüfung der Ansprüche auf Hilflosenentschädigung (revisionsweise), auf einen Intensivpflegezuschlag sowie auf einen Assistenzbeitrag veranlasste die IV-Stelle eine Abklärung vor Ort (IV-act. 78, 80). Diese wurde am 20. August 2012 durchgeführt, wobei die Versicherte wegen der Schule nicht anwesend war (IV-act. 84). Der Abklärungsverantwortliche hielt gestützt auf die Angaben der Mutter im Abklärungsbericht fest, dass sich eine vorübergehende Erhöhung des Pflegeaufwandes ergeben habe, dies zunächst aufgrund des Erfordernisses von Darmspülungen jeden zweiten Tag sowie von Katheterisierungen viermal täglich. Weiter sei die Versicherte am 7. Februar 2012 an der Hüfte operiert worden, was Einschränkungen bis Ende März 2012 nach sich gezogen habe. Ausserdem sei sie am 24. April 2012 an beiden Beinen



operiert worden, wobei Fixateure beidseits angebracht worden seien. Die Verbände hätten bis 14. August 2012 gewechselt werden müssen. Aktuell sei ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bei mindestens vier anzurechnenden Verrichtungen (ausser dem Bereich Essen) ausgewiesen. Zusätzlich bestehe Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag für den Zeitraum vom 7. Februar bis 14. August 2012. Die Versicherte sei mittlerweile über 10-jährig und besuche die 4. Klasse der Regelschule im Nachbarsdorf. Es bestünden keine kognitiven Einschränkungen. Die Wohnsituation in einem Haus auf zwei Etagen mit vielen Türschwellen und engen Gangpassagen sei für die Versicherte nicht optimal. Gegenwärtig suche die Familie nach einem geeigneteren Wohnsitz (IV-act. 83).

A.e Gestützt auf den Bericht zur Abklärung vor Ort wurde der Assistenzbeitrag mittels eines standardisierten Abklärungssystems (FAKT) am 20. August 2012 berechnet. Der Abklärungsverantwortliche hielt darin fest, dass bei der Versicherten ein Hilfebedarf von 62,99 Stunden pro Monat ausgewiesen sei. Dieser setze sich zusammen aus dem Hilfebedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen (48,79 Stunden), beim Haushalt (6,59 Stunden) sowie bei der gesellschaftlichen Teilhabe und der Freizeitgestaltung (7,6 Stunden). Nach Abzug des bereits durch die Hilflosenentschädigung abgedeckten Zeitaufwandes von 35,69 Stunden pro Monat verbleibe ein Assistenzbedarf von 27,3 Stunden. Dies ergebe einen monatlichen Assistenzbeitrag von Fr. 887,25 (IV-act. 99-1 f.). Der Hilfebedarf bei einzelnen Tätigkeiten der allgemeinen Lebensverrichtungen wurde vom Abklärungsverantwortlichen folgendermassen eingestuft und beurteilt: Beim An-/ Auskleiden (Stufe 2) hielt er fest, dass der Versicherten einzelne Kleidungsstücke gereicht werden müssten (z.B. vom Bügel, weil sie schwer seien oder weit oben hängen). Einen Teil der Kleidung (z.B. Oberbekleidung) könne die Versicherte selber an- und ausziehen. Beim täglichen Anziehen der Unterschenkelorthesen beidseits sei eine Mithilfe eingeschränkt möglich, das Ausziehen funktioniere fast selbstständig. Zum Bereich Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Fortbewegung im Haus (Stufe 2) bemerkte der Abklärungsverantwortliche, dass die Versicherte selbst zwischen Bett und Rollstuhl wechseln könne. Der Rollstuhl müsse jeweils gerichtet werden und Handreichungen blieben nötig. Die Versicherte bewege den Rollstuhl selber, bleibe aber hin und wieder hängen. Sie benötige Hilfe beim Öffnen und Schliessen von Türen und Fenster sowie beim Überwinden von Treppen und Türschwellen. In der Schule sei die Versicherte aufgrund der dortigen guten Einrichtung



## St.Galler Gerichte

mobiler. Essen und trinken könne die Versicherte weitgehend selbstständig (Stufe 1). Sie sei in der Lage, sich selber das Getränk einzuschenken und das Essen zu schöpfen, falls die benötigten Gegenstände in ihrer Nähe seien. Im Rahmen der Körperpflege (Stufe 3) sei die Versicherte beim Waschen auf vollständige Dritthilfe angewiesen, da die Räumlichkeiten nicht optimal geschnitten seien und die Versicherte sich mit dem Rollstuhl im Bad nicht bewegen könne. Sie könne nicht stehen und müsse transferiert werden. Das Zähneputzen (inklusive Zahnseide) erledige die Versicherte selbstständig, wenn die Utensilien bereit gestellt würden. Sie könne bei der periodischen Körperpflege gut mithelfen, lasse sich aber viel lieber helfen. Betreffend den Bereich der Notdurftverrichtung (Stufe 2) werde die Versicherte regelmässig, viermal täglich katheterisiert und an jedem zweiten Tag werde eine Darmspülung durchgeführt. Der ganze Prozess erfolge ausschliesslich zu Hause mit Dritthilfe. Beim Säubern könne die Beschwerdeführerin grundsätzlich mithelfen, verweigere jedoch eine Eigenleistung. Aufgrund der unüblichen Art und Weise der Notdurftverrichtung sei nur ein teilweises An-/Ausziehen erforderlich. Zum Bereich gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung (Stufe 2) hielt der Abklärungsverantwortliche fest, dass die Versicherte selbstständig bastle und male, wobei ihr jedoch alles hergerichtet werden müsse. Gespräche führen und diesen zu folgen gelinge ihr ohne Einschränkungen. Draussen könne die Versicherte bekannte Wege selbstständig zurücklegen. Jedoch führten Situationen ausserhalb der gewohnten Routine immer wieder zu Schwierigkeiten (IV-act. 99-3 ff.).

A.f Anlässlich der klinischen Orthesenkontrolle berichtete die behandelnde Ärztin des Ostschweizer Kinderspitals am 16. Oktober 2012, dass die Versicherte eine Oberschenkelorthese links und eine Unterschenkelorthese rechts trage. Die Versicherte absolviere weiterhin konsequent ihre Gehübungen. Am Rollator sei sie selbstständig gehfähig und könne kurze Strecken ausser Haus zurücklegen (IV-act. 89).

