

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00535 vom 31. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00535

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00535 du 31 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00535 del 31 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtenen Verfügungen sind am 27. April und 3. Mai 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit Dauerleistungen betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor,

wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Â Â Â Â Â Â Â Â Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt.

Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.3 Â Â Â Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4 Â Â Â Â Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und aller Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.5 Â Â Â Â Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 ter IVG) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung).

Â Â Â Â Â Â Â Â Nach der Gerichts- und Verwaltungspraxis wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem

im Haushalt) ermittelt; die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, beurteilt sich mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, so die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse. Im Rahmen der gemischten Methode bestimmt sich die Invalidität dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. Erw. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 134 V 9).

1.6 Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis IVG. 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 IVV). Praxisgemäss (BGE 121 V 90 E. 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 E. 3c, 125 V 303 E. 4a).

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

- a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist;
- b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf;
- c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf;
- d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann; oder
- e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist.

1.8 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:

ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann;

für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist; oder

ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ist lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen (Art. 38 Abs. 2 IVV).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu berücksichtigen ist nur diejenige lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit den in Absatz 1 erwähnten Situationen erforderlich ist. Nicht darunter fallen insbesondere Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen vormundschaftlicher Massnahmen nach Art. 398-419 des Zivilgesetzbuches (Art. 38 Abs. 3 IVV).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Anspruch auf Berücksichtigung des Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung ist nicht auf Menschen mit Beeinträchtigung der psychischen oder geistigen Gesundheit beschränkt. Es ist durchaus möglich, dass auch andere Behinderte einen Bedarf an lebenspraktischer Begleitung geltend machen können. Zu denken ist insbesondere an hirnerkrankte Menschen (BGE 133 V 450 E. 2.2.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unerheblich ist, in welcher Umgebung sich die versicherte Person - abgesehen davon, dass sie ausserhalb des Heims wohnen muss - aufhält und ob sie auf die Hilfe des Ehegatten, der I.____er oder der Eltern zählen kann (BGE 133 V 450 E. 2.2.3 und 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als regelmässig im Sinne von Art. 38 Abs. 3 Satz 1 IVV gilt die lebenspraktische Begleitung, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens 2 Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 133 V 450 E. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die lebenspraktische Begleitung beinhaltet weder die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege noch die Überwachung. Sie stellt vielmehr ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar (BGE 133 V 450 E. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Gesetz macht den Anspruch auf Hilfenentschädigung nicht davon abhängig, ob die lebenspraktische Begleitung kostenlos erfolgt oder nicht (BGE 133 V 472 E. 5.3.2).

1.9 Ä Ä Ä Ä 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 würdigen 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 prüfen 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 134 V 231 Erw. 5.1; 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. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin machte im Wesentlichen geltend, laut dem Y.-Gutachten sei der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte bis mittelschwere aussergewöhnliche Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten zu 70 % zumutbar. Ihre Abklärungen vor Ort betreffend Einschränkung im Aufgabenbereich hätten ergeben, dass für die ganztägige Haushaltführung eine Einschränkung von 19 % bestehe. Aufgrund der Angaben, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit einer Erwerbstätigkeit nachginge, qualifiziere sie die Beschwerdeführerin als zu 50 % im Erwerbsbereich und zu 50 % im Aufgabenbereich tätig. Da die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung absolviert habe, seien sowohl Validen- wie auch Invalideneinkommen gestützt auf die Erhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu berechnen. Unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn von 10 % ergebe sich eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 10 %. Damit betrage der Invaliditätsgrad 15 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2/1 S. 2). Betreffend Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung habe die Abklärung vor Ort ergeben, dass die Beschwerdeführerin in sämtlichen Bereichen der Lebensverrichtungen selbständig sei. Es bestehe weder Pflege- noch Überwachungsbedürftigkeit. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Ausrichtung der lebenspraktischen Begleitung seien ebenfalls nicht erfüllt (Urk. 2/2 S. 2).

2.2 Die Beschwerdeführerin hält dem zusammengefasst entgegen, das Y.-Gutachten sei mangels Unabhängigkeit des Y. unbeachtlich und aus den Akten zu weisen (Urk. 1 S. 6). Inhaltlich sei es zu bemängeln, da es sich nicht auf eine vollständige Aktenlage stütze, im psychiatrischen Teilgutachten die Kriterien einer schweren Depression unklar, zufällig und nicht ICD-10-konform verwende und die Diagnose daher weder nachvollziehbar noch schlüssig sei, der Einschätzung des Z., der behandelnden Psychiaterin wie auch der Hausärztin widerspreche und die psychiatrische Begutachtung lediglich auf einem einstündigen Gespräch basiere (Urk. 1 S. 7-9 und S. 14). Weiter sei der Abklärungsbericht im Haushalt keine beweistaugliche Grundlage, da es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität gehe (Urk. 1 S. 16). Bei einer ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 100 % für alle beruflichen Tätigkeiten sowie zwischen 80 und 100 % für Haushaltstätigkeiten spiele die Qualifikation keine Rolle, resultiere doch so oder so ein Invaliditätsgrad von 70 %, was zur Zusprechung einer ganzen Invalidenrente ab 1. November 2006 führe (Urk. 1 S. 18). Da sie in der Lebensverrichtung Fortbewegung und Kontaktaufnahme dauernd auf die Hilfe Dritter und auf persönliche Überwachung angewiesen sei sowie ein klarer Bedarf an lebenspraktischer Begleitung vorliege, habe sie einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades ab dem 1. Januar 2006 (Urk. 1 S. 19).

2.3 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdeführerin die Ansprüche auf eine Invalidenrente sowie eine Hilflosenentschädigung zu Recht abgewiesen hat.

