

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00598 vom 17. Oktober 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-10-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.00598](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00598)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00598 du 17 octobre 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00598 del 17 ottobre 2006

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben gemäss Art. 42 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis (Abs. 1). Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Praxisgemäss (BGE 121 V 90 Erw. 3a mit Hinweisen) 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 Erw. 3c, 125 V 303 Erw. 4a).

2.2. Art. 37 IVV sieht drei Hilflosigkeitsgrade vor. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit unter anderm dann als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln:

- 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.

2.3. Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen Arzt und Verwaltung erforderlich. Der Arzt hat anzugeben, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Der Versicherungsträger kann an Ort und Stelle weitere Abklärungen vornehmen. Zur Festlegung der Hilflosigkeit hat er die gesamten Umstände des einzelnen Falles zu beachten, wobei er bezüglich des Gesundheitszustandes der versicherten Person auch die Stellungnahmen der Ärzte zu berücksichtigen hat (BGE 130 V 61 f., AHI 6/2000 Seite 319 f. Erw. 2b).

Das Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat der Abklärungsbericht an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatlerin wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der ärztlichen 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 zwischen den Parteien aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden persönlichen Überwachung und der Pflege (Art. 36 IVV) gemäss 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 ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (BGE 130 V 61 f., unter Verweis auf BGE 128 V 93 f. sowie AHI 6/2000 Seite 319 f.).

2.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

### E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Anspruch - beziehungsweise der Umfang eines allfälligen Anspruchs - auf eine Hilfenentschädigung.

3.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dass der Abklärungsbericht vom 11. April 2005 auf einer vollständigen und aktuellen medizinischen Aktenlage beruhe und

in Kenntnis aller Angaben seitens der Beschwerdeführerin erstellt worden sei, weshalb im Hinblick auf die Hilflosigkeit und den Beginn der Hilflosigkeit darauf abzustellen sei. In Bezug auf die alltägliche Lebensverrichtung "Aufstehen/Absitzen/Abliegen" sei zu beachten, dass das Aufstehen von niederen Sitzgelegenheiten keine regelmässige und erhebliche Hilflosigkeit in dieser Lebensverrichtung zu begründen vermöge, die Benutzung eines Closomaten zumutbar sei - auch für weibliche Personen -, und die Beschwerdeführerin bezüglich "Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte" nicht regelmässig auf Hilfe angewiesen sei. Zudem könne nicht auf die eingereichten Arztberichte von Dr. med. C. \_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin FMH und Tropenkrankheiten FMH, " \_\_", (undatiert, Urk. 7/1) und von Dr. med. D. \_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rheumatologie, E. \_\_\_\_, " \_\_", vom 25. Mai 2005 (Urk. 7/2) abgestellt werden, da diese zu allgemein blieben (Urk. 9).

3.3.3 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber vorbringen, dass sie im Rahmen des IV-Renten-Revisionsverfahrens im Juli 2002 angegeben habe, dass sie in 5 Lebensbereichen auf Hilfe angewiesen sei. Für den Beginn der Hilflosigkeit sei auf diesen Zeitpunkt abzustellen, ansonsten sei der 14. Februar 2003 massgebend. Im Schreiben vom 30. Mai 2003 von Dr. D. \_\_\_\_, beziehungsweise deren Beiblatt zum Arztbericht vom 27. Februar 2003 werde explizit bestätigt, dass die Beschwerdeführerin hilflos sei in den alltäglichen Lebensverrichtungen "Körperpflege", "An- und Auskleiden" sowie "Fortbewegung". Die Beschwerdeführerin könne zudem nicht selbstständig von niederen Sitzgelegenheiten aufstehen. Auch brauche sie Hilfestellung bei der Körperhygiene, insbesondere würde dazu der Closomat nicht ausreichen, da sie eine Frau sei, welche immer wieder unter Infekten leide. Die adipöse Beschwerdeführerin könne zudem an schlechten Tagen weder gehen noch den öffentlichen Verkehr benutzen. Mit dem Rollstuhl könne sie nicht ohne Hilfe auf ein Trottoir hinauffahren und für das Verladen des Rollstuhls in ein Auto benötige sie Hilfe. Zudem müsse sie jeweils, bevor sie irgendwo hin gehen könne, grössere Abklärungen über die jeweiligen Ämtlichkeiten tätigen (Urk. 1).

