

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01002 vom 31. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01002

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01002 du 31 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01002 del 31 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

. Januar 2012 als Pflegeassistentin bei der A.____

in einem 50%-Pensum tätig (Urk. 7/9/7), wobei ab dem 1. Mai 2013 ein 80%-Pensum geplant war (vgl. Urk. 7/12/ 2). Am 24. Januar 2013 rutschte sie auf Glatteis aus und zog sich am linken oberen Sprunggelenk (OSG) eine erstgradig offene Luxationsfraktur zu (Urk. 7/6/5 , Urk. 7/9/5). Seit dann war sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/9/7). Unter Hinweis auf die eingangs erwähnte gesundheitliche Beeinträchtigung mel dete sie sich am 4. Juli 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6). Das Arbeitsverhältnis wurde von der A.____

per 31. Dezember 2013 aufgelöst (Urk. 7/12/10).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stel le, nahm erwerbliche (Urk. 7/11, Urk. 7/12) und medizinische Abklärungen (Urk. 7/20, Urk. 7/22 ,

Urk. 7/31 ,

Urk. 7/35) vor und holte die Akten de r

Unfallversicherung , der Helsana Versicherungen AG (Urk. 7/9 ,

Urk. 7/14 ,

Urk. 7/16-17, Urk. 7/21 , Urk. 7/25 , Urk. 7/29 , Urk. 7/32 , Urk. 7/38 , Urk. 7/41 ,

Urk. 7/47) ein. Am 6. November 2015 verneinte sie aufgrund des somatischen Gesundheitszustands der Versicherten einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Urk. 7/49). Sie zog daraufhin weitere Akten de r Unfallversicher ung bei, dar unter auch das Gutachten von

Dr.

B.____ , Facharzt für o rthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. Mai 2016 (Urk. 7/ 54- 55). Am 20. Oktober 2016 verfügte die Helsana Versicherungen AG bei einem Invaliditätsgrad von 49 % rückwirkend a b dem 1. Januar 2016 eine Invalidenrente von monatlich Fr. 1'374.-- und eine Integritätsentschädigung von Fr. 18'900.-- bei einer Integ ritätseinbusse von 15 % (Urk. 7/65). Am 22. November 2016 liess die IV-Stelle einen Abklärungsbericht erstellen, um die unklare Qualifikation (50 oder 80 % im Erwerbsbereich) zu klären und um allfällige Einschränkungen im Haushalts bereich zu ermitteln (Urk. 7/73). Zudem holte sie noch einen neurologischen Arzt bericht (Urk. 7/79) und

Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (Urk. 7/82/8 - 10).

Ausgehend von der Qualifikation als zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig, von Einschränkungen wegen somatischen Beschwerden von 51 % im erwerblichen Bereich und von 15 % im Aufgabenbereich im Zeitraum vom Januar 2014 bis Januar 2015 sowie von 22 % im erwerblichen Bereich und von 8 % im Aufgabenbereich ab Februar 2015, und von einem Invaliditätsgrad von 44 % vom Januar 2014 bis Januar 2015 und 19 % ab Februar 2015 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 5. April 2017 [Urk. 7/82/11]), stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. April 2017 (Urk. 7/ 84) vom 1. Januar 2014 bis Ende Mai 2015 die Zusprechung einer befristeten Viertelrente in Aussicht . Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas , am 22. Mai 2017 Einwand erheben (Urk. 7/87). Am 14. Juli 2017 verfügte die IV-Stelle im angekünigten Sinne (Urk. 7/95).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität 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.

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 [in BGE 129 V 67

nicht veröffentlichte Erwägung]; Urteil des Bundesgerichts I 733/03 vom 6. April 2004 E. 5.1.2; vgl. auch BGE 130 V 61 E. 6.2 und 128 V 93 E. 4 betreffend Abklärungsberichte im Zusammenhang mit der Hauspflege und Hilflosigkeit). Diese Beweiswürdigungskriterien sind nicht nur für die im Abklärungsbericht enthaltenen Angaben zu Art und Umfang der Behinderung im Haushalt massgebend, sondern gelten analog für jenen Teil eines Abklärungsberichts, der den mutmasslichen Umfang der erwerblichen Tätigkeit von teilerwerbstätigen Versicherten mit häuslichem Aufgabenbereich im Gesundheitsfall betrifft (Urteil des Bundesgerichts 8C_817/2013 vom 28. Mai 2014 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). 2.

E. 2

Hiergegen liess die Versicherte am 14. September 2017 Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2017 sei aufzuheben und ihr sei ab 1. Januar 2014 eine ganze Invalidenrente und ab Juni 2015 mindestens eine Viertelsrente auszurichten

(Urk. 1). Zusammen mit der Beschwerde liess sie bereits aktenkundige Unterlagen (Urk. 3/3

= Urk. 7/9/47, Urk. 3/4 = Urk. 7/38/4-5, Urk. 3/5 = Urk. 7/55, Urk. 3/6 = Urk. 7/65, Urk. 3/7 = Urk. 7/32/3-6) einreichen. Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2017 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 19. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Mit Verfügung vom 17. Juni 2018 (Urk. 9) wurde die Profond Vorsorgeeinrichtung zum Prozess beigelegt. Sie reichte innert der 30tägigen Frist keine Stellungnahme ein, womit sie auf eine solche verzichtete.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellt sich in ihrer

befristeten rentenzusprechenden Verfügung zusammengefasst auf den Standpunkt, dass die Beschwerdeführerin als zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt tätig zu qualifizieren sei, und dass ihr die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin aus somatischen Gründen seit 2013 nicht mehr zumutbar sei. Eine angepasste Tätigkeit sei ihr jedoch unter einem angepassten Belastungsprofil noch zu 50 % zumutbar. Vor diesem Hintergrund habe die Beschwerdeführerin anfangs 2014

eine Einschränkung im Erwerb sbereich von 51 % und im Haushalt sbereich von 15 % gehabt. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von 44 % ($80\% \times 51\% + 20\% \times 15\%$) und damit der Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Januar 2014. Danach habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss den medizinischen Akten ab Februar 2015 soweit verbessert, dass ihr ab diesem Zeitpunkt eine angepasste Tätigkeit unter einem angepassten Belastungsprofil vollschichtig zumutbar gewesen sei. Unter diesen Umständen habe

im Erwerb sbereich lediglich noch eine Einschränkung von 22 % und im Haushalt eine solche von 8 % bestanden, was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 19 % ($80\% \times 22\% + 20\% \times 8\%$) ergeben habe. Daher werde die Viertelsrente per 31. Mai

2015 aufgehoben (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber in ihrer Beschwerde vom 14. November 2017 einerseits geltend machen, ihr sei ab dem 1. Januar 2014 nicht nur eine Viertelsrente , sondern eine ganze Rente auszurichten. Andererseits lässt sie ab dem 1. Juni 2015 mindestens eine Viertelsrente

beantragen (Urk. 1 S. 2). In der Begründung wird ausgeführt , die Beschwerdegegnerin habe auf aktenwidrige Ausführungen des RAD abgestellt, wonach ab dem 1. Januar 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angenommen werde. Stattdessen sei in der Zeit vom Januar 2014 bis Mai 2015 von einem

