

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00855 vom 14. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00855

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00855 du 14 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00855 del 14 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), die Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) sowie die lebenspraktische Begleitung (Art. 38 Abs. 3 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) sind in den angefochtenen Verfügungen zutreffend angeführt (Urk. 2/1 S. 1, Urk. 2/2 S. 1 f.). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind bei der Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). Nicht zu berücksichtigen sind somit insbesondere soziokulturelle und psychosoziale Aspekte, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (Satz 1), sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen, die lediglich aus subjektiver Perspektive die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (Satz 2).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Die Beschwerdeführerin

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2007 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Seit diesem Zeitpunkt sei ihr die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin im Reinigungsdienst als auch eine andere Tätigkeit mit körperlich leichten bis mittelschweren Arbeiten in einem Pensum von 70 % zumutbar (Urk. 2/1 S. 1 unten). Ferner ging sie davon aus, dass die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung nicht erfüllt seien (Urk. 2/2 S. 2 Mitte).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Diagnosestellung und Beurteilung im Z.____-Gutachten widerspreche - in näher dargelegter Hinsicht (S. 10 ff. Ziff. 3 ff.) - allen übrigen

Arztberichten (S. 10 Ziff. 2). Es handle sich dabei um die andere Einschätzung eines gleich gebliebenen Sachverhalts (S. 13 Ziff. 8). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei ein Abzug von 15 % vom statistischen Tabellenlohn vorzunehmen (S. 16 Ziff. 15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Replik (Urk. 12) machte sie geltend, das von ihr eingeholte, am 14. Dezember 2009 erstattete Gutachten (vgl. Urk. 13/4) bestätigte, dass aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei (S. 7 Ziff. 10); ebenso werde ihre Hilflosigkeit bestätigt (S. 8 Ziff. 14 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einer weiteren Eingabe vertrat sie schliesslich unter Hinweis auf das Gutachten Müller/Reich vom 11. Februar 2010 (vgl. Urk. 25/2) den Standpunkt, auf das Z.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden, weil ein Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verletzendes besonderes Nähe- und Abhängigkeitsverhältnis des Z.____ zur Beschwerdeführerin bestehe (Urk. 24 S. 3 f. Ziff. 8).

2.3 Ä Ä Ä Ä Strittig und zu prägen ist - nebst allfälligen formellen Aspekten (nachstehend Erw. 3) - somit, auf welche ärztlichen Beurteilungen abzustellen ist sowie wie es sich mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin und damit den allfälligen Ansprüchen auf eine Rente und eine Hilflosenentschädigung verhält.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit sich die Beschwerdeführerin auf das Gutachten Müller/Reich vom 11. Februar 2010 (Urk. 25/2) beruft und gestützt darauf die Unabhängigkeit der Gutachter des Z.____ in Frage stellt, ist auf das Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 12. Mai 2010, 9C_304/2010, zu verweisen. In diesem Urteil führte das Bundesgericht aus, selbst wenn eine wirtschaftliche Abhängigkeit des Medizinischen Zentrums von der Invalidenversicherung bestehen würde, führe dies nicht zu einem formellen Ausstandsgrund. Wenn die wirtschaftliche Abhängigkeit eines von der Verwaltung beauftragten Gutachters einen gesetzlichen Ausstandsgrund darstellen würde, wäre - a fortiori - jeder Verwaltungsangestellte immer und ohne Weiteres befangen. Die Tatsache allein, dass eine Person, die an der Vorbereitung eines Entscheids beteiligt sei, für die Verwaltung arbeite und demzufolge die Aufgaben dieser Verwaltung wahrzunehmen habe, stelle offensichtlich keinen Ausstandsgrund dar; ansonsten müsste die gesamte Verwaltung bei allen ihren rechtsverbindlichen Handlungen stets in den Ausstand treten und könnte ihre Aufgaben gar nie wahrnehmen. Formelle Ausstandsgründe seien nicht schon dadurch gegeben, dass jemand der Verwaltung angehöre, sondern erst, wenn die Verwaltungsangestellten in der Sache persönlich befangen seien.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht fest, dass lediglich gestützt auf das genannte Gutachten - andere Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht ersichtlich - kein Anlass besteht, eine Befangenheit der betreffenden Gutachter anzunehmen, und es wird im Rahmen der Beweiswürdigung zu prägen sein, ob in materieller Hinsicht auf das Z.____-Gutachten abgestellt werden kann oder nicht.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Am 18. April 2004 zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Autounfall (vgl. Urk. 9/10/1) eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zu (Urk. 9/10/24 Ziff. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. A.____, Facharzt FMH Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 3. Februar 2005 (9/10/7-8 = 9/21/33-34) als Diagnose ein chronisches Cervicovertebral- / Cervicooccipitalsyndrom rechts bei/mit Status nach HWS-Distorsionstrauma am 18. April 2004 (Ziff. 1). Ab 7. Juni 2004 sei vom Hausarzt wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden (Ziff. 6).