#### **E. 4**

4.1.1 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. C. \_\_\_\_, erklärt in einem als ärztliches Zeugnis bezeichneten undatierten Schreiben, dass die Beschwerdeführerin, welche an einem schweren Diabetes mellitus mit Spätkomplikationen der Augen, der Nerven und der Blutzirkulation leide, vor allem durch Behinderungen der Fingerbewegungen und Schmerzen in den Fingern handicapiert sei. Sie sage, dass sie ihre Körperhygiene so nicht mehr durchführen könne, dass auch ein Closomat nur im beschränkten Masse eine Hilfe sei und dass ihre Hilflosigkeit erheblich sei. Er könne diese Beurteilung bestätigen (Urk. 7/1).

#### 4.2.1

4.2.1 Dr. G. \_\_\_\_, Assistenzarzt Rheumatologie, E. \_\_\_\_, holt im Fragebogen zur Hilflosigkeit vom 6. Mai 2003 (Urk. 10/48/2) fest, dass die Beschwerdeführerin für die Fortbewegung in der Wohnung, im Freien und zur Pflege gesellschaftlicher Kontakte ab März 2003 dauernder und erheblicher Hilfe bedürfe. Unter der Rubrik "Art der Hilfeleistung" führt er den Rollstuhl auf. In den übrigen Bereichen verneint Dr. G. \_\_\_\_, eine Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin.

4.2.2.2. Dr. D. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ erklären im Verlaufsbericht vom 9. Mai 2003 (Urk. 10/48/1), welchen sie aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 3. bis 21. März 2003 im E. \_\_\_ verfasst hatten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen und ausgeprägten Schmerzsymptomatik für sämtliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie stellen folgende Diagnosen:

- Primäre Fibromyalgie
- Verdacht auf Somatisierungsstörung bei chronischer Schmerzproblematik
- Verdacht auf undifferenzierte seronegative Spondylarthropathie, DD SAPHO-Syndrom
- Psoriasis vulgaris zur Zeit regredient
- Schulterschmerz beidseits
- Diabetes mellitus Typ 2, seit kurzem insulinpflichtig, diabetische Retinopathie, Polyneuropathie und Nephropathie
- Arterielle Hypertonie
- Substituierte Hypothyreose

Seit 1999.

Die Beschwerdeführerin leide seit einigen Jahren an diffusen Schmerzen, vor allem in beiden Beinen, sowie an Schulter- und auch an Rückenschmerzen. Die generalisierten Beschwerden seien in der Vergangenheit im Rahmen des Fibromyalgie-Syndroms erklärt worden. Zudem leide sie an starken Knieschmerzen sowie an Schmerzen im rechten Fuss. Sie verspüre Schmerzen beim Aufstehen vom Stuhl und beim Treppensteigen. Aufgrund der Schmerzen sei es ihr oft nicht möglich zu gehen, weshalb sie ab und zu den Rollstuhl benutzen müsse. Zum Zeitpunkt des Eintritts stünden für die Beschwerdeführerin die Knie- und Schulterschmerzen im Vordergrund.

4.2.3. Mit Eingabe vom 30. Mai 2003 erklärt Dr. D. \_\_\_, sie wolle kurz das [vorgenannte, vgl. Erw. 4.2.1] Beiblatt zur Hilflosigkeit (Urk. 10/48/2) korrigieren: Die Beschwerdeführerin benötige für das tägliche Duschen einen Badewannenlift. Ebenfalls seien je nach Schmerzsituation Hilfeleistungen durch den Ehemann bezüglich An- und Auskleiden notwendig. Für längere Strecken sei sie zudem auf einen Rollstuhl angewiesen. Bei der täglichen Körperpflege sei ebenfalls die Unterstützung des Ehemannes erforderlich (Urk. 10/47).

