

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00158 vom 9. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00158

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00158 du 9 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00158 del 9 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1958 geborene X., Mutter von fünf in den Jahren 1982 - 1989 geborenen Kindern, reiste im Rahmen des Familiennachzugs im Jahre 1992 in die Schweiz ein und widmete sich vollzeitlich der Haushaltsführung (Urk. 8/1 und 8/2).

1.2 Am 21. März 2003 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine seit ungefähr 1997 bestehende Lungenkrankheit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Rente und Hilflosenentschädigung) an (Urk. 8/1). Am 9. April 2003 ging bei der IV-Stelle sodann ein ärztliches Zeugnis von Dr. med. Y., Allgemeine Medizin FMH, vom 4. April 2003 ein (Urk. 8/4 und Aktenverzeichnis [Urk. 8/0]). In der Folge holte die IV-Stelle einen Bericht der Klinik für Pneumologie des Spitals Z. (Urk. 8/5: Bericht vom 30. April 2003) und einen Bericht des Dr. Y. (Urk. 8/6: Bericht vom 8. Mai 2003) ein.

1.3 Gestützt auf diese Berichte verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Dezember 2003 einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 8/7).

1.4 Mit Eingabe vom 20. Juli 2004 wandte sich der Rechtsvertreter der Versicherten an die IV-Stelle und wies darauf hin, dass die Versicherte, seit sie am 18. April 2003 als Beifahrerin in eine Auffahrkollision verwickelt gewesen sei, vollständig arbeitsunfähig sei (Urk. 8/8). In der Folge führte die IV-Stelle eine Haushaltabklärung durch (Urk. 8/11: Abklärungsbericht vom 28. September 2004). Am 24. Januar 2005 teilte die IV-Stelle der zuständigen Ausgleichskasse mit, dass der Versicherten X. bei einem Invaliditätsgrad von 46 % ab 1. März 2002 eine Invalidenrente auszurichten sei und beauftragte sie, die Rente zu berechnen sowie in ihrem Namen die Verfügung zu erlassen (Urk. 8/14). Im Zusammenhang mit einem Akteneinsichtsgesuch erhielt der Rechtsvertreter der Versicherten im März 2005 Kenntnis vom entsprechenden Beschluss (vgl. Urk. 8/16). Mit Eingabe vom 6. April 2005 nahm er dazu Stellung (Urk. 8/17) und reichte einen Bericht von Dr. med. Dr. phil. A., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. März 2005 ein (Urk. 8/18). Gleichzeitig ersuchte er die IV-Stelle um Prüfung der Frage, ob allenfalls ein Härtefall vorliege (Urk. 8/17 S. 4). Mit Verfügung(en) vom 23. Juni 2005 sprach die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 46 % schliesslich für die Zeit vom 1. März 2002 bis 31. Dezember 2004 wegen des Vorliegens eines wirtschaftlichen Härtefalles eine halbe Rente und ab dem 1. Januar 2005 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung (jeweils nebst den entsprechenden Kinderrenten) zu (Urk. 8/13 und 25).

1.5. Mit Eingabe vom 8. Juli 2005 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter Einsprache gegen die Verfügungen vom 23. Juni 2005 erheben und beantragen, dass ihr Invalidenleistungen auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 100 % zuzusprechen seien (Urk. 8/28). Mit ihrer Einsprache liess sie zudem ein Gutachten von Prof. Dr. med. B.____, Chefarzt Neurologie der Klinik C.____ vom 18. Februar 2005 auflegen (Urk. 8/29 S. 13-19). Mit Eingabe vom 5. Oktober 2005 (Urk. 8/32) reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen weiteren Bericht von Dr. A.____ vom 27. September 2005 (Urk. 8/31) ein. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2005 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie sei zum Schluss gelangt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, weshalb sie beabsichtige, die angefochtene Rentenverfügung aufzuheben; der Versicherten wurde sodann eine Frist von 30 Tagen ab Erhalt der Mitteilung angesetzt, um zur angedrohten reformatio in peius Stellung zu nehmen (Urk. 8/33). Innert erstreckter Frist nahm die Versicherte mit Eingabe vom 29. November 2005 Stellung zur beabsichtigten reformatio in peius (Urk. 8/37) und liess zur Unterstützung ihres Standpunkts einen Bericht von Dr. Y.____ vom 31. Oktober 2005 (Urk. 8/38 S. 1 f.) und einen weiteren Bericht von Dr. A.____ vom 24. November 2005 (Urk. 8/38 S. 3) auflegen. Gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Invalidenversicherung (RAD) vom 1. März 2006 (Urk. 8/40 S. 3 f.) verzichtete die IV-Stelle daraufhin auf die angedrohte Aufhebung der angefochtenen Rentenverfügung und wies die Einsprache mit Entscheid vom 13. März 2006 ab (Urk. 8/39).

