

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01069 vom 15. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01069](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01069)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01069 du 15 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01069 del 15 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 1. Dezember 2017 in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs.

### **E. 1.2**

Gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere die Stellungnahmen des RAD (Urk. 7/53/3-4, Urk. 7/53/5) und den Abklärungsbericht (Urk. 7/51),

nahm die IV-Stelle hinsichtlich des Erwerbsbereichs vom 26. Juni 2013 bis 8. Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit und ab 9. Juni 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit an (Urk. 7/53/6). Bezüglich des Haushaltsbereichs ging sie vom 26. Juni 2013 bis 8. Juni 2015

von einer 48%igen Einschränkung und ab dem 9. Juni 2015 von einer 9%igen Beeinträchtigung aus (Urk. 7/51/11, Urk. 7/53/6). Ausserdem qualifizierte sie die Versicherte als zu 70 % erwerbstätig und zu 30 % im Haushalt tätig (Urk. 7/51/4, Urk. 7/53/5).

Vor diesem Hintergrund stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Juni 2016 (Urk. 7/55) vom 1. Februar bis 30. Juni 2015 die Zusprechung einer befristeten ganzen Rente in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte

am 13. Juli 2016 Einwand erheben (Urk. 7/67). Daraufhin liess die IV-Stelle die Versicherte bei der Begutachtungsstelle A.\_\_\_\_

bidisziplinär

psychiatrisch (Dr. B.\_\_\_\_) und orthopädisch (Dr. C.\_\_\_\_) begutachten. Die Gutachten wurden am 28. Oktober 2016 erstattet (Urk. 7/74). Zudem ging noch ein weiterer Arztbericht des behandelnden Orthopäden vom 7. Dezember 2016 ein (Urk. 7/75). In der Folge reichte die Versicherte einen Bericht der ärztlichen Schmerztherapeutin vom 25. Januar 2017 (Urk. 7/78) und des behandelnden Psychotherapeuten vom 2. Februar 2017 (Urk. 7/80) ein. Sodann erging ein psychiatrischer Bericht des Zentrums D.\_\_\_\_ vom 24. März 2017 (Urk. 7/85) und ein weiterer am 24. April 2017 (Urk. 7/90). Die Gutachter der IV-Stelle äusserten sich in einer Ergänzung vom 9. Juni 2017 zum Bericht des D.\_\_\_\_ (Urk. 7/92), was das D.\_\_\_\_ zur Stellungnahme vom 24. Juli 2017 veranlasste (Urk. 7/94).

Mit Verfügung vom 12. September 2017 sprach die IV-Stelle der Versicherten wie im Vorbescheid angezeigt vom 1. Februar 2015 bis 30. Juni 2015 eine befristete ganze Rente

zu (Urk. 2).

#### **E. 1.4**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anzuwenden (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.2). Das Bundesgericht wendet in solchen Fällen in der Regel den zweiten Satz dieser Bestimmung an und gewährt oder bestätigt eine höhere Rente drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustandes hinaus (Urteil des Bundesgerichts 8C\_670/2011 vom 10. Februar 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. statt vieler auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4). 1. 5

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). 2.

#### **E. 2**

Hiergegen liess die Versicherte am 3. Oktober 2017 Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, die Verfügung vom 12. September 2017 sei aufzuheben und ihr seien weiterhin (ab dem 30. Juni 2015) die gesetzlich geschuldeten Leistungen zuzusprechen. Eventualiter seien zur Sache ergänzende medizinische Abklärungen anzuordnen (Urk. 1). Zusammen mit der Beschwerde liess sie einen Bericht einer Fachpsychologin der Rehaklinik E.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2017 (Urk. 3/10) einreichen. Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2017 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was der Versicherten am 10. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

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 stellte sich in ihrer Verfügung zusammengefasst auf folgende Standpunkte: Die Beschwerdeführerin sei

als zu 70 % erwerbstätig und zu 30 % im Haushalt tätig zu qualifizieren. Ihr sei die bisherige Tätigkeit als Seniorenbetreuerin und auch jegliche sonstige angepasste Tätigkeit aus somatischen Gründen vom 26. Juni 2013 bis zum 8. Juni 2015 nicht (mehr) zumutbar gewesen. Im Haushaltsbereich sei sie in dieser Zeit zu 48 % eingeschränkt gewesen. Bei Gewichtung der Bereiche ergibt dies im Erwerb eine Einschränkung von 70 % (70 % x 100 %) und im Haushalt eine solche von 14 % (30 % x 48 %). Aufgrund einer verspäteten Anmeldung am 19. August 2014 sei erst ab 1. Februar 2015 bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 84 % eine ganze Rente ausbezahlt zu werden. Erfreulicherweise habe

sich der Gesundheitszustand ab dem 9. Juni 2015 verbessert. Seit dann sei der Beschwerdeführerin die Ausübung einer angepassten Tätigkeit mit vermehrten Pausen zu 50 % zumutbar, so dass sie jährlich Fr. 23'220.-- verdienen könne. Das habe zur Folge, dass bei gleichbleibender Qualifikation im Erwerb noch eine Einschränkung von 40 % bestehe. Im Haus haltsbereich liege noch eine solche von 9 % vor. Daraus resultiere im Erwerb ein Teilinvaliditätsgrad von 28 % (70 % x 40 %) und im Haushalt ein solcher von 3 % (30 % x 9 %). Mit einem Gesamtinvaliditätsgrad von 31 % bestehe per Juli 2015 kein Anspruch mehr auf eine Rente (vgl. Urk. 2).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber in ihrer Beschwerde vom 3. Oktober 2017 (Urk. 1) weiterhin die Ausrichtung einer Rente beantragen. Sie lässt dazu geltend machen, dass gemäss dem behandelnden Orthopäden, Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, spezialisiert auf Wirbelsäulenchirurgie, auf grund der physischen Beschwerden eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf Dauer bestehe. Die Stellungnahme des RAD-Arztes, Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie, vom 25. Januar 2016, in welcher aufgrund eines Aktenstudiums in hypothetischer Weise eine 50%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit angenommen werde, sei hingegen nicht nachvollziehbar. Darauf könne nicht abgestellt werden. Ausserdem sei es in psychischer Hinsicht gestützt auf diverse Arztberichte (Urk. 3/10-12) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen, so dass daher auch aus psychischen Gründen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Selbst wenn eine teilweise Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angenommen würde, wäre aus verschiedenen Gründen ein maximaler Leidensabzug von 25 % vom Tabellenlohn vorzunehmen. Insgesamt sei es seit dem 30. Juni 2015 weder in körperlicher noch psychischer Hinsicht zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. 3.