4.2.4. Von Dr. D. \_\_\_ liegt weiter ein als ärztliches Zeugnis bezeichnetes Schreiben vom 25. Mai 2005 vor (Urk. 7/2). Darin wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht die Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin als mindestens mittelschwer anzusehen sei. Sie sei in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmäßig in erheblicher Weise auf Drittpersonen angewiesen.

4.3. Die Ärzte der MEDAS stellten in ihrem Gutachten vom 20. Oktober 2004 folgende Diagnosen (Urk. 10/44):

- Somatisierungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit
- Anamnestisch Verdacht auf undifferenzierte Spondarthropathie
- Chronisch rezidivierende Polyarthralgien, vor allem rechtsbetonte Gonalgien

- Psoriasis vulgaris
- Diabetes mellitus Typ 2 (ED 1991)
- Insulinpflichtig
- Diabetische Retinopathie
- Diabetische, rein sensible Polyneuropathie
- Karpaltunnelsyndrom-Rezidiv beidseits nach operativer Dekompression des Nervus medianus beidseits 1994

Als Nebendiagnosen werden aufgeföhrt:

- Status nach operativer Dekompression wegen Tenovaginitis stenisans De Quervain I rechts
- Status nach operativer Therapie einer Tenovaginitis tenosans Dig IV rechts
- Status nach operativer Therapie einer Tenovaginitis stenisans I links
- Anamnestisch Polyallergie
- Nikotinabusus
- Hyperthyreote Stoffwechsellage bei Substitutionstherapie nach Strumektomie 1998
- Adipositas II (MBI 36,5)

Die Beschwerdeföhlerin zeige ein deutliches Schonhinken rechts, aber sämtliche Gangarten seien durchföhrtbar, Muskeltonus und die Muskeltröphik seien normal, Umfangdifferenzen der Extremitäten seien nicht fassbar (Oberarme symmetrisch 40 cm, Vorderarme 26 cm, Oberschenkel 62 cm, Unterschenkel 40 cm, Rechtshänderin). Laségue- und umgekehrter Laségue seien beidseits negativ. Eindeutige klinische Hinweise für das Vorliegen eines Thoracic-outlet Syndroms seien klinisch nicht fassbar. Beim Tinnelzeichen im Karpaltunnel links habe die Beschwerdeföhlerin elektrisierende Schmerzen angegeben, das Tinnelzeichen rechts sei negativ. Die Sensibilität in beiden Händen sei diffus vermindert, eine eindeutige Thenaratrophy sei beidseits nicht fassbar. Die Greifkraft links betrage beim ersten Versuch 4 kg, beim zweiten Versuch 0 kg, bei der anschliessend gepröhften Greifkraft rechts sei ebenfalls ein Wert von 0 kg ermittelt worden. Der Händedruck sei jedoch beidseits symmetrisch normal (Urk. 10/44 S. 9).

Es wird weiter festgestellt, dass die grossen und kleinen Gelenke der oberen Extremitäten uneingeschränkt beweglich und reizlos seien. Der Faustschluss sei beidseits möglich, die Ventralflexion sei beidseits symmetrisch uneingeschränkt unter Angabe von Endphasenschmerzen. Die Dorsalextension, Radialadduktion und Ulnarabduktion seien ebenfalls beidseits normal. Insbesondere fänden sich auch keine muskulären Atrophien der Hand-/Finger- oder intrinsischen Handmuskulatur. Bezüglich der unteren Extremitäten habe die Beschwerdeföhlerin Flexions-/Hyperflexionsschmerzen des rechten Kniegelenks geussert. Die übrigen Gelenke der unteren Extremitäten seien uneingeschränkt beweglich und reizlos (Urk. 10/44 S. 9 f.). Gesamthaft seien der Beschwerdeföhlerin körperlich wie emotional leichte bis mittelschwere Tätigkeiten nach wie vor zu ca. 50 % zumutbar. Im Haushalt sei die Beschwerdeföhlerin zu 50 % eingeschränkt, vor allem in Bezug auf körperlich schwere Tätigkeiten. Aus handchirurgischer Sicht wäre sie für leichte Arbeiten voll

einsetzbar (Urk. 10/44). Dem im MEDAS-Gutachten enthaltenen Handgutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_, Handchirurgie, Orthopädie am Y. \_\_\_\_, " \_\_", vom 27. August 2004 (Urk. 10/45) ist insbesondere zu entnehmen, dass die Handgelenke sowie sämtliche Finger frei beweglich sind, und die Muskelkraft bei radiologisch unauffälligen Befunden beidseits normal ist, Atrophien konnten keine festgestellt werden.

