

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00759 vom 21. Januar 2011**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00759](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00759)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00759 du 21 janvier 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00759 del 21 gennaio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der 1974 geborene Y.\_\_\_\_ meldete sich am 29. Juni 2004 aufgrund einer psychischen Krankheit bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte die Ausrichtung einer Rente (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihm nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen mit Verfügung vom 3. November 2004 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab 1. Oktober 2004 eine ganze Invalidenrente samt Zusatzrente für die Tochter zu (Urk. 7/20).

### **E. 1.2**

Im Rahmen eines im Dezember 2005 eingeleiteten amtlichen Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle den Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums A.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2006 (Urk. 7/25) ein und teilte dem Versicherten am 24. März 2006 mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung habe festgestellt werden können, weshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100 %) bestehe (Urk. 7/27). Nachdem die Ehe des Y.\_\_\_\_ und der Z.\_\_\_\_ mit Urteil vom 23. Februar 2007 geschieden worden war (Urk. 7/32), wurde die Invalidenrente mit Wirkung ab 1. April 2007 unter Anrechnung der Erziehungsgutschriften neu berechnet (Verfügung vom 6. Juni 2007, Urk. 7/35).

### **E. 1.3**

Am 24. Juni 2008 liess sich der Versicherte unter Hinweis, dass er dauernd und regelmässig auf lebenspraktische Begleitung angewiesen sei, zum Bezug einer Hilflosenentschädigung anmelden (Urk. 7/40). Die IV-Stelle holte in der Folge den Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, vom 5. Juli 2008 (Urk. 7/43/1-5 unter Beilage des Berichts des Psychiatrie-Zentrums A.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2008, Urk. 7/43/6-8) ein. Bevor eine Abklärung vor Ort durch die IV Stelle hatte stattfinden können, verstarb Y.\_\_\_\_ am 23. September 2008 (Urk. 7/52). Am 8. Dezember 2008 fand im Haushalt der Eltern des Verstorbenen, wo dieser vor seinem Tod wohnte, die Abklärung vor Ort statt (Abklärungsbericht vom 22. Januar 2009, Urk. 7/55). Nach durchgeführtem Verbscheidverfahren (Urk. 7/56-60) sprach die IV-Stelle dem Verstorbenen rückwirkend ab 1. Juni 2007 bis 30. September 2008 eine Hilflosenentschädigung mittleren Grades zu (Urk. 2).

### **E. 2**

Gegen diese Verfügung erhob die Tochter des Verstorbenen, X.\_\_\_\_, als Erbin durch ihre Mutter, diese vertreten durch Rechtsanwalt Jürg Leimbacher, mit Eingabe vom 20. August

2009 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung für ihren Vater bereits ab 1. September 2006 (Urk. 1). In der der Beschwerdeführerin am 22. September 2009 (Urk. 8) zur Kenntnis gebrachten Beschwerdeantwort vom 9. September 2009 schloss die IV Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6).

### **E. 2.1.1**

Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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). 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). 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).

### **E. 2.1.2**

Art. 37 IVV sieht drei Hilflosigkeitsgrade vor. Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder c. 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.

Nach der Rechtsprechung setzt Hilflosigkeit mittelschweren Grades nach Art. 36 (seit 1. Januar 2004: Art. 37) Abs. 2 lit. a IVV eine Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen voraus (BGE 121 V 90 Erw. 3b, 107 V 151 Erw. 2).

### **E. 2.1.3**

Der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung entsteht am ersten Tag des Monats, in dem sämtliche Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind (Art. 35 Abs. 1 IVV).

