

IV. Art. 9 und Art. 45 Abs. 1 ATSG. Art. 28 Abs. 1 und Art. 42 Abs. 1 IVG. Art. 35 Abs. 1 und Art. 37 Abs. 2 IVV. Stimmt der Abklärungsbericht Hilflosigkeit im Falle einer Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit nicht mit den ärztlichen Feststellungen bezüglich Hilflosigkeit überein, kommt Letzteren mehr Gewicht als der im Haushalt durchgeführten Abklärung zu. Für den zeitlichen Beginn des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung kommt sinngemäss die Bestimmung zu den Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente (Wartejahr) zur Anwendung. Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren.

Obergericht, 29. Mai 2015, OG V 14 14

(Das Bundesgericht hat die dagegen erhobene Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten abgewiesen, BGE 8C_464/2015 vom 14.09.2015).

Aus den Erwägungen:

3. Die Beschwerdeführerin erlitt am 22. April 2012 einen Hirnschlag. Mit Verfügung vom 24. Januar 2014 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung. Der Begriff der Hilflosigkeit wird in Art. 9 ATSG umschrieben. Ausgangspunkt für die Umschreibung ist die gesundheitliche Beeinträchtigung; diese muss dazu geführt haben, dass die betreffende Person in alltäglichen Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder dauernd der persönlichen Überwachung bedarf (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 9 Rz. 6). Nach ständiger Praxis sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend: Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme (BGE 127 V 97 E. 3c). Dabei setzen sich diese Kriterien teilweise aus mehreren Teilfunktionen zusammen (Ueli Kieser, a.a.O., Art. 9 Rz. 9). Der Anspruch auf Hilflosenentschädigung wird in den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen präzisiert. Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Gemäss Abs. 2 ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit. Art. 37 IVV präzisiert diese Unterscheidungen.

a) Gemäss Abs. 1 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit 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.

b) Gemäss Abs. 2 lit. a dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit dann als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten, das heisst mindestens vier (BGE 107 V 145 E. 2) alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist. Ist sie 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 oder bedarf einer dauernden persönlichen Überwachung, wird eine mittelschwere Hilflosigkeit nach Abs. 2 lit. b beziehungsweise c bejaht.

c) Leichte Hilflosigkeit liegt gemäss Art. 37 Abs. 3 IVV vor, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln alternativ in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf, einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf, wegen einer schweren

Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.

4. a) Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 VRPV).

5. Gemäss BGE 130 V 61 ist bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig (E. 6.1.1). Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind – analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstellerin 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. Weiter sind die Angaben der die Pflege Leistenden zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen, konkret in Frage stehenden Massnahmen der Behandlungs- und Grundpflege 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 diesem Fall in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (E. 6.2).

6. Mit Zwischenentscheid vom 20. Juni 2014 ordnete das Obergericht Untersuchungen zur Abklärung der Hilflosigkeit an. Im Zwischenentscheid wurden die bis zur Beschwerdeerhebung vorliegenden medizinischen Akten dargelegt. Darauf wird verwiesen. Daraufhin wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. B. Ineichen und von Q untersucht.

a) Q hält im Abklärungsbericht zur Hilflosigkeit vom 13. Dezember 2014 fest, die Klientin zeige eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Verrichtungen wie Führung des Haushaltes, Pflege sozialer Kontakte, selbstständige Planung und Durchführung von Aktivitäten seien nicht möglich. Rein physisch wäre bei einer Verbesserung dieser Symptome eine Verbesserung möglich. Die Beschwerdeführerin könne sich selbstständig anziehen, brauche Unterstützung beim Schliessen von Reissverschlüssen. Duschen sei nur mit Hilfe der Spitex möglich. Bei der Verrichtung der Notdurft sei sie selbstständig. Die Angehörigen richteten die Medikation wöchentlich und kontrollierten, ob die Klientin diese auch eingenommen habe. Sie gehe manchmal – nur bei guter Witterung – im nahe gelegenen Laden einkaufen. Ansonsten habe sie nur Kontakt zu ihren Eltern und einem Nachbarn. Die Klientin setze sich keine Ziele. Sie brauche sehr viel Unterstützung und Druck von Drittpersonen, um überhaupt etwas durchzuführen oder zu vollenden. Die regelmässige Anwesenheit einer Drittperson sei wegen der Antriebsschwierigkeiten, Ängste, sozialen Isolation und Einschränkungen in der Durchführung von alltäglichen Arbeiten im Haushalt ihres Erachtens unumgänglich.

