

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00170 vom 17. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00170)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00170 du 17 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00170 del 17 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

### **E. 1.5**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des

Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfü gungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 6. Februar 2015 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Zusprechung einer unbefristeten Rente. In prozessualer Hinsicht beantragte sie, es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Mit Be schwerdeantwort vom 13. März 2015 (Urk. 6) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung

der Beschwerde . Mit Gerichtsv erfügung vom 24. März 2015 wurde der Beschwerdeführerin in Bewilligung ihres Gesuchs die unentgeltliche Prozess führung gewährt (Urk. 11 ).

Mit Replik vom 13. Juli 2015 (Urk. 15) hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. In einer weiteren Stellung nahme vom 21. Juli 2015 äusserte sie sich erneut

(Urk. 18). Die Beschwerdegeg nerin verzichtete am 14. September 2015 auf eine Duplik (Urk. 22). Mit einer weiteren Stellungnahme vom 23. September 2015 (Urk. 25) legte die Beschwer deführerin ergänzende Arztberichte ins Recht

(Urk. 26) , wozu sich die

Be schwerdegegnerin

nicht mehr äusserte (Urk. 29). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt zur Begründung ihrer Verfügung vom 7. Januar 2015 (Urk. 2) fest, die Abklärung en hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin ihrer Tätigkeit als Pflegeassistentin mit ei nem Pensum von 65 % nachgehen würde. Die restlichen 35 % entfielen in den Aufgabenbereich der Haushaltsführung. Aus ärztlicher Sicht sei ihr die Aus übung einer Tätigkeit nicht zumutbar. Gemäss Abklärungen sei sie im Haushalt zu 12 % eingeschränkt. Bei einem Invaliditätsgrad von 69 % bestehe somit vom 1. März 2010 bis 31. März 2011 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente . Ab

1. Januar 2011 sei ihr aus medizinischer Sicht eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zumutbar. Die Einschränkung im Haushalt betrage

#### **E. 2.2.1**

In i hrer Beschwerde vom 6. Februar 2015 (Urk. 1) führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, sie habe nie mehr eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt, auch nicht für eine angepasste Tätigkeit. Zudem habe sich ihr Gesundheitszustand noch weiter verschlechtert. Sie leide neu an einer Art „ Makuladegeneration “ mit Narbenbildung in beiden Auge n und werde deswegen im Y.\_\_\_\_ ambulant mit monatlichen Spritzen direkt ins Auge behandelt. Der Genesungsverlauf sei offen. Ferner macht e die Beschwerdeführerin geltend, im Gesundheitsfall wäre sie in einem höheren Pensum als zu 65 % erwerbstätig (S. 3).

#### **E. 2.2.2**

In der Replik vom 13. Juli 2015 (Urk. 15)

fürte sie zudem aus, dass sie zwischen zeitlich mehrfach aus orthopädischer Sicht und aufgrund eines Nierenversagens zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Es sei vom 15. Juni 2011 bis zum 5. Juli 2013 durchgehend von einer erneuten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 3). Auch aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Ferner habe sich das Augenleiden weiter verschlechtert, sodass sie praktisch erblindet sei (S. 4). Zur Qualifikation brachte die Beschwerdeführerin vor, dass sie mit ihrem Wohnpartner nicht mehr in einer Lebensgemeinschaft lebe, sodass sie (seitens der Sozialhilfebehörde) als Einzelperson berechnet werde. Aus diesem Grund werde von ihr im Gesundheitsfall eine 100%ige Erwerbsarbeit verlangt. Deshalb sei sie als Vollerwerbstätige im Gesundheitsfall zu qualifizieren (S. 4

f.).

### **E. 2.2.3**

Am 23. September 2015 (Urk. 25) verwies die Beschwerdeführerin

sodann auf neue Berichte ihres behandelnden Psychotherapeuten und des delegierenden Psychiaters. Dazu machte sie geltend, diese Berichte stimmten nicht mit den psychiatrischen Diagnosen im Gutachten des Z.\_\_\_\_ überein. Aktuell befinde sich die Beschwerdeführerin in der A.\_\_\_\_ wegen Suizidgefahr bei schwerer depressiver Störung (S. 3). Ihr Gesundheitszustand habe sich entgegen der Annahme der Gutachter nicht verbessert. Sie leide mindestens seit Juli 2013 weiterhin an einer mittelgradigen bis schweren rezidivierenden Depression, welche seit Sommer 2015 im Zusammenhang mit der weitgehenden Erblindung im Februar 2015 zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habe (S. 4).

### **E. 2.3**

Die Parteien gingen übereinstimmend davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund der Folgen des Unfalls vom 20. März 2009 im Vergleich zu den Verhältnissen im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids vom 14. Januar 2004 wesentlich verschlechtert habe. Dies ist in Anbetracht der beim Unfall erlittenen Fussverletzung nicht zu beanstanden. Mit Blick auf den Streitgegenstand (E. 1.5 hievore) ist hingegen strittig, ob der seitens der Beschwerdegegnerin für die Zeit ab 1. März 2010 ermittelte Invaliditätsgrad von 69 % rechtens ist und ob sie zu Recht davon ausgegangen ist, dass im Januar 2011 eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist, welche der Beschwerdeführerin das Erzielen eines rentenausschliessenden Einkommens ermöglicht. Zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige zu qualifizieren ist. 3.

3.1

Anlässlich des Autounfalles vom 20. März 2009 zog sich die Beschwerdeführerin eine Commotio cerebri (postcommotionelles Syndrom) beziehungsweise Halswirbelsäulenbeschwerden (Urk. 7/78/79) sowie eine Verletzung des zuvor bereits wiederholt operativ (vgl. dazu im Detail Diagnoseliste Urk. 7/175 S. 27 Ziff. 2) versorgten rechten oberen Sprunggelenks (OSG; Sinus tarsi Syndrom, Urk. 7/78/75; posttraumatische Peronealsehnen-Läsion, Urk. 7/83) zu. Am 20. Juli 2009 erfolgte eine laterale Bandrekonstruktion am OSG mit Gracilis Sehne vom ipsilateralen Knie (Urk. 7/83).

Nach Rehabilitation (Urk. 7/82/ 3 ) und Aufbautraining (Urk. 7/94/3) empfahlen die behandelnden Fusschirurgen der B.\_\_\_\_ am 18. Januar 2010 - bei zwar dank der Operation stabilem, aber weiterhin schmerzdem OSG - einen Arbeitsversuch; falls dies nicht funktioniere, sei eine Umschulung vor zu nehmen (Urk. 7/ 98 ). 3.2

Im Bericht vom 29. März 2010 (Urk. 7/100) äusserten die behandelnden Fachärzte neben den bekannten Fussbeschwerden ein en

Verdacht auf mediale Meniskusläsion bei Status nach Verkehrsunfall am 20. März 2009 mit Kniegelenksdistorsion rechts . Differenzialdiagnostisch kämen protrahierte Schmerzen an der Entnahmestelle des Musculus

gracilis in Frage (vgl. Urk. 7/101).