A.g Mit einer Verfügung vom 8. November 2012 bestätigte die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf eine Entschädigung wegen Hilflosigkeit mittleren Grades. Zudem sprach sie der Versicherten einen Intensivpflegezuschlag für den Zeitraum vom 7. Februar bis 14. August 2012 zu. Diesbezüglich führte sie als Begründung an, dass einerseits wegen der nötigen Darmspülungen und andererseits nach zwei operativen



## St.Galler Gerichte

Eingriffen an der Hüfte und an den Beinen ein erhöhter pflegerischer Aufwand bestanden habe (IV-act. 90).

A.h Mit einem Vorbescheid vom 23. November 2012 wurde der Versicherten die Zusprache eines Assistenzbeitrages in Höhe von Fr. 887.25 pro Monat (für maximal 11 Monate) in Aussicht gestellt (IV-act. 100). Dagegen liess die Versicherte am 10. Dezember 2012 einwenden, dass sie in verschiedenen Bereichen mehr Hilfe benötige, als ihr angerechnet worden sei. Beim An-/Auskleiden sei sie zum Zeitpunkt der Abklärung auf Unterschenkelorthesen angewiesen gewesen. In der Zwischenzeit trage sie jedoch Schienen, wobei das selbstständige An- und Ausziehen nicht mehr möglich sei. Zudem müssten ihr die Kleider hergerichtet werden. Der Hilfebedarf in diesem Bereich erfülle die Stufe 3. Bezüglich der Notdurftverrichtung leide sie oft an Blasenentzündungen, was den Pflegeaufwand erhöhe. In der Nacht sei eine Überwachung erforderlich, da sie ca. 3-4 Mal pro Woche schlafwandle und dadurch eine Verletzungsgefahr bestehe. Betreffend die Freizeitgestaltung besuche sie am Dienstag einen Tanzkurs, am Freitag die Musikschule und am Samstag einen Schwimmkurs. Sie müsse jeweils hinbegleitet und wieder abgeholt werden, was sehr zeitintensiv sei. Somit sei auch in diesem Bereich Stufe 3 anzunehmen (IV-act. 105).

A.i Mit einer Verfügung vom 21. Januar 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten einen Assistenzbeitrag im Umfang von monatlich Fr. 887.25 (für maximal 11 Monate, d.h. Fr. 9'759.75 pro Jahr) zu. Zum Einwand der Versicherten hielt sie fest, dass im Bereich An-/Auskleiden keine höhere Einstufung angebracht sei, da die Versicherte einen Teil der Verrichtung selbstständig übernehmen könne. Dies gelte auch für die Bereiche Notdurftverrichtung und Freizeitgestaltung. Ein Hilfebedarf in Form von Überwachung sei durch ein mögliches Schlafwandeln in der Nacht noch nicht gerechtfertigt. Bei der Versicherten bestünden keine kognitiven Beeinträchtigungen. Sie könne eine Situation adäquat einschätzen (IV-act. 109).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte am 20. Februar 2013 Beschwerde erheben. Es wurde beantragt, die Verfügung vom 21. Januar 2013 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zur Zusprache eines höheren Assistenzbeitrages an die



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Rechtsvertreterin machte geltend, dass die Beschwerdeführerin in den Bereichen An-/Auskleiden sowie gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung jeweils nur eine geringe Eigenleistung erbringen könne, weshalb beim Hilfebedarf die Stufe 3 erreicht sei. Beim An-/Auskleiden sei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin rechts eine Unterschenkelorthese und seit der Operation im August 2012 links neu eine Oberschenkelorthese trage. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, die Orthesen selbstständig anzulegen und benötige täglich mehrmals Hilfe. Weiter sei es ihr nicht möglich, die Hosen selbstständig über die Orthesen zu ziehen. Ausserdem könne sie die Schuhe nicht selber anziehen. Der Grund dafür seien die Breite und Steifheit der Orthesen. Da die Beschwerdeführerin mehrmals täglich Hilfe beim An-/Auskleiden benötige, sei ein Hilfebedarf der Stufe 3 ausgewiesen. Bezüglich der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Aussenmobilität stark eingeschränkt sei und nur kurze Wege allein zurücklegen könne. In der Freizeit gehe die Beschwerdeführerin Schwimmen, besuche einen Tanzkurs und nehme Gitarrenunterricht. Sämtliche Kurse fänden in B. \_\_\_ statt, wofür die Benutzung des öffentlichen Verkehrs erforderlich wäre. Dies sei der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität nicht selbstständig möglich. Sie müsse daher jeweils zu den Kursen begleitet werden. Zudem benötige sie vollumfängliche Hilfe beim Umkleiden vor dem Schwimmunterricht. Die Gitarre müsse ihr jeweils getragen werden. Die Beschwerdeführerin könne nur eine geringe Eigenleistung im Bereich gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung erbringen, womit ein Hilfebedarf der Stufe 3 erfüllt sei (act. G 1).

B.b Mit einer Eingabe vom 14. März 2013 ergänzte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, sie habe aus den Akten entnommen, dass es anlässlich der Abklärung betreffend den Assistenzbeitrag vom 20. August 2012 noch nicht bekannt gewesen sei, dass die Beschwerdeführerin seit September 2012 links nun eine Oberschenkelorthese anstatt einer Unterschenkelorthese trage. Der dadurch ab September 2012 entstandene höhere Hilfebedarf bei der alltäglichen Lebensverrichtung An-/Auskleiden sei von der Beschwerdegegnerin somit nicht berücksichtigt worden, dies obwohl im Einwand vom 10. Dezember 2012 entsprechende Ausführungen gemacht worden seien. Zudem sei der Beschwerdegegnerin die Notwendigkeit und das Tragen einer Oberschenkelorthese



seit dem Erhalt des Gesuchs um Kostengutsprache vom 16. Mai 2012 und der im Dezember 2012 erhaltenen Rechnung bekannt gewesen (act. G 5).

