

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00273 vom 5. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00273

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00273 du 5 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00273 del 5 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

8. März 2020 einen Anspruch der Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung (Urk. 10/24

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 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 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. 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

Gemäss Art. 37 Abs. 2 IVV gilt die Hilflosigkeit 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 Hilflosigkeit 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. 1.4

Gemäss Art. 37 Abs. 1 IVV gilt die Hilflosigkeit als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf.

E. 1.5

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 Hilflosigkeit (Art. 9 ATSG) oder des Pflegebedarfs folgenden Anforderungen zu genügen: Als Berichterstatte(r)in oder 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 (vgl. BGE 133 V 450 E. 11.1.1). 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 der tatbestandsmässigen Erfordernisse 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 Hilflosigkeit 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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, die Beschwerdeführerin sei am 16. Oktober 2019 zu Hause besucht worden, wobei festgestellt worden sei, dass sie in vielen alltäglichen Verrichtungen Hilfeleistungen ihres Ehemannes beanspruche, damit die Verrichtungen für sie einfacher und weniger zeitintensiv erfolgen könnten. Eine blossere Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von

Lebensverrichtungen begründe jedoch keine Hilflosigkeit. Es sei zudem zumutbar, dass die Beschwerdeführerin Hilfsmittel anschaffe, welche dazu dienen würden, ihre Selbständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, so dass die Verrichtungen selbständig erfolgen könnten. Bei den meisten Verrichtungen könne deshalb keine Hilflosigkeit anerkannt werden. Einzig bei der Fortbewegung ausser Haus liege eine beschwerdebedingte Hilflosigkeit vor. Eine invaliditätsbedingte Notwendigkeit für dauernde Pflege oder Überwachung habe nicht eruiert werden können, ebenso würden die Anspruchskriterien für lebenspraktische Begleitung nicht erfüllt (S. 2) . 2.2

Dagegen machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend (Urk. 1), der Abklärungsbericht stütze sich fälschlicherweise und zu Unrecht zu einem wesentlichen Teil auf die neurologische Beurteilung durch den

B.____-Gutachter. Dieser habe verkannt, dass bereits im MRI vom 29. November 2018 eine Verschlechterung bildgebend nachgewiesen sei . Diese Befunde seien vom Gutachter nicht erwähnt worden und hätten entsprechend bei der Beurteilung der Symptomatik keine Berücksichtigung gefunden. Der Gutachter wäre verpflichtet gewesen, den medizinischen Sachverhalt ergänzend abzuklären. Der Aufenthalt in der

Klinik C.____ habe gezeigt, dass sie nur am Rollator stehen

und mit erhöhtem Zeitaufwand unter Beobachtung auch gehen könne (S. 7). Die weitere MRI-Untersuchung vom 23. September 2019 habe eine erneute Verschlechterung gezeigt. Dr. D.____ habe am 17. Oktober 2019 festgehalten, dass sich die Gehfähigkeit weiter etwas verschlechtert habe. Es werde von einer deutlichen Sitz- und Standataxie gesprochen . Sie könne nur am Rollator gehen. Im Liegen habe sie das rechte Bein nicht heben können. Die Abklärungsperson habe die neuen Befunde zu Unrecht nicht in den Bericht einfließen lassen und von ihr berichtete Einschränkungen zum Teil nicht korrekt wiedergegeben (S. 8) . Sie habe der Abklärungsperson gesagt, dass sie sich nicht alleine an-/ausziehen könne , auch nicht liegend. In der Klinik C.____ sei sie durch eine Fachkraft unterstützt worden, zu Hause helfe ihr der Ehemann (S. 9). Beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen helfe ihr der Ehemann täglich, nicht nur teilweise. In der Reha habe man keine geeigneten Hilfsmittel gefunden, die ihr beim Essen helfen würden. Sie sei beim Zerkleinern der Nahrung auf Hilfe angewiesen (S. 10). Sie könne nicht alleine in die Badewanne einsteigen . Ein Badewannengriff helfe nicht, da sie die Beine nicht selbständig heben könne. Sie sei nicht in der Lage, ihre

langen Haare mit einer Hand zu waschen. Einhändig könne sie auch nicht den Rücken und die Zehen waschen . Dabei handle es sich nicht um eine Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen, sondern um eine Unmöglichkeit, diese selber auszuführen (S. 11) . Bezüglich der Reinigung nach Verrichtung der Notdurft sei der Sachverhalt im Abklärungsbericht völlig falsch. Sie sei nie alleine auf die Toilette gegangen in der Reha, bei der Reinigung sei ihr geholfen worden . Sie könne auch nicht alleine die Hosen hochziehen (S. 11) . Sie könne keine Treppen steigen, ihr Ehemann trage sie. Sie habe kein Auto, sondern benutze manchmal das Auto mit Automat des Vaters. Sie werde zu Terminen begleitet und habe keine sozialen Kontakte. Ohne Hilfe könnte sie nicht selbständig wohnen. Für Kontakte ausserhalb der Wohnung sei sie auf Begleitung angewiesen (S. 12) . Sie sei auch auf lebenspraktische Begleitung angewiesen , ansonsten müsste sie in ein Pflegeheim. Wenn nur schon die regelmäßigen/ wöchentlichen Besuche bei den verschiedenen Ärzten in Betracht gezogen würden , sei der Mindestaufwand von 2

Stunden pro Woche ohne Weiteres erreicht. Der Aufwand für die Wohnungspflege sei höher als angenommen (S. 1 2 f.).

2.3

Streitig und zu prüfen ist der Grad der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin.

E. 3

Meter mit erhöhtem Zeitaufwand (S. 2). Die Selbstversorgung sei mit Hilfe durch Pflegeperson

(Ehemann) und das häusliche Leben durch den Ehemann möglich (S. 3).

E. 3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals E.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 27. Februar 2017 (Urk. 10/64) über die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin und nannten folgende Diagnosen bei Zuweisung: - schubförmig remittierend multiple Sklerose (MS), Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016 - Status nach klinisch isoliertem Syndrom bei Retrobulbärneuritis des rechten Auges, Erstmanifestation Oktober 2015, Erstdiagnose Oktober 2016

Sie führten aus, dem MRI des Gehirns vom Oktober 2016 seien zwei neue fokale Demyelinisierungen im Gyrus frontalis superior rechts und im Gyrus frontalis inferior links ohne Zeichen einer florid-entzündlichen Aktivität zu entnehmen

(S. 1). Die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin ergebe hirnlokalisatorisch

diffuse, von leicht bis mittelschwer reichende kognitive Minderleistungen in den

Bereichen Aufmerksamkeit, Lernen/Gedächtnis und Exekutivfunktionen. Vom klinischen Eindruck würden affektive Auffälligkeiten (Differentialdiagnose Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastungssituation), eine allgemeine Antriebsminderung sowie eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit dominieren. Unter Berücksichtigung des jüngsten pathologischen Schädel-MRI-Befundes vom Oktober

2016 sei bei den oben beschriebenen Minderleistungen an ein «kognitives Korrelat» der MS-bedingten hirnologischen Veränderungen zu denken.

Hirnlokalisatorisch würden diese Befunde übereinstimmend mit den im MRI-Befund beschriebenen frontalen Marklagerläsionen auf eine Dysfunktion präfrontaler Regelkreise hinweisen. Zusätzlich ergäben sich Hinweise auf bilaterale mediotemporale Dysfunktionen. Weiter sei von einer

sekundären Leistungsminderung im Rahmen der klinisch evidenten Fatigue, der affektiven Verstimmung und der täglichen Kopfschmerzsymptomatik auszugehen. Die Aufnahme einer Psychotherapie werde

empfohlen. Aktuell sei von einer zirka 50%igen Arbeitsunfähigkeit bei einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung und gleichzeitigen Auffälligkeiten im Bereich der Affektivität auszugehen (S. 3).

E. 3.2

Die Ärzte des E.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 2. März 2018 (Urk. 10/115/7-11) über die Neuroimmunologie-Sprechstunde und führten aus, aktuell gestalte

sich der Verlauf schub- und beschwerdefrei. Es bestehe eine residuelle Fernvisusminderung rechts sowie eine Fatigue- und Drang-Symptomatik (S. 1). Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 12. Februar 2018 imponiere vordergründig eine schwergradige Fatiguesymptomatik, eine allgemeine Antriebsminderung sowie affektive Auffälligkeiten. Die Ätiologie der geschilderten Defizite sei am ehesten multifaktoriell bedingt. Primär sei von einem kognitionsrelevanten Einfluss der starken Fatigue und affektiven Verstimmung mit deutlicher Antriebsminderung auszugehen. Allerdings liesse sich auch ein leistungsminimierender Effekt der bekannten, MS-bedingten hirneigenen Veränderungen nicht ausschliessen. Die Befunde zeigten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin klar eingeschränkt sei. Die Haupteinschränkung resultiere aus der Fatigue-Symptomatik, diese beeinflusse die Konzentration und Aufmerksamkeit massgeblich, so dass sich die Beschwerdeführerin nicht länger am Stück konzentrieren könne und vermehrt Ruhepausen benötige. Bereits mit dem gegenwärtigen 40%-Pensum sei sie überfordert. Die

effektiv mögliche Arbeitszeit müsste im Rahmen eines Arbeitsversuchs erörtert

werden. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin scheine überdies in Zusammenhang mit dem momentanen Befinden sowie psychisch-psychiatrischen Faktoren zu stehen, welche bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden sollten.