Am 27. Juli 2010 (Urk. 7/107) legten die Ärzte der B.\_\_\_\_ dar, die Beschwerdeführerin sei von Seiten des Fusses betreffend die Stabilität aktuell zufrieden . Aufgrund des geraden Rückfusses sei sie zu wiederholten Traumen prädisponiert. Eine stabile Schuhversorgung werde empfohlen. Aktuell sei die Beschwerdeführerin hauptsächlich durch die Schmerzen im Bereich des Kniegelenks beeinträchtigt (vgl. auch Urk. 7/108).

Nach einer Knieinfiltration war im Bericht vom 16. September 2010 (Urk. 7/111) weiterhin von unklaren Knieschmerzen rechts mit MR-diagnostisch retropatellärer

Chondromalazie die Rede. Es wurde ausgeführt, es bestehe eventuell eine leichte Schädigung des Meniskusvorderhorns im Sinne eines degeneriert nach ventral heraus luxierenden Meniskusvorderhorns. Ansonsten zeige sich ein blander Gelenkstatus bis auf die patellofemorale

Chondromalazie . Die Beschwerden medial liessen sich an sich mit der medialen Meniskusläsion vereinbaren. Allerdings spreche die sehr schleppende Wirkung der Lokalanästhetikainfiltration eher gegen die Meniskussymptomatik.

Am 11. Oktober 2010 wurde eine diagnostische Kniearthroskopie rechts mit Entfernung kleiner freier Gelenkkörper durchgeführt (Urk. 7/113/ 1 -4 ) und eine retropatelläre Chondromalacie Grad II diagnostiziert.

Im Bericht vom 20. Januar 2011 wurde über einen sehr erfreulichen Verlauf und eine beschwerdefreie Patientin berichtet. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch das Knie nicht mehr eingeschränkt, offensichtlich bestünden aber noch Restbeschwerden im Bereich des OSG und nach Schleudertrauma, sodass die Patientin von anderer Seite zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben sei (Urk. 7/116). 3 . 3

Im auf Veranlassung des Unfallversicherers erstatteten interdisziplinären MEDAS Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 22.

Februar 2011 (Urk. 7/117) wurden - gestützt auf die im November 2010 durchgeführten Untersuchungen (S. 1) - folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 52): 1.

Chronischer OSG-Schmerz rechts bei Status nach multiplen Supinatioonstraumata und dreifacher Stabilisierungsoperation des lateralen Bandapparates am 11. April 2007 ( Broström -Plastik), am 30.

Mai 2008 (Revision des Sinus tarsi mit Rekonstruktion des Lig. fibulocalcaneare) und am 24. Juli 2009 (Gracilis-Plastik) 2.

Knieschmerz rechts bei Status nach arthroskopischer Entfernung eines freien Gelenkkörpers am 11. Oktober 2010 3.

Achillodynie links

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter : 4.

Status nach Denervationsoperationen und

Nervenverlagerungs -

operationen im Bereich beider Ellenbogen

1989 bzw. 2003 5.

Migräne, anteiliger Analgetikakopfschmerz 6.

Adipositas Grad I nach WHO (BMI von 34.1 kg/m<sup>2</sup>) 7.

Essentielle arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt 8.

Hochgradige Myopie, linksbetont (-20 Dpt) 9.

Dysthymie (ICD-10 F34.1)

Im Gutachten wurde aus internistischer Sicht zur Hauptsache eine essentielle arterielle Hypertonie beschrieben, welche zurzeit medikamentös eingestellt wurde,

sowie eine hochgradige Myopie mit einem Restvisus links von weniger als 0.1. Aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht eingeschränkt (S. 56).

Aus orthopädischer Sicht seien die geschilderten Hauptbeschwerden im Bereich des rechten OSG bis zu einem gewissen Grad erklärbar durch eine vermehrte Narbenbildung nach dreimaliger Operation. Die klinische Untersuchung zeige jedoch eine stabile Bandsituation am oberen Sprunggelenk und das konventionelle Röntgenbild einen altersentsprechend breiten und kongruent verlaufenden Gelenkspalt. Die Beweglichkeit sei nicht eingeschränkt. Die Schmerzintensität lasse sich nicht an einem klinischen Korrelat festmachen. In Bezug auf die linke Achillessehne lasse sich jedoch die Beschwerdesymptomatik nachvollziehen, da dort eine typische lokale, spindelförmige Schwellung mit entsprechender Druckdolenz im Sinne einer Achillodynie bestehe; dies höchstwahrscheinlich als Zeichen einer Fehl- resp. aktiven Überbelastung aufgrund der auf der rechten Seite bestehenden Schmerzen. Bezüglich des rechten Kniegelenkes sei radiologisch eine beginnende Degeneration sichtbar und im OP-Bericht werde von der Entfernung eines freien Gelenkkörpers gesprochen, welcher die intermittierend auftretenden Schmerzsituationen erkläre, welche sich postoperativ rapide gebessert hätten. Die arthroskopisch beschriebene Chondromalazie

erkläre die belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Kniegelenk bis zu einem gewissen Grad ebenfalls (S. 56 f.).

Bei der neurologischen Untersuchung finde sich keine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen. Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Kopfschmerzsymptomatik sei angesichts der migräne-typischen Begleitphänomene am ehesten als Migräne zuzuordnen. Angesichts der

Medikamentenanamnese könne ein zumindest anteiliger Analgetikakopfschmerz mit erwogen werden. Die fehlende lege artis Kopfschmerzdokumentation und der hier gewonnene klinische Eindruck sprächen gegen einen wesentlichen behindernden Effekt der Kopfschmerzsymptomatik. Die durchgeführte klinische Beurteilung der kognitiven Funktionen sei unauffällig. Die anamnestisch mögliche Commotio cerebri sei sowieso ungeeignet, zu einer dauerhaften kognitiven Beeinträchtigung zu führen, da eine Commotio cerebri regelhaft ohne strukturelle Verletzungen am Hirn einher gehe und somit dauerhafte hierauf fussende Beschwerden biologisch nicht plausibel oder wahrscheinlich seien (S. 57).

Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der jahrzehntelangen Anamnese mit immer wiederkehrenden und zeitweise lang anhaltenden Verstimmungszuständen auf dem Hintergrund einer neurotischen Entwicklung die Diagnose einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) gestellt werden. Immer wieder habe die Beschwerdeführerin gelitten und leide sie unter leichten depressiv gefärbten Verstimmungen, insbesondere wenn sie mit aversiv erlebten äusseren Umständen konfrontiert worden sei und werde. Den Unfall selber habe die Versicherte nicht als massives Trauma erlebt. Erst in den Wochen nach dem Unfall, als sie starke Schmerzen durchgemacht und realisiert habe, dass sie nicht sofort an die Arbeit zurückkehren könne, habe sie mit vermehrter Verstimmung reagiert. In der diagnostischen Wertung der als unfallkausal anzuerkennenden Beschwerde von Ängsten als Beifahrerin sei festzuhalten, dass es sich hierbei nicht um eine Störung von Krankheitswert handle. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei hier klar nicht zu stellen (S. 57 f.).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Versicherte aus orthopädisch-chirurgischer Sicht aufgrund ihrer verminderten Belastbarkeit der unteren Extremitäten, welche aber nicht über wiegend wahrscheinlich als Folge des Unfalles vom 20. März 2009 interpretiert werden könne, für rein stehende und gehende Tätigkeiten nicht mehr vollschichtig arbeitsfähig. Als Nachtwache bestehe eine Restarbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50%. Der Beschwerdeführerin sei es möglich, eine wechselnde stehende (am Patientenbett), gehende (Stationszimmer - Patientenzimmer) und sitzende (Pflegedokumentation) Tätigkeit auszuführen. Die speziellen Belastungen wie Lagerung extrem schwerer Patienten müssten allenfalls mit Hilfe von weiteren Mitarbeitenden reduziert werden. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht lasse sich hingegen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Das Kopfschmerzsyndrom sei nach Ausprägung und fehlender lege artis Dokumentation nicht geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen, hinzu komme die gute Besserbarkeit durch eine Beendigung des Fehlgebrauchs von Analgetika. Die anderen Diagnosen schränken die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ebenfalls nicht ein (S. 61).

Seit dem Unfall vom 20. März 2009 sei die Beschwerdeführerin andauernd zu 100% arbeitsunfähig geschrieben und habe auch mittlerweile ihre beiden Stellen verloren. Bis zu ihrer letzten Knieoperation im Oktober 2010 könne von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Ab Januar 2011 könne angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin als Nachtwache in einem Altersheim wieder zu 50% arbeitsfähig sei (S. 61).

In einer behinderungsangepassten, nicht rein stehenden oder gehenden Tätigkeit, sondern wechselbelastenden Tätigkeit, mit der Möglichkeit zwischendurch abzusetzen, sei die Versicherte aus interdisziplinärer Sicht ab sofort zu 100

% arbeitsfähig (S. 62). 3. 4

Im Bericht vom 29. April 2011 (Urk. 7/121) beschrieben die behandelnden Ärzte der B.\_\_\_\_ neben den bekannten Beschwerden

eine seit über einem Jahr bestehende chronische Achillodynie links, die nach zunächst konservativer Behandlung am 15. Juni 2011 operativ angegangen wurde, was - bei anhalten der Arbeitsunfähigkeit im Nachgang zur Operation - kein befriedigendes Ergebnis brachte (Urk. 7/134, 7/136).

Im Bericht vom 16. Februar 2012 (Urk. 7/141) ergänzte Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt an der B.\_\_\_\_, Orthopädie, die Diagnoseliste mit der neuen Diagnose einer chronischen Achillessehnen-Tendinopathie links. Die von ihm vorgeschlagene Achillessehnenrevision erfolgte am 27. Februar 2012 (Urk.

7/

143). Am 26. April 2012 (Urk. 7/144) berichtete Dr. C.\_\_\_\_

über eine Verbesserung mit deutlichen Restbeschwerden. Bei einer maximalen Gehdauer von ein bis zwei Stunden sei an eine Arbeitswiederaufnahme nicht zu denken (vgl. auch Urk. 7/145). Aufgrund des hohen Leidensdruckes (Urk. 7/146) wurde am 12. Oktober 2012 eine Achillessehnen-Rekonstruktion vorgenommen (Urk. 7/148), wobei postoperativ bis am 24. März 2013 eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde (Urk. 7/150, 7/151/8-9). Danach wurde eine überwiegend wechselbelastende oder sitzende Tätigkeit (wohl) als zumutbar erachtet (Urk. 7/151/7).

Am 29. April 2013 (Urk. 7/155) berichteten die Orthopäden der B.\_\_\_\_ von einem stark prolongierten Verlauf. Sie bescheinigten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. 3.5 Infolge einer Urosepsis

war die Beschwerdeführerin vom 22. Mai bis 13. Juni 2013 im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 20. Juni 2013 (Urk. 7/162/5-9) wurden zusammengefasst folgende Diagnosen genannt: 1. Urosepsis bei Pyelonephritis und Hydronephrose links mit/bei 2. Akute dialysepflichtige Niereninsuffizienz AKIN 3 3. Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose (ED) 2010 4. Substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimotothyreoiditis ED 2010 5. Status nach mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode 6. Arterielle Hypertonie 7. Normochrome

normozytäre Anämie 8. Intertrigo inguinal rechts 9. Adnexzyste rechts

Die Ärzte schilderten, dass die Patientin vom Hausarzt notfallmässig mit Bauchschmerzen, Fieber, Übelkeit und Erbrechen zugewiesen worden sei. Nach akuter Nierenfunktionsverschlechterung sei mittels einer Pigtail-Einlage am 22. Mai 2013, welche am 3. Juni 2013 wieder entfernt worden sei, eine Entlastung eingetreten und im Verlauf ein Infekt (Pyelonephritis links) aufgetreten. Die Beschwerdeführerin habe dialysiert werden müssen. 3.6

Mit dem Ziel der selbständigen Rückkehr nach Hause war die Beschwerdeführerin im Anschluss an den Aufenthalt im Spital D.\_\_\_\_

bis am 5. Juli 2013 in der Klinik E.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 5. Juli 2013 (Urk. 7/165) wurden zusammengefasst folgende Diagnosen gestellt: 1. Mittelschwere arterielle Hypertonie mit erhöhtem Blutdruckmittelwert, Differenzialdiagnose:

renoparenchymatös 2. Verdacht auf beginnende posttraumatische Belastungsstörung 3. Status nach Urosepsis bei Pyelonephritis und Hydronephrose links 4. Status nach akuter dialysepflichtiger Niereninsuffizienz AKIN 3 5. Diabetes mellitus Typ 2, ED 2010 6.

Substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimotothyreoiditis ED 2010 7. Status nach mittelgradiger bis schwerer depressiven Episode 8. Hypochrome normozytäre Anämie 9. Vitamin D-Mangel 10. Adnexzyste rechts

Die Ärzte hielten fest, dass die Patientin ihnen nach einer Urosepsis bei Pyelonephritis zugewiesen worden sei. Während des gesamten Klinikaufenthaltes sei die mittelschwere Hypertonie mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen mit systolischen Blutdrücken bis 230

mmHg verbunden mit Kopfschmerzen, Doppelbildern, thorakalem Engegefühl sowie Herzrasen, welche die Patientin in ihrem Tagesablauf sowie Schlaf massiv beeinträchtigten, im Vordergrund gestanden. Elektrokardiographisch habe sich kein Hinweis auf ischämisches Geschehen ergeben. Sie berichteten über die Einstellung der Medikation, insbesondere im Zusammenhang mit der Hypertonie, und die aufgenommene psychotherapeutische Behandlung, die nach der Entlassung genauso wie die Physiotherapie weiterzuführen sei. 3.7

Gestützt auf ihre allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische und nephrologische Untersuchung erstatteten die Gutachter des F.\_\_\_\_

am 20. Mai 2014 ihre Expertise zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/175/1-32).  
Darin

nannten

sie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27): 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.1) 2. Chronische Rückfußbeschwerden rechts (ICD-10 T93.3/M7.66/Z98.8) - Status nach Supinationstrauma am 5. Februar 2006 und 31. März 2006 - Status nach Stabilisierung mittels modifizierter Broström-Technik mit periostalem Verstärkungslappen und Transfer der Peroneus

longus - auf die Peroneus

brevis - Sehne am 11. April 2007 (B.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_) - Status nach Supinationstrauma am 11. Juni 2007 - Status nach Revision und Débridement des Sinus tarsi, Rekonstruktion des Ligamentum fibulocalcaneare und Narbendébridement am 30. Mai 2008 (B.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_) - Status nach Fussverletzung im Rahmen eines Autounfalles am 20. März 2009 - Status nach lateraler Bandrekonstruktion mittels Gracilissehne vom ipsilateralen Knie am 24. Juli 2009 (B.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_) - aktuell diffuser Fersenschmerz mit Zeichen der Achillodynie 3. Chronische Rückfußbeschwerden links (ICD-10 T93.3/M7.66/Z98.8) - Status nach zweimaliger Operation in den achtziger Jahren bei chronischer OSG-Instabilität (Dr. H.\_\_\_\_, Klinik I.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_) - Status nach Paratenon-Release nach Maffulli am 15. Juni 2011 (B.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_) - Status nach Revision der Achillessehne am 7. Februar 2011 (B.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_) - Status nach Débridement der Achillessehne und Transfer des Flexor hallucis

longus am 12. Oktober 2012 (B.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_) - klinische Zeichen der persistierenden Achillodynie 4. Chronische Ellbogenbeschwerden beidseits (ICD-10 M79.62/

M77.1/Z98.8) - Status nach Ellbogenoperation rechts 1989 - Status nach Plicaresektion , Débridement nach Hohmann und Entlastung des Supinatorkanals links am 14. März 2002 ( B.\_\_\_\_ , G.\_\_\_\_ ) - klinische Zeichen der Epicondylopathia

humeri

radialis links

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter zusammengefasst (S. 28): 1. Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.0) 2. Status nach Kniearthroskopie und Entfernung kleiner freier Gelenkskörper rechts am 11. Oktober 2010 ( B.\_\_\_\_ , G.\_\_\_\_ ; ICD-10 Z98.8) 3. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)

4. Substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimotothyreoiditis , Erstdiagnose 2010 (ICD-10 E03.9) 5. Status nach Urosepsis bei Pyelonephritis und Hydronephrose links Mai 2013 (ICD-10 N39Z) 6. Hochgradige Myopie linksbetont (bis -22 Dioptrien ; ICD-10 H52.1) 7. Nikotinabusus , 20-30 pack year s (ICD-10 F17.1)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Experten fest, die Beschwerdeführerin habe bis zur definitiven Arbeitsniederlegung im Jahr 2011 als Pflegeassistentin in diversen Spitälern und Altersheimen gearbeitet. Seit Jahren leide sie an Beschwerden des Bewegungsapparates, mit insbesondere chronischen Rückfußbeschwerden beidseits und chronischen Ellbogenbeschwerden beidseits, welche zu mehreren orthopädisch-chirurgischen Eingriffen geführt hätten, ohne dass eine nennenswerte Verbesserung habe erreicht werden können . Ferner bestehe ein metabolisches Syndrom. Im Mai 2013 habe die Explorandin im Kontext einer Urolithiasis links eine Urosepsis mit konsekutivem akutem dialysepflichtigem Nierenversagen erlitten, wobei sich in der Folge die Nierenparameter vollständig normalisiert hätten. Als Folge der akuten Erkrankung habe die Explorandin zusehends depressive Symptome entwickelt. Seit März 2009 sei sie mehrheitlich zu 100

% arbeitsunfähig geschrieben. Aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Beschwerden könne sich die Beschwerdeführerin keine berufliche Erwerbstätigkeit mehr vorstellen (S. 28 f.).

Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der anamnestischen Angaben sowie den erhobenen Untersuchungsbefunden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode festgehalten werden, woraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15

% abgeleitet werden könne. Die zusätzlich erhobene Verdachtsdiagnose auf Schmerzverarbeitungsstörung führe zu keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es könne der Explorandin trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, weiterhin einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachzugehen mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 15 % (S. 29) .

Aus Sicht des Bewegungsapparates könnten chronische Rückfußbeschwerden beidseits, welche aktuell im Sinne einer Achillessehnenproblematik zu verstehen seien, nachvollzogen werden. Ferner fänden sich chronische Ellbogenbeschwerden beidseits mit aktuell klinischen Zeichen der Epicondylopathia

humeri

radia lis links. Die von der Explorandin beklagten Beschwerden mit etwas diffusen Angaben während der körperlichen Untersuchung einerseits sowie die anamnestische Präsentation andererseits liessen durchaus an eine zusätzliche, nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Aufgrund der gestellten Diagnosen könnten der Explorandin körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten so wie Tätigkeiten, welche überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichten seien, nicht mehr zugemutet werden. Demgegenüber bestehe für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit den im orthopädischen Teilgutachten dargelegten Arbeitsplatzbedingungen eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %.

Aus allgemeininternistischer Sicht könnten zahlreiche Diagnosen festgehalten werden mit im Vordergrund stehendem metabolischem Syndrom und absolut unkontrolliertem Diabetes mellitus Typ II. Bei fehlender Zielorganschädigung könne daraus jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Die Explorandin sei uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig.