Weiter dokumentiert Q ein Gespräch mit zwei Spitex-Mitarbeiterinnen, welche die Beschwerdeführerin in der Grundpflege betreuen. Diese würden die Klientin in die Dusche begleiten, Shampoo und Duschmittel dosieren. Duschen könne sie selbstständig auf einem Stuhl sitzend. Beim Verlassen der Dusche, Abtrocknen, Anziehen von Socken, BH und Schiene sowie beim Auftragen von Deo brauche sie Unterstützung.

Bezüglich Gespräch mit dem behandelnden Psychiater, Dr. med. A. Wolf hält Q fest, dieser habe mit der Klientin abgemacht, dass diese ihre Behandlung künftig im SPD Uri weiterführen solle. Er erlebe die Klientin seitens der Depression ein wenig stabiler nach einer Änderung der Medikation. Zusätzlich reicht Q einen schriftlichen Bericht von Dr. med. A. Wolf vom 19. Februar 2015 ein. Dieser berichtet über die Patientin, welche von Januar 2013 bis November 2014 bei ihm – an insgesamt 21 Terminen – in Behandlung gewesen sei. Die Patientin leide stark unter den Folgen ihrer Hirnblutung bezüglich reduzierter Alltagsfunktionalität und drohendem Autonomieverlust, was sich in wiederholten depressiven Krisen zeige. Die psychotherapeutischen Bemühungen, den Leidensdruck zu thematisieren und den Umgang mit diesen zu verbessern, treffe auf deutlichen Widerstand. Die von der Patientin beschriebene Funktionalität könne von den Familienmitgliedern nicht bestätigt werden. Durch eine Medikamentenumstellung von Sertralin auf Cipralex sei eine leichte Zustandsverbesserung eingetreten. Eine weitere Umstellung von Cipralex auf Cymbalta habe eine weitere Zustandsverbesserung auf Affektebene gebracht. Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, Ausdauer, Affektregulation und Verhaltenssteuerung seien im Hinblick auf die organischen Läsionen und deren psychischen Folgen eingeschränkt. Er stellt die Diagnose einer depressiven Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und empfiehlt die Fortführung einer psychiatrischen/psychologischen Behandlung in Wohnortnähe mit Einbindung der Familie.

Weiter reicht Q einen Bericht von Ursula Merkle, Bürglen, dipl. Ergotherapeutin vom 27. Juni 2014 zu den Akten. Diese beschreibt an neuropsychologischen Defiziten: Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung (Daueraufmerksamkeit, Aufmerksamkeitswechsel); reduzierte Konzepterfassung; verminderte Strukturierungsfähigkeit, reduziertes Arbeitsgedächtnis, Störungen im Organisieren und Planen (exekutive Funktionsstörung); Reduktion der kognitiven Flexibilität; reduzierte körperliche und kognitive Belastbarkeit, reduzierte Krankheitseinsicht. Die Beschwerdeführerin habe während der letzten Monate Fortschritte gemacht. Sie könne sich selbstständig ankleiden, benötige hierbei noch immer eine Endkorrektur bezüglich der Sorgfalt. Sie sei motiviert, ihren Aufgabenbereich im Haushalt wieder zu erweitern und bemühe sich, neu Gelerntes umzusetzen. Sie habe im Bewegungs- und Aktivitätsablauf auf allen Ebenen Fortschritte gemacht. Schwierig gestalte sich weiter die Situation der verbliebenen Einhändigkeit. Sie arbeite verlangsamt und meist unstrukturiert. Sie benötige weiterhin starke Unterstützung von der Familie und der Haushaltshilfe. Schwierig scheine ihr die mangelnde Krankheitseinsicht zu sein. Die Beschwerdeführerin bedürfe weiterhin therapeutischer Interventionen. Sie sei wacher, sprachgewandter und flexibler im Denken, die Umsetzung in die Handlungsfähigkeit und das Erkennen der Zusammenhänge sei dennoch stark defizitär. Mit Schreiben vom 29. Januar 2015 bestätigt Ursula Merkle eine seit Dezember 2014 ähnlich bis gleichbleibende Situation. Allerdings habe sich die Haushaltssituation durch die Anstellung einer neuen kompetenten Haushälterin sehr gut gebessert.

