

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00791 vom 22. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00791](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00791)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00791 du 22 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00791 del 22 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

November

2008 (Invaliditätsgrad 100 %; Verfügung 9. April

2009 [ Urk. 7/267 ]; vgl. auch Urk. 7/258-262). Das hiesige Gericht hiess eine gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde, womit die Versicherte eine ganze Rente bereits ab 1. Dezember 2005 beantragte, in dem Sinne gut, als es die Sache zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die IV-Stelle zurückwies (Entscheid vom 21. Januar

2010, Prozess-Nr. IV.2009.00427, Urk. 7/308). In der Folge setzte die IV-Stelle die Rente zunächst wieder auf die frühere Dreiviertelsrente herab (Urk. 7/326 und Verfügung vom 19. August 2010, Urk. 7/328).

Versuche, die Versicherte bei der Klinik Z.\_\_\_\_ oder der Rehabilitationsklinik A.\_\_\_\_ gemäss den gerichtlichen Vorgaben begutachten zu lassen, scheiterten (vgl. Urk. 7/343, Urk. 7/396 und Feststellungsblatt vom 7. März

2012, Urk. 7/403). Danach nahm der RAD eine Aktenbeurteilung vor, erachtete die seit Jahren geltend gemachte schlechtere Verschlechterung als nachvollziehbar und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten

ab Dezember 2005. Die bisherige Dreiviertelsrente

wurde rückwirkend ab 1. März 2007 (Zeitpunkt Revisionsbegehren, Urk. 7/209) auf eine ganze Rente erhöht (IV-Grad 100 %; vgl. Feststellungsblatt vom 7. März 2012

[Urk. 7/403/9], Verfügungen vom 12. und 29. Juni 2012

[Urk. 7/413, 7/425, 7/411]).

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 42 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13

des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts [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.

## **E. 1.2**

Art. 37 IVV sieht drei Hilfsfreiheitsgrade vor. Gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung gilt die Hilfsfreiheit als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a. in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; oder c. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist.

Nach der Rechtsprechung setzt Hilfsfreiheit mittelschweren Grades nach Art. 37 Abs. 2 lit. a IVV eine Hilfsbedürftigkeit in mindestens vier alltäglichen Lebensverrichtungen voraus (BGE 121 V 88 E. 3b, 107 V 145 E. 2).

## **E. 1.3**

Gemäss Art. 69 Abs. 2 IVV kann die IV-Stelle zur Prüfung eines Leistungsanspruchs unter anderem Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen. Nach der Rechtsprechung hat ein Abklärungsbericht unter dem Aspekt der Hilfsfreiheit (Art. 9 ATSG) oder des Pflegebedarfs folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichtserstellerin oder Berichtsersteller wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten hat. 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 (vgl. BGE 133 V 450 E. 11.1.1). Weiter sind die Angaben der Hilfeleistenden 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 Pflege und der persönlichen Überwachung und der lebenspraktischen Begleitung 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 140 V 543 E. 3.2.1 mit Hinweisen; SVR 2012 IV Nr. 54 S. 195, Urteil des Bundesgerichts 8C\_756/2011 vom 12. Juli 2012 E. 3.2). Diese Grundsätze gelten entsprechend auch für die Abklärung der Hilfsfreiheit unter dem Gesichtspunkt

der lebenspraktischen Begleitung (BGE 133 V 450 E. 11.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_464/2015 vom 14. September

2015 E. 4) sowie unter dem Aspekt des Intensivpflegezuschlags (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2016 vom 6. September 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 8C\_756/2011 vom 12. Juli 2012 E. 3.2).

## **E. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 E. 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 es 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 rechts anwendende Person sie prüfend 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 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die mit Verfügungen vom 19. November 2009 zugesprochene Hilflosenentschädigung

für eine Hilflosigkeit mittelschweren Grades zu Recht rückwirkend per 1. Juni 2013 aufgehoben hat.