Invaliditäts grad von 80 % allein im Erwerbsbereich auszugehen, weil gestützt auf die medizinischen Akten frühestens per Februar 2015 eine angepasste Tätigkeit

theoretisch denkbar gewesen sei. Dadurch bestehe von

Januar 2014 bis Mai 2015 Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 5-6). Selbst wenn wider Erwarten bereits ab Januar 2014 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen würde, sei immer noch das Invalideneinkommen falsch berechnet worden. Denn die Beschwerdegegnerin habe sie zu Unrecht im Kompetenz niveau 2 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) eingestuft. Vielmehr sei für sie das Kompetenzniveau 1 der LSE anzuwenden . Das gelte auch bei der Annahme eines zumutbaren 80%-Pensums ab Februar 2015 (Urk. 1 S. 6). Ausserdem sei ein Leidensabzug von 25 % zu gewähren (Urk. 1 S. 6-7). Ferner müsse von Beginn weg im Haushalt eine höhere Einschränkung berücksichtigt werden, weil der blos am Wochenende anwesende und mietzahlende Mitbewohner nicht zur Mithilfe im Haushalt verpflichtet sei (Urk. 1 S. 4-5). Letztlich würde auch unter Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab Januar 2014 ein Teilinvaliditätsgrad im Erwerb von 67 % bestehen, so dass unter Berücksichtigung der gemischten Methode auf jeden Fall mindestens ein Invaliditätsgrad von 50 % erreicht würde. Ab Juni 2015 würde sich dann ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ergeben, was einer Viertelsrente entspreche (Urk. 1 S.

E. 7

).

3.

3.1

Am 24. Januar 2013 rutschte die Beschwerdeführerin auf Glatteis aus und zog sich am linken oberen Sprunggelenk (OSG) eine erstgradig offene Luxationsfraktur zu. Gleichentags operierte die Chirurgische Klinik des Spitals P. ___ die Beschwerdeführerin. Sie nahm eine geschlossene Reposition des Knochenbruchs vor, führte eine Wundrandausschneidung und ein Débridement durch und legte einen OSG-überbrückenden Fixateur externe links an (Urk. 7/9/46). Am 8. Februar 2013 führte dann die Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals C. ___ eine offene Reposition durch und nahm eine Plattenosteosynthese am Malleolus

lateralis (7-Loch 3,5 Locking - Compression -Platte [LCP] laterale Fibulaformplatte), am Volkmann-Dreieck (4-Loch Drittelrohrplatte) sowie eine Schraubenosteosynthese am

Malleolus

medialis links vor .

Die Ärzte berichteten, dass die Beschwerdeführerin postoperativ über Hyposensibilität und Kribbel parästhesien im gesamten linken Bein geklagt

habe . Im Verlauf hätten sich die Beschwerden dann aber deutlich gebessert, so dass die Beschwerdeführerin bei insgesamt unauffälligem Verlauf mit guter Schmerzkompensation bei subjektivi vem Wohlbefinden und mit reizlosen Wundverhältnissen am 15. Februar 2013 mit der Spitex in die ambulante Weiterbehandlung und das häusliche Umfeld habe entlassen werden können (Urk. 7/9/41). 3.2

Am 21. März 2013 äusserten die Ärzte des C.____ einen Verdacht auf Morbus Sudeck (Complex Regional Pain Syndrome I [CRPS I] bzw. komplexes regionales Schmerzsyndrom I). Am oberen Sprunggelenk seien eine Hyperalgesie bei leicht tester Berührung und eine teigige Schwellung festzustellen. Die Durchblutung und die Motorik seien erhalten, jedoch sei letztere schmerzbehaftet. Die Arbeits unfähigkeit betrage 100 % (Urk. 7/9/27). Am 18. Juni 2013 erwähnte der Haus arzt, Dr. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, dass die Behandlung zur minimen Besserung geführt habe, so dass eine Teilbelastung des Beins möglich sei. Die Sudeck-Symptomatik sei rückgängig (Urk. 7/9/30). D ie Arbeitsunfähigkeit betrage noch immer 100 % (Urk. 7/9/31). 3.3

Im Arztbericht der Universitätsklinik E.____ vom 15. August 2013 (Urk. 7/14/66-67) wurde die Diagnose eines CRPS am linken Fuss bestätigt. Dr. F.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Chefarzt an der Universitätsklinik E.____ , meinte, die Beschwerdeführerin habe über eine deutliche Besserung des Zustandes berichtet , insbesondere seien die sensiblen Veränderungen regredient und die Funktionsfähigkeit könne allmählich gesteigert werden. Sie habe insgesamt das Gefühl, dass es aufwärtsgehe. Sie sei aber noch immer zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/14/67). Im Weiteren berichtete die Universitätsklinik E.____

am 17. Oktober 2013, zurzeit stehe noch die Steifigkeit im oberen Sprunggelenk bei Plantarflexion im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin könne aber in der Zwischenzeit an einem Gehstock gehen, zu Hause teilweise sogar ohne Entlastung (Urk. 7/16/2). Weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Schwester bei der A.____ . Mittel- bis längerfristig sei nicht mit einer vollen Einsetzbarkeit zu rechnen. Ab Anfang 2014 sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin für eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit für mindestens 50 % arbeitsfähig sein werde (Urk. 7/16/3). 3.4

Am 6. Dezember 2013 erklärte Dr. D.____ , dass die Beschwerdeführerin während der Kontrolluntersuchung vom 4. Dezember 2013 angegeben habe, dass es ihr bezüglich der Schmerzen deutlich besser gehe . Das Treppensteigen sei noch erschwert. Seitliche Bewegungen im Sprunggelenk würden starke Schmerzen verursachen. Sie klage über eine ausgeprägte Müdigkeit sowie eine deutliche Kraft vermindering im linken Bein. Objektiv sei en die Extension und Flexion deutlich besser. Sie könne den Fuss wieder abrollen. Es bestünden aber zunehmend Schmerzen im Bereich des Osteosynthesematerials . Je nach Konsolidation des Befundes der Knochendichte, welche ja deutlich unter den Sudek abgenommen habe, empfehle er baldmöglichst eine Entfernung des störenden Osteosynthese materials . Da diese im Februar 2014 geplant sei, könne sie im jetzigen Zeitpunkt die Arbeit als Pflegeassistentin in der A.____ nicht in einem 50%-Pensum auf

nehmen. Ziel sei es, dass sie bis Ende März 2014 ihre Arbeit wieder vollständig aufnehmen könne (Urk. 7/17/2-3, vgl. Urk. 7/17/4). 3.5

Am 24. Januar 2014 wurde im Spital G.____ die Entfernung des Osteosynthese materials besprochen und eine entsprechende Operation im Frühjahr 2014 vor gesehen (Urk. 7/22/6-7). Am 25. März 2014 hielt Dr. H.____, Facharzt für Chirurgie und leitender Arzt im Spital G.____, in Bestätigung der bisherigen Diagnosen im Wesentlichen fest, dass mittels Operation eine Osteosynthese materialentfernung stattgefunden habe. Der intra- und postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Die Beschwerdeführerin habe am 28. März 2014 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können.