1.6. Gegen diesen Einspracheentscheid führte die Versicherte mit dem Antrag, es sei ihr eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen, Beschwerde an das hiesige Gericht (Urk. 8/41 S. 3 ff.: Beschwerde vom 10. April 2006). Dieses kam zum Schluss, dass in den Akten keine nachvollziehbare und schlüssige medizinische Beurteilung zu finden war und die medizinischen Verhältnisse somit nicht hinreichend geklärt waren. Mit Urteil vom 28. November 2007 wurde die Beschwerde daher in dem Sinne gutheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Sache zur Einholung eines interdisziplinären Gutachtens an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (Urk. 8/51).

1.7. In der Folge ordnete die IV-Stelle am 5. Mai 2008 eine polydisziplinäre medizinische Abklärung bei der Abklärungsstelle D.____ an (Urk. 8/58). Diese erstattete ihr Gutachten am 21. Januar 2009 (Urk. 8/73). Am 21. April 2009 führte die IV-Stelle eine (erneute) Haushaltabklärung (Urk. 8/82: Abklärungsbericht vom 8. Mai 2009). Auf mündliches Begehren der Versicherten hin (Urk. 8/82 S. 1) führte die Abklärungsperson sodann zur Frage einer allfälligen Hilflosigkeit gleichzeitig eine Abklärung vor Ort durch (Urk. 8/81: Abklärungsbericht vom 8. Mai 2009) durch. Mit Vorbescheid vom 12. August 2009 wurde der Versicherten in Aussicht gestellt, dass das Begehren um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung abgewiesen werde, da die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt seien (Urk. 8/87, 8/90). Mit Vorbescheid vom 13. August 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten sodann mit, dass ihr mit Wirkung ab 1. März 2002 eine Viertelsrente zugesprochen werde (Urk. 8/88, 8/89).

1.8. Da gegen den vorgesehenen Rentenentscheid keine Einwände eingegangen waren, verfügte die IV-Stelle am 25. Januar 2010 im angeforderten Sinne und sprach der Versicherten bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 43 % mit Wirkung ab 1. März 2002 eine Viertelsrente zu; für die Zeit vom 1. März 2002 bis 31. Dezember 2004 wurde das Vorliegen eines Härtefalles im Sinne der damals in Kraft gewesenen

Begleitung kostenlos erfolgt oder nicht (BGE 133 V 450 E. 5.3.2).

1.5. 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).

