

S1 24 145

URTEIL VOM 1. APRIL 2025

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Schilliger, Olten

gegen

KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin

(Invalidenversicherung, Assistenzbeitrag)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Juli 2024

Verfahren

A. Die 1995 geborene Beschwerdeführerin ist aufgrund von Geburtsgebrechen seit Oktober 1995 bei der Invalidenversicherung angemeldet und bezieht eine ganze IV-Rente, Hilfsmittel, eine Hilflosenentschädigung schweren Grades sowie einen Assistenzbeitrag (Akten der Beschwerdegegnerin S. 4 ff.).

Mit Schreiben vom 9. Februar 2024 liess die Versicherte mitteilen, sie miete ab 1. März 2024 eine Wohnung (S. 4113). Sie wolle ein eigenständiges Leben führen, halte sich aber weiterhin von Donnerstag 09.00 Uhr bis Freitag 16.00 Uhr in einer Stätte bzw. Wohngruppe auf (S. 4113 f.). Am 29. April 2024 klärte die Beschwerdegegnerin die Verhältnisse vor Ort ab (S. 4207 ff.). Gestützt auf den Abklärungsbericht setzte sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf einen Assistenzbeitrag nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (S. 4201 ff.) mit Verfügung vom 22. Juli 2024 (S. 4298 ff.) auf maximal Fr. 106'162.80 pro Jahr fest.

B. Gegen diese Verfügung liess die Versicherte am 16. September 2024 Beschwerde erheben und beantragte einen höheren Assistenzbeitrag sowie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Die Beschwerdegegnerin liess sich am 26. November 2024 vernehmen und schloss auf Abweisung der Beschwerde.

Im zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Am 31. Januar 2025 wurde der Schriftenwechsel abgeschlossen.

Auf die Vorbringen der Parteien wird, soweit entscheidwesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 IVG). In casu ist es somit die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 RPfIG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist. Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin

von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Nach Art. 42^{quater} Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf einen Assistenzbeitrag: (a) denen eine Hilflosenentschädigung der IV nach Art. 42 Absätze 1-4 ausgerichtet wird; (b) die zu Hause leben; und (c) die volljährig sind. Gemäss Art. 42^{quinquies} IVG wird ein Assistenzbeitrag für Hilfeleistungen gewährt, die von der versicherten Person benötigt und regelmässig von einer natürlichen Person (Assistenzperson) unter bestimmten Voraussetzungen erbracht werden. Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrages ist die für die Hilfeleistung benötigte Zeit. In den folgenden Bereichen kann u.a Hilfebedarf anerkannt werden: (a) alltägliche Lebensverrichtungen (ATL), (b) Haushaltsführung, (c) gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung, (h) Überwachung während des Tages und (i) Nachtdienst (Art. 39c IVV).

Die IV-Stelle bestimmt den anerkannten monatlichen Hilfebedarf in Stunden (Art. 39e Abs. 1 IVV). Sie benutzt zur Berechnung des Assistenzbeitrages das vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) entwickelte standardisierte Abklärungsinstrument FAKT2. Dessen Funktionsweise in Bezug auf den gesamten Hilfebedarf wird im Kreisschreiben des BSV über den Assistenzbeitrag (KSAB) erläutert. Der Hilfebedarf jedes (Teil-) Bereichs ist in fünf Stufen eingeteilt. Jede Stufe umfasst Zeitwerte entsprechend des Hilfebedarfs (von Stufe 0=kein Bedarf, volle Selbstständigkeit bis Stufe 4=umfassender Bedarf, keinerlei Selbstständigkeit). Die Stufen mit den dazugehörigen Bandbreiten sind pro Bereich erfasst und befinden sich im Anhang 3 (Rz 4009 KSAB). Jeder (Teil-) Bereich ist in verschiedene Tätigkeiten unterteilt. Für jede Tätigkeit muss entschieden werden, welche Stufe der versicherten Person für die jeweilige Tätigkeit zuzuordnen ist. Bei jeder Stufe ist ein Minutenwert hinterlegt. Die Summe der Minutenwerte jeder Tätigkeit ergibt dann die Stufe des entsprechenden (Teil-)Bereichs. Die Stufe bestimmt sich nach den Bandbreiten gemäss Anhang 3 des KSAB (Rz 4015). In jedem Bereich kann bei Versicherten, deren Bedarf begründet über dem verfügbaren Zeitrahmen liegt, ein Zusatzaufwand gewährt werden (z.B. bei starken Spasmen im Bereich An-/Auskleiden ein Zusatzaufwand von 10 Minuten). Der Zusatzaufwand kann in der Regel nur gewährt werden, wenn der normale Hilfebedarf im entsprechenden (Teil-)Bereich mindestens die Stufe 3 erreicht (Rz 4016 KSAB).