3. Soweit sich die Beschwerdeführerin auf das Gutachten von Prof. B. und Dr. C. vom 11. Februar 2010 (Urk. 1 S. 6 Ziff. 1.1 f.) beruft und gestützt darauf

die Unabhängigkeit der Gutachter des Y.____ in Frage stellt, ist auf das Urteil des Bundesgerichts in Sachen K. vom 12. Mai 2010, 9C_304/2010, zu verweisen. Mit der diesem Urteil zugrundegelegenen Beschwerde an das Bundesgericht wurde das Gutachten von Prof. B.____ und Dr. C.____ ebenfalls eingereicht und geltend gemacht, wegen der wirtschaftlichen Abhängigkeit sei die Medizinische Abklärungsstelle, die den Beschwerdeführer im Rahmen des Verwaltungsverfahrens im Auftrag der IV-Stelle begutachtet hatte, nicht unabhängig, und es liege deshalb ein gesetzlicher Ausstandsgrund nach Art. 92 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vor. Das Bundesgericht führte dazu aus, selbst wenn eine wirtschaftliche Abhängigkeit des Medizinischen Zentrums von der Invalidenversicherung bestehen würde, führe dies nicht zu einem formellen Ausstandsgrund im Sinne von Art. 92 BGG. 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 im Sinne von Art. 92 BGG 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 Ä Damit dringt der Einwand der Beschwerdeführerin, das Y.____ sei wegen des Vertragsverhältnisses zum Bundesamt für Sozialversicherungen mit garantiertem Auftragsvolumen nicht unabhängig im Sinne von Art. 44 ATSG, nicht durch. Der Umstand, dass das Y.____ jährlich für mehrere Millionen Franken Gutachten zuhanden der Invalidenversicherung erstellt, stellt keinen Grund dar, an der Unabhängigkeit der Gutachter zu zweifeln. Persönliche Befangenheitsgründe gegen die einzelnen Gutachter werden nicht vorgebracht und sind nach der Aktenlage nicht ersichtlich. Damit wird im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen sein, ob in materieller Hinsicht auf das Gutachten abgestellt werden kann oder nicht.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bei einer Auffahrkollision am 9. November 2005 ein Distorsionstrauma der HWS erlitt. Gleichentags suchte sie die Notfallstation des Spitals D.____ auf. In den konventionellen Röntgenbildern von HWS, Brustwirbelsäule (BWS), Schädel und Denszielaufnahme zeigten sich keine frischen knöchernen Läsionen, jedoch beklagte sie zwei Tage später massive Kopf-, Rücken-, Schulter- und Armschmerzen sowie Schlafstörungen (Urk. 8/14/12, Urk. 3/9). Trotz der durch die Hausärztin Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, umgehend etablierten medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlung erfolgte eine sehr rasche Chronifizierung der Schmerzen (Urk. 3/4, Urk. 3/9). Auch die Ende Januar 2006 durchgeführte MRT (=Kernspinresonanztomographie) des Schädels und der HWS fielen unauffällig aus (Urk. 8/14/13). Dr. E.____ überwies die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 7. April 2006 (Urk. 8/14/12-13) an die Neurologin Dr. med. F.____. Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für Neurologie, welche am 9. Mai 2006 die Untersuchung der Beschwerdeführerin anstelle von Dr. F.____ durchgeführt hatte, diagnostizierte im Bericht vom 15. Mai 2006 (Urk. 8/14/14-15)

zuhanden von Dr. E. ___ ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit Weichteilrheumatismus sowie chronischen Spannungstyp-Kopfschmerzen und (subjektiv) neuropsychologischen Defiziten bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 9. November 2005. Sie empfahl - mit einem Fragezeichen hinsichtlich der Compliance der Beschwerdeführerin - den Ausbau der Psychopharmakabehandlung und eine Stimmungsmodulation mit einem Antiepileptikum sowie einen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik. Da die Beschwerdeführerin seit mehreren Monaten unter Oberbauchschmerzen und einem ausgeprägten postprandialen Völlegefühl mit Blähungen litt, unterzog sie sich am 23. August 2006 einer Gastroskopie im Spital H. ___, welche bei sonst unauffälligem Befund eine minime Gastritis im Korpus aufzeigte (Urk. 8/14/19). Die Beschwerdeführerin beklagte weiterhin unveränderte Schmerzen von Kopf bis Fuss, weshalb sie Dr. E. ___ zur verhaltenstherapeutischen Behandlung an Dr. med. I. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, überwies (Urk. 8/57/11). Diese diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und überwies die Beschwerdeführerin nach sechs Sitzungen mit Schreiben vom 16. April 2007 (Urk. 8/14/21-22) zur umfassenden sozialpsychiatrischen Begleitung der ganzen Familie an das J. ___. Auch dort zeitigten die von April 2007 bis Mai 2008 unternommenen ambulanten antidepressiven Behandlungsversuche keinerlei Wirkung (Urk. 8/2/4, Urk. 8/49, Urk. 8/50). Aus Zuständigkeitsgründen wurde die Beschwerdeführerin ab Juni 2008 zur weiteren Behandlung in der psychiatrischen Klinik K. ___ angemeldet (Urk. 8/50).

E. 4.2

4.2.1.1. Dr. E. ___ hielt im Bericht vom 14. November 2007 (Urk. 8/14) zuhanden der IV-Stelle die Diagnosen (1) schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, (2) somatoforme Schmerzstörung nach Distorsionstrauma der HWS sowie (3) persistierende Dyspepsie nach Eradikation bei Helicobacter-Gastritis fest. Sie führte als eigene Befunde wenig Mimik, wenig Blickkontakt, leise Stimme auf und verwies im übrigen auf die beigelegten spezialärztlichen Berichte. Sie attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. November 2005 bis Berichtdatum. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Sie nehme alle Behandlungsmöglichkeiten wahr. Die Arbeitsfähigkeit könne verbessert werden durch medizinische Massnahmen, eventuell durch ein Schmerzprogramm in albanischer Sprache. Bei den alltäglichen Lebensverrichtungen sei die Beschwerdeführerin nicht auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen (Urk. 8/14/8-11).