B.c Am 19. April 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie erst seit September 2012 eine Oberschenkelorthese links trage, unzutreffend sei. Bereits mit einer Mitteilung vom 16. Mai 2012 seien ihr für beide Beine Oberschenkelorthesen zugesprochen worden. Es treffe somit nicht zu, dass die Beschwerdeführerin erst seit September 2012 eine zusätzliche Orthese trage. Ganz im Gegenteil trage sie seit dem genannten Datum im Vergleich zu früher nur noch eine Oberschenkelorthese. Die Abklärung habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin die Orthesen fast selbstständig ausziehen könne. Beim Anziehen könne sie eingeschränkte Mithilfe leisten. Gemäss der Stellungnahme des Fachbereichs vom 12. April 2013 (IV-act. 127) sei die Terminologie bezüglich der Orthesen während der Abklärung nicht ganz korrekt gewesen, weil die Unterscheidung zwischen Unterschenkel- und Oberschenkelorthesen Leuten ohne Fachkenntnisse nicht bekannt sei. Im Jahr 2012 habe es bei der Beschwerdeführerin zudem verschiedene Orthesenwechsel gegeben. Der entsprechende Hilfebedarf sei anlässlich der Abklärung jedoch korrekt aufgenommen worden. Gemäss dem von der Mutter der Beschwerdeführerin unterzeichneten Abklärungsbericht betreffend die Hilflosenentschädigung benötige die Beschwerdeführerin für das An- und Auskleiden inklusive Orthesenwechsel ab 14. August 2012 höchstens 15 Minuten pro Tag. Gemäss Anhang 3 des Kreisschreibens über den Assistenzbeitrag sei im Teilbereich An-/Auskleiden die Stufe 3 erst bei einem Hilfebedarf von mindestens 26 Minuten pro Tag gegeben. Somit sei der Beschwerdeführerin zu Recht nur die Stufe 2 zugesprochen worden. Es gebe auch keine Hinweise, dass der Beschwerdeführerin im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung ein zu geringer Hilfebedarf angerechnet worden sei. Gemäss der Stellungnahme des Fachbereichs vom 2. April 2013 (IV-act. 124) sei folgender Zeitaufwand für den Hilfebedarf berücksichtigt worden: 50 Minuten für den Schwimmkurs in C.\_\_\_\_ (Fahrt hin und zurück: je 10 Minuten, Hilfe beim Aus- und Anziehen: je ca. 15 Minuten), 20 Minuten für den Tanzkurs in B.\_\_\_\_ (Fahrt hin und zurück: je 10 Minuten) und 30 Minuten für den Gitarrenunterricht (Fahrt hin und zurück mit Gitarrentragen: je 15 Minuten). Dies ergebe einen Aufwand von total 1 Stunde 40 Minuten pro Woche. In der Stufe 3 betrage der zeitliche Aufwand 35 - 59 Minuten pro



## St.Galler Gerichte

Tag, d.h. 4 - 7 Stunden in der Woche, was vorliegend eindeutig zu viel wäre. Die Beschwerdeführerin falle somit in die Stufe 2 des Hilfebedarfs. Bezüglich der Mobilität und der gesellschaftlichen Kontakte sei zu erwähnen, dass es der Beschwerdeführerin möglich sei, kurze Gehstrecken mit dem Rollator zurückzulegen. Draussen könne sie sich auch mit einem Rollstuhl selbstständig fortbewegen, da in den oberen Extremitäten keine Einschränkungen vorlägen. In der Kommunikationsfähigkeit sei sie nicht eingeschränkt. Sie sei eine gute Volksschülerin und besuche die 4. Regelklasse (act. G 7).

B.d Mit einer Replik vom 16. Mai 2013 hielt die Beschwerdeführerin an den Beschwerdenanträgen fest. Die Rechtsvertreterin erklärte, der im August 2012 ermittelte Hilfebedarf im Bereich An-/Auskleiden werde nicht beanstandet. Jedoch habe sich ab September 2012 ein erhöhter Hilfebedarf ergeben, als die Beschwerdeführerin nach einer im August 2012 erfolgten Operation eine Oberschenkelorthese erhalten habe. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin trage die Beschwerdeführerin die Oberschenkelorthese somit nicht bereits seit Februar bzw. Mai 2012. Der Rechnung der Orthopädie D.\_\_\_\_ AG vom 20. September 2012 sei zu entnehmen, dass die Oberschenkelorthese erstmals am 11. September 2012 abgegeben worden sei und erst nach der entsprechenden Operation notwendig bzw. möglich geworden sei. Die Dritthilfe, welche aufgrund der Oberschenkelorthese links beim An-/Auskleiden notwendig geworden sei, habe anlässlich der Abklärung vom 20. August 2012 somit noch gar nicht berücksichtigt werden können. Dass bereits am 13. Februar 2012 ein Kostenvoranschlag und ein Gesuch um Kostengutsprache für eine Oberschenkelorthese vorgelegen hätten sowie dass bereits mit der Mitteilung vom 16. Mai 2012 eine entsprechende Kostengutsprache erteilt worden sei, ändere nichts daran, dass die Beschwerdeführerin die Oberschenkelorthese links erst seit September 2012 trage. Beim Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung habe die Beschwerdegegnerin auf die Zeitangaben der Mutter der Beschwerdeführerin abgestellt. Der tatsächlich notwendige Zeitaufwand könne aber für die Einstufung des Hilfebedarfs nicht oder zumindest nicht allein massgebend sein. Die Beschwerdeführerin sei in diesem Bereich vollständig auf Dritthilfe angewiesen, was eine Einteilung in Stufe 3 rechtfertige (act. G 11).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 13).



### Erwägungen:

1.

1.1 Die Beschwerdeführerin hat die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug eines Assistenzbeitrages unbestrittenermassen erfüllt. Strittig und zu prüfen ist hingegen der Umfang des Assistenzbeitrages und dabei insbesondere die Einstufung des Hilfebedarfs der Beschwerdeführerin in den Bereichen An-/Auskleiden sowie gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung.