In der klinisch-neurologischen Untersuchung lasse sich aktuell eine leichte Kraftminderung der Beine objektivieren. In der Sensibilitätsprüfung habe neu eine Hypästhesie für Berührung ab Oberschenkelniveau beidseits festgestellt werden können. In Zusammenschau der vorliegenden Befunde und Anamnese lasse sich aktuell insbesondere eine deutliche depressive Verstimmung bei aktuell nicht mehr erfolgreicher regelmässiger psychiatrischer Anbindung und keiner medikamentösen stimmungsstabilisierenden Einstellung erheben, die neben der MS-bedingten Fatigue zu der aktuellen ausgeprägten physischen und kognitiven Abgeschlagenheit und Dekonditionierung beitragen könne. Es werde daher dringend die Wiederaufnahme der psychiatrischen Anbindung und Medikation empfohlen. Bei neu aufgefallener Sensibilitätsstörung und leichter Kraftminderung beider Unterschenkel werde zudem eine MRI-Untersuchung der spinalen Achse mit der Frage nach zwischenzeitlich neu aufgetretenen spinalen Läsionen veranlasst (S. 4).

E. 3.3

Die Ärzte des E.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 14. Mai 2018 (Urk. 10/114) und führten aus, die 60%ige Arbeitsunfähigkeit als Zolldeklaration sei extern attestiert worden. Die Prognose sei offen. Im weiteren Vorgehen werde die Fortführung der Therapie sowie die Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit müsste im Rahmen einer erneuten Zuweisung geklärt werden.

E. 3.4

Die Ärzte des E.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 29. Mai 2018 über die durchgeführten Gang-Tests (Urk. 10/117/1-3) und führten aus, alle funktionellen Gehtests seien im Vergleich zu gleichaltrigen Gesunden ausserhalb des Normbereichs gelegen. Insgesamt habe sich während der Messung eine deutliche Fluktuation der Steh- und Gehfunktion, am ehesten ausgelöst durch eine phobische Komponente, gezeigt. Es sei davon auszugehen, dass die Gangpathologie dadurch stark beeinflusst werde. Die

Posturographie habe abgebrochen werden müssen, da der Normalstand (20 cm breit) nicht ohne Festhalten möglich gewesen sei. Insgesamt zeige die Beschwerdeführerin eine starke Instabilität des Standes und Ganges in allen Funktionstests. Die meisten Tests seien daher nicht durchführbar gewesen. Die in der Literatur angegebenen Grenzwerte für erhöhte Sturzgefahr seien deutlich überschritten worden. Es sei davon auszugehen, dass die Gangpathologie nicht allein durch die neurologische Grunderkrankung zustande komme, sondern zusätzlich von einer starken phobischen Komponente überlagert werde.

E. 3.5

Die Ärzte des E.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 25. Juni 2018 (Urk. 10/124/1-6) über die Neuroimmunologie-Sprechstunde und führten aus, aktuell bestehe eine zunehmende Gangverschlechterung sowie eine Empfindungsstörung der Beine. Dem neuen MRI spinal von Juni 2018 sei weiterhin kein Hinweis auf Demyelinisierungsherde in der spinalen Neuroachse zu entnehmen, insbesondere keine aktiven Plaques (S. 1).

Anamnestisch stünden weiterhin die ausgeprägte Antriebsminderung, Abgeschlagenheit und rasche Erschöpfbarkeit im Vordergrund, welche sowohl vor dem Hintergrund einer mit der MS assoziierten Fatigue als auch der bekannten und bisher weitestgehend unbehandelten depressiven Störung gewertet werden könnten. Bisherige Therapieversuche seien von der Beschwerdeführerin nicht fortgeführt beziehungsweise Therapieversuche nicht angenommen worden. Es sei jedoch wieder ein Termin bei der Psychiaterin Dr. F.____ geplant. Die Beurteilbarkeit der klinisch-neurologischen Untersuchung sei aufgrund teils wechselnder Innervation sowie des raschen Aufgebens der Beschwerdeführerin stark eingeschränkt gewesen. Die aktuellen Bildbefunde erklärten das derzeitige Ausmass der Behinderungsgrades nicht. Es sei von einem starken Einfluss der affektiven Situation auf die körperlichen Befunde auszugehen.

Die geklagte Erschöpfbarkeit sowie das aufkommende Schwindelgefühl bei Bewegung sei überwiegend im Rahmen der Dekonditionierung infolge fehlender körperlicher Betätigung zu sehen. Umso dringender werde die Wiederaufnahme der psychotherapeutischen Betreuung und Bahnung einer adäquaten Behandlung und andererseits eine regelmässige und aufbauende Bewegung/Sport empfohlen. Auch werde dringend eine stationäre Neurorehabilitation mit dem Ziel einer Wiedereingliederung im privaten und beruflichen Alltag empfohlen. Die gewünschte rückwirkende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung habe der Beschwerdeführerin heute nicht ausgestellt werden können, da sowohl aus neurologischer als auch aus neuropsychologischer Sicht zur objektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dringend ein Arbeitsversuch indiziert wäre (S. 4).

E. 3.6

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, Kreisarzt der Suva, nahm am 20. August 2018 eine neurologische Beurteilung vor (Urk. 10/124/7-10) und führte aus, die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich ihres Unfalls vom 10. Juni 2017 (richtig: 2007) eine Fraktur des Hamulus rechtsseitig zugezogen, nach dessen Exstirpation 2009 habe sich ein Schmerzsyndrom der rechten Hand entwickelt, welches im Verlauf differentialdiagnostisch als CRPS I, CRPS II oder auch sympathisch vermittelter Schmerz beurteilt worden sei (S. 3). Die Zumutbarkeit für eine leichte Tätigkeit im Büro werde als vollzeitig möglich angenommen. Dieser Beurteilung könne er sich anschliessen. Es könne auf die Beurteilung bezüglich Zumutbarkeit durch Dr. H.____ abgestellt werden. Rein unfallbedingt sei aus versicherungsmedizinisch neurologischer Sicht auf das von Dr. H.____

beschriebene Zumutbarkeitsprofil abzustellen (S. 4).

E. 3.7

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 20. Dezember 2018 (Urk. 10/139) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit November 2018 zirka zweimal in der Woche bei ihm in Behandlung. Er habe keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Es bestehe eine depressive Verstimmung, eine Anhedonie, Interessenverlust, sozialer Rückzug,

gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Grübelneigung, Schlafstörungen sowie Appetitlosigkeit. Als Diagnose nannte er eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe eher eine ungünstige Prognose, da die MS progredient sei.

E. 3.8

Die Ärzte des E.____, Klinik für Neurologie, berichteten am 7. Januar 2019 (Urk. 10/149) über die Neuroimmunologie-Sprechstunde und führten aus, aktuell sei die MS klinisch nicht aktiv, radiologisch aktiv. Es bestehe eine fragliche Progression (S. 1). Zur objektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien dezidierte Arbeitsversuche und eine formale Begutachtung unter Einbezug der neurologischen und psychiatrischen Befunde notwendig (S. 2). Das MRI vom 29. November 2018 zeige im Vergleich zum vorherigen vom 30. November 2017 eine neue Läsion rechts frontal periventrikulär ohne pathologische KM-Aufnahme, eine neue Läsion links temporal juxtacortikal mit fraglicher punktförmiger KM-Aufnahme. Die Beschwerdeführerin berichte von einer progredienten Verschlechterung der Gehstrecke, einer zunehmenden Drangesymptomatik und einer schlechten psychischen Verfassung mit ausgeprägter Müdigkeit. Klinisch zeige sich am ehesten ein stabiler Befund, allerdings zeige sich die Lähmung der rechten Hand deutlich ablenkbar. Darüber hinaus ergäben sich weitere inkonsistente Untersuchungsbefunde, die nicht durch Läsionen im ZNS oder PNS erklärbar seien. Nach wie vor erklärten die MRI-Befunde das Ausmass des Behinderungsgrades nicht. Es ergebe sich der hochgradige

Verdacht auf eine funktionelle Ausgestaltung beziehungsweise Aggravation von neurologischen Defiziten. Unklar bleibe, wie bewusstseinsnah diese funktionelle Komponente sei. Aufgrund der deutlichen funktionellen Komponente sei die Beurteilung des anamnestischen und klinischen Verlaufs erschwert und unzuverlässig. Ohne Frage liege jedoch eine schubförmige MS vor, die aufgrund des Nachweises von neu aufgetretenen inaktiven Läsionen im Hirn zumindest radiologisch aktiv einzustufen sei. Da diese radiologische Aktivität unter Tecfidera-Therapie aufgetreten sei, sollte formal eine Therapieumstellung evaluiert werden (S. 5).

E. 3.9

Dr. I.____ führte am 4. Februar 2019 aus (Urk. 10/157), er behandle die Beschwerdeführerin seit November 2018 ambulant. Sie sei zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund der Progredienz der chronischen MS-Erkrankung sei auch dauerhaft von einer weiter bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszuweisen.

