

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00602 vom 14. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00602

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00602 du 14 avril 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00602 del 14 aprile 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Februar 2006 wegen Angstzuständen, Schlaflosigkeit und Bedrücktheit in Behandlung stand, führte im Bericht vom 2. Mai 2006 (Urk. 9/5/19-20) aus, diagnostisch handle es sich aus psychiatrischer Sicht um eine Kombination von posttraumatischer Belastungsstörung, depressiver Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom und gemischter Angststörung (generalisierte Angst und paroxysmale Angst; S. 1 unten). Der Verlauf sei unbefriedigend; insbesondere seit dem Tod ihres Vaters im März 2006 habe sich der Zustand merklich verschlimmert. Immer wieder würden sich Suizidgedanken andeuten. Dabei spiele die Erkenntnis eine Rolle, dass ihre aktuelle neurologische und internistische Symptomatik einen Endzustand darstellen dürfte. Eine psychiatrische Hospitalisierung sei nunmehr unumgänglich (S. 2 oben).

3.2. Die Beschwerdeführerin hielt sich vom 21. August bis 1. September 2006 in der Klinik C. ____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, auf. Im Austrittsbericht vom 12. September 2006 (Urk. 9/5/12-16) diagnostizierte Dr. med. D. ____, Assistenzärztin, eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressiv-ängstlicher Komorbidität und eine schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (S. 8 Mitte). Nach einem Autounfall am 24. Juni 2005 seien Komplikationen wie Fazialisparese bei Schädel-Basis-Fraktur links und einem sich zunehmend andeutenden Schmerzsyndrom aufgetreten (S. 5 oben). Am Anfang der Hospitalisation habe eine depressive Symptomatik imponiert, die sich in Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und Trauer äussere habe. Zudem habe sie über typische Flashbacks und Intrusionen, die sie an das Unfallereignis erinnerten, geklagt. Die Beschwerdeführerin habe sich zunehmend in den Stationsalltag integrieren können, habe aber starke Sehnsucht nach ihrer Familie verspürt und überraschend den Aufenthalt abgebrochen (S. 7 unten).

3.3. In ihrem Bericht vom 8. November 2006 (Urk. 9/5/8-9) stellte die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. E. ____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- posttraumatische Belastungsstörung mit depressiv-ängstlicher Komorbidität
- schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom
- Status nach schwerem Trauma nach einem Autounfall im Jahre 2004 (Komplikationen wie Fazialisparese bei Status nach akutem Coronarsyndrom Juli 2005
- arterielle Hypertonie

- cervico thoracales-vertebragenes Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. E. ___ fest, die Beschwerdeführerin sei im Haushalt zu zirka 50 % arbeitsfähig (lit. a, lit. B). Wenn sich die psychische Situation verbessere, könne die Arbeitsfähigkeit auf 100 % erholt werden (lit. b). Im Vordergrund stehe die psychiatrische Betreuung, welche nach dem abgebrochenen stationären Aufenthalt wieder durch Dr. B. ___ durchgeführt werde; dieser führe auch eine medikamentöse Psychotherapie durch. Zumindest für das Jahr 2007 sei die Prognose einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit als Hausfrau eher ungünstig. Es sei mit einer Arbeitsfähigkeit von 0 % ausser Hause zu rechnen (lit. D.7).

3.4 Ä Ä Ä Ä Dr. med. D. ___, Assistenzärztin, und der Psychologe F. ___, stationsleitender klinischer Psychologe SVKP, Klinik C. ___, nannten im Bericht vom 20. November 2006 (Urk. 9/7/5-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (5 lit. A):

- posttraumatische Belastungsstörung mit depressiv-ängstlicher Komorbidität
- Status nach Schädels-Basis-Fraktur mit bestehender Facialisparese Juni 2005
- Status nach Hinterwand Infarkt Juli 2005