4.2.2. Die behandelnde Ärztin am J. ___, med. pract. L. ___, berichtete am 20. Februar 2008 zuhanden der IV-Stelle (Urk. 8/17), die Beschwerdeführerin sei im Haushalt zu 100 % arbeitsunfähig. Eine verlässliche Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht lasse sich nicht angeben. Aufgrund der seit etwa drei Jahren bestehenden, massiv eingeschränkten Arbeitsfähigkeit im Haushalt sei auch mit einer Zunahme der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht kaum zu rechnen (Urk. 8/17/7). Die ambulante psychiatrische Behandlung beinhalte eine supportive Gesprächstherapie mit Übersetzerin, weshalb es sich nicht um eine psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne handle. Daneben finde eine pharmakologische Behandlung statt. Klare Hinweise für eine schlechte Medikamenten-Compliance gebe es derzeit nicht, obschon bei der Beschwerdeführerin bisher kein Medikamentenspiegel im Blut bestimmt worden sei. Die Beurteilung der antidepressiven Wirksamkeit der Medikation werde dadurch

erschwert, dass eine Kommunikation mit der Beschwerdeführerin nur mittels Dolmetscherin möglich sei. Für eine zumindest partielle Wirksamkeit der antidepressiven Behandlung spreche, dass die Beschwerdeführerin im Behandlungsverlauf im Gesprächskontakt zugänglicher und im Gespräch selbst aktiver geworden sei. Inwieweit diese geringgradige Zustandsverbesserung der Beschwerdeführerin auf die Medikation oder auf die supportive Betreuung zurückzuführen sei, lasse sich nicht schlüssig beantworten. Prognostisch günstig sei, dass die Beschwerdeführerin die ambulante Behandlung regelmässig wahrnehme und in Bezug auf die I. ___-erbetreuung ihre aktuell geringen Ressourcen aktivieren könne. Prognostisch ungünstig sei das scheinbar therapieresistente depressive Zustandsbild trotz adäquater Behandlungsversuche, die chronifizierte Schmerzstellung, fehlende Ressourcen im Sinne mangelnder Integration in der Schweiz, die Fixierung auf den kausalen Zusammenhang des Unfalls im November 2005 und die aktuelle Symptomatik. Der Gesundheitszustand sei stationär, die Arbeitsfähigkeit lasse sich durch medizinische Massnahmen nicht verbessern (Urk. 8/17/9). Bei den alltäglichen Lebensverrichtungen sei die Beschwerdeführerin auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Anamnestisch dauere die Spitexbetreuung bis jetzt an (Urk. 8/17/10).

4.2.3.4 Im Gutachten des Y. ___ vom 3. November 2008 (Urk. 8/28) hielten die Gutachter unter **Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit** (1) eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1), (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstellung (ICD-10 F45.4), (3) ein HWS-Syndrom ohne radikuläre oder medulläre Ausfälle (ICD-10 M53.1) und (4) ein LWS-Syndrom (ICD-10 M54.5) mit möglicher abgelaufener leichter Wurzelreizung S1 links, sowie unter **Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit** (1) eine Adipositas, BMI 72 kg/m² (ICD-10 E66.0), und (2) eine Medikamenten-Malcompliance (ICD-10 Z91.1) fest (Urk. 8/28/13). Aus neurologischer Sicht seien der Beschwerdeführerin aufgrund des Zervikal- und des LWS-Syndroms keine körperlich schweren Tätigkeiten sowie **berkopf** auszuübende Tätigkeiten zumutbar. Für andere, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht wirkten sich die leichte bis mittelgradige Episode sowie die anhaltende somatoforme Schmerzstellung auf die Arbeitsfähigkeit aus. In einer aus somatischer Sicht adaptierten Erwerbstätigkeit bestehe eine Leistungseinbusse von 30 %, entsprechend einer 70%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die Einschränkungen im Haushalt beträgen aufgrund der möglichen freien Zeiteinteilung 20 %, entsprechend einer 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Haushalt. Weder aus internmedizinischer noch aus anderweitiger somatischer Sicht lägen Befunde oder Diagnosen vor, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten (Urk. 8/28/14).

4.2.4.4 Im Gutachten des Z. ___ vom 11. September 2009 (Urk. 8/68) sind als **Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit** (1) eine sehr schwere kognitive Störung (Pseudodemenz) bei schwerer Depression und chronischen Ganzkörperbeschwerden mit psychophysischen (Lichtempfindlichkeit; sensibler Pseudoneglect) und vegetativen (Schwindel, Schlafstörungen, Obstipation, übermässiges Schwitzen) Begleiterscheinungen, (2) eine chronische Schmerzstellung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 (GM2009) F45.41) und (3) eine reaktive schwere Depression (ICD-10 F32.2) sowie unter **Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit** (1) eine Adipositas und (2) ein generalisiertes

Schmerzsyndrom rheumatologisch-somatisch ohne Befund bei/mit Status nach Auffahrunfall 11/05, auffälliges Schmerz- und Schonverhalten notiert (Urk. 8/68/27). Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit wegen der schweren kognitiven Störungen, der Schmerzen und der schweren Depression. Die Schmerzen und die schwere Depression bedingten die schweren kognitiven Störungen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Die Schmerzen an sich würden der Beschwerdeführerin stundenweise leichte körperliche Arbeiten erlauben, vorausgesetzt, dass sie ausreichend Pausen einschaltete und die Arbeiten selbstgetaktet ausführen könnte. Die schwere Depression mit dem krankheitsbedingten Mangel an Motivation verunmögliche aber Arbeiten in einem wettbewerbsorientierten Umfeld. Sie könne Teile des Haushalts übernehmen. Sie brauche für alle Verrichtungen, die körperlich mehr als leicht seien und solche, die eine Ausdauer von mehr als 45 Minuten bedingten, Hilfe, respektive solche Arbeiten könnten von ihr nicht ausgeführt werden (Urk. 8/68/37-38).

4.2.5.1 Die Abklärungsperson kam in ihrem Abklärungsbericht zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/34) zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltbereich zu 19 % eingeschränkt sei (Urk. 8/34/9).