## **E. 3**

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) in Art. 27 bis Absatz 2–4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die galten, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 12. September 2017 und somit vor dem Inkrafttreten der Verordnungsänderung am 1. Januar 2018 ergangen, weshalb die revidierten Bestimmungen noch nicht zur Anwendung gelangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_462/2017 vom 30. Januar 2017 E. 5.3 mit Hinweisen). Nachfolgend wird daher auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen. 1.2

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 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. 3.1**

Bei der Beschwerdeführerin nahm der Orthopäde Dr. F.\_\_\_\_ im Juni 2013 eine Dekompression L5/S1 rechts aufgrund einer mediolateralen Diskushernie vor. Da im Verlauf lumbale Schmerzen nicht gänzlich verschwanden und die Versicherte immer auf Schmerzmittel angewiesen blieb, entschloss sie sich zu einer vom gleichen Orthopäden am 10. Dezember 2014 vorgenommenen Spondylodese (Urk. 7/32). Trotz dieser Interventionen verblieben Beschwerden.

Es ist unbestritten und aufgrund der Aktenlage erstellt, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Seniorenbetreuerin bei Z.\_\_\_\_ alleine wegen dieses Rückenleidens seit April 2013 nicht mehr zumutbar ist. Diese Arbeit beinhaltete immer wieder auch körperlich schwere Tätigkeiten durch die physische Unterstützung der betagten Personen zu Hause, was die Beschwerdeführerin nicht mehr erbringen kann. Davon geht der behandelnde Orthopäde Dr. F.\_\_\_\_ wie auch der orthopädische Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ aus (Urk. 7/74/4) und auch die Beschwerdegegnerin behauptet nichts anderes (Urk. 2).

Nicht bestritten wurde von der Beschwerdeführerin die Qualifikation als teilzeitliche Erwerbstätige im Verhältnis 70 % Erwerbstätigkeit zu 30 % Haushalt und die Anwendung der gemischten Methode zur Ermittlung des Invaliditätsgrades .

Zu prüfen ist einzig, ob der Beschwerdeführerin ab Mitte 2015 eine angepasste Tätigkeit zumutbar war und die anfänglich zu Recht ausgerichtete ganze Invalidenrente demzufolge aufzuheben war, wie dies in der angefochtenen Verfügung vom 12. September 2017 gemacht wurde.

### **E. 3.2.1**

Am 10. Dezember 2014 führte der behandelnde Orthopäde und Wirbelsäulenchirurg Dr. F.\_\_\_\_ eine Knochen-Entnahme des Beckenkamms rechts und ventrale Spondylodese L4/5 und L5/S1 durch. Es seien therapieresistente lumbale Schmerzen rechtsbetont festgestellt worden bei Segmentdegeneration L4/5. Es habe ein grosser Leidensdruck bestanden, so dass nach dem Scheitern sämtlicher konservativer Massnahmen die Indikation zur ventralen Spondylodese gestellt worden sei (Urk. 7/32/15).

Im Bericht vom 26. Januar 2015 (Urk. 7/32/5) berichtete Dr. F.\_\_\_\_ davon, dass die Beschwerdeführerin nach der Spitalentlassung massive, krampfartige Schmerzen in beiden unteren Extremitäten gehabt habe, welche gut eine Woche angehalten hätten. Durch Einnahme von Lyrica hätten sich die Schmerzen schlagartig gebessert. Im Grossen und Ganzen gehe es der Beschwerdeführerin im Vergleich zu vor der Operation besser. In sechs Wochen sei eine Verlaufskontrolle angedacht und bis dann sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Am 6. März 2015 (Urk. 7/32/4) erklärte Dr. F.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe tagsüber über weniger Schmerzen berichtet. Gegen Abend würden diese zunehmen, so dass sie rasch erschöpft sei. Ansonsten gehe es ihr im Vergleich zu vor der Operation besser. Es sei von einem günstigen, wenn auch noch protrahierten Verlauf nach dem Spondylodese-Eingriff vom 10. Dezember 2014 auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage in der angestammten Tätigkeit 100 % (Urk. 7/32/4 ).

### **E. 3.2.2**

Im Bericht vom 9. Juni 2015 (Urk. 7/34) hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe erklärt, sie brauche noch immer die Schmerzmittel Targin und Lyrika. Aber sie könne nun mehr Aktivitäten ausführen. Sie sei problemlos vom Uetliberg auf die Felsenegg gewandert. Zudem sei sie in Österreich im Urlaub gewesen. Sie habe gut zwei Stunden im Auto mitfahren können. Vor dem Eingriff vom 10. Oktober 2014 sei dies alles nicht denkbar gewesen. Dr. F.\_\_\_\_ stellte in seiner Beurteilung eine deutlich bessere Aktivität fest und dass die Versicherte weniger Schmerzen angebe, obwohl sie noch einen erheblichen Schmerzmittelkonsum habe. Dr. F.\_\_\_\_ befand, dass die von der Versicherten selber ausgelösten schmerztherapeutischen Interventionen nicht zielführend seien. Die Beschwerdeführerin werde in sechs Monaten wieder kontrolliert. Bis dann attestiere er ihr im jetzigen Beruf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 3.2.3**

Am 4. Dezember 2015 meinte Dr. F.\_\_\_\_, es bestehe ein stabiler Verlauf. Die Beschwerdeführerin habe einerseits bestätigt, dass sie ihre Aktivitäten deutlich habe steigern können, indem sie etwa bis zu zwei Stunden dauernde Wanderrunden durchführen könne. Andererseits habe sie aber über immer wieder tieflumbar Rückenschmerzen hauptsächlich beim Sitzen berichtet, so dass sie nach wie vor auf opiathaltige Medikamente angewiesen sei. Sie gehe regelmässig zur Therapie. Insgesamt hätten sich zwar die vor der Operation angegebenen lumbosakralen rechtsbetonten Schmerzen deutlich gebessert, sie sei jedoch von den diffusen Schmerzen lumbal enttäuscht. Zuhause könne sie einen Grossteil des Haushalts durchführen. Eingeschränkt sei sie bei Arbeiten wie Staubsaugen, Arbeiten im Bücken oder Stehen an Ort wie z.B. beim längeren Kochen. Sie habe eine Haushaltshilfe, die Reinigungsarbeiten erledige (Urk. 7/45/1). Zum sicheren Ausschluss einer Pseudarthrose veranlasste Dr. F.\_\_\_\_ neue Röntgenbilder, die keine Lockerungszeichen ergaben. Dr. F.\_\_\_\_ führte zur Arbeitsfähigkeit aus, die Arbeit als Betreuerin könne die Versicherte im jetzigen Stellenprofil nicht ausführen, da sie darauf angewiesen sei, Patienten im Rollstuhl anzuheben oder in gekrümmter Körperposition zu arbeiten. Diesbezüglich betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (Urk. 7/45/2).

