

S1 22 50

URTEIL VOM 24. OKTOBER 2022

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

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

in Sachen

X _____, **A** _____, Beschwerdeführer, vertreten durch **M** _____,
A _____.

gegen

KANTONALE IV-STELLE, 1950 Sitten, Beschwerdegegnerin

(Hilflosenentschädigung)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Februar 2022

Sachverhalt und Verfahren

A. Der 2015 geborene Beschwerdeführer liess sich am 20. April 2021 aufgrund eines Diabetes Typ 1 bei der Invalidenversicherung für den Bezug einer Hilflosenentschädigung anmelden (Akten der Beschwerdegegnerin S. 4 ff.). Er sei in der Fortbewegung eingeschränkt, bedürfe der dauernden persönlichen Überwachung und der medizinisch-pflegerischen Hilfe. Die IV-Stelle holte die medizinischen Akten ein (S. 15 f. und S. 18 f.) und führte am 29. November 2021 (S. 21 ff.) eine Abklärung Zuhause durch. Mit Vorbescheid vom 9. Dezember 2021 (S. 25 f.) zeigte sie dem Beschwerdeführer die Abweisung des Leistungsbegehrens an, da der Betreuungsaufwand unter 4 Stunden pro Tag liege. Mit Einwand vom 14. Dezember 2021 (S. 40) wurde vorgebracht, die aufwändige Pflege, der Umstand der dauernden persönlichen Überwachung sowie die Einschränkung in der Fortbewegung seien nicht gebührend berücksichtigt worden.

B. Mit Verfügung vom 4. Februar 2022 (S. 44 ff.) wurde am im Vorbescheid Dargelegten festgehalten. Begründend wurde u.a. ausgeführt, durch die Monitoringmassnahmen und das Auslösen eines entsprechenden Alarms sei eine dauernde persönliche Überwachung nicht nötig. Die Tatsache, dass sich die Eltern auf Abruf bereithalten müssten, sei in der alltäglichen Lebensverrichtung der Fortbewegung/Kontaktaufnahme berücksichtigt worden. Weiter erreiche die Gesamtdauer der täglichen Pflege 2 Stunden. Auch in den Lebensverrichtungen (Körperpflege, Verrichten der Notdurft) seien keine Einschränkungen zu berücksichtigen, da sie einerseits nicht nachvollziehbar und andererseits im Bereich der Behandlungspflege gewichtet worden seien. Einzig ein täglicher Mehraufwand für die Ab- und Wiederankoppelung der Pumpe beim Duschen/Baden von 5 Minuten sei zusätzlich zu berücksichtigen, womit ein Gesamtmehraufwand von 1 Stunde 13 Minuten resultiere.

C. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 3. März 2022 Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts einreichen. In seiner Begründung wurde dargelegt, der Zeitaufwand sei falsch berechnet worden. Es sei eine Zusammenstellung mit dem behandelnden Facharzt erstellt worden, die einen Aufwand von 198.80 Minuten pro Tag ergeben habe. Beide Berichte lagen der Beschwerde bei.

Am 10. Mai 2022 wurde der Antrag auf unentgeltliche Rechtspflege gestellt, welcher mit Entscheid vom 16. Mai 2022 gutgeheissen wurde.

Vernehmlassend führte die Beschwerdegegnerin am 5. Juli 2022 aus, es werde hinsichtlich der medizinischen Aspekte auf die hinterlegten Ausführungen des Facharztes des

Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verwiesen. Der Abklärungsbericht erfülle die beweisrechtlichen Erfordernisse, weshalb die dazu abweichende Zeiterfassung dessen Korrektheit nicht zu schmälern vermöge. Der Pflegeaufwand scheine sich ferner bei jeder nachfolgenden Eingabe zu erhöhen, wobei die letzte Berechnungstabelle weder im Hinblick auf die eingesetzten Aufwände noch hinsichtlich der Berechnung nachvollziehbar sei.

Nachdem auf die Einreichung einer Replik verzichtet worden war, wurde am 15. September 2022 der Schriftenwechsel abgeschlossen.