E. 3.10

Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 16. Mai 2019 (Urk. 10/177) und führte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer schubförmigen MS mit Fatigue Syndrom, Konzentrationsstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Gangataxie mit

erheblicher Einschränkung der Gehfähigkeit sowie einer Drangsymptomatik. Gemäss anamnestischen Angaben sei sie für sämtliche alltäglichen Verrichtungen auf Hilfe angewiesen. Diese werde von ihrem Ehemann erbracht.

E. 3.11

Die Gutachter der B.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 8. Juli 2019 (Urk. 10/181) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - multiple Sklerose vom schubförmig verlaufenden Typ, aktuell ohne Verschlechterung - Schmerzsyndrom der rechten Hand bei - Status nach Fraktur des Hamulus

ossis

hamati rechts 1 0. Juni 2007 - Status nach Resektion des Hamulus und Tenosynovektomie sowie Trimmung FDS 5- und FDP 4/5-Sehne rechts am 1 0. September 2009

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 6): - depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Mischkopfschmerz - suboptimal substituierte Hypothyreose

Sie führten aus, die Diagnostik habe weder eine Kompressionsneuropathie noch die teils vermutete Verdachtsdiagnose eines CRPS bestätigen können. Ausreichende Symptome, die nach den Budapest- beziehungsweise Harden-Kriterien retrospektiv die Diagnose eines CRPS belegen könnten, seien nicht vorhanden. Die zur Diagnose eines chronisch persistierenden CRPS nötigen Störungen wie atrophische Muskel- und Hautveränderungen, Durchblutungsstörungen und Sehnenverklebungen fänden sich bei der Beschwerdeführerin nicht. Daher könnten auch keine CRPS-bedingten Funktionsdefizite vorliegen. Auch wenn ein CRPS abgelaufen wäre, hätte sich dieses – wie bei zwei Drittel der Fälle – folgenlos zurückgebildet. Die durch verschiedene Untersucher im April 2015 favorisierte Diagnose des CRPS sei aber schon im Juli 2015 nicht mehr bestätigt worden. Es sei dann ein chronisches Schmerzsyndrom festgestellt worden. Somatisch sei auch leider nicht ersichtlich, warum nach fünf Jahren die Beschwerden an der rechten Hand wieder aufgeflammt seien, zumal von der Beschwerdeführerin kein Auslöser angegeben werden können und eindeutige pathologische Befunde nicht zu erheben gewesen seien. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach Abschluss der handchirurgischen Behandlung über einen Zeitraum von zirka 5 Jahren keine Arbeitsunfähigkeit mehr diesbezüglich geltend gemacht habe und zeitweise 100 % in einem Logistikunternehmen im Büro gearbeitet habe, mache die Diagnose eines CRPS, aber auch die einer anderen durch Traumafolgen bedingten Funktionseinschränkung an der rechten Hand wenig wahrscheinlich. Trotz liquordiagnostischer Vermutung eines klinischen isolierten Syndroms im Oktober 2015 und späterer Diagnose einer Multiplen Sklerose im Oktober 2016 lasse sich jedoch klinisch-neurologisch auch keine neurologische Ursache der berichteten sensomotorischen Funktionsstörung der rechten Hand feststellen, wobei nach eigener Angabe die Funktionsstörung der rechten Hand auch schon vor Auftreten der Multiplen Sklerose bestanden habe. Die neurologische Untersuchung erbringe weder den Befund einer peripheren noch einer zentralen Parese an der rechten Hand. Trotz Bestehens der handschuhförmigen Hypästhesie werde kein Störmuster eines nervlichen Schmerzes zur Erklärung der Beschwerden angegeben. Bei Fehlen pathologischer neurologischer und Lokalbefunde stelle sich die Frage nach einer psychischen Ursache (S. 4).

Dabei ergäben sich aber keine Hinweise für eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer authentischen dissoziativen Bewegungsstörung mit Lähmung der Extremitäten,

denn entgegen den diagnostischen Kriterien sei der Beginn schleichend und zeitlich nicht mit dem Beginn der MS-Erkrankung oder einer anderen erheblichen Belastung gekoppelt gewesen. Weiter bestünden keine Hinweise auf psychische Konflikte, erhebliche psychosoziale Belastungen zur Zeit des Entstehens der Störung und auch nicht die üblichen prämorbid auffälligkeiten. Am ehesten sei daher von der Entwicklung einer Selbstlimitierung auszugehen im Sinne einer relativ bewusstseinsnahen Funktionsstörung. Hierfür spreche auch die Vielzahl der bei der Beschwerdeführerin festgestellten Inkonsistenzen. Die bis anhin durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung scheine diese Thematik gar nicht berücksichtigt zu haben. Die Abklärung von allfälligen motivationalen (bewusstseinsnahen) Aspekten wäre aber bei weiter anhaltender Symptomatik zwingend. Die klinisch-psychiatrische Untersuchung habe auch keine sonstige Psychopathologie gezeigt (S. 5). Insgesamt bestünden keine Einschränkungen der psychischen Funktionen aufgrund einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung. Es lägen aber Hinweise für eine Selbstlimitierung vor, die zu einem stärkeren Funktionsdefizit als erkrankungsbedingt führen würden. Von der Beschwerdeführerin werde eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand angegeben, die sich aber somatisch und auch nicht durch eine psychische Erkrankung erklären lasse. Es dürfte eine Selbstlimitierung ursächlich sein. Die Beschwerdeführerin sei allerdings linksdominant und schreibe auch links. Tätigkeiten wie bisher seien auch weiter möglich. Beidhändige Präzisions-tätigkeiten sollten nicht mehr zugemutet werden (S. 6).

Betreffend Inkonsistenzen wurde ausgeführt, die Berichte von einer völligen Immobilität der rechten Hand und beider Beine passten nicht zum somatischen Befund einer intakten Muskulatur, intaktem Tonus und einem symmetrischen Muskelprofil, normalem Reflexverhalten und einem unauffälligen MRI der Wirbelsäule. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, dass eine auf die Hand bezogene Arbeitsfähigkeit von nur 40 % , wie zuletzt als Zolldeklarantin möglich sei, jedoch kein grösseres Arbeitspensum, erscheine aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht plausibel, da eine Erholungspause zwischen den zwei (vollen) Arbeitstagen nicht vorgelegen habe. Aufgrund dieser Angaben und der erhobenen Befunde hätten sich die Befunde nicht rein somatisch zuordnen lassen, jedoch hätten sich auch keine Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung ergeben. Die aktuelle Blutuntersuchung zeige, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Angaben keine Schmerzmittel und keine Psychopharmaka einnehme. Dies relativiere den angegebenen Leidensdruck ebenfalls erheblich. In der bisherigen, im Wesentlichen leidensangepassten Tätigkeit als Zolldeklarantin könne die Beschwerdeführerin medizintheoretisch, ausschliesslich unter Berücksichtigung der neurologischen Funktionsstörungen, noch zu 70 % tätig sein, wobei keine Minderung der zeitlichen Präsenz vorliege, sondern eine Minderung der Leistungsfähigkeit um 30 % . Dies gelte für jede andere angepasste Tätigkeit, mithin für Tätigkeiten, die im Sitzen an einem rollstuhl gerechten Arbeitsplatz einhändig ohne Zeitdruck und Stressbelastung erbracht werden könnten (S. 8).

E. 3.12

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 13. Juli 2019 Stellung (Urk. 10/184/9-10) und führte aus, es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Die neurologische Behandlung der MS werde als stringent angegeben. Wegen der Selbstlimitierung mit Verursachung der Funktionsstörung der rechten Hand werde eine diesbezügliche Thematisierung in der bereits laufenden psychiatrischen Behandlung empfohlen. Allenfalls wäre auch eine

Abklärung motivationaler bewusstseinsnaher Aspekte bei anhaltender Symptomatik hilfreich. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Gebrauchseinschränkungen der rechten Hand liessen sich nur teilweise, respektive für beidhändige Präzisionsarbeiten erklären. Die Beschwerdeführerin sei Linkshänderin und schreibe auch links. Es dürfte sich ursächlich um Selbstlimitierung handeln.