### **E. 2.2.1**

Nach der Rechtsprechung zu Art. 46 IVG, welcher bis zur Einführung des ATSG per 1. Januar 2003 Gültigkeit hatte, wahrt die versicherte Person mit der Anmeldung bei der Invalidenversicherung grundsätzlich alle ihre zu diesem Zeitpunkt gegenüber der Versicherung bestehenden Leistungsansprüche, auch wenn sie diese im Anmeldeformular nicht im einzelnen angibt. Dieser Grundsatz findet indessen keine Anwendung auf Leistungen, die in keinem Zusammenhang mit den sich aus den Angaben der versicherten Person ausdrücklich oder sinngemäss ergebenden Begehren stehen und für die auch keinerlei aktenmässige Anhaltspunkte die Annahme erlauben, sie könnten ebenfalls in Betracht fallen. Denn die Abklärungspflicht der Invalidenversicherung erstreckt sich nicht auf alle überhaupt möglichen Leistungsansprüche, sondern nur auf die vernünftigerweise mit dem vorgetragenen Sachverhalt und allfälligen bis herigen oder neuen Akten im Zusammenhang stehenden Leistungen. Macht die versicherte Person später geltend, sie habe auf eine weitere Leistung Anspruch als bloss auf die verfügbarmässig zugesprochene (oder verweigerte) und er habe sich hierfür bereits angemeldet, so ist nach den gesamten Umständen des Einzelfalls im Lichte des Grundsatzes von Treu und Glauben zu prüfen, ob bereits jene frühere - ungenaue - Anmeldung den später substantiierten Anspruch umfasst. Ist dies zu verneinen, so können auf Grund der neuen Anmeldung die Leistungen nur im Rahmen des (bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen) Art. 48 Abs. 2 IVG rückwirkend zugesprochen werden. Erscheint dagegen die frühere Anmeldung als hinreichend substantiiert, so ist die fünfjährige Verwirkungsfrist seit dieser Anmeldung massgebend (BGE 101 V 111).

#### **E. 2.2.2**

Art. 46 IVG ist durch Art. 29 Abs. 1 ATSG abgelöst worden, wonach sich, wer eine Versicherungsleistung beansprucht, beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden hat. Auf Grund der Ähnlichkeit des Inhalts der beiden Bestimmungen ist die Rechtsprechung zu Art. 46 IVG sinngemäss auch auf Art. 29 Abs. 1 ATSG anwendbar.

#### **E. 2.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Im Anpassungsverfahren, das von Amtes wegen oder auf Gesuch hin eingeleitet wird, gelten die Verfahrensbestimmungen von Art. 27 ff. ATSG ohne Einschränkung (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, N 38 zu Art. 17).

#### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Der Einzelrichter zieht in Erwägung: 1.

Da der Streitwert Fr. 20'000.-- nicht übersteigt, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (§ 11 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). 2.

#### **E. 3.1**

Zwischen den Parteien ist nicht streitig, dass der Verstorbene (im Folgenden: der Versicherte) Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung aufgrund einer Hilflosigkeit

mittleren Grades hatte. Die Beschwerdegegnerin erachtete die Entschädigung für mittlere Hilflosigkeit als seit dem 1. September 2005 ausgewiesen und setzte demzufolge den Anspruchsbeginn auf den 1. September 2006 fest (vgl. Abklärungsbericht vom 22. Januar 2009, Urk. 7/55). Aufgrund ver späteter Anmeldung sprach sie dem Versicherten die Hilflosenentschädigung mit Wirkung ab 1. Juni 2007 zu (Urk. 2).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, es habe schon in den Akten, welche im Rahmen des amtlichen Revisionsverfahrens von der Beschwerdegegnerin beigezogen worden sind, eindeutige Hinweise dafür gegeben, dass der Versicherte zumindest auf lebenspraktische Begleitung angewiesen gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin hätte im Rahmen des Revisionsverfahrens den Anspruch auf Hilflosenentschädigung prüfen müssen und hätte dabei fest gestellt, dass die Voraussetzungen einer mittleren Hilflosigkeit seit September 2005 erfüllt waren.

### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin hob im Dezember 2005 ein amtliches Revisionsverfahren an. In dem von der Ehefrau des Versicherten ausgefüllten Fragebogen für Revision der Invalidenrente/Hilflosenentschädigung vom 1. Januar 2006 (Urk. 7/22) gab diese an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei gleich geblieben. Der Versicherte befinde sich zur Zeit in stationärer Behandlung im Psychiatrie-Zentrum A.\_\_\_\_. Eine Hilflosigkeit in den alltäglichen Lebensbereichen sowie die Notwendigkeit der andauernden Pflege und der persönlichen Überwachung verneinte die Ehefrau.