Auf weitere Parteivorbringen wird, soweit entscheidungswesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Das Kantonsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und die Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtswegs, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1, 126 V 30). 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 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG]). In casu ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPfIG] i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 [RVG] und Art. 81a des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Der Beschwerdeführer ist als Verfügungsadressat von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Er ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind neue IVG-Bestimmungen in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht gilt für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtss-

ätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44 f. mit Hinweisen). Bei der Beurteilung von Dauersachverhalten wird im Sozialversicherungsrecht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abgestellt (vgl. BGE 144 I 81 E. 4.1 S. 86 f.; 132 V 215 E. 3.1.1; Bundesgerichtsurteil 9C_201/2021 vom 15. Juni 2021 E. 5.1). Die angefochtene Verfügung datiert vom 22. Februar 2022, weshalb die seit dem 1. Januar 2022 geltenden Bestimmungen zur Anwendung gelangen.

2.2 Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

2.3 Strittig ist der Anspruch auf Hilflosenentschädigung.

3.

3.1 Gemäss Art. 9 ATSG ist eine versicherte Person dann hilflos, wenn sie wegen Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Im Bereich der Invalidenversicherung gilt auch eine Person als hilflos, welche zu Hause lebt und wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 IVG; Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

3.2 Art. 37 IVV sieht drei Hilflosigkeitsgrade vor. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf; d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist. Nach der Rechtsprechung setzt Hilflosigkeit mittelschweren Grades nach Art. 37 Abs. 2 lit. a IVV eine Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen voraus

(BGE 121 V 88 E. 3b, 107 V 145 E. 2); oder eine solche in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen und die versicherte Person überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 2 lit. b und c IVV); oder c. wenn die Person in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist. Gemäss Art. 37 Abs. 1 IVV 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.

3.3

3.3.1 Praxisgemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend (BGE 127 V 94 E. 3c, 125 V 297 E. 4a): Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Bei Lebensverrichtungen, welche mehrere Teilfunktionen umfassen, ist nach der Rechtsprechung nicht verlangt, dass die versicherte Person bei der Mehrzahl dieser Teilfunktionen fremder Hilfe bedarf; vielmehr ist bloss erforderlich, dass sie bei einer dieser Funktionen regelmässig in erheblicher Weise auf direkte oder indirekte Dritthilfe angewiesen ist (BGE 121 V 88 E. 3c S. 91 mit Hinweisen; Bundesgerichtsurteil 9C_560/2017 E. 4.2). Eine blossе Erschwerung oder verlangsamte Vornahme von Lebensverrichtungen vermag nicht bereits eine Hilflosigkeit zu begründen (Bundesgerichtsurteile 8C_681/2014 E. 5.3 und 9C_373/2012 E. 4.2 je mit Hinweisen). Gelegentliche Zwischenfälle der Hilfsbedürftigkeit können nicht zur Annahme einer Notwendigkeit regelmässiger Dritthilfe führen. Die Hilfe ist erst dann regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich oder eventuell (nicht voraussehbar) täglich benötigt (z.B. auch bei Anfällen, die zuweilen nur alle zwei bis drei Tage, jedoch unvermittelt und oft auch täglich oder täglich mehrmals erfolgen [ZAK 1986 S. 484]).

Die Praxis differenziert weiter zwischen direkter und indirekter Dritthilfe, welche sich, je anders als die in Art. 37 IVV verwendeten Begriffe «Pflege» und «Überwachung», auf die alltäglichen Lebensverrichtungen beziehen (BGE 130 V 61 nicht publ. E. 4.1 = Bundesgerichtsurteil I 138/02). Die benötigte Hilfe kann z.B. bloss in Form einer Überwachung der versicherten Person bei Vornahme der relevanten (alltäglichen) Lebensverrichtungen bestehen, indem etwa die Drittperson sie auffordert, eine Lebensverrichtung

vorzunehmen, die sie wegen ihres psychischen Zustandes ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (indirekte Dritthilfe; BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 462 f.; Bundesgerichtsurteil 8C_533/2019 E. 3.2.1). Von der indirekten Dritthilfe ist das Erfordernis der dauernden persönlichen Überwachung als zusätzliche oder als alternative Anspruchsvoraussetzung zu unterscheiden.