4.2.6.1 Im Abklärungsbericht für Hilfenentscheidung vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/35) beurteilte die Abklärungsperson die Beschwerdeführerin als in sämtlichen Bereichen der Lebensverrichtungen selbständig. Es bestehe weder Pflege- noch Überwachungsbedürftigkeit. Auch die Anspruchsvoraussetzungen für die Ausrichtung der lebenspraktischen Begleitung seien nicht erfüllt (Urk. 8/35/4).

E. 5

5.1.1.1 Das Gutachten des Y. ___ vom 3. November 2008 (Urk. 8/28) basiert auf internistisch-allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 1.9). Daran vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin, dem Y. ___ seien die von ihr aufgelisteten medizinischen Akten nicht vorgelegen (Urk. 1 S. 7), nichts zu ändern, beinhalten diese doch, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, nichts, was über die dem Y. ___ bekannten Akten hinausginge.

5.2.1.1 Im Gesamtgutachten des Y. ___ wird nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht erklärt werden können. So zeigte sich anlässlich der von Dr. med. M. ___, FMH Innere Medizin und Pharmazeutische Medizin, am 23. September 2008 durchgeführten internistischen und allgemeinmedizinischen Untersuchung ein unauffälliger internmedizinischer Status (Urk. 8/28/6 und Urk. 8/28/14). Sodann stellte Dr. med. N. ___, Facharzt für Neurologie, fest, bei der neurologischen Untersuchung vom gleichen Tag komme eine ausgeprägte Ausgestaltung zum Tragen, welche zum Beispiel bei der Prüfung des Zeichen nach

Las Vegas bewusstseinsnahe wirke. Überhaupt sei die neurologische Untersuchung erschwert durch die ungenügende Mitarbeit und diese Ausgestaltung. Als einzigen objektiven Befund ergebe sich eine leichte Minderung des ASR links. Diese ASR-Minderung könnte die Folge einer früheren leichten Wurzelreizung S1 sein, habe jetzt aber kein weiteres klinisches Korrelat. Insbesondere ein akutes Wurzelreiz-Syndrom lasse sich ausschliessen. Letztlich ergebe die Untersuchung nichts Fassbares. Es könne ein leichtes HWS- und LWS-Syndrom angenommen werden. Das klinische Bild prägend seien jedoch eine Schmerzfehlerverarbeitung und Ausgestaltungstendenz, wobei sich die Differenzialdiagnose gegenüber einer somatoformen Schmerzstörung stelle. Diese falle in das psychiatrische Fachgebiet (Urk. 8/28/13). Diese Feststellungen von Dr. N. stehen mit den von ihm erhobenen detaillierten neurologischen Befunden (Urk. 8/28/11-12) in Einklang. Gleiches gilt für die Beurteilung, wonach der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht lediglich Tätigkeiten, welche überkopf ausgeführt werden, nicht zumutbar seien, ansonsten jedoch aus neurologischer Sicht für körperlich leichte bis mittelschwere Frauenarbeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 8/28/13). Sie erscheint deshalb überzeugend.

5.3 Die im Gesamtgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht basiert auf den Erhebungen von Dr. med. O., FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser stellte fest, dass sich das Ausmass der Schmerzen und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren liessen. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Beschwerdeführerin leide auch unter depressiven Verstimmungen, weswegen sie in psychiatrisch-therapeutischer Behandlung im J. sei und eine antidepressive Medikation erhalte. Der Medikamentenspiegel des verordneten Antidepressivums liege weit unter dem therapeutischen Bereich, was ein Hinweis auf eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme sei. Derzeit liege eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1) mit depressiven Verstimmungen, Antriebsstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Appetitverminderung, Schlafschwierigkeiten und pessimistischen Zukunftsperspektiven vor. Die Beschwerdeführerin verrichte im gemeinsamen Haushalt zusammen mit ihrem Ehemann, der schulpflichtigen Tochter und dem sich noch im Vorschulalter befindenden Sohn praktisch keine Arbeit. Sie lege sich am Tag oft hin. Zweimal in der Woche erhalte sie Hilfe von der Spitex. Gegenwärtig besorge vor allem die zu Besuch weilende Schwiegermutter die Arbeiten im Haushalt. Sie verlasse das Haus nicht ohne Begleitung. Vom Ehemann werde sie mit dem Auto jeweils in die Behandlung gefahren. Ausserhalb der Familie habe sie praktisch keine Kontakte. Sie spreche die deutsche Sprache kaum. In Begleitung der Familie sei es ihr möglich, in die Heimat zu reisen. Der Ehemann sei ebenfalls krank mit Schmerzen. Wegen körperlicher und psychischer Beschwerden nach mehreren Unfällen beziehe er eine ganze IV-Rente. Der Sohn habe nach dem Autounfall unter unklaren rezidivierenden Stürzen sowie nach den Akten unter Hämatombildungen vor allem im Stirnbereich gelitten und sei in kinderärztlicher Abklärung gewesen. Finanziell lebten sie und ihre Familie von der IV-Rente des Ehemannes. Die psychosozialen und emotionalen Belastungen seien deutlich ausgeprägt und drückten sich auch in körperlichen Schmerzen aus. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit von 30 %. Für die Tätigkeit im Haushalt bestehe

aufgrund der hier möglichen freien Zeiteinteilung eine Einschränkung von 20 %. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die leichte bis mittelgradige depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung eingeschränkt. 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 trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, ihrer häuslichen oder einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 70 % nachzugehen, im idealsten Falle in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen (Urk. 8/28/8-9).