Die Beschwerdegegnerin begründet die Aufhebung der Hilflosenentschädigung

in erste Linie mit den Ergebnissen der Begutachtung durch das A.\_\_\_\_, wonach weder aus psychiatrischer noch rheumatologischer noch internistischer Sicht ein massgeblicher Gesundheitsschaden bestehe, der eine Hilflosigkeit begründen würde. Zudem stimmten die gutachtlich erhobenen Befunde sehr gut mit den Observationsunterlagen überein, welche keine Rückschlüsse auf eine psychische oder somatische Erkrankung oder Einschränkung erkennen liessen (Urk. 2).

Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, es bestehe weiterhin ein Anspruch auf die bisher ausgerichtete Hilflosenentschädigung, da seit der massgeblichen Verfügung im November 2009 insgesamt keine Veränderung im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (Urk. 1 S. 4). Sie bezieht sich dabei insbesondere auf den Bericht des B.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2016 (Urk. 3/3) sowie auf Berichte verschiedener behandelnder Ärzte (Urk. 3/5-7). Die Observationsergebnisse vermöchten überhaupt nichts über die Hilflosigkeit auszusagen, da sie ihre starke Behinderung ausserhalb der Wohnung nicht zeige, was für aus senstehende Beobachter zu falschen Schlüssen führe (Urk. 1 S. 7). Auf das Gutachten des A.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, weil es sich offensichtlich um eine andere (durch die veränderte Wahrnehmung und Praxis der Gutachter infolge der Abhängigkeit des A.\_\_\_\_ von den Aufträgen der IV zu erklärende) Beurteilung handle, die revisionsrechtlich ohne Bedeutung sei (Urk. 1 S. 8).

## E. 2

Hiergegen liess X.\_\_\_\_ mit Eingabe vom 7. Juli 2016 Beschwerde

erheben mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin auch nach dem 1. Juni 2013 Anspruch auf die bisherige Hilflosenentschädigung mittleren Grades habe; eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Durchführung ergänzender Abklärungen zurückzuweisen. Weiter

stellte sie Antrag um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2016 ersuchte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Akten um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6; der Beschwerdeführerin zugestellt mit Verfügung vom 15. September 2016, Urk. 9). Am 7. November 2016 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme ein, worin sie u.a. auf den am 18. Oktober 2016 ergangenen Entscheid des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) betreffend gesetzliche Grundlage für die Observation von Versicherten hinwies und da für hielt, die Observierungsergebnisse fielen aufgrund des erwähnten Urteils des EGMR gänzlich ausser Betracht (Urk. 10).

### **E. 3**

#### **Satz 1**

IVG; Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Praxis gemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend (BGE 127 V 94 E. 3c, 125 V 297 E.

4a): - Ankleiden, Auskleiden; - Aufstehen, Absitzen, Abliegen; - Essen; - Körperpflege; - Verrichtung der Notdurft; - Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

#### **E. 3.1**

Grundlage der am 19. November 2009 (Urk. 7/307) verfügten Hilflosenentschädigung bildete der Abklärungsbericht vom 8. Oktober 2009 (Urk. 7/298), worin auch die Erwägungen des hiesigen Gerichts

zur Aufhebung der ersten Zusprache einer Hilflosenentschädigung (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2) zu berücksichtigen waren (Stellungnahme des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin vom 26. Juni 2009, Urk. 7/287).

#### **E. 3.2**

Weiter lag der Abklärungsperson der Bericht von RAD-Ärztin Dr.