3.3.2 Eine Überwachungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn die versicherte Person ohne Überwachung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sich selbst oder Drittpersonen gefährden würde (Bundesgerichtsurteil 8C_533/2019 E. 3.2.5 mit weiteren Hinweisen). Die dauernde persönliche Überwachung bezieht sich nicht auf die alltäglichen Lebensverrichtungen. Sie umfasst vielmehr Hilfeleistungen, die nicht bereits als direkte oder indirekte Hilfe in einer Lebensverrichtung berücksichtigt werden. Es handelt sich hierbei um eine Art medizinischer oder pflegerischer Hilfeleistung, welche infolge des physischen, geistigen oder psychischen Zustandes des Versicherten notwendig ist (BGE 107 V 136 E. 1b S. 139, 106 V 153 E. 2a S. 158; Bundesgerichtsurteil 8C_663/2016 E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

«Dauernd» ist als Gegensatz zu «vorübergehend» und nicht im Sinne von «rund um die Uhr» zu verstehen (BGE 107 V 136 E. 1b S. 139; Bundesgerichtsurteil 9C_457/2015 E. 2.3.2). Dauernde im Sinne einer nicht vorübergehenden persönlichen Überwachungsbedürftigkeit ist etwa zu bejahen, wenn die versicherte Person wegen geistiger Absenzen nicht während des ganzen Tages allein gelassen werden kann (Bundesgerichtsurteil 8C_533/2019 E. 3.2.5). Das Erfordernis der Dauer bedingt nicht, dass die betreuende Person ausschliesslich an die überwachte Person gebunden ist. Ob Hilfe und persönliche Überwachung notwendig sind, ist objektiv nach dem Zustand der versicherten Person zu beurteilen (Bundesgerichtsurteile 8C_573/2018 E. 3.1.3, 9C_598/2014 E. 5.2.1).

Der in Art. 42ter Abs. 2 IVG und Art. 39 Abs. 1 IVV verwendete Begriff der «Betreuung» umfasst die Grund- und die Behandlungspflege gemäss Art. 39 Abs. 2 IVV sowie die Überwachung gemäss Art. 39 Abs. 3 IVV (in Anlehnung an Art. 7 Abs. 2 lit. b und c KLV). Das Bundesgericht ging in diesem Zusammenhang davon aus, dass die Überwachung der Atmung über eine Trachealkanüle, die eine stetige unmittelbare Interventionsbereitschaft durch medizinisch geschultes Personal erfordert, eine Pflegeleistung im Sinne von Art. 39 Abs. 2 IVV und nicht bloss Überwachung gemäss Art. 39 Abs. 3 IVV ist (vgl. BGE 147 V 73 E. 4.3 S. 77 und E. 4.5 S. 78 f.).

3.3.3 Bei Minderjährigen ist nur der Mehrbedarf an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu nicht behinderten Minderjährigen gleichen Alters zu berücksichtigen (Art. 37 Abs. 4 IVV). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bei Kleinkindern eine gewisse Hilfs- und Überwachungsbedürftigkeit auch bei voller Gesundheit besteht. Massgebend für die Bemessung der Hilflosigkeit bei diesen Versicherten ist daher der Mehraufwand an Hilfeleistung und persönlicher Überwachung im Vergleich zu einem nicht invaliden Minderjährigen gleichen Alters (BGE 137 V 424 E. 3.3.3.2 S. 431 f.; Bundesgerichtsurteil 8C_533/2019 E. 3.2.4).

3.4 Die Hilflosenentschädigung für Minderjährige, die zusätzlich eine intensive Betreuung brauchen, wird um einen Intensivpflegezuschlag erhöht; dieser Zuschlag wird nicht gewährt bei einem Aufenthalt in einem Heim. Der monatliche Intensivpflegezuschlag beträgt bei einem invaliditätsbedingten Betreuungsaufwand von mindestens 8 Stunden pro Tag 100 Prozent, bei einem solchen von mindestens 6 Stunden pro Tag 70 Prozent und bei einem solchen von mindestens 4 Stunden pro Tag 40 Prozent des Höchstbetrages der Altersrente nach Art. 34 Abs. 3 und 5 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG). Der Zuschlag berechnet sich pro Tag. Der Bundesrat regelt im Übrigen die Einzelheiten (Art. 42ter Abs. 3 IVG).

