

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00902 vom 5. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00902

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00902 du 5 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00902 del 5 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 42 Abs. 1 des

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

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosentschädigung . 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 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 Art. 38 IVV angewiesen ist.

E. 1.3

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 beziehungsweise 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 (BGE 130 V 61 E. 6.1.1).

Ein Abklärungsbericht unter dem Aspekt der Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) oder des Pflegebedarfs hat folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatte(r) 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. 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 Pflege und der persönlichen Überwachung (Art. 37 IVV) und der lebenspraktischen Begleitung (Art. 38 IVV) 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 bietet 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, 133 V 450 E.

11.1.1, 130 V 61 E. 6.2, 128 V 93).

E. 1.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 29. August 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Juli 2016 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und es sei ihr eine Hilflosenentschädigung zuzusprechen (Urk. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 4. November 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass zum aktuellen Zeitpunkt in den verschiedenen alltäglichen Lebensverrichtungen von keiner regelmässigen und erheblichen Dritthilfe ausgegangen werden könne. Die Voraussetzung für eine lebenspraktische Begleitung sei ebenfalls nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin sei kognitiv/geistig durchwegs in der Lage, den Alltag selbst zu organisieren und strukturieren sowie allenfalls Arbeiten im Haushalt zu delegieren. Eine Anleitung oder Begleitung bei der Verrichtung von Haushaltsarbeiten würde nicht stattfinden. Somit sei die Intensität an

Begleitung nicht erfüllt (Urk. 2 S. 2 „Abklärungsergebnis“).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, sie leide seit drei Jahren an einer schweren symptomatischen Osteoporose sowie an den Folgen mehrerer Frakturen. Dadurch habe sie starke Schmerzen und grosse Einschränkungen im Alltag. Einerseits bereite ihr das einfache Gehen schon grosse Mühe, da sie nur mit speziell angefertigten therapeutischen Schuhen gehen könne. Andererseits sei es ihr aufgrund einer Polyarthrit (unter anderem an den Händen) nicht möglich, schwere Dinge zu tragen oder ein „Postiwägeli“ nachzuziehen. Ihre Fortbewegung für die alltäglichen Lebensverrichtungen sei somit eingeschränkt, weshalb sie auf Hilfe Dritter angewiesen sei. Ihr soziales Umfeld sei inzwischen geschrumpft, da sie ständig mit der Angst lebe, hinzu fallen und nach einem kurzen Spaziergang „schwere Müdigkeit“ empfinde (Urk. 1).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu Recht verneint hat.

E. 3

Satz 1 IVG; Art. 38 der

Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Praxisgemäss (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

Die ganze Invalidenrente wurde der Beschwerdeführerin aufgrund folgender Diagnosen zugesprochen (Urk. 6/34/1): - Fibromyalgiesyndrom bei chronischem Panvertebralsyndrom mit Zervikovertebralsyndrom mit Status nach Hackenplattenspondylodese C3/4 am 30. August 1996 bei Status nach Intervertebralgelenksarthrit (links) - Wirbelsäulenfehlhaltung - Status nach Periarthropathia humero-scapularis links 1997 - Status nach Handgelenkextensorensehnenverletzung beidseits bei Status nach Synovektomie

Im weiteren Verlauf kam es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und es wurde im Jahr 2009 zusätzlich als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seronegative Polyarthrit (links)

festgehalten (vgl. Urk. 6/60, Urk. 6/62/2-3).

E. 3.2

Die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin ging im Abklärungsbericht

vom 18. Mai 2016 (Urk. 6/77) von der Diagnoseliste aus, welche im Jahr 1998 zur Rentenzusprache führte (S. 1 unten; vgl. vorstehend E. 3.1). Die Beschwerdeführerin gab im Rahmen des Abklärungsgesprächs an, dass sie aufgrund einer Polyarthrit über Jahre regelmässig Cortison-Injektionen in alle Gelenke erhalten habe. Es sei zu einer leichten Verbesserung der Fingerbeweglichkeit gekommen. Sie leide nun aber auch an einer starken Osteoporose. Im März 2016 habe sie in beiden Füssen einen Knochenriss/-bruch erlitten

und habe nun enorme Probleme mit der Fortbewegung. Seit drei Wochen habe sie orthopädische Schuhe, wodurch sie wieder etwas besser laufen könne. Die Schmerzen sowie die Angst vor weiteren Brüchen seien jedoch immer noch da. Oft traue sie sich nicht nach draussen zu gehen. Auch sei sie bei den Haushaltsarbeiten stark eingeschränkt. Sie benötige viel mehr Zeit für den Haushalt als früher und müsse regelmässig Pausen einlegen. Wegen eines Ganglions trage sie an der rechten Hand eine Schiene. Für die Entfernung des Ganglions wäre im März 2016 eine Operation geplant gewesen, welche aber durch die Problematik an den Füessen auf unbestimmte Zeit verschoben worden sei (S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin gab gegenüber der Abklärungsperson an, sie sei aufgrund der Osteoporose im Bereich „Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte“ eingeschränkt. Ihre Angst vor weiteren Knochenrissen oder -brüchen sei sehr gross. Sofern sie sich am Geländer festhalten könne, bewältige sie eine Treppe langsam im Abstellschritt alleine. Sie könne ihre Termine selbst vereinbaren, verwalten und mit dem öffentlichen Verkehr wahrnehmen. Es sei ihr möglich, eine Gehstrecke von 15 Minuten zurückzulegen, danach müsse sie eine Pause machen. Verbal bestehe keine Einschränkung (S. 3 Mitte). In den übrigen Bereichen habe die Beschwerdeführerin keine Einschränkungen an gegeben (S.