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin sei zu 100 % arbeitsunfähig seit Juni 2005 (lit. B). Der Gesundheitszustand sei stationär (lit. C.1). Die Beschwerden seien diagnostisch einer posttraumatischen Belastungsstörung zugeordnet worden. Dazu bestehe auch eine Komorbidität mit Angst und depressiver Symptomatik, was die Prognose erschwere. Prognostisch ungünstig wirkten sich auch die durch den Unfall verursachte Facialisparese sowie der unmittelbar danach aufgetretene Herzinfarkt aus. Die Beschwerdeführerin sei aktuell nicht in der Lage, ihre täglichen Haushaltsarbeiten zu bewältigen. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess werde aufgrund der Schwere der Krankheit nicht mehr möglich sein. Sie benötige eine längere ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung, um ihre Traumata zu verarbeiten (lit. D.7).

3.5 Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 25. September 2007 (Urk. 9/28/7-8) stellte Prof. Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin und Angiologie, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Zervikobrachialgie links
- keine Hinweise auf periphere arterielle Verschlusskrankheit an oberer Extremität
- keine Fingerarterienverschlüsse links nachweisbar
- kein Schultergürtelkompressionssyndrom
- unauffällige präzentrale Hirnarterie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Prof. G. ___ führte aus, aufgrund der klinischen und apparativen Untersuchungen habe er eine vaskuläre Genese für das Kältegefühl im Bereich des linken Armes und der linken Hand ausschliessen können. Es zeigten sich keinerlei Hinweise für entzündliche beziehungsweise atherosklerotische Wandveränderungen der oberen Extremitätenarterien und der präzentralen Hirnarterien. Die Beschwerden seien deshalb wahrscheinlich rein neurogen und als Zervikobrachialgie zu interpretieren. Er empfehle die Fortsetzung der bisherigen Medikation und gegebenenfalls ein neurologisches Konsil (S. 2 Mitte).

3.6. Im Gutachten vom 4. September 2008 (Urk. 9/50) hielten Dr. med. H. ____, Chefarzt, und med. pract. I. ____, Oberärztin, J. ____, Psychiatriezentrum K. ____, fest, bis zum Unfallgeschehen im Juni 2005 hätten keine Hinweise für eine psychiatrische Erkrankung vorgelegen. Der Autounfall sei als traumatisches Ereignis mit nachfolgendem Einschnitt in die Lebensbewältigung zu bewerten. Zunächst habe sie eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt (S. 5 unten). Aufgrund der nun seit über drei Jahren vorliegenden Störung sei von einer dauernden Persönlichkeitsveränderung auszugehen. Kennzeichnend dafür seien die hochgradige Abhängigkeit und die hohe Anspruchshaltung der Beschwerdeführerin gegenüber ihrem Ehemann, welcher ununterbrochen für sie die Fürsorge, Pflege und Begleitung sowie Betreuung gewährleisten solle (S. 6 oben).

Der Unfall habe zum Aufbau einer symbiotischen Beziehungsdynamik zum Ehemann geführt. So sei der Ehemann der Erkrankung seiner Frau scheinbar ausgeliefert. Auf diese Weise werde einerseits die Beschwerdeführerin davon dispensiert, eigene Anstrengungen zur Genesung vorzunehmen, und andererseits entwickle der Ehemann einen deutlichen Krankheitsgewinn. Seine Arbeitsfähigkeit werde durch die Betreuungsaufgabe verunmöglicht. Die Beschwerdeführerin erhalte überdies durch die hohe Aufmerksamkeit des Ehemannes eine Aufmerksamkeit, die sie vor dem Unfall so sicherlich nicht gehabt habe. Sie zeige einen inadäquaten Umgang mit ihren Beschwerden, indem sie sich sozial zurückziehe, die Beschwerden zum Hauptfokus der Aufmerksamkeit mache und ein Schonverhalten zeige (S. 6 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht liege momentan keine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor. Aufgrund des bisherigen Verlaufs und der nicht gelungenen Krankheitsbewältigung sei von einer ungünstigen Prognose auszugehen (S. 6 unten, S. 7 Ziff. 2). Im günstigsten Fall könne die Beschwerdeführerin nach erfolgreicher Behandlung eventuell im geschätzten Rahmen zirka 3 Stunden pro Tag tätig sein. Solange sie nicht in der Lage sei, die Wohnung ohne Unterstützung zu verlassen beziehungsweise eine Situation in einer Gruppe mit mehreren Menschen auszuhalten, erscheine eine Aufnahme einer Tätigkeit auch im geschätzten Rahmen als nicht möglich (S. 7 Ziff. 3).