4.2 Ä Ä Ä Ä Am 19. April 2005 wurde über eine in der RehaClinic B.____ erfolgte neuro-logische/neuropsychologische Standortbestimmung berichtet (Urk. 9/7/5-9 = Urk. 9/6/5-9 = Urk. 9/21/23-27). Dabei wurde folgende Diagnose genannt (S. 1):

Status nach Autounfall mit HWS-Distorsionstrauma am 18. April 2004 mit/bei

- chronifiziertem zerviko-okzipitalem und zerviko-vertebralem Schmerz-syndrom

- depressiver Entwicklung

- reduzierter psychophysischer Belastbarkeit

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Klinisch-neurologisch könne die Beschwerdeführerin kaum adäquat untersucht werden. Sie klagt über starke Schmerzen, so dass sie nicht optimal habe kooperieren können (S. 4 unten). In neuropsychologischer Hinsicht habe aufgrund fehlender Kooperationsfähigkeit, aber auch -bereitschaft, keine reguläre formale Untersuchung durchgeführt werden können (S. 5 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem am 28. April 2005 der Beschwerdegegnerin erstatteten Bericht (Urk. 9/7/1-4) wurden die gleichen Diagnosen genannt (lit. A), eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit Ende März (wohl 2005) attestiert - vorher habe die Beschwerdeführerin 100 % gearbeitet - (lit. B) und der Gesundheitszustand als besserungsfähig bezeichnet (lit. C.1).

4.3 Ä Ä Ä Ä Laut Austrittsbericht vom 22. April 2005 (Urk. 9/12/10-12 = Urk. 9/21/8-10) wurde die Beschwerdeführerin am 21. April 2005 vom Spital C.____ an das Zentrum D.____ (D.____) überwiesen, dies wegen depressiver Symptomatik und starken Kopfschmerzen. Sie sei jedoch nicht zu einer stationären Behandlung zu motivieren gewesen und umgehend wieder ausgetreten (S. 2 unten). Als Diagnose wurden eine mittelgradige depressive Episode und ein Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung genannt (S. 2 Mitte).

4.4 Ä Ä Ä Ä Dr. med. E.____, FMH für Allgemeinmedizin, berichtete der Beschwerdegegnerin am 25./26. April 2005 (Urk. 9/6/1-4). Er nannte die gleichen Diagnosen wie in den Berichten der RehaClinic B.____ sowie eine Chondropathia patellae links mit rezidivierenden Reizzuständen (lit. A). Er attestierte ab dem Unfalldatum Arbeitsunfähigkeiten von 50 und 100 %, letzteres unter anderem vom 18. bis am 30. April 2005 (lit. B). Es finde eine psychotherapeutische Betreuung sowie eine medikamentöse und analgetische Therapie und eine Physiotherapie statt. Mit zunehmender Verschlechterung sei zu rechnen (lit. D.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 25. April 2005 an den Unfallversicherer (Urk. 9/21/18-20) machte Dr. E.____ vergleichbare Angaben.

4.5 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete der Beschwerdegegnerin am 22. August 2005 einen Bericht (Urk. 9/12/1-4, teilweise = Urk. 9/21/6-7). Er führte aus, es hätten (lediglich) zwei Konsultationen (26. April und 5. Juli 2005) stattgefunden, da sich die Beschwerdeführerin den Weg in die Praxis nicht

selbstständig zutraue und der voll berufstätige Sohn sie nicht bringen könne (lit. D.1).

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (lit. A):

schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom

Differentialdiagnose (DD): maladaptives Schmerzbewältigungsmuster mit Symptomausweitung bei Status nach Autounfall am 18. April 2004 mit HWS-Distorsionstrauma mit zerviko-okzipitalem und zerviko-vertebralem Schmerzsyndrom

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine reduzierte psychische Belastbarkeit (lit. A).

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit Anfang April 2005 und eine solche von 100 % seit dem 21. April 2005 (lit. B).

Eine intensive ambulante Schmerztherapie und Psychotherapie waren an und für sich indiziert, scheiterten jedoch an fehlenden Sprachkenntnissen, am mangelnden Verständnis für die therapeutischen Möglichkeiten und möglicherweise der Therapiemotivation (lit. D.7).

4.6 Gemäss Austrittsbericht vom 25. August 2005 (Urk. 9/14 = Urk. 9/21/3-5) weilte die Beschwerdeführerin vom 22. bis 25. August 2005 im D.____, dies auf Zuweisung von Dr. E.____, gemäss dessen Angaben seit Jahresbeginn eine zunehmende psychische Verschlechterung aufgetreten sei, dies wohl auch im Zusammenhang mit einer ehelichen und familiären Situation (S. 1 unten). Bei den Eintrittsbefunden wurde unter anderem kaum kooperative Patientin, gibt widersprüchliche Angaben vermerkt (S. 2 Mitte). Ein Austrittsbefund wurde nicht angegeben (vgl. S. 4 oben).

Dr. E.____ führte in seinem Bericht vom 6. März 2006 aus, seit dem letzten Zeugnis aus dem Jahr 2004 sei es zu einer deutlichen psychischen Verschlechterung gekommen; die Beschwerdeführerin sei mehrmals im D.____ hospitalisiert gewesen, letztmals stationär vom 25. November 2005 bis 4. Januar 2006 (Urk. 9/27 lit. D.5). Seinem Bericht vom 11. April 2006 fügte Dr. E.____ den ausgefüllten Fragebogen betreffend Hilflosigkeit bei und führte aus, es bestehe eine schwere Depression; die Beschwerdeführerin benötige auch im Haushalt Unterstützung durch ihren Sohn sowie dauernde Überwachung wegen der Medikamenteneinnahme (Urk. 9/29 lit. D.5).