C. \_\_\_ vom 13. März 2009 (Urk. 7/259), den die Abklärungsperson gemäss Auftrag des Rechtsdienstes zu berücksichtigen hatte (vgl. Urk. 7/298/8). In diesem Bericht stellte die RAD-Ärztin folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10: F 33.1), Tendosynovitische Veränderungen der Beuge- und Strecksehnen beider Hände, Extensor carpi

ulnaris beidseits, Synovitis Handgelenk rechts, MCP und DIP II, wenig II und IV, Behandlung mit Enbrel seit 11.2006, Fibromyalgiesyndrom mit Verdacht auf Somatisierungsstörung bei chronischer Schmerzproblematik, Panvertebralsyndrom, lumbospondylogenes Syndrom beidseits, breite mediane Diskusprotrusionen L3-L5, Foramina

intervertebralis L4-S1 beidseits, Fehllhaltung und Fehlförmigkeit der Wirbelsäule, muskuläre Dekonditionierung, Knieschmerzen beidseits unklarer Zuordnung, hochgradiger Verdacht auf freien Gelenkkörper, Degeneration Grad II Meniskus lateralis und medialis, Schulterschmerz beidseits, Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig seit 05.2002, diabetische Retinopathie, Zustand nach Laseroperation, Verdacht auf diabetische Polyneuropathie.

Zu diesem Bericht ist anzumerken, dass nicht ersichtlich ist, auf welchen Befunden die vorgenannte umfangreiche Diagnoseliste beruht, da der entsprechende Statusbogen in den Akten fehlt. Der Bericht enthält auch keine Angaben, inwiefern die diagnostizierten Leiden funktionelle Beeinträchtigungen oder Hilfsbedürftigkeiten zur Folge haben. Die RAD-Ärztin hielt lediglich fest, anhand der Befunde könne von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 7/259/4).

### **E. 3.3**

Laut Abklärungsbericht ist die Beschwerdeführerin in den Bereichen An- / Auskleiden und Körperpflege auf regelmässige Hilfe Dritter angewiesen. Zu dem wurde ab 2007 der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung erkannt (darin berücksichtigt der Bereich Fortbewegung und Pflege gesellschaftlicher Kontakte, vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit [KSIH]

Rz 8048).

Im Bereich An-/Auskleiden

benötigt die Beschwerdeführerin beim Anziehen der unteren Körperhälfte, Schuhe, Hose, Socken und Stützstrümpfe regelmässig die Hilfe Dritter. Sie habe u.a. angegeben, für das An- und Ausziehen der Stützstrümpfe benötige sie die Hilfe der Tochter, da sie keine Kraft dazu habe. Wegen der Kraftlosigkeit gelinge es ihr auch nicht, die Knöpfe und Reissverschlüsse zu öffnen oder zu schliessen. Abends sei sie jeweils so erschöpft, dass sie beim Ausziehen regelmässig die Hilfe der Tochter in Anspruch nehmen müsse (Urk. 7/298/2).

Bei der Körperpflege sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage die notwendigen Verrichtungen, auch mit Hilfe geeigneter Hilfsmittel, selber auszuführen. Hierzu habe sie angegeben, sie dusche nur, wenn die Tochter anwesend sei. Trotz Badewannenlift gelinge es ihr nicht, die Beine auf den Lift zu heben. Da sie die Arme nicht heben könne, könne sie weder die Haare shampooen noch sich frisieren. Zum Halten von Hilfsmitteln wie Stielkamm oder -bürste fehle ihr die Kraft in den Händen (Urk. 7/298/4).

Die lebenspraktische Begleitung ist gemäss Abklärungsbericht damit begründet, dass die Beschwerdeführerin wegen ihres desolaten psychischen Zustandes

während zweier Stunden (vgl. KSIH Rz 8053) wöchentlich durch Herrn D. \_\_\_ von der psychiatrischen Spitex begleitet werde. Er arbeite mit ihr am Aufbau der psychischen Verfassung und an der Tagesstrukturierung, begleite sie in alltäglichen Belangen, erstelle einen Wochenplan, begleite sie zu Terminen usw. (Urk. 7/298/6).