### **E. 3.3**

Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, erklärte am 4. November 2015, dass als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen persistierende bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen der LWS mit Ausstrahlung bei einem Status nach ventraler Spondylodese L4/5 und L5/S1 vorliege. Die bisherige Tätigkeit als Seniorenbetreuerin sei zu schwer, weshalb seit dem 26. Juni 2013 auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine leichte wechselbelastende Tätigkeit, die überwiegend im Sitzen ausgeübt werde, könne aufgrund eines erheblich vermehrten Pausenbedarfs zu 50 % ausgeübt werden (Urk. 7/53/3-4). Auf Nachfrage der Beschwerdeführerin am 14. Dezember 2015, ab welchem Zeitpunkt von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden könne, antwortete der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ am 25. Januar 2016, dass gestützt auf den Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015 (vgl. Urk. 7/34) per 9. Juni 2015 davon ausgegangen werden könne (Urk. 7/53/5).

### **E. 3.4**

Nach Erlass des Vorbescheids erklärte Dr. F.\_\_\_\_ am 5. Juli 2016, dass sich die Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin im Vergleich zur letzten Konsultation nicht wesentlich verändert habe. Die Versicherte klagt über belastungsabhängige Druckschmerzen am lumbosakralen Übergang. Gehen sei beschwerdearm, Stehen an Ort und Sitzen würden die Schmerzen verstärken. Der Alltag sei durch die Schmerzen erheblich gestört. Die Versicherte könne nur auf Tischhöhe arbeiten und wenn sie nicht länger stehen müsse. Dr. F.\_\_\_\_ wertete die Aussagen der Versicherten indem er festhielt, die Funktion des täglichen Lebens sei eher eingeschränkter geworden. Die Versicherte nehme noch ihre Medikamente ein und mache regelmässig ihre erlernten Übungen. Aus seiner Sicht sei die Versicherte nicht arbeitsfähig (Urk. 7/60, Urk. 7/65).

In einem undatierten Arztbericht von H.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, nannte dieser die Diagnose von mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Episoden (ICD-10 F32.1/32.2). Die Beschwerdeführerin könne sich im Moment sicher nicht in einem alltäglich belastenden Arbeitsprozess eingliedern. Dazu seien die bestehenden Belastungen sowohl in körperlicher wie auch in psychischer Hinsicht viel zu gross (Urk. 7/66).

### **E. 3.5**

Am 28. Oktober 2016 erging das psychiatrische und das orthopädische A.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/74), erstellt durch den Psychiater Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie (Fachgutachten vom 6. Oktober 2016 [Urk. 7/6-62]), und den Orthopäden Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Fachgutachten vom 3. Oktober 2016 [Urk. 7/74/63-126]).

Als bidisziplinäre Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom bei knöchern durchbauter

Spondylodese L4-L5 und L5-S1 ohne höhergradige sensorisch sensible Radikulopathie (ICD-10 M54.97) mit rechtsrecessalem Ganglion im Segment L5/S1 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel S1 rechts, mit betonter Spondylarthrose L4/L5 sowie L5/S1 und mit Hämangiom des Lendenwirbelkörpers (LWK) 3 genannt. Zudem wurden eine Blockade der Iliosakralgelenke beidseits aufgelistet (ICD-10 M54.9). Dr. C.\_\_\_\_ führte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kongenitale Hammerzehenbildung D2-D4 beidseits (ICD-10 Q66.8), einen Status nach Innenmeniskusteilresektion links gegenwärtig ohne Beschwerde vortrag und ohne Funktionseinschränkung (ICD-10 M23.2), einen Status nach konservativ versorgter subkapitaler Humerusfraktur links gegenwärtig ohne Beschwerde vortrag sowie ohne Funktionseinschränkung (ICD-10 S42.4) auf. In psychischer Hinsicht stellte Dr. B.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und einen chronischen Schmerz (ICD-10 R52) als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/74/2).

Dr. C.\_\_\_\_ erklärte, aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der biomechanischen Funktion ihrer Lendenwirbelsäule limitiert. In qualitativer Hinsicht könne sie folgende Aufgaben nicht mehr übernehmen: Schwerst- und Schwerarbeiten; Heben und Tragen von Lasten körperfern bzw. -nah über 5 kg ohne technische Hilfsmittel; repetitive stereotype Bewegungsabläufe; Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken; das mehr als gelegentliche Arbeiten in Zwangshaltungen; mehr als gelegentliche Tätigkeiten über Schulterniveau (Hyperlordosierung der LWS). Für das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg seien technische Hilfsmittel erforderlich. Mit Verweis auf die soeben

genannten qualitativen Schonkriterien sei die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten, leichten, wechselnd belastenden, optimal angepassten Tätigkeit bei einem vollen Pensum rein quantitativ zu 50 % arbeitsfähig. Die Einschränkung von 50 % ergebe sich in der Folge reduzierter Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen sowie reduzierter Arbeitsschnelligkeit. Gemäss vorliegendem Aktendossier habe die Beschwerdeführerin zuletzt in der Seniorenbetreuung 2 bis 10 Stunden pro Woche gearbeitet. Unter Verweis auf das oben aufgeführte positive und negative Leistungsbild könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit der Betreuung und Mobilisierung von Senioren als nicht mehr leidensadaptiert angesehen werden. Dahingehend gehe der orthopädische Gutachter mit der Einschätzung des behandelnden Orthopäden Dr. F.\_\_\_\_ und des RAD uneingeschränkt einig. Eine adaptierte Tätigkeit sei in Übereinstimmung mit der versicherungsmedizinischen Einschätzung des RAD gestützt auf den ambulanten Untersuchungsbefund von Dr. F.\_\_\_\_ ab dem 9. Juni 2015 zumindest zu 50 % zumutbar (Urk. 7/74/4).

In psychischer Hinsicht erhob der Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ eine leicht gedrückte Stimmungslage, eine minim eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, Freudfähigkeit und eine behinderungsbedingt leicht eingeschränkte Interessenfähigkeit. Die Versicherte zeige sich psychomotorisch unruhig, ansonsten sei sie jedoch psychisch unauffällig (Urk. 7/51/52). Der Gutachter legte dar, die Versicherte zeige nur leichte Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten, mache jedoch subjektiv eine erheblich empfundene Einschränkung in beruflichen Aktivitäten geltend. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Klagen und den objektiven Befunden, weshalb sich die Frage nach einer Schmerzverarbeitungsstörung stelle. Der Gutachter diagnostizierte in der Folge eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und einen chronischen Schmerz (ICD-10 R52).