E. 2

2.1. Die IV-Stelle hielt gestützt auf ihre Abklärung vor Ort dafür, dass die Beschwerdeführerin bloss in einer der alltäglichen Lebensverrichtungen, nämlich im Bereich Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte, regelmässige Hilfe Dritter benötigte und ein Bedarf an erheblicher lebenspraktischer Begleitung nicht ausgewiesen sei. Ebenso wenig bestehe die Notwendigkeit ständiger aufwendiger Pflege oder dauernder persönlicher Überwachung. Die Hilfsbedürftigkeit im Bereich Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte sei bejaht worden, da sich die Versicherte wegen ihrer psychogenen Ohnmachtsanfälle nicht mehr alleine ausser Haus begeben. Dabei gehe es um eine Hilfsbedürftigkeit im Bereich der alltäglichen Lebensverrichtungen und nicht um lebenspraktische Begleitung. Ansonsten würden die medizinischen Akten keine Anhaltspunkte dafür enthalten, dass die Beschwerdeführerin dauernde Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen, Anleitung zur Erledigung des Haushalts, Überwachung und Kontrolle benötige oder gesundheitlich bedingt die Gefahr der dauernden Isolation von sozialen Kontakten bestehen würde. Invaliditätsfremde Gründe, wie die fehlende Integration der Versicherten hierzulande, die mangelhaften Kenntnisse der deutschen Sprache oder der festgestellte hohe sekundäre Krankheitsgewinn durch die grosse Zuwendung der Familienangehörigen, könnten nicht berücksichtigt werden. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 2).

2.2. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, aufgrund ihres Gesundheitszustandes sei sie in mindestens zwei der alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe angewiesen und bedürfe überdies dauernder persönlicher Überwachung und Pflege. Da sie sodann nicht in der Lage sei, selbstständig zu wohnen und die Gefahr der

dauernden Isolation von der Aussenwelt bestehe, benötigen sie dauernde lebenspraktische Begleitung. Damit seien die Voraussetzungen für eine Entschädigung für eine Hilflosigkeit mittelschweren Grades gegeben (Urk. 1).

E. 3

3.1. Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. Y. ____, hielt in seinem Bericht vom 8. Mai 2003 fest, bloss bei der Fortbewegung im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte bestehe eine Hilfsbedürftigkeit. In allen übrigen alltäglichen Lebensverrichtungen verneinte er das Bestehen einer Hilflosigkeit, ebenso die Notwendigkeit von dauernder Pflege oder persönlicher Überwachung (Urk. 8/6). Auch im Bericht der Klinik für Pneumologie des Spitals Z. ____, vom 30. April 2003 wurde eine Hilfsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin verneint (Urk. 8/5).

3.2. Gestützt auf diese Berichte wies die IV-Stelle das Begehren um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung mit Verfügung vom 23. Dezember 2003 ab (Urk. 8/7).

E. 4

4.1. In seinem Bericht vom 26. Oktober 2009 führte Dr. Y. ____, aus, die Patientin leide seit April 2003 unter chronischen panvertebralen Schmerzen, Synkopen unklarer Ätiologie, einer schweren Depression mit Somatisierung sowie seit 1993 an einem Status nach Bronchiektasen mit rezidivierenden Infekten. Seit 22. April 2003 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Weiter führte er aus, seit April 2003 sei die Versicherte auf Hilfe beim Ankleiden/Auskleiden angewiesen, da ihr die Kleider infolge ihrer Schmerzen/Depression gerichtet werden müssten. Sodann benötigten sie - ebenfalls seit April 2003 - bei Schmerzen Hilfe beim Waschen des Rückens und der Haare sowie beim Baden und Duschen. Aufgrund der Unsicherheit wegen der Synkopen könne sie alleine nichts unternehmen und benötigten deshalb auch Hilfe beim Gehen im Freien und bei der Pflege gesellschaftlicher Kontakte. Weiter berichtete Dr. Y. ____, dass seine Patientin seit April 2003 der dauernden Pflege (Richten der Medikamente und Überwachung der Einnahme) und persönlichen Überwachung bedürfe. Schliesslich sei sie auf lebenspraktische Begleitung angewiesen; sie benötigten Hilfeleistungen, die das selbständige Wohnen ermöglichen (Hilfe bei der Tagesstrukturierung, Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagssituationen, da Haushaltverrichtungen kaum durchführbar seien, sei keine Anleitung und/oder Überwachung/Kontrolle beim Erledigen des Haushaltes notwendig), Begleitung bei Erledigungen und Kontakten ausserhalb der Wohnung (Einkaufen, Freizeitaktivitäten, Arztbesuche, Coiffeur/Apotheke, nicht jedoch bei Kontakten mit Arbeitsstellen) und die regelmässige Anwesenheit einer Drittperson zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt (Urk. 8/95).