Es fällt auf, dass die Beurteilung der einzelnen Beeinträchtigungen allein auf den Schilderungen der Beschwerdeführerin

beruht . Inwiefern diese subjektiven Angaben mit objektiven medizinischen Erkenntnissen im Einklang stehen und sich die Einschränkungen somit plausibel und nachvollziehbar begründen lassen , geht aus dem Bericht nicht hervor . Es findet auch keine Auseinandersetzung mit den Erwägungen des hiesigen Gerichts zur früheren Aufhebung der Hilflosenentschädigung

statt , diese werden unkommentiert lediglich wiedergegeben . Es lässt sich deshalb schlecht nachvollziehen,

inwiefern sich seit der Aufhebung der Hilflosenentschädigung durch das hiesige Gericht im Jahr 2006 die invalidenversicherungsrechtlich relevante Hilfsbedürftigkeit der Beschwerdeführerin derart verschlechtert e , dass sich die

(erneute) Annahme einer Hilflosigkeit rechtfertigt e.

#### **E. 4.1**

Das Gutachten des A.\_\_\_\_ (Urk. 7/531 ) umfasst nebst einer ausführlichen Aktenzusammenfassung (Ziff. 2) eine allgemeininternistische Untersuchung durch den fallführenden Gutachter (Ziffer 3 ) sowie die spezialärztlichen Teilgutachten in den Disziplinen Psychiatrie (Ziff. 4.1), Nephrologie (Ziff. 4.2), Rheumatologie ( Ziff. 4.3), Neurologie (Ziff. 4.4), Viszeralchirurgie ( Ziff. 4.5) und Ophthalmologie ( Ziff. 4.6) , die Diagnoseliste (Ziff. 5), die Gesamtbeurteilung (Ziff. 6) und die Beantwortung der Zusatzfragen (Ziff. 7). Unterzeichnet ist das Gutachten von sämtlichen sieben beteiligten Gutachtern.

#### **E. 4.2**

Für die Beurteilung der vorliegenden im Streit stehenden Hilflosigkeit auf grund funktioneller Einschränkungen am Bewegungsapparat und psychischer Beeinträchtigungen sind in erster Linie die gutachtlichen Erkenntnisse aus den Bereichen Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie von Interesse.

##### **E. 4.2.1**

An allgemeininternistischen Hauptdiagnosen werden ein Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9) bei Adipositas und Diabetes mellitus, eine chronische mittelschwere Niereninsuffizienz Stadium 3, ein Status nach mehreren Abdominaleingriffen , ein Schlafapnoe-Syndrom, anamnestisch ein epileptisches Anfallsleiden, chronische Polyarthrit und Fibromyalgie-Syndrom, anamnestisch Psoriasis sowie ein Status nach subtotaler Thyreoidektomie 1998 aufgeführt ( Ziff. 3.3). Der Gutachter hielt fest, im Vordergrund stehe ein etabliertes metabolisches Syndrom bei Adipositas mit konsekutivem Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie. Die jahrelange Insulinbehandlung habe nach entsprechender Gewichtsreduktion nach erfolgter Magenbypass-Operation sistiert werden können. Als Folge des Diabetes könnten anamnestisch eine diabetische Retinopathie, eine diabetische Polyneuropathie sowie insbesondere auch eine diabetische Nephropathie

genannt werden, wozu er aber auf die entsprechenden Teilgutachten verweise. Aus allgemeininternistischer Sicht führten die genannten Diagnosen zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 3.4). Als problematisch erachtete der Gutachter das immer noch zu hohe Gewicht und die ungenügende metabolische Kontrolle des Diabetes. Aus dem allgemeininternistischen Gutachten ergeben sich keine Hinweise, dass die darin erörterte gesundheitliche Problematik

zu erheblichen Einschränkungen bei invalidenversicherungsrechtlich relevanten alltäglichen Lebensverrichtungen führen würde.