b) Dr. med. B. Ineichen untersuchte die Beschwerdeführerin am 2. Februar 2015 während gut zwei Stunden. Im Gutachten vom 19. Februar 2015 betont er eine deutliche Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Er stellt die psychiatrische Diagnose einer organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10: F07.0) bei St.n. hämorrhagischem Insult im April 2012. Weiter nennt er die Diagnose einer neuropsychischen Störung mit leichter bis mittelgradiger exekutiver Funktionsstörung, leichter bis mittelgradiger Aufmerksamkeitsstörung mit Neglecttendenz nach links und reduzierter mentaler Belastbarkeit bei Status nach Mediaterritorialinfarkt rechts am 2. April 2012. Deskriptiv bestehe eine persistierende Hemiparese links mit Neglect nach links. Die Adipositas und Hypertonie blieben ohne Auswirkung auf die zu beurteilende Hilflosigkeit. Die Diagnose "hirnorganische Persönlichkeitsstörung" begründe sich – zusätzlich zu einer bekannten Vorgeschichte oder anderen Hinweisen auf eine Hirnerkrankung, Hirnschädigung oder Hirnfunktionsstörung – auf dem Vorliegen von mindestens zwei zusätzlichen Merkmalen, wovon gemäss Dr. med. B. Ineichen zwei Punkte erfüllt und zwei weitere Punkte partiell

vorhanden seien. Die Beurteilung der Versicherten werde durch die von der eigenen stark abweichende Einschätzung der Angehörigen erschwert. Hier entstehe der Eindruck einer Konfliktsituation. Die Versicherte bräuchte ein therapeutisches Setting im Alltag für den Erhalt ihrer Fähigkeiten und um weitere Fortschritte zu erzielen. Auch eine besser Tagesstruktur wäre erforderlich. Das könne nur in beschränktem und vermutlich nicht in erforderlichem Umfang von den Angehörigen geboten werden; es ziele an der Realität vorbei, alles auf eine nicht wahrgenommene Mitwirkungspflicht der Angehörigen zu reduzieren.

Aus psychiatrischen Überlegungen sei die Versicherte beim Anziehen von komplexeren Kleidungsstücken wie BH oder Strumpfhose oder beim Versorgen einer Bluse in der Hose auf Fremdhilfe angewiesen. Essen könne sie selbstständig, einhändiges Schneiden sei nur erschwert oder je nach Speise gar nicht möglich. Beim Verrichten der Notdurft sei schewergewichtig eine Überprüfung der Reinlichkeit erforderlich. Die Versicherte könne kürzere Strecken – bei sicherer, glatter, rutschfester Unterlage und ebenem Terrain – eigenständig zurücklegen. Die Medikamente könne sie selbstständig einnehmen, das Rüsten und die Kontrolle müsse regelmässig überwacht werden. Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung seien nur in beschränktem Umfang möglich. Mit Ausnahme der Besuche bei den Eltern und seltenen Einkäufen von Brot unternehme sie keine Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung. Planung, Organisation und Motivation zur Aktivität seien ihr kaum oder nur sehr eingeschränkt möglich. Gemäss übereinstimmenden Beobachtungen sowohl der Spitex, der Ergotherapeutin und der Angehörigen könne die Versicherte kaum länger als ungefähr zwei Stunden allein gelassen werden, sie reagiere sonst ängstlich und unruhig. Die regelmässige Anwesenheit oder Überwachung durch Drittpersonen sei nicht nur zur Verhinderung einer andauernden Isolation, sondern auch zur Kontrolle der alltäglichen Verrichtungen und zur Sicherheit der Versicherten erforderlich. Durch die Inaktivität, das sich selber überlassen sein und den häufigen Rückzug ins Bett drohe nicht nur die Gefahr einer Isolierung, sondern auch die Gefahr eines Verlustes von bisher erreichten therapeutischen Fortschritten.