2

f.).

Die Abklärungsperson hielt zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin sei zum aktuellen Zeitpunkt in keiner alltäglichen Lebensverrichtung auf regelmässige und erhebliche Hilfe einer Drittperson angewiesen (S. 4 Mitte).

E. 3.3

Im Bericht vom 2. Juni 2016 des Spitals Y.____ (Urk. 6/83/3-4) zuhanden der Beschwerdegegnerin betreffend Schuhversorgung hielten die Ärzte im Wesentlichen folgende Diagnosen fest (S. 1 Ziff. 1): - Ermüdungsfraktur Calcaneus rechts und links, Os cuboideum links unklaren Alters (Erstdiagnose, ED, Juni 2014) - steroidinduzierte Osteoporose - seronegative rheumatoide Arthritis, ED zirka 2007

Die Erstvorstellung der Beschwerdeführerin sei im Juli 2015 erfolgt, nachdem bereits Spontanfrakturen im Bereich beider Vorfüsse aufgetreten seien. Primär sei die Behandlung über Entlastung (Stockentlastung) und eine medikamentöse Behandlung der Osteoporose erfolgt. Die Stockentlastung habe aufgrund der rheumatoiden Arthritis und der damit verbundenen Schmerzen in den Händen nicht länger fortgesetzt werden können. In der weiteren Folge hätten sich dann neuerliche Frakturen im Bereich der Fusswurzel und Calcanei beidseits entwickelt. Seit Anpassen von orthopädischen Schuhen könne die Beschwerdeführerin wieder deutlich besser gehen, die Analgetika hätten reduziert und auf die Stockentlastung habe verzichtet werden können (S. 2 Ziff. 2.2).

E. 4

Im Juli 2016 stellte sich die Beschwerdeführerin erneut im Spital Y.____ vor. Es sei zu einer neuerlichen Beschwerdeexazerbation mit starken Schmerzen im Bereich beider Füesse und einer deutlichen Schmerzzunahme im Bereich der linken Ferse gekommen. Ein Gehen ohne orthopädische Schuhversorgung sei derzeit nicht möglich. Mit orthopädischen Schuhen sei die Beschwerdeführerin noch für eine Gehstrecke von zirka 200 Meter mobil. Eine Stockentlastung könne aufgrund der rheumatoiden Arthritis nicht durchgeführt werden.

Ein neu angefertigtes MRI habe eine Bursitis retrocalcarea sowie eine neue Fraktur der Basis des Os metacarpale 1 gezeigt. Gemäss chirurgischem Konsil komme eine operative Intervention im Fall der Beschwerdeführerin nicht in Frage (Bericht vom 21. Juli 2016, Urk. 3/2 S. 2 oben).

E. 4.1

Wie vorstehend in Erwägung 1.3 ausgeführt, ist bei der Erarbeitung der Grundlagen für die Bemessung der Hilflosigkeit eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fachperson und Verwaltung erforderlich. Dazu ist insbesondere erforderlich, dass ein Arzt anzugeben hat, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen beziehungsweise geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist.

Weder im Vorfeld der durchgeführten Abklärung bei der Beschwerdeführerin zu Hause noch danach wurden von der Beschwerdegegnerin aktuelle Angaben von ärztlichen Fachpersonen zur Einschränkung ihrer körperlichen und geistigen Funktionen eingeholt. Die Abklärungsperson stützte sich auf die veraltete Diagnoseliste aus dem Jahr 1998. Von der Beschwerdeführerin wurde im Rahmen der Abklärung jedoch dargelegt, dass sie aufgrund der Osteoporose mit Knochenbrüchen an beiden Füßen im März 2016 „enorme Probleme bei der Fortbewegung“ habe (vorstehend E. 3.2). Erschwerend kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin auch an einer Polyarthrititis leidet und deshalb eine Stockentlastung beim Gehen

nur eingeschränkt oder gar nicht möglich ist.

Gemäss Angaben der Ärzte des Spitals Y.____ ist der Beschwerdeführerin aufgrund einer weiteren Verschlechterung vor Verfügungserlass - welche offenbar auch einen Reha-Aufenthalt notwendig gemacht hatte (vgl. Urk. 3/2 S. 2 oben) - das Gehen nur noch erheblich eingeschränkt (bis zirka 200 Meter) möglich, weshalb nicht auszuschliessen ist, dass die Beschwerdeführerin allenfalls auf eine lebenspraktische Begleitung angewiesen ist: 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: a. ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbständig wohnen kann; b. für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist; oder c. ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

E. 4.2

Da vorliegend gestützt auf die Akten eine enge, sich ergänzende Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fachperson und Verwaltung, wie sie eigentlich erforderlich wäre, nicht stattgefunden hat und die Berichte des Spitals Y.____

nicht im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs auf Hilflosenentschädigung erfolgten und daher bezüglich der konkreten Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht genügend Informationen enthalten, kann der Anspruch auf Hilflosenentschädigung nicht abschliessend geprüft werden.

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie bei ärztlichen Fachpersonen Angaben einholt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen beziehungsweise allenfalls auch geistigen Funktionen durch ihre Leiden eingeschränkt ist.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen .

E. 5

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 400.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2016

betreffend Hilflosenentschädigung

aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 400.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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