#### **E. 4.2.2**

Gegenüber der rheumatologischen Gutachterin klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen am ganzen Körper mit besonderer Betonung im Schulter-/Nackbereich rechts, der rechten Schulter und dem rechten Handgelenk. Gehen und Stehen könne sie maximal während 10 Minuten, dann habe sie vermehrt Rückenbeschwerden ( Ziff. 4.3.1 S. 35). Über die rheumatologische Statuserhebung ( Ziff. 4.3.2.1) berichtet die Gutachterin u.a., die Beschwerdeführerin besteige die Treppe in den zweiten Stock äusserst mühsam, wobei sie sich mit der rechten bandagierten Hand am Geländer hochziehe, während sie in der linken Hand einen Rucksack trage. Das Untersuchungszimmer betrete sie ohne Hilfsmittel. Beim Be- und Entkleiden liessen sich bis auf eine leichte Schonung der rechten Schulter keine Einschränkungen beobachten, insbesondere werde das linke Schultergelenk vollkommen frei bewegt. Bei sämtlichen Funktionsprüfungen gebe die Beschwerdeführerin diffuse Schmerzen in den Beinen und der Wirbelsäule an. Weder bei der HWS- noch LWS-Funktionsprüfung habe sich eine Provokation radikulärer oder pseudoradikulärer Symptomatik gezeigt, auch Triggerpunkte seien keine nachgewiesen. Zur Prüfung der peripheren Gelenke hielt die Gutachterin fest, im Rahmen der Untersuchungssituation demonstrierte die Beschwerdeführerin eine deutlich eingeschränkte aktive Schultergelenksbeweglichkeit beidseits, eine passive Beweglichkeitsprüfung habe sie wegen befürchteter Schmerzen verweigert. Soweit überprüfbar hätten sich keine Hinweise auf eine Rotatormanschettenläsion gefunden. Weiter hielt die Expertin fest, im Gegensatz zu den demonstrierten deutlichen Einschränkungen der Schultergelenksbeweglichkeit links bewege die Beschwerdeführerin die sie bei unbewussten Bewegungen völlig frei. Auch rechts lasse sich bei unbewussten Bewegungen eine deutlich bessere, wenn auch leicht eingeschränkte Schultergelenksbeweglichkeit beobachten. Im Bereich der Hände fanden sich keine Hinweise für arthritische oder arthrotische Veränderungen. Bei den bildgebenden Untersuchungen ( Ziff. 4.3.2.3) zeigten sich weitgehend unauffällige oder altersentsprechende Befunde bis auf eine hochaktive Spondylose BWK 7-11 bei DISH ( Spondylosis

hyperostatica ) und einer leichten aktiven

Osteochondrose C 4/ 5.

An rheumatologischen Hauptdiagnosen hielt die Expertin aufgrund ihrer

Befunderhebung eine

seronegative chronische Polyarthritis ( ICD-10 M06.99), ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom ( ICD-10 M54.5 ) , ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom ( ICD-10 M53.1), ein Funktions- und Belastungsdefizit der rechten Schulter ( ICD-10 M75.8) sowie eine Hypermobilität ( ICD-10 M35.7) fest ( Ziff. 4.3.3) . Hierzu führte sie weiter aus ( Ziff. 4.3.4) , die seronegative chronische Polyarthritis befinde sich unter der 2008 eingeleiteten Basistherapie mit Orencia in Remission. Zum zervikospondylogenen Schmerzsyndrom erwähnte die Gutachterin , die LWS sei in sämtlichen Ebenen frei beweglich, klinische Hinweiszeichen für eine radikuläre

oder Wurzelkompressionssymptomatik fänden sich nicht. Bildgebend zeigt sich indessen im unteren BWS-Bereich eine Spondylosis

hyperostotica, die für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich sei. Auffällig bei der klinischen Untersuchung sei eine allgemeine Hypermobilität mit Überstreckbarkeit der peripheren Gelenke. Dadurch könne es immer wie der zu Blockierungen im Wirbelsäulenbereich sowie zu Überlastungserscheinungen im Bereich der peripheren Gelenke mit der entsprechenden Beschwerdesymptomatik kommen. Ein Teil der von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden könne hierdurch bedingt sein. Die Gutachter fasste ihre Beurteilung dahingehend zusammen, als für die von der Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungsapparates angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat bestehe.