E. 5.4

5.4.1.1 Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, Dr. O. ___ habe mit der Beschwerdeführerin ein einziges, circa einstündiges Gespräch geführt und gestützt darauf sein Teilgutachten verfasst. Auf eine Fremdanamnese und Nachfragen bei den behandelnden Ärzten habe er gänzlich verzichtet. Im Gegensatz dazu basierten die Berichte von Dr. E. ___, Dr. I. ___ und Dr. L. ___ auf einer Vielzahl von intensiven Gesprächen, Verlaufsbeobachtungen, Fremdanamnesen etc. Deren Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit sowie deren Diagnosen seien daher eindeutig höheres Gewicht beizumessen als der oberflächlichen Stellungnahme von Dr. O. ___ (Urk. 1 S. 9). Die Feststellung von Dr. O. ___, wonach die Beschwerdeführerin trotz subjektiv starker Beschwerden das verordnete Antidepressivum kaum einnehme, sei falsch. Sie habe immer alle Medikamente eingenommen, ausser als sie akutenkundig unter schweren Magenproblemen gelitten habe und deswegen auch im H. ___ gewesen sei. Ein tiefer Medikamentenspiegel könne laut J. ___ auch an einer genetisch bedingten schnelleren Metabolisierung liegen. Zudem nehme sie entgegen der Behauptung von Dr. O. ___ alle Behandlungsmöglichkeiten wahr (Urk. 1 S. 9 f.). Gemäss Gutachten des Z. ___ leide sie unter einer schweren Depression und einer Pseudodemenz und sei daher zu 100 % arbeitsunfähig.

5.4.2.1 Dazu ist vorab zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erwägung 2.2.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kommt hinzu, dass sämtliche Berichte von Dr. E. ___ (Urk. 3/9, Urk. 3/4, Urk. 8/14/12-13, Urk. 8/57/11, Urk. 8/45, Urk. 8/46, Urk. 8/2/1, Urk. 8/14, Urk. 3/27) fast keine eigenen Befunde enthalten, anhand welcher die attestierte Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden könnte. Ihre Berichte sind daher keine hinreichende Grundlage, um den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin abschliessend beurteilen zu können. Zudem handelt es sich bei Dr. E. ___ um eine Allgemeinmedizinerin, womit sie sich mit psychiatrischen Diagnosestellungen ausserhalb ihres Fachgebietes bewegt, was die Beweiskraft ihrer

Berichte zusätzlich schmälerert. Auch dem Bestätigungsschreiben von Dr. I. ___ vom 22. März 2007 (Urk. 8/44) zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin sowie dem Überweisungsschreiben von Dr. I. ___ vom 16. April 2007 (Urk. 8/14/21-22) an das J. ___ können keine eigenen Befunde entnommen werden. Dr. I. ___ hält vielmehr lediglich die geklagten Beschwerden fest. Klar geht jedoch aus ihrem Überweisungsschreiben hervor, dass die Beschwerdeführerin wie auch ihr Ehemann mit der Betreuung der Kinder überfordert sind und die Zuweisung ans J. ___ insbesondere wegen des sozialdienstlichen Angebotes, die Familie unfassend sozialpsychiatrisch begleiten zu können, erfolgte. Gleich verhält es sich mit den diversen Berichten des J. ___ bzw. PZU (Urk. 3/20, Urk. 8/2/4-5, Urk. 8/49, Urk. 8/50, Urk. 8/51-53, Urk. 8/55). Auch diese beinhalten keinerlei Befunde. Lediglich im Bericht vom 20. Februar 2008 (Urk. 8/17) ist der psychopathologische Befund festgehalten. Unterzieht man diesen jedoch einer genaueren Betrachtung, so ist zu bezweifeln, ob die Kriterien gemäss ICD-10 für eine schwere depressive Episode erfüllt sind. So finden sich keine Hinweise auf den Verlust des Selbstvertrauens, Selbstverwirrung und psychomotorische Auffälligkeiten (vgl. Bericht J. ___ vom 29. Januar 2009, Urk. 3/29). Gedächtnisstörungen werden als fraglich bezeichnet. Bleiben noch die Kriterien Todesgedanken, Schlafstörungen und Appetitlosigkeit. Ob tatsächlich Schlafstörungen vorliegen, ist angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin mit den Kindern bereits um acht Uhr ins Bett geht und sich auch tagsüber oft hinlegt (Urk. 8/28/7), fraglich. Die angegebene Appetitlosigkeit schliesslich steht im Widerspruch zur von den Gutachtern des Y. ___ wie auch des Z. ___ festgestellten Adipositas (Urk. 8/28/13, Urk. 8/68/27). Auch die Ärzte des H. ___ hielten im Gastroskopiebericht vom 23. August 2006 fest, dass eine Gewichtsabnahme wünschenswert sei (Urk. 8/14/19). Die Beschwerdeführerin selbst gab an, dass das Körpergewicht seit dem Unfall angestiegen sei (Urk. 8/68/17).

5.4.3 Dr. O. ___ vom Y. ___ hat sich hingegen mit den im Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden Berichten von Dr. E. ___, Dr. I. ___ und des J. ___ auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, warum er die darin enthaltene Diagnose einer schweren depressiven Episode und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigen kann (Urk. 8/28/10). Die Beschwerdeführerin sei nicht suizidal und zeige keine schweren Konzentrationsstörungen. Auch die Neurologin Dr. G. ___ habe die vorliegenden neuropsychologischen Defizite als subjektiv bei Status nach HWS-Distorsionstrauma beurteilt. Im heutigen Untersuchungsgespräch seien die Konzentrationsstörungen inkonsistent gewesen. Auf gewisse Fragen habe sie keine Antwort geben können, viele Fragen habe sie aber korrekt beantwortet, insbesondere habe sie den zeitlichen Ablauf der lebensgeschichtlichen Ereignisse richtig geschildert. Schwere Konzentrationsstörungen lägen nicht vor. Die nächtlichen Schlafschwierigkeiten seien auch dadurch verstärkt, dass sie am Tag keiner regelmässigen Beschäftigung nachgehe und sich wiederholt hinlege. Es bestehe zwar ein sozialer Rückzug, der aber auch durch die schlechte Integration in der Schweiz bedingt sei. Indem die Arbeiten im Haushalt von der Familie verrichtet würden und sie von dieser auch überallhin begleitet werde, bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn. Ein emotionaler Rückzug, wie er bei einer mittelgradigen Depression vorhanden wäre, sei nicht deutlich ausgeprägt. Sie sei zwar in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, die therapeutischen Möglichkeiten seien aber nicht ausgeschöpft.