3.5 Gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV kann die IV-Stelle zur Prüfung eines Leistungsanspruchs unter anderem Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen (vgl. auch Rz 8131 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV [KSIH]). Nach der Rechtsprechung hat ein Abklärungsbericht unter dem Aspekt der Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) oder des Pflegebedarfs folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatterin oder Berichterstatter 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 der tatbestandsmässigen Erfordernisse der dauernden Pflege und der persönlichen Überwachung und der lebenspraktischen Begleitung 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 (BGE 133 V 450 E. 11.1.1, 130 V 61 E. 6.1 f.). Diese Grundsätze gelten entsprechend auch für die Abklärung der Hilflosigkeit unter dem Gesichtspunkt der lebenspraktischen Begleitung (BGE 133 V 450 E. 11.1.1; vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_464/2015 vom 14. September 2015 E. 4) sowie unter dem Aspekt des Intensivpflegezuschlags (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_573/2018 vom 8. Januar 2019 E. 3.2).

4.

4.1 Strittig unter den Parteien ist, ob der Versicherte der dauernden persönlichen Überwachung bedarf, das zeitliche Ausmass einer ständigen und aufwändigen Pflege und die Hilfsbedürftigkeit in den zwei alltäglichen Lebensverrichtungen «Essen» und «Verrichten der Notdurft».

4.2 Bei ihrem Entscheid über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung stützte sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf den Abklärungsbericht «Hilflosenentschädigung Minderjährige-Intensivpflegezuschlag» vom 29. November 2021 (act. 21). Sie mass diesem Bericht vollen Beweiswert zu. Darin verneinten die Abklärungspersonen eine invaliditätsbedingte Hilflosigkeit in den meisten Lebensverrichtungen mit der Begründung, der Versicherte sei selbstständig. Bejaht wurde eine Dritthilfe einzig im Bereich «Fortbewegung», da der Versicherte auf dem Schulweg (Nachhauseweg) und allen ausserhäuslichen Verrichtungen begleitet werden müsse. Bei der «Begleitung zum Arzt- und Therapiebesuchen» sowie beim «Bedarf an persönlicher Überwachung» wurde ein Mehraufwand verneint. Demgegenüber wurden beim «Bedarf einer dauernden Hilfe im Rahmen der Behandlungspflege» 68 bzw. 73 Minuten pro Tag ermittelt.

In Bezug auf den Abklärungsbericht fällt ins Gewicht, dass die Abklärungspersonen die verneinende Dritthilfe in den verschiedenen alltäglichen Lebensverrichtungen mit dem blossen Hinweis begründeten, der Versicherte sei selbstständig. Der konkrete Aufwand in den einzelnen Verrichtungen wurde dabei nicht ermittelt bzw. nicht festgehalten. So fehlt es an Angaben zur Körperpflege, zur Notdurftverrichtung samt Monitoringgeräten oder zum Bereich Essen. Nur teilweise zu überzeugen vermag in diesem Zusammenhang die Aussage der Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung oder Vernehmlassung, wonach ein allfälliger krankheitsbedingter Mehraufwand bei diesen Lebensverrichtungen im Rahmen der besonders aufwändigen Pflege geprüft worden sei. Zum einen ist kein Grund ersichtlich, warum ein solcher Mehraufwand nicht beim Umfang der notwendigen

Dritthilfe bei der betroffenen Lebensverrichtung geprüft wird. Zum anderen lässt sich im entsprechenden Bericht nicht entnehmen, inwiefern und in welchem Umfang ein entsprechender Mehraufwand unter den Positionen bezüglich der aufwändigen Pflege Berücksichtigungen gefunden haben soll. Diesbezüglich wurde im Rahmen der Verfügung einzig hinsichtlich der Dritthilfe beim Baden/Duschen ein zum Abklärungsbericht zusätzlicher Pflegeaufwand von 5 Minuten ermittelt. Hinsichtlich der anderen Lebensverrichtungen ist jedenfalls eine Anrechnung im Rahmen des Pflegeaufwandes nicht erkennbar und schon gar nicht eine allfällige doppelte.