3.7. In seinem Gutachten vom 26. Oktober 2008 (richtig: 2008; Urk. 9/33/7-25) stellte Dr. med. L. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 4.1):

- posttraumatische Belastungsstörung, entstanden nach einem Unfall im Juni 2005
- gemischte Angststörung (episodisch paroxysmale Angst mit hypochondrisch-herzphobischen, sozialphobischen und somatoformen Anteilen bei Generalisierungstendenz (der Ängste)
- seit Sommer 2005 rezidivierende depressive Störung, zirka seit Anfang 2006
- posttraumatische zentrale Fazialisparese links seit Juni 2005
- zervikothorakales Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz, Beginn und Entwicklung nicht sicher eruierbar

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er folgende Diagnosen (S. 15 Ziff. 4.2):

- arterieller Hypertonus
- Dyslipidämie
- Koronarsyndrom
- Adipositas

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung hielt Dr. L. ___ fest, nach dem erlittenen Unfall am 24. Juni 2005 in Serbien habe die Diagnose einer Felsenbeinfraktur links mit posttraumatischer Fazialisparese links resultiert, die bis heute noch, trotz entsprechender Behandlungen, persistiere (S. 11 Ziff. 3.4). Bei einem anhaltenden, nun chronifizierten klinischen Bild seien im Verlauf mehr und mehr psychosoziale Belastungsfaktoren aufgetreten, die sich im sozialen Rückzug, innerfamiliären Spannungen und verstärkten wirtschaftlichen Schwierigkeiten bemerkbar machten und die therapeutischen Ansätze zunehmend erschwerten (S. 12 unten). Anhand der anamnestischen und fremdanamnestischen Angaben sowie der eigenen psychischen Befunde sei die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden (S. 12 unten f. Ziff. 3.4). Auch wenn eine posttraumatische Belastungsstörung nach einem Autounfall, zumal der vorliegende Unfall von mittelschwerem bis maximal schwerem (nicht aber katastrophalem) Ausmass gewesen sei, nicht signifikant häufig auftrete, seien bei der Beschwerdeführerin doch die entsprechenden Kriterien erfüllt (Nachhallerinnerungen, Flashbacks, vegetative Erregbarkeit, Vigilanzsteigerung, übermässige Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit). Angst und Depression sowie Suizidgedanken würden nicht selten mit den genannten Symptomen einhergehen (S. 13 oben Ziff. 3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu beachten seien bei der Beschwerdeführerin gewisse Risikofaktoren, insbesondere die ihrer Primärpersönlichkeit (S. 13 Mitte Ziff. 3.4). Eine schwere depressive Episode, wie in der Klinik C. ___ angenommen und zuletzt noch von der Hausärztin im März 2008 behauptet, habe bei dieser Krankengeschichte sicherlich nie bestanden. Der psychische Befund lasse eine solche Diagnose keinesfalls zu (S. 13 unten Ziff. 3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin sei immer als Hausfrau tätig gewesen. Sie lebe mit ihrem Ehemann, ihrem Sohn und dessen Frau sowie einem Enkelkind in einer 4-Zimmerwohnung. Die Beschwerdeführerin schätze ihre Leistungsfähigkeit im Haushalt mit 0 % ein (S. 12 unten Ziff. 3.4). Aufgrund der Anamnese, der Vorbefunde sowie dem psychischen Befund gestalte sich die Sachlage etwas differenzierter. Nach dem Unfallereignis im Juni 2005 habe zunächst zweifellos eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl im Haushalt als auch in einer anderen beruflichen Tätigkeit bestanden. Ab Herbst 2006 sei gestützt auf den Bericht der Hausärztin, Dr. E. ___, von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % im Haushalt auszugehen. Dies entspreche sodann auch der aktuellen Arbeitsfähigkeit im Haushalt (S. 16 oben Ziff. 5). Nicht einverstanden sei Dr. L. ___ mit der skeptischen bis sogar pessimistischen Prognose der Hausärztin hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Dies hänge vor allem damit zusammen, dass bis anhin keine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zustande gekommen sei beziehungsweise nicht hinreichend lange durchgeführt werden können. Dies sei in erster Linie auf die nicht ausreichende Compliance der Beschwerdeführerin zurückzuführen; auch die ambulante Betreuung sei sehr niedrig frequentiert und psychopharmakologisch in keinsten Weise ausreichend (S. 16 unten Ziff. 5). Die gegenwärtige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. B. ___ sei