Im D.____ wurde gemäss Bericht vom 13. April 2006 eine somatoforme Schmerz-störung diagnostiziert (Urk. 9/31 lit. A).

4.7 Am 12. September 2007 erstatteten Dr. med. G.____, stellvertretender Oberarzt, und Dr. med. H.____, Leitender Arzt, D.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/46).

Sie stützten sich auf die ihnen vorliegenden Akten (S. 2 ff.) und die im Rahmen von drei Gesprächen (am 1. und 15. März sowie 4. April 2007) erhaltenen Angaben und getätigten Feststellungen (vgl. S. 1).

Einleitend wiesen die Gutachter darauf hin, dass ein geordnetes Gespräch kaum möglich gewesen sei, dies bei introvertiertem, teils mutistischem

Verhalten; wesentliche Sachverhalte seien im zweiten Gespräch vom dannzumal anwesenden Sohn erwähnt worden. Aufgrund der wenigen, meist vagen Angaben der Beschwerdeführerin habe sich die Erhebung der Anamnese schwierig gestaltet (S. 5 f.).

Nach der Wiedergabe der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (S. 6 ff.) und der objektiven Befunde (S. 9 f.) führten die Gutachter aus, ihre eigenen Untersuchungen unterstützten die - einzeln angeführten - früheren psychiatrischen Beurteilungen (S. 10 unten). Vorausgesetzt, dass eine körperliche Ursache (insbesondere eine Erkrankung der Nebennieren) ausgeschlossen sei, handle es sich in diagnostischer Hinsicht in Anwendung von ICD-10 um eine schwere depressive Episode sowie um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 11 oben).

Der Schweregrad der Symptomatik (Antriebsstörung, Einengung des formalen Denkens, sozialer Rückzug und andere Beschwerden des depressiven Syndroms) und die bisherigen (sowohl ambulanten inklusive psychopharmakologischer und Schmerzmedikation als auch - sowohl psychiatrisch als auch rheumatologisch - stationären) erfolglosen Behandlungsversuche begründeten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 11).

Die Restarbeitsfähigkeit im Haushalt schätzten die Gutachter auf 20 % (S. 12 Ziff. 3).

Am 12. Oktober 2008 berichtete Dr. med. I. über seine Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 9/64). Er führte aus, die Behandlung habe am 29. Januar 2008 begonnen und bis zum Behandlungsabbruch seitens der Beschwerdeführerin am 26. Mai 2008 gedauert (Ziff. 4.1-2). Als Diagnose nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (Ziff. 2.1).

Am 11. Oktober 2008 berichtete Dr. med. J., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, über ihre seit dem 7. Juli 2008 erfolgende Behandlung der Beschwerdeführerin (Urk. 9/65 Ziff. 4.1). Sie nannte die gleiche Diagnose wie Dr. I. (Ziff. 2.1) und verwies für die Frage nach der Arbeitsunfähigkeit auf den Hausarzt (Ziff. 3).

Am 20. Oktober 2008 erstatteten Dr. med. K., FMH Orthopädische Chirurgie, Fallführung, Dr. med. L., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. M., Facharzt für Neurologie, und Dr. med. N., FMH Innere Medizin, Z., ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/66).

Die Gutachter stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 7 f.) und die von ihnen am 16. September 2008 erhobenen Befunde (S. 8 ff.).

Der psychiatrische Teilgutachter berichtete unter anderem, das Gespräch habe im Beisein einer Dolmetscherin stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe resigniert und enttäuscht gewirkt, sei freundlich gewesen, habe die gestellten Fragen zwar bereitwillig beantwortet, jedoch wenig eingehend und oft nicht ausführlich, indem sie einfach gesagt habe, keine Angaben machen zu können. Auf gewisse sie interessierende Fragen, etwa die nach bisher erfolgten finanziellen Leistungen, sei sie hingegen eingehend eingegangen. Die Klagen über ihre körperlichen Beschwerden seien diffus gewesen. Neben Schmerzen habe sie über nächtliche Schlafschwierigkeiten geklagt und über die angespannte finanzielle Situation, den Verlust ihres Ansehens in der

Familie und dem Ehemann gegenüber und die soziale Isolation von ihren Landsleuten und Kolleginnen gesprochen. Sie habe sich eher ablehnend verhalten, dem Untersucher meist den Rücken zugewendet, gestöhnt und schwer geatmet, und so auch demonstrativ gewirkt. Vegetative Symptome seien sonst nicht erkennbar gewesen (S. 11 Ziff. 4.1.2).

Der psychiatrische Teilgutachter nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 4.1.3), die so auch in der Diagnosestellung des Gesamtgutachtens genannt wurden (S. 21 Ziff. 5.1):

- leichte bis mittelgradige depressive Episode

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %, dies durch die leichte bis mittelgradige depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Eine schwere psychische Störung liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal. Es lägen keine schweren Konzentrationsstörungen vor. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht gegeben. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht schwer gestört. Daher könne es der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70 % nachzugehen. Idealerweise handle es sich dabei um eine ganztägige Arbeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen (S. 12 Ziff. 4.1.5).