Nach dem Gesagten erscheint der Abklärungsbericht, entgegen den Darlegungen der Beschwerdegegnerin, unvollständig und damit hinsichtlich der Frage nach der notwendigen Dritthilfe in den alltäglichen Lebensverrichtungen als nicht beweiskräftig. Die übrigen Akten erweisen sich als nicht hinreichend verlässlich, sodass sich die Angelegenheit auch gestützt darauf nicht abschliessend beurteilen lässt. Die Beantwortung der Frage, ob eine versicherte Person in einem anspruchsbegründenden Ausmass hilflos ist, setzt einen vollständig ermittelten Sachverhalt voraus. Die Pflicht zur Sachverhaltsermittlung trifft den Sozialversicherungsträger (Untersuchungspflicht; Art. 43 Abs. 1 ATSG). Die Angelegenheit ist daher zur Vervollständigung der Sachverhaltsermittlung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dazu wird sie die Eltern des Versicherten eingehend zu den einzelnen Lebensverrichtungen und den damit erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen erneut befragen und deren Aussagen protokollieren.

4.3 Dabei wird die Beschwerdegegnerin den nachfolgenden Gesichtspunkten Rechnung tragen:

4.3.1 Das Bundesgericht wendet eine sehr weite Interpretation des Begriffs einer erheblichen indirekten Dritthilfe bei einer der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen an (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_533/2019 von 11. Dezember 2019), was dazu führt, dass wohl jede Form einer «Begleitung» einer versicherten Person bei einer alltäglichen Lebensverrichtung als eine erhebliche direkte Dritthilfe qualifiziert werden kann, sofern diese «Begleitung» einen gewissen Aufwand verursacht (vgl. Versicherungsgerichtsurteil St. Gallen IV 2019/80 vom 5. Mai 2020). Dies scheint bei der Lebensverrichtung «Essen» der Fall zu sein, wo eine Hilflosigkeit vorliegt, wenn die versicherte Person zwar selber essen kann, dies jedoch nur auf eine nicht übliche Art und Weise ausführen kann. In casu ist unstrittig, dass der Versicherte in seinem Alter zwar selber essen kann, aber eine intensive «Begleitung» dabei benötigt. Gemäss den Darlegungen der Mutter sowie des behandelnden Facharztes müssen sämtliche eingenommenen Kohlenhydrate mittels Insulin abgedeckt werden. Dabei muss vor jeder Mahlzeit (Hauptmahlzeiten,

Znüni oder Zvieri, gelegentliches Naschen), aber auch vor jedem zuckerhaltigen Getränkekonsument die Menge der Kohlenhydratwerte ermittelt werden, die anschliessend aufgenommen werden soll. Nahrungsmittel müssen also gewogen und Getränke abgemessen werden, ihre Nährwertzusammensetzung studiert und daraus – in Kombination mit der Nahrungs-/Getränkemenge – die Kohlenhydratwerte berechnet werden. Gestützt darauf wird mithilfe eines Multiplikators die Insulindosis ermittelt, wobei sich der Multiplikator abhängig von der Tageszeit, der Jahreszeit, der körperlichen Belastung oder aufgrund des Körperwachstums ständig verändert. Solche komplizierten Berechnungen können die Kinder bis in die Pubertät nicht selbständig vornehmen, wie dies die Ärztin des Inselspitals richtig dargelegt hat (vgl. dazu auch: Caroline Brugger Schmidt/Dania Tresp «Kinder, Diabetes und Hilflosenentschädigung», SZS 2020 S. 75 ff., IV 3c). Abgesehen von dieser komplexen Berechnung, muss weiter einerseits das Kind angehalten werden, zu essen, bzw. muss kontrolliert werden, dass «gegessen» wird, und andererseits «ein Zeitrahmen» eingehalten werden (vgl. dazu Caroline Brugger Schmidt/Dania Tresp, a.a.O. sowie die Darlegungen des behandelnden Facharztes vom 1. März 2022 act. 70). Faktoren, die zusätzlich zur Berechnung, die Art und Weise des Essens des Versicherten mehrmals täglich beeinflussen. Schliesslich müssen die Mahlzeitabläufe (inkl. Insulindosis und Blutzuckerwert mit Zeitangabe) dokumentiert werden. Nach dem Gesagten kann daher die Begründung der Abklärungspersonen im Bericht, in dieser Lebensverrichtung sei der Versicherte selbstständig nicht nachvollzogen werden. Daran vermag auch der Vermerk «Abwägen von den Nahrungsmitteln ist nicht zu berücksichtigen» nichts zu ändern. Zwar begründet Diätahrung an sich keine Hilflosigkeit (KSIH N 8018), diese Verwaltungsweisung ist jedoch einerseits für das Gericht nicht bindend und andererseits sprengt die vorliegende Art und Weise des Essen, insbesondere bei Kindern mit Diabetes Typ 1, den Rahmen einer Diätahrung bei weitem, zumal damit ein enormer Mehraufwand (Zeitfenster berücksichtigen, Überwachung das nicht «genascht» wird bzw. das gegessen/getrunken wird usw.) verbunden ist und dieser weit über das eigentliche Abwägen von Nahrungsmitteln hinausgeht. Wenn somit die Beschwerdegegnerin diesen Mehraufwand weder im Bereich der alltäglichen Lebensverrichtung «Essen» noch im Rahmen des «aufwändigen Behandlungsaufwandes» berücksichtigt, kann ihr darin nicht gefolgt werden. Beim Versicherten sind diesbezüglich aktenkundig, dass gemäss Download 6 bis 10 Berechnungen pro Tag stattfinden (act. 18). Hinsichtlich des Zeitumfangs liegen keine Angaben vor, was im Rahmen der Rückweisung zu ergänzen ist.