Eine schmerzadaptierte Vollbelastung sei erlaubt und es werde initial eine physiotherapeutische Unterstützung empfohlen (Urk. 7/22/10). 3.6

Am 23. April 2014 berichtete Dr. D.____ von einem protrahierten Verlauf nach der Metallentfernung mit erneuter massiver Schwellung des gesamten Fusses. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % (Urk. 7/21/3). Am 18. Juni 2014 bestätigte er, dass die Beschwerdeführerin weiterhin über Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich des oberen Sprunggelenks

klage. Klinisch habe sie einen erneuten Schub des CRPS gehabt nach der Osteosynthesematerialentfernung mit Überwärmung, vermehrtem Schwitzen und Rötung im Bereich des gesamten Fusses. Sie könne ohne Stöcke gehen, das Abrollen im Bereich des Fusses sei aber noch nicht vollständig möglich. Deshalb bestehe noch ein hinkender Gang. Sie sehe sich nicht in der Lage einer Arbeit nachzugehen. Aus medizinischer Sicht sei ihr jedoch ab August 2014 eine sitzende Tätigkeit zu 50 % zumutbar (Urk. 7/25/3). 3.7

Mit Hausarztbericht vom 29. Juli 2014 hielt Dr. D.____ fest, dass das linke Knie gut beweglich sei. Der linke Fuss habe weiter Zeichen des CRPS mit Überwärmung, vermehrten Schmerzen, vermehrtem Schwitzen und Bewegungseinschränkung gezeigt. Die Beschwerdeführerin fühle sich weiter ausser Stande einer Arbeit nachzugehen. Eine sitzende Tätigkeit wäre aber aus medizinischer Sicht möglich (Urk. 7/29/25-26). 3.8

Dr. F.____

von der Universitätsklinik E.____ erklärte am 20. August 2014, die Beschwerdeführerin habe über anhaltende, vor allem belastungsabhängige Schmerzen im linken distalen Unterschenkel bzw. Rückfuss berichtet. Die Beschwerden würden nach circa 10 bis 15 Minuten Gehen auftreten. Es bestehe ein Schonhinken links. Sie entlaste ihr linkes Bein mit Hilfe einer Krücke. Es sei eine leichte Schwellung über dem lateralen Unterschenkel feststellbar. Es bestehe eine persistierende Hypästhesie und eine Hypalgesie über dem lateralen Fussrand (Urk. 7/29/23-24). In Röntgenaufnahmen vom 20. August 2014 wurde eine Refrakturierung der Fibula ersichtlich. Es wurde eine Fibulafraktur links mit einem erweiterten distalen tibiofibularen Abstand mit minimaler Subluxation der Talusrolle diagnostiziert (Urk. 7/29/20). Am 28. August 2014 wurden dann nach einer Computertomographie (CT) des oberen linken Sprunggelenkes und des linken Rückfusses sowie nach einer Magnetresonanztomographie (MRI) des oberen linken Sprunggelenks (Urk. 7/29/13) die Diagnosen einer posttraumatischen Knochennekrose der distalen Tibia links und einer Pseudoarthrose der Fibula links gestellt. Es habe sich neben der Pseudoarthrose am distalen Fibulaschaft eine konsolidierte mehrfragmentäre distale

intraartikuläre Tibiafraktur mit einer circa 2 x 2.5 cm grossen zentralen Veränderung im Pilon mit Verdacht auf eine Osteonekrose gezeigt. Ausserdem seien mehrere, teils tiefe Knorpeldefekte im OSG im Sinne einer posttraumatischen Arthrose feststellbar gewesen (vgl. Urk. 7/29/13). Die Ärzte empfahlen die Durchführung einer Arthrolyse und Interposition eines vaskularisierten Knochenspanes, welcher vom medialen Femurkondylus

transferiert werden könnte. 3.9

Das Kantonsspital I.____ bestätigte am 12. September 2014 im Wesentlichen die Diagnosen der Universitätsklinik E.____ (vgl. Urk. 7/29/8-14). Er nannte ebenfalls eine posttraumatische Arthrose des oberen Sprunggelenks mit zentraler Knochennekrose im Bereich der distalen Tibia und eine Pseudarthrose der linken Fibula nach der OSG-Luxationsfraktur vom 24. Januar 2013. Auch die Ärzte des Kantonsspitals I.____ meinten, dass aufgrund der Osteonekrose eine kleinere Operation kaum Sinn mache. Die Meinung der Ärzte im E.____ sei zu bestätigen, wonach eine allfällige Arthrolyse mit der Interposition eines gut durchbluteten Knochenspanes kombiniert werden müsste. Der Leidensdruck der Beschwerdeführerin scheine aber im Moment nicht gross genug zu sein, so dass sie mit einem operativen Vorgehen zuwarten wolle (Urk. 7/29/6-7). 3.10

Am 22. September 2014 erklärte Dr. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie beratender Arzt der Helsana Versicherungen AG, der diskutierte Eingriff sei aufgrund zahlreicher Risiken nicht zumutbar. Es könne daraus eine sehr lange Rehabilitation erfolgen und ein Wiederauftreten des CRPS resultieren. Eine Tätigkeit bei der A.____ sei nach einer allfälligen Operation mit einem versteiften OSG eher als problematisch einzustufen. Ferner liege eine eher schwere posttraumatische Arthrose des OSG vor, weshalb entsprechend des bekannten Tabellenwerkes der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) eine Integrationsentschädigung von 15 % geschätzt werde (Urk. 7/32/3-6). 3.11

Der neue Hausarzt Dr. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Praxiskollege vom früheren Hausarzt Dr. D.____ (vgl. Urk. 7/38/10), bestätigte am 5. Februar 2015 die zuletzt gestellten Diagnosen der Universitätsklinik E.____ (vgl. Urk. 7/29/8-14) und des Kantonsspitals I.____ (Urk. 7/29/6-7). Im Gesamtverlauf sei es der Beschwerdeführerin nun eher leicht besser

gegangen, jedoch bestünden immer noch Probleme mit dem Abrollen. Die therapeutische Situation sei sehr schwierig. Es werde versucht mit einer verbesserten Schuhversorgung eine Änderung zu erreichen. Ein operatives Vorgehen sei mit viel Risiko verbunden. Es bestehe seit dem 24. Januar 2013 eine nachvollziehbare Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, welche aus seiner medizinischen Sicht wohl langfristig und vollständig sei. Der Transfer zu einem Arbeitsplatz mit sitzender Tätigkeit scheine aufgrund der aktuellen Beschwerden noch unrealistisch zu sein. Überdies bestünden im Haushaltsbereich zahlreiche Einschränkungen und Verlangsamungen. Da der Fuss nicht abgerollt werden könne, brauche es vor allem für die Treppe ein Geländer und es werde nur immer ein Schritt pro Tritt genommen (Urk. 7/35/6-7). 3.12

Am 18. Februar 2015 hielt Dr. J.____ fest, dass inzwischen ein operativer Eingriff zumutbar sei, da die Ergebnisse einer Blutgefässuntersuchung vorliegen würden. Diese hätten am 9. Januar 2015 eine günstige Durchblutung gezeigt (Urk. 7/41/8). Zur Arbeitsfähigkeit erklärte er, dass ein geh- und stehaktives Tätigkeitsprofil auch nach der Operation nicht

mehr in Frage komme. Insofern seien die beruflichen Optionen bei der

A.____ und Pflegeassistentin kaum realisierbar. Eine sitzende Tätigkeit könne hingegen schon jetzt realisiert werden. Dabei müsse von einer reduzierten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, da der Fuss gelegentlich hoch gelagert werden müsse und da das Zurücklegen auch von kurzen Wegen erschwert sei. Vermutlich seien dazu auch Vorstellungen seitens der Invalidenversicherung entwickelt worden. Die zeitliche Beanspruchung für einen sitzenden Beruf könne nahe bei einem 100%-Pensum liegen, wobei dieses circa jede Stunde mit Pausen von 10 Minuten unterbrochen werden müsse, um in dieser Zeit das Bein hochzulegen (Urk. 7/41/8-9). Am 25. März 2015 ergänzte

Dr. J.____, dass aufgrund der somatischen Gegebenheiten zunächst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in praktisch ausschliesslich im Sitzen zu absolvierenden Tätigkeiten vorliege. Diese könne anschliessend in Schritten von 10 % alle ein bis zwei Monate gesteigert werden (Urk. 7/41/4). 3.13

Am 25. Mai 2016 erstattete

Dr. .