Dr. B.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt psychische Störungsbilder mit nachfolgenden handicapierenden Fähigkeitsstörungen bestanden hätten, welche die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit um mehr als 20 % eingeschränkt hätten (Urk. 7/74/3).

### **E. 3.6**

Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 7. Dezember 2016, die Versicherte erlebe nach wie vor einen wechselhaften Verlauf. Es gebe Tage mit wenig Schmerzen und solche, bei denen sie noch ein zusätzliches Medikament gegen die Schmerzen nehmen müsse. Sie sei nun in der Behandlung bei der Schmerztherapeutin Dr. I.\_\_\_\_ (Urk. 7/75).

### **E. 3.7**

Im Bericht vom 24. März 2017 (Urk. 7/85) listete das Zentrum J.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, auf (ICD-10 F33.1). Die Beschwerdeführerin könne kaum lange Sitzen und zeige kein Durchhaltevermögen. Es seien keine gerichteten Tätigkeiten mehr möglich (Urk. 7/85/8). Am 24. April 2017 ergänzten die Ärzte des J.\_\_\_\_ im Wesentlichen, eine angepasste Tätigkeit sei wegen kognitiven Einschränkungen nicht möglich. Die Beschwerdeführerin müsse alle zwei Stunden liegen können. Sie müsste sich konzentrieren können und belastbar sein, was nicht der Fall sei (Urk. 7/90).

### **E. 3.8**

Am 9. Juni 2017 antwortete der psychiatrische Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ auf die Rückfragen der Beschwerdeführerin, die ihm aufgrund der Ausführungen der Ärzte des J.\_\_\_\_ gestellt wurden. Er meinte, im Bericht des J.\_\_\_\_ werde eine rezidi vierende depressive Störung erwähnt. Diese setze gemäss den klassifikatorischen Kriterien aber voraus, dass zuvor zumindest eine depressive Episode von zwei Wochen Dauer bestanden habe. Eine weitere Episode soll davon mit mehreren Monaten, in welchen keine eindeutigen affektiven Symptome auftreten würden, getrennt sein. In der Untersuchung habe eine solche zu trennende Episode nicht festgestellt werden können. Aus dem Bericht des J.\_\_\_\_ gehe eine solche zu trennende Episode ebenso nicht hervor. Die Diagnose der J.\_\_\_\_ sei nicht nach vollziehbar, weshalb er an seinen gutachterlichen Aussagen festhalte (Urk. 7/92).

Am 24. Juli 2017 bekräftigte das J.\_\_\_\_, die von Dr. B.\_\_\_\_ aufgeführte Anpas sungsstörung sei mit Sicherheit unzutreffend, weil hierfür ein Zeitkriterium von maximal 2 Jahren existierte, die Beschwerdeführerin die Symptome aber bereits seit 2013 beklage. Die Auflistung der Befunde zeige genau, weshalb es sich um eine Depression handle (Urk. 7/94). 4. 4.1

Das bidisziplinäre A.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Oktober 2016 (Urk. 7/74, Urk. 7/74/1-5) basiert auf fachärztlichen Untersuchungen vom 3. Oktober 2016 (Urk. 7/74/6, Urk. 7/74/63). Diese gründeten auf den Ergebnissen von Laboruntersuchungen (Urk. 7/74/53-55), einer Magnetresonanztomographie der Ilio -Sakralgelenke und der Lendenwirbelsäule (Urk. 7/74/107, Urk. 7/74/127-128) sowie einer vom Spital O.\_\_\_\_ am 9. Dezember 2015 durchgeführten Computertomographie (CT) der Lendenwirbelsäule (Urk. 7/74/108). Die zur Verfügung gestellten Vorakten wurden berücksichtigt (Urk. 7/74/10-41, Urk. 7/74/72). Die Anamnese und die Be funde wurden sorgfältig erhoben (Urk. 7/74/42-53,

Urk. 7/74/73-108). Die Zu satz fragen wurden von den Gutachtern beantwortet (Urk. 7/74/62, Urk. 7/74/125) . Sie setzten sich soweit möglich mit (zum Teil) anderslautenden Beurteilungen auseinander (Urk. 7/74/57-58, Urk. 7/74/114-115).

Die Beschwerdeführerin rügt in der Beschwerde in keiner Weise, inwiefern darauf nicht abgestellt werden könnte. Vielmehr ist ihre Beschwerde praktisch identisch mit ihrer Eingabe gegen den Vorbescheid, in welchem Zeitpunkt das Gutachten noch gar nicht erstellt worden war. Weshalb der Darstellung der Sachlage und der Einschätzung der Folgen durch den orthopädischen Gutachter nicht gefolgt werden könnte, geht nicht hervor. Der Gutachter befand eine Teilarbeitsfähigkeit in einer angepassten, detailliert geschilderten Tätigkeit im Umfang von 50 % als zumutbar. Unter Bezugnahme auf den Arztbericht des Wirbelsäulenchirurgen Dr. F.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2015 stellte Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass er aufgrund der Übereinstimmung der erhobenen Untersuchungsbefunde zwar mit den diagnostischen Einschätzungen von Dr. F.\_\_\_\_ einig gehe, er die Auffassung einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit indes nicht teile. Er konnte keine Instabilität im Bereich der LWS oder Myogelosen feststellen, die aktuellen MRI der LWS sowie des Sakrums zeigten knöchern stabil durchbaute Segmente L4/L5 sowie L5/S1 mit reizfrei einliegendem Osteosynthesematerial . Ausserdem konnte nach einer orthopädisch-neurologisch durchgeführten Unter suchung keine höhergradige sensorisch sensible Ausfallsymptomatik objektiviert werden. Es wurden bei der weiteren Prüfung auch keine Anhaltspunkte für eine klinisch objektivierbare radikuläre Ausfallsymptomatik gefunden (vgl. Urk. 7/74/114 -115). Vor diesem Hintergrund und gestützt auf den Untersu chungs befund von Dr. F.\_\_\_\_ vom