1.2 Gemäss Art. 42<sup>sexies</sup> Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) bildet die für die Hilfeleistungen benötigte Zeit die Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrages. Davon abzuziehen ist die Zeit, die der Hilflosenentschädigung, den Beiträgen für Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels und dem für Grundpflege ausgerichteten Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen entspricht. Bei einem Aufenthalt in stationären und teilstationären Institutionen wird der für Hilfeleistungen im Rahmen des Assistenzbeitrages anrechenbare Zeitbedarf entsprechend reduziert (Art. 42<sup>sexies</sup> Abs. 2 IVG). Unter anderem hinsichtlich der einzelnen Bereiche und der minimalen und maximalen Anzahl Stunden, für die ein Assistenzbeitrag ausgerichtet wird, sowie der Pauschalen für Hilfeleistungen pro Zeiteinheit ist die Regelung auf dem Verordnungsweg vorgesehen (Art. 42<sup>sexies</sup> Abs. 4 IVG).

1.3 Gemäss Art. 39c der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) kann in folgenden Bereichen ein Hilfebedarf anerkannt werden: alltägliche Lebensverrichtungen, Haushaltsführung, gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung, Erziehung und Kinderbetreuung, Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, berufliche Aus- und Weiterbildung, Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt, Überwachung während des Tages und Nachtdienst. Die Bestimmung des anerkannten Hilfebedarfs wird in Art. 39e IVV geregelt. Gemäss Art. 39e Abs. 2 lit. a IVV kann pro Monat höchstens ein Bedarf von 30 Stunden pro alltägliche Lebensverrichtung, die bei der Festsetzung der Hilflosenentschädigung mittleren Grades festgehalten wurde, für Assistenz bei



alltäglichen Lebensverrichtungen, Haushaltsführung, gesellschaftlicher Teilhabe und Freizeitgestaltung berücksichtigt werden.

1.4 Gestützt auf diese Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) das Kreisschreiben über den Assistenzbeitrag (KSAB) erlassen. In Bezug auf das KSAB gilt, was allgemein für Verwaltungsweisungen, Kreisschreiben und dergleichen zu beachten ist: Es handelt sich dabei nicht um Rechtsnormen; sie sind für das Gericht nicht verbindlich. Allerdings berücksichtigt das Gericht die Lösung gemäss Verwaltungsweisung, wenn sie eine überzeugende Interpretation des Gesetzes durch die Aufsichtsbehörde zum Zweck der rechtsgleichen Anwendung des Gesetzes darstellt (vgl. BGE 122 V 249 E. 3d mit zahlreichen Hinweisen). Im KSAB werden Unterteilungen der in Art. 39c IVV genannten Bereiche in Teilbereiche (KSAB, Rz 4002), dieser Teilbereiche in verschiedene Tätigkeiten (KSAB, Rz 4003) und jeder Tätigkeit in verschiedene Verrichtungen/Teilhandlungen (KSAB, Rz 4004) vorgenommen. Sodann sieht das KSAB ein Stufensystem für die einzelnen Bereiche bzw. Teilbereiche vor. Gemäss diesem System ist der Hilfebedarf jedes (Teil-)Bereichs in fünf Stufen eingeteilt (KSAB, Rz 4009). Jede Stufe umfasst Zeitwerte entsprechend des Hilfebedarfs (von Stufe 0 = kein Bedarf, volle Selbstständigkeit bis Stufe 4 = umfassender Bedarf, keinerlei Selbstständigkeit). Die Stufe 0 ist anwendbar, wenn die versicherte Person selbstständig ist (allenfalls mit Hilfe von Hilfsmitteln) und keine Hilfe braucht (KSAB, Rz 4010). Die Stufe 1 ist anwendbar, wenn es sich nur um eine geringe oder sporadische, aber regelmässige Hilfe handelt. In dieser Stufe kann die versicherte Person fast alles selber erledigen und benötigt nur punktuell Hilfe, z.B. bei der Pediküre oder beim Einschenken und Schöpfen (KSAB, Rz 4011). Die Stufe 2 ist anwendbar, wenn bei mehreren Teilhandlungen Hilfe geleistet werden muss, aber noch eine wesentliche Eigenleistung möglich ist. In der Stufe 2 kann die versicherte Person einen Teil der Verrichtungen selbstständig übernehmen, andernteils ist eine direkte Hilfe oder stete Anleitung und Kontrolle nötig. Als Beispiel wird u.a. eine Person beschrieben, welche sich den Oberkörper selbst waschen und abtrocknen kann, für den Unterkörper jedoch Hilfe benötigt (KSAB, Rz 4012). Stufe 3 ist anwendbar, wenn der versicherten Person nur eine kleine Mithilfe bei der Teilhandlung oder eine bescheidene Eigenleistung, welche die Ausführung erleichtert, möglich ist. In dieser Stufe braucht die versicherte Person demnach Hilfe bei den meisten Verrichtungen und kann nur eine geringe Eigenleistung vollbringen, z.B. wenn eine Person beim Anziehen



nur stehen kann. Sie benötigt in grossem Umfang direkte Hilfe oder häufige Überwachung (KSAB, Rz 4013). Schliesslich ist Stufe 4 anwendbar, wenn nicht einmal eine bescheidene Mithilfe bei einer Teilhandlung oder eine Erleichterung bei der Ausführung der Tätigkeit möglich ist. In der Stufe 4 ist die versicherte Person auf umfassende und ständige Hilfe bei allen Verrichtungen angewiesen, sie kann gar nichts selbstständig tun (KSAB, Rz 4014).

1.5 Um eine rechtsgleiche Anwendung zu gewährleisten, wurde mit der Einführung des Assistenzbeitrages ein standardisiertes Abklärungsinstrument, der sogenannte FAKT, erarbeitet. Mit diesem Instrument wird der Hilfebedarf einer versicherten Person in der Praxis ermittelt (KSAB, Rz 4005). Bei jeder Stufe, welche von der Abklärungsperson zu bestimmen ist, ist ein Minutenwert für jede Tätigkeit eines (Teil-)Bereichs hinterlegt. Die Summe der Minutenwerte ergibt dann die Stufe des entsprechenden (Teil-)Bereichs (KSAB, Rz 4015). Die Bestimmung der Anzahl der anrechenbaren Minuten wird demnach weder durch die Abklärungsperson noch durch die IV-Stelle vorgenommen, sondern ist vielmehr bereits im vom BSV entwickelten FAKT enthalten. Als geeignete und in der Regel genügende Grundlage für den FAKT dient der Bericht zur Abklärung an Ort und Stelle. Die darin festgehaltenen Bemerkungen und Einstufungen müssen aber zusätzlich im FAKT eingegeben werden. Der FAKT ist ein Abklärungsinstrument, das gleichzeitig als Abklärungsbericht gelten kann, den Assistenzbeitrag berechnet und die wichtigen Informationen für die Verfügung zusammenfasst (KSAB, Rz 6019).