E. 3.13

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 5. September 2019 (Urk. 10/201/3-6) und nannte folgende Diagnosen: - Multiple Sklerose mit schubförmigem Verlauf, Differentialdiagnose sekundär progredient verlaufend (Erstmanifestation Oktober 2015, Erst diagnose Oktober 2015 ; richtig: 2016) mit aktuell ausgeprägter Ataxie - chronisches Schmerzsyndrom der rechten Hand, bei Status nach Trauma am 10. Juni 2007 mit Fraktur des Hamulus

ossis

hamati mit Status nach Hamulusexzision am 10. September 2009 mit persistierender schlaffer Parese der rechten Hand mit Gefühlsstörungen - chronische, bioccipitale Kopfschmerzen seit 2015

Er führte aus, die Beschwerdeführerin sei Ambidexterin, schreibe seit 12 Jahren mit links. Gehen sei nur mit einseitiger Unterstützung möglich, zudem bestehe eine deutliche Sitz- und Standataxie. Die im Oktober 2015 aufgetretene MS habe zunächst einen stabilen Verlauf gezeigt. Im Februar 2016 sei eine immunmodulatorische Therapie aufgenommen worden, trotzdem habe sich eine zunehmende Müdigkeit eingestellt. Im Frühjahr 2018 sei eine Ataxie dazugekommen, welche ebenfalls einen progredienten Verlauf gezeigt habe. Aktuell bestehe eine ausgeprägte Stand- und Sitzataxie und 100 Meter könne die Beschwerdeführerin nur noch mit einseitiger Unterstützung bewältigen (S. 3). Bei diesen Befunden sei eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich, auch eine leidensangepasste Tätigkeit werde die Beschwerdeführerin nicht bewältigen können. Die schlaffe Lähmung der rechten Hand lasse sich organisch nur schwierig erklären, im EMG seien die Armnerven problemlos stimulierbar und die beschriebene Anastomose sei ohne Einfluss auf die motorische Funktion der rechten Hand. Als Ursache dieser schlaffen Parese der rechten Hand käme also lediglich ein zentrales Geschehen in Frage und somit die seit Oktober 2015 bekannte Multiple Sklerose. Ein direktes Korrelat habe in den Akten allerdings nicht gefunden werden können. Angesichts der aktuellen Beschwerden und Befunde sei die Schlussfolgerung der B.____-Gutachter, wonach noch eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, unverständlich und könne lediglich als eine versicherungsfreundliche Bewertung angesehen werden. Bei der Durchsicht der inzwischen umfangreichen Akten seien auch gewisse Inkonsistenzen aufgefallen, ein organischer Kern könne und dürfe jedoch nicht übersehen werden, es seien dies die zahlreicher gewordenen MS-Veränderungen und die für eine MS typische Fatigue. Ob die inzwischen ausgeprägte Ataxie nur MS-bedingt sei, sei nicht mit Sicherheit zu beurteilen. Eine erneute Überprüfung durch die IV sei angesichts dieser Sachlage unerlässlich

(S. 4).

E. 3.14

Mit Physiotherapie-Austrittsbericht vom 18. September 2019 der Klinik C.____ (Urk. 10/226/2-5) wurde über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 5. bis 18. September

2019 berichtet. Die Mobilität/Selbsthilfe/Beweglichkeit habe sich

leicht verbessert. Der Zustand der Beschwerdeführerin während des Aufenthaltes sei sehr fluktuierend und tagesformabhängig gewesen.

Zur weiteren Behandlung der Beinkraft und Erweiterung der Gehstrecke sei eine ambulante Physiotherapie indiziert (S. 4). Das Aufsitzen, Hinlegen und Drehen im Bett (mit erhöhtem Zeitaufwand) sowie der Sitz-Stand mit Hilfe der Arme am Rollator seien selbständig möglich, der Bodentransfer sei nicht

möglich. Stehen sei nur am Rollator zum Laufen möglich, Gehen am Rollator unter Supervision zirka

E. 3.15

Die MRI-Untersuchung des Neurokraniums vom 23. September 2019 (Urk. 10/215/2) ergab verglichen mit der Voruntersuchung vom 29. November 2018 zwischenzeitlich mehrere neue demyelinisierende Läsionen. Es ergab sich kein Nachweis von aktuellen Schrankenstörungen beziehungsweise aktiven Herden.

Spinal sei weiterhin kein Nachweis von eindeutigen Demyelinisierungsherden

vorhanden sowie keine Stenosierung des Spinalkanals und keine Anhaltspunkte für foraminale Nervenwurzelkompressionen.

E. 3.16

Dr. D.____ berichtete am 17. Oktober 2019 (Urk. 10/219) über die erneute Untersuchung vom 15. Oktober 2019 und führte aus, seit der letzten Untersuchung vom August 2019 habe sich die Gehfähigkeit weiter etwas verschlechtert. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie vermehrt Unterstützung benötige, um auch nur kürzere Gehstrecken zu bewältigen (S. 1). Bei bekannter MS mit schubförmigem Verlauf habe sich das Beschwerdebild verschlechtert, mit deutlicher Zunahme der Ataxie, welche nun derart ausgeprägt sei, dass die Beschwerdeführerin nur noch mit einem Rollator gehen könne. Ohne diese Hilfe sei sie auf mindestens einseitige Unterstützung angewiesen. Die neurologische Verlaufskontrolle habe mehrere neue Demyelinisierungsherde ergeben, womit dieser Verschlechterung zumindest teilweise erklärt werden könne. Die Behandlung bestehe weiterhin aus Tecfidera, zusätzlich sollte die Beschwerdeführerin regelmässig physiotherapeutisch behandelt werden, mit dem Ziel, die Gehfähigkeit zu verbessern. Mittelfristig sollte eine erneute stationäre Rehabilitationsbehandlung ins Auge gefasst werden (S. 2).

E. 3.17

Am 16. Oktober 2019 fand die Abklärung der Hilflosigkeit bei der Beschwerdeführerin zuhause im Beisein des Ehemannes der Beschwerdeführerin statt. Mit Bericht vom 11. November 2019 (Urk. 10/222) nannte die Abklärungsperson als Hauptdiagnose eine multiple Sklerose vom schubförmig verlaufenden Typ sowie ein Schmerzsyndrom der rechten Hand bei Status nach Hamulusfraktur vom 10. Juni 2007 sowie Operation mit Hamulusresektion und Tenosynovektomie vom 10. September 2009 (S. 1). Die Abklärungsperson hielt fest, gemäss Beschwerdeführerin habe diese Ende 2014 rechts nicht mehr gut gesehen und sehr starke Kopfschmerzen verspürt, welche stetig zugenommen hätten. Im rechten Auge sei das Sehen von Tag zu Tag nebliger geworden, was ihr Angst bereitet habe. Sie habe dann zunehmend mehr auch mit den Beinen Schwierigkeiten erhalten und sei vergesslich geworden. Anfangs 2015 sei dann die MS diagnostiziert

worden. In der nachfolgenden Zeit habe sie eine zunehmende Müdigkeit und Vergesslichkeit gespürt, zudem seien auch ihre Beine zunehmend schlapper geworden und sie habe an Gewicht zugenommen. Vom 5. bis 18. September 2019 sei sie zwecks Rehabilitation in der Klinik C. ___ gewesen. Die Situation sei bis heute jedoch noch sehr beschwerlich und es bestehe eine grosse Einschränkung im Alltag, dies vor allem in Folge der Müdigkeit, der Gangstörung, des fehlenden Gefühls in den Beinen und

Vergesslichkeit. Freies Gehen sei ihr nicht mehr möglich, die Fortbewegung erfolge mit dem Rollator, Rollstuhl oder geführt, dies vor allem abhängig von ihrer jeweiligen Tagesform. Ihr Zustand habe sich kontinuierlich verschlechtert. Mittels MRI seien nun neue Läsionen in der Stirnhöhle entdeckt worden, weshalb derzeit eine Medikamentenanpassung geprüft werde. Im Weiteren leide sie an Schilddrüsenproblemen, mal leide sie an einer Unterfunktion, mal an einer Überfunktion. Sie befinde sich diesbezüglich in ärztlicher Behandlung. Seit Juni 2018 sei sie verheiratet, ihr Ehemann sei zum Hochzeitszeitpunkt in die Schweiz eingereist. Bis dahin habe sie bei ihren Eltern gelebt, nach der Hochzeit sei sie mit ihrem Ehemann in die aktuelle Mietwohnung gezogen. Ihr Ehepartner sei erwerbslos, er kümmere sich um sie, versuche sie täglich zur Bewegung zu animieren, begleite sie ausser Haus, etc. Sie selber sei seit dem IV-Umschulungsabbruch keiner Berufstätigkeit mehr nachgegangen und unternehme krankheitsbedingt keine Arbeitsbemühungen. Nebst ihrem Ehemann erhalte sie noch Unterstützung von ihren Eltern, welche sie beide mit Mahlzeiten versorgen und auch die Wäsche erledigen würden (S. 2 f.).

Zum Bereich «Ankleiden/Auskleiden» hielt die Abklärungsperson fest, die Beschwerdeführerin schildere, dass sich dies schwierig gestalte, der Ehemann sei ihr stets behilflich dabei, da sie sonst bis zu einer halben Stunde brauchen würde, um sich vollständig anzukleiden. Insbesondere brauche sie beim Anziehen des BHs Hilfe, da ihr dies einhändig nicht gelinge. Ein T-Shirt könne sie sich selber einhändig überziehen, sie habe sich dazu gewisse Techniken angeeignet im Verlauf der Jahre. Die Hose könne sie sich nicht selber anziehen, da sie nicht aufstehen könne, zu gross sei dabei die Sturzgefahr. Liegend finde sie dies zu schwierig, vor allem da sie nur einhändig hantieren könne. Der Hilfebedarf

des Ehemannes sei nötig, da ihre rechte Hand nicht wirklich gebrauchsfähig sei, dies infolge eines Unfalls im Jahr 2007. Sie könne ihren Arm zwar bewegen, die Finger und die Hand seien jedoch gelähmt. Seit Ende 2017 sei die Situation ganz schwierig, zuvor sei sie noch besser zurechtgekommen und habe nur sporadisch Hilfe durch ihre Eltern beim Ankleiden benötigt, seither habe sich ihre Gesamtsituation verschlechtert, weshalb sie dabei täglich Dritthilfe brauche. Hilfsmittel benutze sie zum Ankleiden keine. Die Beschwerdeführerin erkläre, sie habe in der Reha eine Broschüre erhalten und sei darüber informiert worden, dass es Hilfsmittel gebe für Leute mit Handbeeinträchtigungen. Bislang sei sie jedoch noch nicht dazu gekommen, solche Hilfsmittel anzuschaffen (S. 3).