4.2. Gegenüber der Abklärungsperson der Invalidenversicherung klagte die Beschwerdeführerin am 21. April 2009 über starke Kopf- und Nackenschmerzen, welche in den linken Arm ausstrahlen würden; letzteren könne sie nicht mehr gebrauchen. Weiter leide sie an Atemproblemen und an Anfällen, es könne etwas passieren, wenn niemand zu Hause sei. Sie werde deshalb nie allein gelassen: Entweder sei der Ehemann oder eine ihrer Töchter anwesend. Da ausserdem durch Schmerzattacken im Nackenbereich ausgelöste Synkopen unvermittelt auftreten würden, könne sie das Haus nicht alleine verlassen (Urk. 8/82 S. 2). Sodann wurde erklärt, die Atemnot und die

Depression wÄ¼rden es der Versicherten verunmÄ¼glich, Arbeiten im Haushalt zu verrichten. Nur ganz selten sei sie in der Lage, den Tisch abzuwischen. Sie fÄ¼rchte sich davor, zu stÄ¼rzen und vergesse alles. Da sie ihre linke Hand nicht mehr einsetzen kÄ¼nne, kÄ¼nne sie auch beim RÄ¼sten nicht helfen. Sie sei nicht einmal in der Lage, einen Kaffee zuzubereiten, weil sie sich vor einem Ohnmachtsanfall fÄ¼rchte. Das AbrÄ¼umen der Teller werde durch die anderen FamilienangehÄ¼rigen Ä¼bernommen, da die Versicherte alles fallen lasse. RÄ¼sten, Kochen, oberflÄ¼chliche und grÄ¼ndliche Reinigung der KÄ¼che wÄ¼rden von den TÄ¼chtern Ä¼bernommen. Auch Abstauben kÄ¼nne sie nur sehr eingeschrÄ¼nkt und nur wÄ¼hrend einer kurzen Zeitdauer. Die Wohnungsreinigung sowie das Betten werde von den TÄ¼chtern und dem Ehegatten erledigt. Weil die Versicherte Angst vor Schmerzattacken und deren Folgen habe, verlasse sie das Haus nicht ohne Begleitung. Bei der WÄ¼sche besorge sie bloss das Zusammenlegen; sie wage es nicht, alleine in den Keller zu gehen, da sie sich vor einem Bewusstseinsverlust fÄ¼rchte. Wegen ihrer Vergesslichkeit gebe sie den Pflanzen nur gelegentlich Wasser (Urk. 8/82 S. 5 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur HilfsbedÄ¼rftigkeit in den einzelnen alltÄ¼glichen Lebensverrichtungen gab die BeschwerdefÄ¼hrerin an, dass sie sich selbstÄ¼ndig an- und ausziehen kÄ¼nne, dazu jedoch viel Zeit benÄ¼tige. Die TÄ¼chter oder der Ehemann mÄ¼ssten sie darauf aufmerksam machen, die Kleider zu wechseln, da sie dies von sich aus nicht tun wÄ¼rde. Schmutz und Unreinlichkeit wÄ¼rden sie nicht stÄ¼ren. Im Bereich Aufstehen/Absitzen/Abliegen sei sie selbstÄ¼ndig, ebenso beim Essen. Zum Ein- und Aussteigen aus der Badewanne benÄ¼tige sie die Hilfe des Ehemannes oder der TÄ¼chter, da sie sich vor einem Bewusstseinsverlust fÄ¼rchte. Durch die EinschrÄ¼nkung des linken Armes kÄ¼nne sie sich nur bedingt selber waschen. Das Frisieren der Haare erfolge durch die TÄ¼chter, wÄ¼hrend sie die ZÄ¼hne selber reinigen kÄ¼nne. Ferner mÄ¼sse die Versicherte zum Duschen aufgefordert werden, da sie dies ansonsten tagelang nicht tun wÄ¼rde. Im Bereich der Reinigung nach Verrichtung der Notdurft sei sie selbstÄ¼ndig. Weiter gab die BeschwerdefÄ¼hrerin an, da es infolge starker Schmerzattacken jeweils zu Bewusstseinsverlust komme, kÄ¼nne sie das Haus nicht mehr alleine verlassen und werde zu SpaziergÄ¼ngen und allen Terminen begleitet. Aus demselben Grund sei ihr das BenÄ¼tzen von Ä¼ffentlichen Verkehrsmitteln nicht mÄ¼glich. Schliesslich wurde erklÄ¼rt, dass der Versicherten die Medikamente gerichtet und abgegeben werden mÄ¼ssten (Urk. 8/81).