Hinsichtlich der Lebensverrichtung «Notdurft» ist zu beifügen, dass die Kinder mit Diabetes Typ 1 zu Therapie Zwecken ein bis zwei Katheter an ihrem Körper tragen. Im Fall

des Versicherten wird zusätzlich noch ein Sensor auf der Haut befestigt. In der Regel wird der Katheter am Oberschenkel, der Sensor am Arm angebracht. Beim Ordnen der Kleider (vor und nach der Notdurft) muss daher darauf geachtet werden, dass nicht der Katheter und Sensor aus- bzw. abgerissen werden. Die Praxis geht davon aus, dass Kinder ab sechs Jahren ihre Kleider nach Verrichtung der Notdurft alleine in Ordnung bringen können (Anhang III zu KSIH, Ziff. 5 Verrichten der Notdurft). Im Vergleich mit gleich alten, gesunden Kindern sind Kinder mit Diabetes Typ 1 länger auf Hilfe Dritter angewiesen. Bei ihnen müssen Drittpersonen kontrollieren und sicherstellen, dass die Insulinpumpe und der Glukosesenor beim Ordnen der Kleider nicht beschädigt werden und anschliessend wieder perfekt sitzen. Dabei fällt auch in Betracht, dass beim Abreissen der Geräte kein Alarm ertönt, wie das der behandelnde Arzt auch an anderen Beispielen darlegt. Ganz abgesehen davon, falls sich in casu der Versicherte des Abreissens des Katheters oder Sensors bewusst würde und eine entsprechende Meldung an die Drittperson getätigt haben sollte, ist unstrittig, dass er sich in seinem Alter die Monitoringgeräte nicht wieder selber einsetzen kann. Auch diesbezüglich resultiert ein Mehraufwand, den es zu ermitteln und gegebenenfalls zu berücksichtigen gilt.

In Bezug auf die «Körperpflege» lässt sich in der strittigen Verfügung entnehmen, dass zwar eine Behandlungspflege von täglich 5 Minuten für die Ab- und Wiederankoppelung der Pumpe vor und nach dem Duschen zusätzlich berücksichtigt wurde, jedoch der Aspekt der Hautpflege, trotz der Feststellung der Abklärungspersonen der abendlichen «Pflege der Einstichstellen mit Bepanthen: 5 min», weder unter dem Aspekt Körperpflege noch bei der Berechnung der Behandlungspflege beachtet wurde. Bei Kindern mit Diabetes Typ 1 müssen immer wieder Einstich- (von Injektionen, Kathetern, Sensor usw.) und Pflasterstellen gereinigt und gepflegt werden. Bei dieser Hautpflege, welche über die Hautpflege bei gesunden Kindern hinausgeht, müssen die betroffenen Kinder ebenfalls von Dritten unterstützt werden. Die Hilfe kann dabei direkt oder indirekt sein - ältere Kinder können die Hautpflege unter Umständen durchaus selber vornehmen, müssen aber dazu angehalten und allenfalls dabei überwacht werden (Caroline Brugger Schmidt/Dania Tresp, a.a.O, IV 3d). Im Fall des Versicherten führte die Abklärungsperson eine Hilfestellung von 5 min auf, trug dieser jedoch in der Bedarfsberechnung bzw. bei der Verrichtung «Körperpflege» nicht Rechnung, was es zu korrigieren gilt.