9. Juni 2015 (Urk. 7/34), dem drei Monate nach der Spondylodese der Segmente L4/L5 und L5/S1 eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu entnehmen war, ist es nachvollziehbar und überzeugend, wenn Dr. C.\_\_\_\_ die Einschätzung des RAD von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ab dem 9. Juni 2015 teilt. Er berichtete selber, dass die Versicherte während der Untersuchung durchaus im Stande war, längere Zeit ruhig zu sitzen, sich zwischendurch etwas zu bewegen, um sich danach wieder zu setzen. Ein ruhiges Gespräch mit gewissen Positionswechseln war somit möglich. Auch Dr. F.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 4. Dezember 2015 (Urk. 7/45) eine Verbesserung des Funktionsniveaus fest, indem er darin von einer deutlichen Steigerung der Aktivitäten berichtete. Einen Grossteil des Haushalts könne die Versicherte selbst durchführen, wobei aufgrund von diffusen Schmerzen lumbal noch Einschränkungen bestünden (vgl. Urk. 7/45/1). Diese Schilderungen stehen mit einer attestierten Restarbeitsfähigkeit von 50 % im Einklang. Bei dem attestierten Pensum ist es der Versicherten möglich, Pausen einzuschalten und die Positionen zu wechseln, wie dies auch die behandelnde Schmerztherapeutin Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Januar 2017 darlegte. Die Ärztin sprach auf alle Fälle nicht davon, dass die Versicherte keine Arbeit mehr verrichten könnte, sie wollte die Arbeitsfähigkeit allerdings auch nicht selber festlegen (Urk. 7/78). Zu erwähnen ist auch, dass gemäss den Darstellungen von Dr. F.\_\_\_\_ die Aktivitäts- und Schmerzsituation gegenüber der Situation vor der Versteifungsoperation besser ist, und bereits vor der Operation war von der Rehaklinik E.\_\_\_\_ im Austrittsbericht Ende April 2014 eine leichte Tätigkeit in einem Pensum von 50 % für zumutbar erklärt worden (Urk. 7/12/9). So kann auch nicht gesagt werden, dass sämtliche behandelnden Ärzte keine Arbeit mehr für möglich erachten. Bei Dr. F.\_\_\_\_ fällt auf, dass er sich vor Erhalt des Vorbescheids explizit nur auf das spezifische Profil der rückenmässig schweren Tätigkeit als Pflegerin geäussert und diese für unzumutbar gehalten hatte, was unbestritten ist. Erst danach äusserte er sich im Schreiben vom 5. Juli 2016 dahingehend, dass er die Versicherte für nicht arbeitsfähig halte, ohne dies jedoch näher auszuführen. In jenem Schreiben gab er auf alle Fälle einzig die Angaben der Versicherten wieder, selber hielt er die Situation im Vergleich zur letzten Konsultation für unverändert, wo er von einer verbesserten Situation gesprochen hatte (Urk. 7/60). Damit vermag die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ das Fachgutachten des Orthopäden nicht in Frage zu stellen, zumal gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts bei den behandelnden Ärzten auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden darf, dass diese aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten der Versicherten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5. S. 470). Im Rahmen des Belastungsprofils des orthopädischen Gutachters ist folglich seit dem 9. Juni 2015 bezogen auf ein volles Pensum von einer 50 % igen Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit auszugehen. 4.2 4.2.1

In psychischer Hinsicht ist festzustellen, dass bis März 2016 überhaupt von keinen psychiatrischen Diagnosen die Rede ist. Auch aus dem Bericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_ von Ende Februar 2014, wo eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit attestiert worden war und wo die Versicherte im Rahmen des stationären Aufenthaltes mit der klinischen Psychologin K.\_\_\_\_ in Kontakt gestanden hatte, geht keine psychiatrische Diagnose hervor (Urk. 7/14). Wenn die gleiche Psychologin nun im Rahmen des für das Gerichtsverfahren eingeholten Schreibens vom 25. Januar 2017 als Diagnosen «chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen» und eine Opioidabhängigkeit festhält und eine Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert (Urk. 3/10), ohne jedoch dies zu begründen und ohne sich auf einen Zeitraum zu beziehen, ist das nicht überzeugend und

vorliegend unbeachtlich. Ansonsten begab sich die Versicherte vor allem zu Dr. F. \_\_\_ in Behandlung, in dessen Arztberichten nie von einer psychischen Auffälligkeit der Versicherten berichtet wurde. 4.2.2

Dr. B. \_\_\_ konstatierte die Belastungssituation für die Versicherte seit der Versteifungsoperation aufgrund der chronischen, im Ausmass aber auch wech seln den körperlichen Beschwerden und erhob auch psychische Befunde, die mit den Aussagen der Versicherten, die Schmerzsituation zermürbe sie und es habe sich ob ihrer Situation eine traurige Stimmung eingestellt, sie fühle sich häufig leer, übereinstimmten (Urk. 7/74/48). Wenn die Versicherte, die einen trotz ge klagter Schmerzen recht unauffälligen Tagesablauf im Zweipersonenhaushalt schilderte, daneben Therapien absolvierte und über einen ungestörten Schlaf berichtete, gleichzeitig sich jedoch nicht vorstellen konnte, arbeitsfähig zu sein, weil sie sich keine Tätigkeit von mehr als einer halben Stunde vorstellen konnte (Urk. 7/74/50), ist die Diagnose des Facharztes einer Anpassungsstörung mit einer längeren (leichten) depressiven Reaktion im Sinne von ICD-10 F43.21 über zeu gend. Die vom D. \_\_\_ an dieser Diagnose geäusserte Kritik verfängt sodann nicht. Die Ärzte äusserten sich dahingehend, dass gemäss ICD-10 dafür ein Zeitkriterium von maximal 2 Jahren existiere, die Versicherte habe Symptome bereits seit 2013 (Urk. 7/94). Das ist so nicht richtig. Wie gezeigt entstanden nennenswerte psychi sche Probleme nach der Versteifungsoperation und der danach verspürten Belas tungssituation, dass entgegen der Erwartung nicht sämtliche Beschwerden ver schwanden und sie noch immer auf medikamentöse und therapeutische Massnah men zurückgreifen musste. 4.2.3

Dr. B. \_\_\_ äusserte sich auch zu den anderen abweichenden Arztberichten. Er sprach sich gegen die Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1/F32.2) aus, welche von H. \_\_\_ gestellt worden war, indem er festhielt, dass weder eine psychiatrische Betreuung mit antidepressiver Behandlung noch eine bei schwerer Depression übliche, stationäre psychiatrische Behandlung eingeleitet worden war und ausserdem auch eine fachärztlich psy chiatische Vorstellung und medikamentöse Therapieeinstellung für nicht not wen dig befunden worden war (vgl. Urk. 7/74/58). Eine schwere Depression ist in Anbetracht der klinisch diagnostischen Leitlinien zu depressiven Episoden (vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassi fikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F32 S. 169-176), wonach es insbesondere bei schweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.2) sehr unwahrscheinlich ist, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen (a.a.O., S. 174), und vor dem Hintergrund der medizinischen Akten (vgl. Urk. 7/45/1) in der Tat nicht plausibel. So war die Beschwerdeführerin bei spielsweise gestützt auf den Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 4. Dezember 2015 in der Lage, einen Grossteil des Haushalts durchzuführen (vgl. Urk. 7/45/1), was gegen eine schwere Ausprägung des depressiven Leidens spricht. Unter diesen Umständen und im Lichte der erhobenen Befunde zur Affektivität (Stimmungs situation minim gedrückt, gute affektive Umstimmbarkeit , keine Angabe sozialen Rückzugs, etc. [Urk. 7/74/52) ist es nachvollziehbar, dass Dr. B. \_\_\_ die vom Psychologen H. \_\_\_ festgehaltenen Befunde einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und nicht einer Depression (ICD-10 F32) zuordnete (vgl. Urk. 7/74/58).