Aus nephrologischer Sicht könne bei Status nach akutem Nierenversagen im Kontext einer komplikationsreich verlaufenen Urolithiasis links mit Urosepsis eine normale Nierenfunktion festgehalten werden. Aus nephrologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend könnten der Explorandin körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten sowie mehrheitlich im Stehen und Gehen zu verrichtende Tätigkeiten und somit auch die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin nicht mehr zugemutet werden. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden und adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von

85

%, vollschichtig realisierbar mit reduziertem Rendement (S. 29).

Zu Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, dass sie aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten da von ausgingen, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Niederlegung der Arbeit im März 2009 anzunehmen sei. Zur Zeit des Gutachtens des Z.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2011 könne von einer ganztags zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden mit Einschränkungen der Leistungsfähigkeit von 15 % seit Juli 2013. Für die Zeit des akuten Nierenversagens vom 22. Mai 2013 bis spätestens Ende Juli 2013 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestanden (S. 29 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt äusserten sich die Gutachter nicht (S. 30). 3.8

Gemäss dem - zu Händen der Rechtsvertreterin angefertigten und im Laufe des Verfahrens aufgelegten - Bericht vom 26. August 2015 (Urk. 26/1) steht die Beschwerdeführerin seit 1. Juli 2013 in ambulanter psychiatrisch-psychologischer Behandlung bei lic. phil. K.\_\_\_\_ und Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

(S. 1). Diese führten aus, dass sie die laut

Z.\_\_\_\_ -Gutachten fehlenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit für die Zeit von November 2010 bis Juni 2013 nicht beurteilen könnten, da die Patientin erst seit 11. Juli 2013 in ihrer Behandlung sei.

Sie nannten zusammengefasst folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S.

1 f.): - Status nach vier Suizidversuchen in den Jahren 1979, 1981 und 1982 - Status nach Anorexia nervosa 1980-1982 - Status nach selbstverletzendem Verhalten durch „Ritzen“ zwischen 1980 und 1982 - Status nach selbstverletzendem Verhalten durch mit der Hand beziehungsweise mit dem Kopf gegen die Wand schlagen 1997 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, anamnestisch rezidivierende depressive Episoden seit 2000 ( ICD-10 F33.2) - Status nach traumatischen Erlebnissen ( ICD-10 F43.8): - infolge lebensbedrohender renaler Dekompensation (N17.9) im Mai 2013; IPS Flashbacks im Spital D.\_\_\_\_ ( 1. Ereignis) - infolge der Diagnose der choroidalen Neovaskularisation (H53.3) mit konsekutiver rasch progredienter Erblindung im Januar 2015 (2. Ereignis) - Verlust der engsten Bezugsperson am 24. April 2015, er starb in ihren Armen an einem Herzinfarkt in einem öffentlichen Einkaufsladen, inkl. Miterleben der Reanimationsversuche der herbeigerufenen Sanität ( 3. Ereignis) - Status nach Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) zwischen Mai 2014 und Februar 2015 (F41.0) - Kombinierte akzentuierte Persönlichkeitsstörung (selbstunsichere-abhängige mit kompensatorischer Überangepasstheit), F61

In Bezug auf die gemäss Z.\_\_\_\_ -Gutachten diagnostizierte Dysthymie (F34.1) und den im F.\_\_\_\_ -Gutachten diagnostizierten Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.0) hielten sie fest, dass gemäss ihrer Beurteilung keine weiteren psychischen Erkrankungen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Während der Behandlung bei ihnen habe es kurze Zeitfenster (wenige Wochen) einer leichten depressiven Phase gegeben, die jeweils schnell durch weitere somatische oder psychische Ereignisse abrupt unterbrochen worden seien und in einer erneuten mittelgradigen bis schweren rezidivierenden Depression geendet hätten (S. 2).

Sie attestierten aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 11. Juli 2015 bis heute (S. 4). 3.9

Laut Austrittsbericht vom 27. Juli 2015 (Urk. 26/2) war die Beschwerdeführerin vom 15. Juli 2015 bis 23. Juli 2015 erneut im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisiert. In somatischer Hinsicht wurden im Bericht neu eine Blasenfunktionsstörung, eine Refluxoesophagitis mit Antrumgastritis, Diarrhoe und eine Endometriose genannt. Die konsiliarisch hinzugezogene Psychiaterin PD Dr. M.\_\_\_\_ habe bei akuter schwerer depressiver Episode ohne bestehende akute Suizidalität empfohlen, die Medikation anzupassen. Die Beschwerdeführerin sei am 23. Juli 2015 in somatisch gebessertem Allgemeinzustand in die A.\_\_\_\_ verlegt worden (S. 2; vgl. auch Eintrittsresumé

der A.\_\_\_\_, Urk. 26/3). 4.

4.1

In Anbetracht der Anmeldung zum Leistungsbezug im Juli 2009, der aufgrund der Akten ausgewiesenen Folgen des Unfalls vom 20. März 2009 und der gleichzeitig eingetretenen Arbeitsunfähigkeit stehen - nach Ablauf des Wartjahres (E. 1.2 hievon und Urk. 7/182 S. 12) - Rentenleistungen ab 1. März 2010 im Raum. 4.2

Unstreitig und aufgrund der dargelegten Akten ausgewiesen ist,

dass die Be schwerdeführerin bis zur Kniearthroskopie im Oktober 2010 beziehungsweise bis zur Begutachtung im Z.\_\_\_\_

vom November 2010 (Urk. 7/117 S. 1 ) vollständig arbeitsunfähig war (vgl. dazu etwa F.\_\_\_\_ -Gutachten, Urk. 7/175

S. 29 f. ).

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das F.\_\_\_\_ -Gutachten davon aus, dass ab 20. März 2009 bis nach der Knieoperation vom Oktober 2010 beziehungsweise während der anschliessenden Rekonvaleszenz bis Dezember 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestand. Ab Januar 2011 habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit bestanden, woraus die Beschwerdegegnerin auf eine gesundheitliche Verbesserung schloss (Urk. 7/182 S. 11 f.).

Im

Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 22. Februar 2011 (Urk. 7/117 ) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2011 als Nachtwache in einem Altersheim wieder zu 50 % arbeitsfähig sei (S. 61 unten). In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht ab sofort - das heisst ab Begutachtungszeitpunkt, also ab November 2010 - zu 100 % arbeitsfähig (S. 62 oben).