4.4 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erklärten Dr. H. \_\_ und Dr. B. \_\_ in ihrer Stellungnahme vom 17. Mai 2006 (Urk. 15), aufgrund der undifferenzierten seronegativen Spondylarthropathie und der Diabetes-Spätfolgen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausserst schwierig sei die Abgrenzung der Beschwerden eines Karpaltunnelsyndroms rechts mehr als links von den Somatisierungsstörungen. Bei repetitiven Tätigkeiten mit den Händen könnten störende Dysästhesien auftreten, welche die Beschwerdeführerin an der Fortführung der Arbeit hindern könnten. Ausserdem könnten Dysästhesien im Bereich des N. medianus beidseits auftreten, bei Tätigkeiten mit dorsal extendierter oder ventral flektierter Hand beidseits. Feinmotorische Tätigkeiten mit den Fingern seien durch das beeinträchtigte Diskriminationsvermögen eingeschränkt.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass sich der somatische Gesundheitszustand der Versicherten seit dem im Jahr 2000 erstellten MEDAS-Gutachten (Urk. 10/50) nicht relevant verändert habe, wobei die attestierte quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % auf der psychiatrischen Diagnose einer Somatisierungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit beruhe. Die qualitativen Einschränkungen in Bezug auf die Hand würden sich auf mögliche Empfindungsstörungen und ein beeinträchtigtes Diskriminationsvermögen beschränken (Urk. 16).

4.5 Dr. med. A. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, MEDAS, erklärte in seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2006 (Urk. 14), dass die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeit (ICD-10: F60.4) nicht als arbeitsrelevantes psychisches Leiden bezeichnet werden könne. Diese Diagnose sei jedoch ein Faktor der konversionsneurotischen Psychodynamik der Beschwerdeführerin, welche zur Somatisierungsstörung geführt habe. Eine ausreichend somatische Erklärung sei auszuschliessen. Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Rahmen von 50 % erscheine zumutbar, da die Schmerzen auch ohne Arbeit vorhanden seien und durch eine körperliche Arbeit nicht nachweislich verstärkt würden. Die limitierenden Faktoren seien Angst vor Schmerzen und effektive Bewegungshemmung durch Schmerzen. Massvolles Bewegen und Ablenkung durch eine adaptierte Tätigkeit hätten zudem therapeutische Wirkung.

5. Auf das MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2004 (Urk. 10/44) und die Stellungnahmen der MEDAS-Gutachter dazu vom 16. und 17. Mai 2006 (Urk. 14 und Urk. 15) ist abzustellen. Die subjektiv geschilderten Beschwerden der Beschwerdeführerin korrelieren nur bedingt mit den objektivierbaren pathologischen Befunden, und ärztlicherseits wird eine ausreichend somatische Erklärung für die geklagten Beschwerden ausgeschlossen (Urk. 14). Das Gutachten stützt sich nicht nur auf die zahlreichen Arztberichte, welche bei der Beschwerdegegnerin im Laufe der Abklärungsverfahren betreffend Hilflosigkeit und IV-Rente (vgl. IV.2005.00898) eingegangen waren; sondern auch auf weitere umfangreiche medizinische Unterlagen des E. \_\_ (Urk. 10/44 S. 6 ff.) und von Dr. C. \_\_ (Urk. 10/44 S. 8). Die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung angegebenen Beschwerden sind im