4.3 Ä Ä Ä Ä Im D. ___-Gutachten vom 21. Januar 2009 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¼higkeit aufgefÄ¼hrt (Urk. 8/73 S. 20):

- Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- Anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung (ICD-10 F45.4)
- AusgeprÄ¼gte bilaterale zylindrische Bronchiektasen beidseits
- Status nach Resektion des linken Unterlappens wegen rezidivierender Infekte 1996
- rezidivierende bronchopulmonale Infekte seit 1996
- mittelschwere obstruktive VentilationsstÄ¼rung 2006
- bronchopulmonaler Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, erstmals 2007

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann wurden folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 8/73 S. 20):

- Chronische Zervikobrachialgie ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M53.1)

- Status nach HWS-Distorsion am 18.04.03

- mittelgradige foraminale Stenose HWK 4/5 rechts und HWK 5/6 links, keine Diskushernie, leichte Einengung des Spinalkanals (MRI 07.04.06) (ICD-10 M47.2)

- Adipositas (BMI 34.5 kg/m²) (ICD-10 E66.0)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutacher in ihrer Gesamtbeurteilung fest, es habe sich eine 50-jährige, etwas älter wirkende Explorandin in depressiver Stimmung präsentiert. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei aufgrund der erhobenen Befunde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Zusätzlich bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche die von der Explorandin angegebenen, mit somatischen Befunden nicht objektivierbaren Beschwerden erkläre. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich angepasste Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt. Bei der pneumologischen Untersuchung sei aufgrund der Bronchiektasen mit rezidivierenden Infekten eine deutliche Einschränkung der pulmonalen Belastbarkeit festgestellt worden. Aus pneumologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Erwerbstätigkeit ebenfalls zu 50 % eingeschränkt. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien der Explorandin nicht zumutbar. Bei der orthopädischen Untersuchung seien eine chronische Zervikobrachialgie bei radiologisch dokumentierten leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Die objektivierbaren Befunde würden aber das Ausmass der Beschwerden nicht erklären. Eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Erwerbstätigkeit wäre der Explorandin aus orthopädischer Sicht ohne Einschränkung ganztags zumutbar. Die übrigen internistischen und anderweitigen somatischen Befunde hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst sei die Explorandin aus polydisziplinärer Sicht theoretisch für eine körperlich leichte Erwerbstätigkeit zu 50 % arbeits- und leistungsfähig. Die Leistungseinbussen aus somatischer und psychiatrischer Sicht würden sich ergänzen; da die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung genutzt werden könnten, würden sie sich nicht addieren. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten würden sie - so die Gutacher weiter - davon ausgehen, dass aufgrund der Bronchiektasen bereits im Jahr 1996 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Gemäss den Berichten der pneumologischen Klinik des Spitals Z. ___ sei die Situation etwa seit dem Jahr 2000 unverändert stabil, weshalb eine seither andauernde unveränderte Arbeitsunfähigkeit sowohl für eine Erwerbstätigkeit als auch im Haushalt, wie sie von ihnen festgestellt worden sei, bestehe. Eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit durch den Unfall mit HWS-Distorsion vom 18. April 2003 könne höchstens für einige Wochen angenommen werden. Erhebliche Verletzungen der Halswirbelsäule seien keine dokumentiert. Bei der gutachterlichen orthopädischen Untersuchung hätten keine Befunde, welche eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen wären, erhoben werden können. Auch aufgrund der in den Akten beschriebenen psychiatrischen Befunde