B.____ vom Fusszentrum L.____ sein orthopädisches Gutachten (Urk. 7/55/2-23). Er

stellte folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/55/11):
Posttraumatisches OSG -Arthrose links in Valgusstellung mit zentraler Knochennekrose der distalen Tibia und Fibula pseudarthrose bei Status nach OSG-Luxationsfraktur links am 24. Januar 2013 o Status nach geschlossener Reposition und Fixateur extern am 24. Januar 2013 o Status nach offener Reposition und Platten- und Schraubenosteosynthese des Aussenknöchels, des Volkmannschen Dreiecks sowie des Innenknöchels am 8. Februar 2013 o Status nach Osteosynthesematerialentfernung am 25. März 2014 o Status nach CRPS linker Fuss im Jahre 2013 (aktuell keine Hinweise für ein Rezidiv)

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie die empfohlene Versteifungsoperation am oberen Sprunggelenk nicht durchgeführt habe, weil ein hohes Komplikationsrisiko bestehe und der Defekt im Schienbeinknochen, wie auch die Fraktur im Wadenbein, sie nicht schmerzen würden. Am linken oberen Sprunggelenk habe sie hingegen nach wie vor sehr intensive Schmerzen und auch die Beweglichkeit sei erheblich eingeschränkt (Urk. 7/55/7). Daher könne sie weitgehend nicht mehr Heben und Tragen sowie nicht mehr Knien und keine Kniebeugen mehr machen. Stehen sei wegen der rasch auftretenden Schmerzen im linken Kniegelenk und in der rechten Hüfte nur für sehr kurze Zeit möglich, nicht länger als 15 Minuten. Gehen sei 10 bis 15 Minuten bis zum Auftreten stärkerer Schmerzen möglich. Treppensteigen könne sie nur mit Geländer. Sitzen gehe hingegen auch über längere Zeit gut (Urk. 7/55/8). Durch diese Einschränkungen sei sie auch bei ihren Haushaltsarbeiten beeinträchtigt (Urk. 7/55/7). Die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin erscheine ihr nicht mehr realisierbar, da die erwähnten und intensiven Schmerzen bereits nach kurzer Zeit auftreten würden. Im Weiteren habe sie

(mit Blick auf eine sitzende Tätigkeit im administrativen Bereich) keine kaufmännische Ausbildung. Sie habe aber im Rahmen ihrer Bürotätigkeit normale Korrespondenz im 10-Finger-System gelernt. An Kennnissen in der Buchhaltung fehle es ihr aber (Urk. 7/55/8).

Im Rahmen der Untersuchung stellte der orthopädische Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin im Barfussgang ein deutliches Schonhinken links bei ausgeprägter

Valgusabweichung des linken Rückfusses zeige. Der Zehen- und Fersengang sei links schmerzbedingt nicht realisierbar. Der linke Unterschenkel und Fuss seien etwas livide verfärbt. Über den Innen- und Aussenknöchel bestehe eine starke Druckschmerzhaftigkeit und die aktive und passive Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes seien deutlich eingeschränkt. Der Oberschenkel-, Waden- und Knöchelumfang sei links gegenüber rechts vermindert (Urk. 7/55/11). Im Röntgenbefund vom 21. Januar 2016 sei eine lateral betonte Arthrose des oberen Sprunggelenkes mit angrenzender Strukturinhomogenität in der Tibia und Trochlea

tali (Nekrose) mit vermehrter Sklerosierung und leckiger

Osteopenie erhoben werden. Weiter würde sich 3 cm oberhalb des oberen Sprunggelenkes in der Fibula ein Knochendefekt entsprechend der früher beschriebenen Pseudarthrose finden. Es bestehe auch distal des Defektes eine Synostose zwischen der Tibia und der Fibula (Urk. 7/55/9).

Die verschiedentlich vorgeschlagene Arthrodesierung des oberen Sprunggelenkes unter Verwendung eines gefässgestielten

Beckenkammspannes erscheine ihm zwar als theoretische Verbesserungsmöglichkeit. Sie sei aber mit einem erheblichen technischen Aufwand und ebenso erheblichen Risiken für weitere Komplikationen behaftet. Ausserdem werde sie durch die Beschwerdeführerin abgelehnt. Insgesamt würden diese Massnahmen daher nicht als zumutbar erscheinen, zumal das Eintreffen des erwarteten Erfolges einer Operation lediglich als möglich bezeichnet werden könne (Urk. 7/55/12).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter Dr. B. ___ fest, die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin sei der Beschwerdeführerin aufgrund der bereits oben ausgeführten schmerzbedingten Einschränkungen nicht mehr zumutbar (Urk. 7/55/12). Eine angepasste Tätigkeit müsse ganz überwiegend im Sitzen und damit im administrativen Bereich erfolgen, vielleicht auch im Rahmen der früher praktizierten Tätigkeit als Herstellungsassistentin in einer Pharmaproduktion. Dabei seien erhebliche Einschränkungen beim Heben und Tragen zu berücksichtigen (Urk. 7/55/15), weil der Beschwerdeführerin aufgrund der verstärkten arthrotischen Beschwerden in ihrem linken oberen Sprunggelenk auch das Heben und Tragen leichterer Lasten nicht mehr regelmässig zumutbar sei (Urk. 7/55/12). Ferner sei für die Beschwerdeführerin eine an sich zumutbare sitzende Tätigkeit angesichts ihrer beruflichen Ausbildung, ihres Alters und wegen der depressiven Stimmung kaum umsetzbar (Urk. 7/55/16-17). 3.14

Dr. B. ___ erwähnte in seinem Gutachten einen Bericht des Psychiatriezentrums M. ___ vom 8. Juli 2015, worin die Diagnose einer gegenwärtig leichten depressiven Episode und ein Problem in Verbindung mit der Berufstätigkeit respektive Arbeitslosigkeit gestellt worden sei. Es sei eine psychotherapeutische Behandlung mit Betreuung durch ambulante Ergotherapie zur Unterstützung im Alltag empfohlen worden. Im Verlaufsbericht vom 24. August 2015 hätten die Psychiater sodann festgehalten, die Beschwerdeführerin verzichte auf die Einnahme von Schmerzmitteln und eine additive Schmerzbehandlung mit Psychopharmaka (vgl. Urk. 7/55/6 und Urk. 7/55/10). 3.15

In ihrer Stellungnahme vom 15. Juli 2016 erklärte die RAD-Ärztin

N. ___ , Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, das Gutachten von Dr. B. ___ sei umfassend und nachvollziehbar. Grundsätzlich könne darauf abgestellt werden.