Gutachten vollständig aufgeführt, und es finden sich ausführliche Angaben zur Anamnese, aber auch zum Verhalten der Beschwerdeführerin. Insgesamt entspricht das MEDAS-Gutachten 2004 damit den rechtsprechungsgemäss vorausgesetzten Erfordernissen eines beweistauglichen ärztlichen Gutachtens. Es trifft zwar zu, dass sich die begutachtenden Ärzte der MEDAS zur Frage einer allfälligen Hilflosigkeit nicht äussern. Ihre Aufgabe bestand vielmehr darin, für die von der Beschwerdeführerin geklagten multiplen Beschwerden eine objektive medizinische Erklärung zu liefern. Die Resultate ihrer eingehenden Untersuchungen, das heisst die von ihnen erhobenen Befunde (siehe Urk. 10/44 S. 8 ff., Urk. 10/45 und Urk. 10/46 sowie Urk. 14 und Urk. 15) lassen jedoch sehr wohl beweistaugliche Rückschlüsse in Bezug auf die objektiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin beim Verrichten der entscheiderelevanten alltäglichen Lebensverrichtungen zu.

Die sehr allgemein gehaltenen Schreiben (vgl. Urk. 7/1-2) von Dr. C. \_\_\_ und von Dr. D. \_\_\_ vermögen an den Befunden der MEDAS-Ärzte nichts zu ändern. Vielmehr muss aufgrund der Formulierungen davon ausgegangen werden, dass sich sowohl Dr. C. \_\_\_ als auch Dr. D. \_\_\_ bei ihren Aussagen vor allem auf die Darstellung der Beschwerdeführerin abstützen: "Sie [die Beschwerdeführerin] sagt, dass sie ihre Körperhygiene so nicht mehr durchführen kann, dass auch ein Closesomat nur im beschränkten Masse eine Hilfe ist, und dass ihre Hilflosigkeit erheblich ist." (Urk. 7/1) und "Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht die Hilflosigkeit meiner Patientin als mind. mittelschwer anzusehen ist." (Urk. 7/2). Das Schreiben von Dr. D. \_\_\_ vom 30. Mai 2003, worin sie das von Dr. G. \_\_\_ verfasste Beiblatt vom 6. Mai 2003 zum Arztbericht vom 9. Mai 2003 "kurz korrigieren" wolle, genügt keinesfalls (Urk. 10/47), um die Resultate der vertieften und allseitigen Untersuchungen, welche im Rahmen der MEDAS-Begutachtung vorgenommen wurden, ernsthaft in Frage zu stellen. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch von behandelnden Spezialisten und Spezialistinnen, darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

## E. 6

6.1 Die Hilfe in den alltäglichen Lebensverrichtungen (vgl. Erwägung 2.1) ist erheblich, wenn die versicherte Person mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung ([KSIH] des Bundesamtes für Sozialversicherung [BSV], Randziffer [Rz] 8026). Als regelmässig gilt die Hilfe, wenn sie die versicherte Person täglich oder eventuell (nicht voraussehbar) täglich benötigt (KSIH, Rz 8025; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 2. März 2005 in Sachen R., I 563/04, Erwägung 6.2, mit Hinweisen). Solange durch geeignete Massnahmen bei einzelnen Lebensverrichtungen die Selbstständigkeit erhalten werden kann, liegt diesbezüglich keine relevante Hilflosigkeit vor (ZAK 1986 S. 483 Erwägung 2a; Urteil des EVG vom 12. November 2002 in Sachen V., I 108/01, Erw. 3.3). Sodann vermag grundsätzlich auch eine blosser Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen nicht bereits eine Hilflosigkeit zu begründen (KSIH, Rz 8013, unter Hinweis auf ZAK 1989 S. 213 und ZAK 1986 S. 481).

6.2.1.1 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin, wie von ihr geltend gemacht, in den alltäglichen Lebensverrichtungen "An-/Auskleiden", "Essen" und "Körperpflege" sowie des Weiteren in den Bereichen "Aufstehen/Absitzen", "Notdurft" und "Fortbewegung" der erheblichen Dritthilfe bedarf.