Auch leuchtet ein, weshalb entgegen der vom Psychotherapeuten L. \_\_\_ im Be richt vom 27. Juli 2017 geäusserten Ansicht keine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vorliegt. Dr. B. \_\_\_ legte dar, es liege kein

Dauerschmerz vor, der unabdingbare Voraussetzung zur Diagnose dieser Störung wäre. Denn die Beschwerdeführerin hatte schmerzfreie Episoden (vgl. Urk. 7/74/59). Weiter hatten gemäss Dr. B.\_\_\_\_ therapeutische Massnahmen keinen Einfluss auf die Schmerzstärke und der subjektiv empfundene Schmerz stehe in keinem Zusammenhang mit psychosozialen und emotionalen Faktoren (vgl. Urk. 7/74/60). Diese Punkte würden gegen die Diagnose F45.41 sprechen. Dies erscheint vor dem Hintergrund der klinisch-diagnostischen Leitlinien zu anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (vgl. Horst Dilling / Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F45.4 S. 233), die mangels Abgrenzbarkeit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (ICD-10 F45.4) von den chronischen Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Formen (ICD-10 F45.41) auch für Letztere gilt, plausibel. 4.2.4

Im Bericht des D.\_\_\_\_ vom 24. März 2017 mit der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1) und mit einer seit Juni 2013 bestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit deswegen (Urk. 7/85/7), wurde ein durchwegs anderes Bild der Versicherten gezeichnet. Denn wie aufgezeigt wurde, bestand aufgrund der echtzeitlichen Aktenlage keine relevante psychiatrische Auffälligkeit vor Anfang 2016. Sodann berichtete Dr. F.\_\_\_\_ klar von einer besseren Situation nach der Versteifungsoperation im Vergleich zur Situation vor der Operation; von einer unveränderten gleichen Schmerzsituation seit Beginn, wie dies das D.\_\_\_\_ darstellt (Urk. 7/85/7), kann somit nicht die Rede sein. Auch berichtete die Versicherte gegenüber Dr. B.\_\_\_\_ von guten sozialen Kontakten, sie fühle sich sozial nicht isoliert, ein sozialer Rückzug kam im geschilderten Alltag auch nicht vor. Es wurden auch keine Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen oder andere kognitive Einschränkungen erwähnt (Urk. 7/74/52). Die übrigen Kriterien, die Dr. B.\_\_\_\_ zur Zusatzdiagnose eines leichten depressiven Zustands führten (ICD-10 F43.21), erwähnten die Ärzte des D.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit zusätzlichen Befunden und der von ihnen ermittelten mittelgradigen Depression (ICD-10 F33.1), der sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit beimessen. Diese Einschätzung der gesundheitlichen Situation, die die Ärzte des D.\_\_\_\_ undifferenziert für die Zeit ab 2013 machten, kann wie gezeigt nicht auf die echtzeitlichen Akten gestützt werden und überzeugt daher nicht. Die Berichte des D.\_\_\_\_ vermögen damit das Gutachten der IV-Stelle nicht in Frage zu stellen. Es bleibt somit einzig noch zu prüfen, ob dem von den Gutachtern diagnostizierten psychischen Leiden zu Recht keine Arbeitsunfähigkeit beimessen wurde. 4.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass sämtliche psychische Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Die Prüfung der Standardindikatoren bleibt indessen entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nach vollziehbarer Weise verneint wird, und allfällig gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beimessen werden kann (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahr scheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, ist in aller Regel kein strukturiertes Beweisverfahren erforderlich (Urteil 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweis auf das zitierte Urteil 8C\_841/2016 E. 4.5.3).

Vorliegend besteht kein Grund, um bei der diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) von der Prüfung mittels Standardindikatoren abzuweichen, liegen bei der Versicherten doch mit einer gewissen Chronifizierung des Leidens diagnostischerseits und aufgrund der somatischen Komorbidität keine Ausschlussgründe vor. 4.4 4.4.1

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad » (E. 4.3) - Komplex « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3) - Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4.4.2

Das psychiatrische Gutachten wurde am 28. Oktober 2016 (Urk. 7/74) erstattet und damit vor der geänderten bundesgerichtlichen Praxis (BGE 143 V 418 und 143 V 409) zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente der Invalidenversicherung bei psychischen Leiden.

Der psychiatrische Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ äusserte sich zwar trotz seiner Darlegung, die aktuelle Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit erfolge unter Beachtung der bundesgerichtlichen Vorgaben (Standardindikatoren), nicht explizit zu allen nunmehr relevanten Indikatoren (vgl. Urk. 7/74/56-61). Trotzdem verliert die Expertise nicht per se ihren Beweiswert, da sie eine schlüssige Beurteilung im Lichte der genannten Indikatoren ermöglicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8). 4.4.3

Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ des Leidens gibt es hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu erwähnen, dass die Stimmungssituation während der psychiatrischen Untersuchungssituation minim gedrückt gewesen war. Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die Versicherte sei aber gut affektiv umstimmbar, die Schwingungsfähigkeit sei allfällig minim eingeschränkt gewesen. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien leicht behinderungsbedingt eingeschränkt. Es bestehe kein sozialer Rückzug. Der Antrieb sei ungestört. Jedoch sei die Versicherte psychomotorisch unruhig. Die Libido sei reduziert (Urk. 7/74/52). Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Intelligenz und in weiten Teilen auch das Denken seien unauffällig. Der formale Gedankengang sei leicht gelockert. Nur geringe dysfunktionale, aversive Kognitionen im Zusammenhang mit den Schmerzen würden bestehen. Hier sei Selbstlimitierung festzustellen (Urk. 7/74/51-52). Vor diesem Hintergrund ist nicht von einem Leiden von erheblicher Ausprägung auszugehen, wird doch teils sogar nur von minimalen Einschränkungen gesprochen.