Die Beschwerdeführerin fühle sich selber nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Sie gehe nicht völlig adäquat mit ihren Beschwerden um und fühle sich durch diese mehr beeinträchtigt, als dies den objektiven Tatsachen entspreche. Die Haushaltarbeiten würden von der Familie, hauptsächlich der Schwiegertochter besorgt; dadurch entstehe ein sekundärer Krankheitsgewinn. Sie und ihr Ehemann seien auf die finanzielle Unterstützung der zu Hause lebenden Söhne angewiesen. Die psychosozialen Faktoren seien krankheitsfremd. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Depression und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung gesamthaft aber nur leicht eingeschränkt (S. 13 Ziff. 4.1.6).

Bezugnehmend auf frühere Beurteilungen, in denen teilweise eine Depression schweren Grades diagnostiziert worden war, wurde daraufhin gewiesen, dass differentialdiagnostisch von einem maladaptiven Schmerzbewältigungsmuster mit Symptomausweitung ausgegangen worden beziehungsweise (in neuropsychologischer Hinsicht) eine deutliche Aggravationstendenz festgehalten worden sei. Auch in der aktuellen Situation hätten sich - einzeln genannte - Inkonsistenzen ergeben. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn dadurch, dass die Haushaltarbeiten von anderen Familienmitgliedern besorgt würden. Ein emotionaler Rückzug, wie er bei einer mittelgradigen Depression vorhanden wäre, sei nicht deutlich ausgeprägt. Der soziale Rückzug sei auch durch den Rückzug der Kolleginnen bedingt, die schlecht verstehen könnten, warum die Beschwerdeführerin anhaltend krank sei und nicht mehr arbeite. Die nächtlichen Schlafschwierigkeiten seien dadurch verstärkt, dass sie am Tag keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgehe und sich auch hinlege. Sie sei nicht in einer engmaschigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung; eine solche wäre aber bei einer deutlichen psychischen Störung zu erwarten (S. 13 Ziff. 4.1.7).

Im Gesamtgutachten wurden die psychiatrischen Diagnosen als solche mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt sowie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 5.2):

- multilokuläres Schmerzsyndrom im Rahmen der zweitgenannten psychiatrischen Diagnose, aktuell ohne sicher fassbares klinisches Korrelat
- erhöhter HbA 1c-Wert aktuell
- Verdacht auf Diabetes mellitus
- Hypercholesterinämie

Die Arbeitsfähigkeit wurde im Gesamtgutachten sodann gleich umschrieben wie im psychiatrischen Teilgutachten, also mit 70 % (S. 22 f. Ziff. 6.2).

Dass sich die Beschwerdeführerin selber als in jeglicher Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig erachte, stehe in deutlichem Gegensatz zur gutachterlichen Beurteilung. Die Diskrepanz ergebe sich vor allem dadurch, dass die Beschwerdeführerin wohl davon ausgehe, sich vollständig gesund und motiviert fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Beschwerden zu verspüren dürfen, um einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können. Im Übrigen beständen bei Schmerzverarbeitungsstörungen immer höhere Selbstlimitierungen als es sich aus medizinischer Sicht, insbesondere im Sinne der zumutbaren Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht, begründen lasse (S. 23 f. Ziff. 6.5).

Vom 3. bis 5. November 2008 weilte die Beschwerdeführerin im Spital C., wo gemäss Austrittsbericht vom 4. November 2008 (Urk. 9/77) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte):

- somatoforme Schmerzstörung
- Thoraxschmerzen
- schwere major Depression
- chronische Kopfschmerzen
- Status nach HWS-Distorsion (April 2005)
- Polyarthrose
- Steatosis hepatis (September 2008)

Früher erfolgte Untersuchungen hätten keine Hinweise auf eine organische Ursache der geklagten Thoraxschmerzen ergeben. Bei einer psychiatrischen Begutachtung 2007 habe eine schwere major Depression und eine somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden können (S. 1 unten).

Sodann führten die berichterstattenden Ärzte aus, entgegen ihrer Empfehlung wünschten die Beschwerdeführerin und ihre Angehörigen keine stationäre Therapie der Depression. Die Schmerzsymptomatik sehen sie daher vor allem im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung, so dass die Therapie der Depression im Vordergrund stehe (S. 2 oben).

Am 1. März 2009 beantwortete Dr. I. ihm von der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin unterbreitete Fragen (Urk. 9/82/1-8). Dabei gab er an, er behandle

die Beschwerdeführerin seit dem 26. Mai 2008 (S. 1 Ziff. 1) - auf entsprechende, vom Gericht veranlasste Nachfrage (vgl. Urk. 10) präzisierter, dass die Behandlung am 29. Januar 2008 bei ihm begonnen habe und dann durch Dr. J.____ fortgesetzt worden sei (Urk. 13/1); gemäss den eingereichten Abrechnungen dauerte die Behandlung durch Dr. I.____ vom 29. Januar bis 26. Mai 2008 und diejenige durch Dr. J.____ vom 7. Juli bis 18. November 2008, ab 29. Januar 2009 behandelte wieder Dr. I.____ (Urk. 13/2). Sodann führte er näher aus, aus welchen Gründen er mit der im Z.____-Gutachten gestellten Diagnose (leichte bis mittelgradige depressive Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung) nicht übereinstimme, sondern seines Erachtens eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, zu diagnostizieren sei (S. 1 ff. Ziff. 2). Aus psychiatrischer Sicht bestehe seines Erachtens nicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, sondern eine solche von 0 % (S. 5 Ziff. 3). Seines Erachtens sei die Beschwerdeführerin auf lebenspraktische Begleitung angewiesen (S. 8 Ziff. 6).