Dem Abklärungsbericht vom 11. April 2005 (Urk. 10/54) ist zu entnehmen, dass die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensverrichtungen "An-/Auskleiden", "Essen" und "Körperpflege" als dauernd auf Hilfe Dritter angewiesen erachtet (Urk. 10/54 S. 3).

Die Beschwerdeführerin machte anlässlich dieser Abklärung in verschiedenen Lebensverrichtungen geltend, dass zur Zeit die Schmerzen an den Händen im Vordergrund ständen und sie infolge Schmerzen und Kraftlosigkeit in den Händen auf Dritthilfe angewiesen sei (Urk. 10/54 S. 1).

6.2.1.1 Zur Lebensverrichtung "An-/Auskleiden" erklärt die Beschwerdeführerin, sie sei wegen der Kraftlosigkeit und der Schmerzen in den Händen nicht in der Lage, Knöpfe oder einen Reissverschluss zu schliessen. Ihren BH könne sie auch nicht mehr schliessen, so dass sie dazu Hilfe benötige oder keinen trage. Eine Sockenzange könne sie nicht bedienen, weil ihr die Kraft in den Händen fehle, auch Hosen könne sie keine anziehen (Urk. 10/54 S. 2).

Beim An- und Auskleiden liegt eine Hilflosigkeit vor, wenn die versicherte Person ein unentbehrliches Kleidungsstück nicht selber an- oder ausziehen kann (Rz 8014 KSIH). Aufgrund des anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Jahre 2004 erhobenen normalen Händedruckes und der freien Beweglichkeit der Handgelenke und sämtlicher Finger sowie normaler Muskelkraft (siehe Urk. 10/45) ist nicht einzusehen, weshalb die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sein sollte, einen Reissverschluss und Knöpfe zu schliessen und zu öffnen. Beim An- und Auskleiden handelt es sich auch nicht um repetitive Tätigkeiten mit den Händen, die dermassen störende Dysästhesien hervorrufen könnten, welche die Beschwerdeführerin am An- und Ausziehen zu hindern vermöchten. Allenfalls nachvollziehbar ist, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres eingeschränkten Diskriminationsvermögens (siehe Urk. 15 S. 3) gelegentlich bei kleineren Knöpfen der Hilfe Dritter bedarf, doch diese Hilfe ist - insbesondere mit Hinweis auf die Schadenminderungspflicht, welche auch die Anschaffung von einfach zu handhabenden Kleidungsstücken beinhaltet (z.B. Klettverschluss, grössere Knöpfe, Büstenhalter mit dem Verschluss vorne) - nicht als erheblich oder regelmässig zu bezeichnen. An dieser Einschätzung vermögen weder die Ausführungen des Hausarztes, welcher von "Behinderungen der Fingerbewegungen und Schmerzen in den Fingern" (vgl. Erw. 4.1), noch diejenigen von Dr. D. \_\_\_ etwas zu ändern. Nicht einsichtig ist auch, weshalb sich die Beschwerdeführerin nicht soll bücken können, nachdem die MEDAS-Begutachtung ergeben hat, dass die Wirbelsäulenbeweglichkeit in allen Wirbelsäulenabschnitten grundsätzlich harmonisch und uneingeschränkt war, der Finger-Boden-Abstand 25 cm betrug und die Sakroiliakalgelenke symmetrisch mobil waren (Urk. 10/44 S. 9). Wegen der von den MEDAS-Ärzten erhobenen undifferenzierten seronegativen Spondylarthropathie, die zudem auch nur als Verdachtsdiagnose formuliert wurde (Urk. 10/44 S. 12), besteht denn auch lediglich eine Einschränkung für monotone Körperhaltungen und schwerere körperliche Tätigkeiten (Urk. 15 S. 2). Weder das Anziehen von Socken - wozu es



Wiegemessers zumutbar. Im Übrigen wäre es ihr auch zumutbar, kein Fleisch am Stöck zuzubereiten, wenn sie alleine ist. Auch kann das Essen nicht als repetitive oder besonders feinmotorische Tätigkeit bezeichnet werden (siehe Urk. 15 S. 3), welche die Beschwerdeführerin in dieser Lebensverrichtung invalidenversicherungsrechtlich als hilflos erscheinen lässt.