1.6 Betreffend den Beweiswert des Berichts zur Abklärung an Ort und Stelle sind folgende

Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass als Berichtsperson eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der pflegebedürftigen Person hat. Die Abklärungsperson hat grundsätzlich einen Augenschein der Tätigkeiten vorzunehmen, für welche die pflegebedürftige Person einen Hilfebedarf geltend macht. Weiter sind die Angaben allfälliger Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich



muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Hilfeleistungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn eine klar feststellbare Fehleinschätzung oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht.

2.

Vorliegend stützen sich die Angaben des Abklärungsverantwortlichen im FAKT auf die Abklärung vor Ort vom 20. August 2012. Grundsätzlich stellt eine Abklärung vor Ort eine genügende Grundlage für den FAKT dar. Aus dem entsprechenden Abklärungsbericht vom 20. August 2012 geht jedoch hervor, dass die Beschwerdeführerin bei der Abklärung offenbar gar nicht anwesend gewesen ist, weil sie zu dieser Zeit die Schule besucht hat (vgl. IV-act. 84-1). Der Abklärungsverantwortliche hat daher lediglich die Angaben der Mutter der Versicherten wiedergegeben und nicht seine persönlichen Beobachtungen oder die Angaben der versicherten Person selbst. Grundsätzlich ist im Rahmen der Abklärung vor Ort ein Augenschein der in Bezug auf den Hilfebedarf zu beurteilenden Tätigkeiten vorzunehmen. Daher ist die Anwesenheit der versicherten Person bei dieser Abklärung zwingend vorausgesetzt (vgl. auch KSAB, Rz 6015). Da vorliegend bereits zwei Jahre zuvor, am 19. Juli 2010, eine Abklärung vor Ort stattgefunden hat, bei der die Beschwerdeführerin anwesend gewesen ist, kann der Abklärungsbericht vom 20. August 2012 dennoch – wenn auch mit vermindertem Beweiswert – als Beweisgrundlage für die Einstufung des Hilfebedarfs im Hinblick auf die Berechnung des Assistenzbeitrages mittels dem FAKT herangezogen werden.

3.

3.1 Umstritten ist der Hilfebedarf der Beschwerdeführerin bei der alltäglichen Lebensverrichtung An-/Auskleiden. Zunächst stellt sich diesbezüglich die Frage nach den tatsächlichen Verhältnissen im Zeitpunkt der Abklärung vor Ort am 20. August 2012. Die



Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, dass sich der Hilfebedarf ab September 2012 erhöht habe, da sie ab diesem Zeitpunkt neu eine Oberschenkelorthese links trage, währenddem sie zuvor nur mit Unterschenkelorthesen versorgt gewesen sei. Demgegenüber hat die Beschwerdegegnerin vorgebracht, dass die Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der Abklärung Oberschenkelorthesen beidseits getragen habe und sie ab September 2012 nur noch links eine Oberschenkelorthese tragen müsse.

3.2 Das Ostschweizer Kinderspital hat am 28. September 2011 eine Verordnung für die Versorgung der Beschwerdeführerin mit Oberschenkelorthesen beidseits an die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG gesandt (vgl. IV-act. 45-2). Am 29. Februar 2012 hat der behandelnde Arzt des Ostschweizer Kinderspitals zu dieser Verordnung ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin zurzeit nur mit Unterschenkelorthesen versorgt sei. Diese dienten dazu, eine Fehlstellung der Füße zu verhindern. Damit die Beschwerdeführerin stehen und gehen könne, seien jedoch Oberschenkelorthesen beidseits erforderlich. Zunächst stehe eine Operation der Unterschenkel an, um die Füße und Knie auszurichten. Die Orthesenversorgung werde dann nach dem Eingriff direkt gebraucht (vgl. IV-act. 54-3). Aufgrund der Verordnung hat die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG am 13. Februar 2012 einen Kostenvoranschlag zu Händen der Familie der Beschwerdeführerin erarbeitet (vgl. IV-act. 2). Der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle hat am 28. April 2012 festgehalten, dass die beantragten Oberschenkelorthesen als Hilfsmittel für die aufrechte Fortbewegung der Beschwerdeführerin bei bestehender Paraparese erforderlich seien. Demgegenüber dienten die bisher benötigten Unterschenkelorthesen der Vorbeugung von Kontrakturen und Fehlstellungen (vgl. IV-act. 61). Mit einer Mitteilung vom 16. Mai 2012 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Kosten für die Oberschenkelorthesen beidseits zu (vgl. IV-act. 66). Wie aus dem Verlaufsbericht des Ostschweizer Kinderspitals vom 25. Mai 2012 hervorgeht, hatte die Operation der schenkel am 24. April 2012 stattgefunden. Dabei waren externe Fixateure angebracht worden, welche laut der behandelnden Ärztin für mindestens 3 Monate zu tragen waren. Diese hat zudem festgehalten, dass postoperativ eine neue Unterschenkelorthese rechts mit Kondylenfassung sowie eine Oberschenkelorthese links angefertigt werden müssten. Ein erneuter Antrag auf Kostenzusprache an die IV-Stelle sei von ihrer Seite aufgrund des weiter komplexen Handlungsbedarfs noch nicht gestellt worden (vgl. IV-act. 75-3). Aus diesen