4.12. Am 14. Dezember 2009 erstattete Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin (Urk. 13/4). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten, ein 1 ¾ Stunden dauerndes Gespräch mit der Beschwerdeführerin am 6. November 2009 und zusätzliche, weitgehend telefonisch erfolgte Angaben von deren Sohn und von behandelnder Seite (S. 0).

Er referierte die vorhandenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben der Beschwerdeführerin (S. 5 ff.), eingeholte fremdanamnestiche Angaben des Sohnes, von Dr. I.____ und von Dr. E.____ (S. 9 ff.) und die von ihm erhobenen Befunde (S. 14 ff.).

Als Diagnose nannte er eine rezidivierende depressive Störung schweren Grades ohne psychotische Symptome. Die dafür erforderlichen Kriterien seien erfüllt (S. 20 unten). Am Vorliegen einer depressiven Störung könne kein vernünftiger Zweifel bestehen; alle beurteilenden Fachärzte seien diesbezüglich zum gleichen Schluss gekommen, Unterschiede bezögen sich nur auf den Schweregrad und die resultierende Arbeitsfähigkeit (S. 21 oben).

Differentialdiagnostisch müsse eine Agoraphobie mit Panikattacken in Erwägung gezogen werden (S. 22).

Das vorliegende Schmerzsyndrom könne mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erklärt werden (S. 23). In beiden Fällen seien die - einzeln genannten - Foerster'schen Kriterien zu diskutieren, die mit einer Ausnahme erfüllt seien (S. 24 unten).

Sodann führte der Gutachter aus, seine Schlussfolgerungen deckten sich mit höchstens geringfügigen Unterschieden praktisch vollkommen mit den Befunden, der Beurteilung und den Diagnosen des D.____ vom September 2007 (S. 24 f.).

Schliesslich nannte der Gutachter die folgenden Diagnosen (S. 25 Ziff. 5):

- rezidivierende depressive Störung schweren Ausmasses ohne psychotische Symptome
- Agoraphobie mit Panikattacken
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Es sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben, sowohl angestammt wie behinderungsangepasst; entscheidend seien dabei die schweren Einschränkungen betreffend Antrieb, Belastbarkeit, kognitiver Störungen, Ängstlichkeit/Unsicherheit und Kontaktstörungen, sowie die Störung der affektiven Regulation und der Impulskontrolle (S. 26 oben).

Die Einschränkungen seien nicht zumutbarerweise überwindbar. Es sei gerade für depressive Erkrankungen kennzeichnend, dass diese mit einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit zu Wollens einhergingen (S. 26 Mitte). Sodann bejahte der Gutachter mit einer Ausnahme die ihm gestellten, die Foerster'schen Kriterien betreffenden Fragen (S. 26 ff. Ziff. 8), wie auch jene betreffend Hilflosigkeit (S. 28 f. Ziff. 10).

Die Einschätzung im Z.____-Gutachten, wonach eine depressive Störung von leichtem bis mittelgradigem Ausmass vorliege, könne nicht geteilt werden (S. 30 oben). Bei der Auflistung der psychopathologischen Befunde änden sich - einzeln genannte - fraglichen Punkte oder Widersprüche (S. 30 f.).

Sodann führte der Gutachter aus, seine Einschätzung weiche auch - aus näher dargelegten Gründen - von derjenigen des RAD-Psychiaters ab (S. 32 f.).

4.13 In einer Stellungnahme vom 3. Februar 2010 (Urk. 21/1) wies der RAD-Psychiater darauf hin, dass Dr. O.____ trotz entsprechender Hinweise überhaupt nicht auf eine mögliche Selbstlimitation der Beschwerdeführerin eingehe (S. 2 Ziff. 1). Die Beurteilung der Depression als leicht bis mittelgradig finde sich durchaus nicht erst im Z.____-Gutachten; so sprächen beispielsweise Dr. I.____ und Dr. J.____ in ihren Berichten vom Oktober 2008 von einer mittelschweren Episode. Dass Dr. I.____ nur wenige Monate später - nach ergangenem Vorbescheid - plötzlich von einer schweren depressiven Störung spreche, könne nicht nachvollzogen werden. Auch im Austrittsbericht des D.____ vom April 2005 sei übrigens dieselbe Diagnose gestellt worden (S. 3 Ziff. 2).

Der psychiatrische Teilgutachter und der Leiter des Z.____ nahmen am 11. März 2010 Stellung (Urk. 21/2). Sie führten aus, für die von Dr. O.____ im psychopathologischen Befund angegebene Desorientiertheit habe es im Rahmen der Begutachtung keine Anhaltspunkte gegeben; namentlich habe die Beschwerdeführerin keine Mühe gehabt, sich im Z.____ zu orientieren (S. 1 unten). Beim Gutachten von Dr. O.____ handle es sich um eine andere Beurteilung desselben Gesundheitszustands. Er sei in seiner Beurteilung viel zu grosszügig, halte sich nicht genau an die diagnostischen Kriterien der ICD-10, habe bei der Exploration vermutlich zu viele konkrete Fragen gestellt und die Antworten der Beschwerdeführerin auch nicht im Kontext ihrer Mentalität beurteilt. Er habe auch die heute geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien zur Einschätzung der psychischen Ressourcen nicht richtig berücksichtigt. Vor allem aber habe er die subjektive Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt (S. 3).