6.2.4.4 Im Rahmen der Lebensverrichtung "Körperpflege" machte die Beschwerdeführerin geltend, sie könne ihre Haare nicht selbständig waschen, da sie keine Kraft in den Händen habe und Schmerzen in der Schulter verspüre. Das Föhnen der Haare sei ebenfalls nicht möglich, die Tochter frisiere sie (Urk. 10/54 S. 2).

Mit Hinweis auf das MEDAS-Gutachten 2004 ist diese Aussage nicht nachvollziehbar, da die Schmerzen in den Schultern im Rahmen der Somatisierungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit bzw. lediglich leichter Polyneuropathie erklärt werden (Urk. 10/44 S. 12). Nicht nachvollziehbar ist aufgrund der medizinischen Aktenlage schliesslich, dass die Beschwerdeführerin geltend macht, sie könne sich nicht kämmen. Das Duschen, Haarewaschen und das Frisieren sind ihr medizinisch ohne weiteres zumutbar. Um Wiederholungen zu vermeiden, ist in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Kraftlosigkeit in den Händen auf das in Erwägung 6.2.1 zur Lebensverrichtung "An-/Auskleiden" Gesagte zu verweisen. Auch in diesem Bereich gebe es zudem geeignete Hilfsmittel (Stielkamm und -bürste, Haarwischer zur Verlängerung des Armes und als Ersatz der Finger beim Shampooieren, etc.), deren Anschaffung der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar wären.

6.2.5 Zur Lebensverrichtung "Reinigung nach Verrichtung der Notdurft" erklärt die Beschwerdeführerin im Rahmen der Abklärung, sie habe grosse Mühe, sich nach dem Stuhlgang zu reinigen (Urk. 10/54 S. 2). In der Beschwerdeschrift lässt sie dazu weiter ausführen, sie könne sich nicht ausreichend grob reinigen und müsse dafür regelmässig Hilfestellung ihrer Angehörigen beanspruchen (Urk. 1 S. 2).

Im Bereich "Verrichten der Notdurft" besteht nach der Auffassung der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin keine Hilflosigkeit (Urk. 10/54 Seite 2). Aufgrund der bereits erwähnten Befunde im MEDAS-Gutachten vom 20. Oktober 2004 ist erneut festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ihre Finger und Hände für die gesamte Verrichtung der Notdurft, inklusive Reinigung, ausreichend bewegen kann. Zudem ist es ihr beidseits möglich, die Faust zu schliessen (Urk. 10/54 S. 9), und gemäss dem Handspezialisten sind die Handgelenke und sämtliche Finger frei beweglich, und die Muskelkraft ist normal. Somit ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin selbst ausreichend reinigen kann und dafür keine regelmässige Hilfestellung ihrer Angehörigen beanspruchen muss. Mit der Beschwerdegegnerin ist zudem davon auszugehen, dass die Benutzung eines Closomaten sowohl Personen männlichen wie weiblichen Geschlechts ohne weiteres zumutbar ist (Urk. 9 S. 2 und Urk. 2 S. 4). Was die Beschwerdeführerin dazu anbringt, entbehrt einer objektiven Grundlage. Im Übrigen ist auf die Angaben von Dr. G. vom 6. Mai 2003 im Beiblatt zum ärztlichen Bericht vom 9. Mai 2003 hinzuweisen, wo verneint wird, dass die Beschwerdeführerin bei der Körperreinigung/überprüfen der Reinlichkeit regelmässige und erhebliche Hilfe Dritter benötigt (Beiblatt zu Urk. 10/48). Wie ebenfalls bereits erwähnt (vgl. Erwägung 5), hält die "Korrektur" von Dr. D. vom 30. Mai 2003 (Urk. 10/47) einer Überprüfung nicht stand und ist damit nicht zu beachten.