### **E. 4.2**

Laut dem von der Beschwerdegegnerin anlässlich des amtlichen Revisionsverfahrens eingeholten Arztbericht vom 28. Februar 2006 des Psychiatrie-Zentrums A.\_\_\_\_ (Urk. 7/28), wo der Versicherte vom 23. November bis 7. März 2006 in stationärer Behandlung stand, wurden eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) sowie eine Opiatabhängigkeit (ICD-10: F11.22) diagnostiziert. Der Versicherte habe sich nach der Einweisung in die Klinik auf der Station vorerst angepasst präsentiert, so dass die bereits vorbestehende neuroleptische

Medikamentation mit Zyprexa erneut aufdosiert worden sei. Zusätzlich sei ihm Valium abgegeben worden. Innerhalb der nächsten Tage sei es zu einem psychotisch motivierten fremdaggressiven Zwischenfall gekommen, in welchem der Versicherte in seinem Wahnerleben verschiedene Personen des Pflegepersonals angegriffen und einen von ihnen verletzt habe. Später habe er angegeben, das Böse in der Welt deutlich gespürt zu haben, und dagegen habe er aus Panik etwas tun wollen. Der Versicherte sei daraufhin im Isolierzimmer aufdosiert worden. Unter dieser Medikation sei es nur langsam zu einer Teilremission des Zustandsbildes gekommen. Der Schlaf habe sich verbessert, und das fremdaggressive Verhalten sei in den Hintergrund getreten. Das Wahnerleben sei jedoch nur diskret rückläufig gewesen. Unter Berücksichtigung möglicher extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, insbesondere der Gefahr von Spätdyskinesien, habe man sich für die Abgabe von Abilify und die langsame Reduktion von Haldol entschieden. Über mehrere Wochen habe Haldol bei gleichbleibenden und sich langsam verbesserndem Zustandsbild ausgeschlichen werden können. Da der Versicherte unter starkem Appetit und einer deutlichen Gewichtszunahme von ca. 8 kg gelitten habe, sei Zyprexa ebenfalls ausgeschlichen und zeitgleich Seroquel aufdosiert worden. Unter dieser neuroleptischen

Medikation habe sich der Versicherte gut stabilisiert, und sein Wahnerleben sei zunehmend in den Hintergrund getreten. Aggressives Verhalten sei nicht mehr beobachtet worden. Das Valium habe daraufhin ebenfalls ausgeschlichen werden können. In den letzten Wochen des Aufenthalts habe der Versicherte zunehmend über eine ca. 1 Stunde nach Einnahme von Abilify auftretende Müdigkeit sowie ein Gefühl der inneren Unruhe, welches ihn zu ständiger Aktivität gedrängt hab, geklagt. Das Abilify sei langsam abgebaut worden, worunter das Zustandsbild weiterhin stabil geblieben sei und sich die innere Unruhe deutlich verbessert habe. Eine weitere Reduktion des Seroquel wegen subjektiv empfundener Müdigkeit habe der Versicherte ebenfalls ohne Zustandverschlechterung toleriert. Während des gesamten Aufenthalts sei er mit Methadon substituiert worden. Es müsse eine Tagesstruktur etabliert werden. Im Verlauf sei ein zunehmendes schizophreses Residuum deutlich gewesen, welches sich vor allem in einer verminderten Aktivität, Passivität und Affektverflachung sowie einer deutlichen Kritikminderung gezeigt habe, so dass die Prognose bei fehlender Krankheitseinsicht und nur bedingter Therapiemotivation eher zurückhaltend zu stellen sei.

### **E. 4.3**

Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin erkannte gemäss Abklärungsbericht (Urk. 7/55) eine Hilflosigkeit in den Bereichen "Essen" und "Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher" Kontakte. Der Versicherte habe jeglichen Bezug zum Essen verloren, er habe mit den Händen gegessen aus Angst, das Besteck könnte giftig sein. Es sei ihm auch nicht möglich gewesen, in Gesellschaft zu essen, da er sich gestört gefühlt habe. Da der Versicherte sich selbst nicht mehr wahrgenommen habe, habe er auch mit niemandem in Kontakt treten können. Zudem habe er die Medikamente von sich aus nicht eingenommen, und aufgrund seines Zustandes habe er nicht alleine gelassen werden können, da eine grosse Selbstgefährdung bestanden habe. Er habe somit der dauernden medizinisch-pflegerischen Hilfe und der persönlichen Überwachung bedurft.