Ausführungen ist zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin bis zur Operation am 24. April 2012 noch keine Oberschenkelorthesen erhalten hat. In Abweichung von der zunächst gestellten Verordnung seitens des Ostschweizer Kinderspitals sind postoperativ keine Oberschenkelorthesen beidseits mehr angezeigt gewesen, sondern eine neue Unterschenkelorthese rechts (die Beschwerdeführerin war bereits mit Unterschenkelorthesen beidseits versorgt) sowie eine (erstmalige) Oberschenkelorthese links. Da die Beschwerdeführerin während der Zeit, in der die externen Fixateure noch angebracht gewesen sind, keine Orthesen hat tragen können, ist eine praktische Versorgung der Beschwerdeführerin mit einer Oberschenkelorthese erst ab ca. Anfang August 2012 notwendig geworden. Aus diesem Grund hat das Ostschweizer Kinderspital auch erst am 14. August 2012 die entsprechende neue Verordnung an die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG geschickt (vgl. IV-act. 102-2). Der Abklärungsverantwortliche der Beschwerdegegnerin hat im FAKT vom 20. August 2012 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin Unterschenkelorthesen beidseits trage (vgl. IV-act. 99-3). Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin ist nicht davon auszugehen, dass der Abklärungsverantwortliche sich in der Terminologie geirrt hat und die Beschwerdeführerin im Abklärungszeitpunkt im Besitz von Oberschenkelorthesen beidseits gewesen ist. Dies ergibt sich auch klar aus der Rechnung der Orthopädie D.\_\_\_\_ AG vom 20. September 2012. Die Rechnung beinhaltet die Kosten für eine Unterschenkelorthese rechts sowie für eine Oberschenkelorthese links. Als Erstlieferdatum der beiden Hilfsmittel ist der 11. September 2012 angegeben worden, was bedeutet, dass die Beschwerdeführerin erst ab diesem Zeitpunkt im Besitz der beiden Orthesen bzw. erstmals im Besitz einer Oberschenkelorthese gewesen sein kann (vgl. IV-act. 102-1, 102-3). Zur Oberschenkelorthese hat die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG in der Rechnung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nach der Operation nur noch auf der linken Seite eine Oberschenkelorthese und rechts eine Unterschenkelorthese benötige. Dieser Hinweis bezieht sich auf die von der Beschwerdegegnerin erteilte Kostengutsprache für Oberschenkelorthesen beidseits vom 16. Mai 2012. Da der Kostenaufwand für eine Unterschenkelorthese geringer ist als für eine Oberschenkelorthese, liegt der Rechnungsbetrag vom 20. September 2012 weit unter den veranschlagten und von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Kosten für zwei Oberschenkelorthesen. Aus diesem Grund hat für die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG keine Veranlassung bestanden, eine



erneute Kostengutsprache bei der Beschwerdegegnerin einzuholen. Die Kosten der am 11. September 2012 gelieferten Orthesen sind der Beschwerdegegnerin somit gestützt auf deren Kostengutsprache vom 16. Mai 2012 in Rechnung gestellt worden. Wären – entsprechend der Ansicht der Beschwerdegegnerin – zuvor bereits zwei Oberschenkelorthesen abgegeben worden, so hätte die Orthopädie D.\_\_\_\_ AG auch diese Orthesen bei der Beschwerdegegnerin in Rechnung gestellt, was jedoch nicht der Fall gewesen ist. Zusammengefasst ist die Beschwerdeführerin somit bis zum 11. September 2012 und damit auch im Zeitpunkt der Abklärung am 20. August 2012 lediglich im Besitz von Unterschenkelorthesen beidseits gewesen. Dies ist somit auch vom Abklärungsverantwortlichen im FAKT korrekt festgehalten worden. In diesem Punkt ist der Sachverhalt als erstellt zu betrachten.

3.3 Es ist nun zu prüfen, ob sich der Hilfebedarf beim An-/Auskleiden durch den Umstand erhöht hat, dass die Beschwerdeführerin ab September 2012 neu eine Oberschenkelorthese links getragen hat. Die Rechtsvertreterin hat ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, die Orthesen selbstständig anzulegen und sie dafür mehrmals täglich Hilfe benötige. Aufgrund der Breite und Steifheit der Orthesen sei es ihr nicht möglich, die Hosen selbstständig über die Orthesen zu ziehen und die Schuhe selber anzuziehen. Die Ermittlung des Hilfebedarfs beim An-/Auskleiden zum Zeitpunkt der Abklärung im August 2012 hat die Rechtsvertreterin nicht beanstandet (vgl. act. G 1).

3.4 Gemäss FAKT beinhaltet der Bereich An-/Auskleiden drei Teilbereiche, nämlich das Zusammenstellen der Kleider/Wäschewechsel (Wahl der geeigneten Kleidung, Herausnehmen und Bereitlegen), das An-/Auskleiden (Ankleiden am Morgen, Auskleiden am Abend, An-/Auskleiden für Aktivitäten ausser Haus, das An-/Auskleiden im Zusammenhang mit der Notdurft wird dort berücksichtigt) sowie das An-/Ablegen von Hilfsmitteln wie z.B. Orthesen (vgl. IV-act. 97 f., KSAB Rz 4015). Der Abklärungsverantwortliche hat den Hilfebedarf der Beschwerdeführerin im Teilbereich Zusammenstellen der Kleider bei der Stufe 1 festgesetzt (vgl. IV-act. 98-1). Dies ist aufgrund der angefügten Begründung, wonach die Beschwerdeführerin in diesem Teilbereich nur geringer Hilfe bedarf (z.B. Reichen von einzelnen Kleidungsstücken, Anleitung und Kontrolle), nachvollziehbar. Bei den Teilbereichen An-/Auskleiden und An-/Ablegen von Hilfsmitteln hat der Abklärungsverantwortliche die Stufe 2 des



Hilfebedarfs angenommen. Er hat festgehalten, dass die Beschwerdeführerin einen Teil der Kleider, namentlich die Oberbekleidung, selbstständig an-/ausziehen könne.

Betreffend die Unterschenkelorthesen sei die Beschwerdeführerin in der Lage, diese fast selbstständig ausziehen. Beim Anziehen könne sie eingeschränkt mithelfen (IV-act. 98-2).