können nicht auf eine länger anhaltende höhere Arbeitsunfähigkeit, als sie von ihnen festgestellt worden sei, geschlossen werden (Urk. 8/73 S. 21 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt führten die Gutachter aus, die Explorandin sei bislang noch nie einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgegangen und werde zu 100 % als Hausfrau qualifiziert. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt könne etwas höher angesetzt werden, als die beschriebene theoretische Arbeitsfähigkeit für eine Erwerbstätigkeit. Die Tätigkeit im Haushalt könne in gewohnter Umgebung und den individuellen Möglichkeiten angepasst über den ganzen Tag verteilt verrichtet werden, insbesondere wenn die Explorandin keiner Erwerbstätigkeit nachgehe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe daher eine Arbeitsfähigkeit im Haushalt von 80 %. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien der Explorandin aus orthopädischer und pneumologischer Sicht nicht zumutbar. Auch für die leichten Tätigkeiten würden aus pneumologischer Sicht Einschränkungen bestehen. Aus polydisziplinärer Sicht sei deshalb anzunehmen, dass für die Haushaltstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bestehe. Schliesslich hielten die Gutachter fest, dass sich die Explorandin auch im Haushalt nicht mehr arbeitsfähig fühle und für jegliche Tätigkeit von ihren Täglichern unterstützt werde. Dadurch erziele sie aber einen deutlichen sekundären Krankheitsgewinn. Auch die aufgrund der somatoformen Schmerzstörung verstärkt empfundenen Beschwerden würden die subjektive Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit erhöhen. Aufgrund der erhobenen objektiven medizinischen Befunde wäre es der Explorandin indes zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen und noch mit einem reduzierten Pensum den Haushalt zu führen beziehungsweise erwerbstätig zu sein (Urk. 8/73 S. 22).

E. 5

5.1 Aufgrund der schlüssigen gutachterlichen Ausführungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin steht fest, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen für eine adaptierte leichte ausserhäusliche Erwerbstätigkeit zu 50 % arbeits- und leistungsfähig ist. Die angestammte Tätigkeit im Haushalt ihrer Familie ist ihr gar mit einem Pensum von 60 % zumutbar. Bei dieser Beurteilung berücksichtigten die Gutachter sowohl die somatisch als auch die psychisch bedingten Einschränkungen. Gestützt auf den erhobenen psychischen Befund und die fachärztlich gestellten Diagnosen hielten die Gutachter sodann dafür, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht bei der Tätigkeit im Aufgabenbereich Haushalt bloss um 20 % eingeschränkt sei. Vor diesem Hintergrund ist es aber nicht nachvollziehbar, inwiefern und weshalb die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen Ankleiden/Auskleiden und Körperpflege eingeschränkt und nicht in der Lage sein sollte, die verordneten Medikamente selbstständig einzunehmen. Soweit der Hausarzt solches aufgrund der Berichte der Familienangehörigen bestätigt (Urk. 8/95), übersieht er, dass der psychiatrische Konsiliarius im Beisein einer Dolmetscherin keine psychopathologischen Befunde erheben konnte, welche eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in diesen Bereichen hätten begründen können. So stellte der begutachtende Facharzt fest, dass die Explorandin bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Die Auffassungsgabe und die Konzentrationsfähigkeit seien nicht eingeschränkt gewesen, Hinweise für Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen hätten sich nicht finden lassen. Das Denken sei leicht verlangsamt und inhaltlich hätten depressive