Die von Dr. O.____ thematisierte unzuverlässige Medikamenteneinnahme erscheint angesichts der Tatsache, dass sich auch in den weiteren Akten Hinweise finden, wonach die Beschwerdeführerin Medikamente nicht so einnimmt, wie vorgeschrieben, schlüssiger als die von der Beschwerdeführerin - durch nichts glaubhaft gemachte - genetisch bedingte schnellere Metabolisierung. So berichtete Dr. Lutz am 15. Mai 2006, die Compliance sei ihr in diesem Fall nicht ganz klar (Urk. 8/14/15), und Dr. E.____ erwähnte im Bericht vom 7. April 2006 (Urk. 8/14/12-13), die Eradikation der Helicobacter mittels Klacid und Spectroxyl sei von der Patientin leider nur unvollständig durchgeführt worden. Dementsprechend vermag auch die Feststellung von Dr. O.____ zu verfangen, die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. In diesem Zusammenhang ist schliesslich auf den Bericht von Dr. E.____ vom 14. November 2007 hinzuweisen (Urk. 8/14), worin die Ärztin eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mittels eines Schmerzprogramms in albanischer Sprache als möglich erachtete, was die Frage aufwirft, weshalb die Beschwerdeführerin ein solches bis heute nicht durchgeführt hat.

Im Äusseren kann, soweit die Beschwerdeführerin das Gutachten des Y.____ kritisiert, auf die Stellungnahme des Y.____ vom 20. Mai 2009 zum Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin (Urk. 8/63) verwiesen werden. Darin geht Dr. O.____ auf die einzelnen Vorbringen der Beschwerdeführerin ein und begründet seine Beurteilung nachvollziehbar und überzeugend.

5.4.4 Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin vermag auch das Gutachten des Z.____ vom 11. September 2009 (Urk. 8/68) die Beweiskraft des Gutachtens des Y.____ nicht zu erschüttern. Vorab ist dazu zu sagen, dass rechtsprechungsgemäss psychiatrische Explorationen von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen, weshalb verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009 in Sachen A., 8C_694/2008, Erw. 5.1). Insofern lässt sich nur schon deshalb die unterschiedliche Qualifikation der Depression erklären. Zudem vermerkte Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die psychiatrische Begutachtung am Z.____ durchführte, selber, dass die im Rahmen des Y.____-Gutachtens diagnostizierte leichte bis mittelschwere depressive Episode primär im naturgemäss schwankenden Verlauf der Depression zu interpretieren sei (Urk. 8/68/32). Weiter ist mit der Beschwerdegegnerin zu bemerken, dass das neurologische wie auch das psychiatrische Teilgutachten geprägt sind von subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ohne deren kritische Würdigung (vgl. Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Praktischer Arzt FMH, FA Vertrauensarzt SGV, Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM, R.____, vom 24. Februar 2010, Urk. 8/74/4).

Diese Interpretation wird von den Gutachtern Dres. S.____ und P.____ selber im Kern gar nicht in Abrede gestellt. In ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2007 (Urk. 11) stellen sie sich auf den Standpunkt, dass "das Befinden - also die Subjektivität - eines Individuums Ausgangspunkt der Krankheitsfeststellung" sei, was durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit den 60-er Jahren anerkannt sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass das in der praktischen medizinischen Behandlung massgebende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell weiter gefasst ist als der für die invaliditätsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Urteil des Bundesgerichts 9C 246/2010 vom 11. Mai 2010, E. 2.2.1 mit

Hinweis). Insbesondere haben psychosoziale- und soziokulturelle Umstände grundsätzlich unberücksichtigt zu bleiben (BGE 127 V 299 E. 5a). Des Weiteren ist der Begutachtungsauftrag klar vom Behandlungsauftrag zu unterscheiden (Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007, E. 2), weshalb aus beweisrechtlichen Gründen beim Gutachter eine objektive Betrachtung Platz greifen muss. Nach Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches hat nämlich derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen, der von ihr Rechte ableitet. Das bedeutet auf dem Gebiete der Sozialversicherung, dass derjenige, welcher Invalidenleistungen beantragt, seine gesundheitliche Einschränkung zu beweisen hat - und dass nicht umgekehrt die Verwaltung zu beweisen hat, dass die versicherte Person aggraviert oder simuliert, wenn die subjektiv geschilderten Beschwerden sich nicht mit den objektivierbaren Befunden decken. Es gibt auf dem Gebiete der Sozialversicherung keinen Beweiswärdigungsgrundsatz des Inhalts, wonach im Zweifel für die versicherte Person ("in dubio pro assicurato") zu entscheiden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2007 E. 11.2, mit Hinweisen). Demnach kann auf das Gutachten der Z. ___ bereits aufgrund der methodischen Prämisse der Dres. S. ___ und P. ___ nicht abgestellt werden, die im Rahmen ihrer Begutachtung offenbar davon ausgingen, dass einerseits das subjektive Empfinden Ausgangspunkt der Krankheitsfeststellung und damit das bio-psycho-soziale Krankheitsbild massgebend sei und andererseits Aggravation oder Simulation klinisch bewiesen werden müsste, um im Rahmen der Befunderhebung von den Angaben der Beschwerdeführerin abweichen zu können.