Gemäss Art. 39e IVV gelten als monatliche Höchstansätze für Hilfeleistungen in den Bereichen nach Art. 39c lit. a-c IVV (ATL, Haushalt und Freizeit) pro alltägliche Lebensverrichtung, die bei der Festsetzung der Hilflosenentschädigung festgehalten wurde, bei schwerer Hilflosigkeit 40 Stunden (Abs. 2 lit. a Ziff. 3) und für Hilfeleistungen in den Bereichen nach Art. 39c lit. d-g IVV (Erziehung und Kinderbetreuung, ehrenamtliche Tätigkeit, Weiterbildung, Erwerbstätigkeit) insgesamt 60 Stunden (Abs. 2 lit. b) sowie für die Überwachung nach Artikel 39c Buchstabe h: 120 Stunden (Abs. 2 lit. c). Für die Berechnung des Höchstbetrages in den Bereichen ATL, Haushalt und Freizeit geht man vom Grad der Hilflosigkeit und der Anzahl alltäglicher Lebensverrichtungen aus (vgl. Tabelle Rz 4086 KSAB). Die Höchstansätze werden für jeden Tag und jede Nacht, die die versicherte Person pro Woche in einer Institution verbringt, gekürzt (Art. 39e Abs. 4 IVV).

3. Streitig und zu prüfen ist die Höhe des Anspruchs auf einen Assistenzbeitrag.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung u.a. fest, die Versicherte sei in allen sechs alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig und in erheblichem Umfang auf Dritthilfe angewiesen. Daraus resultiere, dass der Versicherten im Hinblick auf die alltäglichen Lebensverrichtungen, den Haushalt und die Freizeit maximal 240 Stunden pro Monat angerechnet werden könnten. Abzüglich der 66.46 Stunden pro Monat aufgrund von Institutionsaufenthalten liege die individuell gültige Höchstgrenze der Versicherten in casu bei 173.54 Stunden pro Monat. Ferner sei bei der Versicherten grossmehrheitlich bereits eine maximale Unterstützungseinstufung in die Stufe 4 vorgenommen worden. Der dabei mit Hilfe des standardisierten Abklärungsinstruments FAKT2 ermittelte Hilfebedarf betrage insgesamt 213.63 Stunden pro Monat und übertreffe damit die individuell gültige Höchstgrenze um 40.09 Stunden. Er müsse deshalb gekürzt werden. Ein höherer, als ein Assistenzbeitrag von maximal Fr. 106'162.80 könne deshalb trotz der Einwände der Versicherten nicht in Betracht kommen. Ergänzend nahm die Beschwerdegegnerin zu den einzelnen Lebensverrichtungen dennoch Stellung und kam zum Schluss, insgesamt erweise sich die Einschätzung im FAKT2 als korrekt.

Ergänzend legte sie in der Beschwerdeantwort dar, im Hinblick auf die Abzüge betreffend die Zahl der jährlichen Aufenthaltstage in einer Tagesstätte oder Wohngruppe könne gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf Pauschalen abgestellt werden. Ferner sei entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin am Beweiswert des Abklärungsberichtes vom 3. Mai 2024 festzuhalten. Zusammenfassend schloss die Beschwerdegegnerin, dass selbst bei Anerkennung von punktuell (noch) höheren Stufen im FAKT2 kein höherer Assistenzbeitrag resultiere.