Jedoch müsse einschränkend festgehalten werden, dass der orthopädische Gutachter keine Angaben zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und zu zumutbaren Pensen für eine angepasste Tätigkeit gemacht habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit erfolge daher medizinisch-theoretisch gestützt auf die bisherigen ärztlichen Einschätzungen. Es sei demnach gestützt auf das orthopädische Gutachten von einer posttraumatischen OSG-Arthrose links mit Fehlstellung und einer Osteonekrose nach Fraktur im Januar 2013 auszugehen. Überwiegend sitzende Tätigkeiten mit gelegentlichem Stehen bis zu 15 Minuten seien gestützt auf das orthopädische Gutachten weiterhin zumutbar. Danach könne auch das seltene Heben und Tragen von leichten Lasten, nicht über 15 Minuten am Stück, zugemutet werden. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin betrage seit Januar 2013 100 %. Gestützt auf den Arztbericht der Universitätsklinik E. ___ vom 17. Oktober 2013 (vgl. Urk. 7/16/2-3) sei jedoch ab dem 1. Januar 2014 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Weiter sei gestützt auf den Bericht des beratenden Arztes der Helsana Versicherungen AG,

Dr. J. ___ (Urk. 7/41/4), ab März 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anzunehmen, welche anschliessend alle 1-2 Monate um 10 % hätte gesteigert werden können. Weiter könne aus dem Gutachten von Dr. B. ___ ab Mai 2016 eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % abgeleitet werden, weil der Gutachter rein medizinisch eine Umschulung für sinnvoll halte, eine solche aber lediglich angesichts des Alters der Beschwerdeführerin nicht empfehle (vgl. Urk. 7/55/16). Schliesslich sei gestützt auf den Hausarztbericht von Dr. K. ___ vom 15. (recte: 5.) Februar 2015 (vgl. Urk. 7/35/6-7) davon auszugehen, dass eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bereits schon wieder ab Februar 2015 bestanden habe. Dies, weil er einerseits bereits dann die aktuelle Diagnose einer posttraumatischen Arthrose des OSG festgestellt gehabt habe, und weil er andererseits festgehalten habe, dass es der Beschwerdeführerin im Gesamtverlauf besser gehe. Es sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. K. ___ damals eine sitzende Tätigkeit aufgrund von eingeschränkter Transferfähigkeit für ausgeschlossen gehalten habe, weil die Beschwerdeführerin offenbar in der Lage gewesen sei, Ärzte aufzusuchen. Sie habe lediglich über Einschränkungen beim Abrollen berichtet. Unter diesen Umständen sei keine Transferunfähigkeit anzunehmen (Urk. 7/82/8-9). 3.16

Im Arztbericht vom 13. Februar 2017 (Urk. 7/79) diagnostizierte Dr. O. ___ , Facharzt für Neurologie, eine Schädigung des Nervus

Peroneus rechts im Rahmen einer Distorsion des oberen Sprunggelenks im September 2016. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie vor circa 4 Wochen den rechten Fuss „verknackst“ habe, wobei lokaler Schmerz und eine Schwellung über dem Fuss entstanden sei. Circa drei Tage später habe sie eine Fussheberschwäche und ein Taubheitsgefühl über dem Fussrücken bis in den Unterschenkel ventro-lateral rechts ziehend verspürt. Dr. O. ___ erhob eine Fussheberparese rechts, eine Plegie der Zehenhebung rechts und eine Hypästhesie am ventro-lateralen Unterschenkel und am medialen Fussrücken rechts. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch den Zustand nach OSG-Luxationsfraktur links im Januar 2013 bedingt. Die traumatische Schädigung des Nervus

Peroneus rechts im September 2016 trage kaum zur Arbeitsunfähigkeit bei. Die Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich sei mehr oder weniger gegeben. Die Beschwerdeführerin brauche hierbei bei schweren Belastungen die Unterstützung durch ihren Lebenspartner (Urk. 7/79/1-3). 3.17

Die RAD-Ärztin N.____ meinte in ihrer Stellungnahme dazu, dass sich an ihren Feststellungen vom 15. Juli 2016 (vgl. Urk. 7/82/8-9) im Wesentlichen nichts ändere (Urk. 7/82/10). 4.

Vorweg gilt es festzuhalten, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden zu Recht nicht strittig ist. Es bestehen zwar aufgrund der im Gutachten von Dr. B.____ erwähnten Berichte des Psychiatricentrum M.____ vom 8. Juli und 24. August 2015 (Urk. 7/55/6) Anhaltspunkte für eine leichte depressive Episode verbunden mit psychosozialen Belastungsfaktoren. In diesem Zusammenhang wird aber weder durch die Beschwerdeführerin vorgebracht noch ist gestützt auf die Akten ersichtlich, dass sich dies erheblich auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auswirkt,

die Beschwerdeführerin auf die Einnahme von Schmerzmitteln und eine additive Schmerzbehandlung mit Psychopharmaka verzichtet (vgl. Urk. 7/55/6). Weitergehende Abklärungen hierzu erübrigen sich. 5.

5. 1

In somatischer Hinsicht diagnostizierte der Gutachter Dr. B.____

am 25. Mai 2016 eine posttraumatische OSG-Arthrose links in Valgustellung mit zentraler Knochennekrose der distalen Tibia und eine Fibulapseudarthrose (vgl. Urk. 7/55/11). Diese Diagnosen stehen im Einklang mit jenen, welche die Ärzte der Universitätsklinik E.____ und des Kantonsspitals

I.____ in ihren Berichten gestellt hatten (vgl. Urk. 7/29/15, Urk. 7/29/6-7). Sie sind nicht weiter umstritten.

Umstritten ist hingegen die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Januar 2014. Während die Beschwerdegegnerin gestützt auf RAD-Stellungnahmen ab Januar 2014 von einer 50%igen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ausging (vgl. Urk. 2), bringt die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vor, dass zu diesem Zeitpunkt eine

vollständige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bestanden habe (vgl. Urk. S. 1 S. 5). 5.2

Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf die medizinische Aktenlage ab Januar 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angenommen, indem sie sich auf die im Bericht der Universitätsklinik E.____ vom 17. Oktober 2013 (Urk. 7/16/2-3) gestellte Prognose einer Arbeitsfähigkeit von 50% ab Januar 2014 abstützte (vgl. Urk. 7/82/8). Diese Prognose plausibilisierte Dr. D.____ im Bericht vom 6. Dezember 2013 dahingehend, dass er angab, der Beschwerdeführerin gehe es bezüglich der Schmerzen deutlich besser und Extension sowie Flexion des linken OSG hätten zugenommen (Urk. 7/17/2-3). Der Eingriff zur Entfernung des Osteosynthesematerials sodann wurde gemäss Bericht des Spitals G.____ vom 28. März 2014 im März 2014 problemlos durchgeführt. Die Beschwerdeführerin hielt sich drei Tage stationär in der Klinik auf und bei Austritt war eine schmerzadaptierte Vollbelastung erlaubt (Urk. 7/22/10). Somit stand dieser Eingriff der Annahme einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten ab Januar 2014 nicht entgegen. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% für eine sitzende Tätigkeit stand auch im Einklang mit den Berichten von Dr. D.____ vom 18. Juni (Urk. 7/25/3) und 29. Juli 2014 (Urk. 7/29/25), der ab August 2014 nachvollziehbar eine sitzende Tätigkeit in einem 50%-Pensum als möglich einstufte. Daran änderte sich auch durch den Bericht von Dr. J.____ vom 22. September 2014 nichts. Dieser stufte nach einer allfälligen operativen Arthrolyse des OSG in erster Linie die Tätigkeit bei der A.____ und nicht eine angepasste als problematisch