4.3.2 Im Weiteren ist hinsichtlich der «dauernden Hilfe im Rahmen der Behandlungspflege» zu ergänzen, was folgt: Gemäss den Abklärungspersonen finden «regelmässige Blutzuckerkontrollen, sehr unterschiedlich, durchschnittlich alle 20 Minuten schauen die Eltern auf den Empfänger (2-3 Sekunden, 10 Minuten für den ganzen Tag)» statt. Unter

der Rubrik «Diagnostische Massnahmen (Blutzuckerkontrolle, Blutdruck, Puls...)» wird jedoch nur ein anrechenbarer Mehraufwand von 5 Minuten berücksichtigt. Die Reduktion um die Hälfte wird nicht begründet und ist nicht nachvollziehbar, zumal bei gesunden Kindern jegliche Massnahmen dieser Art entfallen. Die Beschwerdegegnerin behauptet sodann zur Recht nicht, es liege eine Überbehütung vor. Schliesslich sind die Darlegungen des Fach-RAD-Arztes nur beschränkt nachvollziehbar, zumal es sich bei der vom Versicherten und seinen Eltern gewählten Therapieform, um eine anerkannte, zweckmässige und wirtschaftliche handelt. Zur Vermeidung akut lebensbedrohlicher Situation sowie zur Vermeidung von Spätfolgen ist ein dauerndes, intensives Therapiemanagement erforderlich. Dabei ist der Aufwand für dieses in den letzten Jahren gestiegen. Moderne Diabetestherapien haben für die Betroffenen zwar einen erheblichen Flexibilitätsgewinn bewirkt, gleichzeitig ist das von den Eltern zu bewältigende Therapiemanagement komplexer und umfangreicher geworden (vgl. dazu Caroline Brugger Schmidt/Dania Tresp, a.a.O, I mit Hinweisen in den Fussnoten), was es in der Betreuung der Kinder mit Diabetes Typ 1 zu berücksichtigen gilt.

Weiter nahmen die Abklärungspersonen zu Protokoll, dass der Versicherte je 2x/Tag über- oder unterzuckert sei. Es müsse dann Insulin oder Apfelsaft abgegeben werden, was je ca. 5 Min. dauere. Mithin resultiert am Tag (dies im Gegensatz zur Nacht) ein zeitlicher Mehraufwand von 20 Minuten, der jedoch in der Bedarfsberechnung nirgends erfasst wurden. Auch diesbezüglich erweist sich der Bericht als widersprüchlich und lückenhaft.

Demzufolge würde sich der Mehraufwand pro Tag hinsichtlich der Behandlungspflege schon allein gestützt auf das Dargelegte auf 103 Minuten bzw. 1 Stunde 43 belaufen (73 Minuten gemäss Bericht/Verfügung zuzüglich Hautpflege 5 Minuten, Blutzuckerkontrolle zusätzlich 5 Minuten sowie Insulininjektionen am Tag von 20 Minuten). Hinzukommen, wie die Eltern des Beschwerdeführers richtig darlegen, die verschiedenen organisatorischen und logistischen Arbeiten sowie die Dokumentation der Therapie an sich. Die Eltern sind verantwortlich dafür, dass immer alle je nach gewählter Therapieform nötigen Medikamente, Mittel und Gegenstände für die Behandlung in ausreichender Menge vorhanden sind (Caroline Brugger Schmidt/Dania Tresp, a.a.O, IV 5). Auch diesem Mehraufwand wurde in der Abklärung nicht Rechnung getragen.