3.2 Die Versicherte machte beschwerdeweise im Wesentlichen geltend, es sei einerseits die tatsächliche Zahl der Aufenthalte in der Tagesstätte bzw. Wohngruppe und seien andererseits höhere Einschränkungen innerhalb der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen zu berücksichtigen. Sie bemängelte die Beweiskraft des Abklärungsberichts. Darüber hinaus machte sie trotz der Ausschöpfung des Maximalbetrages ein Interesse geltend, den Bedarf im Rahmen des FAKT2 zu überprüfen, da dieser oft auch Grundlage für die Abgeltung von Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistung bilde. Im Bereich Aufstehen/Absitzen/Abliegen sowie Körperpflege seien gemäss ärztlichen Berichten bei Transfers zwei Personen notwendig. Hinsichtlich der Fortbewegung sei sie eingeschränkt, da sie nur einige Meter mit dem Rollstuhl fahren könne, aber nicht zielgerichtet. Die Nahrungsmittelauswahl und die Zubereitung seien aufgrund der grossen Probleme beim Kauen erschwert. Wie bei den Transfers seien auch beim Duschen zwei Personen erforderlich. Der Aufwand der Familie bei Ferien- und Therapie Reisen sei auf Stufe 4 anzuheben, weil die verschiedenen Hilfsmittel und wohnlichen Anpassungen fehlen würden. Schliesslich müsse alle zwei Tage ein Abführmittelzäpfchen verabreicht werden. Dieser Zeitaufwand sei erheblich und in Analogie zum Duschen regelmässig.

Replizierend ergänzte sie, der Grund für nachträgliche Anpassungen der Aussagen sei, dass die enorm aufwändige Hilfe vorwiegend von den Eltern geleistet worden sei und die Abklärung der IV bereits am zweiten Tag des Alleinwohnens durchgeführt worden sei. Erst mit der Zeit habe man festgestellt, dass für die Transfers zwei Hilfspersonen notwendig seien. Auch habe die Tagesstätte die Notwendigkeit einer Zweitperson beim Transfer bestätigt. Schliesslich seien, entsprechend den Aufenthalten in heilpädagogischen Schulen, die Aufenthalts- und Abwesenheitstage möglichst genau festzulegen. Für Veränderungen würden ferner die Revisionsbestimmungen gelten.

4.

4.1 Hinsichtlich der Kürzung des Höchstansatzes wegen Aufenthalts in einer Institution steht fest, dass die Beschwerdeführerin zwei Tage und eine Nacht pro Woche in einer Tagesstätte bzw. einer Wohngruppe verbringt, wobei die Tagesstätte während sechs Wochen im Jahr geschlossen ist. Sie bemängelt, dass die tatsächliche Zeit der jährlichen Aufenthaltstage unberücksichtigt bleibe.

Nach dem klaren Wortlaut von Art. 42^{sexies} Abs. 2 IVG ist der Aufenthalt in einer Institution beim Zeitbedarf für den Assistenzbeitrag in Abzug zu bringen. Das Bundesgericht entschied sich in BGE 140 V 543 E. 3.5.4 für eine pauschale Kürzung des anrechenbaren

Zeitbedarfs in dem Sinn, als ein prozentualer Abzug auf der Grundlage des regelmässigen Aufenthalts in einer Institution vorzunehmen sei. Diese Regelung sei nicht gesetzeswidrig, geschweige denn willkürlich. Der Assistenzbeitrag werde lediglich für regelmässig, nicht aber punktuell anfallenden Hilfebedarf ausgerichtet. Auch sprächen Praktikabilität und Rechtssicherheit gegen die individuelle Situationsberechnung unter Berücksichtigung jeglicher Ferienabwesenheiten und Feiertage sowie der durchschnittlichen Krankheitstage. Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, sich regelmässig an zwei Tagen und einer Nacht pro Woche in einer Tagesstätte bzw. Wohngruppe aufzuhalten. Unstrittig ist weiter, dass die Tagesstätte während sechs Wochen ferienbedingt geschlossen ist. Dass aufgrund von Feiertagen gelegentlich ein Aufenthalt in der Tagesstätte bzw. Wohngruppe entfällt, kann nicht Anlass einer individuellen Berechnung sein. Wie die Beschwerdeführerin selber darlegt, fallen diese Tage jeweils auf unterschiedliche Wochentage und sind im Übrigen zum Teil kanton unterschiedlich geregelt. Diese individuellen Gegebenheiten sind daher ausser Acht zu lassen. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, bei Aufenthalten in heilpädagogischen Schulen würden bei der Festlegung der entsprechenden Kürzungen Ferien jeweils auch anteilmässig berücksichtigt, ist entgegenzusetzen, dass der Abzug vom Bereich und Institutionstyp abhängt (BGE 150 V 340 E. 6.3 mit Hinweis). Die erwachsene Versicherte absolviert ihre externen Aufenthalte in einer Tagesstätte bzw. Wohngruppe, unabhängig von einem Schulplan. Insofern ist ihre Situation nicht mit einer solchen von Kindern in einer heilpädagogischen Schule vergleichbar. Inwiefern schliesslich die Revisionsbestimmungen zu berücksichtigen wären, ist nicht nachvollziehbar.