6.2.6. Es ist unstrittig, dass die Beschwerdeführerin zur Fortbewegung in der Wohnung nicht auf Hilfe Dritter angewiesen ist (Urk. 1 S. 3). Gemäss den Feststellungen der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin bedarf sie auch zur Fortbewegung ausser Haus keiner Dritthilfe; sie habe einen Elektrorollstuhl, den sie jedoch nur im Notfall für lange Strecken benötige. Sie versuche, meist zu Fuss zu gehen. Sie gehe auch alleine, mit dem Auto oder den öffentlichen Verkehrsmitteln in die Stadt, jedoch nur wenn es ihr gut gehe. Es sei ihr möglich, ca. vom Bahnhof I. die ganze J. gasse hoch zu laufen. Danach benötige sie eine Pause. Sie habe unverändert den Kontakt zu Kollegen und treffe diese auch regelmässig (Urk. 10/54 Seite 2).

Gemäss den Angaben im MEDAS-Gutachten 2004 konnte die Beschwerdeführerin trotz deutlichem Schonhinken sämtliche Gangarten durchführen, wobei eine Umfangdifferenz auch der unteren Extremitäten nicht fassbar war. Bezüglich der unteren Extremitäten habe die Beschwerdeführerin Flexions-/Hyperflexionsschmerzen des rechten Kniegelenkes geäussert. Bei leichter Überwärmung des ventralen Kniegelenks rechts sei kein Bulging oder ein Erguss eruiert bei ligamentär stabilen Verhältnissen und, soweit bei erschwerten Untersuchungsbedingungen prüfbar, negativen Meniskuszeichen. Die übrigen Gelenke der unteren Extremitäten seien uneingeschränkt beweglich und reizlos (Urk. 10/44 S. 9 f.). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich mit ihrem Elektromobil im Stadtverkehr der Stadt I. zu orientieren und fortzubewegen. Seitens der Beschwerdeführerin wurde vorgebracht, dass sie an schlechten Tagen nicht in der Lage sei den öffentlichen Verkehr zu benutzen oder längere Strecken zu gehen. Mit dem Rollstuhl könne sie, die über 100 kg wiege, nicht auf ein Trottoir hinauffahren und zudem benötige sie ein Taxi, wenn nicht Angehörige sie fahren könnten. Mit der Formulierung "an schlechten Tagen" und "sie versuche, meist zu Fuss zu gehen" zeigt sich klar, dass vorliegend nicht von einer regelmässigen Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen ist, wie dies die Beschwerdegegnerin richtig festgestellt hat. Nachdem die MEDAS-Gutachter, wie soeben erwähnt, bezüglich der unteren Extremitäten der Beschwerdeführerin keine schweren Gesundheitsschäden erheben konnten und sich im übrigen aufgrund der undifferenzierten seronegativen Spondylarthropathie keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben hat (Urk. 15 S. 2), ist nicht einzusehen, aus welchen objektivierbaren medizinischen Gründen die Beschwerdeführerin zu ihrer Fortbewegung ausser Haus einen Rollstuhl benötige. Diese Frage kann jedoch offen gelassen werden, da sie nicht zum Anfechtungsgegenstand gehört.

Aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin, der Feststellungen im MEDAS-Gutachten sowie derjenigen im Abklärungsbericht kann ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin möglich ist, sich auch ausser Haus ohne Dritthilfe fortzubewegen. Somit ergibt sich, dass die Schlussfolgerungen der Abklärungsperson überzeugend sind und die Beschwerdeführerin in der Lebensverrichtung "Fortbewegung" nicht hilflos ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in keiner der relevanten Lebensverrichtungen hilflos ist. Da die Voraussetzungen für die Zusprechung einer Entschädigung für eine leichte Hilflosigkeit im Sinne von Art. 37 Abs. 3 IVV nicht erfüllt sind, erbringt sich eine Prüfung des Beginns einer allfälligen Hilflosigkeit. Damit ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Hilfenentschädigung hat und die Beschwerde unter Aufhebung des

Einspracheentscheid vom 4. Mai 2005 abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Einspracheentscheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Mai 2005 wird aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Hanspeter Heeb

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie der Urk. 13 und Urk. 18

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.