Gemäss Bericht der B.\_\_\_\_

vom 20. Januar 2011 (Urk. 7/116) war

damals die Arbeitsfähigkeit durch das Knie nicht mehr eingeschränkt. Die Ausführungen, wonach die Beschwerdeführerin noch an Restbeschwerden im Bereich des OSG und nach Schleudertrauma leide, sodass sie von anderer Seite zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben sei, findet in den Akten keine Stütze. Es liegen keine Berichte vor, die eine fortdauernde Arbeitsunfähigkeit nach der Knieoperation vom Oktober 2010 bescheinigen. Somit ist zugunsten der Beschwerdeführerin gestützt auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. N.\_\_\_\_ (Urk. 7/182 S. 11) davon auszugehen, dass jedenfalls ab Januar 2011 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestand. 4.3

Am 15. Juni 2011 wurde die Beschwerdeführerin an der linken Achillessehne operiert und war zu 100 % arbeitsunfähig bis 31. Oktober 2011 (Urk. 7/134, Urk. 7/136). Anlässlich der Kontrolle drei Monate postoperativ (im September 2011) wurde ein „unzufriedenstellender Verlauf“ festgestellt (Urk. 7/136) und am 16. Februar 2012 vermerkte der behandelnde orthopädische Chirurg unveränderte Beschwerden im Bereich der Achillessehne; eine Arbeitsfähigkeit sei weiterhin nicht gegeben (Urk. 7/141).

Die im Bericht vom 16. Februar 2012 (Urk. 7/141) diskutierte erneute Operation der linken Achillessehne erfolgte am 27. Februar 2012 und zog eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Juli 2012 nach sich (Urk. 7/144, Urk. 7/145). Am 12. Oktober 2012 wurde die Beschwerdeführerin wiederum an der linken Achillessehne operiert (Urk. 7/146) und war anschliessend zu 100 % arbeitsunfähig bis 24. März 2013; „danach überwiegend wechselbelastend oder sitzende Tätigkeit“ (Urk. 7/151/7). Aus diesem Attest ist zu schliessen, dass die behandelnden Ärzte die Beschwerdeführerin bis zu diesem Zeitpunkt nicht nur in der angestammten, sondern auch in einer angepassten Tätigkeit für arbeitsunfähig erachtet hatten.

Anlässlich der Verlaufskontrolle am 25. April 2013 wurde bei voll belastender Mobilität und nach wie vor sehr starken Schmerzen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für weitere vier Wochen bescheinigt (Bericht vom 29. April 2013, Urk. 7/155). Vor Ablauf dieser Frist, mithin vor Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit, war die Beschwerdeführerin aus internistischen Gründen vom 22. Mai (Spital D.\_\_\_\_; Urk. 7/162/5) bis 5. Juli 2013 (Klinik E.\_\_\_\_; Urk. 7/165) hospitalisiert und derweil gemäss F.\_\_\_\_-Gutachter in jeder Tätigkeit arbeitsunfähig (Urk. 7/175 S. 30).

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit von Januar 2011 bis Juli 2013 äusserten sich die F.\_\_\_\_-Gutachter unter Verweis auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten und die dort postulierte Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten nicht im Detail (Urk. 7/175 S. 31 oben). Der begutachtende Orthopäde nahm indes auf die Berichte der B.\_\_\_\_ und die wiederholt attestierte Arbeitsfähigkeit Bezug und schloss, diesen Einschätzungen könne durchaus gefolgt werden (Urk. 7/175 S. 25 oben). Ohne sich mit den in der Diagnoseliste erwähnten wiederholten Fussoperationen, welche bis im April 2013 ausgewiesenermassen keine wesentliche Besserung nach sich zogen, sondern immer neue operative Eingriffe erforderten, er scheint der - ohne Auseinandersetzung mit den unbefriedigenden Operationsergebnissen - nicht weiter begründete Schluss der F.\_\_\_\_-Gutachter in der Gesamtbeurteilung, es habe in einer Verweistätigkeit durchgehend eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden (Urk. 7/175 S. 29), nicht nachvollziehbar.

Der dargestellte Verlauf lässt die - auch vom Orthopäden des F.\_\_\_\_ als plausibel eingeschätzten - Berichte der behandelnden Fachärzte der B.\_\_\_\_ als überzeugender erscheinen. Deshalb erscheint als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass - nach der im Januar 2011 eingetretenen Besserung - mit der ersten Fussoperation am 15. Juni 2011 bis nach der Entlassung aus dem Spital E.\_\_\_\_ am 5. Juli 2013 wiederum eine Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit vorlag, beziehungsweise dass in diesem Zeitraum jedenfalls keine länger als drei Monate anhaltende gesundheitliche Verbesserung (Art. 88a Abs. 1 IVV) ausgewiesen ist. 4.4

Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2013 konnte die Beschwerdeführerin in die häuslichen Verhältnisse zurückkehren (Urk. 7/165). Für die Zeit nach dem Austritt aus der Klinik E.\_\_\_\_

ist somit von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen.

Es liegen keine medizinischen Unterlagen vor, die gegen das F.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. Mai 2014 und eine Arbeitsfähigkeit von 85 % in einer körperlich leichten und adaptierten Tätigkeit (Urk. 7/175 S. 29) sprechen. Selbst die behandelnden Fachleute (lic. phil. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_) bescheinigten erst ab 11. Juli 20

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

### **E. 6.1**

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss

Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und zu drei Vierteln der in diesem Umfang unterliegenden Beschwerdeführerin und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Ge

richtskosten von Fr. 250.-- werden zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf §

## **E. 6.2**

Aufgrund des teilweisen Obsiegens hat die vertretene Beschwerdeführerin über dies Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung, welche nach pflicht gemässen Ermessen und um drei Viertel gekürzt auf Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2015 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin auch vom 1. September 2011 bis 31. Oktober 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden zu drei Vierteln der Beschwerdeführerin und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Die der Beschwerdeführerin auferlegten Gerichtskosten von Fr. 250.-- werden zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap (unter Beilage einer Kopie von Urk. 29) - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Gräub-Stocker

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

1. 4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71

E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

## **E. 12**

%. Bei Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens sowie unter Berücksichtigung der Einschränkung im Haushalt resultiere ein Invaliditätsgrad von 11 %, weshalb ab 1. April 2011 kein Anspruch mehr auf Rentenleistungen bestehe (S. 4 f.) .

## **E. 15**

eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 26/1 S. 4) . Sie ziehen also insoweit das F.\_\_\_\_ -Gutachten nicht in Zweifel. Diese Arbeitsunfähigkeit beginnt jedoch erst rund ein halbes Jahr nach der Verfügung vom 7. Januar 2015 und ist deshalb nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

In psychiatrischer Hinsicht ist festzuhalten, dass im November 2010 ( Zeitpunkt der Begutachtung durch das

Z.\_\_\_\_ ) noch keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden , es wurde lediglich eine Dysthymie (ICD-10 F 34.1) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - festgestellt (S. 52). Auf diese nach einer einmaligen Untersuchung und in Kenntnis der Vorakten

abgegebene Expertise kann abgestellt werden.