Nach dem Dargelegten und in Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verbleibt es beim Abzug von 66.46 Stunden. Bei einem errechneten Maximalbedarf von 240 Stunden (Rz 4086 KSAB) für die Bereiche ATL, Haushaltsführung, gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung und bei schwerer Hilflosigkeit resultiert für die Versicherte eine individuell gültige Höchstgrenze von 173.54 Stunden pro Monat.

4.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte mittels FAKT2 zum Assistenzbeitrag am 3. Mai 2024 (S. 4241) in den Bereichen ATL, Haushalt und Freizeit einen relevanten gesamten Hilfebedarf von 213.63 (132.63+55.65+25.35) Stunden pro Monat (S. 4232). Dieser übertrifft bereits um 40.09 Stunden die individuell gültige Höchstgrenze von 173.54 Stunden (anerkannter Hilfebedarf), sodass in Bezug auf die Höhe des Assistenzbeitrages selbst unter Anrechnung weiterer Zusatzaufwände oder höheren Einstufungen kein hö-

herer Assistenzbeitrag resultierte. Ist der für den Assistenzbetrag anrechenbare Zeitaufwand geringer als der ermittelte Gesamtbedarf, bildet er die obere Grenze für den Leistungsanspruch (Art. 42^{sexies} Abs. 4 lit. a IVG; BGE 140 V 543 E. 3.4.1).

In concreto macht die Beschwerdeführerin trotz der Ausschöpfung des Maximalbetrages ein Interesse geltend, den Bedarf im Rahmen des FAKT2 zu überprüfen, da dieser oft auch Grundlage für die Abgeltung von Krankheits- und Behinderungskosten der Ergänzungsleistung bilde. In casu bildete weder dieser Anspruch noch der Anspruch auf Ergänzungsleistungen oder auf Hilflosenentschädigung Gegenstand der Verfügung vom 22. Juli 2024. Allerdings sind diese Ansprüche eng verknüpft mit dem Anspruch auf Assistenzbeitrag (vgl. BGE 150 V 340 E. 3.4, 140 V 543 E. 3.4.2 mit Hinweisen; Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen EL 2022/2 vom 15. Juli 2022). Unter diesem Aspekt sind die Vorbringen betreffend den Hilfebedarf zulässig und der Vollständigkeit halber zu prüfen.

4.3

4.3.1 Am 29. April 2024 fand die Abklärung sowohl in der elterlichen als auch in der neu gemieteten Wohnung der Beschwerdeführerin statt (S. 4247). Der entsprechende Bericht und der Abklärungsbogen FAKT2 ergingen am 3. Mai 2024 (S. 4207 ff und 4241 ff.).

Ein Abklärungsbericht (Art. 57 Abs. 1 lit. i IVG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVV) unter dem Aspekt der Hilflosigkeit oder des Pflegebedarfs hat folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatterin wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten hat. 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. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden Pflege und der persönlichen Überwachung (Art. 37 IVV) und der lebenspraktischen Begleitung (Art. 38 IVV) sein. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der

Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht. Diese Rechtsprechung ist auch massgeblich beim Eruiieren des gesamten Hilfebedarfs mit Blick auf den Assistenzbeitrag (BGE 140 V 543 E. 3.2.1).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin bemängelt in einem ersten Punkt, die Abklärung sei nur wenige Tage nach ihrem Auszug aus der Elternwohnung erfolgt, weshalb der Hilfebedarf noch nicht habe konkret festgelegt werden können.