ein (vgl. Urk. 7/32/5 f.). Auch aus den Sprechstundenberichten der Uni versitätsklinik E.____ vom 20. (Urk. 7/29/22-24), 22. (Urk. 7/29/20-21), 27. (Urk. 7/29/18-19) und 28. August (Urk. 7/29/13-16) sowie vom 4. September 2014 (Urk. 7/29/11-12) und dem Bericht des Kantonsspitals I.____ vom 12. September 2014 (Urk. 7/29/6-7) lässt sich nichts Abweichendes schliessen, da die in diesen Berichten im Wesentlichen diskutierte Arthrodeuse in der Folge nicht durchgeführt

wurde. Eine mit einem solchen Eingriff zumindest verbundene temporäre Reduktion der Arbeitsfähigkeit ergab sich somit nicht. Vor diesem Hintergrund überzeugt das Argument der Beschwerdeführerin nicht, den Akten lasse sich erst ab Februar 2015 eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit entnehmen, weil zuvor noch kein definitiver Gesundheitszustand vorgelegen habe und die verschiedenen Ärzte versucht hätten, die Beschwerden zu lindern (vgl. Urk. 1 S. 5). Insoweit ging die Beschwerdegegnerin ab Januar 2014 zu Recht von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. 5.3

Gemäss Auffassung der Beschwerdegegnerin bestand ab Februar 2015 eine Restarbeitsfähigkeit von 80%. Die vom RAD am 15. Juli 2016 (Urk. 7/82/8-9) gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ vom 25. Mai 2016 (Urk. 7/55/16) und den Bericht von Dr. K.____ vom 5. Februar 2015 (vgl. Urk. 7/35/6-7) gezogenen Rückschlüsse sind indessen nicht plausibel. Das Gutachten von Dr. B.____ äusserte sich nur zum Belastungsprofil, indem es fest hielt, eine angepasste Tätigkeit müsse überwiegend im Sitzen und damit im administrativen Bereich erfolgen und es müssten Einschränkungen beim Heben und Tragen beachtet werden (vgl. Urk. 7/55/22). Es äusserte sich aber nicht zum zumutbaren Arbeitspensum im zeitlichen Verlauf (vgl. Urk. 7/55/12, Urk. 7/55/15 f., Urk. 7/55/22). Aus den Ausführungen von Dr. K.____ vom 5. Februar 2015 lässt sich ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ableiten, denn in seinem Bericht finden keine klaren Angaben zur Besserung des Gesundheitszustandes. Der Arzt erklärte lediglich, im Gesamtverlauf gehe es der Beschwerdeführerin nun leicht besser (vgl. Urk. 7/35/6). Im Übrigen kam er zum Schluss, es bestehe noch eine volle Arbeitsunfähigkeit und der Transfer zu einer sitzenden Tätigkeit scheine noch unrealistisch (vgl. Urk. 7/35/7).

Dr. J.____ führte im Bericht vom 18. Februar 2015 aus, mit einer sitzenden Tätigkeit sei künftig nahezu ein volles Pensum realisierbar. Gelegentlich müsse der Fuss hochgelegt werden (10 Minuten je Stunde) und das Zurücklegen selbst von kurzen Wegstrecken sei erschwert (vgl. Urk. 7/41/8 f.). In der Stellungnahme vom 25. März 2015 erklärte Dr. J.____ sodann, dass zunächst von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei und diese in Schritten von 10% alle ein bis zwei Monate erhöht werden könne (vgl. Urk. 7/41/4). Diese Prognose vermag angesichts der vom Gutachter Dr. B.____ und auch von den behandelnden Ärzten festgestellten stetigen Stabilisierung des Zustandsbildes mit Rückgang der funktionell einschränkenden Symptome zu überzeugen. Es ist somit ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 50% beginnend ab Februar 2015 von einer Steigerung von 10% jedenfalls alle zwei Monate auszugehen, was zu folgenden Arbeitsfähigkeiten in einer angepassten Tätigkeit führt: 50% ab Februar 2015, 60% ab April 2015, 70% ab Juni 2015 und 80% August 2015. Da die Beschwerdeführerin als zu 80% teilerwerbstätig zu qualifizieren ist (vgl. Urk. 7/73), braucht eine weitere Erhöhung der Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt zu werden. 5.4

Zusammenfassend ist somit von Januar 2014 bis und mit März 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % , ab April 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % , ab Juni 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab August 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 6. 6.1

Im Bericht zur Haushaltabklärung vom 22. November 2016 (vgl. Urk. 7/73) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es sei bei der Ermittlung der Beeinträchtigung von zwei Phasen auszugehen: In der ersten Phase bis und mit Januar 2015 habe die Beschwerdeführerin zusätzlich zur Tätigkeit im Haushalt ihre Mutter unterstützt. Ab Februar 2015 sei dies nicht mehr der Fall gewesen.

In der ersten Phase sei bei der Ernährung mit einer Gewichtung von 40 % eine Einschränkung von 10 % , bei der Wohnungspflege mit einer Gewichtung von 18 % eine Einschränkung von 10 % , bei der Betreuung der Mutter mit einer Gewichtung von 10 % eine Einschränkung von 80 % und unter der Rubrik „Verschiedenes“ (Hunde- und Katzenhaltung) mit einer Gewichtung von 8 % eine Einschränkung von 15 % festgesellt worden. In dieser ersten Phase sei von einer Beeinträchtigung im Aufgabenbereich von 15 % und somit von einem Teilinvaliditätsgrad von 3 % auszugehen ($20\% \times 0,15$; Urk. 7/73/5 ff. Ziff. 6).

In der zweiten Phase sei bei der Ernährung mit einer Gewichtung von 44 % eine Einschränkung von 10 % , bei der Wohnungspflege mit einer Gewichtung von 20 % ebenfalls eine Einschränkung von 10 % , und bei der Tierhaltung mit einer Gewichtung von 10 % eine Einschränkung von 15 % festgestellt worden. Es sei von einer Behinderung von 7.9 % und somit von einem Teilinvaliditätsgrad von 1.58 % auszugehen ($20\% \text{ Haushaltsbereich} \times 0,079$; Urk. 7/73/5 ff. Ziff. 6). Mit berücksichtigt worden sei jeweils die Mithilfe des im gleichen Haushalt lebenden Wohnpartners (Urk. 7/73/5 ff. Ziff. 6). 6.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, es handle sich bei diesem nur um einen Mitbewohner. Dieser bezahle einen Mietzins von monatlich Fr. 900.--, so dass er nicht noch weitere Aufgaben übernehmen müsse (vgl. Urk. 1 S. 4). Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung durch Dr . B.____ (Urk. 7/55/7) ist indessen davon auszugehen, dass es sich beim Mitbewohner effektiv um den Lebenspartner der Beschwerdeführerin handelt. Zu diesem Schluss gelangte auch die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/73/5).