4.14 Am 10. Mai 2010 nahm Dr. O.____ noch einmal Stellung (Urk. 25/1). Er wies daraufhin, die Stichworte einer allfälligen Rentenbegehrllichkeit oder einer Aggravation seien erst- und letztmals im April 2005 genannt worden. Seither finde sich in den Akten kein solcher Hinweis mehr. Bei der Diagnose einer schweren Depression stelle sich die Frage der Aggravation gar nicht, weil die Symptomatik der Depression vorherrschend sei

(S. 1). Eine Depression von mittlerem oder schwerem Grad schliesse es eo ipso aus, dass der Patient fähig sei, den bewusstseinsnahen Willen und die notwendige Aktivität aufzubringen, um das Gegenüber gewissermassen demonstrativ zu beeinflussen (S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausser denjenigen des Z. ___ seien alle mit der Beschwerdeführerin befassten Ärzte wiederholt zum Schluss gelangt, dass eine mittelgradige, oft sogar schwere Depression vorliege. Schwankungen des Schweregrades lägen in der Natur der depressiven Entwicklung (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann äusserte sich Dr. O. ___ kritisch zu verschiedenen Aspekten des Z. ___-Gutachtens (S. 3 ff.).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Was die Beschwerden der Beschwerdeführerin betrifft, so ergibt sich aus den vorhandenen Unterlagen übereinstimmend, dass in somatischer Hinsicht keine nennenswerten oder einem objektivierbaren Korrelat zuzuordnende Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten wurden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von Belang - und strittig - sind ausschliesslich Beeinträchtigungen psychischer Art und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

5.2 Ä Ä Ä Im Hinblick auf die Würdigung der ärztlichen Beurteilungen ist sodann eine Klarstellung erforderlich. Beide Parteien haben Einschätzungen, denen ihres Erachtens nicht zu folgen sei, als lediglich andere Beurteilungen eines gleich gebliebenen Sachverhalts und als schon aus diesem Grunde unmassgeblich bezeichnet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Figur gehört jedoch (ausschliesslich) in den Zusammenhang einer revisionsweisen Neubeurteilung der Verhältnisse. Im Fall der allfälligen Leistungsanpassung gemäss Art. 17 ATSG entspricht es effektiv dem Stand der geltenden Rechtsprechung, dass frühere Beurteilungen, die zu einer Leistungszusprache geführt haben, in dem Sinne privilegiert sind, als sie auch dann als massgebend gelten, wenn spätere und möglicherweise deutlich überzeugendere Beurteilungen vorliegen, aber der Sachverhalt unverändert geblieben ist (dazu eingehend: Hans-Jakob Mosimann, Leistungsanpassung zwischen Besitzstand und objektiver Richtigkeit, in: Gabriela Riemer-Kafka / Alexandra Rumo-Jungo, Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, Bern 2010, S. 507 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Handelt es sich jedoch nicht um die Anpassung einer bereits zugesprochenen Leistung, so gibt es keine solche Privilegierung bestimmter Beurteilungen nach Entstehungszeitpunkt. Die im Entscheidzeitpunkt verfügbaren Beurteilungen stehen diesbezüglich alle auf der gleichen Stufe und sind von der Rechtsanwendung im Rahmen der pflichtgemässen Beweiswürdigung auf ihre Verwertbarkeit und Überzeugungskraft zu prüfen.

5.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend bestehen zwischen den verschiedenen ärztlichen Beurteilungen vor-dergründig vor allem Differenzen, was den Schweregrad der praktisch durchgehend diagnostizierten Depressivität betrifft.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass in den meisten Beurteilungen auch eine somatoforme Schmerzstörung (D. ___-Bericht vom April 2006, vorstehend Erw. 4.6; D. ___-Gutachten vom September 2007, vorstehend Erw. 4.7; Z. ___-Gutachten vom Oktober 2008, vorstehend Erw. 4.9; Austrittsbericht Spital C. ___

vom November 2008; vorstehend Erw. 4.10) oder eine aus rechtlicher Sicht vergleichbare Beeinträchtigung (Dr. F.____ differentialdiagnostisch im August 2005, vorstehend Erw. 4.5; Dr. O.____ im Gutachten vom Dezember 2009, vorstehend Erw. 4.12) diagnostiziert wurde.

Die Depression wurde von Dr. F.____ im August 2005 (vorstehend Erw. 4.5), im D.____-Gutachten vom September 2007 (vorstehend Erw. 4.7; wiederholt im Austrittsbericht Spital C.____ vom November 2008, vorstehend Erw. 4.10) und von Dr. O.____ im Gutachten vom Dezember 2009 (vorstehend Erw. 4.12) als schwergradig eingestuft, von Dr. I.____ und von Dr. J.____ im Oktober 2008 als mittelgradig (vorstehend Erw. 4.8), und im Z.____-Gutachten vom Oktober 2008 als leicht bis mittelgradig (vorstehend Erw. 4.9).

Aus der Sicht der Rechtsanwendung ist jedoch nicht die genaue diagnostische Kategorisierung insbesondere der depressiven Problematik entscheidend, zumal anerkannt ist, dass der Schweregrad einer Depression auch Schwankungen unterliegt und deshalb je nach Beurteilungszeitpunkt unterschiedlich ausfallen kann.