Die seit dem 1. März 2024 gemietete Wohnung konnte am 29. April 2024 besichtigt werden. Gemäss den Feststellungen der Abklärungsperson habe in Bezug auf den Zugang zur Terrasse sowie dem Badezimmer Anpassungsbedarf bestanden. Die Wohnung sei noch renoviert und eingerichtet worden, eine Woche im März und zwei Wochen im April sei man in die Ferien verreist. Die Beschwerdeführerin halte sich seit dem 26. April 2024 dauernd in der gemieteten Wohnung auf. Die ersten Nächte seien gut verlaufen. Einige Sachen, die die Beschwerdeführerin benötige, seien noch in der elterlichen Wohnung (Stehbrett, Walker...) und würden noch in die Mietwohnung gebracht (S. 4247). Von Montag bis Freitag (recte Mittwoch) sei die Tante als Assistenzperson angestellt. Donnerstag und Freitag werde die Beschwerdeführerin durch die Eltern aufgenommen und nach Visp gebracht bzw. dort abgeholt. Das Wochenende werde durch die Eltern abgedeckt; die Abendstunden während der Woche ab und zu durch Studenten. Die Mittagsmahlzeit werde in der elterlichen Wohnung für alle zubereitet. Hinsichtlich des Frühstücks und Abendessens erfolge die Zubereitung in der Wohnung der Beschwerdeführerin. Diese Darlegungen zeigen, dass die Beteiligten den Wohnungswechsel sorgfältig geplant und umgesetzt haben, sodass es bereits nach wenigen Tagen möglich war, zu veranschaulichen, wie sich der Alltag der Beschwerdeführerin gestaltete. Nach dem Gesagten erweist sich die beschwerdeweise vorgebrachte Beanstandung einer verfrühten Abklärung als unbehelflich.

4.3.3 Mit Bericht vom 3. Mai 2024 (S. 4241) nannte die Abklärungsperson die bekannten Diagnosen einer spastisch-athetotischen zerebralen Bewegungsstörung und Strabismus divergens. Die gesundheitliche Situation sei unverändert, wobei auf den Abklärungsbericht vom 29. November 2012 (S. 1750 ff.) verwiesen wurde.

Die medizinischen Akten zeigen ein seit Jahren unverändertes Krankheitsbild (vgl. z.B. Diagnosen im Bericht vom 17. Dezember 2021 [S. 4196]). Die Beschwerdeführerin macht auch nicht geltend, dass sie im Alltag immer mehr körperliche Abläufe/Ausführungen habe, welche ihr trotz Unterstützung nicht mehr gelingen würden. Einzig hinsichtlich

der Transfers wird beschwerdeweise unter Beilage ärztlicher und anderer Berichte nachträglich ausgeführt, es seien zwei Personen notwendig. Diesbezüglich ist auf die Angaben anlässlich der Haushaltsabklärung vom 29. April 2024 zu verweisen, wonach es der Beschwerdeführerin möglich sei, ihr rechtes Bein durchzustrecken und es nur eine Person bei der Durchführung der Körperpflege, der Notdurft usw. bedürfe. Der Hebelift werde selten gebraucht und komme insbesondere zum Einsatz, wenn die Eltern unter Rückenschmerzen leiden würden. Es wurde explizit ergänzt, dass eine Person die Transfers alleine durchführen könne. Einige Assistenzpersonen würden ab und zu Hilfe brauchen, wobei es aber das Ziel sei, dies alleine zu machen. Die Versicherte könne sich festhalten und auf einem Bein kurz stehen. Dabei müsse sie gehalten werden (S. 4242).

Den „Aussagen der ersten Stunde“ kommt im Allgemeinen grösseres Gewicht zu als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2). Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin daher zu Recht auf diese ersten Angaben während der Abklärung vor Ort abgestellt. Es ist nicht einzusehen, aus welchem Grund die Eltern der Beschwerdeführerin bei dieser Abklärung falsche Angaben hätte machen sollen. Ihre Angaben zur Unterstützung erscheinen aufgrund ihrer klaren und detaillierten Formulierung durchaus nachvollziehbar und zuverlässig, zuverlässiger jedenfalls als die beschwerdeweise erhobenen Behauptungen und Stellungnahmen Dritter, die unter Umständen von Überlegungen versicherungsrechtlicher Art beeinflusst sein könnten. Im Übrigen entspricht diese erste Aussage der geschilderten Alltagssituation, wonach die Versicherte im Regelfall durch eine Assistenzperson betreut wird. Hinsichtlich der Transfers kann auch auf die früheren Angaben verwiesen werden, wonach sich die Beschwerdeführerin auf dem rechten Bein abstützen kann, wenn man sie voll unter den Achseln unterstützt und mit Hilfe einer Drehscheibe verlagert (S. 1750, S. 1752). An einer allfälligen punktuell benötigten Hilfeleistung durch eine Zweitperson, wie sie in der Anfangsphase der Assistenzperson oder bei ärztlichen Visiten erfolgen könnte, fehlt es an der Regelmässigkeit. Der Assistenzbeitrag wird für regelmässigen, nicht für punktuell anfallenden Hilfebedarf ausgerichtet.