Im Weiteren nahm die Expertin zu früheren Einschätzungen des Bewegungsapparates Stellung (Ziff. 4.3.7). Insbesondere legte sie dar, von der MEDAS Y. \_\_\_ sei bereits im Jahr 2006 festgestellt worden, dass aufgrund der seronegativen

Spondylarthropathie keine Arbeitsunfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten bestehe, was sich mit ihrer Auffassung decke. Auch mit den im B. \_\_\_ im Bericht vom 8. September 2010 (vgl. Urk. 7/ 335/6-8) erhobenen Befunden und Diagnosen erklärte sie sich

grundsätzlich einverstanden, monierte aber, im Bericht werde nicht differenziert dargelegt, welche Einschränkungen aus rein rheumatologischer Sicht bestünden.

### **E. 4.2.3**

Der psychiatrische Gutachter schildert in seinem Teilgutachten (Ziff. 4.1.4), die Beschwerdeführerin habe sich in der Untersuchung als aufgeweckte, muntere, sehr redselige aber auch oberflächliche Person präsentiert. Sie habe sich im Affekt ausgeglichen und gefasst gezeigt, es habe keine bedrückte Stimmungslage vorgelegen. Das Denken und der Antrieb seien flüssig verlaufen, affektive Inkontinenzen hätten nicht stattgefunden. Durchwegs habe jedoch eine erhebliche Klagsamkeit bestanden. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung seien nicht erkennbar gewesen. Somit könne aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer depressiven Störung nicht gestellt werden, aufgrund der hohen Klagsamkeit mit eher verallgemeinernden und pauschalisierenden Beschwerden und Schmerzáußerungen sei die Diagnose einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung zu stellen. Die Beschwerdeführerin schein eine Art doppelter Buchführung ausgebildet zu haben, indem sie gegenüber Ärzten ein bewährtes Klagemuster aufliste, das aber nicht durch Befunde objektiviert werden könne. Es könne deshalb eine erhebliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Bewertung und den objektiven Befunden festgestellt werden. Überdies zeige die Serumskontrolle für das angeblich verwendete Antidepressivum einen Wert unter der Nachweisgrenze. Somit erfolge offensichtlich keine Behandlung der Depression, was gut zu der Tatsache passe, dass eine depressive Störung nicht zu objektivieren sei. Weiter führte der Experte aus (Ziff. 4.1.5), die Beschwerdeführerin erhalte durch ihre hohe Klagsamkeit eine hohe medizinische und fürsorgliche Zuwendung, somit einen hohen sekundären Krankheitsgewinn. Der funktionelle Schweregrad der beklagten Beschwerden sei als gering einzustufen. Der Experte nimmt weiter Stellung zu den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr.

E.\_\_\_\_, der der Be schwerdeführerin ein e rezidivierende depressive Störung mit jeweils mittel gradiger Episode und voller Arbeitsunfähig eit attestiert habe (vgl. Urk. 3 /

#### **E. 4.3**

Die Ergebnisse und Folgerungen der Fachexperten beruhen auf umfassender Aktenkenntnis und eigenen Untersuchungen. Sie berücksichtigen insbesondere auch die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und bringen diese nachvollziehbar und begründet mit ihren objektiven Untersuchungsbefunden in Zusammenhang. Mit Blick auf die sich vorliegend stellenden Fragen der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin infolge funktioneller Einschränkungen erfüllen die Teilgutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen eines beweiskräftigen Gutachtens (vgl. E. 1.4).