fortzusetzen, jedoch mit einer Frequenz von zirka monatlich einmal (S. 17 oben Ziff. 6). Ferner sei das psychopharmakologische Therapieregime zu verbessern (S. 17 Mitte Ziff. 6). Auch eine nochmalige stationäre Therapie wäre prinzipiell hilfreich, da die Beschwerdeführerin dadurch zum belastenden häuslichen Milieu Abstand gewinnen könnte (S. 17 unten Ziff. 6).

3.8 Über die am 2. Februar 2009 durchgeführte Haushaltsabklärung berichtete die Abklärungsperson, M. ____, am 11. Februar 2009 (Urk. 9/38). Sie führte aus, da die Familie vor dem Autounfall 2005 seit zwei Monaten vom Sozialamt unterstützt worden sei, habe die Beschwerdeführerin die Auflage erhalten, arbeiten zu gehen. Die Beschwerdeführerin habe einen Termin gehabt, könnte jedoch nicht mehr sagen, ob es sich um einen Deutschkurs oder einen Vorstellungstermin gehandelt habe. Der Ehemann der Beschwerdeführerin sei selbstständig gewesen und habe nun keine Arbeit mehr. Gemäss IK-Auszug habe der Ehemann der Beschwerdeführerin von 1999 bis 2003 Taggelder der Arbeitslosenversicherung erhalten. Da die Beschwerdeführerin in der Schweiz nie gearbeitet habe, könnte davon ausgegangen werden, dass sie im Gesundheitsfall zu 100 % als Hausfrau tätig wäre. Sie habe auch vor dem Unfall keine Anstrengungen unternommen, eine Arbeit zu suchen, obwohl der jüngste Sohn damals bereits 19 Jahre alt gewesen sei (Ziff. 2.5). Sie wohne mit ihrem Ehemann, dem 1986 geborenen Sohn und dessen Ehefrau und dem gemeinsamen Kind in einer 4-Zimmer-Wohnung in einem Mehrfamilienhaus (Ziff. 4 und Ziff. 5). Da es sich aktuell um einen Mehrgenerationen-Haushalt handle, gehe die Abklärungsperson bei der Bemessung von einem 2-Personen Haushalt in einer 3-Zimmerwohnung aus, wie dies bei der Mehrheit der in der Schweiz wohnhaften Bevölkerung in dieser Altersgruppe üblich wäre. Die Abklärungsperson rechnete die zumutbare Schadenminderungspflicht des Ehemannes der Beschwerdeführerin in den einzelnen Bereichen mit ein (Ziff. 6).

Gemäss den Angaben der Abklärungsperson betrug die Einschränkung ab dem 24. Mai 2005 im mit 5 % gewichteten Bereich Haushaltführung 50 %, im mit 40 % gewichteten Bereich Ernährung 20 %, im mit 20 % gewichteten Bereich Wohnungspflege 40 %, im mit 10 % gewichteten Bereich Einkauf und weitere Besorgungen 40 %, im mit 20 % gewichteten Bereich Wäsche und Kleiderpflege 35 % und im mit 5 % gewichteten Bereich Verschiedenes 0 %. Die entsprechend gewichteten einzelnen Einschränkungen ergaben ab dem 24. Mai 2005 eine Einschränkung von insgesamt 29.5 % (Ziff. 6.8).