Im Übrigen sind (auch) dem Gutachten des Z. ___ Anhaltspunkte zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin während der Untersuchung aggravatorisch verhielt. So konnte sie während der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. med. T. ___, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, trotz der geklagten Ganzkörpererschmerzen gestikreich ihre Beschwerden aufzählen (Urk. 8/68/2). Weiter berichtete Dr. T. ___, die muskuloskeletale Untersuchung sei geprägt durch ein auffälliges, fast grotesk anmutendes Schon- und Schmerzverhalten. Eine detaillierte Aussage über die einzelnen Gelenksabschnitte sei nicht möglich, im Gespräch und beim Ent- und Bekleiden, Lagewechsel während der Untersuchung fanden sich keinerlei Hinweise auf einzelne Gelenks-/Rückenpathologien (Urk. 8/68/5). Bei dieser Sachlage erstaunt es, dass der psychiatrische Experte des Z. ___ Hinweise auf Aggravation oder Simulation ausschliessen konnte (Urk. 8/68/26). Denn es erscheint wenig plausibel, dass die Beschwerdeführerin nur anlässlich der rheumatologischen Untersuchung ihre Beschwerden und Einschränkungen übertrieben zur Geltung gebracht haben soll.

5.5 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes gelten anhaltende somatoforme Schmerzstörungen sowie damit vergleichbare pathogenetisch unklare syndromale Leidenszustände (BGE 132 V 393 Erw. 3.2 Seite 399; Urteil I 683/06 vom 29. August 2007, Erw. 2.2) in der Regel als nicht in rentenbegründendem Ausmasse invalidisierend (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 24. April 2007 in Sachen K., I 1000/06, Erwägung 5 mit Hinweisen; vgl. Erwägung 1.1). Ein Abweichen von diesem Grundsatz fällt nur in jenen Fällen in Betracht, in denen die festgestellte somatoforme Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von

Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind - sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft untragbar ist (vgl. Erwägung 1.2; BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3).

Das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns ist, wie Dr. O. darlegte (Urk. 8/28/9), zu verneinen. Hingegen geht aus dem Gutachten des Y. unmissverständlich hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn vorliegt ("Dadurch dass die Arbeiten im Haushalt von der Familie verrichtet werden und sie von dieser überall hin begleitet wird, besteht ein sekundärer Krankheitsgewinn" [Urk. 8/28/10]). Ein sekundärer Krankheitsgewinn ist rechtlich jedoch unbeachtlich (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 86). Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens besteht nicht, hatte die Beschwerdeführerin doch bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens keinen regelmässigen Kontakt zur Aussenwelt und pflegt sie gemäss ihren eigenen Angaben immerhin telefonischen Kontakt zu ihrer Familie im Ausland (Urk. 8/35/3) und besuchte sie ferienhalber im Jahre 2008 während fünf Wochen (Urk. 8/28/5). Beim Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ergibt sich zwar, dass bereits verschiedene ambulante Behandlungen durchgeführt wurden. Bei der Konsequenz und Kooperation sind hingegen aufgrund der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellten Medikamenten-Malcompliance Fragezeichen zu setzen. Zudem unterzog sich die Beschwerdeführerin noch nie einer stationären Behandlung. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung liegt zwar vor; nach dem Gesagten genügt dies insgesamt jedoch nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 51 oben).

Damit trägt die von Dr. O. vorgenommene - im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommene - Einschätzung, wonach aus psychischen Gründen für sämtliche Erwerbstätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %, für Tätigkeiten im Haushalt eine solche von 20 % besteht, der psychischen Problematik ausreichend Rechnung.

5.6 Aufgrund der überzeugenden Feststellungen im Gutachten des Y. kann somit davon ausgegangen werden, dass es der Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, zu 70 % einer ihren körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen bzw. zu 80 % Haushaltarbeiten zu verrichten.

E. 6

6.1 Die Beschwerdeführerin machte geltend, der Abklärungsbericht im Haushalt stelle keine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität gehe (Urk. 1 S. 16).

6.2 Wie erwähnt, wurde im Abklärungsbericht der Beschwerdegegnerin vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/34) eine Beeinträchtigung in der Haushaltführung von 19 %

ermittelt (Urk. 8/34/9).

6.3. Den Ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28 Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 IVV (seit 1. Januar 2004: Art. 28 Abs. 2 bis IVG) auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung nach den Verwaltungsweisungen des Bundesamtes für Sozialversicherung (KSIH, gültig seit 1. Januar 2008, Rz 3084 ff. [entspricht KSIH in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung, Rz 3093 ff.]) eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung im Haushalt dar (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Juli 2006 in Sachen M., I 883/05, Erwägung 4.2). Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizuges eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 4. September 2001 in Sachen S., I 175/01). Der Abklärungsbericht im Haushalt stellt grundsätzlich auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 22. Dezember 2003 in Sachen B., I 311/03). Einzig wenn es zu Divergenzen zwischen den Ergebnissen der Haushaltabklärung und den ärztlichen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person kommt, ihre Haushaltstätigkeiten trotz des psychischen Leidens noch verrichten zu können, ist der medizinischen Einschätzung in der Regel grösseres Gewicht beizumessen als der Abklärung im Haushalt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 21. Februar 2005 in Sachen H., I 570/04, Erw. 5.2.1 mit Hinweis auf AHI 2004 S. 137 ff., namentlich S. 139 unten).

Die Rechtsprechung hat für die Würdigung des Beweiswertes über Abklärungen an Ort und Stelle, welche der Beurteilung des Betreuungsaufwandes in Hauspflege, der Eingliederungswirksamkeit eines Hilfsmittels oder der Hilflosigkeit mit Blick auf die Hilflosonentscheidung dienen, bestimmte Regeln formuliert. Diese Grundsätze können auf die Abklärung im Haushalt übertragen werden. Danach ist erforderlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der ärztlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen und divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen. Der Berichtstext schliesslich muss inhaltlich plausibel, begründet und mit Bezug auf die konkreten Einschränkungen angemessen detailliert abgefasst sein sowie mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben übereinstimmen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift diesfalls in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (zum Beispiel in Folge Widersprüchlichkeiten) vorliegen. Dies

gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 17. Juli 2006 in Sachen M., I 883/05, Erwägung 4.3, mit Hinweisen).