Die Beschwerdeführerin wandte auch ein, es sei von einem Mitbewohner auszugehen, weil dieser nur jeweils an den Wochenenden anwesend sei und ausschliesslich sein Zimmer und ein Bad benütze (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4). Bei der Haushaltabklärung gab die Beschwerdeführerin an, für sich und ihn zu kochen. Somit steht fest, dass die Mahlzeiten grundsätzlich gemeinsam eingenommen werden, was auf eine gelebte Haushaltsgemeinschaft hindeutet (Urk. 7/73/6 Ziff. 6.2). Sodann ergibt sich aus dem Abklärungsbericht, dass die Abwesenheit des Wohnpartners während der Woche vorübergehender Natur ist (Urk. 7/73/3 Ziff. 2.3.1). Ferner benützen die Beschwerdeführerin und der Wohnpartner gemeinsam das Bad (Urk. 7/73/7 Ziff. 6.3). Es liegen somit keine hinreichenden Gründe dafür vor, dem Standpunkt der Beschwerdeführerin zu folgen.

Da von einer Lebensgemeinschaft mit geteilten Aufgaben auszugehen ist, recht fertigt es sich als Massstab der Schadenminderungspflicht in analoger Weise jener der Schadenminderungspflicht für Familienangehörige heranzuziehen, von denen im Haushalt

eine entsprechende Unterstützung erwartet werden darf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_828/2011 vom 27. Juli 2012 E. 4.5). Die Beschwerdegegnerin hat die Mithilfe des Wohn- respektive Lebenspartners in ihrem Abklärungsbericht somit zu Recht berücksichtigt. 6.3

Aufgrund der Schadenminderungspflicht des Wohnpartners rechtfertigt sich keine höhere Einschränkung bei der Ernährung. Dessen Mithilfe bei der gründlichen Reinigung der Küche und das Bereitstellen von Kochutensilien stellen eine massvolle Beteiligung dar (Urk. 7/73/6 Ziff. 6.2). Das Abstauben, das Staub saugen, das Feuchtaufnehmen der Böden und die gründliche Reinigung des Bades sind dem Partner ebenfalls zumutbar. Gleiches gilt auch für die Mithilfe beim Beziehen des Bettes der Versicherten mit frischer Wäsche (vgl. Urk. 7/73/6 f. Ziff. 6.3). Unter Berücksichtigung dessen, was die Beschwerdeführerin trotz der Behinderung noch selber zu erledigen vermag, ist die festgestellte Einschränkung von je 10 % in den Bereichen Ernährung und Wohnungspflege nicht zu beanstanden. Nicht zu beanstanden sind ferner die Feststellungen betreffend Einkäufe und Besorgungen sowie bei der Wäsche. Besorgungen kann der Lebenspartner zumutbarerweise übernehmen oder benötigte Dinge könnte via das Internet bestellt werden. Bei der Wäsche ist die erforderliche Mithilfe, das heisst das Tragen der Wäsche, ohne Weiteres zumutbar (Urk. 7/73/7 Ziff. 6.4 f.). Die gegenteilige Auffassung der Beschwerdeführerin in den genannten Punkten (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4 f.) ist unbegründet. Insgesamt erweisen sich die ermittelten Einschränkungen im Haushalt als nachvollziehbar, weswegen kein Anlass besteht, davon abzuweichen.

E. 7.1

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 22 2 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174). Da die Arbeitsunfähigkeit am 24. Januar 2013 eingetreten ist und sich die Beschwerdeführerin am 12. Juli 2013 angemeldet hat (vgl. Urk. 7/82/11), hat die Beschwerdegegnerin die Wartezeit richtig berechnet und den Rentenbeginn zu Recht auf den 1. Januar 2014 festgesetzt.

E. 7.2

Die Beschwerdegegnerin ging basierend vom Jahresbruttoeinkommen der Beschwerdeführerin im Jahr 2013 (Urk. 7/12) bei ihrer letzten Arbeitsstelle auf gerechnet auf das Jahr 2014 von einem Valideneinkommen von Fr. 61'359.12 in einem 80%-Pensum aus (Urk. 7/81/1). Diese nachvollziehbare Berechnung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdeführerin nicht in Frage.

E. 7.3

Zur Berechnung des Invalidenlohns hat die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 für eine Frau im Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie u.a. Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten) gewählt (Urk. 7/81/1). Die Beschwerdeführerin erachtet demgegenüber die Berechnung des Invalideneinkommens mit dem Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) als sachgerecht (Urk. 1 S. 6).

Wenn die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität nicht auf einen angestammten Beruf zurückgreifen kann, rechtfertigt sich die Anwendung vom Kompetenzniveau 2 (seit LSE 2012; bis LSE 2010 Anforderungsniveau 3) nach der bundesgerichtlichen Praxis nur dann, wenn sie über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse verfügt (so im Fall des ehemaligen Spitzensportlers, der eine Maturaprüfung vorweisen konnte und zum Zeitpunkt des Unfalls erst 30-jährig gewesen war, Urteil I 779/03 vom 22. Juni 2004 E. 4.3.4; beim Versicherten, der bereits verschiedene Berufe [Lastwagen- und Buschauffeur, Inserate-Akquisiteur, selbstständiger Herausgeber einer Zeitschrift] ausgeübt hatte, Urteil I 822/04 vom 21. April 2005 E.

5.2; beim früheren Spengler-/Sanitärinstallateur mit überdurchschnittlichen handwerklichen Fähigkeiten, Urteil 8C_192/2013 vom 16. August 2013 E.

7.3.2). Ansonsten zog das Bundesgericht den Durchschnittslohn des Anforderungsniveaus 4 (seit LSE 2012 Kompetenzniveau 1) heran (so namentlich im Fall eines Heizungsmonteurs, der zwischenzeitlich zwar als Aussendienstmitarbeiter bei einer Versicherung tätig war, aber über keine kaufmännische Ausbildung verfügte, SVR 2010 IV Nr. 52 S. 160, Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2009 vom 19. März 2010 E. 4.3 und 4.4; oder bei einem 45-jährigen, seit annähernd 20 Jahren bei der gleichen Arbeitgeberin Angestellten, der dort zuletzt eine leitende Stellung bekleidet hatte, jedoch nur in diesem Beruf als Sicherheitschef, den er behinderungsbedingt nicht mehr ausüben konnte, Urteil des Bundesgerichts 8C_386/2013 vom 15. Oktober 2013 E. 6.2 und 6.3; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.3).

Die Beschwerdeführerin hat den Beruf zur medizinischen Praxisassistentin erlernt (Urk. 7/6/4; Urk. 7/9/8) und im Jahr 2013 bis zur Arbeitsunfähigkeit als Pflegeassistentin bei der A.____ gearbeitet (vgl. Urk. 7/9/7). Sie hat bei ihrer Tätigkeit im Rahmen der Bürotätigkeit für normale Korrespondenz das 10-Finger-System erlernt, besitzt aber weder eine kaufmännische Ausbildung noch Kenntnisse in der Buchhaltung (vgl. Urk. 7/55/8). Sie verfügt somit über keine besonderen Fertigkeiten und Kenntnisse im Sinne der vorzitierten Rechtsprechung. Demnach lagen dem von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielten Einkommen mit Fr. 2'920.75 (Urk. 7/12/2) deutlich tiefere Ansätze als dem von der Beschwerdegegnerin als realisierbar erachteten Einkommen von Fr. 4'808.-- gemäss LSE 2014, Kompetenzniveau 2 (Urk. 7/81/1) zu Grunde. Letztlich wählte auch die Helsana Versicherungen AG zur Berechnung der Invalidenrente der Unfallversicherung das Kompetenzniveau 1 (vgl. Urk. 7/65/2). Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der zitierten Rechtsprechung rechtfertigt es sich nicht, der Beschwerdeführerin den Durchschnittslohn (Total) für Datenverarbeitung und Administration entsprechend dem Kompetenzniveau 2 anzurechnen. Sachgerecht ist das Kompetenzniveau 1.