Gedanken im Vordergrund gestanden. Befürchtungen und Zwänge seien nicht feststellbar, wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ich-Störungen nicht vorhanden gewesen. Affektiv sei die Explorandin mittelgradig depressiv und der Antrieb vermindert gewesen, wobei sich keine circadianen Besonderheiten hätten finden lassen. Der Gutachter fand sodann Hinweise für einen leichtgradigen sozialen Rückzug. Er führte weiter aus, die Realitätsprüfung und die Urteilsbildung seien ungestört. Hinweise für eine mangelnde Affektsteuerung und fehlende Impulskontrolle hätten sich nicht finden lassen (Urk. 8/73 S. 10). Aufgrund dieser Befunde kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leidet. In diesem Zusammenhang hielt er auch fest, dass die Beschwerden zu einem hohen sekundären Krankheitsgewinn führen würden. Die Explorandin erreiche mit ihren Beschwerden, dass eine ihrer Töchter tagsüber immer anwesend sei, sich mit ihr unterhalte, mit ihr spazieren gehe und den Haushalt führe. Auch ihr Ehemann sei verständnisvoll und nehme Rücksicht. Seit dem Unfall würden psychogene Anfälle auftreten, bei denen sie ohnmächtig werde, zwei bis fünf Minuten auf dem Boden liege und sich dann wieder erhole. Die Explorandin neige zu histrionischen Verhaltensweisen, ihr Schonhinken und auch die Schilderung ihrer Beschwerden seien sehr demonstrativ gewesen. Im Rahmen dieser histrionischen Persönlichkeitszüge seien die psychogenen Anfälle zu sehen; eine eigentliche dissoziative Störung liege nicht vor. Mit Hilfe ihrer Ohnmachten verdeutliche sie gegenüber ihrer Umgebung ihr Leiden und erhalte dadurch eine hohe Zuwendung (Urk. 8/73 S. 10 f.). Der Gutachter führte sodann aus, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingeschränkt sei. Eine schwere depressive Störung liege nicht vor. Das demonstrative Schmerzverhalten habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der psychogenen Anfälle seien Arbeiten, bei denen die Explorandin erhöhten Gefahren ausgesetzt sei, nicht zumutbar. In einer ausserhäuslichen beruflichen Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Bei der Tätigkeit als Hausfrau, bei der sie die Belastungen selbstständig einteilen könne und sich in vertrauter Umgebung aufhalte, sei die Arbeitsfähigkeit lediglich um 20 % vermindert. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und das demonstrative Schmerzgebaren, unter welchem auch die psychogenen Anfälle subsumiert werden müssten, würden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht begründen (Urk. 8/73 S. 11 f.).

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. Y.____, nennt in seinem Bericht vom 26. Oktober 2009 (Urk. 8/95) keine Befunde, welche die gutachterliche Beurteilung in Frage stellen könnten. Statt sich mit den gutachterlichen Erkenntnissen auseinanderzusetzen, wiederholt er bloss seine frühere - vom hiesigen Gericht im Urteil vom 28. November 2007 als nicht schlüssig erachtete (Urk. 8/51 S. 8) - Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin schwer depressiv und daher vollständig arbeitsunfähig sei. Dass dies nicht zutrifft, haben die Gutachter mit überzeugender Begründung dargetan. Wenn die Beschwerdeführerin trotz ihrer psychischen Beeinträchtigungen im Aufgabenbereich Haushalt indes bloss zu 20 % eingeschränkt ist, kann eine auf dieselben Beeinträchtigungen zurückzuführende Hilfsbedürftigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen ausgeschlossen werden. Dasselbe gilt für die Notwendigkeit dauernder Pflege und Überwachung. Bei dieser