Er bejaht Einschränkungen der exekutiven Funktionen, der mentalen Belastbarkeit, der Aktivität und des Antriebs, kognitive Defizite, eine Beeinträchtigung im sozialen Umgang sowie eine reduzierte Autonomie. Weiter seien Anweisungen und Kontrollen für alltägliche Verrichtungen nötig. Die Versicherte müsse regelmässig überwacht und tagsüber in ungefähr zweistündigen Intervallen kontrolliert werden. Kontakte seien ohne Anwesenheit einer Drittperson kaum möglich. Verneint werden eine Einschränkung der Aufmerksamkeit, eine Depression (eine Verstimmung im Ausmass einer Depression könne infolge der Grunderkrankung jederzeit auftreten) und der Konzentration (diese sei im klinischen Gespräch nicht krankheitsrelevant). Die Auffassung imponiere als nicht reduziert, hingegen sei das Umsetzen (Ausführen) von Aufgenommenem stark reduziert.

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Hilflosigkeit ausgewiesen. Die Versicherte sei andauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen und bedürfe einer regelmässigen, mindestens punktuellen Überwachung. Sie sei auf tägliche Hilfe angewiesen, wobei vor allem die indirekte Hilfe regelmässig erforderlich sei. Insgesamt scheine eine mittelschwere Hilflosigkeit ausgewiesen zu sein.

7. Die Gutachten von Dr. med. B. Ineichen und Q sind umfassend und nachvollziehbar. Es sind aus den Akten keine zwingenden Gründe ersichtlich, die ein Abweichen von der Einschätzung der Gutachter erfordern würden. Vorliegend stimmt der Abklärungsbericht Hilflosigkeit vom 16. Mai 2013 nicht mit den ärztlichen Feststellungen bezüglich Hilflosigkeit überein, sodass Letzteren mehr Gewicht als der im Haushalt durchgeführten Abklärung zukommt (BGE 133 V 468 E. 11.1.1). Gestützt darauf kann von einer Hilflosigkeit mindestens in den Lebensbereichen "Ankleiden/Auskleiden", "Körperpflege" und "Fortbewegung" ausgegangen werden. Überdies ist gestützt auf die

Gutachten die Notwendigkeit einer lebenspraktischen Begleitung erwiesen, sodass die Voraussetzungen für eine mittelschwere Hilflosigkeit erfüllt sind.

8. Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (Art. 35 Abs. 1 IVV). Die Beschwerdeführerin ist in ihrer Gesundheit seit 22. April 2012 erheblich eingeschränkt. Ab gleichem Datum ist von einer Hilfsbedürftigkeit in mindestens oben beschriebenem Ausmass auszugehen, weshalb der Anspruch auf Hilflosenentschädigung seit 1. April 2013 (Ablauf des Wartejahres) besteht (Art. 28 Abs. 1 IVG sinngemäss, BGE 137 V 356 ff. E. 4 f.).

9. In Gutheissung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist die Verfügung vom 24. Januar 2014 aufzuheben und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab 1. April 2013 Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung basierend auf einer mittelschweren Hilflosigkeit hat.

11. Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren. Vorliegend hat das Obergericht gerichtliche Gutachten eingeholt, um noch offene Fragen zum Sachverhalt zu klären. Es hätte an der Beschwerdegegnerin gelegen, eine Begutachtung zur Ausräumung der Zweifel durchzuführen, weshalb sie die Kosten für die gerichtlichen Obergutachten in Höhe von gesamthaft Fr. 5'245.50 (Fr. 4'125 + Fr. 1'120.50) zu tragen hat (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2).