Der standardisierte Bruttomonatslohn für Frauen gemäss LSE 2014 (Vollzeit - äquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) auf dem Kompetenzniveau 1 (einfache körperliche und handwerkliche Tätigkeiten) betrug Fr. 4'300.-- (Zentralwert nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht; Privater Sektor; TA1_tirage_skill_level). Dieser Betrag ist auf die damalige betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzu rechnen (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche; im Internet abrufbar). Daraus resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 53'793.-- (Fr. 4'300.-- x

E. 7.4

Im Weiteren lässt die Beschwerdeführerin einen Leidensabzug vom Invalideneinkommen mit der Begründung beantragen, sie sei selbst in einer angepassten Tätigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ferner sei die Fortbewegung in flachem Gelände eingeschränkt und sie dürfe auch leichte Lasten nur für kurze Zeit tragen (Urk. 1 S. 6-7). Die betreffenden Aspekte sind im gutachterlich umschriebenen Belastungsprofil bereits berücksichtigt (Urk. 7/55/14 f., Urk. 7/55/22). Bei einer in erster Linie sitzenden Tätigkeit fällt das Zurücklegen von Wegstrecken oder das Treppensteigen nicht massgeblich ins Gewicht. Die Beschwerdeführerin verzichtete somit zu Recht auf einen Leidensabzug.

E. 7.5

Wird das Valideneinkommen von Fr. 61'359.12 (vgl. vorstehende E. 7.2) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 26'896.50 verglichen (vgl. vorstehende E. 7.3), ergibt sich ein Minderverdienst von Fr. 34'462.62 und damit eine Erwerbseinbusse von 56.17 %. Wird diese entsprechend dem Anteil Erwerbstätigkeit von 80% gewichtet, ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad von 44.93 % für die Zeit ab Januar 2014. Hinzu kommt im Haushaltsbereich ein Teilinvaliditätsgrad von 3.00 %. Dies ergibt ab Januar 2014 einen Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 48 % (44.93 % + 3.00 %; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2). Ab dann bestand somit Anspruch auf eine Viertelsrente. Ab Februar 2015 betrug der Invaliditätsgrad im Haushalt nur noch 1,58 % (Urk. 7/73/9). Auf den Rentenanspruch hat die Verbesserung indessen keine Folgen.

Ab April 2015 sodann bestand eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 60 % (vgl. vorstehende E. 5.4). Beträgt die Restarbeitsfähigkeit 60 %, erhöht sich das Invalideneinkommen bei ansonsten unveränderten Parametern auf Fr. 32'275.80 (Fr. 53'793 x 0,6; vgl. vorstehende E. 7.3). Wird das Valideneinkommen von Fr. 61'359.12 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 32'275.80 verglichen, ergibt sich ein Minderverdienst von Fr. 29'083.32 und damit eine Erwerbseinbusse von 47,40 %. Wird diese entsprechend dem Anteil Erwerbstätigkeit von 80 % gewichtet, ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad 37,92 %. Zusammen mit der Einschränkung im Haushalt von 1,58 % ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 39,5 %. Unter Beachtung der Rundungsregeln (BGE 130 V 121 E. 3.2) ist dieser Wert auf 40 % aufzurunden. Bei einem Invaliditätsgrad von 40 % besteht weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente.

Ab Juni 2015 bestand eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 70 % (vgl. vorstehende E. 5.4). Beträgt die Restarbeitsfähigkeit 70 %, erhöht sich das Invalideneinkommen bei ansonsten unveränderten Parametern auf Fr. 37'655.10 (Fr. 53'793 x 0,7; vgl. vorstehende E. 7.3). Wird das Valideneinkommen von Fr. 61'359.12 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 37'655.10 verglichen, ergibt sich ein Minderverdienst von Fr. 23'704.-- und damit eine Erwerbseinbusse von 38,63 %. Wird diese entsprechend dem Anteil Erwerbstätigkeit von 80 % gewichtet, ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad 30,90 %. Zusammen mit der Einschränkung im Haushalt von 1,58 % ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 33,48 %. Bei einem Invaliditätsgrad von unter 40 % besteht kein Rentenanspruch mehr. Die Anpassung der Leistung, das heisst die Aufhebung der Rente hat gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV per Ende August 2015 zu erfolgen.

Zusammenfassend hat die Beschwerdeführerin somit ab Januar 2014 bis und mit August 2015 Anspruch auf eine Viertelsrente. Hernach besteht kein Rentenanspruch mehr. Die Beschwerde ist demgemäss teilweise gutzuheissen.

E. 7.6

Da ab September 2015 mit der Anwendung der bisherigen gemischten Methode ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad berechnet wurde, ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass sie sich neu bei der Invalidenversicherung anmelden kann, falls sie eine Überprüfung des Invaliditätsgrades nach der neuen, ab 1. Januar 2018 gültigen Berechnungsmethode wünscht. Gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Änderung der IVV vom 1. Dezember 2017

wird eine neue Anmeldung geprüft, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2–4 IVV voraussichtlich zu einem Rentenan spruch führt. 8. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen.

Die Beschwerdeführerin obsiegt im Vergleich zur im angefochtenen Entscheid verfügten Zusprechung einer befristeten Viertelsrente vom Januar 2014 bis Ende Mai 2015 (vgl. Urk. 2) in dem Sinne , dass sie zusätzlich noch bis Ende August 2015 eine Viertelsrente ausbezahlt erhält. Darum, und weil sie mit ihren Anträgen auf eine ganze Rente ab Januar 2014 und eine unbefristete Viertelsrente ab Juni 2015 (vgl. Urk. 1) unterliegt , rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten zu drei Vierteln (Fr. 600.--) der Beschwerdeführerin und zu einem Viertel (Fr. 200.--) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Die zur Parteientschädigung ergangene bundesgerichtliche Rechtsprechung zum „Überklagen“ ist nicht auf die Verteilung der Gerichtskosten im kantonalen Verfahren übertragbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 f.). 8.2

Bei Obsiegen hat die vertretene Partei gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen. Obwohl dem Begehren der Beschwerdeführerin nur teilweise entsprochen wurde, hat ihr „Überklagen“ den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst. Von einer Kürzung der Prozessentschädigung ist damit abzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Die Prozessentschädigung ist somit nicht zu kürzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 14. Juli 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2014 bis 31. August 2015 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zu drei Vierteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas -
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 Bundes ge
setzes 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, zuzu
stellen.

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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GrünigStuedler

E. 12

: 40 x 41,7). Gemessen am zumutbaren Pensum von 50 % ab Januar 2014 resultiert ein
Invalideneinkommen von Fr. 26'896.50.

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