Die Abklärungsperson führte an, die Beschwerdeführerin mache vorwiegend Hilfeleistungen aufgrund ihres Handleidens geltend. Eine blossige Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründe grundsätzlich keine Hilflosigkeit. Im Sinne der Schadenminderungspflicht sei die Beschwerdeführerin verpflichtet, geeignete und zumutbare Massnahmen zu treffen, um ihre Selbständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. In diesem Sinne sei es ihr zumutbar, dass sie einfache und zweckmässige Kleidung anziehe und Hilfsmittel benutze, die dazu dienen, die Selbständigkeit zu erhalten. Unterlasse sie dies und nehme stattdessen Dritthilfe in Anspruch,

könne die entsprechende Hilfe bei der Bemessung nicht berücksichtigt werden, weshalb in diesem Bereich keine Hilflosigkeit im Sinne der IV-Richtlinien anzuerkennen sei (S. 3 f.).

Zum Bereich «Aufstehen/Absitzen/Abliegen» wurde von der Beschwerdeführerin ausgeführt, dass der Ehemann morgens den Rollator zum Bett bringe und ihr teilweise beim Aufstehen helfe. Sie habe zum Teil Nächte mit ganz starken Kopfschmerzen und könne nachts kaum schlafen, weshalb sie dann morgens in schlechter Form sei und kaum aufzustehen vermöge. Meist sei es ihr jedoch möglich, wenn der Rollator bereitstehe, selber aus dem Bett aufzustehen, ebenso tagsüber vom Sofa, Stuhl, etc.

Die Abklärungsperson hielt fest, es sei zumutbar, dass die Beschwerdeführerin den Rollator abends bereits neben dem Bett positioniere, sodass dieser morgens zum Aufstehen bereitstehe. So sei es ihr mehrheitlich möglich, selber aus dem Bett aufzustehen (S. 4).

Auch der Bereich «Essen» wurde als nicht ausgewiesen erachtet. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie könne in der rechten Hand seit dem Unfall im Jahr 2007 kein Besteck halten, die rechte Hand sei gelähmt. Das Essen führe sie sich deshalb stets linkshändig mittels Löffel oder Gabel zu. Das Zerkleinern von Speisen sei ihr nicht selber möglich, weshalb dies stets durch ihre Eltern oder ihren Ehemann erfolge. Im Sinne der Schadenminderungspflicht sei es gemäss der Abklärungsperson zumutbar, dass die Beschwerdeführerin Hilfsmittel benutze, die dazu dienen, die Selbständigkeit zu erhalten. Den rechten Arm könnte die Beschwerdeführerin hilfsweise zum Stützen des Tellers einsetzen, sodass sie linkshändig mittels Kraftsparmesser einhändig die Speisen mundgerecht zerschneiden könne und somit nicht tägliche und erhebliche Dritthilfe bei der Mahlzeiteneinnahme nötig wäre (S. 4).

Der Bereich «Körperpflege» sei ebenfalls nicht ausgewiesen. Zähne putzen, Gesicht waschen und Haare kämmen seien ihr linkshändig selbständig möglich. Dritthilfe nehme die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben hingegen in Anspruch beim Duschen/Baden. Mehrheitlich bade sie, wobei der Ehemann das Wasser in die Wanne einlasse und sie dann stütze beim Einstieg in die Wanne. Dies sei nötig seit zirka Anfang 2018, damals habe die Gangstörung zugenommen, weshalb sie beim Einstieg gestützt werden müsse. Haltegriffe seien im Bad keine vorhanden, deshalb sei es nötig, dass der Ehemann sei beim Einstieg stütze, um die nötige Stabilität zu gewähren. Der Ehemann sei ihr zudem behilflich beim Waschen des Rückens und der Zehen, ebenso beim Waschen der Haare und Kämmen der nassen Haare. All dies sei ihr nicht gut selber möglich.

Die Abklärungsperson hielt fest, um die nötige Stabilität beim Einstieg in die Badewanne zu gewähren, sei ein Badwannengriff (siehe Broschüre Rheumaliga Schweiz) sehr zu empfehlen. Dieser Griff diene einem sicheren Ein- und Aussteigen und erleichtere das Aufstehen in der Wanne. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wäre die Beschwerdeführerin mittels eines solchen Hilfsmittels selbständig beim Ein-/Ausstieg der Badewanne, weshalb die bevorzugte Dritthilfe durch den Ehemann nicht berücksichtigt werden könne. Die Dritthilfe beim Waschen des Rückens und der Zehen sowie der Haare erfolge, da dies für die Beschwerdeführerin erschwert sei, ebenfalls durch den Ehemann. Eine blossige Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründe grundsätzlich keine Hilflosigkeit, weshalb in diesem Bereich keine Hilflosigkeit im Sinne der IV-Richtlinien anzuerkennen sei (S. 4 f.).

Zum Bereich «Reinigung nach Verrichtung der Notdurft» führte die Beschwerdeführerin aus, wenn sie stuhlen müsse, brauche sie Hilfe, man müsse sie danach waschen, sie schaffe es nicht, sich einhändig sauber zu reinigen, auch das Hinsetzen auf die Toilette sei nicht so einfach, sie habe es anfänglich oft alleine versucht, sei einmal jedoch nicht richtig auf dem WC positioniert gewesen und dann umgestürzt, weshalb der Ehemann sie jeweils zu den Toilettengängen begleite, sie stütze und nach dem Stuhlgang mit Wasser reinige. Er sei auch behilflich beim Kleider richten, da das Hochziehen der Hosen einhändig erschwert sei. Befragt danach, wie die Toilettengänge in der Reha erfolgt seien, schildere die Beschwerdeführerin, morgens sei jeweils eine Pflegeperson während einer Stunde bei ihr gewesen und habe ihr bei der Körperpflege und auch beim Toilettengang geholfen. Tagsüber habe sie selber mit dem Rollator zur Toilette gehen können, das Richten der Kleider sei zwar mühsam, da sie dies einhändig vornehmen müsse, da sie meist jedoch Hosen mit Gummizug und ohne Knöpfe trage, gelinge es ihr meist, einhändig die Hose hochzuziehen,

sowie auch während der Reha. Die Reinigung nach der Verrichtung habe sie in der Reha mittels Dusch-WC selber betätigen können.

Die Abklärungsperson führte aus, die Beschwerdeführerin

sei in der Reha tags über bei den Toilettengängen selbständig gewesen. Dies dank des vorhandenen Dusch-WCs. Es sei somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zu Hause bei Vorhandensein eines Closes ebenfalls wieder Selbständigkeit erlangen könnte. Verzichte sie auf die Anschaffung dieses Hilfsmittel und nehme stattdessen Dritthilfe in Anspruch, könne die entsprechende Hilfe bei der Bemessung nicht berücksichtigt werden. Eine blosser Erschwerung oder

Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen, wie vorliegend beim Kleider richten, begründe grundsätzlich keine Hilflosigkeit, weshalb in diesem Bereich keine Hilflosigkeit im Sinne der IV-Richtlinien anzuerkennen sei (S. 5).

Zum Bereich «Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte» habe die Beschwerdeführerin ausgeführt, die Gehfähigkeit sei kontinuierlich schlechter geworden. Anfänglich habe es gereicht, dass sie sich beim Gehen bei jemandem am Arm habe einhängen können. Zunehmend habe sie jedoch ihre Beine schlechter gespürt, die Beine seien zudem sehr schwach geworden, sodass sie sich schlussendlich nicht mehr selber habe auf den Beinen halten können ohne Hilfsmittel. Sie habe deshalb anfänglich einen Rollstuhl benutzt. Zwischenzeitlich verfüge sie auch über einen Carbon-Rollator, sodass ihr die Fortbewegung besser möglich sei.