Die F.\_\_\_\_ -Gutachter haben die depressive Erkrankung berücksichtigt und als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode , gefasst (Urk. 7/175 S. 19 oben). Als solche ist sie jedoch von vornherein nicht geeignet, einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2), weshalb einleuchtet, wenn die Gutachter die gesamte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 15 % festsetzen.

Dass die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin nicht mit den Einschätzungen der Gutachter korrespondiert, ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass sie davon ausgeht, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Erwerbstätigkeit nachgehen zu können (vgl. Urk. 7/175 S. 30).

Für die Zeit ab Juli 2013 ist daher auf das F.\_\_\_\_ -Gutachten abzustellen, welches insoweit sämtliche Kriterien (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a) für eine beweiswertige medizinische Expertise erfüllt , und von einer Arbeitsfähigkeit von 85 % in einer Verweistätigkeit auszugehen. 4.5

Erst ungefähr ein halbes Jahr nach dem Erlass der Verfügung vom 7. Januar 2015 wurde die Beschwerdeführerin am 15. Juli 2015 (erneut) im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 26/2) mit direkt anschliessendem Aufenthalt in der A.\_\_\_\_

ab 23. Juli 2015 (Urk. 26/3). Diese Umstände bilden nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens (Urteil des Bundesgerichts 8C\_280/2014 vom 30. Januar 2015 E. 2) . Daran vermag auch der Bericht des Spitals D.\_\_\_\_

vom 27. Juli 2015 (Urk. 26/2) nichts zu ändern. Dem Bericht zufolge äusserte die Beschwerdeführerin am 22. Juli 2015, einen bereits länger bestehenden Suizidgedanken realisieren zu wollen. Dieser initial eher passive Todeswunsch bestand zwar seit Wochen - mithin aber nicht bereits im Januar 2015.

Gleiches gilt bezüglich des in der Replik erwähnten , weiter verschlechterten Augenleidens (die Beschwerdeführerin sei praktisch erblindet, Urk. 15 S. 4). In den beiden polydisziplinären medizinischen Gutachten, welche sich auch mit dem Augenleiden befassen haben, wurde eine hochgradige Myopie festgestellt, jedoch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/117 S. 56 und Urk. 7/175 S. 32). Es ist - übereinstimmend mit der Beschwerdeführerin, die eine „ weitgehende Erblindung im Februar 2015“ (Urk. 25 S. 4) geltend macht -

da von auszugehen, dass auch eine allfällige Verschlechterung des Augenleidens erst nach Erlass der Verfügung vom 7. Januar 2015 eingetreten ist (vgl. auch Urk. 26/3 S. 2 oben) . 4.  
6

Nach dem Gesagten ergibt sich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit ab dem Unfall vom 20. März 2009 bis Januar 2011 (E. 4.2). Damals erlangte sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche Verbesserung gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV nach Ablauf von drei Monaten, mithin ab 1. April 2011 zu beachten ist. Ab 15. Juni 2011 war die Beschwerdeführerin erneut zu 100 % arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit bis zum 5. Juli 2013 (E. 4.3) . Diese Verschlechterung ist ebenso nach Ablauf von drei Monaten ( Art. 88a Abs. 2 IVV), mithin ab 1. September 2011 zu beachten. Seit Ende Juli 2013 ist sie wieder zu 85 % arbeitsfähig in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (E. 4.4) , was nach Art. 88a Abs. 1 IVV wiederum nach drei Monaten, das heisst ab 1. November 2013 zu berücksichtigen ist. 5 .

### 5.1

Damit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Einschränkungen zu prüfen , wobei sich vorab die Frage stellt, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre.

Diesbezüglich bemängelte die Beschwerdeführerin die Einschätzung der Beschwerdegegnerin , wonach sie im Gesundheitsfall zu 65 % erwerbstätig und

35 % im Haushalt tätig wäre und schloss auf eine Qualifikation als vollzeitlich Erwerbstätige ( Urk. 15 S. 4 f. ) . 5. 2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen) , in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen) . Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5. 3

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Haushaltabklärung vom 16. September 2014 (Urk. 7/179) spontan an , dass sie im Gesundheitsfall im gleichen Pensum weitergearbeitet hätte wie bis anhin. Daneben hätte sie den Haushalt versorgt (S. 5). Auf diesen Aussagen ist sie zu behaften.

Bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenprüfung im Jahr 2004 war die Beschwerdeführerin seit Jahren nur zu 80 % erwerbstätig gewesen (Urk. 7/56; vgl. auch Urk. 7/7/2, 7/12, 7/70). Die Beschwerdeführerin selbst gab in der Anmeldung für Hilfsmittel am 22. April 2009 ein Pensum von 80 % an (Urk. 7/64/3). Aufgrund der Angaben der früheren Arbeitgeber ( Urk. 7/80/2, 7/81) ermittelte die Beschwerdegegnerin jedoch im Zeitraum vor dem Autounfall nur noch eine Erwerbstätigkeit im Umfang von 20 % (Spitex) und 45 % (Nachtwache; Urk. 7/179 S. 5, 7/181), was unter Berücksichtigung der im IK-Auszug aufge

fürten Löhne ( Urk. 7/79/3) zu keinen Beanstandungen Anlass gibt und von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert bestritten wurde (Urk. 15 S. 4). Ihr Hinweis, die Sozialhilfebehörden hätten sie im Gesundheitsfall zu einer Vollerwerbstätigkeit verhalten, vermag an der Qualifikation als Teilerwerbstätige nichts zu ändern, da daraus keine Rückschlüsse auf das Verhalten der Beschwerdeführerin gezogen werden können, die aufgrund der im IK-Auszug ausgewiesene Erwerbsbiographie kaum je vollerwerbstätig war und sich vielmehr mit geringen Einkünften begnügte. 5. 4

Für den Rentenanspruch finden einzig die Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und im sogenannten Aufgabenbereich Berücksichtigung, nicht jedoch Freizeitaktivitäten oder alltägliche Lebensverrichtungen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Versicherten gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Darunter fallen praxisgemäss auch die unentgeltliche Betreuung und Pflege von Familienangehörigen oder ehrenamtliche Engagements (vgl. BGE 130 V 360 E. 3.3), nicht jedoch sportliche Aktivitäten oder Hobbys. Andererseits ist im Erwerbsbereich nicht massgebend, was die versicherte Person, wäre sie gesund geblieben, im besten Fall zu erzielen im Stande wäre. Ist aufgrund der gesamten Umstände des Einzelfalls anzunehmen, dass sie sich als Gesunde voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit aus freien Stücken begnügen würde, so ist darauf abzustellen (Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 2014, Art. 28a N 71 mit Hinweisen).