Weiter ist keine Behandlungsresistenz ausgewiesen, weil im Begutachtungszeitpunkt in psychischer Hinsicht weder eine ambulante psychiatrische Behandlung noch eine stationäre Therapie stattgefunden hatte (vgl. Urk. 7/74/58). Auch wenn die Versicherte nach der Begutachtung durch Dr. B. \_\_\_ mit einer (zusätzlichen) Therapie im D. \_\_\_ begonnen hätte, ändert das nichts daran, dass nicht von einer Behandlungsresistenz des psychischen Leidens auszugehen ist, nachdem es erst angegangen wurde.

Mit der somatischen Diagnose besteht klar eine Komorbidität mit ressourcenhemmender Wirkung. Es ist unbestritten, dass die beiden Operationen am Rücken nicht zur gänzlichen Schmerzfreiheit geführt haben, diesbezüglich eine Chronifizierung vorhanden ist, die Versicherte nach wie vor auf opiathaltige Medikamente und Therapien angewiesen ist und die Versicherte durch ihr Rückenleiden nur teilweise arbeitsfähig ist.

Der soziale Kontext jedoch ist unauffällig. Die Beschwerdeführerin hat eine stabile Ehe (Urk. 7/74/44). Sie hat ein gutes soziales Netzwerk mit Kolleginnen und Freundinnen. Zudem pflegt sie regelmässige Kontakte zu den Familienangehörigen. Sie fühle sich sozial nicht isoliert (Urk. 7/74/45).

Bezüglich des beweisrechtlichen entscheidenden Indikators der „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ein beachtliches Aktivitätsniveau hat. Gemäss Gutachten räumt sie vormittags die Wohnung auf, macht die Wäsche und erledigt Aufgaben im Haushalt. Sie gehe eigenständig zur Physio- oder Wassertherapie zwei bis dreimal die Woche. Zwischen 10 und 12 Uhr gehe es ihr mit den Medikamenten am besten. Dann erledige sie das Einkaufen. Hernach lese sie. Dann mache sie sich Reste vom Abend oder eine Suppe warm. Am Nachmittag gehe sie spazieren. Manchmal treffe sie sich mit jemandem. Manchmal gehe sie Schwimmen oder besuche die Eltern. Sie mache kräftigen gymnastischen Übungen oder benütze den Hometrainer. Am Abend lese sie ein Buch und/oder rätsle eine Stunde lang. Der Schlaf sei ungestört (Urk. 7/74/49-50). Bereits aus dem Arztbericht des behandelnden Orthopäden Dr. F. \_\_\_ vom 9. Juni 2015 (vgl. Urk. 7/34) ging ein gutes Aktivitätsniveau mit Freizeitbeschäftigung und Ferien hervor, indem die Versicherte vom Uetliberg auf die Felsenegge gewandert war und auch nach Österreich in den Urlaub fahren konnte. Dabei konnte sie gut zwei Stunden im Auto mitfahren (Urk. 7/34). Der psychiatrische Gutachter äusserte sich selbst auch dahingehend, dass eine gewisse Selbstlimitierung nicht von der Hand zu weisen sei, wenn die nur leichten Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten mit der vorgetragenen subjektiv als erheblich empfundenen Einschränkung in den beruflichen Aktivitäten verglichen würden (Urk. 7/74/58).

Es bestand in psychiatrischer Hinsicht im Begutachtungszeitpunkt ein geringer Leidensdruck, da keine regelrechte ambulante psychiatrische oder stationäre Therapie erfolgt war (vgl. Urk. 7/74/50). Die Beschwerdeführerin war zwar bis im April 2014 in der Rehaklinik E. \_\_\_ in einer interdisziplinären Behandlung und hatte eine psychologische Betreuung. Danach war sie aber erst ab März 2016 in einer Behandlung beim Psychologen H. \_\_\_, wobei durchschnittlich nur einmal pro Monat eine Sitzung stattfand (Urk. 7/74/50). Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem grossen psychischen Leidensdruck ausgegangen werden. Die Indikatorenprüfung führt zum Ergebnis, dass die Versicherte über hinreichende Ressourcen verfügen sollte, um die aus somatischen Gründen attestierte Teilarbeitsfähigkeit umsetzen zu können. Es leuchtet ein, dass die Anpassungsstörung, wie sie von Dr. B. \_\_\_ diagnostiziert wurde, keine zusätzliche Einschränkung in der

Arbeitsfähigkeit zur Folge hat. 5.

## 5.1

Da die Beschwerdeführerin eine Teilerwerbstätige ist und nur noch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Einkommensvergleich nach der gemischten Methode durchgeführt. 5.2

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). Die Beschwerdeführerin meldete sich am 9. August 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7). Da sie ab Juni 2013 arbeitsunfähig geschrieben war (Urk. 7/74/38) und in Beachtung von Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG hat die Beschwerdegegnerin den Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs aufgrund der verspäteten Anmeldung zu Recht auf den 1. Februar 2015 (August 2014 + 6 Monate) angesetzt. 5.3

Die Beschwerdegegnerin ging basierend vom Tabellenlohn der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 für eine im Gesundheits- und Sozialwesen tätige Frau im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) aufgerechnet auf das Jahr 2015 von einem Valideneinkommen von Fr. 38'556.-- in einem 70%-Pensum aus (Urk. 7/52/1). Diese Berechnung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdeführerin nicht in Frage. Anzumerken ist allerdings, dass diese Annahme dieses Valideneinkommens unter vielen Aspekten sehr zu Gunsten der Beschwerdeführerin ausgefallen ist.

Denn im Gesundheitsfall wäre wohl eher davon auszugehen, dass die Versicherte, die ihre Stelle bei Z.\_\_\_\_ erst 2011 mit 55 Jahren und mit dem erklärten Willen einer beruflichen Umorientierung (Urk. 7/51/3) angetreten hatte, bei diesem Arbeitgeber auch im Jahr 2015 und während der Zeit danach geblieben wäre. Nach eigenen Angaben sei diese Firma im Aufbau gewesen und habe einen Stundenlohn von Fr. 24.-- angeboten. In Anbetracht der Tatsache, dass die Versicherte 2011 bis 2013 wöchentlich nur zwischen 8 bis 10 Stunden und damit etwa 23 % gearbeitet hatte (Urk. 7/10/3), ist es sehr fraglich, ob sie 2015 überhaupt 70 % gearbeitet hätte. Und selbst wenn, dann hätte sie bei diesem Arbeitgeber mit diesen Anstellungsbedingungen den von der IV-Stelle ermittelten Validenlohn nicht erreicht sondern hätte eher einen Lohn im Bereich bis Fr. 35'000.-- verdient. 5.4