Aufgrund des leichten Gewichtes des Rollators sei es ihr auch möglich, diesen bei Schwellen zu heben, sodass sie darüber gehen könne. Treppen könne sie selber überwinden, sie halte sich dabei linkshändig am Geländer fest. Es sei jedoch sehr beschwerlich für sie, die Treppe im Wohnblock EG- 1. OG zu überwinden, es sei jedoch kein Lift vorhanden. Sie brauche viel Zeit, um die Treppenstufen überwinden zu können. Manchmal fehle ihr auch die Kraft dazu, sodass ihr Ehemann sie die Treppe hinuntertrage. Innerhalb der Wohnung könne sie sich selber mit dem Rollator fortbewegen. Ausser Haus sei sie mit dem Rollator oder dem Rollstuhl unterwegs. Mit dem Rollator möge sie jeweils nur 10-20 Meter am Stück zu gehen, dann würden ihre Beine anfangen zu zittern und sie müsse sich hinsetzen. Im Rollstuhl müsse sie immer geschoben werden, dies, da sie die rechte Hand nicht zum Schieben benutzen könne. Sie besitze ein Auto mit Automat, damit könne sie selber kurze

Strecken fahren, wobei sie dies nicht mehr oft benutze, dies, weil es ihr oft übel sei, sodass sie sich nicht fahrtauglich fühle. Seit dem Ende der beruflichen Massnahmen Anfang 2018 sei sie nicht mehr alleine draussen unterwegs, sie komme alleine nicht zurecht, müsse gestützt werden oder der Rollstuhl müsse geschoben werden, mit dem Rollator vermöge sie nur kurz zu gehen. Meist erfolge die Begleitung durch den Ehemann, häufig auch durch den Vater. Insbesondere wenn Fahrdienste nötig seien, dann fahre der Vater, dies, da dem Ehemann vor kurzem die Fahrerlaubnis in der Schweiz aberkannt worden sei. In der näheren Wohnumgebung fahre sie selber mit dem Auto, dies in Begleitung des Ehemannes, z. B. zum Einkaufen, zu Therapien, etc. Für weitere Fahrten, z. B. zum Rehaaufenthalt, sei sie auf einen Fahrdienst angewiesen gewesen, weshalb ihr Vater sie gefahren habe.

Die Abklärungsperson hielt fest, wie dem interdisziplinären Gutachten der B.____ vom Juli 2019 zu entnehmen sei, sei im Untersuchungszeitpunkt eine Steh- und Gehunfähigkeit, somit Rollstuhlpflichtigkeit, angegeben worden. Diese seien jedoch weder somatisch noch durch psychische Erkrankung vollumfänglich nachvollziehbar gewesen, sondern durch Selbstlimitierung begründet. Somatisch

bedingt sei eine leichte Minderbelastbarkeit der Beine im Rahmen der Multiplen Sklerose attestiert worden. Gemäss aktuellstem Arztbericht von Dr. D.____ vom Oktober 2019 habe sich das Beschwerdebild verschlechtert mit deutlicher Zunahme der

Ataxie, welche nun derart ausgeprägt sei, dass die Beschwerdeführerin nur noch mit einem Rollator gehen könne.

Ohne diese Hilfe sei sie auf eine mindestens einseitige Unterstützung angewiesen. Die neuroradiologische

Verlaufskontrolle habe mehrere neue Demyelinisierungsherde ergeben, womit diese Verschlechterung zumindest teilweise erklärt werden könne. Die geltend gemachte Steh- und Gehunfähigkeit habe im Zeitpunkt der interdisziplinären Begutachtung (März - Mai 2019) medizinisch nicht erklärt werden können und werde mit Selbstlimitierung begründet, weshalb eine Hilflosigkeit im Bereich Fortbewegung erst ab dem Zeitpunkt der Untersuchung bei Dr. D.____ anerkannt werden könne, somit ab dem 15. Oktober 2019 (S. 6 f.).

Lebenspraktische Begleitung sei nicht ausgewiesen. Anzuerkennen sei, dass die Beschwerdeführerin wegen des Gesundheitszustandes Hilfe bei der Bewältigung des Alltages erhalten. Die Voraussetzungen der Regelmässigkeit, der Dauer und der Intensität an Begleitung seien unter Einbezug der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht nicht erfüllt. Der Mindestaufwand von 2 Stunden pro Woche werde nicht erreicht (S. 7).

Zum Bereich «Hilfeleistungen, die das selbstständige Wohnen ermöglichen» führte die Abklärungsperson aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie Termine selber vereinbaren und Administratives selber erledigen könne.

Die gesamte Wohnungsreinigung erfolge durch den Ehemann. Ihr sei selber aufgrund ihrer Gehschwierigkeiten und der eingeschränkten Handfähigkeit eine Mithilfe nicht möglich. Die Wäsche erledige die Schwägerin, diese hole die Wäsche bei ihnen zu Hause ab und bringe diese gewaschen, gebügelt und gefaltet wieder retour. Der Ehemann räume die Wäsche in die Schränke. Kochen sei ihr nicht mehr möglich, dies sei bereits mehrjährig schwierig gewesen in Folge der Handverletzung, sie habe jedoch damals noch Einfaches selber für sich zubereiten können. Jetzt gehe dies nicht mehr, da sie nicht frei stehen könne,

den Rollstuhl nicht selber fortbewegen könne und bei Benutzung des Rollators keine Hand frei habe für die Betätigung am Herd oder in der Küche. Sie werde deshalb unverändert auch nach dem Auszug aus dem Elternhaushalt durch die Eltern mit Essen versorgt, sie gehe gemeinsam mit ihrem Ehemann täglich bei ihren Eltern zu Hause essen, vereinzelt gehe der Ehemann eine Fertigmahlzeit holen, dies sei jedoch aus finanziellen Gründen nur bedingt möglich. Die Abklärungsperson hielt fest, anrechenbar sei der Aufwand für die Sicherstellung einer minimalen Grundversorgung. Die anzurechnenden Zeitaufwände beschränkten sich auf einen 1-Personenhaushalt mit 45 Min./Woche für die Wohnungspflege, 30 Min./Woche für die Kleiderwäsche und 15 Min./Woche für die Ernährung (S. 7 f.).

Betreffend dauernde medizinisch-pflegerische Hilfe habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sich die Medikamente

in einer Tasche unter dem Wohnzimmer Tisch befänden. Die Einnahme der Medikamente müsse morgens und abends erfolgen. Der Ehemann erinnere sie jeweils an die Einnahme und gebe ihr die Medikamente in die Hand. Die Medikamenteneinnahme wäre ihr auch selber möglich, da er jedoch ohnehin immer um sie herum sei und ihr für die Einnahme ein Glas Wasser bereitstelle, gebe er ihr auch jeweils die Medikamente. Die Abklärungsperson hielt fest, sie habe die Beschwerdeführerin auf die Möglichkeit hin gewiesen, eine Erinnerungsfunktion auf dem Handy dafür zu nutzen. Diese habe erklärt, da ihr Ehemann ja ohnehin um sie herum sei, verzichte sie darauf. Die Abklärungsperson hielt fest, die Medikamenteneinnahme könnte durch die Beschwerdeführerin selbständig erfolgen (S. 8).

Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin in der Lage, die meisten alltäglichen Lebensverrichtungen ohne regelmässige und erhebliche Dritthilfe vorzunehmen. Einzig bei der Fortbewegung ausser Haus sei eine invaliditätsbedingte Hilflosigkeit seit dem 15. Oktober 2019 anzuerkennen. Damit sei jedoch das anspruchrelevante Ausmass für eine Hilflosenentschädigung nicht erreicht (S. 9).

E. 3.18

RAD-Arzt Dr. K. ___ nahm am 1. Februar 2020 Stellung (Urk. 10/238/5) und führte aus, die neuen Akten brächten hinsichtlich des Vorliegens einer Geh-Stehbehinderung mit Rollator-Notwendigkeit sowie MRI entzündlicher zerebraler Herde keine funktionell relevante medizinische Neuerkenntnis, da diese im Gutachten bereits im Belastungsprofil berücksichtigt worden seien. Der erwähnte geplante Eingriff wegen Lipodystrophie an beiden Beinen habe offensichtlich therapeutische Konsequenzen, per se stelle diese Diagnose versicherungsmedizinisch jedoch keine zusätzlich dauerhafte Arbeitsfähigkeitsrelevanz dar. Die psychiatrischen Überlegungen der Rechtsvertreterin zu depressiven Störungen ohne aktuelle fachärztliche Bescheinigungen stellten lediglich laienmedizinische Ausführungen dar und könnten somit hier nicht berücksichtigt werden.

E. 3.19

Der Abklärungsdienst nahm am 18. März 2020 Stellung (Urk. 10/242) und führte aus, im Rahmen des Einwandes im Rentenverfahren habe der RAD erneut Stellung genommen. Dabei werde festgehalten, dass weiter auf das Gutachten und das entsprechende Belastungsprofil abgestellt werde. Auf diese Angaben sei auch bei der Beurteilung der Hilflosigkeit abgestellt worden. Gemäss Gutachten werde von der Beschwerdeführerin eine Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand angegeben, die sich aber somatisch und auch nicht durch eine psychische Erkrankung erklären lasse, es dürfe eine Selbstlimitierung ursächlich

sein. Die Beschwerde führerin sei allerdings linksdominant und schreibe auch links , weshalb einzig beidhändige Präzisionsarbeiten nicht zugemutet werden könnten. Daraus abgeleitet resultiere bei den IV-relevanten alltäglichen Lebensverrichtungen keine Hilflosigkeit. Auch die angegebene Steh- und Gehunfähigkeit, somit Rollstuhlpflichtigkeit , sei gemäss RAD-Stellungnahme weder somatisch noch durch psychische Erkrankung vollumfänglich nachvollziehbar, sondern durch Selbstlimitierung begründet. Somatisch sei von einer leichten Minderbelastbarkeit der Beine im Rahmen der MS auszugehen. Im Bereich Fortbewegung werde aufgrund der eingeschränkten Gehfähigkeit eine Hilflosigkeit anerkannt. In den übrigen alltäglichen Lebensverrichtungen vermöge diese Beeinträchtigung keine Hilflosigkeit auszulösen. Es sei zumutbar, dass die Beschwerdeführerin Hilfsmittel benutze und sich geeignete Techniken aneigne , um die Selbständigkeit zu wahren. Unterlasse sie dies und nehme stattdessen Dritthilfe in Anspruch, könne die entsprechende Hilfe bei der Bemessung nicht berücksichtigt werden. Am Abklärungsbericht sei festzuhalten.