Massgebend für die Statusfrage ist daher, ob sich die versicherte Person zusätzlich zur teilzeitlichen Erwerbstätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Aufgabenbereich betätigt hat. Die Beschwerdeführerin lebt e gemäss

Abklärungsbericht (Urk. 7/179) mit ihrem (ehemaligen) Lebenspartner, welcher nach ihren Aussagen nur aus Faulheit nicht im Haushalt mithelfe (Urk. 7/179

S. 2 und S. 7), in einer gemeinsamen Wohnung. Der (ehemalige) Partner bezieht t gemäss der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente (Urk. 7/179 S. 2). Es bestünden jedoch keine medizinischen Einschränkungen (Urk. 7/179 S. 7). Unter diesen Umständen kann nicht vom Vorliegen eines Aufgabenbereichs ausgegangen werden, steht doch die Besorgung eines Einpersonenhaushalts nach allgemeiner Lebenserfahrung einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nicht entgegen.

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweissgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden auch heute noch einem 65 %-Pensum nachgehen würde. Aufgrund der Qualifikation der Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige ohne Betätigung im Aufgabenbereich kommt vorliegend die gemischte Methode nicht zur Anwendung. Dementsprechend ist für die Invaliditätsbemessung einzig ein Erwerbsvergleich vorzunehmen. 5. 5

Mit zur Publikation bestimmten Urteil 9C\_178/2015 vom 4. Mai 2016 präziserte das Bundesgericht die geltende Rechtsprechung, wonach sich die Invalidität bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bemisst und das Valideneinkommen dabei nach Massgabe der

ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen ist, wobei entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (E. 5 mit weiteren Hinweisen). Die bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich ist proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen. Der Invaliditätsgrad entspricht damit der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann dementsprechend den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen (E.

7.3). 5. 6

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ist damit vom letzten, tatsächlich erzielten Verdienst der Beschwerdeführerin als Nachtwache auszugehen. Sie verfügt über eine Ausbildung als Pflegeassistentin und arbeitete als Nachtwache bis zum Unfall vom 20. März 2009 vier bis sechs Nächte (ungefähr 20 %) pro Monat im O.\_\_\_\_ und acht bis zehn Nächte (ungefähr 45 %) in der Stiftung P.\_\_\_\_ (Altersheim, Urk. 7/179 S. 3

f.).

Bis zum Unfall vom 20. März 2009 erzielte sie ein monatlich stark variierendes Einkommen. Auch die Auszüge aus dem individuellen Konto schwanken stark.

Gemäss Auskunft des

O.\_\_\_\_ verdiente die Beschwerdeführerin seit 1. Januar 2008 bis zum Unfall vom 20. März 2009 ca. Fr. 874.-- pro Monat oder Fr. 10'500.-- pro Jahr (Urk. 7/80/2, vgl. auch Urk. 7/80/8).

Nach Auskunft der Stiftung P.\_\_\_\_ habe

die Beschwerdeführerin ungefähr acht bis zehn Nächte pro Monat gearbeitet. Der Ansatz pro Nacht sei Fr. 425.90 Grundlohn inklusive 13. Monatslohn, Ferien- und Feiertagszuschlag 13.04 %. Dies ergäbe einen Lohn von Fr. 481.45 pro Nacht (Urk. 7/81/5). Daraus resultiert bei neun Nächten ein Monatslohn von Fr. 4'333.05 und ein Jahreslohn von Fr. 51'996.60. Insgesamt verdiente die Beschwerdeführerin bei den beiden Arbeitgebern somit Fr. 62'497.--. 5. 7

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung

Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472

E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) aus zugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu grunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2,

126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Die Beschwerdeführerin arbeitete seit dem Eintritt des Gesundheitsschadens nicht mehr. Das Invalideneinkommen ist daher gestützt auf die Tabellenlöhne zu bestimmen.

Im für die Beschwerdeführerin noch in Frage im Anforderungsniveau 4 kommen den Segment leichter Tätigkeiten weist die Tabelle TA1 der LSE 2010 für Frauen ein Einkommen von Fr. 4'225.-- bei einer 40-Stundenwoche aus, was hochgerechnet auf die im Jahr 2010

(Rentenbeginn) betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 3-4/2015 S. 88 Tabelle B9.2) ein mögliches Einkommen von Fr. 52'728.-- ergibt. Im nach medizinischer Einschätzung zumutbaren Pensum von 85 % ergibt dies Fr. 44'818.--.

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn zugestanden (Urk. 7/181/2), was seitens der Beschwerdeführerin zu Recht unbestritten blieb, sind doch keine Umstände ersichtlich, welche einen solchen Abzug rechtfertigen würden. 5.8

Nach dem Gesagten resultiert für die Zeit vom 1. März 2010 bis 31. März 2011 bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'497.-- und einem

Invalideneinkommen

von Fr. 0.-- zunächst ein Invaliditätsgrad von 100 %.

Dieser ist jedoch nach dem Gesagten

zu gewichten (E. 5.5

hievore). Da die Beschwerdeführerin vor dem Unfall zu 65 % erwerbstätig war, resultiert ein Invaliditätsgrad von 65 %

und somit für die Zeit bis 31. März 2011

Anspruch auf eine befristete Dreiviertelrente.

Vom

1. September 2011 bis 31. Oktober 2013 besteht wiederum ein Anspruch auf eine befristete Dreiviertelrente (vgl. auch E. 4.6 hievore).

Ab Eintritt der gesundheitlichen Verbesserung im

August 2013

steht ein

Valideneinkommen

von Fr. 62'497.-- einem Invalideneinkommen von

Fr. 44'818.-- gegenüber. Die Erwerbseinbusse von Fr. 17'679.-- ergibt - nach der Gewichtung - einen rentenausschliessenden

Invaliditätsgrad von 18 %. Selbst bei Gewährung eines hier kaum gerechtfertigten leidensbedingten Abzuges von 25 % vom Tabellenlohn würde sich daran nichts ändern. Die Erwerbseinbusse würde diesfalls

Fr. 33'614.-- betragen, sodass ein gewichteter Invaliditätsgrad von 30 % resultiert.

Damit ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung insoweit abzuändern, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin - neben der bereits vom 1. März 2010 bis 31. März 2011 zugesprochenen Dreiviertelsrente - für die Zeit vom 1. September 2011 bis 31. Oktober 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. 6.

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

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