Ebenso ist es nicht Sache der Rechtsanwendung, die fachlichen Kontroversen - wenn es denn solche sind - unter den beteiligten Psychiatern (bezüglich der richtigen Fragetechnik bei der Befunderhebung oder der Substantiierung erhobener Befunde, und anderem mehr; vorstehend Erw. 4.13 und 4.14) zu beurteilen, auch wenn solche Aspekte den grössten Teil der Beschwerdebeurteilung ausmachen (Urk. 1 S. 10-15 Ziff. 3-13).

Entscheidend ist vielmehr im Hinblick auf den Invaliditätsgrad und einen allfälligen Rentenanspruch, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit auch in leidensangepasster Tätigkeit verhält, und welche der Beurteilungen, die den praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.3) soweit gemäss, diesbezüglich am überzeugendsten ausfällt.

Die Beurteilung durch Dr. F.____ im August 2005 (vorstehend Erw. 4.5) basierte auf nur zwei Behandlungsterminen und liegt derart weit zurück, dass sie nicht zu berücksichtigen ist.

Dr. I.____ und Dr. J.____, bei denen die Beschwerdeführerin in grösseren Abständen - Dr. I.____ (vgl. Urk. 13/2) - beziehungsweise für kurze Zeit - Dr. J.____ - in Behandlung war (vorstehend Erw. 4.11), äusserten sich ursprünglich nicht zur Arbeitsfähigkeit (vorstehend Erw. 4.8). Erst im März 2009 nahm Dr. I.____ auf entsprechende Fragen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin zum Z.____-Gutachten Stellung und postulierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % anstelle einer solchen von 30 % gemäss Z.____-Gutachten (vorstehend Erw. 4.11).

Dies vermag nicht zu überzeugen, insbesondere weil eine allzu grosse Diskrepanz zwischen dem wenige Monate zuvor erstatteten Bericht (in welchem er bezeichnenderweise auch noch keine schwere, sondern eine mittelgradige Depression diagnostiziert hatte) und den nunmehr auf entsprechende Anfrage und ohne Nachfrage Begründung gelieferten Antworten besteht.

Auch Dr. O.____ attestierte im Dezember 2009 in einem Gutachten, das von der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin in Auftrag gegeben worden war, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vorstehend Erw. 4.12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bemerkenswert am Gutachten von Dr. O. ___ ist vorab, dass die Exploration der Beschwerdeführerin als von verhältnismässig kurzer Dauer erscheint, dies insbesondere im Vergleich mit den zahlreich eingeholten Auskünften Dritter, deren Grad an Objektivität angesichts ihrer Position als Sohn beziehungsweise behandelnde Ärzte der Beschwerdeführerin erheblichen Zweifeln ausgesetzt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann ist der gegenseitige Stellenwert der vom Gutachter gestellten (drei) Diagnosen unklar. Er legte grossen Wert auf die Frage, welchen Schweregrad die (nicht nur) von ihm diagnostizierte Depression habe. Die Agoraphobie sodann bezeichnete er in seinen Darlegungen ausdrücklich als differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen, nannte sie schliesslich jedoch auf gleicher Stufe wie die anderen von ihm gestellten Diagnosen. Hinsichtlich der auch noch diagnostizierten chronischen Schmerzstörung erlutete er zwar, weshalb diese Diagnose derjenigen einer somatoformen Schmerzstörung vorzuziehen sei, nicht aber, wie sie sich zu den beiden andern von ihm genannten Diagnosen verhalte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sein solle, begründete er mit den schweren Einschränkungen hinsichtlich verschiedener Aspekte. Keine Erwähnung fand in diesem Zusammenhang, dass im Z. ___-Gutachten die Arbeitsfähigkeit immerhin mit 70 % veranschlagt wurde; dies fällt umso mehr ins Gewicht, als sich Dr. O. ___ hinsichtlich weniger zentraler Aspekte angelegentlich mit dem Z. ___-Gutachten auseinandersetzte. Hinsichtlich der allfälligen Überwindbarkeit schliesslich erachtete Dr. O. ___ ausschliesslich den - gerade umstrittenen - Schweregrad der Depression als ausschlaggebend, was seiner Argumentation eine etwas zirkelhafte Wendung verleiht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt bleibt festzuhalten, dass auf die von Dr. O. ___ postulierte Arbeitsunfähigkeit (von 100 %) nicht abgestellt werden kann.

5.6 Ä Ä Ä Auch im Gutachten der Ärzte des D. ___ vom September 2007 - wo die Beschwerdeführerin, wenn auch nicht bei den gleichen Ärzten, stationär behandelt worden war (vorstehend Erw. 4.6) - wurde ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (vorstehend Erw. 4.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diagnostisch äusserten sich die Gutachter nicht zur für die Rechtsanwendung wichtigen Frage, wie sich die von ihnen diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu der ebenfalls diagnostizierten Depression schweren Grades verhalte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sodann begründeten auch sie mit dem - in Berücksichtigung aller Beurteilungen gerade fraglichen - Schweregrad der Symptomatik.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entscheidend ins Gewicht fällt sodann, dass die Gutachter selber angaben, ein geordnetes Gespräch mit der Beschwerdeführerin sei kaum möglich gewesen und die Erhebung der Anamnese habe sich schwierig gestaltet. Von ihnen als wesentlich erachtete Sachverhalte erfuhren sie nicht von der als introvertiert, teils mutistisch sich verhaltend beschriebenen Beschwerdeführerin, sondern von deren Sohn. Wieweit auch rein sprachliche Schwierigkeiten dazu beigetragen haben, muss offen bleiben, erwähnten die Gutachter doch nicht, ob eine aussenstehende Übersetzungshilfe einbezogen wurde (was darauf schliessen lässt, dass dies nicht der Fall war).