berichtete Dr. H. ___ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Urk. 3/4). Am 7. Juni 2011 fÄ¼hrte sodann Dr. H. ___ aus, hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes der BeschwerdefÄ¼hrerin mÄ¼sse eine Verschlechterung mit einem erheblichen Leidensdruck festgehalten werden. Aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation (Angst, Vermeidung von sozialen Kontakten und Menschenmengen) sei sie weiterhin auf eine Einzeltherapie mit EinzelgesprÄ¼chen angewiesen (Urk. 11/2 S. 1). Schliesslich berichtete Dr. H. ___ am 17. Oktober 2011, der Zustand der BeschwerdefÄ¼hrerin habe sich weiter verschlechtert, so dass nun eine schwere depressive Episode vorliege (Urk. 11/2 S. 2). Da Dr. H. ___ zur BegrÄ¼ndung seiner EinschÄ¼tzung keine Befunde nennt, kann seine Beurteilung nicht nachvollzogen werden. Dies gilt auch fÄ¼r die Berichte des Dr. J. ___ vom 21. Juli, 28. Juli und 5. August 2010 (Urk. 8/114). In diesem Zusammenhang ist ausserdem daran zu erinnern, dass das Gericht der Erfahrungstatsache, dass HausÄ¼rzte und behandelnde FachÄ¼rzte (so etwa Urteil des seinerzeitigen EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005 E. 5.1 mit Hinweisen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in ZweifelsfÄ¼llen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung tragen soll und darf (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Vor diesem Hintergrund kann auf die Berichte der behandelnden FachÄ¼rzte, soweit sie - abweichend von den Feststellungen der Gutachter - das Vorliegen einer schweren depressiven Episode behaupten, nicht abgestellt werden. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass weder Dr. J. ___ noch Dr. H. ___ konkrete UmstÄ¼nde nennen, aus welchen auf eine HilfsbedÄ¼rftigkeit in den alltÄ¼glichen Lebensverrichtungen oder auf einen Bedarf an lebenspraktischer Begleitung geschlossen werden kÄ¼nnte. Nur schon deshalb sind keine weiteren AbklÄ¼rungen notwendig.

5.3.ÄÄÄÄ Aus dem Umstand, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin dauernd in medizinischer Behandlung steht (vgl. Urk. 3/5), kann nicht geschlossen werden, dass eine Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt. Auch die Gutachter haben nicht verkannt, dass das Lungenleiden der BeschwerdefÄ¼hrerin einer regelmÄ¼ssigen medizinischen Behandlung bedarf. So fÄ¼hrte der begutachtende Pneumologe aus, im Vordergrund wÄ¼rden die durch die Bronchiektasen bedingten rezidivierenden pulmonalen Infekte stehen. DiesbezÄ¼glich sei mit einer progredienten Verschlechterung zu rechnen, was durch eine zusÄ¼tzlich aufgetretene Pseudomonasbesiedlung dokumentiert werde, wobei es sich um einen nicht eradizierbaren Keim handle. Aus rein pneumologischer Sicht sei die Explorandin vorwiegend durch ihre rezidivierenden bronchopulmonalen Infekte deutlich eingeschrÄ¼nkt. Aufgrund dessen werde eine regelmÄ¼ssige antibiotische Behandlung mit Zithromax 500 mg 3x/Woche empfohlen. Aus rein pneumologischer Sicht bestehe auch fÄ¼r eine nur leichte kÄ¼rperliche Arbeit aufgrund der dokumentierten Infektexazerbationen und der eingeschrÄ¼nkten pulmonalen Belastbarkeit eine 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit. Dabei sei, bedingt durch rezidivierende Bronchopneumonien mit mehrmals jÄ¼hrlichen, mehrtÄ¼gigen ArbeitsunfÄ¼higkeiten zu rechnen. Die behandelnde Pneumologin im Spital Z. ___ habe in einer RÄ¼cksprache ungefÄ¼hr fÄ¼nf zusÄ¼tzliche antibiotikabedÄ¼rftige Bronchopneumonien pro Jahr bestÄ¼tigt (Urk. 8/73 S. 20).

6.ÄÄÄÄÄÄ Nach dem Gesagten ist es nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen fÄ¼r die Zusprechung einer HilflosenentschÄ¼digung verneint und das erneute Leistungsbegehren der BeschwerdefÄ¼hrerin mit der angefochtenen VerfÄ¼gung vom 13. Januar 2011 abgewiesen hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

7. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 16 sowie je einer Kopie von Urk. 17/1-5

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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