4.3.3 Dem Abklärungsbericht lässt sich weiter nicht zuverlässig entnehmen, welche Kriterien die Abklärungspersonen zur Annahme veranlassten, hinsichtlich der «Begleitung zu Arzt- und Therapiebesuchen» keinen Mehraufwand zu vermerken. Dabei bleibt unklar, ob die Eltern überhaupt danach gefragt wurden. Ihre Schilderungen in der

Beschwerdeschrift zeigen jedenfalls auf, dass vierteljährlich Kontrollen beim Diabetologen in Martinach und zusätzlich regelmässig Rücksprachen sowie Therapieanpassungen erfolgen, was sowohl hinsichtlich der Frequenz der Arztbesuche als auch in Bezug auf die zu bewältigenden Distanzen als nicht unbeachtlich erscheint. Ergänzt legten die Eltern zudem dar, es müsse auch das Material in der Praxis und/oder in der Apotheke abgeholt werden. Der behandelnde Arzt schliesslich hielt fest, dass ein ständiger Austausch und Instruktionen der Betreuungspersonen (teils auch des Lehrpersonals) gepflegt werde, womit insgesamt ein Mehraufwand als nicht abwegig erscheint.

4.3.4 Wenn sodann im Abklärungsbericht unter der Rubrik «Angaben zur persönlichen Überwachung» festgehalten wird, der Schulweg von 10-15 Minuten bewältige der Versicherte seit 1 Monat selbstständig, widerspricht dies den einleitenden Darlegungen im Bericht, wonach der Versicherte zwar alleine zur Schule gehen, den Heimweg jedoch nicht ohne Dritthilfe bewältigen könne. Daran vermögen die Ausführungen des RAD-Kinderarztes, die Schule könne einen Beitrag leisten, nichts zu ändern, zumal es trotz technischer Mittel die Aufgabe der Eltern bleibt, kranke Kinder zu pflegen, und diesbezüglich bei Kindern mit Diabetes Typ 1 gegenüber gesunden Kindern ein Mehraufwand resultiert. Gerade die kräftezehrenden nächtlichen Kontrollen sowie die ständige Alarmbereitschaft fallen durch die modernen Therapiemassnahmen nicht weg, was der RAD-Arzt auch nicht bestreitet. Insofern die Eltern ihrer Schadensminderungspflicht nachkommen, darf die Wahl der Therapieform demgegenüber nicht entscheidend dafür sein, ob ein Mehraufwand resultiert oder nicht.

Mit der Beschwerdegegnerin kann jedoch darin übereingestimmt werden, dass eine dauernde persönliche Überwachung im Sinne der Gesetzgebung zu verneinen ist. Die Glukosemessungen erfolgen aufgrund der elektronischen Geräte automatisch und konstant. Diese schlagen auch Alarm, wenn die Werte ausserhalb der Norm liegen. Mithin muss die Betreuungsperson nicht mehr allein aufgrund äusserlicher Beobachtung des Kindes Anzeichen von Unter- oder Überzuckerung erkennen. Der mit diesen Geräten einhergehende Mehraufwand (tags und nachts) ist jedoch gebührend beim Bedarf hinsichtlich der Behandlungspflege zu berücksichtigen. Diesbezüglich hat die Beschwerdegegnerin, wie bereits ausgeführt, erneut Abklärungen vorzunehmen.

4.4 Gestützt auf das vorstehend Dargelegte ist die Sache zur Vervollständigung der Sachverhaltsermittlungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Anschluss an die erneute Befragung der Eltern wird die Beschwerdegegnerin sodann die Aussagen einer versicherungsexternen Fachperson mit Erfahrung in der Behandlung von Diabetes

Typ 1 unterbreiten, damit diese dazu Stellung nimmt. Schliesslich wird sie bei der Neu-
beurteilung der Angelegenheit den obdargelegten Gesichtspunkten Rechnung tragen.

5. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um
die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versiche-
rungsgericht kostenpflichtig. Aufgrund des Verfahrensaufwandes werden die Kosten zu
Lasten der IV-Stelle auf CHF 500 festgesetzt.

6.2 Parteientschädigungen sind, da der Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten ist
und sie nicht beantragt wurden, keine geschuldet.

Das Kantonsgericht erkennt

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen.
2. Die Verfahrenskosten in Höhe von CHF 500 werden der IV-Stelle auferlegt.
3. Parteientschädigung werden keine ausgerichtet.

Sitten, 24. Oktober 2022