Die genannten Unklarheiten, Unschärfen und Mängel des D.____-Gutachtens führen zum Schluss, dass nicht entscheidend darauf abgestellt werden kann.

5.7 Diesbezüglich ist das Z.____-Gutachten nicht zu beanstanden. Es wurde mit Hilfe einer Dolmetscherin geführt. Gemäss den - im Unterschied zu anderen Aspekten unbeanstandet gebliebenen - Darlegungen im Gutachten war es möglich, mit der Beschwerdeführerin ein Gespräch zu führen, auch wenn deren Bereitschaft, sich mit substanziellen Antworten daran zu beteiligen oder aber keine Angaben machen zu können, je nach Thematik deutlich variiert zu haben scheint.

Auch die Darlegungen im Gutachten hinsichtlich der Bedeutung psychosozialer Umstände und der allfälligen teilweisen Überwindbarkeit der die Beschwerdeführerin behindernden Schwierigkeiten sind nachvollziehbar und einleuchtend. Bereits 2005 war im Zusammenhang mit der psychischen Befindlichkeit eine eheliche und familiäre Situation genannt worden (vorstehend Erw. 4.6), und 2008 wurde gar festgehalten, die Beschwerdeführerin und ihre Angehörigen hätten eine aus medizinischer Sicht angezeigte stationäre Behandlung der psychischen Problematik abgelehnt (vorstehend Erw. 4.10). Dies weist auch mit aller Deutlichkeit darauf hin, dass die Beschwerdeführerin keineswegs die erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten wahrgenommen hat, wie dies bereits 2005 berichtet (vorstehend Erw. 4.3 und Erw. 4.5) und die Beschwerdeführerin als kaum kooperativ beschrieben wurde (Erw. 4.6). Nicht zu vernachlässigen ist schliesslich, dass eine psychotherapeutische Behandlung nur in sehr lockeren Abstufen erfolgt ist (vgl. Urk. 13/2).

Dass kein primärer Krankheitsgewinn auszumachen ist, kann als erstellt gelten. Zwar wurde den Z.____-Gutachtern vorgehalten, es lasse sich nicht im Rahmen eines Gutachtens feststellen, dass kein entsprechender innerseelischer Konflikt (dessen Somatisierung als primärer Krankheitsgewinn bezeichnet wird) bestehe. Entscheidend ist jedoch, dass auch alle anderen psychiatrischen Beurteilungen, auch von behandelnder Seite, keine Hinweise enthalten, die auf solchiges schliessen liessen. Umgekehrt ist ein sekundärer Krankheitsgewinn, nämlich die familiäre Zuwendung, offensichtlich.

Vor diesem Hintergrund ist - bei unbestrittenermassen fehlenden namhaften somatischen Beeinträchtigungen - die Schlussfolgerung im Z.____-Gutachten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen eingeschränkt ist, jedoch nicht zu 100 %, sondern im Umfang von 30 %, gut abgestützt, wohlbegründet und in jeder Beziehung nachvollziehbar.

Darauf ist mithin abzustellen und der Sachverhalt als diesbezüglich erstellt zu erachten.

E. 6

6.1 Im Zusammenhang mit der Invaliditätsbemessung hat die Beschwerdeführerin geltend gemacht, falls sie als zu 70 % arbeitsfähig erachtet werde, sei ein Abzug von 15 % vom statistischen Tabellenlohn angezeigt, weil ihr nur noch Teilzeitarbeit zumutbar sei (Urk. 1 S. 16 f. Ziff. 15, Urk. 12 S. 9 Ziff. 15).

Damit befindet sie sich im Gegensatz zur massgebenden Rechtsprechung, die bei Männern einen entsprechenden Abzug vorsieht, nicht aber bei

Frauen in Hilfstätigkeiten, weil statistisch belegt ist, dass deren Stundenlohn höher (und nicht tiefer) ist als bei vollem Pensum (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2009, 9C_708/2009 Erw. 2.1.1).

Im Übrigen wurde die Invaliditätsbemessung nicht in Frage gestellt, was nach Lage der Akten (vgl. Urk. 9/70) richtig ist.

Somit erweisen sich der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad und damit die Verneinung eines Rentenanspruchs als zutreffend.

Diesbezüglich ist die Beschwerde deshalb abzuweisen.

6.2. Betreffend Hilfenentschädigung wurde zur Hauptsache geltend gemacht, dass der Beschwerdeführerin die Medikamente bereit gestellt werden müssten, sie auch schon Medikamente unkontrolliert eingenommen und schon mehrmals vergessen habe, die Herdplatte auszuschalten (Urk. 12 S. 8 Ziff. 14).

Damit ist jedoch weder das Erfordernis der regelmässigen Überwachung (vgl. BGE 107 V 139 Erw. 1b) noch jenes der lebenspraktischen Begleitung (vgl. Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV; BGE 133 V 450) erstellt, so dass sich diesbezüglich Weiterungen erübrigen.

Somit ist auch die einen Hilfenentschädigungsanspruch verneinende Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde auch in diesem Punkt abzuweisen.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Gabriella Mattaller
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.