Hinsichtlich der Mobilität im Innern haben sich die Verhältnisse gegenüber der früheren Wohnsituation vereinfacht. Die gemietete Wohnung befindet sich im Erdgeschoss und auf einer Ebene. Gemäss Eingabe vom 25. Mai 2024 kann die Versicherte den Rollstuhl bewegen. Sie kann auch einige Meter mit dem Rollstuhl fahren (S. 5 der Beschwerde).

Die Abklärungsperson hat in diesem Teilbereich die Stufe 3 berücksichtigt. Diese ist anwendbar, wenn der versicherten Person nur eine kleine Mithilfe bei der Teilhandlung oder eine bescheidene Eigenleistung möglich ist. In der Stufe 3 benötigt die versicherte Person demnach in grossem Umfang direkte Hilfe (Ziffer 4013 KSAB), wogegen sie unter Anwendung der Stufe 4 gar nichts selbstständig tun könnte, was nach dem Dargelegten nicht zutrifft. Hinsichtlich des Austrittsberichts des Schweizer Paraplegiker Zentrums (SPZ) vom 17. Dezember 2021 wurde eine Fahrschule in Bezug auf einen Elektrorollstuhl absolviert (S. 4197). Feststellungen zur Mobilität mit einem unmotorisierten Rollstuhl wurden nicht gemacht, weshalb die Darlegungen des SPZ nicht von Belang sein können.

Der Abklärungsbericht wurde von einer qualifizierten Person der Beschwerdegegnerin erstellt. Sie besuchte in Begleitung eines Juristen die Versicherte in ihrer Wohnung und erhielt damit Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen. Es sind keine Hinweise ersichtlich, dass die Abklärungsperson nicht geeignet gewesen wäre, die Abklärung an Ort und Stelle durchzuführen. Die Beschwerdegegnerin ging daher im Resultat zur Recht davon aus, dass eine Einschränkung auf der zweithöchsten Stufe gegeben sei.

4.3.4 Zum Bereich Ernährung wurden die von den Eltern der Beschwerdeführerin gemachten Angaben im Abklärungsbericht sowie im FAKT2 korrekt wiedergegeben. Nebst der Maximaleinstufung hat die Sachverständige Zusatzaufwände für besonders zeitaufwändiges Kauen/Schlucken sowie erschwertes Eingeben aufgrund der starken Spasmen anerkannt (Punkt 1.3.4 FAKT2, S. 4213). Damit hat sie dem Umstand, dass die Versicherte grosse Probleme beim Kauen hat, genügend Rechnung getragen. Die geltend gemachten Nahrungsmittelunverträglichkeiten und die dadurch erschwerte Zubereitung sind in der Festlegung der Höchchststufe abgegolten. Im Übrigen wird das Mittagessen gemäss Darlegungen der Eltern für alle in der elterlichen Wohnung zubereitet.

4.3.5 Es wird in einem weiteren Punkt vorgebracht, die Familie gelange bei Ferien- und Therapiereisen immer wieder an die Grenzen der Leistungsfähigkeit, weil u.a. verschiedene Hilfsmittel fehlen würden. Die Abklärungsperson hat in diesem Unterbereich eine Einstufung 2 und im Total des Bereichs Freizeit bei einem Hilfebedarf von 50 Minuten eine Einstufung 3 vorgenommen (Punkt 3.4 FAKT2, S. 4223). Begründend führte sie aus, die Mobilität sei im Urlaub erschwert und es bestehe ein geringer Mehrbedarf bei den alltäglichen Lebensverrichtungen.