Im Bereich An/-Auskleiden ist aufgrund der gutachtlichen Abklärung nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin erheblich eingeschränkt sein soll. Der Gutachter beobachtete bei unbewussten Bewegungen, dass die Beschwerdeführerin das linke Schultergelenk völlig frei und das rechte nur leicht eingeschränkt bewegen konnte. Dies im Gegensatz zur deutlich demontrierten Einschränkung beider Schultergelenke im Rahmen der klinischen Untersuchung. Die Beobachtungen korrelieren mit den bildgebenden Untersuchungen, die bis auf eine hoch aktive Spondylose BWK7-BWK11 un auffällig waren. Mit lediglich rechts leicht eingeschränkter Schulterbeweglichkeit ist auch nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin bei der Körperpflege (Duschen, Haarewaschen, frisieren) in erheblicher Weise auf Hilfe angewiesen sein sollte. Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin wie im Abklärungsbericht erwähnt, wegen fehlender Kraft keine Hilfsmittel wie Stielkamm oder -bürste halten könnte (vgl. vorstehend E.

3.3) fehlen. Sowohl bildgebend wie klinisch fanden sich im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung keine Hinweise für arthritische oder arthrotische Veränderungen (vgl. Urk. 7/531 S. 36 unten).

Das Erfordernis einer lebenspraktischen Begleitung wurde gemäss Abklärungsbericht mit dem "desolaten psychischen Zustande" der Beschwerdeführerin begründet (vgl. vorstehend E. 3.3). Diese Einschätzung trifft aufgrund der gutachtlichen psychiatrischen Abklärung in keiner Weise (mehr) zu. Der Experte konnte lediglich eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung attestieren, eine depressive Störung schloss er aus und wurde offensichtlich - entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin - auch nicht medikamentös behandelt. Damit ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sein soll, sich eine Tagesstruktur zu geben und die alltäglichen Belange selber zu besorgen.

#### **E. 4.4**

Der Observationsbericht spielte bei der gutachtlichen Abklärung nur eine sehr untergeordnete Rolle. Sowohl der psychiatrische Gutachter wie die rheumatologische Gutachterin begründeten ihre Resultate einzig mit ihren eigenen Befunden und Erkenntnissen. Beide erwähnten lediglich, dass sich das während der Observation beobachtete Verhalten der Beschwerdeführerin in keinster Weise mit massiven Einschränkungen im Alltagsleben vereinbaren lässt, ohne dies weiter in ihre Beurteilungen einfließen zu lassen

(Urk. 7/531 S. 29 unten und S. 41). Es kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass die Experten auch ohne Observation zu den gleichen Ergebnissen gelangt wären. Das von der Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf den Entscheid des EGMR vom 18.

Oktober 2016 vorgebrachte Anliegen, die Observationsergebnisse seien ausser Acht zu lassen (Urk. 10) , läuft damit ins Leere.

#### **E. 4.5**

Die von der Beschwerdeführerin neu eingebrachten Berichte des B.\_\_\_\_, des Hausarztes und des behandelnden Psychiaters (Urk. 3/3-6) vermögen an der vorstehenden Beurteilung nichts zu ändern . Grundlegend neue Befunde finden sich darin nicht. Keiner der Ärzte legt dar, inwiefern die gutachtlichen Beurteilungen anderweitigen objektiven medizinischen Erkenntnissen wider sprechen . Mit Blick auf die unterschiedliche Natur von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten einerseits und der behandelnden Ärzte und Therapeuten andererseits weist das Bundesgericht in konstanter Rechtsprechung auf die Erfahrungstatsache hin , dass Letztere mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) . 5. 5.1

Nach dem Gesagten steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2015 keine Hilflosigkeit (mehr) ausgewiesen war. Offen bleiben kann, ob sich die Situation seit der (erneuten) Zusprache einer Hilflosenentschädigung im November 2009 verbessert hat oder ob die von der Beschwerdeführerin demonstrierten Einschränkungen damals überschätzt wurden. Die unangefochten gebliebene und damit rechtskräftige Sistierung der Hilflosenentschädigung erfolgte bereits per Ende Juni 2014 (Urk. 7/493) . Soweit die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung die Aufhebung bis zu diesem Zeitpunkt bestätigt, ist sie nach dem Gesagten nicht zu beanstanden.