Was das Invalideneinkommen betrifft, so ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf die vorgängigen Ausführungen zum einen in der Zeit vom Juni 2013 bis Ende Mai 2015 von keiner Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen (vgl. Urk. 7/52/1). Zum anderen ist sie basierend auf einem internen Einkommensvergleich vom 9. Juni 2016 (Urk. 7/52) ab Juni 2015 ebenfalls zu Recht von einer noch zu 50 % zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (leichte wechselbelastende Tätigkeit) ausgegangen (vgl. Urk. 7/52/1), da dies im Wesentlichen mit dem Belastungsprofil aus dem beweiskräftigen orthopädischen A.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Oktober 2018 (vgl. Urk. 7/74/3-4) im Einklang steht. Zur Berechnung des Invalidenlohns hat die Beschwerdegegnerin sodann den Tabellenlohn der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 für eine im Hilfstätigkeitsbereich tätige Frau im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art)

gewählt und diesen der Nominallohnentwicklung angepasst (Urk. 7/52/1), was seitens der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht beanstandet wurde. Die Beschwerdeführerin errechnete für die Zeit ab Juni 2015 zunächst gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik im Jahr 2014 einen 100%-Lohn für allgemeine Hilfstätigkeiten von Fr. 51'600.--. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung fürs Jahr 2015 und bezogen auf ein 50%-Pensum ab Juni 2015 ergab sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 25'800.-- (vgl. Urk. 7/52). 5.5

Die Beschwerdeführerin lässt einen Leidensabzug von 25 % vom Tabellenlohn geltend machen und monieren, es sei kein leidensangepasster Abzug vorgenommen worden (Urk. 1 S. 8). Sie übersieht dabei, dass die Beschwerdeführerin ihr einen leidensbedingten Abzug von 10 % gewährt hatte mit der Begründung, sie könne mit dem Gesundheitsschaden nur noch leichte Tätigkeiten ausüben, die überwiegend im Sitzen ausgeführt würden, was als lohnmindernder Faktor zu berücksichtigen sei. Daher reduziere sich das Invalideneinkommen um 10 % und betrage noch Fr. 23'220.-- (vgl. Urk. 7/52/1). Dieser Betrag wurde in der angefochtenen Verfügung – allerdings ohne in der Begründung erwähnt zu werden – übernommen (vgl. Urk. 7/98/2). Dennoch gilt es zu prüfen, ob antragsgemäss der Maximalabzug von 25 % zu gewähren ist.

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gilt bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf (BGE 126 V 75 E. 6, Urteil des Bundesgerichts 9C\_845/2017 vom 30. April 2018 E. 2.2.1); es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 123 V 152 E. 2, 126 V 75 E. 6).

Der Faktor, dass die Beschwerdeführerin selbst bei leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, wird von der Beschwerdeführerin mit einem 10%igen Leidensabzug berücksichtigt. Das Erreichen des Alters von 61 Jahren gilt bei Hilfsarbeiten grundsätzlich nicht als Abzugsgrund, weil Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden und sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss (Urteile des Bundesgerichts 8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3). Selbst wenn ein maximaler Abzug für das behinderungsbedingte Entgegenkommen des Arbeitgebers für eine Hilfsfunktionsstelle, die die Versicherte ganztätig bei halber Leistung auszuführen hat, von 25 % vom Invalideneinkommen von Fr. 25'800.-- gemacht würde (Fr. 19'350.--), würde das am Resultat nichts ändern wie das Folgende zeigt. 5.6

Im Erwerbsbereich ergibt sich damit von Juni 2013 bis am 8. Juni 2015 eine Einschränkung von 100 %. In Bezug auf die zu 70 % qualifizierte Erwerbstätige ergibt sich damit im Erwerbsbereich vom Juni 2013 bis am 8. Juni 2015 ein Teilinvaliditätsgrad von 70 %. Zusammen mit dem gänzlich unbestritten gebliebenen Teilinvaliditätsgrad im Haushalt von 14.46 (30 % x 48.2 %) ergibt sich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 84.46 bzw. gerundet 84 % (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2).

Für die Zeit ab 9. Juni 2015 steht im Erwerbsbereich eine Einschränkung von 49.81 % (Fr. 38'556.-- - Fr. 19'350.--] / Fr. 38'556.-- x 100) fest. Wird diese entsprechend dem Anteil Erwerbstätigkeit von 70 % gewichtet, ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad von

34.87 %

ab 9. Juni 2015. Zusammen mit der Einschränkung im Haushalt von 9.1 %, welche zu 30 % zu gewichten ist und einen Teilinvaliditätsgrad von 2.73 % ergibt, resultiert ein Gesamtinvaliditätsgrad von 37.6 bzw. gerundet 38 %. Bei einem Invaliditätsgrad von unter 40 % besteht kein Rentenanspruch mehr (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Anpassung der Leistung, das heisst die Aufhebung der Rente, hat unter Berücksichtigung der 3-monatigen Frist von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 9. Juni 2015 (vgl. Urk. 7/74/4) per Ende September 2015 zu erfolgen (vgl. zur Berechnung Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4).

Nach dem Gesagten ergibt sich vor Juni 2013 bis Ende September 2015 ein Gesamtinvaliditätsgrad von 84 % und ab Oktober 2015 ein maximaler von 38 %. Folglich ist vom 1. Februar bis Ende September 2015 eine ganze Rente zu gewähren. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 5.7

Da ab Oktober 2015 mit der Anwendung der bisherigen gemischten Methode ein renausschliessender 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. 6.

6.1

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. 800.-- anzusetzen.

Die Beschwerdeführerin obsiegt im Vergleich zur im angefochtenen Entscheid verfügten Zusprechung einer befristeten ganzen Rente vom 1. Februar bis 30. Juni

2015 (vgl. Urk. 2) in dem Sinne, dass sie zusätzlich noch bis Ende September 2015 eine ganze Rente ausbezahlt erhält. Darum, und weil sie mit ihren Vorbringen hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit aus somatischen und psychischen Gründen sowie bezüglich des Leidensabzugs nicht durchdrang, und mithin mit ihrem Antrag auf weitere Leistungen ab dem Monat Oktober 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. 6.2

Bei teilweisen Obsiegen hat die vertretene Partei gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG i. V. m. § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese ist unter Berücksichtigung

des reduzierten Stundenansatzes für Rechtsschutzversicherungen (Fr. 185.-- exklusive Mehrwertsteuer), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und des Masses des Obsiegens festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 400.-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. September 2017 dahingehend abgeändert,

als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführer in vom 1. Februar 2015 bis zum 30. September 2015

den Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden

der Beschwerde führerin 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. 4 00.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben im Aufgabenbereich tätig sind, wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG

festgelegt. Danach wird darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend

der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen ( Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). 1. 3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **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).

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