In grundsätzlicher Hinsicht ist zunächst auf die Rechtsprechung zur Schadenminderungspflicht hinzuweisen (BGE 129 V 460 E. 4.2; SVR 2020 EL Nr. 6 S. 23 E. 7.3.1). Danach hat die versicherte Person im Bereich der Hilflosenentschädigung, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen des Gesundheitsschadens bestmöglich zu mildern, wobei – solange in diesem Rahmen durch geeignete Massnahmen bei einzelnen Lebensverrichtungen die Selbstständigkeit erhalten werden kann – diesbezüglich keine relevante Hilflosigkeit vorliegt. Dieser Grundsatz gilt auch für den Assistenzbeitrag. Es ist mithin der Beschwerdeführerin zuzumuten, einfach zu transportierende Hilfsmittel (z.B. Duschstuhl, Stehbrett, Walker) in den Urlaub mitzunehmen. Den Akten kann weiter entnommen werden, dass die Urlaube und Therapiereisen seit Jahren in gewohnter Umgebung (Stiftung la Parenthèse, Institut Equiphoria) stattfinden und deshalb davon auszugehen ist, dass die Bewältigung des Ferienalltages möglich ist. Eine Fehleinschätzung der Abklärungsperson ist auch in diesem Bereich nicht zu erkennen.

4.3.6 Schliesslich wird die Verabreichung eines Zäpfchens als Abführmittel als Zusatzaufwand bei den ATL vorgebracht. Das Mittel sei verordnet, medizinisch indiziert und müsse alle 2 Tage abgegeben werden. Dr. A _____ hielt dazu am 28. August 2024 fest, dass das Darmmanagement mittels Zäpfchen bei einer spastischen Tetraparese eine medizinische Entscheidung sei. Diese generelle Feststellung ändert jedoch nichts daran, dass sich in den Akten der Versicherten diesbezüglich keine entsprechende konkrete Medikation findet, weshalb die Abklärungsperson zu Recht im Bereich Zusatzaufwand bei den ATL (Punkt 1.6 FAKT2, S. 4217) vermerkte, es würden keine Medikamente eingenommen. Im Übrigen gaben die Eltern im Rahmen der Grundpflege an, es würden lediglich diverse pflanzliche Mittel verwendet.

4.4 Zusammenfassend sind die gestützt auf den Abklärungsbericht mittels FAKT2 erfolgten Einschätzungen des Assistenzbedarfs plausibel sowie begründet und es liegen keine klar feststellbaren Fehleinschätzungen vor, welche im Rahmen der gerichtlichen Ermessenskontrolle ein Einschreiten erfordern würden. Dies führt insgesamt zur Abweisung der Beschwerde.

5.

5.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwands (reiner Urkundenprozess) werden die Gerichtskosten in casu auf Fr. 500.00 festgelegt und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin auferlegt. Mit Präsidialentscheid vom 14. Oktober 2024 wurde dem

Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege entsprochen, weshalb die Gerichtskosten einstweilen auf die Staatskasse des Kantons Wallis zu nehmen sind. Die Beschwerdeführerin wird jedoch darauf hingewiesen, dass sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Prozessführung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG und Art. 10 Abs. 1 GUR).

5.2 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist der Offizialanwalt, da die Verbeiständete unterliegt (Art. 8 Abs. 1 lit. a GUR und Art. 10 Abs. 1 und 3 VGR), für das hiesige Verfahren inklusive jenem um unentgeltliche Rechtspflege aus der Staatskasse zu entschädigen. Das Gericht setzt die Entschädigung in Anwendung der für die Festsetzung der Entschädigung des Rechtsbeistands geltenden Regeln (Art. 4 Abs. 3 i.V.m. Art. 40 GTar, Art. 30 Abs. 1 GTar; vgl. auch BGE 135 I 1 E. 7.4.1 mit Hinweisen) sowie unter Würdigung der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache, des Umfangs der Arbeitsleistung und der durch den Rechtsstreit entstandenen Auslagen auf Fr. 1'500.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) fest. Das Honorar ist aus der Staatskasse zu entrichten. Die Beschwerdeführerin wird darauf hingewiesen, dass dieser Betrag von der Staatskasse eingezogen wird, sobald sie wieder in der Lage sein sollte, ihn zu bezahlen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG und Art. 10 Abs. 1 GUR).

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten des Beschwerdeverfahrens von Fr. 500.00 gehen zu Lasten der Beschwerdeführerin; vorläufig werden diese jedoch zufolge gewährter unentgeltlicher Rechtspflege und unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht bei Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Beschwerdeführerin von der Staatskasse übernommen.
3. Der Fiskus entschädigt Offizialanwalt Daniel Schilliger für das vorliegende Verfahren und das Verfahren S3 24 53 mit Fr. 1'500.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), unter Vorbehalt der Rückerstattungspflicht der Beschwerdeführerin bei Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage.

Sitten, 1. April 2025