E. 3.20

Dr. med. L.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 23. März 2020 (Urk. 10/247/24-30 = Urk. 3/1) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei ihm durch Dr. D.____ zur Untersuchung und Therapie zugewiesen worden. Sie konsultiere ihn seit dem 7. Februar 2020 wöchentlich

(S. 1) . Aufgrund der Tatsache, dass der prämorbid Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vom aktuellen extrem differenziere, habe sich eine massive Körper selbststörung gebildet. Es handle sich um eine eigentliche Körperbild-Veränderung. Diese verursache eine gestörte Ich-Identität mit Folgen in allen körperlichen und psychischen Bereichen als Selbststörung (S. 3). Die Folge der Körperbild-Veränderung sei eine anhaltende Depressivität, welche durch tägliches Erfahren der deutlichen körperlichen Versehrtheit die Quelle der voraus sichtlich bleibenden depressiven Störung sei. Die anhaltende Müdigkeit, die bei der Beschwerdeführerin bereits chronisch sei, könne einerseits Folge der Depression sein, andererseits Folge der MS. Der Gutachter der B.____ habe die Psychodynamik der Körperbild-Veränderung nicht berücksichtigt. Er habe verpasst, hier ein klares Dissimulieren zu erheben und die Hintergründe desselben zu erforschen. Ebenso sei es der Neuropsychologin ergangen (S. 4). Der Beschwerdeführerin falle es schwer, die MS zu akzeptieren. Es ergebe sich evident, dass sie neu beziehungsweise anders beurteilt werden müsse, als die s

in bisherigen Untersuchungen erfolgt sei. Dies betreffe die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die Erwerbsfähigkeit und die Beurteilung der Hilflosigkeit (S. 5). Die als Folge der MS vorliegenden Symptome der schweren Beine, des Gefühls , kraftlos zu sein , und der Verlangsamung der Denkprozesse sowie der Kraftlosigkeit der rechten Hand und der ebenso evidenten depressiven Störung liessen keine Besserung des Gesundheitszustandes erwarten. Ihre starken Schmerzen hätten grosse Auswirkungen auf die Lebensqualität, da sie sowohl den Alltag als auch die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Prognostisch werde die Progredienz der Krankheit den allgemeinen Gesundheitszustand wahrscheinlich mit jedem Schub eher verschlechtern. Eine der Krankheit angepasste Arbeitstätigkeit sei bei einer so schweren Krankheit auch hinsichtlich der extremen Erschöpfungsstörung illusorisch. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, kombiniert mit einer hochgradigen Hilfsbedürftigkeit (S. 6 ; vgl. auch Urk. 18).

E. 4.1

Die Abklärung der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 3.17) erfolgte durch eine qualifizierte Fachperson in Kenntnis der räumlichen Verhältnisse am Wohnort der Beschwerdeführerin sowie in Kenntnis von deren gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Auch die benötigten Hilfsmittel waren der Abklärungsperson bekannt. Das Gespräch fand im Beisein und unter Einbezug des Ehemannes statt. Die Abklärungsperson ermittelte bezüglich jeder Verrichtung die konkreten Verhältnisse und berücksichtigte dabei die Angaben der Beschwerdeführerin.

Die Ausführungen sind detailliert und ihre Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise begründet. Dem Bericht lassen sich schliesslich keine divergierenden Meinungen der Beteiligten entnehmen (zu den Anforderungen an Abklärungsberichte vgl. vorstehend E. 1.5).

E. 4.2

Insbesondere ergaben auch die medizinischen Berichte keine Anhaltspunkte, welche auf eine anderweitige Einschätzung hindeuten würden. So erweist sich das Gutachten der B.____ vom Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.11) als beweiskräftig (vgl. hierzu auch die Ausführungen im Urteil des Verfahrens Nr. IV.2020.00291). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine multiple Sklerose vom schubförmig verlaufenden Typ, aktuell ohne Verschlechterung, sowie ein Schmerzsyndrom der rechten Hand genannt. Die depressive Episode, gegenwärtig remittiert, ein Mischkopfschmerz sowie eine Hypothyreose wurden als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Unter Berücksichtigung des im Gutachten beschriebenen Belastungsprofils (körperlich leichte Tätigkeiten, die im Sitzen an einem rollstuhlgerechten Arbeitsplatz einhändig ohne Zeitdruck und Stressbelastung erbracht werden könnten) wurde in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert. Die von der Beschwerdeführerin geklagte Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand kann gemäss Gutachten weder somatisch noch durch eine psychische Erkrankung erklärt werden, vielmehr dürfte eine Selbstlimitierung ursächlich dafür sein. Die Beschwerdeführerin sei linksdominant und schreibe auch links, womit beidhändige Präzisionsarbeiten nicht mehr zugemutet werden sollten (Urk. 10/181 S. 6). Auch die angegebene Steh- und Gehunfähigkeit, somit Rollstuhlpflichtigkeit, ist gemäss Gutachten in Übereinstimmung mit der betreuenden neurologischen Klinik weder somatisch noch durch eine psychische Erkrankung vollumfänglich nachvollziehbar, sondern ebenfalls durch Selbstlimitierung begründet (Urk. 10/181 S. 6 f.). Somatisch ist gemäss Gutachten von einer leichten Minderbelastbarkeit der Beine im Rahmen der MS auszugehen (Urk. 10/181 S. 7). Dem Gutachten lässt sich demnach nichts entnehmen, was der Einschätzung der Abklärungsperson entgegenstehen würde.

Dr. D.____ beschrieb im Oktober 2019 (vgl. vorstehend E. 3.16) sodann zwar einen erneuten leichten Schub mit einer Verschlechterung der Gehfähigkeit, welche durch mehrere neue Demyelinisierungsherde - jedoch ohne Nachweis von aktuellen Schrankenstörungen beziehungsweise aktiven Herden - zumindest teilweise erklärt werden könne, erachtete die Gehfähigkeit jedoch mittels Physiotherapie als verbesserbar. Somit kann auch aus diesem Bericht nichts abgeleitet werden, was der Beurteilung der Abklärungsperson entgegenstehen würde.

Dies gilt auch für den erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. L. ____ (vgl. vorstehend E. 3.20), wonach eine hochgradige Hilfsbedürftigkeit vorliege. Eine solche Hilfsbedürftigkeit lässt sich weder mit der angegebenen Müdigkeit noch mit einer Antriebsmin derung oder Verlangsamung begründen. Inwiefern die Beschwerdeführerin eine solche Pflege oder Hilfe benötigt, begründete Dr. L. ____

denn auch nicht näher. Die bestehende depressive Störung war sodann bei der Abklärung bereits bekannt.

E. 4.3

Die nun beschwerdeweise vorgebrachten Rügen der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1) vermögen daran nichts zu ändern, wobei insbesondere darauf hinzu weisen ist, dass die nun geltend gemachten Einschränkungen anlässlich der vor Ort erfolgten Abklärung weder von ihr noch vom Ehemann der Beschwerdeführerin erwähnt wurden.

Hinsichtlich des „Ankleidens/Auskleidens“ gab die Beschwerdeführerin ausdrücklich an, Hilfe ihres Ehemannes zu benötigen, da sie ansonsten bis zu einer halben Stunde brauche. Sie sei noch nicht dazu gekommen, Hilfsmittel anzuschaffen. Hilflosigkeit im Bereich „An- und Auskleiden“ liegt gemäss dem Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) vor, wenn die versicherte Person ein unentbehrliches Kleidungsstück oder eine Prothese nicht selber an- oder ausziehen kann. Unter Berücksichtigung der allenfalls vorhandenen motorischen Defizite der Beschwerdeführerin der rechten Hand erscheint es nicht als unmöglich, dass diese auch Reissverschlüsse langsam und allenfalls mit Hilfsmitteln schliessen kann, zumal sie die linke Hand vollständig und die rechte Hand gemäss Gutachten immerhin als Stützhand einsetzen kann. Ausserdem ist es ihr im Rahmen der Schadenminderungspflicht zumutbar, Kleidungsstücke ihren Einschränkungen entsprechend auszuwählen und auf unnötige Knöpfe zu verzichten. Vorliegend sind keine besonderen Umstände gegeben, welchen den Abklärungsbericht im Bereich „An- und Auskleiden“ als mangelhaft oder ungeeignet erscheinen liessen. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin machte die Abklärungsperson nicht geltend, die Hilfeleistung sei nur aufgrund des Handleidens notwendig, sondern nur vorwiegend. Die Abklärungsperson führte zu Recht aus, dass die Beschwerdeführerin im Sinne der Schadenminderungspflicht verpflichtet sei, geeignete und zumutbare Hilfsmittel beziehungsweise Massnahmen zu ergreifen. Wie die Beschwerdeführerin unter «Reinigung nach Verrichtung der Notdurft» selber ausführte, trage sie meist Hosen mit Gummizug und ohne Knöpfe, womit es ihr

meist gelinge, einhändig die Hose hochzuziehen (vgl. Urk. 10/222 S. 5). Dies erscheint zumutbar und eine bloss Erschwerung oder Verlangsamung bei der Vornahme von Lebensverrichtungen begründet keine Hilflosigkeit. Die diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen – insbesondere auch unter Berücksichtigung der Ausführungen im Gutachten zur Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und zur Steh- und Gehfähigkeit – daher keine Zweifel am Abklärungsbericht aufkommen zu lassen. Es bestehen somit keine Anhaltspunkte für Fehleinschätzungen der Abklärungsperson in diesem Bereich und es kann somit dies bezüglich auf den Abklärungsbericht abgestellt werden. Eine Hilfsbedürftigkeit im geforderten Ausmass ist im Bereich „An- und Auskleiden“ demnach nicht ausgewiesen.