Für eine weiter zurückgehende Aufhebung per 1. Juni 2013 besteht indessen keine - rechtsprechungsgemäss erforderliche - fachärztliche Beurteilung. Die gutachtliche Beurteilung des A.\_\_\_\_ gilt ab der Untersuchung, wie die Experten selber ausführen (Urk. 7/531 Ziff. 6.3) . Die Beschwerdegegnerin macht zur Aufhebung bereits per 1. Juni 2013 nur vage geltend , die Beschwerdeführerin sei zu diesem Zeitpunkt

"erstmalig gesehen" worden und wirft ihr zudem ohne weitere Begründung eine Verletzung der Meldepflicht vor. Es war indessen die Beschwerdegegnerin selber, die der Beschwerdeführerin noch Ende 2012 eine mittlere Hilflosigkeit bestätigt (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2) und sie damit wohl in ihrer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung bestärkt hat. Die Beschwerdegegnerin hätte es in der Hand gehabt, die Beschwerdeführerin begutachten zu lassen - wie vom hiesigen Gericht mit dem Rückweisungsentscheid vom 21. Januar 2010 verlangt (Urk. 7/308) - und wäre dadurch sehr wahrscheinlich zu einem objektiveren Bild der gesundheitlichen Situation gelangt. Dieses Versäumnis kann nicht zu Lasten der Beschwerdeführerin gehen. 5.2

Somit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und es ist die angefochtene Verfügung insoweit aufzuheben, als die Hilflosenentschädigung vom 1. Juni 2013 bis 30. Juni 2014 aufgehoben wurde;

weiter ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2014 keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung hat. 6 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

#### **E. 7**

). Diese Einschätzung wäre nach Auffassung des Experten selbst bei tatsächlich vorhandener mittelgradiger depressiver Störung im Ausmass nicht nachvollziehbar. Tatsächlich lasse sich nämlich keine derartige Störung nachweisen, hingegen bestehe eine hohe Klagsamkeit mit demonstrativer medizinischer Beschwerdeinszenierung gegenüber medizinischem Personal ( Ziff. 4.1.8).

#### **E. 9**

00.-- anzusetzen. Nach Massgabe des Obsiegens sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin zu fünf Sechsteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Sechstel aufzuerlegen, wobei die auf die Beschwerdeführerin entfallende Kostenanteile zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist (vgl. unten E. 6. 3).

#### **6.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens - teilweises Obsiegen zu einem Sechstel - hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen ist ( § 34 Abs. 1 und Abs. 3 GSVGer ). Vorliegend ist die Entschädigung auf Fr. 400.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzulegen. 6.3

Im Übrigen sind bei der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen für eine unentgeltliche Verbeiständung erfüllt (Urk. 3/9). Es ist ihr Rechtsanwalt Beat Wachter, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen und mit Fr. 2'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Kommt die Beschwerdeführerin künftig in günstigere wirtschaftliche Verhältnisse, so kann das Gericht sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (vgl. § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Das Gericht beschliesst :

In Bewilligung des Gesuchs vom 7. Juli 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt, und es wird ihr

Rechtsanwalt Beat Wachter, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung inso weit aufgehoben, als die Hilflosenentschädigung vom 1. Juni 2013 bis 30. Juni 2014 aufgehoben wurde, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2014 keinen Anspruch auf Hilflosenentschädigung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin zu fünf Sechsteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Sechstel auferlegt. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die der Beschwerdeführerin auf erlegten Kosten von Fr. 750.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der  
Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der  
Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Beat Wachter, Winterthur, eine reduzierte  
Prozessentschädigung von Fr. 400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen.

Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwer  
deführerin, Rechtsanwalt Beat Wachter, Winterthur, mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und  
MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4  
GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wachter -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage von Kopien der  
Urk.

#### **E. 10**

und 11 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstMöckli

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