4. Über die

4.1 Während der Haushaltsabklärung (Urk. 9/38) berichtete der Ehemann der Beschwerdeführerin über ihre Krankengeschichte, ihren Tagesablauf und die behandelnden Ärzte (Ziff. 1) sowie ihre bisherige Tätigkeit (Ziff. 2). Die Abklärungsperson machte sich sodann ein Bild über die örtlichen und räumlichen Wohnverhältnisse der Beschwerdeführerin (Ziff. 5) und klärte die Beeinträchtigungen in den einzelnen Bereichen der Haushaltführung ab. Die Berichtstexte schliesslich sind nachvollziehbar begründet und angemessen detailliert (Ziff. 6). Die Abklärungsperson ging sodann von einer Einschränkung von insgesamt 29.5 % aus (Ziff. 6.8). Jedoch gilt es vorliegend - insbesondere, da die Beschwerdeführerin auch an psychischen Beeinträchtigungen leidet - auch die ärztlichen Unterlagen in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. vorstehende Erw. 1.6),

worauf auch die Beschwerdeführerin zu Recht hinweist (Urk. 1 S. 4 Ziff. II.3).

4.2 Das Gutachten vom 26. Oktober 2008 von Dr. L. ___ (Urk. 9/33/7-25) entspricht in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehende Erw. 1.4) an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, gibt es doch detailliert Auskunft über die verbleibende Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der psychischen Komponente. Das Gutachten basiert sodann auf allseitigen Untersuchungen unter Erhebung der Anamnese (S. 2 ff. Ziff. 1) sowie Vorbefunde (S. 5 ff. Ziff. 3.1).

Das Gutachten berücksichtigt sodann die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Namentlich zeigte Dr. L. ___ auf, dass eine posttraumatische Belastungsstörung nach einem Autounfall nicht häufig auftritt, vorliegend jedoch die Voraussetzungen dafür gegeben seien (S. 13 oben Ziff. 3.4). Es seien vorliegend bei der Beschwerdeführerin gewisse Risikofaktoren zu berücksichtigen, insbesondere die ihrer Primärpersönlichkeit (S. 13 Mitte Ziff. 3.4). Eine schwere depressive Episode habe, wie in der Klinik C. ___ diagnostiziert worden sei, aufgrund der vorliegenden Krankengeschichte sicherlich nie bestanden. Die psychischen Befunde liessen eine solche Diagnose niemals zu (S. 13 unten Ziff. 3.4). Bei diesen Ergebnissen ist die Schlussfolgerung des Gutachters ohne weiteres nachvollziehbar.

Auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht findet sich im Gutachten eine umfassende Auseinandersetzung mit den Angaben und der Vorgeschichte der Beschwerdeführerin. Dr. L. ___ legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass aufgrund der Anamnese, der Vorbefunde und dem psychischen Befund gerade nach dem Unfallereignis im Juni 2005 zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe. Ab Herbst 2006 habe die Hausärztin, Dr. E. ___, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % als Hausfrau attestiert. Dem könne sich Dr. L. ___ auch heute noch anschliessen. Daher sei die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 50 % arbeitsfähig (S. 16 oben/Mitte Ziff. 5). Eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe auch in einem geschätzten Rahmen (S. 16 Mitte). Nicht einverstanden sei er mit der pessimistischen Prognose der Hausärztin bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, da bisher keine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zustande gekommen sei, was wiederum auf die mangelnde Compliance der Beschwerdeführerin zurückzuführen sei. Auch die ambulante Betreuung sei zu niedrig frequentiert und psychopharmakologisch in keinsten Weise ausreichend (S. 16 unten Ziff. 5).