6.4. Der Abklärungsbericht vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/34) wurde durch eine spezialisierte Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin verfasst. Er gibt einleitend die anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 19. Januar 2009 seitens der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wieder (Urk. 8/34/1). Es folgen Angaben zur hypothetischen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall, zur Situation im Haushalt, den Wohnverhältnissen und den technischen Einrichtungen (Urk. 8/34/2-5). Die anschliessende Umschreibung der Tätigkeitsbereiche stimmt mit den in den Rz 3086 ff. KSIH in der seit dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung (entspricht Rz 3095 ff. KSIH in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) enthaltenen Vorgaben überein. Die von der Abklärungsperson vorgenommene Gewichtung der einzelnen Haushaltsverrichtungen ist angesichts der konkreten Umstände nicht zu beanstanden und wurde denn seitens der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet (Urk. 1).

Was die Einschränkungen in den einzelnen Aufgabenbereichen betrifft, ist vorab festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes invalide Hausfrauen grundsätzlich eine Schadenminderungspflicht trifft, indem sie im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren Verfahrensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen ihrer Behinderung im hauswirtschaftlichen Aufgabenbereich reduzieren und die ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Der Umstand, dass diese Arbeiten nur mühsam und mit höherem Zeitaufwand bewältigt werden können, begründet nicht ohne Weiteres eine Invalidität. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht dabei weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (vgl. BGE 133 V 509 f. Erw. 4.2 mit Hinweisen).

Die Abklärungsperson hat für ihre Einschätzung der Einschränkungen der Beschwerdeführerin in den einzelnen Bereichen je eine kurze, nachvollziehbare Begründung angeführt (Urk. 8/34/5-8). Ihre Schlussfolgerungen erscheinen aufgrund der an Ort und Stelle erhobenen Angaben der Beschwerdeführerin sowie aufgrund der Schadenminderungspflicht angemessen. Nicht zu führen ist die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Einwendung, wonach bei der Beurteilung der Einschränkung nicht auf das Gutachten des Y.____ hätte verwiesen werden dürfen (Urk. 1 S. 16).

6.5. Der Abklärungsbericht vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/34) stellt deshalb eine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt dar. Die darin vorgenommene Einschätzung lässt sich im Übrigen auch mit der (medizinisch-theoretischen) Beurteilung im Gutachten des Y.____ (20%ige Einschränkung im Haushalt [Urk. 8/28/14]), bei welcher die

Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin sowie Mitwirkungspflicht ihres Ehemann naturgemäss ausser Acht gelassen wurden, in Einklang bringen.

E. 7

7.1. Unbestritten ist die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 50 % im Erwerbsbereich und zu 50 % im Haushaltbereich Tätige (Urk. 1 S. 18, Urk. 2/1 S. 2). Gestützt auf die im Abklärungsbericht vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/34) festgehaltene Begründung ist diese Einteilung nicht zu beanstanden. Die Invalidität bestimmt sich demnach grundsätzlich dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Haushaltbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird (vgl. Erwägung 1.5), wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (vgl. BGE 130 V 396 Erw. 3.3).

7.2. Da die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung absolvierte, stützte die Beschwerdegegnerin sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen auf die Erhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE), wobei sie die Berechnung auf dem Durchschnittseinkommen für Hilfsarbeiterinnen basierte (LSE 2006, TA 1). Ausgehend von einer zumutbaren 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % ersah sie eine Einschränkung von 5 % im Erwerbsbereich. Im Haushalt errechnete sie bei einer Einschränkung von 19 % einen Teilinvaliditätsgrad von 9.5 %. (Urk. 2/1 S. 2). Die beiden Teilinvaliditätsgrade von 5 % bzw. 9.5 % summiert ergaben einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 15 %. Da dieser nicht zu beanstanden ist, ist die Beschwerde hinsichtlich des Anspruchs auf eine Invalidenrente abzuweisen.

8. Der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades (Urk. 1 S. 19) ist ebenfalls vollumfänglich abzuweisen.

Bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit ist eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fachperson und Verwaltung erforderlich. Erstere 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. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden persönlichen Überwachung und der Pflege (Art. 37 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 nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 ff. E. 6.1.1 und 6.2; AHI 2000 S. 319 f. E. 2b).

Der Abklärungsbericht vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/35) ist nach dem Gesagten voll beweiskräftig. Damit ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in sämtlichen Bereichen der Lebensverrichtungen selbständig ist und weder eine Pflege- noch Überwachungsbedürftigkeit besteht. Auch die Anspruchsvoraussetzungen für die Ausrichtung der lebenspraktischen Begleitung sind nicht erfüllt. Diese Einschätzung der Abklärungsperson steht in Einklang mit der Beurteilung der Beschwerdeführerin durch die Gutachter des Y. ____, welche keine Pseudodemenz diagnostizierten. Daher erscheint die Einwendung, sie sei wegen ihrer sehr schweren kognitiven Störung nicht fähig, längere Strecken zurückzulegen, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen oder gesellschaftliche Kontakte zu pflegen (Urk. 1 S. 18), nicht glaubhaft. Zudem war auch die Hausärztin Dr. E. ____ der Ansicht, die Beschwerdeführerin benötige keine Hilfe von Drittpersonen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen (Urk. 8/14/9). Auch den übrigen medizinischen Akten mit Ausnahme des Berichts des J. ____ vom 20. Februar 2008 (Urk. 8/17/10) sind keine Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die Beschwerdeführerin solche Hilfe benötigt. Die vom J. ____ als notwendig angeforderte Hilfe durch die Spitex beansprucht die Beschwerdeführerin jedoch gerade nicht für die von ihr geltend gemachte Unterstützung bei der Fortbewegung, der Pflege gesellschaftlicher Kontakte oder bei der lebenspraktischen Begleitung. Damit liegt die Vermutung nahe, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer unzureichenden Integration sowie den mangelnden Deutschkenntnissen zurückgezogen in ihrer Familie lebt und keine ausserhäusliche Termine wahrnehmen will/kann (Urk. 8/35/3). Zu guter Letzt sei noch erwähnt, dass, ist lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen muss (Art. 38 Abs. 2 IVV). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese 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:

- Rechtsanwalt Hanspeter Riedener unter Beilage des Doppels von Urk. 14
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.