Dies gilt auch hinsichtlich der im Bereich „Aufstehen/Absitzen/Abiegen“ nun geltend gemachten Einschränkung, wonach ihr Ehemann ihr jeden Tag helfe und sie trotz Rollator

darauf angewiesen sei. Anlässlich der Abklärung vor Ort gab die Beschwerdeführerin an, ihr Ehemann bringe ihr den Rollator ans Bett, so könne sie meist selber aufstehen (Urk. 10/222 S. 4). Der Beschwerdeführerin ist es zumutbar, den Rollator bereits am Abend neben dem Bett zu platzieren, so dass dieser morgens zum Aufstehen bereitsteht. Dem Bericht der Klinik C.____ (vgl. vorstehend E. 3. 14) ist zudem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin das Aufsitzen, Hinlegen und Drehen im Bett (mit erhöhtem Zeitaufwand) sowie der Sitz-Stand mit Hilfe der Arme am Rollator selbständig möglich seien.

Beim Bereich «Essen» liegt gemäss Rz 8018 KSIH Hilflosigkeit vor, wenn die versicherte Person zwar selber essen, dies jedoch nur auf eine nicht übliche Art und Weise ausführen kann (BGE 106 V 158; zum Beispiel wenn sie die Speisen nicht zerkleinern oder nur püriert essen oder nur mit den Fingern zum Munde führen kann, BGE 121 V 88). Ist die versicherte Person nur zum Zerschneiden harter Speisen auf direkte Dritthilfe angewiesen, liegt keine Hilflosigkeit vor, da solche Speisen nicht täglich gegessen werden und deswegen die versicherte Person nicht regelmässig und nicht erheblich auf Dritthilfe angewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_30/2010 vom 8. April 2010). Hingegen ist eine Hilflosigkeit gegeben, wenn die versicherte Person das Messer überhaupt nicht benutzen kann (also nicht einmal ein Butterbrot streichen kann, Urteil des Bundesgerichts 9C_346/2010 vom 6. August 2010). Bei Einarmigkeit und funktioneller Einarmigkeit (gelähmter Arm) liegt eine Hilflosigkeit vor, sofern der gelähmte Arm auch nicht als Stützarm /-hand (zum Beispiel um einen Teller zu fixieren) eingesetzt werden kann (Rz 8018.1 KSIH). In Bezug auf das „Essen“ wurde anlässlich der Abklärung geltend gemacht, sie könne mit der rechten Hand kein Besteck halten und auch das Zerkleinern von Speisen sei ihr deshalb nicht möglich. Beschwerdeweise wird nun ausgeführt, dass in der Reha nach Hilfsmitteln gesucht und keines gefunden worden sei. Den Akten lässt sich diesbezüglich nichts entnehmen. Die Beschwerdeführerin kann jedoch ihre linke Hand benutzen und ist gemäss Dr. D.____

Ambidexterin . Es erscheint deshalb vorliegend nicht nachvollziehbar, weshalb es der Beschwerdeführerin nicht möglich sein sollte, den rechten Arm zum Stützen zu benutzen und mit der linken Hand mittels Kraftsparsmer die Speisen zu zerkleinern. Es kann auch diesbezüglich auf den Abklärungsbericht abgestellt werden.

Dies gilt auch für den im Bereich „Körperpflege“ geltend gemachten Umstand, wonach sie ohne Anwesenheit einer Drittperson weder baden noch duschen könne, da ihr beim Ein- und Ausstieg geholfen werden müsse . Anlässlich der Abklärung vor Ort wurde angegeben, Haltegriffe seien im Bad keine vorhanden, deshalb sei es nötig, dass der Ehemann sie beim Einstieg stütze, um die nötige Stabilität zu gewähren (Urk. 10/222 S. 5). Wie die Abklärungsperson zu Recht ausführte, würde ein Badwannengriff einem sicheren Ein- und Aussteigen dienen und das Aufstehen in der Wanne erleichtern. Auch die Dritthilfe beim Waschen des Rückens , der Zehen und Haare ist angesichts der guten Gebrauchsfähigkeit der linken Hand und somit blosser Erschwerung nicht zu berücksichtigen.

Nicht nachvollziehbar ist sodann, dass die Beschwerdeführerin angesichts der nicht objektivierbaren Einschränkungen der rechten Hand und der Funktionsfähigkeit der linken Hand, welche sie als Ambidexterin gleich gut einsetzen kann, die „Reinigung nach Verrichtung der Notdurft“ nicht selbständig vorzunehmen vermöge. Aus der pauschalen Feststellung im Bericht der Klinik C.____ , die Selbstversorgung sei mit Hilfe des Pflegepersonals erfolgt, kann die Beschwerdeführerin nichts ableiten, dass die

Ausführungen im Abklärungsbericht umzustossen vermöchte. Demgemäss habe sie in der Reha die Reinigung nach der Verrichtung mittels Dusch-WC selber betätigen können (Urk. 10/222 S. 5) . Mit der Anschaffung eines Closomaten zu Hause könnte somit Abhilfe geschaffen und wieder Selbständigkeit erlangt werden. Eine Fehleinschätzung der Abklärungsperson lässt sich diesbezüglich nicht erkennen.

Auch das im Hinblick auf die Notwendigkeit einer „ lebenspraktischen Begleitung» oder «Hilfeleistungen, die das selbständige Wohnen ermöglichen»

Vorgebrachte, wonach sie ohne diese Hilfe in ein Pflegeheim eingewiesen werden müsste und von einem bedeutend höheren Aufwand auszugehen sei ,

wurde während der ganzen Abklärung von keinem der Anwesenden erwähnt. Eine Fehleinschätzung der Abklärungsperson ist nicht zu erkennen. So wird Hilfe bei der Bewältigung des Alltags anerkannt, die Voraussetzungen der Regelmässigkeit, der Dauer und der Intensität an Begleitung unter Einbezug der Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht jedoch als nicht erfüllt betrachtet (Urk. 10/222 S. 7) . Dies erscheint plausibel, zumal die Beschwerdeführerin gemäss medizinischer Aktenlage mit ihrer linken Hand genauso geschickt sei wie mit der rechten Hand und auch diese zumindest als Stützhand eingesetzt werden könne. Auch die angegebene Steh- und Gehunfähigkeit ist weder somatisch noch durch eine psychische Erkrankung vollumfänglich nachvollziehbar, weshalb von einer leichten Minderbelastbarkeit der Beine auszugehen ist. Ihre Angaben erscheinen somit nicht vollumfänglich nachvollziehbar.

Auch unter Berücksichtigung der Mithilfe durch Familienangehörige im Rahmen der Schadenminderungspflicht erscheinen die von der Abklärungsperson aufgeführten Zeitaufwände als plausibel.

E. 4.4

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Abklärungsbericht für Hilflosenentschädigung vollumfänglich den praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.

E. 5

) entspricht, weshalb darauf abzustellen ist. Da eine klare Fehleinschätzung der Abklärungsperson nicht ersichtlich ist, besteht kein Anlass, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person einzugreifen. Somit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in mindestens fünf der sechs alltäglichen Lebensverrichtungen ihre Selbständigkeit beibehalten hat oder mit Unterstützung von Hilfsmitteln wiedererlangen könnte und sie auch keine medizinisch-pflegerische Hilfe oder persönliche Überwachung benötigt und nicht dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist . Unter diesen Umständen kann vorliegend offen bleiben, ob der Bereich «Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte» zu Recht angerechnet worden ist.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der

unterliegenden Beschwerdeführerin aufzu er legen.

Zufolge Gewährung der unentgeltliche n Prozess führung sind die Gerichtskosten einstwei len auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 5.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Christine Fleisch, steht bei diesem Verfahrensausgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu.

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin wurde mit Verfü gung vom 13. Juli 2020 (Urk. 12) die Möglichkeit eingeräumt, dem Gericht eine detaillierte Zu sammenstellung über den Zeitaufwand und die angefallenen Barauslagen ein zureichen. Sie hat diese Möglichkeit nicht wahrgenommen, weshalb ihre Ent schädigung wie angekündigt nach Ermessen festzusetzen ist.

Sie bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit sache, der Schwierigkeit des Pro zesses und dem Mass des Obsiegens (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialver sicherungsgericht, GSVGer). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung auf Fr. 2'

E. 7

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichts kasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von Urk. 14, Urk. 15, Urk. 16 ,

Urk. 17/1-4 und Urk. 18-19 - 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 Bundes gesetzes 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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