Damit ist vorliegend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt zu 50 % arbeitsfähig ist.

4.3 Wie bereits erwähnt hielt auch die Hausärztin der Beschwerdeführerin im Bericht vom 8. November 2006 (Urk. 9/5/8-9) eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für zumutbar (lit. a, lit. B). Sie führte sogar aus, wenn sich die psychische Situation verbessere, könne die Arbeitsfähigkeit auf 100 % erhöht werden (lit. b). Die übrigen behandelnden Ärzte äusserten sich in ihren Berichten entweder nicht zur Arbeitsfähigkeit oder zumindest nicht zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt und stehen damit dem Gutachten vom 26. Oktober 2008 von Dr. L. ___ nicht entgegen.

4.4. Die Diskrepanz zwischen der Einschränkung im Haushalt gemäss Haushalt-abklärungsbericht vom 11. Februar 2009 von 29.5 % und der attestierten Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 26. Oktober 2008 von 50 % ist auf die im Abklärungsbericht zu Recht berücksichtigte Schadenminderungspflicht zurückzuführen. Dies hielt auch die Abklärungsperson fest (Urk. 9/38 Ziff. 10).

Was die Mitwirkungspflichten der Familienangehörigen betrifft, ist auf die feste bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach diese Mithilfe weitergeht als die ohne Gesundheitsschaden üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 130 V 101 Erw. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen, vgl. vorstehende Erw. 1.5). Die Abklärungsperson führte in nachvollziehbarer Weise aus, dass es dem Ehemann zumutbar sei, die schweren Haushaltsarbeiten zu verrichten, egal ob er wie im jetzigen Zeitpunkt arbeitslos sei oder einer Tätigkeit nachgehen würde. Leichtere Haushaltsarbeiten könne die Beschwerdeführerin verteilt über die ganze Woche verrichten (Urk. 9/38 Ziff. 10). Eine von der Beschwerdeführerin behauptete Teilinvalidität des Ehemanns der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5 oben Ziff. II.3; richtig: Ziff. II.4) ist aufgrund der Akten nicht ausgewiesen.

Ferner ist vorliegend auch die Mitwirkungspflicht des jüngsten Sohnes und seiner Ehefrau, welche mit der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann in der 4-Zimmerwohnung wohnen, zu berücksichtigen. Insbesondere der Schwiegetochter der Beschwerdeführerin ist aufgrund dessen, dass sie keiner Tätigkeit nachgeht (Urk. 9/38 Ziff. 4.1), zuzumuten auch tagsüber im Haushalt zu helfen. Dass die Schwiegetochter seit Juni 2009 einer Tätigkeit nachgehe (Urk. 1 S. 5 oben Ziff. II.4), ist aus den Akten nicht ersichtlich. Selbst wenn sie einer Tätigkeit nachgehen würde, würde dies an der Mitwirkungspflicht nichts ändern.

4.5. In Würdigung der Angaben im Haushaltsbericht vom 11. Februar 2009 (Urk. 9/38) und im Gutachten vom 26. Oktober 2008 (Urk. 9/33/7-25) ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem 25. Mai 2005 eine Einschränkung von 29.5 % bestand, was vorliegend den Invaliditätsgrad darstellt (vgl. vorstehende Erw. 1.3). Der Invaliditätsgrad liegt somit deutlich unter dem anspruchsbegründenden Minimum von 40 %.

Damit hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 2. Juni 2009 einen Rentenanspruch zu Recht verneint (Urk. 2) und die Beschwerde vom 22. Juni 2006 (Urk. 1/1) ist abzuweisen.

E. 5

5.1. Zu prüfen ist sodann, ob der Beschwerdeführerin eine Hilfenentschädigung zuzusprechen ist.

5.2. Nach Art. 38 Abs. 1 IVV liegt ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG vor, wenn eine volljährige, versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit:

- a. ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbständig wohnen kann;
- b. für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist; oder
- c. ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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