3.5 Es ist nicht davon auszugehen, dass sich mit dem Tragen der Oberschenkelorthese links ein erhöhter Hilfebedarf im ersten Teilbereich (Zusammenstellen der Kleider) ergeben hat. Hingegen könnte dadurch in den Teilbereichen An-/Auskleiden und An-/ Ablegen von Hilfsmitteln ein Mehraufwand entstanden sein. Während eine Unterschenkelorthese vom Knie bis zum Fuss führt, beginnt eine Oberschenkelorthese oberhalb des Knies und führt hinunter zum Fuss (vgl. IV-act. 127). Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Allgemeine Medizin FMH, hat am 5. Februar 2013 bescheinigt, dass die Beschwerdeführerin mehrmals täglich Hilfe beim Anlegen der Ober- und Unterschenkelorthesen benötige (vgl. act. G 1.3). Zudem hat die Physiotherapeutin am 6. Februar 2013 festgehalten, dass das Anziehen von normalen Hosen (vor allem am linken Bein mit der Oberschenkelorthese) tagtäglich eine Herausforderung sei. Die Beine seien mit Orthesen breiter als normal. Zudem seien die Orthesen steif, was es der Beschwerdeführerin verunmögliche, die Beine ohne Hilfe in die Hosen zu bringen und die Schuhe anzuziehen (vgl. IV-act. 119). Aufgrund dieser Angaben ist anzunehmen, dass sich durch das Tragen der Oberschenkelorthese links tatsächlich ein Mehraufwand ergeben hat. Dies führt aber nicht ohne Weiteres dazu, dass eine höhere Stufe des Hilfebedarfs erfüllt ist. Bezüglich des Teilbereichs An-/ Auskleiden ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor die Oberbekleidung selbstständig an- und ausziehen kann. Damit ist ihr trotz des Mehraufwands für den Unterkörper aufgrund der Oberschenkelorthese noch immer eine Eigenleistung in diesem Bereich möglich. Ob sich der Mehraufwand aufgrund der Oberschenkelorthesen derart auswirkt, dass eine höhere Einstufung des Hilfebedarfs im Teilbereich An-/Auskleiden angenommen werden muss, kann nur mit einer weiteren Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins beurteilt werden. Betreffend den Teilbereich An-/ Ablegen von Hilfsmitteln benötigt die Beschwerdeführerin insbesondere beim Anlegen der Orthesen Hilfe. Gemäss Angaben im FAKT ist der Beschwerdeführerin das Ablegen der Unterschenkelorthesen fast selbstständig möglich gewesen (vgl. IV-act. 99-3). Ob



sie auch die Oberschenkelorthese selbstständig ablegen kann, geht aus den Akten nicht hervor. Es ist jedenfalls anzunehmen, dass das An- und Ablegen der Oberschenkelorthese im Vergleich zur Unterschenkelorthese aufwändiger ist. Ob es sich deshalb rechtfertigt, im Teilbereich An-/Ablegen von Hilfsmitteln einen Hilfebedarf der Stufe 3 anzunehmen, ist ebenfalls im Rahmen der weiteren Abklärung vor Ort zu beurteilen.

3.6 Somit ist der Hilfebedarf der Beschwerdeführerin im Bereich An-/Auskleiden wegen des seit September 2012 bestehenden Mehraufwands aufgrund der Oberschenkelorthese links mit einer Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin erneut zu ermitteln. Die Angelegenheit ist der Beschwerdegegnerin demnach zur Durchführung dieser Abklärung zurückzuweisen.

3.7 Weiter umstritten ist die Einstufung des Hilfebedarfs im Bereich gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung. Dieser gliedert sich in die Teilbereiche Hobbies/Sport, gesellschaftliche Kontakte, Mobilität draussen sowie Reisen/Ferien (vgl. IV-act. 98-24 ff.). Der Abklärungsverantwortliche hat gemäss FAKT in allen Teilbereichen (bis auf gesellschaftliche Kontakte) einen Hilfebedarf der Stufe 2 angenommen. Im Teilbereich gesellschaftliche Kontakte hat er bei der Beschwerdeführerin keinen Bedarf an Hilfe festgestellt. Insgesamt hat sich im FAKT ein Hilfebedarf von 20 Minuten pro Tag bzw. 2 Stunden und 20 Minuten pro Woche ergeben (vgl. IV-act. 98-26). Der Fachbereich der Beschwerdegegnerin hat in einer Stellungnahme vom 2. April 2013 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei der Freizeitgestaltung (Schwimm-, Tanz-, und Gitarrenunterricht) tatsächlich einen Aufwand von 1 Stunde und 40 Minuten pro Woche habe. Damit sei die Stufe 3 des Hilfebedarfs, welcher einen täglichen Aufwand von 35 bis 59 Minuten bzw. 4 bis 7 Stunden pro Woche voraussetze, eindeutig nicht erfüllt (vgl. IV-act. 124). Der Ansicht der Rechtsvertreterin, wonach der tatsächliche notwendige Zeitaufwand für die Einstufung des Hilfebedarfs nicht massgebend sein könne, ist zuzustimmen. In Rz 4032 des KSAB wird zum Bereich gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung ausdrücklich festgehalten, dass für eine standardisierte Erfassung nicht auf die konkrete ausgeübte Tätigkeit, sondern auf grundlegende Fähigkeiten bzw. Einschränkungen abzustützen sei. Beim Teilbereich gesellschaftliche Kontakte werde z.B. nicht gefragt, wie oft bzw. welche gesellschaftlichen Kontakte



stattfänden, sondern es werde erfasst, ob die versicherte Person Hilfe bei der Überwindung architektonischer Barrieren oder bei der Kommunikation etc. brauche und welches Ausmass diese Hilfe umfasse, d.h. ob sie beispielsweise gelegentlich oder immer erfolgen müsse. Dementsprechend kann es auch keine Rolle spielen, wie oft und welchen Beschäftigungen die Beschwerdeführerin in der Freizeit nachgeht. Entscheidend ist vielmehr das Ausmass des Hilfebedarfs bei den einzelnen Teilhandlungen.

3.7.1 Zum Teilbereich Hobbies/Sport hat der Abklärungsverantwortliche im FAKT festgehalten, die Beschwerdeführerin könne Aktivitäten, welche keiner grösseren körperlichen Anstrengung bedürften (z.B. malen, basteln, fotografieren, Bilder am Computer bearbeiten) selbstständig ausüben. Für andere Tätigkeiten benötige sie Hilfe insbesondere in Form von Handreichungen, Anleitungen und Kontrolle (vgl. IV-act. 98-24). Aufgrund dieser Angaben ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin im Teilbereich Hobbies/Sport noch eine wesentliche Eigenleistung möglich ist, womit die Einordnung des Hilfebedarfs in der Stufe 2 als gerechtfertigt erscheint.