#### **E. 4.4.1**

Aus dem Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums A. \_\_\_ ergeben sich keinerlei Hinweise, dass der Versicherte Unterstützung im Bereich "Essen" benötigen könnte. Es werden darin keine Ängste vor Vergiftungen erwähnt, welche gemäss Abklärungsperson dazu geführt hatten, dass der Versicherte nur noch Lebensmittel aus verschlossenen Originalpackungen konsumierte und fast alles von Hand ass. Aber auch die Unfähigkeit des Versicherten mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, wird im Bericht nicht beschrieben. Wohl war es zu Beginn des stationären Aufenthaltes zu einem fremdaggressiven Zwischenfall gekommen, während der Behandlung trat aber das fremdaggressive Verhalten und das Wahnerleben zunehmend in den Hintergrund, so dass auch die anfänglich auf dosierten Medikamente ohne Zustandverschlechterung wieder ausgeschlichen werden konnten. Aus dem Hinweis, dass eine Tagesstruktur etabliert werden müsse, kann jedenfalls nicht gefolgert werden, dass der Versicherte möglicherweise nicht mehr in der Lage sein könnte, Aussenkontakte wahrzunehmen oder selbständig zu wohnen. Immerhin war er bis zum Eintritt in die Klinik in einer geschützten Werkstatt tätig (vgl. Urk. 7/25/Zwischenanamnese). Auch dass sich der Versicherte selber nicht mehr wahrgenommen hat, kann dem Bericht nicht entnommen werden, fanden die Ärzte doch keine Ich-Störung. Im Gespräch zeigte der Versicherte laut Bericht keine Selbst- oder Fremdgefährdung, so dass keine Hinweise auf das Erfordernis auf persönliche Überwachung erkennbar waren. Allein aus der Feststellung der Ärzte, dass die Prognose bei fehlender Krankheitseinsicht und nur bedingter Therapiemotivation eher

zurückhaltend zu stellen sei, kann nicht gefolgert werden, dass der Versicherte im Zeitpunkt des amtlichen Revisionsverfahrens dauernder medizinischer Pflege bedurfte. Zu erwähnen bleibt insgesamt, dass die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums A.\_\_\_\_ die Frage, ob der Versicherte bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen sei, verneint und den Gesundheitszustand als stationär eingeschätzt haben.

#### **E. 4.4.2**

Weder aus dem Fragebogen für Revision der Invaliden rente/Hilflosen entschädigung noch aus dem Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums A.\_\_\_\_ ergaben sich für die Beschwerdegegnerin Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherte im Zeitpunkt des amtlichen Revisionsverfahrens Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung haben könnte. Auch der Rechtsvertreter des Versicherten und der Beschwerdeführerin, welcher am 14. August 2007 bei der Beschwerdegegnerin um Akteneinsicht ersucht hatte (Urk. 7/36) und welchem die Akten mit Schreiben vom 17. August 2007 (Urk. 7/38) zugestellt worden waren, ersuchte erst am 24. Juni 2008 um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung für seinen Mandanten. Hätten sich aus den Akten der Beschwerdegegnerin Hinweise auf einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung ergeben, müsste sich auch der Rechtsvertreter die Frage entgegenhalten lassen, weshalb er nicht bereits im August 2007 den entsprechenden Antrag für seinen Mandanten gestellt hat.

#### **E. 4.4.3**

Nach dem Dargelegten bestanden im Zeitpunkt des amtlichen Revisionsverfahrens keine Hinweise auf einen Anspruch des Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat damit den Beginn der Auszahlung wegen verspäteter Anmeldung zu Recht auf den 1. Juni 2007 gelegt.

#### **E. 4.4.4**

Anzufügen bleibt, dass Dr. B.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 5. Februar 2008 (Urk. 7/43) in keinem der täglichen Lebensverrichtungen eine Hilflosigkeit des Versicherten annahm, sondern lediglich die dauernde Pflege und die dauernde persönliche Überwachung als notwendig erachtete. Die Beschwerdegegnerin sprach die Hilflosenentschädigung aufgrund einer mittleren Hilflosigkeit allein gestützt auf die Aussagen der Angehörigen anlässlich der Abklärung vor Ort (vgl. Urk. 7/55) zu. Ob eine solche tatsächlich ausgewiesen ist, erscheint zumindest fraglich. Da der Versicherte nicht mehr lebt und weitergehende Abklärungen nicht mehr möglich sind, ist mit der Beschwerdegegnerin zugunsten des Versicherten von einer mittleren Hilflosigkeit auszugehen.

#### **E. 5**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 500.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der Einzelrichter erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes  
gesetzes 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, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der  
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,  
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der EinzelrichterDie Gerichtsschreiberin EnglerTiefenbacher

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