3.7.2 Der Teilbereich gesellschaftliche Kontakte beinhaltet das verbale und non-verbale Kommunizieren, die Kontaktpflege sowie die Teilnahme am Gesellschaftsleben. Die Beschwerdeführerin ist laut dem Abklärungsverantwortlichen in der Lage, ohne Einschränkungen Gespräche zu führen und diesen zu folgen (vgl. IV-act. 29-25). Sie besucht als gute Schülerin die Regelschule im Nachbarsdorf (vgl. IV-act. 83). Aus den Angaben zum Teilbereich Hobbies/Sport geht ausserdem hervor, dass sie in der Freizeit gerne das Internet und (andere) Medien nutzt, was noch zusätzliche Kommunikationswege eröffnet (vgl. IV-act. 98-24). Ein Hilfebedarf im Teilbereich gesellschaftliche Kontakte besteht bei der Beschwerdeführerin somit nicht.

3.7.3 Als weiterer Teilbereich ist die Mobilität draussen zu beurteilen. Der Abklärungsverantwortliche hat ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bei architektonischen Barrieren (z.B. Treppen, unebene Strasse) Hilfe brauche, ansonsten könne sie sich mit dem elektrischen Rollstuhl selbstständig fortbewegen. Die Mobilität sei aufgrund des gestörten Gleichgewichts erschwert. Die Beschwerdeführerin könne bekannte Wege selbstständig zurücklegen, habe jedoch immer wieder Schwierigkeiten bei ungewohnten Situationen oder neuen Orten. Es bestehe ein Hilfebedarf bei der



Benutzung des öffentlichen Verkehrs (z.B. beim Aufstehen, bei der richtigen Haltestelle aussteigen), weshalb meistens ein Transportdienst beansprucht werde. Die Beschwerdeführerin brauche überdies beim Ein-/Aussteigen ins Auto Hilfe (vgl. IV-act. 98-26). Gemäss Rz 4005 KSAB ist bei der Festlegung des Hilfebedarfs nicht nur die direkte Hilfe, sondern auch die indirekte Hilfe in Form von Anleitung, Kontrolle oder Überwachung bei der Ausführung von Tätigkeiten zu berücksichtigen (vgl. KSAB Rz 4005). Der Abklärungsverantwortliche hat angegeben, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, architektonische Barrieren selbstständig zu überwinden und sich in ungewohnten Situationen oder an neuen Orten zu Recht zu finden. Daher ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin draussen meistens auf die unmittelbare Begleitung einer Drittperson angewiesen ist, zumal architektonische Barrieren oder ungewohnte Situationen an jedem Ort – selbst auf ihr bekannten Wegen – auftreten können. Zudem ist der Beschwerdeführerin auch die Benutzung des öffentlichen Verkehrs nicht selbstständig möglich. Vor diesem Hintergrund erscheint es widersprüchlich, wenn der Abklärungsverantwortliche gleichzeitig angibt, dass die Beschwerdeführerin sich mit dem elektrischen Rollstuhl draussen selbstständig fortbewegen und ihr bekannte Wege selbstständig zurücklegen könne. Soweit die Beschwerdeführerin die Begleitung einer Drittperson, welche ihr im Bedarfsfall bei architektonischen Barrieren oder ungewohnten Situationen Hilfestellung geben kann, benötigt, ist sie in ihrer Mobilität draussen nicht als selbstständig zu betrachten. Aus diesem Grund ist auch die Einschätzung des Abklärungsverantwortlichen, wonach im Teilbereich Mobilität draussen lediglich ein Hilfebedarf der Stufe 2 vorliege, nicht nachvollziehbar, zumal er auch betreffend diesen Teilbereich keinen Augenschein vorgenommen und sich ausschliesslich auf die Angaben der Mutter gestützt hat. Zur Beurteilung und Einstufung des Hilfebedarfs im Teilbereich Mobilität draussen erweist sich der Sachverhalt demnach als ungenügend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin wird diesbezüglich eine ergänzende Abklärung vor Ort im Sinne eines Augenscheins durchzuführen haben.

3.7.4 Zum Teilbereich Reisen/Ferien hat der Abklärungsverantwortliche angegeben, die Beschwerdeführerin benötige in ungewohnter Umgebung mehr Hilfe bei den allgemeinen täglichen Lebensverrichtungen. Auch die Mobilität sei erschwert. Die i der standardisierten Festlegung des Hilfebedarfs nicht reduzierend zu berücksichtigen. Hingegen ist in diesem Teilbereich das jugendliche Alter der



Beschwerdeführerin ein den Hilfebedarf reduzierender Faktor, da auch nicht behinderte Gleichaltrige kaum alleine Reisen unternehmen. Die Einstufung des Hilfebedarfs im Teilbereich Reise/Ferien kann erst nach Durchführung der noch erforderlichen Abklärungen in den Bereichen An-/Auskleiden und Mobilität draussen erfolgen, da es sich dabei um Tätigkeiten handelt, die auch beim Reisen und bei Ferienaufenthalten verrichtet werden müssen.

3.8 Zusammengefasst ist der Hilfebedarf der Beschwerdeführerin in den Teilbereichen An-/Auskleiden, An-/Ablegen von Hilfsmitteln, Mobilität draussen sowie Reisen/Ferien von der Beschwerdegegnerin ergänzend abzuklären und daraufhin neu einzustufen. Die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2013 ist folglich aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat den Assistenzbeitrag nach Durchführung der noch erforderlichen Abklärungen mittels des FAKT neu zu berechnen und anschliessend neu über den Anspruch der Beschwerdeführerin zu verfügen.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2013 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

4.2 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). Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird 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).



## St.Galler Gerichte

In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat am 4. Juni 2014 eine Honorarnote eingereicht, mit welcher sie einen Zeitaufwand von 7,5 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 30.-- geltend macht (vgl. act. G 14). Unter Berücksichtigung des im Kanton St. Gallen üblichen Stundenansatzes von Fr. 250.-- ergibt sich vorliegend ein Aufwand von Fr. 1'905.-- (7,5 Stunden à Fr. 250.-- + Fr. 30.-- Barauslagen). Zuzüglich der Mehrwertsteuer von 8% (Fr. 152.40) beträgt die Parteientschädigung der Beschwerdeführerin Fr. 2'057.40. Die Beschwerdegegnerin hat somit der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'057.40 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 21. Januar 2013 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr in Höhe von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'057.40 zu bezahlen.